

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

25-06-2021 09:00

MØDESTED

Skriftligt

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen
Helene Rasmussen
Bente Ourø Rørth
Charlotte Steen
Henrik Abildtrup
Jean Hald Jensen
Jette Bay
Jørgen Steen Andersen
Kai Nørrung
Kathri Marcussen
Katja Kayser
Katrine Ring
Kirsten Wisborg
Morten Østergaard
Nicolai Kjems
Niels Peter Møller
Peder Reistad
Per Ullerichs
Rene Priess
Susanne Poulsen
Tina Holm Nielsen
Torben Laurén
Trine Mottlau
Vibeke Abel
Christian Hejlesen
Markus Hahn
Søren Sandahl
Winnie Brandt
Kamilla Walther
Trine Cornelius Høgh
Nanna Hilm

Formand
Formand

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Beslutning: Godkendelse af forløbsprogram for demens
3. Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
4. Orientering: Opfølgning på SKU
5. Orientering: IV-aftale
6. Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger
7. Orientering: Landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL
8. Orientering: COVID-19

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

Navn	Titel	Deltager i samordningsudvalg
Anne Skriver - Formand	Centerdirektør, Center for Sundhed (CSU), Region Hovedstaden	
Helene Rasmussen – Næstformand	Direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune	
Bente Ourø Rørth	Direktør, Nordsjællands Hospital	Nord (somatik)
Charlotte Steen	Sekretariatschef, Region Hovedstadens Psykiatri	
Henrik Abildtrup	Social- og Sundhedsdirektør, Rødovre Kommune	
Jean Hald Jensen	Enhedschef, Det nære sundhedsvæsen, CSU, Region Hovedstaden	Nord + Midt (somatik)
Jette Bay	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget	
Jørgen Steen Andersen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Kai Nørrung	Organisatorisk brugerrepræsentant, formand for Patientinddragelsesudvalget	
Katja Kayser	Direktør for Sundhed og Omsorg, Københavns Kommune	
Kathri Marcussen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Kirsten Wisborg	Vicedirektør Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Byen (somatik)
Katrine Ring	Socialdirektør, Københavns Kommune	Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Morten Østergaard	Vicedirektør, Bornholms Hospital	Bornholm (somatik og psykiatri)
Nicolai Kjems	Centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune	Syd (somatik)
Niels Peter Møller	Direktør for Social og Sundhed, Brøndby Kommune	
Peder Reistad	Praktiserende læge, formand for PLO-Hovedstaden	
Per Ullerichs	Velfærdsdirektør, Gribskov Kommune	
Rene Priess	Vicedirektør, Herlev Gentofte Hospital	Midt (somatik)
Susanne Poulsen	Vicedirektør, Rigshospitalet	
Tina Holm Nielsen	Vicedirektør, Amager Hvidovre Hospital	Syd (somatik)
Torben Laurén	Vicedirektør, Sundheds- og omsorgschef, Frederiksberg Kommune	Byen (somatik)
Trine Mottlau	Vicedirektør, Region Hovedstadens Akutberedskab	Nord (somatik)
Vibeke Abel	Direktør for Job, Social og Sundhed, Hillerød Kommune	
Christian Hejlesen	Chefkonsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat (observatørpost)	
Markus Hahn	Chefkonsulent, PLO-Hovedstaden (observatørpost)	
Søren Sandahl	Konsulent, KL (observatørpost)	
Winnie Brandt	Chefkonsulent, Enhed for det nære sundhedsvæsen, CSU (observatørpost)	Byen + Syd (somatik) Bornholm Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Sekretariat		
Nanna Hilm	Konsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat	
Trine Cornelius Høgh	Konsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat	
Kamilla Walther - sekretær	Specialkonsulent, Enhed for det nære sundhedsvæsen, CSU	

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

KONKLUSION

2. BESLUTNING: GODKENDELSE AF FORLØBSPROGRAM FOR DEMENS

FORMÅL MED SAGEN

Formålet med denne sag er, at forløbsprogrammet for demens forelægges for Tværsektoriel strategisk styregruppe til godkendelse samt tage stilling til, om der skal udarbejdes en plan for implementering af forløbsprogrammet. Den 26.06.2020 godkendte Tværsektoriel strategisk styregruppe, at udkastet til en revideret udgave af forløbsprogrammet for demens blev sendt i høring. Forløbsprogrammet for demens er nu blevet opdateret, som følge af de indkomne høringssvar og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens (okt. 2020), samt samarbejdsaftalen mellem Region Hovedstadens psykiatri og hospitaler om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens (nov. 2020).

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender Forløbsprogrammet for Demens
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender one-pagers for hver af de tre sektorer (kommune, region og almen praksis)
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender forslag om at udarbejde en implementeringsplan.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

I Region Hovedstaden blev der i 2011 godkendt et forløbsprogram for demens, som ifølge en evaluering fra 2014 er positivt modtaget i alle sektorer. Der har været en efterspørgsel fra både kommuner, hospitaler og almen praksis i forhold til at opdatere forløbsprogrammet fra 2011 med nyeste viden, og DAS (nu TSS) nedsatte en tværsektoriel og tværfaglig arbejdsgruppe i 2016 til at revidere forløbsprogrammet. Undervejs har revisionen af forløbsprogrammet været pauseret for at afvente nationale anbefalinger. De blev imidlertid udskudt flere gange. Den 26.06.2020 godkendte Tværsektoriel strategisk styregruppe, at udkastet til en revideret udgave af forløbsprogrammet for demens blev sendt i høring. Forløbsprogrammet for demens er siden høringsudkastet blevet opdateret som følge af de indkomne høringssvar samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, der blev udgivet i oktober 2020 samt samarbejdsaftalen mellem Region Hovedstadens psykiatri og hospitaler, der blev godkendt af Hospitalsdirektørkredsen i november 2020.

Det Sundhedsfaglige Råd for Demens har den 6/5-2021 fået forløbsprogrammet til orientering med mulighed for enkelte bemærkninger og havde i den forbindelse ingen bemærkninger til selve indholdet af forløbsprogrammet.

Ændringer i forhold til det oprindelige forløbsprogram

Formålet med revisionen af forløbsprogrammet for demens er at sikre, at ny faglig viden og organisatoriske erfaringer med programmet indgår, samt at forløbsprogrammet opdateres i henhold til nationale og internationale retningslinjer. Det reviderede forløbsprogram bygger videre på den indsats og organisering, der er i det oprindelige program fra 2011. Revisionen har kun i meget begrænset omfang givet anledning til ændringer i beskrivelsen af opgavefordelingen.

Der er i den reviderede version foretaget tilpasninger i forhold til at tydeliggøre stratificering samt ansvars- og opgavefordeling, hvor dette har været oplevet uklart i den oprindelige version.

Forløbskoordinationen for færdigudredte borgere, der ikke ønsker kontakt til kommunen, har været et diskussionspunkt, hvor almen praksis i høringsudkastet var blevet skrevet ud ift. forløbskoordinationsfunktion for borgere, der ikke ønsker kontakt til kommunen. Men almen praksis er efterfølgende blevet tilføjet igen for denne gruppe borgere. Desuden er afsnittet omkring patient- og pårørendeinddragelse styrket, og der er tilføjet afsnit vedr. sårbare målgrupper samt vedr. særlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med indlæggelse. Derudover er programmet opdateret med 1) den nyeste viden fra nationale kliniske retningslinjer, 2) Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, 3) Samarbejdsaftalen mellem Region Hovedstadens Psykiatri og hospitaler om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens, samt 4) viden og anbefalinger, der er opnået på baggrund af initiativerne i Den nationale demenshandlingsplan 2025. Det indgår også, at der følges op på målopfyldelsen i forhold til de nationale mål i National Demenshandlingsplan 2025, så længe de opgøres nationalt.

Siden høringsudkastet er afsnittet om lovgivning blevet opdateret med de korrekte paragraffer, ligesom tvangsbehandlingsloven er blevet tilføjet som relevant lovgivning på området.

Minimumsstandarder for kommune, region og almen praksis på side 8 og 9 er siden høringsudkastet blevet opdateret, så de stemmer overens med Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger. Undervisning af patienter i hukommelsesklinikkerne er desuden gået fra at være en KAN-opgave til en SKAL-opgave efter ønske fra Det Sundhedsfaglige råd for demens.

Der er arbejdet med den grafiske fremstilling af forløbsprogrammet, og der er udarbejdet:

- En samlet oversigt over forløbsprogrammets minimumsstandarder.
- Et flowdiagram, som tydeliggør arbejdsfordeling og ansvar.
- En kort oversigt for hver sektor, som beskriver den enkelte sektors overordnede opgave og ansvarsområder indenfor demensområdet.
- Et støtteredskab/dialogværktøj til patienter/pårørende, som kan anvendes, såfremt det vurderes relevant, jf. bilag 4 i forløbsprogrammet. Værktøjet er udarbejdet med inspiration fra forløbsprogrammerne for hjertesygdom og kræftrehabilitering.
- En oversigt over de hyppigt anvendte diagnoser i Hukommelsesklinikken, jf. bilag 5.

Konsekvenser som følge af forløbsprogrammet for sektorerne

Forløbsprogrammet for demens vurderes ikke at have store konsekvenser for opgavefordeling og økonomi for de enkelte sektorer. Der er i forløbsprogrammet ikke lagt op til opgaveflytning eller ændrede arbejdsgange, ligesom der ikke er ændret i målgrupper og volumen. Det må dog forventes, at der grundet den demografiske udvikling og mere rettidig opsporing, vil være en stigning i antallet af mennesker med en demenssygdom, og der på den baggrund kan forventes en øget efterspørgsel efter udredning, behandling og tilbud til mennesker med demens og deres pårørende.

Eventuelle udgifter som følge af Den Nationale Demenshandlingsplan og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens er ikke en konsekvens af forløbsprogrammet. Det forventes håndteret nationalt, såfremt dette giver anledning til øgede udgifter i de enkelte sektorer.

VIDERE PROCES

Det foreslås, at der udarbejdes en plan for implementering af forløbsprogrammet for demens. Der er allerede planlagt følgende aktiviteter:

- Det Sundhedsfaglige råd for demens ønsker en gennemgang af forløbsprogrammet på deres kommende møde den 13. september samt på deres temadag den 28. oktober 2021.

- Forløbsprogrammet vil ved godkendelse blive fremsendt til hospitalsdirektioner og kommuner samt formidlet til almen praksis via KAP-H. Der vil blive produceret en nyhed til PraksisNyt omkring ændringer siden sidste udgave.
- VIP-portalen vil blive opdateret, så der henvises til gældende forløbsprogram.
- Der er udarbejdet one-pagers til hver af de tre sektorer, der med fordel kan printes ud og lamineres. One-pagerne indeholder på den ene side flow-diagrammet, der viser et overblik over demensforløb på tværs af sektorer og på den anden side den pågældende sektors ansvarsområder i et demensforløb.

Hvis TSS godkender forløbsprogrammet, de foreslåede one-pagers samt forslag om udarbejdelse af implementeringsplan, så udarbejdes og iværksættes planen af administrationen i samarbejde med SFR for Demens.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. RegionH_forløbsprogram_for_demens_rev_2021_FINAL
- 📎 2. Almen_praksis_ansvarsomrader_regionh_demens_FINAL2021
- 📎 3. Hospital_ansvarsomrader_regionh_demens_FINAL2021
- 📎 4. Kommune_ansvarsomrader_regionh_demens_FINAL2021

3. BESLUTNING: GODKENDELSE AF TVÆRSEKTORIEL GENOPTRÆNINGSFORLØBSBESKRIVELSE FOR DYSFAGI

FORMÅL MED SAGEN

I regi af Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering er der udarbejdet en tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi. Det primære formål er at sikre genoptræningsforløb af høj kvalitet. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen har været i høring og fremlægges med henblik på endelig godkendelse og videre implementering.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi.

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at genoptræningsforløbsbeskrivelsen sendes til implementering i regi af de somatiske samordningsudvalg.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

I Sundhedsaftalen 2015-2018 blev det aftalt at udarbejde tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser inden for særlig relevante områder. Formålet er at sikre genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet, hvor der er sammenhæng i indsatser mellem hospital og i kommune, samt at skabe en ensartet praksis på tværs af regionen. Genoptræningsforløbsbeskrivelsernes anbefalinger er baseret på systematisk litteratursøgning, en vurdering af den videnskabelige evidens samt viden fra klinisk praksis.

Senest er der i regi af Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering udarbejdet en tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for ældre medicinske patienter, der har problemer med at tygge og synke mad (bilag 1).

Målgruppen er valgt, da der er en stor forekomst af ældre, som har problemer med at tygge og synke mad (dysfagi). Internationale undersøgelser viser, at 47 % af patienter på akutte geriatrike og medicinske afdelinger og 56–78 % af plejehjemsbeboere har dysfagi. Dysfagi kan medføre alvorlige konsekvenser, som dehydrering, fejl-og underernæring, lungebetændelse, kvælning og i værste fald død.

Traditionelt har behandling af dysfagi hos ældre mennesker været baseret på tiltag, som kompenserer for problemet, fx synkevenlig mad og drikke. Men i de senere år forskes der i højere grad i rehabiliterende interventioner og genoptræning af synkefunktion, hvorfor der sås et behov for at afdække om genoptræning af synkefunktion og dysfagi under indlæggelse og i kommunalt regi bør tilbydes og er effektivt.

Anbefalinger

Gennemgangen af litteraturen viser, at der i høj grad mangler viden og studier om effekten af genoptræning af synke-spise-drikke funktion hos den ældre medicinske patient med dysfagi. Der synes

at være stærkest evidens for at træning kan forbedre patientens orale indtag af mad og drikke.

Forløbsbeskrivelsen består derfor kun af såkaldt svage anbefalinger (evidens er svag) samt praksisanbefalinger baseret på erfaring og dialog med faglige eksperter. Forløbsbeskrivelsen samler den tilgængelige viden og anbefalinger om forskellige træningsmetoder. Det har derimod ikke været muligt at komme med anbefalinger om, hvor genoptræningen gives eller varighed af genoptræningsforløbet.

Samlet set anbefales det, at patienter der indlægges på medicinsk afdeling screenes for dysfagi og at der for patienter med tegn på dysfagi, henvises til ergoterapeutisk undersøgelse henblik på tidlig intervention og genoptræning under indlæggelse samt udarbejdelse af genoptræningsplan. Der er formuleret krav til indhold af genoptræningsplan med henblik på at sikre et sammenhængende forløb.

Hørings- og godkendelsesproces

Sundhedsfagligt råd for geriatri og sundhedsfaglig råd for lungesygdomme i Region Hovedstaden har godkendt det faglige indhold i genoptræningsforløbsbeskrivelsen. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen har været høring i kommunerne og på hospitalerne i Region Hovedstaden med henblik på at indhente eventuelle bemærkninger vedrørende flowchart og konsekvenser ved implementering. 18 kommuner og 3 hospitaler har givet høringssvar (bilag 2).

De samlede høringssvar fra kommuner og hospitaler bærer præg af, at dysfagi blandt ældre medicinske patienter er et forholdsvis nyt fokusområde med et meget begrænset vidensgrundlag i forhold til genoptræning af synkefunktion. Der efterspørges blandt andet mere tydelige anbefalinger for forløb, indhold i genoptræningsplan mv.

Et høringssvar bemærker, at implementering af forløbsbeskrivelsen må forventes at øge fokus på problemstillingen, og at derfor må forventes flere genoptræningsplaner fra de medicinske afdelinger til kommunerne, og at det kan blive en udfordring for kommunerne at have kapacitet til dette.

Implementering

Tværasektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering drøfter først den endelige forløbsbeskrivelse på deres møde den 16.6. Formandskabet for samarbejdsforummet har godkendt forløbsbeskrivelsen, og anbefaler at TSS godkender forløbsbeskrivelsen og sender til implementering via de somatiske samordningsudvalg, samt de enkelte kommuner og hospitaler. Der vurderes ikke at være særlige udfordringer ved implementering. Såfremt samarbejdsforummet når frem til en anden konklusion på mødet, vil TSS få besked herom den 17.6.

Forummet bemærker desuden, at arbejdsgruppen der har udarbejdet forløbsbeskrivelsen, blev nedsat under den tidligere arbejdsgruppe vedr. genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler, og at der på det tidspunkt ikke var opmærksomhed på evt. behov for brugerinddragelse. Fremadrettet vil forummet, når der igangsættes nye forløbsbeskrivelser, drøfte behov og muligheder for at inddrage brugere.

VIDERE PROCES

Såfremt TSS godkender Tværasektorielt genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi, vil regionsadministrationen udsende den til implementering i de somatiske samordningsudvalg, samt direkte til kommuner og hospitaler.

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. ENDELIG UDGAVE GOFB DYSFAGI OCT 2020
- 2. Høringssvar med projektleders kommentarer sept 2020

4. ORIENTERING: OPFØLGNING PÅ SKU

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedskoordinationsudvalgets havde møde den 11. juni 2021.

Konklusionerne fra mødet eftersendes til Tværsektoriel strategisk styregruppe.

INDSTILLING

at Tværsektoriel strategisk styregruppe orienteres om beslutninger fra mødet i SKU d. 11. juni 2021, som TSS skal følge op på.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget holdt møde den 11. juni 2021

Der var følgende punkter på dagsordenen:

1. Godkendelse af dagsorden
2. Godkendelse af IV- aftale
3. Prioritering af pejlemærker ift. Sundhedsaftalens fokusområde Sammen om borgere med psykisk sygdom - borgere med psykisk sygdom og et misbrug
4. Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen
5. Forslag til Kræftplan del 2 for Region Hovedstaden
6. Forslag til Praksisplan for Almen Praksis
7. Orientering om status på lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsbehandling
8. Status på arbejdet med SP-link
9. Meddelelser
10. Eventuelt

Dagsordenen er vedlagt som bilag. Konklusionerne fra mødet eftersendes til Tværsektoriel strategisk styregruppe.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. SKU 11. juni 2021 Dagsorden inkl. alle bilag

5. ORIENTERING: IV-AFTALE

FORMÅL MED SAGEN

Tværsektoriel strategisk styregruppe orienteres om status for arbejdet med IV-aftalen.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretningen.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

For at understøtte en udvikling, hvor flere borgere kan tilbydes muligheder for behandling i deres nærmiljø, besluttede Sundhedskoordinationsudvalget d. 17. juni 2020, at der skal udarbejdes et forslag til regionsdækkende aftale om intravenøs behandling (IV-behandling) i kommunalt regi.

På den baggrund nedsatte Tværsektoriel strategisk styregruppe i juni 2020 en temagruppe bestående af fagpersoner og ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne og kommunerne, der fik til opdrag at udarbejde et forslag til IV-aftale.

Gruppen har nu udarbejdet et samlet forslag, som beskriver de faglige og organisatoriske dele af aftalen. Forslaget blev fremlagt til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget 11. juni med henblik på efterfølgende godkendelse i regionsrådet og i de 29 kommuner i regionen.

Sagen kan læses i SKU dagsordenen (vedlagt som bilag til sag Opfølgning på SKU).

Konklusionerne fra SKU mødet eftersendes.

6. ORIENTERING: ARBEJDET MED EN NY PRAKSISPLAN FOR SPECIALLÆGER

FORMÅL MED SAGEN

Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger, som skal gælde fra 2023, er igangsat. Planen skal erstatte den nuværende praksisplan, som gælder til og med 2022 (vedlagt som bilag).

Med sagen informeres TSS om tidsplan og proces for udarbejdelse af planen.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orientering om arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger til efterretning

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Efter speciallægeoverenskomsten skal regionen, med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem hospitalerne og praksissektoren med udgangspunkt i de enkelte specialer, foretage en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen. Samarbejdsudvalget for speciallæger meddeler bemærkninger til udkast til praksisplan. Den endelige praksisplan skal godkendes af regionsrådet.

Samarbejdsudvalget ønsker, at der sigtes mod en enkel og fokuseret praksisplan, med klare visioner for arbejdet i de kommende år, og som giver mulighed for at indsatser løbende udvikles, med udgangspunkt i drøftelser mellem politikere, fagfolk og borgere, i takt med de forandringer, som sundhedsvæsenet vil møde i de kommende år. Endvidere ønsker samarbejdsudvalget, at planen har fokus på kapacitetsplanlægningen, som efter overenskomsten er det væsentligste formål med praksisplanen. Projektbeskrivelse for udarbejdelsen af praksisplanen, som samarbejdsudvalget godkendte den 14. marts 2021, er vedlagt som bilag 1. Projektbeskrivelsens punkt 6 indeholder tids- og procesplan for planarbejdet.

Den 26. maj 2021 afholdt samarbejdsudvalget et virtuelt dialogmøde, hvor formålet var at få input til planarbejdet fra en bred kreds af interessenter. Program for dialogmødet er vedlagt som bilag 2. På mødet deltog formanden for regionens Udvalg for forebyggelse og sammenhæng (oplægsholder), repræsentanter fra regionsadministrationen (oplægsholder), Samarbejdsudvalget for speciallæger, Foreningen af Praktiserende Speciallæger (oplægsholder), speciallægepraksis, kommunerne (oplægsholder), hospitalerne, PLO-Hovedstaden (oplægsholder), KAP-H, Patientinddragelsesudvalget, Regionshandicaprådet og Regionsælderådet (oplægsholder). Efter aftale med Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat blev de kommunale repræsentanter i hhv. PPU og PAS inviteret til at deltage i dialogmødet. Ingen kommunale politiske repræsentanter havde dog mulighed for at deltage. Præsentationer fra de oplægsholdere, som anvendte Power-Points, er vedlagt som bilag 3.

På dialogmødet var der en workshop, hvor det i mindre grupper blev drøftet, hvordan der sikres adgang til speciallægehjælp og sammenhængende patientforløb. På workshoppen kom deltagerne særligt ind på følgende emner:

- Nære tilbud og god adgang til ambulant speciallægehjælp i hele regionen
- Ventetider
- Handicaptilgængelighed
- Sammenhængende sundhedsvæsen
- Digitalisering.

Vedlagte opsamling (bilag 4) gengiver udfordringer og mulige løsninger, som blev drøftet på dialogmødets workshop. Der vil indenfor rammerne af praksisplanen blive arbejdet videre med de givne input i forbindelse præsentationerne og workshoppen i regi af den nedsatte styregruppe for udarbejdelse af praksisplanen, som har repræsentanter fra de praktiserende speciallæger og regionsadministrationen.

VIDERE PROCES

De givne input i forbindelse med workshoppen og præsentationerne på dialogmødet udsendes til deltagerne på dialogmødet med henblik på, at de indgår i det videre planarbejde i styregruppen for praksisplanen. Udkast til praksisplan forventes udsendt i høring i juni 2022, herunder til kommunerne. Den endelige praksisplan planlægges vedtaget af regionsrådet ultimo 2022.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Praksisplan for speciallægepraksis 2019-2022
- 📎 2. Projektbeskrivelse vedr. praksisplan for speciallæger 2023
- 📎 3. Program til dialogmøde 26 maj 2021 om ny praksisplan for speciallæger
- 📎 4. Præsentationer på dialogmøde
- 📎 5. Opsamling dialogmøde d. 26. maj 2021

7. ORIENTERING: LANDSDELSPROGRAMMET FOR TELEMEDICINSK HJEMMEMONITORERING TIL BORGERE MED KOL

FORMÅL MED SAGEN

Orientering om ændret tidsplan for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL på baggrund af ophør af samarbejde med leverandør.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Planen for den nationale udrulning af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er ændret på baggrund af ophør af samarbejdet med leverandøren af de telemedicinske løsninger til medarbejdere og borgere. En ny plan for udvikling af de telemedicinske løsninger er igangsat.

FUT og leverandøren af de telemedicinske løsninger til medarbejdere og borgere besluttede i marts 2021, efter gensidig aftale, at afslutte samarbejdet, da parterne sammen vurderede, at det ikke er muligt at komme i mål med løsningerne i en tilstrækkelig kvalitet indenfor rimelig tid og økonomi. Den telemedicinske infrastruktur er idriftsat, mens de telemedicinske løsninger således ikke er leveret.

Der er nu igangsat en Plan B for udviklingen af de telemedicinske løsninger til medarbejdere og borgere. Løsningerne udvikles i første omgang til KOL, men vil på sigt kunne anvendes til andre telemedicinske indsatsområder, eksempelvis til telemedicin til borgere med hjertesvigt. Udviklingen sker via et miniudbud, hvor eksterne it-konsulenter via et agilt udviklingsforløb, i samarbejde med FUT-projektet, udvikler løsningerne.

Forventningen er, at udrulningen af et telemedicinsk tilbud til borgere med KOL kan begynde i efteråret 2022.

Konsekvenser af ovenstående er en forsinkelse i udrulningen af det nationale program for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

8. ORIENTERING: COVID-19

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektoriel strategisk styregruppe orienteres med denne sag om status for samarbejdet om test og vaccination.

INDSTILLING

At Tværasektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Status på testområdet

I den systematiske test kan regionen se, at antallet af prøver til analyse falder. Regionen oplever, at der i kommunerne er stor usikkerhed om, hvordan der skal testes systematisk i hjemmeplejen og på plejehjemmene efter Sundhedsstyrelsens udmeldinger om test - eller manglende test - af vaccinerede personer.

Kommunerne og regionen er stadig bundet af Den Nationale model, som KL, Danske Regioner og ministeriet endnu ikke har justeret eller aflyst.

Status på vaccinationsindsatsen

Vaccinationsindsatsen foregår nu primært i vaccinationscentrene. Det går hurtigt med de yngre målgrupper. Alle i målgruppe 10D2 (1977-1981 & 1997-2001) er inviteret i Hovedstaden. Vi er gået i gang med invitation af målgruppe 10D3 (1982-1986 & 1992-1996).

Der er dog stadig en række grupper, som kræver særlige tiltag.

I forhold til botilbud har kommunerne været spurgt til §107 tilbud via KKR og til resterende §105/§108 tilbud via regionen. Der arbejdes på hurtigst muligt at arrangere brug af timeslots i vaccinationscentrene og tilbud om udkørende vaccination til resterende botilbud.

Fra den 20. maj er det også muligt for grænsegængere, diplomater, udenlandsdanskere mv. at få tid til vaccination. Disse grupper har ret til vaccination, jf. bl.a. den nye Epidemilov. For at få tid til vaccination skal man være i de aldersgrupper, der vaccineres og have opholdt sig i Danmark i mere end 14 dage og have planer om at opholde sig i Danmark i mere end 30 dage. Kommunerne er ikke bedt om en aktiv rolle i den forbindelse.

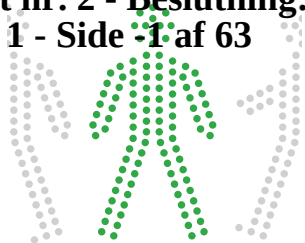
Sundhedsstyrelsen har fokus på en høj vaccinationstilslutning i befolkningen, da det er afgørende for den samlede effekt af vaccinationsindsatsen. Indtil videre er der nationalt en høj vaccinationstilslutning, men det dækker over lokale forskelle. På Sundhedsstyrelsens initiativ er uge 24 'lighed i vaccinationsuge', hvor regionerne er opfordret til at lave 'pilotprojekter' med nære vaccinationstilbud i udvalgte sogne. I Region Hovedstaden er Tingbjerg Sogn i København og Brøndby Strand Sogn blevet udpeget, som relevante sogne, da det er sogne med en vaccinationstilslutning under 90 % og med en vis volumen. Der planlægges fremskudte vaccinationer i de to sogne i et samarbejde mellem kommuner, region og PLO-H, hvor kommunerne har en særlig rolle i forhold til at kommunikere målrettet til beboere i disse områder. Regionen og PLO-H er desuden blevet enige om at tilbyde vacciner til almen

praksis i uge 24 i kommuner, hvor der er min. 1 sogn der har en lavere vaccinationstilslutning. Sundhedsstyrelsen vil evaluere på disse tiltag.

Vaccinationstilslutning 14.06 2021

Målgruppe	Antal i målgruppen, Hovedstaden	Andel, påbegyndt vaccination	Andel, færdigvaccineret
Målgruppe 1: Personer som bor i plejebolig mv.	12.744	96 %	94 %
Målgruppe 2: Personer med alder ≥ 65 år som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp	16.530	91 %	88 %
Målgruppe 3: Personer med alder ≥ 85 år	25.045	95 %	94 %
Målgruppe 4: Personale i sundheds-, ældre- og udvalgte dele af socialsektoren med særlig risiko for smitte, eller som varetager en kritisk funktion	96.407	99 %	90 %
Målgruppe 5: Udvalgte personer med tilstande og sygdomme, som medfører særlig øget risiko for alvorligt forløb ved COVID-19	73.268	93 %	90 %
Målgruppe 6: Udvalgte pårørende til personer med særligt øget risiko for et alvorligt forløb ved COVID-19 eller pårørende, som er en uundværlig omsorgs- eller plejeperson.	676	92 %	85 %
Målgruppe 7: Personer født i 1937 til 1941 (80-84 årige)	34.885	96 %	95 %
Målgruppe 8: Personer født i 1942 til 1946 (75-79 årige)	60.065	96 %	94 %
Målgruppe 9: Personer født i 1947 til 1956 (65-74 årige)	139.946	94 %	90 %
Målgruppe 10A: Personer født i 1957-1961 (60-65 årige)	79.946	89 %	33 %
Målgruppe 10 B: Personer på 55-59 år (fødselsårgang 1962-1966)	103.731	87 %	2,1 %
Målgruppe 10 C: Personer på 50-54 år (fødselsårgang 1967-1971)	105.857	83 %	1,3 %
Målgruppe 10 D1: Personer på 16-19 år + 45-49 år (fødselsårgang 1972-1976 og 2002-2005)	176.167	55 %	0,7 %
Målgruppe 10 D2: Personer på 20-24 år + 40-44 år (fødselsårgang 1977-1981 og 1997-2001)	224.276	27 %	1,4 %
Målgruppe 10 D3: Personer på 25-29 år + 35-39 år (fødselsårgang 1982-1986 og 1992-1996)	252.471		
Målgruppe 11 D4: Personer på 30-34 år (fødselsårgang 1987-1991)	132.996		

Kilde: SSI dashboard



Forløbsprogram for Demens

For hospitaler, kommuner og
almen praksis i Region Hovedstaden



Forløbsprogram for Demens · revideret 25. juni 2021

Indledning	5
Formål med forløbsprogrammet	
1 Minimumsstandards	7
2 Patientgruppen	10
2.1 Særlige udfordringer	10
2.2 Demenssygdomme	11
2.3 Mild Cognitive Impairment (MCI)	11
3 Overblik over demensforløb	12
3.1 Flowdiagram	12
3.2 Almen praksis' ansvarsområder i demensforløbet	13
3.3 Hospitalets ansvarsområder i demensforløbet	14
3.4 Kommunens ansvarsområder i demensforløbet	15
4 Forebyggelse og rettidig diagnostik af demens	16
4.1 Forebyggelse	16
4.2 Opmærksomhed på tidlige tegn på demenssygdom	16
5 Udredningens formål og registrering af diagnosen	18
5.1 Registrering af demensdiagnosen	19
5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)	20
5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang	21
5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb	23
5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende	24
6 Stratificering	25
6.1 Stratificering og niveaudeling af indsatsen	25
6.2 Vurdering af sygdomskompleksitet	25
6.3 Vurdering af social ressourceprofil	26
6.4 Allokering til stratificeringsniveau og proaktiv opfølgning	26
6.5 Overgang fra niveau 1 til niveau 2	28
6.6 Overgang fra niveau 2 til niveau 1	28

7	Behandling og opfølgning	29
7.1	Behandling	29
7.2	Opfølgning	30
7.3	Proaktiv opfølgning og forebyggelse af komplikationer	31
8	Organisering og samarbejde	33
8.1	Kommuner	33
8.2	Almen praksis og øvrig praksissektor	33
8.3	Regioner	34
8.4	Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører	34
8.5	Tovholderfunktion og forløbskoordination	35
9	Kommunikation mellem aktørerne	38
9.1	Informationssystemer	38
9.2	Opmærksomhedspunkter ved indlæggelse og udskrivning af mennesker med demens	39
9.3	Indlæggelse af mennesker med demens	39
9.4	Samarbejde mellem primær sektor og hospital ved indlæggelse	40
9.5	Udskrivning af mennesker med demens	40
10	Differentierede indsatser og målgrupper med særlige behov	41
10.1	Mennesker med demens og andre samtidig sygdomme	41
10.2	Demens ved alkoholoverforbrug og andet misbrug	41
10.3	Udredning af demens for etniske minoriteter	42
10.4	Mennesker med udviklingshæmning – særligt personer med Downs syndrom	43
10.5	Yngre med demens	43
10.6	Frontotemporal demens (FTD)	44
10.7	Mennesker med demens i plejebolig	44
10.8	Børn og unge som pårørende til mennesker med demens	44
10.9	Mennesker med demens med spinkelt eller manglende socialt netværk	45
10.10	Mennesker med demens og behov for palliativ indsats	45
11	Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens	46
11.1	Behandling ved adfærdsmæssige forstyrrelser	46
11.2	Kommunens rolle ifm. adfærdsforstyrrelser	47
11.3	Den praktiserende læges rolle ifm. adfærdsforstyrrelser	48
11.4	Hospitalets rolle ifm. adfærdsforstyrrelser	48

12 Relevant lovgivning	49
12.1 Fremtidsfuldmagt	49
12.2 Vægemål og flytning	49
12.3 Magtanvendelse og forebyggelse heraf	49
12.4 Sociale indsatser	49
13 Monitorering	50
14 Implementering af forløbsprogrammet	52
14.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet	52
14.2 Lokal implementering af forløbsprogrammet	52
14.3 Sundhedsfagligt Råd for Demens	53
14.4 Kompetenceudvikling og efteruddannelse	53
15 Ressourcemæssige konsekvenser af revisionen	54
15.1 Ingen ændringer i opgavefordelingen	54
15.2 Aktuell patientvolumen og forventet fremtidig patientvolumen	54
15.3 Økonomiske konsekvenser	54
Bilag	55
Bilag 1 Arbejdsgruppens sammensætning	56
Bilag 2 Referencer	57
Bilag 3 Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger	59
Bilag 4 Samtaleark	60
Bilag 5 Hyppigt anvendte diagnoser i Hukommelsesklinikken	62

Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom. Forløbsprogrammet beskriver evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en beskrivelse af opgavefordelingen samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

Formål med forløbsprogrammet

Formålet med forløbsprogrammet for demens er at beskrive den samlede tværfaglige og koordinerede sundhedsfaglige og sociale indsats for demens for derigennem at sikre:

- en ensartet og evidensbaseret indsats af høj kvalitet i hele regionen
- en systematisk proaktiv indsats gennem hele forløbet af en demenssygdom
- at der i tilrettelæggelsen af indsatsen tages hensyn til de særlige etiske, juridiske og patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, der knytter sig til demens
- en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse
- at personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer.

Forløbsprogrammet for personer med demens og demenslignende symptomer skal understøtte, at sundhedsvæsenet med patienten og de pårørende i centrum tilgodeser relevante sundhedsfaglige og sociale behov, hvor praktiserende læger, hospitaler og det kommunale social- og sundhedsvæsen indgår i et tværfagligt, tværsektorielt og integreret samarbejde.

Den primære målgruppe for forløbsprogrammets anbefalinger er fagpersoner i almen praksis, på hospitaler og i kommuner. Andre personer, som ønsker indsigt i opsporing, behandling, opfølgning og sociale indsatser, kan ligeledes med fordel læse programmet.

I forløbsprogrammet bruges begrebet "pårørende" om den person, patienten udpeger som sin nærmeste, og som patienten derfor inddrager i sit sygdomsforløb. Pårørende kan være relateret til patienten som partner/ægtefælle, familie (forældre, børn, søskende m.m.) eller som ven/bekendt.

Da mange mennesker stadig ved for lidt om baggrunden for demens, og da demens til en vis grad er tabubelagt, kan der fortsat knytte sig stigmatisering til en demensdiagnose. Det kan forsinke både udredning, nødvendig behandling og omsorg og føre til social isolation med belastning af de pårørende til følge. Det er en særlig opgave for alle aktører i forløbsprogrammet at medvirke til afstigmatisering af sygdommen.

Forløbsprogrammet for demens blev første gang udgivet i januar 2011. Heri blev det beskrevet, at forløbsprogrammet skulle både evalueres og revideres.

Evalueringen blev udført af Rådgivende Sociologer Aps og afleveret i 2014. Evalueringen havde fokus på implementeringen af forløbsprogrammet. Konklusioner fra evalueringen er inddraget i det foreliggende revisionsarbejde.

Revisionen af forløbsprogrammet var en indsats under Sundhedsaftalen 2015-2018 og blev opstartet i 2018. I revisionsarbejdet er inddraget relevant litteratur, jf. bilag 2 for referencer.

I Region Hovedstaden er der i samarbejde med Region Sjælland i 2016 udarbejdet en klinisk vejledning fra det sundhedsfaglige råd for demens om diagnostik og behandling af demens. Vejledningen findes på VIP portalen ¹. Målgruppen for vejledningen er læger og andet personale på både somatiske og psykiatriske afdelinger, som arbejder med demensudredning og -behandling. Derudover kan VIP portalen tilgås af eksterne samarbejdspartnere. Vejledningen indeholder ikke en selvstændig gennemgang af evidensen, men bygger på og er i overensstemmelse med gældende Nationale Kliniske Retningslinjer ².

I Region Hovedstaden er der mellem regionen og PLO-Hovedstaden aftalt en lokalaftale vedr. opfølgning på demenssygdommen i almen praksis ³.

Der har til udarbejdelsen af revisionen af forløbsprogrammet for demens været nedsat en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe (jf. bilag 1 for oversigt over arbejdsgruppens medlemmer). Revisionen har været pauseret i 2019, idet arbejdsgruppen har afventet nationale anbefalinger på området.

De nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens blev udgivet medio 2020 ⁴, og i november 2020 blev der indgået en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens ⁵. Den reviderede udgave af forløbsprogrammet for demens blev på baggrund af disse udgivelser – samt høringsvar fra relevante interessenter – udgivet i juni 2021.

1 Demens – udredning, diagnostiske kriterier, behandling, opfølgning og støtte, VIP-portalen 2016. Link [→](#)

2 Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende.

3 Lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden vedr. udmøntning af forløbsprogram for demens. Link [→](#)

4 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

5 Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens 2020. Link [→](#)

En helt grundlæggende forudsætning for succesfuld implementering af forløbsprogrammet er, at aktørerne på henholdsvis hospitalerne, i kommunerne og i almen praksis bidrager med den relevante sociale og sundhedsfaglige indsats til de personer, som tilhører forløbsprogrammets målgruppe.

Et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj kvalitet for den enkelte person med kronisk sygdom er således afhængig af, at alle parter leverer deres del af indsatsen, hvad enten det gælder de sociale og sundhedsfaglige tilbud i relation til diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning, støtte til egenomsorg eller monitorering af kvalitet og effekt med tilhørende opfølgning.

Der er i forbindelse med godkendelse af Forløbsprogrammet for Demens givet tilsagn til forpligtelse af nedenstående minimumsstandards:

Minimumsstandarden beskriver, hvem der har ansvar for at levere de enkelte indsatser i programmet. Minimumsstandarden (A) er de indsatser, der som minimum skal tilbydes. Således er der for forløbsprogrammet fastsat en standard for, hvilke indsatser parterne som minimum forpligter sig til. Det forudsættes, at de sociale og sundhedsfaglige indsatser følger minimumsstandarden i forløbsprogrammet, samt at indsatserne tilrettelægges i henhold til bedste viden og evidens inden for de enkelte indsatsområder.



Anbefalinger	Hospital	Almen praksis	Kommune
1. At henvendelse til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse fører til en vurdering af behovet for udredning for en eventuel underliggende demenssygdom.	A	A	A
2. At fagpersoner med hyppig kontakt til borgere – herunder særligt til ældre borgere – besidder en basal viden om demens og de hyppigste tegn herpå samt om mulighederne for udredning, behandling, støtte og rådgivning. Fagpersoner tilskynder målgruppen til at kontakte egen læge, hvis de får mistanke om demens. Alternativt kan medarbejderen indhente tilladelse til at kontakte vedkommendes egen læge eller kommunens demenskoordinationsfunktion.	A	A	A
3. At almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning, der som minimum indeholder anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse, kognitiv testning samt blodprøver.		A	
4. At regional hukommelsesklínik som udgangspunkt varetager den videre udredning og diagnostik på baggrund af den indledende udredning hos almen praksis.	A		
5. At hospitalsafdelinger ved mistanke om demenssygdom henviser til demensudredning enten ved egen læge mhp. indledende udredning, mens patienten er i sin habitualltilstand eller til udredning ved regional hukommelsesklínik.	A		
6. At der i forbindelse med diagnosticering ved hukommelsesklínik foretages stratificering iht. sygdomskompleksitet og social ressourceprofil.	A		
7. Når udredningen er gennemført, tilbydes patient og pårørende information om undersøgelsesresultater og diagnose, samt om mulighed for behandling, hjælp og støtte. Dette sker altid ved en personlig samtale ledsaget af skriftlig information. Hukommelsesklínik orienterer patientens egen læge og tilbyder at tage kontakt til kommunen.	A	A	
8. Det samlede forløb for mennesker med demens planlægges med inddragelse af borgeren og evt. pårørende ud fra det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer som beskrevet i de nationale anbefalinger ⁶ .	A	A	A
9. Der udarbejdes en plan for den lægefaglige opfølgning af det samlede forløb, herunder evt. antidemensmedicin. Opfølgningen sker mindst én gang årligt og er proaktiv.	A (for niveau 2)	A (for niveau 1)	

6 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

Anbefalinger	Hospital	Almen praksis	Kommune
10. Hospitaler tilbyder regelmæssigt udbudte undervisningstilbud/sygdomsmestring til patienter med diagnosticeret demenssygdom og deres pårørende.	A		
11. Kommuner har en demenskoordinationsfunktion, der tilbyder rådgivning, sparring, koordination og undervisning til borgere med demens og deres pårørende.			A
12. Kommuner etablerer tidligt kontakt til borgeren, og så vidt muligt dennes pårørende (efter samtykke), for at planlægge borgerens forløb og tilbyder efter individuel vurdering løbende borgere med demens opfølgende samtaler for at rådgive og evt. foreslå støtteforanstaltninger.			A
13. Kommuner råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning, aflastning, afløsning m.v.			A
14. Kommuner har en række indsatser til mennesker med demens, der sigter mod så vidt muligt at fastholde borgernes funktionsevne og bidrager til en øget livskvalitet og selvstændighed for borgerne og deres pårørende.			A
15. Kommuner, almen praksis og hospitaler etablerer et systematisk samarbejde for at styrke relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen.	A	A	A
16. Ansvar for varetagelse af tovholderrolle.	A (for niveau 2)	A (for niveau 1)	
17. Ansvar for varetagelse af forløbskoordination.	A gælder under udredning	A gælder per- soner, der ikke ønsker kontakt til kommunen	A
18. Parterne forpligter sig til at monitorere de standarder og indikatorer for indsatsens kvalitet, som er fastlagt i forløbsprogrammet, samt til at varetage den tilhørende opfølgning ⁷ .	A	A	A

⁷ Disse indikatorer følges, så længe de opgøres på nationalt niveau.

2.1 Særlige udfordringer

2.2 Demenssygdomme

2.3 Mild Cognitive Impairment (MCI)

Demens er en folkesygdom, og det skønnes, at der på landsplan er ca. 89.000 danskere⁸, der har demens. Der konstateres ca. 7.700 nye tilfælde af demens hvert år. De direkte omkostninger ved demens menes at andrage 24 mia. kroner om året. I Region Hovedstaden skønnes der at være ca. 25.000 personer med demens. Forekomsten af demens vil i de kommende år stige i takt med den øgede middellevetid og det stigende antal af ældre i befolkningen. I 2030 forventes det, at der alene i Region Hovedstaden vil være mindst 38.000 mennesker med demens.

Der er store forskelle i alderssammensætning af befolkningen i kommunerne i Region Hovedstaden, hvilket betyder, at nogle kommuner står over for en meget stor stigning i antallet af mennesker med demenssygdom, mens antallet i andre kommuner vil være stabilt.

Demens rammer ikke kun personen selv, men også de pårørende og det sociale netværk, som løfter en meget stor del af omsorgsopgaven. Op imod 300.000 - 400.000 danskere er nære pårørende til en person, der lider af en demenssygdom⁹.

Det estimeres, at mindre end halvdelen af mennesker med demenssygdom¹⁰ har fået foretaget en demensudredning. Den lave udredningsfrekvens har flere årsager og kan fx skyldes:

- manglende opmærksomhed i befolkningen om symptomerne og om mulighed for behandling, hjælp og støtte
- stigmatisering og tabu
- manglende indsigt hos patienten
- mangelfuld opsporingsindsats.

Udredning og behandling foregår i dag på regionens hukommelsesklinikker. Ifølge den nationale demensdatabase gennemfører Region Hovedstaden på disse klinikker årligt ca. 3.000 udredninger. Et ukendt antal mennesker med demens får stillet diagnosen på andre typer af afdelinger eller i primærsektoren.

Et mål med forløbsprogrammet er at understøtte, at flere mennesker henvises til demensudredning ved en hukommelsesklinik.

Den kommunale indsats omfatter både en social og en sundhedsfaglig indsats. Den sociale indsats ydes i henhold til **ServiceLOVEN**, mens den sundhedsfaglige indsats ydes i henhold til **SundhedsLOVEN**. Organiseringen af den kommunale indsats er forskellig i de 29 kommuner i regionen.

2.1 Særlige udfordringer

Demenssygdomme er kroniske og fremadskridende og fører foruden behov for lægefaglig behandling og opfølgning til et tiltagende behov for hjælp og støtte i hverdagen. Der er behov for et tværsektorielt samarbejde, som omfatter både sundhedsfaglige og sociale indsatser.

Mennesker med demenssygdomme mister gradvist evnen til at tage vare på egne forhold og interesser og vil således allerede tidligt i forløbet være ude af stand til selv at bidrage til koordinering af indsatsen. Mennesker med demens har svært ved at erkende og beskrive egne behov ofte på grund af begrænset indsigt i egne symptomer eller sproglig dysfunktion. Mennesker med demens er derfor helt afhængige af andres initiativ og indsats og kan for eksempel ikke forventes selv at henvende sig om hjælp ved forværring, komplikationer eller særlige behov, jf. afsnit 6.1 i de nationale anbefalinger vedr. behovsvurdering for mennesker med demens¹¹.

For mennesker med svær demens knytter der sig desuden særlige juridiske problemstillinger til indhentning af samtykke til undersøgelse, behandling og sociale tiltag. Inddragelse af pårørende er vigtig i alle kroniske patientforløb, men hos mennesker med demens er det afgørende for hele indsatsen. Der knytter sig derfor særlige udfordringer til behandlingen af patienter, som ingen pårørende har. Pårørende risikerer at blive overbelastede og har højere risiko for at blive syge, og derfor har de særlige behov, der skal tilgodeses.

8 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>

9 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/tal-og-statistik>

10 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/udviklingen-i-demens-over-tid>

11 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link →

2.1 Særlige udfordringer

2.2 Demenssygdomme

2.3 Mild Cognitive Impairment (MCI)

2.2 Demenssygdomme

Demens defineres internationalt som et syndrom karakteriseret ved udvikling af multiple kognitive deficit. De kognitive deficit skal være dokumenterede ved objektiv undersøgelse og skal repræsentere en reduktion i forhold til et tidligere funktionsniveau. Der skal desuden være en tilstrækkelig sværhedsgrad til at forårsage nedsat arbejdsevne eller socialt funktionsniveau i dagligdagen. De kognitive deficit må ikke være til stede alene i en periode med bevidsthedssvækkelse eller delirium og må ikke alene kunne være relateret til psykiatrisk sygdom. Endelig skal der ud fra anamnese, klinisk undersøgelse, eller parakliniske undersøgelser ikke være holdepunkter for hjernesygdom eller organisk hjernepåvirkning ved anden somatisk sygdom som årsag til de kognitive deficit. Herved afgrænses demens over for en række andre tilstande, som kan ledsages af kognitive symptomer eller ændringer i adfærd og personlighed.

Det er værd at bemærke, at demensbegrebet ifølge de internationale kriterier hverken indeholder krav om, at tilstanden er irreversibel eller fremadskridende. Når der i dette forløbsprogram fokuseres på de primære demenssygdomme, er der imidlertid langt overvejende tale om neurodegenerative eller cerebrovaskulære sygdomme, som netop er både irreversible og fremadskridende.

Mange forskellige sygdomme kan være associeret med kognitiv svækkelse eller demens. Den hyppigste årsag til demens er Alzheimers sygdom (AD), der repræsenterer halvdelen af tilfældene. Blandt øvrige hyppige demenssygdomme kan nævnes frontotemporal demens (FTD), Lewy Body Demens (DLB) og vaskulær demens (VaD). De fleste demenssygdomme er fatale og fremadskridende og medfører gradvist tab af funktionsevne og autonomi.

2.3 Mild Cognitive Impairment (MCI)

Degenerative demenssygdomme debuterer snigende og i mange tilfælde med gradvis tiltagende hukommelsesbesvær. Mange ældre mennesker har imidlertid let nedsat hukommelse, uden at det er starten på en demensudvikling.

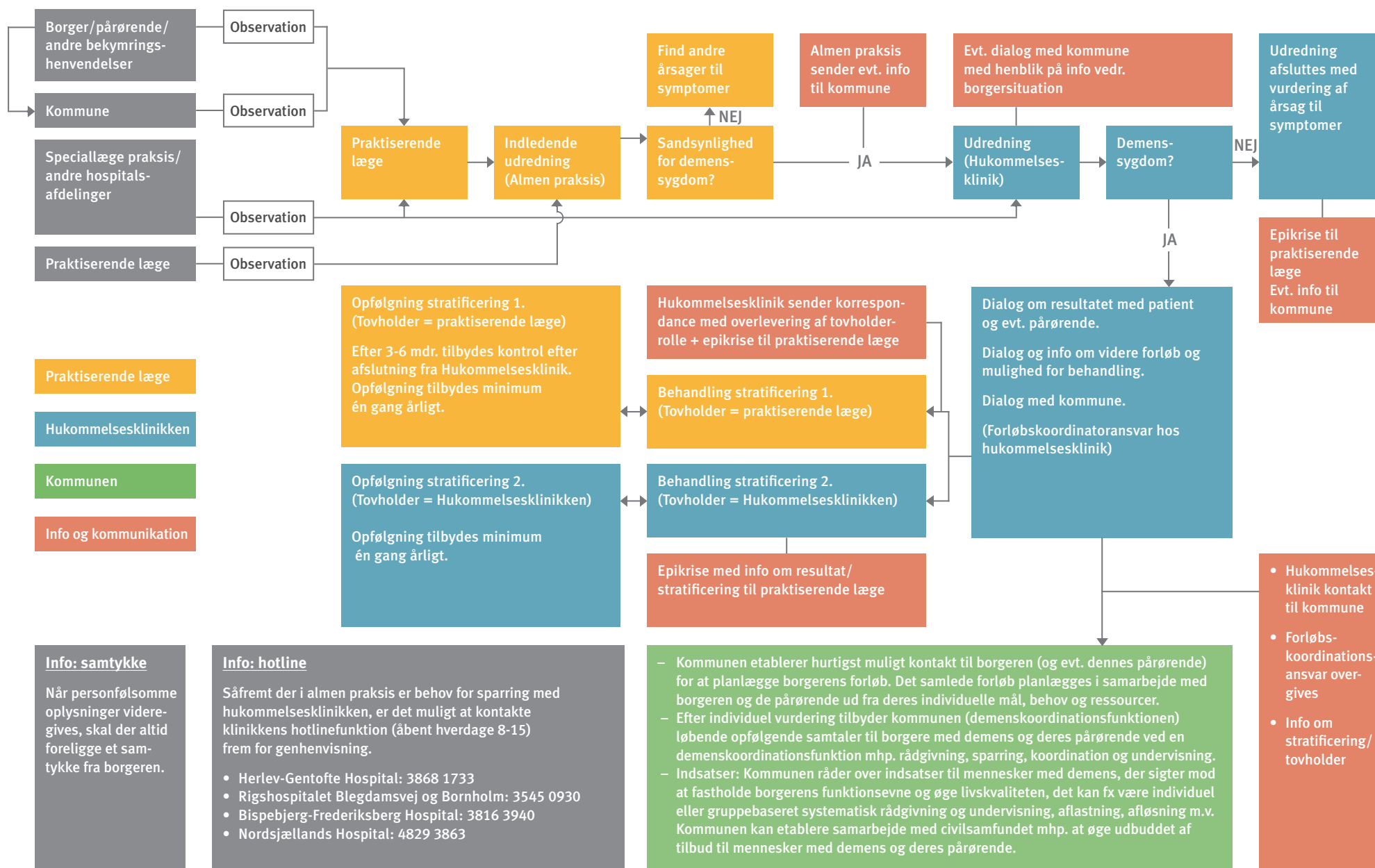
Når der i dette forløbsprogram fokuseres på rettidig opsporing og udredning, vil der være en gruppe af patienter, som efter endt udredning ikke opfylder kriterierne for en demenssygdom, men som har dokumenterbar hukommelsessvækkelse. Begrebet "Mild Cognitive Impairment" (MCI) kan anvendes for denne gruppe af patienter.

Der findes andre betegnelser og definitioner for milde grader af kognitive forstyrrelser. MCI-begrebets fokus på hukommelse gør det imidlertid særlig velegnet til at indkredse patienter, som er i risiko for at udvikle Alzheimers sygdom. Patienter med MCI har en betydelig øget risiko for at udvikle demens på ca. 15 % per år, i forhold til ældre mennesker med normal hukommelse, hvor risikoen er ca. 1-2 % per år. Nogle patienter med MCI udvikler imidlertid ikke demens; hos enkelte normaliseres tilstanden, og hos andre forbliver den stabil i årevis. Dette kan fx ses hos patienter, hvor hukommelsesproblemerne er relateret til depression, belastningstilstande, smerter eller somatisk sygdom.

Patienter med MCI indgår ikke som målgruppe i forløbsprogrammets anbefalinger, men der skal være fokus på mennesker med MCI i forbindelse med tidlig opsporing af demens. Patienter med MCI, hvor der er begrundet mistanke om neurodegenerativ sygdom enten på baggrund af kognitive test og/eller paraklinik tilbydes opfølgning i en hukommelsesklinik mhp. tidlig opsporing ift. mulig udvikling til en demenstilstand. Eventuel opfølgning hos egen læge og i kommuner tilrettelægges på individuel basis.

Hvis der er mistanke om begyndende demenstilstand, følges personerne i hukommelsesklinikken ca. én gang årligt.

3.1 Flowdiagram



3 Overblik over demensforløb

3

3.1 Flowdiagram

3.2 Almen praksis' ansvarsområder i demensforløbet

3.3 Hospitalets ansvarsområder i demensforløbet

3.4 Kommunens ansvarsområder i demensforløbet

Udredning

- Almen praksis foretager en indledende udredning ved mistanke om mulig demenssygdom med henblik på afklaring af forløbet for patienten og dennes behov for videre henvisning til udredningsforløb på hospital.
- I den indledende udredning kortlægges symptomer og alment helbred, og differentialdiagnoser vurderes. Er der fortsat mistanke om demenssygdom, henvises patienten til en opfølgende udredning på en regional demensudredningsenhed, hvor en specifik demensdiagnose kan stilles. For information om indholdet i den indledende udredning samt om henvisning til hospital, se afsnit 15.
- Når almen praksis henviser patienten til en udredningsenhed, er det hensigtsmæssigt, at almen praksis samtidig, efter samtykke, tilbyder at orientere kommunen om henvisningen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens¹².

Forløb og indsatser

- Det samlede forløb planlægges i samarbejde med patienten og de pårørende ud fra individuelle mål, behov og ressourcer.
- Patienter og pårørende tilbydes kontakt til kommunens demenskoordinationsfunktion med efterfølgende korrespondancemeddelelse.
- Såfremt patienten ikke ønsker kontakt til kommunen, varetager almen praksis forløbskoordinationsfunktionen efter endt udredning.
- Almen praksis indgår i et systematisk tværsektorielt samarbejde for at styrke relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen.

Opfølgning

- Hvis en patient er stratificeret til niveau 1 ifm. udredning ved hukommelsesklínik, overtager den praktiserende læge tovholderrollen samt det proaktive ansvar for opfølgning og behandling.
- Almen praksis varetager ofte den indledende opfølgning, herunder opfølgning på medicinsk behandling på baggrund af medicinplan fra hospital (når patienten har fået stillet en diagnose på hospital, og forløbet er afsluttet), samt henviser til kommunale tilbud.
- Almen praksis indkalder patienter stratificeret til niveau 1 til kontrol 3-6 mdr. efter afslutning fra Hukommelsesklínik. Opfølgningen tilbydes herefter minimum én gang årligt, bl.a. med henblik på at følge op på medicinering, sygdomsstatus og behov for indsatser (jf. lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden)¹³.
- For at understøtte et sammenhængende forløb for patienten bestræber almen praksis sig på at modtage samtykke fra patienten til at sende besked til kommunens forløbskoordinationsfunktion i forbindelse med de løbende kontroller.
- Almen praksis bør være opmærksom på, at patientens mulighed for at forstå informationer ændres i takt med sygdommens udvikling, derfor bør informationsbehovet og dialogen kontinuerligt vurderes. Her kan det være særligt væsentligt at inddrage pårørende.
- Når en patient, som følges i almen praksis, ønskes revurderet i en hukommelsesklínik, sendes en henvisning til hukommelsesklínikken. Hvis patienten omstratificeres til niveau 2 (jf. afsnit 6.5), overleverer den praktiserende læge ansvaret for tovholderrollen til hospitalet.

12 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [---](#)

13 Lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden vedr. udmøntning af forløbsprogram for demens. Link [---](#)

- 3.1 Flowdiagram
- 3.2 Almen praksis' ansvarsområder i demensforløbet
- 3.3 Hospitalets ansvarsområder i demensforløbet
- 3.4 Kommunens ansvarsområder i demensforløbet

Udredning

- Hukommelsesklinikken foretager udredning mhp. afklaring af ætiologisk diagnose og af muligheder for behandling og psykosocial indsats¹⁴.
- Hvis mistanke om demenssygdom opstår på en hospitalsafdeling, henviser afdelingen til demensudredning enten ved egen læge mhp. indledende udredning eller ved regional hukommelsesklinikk. Patienten bør være i sin habitualtilstand, inden udredning kan finde sted.
- Ved henvisning til udredning på regional hukommelsesklinikk, orienteres patientens egen læge.
- I forbindelse med udredning stratificerer hukommelsesklinikken patienten i henhold til social ressourceprofil og sygdomskompleksitet. Stratificering bruges som redskab til at fordele patienter til rette behandling og opfølgning efter udredning.
- For beskrivelse af ansvarsfordeling mellem psykiatri og somatik, jf. afsnit 11.
- Hukommelsesklinikken har som udgangspunkt ansvar for forløbskoordination under udredningsforløbet jf. afsnit 8.5.

Forløb og indsatser

- Så vidt det er muligt, indhentes der samtykke fra patienten til at inddrage de pårørende.
- For patienter stratificeret til niveau 1, overleveres det proaktive ansvar for behandling og opfølgning til den praktiserende læge, og patienten afsluttes fra Hukommelsesklinikken. Hukommelsesklinikken sender epikrise til egen læge. Derudover sendes en korrespondancemeddelelse, hvoraf det fremgår, at patienten er afsluttet fra Hukommelsesklinikken, og at tovholderfunktionen for demenssygdommen overdrages til almen praksis.
 - Er patienten tilknyttet kommunen, fremsendes information til kommunen med information om, at patienten afsluttes fra Hukommelsesklinikken til videre opfølgning hos egen læge. Såfremt patienten ikke er tilknyttet kommunen, fremsendes information til kommunen, hvis der foreligger samtykke hertil.
 - Fravælger patienten kontakt til kommunen, overdrages forløbskoordinationsfunktionen til almen praksis.
 - Så længe patienten har valgt kontakt til kommunen fra, har kommunen ikke ansvaret for forløbskoordination, selvom patienten har givet samtykke til, at kommunen må modtage korrespondancemeddelelser fra Hukommelsesklinikken.
- Patienter og pårørende tilbydes kontakt til kommunens demenskoordinationsfunktion med efterfølgende korrespondancemeddelelse.
- For patienter stratificeret til niveau 2 har Hukommelsesklinikken tovholderrollen og dermed det proaktive ansvar for behandling og opfølgning. Hukommelsesklinikken sender epikrise til egen læge med information om resultat/stratificering samt information til kommunen (såfremt patienten er tilknyttet kommunen og/eller har givet samtykke).
- Alle patienter diagnosticeret med en demenssygdom tilbydes en personlig samtale med information og dialog om resultater og diagnose. De pårørende bør så vidt muligt inddrages i denne samtale. Dialogen ledsages af information om konkrete tilbud, hjælp og støtte samt om mulighederne for at søge yderligere information.
- Hukommelsesklinikker tilbyder regelmæssigt udbudte undervisningstilbud til hhv. pårørende til patienter med diagnosticeret demenssygdom samt til patienter diagnosticeret med demenssygdom.
- Hukommelsesklinikker indgår i et systematisk tværsektorielt samarbejde for at styrke relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen.
- Hukommelsesklinikker tilbyder hotlinefunktion mhp. rådgivning af almen praksis og kommuner (vedr. konkrete patientforløb).

Opfølgning

- Hukommelsesklinikken indkalder proaktivt patienter stratificeret til niveau 2 til opfølgning minimum én gang årligt, bl.a. med henblik på at følge op på medicinering, sygdomsstatus og behov for indsatser.
- Stratificeringsniveau vurderes løbende i forbindelse med årskontrol.

¹⁴ jf. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. Link [----](#) samt Sundhedsstyrelsens øvrige materialer vedr. hukommelsesklinikkernes opgaver og ansvar i forbindelse med demensforløb. Link [----](#)

3 Overblik over demensforløb

3

- 3.1 Flowdiagram
- 3.2 Almen praksis' ansvarsområder i demensforløbet
- 3.3 Hospitalets ansvarsområder i demensforløbet
- 3.4 Kommunens ansvarsområder i demensforløbet

Udredning

- Ved mistanke om demenssygdom anbefaler kommunen borgeren og evt. de pårørende at tage kontakt til egen læge mhp. vurdering af behov for demensudredning.
- Kommunen kan i nogle tilfælde bidrage til udredningen med relevant information.

Forløb og indsatser

- Kommunen tilbyder alle borgere med demens og deres pårørende kontakt til en demenskoordinationsfunktion.
- Demenskoordinationsfunktionen tilbyder rådgivning, sparring, koordination og undervisning til borgere med demens og deres pårørende.
- Demenskoordinationsfunktionen tilbyder borgeren/familien et besøg for at yde råd og vejledning og oplyse om kommunens tilbud. Dette bør ske inden for kort tid efter den regionale udredning og gerne inden for de første uger. Det samlede forløb planlægges i samarbejde med borgeren og de pårørende ud fra deres individuelle mål, behov og ressourcer.
- Kommunen råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning, aflastning, afløsning m.v.¹⁵
- Kommunen råder over indsatser til mennesker med demens, der sigter mod så vidt muligt at fastholde borgerens funktionsevne og bidrager til en øget livskvalitet og selvstændighed for borgeren og pårørende.
- Kommunen bør etablere samarbejde med civilsamfundet mhp. at øge udbuddet af tilbud til mennesker med demens og deres pårørende.
- Kommuner indgår i et systematisk tværsektorielt samarbejde mhp. at styrke relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen.
- Derudover har kommunerne en særlig opgave i forhold til internt at sikre koordination mellem velfærdsområder fx mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet, hvis borgeren eller vedkommendes ægtefælle/partner er erhvervsaktiv¹⁶.

Opfølgning

- Kommunen skal proaktivt og løbende følge op gennem dialog med borgeren, de pårørende og relevante fagpersoner vedr. situationen og den fremtidige pleje og behandling.
- Efter individuel vurdering tilbyder kommunen (demenskoordinationsfunktionen) løbende opfølgende samtaler til borgere med demens, for at rådgive og eventuelt foreslå støtteforanstaltninger. Ved besøget er det optimalt, at pårørende deltager. Demenskoordinationsfunktionen vurderer ved samtalen, om der er ændrede behov hos borgeren og dennes pårørende, og om der er behov for at justere kommunens handleplan for tilbud til vedkommende og de pårørende. Med borgerens samtykke orienteres den praktiserende læge om ændringer i den kommunale handleplan ved specifikke problemer og efter behov.
- I tilfælde af dødsfald kan der ved behov tilbydes opfølgning til den/de pårørende.
- Kommunen har som udgangspunkt ansvar for forløbskoordination efter afsluttet udredningsforløb jf. afsnit 8.5.

¹⁵ jf. afsnit 6.4.1 i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens fra 2020. Link [----](#)

¹⁶ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [----](#)

4 Forebyggelse og rettidig diagnostik af demens

4

4.1 Forebyggelse

4.2 Opmærksomhed på tidlige tegn på demenssygdom

4.1 Forebyggelse

En sund levevis er en vigtig forebyggende faktor i forhold til demens. Opmærksomhed på kost, søvn, rygning, alkohol og motion, men også kontrol af blodtryk, kolesteroltal, diabetes og vægt samt tilbud om sociale aktiviteter er vigtige elementer, hvis man ønsker at forebygge demens.

Forebyggelsestiltag for mennesker, som har en demensdiagnose, har til formål at:

- forebygge helbredsmæssige komplikationer
- identificere og optimere behandlingen af eventuelle risikofaktorer og co-morbiditet
- forebygge unødvendige indlæggelser og forværringer af funktionsniveauet
- forebygge isolation
- sikre patientsikkerhed.

4.2 Opmærksomhed på tidlige tegn på demenssygdom

Rettidig diagnostik er en forudsætning for, at mennesker med demens og deres pårørende kan modtage relevant behandling, støtte og rådgivning¹⁷.

Mennesker med tidlige symptomer på en demenssygdom er ikke altid selv opmærksomme på symptomerne, som måske især bemærkes af omgivelserne (de pårørende, kolleger, naboer, sundhedsprofessionelle m.v.). Opmærksomhed på tidlige tegn på demenssygdom har derfor til formål at bidrage til et bedre forløb og sikre rettidig diagnostik. Derfor bør henvendelser til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse følges op af en vurdering af behovet for udredning for evt. underliggende demenssygdom, uanset om henvendelsen kommer fra en borger, en pårørende eller fra en medarbejder i kommunen eller sundhedsvæsenet.

Fagpersoner med hyppig kontakt til borgere – herunder særligt til ældre borgere – besidder en basal viden om demens og de hyppigste tegn herpå samt om mulighederne for udredning, behandling, støtte og rådgivning¹⁸. En øget opmærksomhed blandt sundhedsprofessionelle på tidlige tegn på demens vil ofte kunne bidrage til at sætte fokus på livsstilsforhold, der kan forbedre den kognitive svækkelse. Særligt kan nævnes muligheden for opmærksomhed på symptomer i forbindelse med, at borgere/patienter kommer i kontakt med social- og sundhedsvæsenet, fx i forbindelse med sagsbehandling om førtidspension, pensionsrådgivning, visitation til hjemmehjælp, dagtilbud eller plejebolig, forebyggende hjemmebesøg, besøg hos/af egen læge, indlæggelse eller ambulant behandling på hospital.

4.1 Forebyggelse

4.2 Opmærksomhed på tidlige tegn på demenssygdom

Medarbejdere i både kommuner, på hospitaler og i almen praksis skal derfor være opmærksomme på nedenstående symptomer og situationer, som kan rejse mistanke om begyndende demenssygdom, især hos ældre (listen er ikke udtømmende):

- Svækket hukommelse: glemme aftaler, gøremål, mærkedage og beskeder, forlægge ting
- Sprogproblemer: problemer med at mobilisere specifikke ord og navne, problemer med at benævne ting (lettere sprogproblemer er ofte vanskelige at opdage ved almindelig samtale)
- Problemer med at finde vej, farer vild selv i kendte omgivelser
- Svækkelse af praktisk funktionsevne i hverdagen – fx ved madlavning, indkøb, anvendelse af offentlig transport, m.v. (instrumentel ADL)
- Ændret adfærd, svigtende hævninger eller situationsfornemmelse
- Depression og ængstelighed
- Apati og svækket initiativ
- Irritabilitet og vredladenhed.

Fagpersoner tilskynder målgruppen til at kontakte egen læge, hvis de får mistanke om demens. Alternativt kan medarbejderen indhente tilladelse til at kontakte vedkommendes egen læge eller kommunens demenskoordinationsfunktion ¹⁸.

I regi af Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 udvikles metoder til "tidlig opsporing". Metoderne kan inspirere fagpersoner, når de skal afgøre, om der er grundlag for at gå videre med udredning. Værktøjernes formål er, at flere diagnosticeres i den tidlige fase af demenssygdommen. Værktøjerne skal endvidere medvirke til, at mennesker med diskrete kognitive symptomer, hvor der ikke er særlig grund til at mistænke demens, ikke unødigt udredes. Værktøjet med navnet "BASIC" er udviklet til brug i almen praksis (og evt. hukommelsesklinikker) ¹⁹, og værktøjet "BASIC-Q" er udviklet især til brug i kommuner ²⁰.

17 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/udredning-af-demens>

18 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

19 BASIC-Q, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/brief-assessment-impaired-cognition-questionnaire-basic-q>

20 BASIC, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/brief-assessment-impaired-cognition-basic>

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

- 5.1 Registrering af demensdiagnosen
- 5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)
- 5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang
- 5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb
- 5.5 Rådgivning og støtte til mennesket med demens og den/de pårørende

Formålet med udredning for demens er at afklare, om der foreligger en mental svækkelse, der opfylder kriterierne for en demensdiagnose. Demens er en klinisk diagnose, der stilles på baggrund af en samlet vurdering af symptombillede, anamnese og parakliniske undersøgelsesresultater.

Udredning og diagnosticering af demens er en opgave fordelt mellem flere aktører og specialer. Da nogle årsager til kognitiv svækkelse kan behandles, er det vigtigt med en rettidig afklaring af årsagen og eventuelle behandlingsmuligheder. Rettidig udredning er også en forudsætning for, at personer med en fremadskridende demenssygdom kan få tilbudt relevant behandling, rådgivning og støtte.

Såfremt et menneske diagnosticeres med demens, er det vigtigt at fastslå hvilken specifik demensdiagnose, der er tale om. Dette er vigtigt for at kunne tilrettelægge det bedst mulige behandlings- og plejeforløb tilpasset den enkeltes individuelle behov. Forskellige demenssygdomme skal behandles forskelligt, både med hensyn til den medicinske behandling og til den psykosociale støtte.

Der er fastsat et nationalt mål om, at mindst 80 % af alle udredte mennesker med demens i 2025 skal have en demensspecifik diagnose.

I Region Hovedstaden varetages udredning som udgangspunkt af hukommelsesklinikkerne, men kan i enkelte tilfælde ske ved praktiserende læge, hos speciallæge, privathospitaler eller i regi af Region Hovedstadens Psykiatri. Ved regionens hukommelsesklinikker får over 90 % af patienterne en demensspecifik diagnose efter endt udredning.

Der bør kun undtagelsesvist anvendes diagnosen "uspecifik demens". Denne diagnose bør reserveres til de tilfælde, hvor:

- det efter relevant udredning er klart, at patienten opfylder kriterierne for demens, men hvor det ikke er muligt uden yderligere opfølgning at afklare årsagen
- patienten ikke ønsker yderligere udredning eller
- det på grund af patientens tilstand i øvrigt ikke skønnes at være relevant at afklare, hvilken sygdom det drejer sig om.

Der er flere formål med udredningen:

- At afgøre om der er tale om en demenssygdom
- At finde frem til årsagen til symptomerne (en diagnose)
- At kortlægge omfanget af symptomer og konsekvenserne for patientens funktionsevne
- At identificere eventuel co-morbiditet
- At undersøge pårørendes eventuelle belastning
- At kortlægge behovet for sociale indsatser.

Dermed skabes et grundlag for i fællesskab med patient og pårørende, at:

- vælge behandlingsmetoder
- afdække behov for hjælp og støtte
- planlægge den sociale indsats
- planlægge evt. indsats i forhold til pårørende.

En udredning bør netop af disse grunde iværksættes så tidligt som muligt, men erfaringen viser, at der fortsat er en del patienter, som enten henvises til udredning sent i forløbet, eller som aldrig får et tilbud om udredning.

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

5.1 Registrering af demensdiagnosen

- 5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)
- 5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang
- 5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb
- 5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

5.1 Registrering af demensdiagnosen

Såfremt et menneske diagnosticeres med en demenssygdom på hospital, skal der foretages en registrering af diagnosen. Ansvar for registrering påhviler den læge, der stiller diagnosen, og kriterier for diagnoser følger de gældende nationale kliniske retningslinjer²¹.

Såfremt diagnosen stilles i almen praksis, er det hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge ligeledes registrerer diagnosen.

• Registrering i almen praksis

Såfremt udredningen foretages i almen praksis, anvendes typisk diagnosekoderne: P20 Hukommelsessvigt, P70 Demens, og N99 Neurologisk sygdom, ikke klassificeret andetsteds i henhold til "Udvidet dansk ICPC-kodesystem".

Ved henvisning til udredning for mulig demenssygdom anbefales det at anvende diagnosekode P20 (hukommelsessvigt).

• Registrering i speciallægepraksis og ved privathospitaler

Udredning og opfølgning af demens foregår også i begrænset omfang i neurologisk og psykiatrisk speciallægepraksis samt på privathospitaler. Disse aktører er via sundhedsaftalen forpligtet til at følge Region Hovedstadens forløbsprogram for demens, såfremt patienterne er bosiddende i regionen. Derudover er privathospitaler forpligtet til at indberette relevant data til Den Nationale Demensdatabase.

• Registrering på hospitaler og psykiatrien

På hospitalerne og i psykiatrien anvendes ICD-10 koder til registrering af diagnoser, jf. bilag 5, der indeholder en oversigt over hyppigt anvendte diagnosekoder i Region Hovedstadens Hukommelsesklinikker. Der arbejdes både med henvisningsdiagnoser og udskrivningsdiagnoser (aktionsdiagnoser), og registreringen omfatter både ambulant aktivitet og indlæggelser. Opmærksomheden henledes på det hensigtsmæssige i at anvende "neutrale" diagnoser til registrering af henvisninger, således at der af diskretionshensyn ikke hæftes egentlige demensdiagnosekoder på patienter, som endnu ikke er udredte.

21 National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. Link [→](#)

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

5.1 Registrering af demensdiagnosen

5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)

5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang

5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb

5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)

Hos nogle patienter rejses mistanken om demens ikke i almen praksis men i speciallægepraksis, på privathospital, på anden hospitalsafdeling eller ved hjemmebesøg fra somatisk eller psykiatrisk hospitalsafdeling.

Hvis mistanken rejses i speciallægepraksis eller på privathospital

I enkelte tilfælde forekommer det, at mistanken om demens rejses i speciallægepraksis eller på privathospitalet. Det er hensigten i forløbsprogrammet samt i Den Nationale Demenshandlingsplan, at patienter skal tilbydes en udredning med inddragelse af tværfaglige kompetencer. Dette tilbud findes på regionens hukommelsesklinikker.

Derfor kan speciallægepraksis og privathospitaler henvise til videre udredning ved en regional hukommelsesklinikk eller henvise til vurdering af tilstanden ved egen læge. Eventuelt kan CT- eller MR-skanning og blodprøver være udført inden da. Ved henvisning til udredning ved regional hukommelsesklinikk orienteres egen læge.

Hvis mistanken rejses på somatisk og psykiatrisk afdeling eller ved hjemmebesøg

Såfremt en mulig demenssygdom identificeres i forbindelse med en indlæggelse/ambulant kontakt på somatisk eller psykiatrisk afdeling/ældrepsykiatrien eller ved hjemmebesøg hos en ikke tidligere udredt patient, har afdelingen to muligheder:

1. Der viderehenvises direkte til udredning ved hukommelsesklinikk. Egen læge orienteres da om henvisningen.
2. Der gøres i epikrise til praktiserende læge opmærksom på, at der er behov for vurdering af den kognitive funktion, når patienten er i sin habitualtilstand.

For indlagte patienter på medicinske og kirurgiske afdelinger kan der inden stillingtagen til henvisning til demensudredning eventuelt anmodes om tilsyn ved psykiatrisk, geriatrisk eller neurologisk afdeling. For indlagte patienter kan det være hensigtsmæssigt, at relevant scanning af hjernen samt relevante blodprøver er udført inden videre udredning.

Hvornår kan udredning udelades?

Der kan være ganske få situationer, hvor henvisning til en fuld demensudredning ikke giver mening. Det kan fx gælde for ældre og skrøbelige patienter med svære psykiatriske problemstillinger, hvor der er formodning om en underliggende meget fremskreden demenssygdom, men hvor der aldrig tidligere er foretaget en egentlig diagnostisk udredning.

Det er for disse patienter væsentligt, at der lægges en relevant behandlingsplan, og at underliggende somatisk sygdom er afklaret²².

22 Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens 2020. Link [----->](#)

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

- 5.1 Registrering af demensdiagnosen
- 5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)
- 5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang
- 5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb
- 5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang

Udredning foregår som oftest i to trin og indledes som udgangspunkt i almen praksis (trin 1) og fortsættes i regional hukommelsesklinik (trin 2).

Almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning, der som minimum indeholder anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse, kognitiv testning samt blodprøver²³.

De regionale demensudredningsenheder varetager som udgangspunkt den videre udredning og diagnostik på baggrund af den indledende udredning hos almen praksis, praktiserende speciallæger og andre hospitalsafdelinger.

Er der behov for ledsagelse under udredningen, henvises der til Grundaftale mellem hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om finansiering af ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling²⁴.

Indhold i basisudredning

Trin 1 – Indledende udredning (almen praksis)

Den indledende udredning har til formål at kortlægge symptomer, vurdere differentialdiagnoser og alment helbred. Såfremt der herefter fortsat er mistanke om demenssygdom, igangsættes trin 2.

I almen praksis vil den indledende udredning ofte omfatte²⁵:

- Anamnese: oplysninger fra patient og pårørende
- Kognitiv vurdering (evt. BASIC, MMSE, urskivetest, vurdering af indsigt)
- Psykisk vurdering
- Objektiv somatisk og neurologisk undersøgelse
- Vurdering af funktionsevne
- Laboratorieundersøgelser i henhold til vejledning
- Vurdering af differentialdiagnoser
- Vurdering af sandsynlighed for demenssygdom, og ved sandsynlig MCI eller demenssygdom, da viderehenvisning til næste trin
- Lægen kan samtidig hermed vælge at henvise til CT-skanning af hjernen, således at resultatet af denne kan meddeles til patienten enten hos egen læge eller ved første besøg i hukommelsesklinik
- Vurdering af evne til bilkørsel.

Trin 2 – opfølgende udredning (hospital – hukommelsesklinik)

Den opfølgende udredning har blandt andet til formål nærmere at afklare årsagen til demenstilstanden. Opfølgende udredning kan på hospital foregå på enten hovedfunktion, regionsfunktion eller højt specialiseret funktion²⁶ afhængig af problemstillingen. Udredningens omfang afhænger af demenstilstandens sværhedsgrad. Udredning ved hukommelsesklinik sker i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger^{27, 28, 29, 30}.

23 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

24 Grundaftale mellem hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om finansiering af ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling, 2020. Link [→](#)

25 Klinisk vejledning vedr. Demens i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin 2006. Link [→](#)

26 Specialevejledninger for geriatri, neurologi og psykiatri, Sundhedsstyrelsen 2017. Link [→](#)

27 National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. Link [→](#)

28 Demens – udredning, diagnostiske kriterier, behandling, opfølgning og støtte, VIP-portalen 2016. Link [→](#)

29 National Klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens, Sundhedsstyrelsen 2018. Link [→](#)

30 Anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens, Sundhedsstyrelsen 2017. Link [→](#)

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

- 5.1 Registrering af demensdiagnosen
- 5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)
- 5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang
- 5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb
- 5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

Hos en patient, som allerede har moderat til svær demens, vil ovenstående basisudredningen (trin 1 og 2) som regel være tilstrækkelig til at stille en diagnose.

Hos patienter med let eller tvivlsom demens og hos patienter med særlige ledsagesymptomer er yderligere undersøgelser ofte nødvendige (supplerende udredning).

Mere detaljerede oplysninger findes i Region Hovedstadens og Region Sjællands vejledning på VIP portalen ³¹.

Afslutning af udredningsforløbet

Har patienten en demenssygdom, tages der stilling til, hvilken specifik demenssygdom, det drejer sig om, da det er afgørende for en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af den sundhedsfaglige og sociale indsats.

Er der ikke tale om en demenssygdom, er det lige så vigtigt, at udredningen afsluttes med en stillingtagen til, hvad der så er årsagen til symptomerne, og hvilke behandlingsmuligheder der måtte være. Af og til er der usikkerhed om diagnosen, hvilket kan fordrer videre henvisning eller observation i nogle måneder til år inden revurdering.

Når forløbet for patienten afsluttes på sygehus/udredningsenhed, tager sygehuset (den behandlingsansvarlige læge) hurtigst muligt kontakt til vedkommendes bopælskommune/demenskoordinationsfunktionen. Det lægefaglige behandlingsansvar for patienten overgår efterfølgende til almen praksis ³².

Hukommelsesklinikken sender epikrise til egen læge. Derudover sendes en korrespondancemeddelelse, hvoraf det fremgår, at patienten er afsluttet fra Hukommelsesklinikken, og at tovholderfunktionen for demenssygdommen overdrages til almen praksis for patienter stratificeret til niveau 1.

³¹ Demens – udredning, diagnostiske kriterier, behandling, opfølgning og støtte, VIP-portalens 2016. Link →

³² Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link →

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

5.1 Registrering af demensdiagnosen

5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)

5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang

5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb

5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb

Når udredningen er afsluttet, skal patienten tilbydes information samt en dialog om undersøgelsesresultater og diagnose herunder om mulighederne for hjælp og støtte. Denne dialog bør foregå ved fysisk møde. Pårørende bør så vidt muligt (efter samtykke) inddrages i denne information og dialog.

Informationen og dialogen skal tilpasses patientens og de pårørendes ønsker, behov og evner. Information gives mundtligt, og skriftligt materiale udleveres, herunder evt. faktaark fra Nationalt Videnscenter for Demens³³. Faktaark findes på flere sprog.

Journaloplysninger kan læses via "Min Sundhedsplatform" – minsundhedsplatform.dk. Formidlingen skal tage hensyn til kulturelle og sproglige forhold hos patient og pårørende samt patientens kognitive udfordringer.

Dialogen med patienten og evt. pårørende bør indeholde:

- Diagnosen og grundlaget for diagnosen
- Muligheder for medicinsk behandling eller for justering af aktuelle medicin
- Muligheder for yderligere information og for hjælp og støtte fra udredningsenheden, kommunen, foreninger, bøger og pjecer, internettet, m.v.
- Mulighed for særlige tilbud til pårørende,
- Forholdsregler vedrørende sikkerhed (fx fuldmagt, administration af økonomi og post, brug af komfur/gas, rygning, bilkørsel, rejser, forsikring, m.m.)
- Mulighed for opfølgning i kommune, hos egen læge, eller på hospital
- "Advarselstegn" som skal føre til ny konsultation hos læge
- Fastlæggelse af en fælles målsætning for det videre forløb
- Vigtigheden af en sund livsstil samt at eventuelt andre sygdomme er velbehandlede.

I forbindelse med informationen kan der afklares særlige ønsker for fremtiden.

Dialogen bør være ledsaget af information om konkrete tilbud om hjælp og støtte og om mulighederne for at søge yderligere information og hjælp blandt andet gennem internet, litteratur, patientforeninger, hos hukommelsesklubben og i de kommunale demenstilbud. Når patienten informeres om muligheder for hjælp og støtte, afklares det samtidig, om patienten samtykker til, at tilbud fra kommunen må gå via en udvalgt pårørende. Samtykket kan i den forbindelse med fordel fremgå af den MEDKOM meddelelse, som sendes til kommunen.

Dialogen med patienten og evt. den pårørende tilpasses individuelt i forhold til:

- Patientens og evt. pårørendes forventninger til informationen
- Patientens og evt. pårørendes ønsker vedrørende informationen
- Diagnosens sikkerhed
- Sygdommens art og fase
- Den forventede helbredsmæssige prognose på kort og lang sigt
- Patientens og evt. pårørendes mulighed for at forstå informationen
- Patientens og evt. pårørendes psykiske tilstand
- Eventuelle umiddelbare konsekvenser vedrørende patientens og evt. pårørendes livsførelse (fx jobophør, ophør med bilkørsel og boligskift).

Dialogen skal så vidt muligt udføres af personer, som har:

- Kompetence i formidling af "den svære samtale"
- Kendskab til patienten og evt. pårørende
- Viden om sygdommen
- Viden om lokale muligheder for hjælp og støtte til mennesker med demens og deres familier.

Dialogen kan omfatte rådgivning/dialog om:

- Demenssygdommen
- Fysiske og psykiske symptomer
- Sociale tilbud
- Tilbud om støtte generelt
- Juridiske forhold
- Støtte til egenomsorg.

33 Faktaark, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/fakta-ark>

5 Udredningens formål og registrering af diagnosen

5

- 5.1 Registrering af demensdiagnosen
- 5.2 Henvisning til udredning, hvor mistanken om demenssygdom rejses i speciallægepraksis eller på anden hospitalsafdeling (inkl. privathospital)
- 5.3 Udredningens tilrettelæggelse og omfang
- 5.4 Dialog om resultatet af udredningen og det videre forløb
- 5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

5.5 Rådgivning og støtte til personen med demens og den/de pårørende

Rådgivning og støtte til mennesker med demens er en opgave, som varetages i alle sektorer. Der kan hentes inspiration og værktøjer til samtale, patient- og pårørendekurser og samtalegrupper om livet med demens i "værktøjskassen – støtte til et liv med demens"³⁴.

Den enkeltes mulighed for at forstå informationen ændres i forbindelse med sygdommens udvikling, og derfor må informationsbehovet og dialogen kontinuerligt vurderes. Der kan være forskellige ønsker og behov på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet. Det er vigtigt, at tilbud om rådgivning og støtte er en vedvarende og dynamisk proces, og at der ved afslag om rådgivning og støtte følges proaktivt op på et senere tidspunkt.

Personen med demens og den pårørendes perspektiv, herunder deres viden, præferencer og behov skal være styrende for, hvilke tilbud der tilbydes i den konkrete situation. Et aktivt samarbejde med personen med demens og evt. pårørende forudsætter, at der sker en inddragelse i planlægning af forløbet. Det gælder fx inddragelse af viden, erfaringer, ønsker og behov til behandling og opfølgning. Det er dog en forudsætning, at personen med demens har ressourcerne til og får støtte til aktivt at tage del i eget forløb.

I den tidlige fase af demenssygdommen har mange mennesker med demens og deres pårørende brug for information, rådgivning og dialog. Mange kan også have brug for og gavn af at deltage i et forum, hvor der tages udgangspunkt i den enkeltes oplevelser sammen med andre i samme situation.

I den tidlige fase af demenssygdommen håndterer de fleste mennesker med demens og pårørende situationen med let støtte fra hospital, almen praksis eller kommune. Senere i forløbet er det især de pårørende, der har brug for undervisning/sygdomsmestring og rådgivning. Derfor skal tilbud om undervisning og rådgivning være åbne i hele forløbet af sygdommen fra både hospital og kommune. I den sene fase er der brug for meget støtte fra kommunen.

Individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning og aflastning til pårørende øger den pårørendes mulighed for at varetage omsorgsopgaven og øger livskvaliteten ikke alene for den pårørende, men også for personen med demens.

Det anbefales, at kommuner tilbyder rådgivning til pårørende med særlig opmærksomhed på hele familien, især børn og unge. Rådgivningen kan med fordel forløbe over flere sessioner, hvor den pårørende både kan lære og få mulighed for at diskutere personlige udfordringer ved at leve med et familiemedlem, eller nær ven, med demens, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens³⁵.

Forskning har vist, at der blandt ægtefæller til mennesker med moderat til svær demens oftest er en hyppigere forekomst af depression og belastningstilstande. Denne periode er ofte årelang, og derfor skal der være et særligt fokus på at forebygge belastning af ægtefæller og andre pårørende.

I tilfælde af dødsfald kan der ved behov tilbydes opfølgning til den/de pårørende.

Der kan med fordel etableres samarbejde med civilsamfundet mhp. at øge udbuddet af tilbud til mennesker med demens og deres pårørende.

5.5.1 Samtaleark "Støtte til livet med en demenssygdom – hvad er vigtigt for dig"

Fagpersoner i regioner og kommuner bør tidligt og løbende være opmærksomme på at vurdere behov hos mennesket med demens, jf. afsnit 6.1 i de nationale anbefalinger vedr. behovsvurdering for mennesker med demens³⁵.

Som dialogstøtte kan redskabet og samtalearket "Støtte til livet med en demenssygdom – hvad er vigtigt for dig" (bilag 4) anvendes. Dette kan være til hjælp for personen med demens/pårørende og fungere som forberedelse og refleksion forud for kontrolbesøg eller kontakt med kommunen.

³⁴ Værktøjskassen – støtte til et liv med demens, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/vaerktoejskassen>

³⁵ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

6.1 Stratificering og niveaudeling af indsatsen

6.2 Vurdering af sygdomskompleksitet

6.3 Vurdering af social ressourceprofil

6.4 Allokering til stratificeringsniveau og proaktiv opfølgning

6.5 Overgang fra niveau 1 til niveau 2

6.6 Overgang fra niveau 2 til niveau 1

Stratificering bruges som et redskab til at fordele definerede grupper af patienter til rette behandling og opfølgning efter udredning. En forudsætning for stratificering er, at der foretages en udredning. Derfor omfatter stratificering udelukkende den gruppe, hvor der er stillet en demensdiagnose.

Der skelnes i dette forløbsprogram mellem to niveauer, niveau 1 og 2, som vil blive beskrevet i dette afsnit. Stratificeringen baseres på en vurdering af sygdomskompleksiteten og af den sociale ressourceprofil. Denne vurdering skal ske, både når diagnosen stilles efter afsluttet udredning men også løbende ved den efterfølgende proaktive opfølgning og årskontrol, jf. afsnit 7.

Stratificeringen foretages med henblik på at tilknytte patienten til den på det pågældende tidspunkt mest hensigtsmæssige tovholder for behandling og kontrol i forhold til demenssygdommen.

6.1 Stratificering og niveaudeling af indsatsen

Stratificeringen af mennesker med demenssygdomme baseres på følgende to aspekter:

- **Sygdomskompleksitet, som defineres på baggrund af følgende aspekter hos den enkelte:**
 - Sygdommens art (årsag til demens) og stadium
 - Aktuelle symptomer og komplikationer
 - Tilstedeværelse af andre samtidige sygdomme (co-morbiditet) eller anden særlig sårbarhed.
- **Social ressourceprofil, som defineres som de samlede (sociale) ressourcer, der er til rådighed for patienten, herunder:**
 - Egenomsorgsevne hos patienten
 - Styrken af det sociale netværk (nærmeste pårørende, familie, venner og andre uformelle omsorgsressourcer)
 - Vurdering af patientens samlede sociale situation.

Den første stratificering foretages af den læge, der har udredt patienten. Herefter vurderes stratificeringen løbende i forbindelse med kontakter til patientens tovholder vedr. demenssygdommen (se afsnit 8.5). Ved hver ny stratificering skal der samtidig tages stilling til, hvor hurtigt den ændrede niveauplacing af indsatsen skal træde i kraft, og der kommunikeres om evt. ændret placering af tovholderfunktion jf. afsnit 6.6.

6.2 Vurdering af sygdomskompleksitet

Sygdomskompleksiteten vurderes som udgangspunkt ud fra nedenstående aspekter af patientens situation:

- **Sygdommens art og stadium:**
For visse specifikke demenssygdomme, fx FTD, vil sygdommens art alene være medvirkende til, at kompleksiteten er høj, med heraf følgende mere intensivt behov for opfølgning, hvorimod andre sygdomme, fx VaD kan have en vekslende kompleksitet i forløbet af sygdommen. Uanset typen af demenssygdom vil der i det fremskredne stadium, hvor patienten er i plejebolig, være lange perioder uden særlig kompleksitet i den sociale og sundhedsfaglige opfølgning, men også være perioder med høj kompleksitet, fx ved adfærdsforstyrrelser, der er vanskelige at behandle.
- **Aktuelle symptomer:**
Aktuelle symptomer kan være med til at definere kompleksiteten. Fx vil patienter med adfærdsforstyrrelser, parkinsonistiske symptomer, hastig progression eller taleproblemer have en højere kompleksitet end patienter uden.
- **Tilstedeværelse af andre samtidige sygdomme (co-morbiditet) eller anden særlig sårbarhed:**
Som alle andre patienter med kronisk sygdom kan mennesker med demenssygdom have andre sygdomme, som kan øge patientens sygdomskompleksitet. I kapitel 10 er beskrevet en række sygdomme, som kan øge demensforløbet kompleksitet, og hvor der skal sikres et fokus på patientens samlede sygdomsbillede.

- 6.1 Stratificering og niveaudeling af indsatsen
- 6.2 Vurdering af sygdomskompleksitet
- 6.3 Vurdering af social ressourceprofil
- 6.4 Allokering til stratificeringsniveau og proaktiv opfølgning
- 6.5 Overgang fra niveau 1 til niveau 2
- 6.6 Overgang fra niveau 2 til niveau 1

6.3 Vurdering af social ressourceprofil

En stærk ressourceprofil er karakteriseret ved en velfungerende social situation og en defineret omsorgsperson, som kan sikre eller bidrage til gennemførelsen af behandlingsmål. En svag ressourceprofil er karakteriseret ved skrøbelig social situation med/uden defineret omsorgsperson, herunder aleneboende uden kontakt til familie eller andre omsorgspersoner (venner, naboer e.l.).

I vurdering af ressourceprofilen indgår også den primære omsorgspersons aktuelle tilstand, idet en svær belastning eller krisepreget tilstand kan fordrer en mere intensiv opfølgningsplan. Endelig indgår en vurdering af særlige sociale forhold i stratificeringen. Det kan fx være personen med demens' jobsituation eller tilstedeværelse af børn med særlige behov for rådgivning. Der kan også være behov for opmærksomhed på, at mennesker med demens fra etniske minoriteter kan have særlige behov på grund af sproglige eller kulturelle barrierer.

6.4 Allokering til stratificeringsniveau og proaktiv opfølgning

Der skelnes mellem to stratificeringsniveauer baseret på vurderingen af sygdomskompleksiteten og den sociale ressourceprofil jf. tabel 1. Det fremgår af tabellen, at alle kriterier for niveau 1 skal være opfyldte, for at patienten kan blive allokere til niveau 1. For at blive allokere til niveau 2, skal blot ét kriterium være opfyldt.

Den proaktive opfølgning for patienter stratificeret til niveau 2 varetages som udgangspunkt af planområdets hukommelsesklinik. Hukommelsesklinikken står også til rådighed for både subakutte og elektive henvisninger af nye patienter, genhenvisninger af tidligere udredte patienter og telefonisk rådgivning til almen praksis, hospitalsafdelinger og kommunalt personale med hensyn til særlige sociale og sundhedsfaglige problemstillinger.

Akutte situationer løses for patienter med demens på samme måde som for andre patienter via 112 eller kontakt til egen læge i åbningstiden og 1813 uden for åbningstiden.

Når patienten stratificeres til niveau 1, overtager den praktiserende læge det proaktive ansvar for opfølgningen, og patienten afsluttes fra hukommelsesklinikken.

- 6.1 Stratificering og niveaudeling af indsatsen
- 6.2 Vurdering af sygdomskompleksitet
- 6.3 Vurdering af social ressourceprofil
- 6.4 Allokering til stratificeringsniveau og proaktiv opfølgning
- 6.5 Overgang fra niveau 1 til niveau 2
- 6.6 Overgang fra niveau 2 til niveau 1

Tabel 1: Stratificeringsniveauer

	Stratificeringsniveau 1	Stratificeringsniveau 2
Sygdomskompleksitet		
Diagnose og stadium	Ukomliceret AD eller VaD når følgende er udført af udredende hukommelsesklinik: • diagnosen er afklaret • patient og pårørende er informeret om diagnose og behandlingsplan • evt. medicinsk anti-demens behandling er iværksat, optitreret og kontrolleret eller Fremskreden demens uanset type (hvor der ikke er behov for lægefaglig specialbistand).	• Komliceret/atypisk AD eller VaD • DLB • Yngre med demens • Frontotemporal demens • Huntington Sygdom • NPH • Downs syndrom + udviklingshæmmede • Anden arvelig sygdom eller mere sjælden sygdom • Uafklaret diagnose • MCI.
Adfærdsforstyrrelser med behov for ny behandlingsplan på specialist-niveau	Nej	Ja, afhængig af sværhedsgraden i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri ³⁶
Anfaldsfænomener med mistanke om epilepsi, hvor der vurderes behov for vurdering ved hukommelsesklinik og evt. behandling	Nej	Ja
Ressourceprofil		
Netværk/pårørende	Stærk (modtager evt. daglig kommunal pleje/omsorg)	Svag
Behov for særlig social indsats (fx erhvervsaktiv patient eller patient har børn/unge under 18 år)	Nej	Ja
Andet		
Behov for særlig vurdering i demens-enhed, fx som følge af: • Tvivl om behandling med antidemensmedicin • Tvivl om diagnosen • Af anden grund.	Nej	Ja
Almen praksis kan ved behov for rådgivning fra hukommelses-klinikken vedr. ovenstående kontakte klinikens hotlinefunktion* (åbent hverdage 8-15) frem for genhenvielse.	* Kontaktoplysninger til hotlinefunktion: • Herlev Gentofte Hospital: 3868 1733 • Rigshospitalet inkl. Bornholm: 3545 0930 • Bispebjerg-Frederiksberg Hospital: 3816 3940 • Nordsjællands Hospital: 4829 3863	

³⁶ Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens. Link [→](#)

- 6.1 Stratificering og niveaudeling af indsatsen
- 6.2 Vurdering af sygdomskompleksitet
- 6.3 Vurdering af social ressourceprofil
- 6.4 Allokering til stratificeringsniveau og proaktiv opfølgning
- 6.5 Overgang fra niveau 1 til niveau 2
- 6.6 Overgang fra niveau 2 til niveau 1

6.5 Overgang fra niveau 1 til niveau 2

Praktiserende læge har mulighed for at genhenvise patienter til en regional demensudredningsenhed samt modtage rådgivning og sparring herfra³⁷. Når en patient, som følges i almen praksis, ønskes revurderet ved hukommelsesklubnik, sendes en henvisning til hukommelsesklubnikken mhp. ny vurdering. Patienten indkaldes til vurdering, og i den forbindelse omstratificeres patienten til niveau 2. Herefter er patienten en niveau 2 patient, indtil anden beslutning evt. tages. Når den praktiserende læge genhenviser patienten, signaleres samtidig, at opfølgningen vedr. demenssygdommen ikke for indeværende kan fortsætte i almen praksis.

I tilfælde hvor lægen genhenviser en allerede afsluttet patient til et nyt forløb eller vurdering hos Hukommelsesklubnikken, orienterer egen læge via korrespondancemeddelelse demenskoordinationsfunktion, hjemmepleje eller ældrecentre herom.

6.6 Overgang fra niveau 2 til niveau 1

Når en patient afsluttes fra en Hukommelsesklubnik og vurderes til stratificeringsniveau 1, sendes epikrise samt et afsluttende notat til egen læge, som skal indeholde:

- Diagnose og stratificeringsniveau
- Medicinering: Ved medicinering med demensmedicin og/eller antipsykotisk medicin bør notatet omfatte en vurdering af, hvor længe medicinen skal fortsættes og ved hvilke kriterier, man bør overveje at seponere medicinen igen. Såfremt der er udarbejdet seponeringsplan for antipsykotisk medicin, skal denne sendes til den praktiserende læge.
- Resultat af kognitiv test, fx MMSE (senest foretaget)
- Information om, hvorvidt patienten er/ikke er tilknyttet kommunal demenskoordinator/demensvidensperson
- Information om, hvorvidt patienten og evt. pårørende er tilbudt rådgivning.

Inden patienten kan afsluttes, skal følgende være opfyldt:

1. Diagnosen er stillet med rimelig sikkerhed.
2. Patient og pårørende er informeret om diagnose og behandlingsplan.
3. Evt. medicinsk anti-demens behandling er iværksat, optitreret og kontrolleret.

Hukommelsesklubnikken kan udarbejde en genoptræningsplan, hvor det er relevant. Der sendes en korrespondancemeddelelse til egen læge, hvoraf det fremgår, at patienten er afsluttet fra Hukommelsesklubnikken i henhold til forløbsprogram for demens til fortsat opfølgning hos egen læge (overdragelse af tovholderfunktionen). Ved overdragelse af tovholderrollen anbefales at anvende følgende standardformulering: *“Patienten er afsluttet i hukommelsesklubnikken og skal følges hos egen læge med kontrol minimum én gang årligt, jf. forløbsprogram for demens”*.

Hvis patienten er tilknyttet kommunen, fremsendes en korrespondancemeddelelse til kommunen med information om, at patienten afsluttes fra Hukommelsesklubnik til videre opfølgning hos egen læge.

37 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

7.1 Behandling

7.2 Opfølgning

7.3 Proaktiv opfølgning og forebyggelse af komplikationer

7.1 Behandling

Den sundheds- og socialfaglige behandling af patienter med demenssygdom omfatter flere aspekter:

- Specifik medicinsk behandling af demenssygdommen, hvor dette er muligt
- Behandling af evt. co-morbiditet
- Justering og behandling af eventuelle risikofaktorer
- Behandling af komplikationer og tilstødende sygdomme, herunder adfærdsforstyrrelser
- Sociale indsatser og rådgivning.

Medicinsk behandling af demens følger anbefalingerne i de gældende Nationale Kliniske retningslinjer³⁸ samt Region Hovedstadens kliniske vejledning³⁹.

Medicinsk behandling supplerer den ikke-medicinske demensbehandling, fx rehabiliteringsindsatser, tilbud om patientuddannelse, motion, styrke og konditionstræning, kognitiv træning, familiesamtaler m.v.

Den ikke-medicinske behandling bør altid vurderes ud fra den enkelte patients situation, herunder behov for pleje, omsorg, socialfaglig, psykosocial eller pædagogisk indsats.

Før medicinsk behandling iværksættes, skal der foreligge en nylig kognitiv test med henblik på objektiv vurdering af tilstanden fremover. Som minimum anbefales MMSE eller anden relevant kognitiv test. Herudover vejledes om ansøgning om individuelt tilskud til behandling, og patienten og den pårørende informeres både mundtligt og skriftligt om mulig virkning og bivirkninger.

Der skal i samarbejde med patient og pårørende udarbejdes en plan for opfølgning af behandlingen.

Behandling af evt. co-morbiditet

Co-morbiditet i forløbet af en demenssygdom forekommer hyppigt, særligt hos ældre patienter. De hyppigst observerede co-morbiditeter og komplikationer er:

- Depression
- Kardiovaskulær sygdom
- Infektioner
- Delir
- Faldeepisoder
- Dårlig ernæring og væskebalance
- Diabetes.

Der er påvist en klar sammenhæng mellem forekomsten af medicinsk co-morbiditet og den kognitive svækkelse hos patienter med Alzheimers sygdom. Tilstedeværelsen af andre sygdomme kan således påvirke demenssymptomerne, så man får et fejlagtigt indtryk af progression eller kommer til at stille den forkerte diagnose. Forebyggelse og behandling af co-morbiditet er således vigtigt for at opretholde en god funktionsevne. I behandlingen af demenssygdommen skal derfor inddrages viden om patientens samlede helbredstilstand.

Forebyggelse og behandling af eventuelle risikofaktorer ifm. udredning

Patienter med demenssygdom er i forbindelse med udredning screenet for risikofaktorer for demens og for cerebrovaskulær sygdom. Patienterne tilbydes rådgivning og evt. behandling af de identificerede risikofaktorer.

38 National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. Link [→](#)

39 Demens – udredning, diagnostiske kriterier, behandling, opfølgning og støtte, VIP-portalen 2016. Link [→](#)

7.1 Behandling

7.2 Opfølgning

7.3 Proaktiv opfølgning og forebyggelse af komplikationer

7.2 Opfølgning

Alle patienter med demenssygdom bør tilbydes en individuel, planlagt lægelig opfølgning med faste aftaler ud fra den samlede situation, herunder patientens og de pårørendes ønsker, sygdommens udvikling og sociale forhold.

I mange tilfælde vil der være et behov for en sideløbende kommunal opfølgning allerede tidligt i sygdomsforløbet ⁴⁰.

Efterhånden som demenssygdommen udvikler sig, vil der opstå nye sociale og sundhedsfaglige problemstillinger, som skal håndteres. Det er derfor afgørende, at der løbende er dialog mellem borgeren, de pårørende og relevante fagpersoner vedr. den fremtidige pleje og behandling.

Planlægningen af det enkelte forløb skal tilpasses det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer (herunder fysisk, psykisk og social formåen), uafhængigt af, hvor vedkommende er i sit sygdomsforløb. Dette indebærer, at det ikke er alle, der skal have de samme indsatser, men at indsatser kan kombineres og tilbydes enten sammenhængende eller på forskellige tidspunkter i forløbet. Særligt sårbare følges tæt ⁴¹.

Målgruppen, og særligt disses pårørende, bør endvidere informeres om, at de bør henvende sig til en fagperson ved ændringer i tilstanden ⁴¹.

40 National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. Link →

41 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link →

7.1 Behandling

7.2 Opfølgning

7.3 Proaktiv opfølgning og forebyggelse af komplikationer

7.3 Proaktiv opfølgning og forebyggelse af komplikationer

Demenssygdommene er alvorlige hjernesygdomme, der oftest er fremadskridende og dødelige.

I sygdomsforløbet opstår der jævnligt nye sociale og sundhedsfaglige problemstillinger, som kan føre til forværring af symptomerne, unødvendige indlæggelser eller socialt sammenbrud, hvis de ikke opdages i tide. Alle patienter med demenssygdomme skal derfor tilbydes en proaktiv opfølgning enten ved hukommelsesklinik eller egen læge afhængig af stratificeringsniveau.

Opfølgningen har følgende formål

- Status vedrørende sygdomsforløb, evt. revurdering af diagnose
- Evaluering og evt. revurdering af den fælles målsætning
- Tidlig identifikation/forebyggelse og behandling af eventuelle komplikationer til demenssygdomme (fx depression, inkontinens, vægttab, fald, epilepsi)
- Kontrol af medicinsk behandling med demensmedicin herunder stillingtagen til fortsat behandling og dosis, identifikation af complianceproblemer, evt. bivirkninger og ansøgning om tilskud
- Identifikation og behandling af evt. co-morbiditet
- Vurdering af behov for sociale tiltag og eventuel kontakt til kommunen
- Rådgivning af patient og pårørende herunder især om helbredsmæssige og psykiske ændringer, kost, aktiviteter, og om opfølgning af juridiske aspekter (fx værgemål) samt sikkerhedsmæssige aspekter (fx økonomi, bilkørsel, rygning, gas, kogeplader)
- Løbende information, rådgivning og uddannelse af patient og pårørende.

Den proaktive opfølgning foregår ved planlægning af kontrol mindst 1 gang årligt afhængig af individuel vurdering. Den lægefaglige opfølgning foregår som udgangspunkt enten ved besøg i ambulatorium eller hos den praktiserende læge (afhængigt af stratificeringsniveau). I særlige tilfælde kan tilbydes opfølgning i eget hjem/plejebolig. Det er hensigtsmæssigt, at en pårørende inddrages (med patientens samtykke) i opfølgningen.

Ved ændring i medicindosis eller ny ordination bør der ligeledes laves en plan for opfølgning af denne ⁴².

Nedenfor er vist en checkliste for den årlige lægefaglige opfølgning samt en forkortet checkliste, der kan anvendes ved mellemliggende besøg. Ved de mellemliggende besøg følges op på planen, der er lagt ved årskontrolleterne.

Vurdering af behovet for sociale tiltag og orientering om mulighederne er en vigtig opgave i opfølgningen, uanset hvor opfølgningen foregår. Sociale tiltag skal i den forbindelse forstås bredt og kan omfatte såvel kontakt til kommunen med henblik på ansøgning om offentlig ydelser og aktiviteter samt private initiativer og tilbud fra frivillige organisationer. For så vidt angår kommunale tilbud, er det kommunen, der endeligt vurderer behovet for og visiterer til indsatser.

42 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link →

7.1 Behandling

7.2 Opfølgning

7.3 Proaktiv opfølgning og forebyggelse af komplikationer

Checkliste for årskontrol ved hukommelsesklinik og almen praksis

Status for sygdomsforløb – demens

- Status vedrørende sygdomsforløb (kognitive symptomer, funktionsevne i hverdagen og adfærd)
- Kognitiv test: MMSE (evt. flere kognitive test ved behov)
- Tidlig identifikation og forebyggelse og behandling af eventuelle komplikationer til demenssygdomme (fx depression, inkontinens, fald, epilepsi).

Fysisk og psykisk helbred

- Status vedrørende fysisk helbred og co-morbiditet
- Objektiv vurdering: vurdering af psykiske symptomer og funktionsevne, vægt/ernæringsstatus, blodtryk og puls (samt almen somatisk/neurologisk undersøgelse ved behov)
- Vurdering af behov for parakliniske undersøgelser.

Medicin

- Kontrol af eventuel behandling med demensmedicin, herunder stillingtagen til fortsat behandling og dosis, identifikation af compliance-problemer og ansøgning om fortsat tilskud
- Mulighed for øvrig gennemgang og justering af eventuel anden medicinsk behandling, herunder psykofarmaka ⁴³.

Psykosociale forhold

- Afklaring af tidligere og aktuelle personlige og sociale ressourcer og interesser
- Vurdering af behov for sociale tiltag
- Vurdering af evne til bilkørsel
- Evt. vurdering af evne til brug af våben, hvis dette er relevant.

Rådgivning af patient og pårørende

- Råd, vejledning og støtte til patienten og dennes pårørende
- Formidling af viden om sygdom og om relevante juridiske og sikkerhedsmæssige aspekter
- Vejledning om lokale tilbud om information og støtte, herunder patientforeningens tilbud og evt. mulighed for psykologsamtaler.

Samlet vurdering og plan

- Evaluering og revurdering af den fælles målsætning
- Plan for medicinsk behandling og andre sundhedsfaglige indsatser
- Dialog om kontakt til kommunen: Samtykke fra patienten til at sende besked til kommunens forløbskoordinationsfunktion
- Stillingtagen til og evt. ændring af stratificering og forløbskoordinator
- Næste kontrol.

Checkliste for mellemliggende kontrol (kan foretages mellem årskontroller efter behov)

Status for sygdomsforløbet (vedrørende demenssygdommen)

- Status vedr. sygdomsforløbet
- Objektiv vurdering af kognitiv status ved behov.

Medicin

- Medicingennemgang og evt. justering.

Psykosociale forhold

- Vurdering af eventuelle nye behov for sociale tiltag
- Råd, vejledning og støtte til patienten og dennes pårørende
- Vurdering af evne til bilkørsel.

Samlet vurdering og plan

- Revurdering af den ved årskontrollen lagte plan
- Stillingtagen til og evt. ændring af stratificering og forløbskoordinator
- Næste kontrol.

43 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

8 Organisering og samarbejde

8

8.1 Kommuner

8.2 Almen praksis og øvrig praksissektor

8.3 Regioner

8.4 Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

8.5 Tovholderfunktion og forløbskoordination

Kommuner, almen praksis og hospitaler varetager forskellige opgaver/indsatser i forhold til mennesker med demens.

Opgavefordelingen er som udgangspunkt følgende:

8.1 Kommuner

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan kommuner bidrage til, at der kan ske en rettidig diagnostik, (syge-)pleje og omsorg og rehabilitering. Kommuner kan fx tilbyde ⁴⁴:

- personlig og praktisk hjælp i hjemmet
- psykosocial indsats
- vedligeholdende træning
- palliativ indsats eller plejecenter
- fysisk træning
- træning i hverdagsaktiviteter
- teknologiske hjælpemidler
- tandpleje
- ernæringsindsats.

I regi af demenshandlingsplanen er udarbejdet en række inspirationsmateriale, som kan inspirere den kommunale indsats. Herunder:

- **Træningsguide for mennesker med demens:**
<https://www.sst.dk/da/Viden/Demens/Traeningsguide-for-mennesker-med-demens>
- **Håndbøger med vidensbaserede anbefalinger til social- og sundhedsfaglig praksis på demensområdet:**
<https://www.sst.dk/da/Viden/Demens/Anbefalinger-og-haandboeger/Haandboeger>
- **Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen:**
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/handlingsplan-til-at-forebygge-og-haandtere-udadreagerende-adfaerd-i-aeldreplejen>
- **Værktøjskassen – støtte til livet med demens:**
<http://www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejskassen>

8.2 Almen praksis og øvrig praksissektor

Almen praksis varetager den indledende udredning og eventuel diagnostik (for indhold i udredningen se afsnit 5) med henblik på afklaring af forløbet for patienten og dennes behov for videre henvisning til udredningsforløb på hospital. Herunder forholder den praktiserende læge sig til en række differential-diagnostiske tilstande.

Almen praksis varetager ofte den indledende opfølgning, herunder opfølgning på medicinsk behandling på baggrund af medicinplan fra hospitalet (når patienten har fået stillet en diagnose på hospital, og forløbet er afsluttet), samt henviser til kommunale tilbud. Den praktiserende læge kan, som lægefaglig tovholder, varetage den løbende lægefaglige opfølgning i hele forløbet.

Privatpraktiserende neurologer og psykiatere kan bidrage til indledende udredning og eventuel diagnostik ligesom almen praksis. Udredningen finder sted med henblik på afklaring af forløb for patienten og dennes behov for videre henvisning til udredningsforløb på hukommelsesklinik.

Indhold i udredning og behandling følger gældende nationale kliniske retningslinjer.

44 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

8.1 Kommuner

8.2 Almen praksis og øvrig praksissektor

8.3 Regioner

8.4 Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

8.5 Tovholderfunktion og forløbskoordination

8.3 Regioner

Varetagelse af demens foregår på hospitaler på hovedfunktionsniveau i specialerne geriatri, neurologi og psykiatri, som samarbejder om funktionen i tværfaglige demensudredningsenheder (hukommelsesklinikker) ⁴⁵.

Derudover skal hukommelsesklinikker kunne tilbyde:

- Udgående funktion (udredning og behandling af demens i eget hjem) tilbydes kun i begrænset omfang, når der ikke er andre muligheder, af hensyn til kapaciteten og fordi udredningen fagligt set bedst foretages i ambulatoriet
- Rådgivning til og samarbejde med kommuner og almen praksis om specifikke patientforløb og visitation
- Indberetning til den landsdækkende database DanDem
- Undervisningstilbud/sygdomsmestring til patienter med diagnosticeret demenssygdom og deres pårørende.

Jf. gældende specialevejledninger er der regionsfunktioner for demens i specialerne neurologi og psykiatri, mens der er højt specialiserede funktioner for demens i neurologi ⁴⁶.

Regionsfunktion neurologi (Rigshospitalet, Blegdamsvejs; Herlev Gentofte Hospital, Herlev og Nordsjællands Hospital, Hillerød) omfatter:

- Diagnostik, behandling og opfølgning af særligt komplekse tilfælde af demens, fx diagnostisk uafklaret demens, frontotemporale demensformer og udviklingsforstyrrelser med demens.

Højt specialiseret funktion neurologi (Rigshospitalet, Blegdamsvej) omfatter:

- Udredning af patienter med kognitive svækkelse eller demens, der er diagnostisk uafklarede på regionsfunktionsniveau. Varetages i tæt samarbejde med psykiatri
- Udredning, behandling, rådgivning og opfølgning af arvelige neurodegenerative sygdomme med kognitiv svækkelse, herunder Huntingtons Sygdom, SCA (spinocerebellar ataxi), Wilsons sygdom, og arvelige former for Alzheimers sygdom og frontotemporal demens med uafklaret arvelig neurodegenerativ sygdom. Opfølgning kan varetages på regionsfunktionsniveau i form af formidlet samarbejde med højt specialiseret niveau
- Diagnostik af normaltryks hydrocephalus, herunder lumbal perfusionsundersøgelse.

Regionsfunktion Psykiatri (Psykiatrisk Center Glostrup) omfatter:

- Demens med svær adfærdsforstyrrelse, skizofreni og skizofrenilignende tilstande hos ældre, affektive lidelser hos ældre, jf. Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens ⁴⁷ samt angst- og tvangslidelser hos ældre, hvor et/flere af kriterierne for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau er opfyldt ⁴⁸
- Patienter med demens under 70 år med svær adfærdsforstyrrelse.

8.4 Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

Mennesker med demens og deres pårørende kan have udbytte af kontakt med lignestillede. Patientforeninger og andre aktører i civilsamfundet, såsom foreningsidrætten, kan råde over en række tilbud fx aflastning, samtaler, rådgivning, fysisk aktivitet m.v., der kan spille en væsentlig rolle i denne sammenhæng og hjælpe både borgerne og deres pårørende.

⁴⁵ jf. Sundhedsstyrelsens materialer vedr. hukommelsesklinikkernes opgaver og ansvar i forbindelse med demensforløb. Link [→](#)

⁴⁶ Specialeplan for Neurologi, Sundhedsstyrelsen 2019. Link [→](#)

⁴⁷ Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens. Link [→](#)

⁴⁸ Specialevejledning for Psykiatri, Sundhedsstyrelsen 2019. Link [→](#)

8.1 Kommuner

8.2 Almen praksis og øvrig praksissektor

8.3 Regioner

8.4 Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

8.5 Tovholderfunktion og forløbskoordination

8.5 Tovholderfunktion og forløbskoordination

I forbindelse med behandling og opfølgning anvendes følgende terminologi om sundhedsfaglige og sociale fagpersoners indsats:

Tovholderfunktion

En tovholder tilknyttes en patient med henblik på at koordinere de sociale og sundhedsfaglige aktiviteter, som patienten er genstand for. Konkret er tovholderen ansvarlig for:

- at koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats vedr. demenssygdomsforløbet
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op, herunder yde en aktiv (sikre en proaktiv) indsats vedrørende demenssygdommen, og
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål vedrørende demenssygdommen.

Tovholderen er lægefagligt uddannet og skal løbende vurdere patientens helbred og fastlægge behandlingen i forhold til sygdommens progression, behandlingsmål, samt at behandlingen er koordineret på tværs af sektorerne. Tovholderen skal følge de anbefalinger til opfølgning og rehabilitering, der er beskrevet i forløbsprogrammet for demens samt i gældende kliniske vejledninger.

Tovholderfunktion på hospital:

Tovholderfunktionen varetages på hospitalet for de patienter, der er stratificeret til niveau 2. Funktionen varetages af den behandlingsansvarlige læge ift. demenssygdommen.

Såfremt der er udpeget en patientansvarlig læge ved hukommelsesklinikken, kan tovholderen være den patientansvarlige læge. Såfremt patienten er tildelt en patientansvarlig læge fra en anden afdeling, skal der stadig udpeges en tovholder ved hukommelsesklinikken, og det vil typisk være den behandlingsansvarlige læge.

Nogle patienter, som følges ved hukommelsesklinik, har i perioder af deres sygdomsforløb kun sporadisk kontakt til almen praksis. Det er i disse perioder særligt vigtigt, at den praktiserende læge løbende bliver orienteret om status på forløbet.

Tovholderfunktion i almen praksis ⁴⁹:

Den praktiserende læge følger patienten gennem hele sygdomsforløbet og får dermed en central rolle som generel tovholder.

Hvis tovholderfunktionen i forhold til demenssygdommen varetages i almen praksis (for de patienter, der er stratificeret til niveau 1), har den praktiserende læge en koordinerende, systematisk opfølgende, proaktiv og fastholdende rolle også i forhold til demenssygdommen.

Tovholderrollen vedr. demenssygdommen i almen praksis indebærer ⁵⁰:

- at den praktiserende læge indkalder til årskontrol og evt. mellemliggende kontrol (enten ved at ringe eller skrive). Det anbefales, at informere pårørende og/eller kommunen (såfremt der foreligger samtykke) om indkaldelsen.
- at den praktiserende læge følger op, hvis patienten udebliver fra aftalt kontrol. Det foregår praktisk ved, at der ringes/skrives til patienten og den pårørende og/eller kommunen (såfremt der foreligger samtykke) én gang efter udeblivelsen.
- at den praktiserende læge sender en korrespondancemeddelelse til kommunen (såfremt der foreligger samtykke) med information om resultatet af kontrollen.

⁴⁹ Notat om præcisering af opgaver for almen praksis i henhold til forløbsprogrammet for demens, Region Hovedstaden 2011. Link →

⁵⁰ Der henvises til gældende lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden vedr. demens

8.1 Kommuner

8.2 Almen praksis og øvrig praksissektor

8.3 Regioner

8.4 Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

8.5 Tovholderfunktion og forløbskoordination

Forløbskoordination

En demenssygdom er en alvorlig, langvarig og fremadskridende lidelse. Nogle borgere udredes i en tidlig fase af sygdommen og andre i en senere fase.

Mennesker med demens bliver i tiltagende grad afhængige af deres omgivelser. I begyndelsen er det primært af familie og venner og senere af den offentlige sektor – især primær sektor.

Alle mennesker med en demensdiagnose er kognitivt svækkede og dermed potentielt særligt sårbare, som bør tilbydes hjælp til gennemførelse og fastholdelse af behandling og støtte. Særligt personer med et svagt personligt netværk er i risiko for ikke at gennemføre behandlingsplanen og for at mistrives i det daglige. Mennesker med demens har derfor brug for at få hjælp til at koordinere forløbet, og forløbskoordinationen bør sikre støtte og vejledning til de pårørende.

Konkret skal forløbskoordinationen:

- understøtte personens gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering
- bidrage til, at den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdommen er koordineret, heri indgår både indsatser i den akutte og den stabile fase af sygdomsforløbet
- understøtte personens muligheder for egenomsorg, herunder varetage kontakten til egen læge ved behov
- sikre opfølgning og justering af initiativer
- aktivt formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når personen skal skifte eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

Under udredningen er forløbskoordinationsopgaven typisk forankret i en hukommelsesklinik, og vil efter udredning blive overdraget til kommunen. Det er hospitalet, der formidler kontakten til kommunen efter udredning og overdragelse af forløbskoordinationsopgaven til kommunen.

Forløbskoordinationen i kommunen skal fungere som kontakt og være bindeled til tovholderen, og skal også bidrage med viden om kommunens tilbud. Formidling af fornøden praktisk hjælp kan være med til at etablere en relation til forløbskoordinationen, som baner vejen for støtte til egenomsorg. Den kommunale forløbskoordination kan fx varetages af demensfaglig visitator, demenskoordinator, demenskonsulent, hjemmesygeplejerske eller social- og sundhedsassistent med demensfaglige kompetencer. Se Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens vedr. demenskoordinationsfunktion i kommunerne samt anbefalede kompetencer⁵¹. Det afhænger af den enkelte kommunes organisering og beror på et fagligt skøn. For plejehjemsbeboere kan der således være tale om den daglige kontaktperson/afdelingsleder på plejehjemmet. Der arbejdes også med tidlig opsporing i kommunerne, fx via forebyggende hjemmebesøg.

Især i den tidlige fase af sygdommen ønsker nogle borgere og deres pårørende ikke at være i kontakt med kommunen. Det bør respekteres og anerkendes, at borgeren ønsker at leve så tæt på det normale liv som muligt.

Kommunen har ikke ansvaret for forløbskoordinationsopgaven, så længe borgeren har valgt kontakt til kommunen fra. Dette gælder også, selvom borgeren har givet samtykke til, at kommunen må modtage korrespondancemeddelelser fra Hukommelsesklinikken. I så fald overdrages forløbskoordinationsopgaven til almen praksis, som senere skal søge at motivere patienten til kontakt med kommunen. Hvis patienten fortsat følges i hukommelsesklinik, skal hukommelsesklinikken være opmærksom på at tilbyde henvisning til kommunens forløbskoordination igen senere.

51 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

8 Organisering og samarbejde

8

- 8.1 Kommuner
- 8.2 Almen praksis og øvrig praksissektor
- 8.3 Regioner
- 8.4 Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører
- 8.5 Tovholderfunktion og forløbskoordination

Tabel 2: Samlet overblik over ansvar for tovholderfunktion og forløbskoordination

Opgave	Stratificeringsniveau 1	Stratificeringsniveau 2
Lægefaglig/tværfaglig opfølgning	Almen praksis minimum 1 gang årligt Hyppigere, mellemliggende besøg ved behov i almen praksis	Hukommelsesklinik minimum 1 gang årligt Hyppigere, mellemliggende besøg ved behov i hukommelsesklinik
Tovholder (ift. demenssygdommen) Har ansvaret for indkaldelse til opfølgning af demenssygdommen	Almen praksis	Hukommelsesklinik
Forløbskoordination	Under udredning vil forløbskoordinationsopgaven være forankret i hukommelseskliniken. Efter udredning overdrages forløbskoordinationsopgaven til kommunen. For patienter, der ikke ønsker kontakt til kommunen, har almen praksis forløbskoordinationsopgaven.	

9 Kommunikation mellem aktørerne

9

9.1 Informationssystemer

9.2 Opmærksomhedspunkter ved indlæggelse og udskrivning af mennesker med demens

9.3 Indlæggelse af mennesker med demens

9.4 Samarbejde mellem primær sektor og hospital ved indlæggelse

9.5 Udskrivning af mennesker med demens

Generelt gælder, at kommunikationen mellem hospitalet og kommunen er aftalt i "Kommunikationsaftalen"⁵² på det somatiske område. Almen Praksis orienteres via epikrisen. Er der brug for yderligere kommunikation kan dette ske ved telefonisk kontakt eller via en korrespondancemeddelelse.

9.1 Informationssystemer

Mennesker med demens har ofte behov for sociale og sundhedsfaglige ydelser i forskellige sundhedsorganisationer på forskellige tider. Et væsentligt element til sikring af sammenhæng i patientforløb er, at relevante informationer overføres mellem organisationerne samt til patienten (og evt. pårørende), således at de rette informationer findes på rette tid og sted. Det er væsentligt, at data kan overføres mellem de enkelte it-systemer både internt i organisationerne og mellem organisationerne. Det er grundlæggende, at de kliniske data, der registreres i it-systemerne, er entydige og definerede for at sikre, at data kan anvendes korrekt både lokalt, og sådan at de kan overføres til andre aktører i forløbsprogrammet.

Det er lovpligtigt at indhente informeret samtykke fra personen med demens, inden informationer videregives mellem aktørerne.

Der anvendes de allerede eksisterende it-løsninger i regi af MEDCOM mellem aktørerne til kommunikationen mellem almen praksis, kommune og hospital.

Kommunikation vedr. stratificeringsniveau og forløbskoordination

Det er vigtigt, at der kommunikeres mellem de forskellige sektorer vedr. patientens stratificeringsniveau, idet stratificeringsniveauet er afgørende for, hvem der skal varetage opfølgning ift. patienten.

Hukommelsesklinikken sender en epikrise samt korrespondancemeddelelse til almen praksis, hvoraf det tydeligt fremgår, at patienten vurderes til stratificeringsniveau 1 og hermed til videre pro-aktiv opfølgning i almen praksis.

Følgende standardformulering anbefales anvendt, når ansvar for tovholderrollen overleveres:

"Patienten er afsluttet i hukommelsesklinikken og skal følges hos egen læge med kontrol minimum én gang årligt, jf. forløbsprogram for demens."

Er patienten tilknyttet en kommunal indsats, skal kommunen løbende orienteres om behandlingsplaner, om ændringer i stratificeringsniveauet og om eventuel forslag om revurdering med henblik på justering af den kommunale indsats.

Er patienten endnu ikke tilknyttet kommunal indsats, orienteres kommunen, når der fra almen praksis eller hospitalsenhed synes behov for hjælp og støtte, og/eller patienten ønsker kontakt med kommunen.

Ved overdragelse af forløbskoordinatorrollen mellem kommune og hospital skal der træffes en konkret mundtlig eller skriftlig aftale mellem afdeling og modtager af rollen, og aftalen noteres i patientens journal.

52 Kommunikationsaftale – Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivinger i somatikken, Den Centrale Koordinering 2019. Link [----->](#)

9.1 Informationssystemer

9.2 Opmærksomhedspunkter ved indlæggelse og udskrivning af mennesker med demens

9.3 Indlæggelse af mennesker med demens

9.4 Samarbejde mellem primær sektor og hospital ved indlæggelse

9.5 Udskrivning af mennesker med demens

9.2 Opmærksomhedspunkter ved indlæggelse og udskrivning af mennesker med demens

Det er almindeligt, at patienter med demenssygdom også har eller får andre sygdomme. Opgørelser fra Region Hovedstaden viser, at mere end hver tredje person over 65 år med demens har haft mindst én akut indlæggelse inden for et år (38 %), mens lidt færre har haft mindst én skadestuekontakt (29 %). Dertil kommer, at ca. halvdelen har haft mindst én ambulant kontakt⁵³.

Når mennesker med demens bliver syge, skal de ligesom alle andre patienter undersøges og behandles, selvom de er kognitivt svækkede, og måske er urolige og vrede. Internationale studier viser, at de fysiske rammer på hospitalerne ofte ikke er demensegnede, ligesom at personalets modtagelse og håndtering af patienter med demens har afgørende betydning for patientens trivsel.

Der kan derfor være vanskeligheder forbundet med at hjælpe patienter med demens, når de er syge.

Det skyldes især, at patienter med demens:

- bliver mere konfuse under indlæggelse, fordi de kun dårligt tåler miljøskift og er mest trygge i vante omgivelser
- har vanskeligt ved at samarbejde med professionelle, de ikke kender og har tillid til
- har vanskeligt ved at udtrykke smerte og at forklare, hvordan de har det
- har vanskeligt ved at forstå formålet med undersøgelser og behandling
- ofte anvender uhensigtsmæssig og uadækkende adfærd, som kan være en måde, hvorpå de udtrykker smerte og/eller anden fysisk ubehag eller psykisk smerte/angst og utryghed.

Nationalt Videnscenter for Demens har udarbejdet et idékatalog til demensvenlige hospitaler/afdelinger⁵⁴, ligesom der er udviklet et e-learning modul "ABC – demensvenligt sygehus"⁵⁵, som hospitaler og afdelinger kan lade sig inspirere af.

9.3 Indlæggelse af mennesker med demens

Når mennesker med demens er indlagt på hospital, tilstræbes det, at:

- de er indlagt i nødvendigt omfang, men så kortvarigt som muligt
- hospitalsafdelingen dag 1 iværksætter screening for mulig årsag til delir, hvis patienten er urolig
- de følges af kendt ledsager⁵⁶
- personale anvender demensvenlig og individuelt tilpasset kommunikation
- pårørende bør så vidt muligt inddrages ved indlæggelsen for at indhente vigtige informationer om patientens vaner og daglige funktionsevne, som kan optimere samarbejdet
- hospitalet vurderer, om mennesker med demenssygdom skal skærmes⁵⁷ med så få unødige stimuli fra omgivelserne som muligt.

53 Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – kronisk sygdom, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse 2018. Link →

54 Demensvenlige sygehuse – idékatalog, Nationalt Videnscenter for Demens 2020. Link →

55 ABC – demensvenligt sygehus, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/abc-demens-gratis-e-learning>

56 Grundtafte mellem hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om finansiering af ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling, 2020. Link →

57 Skærm indebærer fx enestue, hvis muligt, tydelig skiltning af stue og wc, seng placeret som i hjemmet, dæmpet belysning, rolige omgivelser, også for pårørende, og synliggørelse af, at her er der særlige behov (gerne med brug af symbol på dør og journal (fx rød blomst), og evt. fast vagt.

9.1 Informationssystemer

9.2 Opmærksomhedspunkter ved indlæggelse og udskrivning af mennesker med demens

9.3 Indlæggelse af mennesker med demens

9.4 Samarbejde mellem primær sektor og hospital ved indlæggelse

9.5 Udskrivning af mennesker med demens

9.4 Samarbejde mellem primær sektor og hospital ved indlæggelse

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Kommunens ansatte er opmærksomme på, at mennesker med demens medbringer deres antidemensmedicin i forbindelse med både planlagte og akutte indlæggelser.

Særlige opmærksomhedspunkter for parterne:

- at sikre identifikation af mennesker med demens fx via ledsagelse eller via armbånd, fastgjort label el. lign.
- at sikre, at patientens adresse er opdateret i personregisteret
- at sikre opdateret registrering af kontaktoplysninger til nærmeste pårørende
- at sikre inddragelse af pårørende (ved samtykke).

Demensudredning under indlæggelse på hospital anbefales ikke ⁵⁸. Da ældre ofte bliver forvirrede under indlæggelsen, er det ikke muligt for en almindelig sengeafdeling at vurdere den grundlæggende mentale funktionsevne hos den pågældende. Det indebærer, at det ikke er muligt at gennemføre en demensudredning i forbindelse med en indlæggelse på en almindelig sengeafdeling.

Hvis der er mistanke om demens, anbefaler egen læge henvisning til Hukommelsesklinik, når patienten er medicinsk stabiliseret. Det er vigtigt, at der ikke anvendes en uspecifik demensdiagnose (diagnosekode DF03 og DG319). Ved mistanke om demens beskrives dette i stedet i epikrisen til egen læge, som kan henvise til demensudredning.

Eventuelt kan CT-skanning af hjerne foretages, mens patienten endnu er indlagt.

9.5 Udskrivning af mennesker med demens

Særlige opmærksomhedspunkter ved udskrivning:

- At FMK er opdateret.
- At den behandlingsansvarlig læge inden udskrivning laver en seponeringsplan, såfremt der er ordineret psykofarmaka under indlæggelsen.
- At den behandlingsansvarlige læge i epikrisen gør rede for den problematik, som var årsag til indlæggelsen, herunder de nye fund og evt. seponeringsplan.
- At der, hvis relevant, udarbejdes en genoptræningsplan (GOP). Vurdering af patientens genoptræningspotentiale bør baseres på patientens habituelle funktionsevne forud for indlæggelsen. Der er evidens for, at mennesker med moderat demens profiterer af konditions- og styrketræning ⁵⁹.
- Det noteres, om patienten er tilbudt patientundervisning eller anden indsats.
- Hvis det findes relevant, at patientens ernæringstilstand vurderes med henblik på kommunal indsats.
- At udskrivelsen foregår med værdighed og ved behov med følgeskab af kendt ledsager.

58 National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. Link [→](#)

59 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/adex>

10.1 Mennesker med demens og andre samtidig sygdomme

10.2 Demens ved alkoholoverforbrug og andet misbrug



Der findes grupper af mennesker med demens, der har helt særlige behov. Det drejer sig bl.a. om yngre med demens, personer med spinkelt socialt netværk, personer fra etniske minoriteter og personer med demens og udviklingshæmning, som i forhold til diagnostik, behandling, pleje og sygdomsforløb adskiller sig fra den øvrige population af mennesker med demens⁶⁰. I dette afsnit beskrives nogle af de omstændigheder, som kan betyde, at personen med demens og/eller de pårørende har særlige behov, som der skal tages hensyn til i forbindelse med planlægning af forløbet og opfølgning.

10.1 Mennesker med demens og andre samtidige sygdomme⁶¹

Mennesker med demens lider af de samme kroniske sygdomme som andre mennesker uden demens. Da demens er hyppigt forekommende hos ældre, er forekomsten af andre sygdomme end demens høj som hos andre ældre.

Mennesker med demens udgør en særlig sårbar gruppe, da de i mindre grad er tilbøjelige til at henvende sig til sundhedsvæsenet og kan have vanskeligt ved at overholde aftaler og behandlingsplaner.

Andre samtidige sygdomme kan forværre den kognitive svækkelse, og den medicinske behandling af patientens andre sygdomme kan ligeledes have uønsket effekt på den kognitive funktion. Det gælder fx behandling mod hypertension, overaktiv blære og ikke mindst smertebehandling. Visse præparater er således kontraindicerede sammen med medicinsk behandling for demens eller kræver særlig opmærksomhed.

Ved medicinsk behandling af andre sygdomme hos mennesker med demens skal man være opmærksom på, at nogle typer lægemidler kan være forbundet med særlig risiko for bivirkninger. Det drejer sig blandt andet om stærke smertestillende lægemidler, psykofarmaka og lægemidler med antikolinerg virkning.

Manglende evne til at reagere hensigtsmæssigt på kropslige signaler og ubehag stiller særlige krav til omsorgspersonernes observationer for at forebygge delir. Som eksempel kan nævnes infektioner, obstipation og akutte smerter, fx tandpine.

10.2 Demens ved alkoholoverforbrug og andet misbrug

Organisering, udredning og behandling af mennesker med misbrug og demens følger samme principper som for øvrige mennesker med demens.

Det er omdiskuteret, om den eventuelle skadevirkning af alkohol på hjernen er permanent eller forsvinder igen efter lang tids afholdenhed. Det er også omdiskuteret, om det er alkohol, der i sig selv har en varig toksisk effekt på hjernen, eller om skadevirkningen mere skyldes den usunde livsstil, der ofte er knyttet til et alkoholmisbrug.

Patienter med alkoholoverforbrug eller andet misbrug bør udredes for mulig demens, når der er mistanke om progredierende kognitiv dysfunktion trods uændret misbrug, og laboratorie screening ikke tyder på anden organisk påvirkning. Patienter, hvor der er mistanke om kognitiv ændring, bør skannes (CT/MR). Patienter skal tilrådes alkoholophør, men henvisning til udredning skal ikke afventes, hvis der er mistanke om demensudvikling. Alkoholmisbruget noteres i henvisningen.

60 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

61 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/medicinsk-behandling-af-komorbiditet-ved-demens>

10.3 Udredning af demens for etniske minoriteter



10.3 Udredning af demens for etniske minoriteter

Der knytter sig særlige udfordringer til den diagnostiske udredning af mennesker med anden etnisk baggrund end dansk, fordi vurdering af symptomer og den kognitive funktionsevne kan udfordres af kulturelle forskelle og sproglige barrierer.

Ved kognitiv testning af personer med minoritetsbaggrund bør det vurderes, om der er sproglige, kulturelle eller uddannelsesmæssige barrierer, som står i vejen for en retvisende vurdering. De kognitive test, som normalt benyttes til kognitiv screening (fx MMSE og urskivetest), vil i mange tilfælde ikke være egnet til mennesker med minoritetsbaggrund. Både sproglige, kulturelle og uddannelsesmæssige faktorer har vist sig i høj grad at kunne påvirke testresultaterne. Derfor anbefales det at benytte et mere kulturneutralt kognitivt screenings værktøj: Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS). Efter behov kan RUDAS suppleres med yderligere kognitiv vurdering med Multicultural Cognitive Examination (MCE). Begge værktøjer er enkle at administrere, også med tolk, og kan benyttes af læger, sygeplejersker eller andet sundhedspersonale. Både RUDAS og MCE er frit tilgængelige og valideret på dansk ⁶².

Ved udredning af kognitiv funktion hos personer med minoritetsbaggrund, hvor sprog udgør en barriere, kan det anbefales at benytte fagligt uddannet tolk, som taler personens modersmål. Tollen kan med fordel på forhånd instrueres i, hvilke krav der stilles til tolkning under kognitiv testning, hvor der lægges vægt på betydningen af at oversætte det, som personen faktisk siger, og ikke forenkle eller omskrive indholdet.

Der knytter sig også særlige udfordringer til organiseringen af støtte, pleje og omsorg for personer med anden etnisk baggrund end dansk, hvor hjemme- hjælps-, dagtilbuds- og plejehjemsydelser kan udfordres af kulturelle forskelle og sproglige barrierer.

Det er vigtigt at kende sin målgruppe, afdække målgruppens behov samt beslutte sig for en videre indsats, hvor man samtidig undgår stereotyper og har øje for individuelle forskelle og præferencer.

Det er væsentligt, at der hos alle aktører er opmærksomhed på de særlige udfordringer, der er i opfølgningen og i den sociale indsats hos denne patientgruppe. Det er vigtigt at være opmærksom på gruppens særlige behov ved sektorovergang. Nationalt Videncenter for Demens har udarbejdet informationsmateriale og faktaark om demenssygdomme på flere sprog ⁶³.

⁶² Screeningsværktøjer, Nationalt Videncenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/multicultural-cognitive-examination-mce> og <https://videnscenterfordemens.dk/da/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas>

⁶³ Faktaark på forskellige sprog, Nationalt Videncenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/forskellige-sprog>

10.4 Mennesker med udviklingshæmning – særligt personer

med Downs syndrom

10.5 Yngre med demens



10.4 Mennesker med udviklingshæmning – særligt personer med Downs syndrom

Mennesker med Downs syndrom har en øget risiko for at udvikle Alzheimers demens helt ned til 30-års alderen. Dette skyldes en ekstra kopi af Kromosom 21, som indeholder flere gener, der spiller en rolle i forbindelse med udvikling af Alzheimers sygdom.

Diagnosticering af demens hos en person med udviklingshæmning er vanskelig og forudsætter særlig erfaring. I Danmark udredes mennesker med demenssymptomer og udviklingshæmning med basisprogram (anamnese, objektiv undersøgelse, pædagogisk observationsskema, screeningsinstrument for demenssymptomer ⁶⁴, CT skanning af hjernen, demensblodprøver og EKG) i det omfang, patienterne kan medvirke til det. Supplerende udredningsprogram kan tilbydes afhængig af gennemførlighed og behov.

Socialfaglige tilbud for mennesker med udviklingshæmning og demens bør omfatte:

- Pædagogisk støtte i hverdagen
- Personlig hjælp og pleje
- Hjælp til vedligeholdelse af fysiske og psykiske færdigheder
- Aktivitets- og samværstilbud
- Botilbud med pædagogisk og sundhedsfagligt personale
- Ledsageordning.

Indsatsen bør være målrettet og individuelt sammenfat. Det er vigtigt, at tilbud tager udgangspunkt i den enkeltes symptomer, sygdom og sociale situation. Generelt anbefales at etablere en socialfaglig indsats baseret på særlig viden vedrørende pædagogisk indsats hos udviklingshæmmede personer med demens ⁶⁵. Indsatsen skal løbende revideres afhængig af personens demenstilstand og bør vurderes systematisk hver 3. måned ved observationsskema ⁶⁶.

Patienter med udviklingshæmning og demens følges som andre patienter med demens enten i hukommelsesambulansesklinik eller hos egen læge.

Forløbskoordinationsfunktionen varetages af bostedet, evt. i samarbejde med kommunens demenskoordinationsfunktion.

For mennesker med demens og andre udviklingsforstyrrelser foretages udredning som ved Downs syndrom ⁶⁷. Det anbefales at screene borgerne fra ca. 55-års alderen og tidligere, hvis der rejses mistanke om demens.

10.5 Yngre med demens

Yngre med demens defineres som personer med demens under 65 år. Ved udredning er det særdeles vigtigt at udelukke somatiske sygdomme, psykiatriske lidelser som depression og belastningsrelaterede reaktioner, før der henvises til regional hukommelsesambulansesklinik.

Hos denne målgruppe ses ikke altid tydelige symptomer på demenssygdom ved test. Hukommelsesambulansesklinikernes hotline kan kontaktes ved tvivl om, hvorvidt en yngre person skal henvises til udredning.

Denne målgruppe er ofte stadig på arbejdsmarkedet, og der vil være behov for en væsentlig social faglig bistand. Der skal være øget socialt fokus på hjemmeboende børn og udearbejdende ægtefæller. Der er behov for særlige tilbud målrettet personen med demens og familiens behov for støtte, aktiviteter for personen med demens og aflastning. Det anbefales, at disse familier får kontakt til kommunens demenskoordinationsfunktion for rådgivning og støtte.

Yngre under 70 år med svære adfærdsforstyrrelser på grund af demens kan henvises til Region Hovedstadens Psykiatris regionsfunktion på Psykiatrisk Center Glostrup.

64 Deb S, et al. (2007): Dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities. British Journal of Psychiatry. 190, 440-444

65 Dodd KW, et al. (2017): Consensus statement of the international summit on intellectual disability and dementia related to post-diagnostic support, Aging & Mental Health

66 Observationsskema, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/sites/default/files/inline-files/trinvolds-vurderingsskema.pdf>

67 Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/udredning-af-demens-ved-downs-syndrom>

10.6 Frontotemporal demens (FTD)

10.7 Mennesker med demens i plejebolig

10.8 Børn og unge som pårørende til mennesker med demens



10.6 Frontotemporal demens (FTD)

Mennesker med FTD kan give særlige udfordringer både i udredningen og i den efterfølgende sociale indsats. Udredningen kan være kompliceret, idet der er mange forskellige og heraf også en del sjældne årsager til FTD. Hertil kommer, at der ikke findes nogen symptomatisk medicinsk behandling for disse sygdomme. Endelig er den sociale indsats særdeles udfordrende på grund af den forstyrrede og ofte uhemmede og urolige eller passive adfærd samt de sproglige problemer, som mange FTD-patienter også har. Patienter med svær FTD passer ofte ikke ind i de tilbud, der generelt tilrettelægges for mennesker med demens, og opfølgning må ofte være mere intensiv. Der er derfor behov for en tydelig tovholderfunktion og forløbskoordinationsfunktion for disse patienter.

Patienter med FTD, i tidlig/moderat fase af sygdomsforløbet har brug for særlig professionel støtte for at kunne profitere af aktivitetstilbud, som generelt tilbydes demensramte. Det er derfor afgørende for at aktivitetstilbud kan rumme patienter med FTD, at de krav, som støtten stiller til fagpersonalets kompetencer, imødekommes.

10.7 Mennesker med demens i plejebolig

Vurderingen til plejebolig skal identificere, om borgeren har særlige behov for sundhedsfaglige kompetencer inden for demensområdet samt demensfaglige kompetencer til et socialpsykologisk omsorgsmiljø i tilknytning til plejeboligen. Vurderingen skal derfor basere sig på resultatet af udredning og behandlingsopfølgning i hukommelsesklinik/almen praksis såvel som kommunens egne vurderingsgrundlag og kendskab til egnede plejeboligtildbud.

Samarbejdet skal etableres så tidligt som muligt i planlægningsfasen for indflytning i plejebolig og gennemføres i tæt samarbejde mellem:

- Pårørende
- Medarbejderne i visitationen, hjemmepleje, sygepleje, midlertidig opholdsplads eller andre enheder, som borgerne har været tilknyttet i kommunen fra eget hjem eller under hospitalsindlæggelse
- Medarbejderne i den kommende plejebolig
- Borgerens demensforløbskoordinator i kommunen.

Samarbejdet skal sikre:

- at forløbskoordinationen overgår til plejecentret
- at især borgere uden netværk bør vurderes mhp. værge og kommunal hjælp til flytning og indretning af plejebolig
- at kendskabet til vigtige sundhedsfaglige og omsorgsmæssige oplysninger samt livshistorie videregives til medarbejderne i den kommende plejebolig
- at forløbskoordinationen og tovholderfunktionen for borgeren med demens fortsætter i plejeboligen.

Borgere med demenssygdom i plejebolig bør tilbydes en demensfaglig rehabiliterende tilgang i kommunen, der kan modvirke isolation, ensomhed, kedsomhed og fremmedfølelse.

Muligheden for træning skal altid være til stede både tidsbegrænset efter vurdering og som en naturlig del af hverdagen. Ved tilrettelæggelse af træningen skal borgeren medinddrages.

10.8 Børn og unge som pårørende til mennesker med demens

Børn og unge, som har en forælder med en demenssygdom, udgør en særlig sårbar pårørendegruppe.

Det er væsentligt, at der under hele forløbet er fokus på deres behov for ekstra samtaler, støtte og oplysning.

Alle børn og unge i Region Hovedstaden skal have mulighed for samtaler alene med enten psykolog, sygeplejerske eller læge.

Der kan være behov for pårørendegrupper særligt målrettet børn og unge.

Hvis der er behov for længerevarende terapiforløb, kan praktiserende læge henvise til psykolog.

Børn og unge som pårørende har et særligt behov for konkret viden om, hvordan de skal forholde sig til deres syge forælder, specifik viden om sygdommen og skal ofte særligt motiveres til at tage imod hjælp.

Forskning viser, at børn og unge har lettere ved at tage imod hjælp, hvis den syge forælder tager imod hjælp.

10.8 Børn og unge som pårørende til mennesker med demens

10.9 Mennesker med demens med spinkelt eller manglende socialt netværk

10.10 Mennesker med demens og behov for palliativ indsats

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger anbefales det, at kommuner tilbyder rådgivning til pårørende med særlig opmærksomhed på hele familien, især børn og unge ⁶⁸.

Kommunens pårørendetilbud herunder tilbud til børn og unge bør oplyses på kommunens hjemmeside og skal fremgå af www.sundhed.dk/Soft. Derudover kan der findes information om tilbud til børn og unge hos patientforeninger.

10.9 Mennesker med demens med spinkelt eller manglende socialt netværk

Mennesker med en demenssygdom som samtidigt har et spinkelt netværk og er uden egentligt nære pårørende, er en særligt sårbar målgruppe.

Det er særligt udfordrende for de fagprofessionelle omkring borgeren at skabe sammenhæng i forløbet uden mulighed for opfølgning igennem de pårørende. Endvidere er der øget risiko for, at der kan opstå misforståelser samt mangelfulde oplysninger om borgerens tidligere liv og ønsker for fremtiden. Det er derfor hensigtsmæssigt, at borgerens situation tidligt i forløbet drøftes med en kontaktperson i kommunen og efterfølgende dokumenteres. Denne dokumentation bør være tilgængelig for alle relevante instanser med borgers samtykke.

Det er vigtigt, at den medarbejder, som først etablerer kontakt med borgeren eller evt. opsporer tidlige tegn på demens, er opsøgende i forhold til at skabe en relation til borgeren og om muligt inddrager andet netværk for at afsøge eventuelle ressourcer derigennem. Ligeså bør der lægges op til et styrket tværprofessionelt samarbejde imellem egen læge, kommune og udredende enhed. For at sikre sammenhæng i borgerens forløb, kan det være nødvendigt, at borgeren tilbydes støtte eller ledsagelse i forbindelse med besøg på hospitaler og/eller andre nødvendige aftaler i regi af sundhedssektoren ⁶⁹.

Der bør for denne målgruppe være øget fokus på netværksskabende aktiviteter.

10.10 Mennesker med demens og behov for palliativ indsats

Alle mennesker med demens skal sikres en tilstrækkelig professionel indsats også i den sidste tid. For mennesker med svækkede kognitive evner og manglende evne til at udtrykke sig verbalt, kræver det særlig omhyggelighed at sikre, at den nødvendige palliative indsats ydes til den døende patient. Personalets kendskab til livshistorien er derfor vigtig også i det palliative forløb.

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens anbefales det, at vurderingen af, hvorvidt personen kan have palliative behov som minimum foretages, når diagnosen stilles, ved forværringer i sygdommen, ved sektorovergange samt ved andre begivenheder (fx ændringer i den sociale situation, herunder eksempelvis hvis personen flytter i plejebolig, eller partneren bliver syg) ⁷⁰.

Palliation til mennesker med demens skal som andre palliationsforløb rumme forskellige muligheder for individuel tilpasning (fx mulighed for åben indlæggelse, plejevederlag, plejeorlov, særlige hjælpemidler, samarbejde med patientforeninger og vågetjenester). Behandlings- og plejeplanen tilrettelægges ud fra god klinisk praksis og livshistorien og skal indeholde god grundlæggende sygepleje, lindring af symptomer, samt psykosocial og åndelig omsorg.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en håndbog om palliativ pleje, omsorg og behandling i arbejdet med palliative forløb for mennesker med demens ⁷¹.

68 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

69 Grundaftale mellem hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om finansiering af ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling, 2020. Link [→](#)

70 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

71 Demenshåndbog: Palliativ pleje, omsorg og behandling, Sundhedsstyrelsen 2019. Link [→](#)

11 Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens

11

11.1 Behandling ved adfærdsmæssige forstyrrelser

11.2 Kommunens rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.3 Den praktiserende læges rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.4 Hospitalets rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

Adfærdsændringer ses ofte hos mennesker med en demenssygdom og kan have mange forskellige årsager⁷². I november 2020 indgik Region Hovedstadens Psykiatri og Hukommelsesklinikkerne i Region Hovedstaden en samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens. Der henvises til samarbejdsaftalen for en beskrivelse af korrekt henvisning til regionens tilbud, samt beskrivelse af Region Hovedstadens Psykiatri's tilbud for ældre med svære adfærdsforstyrrelser grundet demens⁷³.

De mest almindelige psykiske og adfærdsmæssige symptomer er:

- Depression
- Angst
- Ophidset og urolig adfærd (agitation)
- Hallucinationer
- Vrangforestillinger
- Løftet stemningsleje
- Aggressivitet (verbal og fysisk)
- Rastløshed
- Beskæftigelsestrang
- Omkringvandren
- U hæmmet og upassende adfærd
- Apati
- Ændrede spisevaner og/eller døgnrytme.

Svære og vedvarende adfærdsmæssige symptomer er karakteriseret ved, at patienten er svært og vedvarende forpint og/eller svære problemer med patientens pleje/omsorg, hvor der er forsøgt pædagogiske og plejemæssige tiltag, som ikke har kunnet dæmpe symptomerne i tilstrækkelig grad.

Symptomerne er ofte:

- Aggressivitet med udadreagerende adfærd, hvor patienten kan være til fare for sig selv og andre
- Selvmutilerende, selvmordstruet
- Svære og vedvarende døgnrytme-forstyrrelser med tiltagende agitation, herunder begyndende delir
- Svær seksualiserende adfærd.

Bag adfærdsændringer kan ligge en somatisk sygdom, som ikke er opdaget. Det er derfor væsentligt indledningsvist at afklare somatisk sygdom.

11.1 Behandling ved adfærdsmæssige forstyrrelser

Antipsykotisk behandling af adfærdsmæssige symptomer (urolig adfærd) hos mennesker med demens er ofte uden effekt og kan indebære betydelige bivirkninger og komplikationer som fx sløvhed, parkinsonisme, gangforstyrrelser, dehydrering, fald, lungebetændelse, forværring af kognitiv svækkelse, apopleksi og dødsfald. Men hos nogle patienter er behandlingen helt nødvendig og skal da gives under særlige forholdsregler.

Plejemæssige, socialpædagogiske, psykosociale og miljømæssige tiltag bør altid være førstevalg til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens⁷⁴.

Medicinsk behandling bør kun iværksættes – og som oftest kun kortvarigt, hvis patienten på trods af anden behandling er forpint og/eller udsætter sig selv eller andre for betydeligt ubehag eller fare. Forud for medicinsk behandling bør grundig udredning være foretaget, og andre behandlingstiltag bør være iværksat. Da adfærdsforstyrrelser ofte er situationsafhængige og derfor tidsbegrænsede, er det afgørende at følge op på både medicinsk og ikke-medicinsk behandling⁷⁵.

72 Vejledning i behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Nationalt Videncenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/vejledning-i-behandling-af-adfaerdsmaessige-og-psykiske-symptomer-hos-personer-med-demens>

73 Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens. Link [→](#)

74 National klinisk retningslinje vedr. forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019. Link [→](#)

75 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020. Link [→](#)

11 Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens

11

11.1 Behandling ved adfærdsmæssige forstyrrelser

11.2 Kommunens rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.3 Den praktiserende læges rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.4 Hospitalets rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.2 Kommunens rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

Ved adfærdsændringer hos borgere med demens, der har tilknytning til kommunen, er det kommunens ansvar at handle proaktivt med fokus på årsagen til borgerens reaktion. Det gælder uanset om ændringen opstår akut eller er kommet langsomt. Medarbejderne bør være opmærksomme på, at ændret adfærd kan være betinget af progression i demenssygdommen, ændringer i det daglige miljø eller af somatisk sygdom. Medarbejderen bør også overveje at inddrage sygeplejerske eller læge, hvor somatisk sygdom mistænkes som årsag. Medarbejderne opfordres til så tidligt som muligt at inddrage demenskoordinationsfunktionen, der sammen med medarbejderen kan foretage en analyse af årsagen til problemerne.

Sundhedsstyrelsen har i 2019 udgivet "Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen"⁷⁶.

Kommunerne kan hente inspiration i denne publikation ift. at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd. Handlingsplanen tager afsæt i at:

- udbrede viden og metoder til at forebygge udadreagerende adfærd med fokus på anvendelighed og tilgængelighed i den konkrete hverdag i ældreplejen
- styrke lederes og medarbejders viden og kompetencer til at understøtte forebyggelse af udadreagerende adfærd i hverdagen
- organisere pleje og arbejds gange, så de understøtter et systematisk og løbende fokus på at skabe trivsel og en tryk hverdag for både borgere og medarbejdere
- understøtte, at de fysiske rammer og omgivelser øger borgernes trivsel, og hvordan indretning og pleje sammentænkes i hverdagen for at forebygge udadreagerende adfærd.

Ved en tidlig og fagprofessionel indsats og inddragelse af relevant lægefaglig bistand kan unødigt brug af antipsykotisk medicin og indlæggelse forebygges.

Det anbefales, at kommunen beskriver nedenstående inden/i forbindelse med kontakt til praktiserende læge

- Beskrivelse af adfærdsforstyrrelsens karakter. Er borgeren præget af vrede og aggression, angst og frygt, gentagende handlinger, psykotiske symptomer med hallucinationer og vrangforestillinger, apatisk/passiv, verbalt grov af seksuel karakter, truende, manglende hæmninger. Rastløs, vandrende, søgende mod døre og vinduer. Forstyrret døgnrytme. Gradueret – CGI – funktionsniveau
- Opstået pludseligt, langsom udvikling og forværring
- Varighed i problematiske reaktioner
- Hvordan er årsagerne undersøgt, og hvad har kontaktpersoner/bosted m.fl. fundet frem til; progression i sygdom, somatiske årsager, diagnoser og tilstande, medicinpåvirkning, ændringer i sociale og psykiske forhold, psykiatriske årsager. Ved pludselig forværring, hvad var årsagen/episoden
- Vær opmærksom på, om ændret adfærd kan være betinget af progression i demenssygdommen, ændringer i det daglige miljø eller af somatisk sygdom, som fx infektion, febrilla, dehydrering, dysreguleret diabetes eller smerter
- Hvis muligt, tages urinstix
- Hvad er forsøgt for at hjælpe borgeren?

76 Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen, Sundhedsstyrelsen 2019. Link [→](#)

11 Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens

11

11.1 Behandling ved adfærdsmæssige forstyrrelser

11.2 Kommunens rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.3 Den praktiserende læges rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.4 Hospitalets rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

11.3 Den praktiserende læges rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

Ved nye adfærdsforstyrrelser iværksættes via egen læge først udredning for evt. somatisk årsag til symptomerne (fx infektion, febrilia, dehydrering, dysreguleret diabetes, smerter). Hvis somatisk sygdom kan udelukkes, er indsatsen ift. adfærdsforstyrrelsen først og fremmest socialpædagogisk.

Ved udredning og behandling inddrages relevant information fra kommunen/pårørende.

Såfremt der er behov for udredning/behandling af en adfærdsforstyrrelse ved hospital, kan den praktiserende læge henvise i henhold til Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens⁷⁷.

Det forventes, at praktiserende læge beskriver nedenstående inden/i forbindelse med henvisning til hospital

- Inden henvisning foretager praktiserende læge somatisk afklaring og blodprøver, som beskrevet i samarbejdsaftalen med Region Hovedstadens Psykiatri⁷⁷
- Om der er vurderet mulighed for ikke-medikamentel behandling/hvilke adfærdskorregerende handlinger, der har været forsøgt
- Der kan konfereres med psykiatrisk bagvagts ved kontakt til relevant psykiatrisk Akut Modtagelse, eller Hukommelsesklinikkens hotline kan kontaktes
- Om forløbskoordinator har været inddraget i forløbet
- Egen læges vurdering i forhold til smerter og infektion
- Om patienten er kendt med demens
- Kontaktinformation til nærmeste pårørende.

11.4 Hospitalets rolle ifm. adfærdsforstyrrelser

Mennesker med demens/mistanke om demens og samtidig adfærdsforstyrrelse kan henvises til hospital mhp. yderligere udredning eller behandling for adfærdsforstyrrelsen. Udredning og behandling på hospital varetages i et samarbejde mellem Hukommelsesklinikkerne og Region Hovedstaden Psykiatri, jf. Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens⁷⁷.

Hukommelsesklinikken beskriver nedenstående inden/i forbindelse med henvisning til CVD-psyk.

- Hvilken udredning og diagnose der foreligger
- Angive, hvilken behandling patienten får og evt. er forsøgt, herunder anti-demens-behandling
- Hvilke(n) svære adfærdsforstyrrelser er der tale om.

Med virkning fra 1. oktober 2020 blev regionsfunktionen for demens med svær adfærdsforstyrrelse på Psykiatrisk Center Glostrup udvidet til også at varetage alle henvisninger af ambulante patienter under 70 år med svære adfærdsforstyrrelser pga. demens. Ved behov for indlæggelse, sker dette fortsat på det center, patienten hører til i forhold til optageområde.

⁷⁷ Region Hovedstadens hospitaler og psykiatri Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens. Link →

- 12.1 Fremtidsfuldmagt
- 12.2 Værgemål og flytning
- 12.3 Magtanvendelse og forebyggelse heraf
- 12.4 Sociale indsatser

12.1 Fremtidsfuldmagt⁷⁸

Formålet med fremtidsfuldmagtsordningen er at styrke retten til selvbestemmelse og gøre det muligt for borgerne under betryggende former at påvirke eget liv og fremtidige forhold på trods af sygdom eller andet tab af mental kapacitet. Fordelene ved at oprette en fremtidsfuldmagt (i modsætning til en almindelig fuldmagt) er, at der er tale om en formel og lovreguleret ordning. Ordningen indebærer bl.a., at fremtidsfuldmagten bliver offentliggjort. En anden fordel ved en fremtidsfuldmagt er, at den – i modsætning til en almindelig fuldmagt – også kan omfatte personlige forhold, herunder fx adgangen til at søge det offentlige om hjælp til pleje.

12.2 Værgemål og flytning⁷⁹

Der kan være behov for at søge individuelt tilpasset værgemål, hvis:

- der ikke er oprettet fremtidsfuldmagt
- fremtidsfuldmægtig ikke varetager den demensramtes økonomiske og personlige forhold på forsvarlig vis
- hvis det er nødvendigt at flytte borgeren med demens til plejebolig efter Servicelovens § 129 stk. 1.

12.3 Magtanvendelse og forebyggelse heraf⁸⁰

Servicelovens §124-129 og §136b-136f⁸¹ beskriver reglerne for magtanvendelse i forbindelse med pleje, omsorg og pædagogisk indsats. Sundhedslovens §§ 15-17 og §18, stk. 1⁸² og Tvangsbehandlingsloven⁸³ beskriver reglerne for tvang ved somatisk behandling. Det kan være nødvendigt i særlige situationer at anvende reglerne for magtanvendelse efter Serviceloven og behandling efter Tvangsbehandlingsloven og Sundhedsloven, i de situationer hvor det ikke er muligt via pædagogisk vej at få samtykke til at udføre pleje, omsorg, pædagogisk indsats og somatisk behandling.

Lovgivningen beskriver kriterierne for i hvilke situationer, magtanvendelse og tvangsbehandling kan benyttes. Det er ligeledes beskrevet, at socialpædagogiske metoder skal benyttes for at forebygge magtanvendelse og tvangsbehandling.

Nærmeste pårørende, fremtidsfuldmægtig eller værge kan give informeret samtykke til hjælp og behandling for borgere, der ikke modsætter sig hjælpen og behandlingen. Nærmeste pårørende, fremtidsfuldmægtig eller værges tilsagn er ikke tilstrækkelig, hvis borgeren modsætter sig nødvendig hjælp og behandling. Der kan i enkelte situationer beskrevet i lovgivningen gives tilladelse ved hjælp af reglerne omkring magtanvendelse og tvangsbehandling.

12.4 Sociale indsatser

De socialfaglige tilbud for mennesker med demenssygdom samt deres pårørende ydes i henhold til Serviceloven og skal være til rådighed efter individuel bedømmelse og visitation⁸⁴.

Indsatsen bør være målrettet og individuelt sammensat. Det er vigtigt, at tilbuddene tager udgangspunkt i den enkeltes symptomer, sygdom og sociale situation, samt at demens er en kronisk, fremadskridende lidelse.

Ikke alle borgere ønsker at modtage den sociale støtte, som kommunen vurderer, der er behov for. Det kan give nogle komplekse forløb, hvor der skal balanceres mellem omsorgspligt og omsorgssvigt i tæt samarbejde mellem de involverede aktører.

⁷⁸ Lov om fremtidsfuldmagter, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180174>

⁷⁹ Værgemålsloven, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1015>

og Lov om social service, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1287#idc82615dc-67e1-4859-bacb-335abe7c6d35>

⁸⁰ Socialstyrelsen har udviklet et flowchart til fagpersoner vedr. regler om brug af magt:

https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/magtanvendelse/pixi_fagpersoner_socialstyrelsen_web.pdf

⁸¹ Lov om social service, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1287#idc82615dc-67e1-4859-bacb-335abe7c6d35>

⁸² Sundhedsloven, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903#id971ff3e2-26f5-45ae-8b1a-3c1cbfb130ce>

⁸³ Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/126>

⁸⁴ Nationalt Videnscenter for Demens har på deres hjemmeside vejledninger om socialfaglige tilbud for mennesker med demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da>

For at skabe et grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling er det hensigtsmæssigt at monitorere implementering af forløbsprogrammernes indsats.

De deltagende parter forpligter sig til at monitorere de standarder og indikatorer for indsatsens kvalitet, som er fastlagt i programmet, samt til at varetage den tilhørende opfølgning. Dokumentation af indsatsen skal i videst muligt omfang foregå systematisk og ensartet. Det kræver, at hospital, kommune og almen praksis løbende arbejder på at kvalificere de anvendte datakilder.

For forløbsprogram for demens udvikles ikke nye indikatorer, men der følges op på samarbejdet og aftalerne i forløbsprogrammet.

Der følges også op på målopfyldelsen i forhold til de nationale mål i National Demenshandlingsplan 2025:

- Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner.
- Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 % skal have en specifik diagnose.
- Forbrug af antipsykotisk medicin hos mennesker med demens skal nedbringes med 50 % frem mod 2025.

Det er Demensalliancen, der udgiver en opgørelse over det første nationale mål, og Sundhedsdatastyrelsen, der udgiver statistik for de to sidstnævnte nationale mål. Region Hovedstadens Center for Sundhed vil bistå med facilitering af monitorering og opfølgning på de tre nationale mål, eksempelvis gennem formidling af indikatorresultater og eventuel afholdelse af audit. Hvis de nationale mål ikke længere monitoreres, kan indikatorerne ikke længere følges.

Herudover har RKKP fastsat indikatorer for kvaliteten af demensudredningen på hospitalerne i Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DANDEM). Demensrådet og de enkelte hospitaler har ansvar for at følge udviklingen i kvaliteten på Region Hovedstadens demensudredningsenheder på baggrund af årsrapporter fra RKKP.

Såfremt indikatorerne i DANDEM udvikles eller justeres, vil ændringerne også gælde for monitorering af dette forløbsprogram. Opmærksomheden henledes på, at indikatorerne i DANDEM udelukkende monitorerer hospitalsindsatsen med formålet at **overvåge og højne kvaliteten af den kliniske udredning af patienter henvist til elektiv demensudredning ved en demensudredningsenhed i sekundærsektoren.**

Databasen indeholder således ikke data og indikatorer, der omfatter den kommunale indsats eller indsatsen ved praktiserende læger.

Initiativ 25 i Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 har netop til hensigt at styrke data på demensområdet, idet der er et nationalt ønske om at videreudvikle Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens til at indeholde tværsektorielle indikatorer mhp. at monitorere relevante indikatorer i hele demensforløbet, herunder kommunale data. Resultatet af dette arbejde afventes og vil blive integreret i monitorering af dette forløbsprogram, når det foreligger.

Følgende nationale mål anvendes som indikatorer til monitorering af forløbsprogrammet⁸⁵

	Indikatornavn	Beskrivelse	Indikator-type	Kvalitetsmål	Datakilde
1	Udredningstid	Varighed af udredningsforløb for alle udrede patienter (fra henvisning til diagnosesamtale.)	Proces-indikator	> 80 % af patienterne bør udredes inden 90 dage	DANDEM
2	Kognitiv test	Andel af patienter med demens, som har fået foretaget kognitiv test ifm. udredningen (ex. MMSE, ADAScog, ACE, MoCa, CamCog, neuropsykologisk testning).	Proces-indikator	> 90 % bør have foretaget kognitiv test	DANDEM
3	ADL vurdering	Andelen af patienter med demens, som har fået foretaget ADL vurdering ved hjælp af formel skala (FAQ, IADL skala).	Proces-indikator	> 80 % bør have foretaget formel ADL vurdering	DANDEM
4	Strukturel Scanning	Andelen af patienter med demens, som har fået foretaget CT/MR scanning af hjernen.	Proces-indikator	> 80 % bør have foretaget CT eller MR scanning af hjernen	DANDEM
5	Ætiologisk diagnose	Andelen af patienter med demens, hvor der er stillet specifik ætiologisk diagnose.	Proces-indikator	> 80 % af patienterne bør have stillet en ætiologisk diagnose	DANDEM
6	Demensmedicin	Andelen af patienter med Alzheimers sygdom, samt Parkinson Demens og Demens med Levy Body, som behandles med antidemensmedicin.	Proces-indikator	> 80 % bør være sat i behandling ved informations-samtalen	DANDEM
7	Psykosocialt tilbud	Andelen af patienter med demens, som er tilbudt henvisning til psykosociale tiltag.	Proces-indikator	> 80 % bør have tilbudt henvisning	DANDEM
8	Demensvenlige kommuner ⁸⁶	Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner. De 29 kommuner i Region Hovedstaden skal være demensvenlige.	Proces-indikator	29 kommuner skal være demensvenlige	Demens-alliancen
9	Demensspecifikke diagnoser (alle hospitalsafdelinger)	Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 % skal have en specifik diagnose.	Proces-indikator	> 80 % af patienterne skal have stillet en specifik diagnose	Sundheds-data-styrelsen
10	Forbrug af anti-psykotisk medicin	En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 % frem mod år 2025.	Proces-indikator	Nedbringelse med 50 % inden 2025	Sundheds-data-styrelsen

⁸⁵ Disse indikatorer følges, så længe de opgøres på nationalt niveau.

⁸⁶ Demensvenlige kommuner, Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/demensvenlige-kommuner>

14 Implementering af forløbsprogrammet

14

14.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet

14.2 Lokal implementering af forløbsprogrammet

14.3 Sundhedsfagligt Råd for Demens

14.4 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

14.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet

Regionen og alle kommuner er via Sundhedsaftalen forpligtet til at implementere forløbsprogrammerne. Almen praksis er via overenskomsten forpligtet til at følge forløbsprogrammernes anbefalinger.

En succesfuld implementering af forløbsprogrammet kræver, at aktørerne på henholdsvis hospital, i kommune og almen praksis bidrager med den relevante sundhedsfaglige indsats til de personer, som tilhører forløbsprogrammets målgruppe. Dette omfatter henvisning til relevante tilbud.

Det er afgørende for anvendelse af forløbsprogrammet, at der arbejdes målrettet med den praktiske implementering. Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre implementeringen, og alle medarbejdergrupper, hvad enten det er på hospital, i kommune eller almen praksis, skal gives de nødvendige forudsætninger for, at forløbsprogrammet er et praktisk redskab, der sikrer et sammenhængende patientforløb og en optimal udnyttelse af de tilstedeværende ressourcer.

De faggrupper, der skal arbejde med forløbsprogrammet, skal have eller opnå den nødvendige viden og kompetence og være bevidste om, hvilke krav og forventninger, der stilles til dem. Det er vigtigt, at forløbsprogrammet lever op til de mål, der er opstillet, og at der hos alle interessenter er den nødvendige kapacitet og prioritering til at imødekomme den beskrevne indsats. Forløbsprogrammets tilbud og minimumsstandards stiller både krav til opdatering af den enkelte faggruppe og en målrettet indsats for at sikre kendskab til programmets samlede tilbud. Der skal ydes en indsats med tværsektoriel videndeling og efteruddannelse, hvis programmets intentioner skal indfries.

14.2 Lokal implementering af forløbsprogrammet

Alle forløbsprogrammer skal igennem en lokal implementering, som forankres i samordningsudvalgene. Dele af implementeringen kan med fordel tilrettelægges som en proces, der sker på tværs af hele regionen og alle kommuner. Samordningsudvalgene har ansvaret for, at der udarbejdes lokale implementeringsplaner for det enkelte forløbsprogram. I denne proces er der, udover inddragelse af de enkelte hospitalsafdelinger og kommuner, også behov for inddragelse af almen praktiserende læger inklusive praksispersonale samt øvrige relevante privat praktiserende fagprofessionelle, eksempelvis praktiserende neurologer/psykiatere.

Udover den implementering, der skal ske fælles for hele regionen og tværsektorielt, bør der også iværksættes en proces i hver kommune med henblik på at styrke samarbejdet mellem de ansvarlige for de kommunale tilbud og kommunens praktiserende læger. Denne del af implementeringsprocessen vil mest hensigtsmæssigt kunne tilrettelægges med udgangspunkt i de kommunalt lægelige udvalg (KLU). Den mere præcise fastlæggelse af implementeringsprocessen i hver kommune samt på hospitalerne bør aftales lokalt i samordningsudvalgene.

I de lokale implementeringsplaner under samordningsudvalgene kan følgende fokusområder indgå:

- Alle hospitaler og kommuner har tilgængelige oplysninger om tilbud på www.sundhed.dk (SOFT portalen).
- Alle hospitaler tilretter VIP-dokumenter i henhold til forløbsprogrammet.
- Alle kommuner sørger for, at der findes opdaterede oplysninger om 'visitationsindgangen' (en indgang til kommunen) på www.sundhed.dk

Fastholdelse/oprettelse af lokale tværsektorielle fora

Det anbefales at fastholde/oprette lokale tværsektorielle fora mhp. at drøfte og erfaringsudveksle omkring det lokale tværsektorielle samarbejde, herunder implementering af forløbsprogrammet. Organisering og kadence aftales lokalt. Foraene kan med fordel bestå af medarbejdere fra hhv. hospital, kommuner og relevant(e) praksis-konsulent(er). Der er i Region Hovedstaden allerede etableret lokale fora i nogle planområder, som holder møde 1-2 gange årligt, og der er gode erfaringer med samarbejdet.

14 Implementering af forløbsprogrammet

14

- 14.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet
- 14.2 Lokal implementering af forløbsprogrammet
- 14.3 Sundhedsfagligt Råd for Demens
- 14.4 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

14.3 Sundhedsfagligt Råd for Demens

Region Hovedstaden har en række sundhedsfaglige råd, som er rådgivende over for Region Hovedstadens direktion og ledelsessystemet i øvrigt, og som indgår i regionens kvalitetsorganisation.

Det Sundhedsfaglige Råd for Demens (Demensrådet) er et tværspécialt råd med deltagelse af både neurologi, psykiatri og geriatri og har derudover tværsektoriel repræsentation. I det sundhedsfaglige råd kan generelle drøftelser vedr. demensområdet i Region Hovedstaden løftes, herunder tværsektorielle emner. Det sundhedsfaglige råd for demens kan løbende følge implementeringen af forløbsprogrammet.

14.4 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

Medarbejdere i primær- og sekundærsektor i Region Hovedstaden, som i forskellige sammenhænge er i direkte kontakt med mennesker med mulig demenssygdom, har behov for videreuddannelse vedrørende demens og for løbende opdatering om de lokale muligheder for udredning, behandling og social støtte i Region Hovedstaden.

Det er arbejdsgiverens ansvar at udvikle medarbejdernes kompetencer i forhold til at kunne opfylde anbefalingerne i forløbsprogrammet.

Derfor skal der være fokus på at sikre, at de rette sociale, sundhedsfaglige og pædagogiske kompetencer er til stede hos det relevante personale. Der kan med fordel etableres kompetenceudvikling på tværs af sektorer, idet forløbsprogrammet forudsætter en tværsektoriel forståelse og tilgang i opgaveløsningen.

15.1 Ingen ændringer i opgavefordelingen

15.2 Aktuel patientvolumen og forventet fremtidig patientvolumen

15.3 Økonomiske konsekvenser

15.1 Ingen ændringer i opgavefordelingen

Revisionen har kun i meget begrænset omfang givet anledning til ændringer i beskrivelsen af opgavefordelingen.

15.2 Aktuel patientvolumen og forventet fremtidig patientvolumen

Risikoen for at udvikle demens stiger med alderen. Som følge af den stigende middellevetid og deraf følgende voksende ældrebefolkning forventes en vækst i antallet af ældre med demens i de kommende årtier.

En dansk undersøgelse fra 2019 viser, at ca. 36.000 personer over 65 år i 2015 var registreret med en demensdiagnose. Det vurderes dog, at langt fra alle med demens registreres i de nationale registre (Landspatientregistret, Lægemiddelregistret og det Psykiatriske Centralregister).

På baggrund af internationale befolkningsundersøgelser anslås, at ca. 82.000 ældre (65+ årige) i Danmark har demens. Hvis aldersgruppen 60-64 årige medregnes, vokser estimatet til ca. 89.000 personer. Der er tale om usikre estimater⁸⁷.

Hvert år registreres ca. 7.700 nye tilfælde af demens i de nationale registre.

I vestlige lande viser de senere års forskning tendenser til, at andelen af nye demenstilfælde (incidensraten) er stabiliseret eller faldende. I perioden 2004 til 2015 er andelen af ældrebefolkningen i Danmark, der registreres med en demensdiagnose inden for et givent år (incidensrate), faldet med ca. 2 % årligt.

Selvom incidensraten af registrerede demensdiagnoser har været faldende siden 2003, er antallet af personer med demens fortsat stigende. Forekomsten af demens (prævalensen) forventes dog fortsat at være stigende pga. længere levetid og større ældre generationer⁸⁸, og det er derfor afgørende, at der tages højde for stigende prævalens i planlægningen af sundhedsydelser.

Op til 400.000 personer i Danmark er nære pårørende til en person, der lider af en demenssygdom.

15.3 Økonomiske konsekvenser

Da der er betydelig usikkerhed i forhold til det fremtidige patientvolumen, er det vanskeligt at estimere økonomiske konsekvenser af det reviderede forløbsprogram. Der må dog forventes en stigende prævalens både som følge af befolkningsudviklingen, men også som følge af en øget opmærksomhed på tidlig opsporing og udredning. Derfor anbefales, at parterne i egne budgetter tager højde for en stigende efterspørgsel efter ydelser på dette område.

Som følge af den generelle udvikling på demensområdet, herunder udvikling og implementering af de mange initiativer under demenshandlingsplanen, er der øgede forventninger til kvalitet og indhold i indsatsen på demensområdet i alle sektorer. Dette gælder både kvalitet i udredning og behandling men også ift. kvaliteten af de tilbud, der stilles til rådighed i kommunerne. Disse forventninger er dog ikke en konsekvens af det reviderede forløbsprogram, og eventuelle økonomiske konsekvenser som følge heraf bør derfor afklares nationalt.

⁸⁷ Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>

⁸⁸ Nationalt Videnscenter for Demens, <https://videnscenterfordemens.dk/da/udviklingen-i-demens-over-tid>

Bilag

- Bilag 1 Arbejdsgruppens sammensætning
- Bilag 2 Referencer
- Bilag 3 Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
- Bilag 4 Samtaleark
- Bilag 5 Hyppigt anvendte diagnoser i Hukommelsesklinikken

Arbejdsgruppens sammensætning

- Overlæge Birgitte Bo Andersen, Hukommelses-klinikken, Rigshospitalet, Blegdamsvej
(regional formand)
- Overlæge Anders Chakravarty, Hukommelses-klinikken, Herlev Hospital (udgået af arbejds-gruppen i august 2018)
- Afd. Sygeplejerske Mette Møllebæk Pedersen, Hukommelses-klinikken, Rigshospitalet, Glostrup (udgået af arbejdsgruppen i august 2018)
- Overlæge Jihan Hasan Taha, Gerontopsykiatrisk team, Psykiatrisk Center Glostrup
- Afd. Sygeplejerske Hanne Sørensen, Hukommelses-klinikken, Rigshospitalet, Blegdamsvej
- Demenskonsulent Susie Dybig, Hillerød Kommune
- Demenskoordinator Maj-Britt Joost, Gentofte Kommune
(kommunal formand)
- Forebyggelses-konsulent Christina Sahl, Tårnby Kommune
- Demenskonsulent/cand.psych. aut. Anja Ida Hansen, Frederiksberg Kommune, afløst i september 2017 af leder af forebyggelses-området Addie Just Frederiksen, Frederiksberg Kommune
- Demenskonsulent Charlotte Rugh, Gladsaxe Kommune
- Demenskonsulent Rie Schou, Høje Tåstrup Kommune
- Demenskonsulent Birgitte Hein Klüwer, Københavns Kommune
- Demenskonsulent Kate Espe, Allerød Kommune
- Praktiserende læge Christian Mûller, KAPH
- Praktiserende læge Line Soot, PLO-H
- Laust Gadegaard, Alzheimerforeningen
- Lene Krintel, Ældresagen.

Sekretariat

Chefkonsulent Line Sønderby Christensen, Enhed for tværsektoriel udvikling, Region Hovedstaden.
Chefkonsulent Henriette Bager, Enhed for tværsektoriel udvikling, Region Hovedstaden.

Referencer

1. Dansk Selskab Almen Medicin (2006): "Demens i almen praksis. Udredning, diagnostik, behandling og opfølgning. Klinisk vejledning. (www.dsam.dk)"
2. Implement (2017): "Evaluering af de regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for mennesker med demens"
3. Region Hovedstaden (2015): "Vejledning til udarbejdelse og revision af forløbsprogrammer i Region Hovedstaden", Godkendt af Den Administrative Styregruppe vedrørende Sundhedsaftalen i september 2015
4. Sundheds- og Ældreministeriet (2017): "Et trygt og værdigt liv med demens – National Demenshandlingsplan 2025"
5. Sundhedsstyrelsen (2017): "Anbefalinger til organisering af udredning- og behandlingsenheder for demens"
6. Sundhedsstyrelsen (2020): "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"
7. Sundhedsstyrelsen (2019): "Demenshåndbog: Palliativ pleje, omsorg og behandling"
8. Sundhedsstyrelsen (2013): "National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens"
9. Sundhedsstyrelsen (2012): "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model"
10. Sundhedsstyrelsen (2019): "Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen"
11. Sundhedsstyrelsen (2018): "National klinisk retningslinje for diagnostik af Mild Cognitive Impairment og demens"
12. Sundhedsstyrelsen (2019): "National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens"
13. Sundhedsstyrelsen (2018): "National klinisk retningslinje for demens og medicin"
14. Sundhedsstyrelsen (2019): "Specialevejledning for Psykiatri"
15. Sundhedsstyrelsen (2019): "Specialevejledning for Neurologi"
16. Socialstyrelsen (2019): "Regler om brug af magt – kort fortalt"
17. Demensrådet, Region Hovedstaden (2016): "Demens – udredning og medicinsk behandling" (VIP vejledning på intranet)
18. Region Hovedstaden (2020): "Samarbejdsaftale om patienter med svær adfærdsforstyrrelse og samtidig demens/mistanke om demens"
19. Region Hovedstaden (2020): "Grundaftale mellem hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om finansiering af ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling"
20. Region Hovedstaden (2011): "Notat om præcisering af opgaver for almen praksis i henhold til forløbsprogrammet for demens"
21. Den Centrale Koordinering (2019): "Kommunikationsaftale – Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivelser i somatikken"
22. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (2018): "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – kronisk sygdom"



Referencer

23. Lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden (2018): "Udmøntning af forløbsprogram for demens"
24. World Health Organization:
"The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders". Diagnostic Criteria for Research. Geneva, World Health Organization, 1993
25. Petersen RC et al. "Mild cognitive Impairment: Clinical characterization and outcome". Archives of Neurology 1999;56:303-308
26. Dodd KW, et al. (2017): "Consensus statement of the international summit on intellectual disability and dementia related to post-diagnostic support, Aging & Mental Health"
27. Nationalt Videnscenter for Demens, www.videnscenterfordemens.dk
28. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile (2019)
29. Bekendtgørelse af værgemålsloven (2017)
30. Bekendtgørelse af lov om social service (2020)
31. Lov om fremtidsfuldmagter (2016)
32. Bekendtgørelse af sundhedsloven (2019).

(HR = hovedregel; U= undtagelse)

Videregivelse af helbredsoplysninger, rent private oplysninger og andre fortrolige oplysninger i en **behandlingssituation** (sundhedsloven, der gælder for autoriseret sundhedspersonale og de personer, der arbejder under deres ansvar):

HR: Samtykke (mundtligt eller skriftligt).
Er pt. varigt ude af stand til at give samtykke, kan nærmeste pårørende eller en personlig værge med kompetence på helbredsområdet træde i pt.'s sted.
Fremtidsfuldmagt skal sidestilles med værge og pårørende.

Videregivelse **uden samtykke** kan finde sted i flg. situationer:

- U1:** Når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for pt., og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov.
- U2:** Når videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist pt. til sygehusbehandling.
- U3:** Når videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat på privatejet sygehus, klinik m.v., til de i nr. 2 nævnte læger, når behandlingen er ydet efter aftale med et regionsråd eller en kommunalbestyrelse i henhold til sundhedsloven. For de 3 ovenstående undtagelser gælder, at patienten kan frabede sig videregivelse af oplysningerne.
- U4:** Når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre. For denne undtagelse gælder, at patienten snarest muligt skal orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i sundhedsloven.
- U5:** Når videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Videregivelse af helbredsoplysninger, rent private oplysninger og andre fortrolige oplysninger **til andre formål** gælder for videregivelse til andre myndigheder, organisationer og private personer (sundhedsloven):

HR: Samtykke (skriftligt, skal indføres i journal, bortfalder efter et år).
Er pt. varigt ude af stand til at give samtykke, kan en personlig værge med kompetence på området træde i patientens sted.

Videregivelse **uden samtykke** kan finde sted i flg. situationer:

- U1:** Når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.
- U2:** Når videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.
For denne undtagelse gælder, at pt. snarest muligt skal orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i sundhedsloven.
- U3:** Når videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.



Samtaleark⁸⁹

Støtte til livet med en demenssygdom

Hvad er vigtigt for dig?

Dette samtaleark er dit og kan bruges som forberedelse til de samtaler, du tilbydes i dit forløb. Vi ønsker at tage udgangspunkt i *dine* behov og *din* hverdag, samt hvad der er vigtigt for dig at tale om. Udfyld og medbring gerne arket til dine samtaler. Sæt **kryds** ved de områder, du gerne vil tale om.

Fysiske og psykiske forhold	×
Koncentration/hukommelse	
Motivation/handlekraft	
Søvn/døgnyrtme	
Træthed/manglende energi	
Tristhed/sorg	
Irritabilitet/vrede	
Meningsløshed	
Let til tårer	
Tanker om døden	
Bekymring/nervøsitet	
Uro	
Ubehag/smerter	
Medicin	
Arvelighed	
Appetit	
Forstoppelse/diarre	
Vægt	

Hverdagen	×
Daglige gøremål (indkøb, madlavning, rengøring, tøjvask)	
Støtte fra familie/netværk	
Tilknytning til sundhedssystemet	
Boligforhold/plejebolig	
Hjemmeplejen	
Dagtilbud	
Arbejde/uddannelse	
Sygemelding	
Økonomi	
Forsikringsforhold	
Fritidsinteresser	
Rejser	
Transport/bilkørsel	

Sundhed	×
Varetage eget velvære	
Motion/fysisk aktivitet	
Alkohol/rusmidler	
Kostvaner	
Rygning	

89 Samtalearket i bilag 4 er udarbejdet med udgangspunkt i samtalearket fra Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, 2014. Link [→](#)



Samtaleark

Støtte til livet med en demenssygdom

Hvor belastet føler du dig generelt i din hverdag?

Slå **ring** om det tal på termometeret, der bedst beskriver, hvor syg du føler dig.

Meget syg

10
.....
9
.....
8
.....
7
.....
6
.....
5
.....
4
.....
3
.....
2
.....
1
.....
0

Ikke syg

Hvad er vigtigt for dig i din hverdag?

Hvad ønsker du særligt støtte til i dit forløb?

Hvad bekymrer dig mest?

Kan dit netværk/din familie støtte dig – og hvordan?

Andre områder, som du eller måske dine pårørende gerne vil tale om?

Hyppigt anvendte diagnoser i Hukommelsesklinikken

Neurodegenerative sygdomme og MCI	Diagnosekode
Alzheimers sygdom med tidlige debut (<65 år)	DG300 eller DF000
Alzheimers sygdom med sen debut (>65 år)	DG301 eller DF001
Demens ved Alzheimer af atypisk eller blandet type – eks mixed demens	DG308 eller DF002
Degenerative sygdomme i nervesystemet, andre specificerede, herunder Frontotemporal Demens	DG318 eller DF028
Degenerativ sygdom i nervesystemet uden specifikation (når ætiologi er ukendt)	DG319 eller DF039
Primær Progressiv afasi (FTD)	DG310A
Lewy Body Demens	DG318E
Parkinson sygdom	DG209
Demens ved Parkinson sygdom	DF023
Progressiv supranukleær parese (PSP)	DG231A
Multisystem atrofi (MSA)	DG232
Corticobasal degeneration (anvendes eks.CBD)	DG238
Huntingtons sygdom	DG109
Organisk amnestisk syndrom (MCI)	DF049
Organisk kognitiv forstyrrelse af lettere grad (MCI)	DF067
Vaskulær sygdomme	
Senfølge efter apopleksi	DI694
Vaskulær demens m. multiple infarkter	DF011
Vaskulær demens – subkortikal type	DF012
Vaskulær demens – blandet kortikal og subkortikal	DF013
Normaltryks hydrocephalus (NPH)	DG912
OBS. diagnose gives under udredning og efter udredning, hvor man ikke finder tegn på anden sygdom:	
Obs. på grund af mistanke om sygdom i nervesystemet	DZ033 – skal kun anvendes i ambulatoriet
Symptom i nervesystemet – anvendes under indlæggelse	DR298a
Alkoholrelaterede diagnoser	
Wernickes encephalopati	DE512
Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol	DG312
Alkoholafhængighedssyndrom	DF102
Amnestisk syndrom ved alkoholforbrug	DF106
Psykiske lidelser	
Ikke organisk psykose, uspecificeret	DF290
Depressiv enkeltepisode, uspecificeret	DF329
Periodevis depression, uspecificeret	DF339
Belastningsreaktion uden specifikation	DF439

DEMENS

DEMENS

DEMENS

DEMENS

DEMENS

DEMENS

DEMENS

Forløbsprogram for Demens · revideret 25. juni 2021

Almen praksis' ansvarsområder i demensforløbet

Udredning

- Almen praksis foretager en indledende udredning ved mistanke om mulig demenssygdom med henblik på afklaring af forløbet for patienten og dennes behov for videre henvisning til udredningsforløb på hospital.
- I den indledende udredning kortlægges symptomer og alment helbred, og differentialdiagnoser vurderes. Er der fortsat mistanke om demenssygdom, henvises patienten til en opfølgende udredning på en regional demensudredningsenhed, hvor en specifik demensdiagnose kan stilles. For information om indholdet i den indledende udredning samt om henvisning til hospital, se afsnit 15 i Region Hovedstadens Forløbsprogram for Demens 2021.
- Når almen praksis henviser patienten til en udredningsenhed, er det hensigtsmæssigt, at almen praksis samtidig, efter samtykke, tilbyder at orientere kommunen om henvisningen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, 2020.

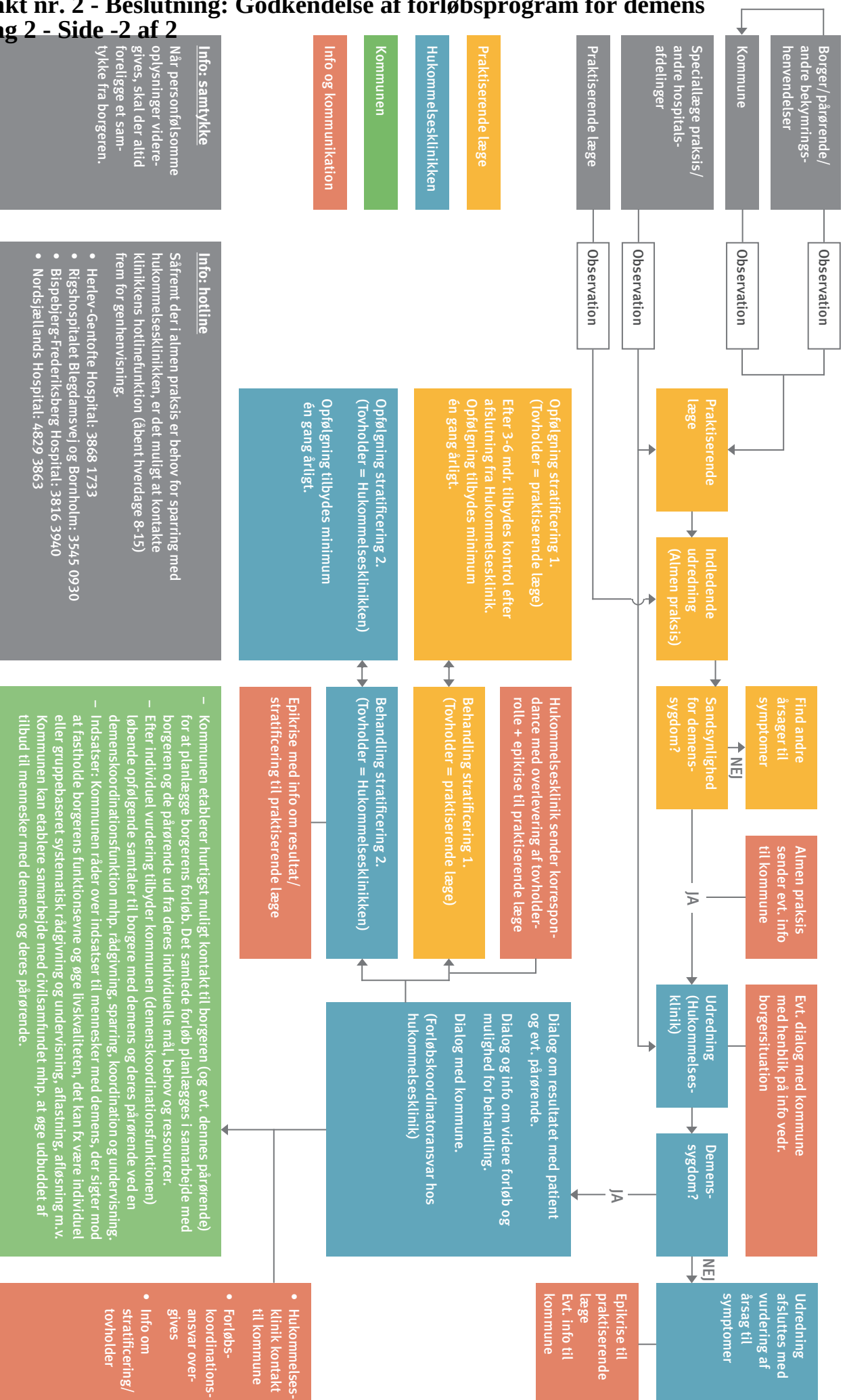
Forløb og indsatser

- Det samlede forløb planlægges i samarbejde med patienten og de pårørende ud fra individuelle mål, behov og ressourcer.
- Patienter og pårørende tilbydes kontakt til kommunens demenskoordinationsfunktion med efterfølgende korrespondancemeddelelse.
- Såfremt patienten ikke ønsker kontakt til kommunen, varetager almen praksis forløbskoordinationsfunktionen efter endt udredning.
- Almen praksis indgår i et systematisk tværsektorielt samarbejde for at styrke relationsopbygning og viden-
deling om demensindsatsen.

Opfølgning

- Hvis en patient er stratificeret til niveau 1 ifm. udredning ved hukommelsesklínik, overtager den praktiserende læge tovholderrollen samt det proaktive ansvar for opfølgning og behandling.
- Almen praksis varetager ofte den indledende opfølgning, herunder opfølgning på medicinsk behandling på baggrund af medicinplan fra hospital (når patienten har fået stillet en diagnose på hospital, og forløbet er afsluttet), samt henviser til kommunale tilbud.
- Almen praksis indkalder patienter stratificeret til niveau 1 til kontrol 3-6 mdr. efter afslutning fra Hukommelses-
klínik. Opfølgningen tilbydes herefter minimum én gang årligt, bl.a. med henblik på at følge op på medicinering, sygdomsstatus og behov for indsatser, jf. Lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden vedr. udmøntning af forløbsprogram for demens.
- For at understøtte et sammenhængende forløb for patienten bestræber almen praksis sig på at modtage samtykke fra patienten til at sende besked til kommunens forløbskoordinationsfunktion i forbindelse med de løbende kontroller.
- Almen praksis bør være opmærksom på, at patientens mulighed for at forstå informationer ændres i takt med sygdommens udvikling, derfor bør informationsbehovet og dialogen kontinuerligt vurderes. Her kan det være særligt væsentligt at inddrage pårørende.
- Når en patient, som følges i almen praksis, ønskes revurderet i en hukommelsesklínik, sendes en henvisning til hukommelsesklínikken. Hvis patienten omstratificeres til niveau 2 (jf. afsnit 6.5 i Region Hovedstadens Forløbs-
program for Demens 2021), overleverer den praktiserende læge ansvaret for tovholderrollen til hospitalet.

Overblik over demensforløb – Flowdiagram



Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af forløbsprogram for demens

Bilag 2 - Side -2 af 2

Hospitalets ansvarsområder i demensforløb som følge af forløbsprogrammet for demens i Region Hovedstaden

Udredning

- Hukommelsesklinikken foretager udredning mhp. afklaring af ætiologisk diagnose og af muligheder for behandling og psykosocial indsats*.
- Hvis mistanke om demenssygdom opstår på en hospitalsafdeling, henviser afdelingen til demensudredning enten ved egen læge mhp. indledende udredning eller ved regional hukommelsesklinik. Patienten bør være i sin habitualtilstand, inden udredning kan finde sted.
- Ved henvisning til udredning på regional hukommelsesklinik, orienteres patientens egen læge.
- I forbindelse med udredning stratificerer hukommelsesklinikken patienten i henhold til social ressourceprofil og sygdomskompleksitet. Stratificering bruges som redskab til at fordele patienter til rette behandling og opfølgning efter udredning.
- For beskrivelse af ansvarsfordeling mellem psykiatri og somatik, jf. afsnit 11 i Region Hovedstadens Forløbsprogram for Demens 2021.
- Hukommelsesklinikken har som udgangspunkt ansvar for forløbskoordination under udredningsforløbet, jf. afsnit 8.5 i Region Hovedstadens Forløbsprogram for Demens 2021.

Forløb og indsatser

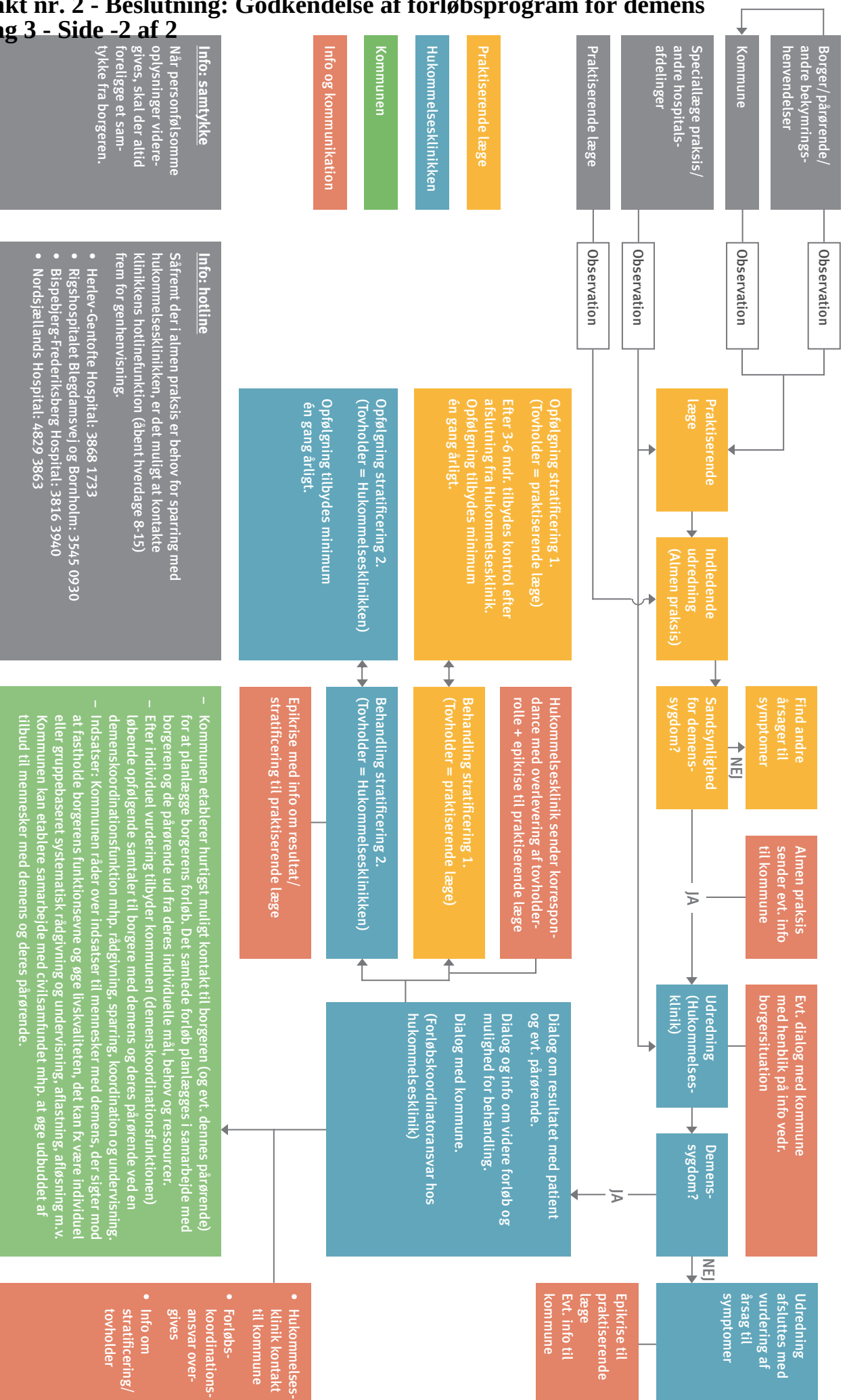
- Så vidt det er muligt, indhentes der samtykke fra patienten til at inddrage de pårørende.
- For patienter stratificeret til niveau 1, overleveres det proaktive ansvar for behandling og opfølgning til den praktiserende læge, og patienten afsluttes fra Hukommelsesklinikken. Hukommelsesklinikken sender epikrise til egen læge. Derudover sendes en korrespondancemeddelelse, hvoraf det fremgår, at patienten er afsluttet fra Hukommelsesklinikken, og at tovholderfunktionen for demenssygdommen overdrages til almen praksis.
 - Er patienten tilknyttet kommunen, fremsendes information til kommunen med information om, at patienten afsluttes fra Hukommelsesklinikken til videre opfølgning hos egen læge. Såfremt patienten ikke er tilknyttet kommunen, fremsendes information til kommunen, hvis der foreligger samtykke hertil.
 - Fravælger patienten kontakt til kommunen, overdrages forløbskoordinationsfunktionen til almen praksis.
 - Så længe patienten har valgt kontakt til kommunen fra, har kommunen ikke ansvaret for forløbskoordination, selvom patienten har givet samtykke til, at kommunen må modtage korrespondancemeddelelser fra Hukommelsesklinikken.
- Patienter og pårørende tilbydes kontakt til kommunens demenskoordinationsfunktion med efterfølgende korrespondancemeddelelse.
- For patienter stratificeret til niveau 2 har Hukommelsesklinikken tovholderrollen og dermed det proaktive ansvar for behandling og opfølgning. Hukommelsesklinikken sender epikrise til egen læge med information om resultat/stratificering samt information til kommunen (såfremt patienten er tilknyttet kommunen og/eller har givet samtykke).
- Alle patienter diagnosticeret med en demenssygdom tilbydes en personlig samtale med information og dialog om resultater og diagnose. De pårørende bør så vidt muligt inddrages i denne samtale. Dialogen ledsages af information om konkrete tilbud, hjælp og støtte samt om mulighederne for at søge yderligere information.
- Hukommelsesklinikken tilbyder regelmæssigt udbudte undervisningstilbud til hhv. pårørende til patienter med diagnosticeret demenssygdom samt til patienter diagnosticeret med demenssygdom.
- Hukommelsesklinikken indgår i et systematisk tværsektorielt samarbejde for at styrke relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen.
- Hukommelsesklinikken tilbyder hotlinefunktion mhp. rådgivning af almen praksis og kommuner (vedr. konkrete patientforløb).

Opfølgning

- Hukommelsesklinikken indkalder proaktivt patienter stratificeret til niveau 2 til opfølgning minimum én gang årligt, bl.a. med henblik på at følge op på medicinering, sygdomsstatus og behov for indsatser.
- Stratificeringsniveau vurderes løbende i forbindelse med årskontrol.

* jf. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, Sundhedsstyrelsen 2013. samt Sundhedsstyrelsens øvrige materialer vedr. hukommelsesklinikernes opgaver og ansvar i forbindelse med demensforløb.

Overblik over demensforløb – Flowdiagram



Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af forløbsprogram for demens Bilag 3 - Side -2 af 2

Udarbejdet på baggrund af Region Hovedstadens Forløbsprogram for Demens af 25. juni 2021

Møde i Tværsektoriel strategisk styregruppe d. 25-06-2021

Kommunens ansvarsområder i demensforløbet

Udredning

- Ved mistanke om demenssygdom anbefaler kommunen borgeren og evt. de pårørende at tage kontakt til egen læge mhp. vurdering af behov for demensudredning.
- Kommunen kan i nogle tilfælde bidrage til udredningen med relevant information.

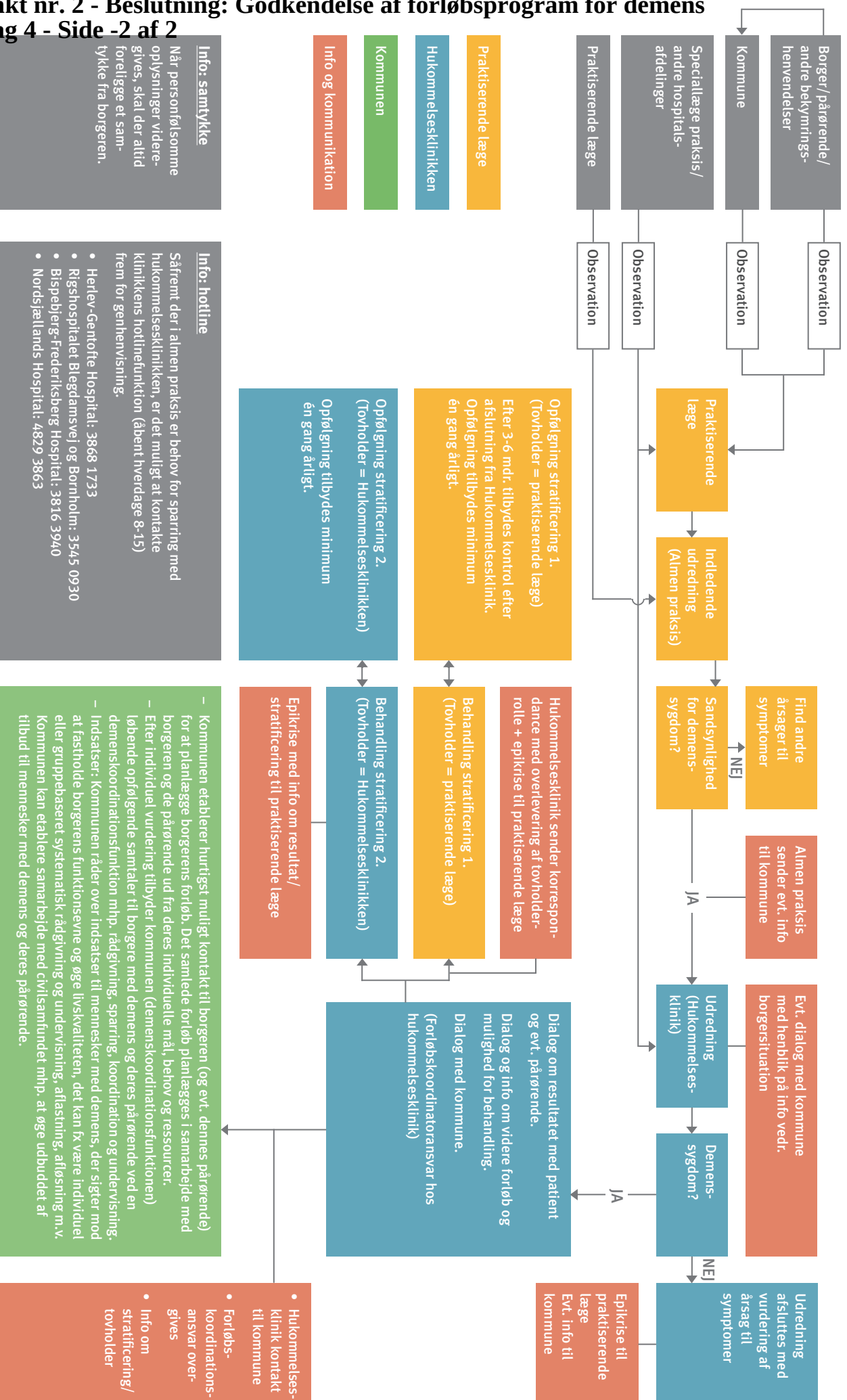
Forløb og indsatser

- Kommunen tilbyder alle borgere med demens og deres pårørende kontakt til en demenskoordinationsfunktion.
- Demenskoordinationsfunktionen tilbyder rådgivning, sparring, koordination og undervisning til borgere med demens og deres pårørende.
- Demenskoordinationsfunktionen tilbyder borgeren/familien et besøg for at yde råd og vejledning og oplyse om kommunens tilbud. Dette bør ske inden for kort tid efter den regionale udredning og gerne inden for de første uger. Det samlede forløb planlægges i samarbejde med borgeren og de pårørende ud fra deres individuelle mål, behov og ressourcer.
- Kommunen råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning, aflastning, afløsning m.v., jf. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen 2020.
- Kommunen råder over indsatser til mennesker med demens, der sigter mod så vidt muligt at fastholde borgerens funktionsevne og bidrager til en øget livskvalitet og selvstændighed for borgeren og pårørende.
- Kommunen bør etablere samarbejde med civilsamfundet mhp. at øge udbuddet af tilbud til mennesker med demens og deres pårørende.
- Kommuner indgår i et systematisk tværsektorielt samarbejde mhp. at styrke relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen.
- Derudover har kommunerne en særlig opgave i forhold til internt at sikre koordination mellem velfærdsområder fx mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet, hvis borgeren eller vedkommendes ægtefælle/partner er erhvervsaktiv, jf. Lokalaftale mellem PLO-H og Region Hovedstaden vedr. udmøntning af forløbsprogram for demens.

Opfølgning

- Kommunen skal proaktivt og løbende følge op gennem dialog med borgeren, de pårørende og relevante fagpersoner vedr. situationen og den fremtidige pleje og behandling.
- Efter individuel vurdering tilbyder kommunen (demenskoordinationsfunktionen) løbende opfølgende samtaler til borgere med demens, for at rådgive og eventuelt foreslå støtteforanstaltninger. Ved besøget er det optimalt, at pårørende deltager. Demenskoordinationsfunktionen vurderer ved samtalen, om der er ændrede behov hos borgeren og dennes pårørende, og om der er behov for at justere kommunens handleplan for tilbud til vedkommende og de pårørende. Med borgerens samtykke orienteres den praktiserende læge om ændringer i den kommunale handleplan ved specifikke problemer og efter behov.
- I tilfælde af dødsfald kan der ved behov tilbydes opfølgning til den/de pårørende.
- Kommunen har som udgangspunkt ansvar for forløbskoordination efter afsluttet udredningsforløb, jf. afsnit 8.5 i Region Hovedstadens Forløbsprogram for Demens 2021.

Overblik over demensforløb – Flowdiagram



2019

Genoptræningsforløbs- beskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi

Tværsektoriel genoptrænings-
forløbsbeskrivelse, udarbejdet af
ergoterapeuter og fysioterapeuter i Region
Hovedstaden

Oktober 2019



Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -2 af 61

Organisation

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er udarbejdet under Tværsektorielt Samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering, Tværsektoriel strategisk styregruppe i Region Hovedstaden.

Styregruppe

Administrativt

Merete Røn Christensen, Rehabiliteringschef, Center for Kvalitet og Sammenhæng, Københavns Kommune.

Morten Østergaard, Ledende terapeut, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler.

Metode konsulenter

Lars Damkjær, fysioterapeut, konsulent, MR, Københavns Kommune

Susan Warming, fysioterapeut, seniorforsker, Ph.d., Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler

Projektleder

Signe Janum Eskildsen, ergoterapeut, cand.scient.san, Rigshospitalet og Rigshospitalet Glostrup.

Projektgruppe

Marie Kjær Andreasen, ergoterapeut, Rudersdal Kommune

Charlotte Engelhardt, ergoterapeut, Herlev og Gentofte Hospital

Mie Riis Mortensen, ergoterapeut, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (indtil december 2018)

Rosa Dahlfelt, ergoterapeut, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (fra juni 2019)

Kontaktadresse(r)

Rigshospitalet - HovedOrtoCentret

Klinik for Ergo- og Fysioterapi, Afsnit 8511

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

e-mail: signe.janum.eskildsen@regionh.dk

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -3 af 61**

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse: Eskildsen SJ, Andreasen MK, Engelhardt C, Mortensen MR, Dahlfelt R, Jørgensen LW, Damkjær L, Warming S. Genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi. Udviklingsgruppen for Genoptræning, Region Hovedstaden, 2019

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -4 af 61

Indhold

- 1. Evidensens kvalitet og anbefalingens styrke**
 - 1.1. (GRADE)
- 2. Centrale budskaber/sammenfatninger af anbefalinger**
 - 2.1. Flowchart over genoptræningsforløb
- 3. Indledning**
 - 3.1. Organisering og formål
 - 3.2. Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen
 - 3.3. Målgruppe
 - 3.4. Emneafgrænsning
 - 3.5. Revision/opdatering
- 4. Baggrund**
- 5. Formål**
- 6. Fokuserede spørgsmål**
 - 6.1. definition af nøgleord/forkortelse
- 7. Materiale og metode**
 - 7.1. patientgruppen
 - 7.2. litteratursøgning (*søgematrix i bilag*)
 - 7.3. inklusions-og eksklusionskriterier
 - 7.4. udvælgelsesproces
 - 7.5. PRISMA-flowchart
 - 7.6. læsning og vurdering
 - 7.6.1. læsevejledning
 - 7.6.2. prioritering af effektmål (*GRADE*)
 - 7.6.3. Indhentning af klinisk erfaring
- 8. Resultater**
- 9. Perspektiver**
- 10. Referencer**
- 11. Bilag**
 - 11.1. **Søgestrategi**
 - 11.2. **Inkluderede studier**
 - 11.3. **Ekskluderede studier efter fuldtekst læsning**
 - 11.4. **GRADE**

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -5 af 61

1. Evidensens kvalitet og anbefalingens styrke (GRADE)

Vurderingen af den samlede evidens og efterfølgende graduering af anbefalingernes styrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

<http://www.gradeworkinggroup.org> og bilag 11.4

Kvaliteten af studierne vurderes og gradueres i forhold til deres outcome/effektmål i samlede grupper på baggrund af kvalitetsparametrene *Risk of bias, Inconsistency, Imprecision, Indirectness og Publication bias*. Efterfølgende inddeles den samlede kvalitet af evidens i 4 niveauer.

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentlig anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Anbefalingens styrke

En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget eller være for eller imod en given intervention. Der gives følgende fire anbefalinger.

Stærk anbefaling for ↑ ↑

Der gives en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved intervention vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Der gives en svag/betinget anbefaling når det vurderes at fordelene ved intervention er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at det vurderes at skadesvirkningerne er få eller fraværende.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Der gives en svag/betinget anbefaling imod når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen er vanskelig at afgøre.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -6 af 61**

Stærk anbefaling imod ↓ ↓

Der gives en stærk anbefaling imod når det vurderes at der er evidens af høj kvalitet, der viser at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Den gives også når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God Klinisk praksis ✓

God praksis bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Kan anvendes som et mere handlingsanvisende supplement til anbefalingerne eller anvendes når der ikke foreligger evidens, men hvor særlige aspekter af anerkendt klinisk praksis ønskes fremhævet. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -7 af 61

2. Centrale budskaber/sammenfatning af anbefalinger

Anbefaling baseret på GRADE

(↑) Overvej at anvende træning af synke-spise-drikke funktion til medicinske patienter med øvre dysfagi, da det synes at have nogen effekt på 1 års overlevelse (mortalitet) og genindlæggelse.

(↑) Overvej at anvende træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser med henblik på at forbedre **oralt indtag** og eventuelt el-stimulation for at øge sikkerheden under synk hos den ældre medicinske patient med dysfagi, både under hospitalsindlæggelse og i kommunen. Kommunalt kan træning have fokus på øget oropharyngeal styrke og man kan overveje at anvende mobilisering af cervikal columna i kommunalt regi til at øge bolusvolumen for normal væske indtag. Træningen kan have en positiv effekt på patientens livskvalitet.

(↑) Overvej at anvende træning med Device-Facilitated (DF) isometrisk progredierende oropharyngeal styrke terapi (I-PRO) i genoptræningen i hospitalsregi, da det kan have effekt på tungestyrke. Der blev ikke fundet nogen signifikant effekt på oropharyngeal residue, hostefunktion eller bolus transit tid.

Praksisanbefaling

(√) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at tilbyde genoptræning af synke-spise-drikke funktion, men træningen kan i ringe grad forventes at have effekt på de kritiske effektmål, død, lungebetændelse, aspiration og indlæggelse.

(√) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at man overvejer at tilbyde patienterne træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser og/eller træning med fokus på specifikke funktioner eller muskelgrupper, når det er i overensstemmelse med udførlig indledende undersøgelse. Der er i dag stor fokus på effekten af styrketræning af tungen og man kan overveje at afprøve dette med patienten, både i hospital og kommunalt regi og som selvtræning efter instruktion. Resultaterne fra de inkluderede studier giver ikke anledning til at arbejdsgruppen kan anbefale noget bestemt apparatur eller øvelsesprogram til dette. Vi anbefaler, at man vælger en målemetode der kan måle en eventuel ændring hos den pågældende patient og at denne er relateret til fokus for interventionen, fx. oralt indtag uden supplerende sondeernæring, eller tungestyrke.

Centrale budskaber

Gennemgangen af litteraturen viser, at der i høj grad mangler viden og studier om effekten af genoptræning af synke-spise-drikke funktion hos den ældre medicinske patient med dysfagi. Der synes at

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -8 af 61**

være stærkest evidens for at træning kan forbedre patientens orale indtag af mad og drikke. Der er stor variation mellem de inkluderede studier, både på genoptræningsmodalitet og især på effektmål og valg af målemetoder, hvilket gør det vanskeligt at drage en samlet konklusion. Flere studier har inkluderet kompenserende tiltag i kombination med egentlig træning, og der vurderes at være stor sandsynlighed for at det kan påvirke flere af de valgte outcome.

Dysfagi er fortsat underdiagnosticeret og underbehandlet på mange medicinske afdelinger. Området er derfor også utilstrækkeligt undersøgt og forsket i. Der er et stort behov for yderligere forskning inden for området for at afdække hvilken træning vi bør tilbyde både under indlæggelse og i kommunalt regi. Og for forskning i *afgrænsede* træningsmodaliteter, hvor der er taget stilling til intensitet, varighed, hyppighed og periode.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -9 af 61

2.1. Flowchart

Generisk flowchart over genoptræningsforløbet for den ældre medicinske patient med dysfagi

Tid Behandling Forløb

Primær indlæggelse via akut modtagelse eller medicinsk afsnit. Patienter med risiko for dysfagi screenes og undersøges evt. yderligere. Undersøgelsen guider den efterfølgende intervention og genoptræning.

GRADE

Praksisanbefaling

Uge 0 -12 Tidlig genoptræning under hospitalsindlæggelse efterfulgt af kommunal genoptræning

(↑) Overvej at anvende træning af synke-spise-drikke funktion dagligt i mindst 30 min til medicinske patienter med øvre dysfagi, da det synes at have nogen effekt på 1 års overlevelse (mortalitet). (s. 23)

(↑) Overvej at anvende træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser dagligt i 30 min med henblik på at forbedre oralt indtag og eventuelt el-stimulation (10x1 time over 2 uger) for at øge sikkerheden under synk hos den ældre medicinske patient med dysfagi. Træningen kan have en positiv effekt på patientens livskvalitet. (s. 29)

(↑) Overvej at anvende træning med Device-Facilitated (DF) isometrisk progredierende orofaryngeal styrketræning i genoptræningen (3xdag/ 3xugt/ 8 uger). (s. 33)

(↑) Overvej at anvende selvtræning af synke-spise-drikke funktion med fokus på øget oropharyngeal styrke dagligt på hverdage i 12 uger og hovedfleksion (efter instruktion) for at opnå forbedret oralt indtag og overvej at anvende mobilisering af cervical columna 20 min. hver anden dag til at øge bolusvolumen for normal væske indtag. (s. 29)

(√) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis, at der, givet at patienterne har stor risiko for dysfagi, sættes fokus på screening og undersøgelse. Og at undersøgelsen guider den efterfølgende intervention og genoptræning. Det ser ud til, at der er effekt af genoptræning på især oralt indtag, både ift. konsistens og mulighed for at ernæres sufficient udelukkende per os.

(√) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at overveje at tilbyde patienter træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser og/eller træning der har fokus på specifikke funktioner eller muskelgrupper, evt. elstimulation, når det er i overensstemmelse med udførlig indledende undersøgelse. Man kan overveje at afprøve styrketræning af tungen eller generel oropharyngeal styrke. Det anbefales generelt, at man vælger en målemetode der er tilstrækkelig sensitiv ift. ændringer til at evaluere en eventuel effekt, og at denne er relateret til fokus for interventionen.

(√) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at overveje at tilbyde patienter aktiv træning af synke-spise-drikke funktion i overensstemmelse med udførlig indledende undersøgelse. Træningen kan indeholde mobilisering eller øvelser for nakke/hals eller hovedposition. Selvtræning efter instruktion ser ud til at være muligt. Der er stor forskel på typen af genoptræning og varighed i de tre inkluderede studier.

Der er stor variation i indlæggelsestid. Tidsangivelser er derfor kun vejledende.

Det anbefales at patienter der indlægges på medicinsk afdeling screenes for dysfagi og at der for patienter med tegn på dysfagi, henvises til og foretages en systematisk ergoterapeutisk undersøgelse af dysfagi med henblik på tidlig intervention og genoptræning under indlæggelse samt udarbejdelse af genoptræningsplan (GGOP) mhp. sammenhængende patientforløb.

En GGOP bør som minimum indeholde: Resultat/Konklusion af screening/undersøgelse samt dato og eventuel revurdering.
-Anbefalet konsistens til sikkert indtag per os. Herunder, om det vurderes at ernæringsbehov kan dækkes sufficient med per os ernæring.
-Anbefalede kompensatoriske tiltag.
-Vurdering af effekt af den igangsatte genoptræning (hvis patienten har haft et forløb)
-Vurdering af behov for fremadrettet indsats.

Det anbefales at der også kommunalt tages stilling til genoptræningsbehov hos borgere med dysfagi, herunder en vurdering af hvorvidt patienten kan ernære sig sufficient. Efter udskrivelse tages udgangspunkt i en genoptræningsplan (jf. Styrelsen for Patientsikkerhed (1)). Varigheden af genoptræningen bør vurderes i det enkelte forløb.

Varigheden af kommunal genoptræning varierer i Region Hovedstaden. Det kan skyldes kommunale variationer i tilrettelæggelse af tilbud eller være baseret på patientens komorbiditet og øvrige almen tilstand samt udskrivelsesdestination og samlede genoptræningsbehov. De anbefalede tidsangivelser må tilpasses lokalt.

Sidetallene i parentes refererer til yderligere information i genoptræningsforløbsbeskrivelsen.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -10 af 61

Indledning

2.2. Organisering og formål med genoptræningsforløbsbeskrivelsen

Region Hovedstaden og de tilhørende kommuner har i deres sundhedsaftale forpligtiget sig til at udarbejde genoptræningsforløbsbeskrivelser på alle relevante genoptræningsgrupper¹.

Genoptræningsforløbsbeskrivelserne er en del af kvalitetsudviklingsprocessen, som har fokus på udvikling af tværsektorielle og tværfaglige evidensbaserede genoptræningsforløb, der skal kunne anvendes nationalt.

Formålet med udarbejdelse af en genoptræningsforløbsbeskrivelse er at sikre at patienterne/borgerne får den bedst mulige behandling på tværs af sektorer, og at der bliver konsensus omkring målet for behandlingen uanset hvor i genoptræningsforløbet patienten/borgeren befinder sig.

For udvælgelse af emner for tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser, arbejder Region Hovedstaden ud fra følgende rationaler. Det tilstræbes at det valgte emne repræsenterer en genoptræningsopgave der udføres i begge sektorer og har en vis volumen. At der i det valgte emne foreligger udfordringer, og dette anerkendes i begge sektorer. At det valgte emne indeholder en vis kompleksitet, og at dette anerkendes i begge sektorer. At det valgte emne er et område, hvor der er uensartet tilbud på tværs af regionen.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er udarbejdet på baggrund af en systematisk søgning og vurdering af den dokumenterede evidens sat i relation til at genoptræning er et forløb med et start- og sluttidspunkt.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er et evidensbaseret fundament for praksis, og kommer med anbefalinger ud fra den tilgængelige evidens sat ind i et tidsmæssigt perspektiv. I lighed med andre systematiske oversigtsartikler bør dette arbejde opdateres, når ny viden foreligger.

2.3. Intentionen

Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er at give et evidensbaseret fundament for praksis sat ind i et tidsmæssigt perspektiv. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen dikterer således ikke et standardbehandlingsforløb, men udstikker en evidensbaseret referenceramme.

¹ Sundhedsaftale 2015-18 for Region Hovedstaden og kommunerne i regionen.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -11 af 61

Overholdelse af en genoptræningsforløbsbeskrivelse vil ikke i alle tilfælde garantere et succesfuldt forløb, da den ikke skal fortolkes som, at den inkluderer alle metoder til håndtering af genoptræningen - andre metoder kan evt. føre til det samme resultat.

Beslutning om behandling til den enkelte patient bliver taget på baggrund af alle tilgængelige data om den enkelte patient.

Den endelige beslutning omkring behandlingsforløbet kan kun tages af de sundhedsprofessionelle, som er ansvarlige for de kliniske procedurer og behandlingsplanen. Den beslutning skal tages i samråd med patienten, som bliver oplyst om diagnosen, behandlingsmulighederne og evidensen herfor.

Det anbefales dog at væsentlige ændringer fra anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, som for eksempel brugen af lokale guidelines, bliver argumenteret for og dokumenteret i patientens journal (1).

2.4. Målgruppe

Målgruppen for genoptræningsforløbsbeskrivelsen er terapeuter og øvrige sundheds- & fagprofessionelle, der arbejder med genoptræning af ovenstående patientgruppe. Desuden beslutningstagere i kommuner og regioner, der ønsker at tilrettelægge og tilbyde borgere et evidensbaseret genoptræningsforløb.

2.5. Emneafgrænsning

Genoptræning af dysfagi kan inddeles i kompensatoriske, adaptive og rehabiliterende indsatser. I denne forløbsbeskrivelse er der udelukkende inkluderet studier med rehabiliterende (restorativt) fokus. Studier der begrænses til indsatser med kompensatorisk intervention, er ekskluderet, dog må interventionen indeholde kompensatoriske tiltag i kombination med genoptræning.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er ikke afgrænset til kun at omhandle RCT-studier, men indeholder alle former for eksperimentelle og observationelle studier, inklusiv case studier.

2.6. Revision/opdatering

Det anbefales at genoptræningsforløbsbeskrivelsen opdateres når væsentlig ny viden fremkommer, dog senest om 5 år. Ansvar for opdatering påhviler Arbejdsgruppen for Genoptræning, Rehabilitering og Hjælpemidler under Region Hovedstaden.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -12 af 61

3. Baggrund

Den ældre medicinske patient er karakteriseret ved høj alder og typisk flere af følgende faktorer: svær sygdom, flere samtidige sygdomme (komorbiditet), nedsat funktionsniveau fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicinering (polyfarmaci) og behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelser (2–4). Der er derfor tale om en særdeles heterogen og differentieret gruppe. Øvre eller oropharyngeal dysfagi (OD) er hyppigt forekommende for denne målgruppe med en prævalens på: 23-33% for ældre personer der bor selvstændigt; 47% for patienter på akutte geriatriske og medicinske afdelinger; 55% for ældre patienter indlagt med lungebetændelse (community-acquired pneumonia (CAP)), og 56–78 % for plejehjemsbeboere (5,6). Der er i de senere år kommet et øget fokus på øvre dysfagi blandt ældre og internationalt har man i 2016 fra European Society for Swallowing Disorders (ESSD) og European Union Geriatric Medicine Society, defineret OD som et geriatrisk syndrom, da OD har høj prævalens blandt ældre, er forårsaget af multiple faktorer, associeret med flere/adskillelige komorbiditeter og dårlig prognose, og med behov for en multi-dimensional tilgang til behandling (7). Øvre dysfagi kan medføre alvorlige konsekvenser, som dehydrering, fejl-og underernæring, aspiration, lungebetændelse, kvælning og død (8–11). Nationalt er der også øget fokus på OD hos den ældre medicinske patient, der udover høj alder, har en eksponentielt stigende risiko for flere forskellige sygdomme som kan føre til eller forværre øvre dysfagi, med stigende alder (8,12,13). Et nyere dansk studie har vist at 50% af de indlagte patienter på ældremedicinsk afsnit i Danmark har dysfagi (12). Flere rapporter og Nationale Kliniske Retningslinjer har i de senere år haft fokus på både den ældre medicinske patient og dysfagi som et særligt risikoområde samt indsatser og genoptræning herfor (8,14,15). Sundhedsstyrelsen udgav i 2015 den nationale kliniske retningslinje ”Retningslinje for øvre dysfagi, opsporing, udredning og udvalgte indsatser”. Her anbefales det, at træning i spise- og drikkeaktiviteter samt sensomotorisk træning af tungen tilbydes som supplement til anden træning til voksne med øvre dysfagi, en anbefaling baseret på arbejdsgruppens erfaringer og konsensus (8). Der blev ikke fundet evidens for anbefalingen i forskningslitteraturen, hvor man udelukkende har inkluderet RCT studier. Litteraturen inkluderet i retningslinjen er primært indenfor stroke og hoved-hals kræft. Retningslinjen beskriver dog at genoptræning af den ældre medicinske patient med dysfagi, som et vigtigt fokusområde. Dysfagi hos den ældre medicinske patient er en kompleks tilstand med multiple årsagssammenhænge (kausalitet) (7,16). Ved aldersbetinget dysfagi er motoriske og sensoriske funktioner svækkede, fx er oral og pharyngeal transit-tid ofte forlænget, bevægelse af strubehovedet (larynx) og tungen er nedsat, det totale synk er langsommere, mindre effektivt, hvilket øger risikoen for rester i svælget, påvirker sikkerheden og øger risikoen for aspiration til luftvejene.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -13 af 61

Traditionelt har behandling af dysfagi i den ældre population været baseret på kompensatoriske tiltag, som modifikation af kost og væske. Men i de senere år forskes der i højere grad i rehabiliterende/restorative interventioner og genoptræning af synkefunktion (5). Der er derfor behov for at afdække om genoptræning af synkefunktion og dysfagi under indlæggelse og i kommunalt regi bør tilbydes og er effektivt.

4. Formål

Formålet er at udarbejde en tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med øvre dysfagi baseret på en systematisk litteratursøgning, vurdering af den samlede evidens suppleret med arbejdsgruppens kliniske erfaringsbaserede viden. Endvidere er formålet at anskueliggøre hvilken træning der er evidens for under henholdsvis hospitalsindlæggelse og i kommunalt regi.

5. Fokuserede spørgsmål

Følgende fokuserede spørgsmål søges besvaret i denne forløbsbeskrivelse:

- *Har genoptræning af synke-spise-drikke funktion effekt på aspiration, lungebetændelse og mortalitet hos den ældre medicinske patient med øvre dysfagi?*
- *Har genoptræning af synke-spise-drikke funktion effekt på sværhedsgraden af dysfagi, funktionelt oralt indtag og livskvalitet hos den ældre medicinske patient?*
- *Har genoptræning af synke-spise-drikke funktion effekt på tungestyrke, -funktion, bolus transit tid, eller residue hos den ældre medicinske patient med øvre dysfagi?*

5.1. Definition af nøgleord/forkortelser

- **BI:** Barthel Index
- **BMI:** Body Mass Index
- **Bolus transit tid:** Angiver i denne kontekst transporttiden for bolus i orale og/eller pharyngeale fase, hhv. oral transit time og pharyngeal transit time
- **CDS:** Clinical Dysphagia Scale
- **Dysfagi sværhedsgrad:** Måles med forskellige skalaer og målemetoder, typisk baseret på FEES eller MBS, fx: Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS); Dysphagia Severity Scale (DSS); FDS.
- **EAT-10:** Eating Assessment Tool
- **FES:** Funktionel Elektrisk Stimulation
- **FDS:** Functional Dysphagia Scale
- **FEES:** Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktion
- **FOIS:** Functional Oral Intake Scale

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -14 af 61

- **Genoptræning:** Genoptræning defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale (sundheds- og serviceloven). Formålet er at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, fysisk, kognitivt og socialt samt skaber mulighed for deltagelse i daglig aktivitet.
- **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
- **HRQOL:** Health Related Quality of Life
- **I-OPI:** Iowa Oral Performance Instrument
- **MBS(S):** Modified Barium Swallowing (Study)
- **OTT:** Oral Transit Time
- **PAS:** Penetration Aspiration Scale
- **Presbyphagia:** Aldersrelaterede forandringer i synkeprocessen hos raske ældre
- **PTT:** Pharyngeal Transit Time
- **Patient:** Begrebet anvendes gennemgående og dækker over både borger og patient i hhv. kommunalt og regionalt regi.
- **RCT:** Randomiseret kontrolleret studie
- **Residue:** Referere typisk til pharyngeal rest bolus i vallecula og/eller sinus piriformis efter synk (postdeglutivt), oftest baseret på FEES (ellers VFS) og scores fx i forhold til mængde/volumen af residue (none, trace, mild, moderate, severe)
- **Rehabiliterende intervention** bruges synonymt med genoptræning
- **SWAL-QOL:** Swallowing Quality of Life Questionnaire
- **Tungestyrke/-funktion:** Måles oftest som maksimalt tungepres med IOPI, som også kan måle udholdenhed. Der findes flere valide instrumenter til måling.
- **VFES/VFS:** Videofluoroskopisk evaluering af synkefunktion
- **WHO performance status classification:** Klassificering af aktivitetsniveau - fra 0 normalt aktivitetsniveau til 4 fuldstændig handicappet

6. Materiale og Metode

6.1. Patientgruppen

Patientgruppen er defineret som den ældre medicinske patient med oropharyngeal dysfagi.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -15 af 61

Ældre medicinsk patient – Ifølge Sundhedsstyrelsen karakteriseres den ældre medicinske patient ved høj alder og typisk flere af følgende faktorer: svær sygdom, flere samtidige sygdomme (komorbiditet), nedsat funktionsniveau fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicingering (polyfarmaci) og behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelser (2,3). Ældre Sagens definition er stort set identisk (4).

Dysfagi – Dysfagi kan defineres som inadækvat synkning af mundvand, sekret, væske og mad med risiko for aspiration til luftveje. Dysfagi medfører komplikationer som dehydrering, underernæring, aspiration, pneumoni og kvælning og er associeret med dårligere prognose samt øget morbiditet og mortalitet (9,17,18). Der skelnes mellem øvre eller orofaryngeal dysfagi, relateret til problemer i mund og svælg, og nedre eller øsofageal dysfagi, der er relateret til problemer i spiserør og mavesæk (8).

Øvre dysfagi kan være relateret til en lang række forskellige sygdomme og skader, fx i nervesystemet, strukturelle/mekaniske ændringer i mund og svælg efter hoved-halskræft, respirationsinsufficiens samt aldersbetingede forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet. Dertil ofte problemer med tandstatus og behov for protese. Dysfagi kan optræde i forskellige sværhedsgrader fra let til svær dysfagi. Kliniske tegn på (øvre) dysfagi er fx: Utilsigtet væggtab, hyppige feberepisoder, hosten uden for og under måltider/indtagelse af mad og drikke, gentagne pneumonier, ændret stemme, lang tid om at synke, smerter ved synkning, atypisk bevægelse af hovedet ved synkning, savlen, besværet eller rallende vejtrækning under måltidet, rømning/hosten, kvælningss fornemmelse, spytter mad ud og opkastning under måltidet (8,9,17–19). Det er ikke altid muligt at differentiere dysfagi opstået i forbindelse med akut indlæggelse fra aldersbetinget dysfagi, presbyfagia, eller habituel dysfagi (som følge af tidligere sygdom). Dysfagi hos den ældre medicinske patient er ofte karakteriseret ved komplekse årsagssammenhænge.

6.2. Litteratursøgning

Der er søgt i relevante søgedatabaser: MEDLINE, EMBASE, The Cochrane library, Cinahl, PEDro, OT-seeker og SpeechBite. For guidelines er der søgt i databaser: GIN (intl), NICE (uk), SIGN, NGC (US), SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Kunnskapssentreret (Norge), Helsebiblioteket (Norge), Sundhedsstyrelsen (DK), samt fagdatabaser som fx KNGF (Holland). Der er foretaget søgning i 'grå litteratur', håndsøgning i referencelister (NKR) samt konferencemateriale og –abstracts. Den sidste søgning er foretaget i januar 2019.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -16 af 61

6.3. In- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier:

- Ældre (>65 år) medicinske patienter med dysfagi, inkluderer patienter defineret som *frail elderly*. Patienter med sequelae efter apopleksi samt senfølger efter hoved-hals kræft må indgå i en mixed deltagerkohorte. Hvis subgruppe analyse foreligger anvendes den.
- Intervention indeholdende en træningsmodalitet og aktiv rehabiliterende intervention (genoptræning).
- Kvantitative studier: RCT, systematiske reviews, metaanalyser, kohorte, case-kontrol, case reports/-serier, før-efter design, mv. (observationelle studier). Evt. audits.
- Guidelines kan indgå i forløbsbeskrivelsen.
- Ingen restriktioner for årstal (Der skal tages stilling til studier af ældre dato ift. eventuelle confoundere og forskelle som kan have betydning for resultaterne).
- Engelsk, dansk, svensk, norsk og tysksproget litteratur.

Eksklusionskriterier:

- Studier der udelukkende anvender farmakologisk eller kirurgisk behandling.
- Kvalitative designs, studieprotokoller, abstracts only.
- Studier der udelukkende handler om screening og undersøgelse.
- Studier som udelukkende indeholder intervention med modificering af kost og væske (kompenserende strategier). Kan indgå som en del af en rehabiliterende tilgang.

6.4. Udvalgelsesproces

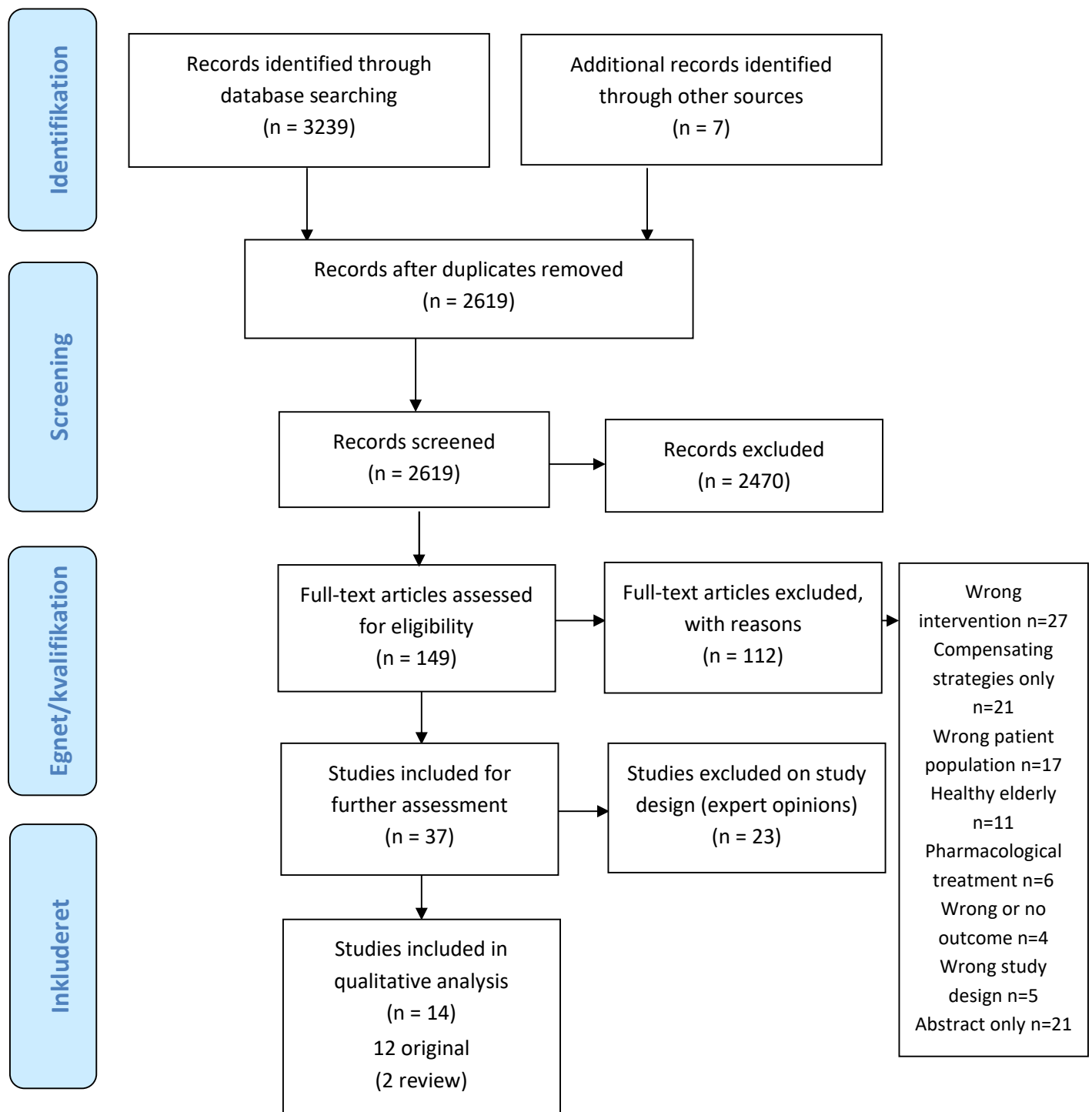
Søgestrategien er udarbejdet af projektleder og arbejdsgruppen. Databasesøgningen er foretaget af projektleder Signe Janum Eskildsen. Screening af titel og abstracts er foretaget af Signe Janum Eskildsen og Sundhedsfaglig konsulent Lise Walther Jørgensen. Fuldtekstlæsning er udført af projektleder, arbejdsgruppen og Susan Warming. Kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier er udført af projektleder og arbejdsgruppen.

Der blev i alt identificeret 3246 artikler, efter fjernelse af dubletter, blev 2619 titel og abstracts vurderet i forhold til in- og eksklusionskriterier. Efterfølgende 149 artikler blev læst i fuldtekst og 37 studier/review blev kvalitetsvurderet. Heraf blev 23 expert opinions eller narrative review ekskluderet på baggrund af design og metode. I alt er 14 studier inkluderet i beskrivelsen.

6.4.1. Prisma flowchart

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -17 af 61**

PRISMA Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -18 af 61

6.5. Læsning og vurdering

6.5.1. læsevejledning

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er opdelt i to tidsmæssige faser, en fase i hospitalsregi som starter når pt. indlægges eller diagnosticeres med dysfagi og en kommunal fase, som indeholder genoptræning i kommunalt regi. Under hvert afsnit er resultaterne beskrevet separat for hospital og kommunalt regi. Dernæst er evidensen for genoptræningen i den aktuelle fase beskrevet ud fra de inkluderede studier. Baseret på principperne i GRADE, opsummeres studierne resultater med en efterfølgende kvalitetsvurdering samlet set og på tværs af studierne for hvert effektmål præsenteret i en evidensprofil. Egentlige beregninger af risiko vil ikke blive præsenteret, da data ikke understøtter statistisk opgørelse. Ved afslutningen af hver fase angives den samlede evidensbaserede anbefaling vurderet ud fra principperne i GRADE. De evidensbaserede anbefalingerne suppleres med anbefalinger baseret på kliniske retningslinjer og arbejdsgruppens erfaringsbaserede kliniske anbefalinger markeret med v.

6.5.2. prioritering af effektmål

Forløbsbeskrivelsen undersøger hvorvidt der er evidens for at tilbyde genoptræning af synke-spise og drikke funktion hos den ældre medicinske patient med dysfagi og hvilken effekt de beskrevne interventioner har. Følgende relevante effektmål blev valgt og rangordnet i henhold til GRADE i kritiske, vigtige eller surrogat (mindre vigtige) effektmål. Der er inkluderet *kritiske* effektmål: Død, Lungebetændelse, Penetration-Aspiration og Indlæggelse; *Vigtige* effektmål: Sværhedsgrad af dysfagi, Funktionelt oralt indtag af mad og væske, livskvalitet, samt; *Surrogat*mål: Tungestyrke og -funktion, bolus transit tid, oral og pharyngeal residue score.

Død Lungebetændelse Aspiration Indlæggelse	Kritiske effektmål
Sværhedsgrad af dysfagi Funktionsniveau (fx ændringer i oralt indtag, FOIS, væske score) Helbredsrelateret livskvalitet (EAT-10, SWAL-QOL, HRQ)	Vigtige effektmål
Tungefunktion, bolus transit tid, residue score Tungestyrkemål	Surrogat mål

7. Resultater

Ud af 2619 potentielle artikler blev der inkluderet 14 studier. De 14 inkluderede artikler indeholdt to systematiske review (SR), hvori originalartiklerne allerede er inkluderet i de øvrige 12 artikler, derfor indgår

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -19 af 61

de 2 SR ikke i den samlede vurdering af evidensen for de udvalgte effektmål. Der er i besvarelsen af de tre fokuserede spørgsmål inkluderet 12 studier af forskellige design, tre RCT studier, et kontrolleret studie, tre retrospektive kohortestudier, tre eksperimentelle studier med før/efter design og to casestudier. Studierne beskriver flere forskellige interventioner, elstimulation, aktive oropharyngeale øvelser, cervikal mobilisering, tungestyrkeøvelser og passive eller indirekte øvelser. Træningsperioden varierer mellem én uge til 3 måneder med forskellig hyppighed/frekvens og varighed (bilag 10.2). Ni studier har undersøgt genoptræning i hospitalsregi og tre i kommunalt regi. Studierne er fra år 2008 – 2018. Hvilket stemmer overens med det øgede fokus på dysfagi gennem det sidste årti.

I studierne er der inkluderet medicinske patienter og også mixed populations, hvor der er inkluderet patienter med tidligere apopleksi, hoved-halskræft og i to studier akut apopleksi.

Fokuseret spørgsmål 1: *Har genoptræning af synke-spise-drikke funktionen effekt på aspiration, lungebetændelse og mortalitet hos den ældre medicinske patient med dysfagi?*

Dysfagi er defineret som et højrisiko område, derfor anses flere outcome for kritiske, det gælder død, lungebetændelse, aspiration af mad og drikke til luftveje og genindlæggelser.

Der er i alt 9 studier, der undersøger død, lungebetændelse, aspiration og/eller genindlæggelse.

Intervention

Der er store forskelle på interventionen i de inkluderede studier og der mangler generelt beskrivelse af interventionerne i studierne. Følgeligt er interventionerne beskrevet opdelt på kritiske outcome: Dødelighed, lungebetændelse, aspiration og genindlæggelse, i hhv. hospital og kommunal setting.

Hospital Tre studier har målt på **dødelighed**. I studiet af Arahata et al (2017) undersøges effekten af individuelt tilpasset genoptræning efter omfattende tværfaglig undersøgelse og udredning (20).

Genoptræningen bestod af: Oropharyngeal, laryngeal, synke og tale træning; Indirekte synke-træning: fx range of motion exercises med fokus på oropharyngeal og hals muskulatur, pseudo-supraglottic swallow, sham swallow, massage af spytkirtler, K-point stimulation, og Shaker exercise; Direkte synke-træning: indtag af mad og drikke; Øvrige teknikker som posturale ændringer, chin-down/chin-tuck, hoved rotation, modificeret kost, og brug af capsaicin, i *minimum 30 min. dagligt*. I studierne af Becker (2011) og Schulz (2009) har man undersøgt effekten af funktionel dysfagi terapi (FDT) hos patienter med svær dysfagi (med PEG) sammenlignet med patienter med mild-moderat dysfagi (uden PEG) (21,22). Behandling med FDT indeholder funktionelle træningsøvelser af motoriske (tale) funktioner for at forbedre graden af

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -20 af 61

bevægelighed, styrke og koordinering af læber, kæbe, tunge, bløde gane, strubehoved og stemmelæber. Kombineret med teknikker til at forbedre sensorik, som temperatur/taktilstimulering og variation af bolus-karakteristik inkl. viskositet, smag og volumen. Kompensatoriske synketeknikker blev anvendt mhp. at forbedre sikkerhed og effektivitet under synk (chin-down, effortful swallowing, repeated swallow og supraglottic swallow).

Arahata et al finder, at der var signifikant flere 1 års overlevende i interventionsgruppen (28% vs. 15%, respektivt, $p=0.01$) hos patienter uden behov for sondeernæring (20). Mens man ikke fandt nogen signifikant forskel på død af alle årsager (all cause mortality) efter 1 år (37% vs. 28%, $p=0.08$). Becker og Schulz har sammenlignet patienter med henholdsvis svær dysfagi og mild-moderat dysfagi (operationaliseret ved PEG/ikke PEG sonde). Becker et al fandt, at patienter i gruppen med svær dysfagi havde signifikant højere dødelighed og flere komplikationer end dem med mild-moderat dysfagi ($p=0.019$, $p<0.001$). Den hyppigste komplikation i begge grupper var pneumoni (21). Schulz et al fandt, at dødeligheden var signifikant lavere ($p<0,05$) i gruppen med mild-moderat dysfagi med 8,6% dødsfald sammenlignet med 22% i gruppen med svær dysfagi. Der sås signifikant flere komplikationer i gruppen med svær dysfagi ($p<0,001$) (22).

Kun Arahata har angivet træningsvarighed og hyppighed/interval. Alle tre studier indeholder både direkte træning af synkefunktion og kompenserende tiltag.

Ét studie har rapporteret outcome for **lungebetændelse (pneumoni)**. Rogus-Pulia et al (2016) fandt i et kohorte studie med før/efter målinger en ikke-signifikant 67% reduktion i pneumoni diagnoser, ($p=0.10$) efter 8 ugers intervention (23). Studiet undersøgte den kort- og langsigtede effekt af et oropharyngealt styrketræningsprogram designet til at øge sikkerheden under synk hos veteraner med dysfagi. Træningen indeholdt Device-Facilitated (DF) isometrisk progredierende oropharyngeal (I-PRO) styrke terapi med maksimalt isometrisk tryk beregnet til uge 1: 60%, uge 2-8: 80% af maksimal (reevaluering hver 14. dag). 10 repetitioner x 3 dagligt, 3 dage om ugen i 8 uger samt instruktion i kompenserende teknikker (uden synkefysiologisk påvirkning), fx posturale ændringer, synkemanøvre under måltid og modificering af kost og væske.

Fire studier har undersøgt interventionens effekt på **aspiration**, to studier med før-efter målinger og to individuelle casestudier. Alle studierne har anvendt Penetration-Aspirations Skalaen (PAS) (24).

Ortega et al (2016) har i et kontrolleret eksperimentelt studie undersøgt patienter der modtog genoptræning med VitalStim, transkutan elektrisk stimulation (TSES) med 10 behandlinger via thyrohyoidea position og en intensitet på 75 % af motorisk tærskelværdi i 1 time pr. dag, 5 dage om ugen (mandag til

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -21 af 61

fredag) i 2 uger (25). Man fandt ingen signifikant forskel i PAS score ($p=0.151$) fra baseline VFS til follow-up ved 2 uger (slutbehandling). Patienterne blev efter endt behandling opdelt i *responders* og *non-responders*, baseret på om de havde opnået øget sikkerhed, eller minimum et point forbedring af PAS scoren.

Responsraten er angivet til 42.1 % ($n=8/19$). I gruppen af responders blev PAS signifikant reduceret fra 4.63 ± 1.41 til 2.13 ± 0.64 ($p=0.007$). Der blev rapporteret tre serious adverse events, ikke relateret til behandlingen. Rogus-Pulia et al (2016) fandt ingen forskel på PAS score ved VFS efter 8 ugers intervention (23).

Jerrard-Dunne et al (2001) fandt i et casestudie af en 72 årig mand henvist til geriatrik vurdering med svær dysfagi, at et tværfagligt rehabiliteringsprogram over 3 uger med daglig synketerapi med fokus på tungebase øvelser, elevation af strubehoved og pharyngeal stimulering, førte til en reduktion i PAS score ved VFS ved 5 mdr. opfølgning (26). PAS ved baseline: 8, svarende til silent aspiration, kun 20% clearance af bolus til øsofagus. PAS ved 5 mdr. opfølgning: 4, svarende til deglutiv penetration og 60% bolusclearance.

Lee et al (2017) har i et casestudie af en 72 årig mand med dysfagi undersøgt effekten af konventionel dysfagi-behandling (termisk taktil stimulering, orofacial træning) under elektrisk stimulering (ES) (27). ES blev udført med VitalStim placeret suprahyoidt. Patienten deltog i behandling i 30 minutter/dag, 5 dage om ugen i 4 uger. PAS-scoren blev forbedret fra 4 til 2 point på skalaen, svarende til penetration af materiale der har kontakt med stemmelæber og efterfølgende effektivt host/røm, til 2 som er penetration over stemmeløbeniveau (høj penetration).

Dermed har to studier undersøgt genoptræning med elstimulation (25,27), ét har testet direkte synketræning (26) og det sidste oropharyngealt/tunge styrketræning (23).

To studier har undersøgt effekten af genoptræningen på antallet af **genindlæggelser** (og indlæggelsesdage). Rogus-Pulia et al (2016) fandt, at antallet af hospitalsindlæggelser blev signifikant reduceret med 61% ($p=0.009$). Mens antallet af indlæggelsesdage ikke blev signifikant reduceret ($p=.17$) (23). Momosaki et al (2015) har undersøgt effekten af daglig dysfagirehabilitering udført af sygeplejerske, tandplejer eller terapeut, baseret på resultaterne af en klinisk synkevurdering hos patienter indlagt med aspirationspneumoni (28). Rehabiliteringen var sammensat af kompenserende strategier (fx positionering under måltider), modificeret kost, indirekte synketræning (fx åndedrætsøvelser, nakke ROM øvelser, hovedløftøvelser) og direkte synketræning (fx supraglottic swallowing teknik og deliberate swallowing). Man fandt signifikant flere *indlæggelsesdage* for patienter der havde modtaget rehabilitering med 41.2 dage (SD 51) sammenlignet med dem der ikke havde modtaget rehabilitering 31 dage (SD 44.1) ($p<0.001$).

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -22 af 61

Der er ikke redegjort for timing af interventionen ift. hvornår pt. diagnosticeres med dysfagi, der vil derfor være visse elementer der med rimelighed kan overføres til genoptræning i kommunalt regi.

Kommunal Ét studie i kommunalt regi har målt på et kritisk outcome, hospitalsindlæggelse. Wakabayashi et al (2018) har i et cluster RCT undersøgt effekten af styrketræning på synkemuskulaturen hos hjemmeboende ældre med dysfagi som modtager længerevarende pleje (long-term care) (29). Træningen indeholdt træning med modstand. Modstandsøvelser for tungen og hovedfleksion med modstand. Hver øvelse udførtes i 10 sekunder med 10 gentagelser, 2 gange dagligt, 3 dage om ugen i 3 mdr. Én instruktion i udførelse af de to øvelser. Begge grupper fik udleveret en folder med information om dysfagi og øvelserne. Man fandt ingen signifikant forskel på hospitalsindlæggelser mellem interventionsgruppen (15%) og kontrolgruppen (8%) ($p=.301$).

Sammenfatning intervention

Fem studier indeholder direkte aktiv træning af synkefunktion (20–22,26,28), fire af disse interventioner indeholder også kompenserende tiltag eller teknikker (20–22,28). De studier der har beskrevet frekvens angiver daglig træning og et studie angiver 30 min om dagen (20). To studier har undersøgt elstimulation (25,27), et af disse undersøger kombinationen af el og øvelser (27), hhv. 1 time på hverdage i 2 uger, i alt 10 behandlinger, og 30 min dagligt, 5 dage om ugen i 4 uger. Ét studie har undersøgt progredierende apparatur-faciliteret isometrisk oropharyngeal træning med 10 repetitioner, 3 gange dagligt, 3 dage om ugen i 8 uger i kombination med compensation (23). Og det sidste studie har undersøgt to øvelser, tungemodstand og hovedfleksion, med 10 gentagelser, 2 gange dagligt, 3 dage om ugen i 3 mdr. (29).

Sammenfatning på outcome

Død: Kun studiet af Arahata et al indgår i anbefalingen af genoptræningens effekt målt på dødelighed. Hos patienter som ikke ernæres via sonde, men som indtager al mad og drikke per os, ses signifikant flere 1 års overlevelse i interventionsgruppen ($p=0.01$). Studiet er dog af lav kvalitet med risiko for bias, hvilket påvirker validiteten (20). Studierne af Becker og Schultz viser at patienter med svær dysfagi og med behov for PEG sonde, har højere dødelighed og flere komplikationer (21,22).

Lungebetændelse: Kun ét mindre kohorte studie (Rogus-Pulia) har undersøgt effekten af træning på lungebetændelse og der sås ingen signifikant forskel efter 8 ugers intervention (23).

Aspiration: Fire studier har rapporteret effekten på PAS score. To nyere studier (2016) fandt ingen signifikant effekt på aspiration målt med PAS score (23,25). De to casestudier ($n=2$) kunne rapportere forbedring på PAS efter individuelle genoptræningsforløb (26,27).

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -23 af 61

Indlæggelser: To studier har undersøgt effekten af genindlæggelser i hospitalsregi (23,28) og et studie antallet af indlæggelser efter kommunal genoptræning (29). Studiet af Momosaki et al kan ikke anvendes til at vurdere effekt af intervention, men viser at der er en sammenhæng mellem dysfagi og flere indlæggelsesdage. Rogus-Pulia fandt en signifikant reduktion i antallet af indlæggelser med 61% ($p=.009$), men ikke på indlæggelsesdage ($p=.17$) (23). Der blev ikke fundet signifikant forskel på antal hospitalsindlæggelser ved kommunal genoptræning mellem intervention og kontrolgruppe ($p=.301$) (29).

Vurdering af kvaliteten af evidensen for hvert effektmål (Evidensprofil)

Antal studier (design)	N= (I/K)	Bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtighed	Publikations bias	Kvalitet GRADE
Effektmål: Kritiske: Død, lungebetændelse, aspiration, genindlæggelse							
Død (n=3)							
Aharata, 2017 Becker R, 2011 Schulz RJ, 2009 Før-efter design, 2 retrospektive kohorte studier	266/334	ja	ja	nej	ja	nej	(⊕000)
Lungebetændelse (n=1)							
Rogus-Pulia, 2016 1 kohorte	56	ja	-	nej	ja	-	(⊕000)
Aspiration (n=4)							
Jerrard-Dunne P, 2001 Lee DH, 2017 Ortega O, 2016 Rogus-Pulia, 2016 2 kohorte, 2 casestudier	77	ja	ja	nej	ja	nej	(⊕000)
Indlæggelse (n=3)							
Momosaki R, 2015 Rogus-Pulia, 2016 Wakabayashi H, 2018 1 rct, 2 kohorte	22.924/75.610	ja	ja	nej	ja	nej	(⊕000)

Nej=ingen alvorlig risiko

ja= alvorlig risiko

?=uafklaret risiko

Begrundelse for den samlede kvalitetsvurdering og det samlede svar på det fokuserede spørgsmål

Risiko for bias	Ingen af studierne vurderes at være af høj kvalitet og den samlede risiko for bias er høj. De inkluderede RCT studier er ikke af tilstrækkelig god kvalitet, der

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -24 af 61**

	er ikke tilstrækkelig redegjort for blinding, randomisering eller sammenligning af grupper.
Inkonsistens	Der nedgraderes, da der foreligger nogen sandsynlig inkonsistens mellem studierne på de kritiske effektmål. For aspiration peger kohortestudierne på at der ikke er effekt, mens de to casestudier rapporterer effekt for den enkelte case-deltager.
Indirekte evidens	Der nedgraderes ikke, da kritiske effektmål er præsenteret i studierne
Unøjagtighed	Der er ringe mulighed for at vurdere unøjagtighed, da resultaterne ofte ikke repræsenteret med konfidensintervaller.
Publikationsbias	Generelt er studierne af nyere dato, hvorfor der ikke nedgraderes, da der ikke vurderes at være risiko for publikationsbias

Arbejdsgruppens overvejelser

Studierne er generelt af lav kvalitet og der mangler beskrivelse af interventionerne, hvorfor sammenligning er vanskelig. Der er ikke redegjort tilstrækkeligt for rationale for træningsindhold i interventionerne eller for hvordan inkludering af kompenserende tiltag i sammenhæng med træning påvirker effektmålene. Der er problemer ift. valg af design og analyse (per protokol) og arbejdsgruppen har derfor ringe tiltro til effekten af interventionerne og vurderer kvaliteten af evidensen som lav. Deltagerne i studierne af Becker og Schulz kan være de samme patienter. Studiet af Momosaki et al er baseret på dataudtræk fra journaler, patienterne Patienterne der modtog dysfagi rehabilitering havde signifikant sværere lungebetændelse og højere alder, hvilket derfor i princippet ikke kun afspejler hvorvidt pt. der deltog i rehabilitering blev udskrevet tidligere. Flere retrospektive studier redegør ikke tilstrækkelig for betydningen af indsamling af retrospektive data og konkluderer baseret på associationer og korrelationer og ikke på effekten af behandling. PAS scoren indikerer hvor langt ned i larynx og trakea materiale indtrænger og om pt. reagerer effektivt på pene- eller aspiration. Der er derfor ikke den samme forskel mellem værdierne på skalaen. Der vurderes ikke at være nogen skadelige virkninger af de beskrevne interventioner og der er ikke rapporteret adverse events relateret til behandlingen.

Anbefaling

GRADE

(↑) Overvej at anvende træning af synke-spise-drikke funktion til medicinske patienter med øvre dysfagi, da det synes at have nogen effekt på 1 års overlevelse (mortalitet) og muligvis på genindlæggelse.

Praksisanbefaling

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -25 af 61

(V) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at tilbyde genoptræning af synke-spise-drikke funktion, men træningen kan ikke forventes at have effekt på de kritiske effektmål, død, lungebetændelse, aspiration og indlæggelse.

Fokuseret spørgsmål 2: Har genoptræning af synke-spise-drikke funktion effekt på sværhedsgraden af dysfagi, funktionelt oralt indtag og livskvalitet hos den ældre medicinske patient?

De definerede vigtige effektmål har en direkte sammenhæng med genoptræning af synke-spise-drikke funktion og måler effekt som sværhedsgrad af dysfagi og oralt indtag af mad og drikke, som forventeligt påvirkes direkte af genoptræning. Det er velkendt at der er en korrelation mellem øvre dysfagi og livskvalitet, da problemer med at synke, spise og drikke kan føre til markant nedsat livskvalitet (30).

Intervention

Hospital Tre studier har målt effekten af genoptræning på **sværhedsgraden af dysfagi** i hospitalsregi. De tre studier er beskrevet ovenfor under spørgsmål 1. Ortega et al (2016) fandt ikke nogen signifikant forskel mellem før og efter intervention med elstimulation (n=19) målt på EAT-10 (10.9 – 8.5, p=0.075), der måler graden af selvrapporateret synkevanskeligheder (31). Forekomsten af tegn på nedsat sikkerhed i forbindelse med synk blev dog signifikant reduceret fra 100% til 68,4% (p=.019) (25). I casestudiet af Jerrard-Dunne P (2001) fandt man, at sværhedsgraden af dysfagi ændrede sig fra svær til mild-moderat dysfagi på Dysphagia Outcome Severity Scale (DOSS) ved 5 mdr. opfølgning efter 3 ugers rehabilitering efterfulgt af selvtræning (26). Lee et al (2017) fandt tilsvarende en forbedring på Videofluoroskopisk Dysphagia Scale (VDS), som viste forbedring i både oral (tunge gane kontakt, tygning og læbelukning) og pharyngeal fase (laryngeal løft og rester i vallecula) efter interventionen fra henholdsvis 14 til 8 og fra 19 til 8,5 (27).

Kommunalt Tre studier har undersøgt effekten af genoptræning på sværhedsgrad af dysfagi i kommunalt regi. Bautman et al (2008) har undersøgt mobilisering af cervical columna inden for patientens range of motion, uden fremkaldelse af muskulært forsvar (32). Seksten plejehjemsbeboere med svær demens og dysfagi blev randomiseret til en af to grupper, henholdsvis: Gr. 1: 1. uge mobilisering af cervical columna, 2. uge "wash-out", 3. uge kontrol, eller; Gr. 2: 1. uge kontrol, 2. uge "wash-out", 3. uge mobilisering af cervical columna. I interventionsugen deltog patienterne i 3 sessioner af ca. 20 min hver anden dag. I kontrolugen modtog patienterne et socialt besøg af terapeuten. Studiet, som er et feasibilitystudie, viste en signifikant

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -26 af 61

forbedring efter første session ($p=0.01$) ift. det definerede effektmål "dysfagigrænse", som maximal volumen af vand 0-20 mL, der kan synkes i én bevægelse målt ved observation, som var signifikant forskellig fra kontrolgruppen ($p=0.03$). Efter en uges mobilisering sås samlet forbedring fra baseling ($p=0.03$), men dette ændrede sig ikke signifikant efter en uge som kontrol ($p=0.42$), ingen forskel mellem grupperne ($p=0.12$).

Santoro et al (2011) har i en sample på 23 ældre plejehjemsbeboere, undersøgt effekten af et 12 ugers fonoaudiologisk rehabiliteringsprogram, 5 dage ugentligt, indeholdende (i) Passiv myoterapeutisk stimulation ved ascenderende cervikal digital manipulation med moderat tryk og tapping. (ii) Passiv myoterapeutisk stimulation ved digital manipulation af supra-hyoidal muskulatur, i distal retning. (iii) Passiv myoterapeutisk stimulation i form af sugning i en 90 graders vinkel mhp. laryngeal elevation, tungemobilitet, intraoralt tryk og velopharyngeal lukkefunktion. (iv) Tungeøvelser mod modstand medalt. Intra-oral anvendelse af smag- og termisk sensorisk stimulation (surt og koldt) i en anterior-posterior bevægelse på tungen. Man fandt, at efter 12 uger scorede 26,3% af beboerne grad 1, svarende til normal synkefunktion og ingen dysfagi, sammenlignet med ingen score på 1 før interventionen (33).

Wakabayashi et al (2018), beskrevet ovenfor, fandt ingen statistisk signifikant forskel på selvrapporteret dysfagi mellem intervention og kontrolgruppe målt med EAT-10. EAT-10 <3: Intervention 10/43 (23%) og kontrol 9/48 (19%) ($p=.598$). Median EAT-10 score: Intervention 6 (IQR 3-9) og kontrol 6 (IQR 3-10) ($p=.665$) (29).

Syv studier har målt effekten på **oralt indtag af mad og drikke**, seks i hospitalsregi og et i kommunalt.

Hospital Maeda et al (2017) har i et RCT studie undersøgt transkutan (interferens) elektrisk sensorisk stimulation (IFC-TESS) med to par elektroder med forskellige frekvenser (2.000 og 2.050 Hz) placeret på kanten af skjoldbrusken og 4.0 cm derfra på mandiblen, 2 gange dagligt i 15 min for begge grupper (formiddag og eftermiddag), 5 dage om ugen i 2 uger. Intensitet 3,0 mA og placebo 0,1 mA (utilstrækkelig til at producere muskelkontraktion). Der blev ikke fundet signifikant forskel på funktionelt oralt indtag målt med FOIS mellem grupperne efter 2 uger ($p=0.306$). Dog fandt man at oralt indtag (mængde) ved 2 uger var signifikant forbedret fra baseline ($p=0.042$) i interventionsgruppen (34). Der var ingen adverse events relateret til interventionen.

De følgende studier er beskrevet ovenfor.

Arahata et al (2017) fandt en signifikant højere *recovery rate*, defineret som udelukkende oralt ernæret (uafhængig af sondeernæring eller intravenøs væske), i interventionsgruppen sammenlignet med en historisk kontrolgruppe (51% vs. 34%, $p=0.02$) (20). Becker et al (2011) fandt i en retrospektiv kohorte, en signifikant forbedring for drikke ($p<0.001$) og på FOIS ($p<0.01$) fra indlæggelse til udskrivelse i gruppen med

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -27 af 61

svær dysfagi. Patienterne kunne ernæres oralt suppleret med sonde ved udskrivelse. Hos patienter med mild-moderat dysfagi sås også signifikant forbedring på FOIS ($P < 0.001$), konsistensniveauet blev forbedret fra cremet til normal konsistens. Der var en signifikant forbedring for indtag af væske ($p < 0.001$) og få pt. havde behov for fortykkelse af væske (21). Schulz et al (2009) fandt at FDT førte til signifikant forbedring på **FOIS** for både patienter med svær dysfagi ($0.8 - 1.5$ ($p = .009$)) og mild-moderat dysfagi ($3 - 4.2$ ($p < .001$)), målt før og efter intervention. Der var også signifikant forbedret indtag af væske, klassificeret som: 0=sonde, 1=fortykket væske, 2=ikke-fortykket væske, for begge grupper, hhv. $0.4 - 0.7$ ($p = .022$), og $1.2 - 1.6$ ($p < .001$). Der var ikke signifikant forskel mellem grupperne på FOIS eller væskeindtag (22). Momosaki et al (2015) fandt at odds ratio (OR) for at opnå fuld oral ernæring for patienter der deltog i dysfagi-rehabilitering, sammenlignet med dem der ikke gjorde, var 1.32 (95% CI 1.22-1.41, $p < 0.001$), justeret for kovariate (28). 78% af pt. med dysfagi som deltog i dysfagirehabilitering ernæredes udelukkende oralt ved udskrivelse. Rogus-Pulia (2016) fandt, at FOIS scoren blev signifikant forbedret efter 8 ugers oropharyngealt styrketræning (effekt estimat = 0.4, 95% CI = 0.1–0.7, $p = .02$) (23).

Kommunal Santoro et al (2011) rapporterer en statistisk signifikant forbedring for synkning af vand (mean difference=2.31 $p = .01$) samt for blød kost ($p = 0.039$) efter et 12 ugers fonoaudiologisk træningsprogram indeholdende rehabiliterende øvelser (33).

Kun ét studie har anvendt patient rapporteret outcome på **livskvalitet** (23).

Hospital Rogus-Pulia et al (2016) har anvendt Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) (35) med 11 synkerelaterede subskaler til at vurdere effekten af træning (23). Gennemsnitlig SWAL-QOL score forbedredes signifikant for alle subskalaer, undtagen søvn og spise-varighed. Der sås således signifikant forbedring i lysten til at spise, udvalg af mad, oplevelse af byrde, fysisk, kommunikation, angst, mentalt helbred, socialt og træthed.

Sammenfatning intervention

Seks studier indeholder direkte aktiv træning af synkefunktion (20–23,26,28), fem af disse interventioner indeholder også kompenserende tiltag eller teknikker (20–23,28), i et studie kombineret med Device-Facilitated (DF) isometrisk progredierende oropharyngeal (I-PRO) træning 3 gange dagligt, 3 dage om ugen i 8 uger (23). De studier der har beskrevet frekvens angiver *daglig* træning og et studie angiver 30 min om dagen (20). Tre studier har undersøgt elstimulation (25,27,34), et af disse undersøger kombinationen af el og øvelser (27), interventionen er givet 1 time på hverdage i 2 uger, i alt 10 behandlinger (25), hhv. 2 x dagligt, 5 dage om ugen i 2 uger, 10 behandlinger (34), og i 30 min dagligt, 5 dage om ugen i 4 uger (27). De tre studier der undersøger træning i kommunalt regi, har set på effekten af mobilisering af cervikal columna

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -28 af 61

3 x 20 min hver anden dag i én uge (32), et fonoaudiologisk rehabiliteringsprogram indeholdende aktive og passive øvelser, 5 dage om ugen i 12 uger (33), samt et program med to øvelser, tungemodstand og hovedfleksion, med 10 gentagelser, 2 gange dagligt, 3 dage om ugen i 3 mdr. (29).

Sammenfatning på outcome

Sværhedsgrad af dysfagi: Hospital Tre studier har rapporteret mål på sværhedsgrad, et mindre kohortestudie (n=19) og to casestudier (n=2) (25–27). Begge casestudier fandt en forbedring i af sværhedsgrad. Ortega et al (2016) fandt ikke nogen signifikant forskel mellem før og efter elstimulering på EAT-10 (p=0.075), men fandt signifikant forbedret sikkerhed under synk (p=.019). Resultatet er baseret på få deltagere og interventionen er primært FES.

Kommunal Tre studier har undersøgt effekten af træning i en kommunal setting. Bautman et al fandt en signifikant effekt af cervikal mobilisering på maksimal volumen af bolus (vand) indtag i ét synk (p=.03) (n=16) (32). Santoro et al fandt en markant stigning i antallet af deltagere med normal synkefunktion fra 0 til 26% efter et 12 ugers træningsprogram med passive øvelser og tungeøvelser mod modstand (n=23) (33). Wakabayashi et al fandt ingen signifikant forskel på selvrapporteret dysfagi (p=.598) efter 3 måneders selvtræning efter instruktion i modstandsøvelser for tungen og hovedfleksion (n=104) (29).

Oralt indtag af mad og drikke: Hospital I fem studier der undersøger effekten på oralt indtag af mad og drikke fandt man en statistisk signifikant forbedring (20–23,28). Alle fem studier undersøger genoptræning indeholdende aktiv oropharyngeale øvelser. Det sidste studie undersøgte effekten af FES og fandt ingen signifikant effekt på oralt indtag (FOIS) (p=.306) (34).

Kommunal Santoro et al fandt en signifikant forbedring på FOIS efter 12 ugers oropharyngeal styrketræning (p=.02) (33).

Livskvalitet: Hospital Rogus-Pulia et al fandt en statistisk signifikant forbedring på gennemsnitlig SWAL-QOL score i lysten til at spise, udvalg af mad, oplevelse af byrde, fysisk, kommunikation, angst, mentalt helbred, socialt og træthed efter 8 ugers oropharyngeal styrketræning (23).

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -29 af 61**

Vurdering af kvaliteten af evidensen for hvert effektmål (Evidensprofil)

Antal studier (design)	N= (I/K)	Bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtig hed	Publikations bias	Kvalitet GRADE
Effektmål: Vigtige: Sværhedsgrad af dysfagi, oralt indtag, livskvalitet							
Dysfagi-sværhedsgrad (n=6)							
Bautman I, 2008 Jerrard- Dunne P, 2001 Lee DH, 2017 Ortega O, 2016 Santoro P, 2011 Wakabayashi H, 2018 2 rct, 2 kohorte, 2 casestudier	109/55	ja	ja	nej	ja	nej	(⊕000)
Oralt indtag (n=8)							
Aharata M, 2017 Becker R, 2011 Maeda K, 2017 Momosaki R, 2015 Rogus-Pulia N, 2016 Santoro P, 2011 Schulz RJ, 2009 1 rct, 6 kohorte	23.186/ 75.910	ja	nej	nej	ja	nej	(⊕000)
Livskvalitet (n=1)							
Rogus-Pulia N, 2016 1 kohorte	56	ja	Nej (kun ét studie)	nej	nej	-	(⊕000)

Nej=ingen alvorlig risiko

ja= alvorlig risiko

?=uafklaret risiko

Begrundelse for den samlede kvalitetsvurdering og det samlede svar på det fokuserede spørgsmål

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -30 af 61**

Risiko for bias	Kun studierne af Maeda og Ortega vurderes at være af middel/nogenlunde kvalitet. De øvrige studier er af lav kvalitet med generelt få deltagere eller ikke tilstrækkelig sample size. Der mangler beskrivelse af blinding, frafald og generelt af interventionerne. Der er utilstrækkelig stillingtagen til målemetodernes validitet og reliabilitet og outcomets betydning for dysfagi.
Inkonsistens	For dysfagi-sværehedgrad nedgraderes pga. inkonsistens mellem interventioner, effektmål og design. Der nedgraderes ikke for øvrige effektmål, da der ikke foreligger nogen sandsynlig inkonsistens mellem studierne på oralt indtag eller for livskvalitet (ét studie) effektmål.
Indirekte evidens	Der nedgraderes ikke da vigtige effektmål er præsenteret i studierne
Unøjagtighed	Der er ringe mulighed for at vurdere unøjagtighed da flere af studierne ikke præsenterer resultaterne med konfidensintervaller og målemetoderne er forskellige.
Publikationsbias	Generelt er studierne af nyere dato hvorfor der ikke nedgraderes da der ikke vurderes at være risiko for publikationsbias

Arbejdsgruppens overvejelser

Ligesom ovenfor er beskrivelsen af interventionen i studierne mangelfuld og der er derfor ringe overførbare til klinisk praksis. Desuden indeholder flere interventioner kompenserende tiltag som en del af genoptræningen eller et ad-on, dette vurderer arbejdsgruppen kan påvirke outcome, fx når der måles på sikkerheden under synket. Studierne er generelt af lav kvalitet og der er store forskelle på valg af målemetoder samt validiteten af disse. Flere studier mangler statistisk sammenligning på før og efter målinger (20,33) eller sammenligning mellem grupper (25). Der mangler generelt stillingtagen til valg af outcome measures, hvilket gør det vanskeligt at vurdere om resultaterne viser en væsentlig ændring. Der er heller ikke tilstrækkeligt taget højde for forskelle mellem grupperne ved baseline. Der er ikke rapporteret adverse events relateret til interventionerne, der vurderes derfor ikke umiddelbart af være skadelige virkninger forbundet med de inkluderede genoptræninger.

Anbefaling

GRADE

(↑) Overvej at anvende træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser med henblik på at forbedre oralt indtag og eventuelt el-stimulation for at øge sikkerheden under synk hos den ældre medicinske patient med dysfagi, både under hospitalsindlæggelse og i kommunen. Kommunalt kan træning have fokus på øget oropharyngeal styrke og man kan overveje at anvende mobilisering af cervikal columna til at øge bolusvolumen for normal væske indtag. Træningen kan have en positiv effekt på patientens livskvalitet.

Praksisanbefaling

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -31 af 61**

(V) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at tilbyde patienterne træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser efter grundig undersøgelse og udredning.

Fokuseret spørgsmål 3: *Har genoptræning af synke-spise-drikke funktion effekt på tungestyrke, -funktion, bolus transit tid, eller residue hos den ældre medicinske patient med dysfagi?*

Styrketræning af tungen / sensomotorisk træning af tungen. Rationalet for træningen er: Tungens sensoriske og motoriske funktioner har en afgørende betydning for, om bearbejdning og synkning af mad og drikke foregår effektivt og sikkert. Derfor er rationalet for de inkluderede studier, at målrettet genoptræning af funktioner vil forbedre synkefunktionen og føre til et mere sikkert og effektivt synk samt forbedret indtag af mad og drikke.

Tre studier har rapporteret effektmål for **tungestyrke**, to i hospitalsregi, ét i kommunalt.

Hospital Rogus-Pulia et al (2016) fandt, at maksimal isometrisk tungekraft blev signifikant forbedret anteriort (effekt estimat = 92.5, 95% CI = 60.4–124.6; $p < .001$) og posterioart (effekt estimat = 85.4, 95% CI = 47.9–122.8; $p < .001$) efter et 8 ugers DF styrketræningsprogram for tungen (23). Desuden faldt VAS for synkerelateret anstrengelse signifikant (effekt estimat = 18.1, 95% CI = 29.2 to 6.9; $p = .001$). Lee et al (2017) fandt også en forbedring for deres case person, hvor muskelstyrke i tunge og læber blev forbedret efter interventionen, fra 35 til 39 kPa, henholdsvis fra 18 til 23 kPa (27).

Kommunal Wakabayashi et al (2018) fandt ingen statistisk signifikant forskel på tungestyrke/tunge'pres' (kPa, angivet som mean±SD) mellem interventionsgruppen (23.9±10) og kontrol (25.9±10.9) ($p = .376$) efter 3 måneders intervention med fokus på styrketræning af tungen (29).

Ét studie har rapporteret outcome for **bolus transit tid**. Studiet er et casestudie af en 72-årig mand med svær dysfagi.

Hospital Jerrard-Dunne et al (2001) finder, at daglig rehabiliterende synketerapi i 3 uger har effekt på Oral Transit Time (OTT) med en forbedring fra 5.28 s til 1.70 s, en reduktion af Pharyngeal Transit Time (PTT) fra 6.12 s til 0.60 s, og for Pharyngeal Delay Time (PDT) fra 3.75 s til 0.08 s, ved 5 måneders opfølgning (26).

To studier har vurderet effekten af træning på **residue** og et studie har angivet **hosteeffektivitet**, alle tre i hospitalsregi.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -32 af 61

Hospital Ortega et al (2016) fandt ingen signifikant ændring i oral og pharyngeal **residue**, hverken som separate eller samlet effektmål ($p=.603$) (5). Rogus-Pulia et al (2016) fandt heller ingen forskel på oropharyngeal residue under VFS (23).

Hospital Maeda et al (2017) har undersøgt effekten af 2 ugers elstimulering på udløsningen af **hosterespons**, målt som latenstid på hoste efter eksponering af citronsyreopløsningståge (1%) (34). Der blev ikke fundet signifikant forskel på latenstid på hoste mellem grupperne efter 2 uger ($p=0.307$), men der blev fundet en signifikant bedret latenstid på hoste efter 2 uger sammenlignet med baseline ($p=0.047$).

Sammenfatning intervention

Tre studier har undersøgt elstimulation (25,27,34), et studie med en kombinationen af el og øvelser (27). Interventionen er givet 1 time på hverdage i 2 uger, i alt 10 behandlinger (25), hhv. 2 x dagligt, 5 dage om ugen i 2 uger, 10 behandlinger (34), og i 30 min dagligt, 5 dage om ugen i 4 uger (27). Rogus-Pulia et al har undersøgt progredierende apparatur-faciliteret isometrisk oropharyngeal træning med 10 repetitioner, 3 gange dagligt, 3 dage om ugen i 8 uger i kombination med kompensation (23). Et casestudie har undersøgt daglig synketræning med fokus på tungebase øvelser, elevation af strubehovedet og pharyngeal stimulering i 3 uger (26). Og det sidste studie har undersøgt to øvelser, tungemodstand og hovedfleksion, med 10 gentagelser, 2 gange dagligt, 3 dage om ugen i 3 mdr. (29)

Sammenfatning på outcome

Tungestyrke/-funktion: Tre studier har undersøgt effekten af træning på tungestyrke med modstridende resultater (23,27,29). Hospital Rogus-Pulia fandt signifikant forbedring efter 8 ugers styrketræningsprogram for tungen ($p<.001$) ($n=55$). Lee et al fandt en forbedring efter FES og træning hos en patient (27).

Kommunal Wakabayashi et al fandt ingen signifikant forskel mellem intervention- og kontrolgruppe efter 3 mdr. styrketræning af tungen.

Bolus transit tid: Hospital Jerrard-Dunne et al fandt en forbedring i oral og pharyngeal transporttid for én patient efter træning med aktive øvelser ved 5 mdr. follow-up (26).

Residue: Hospital Der sås ingen signifikant effekt på oral eller pharyngeal residue på VFS efter FES eller oral styrketræning (23,25).

Hoste (reaktionstid): Der var ingen signifikant forskel på hosterespons efter 2 uger FES ($p=.307$) ($n=64$) (34).

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -33 af 61

Vurdering af kvaliteten af evidensen for hvert effektmål (Evidensprofil)

Antal studier (design)	N= (I/K)	Bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtighed	Publikations bias	Kvalitet GRADE
Effektmål: Surrogat: Tungestyrke, -funktion, bolus transit tid, eller residue							
Tungestyrke/-funktion (n=3)							
Lee DH, 2017 Rogus-Pulia N, 2016 Wakabayashi H, 2018 1 rct, 1 kohorte, 1 casestudie	106/55	ja	ja	nej	ja	?	(⊕000)
Bolus transit tid (n=1)							
Jerrard-Dunne, 2001 1 casestudie	1	ja	-	nej	-	-	(⊕000)
Residue og host (n=3)							
Ortega O, 2016 Rogus-Pulia N, 2016 Maeda K, 2017 1 rct, 2 kohorte	97/21	ja	nej	nej	ja	?	(⊕000)

Nej=ingen alvorlig risiko ja= alvorlig risiko ?=uafklaret risiko

Begrundelse for den samlede kvalitetsvurdering og det samlede svar på det fokuserede spørgsmål

Risiko for bias	Kun studierne af Maeda og Rogus-Pulia vurderes at være af moderat kvalitet. De øvrige er af lav kvalitet og der er høj risiko for bias. Der er ikke udført analyser af forskelle mellem grupper.
Inkonsistens	Der nedgraderes da der foreligger sandsynlig inkonsistens mellem studierne på de vigtige effektmål for tungestyrke som primært effektmål.
Indirekte evidens	Der nedgraderes ikke da vigtige effektmål er præsenteret i studierne
Unøjagtighed	Der er ringe mulighed for at vurdere unøjagtighed da der er anvendt forskellige målemetoder samt nogle af studierne ikke præsenterer resultaterne med konfidensintervaller
Publikationsbias	Det er vanskeligt at vurdere hvorvidt der er publikationsbias

Arbejdsgruppens overvejelser

Igen er beskrivelsen af interventionen i studierne mangelfuld og der er derfor ringe overførbarehed til klinisk praksis. Studierne er generelt af lav kvalitet med få deltagere og der er forskel på valg af målemetoder samt validiteten af disse. Forklaringen på forskellen mellem resultaterne for tungfunktion/-

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -34 af 61

styrke kan muligvis forklares ved setting/rekrutteringssite og/eller deltagerkarakteristika. Deltagerne er rekrutteret fra et veteranhospital hhv. deltagere der er hjemmeboende og modtager long-term care, deltagerne i studiet af Rogus-Pulia er gennemsnitligt 10 år yngre, 70 år vs. 80 år, men forskellen kan også forklares af andre årsager, som intensitet og træningsfrekvens. Der vurderes overordnet at være stor risiko for bias og confounding pga. studiedesigns. Også her mangler der generelt stillingtagen til valg af outcome measures, hvilket gør det vanskeligt at vurdere om resultaterne viser en væsentlig ændring samt om denne ændring har klinisk betydning. Der er heller ikke tilstrækkeligt taget højde for forskelle mellem grupperne ved baseline. Der er ikke rapporteret adverse events relateret til interventionerne, der vurderes derfor ikke umiddelbart af være skadelige virkninger forbundet med de inkluderede genoptræninger.

Anbefaling

GRADE

(↑) Overvej at anvende træning med Device-Facilitated (DF) isometrisk progredierende oropharyngeal (I-PRO) styrke terapi i genoptræningen af tungfunktion i hospitalsregi. Der blev ikke fundet nogen signifikant effekt på oropharyngeal residue, hostefunktion eller bolus transit tid.

Praksisanbefaling

(√) Generelt anser arbejdsgruppen det for god klinisk praksis at man overvejer at tilbyde patienterne træning der har fokus på specifikke funktioner eller muskelgrupper, når det er i overensstemmelse med udførlig indledende undersøgelse. Der er i dag stor fokus på effekten af styrketræning af tungen og man kan overveje at afprøve dette med patienten, både i hospital og kommunalt regi. Resultaterne fra de inkluderede studier giver ikke anledning til at arbejdsgruppen kan anbefale noget bestemt apparatur eller øvelsesprogram til dette. Vi anbefaler, at man vælger en målemetode der er tilstrækkelig sensitiv ift. ændringer hos den pågældende patient til at evaluere en eventuel effekt.

8. Perspektiver

Gennemgangen af litteraturen viser, at der i høj grad mangler viden og studier om effekten af genoptræning af synke-spise-drikke funktion hos den ældre medicinske patient med dysfagi. Den omfattende litteratursøgning havde til formål at afdække al tilgængelig litteratur på området inklusiv observationelle studier, resultatet blev væsentlig færre studier end håbet, men forventeligt, da dette er et felt i udvikling og relativt nyere forskningsområde. Der er stor variation mellem de inkluderede studier,

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi Bilag 1 - Side -35 af 61

både på genoptræningsmodalitet og især på effektmål og valg af målemetoder, hvilket gør det vanskeligt at drage en samlet konklusion. Flere studier har inkluderet kompenserende tiltag og/eller teknikker i kombination med egentlig træning, og der vurderes at være stor sandsynlighed for at det kan påvirke flere af de valgte outcome.

Behandling af dysfagi og genoptræning af den ældre medicinske patient kan reducere morbiditet og mortalitet associeret med aspiration og luftvejsinfektion, men opgaven er vanskelig, da det er en diffus heterogen patientgruppe med kompleks kausalitet (16). I nogle af de inkluderede studier er der mixed populations, der indgår neurologiske og tidligere strålebehandlede patienter med hoved-hals kræft, hvilket repræsenterer patientgruppen i praksis, hvor patienterne ofte har sequelae og senfølger fra forskellige sygdomme og behandlinger. Dog bør man ikke direkte overføre genoptræning udviklet til neurogen dysfagi eller til patienter med stråleskader efter hoved-halskræft, til medicinske patienter (6). Det bemærkes at man i Danmark ofte bruger det terapeutiske måltid/terapeutisk spisning (restorativt) integreret i genoptræningen, men at der ikke blev fundet studier med dette fokus.

Dysfagi er fortsat underdiagnosticeret og underbehandlet på mange medicinske afdelinger (7). Det er derfor også utilstrækkeligt undersøgt og forsket i. Der er et stort behov for yderligere forskning inden for området for at afdække hvilken træning vi bør tilbyde både under indlæggelse og i kommunalt regi. Og for forskning i *afgrænsede* træningsmodaliteter, hvor der er taget stilling til intensitet, varighed, hyppighed og periode. Dertil blev der fundet en del studier på raske ældre, som kunne være interessant at overføre til patienter med dysfagi. Desuden bør der tages stilling til valg af klinisk relevante og patient rapporterede outcomes til at måle effekten af genoptræningen.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -36 af 61**

9. Referencer

1. Styrelsen for Patientsikkerhed. Målepunkter til genoptræningsområdet. Medicinering og overgange i patientforløb. København; 2018.
2. Sundheds og ældreministeriet. Styrket Indsats for Den Ældre Medicinske Patient National Handlingsplan 2016. København; 2016.
3. Sundhedsstyrelsen. Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient. København; 2017.
4. Ældresagen. Ældre medicinske patienter - nærhed og sammenhæng i sundhedsvæsenet. København; 2017.
5. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(7):576–82.
6. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Aging. 2016;189–208.
7. Baijens L, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrom. Clin Interv Aging. 2016;1403–28.
8. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser. Sundhedsstyrelsen; 2015. 1-78 p.
9. Altman KW, Yu G-P, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 Aug;136(8):784–9.
10. White GN, O'Rourke F, Ong BS, Cordato DJ, Chan DKY. Dysphagia: causes, assessment, treatment, and management. Geriatrics. 2008 May;63(5):15–20.
11. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: Manifestations and diagnosis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;13(1):49–59.
12. Melgaard D, Signe W. Dysfagi hos den ældre medicinske borger. Regionshospital Nordjylland, Center for Klinisk Forskning; 2018.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -37 af 61**

13. Philipsen BB, Mortensen HR, Melgaard D. Dysfagi. Ugeskr Læger. 2019;VIDENSKAB(181):2–6.
14. Patientombuddet. Temarapport om dysfagi - om faren ved fejlsynkning. 2012.
15. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for - ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger. Sundhedsstyrelsen. København; 2016.
16. Kays S, Robbins JA. Effects of sensorimotor exercise on swallowing outcomes relatives to age and age-related disease. Semin Speech Lang. 2006;27(4):245–59.
17. Roden DF, Altman KW. Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. Otolaryngol Clin North Am. 2013 Dec;46(6):965–87.
18. Denk-Linnert D. Evaluation of Symptoms. In: Ekberg O, editor. Dysphagia - Diagnosis and treatment. Medical Ra. Berlin, Heidelberg: Springer International Publishing; 2012. p. 71–81.
19. Park Y-H, Han H-R, Oh B-M, Lee J, Park J, Yu SJ, et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. Geriatr Nurs. 2013;34(3):212–7.
20. Arahata M, Oura M, Tomiyama Y, Morikawa N, Fujii H, Minani S, et al. A comprehensive intervention following the clinical pathway of eating and swallowing disorder in the elderly with dementia: Historically controlled study. BMC Geriatr. 2017;17(1):1–11.
21. Becker R, Nieczaj R, Egge K, Moll A, Meinhard M, Schulz RJ. Functional dysphagia therapy and PEG treatment in a clinical geriatric setting. Dysphagia. 2011;26(2):108–16.
22. Schulz DJ, Nieczaj R, Moll A, Azzaro M, Egge K, Becker R. Behandlung der Dysphagie in einem klinisch-geriatrischen Setting: Funktionelle Dysphagietherapie und PEG-Einsatz. Z Gerontol Geriatr. 2009;42(4):328–35.
23. Rogus-Pulia N, Rusche N, Hind JA, Zielinski J, Gangnon R, Safdar N, et al. Effects of device-facilitated isometric progressive resistance oropharyngeal therapy on swallowing and health-related outcomes in older adults with dysphagia. J Am Geriatr Soc. 2016;64(2):417–24.
24. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. Dysphagia. 1996 Jan;11(2):93–8.
25. Ortega O, Rofes L, Martin A, Arreola V, López I, Clavé P. A Comparative Study Between Two Sensory Stimulation Strategies After Two Weeks Treatment on Older Patients with Oropharyngeal

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -38 af 61**

Dysphagia. Dysphagia. 2016;31(5):706–16.

26. Jerrard-Dunne P, Farrell Z, O'Neill D. Dementia with oropharyngeal dysphagia and myopathy. Dysphagia. 2001;16(3):196–9.
27. Lee DH, Park JS, Lee SW, Choi JB. Effects of electrical stimulation combined with dysphagia therapy in elderly individual with oropharyngeal dysphagia: A case study. J Phys Ther Sci. 2017;29(3):556–7.
28. Momosaki R, Yasunaga H, Matsui H, Horiguchi H, Fushimi K, Abo M. Effect of dysphagia rehabilitation on oral intake in elderly patients with aspiration pneumonia. Geriatr Gerontol Int. 2015;15(6):694–9.
29. Wakabayashi H, Matsushima M, Momosaki R, Yoshida S, Mutai R, Yodoshi T, et al. The effects of resistance training of swallowing muscles on dysphagia in older people: A cluster, randomized, controlled trial. Nutrition. 2018;48:111–6.
30. Jones E, Speyer R, Kertscher B, Denman D, Swan K, Cordier R. Health-Related Quality of Life and Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review. Dysphagia. 2018;33(2):141–72.
31. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008 Dec;117(12):919–24.
32. Bautmans I, Demarteau J, Cruts B, Lemper J-C, Mets T. Dysphagia in elderly nursing home residents with severe cognitive impairment can be attenuated by cervical spine mobilization. J Rehabil Med. 2008 Oct;40(9):755–60.
33. Santoro P, e Silva IL, Cardoso F, Dias E, Beresford H. Evaluation of the effectiveness of a phonoaudiology program for the rehabilitation of dysphagia in the elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2011;53(1):61–6.
34. Maeda K, Koga T, Akagi J. Interferential current sensory stimulation, through the neck skin, improves airway defense and oral nutrition intake in patients with dysphagia: A double-blind randomized controlled trial. Clin Interv Aging. 2017;12:1879–86.
35. McHorney CA, Robbins JA, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. Dysphagia. 2002;17(2):97–114.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -39 af 61**

10. Bilag

10.1. Søgestrategi

Patients Combined with OR	AND	Intervention Combined with OR	AND	Comparison Combined with OR	AND	Outcome Combined with OR
Medicinske patienter med dysfagi (medical patient AND dysphagia) <i>Medicinsk patient:</i> MeSH: - Text: "medical patient" "elderly medical patient" "old medical patient" "older medical patient" geriatric* "geriatric patient" Elder* Old* "Older people" "Older patient" "Elderly patient" "frail elderly" Inpatient Outpatient AND <i>Dysfagi:</i> MeSH: Deglutition disorders Text: Dysphag* Deglutition disorder* Swallow* Swallowing disorder* Swallowing dysfunction* Ex: "Deglutition disorder" [Mesh]		MeSH: Myofunctional Therapy Speech therapy Speech-language pathology Electric Stimulation Therapy Musculoskeletal Manipulations Posture Mouth rehabilitation Occupational Therapy (Physical Therapy Modalities) Text: Intervention* Management* Therap* Rehab* Exercise* FOTT F.O.T.T. "Face Oral Tract Therapy" "Facio Oral Tracht Therapy" Swallowing Rehabilitation Oral rehabilitation "oral motor" (oral motorisk) "manuevre* AND swallow*" "maneuver* AND swallow*" Swallowing strateg* Tongue exercise* "Tongue strength exercise" "Tongue strengthening exercise" "Tongue Strengthening Exercises" Tongue hold		-		- ej søgt specifikt for ikke at begrænse søgningen. Studier ekskluderet hvis outcome ikke var relateret til valgte effektmål, fx kun mål på ernæring eller BMI.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -40 af 61**

OR "deglutition disorder" OR "deglutition disorders" OR "swallow* AND disorder*" OR "swallow* AND dysfunc*" OR "dysphag*" OR "oropharyngeal dysphagia"		Speech language therapy Occupational Therapy Physiotherapy Exercise VitalStim 'Electrical stimulation' FES NMES Effortful swallow Supraglottic swallow Super-Supraglottic swallow Tilføjet: "Chin tuck" "Head rotation" "Head extension" "Head tilt" Masako Shaker Shaker exercise Head lift exercise (TheraBite) (Dynasplint)				
Limits: None		Languages: English, Danish, Swedish, Norwegian, German				
Results: MEDLINE (Pubmed) (n=671); EMBASE (n=50) (n=291); Cochrane library (n=133 trail, 6 review); Cinahl (n=617); Scopus (n=1021); Web of Science (n=434); PEDro (n=2); OT-seeker (n=6); SpeechBite (n=8)						

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side 41 af 61

10.2. Inkluderede studier

Titel	Design og Formål	Deltagere		Intervention	Effektmål	Resultater	Regi	Kvalitetsvurdering
		Intervention	Kontrol					
Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. Archives of gerontology and geriatrics 2012;56(1):1-9	Systematisk Review PubMed (Medline), Embase, Scopus, Psycinfo og Cinahl fra 1990-2011. Formålet er at undersøge synkeproblemer i relation til oropharyngeal dysfagi for forskellige typer af demens og vurdere anvendeligheden af udvalgte undersøgelser og management strategier.	Deltagerkriterier: Patienter med demens og dysfagi.	N/A	Interventioner identificeret ved søgning: Modificeret konsistens, posturale modifikationer, <u>oral rehabilitering (træning mhp. at styrke synkemuskulatur)</u> , sondeernæring og farmakologisk behandling Case series, surveys, observationelle og randomiserede kontrollerede trials	Ingen kriterier. Effekten af de udvalgte interventioner målt med forskellige metoder	N=19 studier inkluderet i alt, n=11 studier omhandlende management. Narrativ analyse – pga. stor heterogenitet mellem inkluderede studier <u>N=1 studie på aktiv intervention/genoptræning:</u> Mobilisering af cervical columna af fysioterapeut 3 x 20 min. øgede synkekapacitet signifikant; fra 3ml til 5 ml målt efter én behandling og til 10 ml. målt efter en uges behandling. (Bautmans et al, 2008)	<i>Kan anvendes i hospital og kommunal setting</i>	AMSTAR: Ingen a priori protokol Ingen søgning i grå litteratur Ingen oversigt eller referencer på ekskluderede studier (fuld tekst) Manglende vurdering af publikations bias
Arahata M, Oura M, Tomiyama Y, Morikawa N, Fujii H, Minani S, Shimizu Y. A comprehensive intervention following the clinical pathway of eating and swallowing disorder in the elderly with dementia: a historically controlled study. BMC Geriatrics 07 2017;17(1):146	Single-arm interventionsstudie med historiske patienter som kontrol. Formålet er at undersøge om vurdering og individuel behandlingsplanlægning ved et tværfagligt team "Eating and Swallowing Assessment Team" bestående af: læge,	N=90 88.4 (±6.9) år Patienter indlagt på Nanto Municipal Hospital mellem 1.4 2013 – 31.3 2015 med demens, ≥70 år MMSE <24 el. HDS-R <21 Ingen intravenøs	N=124 88.2 (±6.8) år Indlagte patienter på samme hospital retrospektivt udvalgt efter samme kriterier mellem 1. april 2011 – 31. marts	Omfattede tværfaglig undersøgelse af synke- spise- og drikkefunktion over 5 dage. Efterfulgt af en individuelt tilpasset intervention. Kontrolgruppe: Behandling og planlægning af ansvarlig læge, instruktion til andet personale i pleje. Genoptræning indeholdt:	Primært outcome: Recovery rate (RR) = Afvænnning fra 'sondeernæring og intravenøs væske' (AHN). Samt overlevelse uafhængig af AHN 1 år efter recovery. Sekundært: Overlevelse / (all cause mortality)	Per protokol analyse: Signifikant højere RR i interventionsgruppen (51% vs. 34%, p=0.02) Signifikant flere AHN-fri 1 års overlevende i interventionsgruppen (28% vs. 15%, respektivt, p=0.01) Ingen signifikant forskel på overlevende (all cause) efter 1 år (37% vs. 28%, p=0.08)	<i>Kan anvendes i hospital (evt. kommunal setting)</i>	SIGN 50 Ikke blindet patienter eller behandlere (intervention) Signifikant højere Barthel Index i interventionsgruppe Flere med tidligere stroke i historisk gruppe. . Den aktive faktor for forbedret recovery rate er uklar. Den

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -42 af 61

	tandlæge, tandplejer, farmakolog, sygeplejerske, talepædagog, fysioterapeut, ergoterapeut, diætist og plejepersonale kan føre til bedre spise-/drikke funktion og mindske dødeligheden	eller kirurgisk behandling indenfor 7 dage. Oralt indtag ≤500 kcal dagligt i ≥7 dage Afhængig af sonde ernæring og/eller væske ≥7 dage. Eksklusionskriterier: Kronisk behov for sondeernæring; Strukturel anormalitet efter tracheostomi eller laryngectomi; i pallierende behandling	2012 (historisk kontrol/referencegruppe)	Oropharyngeal, laryngeal, synke og tale træning. <i>Indirekte synke-træning:</i> fx range of motion exercises med fokus på oropharyngeal og hals muskulatur, pseudo-supraglottic swallow, sham swallow, massage af spytkirtler, K-point stimulation, og Shaker exercise. <i>Direkte synke-træning:</i> indtag af mad og drikke. <i>Øvrige teknikker</i> som posturale ændringer, chin-down/chin-tuck, head rotation, modificeret kost, og brug af capsaicin. Min 30 min. dagligt.				efterfølgende intervention er ikke beskrevet Mulig selektionsbias af deltagere Ej specificeret mål for afvænning fra AHN, kan have været et individuelt lægefagligt skøn
Bautmans, I; Demarteau, J; Cruts, B; Lemper, JC; Mets, T Dysphagia in elderly nursing home residents with severe cognitive impairment can be attenuated by cervical spine mobilization 2008;40(9):755-760.	RCT med cross-over design Formålet er at undersøge gennemførligheden (feasibility) af mobilisering af cervical columna hos ældre med svær demens og dysfagi, og effekten på synkekapacitet. Rekruttering/inklusion: Plejhjemsbeboere på ≥ 65 år, Alzheimers demens MMSE < 24/30, med paratoni og	N=16 plejhjemsbeboere med svær demens, MMSE = 8/30 og kendt dysfagi 6 mænd, 9 kvinder, 1 død efter allokering. Alder 82-91 år N=12 med cervical anteroposition (C0-C3 extenderet og C3-C7 flekteret) N=3 med cervical kyfose	Deltagere var sin egen kontrol Randomiseret til en af to grupper hhv.: Gr. 1: 1. uge mobilisering af cervical columna, 2. uge "wash-out", 3. uge kontrol Gr. 2: 1. uge	Mobilisering af cervical columna af fysioterapeut inden for patientens range of motion, uden fremkaldelse af muskulært forsvar. 3 sessioner af ca. 20 min. i interventionsugen udført hver 2. dag. I kontrolugen socialt besøg af terapeuten. I wash-out perioden ingen intervention.	Primær: Feasibility/Gennemførlighed Dysfagi begrænsning (maximal volumen af vand 0-20 ml. der kan synkes i én bevægelse) målt ved observation. Alle målinger og intervention foregik på det samme tidspunkt af dagen	Feasibility Gennemførlighed: 90% af sessionerne blev udført succesfuldt uden komplikationer. Dysfagi begrænsning: Signifikant forbedring efter 1 session (p=0.01) sammenlignet med kontrol (p=0.27), signifikant forskel i udvikling (p=0.03) Efter en uges mobilisering fortsat forbedring (p=0.03) men ændrede sig ikke signifikant efter en uge som kontrol (p=0.42), forskel i udvikling (p=0.12)	<i>Kan anvendes kommunal (evt. hospitals) setting</i>	Cochrane risk of bias / SIGN RCT Cross over design Blindet tester Overflade elektromyografi (sEMG) målte antal synkebevægelser Få deltagere Ingen styrkeberegning (men feasibility), CI Frafald af 3 patienter til følgende sessioner Feasibility studie (derfor ingen

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -43 af 61

	ændret nakke position. Eksklusion: Andre tilstande i centralnervesyste met som kan forårsage dysfagi; feber; infektion; sondeernæring.		kontrol, 2. uge "wash-out", 3. uge mobilisering af cervical columna					beregnet sample size)
Becker R.; Nieczaj R.; Egge K.; Moll A.; Meinhardt M.; Schulz RJ. Functional dysphagia therapy and PEG treatment in a clinical geriatric setting. Dysphagia Jun 2011;26(2):108-16	Retrospektivt kohorte studie Studiet undersøger effekten af funktionel dysfagi terapi (FDT) hos patienter med svær dysfagi (med PEG) hhv. patienter med lavere grad af dysfagi (uden PEG)	N=117 Gr.1 med svær dysfagi og PEG (oral ernæring ikke mulig i min.10 dage efter konstateret dysfagi) N(total)= 222 med blandet ætiologi. Indlagt til rehabilitering på Center of Geriatric medicine, med dysfagi som klinisk diagnose. Patienter overflyttet fra apopleksi afsnit eller akut hospital.	N=105 Gr.2 mild til moderat dysfagi. Oralt ernæret evt. med modificeret konsistens af mad og drikke	Behandling med FDT (logopæd) Funktionelle træningsøvelser af motoriske (tale) funktioner for at forbedre graden af bevægelighed, styrke og koordinering af læber, kæbe, tunge, bløde gane, strubehoved og stemmelæber. Kombineret med teknikker til at forbedre sensorik, som temperatur/taktilstimulering og variation af bolus karakteristika inkl. viskositet, smag og volumen. Kompensatoriske synketeknikker anvendt mhp. at forbedre sikkerhed og effektivitet ved synkning (chin down, effortful swallowing, repeated swallow og supraglottic swallow)	Daglig FOIS (score 1-7). Indtagelse af væske målt på 3-trins skala (intet per os – fortykket væske – normal væske). Vægt BI Antal dage på hospital, Antal 30 min træningssessioner under indlæggelse Antal komplikationer og dødelighed	N=188 re-testet ved udskrivelse. Frafald n=34. Ingen signifikant forskel på grupperne ift. køn, alder, antal træninger, længde af hospitalsindlæggelse eller MMSE score. Gr.1: Signifikant forbedring for drikke (p< 0.001) og på FOIS (p<0.01) fra indlæggelse til udskrivelse. Patienterne kunne ernæres oralt suppleret med sonde ved udskrivelse. Gr.2: Signifikant forbedring på FOIS (P<0.001), konsistensniveau forbedret fra cremet til normal konsistens. Signifikant forbedring for indtag af væske (p<0.001), få pt. med behov for fortykkelse. Subgruppe analyse viste at gruppen svarende til medicinske patienter også viste signifikante forbedringer for oralt indtag. "på trods af mindre rehabiliterings potentiale, større skrøbelighed og kroniske medicinske problemstillinger". Ingen signifikant forskel for vægtændring (p=0.808). Gr.2 havde signifikant	<i>Kan anvendes i hospital og kommunal setting</i>	SIGN 50 Ingen egentlig kontrolgruppe for interventionen Ej redegørelse for blinding af tester Manglende konfidensintervaller Obs. spontan remission efter stroke?

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -44 af 61

						større fremgang på BI (p<0.001). Gr.1 havde signifikant højere dødelighed og flere komplikationer end Gr.2 (p=0.019, p<0.001). Den hyppigste komplikation i begge grupper var pneumoni.		
Jerrard-Dunne P.; Farrell Z.; O'Neill D. Dementia with oropharyngeal dysphagia and myopathy. Dysphagia 2001;16(3):196-9	Casestudie 72-årig mand henvist til geriatrik vurdering med henblik på indstilling til plejehjem, efter 6 måneder med vægttab, forstoppelse, generel svækkelse og apati samt reduceret social interaktion og nedsat egen omsorg.	Diagnosticeres med inflammatorisk myopati med frontotemporal demens, og svær dysfagi. MMSE 18/30		Tværfagligt rehabiliterings program over 3 uger. Daglig synketerapi program med fokus på tungebase øvelser, elevation af strubehoved og pharyngeal stimulering. Implementering af et program for at forebygge aspiration og optimere fødeindtag efter udskrivelse (3 uger efter baseline)	VFS PAS Dysphagia Outcome Severity Scale (DOSS) Oral Transit Time (OTT) Pharyngeal Transit Time (PTT) Pharyngeal Delay Time (PDT) Oropharyngeal Swallow Efficiency (OPSE)	Baseline / indledende undersøgelse: OTT:5.28 s PTT: 6.12 s PDT: 3.75 s OPSE: 1.75 s DOSS: Svær dysfagi. PAS 8: Silent aspiration, kun 20% clearance af bolus til eosophagus. 5 mdr. opfølgning: Markant forbedring af synkefunktion og opstartet oral ernæring. OTT:1.70 s PTT: 0.60 s PDT: 0.08 s OPSE: 34.09 s DOSS: Mild-moderat dysfagi. PAS 4: Deglutiv penetration, og 60 % bolus clearance. Bevaret mobilitet og overordnet funktionsniveau siden udskrivelse.	<i>Kan anvendes i hospital og kommunal setting</i>	Casestudie Høj kvalitet af målemetoder. Ingen statistiske beregninger af forskellen på før og efter
Lee DH; Park JS; Lee SW; Choi JB. Effects of electrical stimulation combined with dysphagia therapy in elderly individual with oropharyngeal dysphagia: a case study.	Casestudie Formålet var at undersøge effekten af kombineret elstimulation og dysfagi terapi hos en 72-årig mand med	72-årig mand med synkeproblem er. Årsag til indlæggelse: tab af væske fra mund/læber,		Konventionel dysfagi-behandling (termisk taktile stimulering, orofacial træning) under elektrisk stimulering (ES). ES blev udført ved anvendelse af VitalStim (Chattanooga Group,	Videofluoroskopi sk dysfagi scale (VDS) Muskelstyrke: Iowa Oral Performance Instrument (IOPI)	VDS viste forbedring i både oral (tunge gane kontakt, tygning og læbelukning) og pharyngeal fase (laryngeal løft og rester i vallecula) efter interventionen fra henholdsvis 14 til 8 og fra 19 til 8,5.	<i>Kan anvendes i hospital og kommunal setting</i>	Casestudie. Beskrivende statistik.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side 45 af 61

Journal of Dysphagia Therapy Science 03// 2017;29(3):556-557	synkeproblemer i den orale og pharyngeale fase.	oral residue og aspiration. Ingen tidligere apopleksi, neurologiske lidelser eller kognitive problemer		Hixson, TN, USA) placeret suprahyoidt. Patienten deltog i behandling i 30 minutter / dag, 5 dage / uge i 4 uger.	Penetration-aspiration scale (PAS) baseret på videofluoroskopi (VFS)	Muskelstyrke i tunge og læber blev forbedret efter interventionen, fra 35 til 39 kPa, henholdsvis fra 18 til 23 kPa. PAS-scoren blev forbedret fra 4 til 2 på skalaen.		
Maeda K.; Koga T.; Akagi J. Interferential current sensory stimulation, through the neck skin, improves airway defense and oral nutrition intake in patients with dysphagia: a double-blind randomized controlled trial. Clinical interventions in aging 2017;12:1879-1886	RCT dobbelt blindet - single-center, parallel-gruppe, randomiseret, placebokontrolleret studie. Formålet er at undersøge om transkutan (interferens) elektrisk sensorisk stimulation (IFC-TESS) er effektiv til behandling af patienter med dysfagi.	N(total) = 47 patienter på 84.3±7.5 år, henvist til dysfagi-rehabilitering >3 uger. Patienter uden hoste respons på citronsyretagte <90 sek efter eksponering blev ekskluderet. Analyse af 43 patienter, n=4 patienter døde under studiet, 2 i hver gruppe. Intervention: N=22 82.7±8 år	Kontrol: N=21 86±6.7 år	IFC-TESS To par elektroder med forskellige frekvenser (2.000 og 2.050 Hz) placeres på kanten af skjoldbrusken og 4.0 cm derfra på mandiblen. 2 gange dagligt á 15 min for begge grupper (formiddag og eftermiddag), 5 dage om ugen i 2 uger. Intensitet 3,0 mA og placebo 0,1 mA (utilstrækkelig til at fremkalde muskelkontraktion) Ikke anvendt under måltider, terapeutiske interventioner, såsom dysfagi-rehabilitering, fysisk træning og pleje.	Latenstid på hoste efter eksponering af citronsyreopløsning (1%). FOIS - oralt indtag. VFS med PAS ved baseline Målinger ved 2 uger samt 3 uger.	Der blev ikke fundet signifikant forskel på latenstid på hoste eller FOIS mellem grupperne efter 2 uger (p=0.307 hhv. p=0.306). Latenstid på hoste efter 3 uger og oralt indtag (mængde) ved 2 uger var signifikant bedre fra baseline (p=0.047 og p=0.042) i interventionsgruppen Ingen adverse events relateret til interventionen	Kan anvendes i hospital (og kommunal) setting	Computer genereret allokering Blinding af terapeuter, assessors og patienter Ingen statistisk forskel på baseline karakteristika, men der er ikke taget højde for ætiologi
Momosaki R. Rehabilitative management for aspiration pneumonia in elderly patients. Journal of general and family medicine 03 2016;18(1):12-15	Review Formålet er at gennemgå litteraturen på rehabiliterende management for ældre patienter med aspirations pneumoni (AP) Der er søgt i MEDLINE op til januar 2016.	Patienter > 60 år med AP		Rehabiliterende management, inkluderende fysisk, lunge- og dysfagi rehabilitering		N=7 artikler inkluderet N=1 studie om et dysfagi rehabiliterings-program indeholdende positionering under oralt indtag samt direkte synke øvelser (fx deliberate swallowing, supraglottic swallowing), og indirekte synkeøvelser (som head-raising exercises, and range-of-motion øvelser for hals/nakke).	Kan anvendes i hospital regi	Ingen beskrivelse af udvælgelse eller kritisk vurdering af studier Mangler beskrivelse af limitations

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -46 af 61

	Inkluderer observationelle og interventionsstudier. Engelsk litteratur					Interventionen øgede andelen af patienter som kunne ernæres suffieient på udelukkende oral ernæring ved udskrivelse (Momosaki 2015 - nedenstående)		
						Øvrige på modifikation af kost og væske samt respiratorisk funktion		
Momosaki, Ryo; Yasunaga, Hideo; Matsui, Hiroki; Horiguchi, Hiromasa; Fushimi, Kiyohide; Abo, Masahiro Effect of dysphagia rehabilitation on oral intake in elderly patients with aspiration pneumonia. Geriatrics & Gerontology International 06// 2015;15(6):694-699	Retrospektivt observationsstudie Formålet er at undersøge effekten af dysfagirehabilitering (DR) på oral indtagelse/ernæring hos ældre patienter med aspirationspneumoni Database udtræk fra 82 universitetshospitaler i Japan.	(n = 22.819) 85.5 år (SD 7.6) Patienter indlagt med aspirationspneumoni pga. dysfagi (vurderet ved læge/tandlæge) udskrevet juli 2010 - marts 2012 Eksklusion: <65 år PEG Fuld oral ernæring ved indlæggelse død ≤ 7. indlæggelsesdøgn patienter med missing variable	(n = 75.555) 84.4 år (SD 7.7)	Daglig dysfagirehabilitering udført af sygeplejerske, tandplejer eller terapeut. Rehabilitering baseret på resultaterne af klinisk synkevurdering. Rehabilitering sammensat af adfærdsmodifikation (fx positionering under måltider), modificeret kost, indirekte synketræning (fx åndedrætsøvelser, nakke ROM øvelser, hovedløftøvelser) og DIREKTE SYNKETRÆNING (fx supraglottic swallowing teknik og deliberate swallowing).	Primært outcome: Udelukkende oral ernæring uden behov for supplement via nasalsonde, parenteral eller intravenøst. FOIS 4-7	N=98.374 patienter Odds ratio (OR) for at opnå fuld oral ernæring for patienter der deltog i dysfagirehabilitering sammenlignet med dem der ikke gjorde var 1.32 (95% CI 1.22-1.41, p<0.001), justeret for covariate. 78% af pt. med dysfagi som modtog dysfagirehabilitering ernæredes udelukkende oralt ved udskrivelse. Indlæggelse DR 41.2 dage (SD 51) sammenlignet med ikke DR 31 dage (SD 44.1) (p<0.001)	<i>Kan anvendes i hospital (evt. kommunal) setting</i>	Der er ikke taget stilling til validiteten af data fra journaludtræk Det var ikke muligt at se hvad DR indeholdt, kun behandlingskoden for DR kunne trækkes fra registret Udover DR viste analysen at kvinder også har højere OR for at opnå fuld oral ernæring
Ortega O.; Rofes L.; Martin A.; Arreola V.; López I.; Clavé P. A Comparative Study Between Two Sensory Stimulation Strategies After Two Weeks Treatment on Older Patients	Kontrolleret studie Formålet er at undersøge den terapeutiske effekt af to interventioner indeholdende sensorisk stimulering af afferente deglutative nervebaner	TSES: N=19 79.8±4.8 år Verificeret oropharyngeal dysfagi ved VFS Eksklusion af patienter med	TRPV1 N=19 81.2±5.6 år (indgår ikke i forløbsbeskrivelsen)	TSES sammenlignet med TRPV1 TSES) 10 behandlinger med elstimulation via thyrohyoidea position og en intensitet på 75%	EAT-10 V-VST (kun baseline) VFS (med PAS score og residue) Oropharyngeal synkerespons (OSR)	EAT-10 (præ – post): TSES – ikke signifikant forbedret score (10.9 – 8.5, p=0.075) TRPV1 – signifikant forbedring (8.8 – 6.1; p=0.016) Prævalensen af VFS tegn på nedsat sikkerhed i forbindelse med synk blev	<i>Kan anvendes i hospital (og kommunal) setting</i>	Small sample size De to interventioner er ikke sammenlignet, der er reelt to før/efter målinger – to kohorter

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side 47 af 61

Wills Oropharyngeal Dysphagia 10 2016;31(5):706-16	(TRPV1 agonist og TSES) hos ældre patienter med oropharyngeal dysfagi (OD) TRPV1: Capsaicin TSES: VitalStim, transkutan elektrisk stimulation	nydiagnosticeret HNC, infektiøs proces, epilepsi, gastrooesophageal reflux, pacemaker, svær demens, eller deltager i andet forsøg		af motorisk tærskelværdi. 1 time pr. dag, 5 dage om ugen (mandag til fredag) i 2 uger. TRPV1) Capsaicinopløsning i tomatjuice (nectar konsistens) 3 x dagligt før hvert måltid i 5 dage (mandag til fredag) i 2 uger	Opgjort på forskellen mellem baseline og follow-up (præ – post)	signifikant og ens reduceret i grupperne (100 – 68.4 %; p = 0.019) Ingen signifikant forskel i PAS score (TSES, p=0.151; TRPV1, p=0.075) Ingen forskel i OSR parametre Respons rate: TSES: 42.1 % (n= 8/19) TRPV1: 68.42 % (n= 13/19) PAS blev signifikant reduceret i begge grupper af reponders TSES: 4.63±1.41 vs. 2.13±0.64, p= 0.007. TRPV1: 5.23±2.04 vs. 3±1.47, p= 0.002. N=5 serious adverse events. 2 i TRPV1 og 3 i TSES (ej relateret til behandlingen)		
Rogus-Pulia N.; Rusche N.; Hind JA.; Zielinski J.; Gangnon R.; Safdar N.; Robbins J. Effects of Device-Facilitated Isometric Progressive Resistance Oropharyngeal Therapy on Swallowing and Health-Related Outcomes in Older Adults with Dysphagia. Journal of the American Geriatrics Society Feb 2016;64(2):417-24	Eksperimentielt studie – før-efter design Formålet er at undersøge den kort- og langsigtede effekt af et oropharyngealt styrketræningsprogram designet til at øge sikkerheden under synk og reducere helbredsrelaterede følger hos veteraner med dysfagi	N=56 70 år (range 41-96) 96% >50 år 77% >65 år 55 mænd 1 kvinde PAS ≥3 Postswallow oropharyngeal residue score på 2 (indikerer pooling) MMSE ≥16 N=34 deltagere fuldendte alle 8 uger	Deltagerne er egen kontrol	Device-facilitated (DF) isometrisk progredierende oropharyngeal (I-PRO) styrke terapi Madison Oral Strengthening Therapeutic device I-PRO: tungen presses mod et individuel formstøbt mundstykke indeholdende multiple tryksensorer Maksimal isometrisk tryk beregnes Uge 1: 60% Uge 2-8: 80% af maksimal	Maksimal isometrisk tungekraft under instruktionen “pres så hårdt du kan” Medianen anvendtes som max værdi. Synkerelateret anstrengelse: 100 mm visuel analog skala (VAS) FOIS Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) questionnaire	Maksimal isometrisk tungekraft blev signifikant forbedret anterior (effekt estimat = 92.5, 95% CI = 60.4–124.6; p< .001) og posterior (effekt estimat = 85.4, 95% CI = 47.9–122.8; p< .001). VAS for synkerelateret anstrengelse faldt signifikant (effekt estimat = 18.1, 95% CI = 29.2 to 6.9; p= .001). FOIS score blev signifikant forbedret efter 8 uger (effekt estimat = 0.4, 95% CI = 0.1–0.7; p= .02). Gennemsnitlig SWAL-QOL score forbedredes signifikant for alle subskalaer, undtagen søvn og spise-varighed.	Kan anvendes i hospital (og kommunal) setting	Før-efter design, hvor deltager er egen kontrol Record review for the pneumonia diagnoses was not blinded Man kan ikke med sikkerhed afvise at de kompensierende tiltag ikke har haft betydning for FOIS og SWAL-QOL, hospitalsindlæggelser og pneumoni.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -48 af 61

				(reevalueres hver 14. dag) 10 repetitioner x 3 dagligt, 3 dage om ugen i 8 uger Instruktion i kompenserende teknikker (uden synkefysiologisk påvirkning) Fx. posturale ændringer, synkemanøvre under måltid og modificering af kost og væske	VFS: PAS Post-synk residue: oralt, vallecula, posterior pharyngeal væg, sinus piriformis og UES: 0-3, 0=ingen residue; 1= coating; 2= residue pooling Målt baseline, 4 og 8 uger. Follow-up 6–17 mdr.	VFS: Ingen forskel på PAS score eller oropharyngeal residue. Der blev fundet en ikke-signifikant 67% reduktion i pneumoni diagnose, (p= .10). Antal hospitalsindlæggelser blev signifikant reduceret med 61%, p= .009) Antallet af indlæggelsesdage blev ikke signifikant reduceret (p= .17),		28% af deltagerne havde hoved hals kræft og en der var en større andel i gruppen der gennemførte (38% vs. 12%) Primært mænd deltog. Selekteret gruppe (veteraner) – har betydning for ekstern validitet
Santoro, P, e Silva I.L, Cardoso F, Dias, E, Beresford H. Evaluation of the effectiveness of a phonocaudiology program for the rehabilitation of dysphagia in the elderly. Archives of Gerontology & Geriatrics 07// 2011;53(1):e61-6	Før-efter design Formålet er at evaluere effektiviteten af et fonocaudiologisk rehabiliterings program målrettet neurofysiologiske forandringer af det øvre fordøjelsessystem hos ældre mellem 80 og 90 år	N=23 ældre af begge køn i alderen 80-90 år fra en long-term care institution i Rio de Janeiro.		5 ugentlige sessioner i 12 uger. Fonocaudiologisk rehabiliterings program. (i) Passiv myoterapeutisk stimulation ved ascenderende cervikal digital manipulation med moderat tryk og tapping. (ii) Passiv myoterapeutisk stimulation ved digital manipulation af suprahyoidal muskulatur, i distal retning. (iii) Passiv myoterapeutisk stimulation i form af sugning i en 90 graders vinkel mhp. laryngeal elevation, tungemobilitet, intraoralt tryk og velopharyngeal lukkefunktion. (iv) Tungeøvelser mod modstand medialt. Intra-oral smag- og termisk sensorisk	Evaluerings protokol bestående af tre test: vand, klæg/blød kost test,og graden af dysfagi. Hver konsistens scores ud fra 11 parametre: Oral spild, oral transit tid, nasal refluks, antal synk, laryngeal elevation, cervikal auscultation, oxygen saturation, stemmekvalitet, hoste, kvælning, cyanose, bronchospasmer , hjertefrekvens og respirations frekvens. For kost scores også oral residue. Graden af dysfagi angives ud fra 7 niveauer, hvor 1	Statistisk signifikant forbedring for synkning af vand Mean difference=2.31 p=.01 For blød kost, signifikant forskel mellem før og efter (p=0.039) (F=4.47) Graden af dysfagi: Ved baseline ingen beboere scorer 1. Post intervention scorede 26.3% 1.	<i>Kan anvendes i kommunal setting</i>	Metodiske begrænsninger: Mangler beskrivelse af udvælgelse af deltagere, herunder in- og eksklusionskriterier. Ej tydeligt beskrevet hvilke øvelser der anvendes. Mangler statistiks opgørelse af resultater. Kun angivet i søjlediagram

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -49 af 61

				stimulation (surst og koldt) i en anterior-posterior bevægelse på tungen.	er normal synkning og 7 er svær dysfagi.			
Schulz RJ.; Nieczaj R.; Moll A.; Azzaro M.; Egge K.; Becker R. [Dysphagia treatment in a clinical-geriatric setting PEG and functional therapy of dysphagia]. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Aug 2009;42(4):328-35	Retrospektivt studie Formålet er at vurdere effekten af funktionel dysfagi terapi (FDT) hos patienter med og uden PEG sonde	Gruppe 1 med PEG (svær dysfagi) n=59 76.7 år (SD 9.1) Patienter med dysfagi indlagt på Geriatriezentrum Berlin i akut geriatrisk behandling.	Gruppe 2 uden PEG (mild-moderat dysfagi) n=105 79.0 år (SD 8.3)	Funktionellen Dysphagietherapie (FDT) under indlæggelse. Restorative, kompenserende og adaptive tiltag. Træning af mundmotorik, sensibilitet og kompenserende synketeknikker Interventionen indeholder modificering af kost og væske (viskositet og tekstur) Begge grupper modtog funktionel træning	FOIS Indtag af væske, klassificeret som: 0=sonde, 1=fortykket væske, 2=ikke-fortykket væske BI MMSE Antal dage på hospital, Antal træningssessioner er med logopæd, Antal komplikationer og dødelighed	FOIS: Der var signifikant forbedring for begge grupper: Gr1: 0.8 – 1.5 (p=.009) Gr2: 3 – 4.2 (p<.001) Væskeindtag: Gr1: 0.4 – 0.7 (p=.022) Gr2: 1.2 – 1.6 (p<.001) Der var ikke signifikant forskel mellem grupperne på FOIS eller væske. Dødeligheden var signifikant lavere (p <0,05) i gruppe 2 med 8,6% dødsfald sammenlignet med 22% i gruppe 1. Der sås signifikant flere komplikationer i gruppe 1 end i gruppe 2 (p <0,001) Der var ingen signifikant forskel på antal træningssessioner, længde af hospitalsindlæggelse eller MMSE score.	<i>Kan anvendes i hospital (og kommunal) setting</i>	Ikke muligt at se hvor stor en andel af patienterne der havde en nyere/akut apopleksi.
Wakabayashi, H; Matsushima, M; Momosaki, R; Yoshida, S; Mutai, R; Yodoshi, T; Murayama, S; Hayashi, T; Horiguchi, R; Ichikawa, H The effects of resistance training of swallowing muscles on dysphagia in older people: a cluster, randomized, controlled trial 2018;48:111-116	Cluster RCT Formålet er at undersøge effekten af styrketræning på synkemuskulatur hos hjemmeboende ældre med dysfagi som modtager langtidspleje (long-term care)	n=49 8 clusters 80±7 år EAT-10: 7 (IQR 5-13) Lost to follow-up n=6. Blandet ætiologi 0% sakopenisk dysfagi Rekrutteret fra dagscenter/-tilbud	n=55 11 clusters 79±7 år EAT-10:8 (IQR 4-11) Lost to follow-up n=7 25% med sakopenisk dysphagia	Træning mod modstand. Modstandøvelser for tungen og hovedflexion med modstand. Hver øvelse udføres i 10 sekunder med 10 gentagelser, 2 gange dagligt, 3 dage om ugen i 3 mdr. Instrueres i udførelse af de to øvelser en gang. Begge grupper får udleveret en folder	EAT-10 score med en grænseværdi for forbedring på <3 point og median EAT-10 score Sekundært tunge'pres' Hospitalsindlæggelse	Der blev ikke fundet statistisk signifikante forskelle mellem grupperne på effektmålene EAT-10 <3: Intervention 10/43 (23%) og kontrol 9/48 (19%) (p=.598) Median EAT-10 score: Intervention 6 (IQR 3-9) og kontrol 6 (IQR 3-10) (p=.665) Tunge'pres' (kPa), (mean±SD): Intervention 23.9±10 Kontrol 25.9±10.9 (p=.376) Hospitalsindlæggelse:	<i>Kan anvendes i kommunal setting</i>	Ingen blinding af deltagere eller testere Den fornødne sample size blev ikke opnået

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 1 - Side -50 af 61

		Cluster størrelser fra 1 til 14 deltagere		med information om dysfagi og øvelserne.		Intervention 7/47 (15%) Kontrol 4/49 (8%) (p=.301) Adherence til træning: 67% (IQR: 24%–97%).		

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -51 af 61**

10.3. Ekskluderede studier efter gennemlæsning af fuld tekst

Wrong intervention (n=27)
Achem SR.; Devault KR. Dysphagia in aging. Journal of clinical gastroenterology ;39(5):357-71
Altman KW.; Yu GP.; Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. Archives of otolaryngology--head & neck surgery Aug 2010;136(8):784-9
Ashley J.; Duggan M.; Sutcliffe N. Speech, language, and swallowing disorders in the older adult. Clinics in geriatric medicine May 2006;22(2):291-310; viii
Barczy SR.; Sullivan PA.; Robbins J. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. Seminars in speech and language 2000;21(4):347-61
Beck, AM; Hansen, BS; Christensen, AG; Damsbo-Svendsen, S; Moller, TKS; Keiding, H Multi-disciplinary nutritional support for undernutrition in older adults in primary care is cost-effective. a cluster randomized trial 2014; 33: S38
Berner Y.N. Enteral nutrition in geriatric patients Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism / 2009;1(3):141-144
Bratlund, Christina V. Dehydration and dysphagia: challenges in the other adult. (Tutorial) Journal of Medical Speech-Language Pathology Sep 2010;18(3):8p-8p
Daggett, Virginia S. Managing dysphagia in elderly patients. American Nurse Today Mar 2011;6(3):57-59
Davis LA; Spicer MT Nutrition and dysphagia in older adults. Topics in Geriatric Rehabilitation 07//Jul-Sep2007 2007;23(3):211-219
Feinberg MJ.; Ekberg O.; Segall L.; Tully J. Deglutition in elderly patients with dementia: findings of videofluorographic evaluation and impact on staging and management. Radiology Jun 1992;183(3):811-4
Gilmore-Bykovskiy AL.; Rogus-Pulia N. Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in Nursing Home Residents with Dementia. The journal of nutrition, health & aging 2018;22(3):400-406
Hatlebakk JG; Castell DO Dysphagia in the elderly: diagnostic approach and clinical management. Clinical Geriatrics Nov 1998;6(12):16-26
Kayser-Jones J.; Pengilly K. Dysphagia among nursing home residents. Geriatric nursing (New York, N.Y.) 1999;20(2):77-82
Keller H.; Beck AM.; Namasivayam A. Improving food and fluid intake for older adults living in long-term care: a research agenda. Journal of the American Medical Directors Association Feb 2015;16(2):93-100
Kendall KA; Leonard RJ Hyoid movement during swallowing in older patients with dysphagia. Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery 10// 2001;127(10):1224-1229
Kennelly S.; O'Neill D. Management of patients with dysphagia and aspiration pneumonia - An Irish perspective European Geriatric Medicine / 2012;3(5):323-325

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -52 af 61

Kocdor P.; Siegel ER.; Giese R.; Tulunay-Ugur OE. Characteristics of dysphagia in older patients evaluated at a tertiary center. The Laryngoscope Feb 2015;125(2):400-5
Nazarko L The clinical management of dysphagia in primary care. British Journal of Community Nursing 06// 2008;13(6):258-264
O'Loughlin G.; Shanley C. Swallowing problems in the nursing home: a novel training response. Dysphagia 1998;13(3):172-83
Oh E.; Weintraub N.; Dhanani S. Can we prevent aspiration pneumonia in the nursing home? Journal of the American Medical Directors Association 2004;5(3):174-9
Ratnaike RN Dysphagia: implications for older people. Reviews in Clinical Gerontology 11//11/1/2002 2002;12(4):283-294
Rofes L.; Ortega O.; Vilardell N.; Mundet L.; Clavé P. Spatiotemporal characteristics of the pharyngeal event-related potential in healthy subjects and older patients with oropharyngeal dysfunction. Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society Feb 2017;29(2):
Rypkema G.; Adang E.; Dicke H.; Naber T.; de Swart B.; Disselhorst L.; Golüke-Willemse G.; Olde Rikkert M. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent malnutrition. The journal of nutrition, health & aging 2004;8(2):122-7
Sakai K.; Nakayama E.; Tohara H.; Kodama K.; Takehisa T.; Takehisa Y.; Ueda K. Relationship between tongue strength, lip strength, and nutrition-related sarcopenia in older rehabilitation inpatients: a cross-sectional study. Clinical interventions in aging. 2017;12:1207-1214
Sullivan PA Dysphagia in the elderly and in dementia: helping the helper. Perspectives on Swallowing & Swallowing Disorders (Dysphagia) Mar 2008;17(1):7p-7p
Tamura F; Suzuki S; Mizukami M; Mukai Y Swalloaid, a new prosthetic appliance for edentulous elderly people with dysphagia: a case report. Journal of Disability & Oral Health Oct 2002;3(2):72-76
Tashiro, Munetsugu; Honda, Yasutoshi; Ohkubo, Mai; Sugiyama, Tetsuya; Ishida, Ryo Influence of cervical, thoracic and lumbar spines, and shoulder girdle range of motion on swallowing function of dependent older adults. Geriatrics & Gerontology International 12// 2017;17(12):2565-2572
Compensating strategies only (n=21)
Bashford G.; Bradd P. Drug-induced Parkinsonism associated with dysphagia and aspiration: a brief report. Journal of geriatric psychiatry and neurology Jul 1996;9(3):133-5
Blitzer A. Approaches to the patient with aspiration and swallowing disabilities. Dysphagia 1990;5(3):129-37
Easterling CS; Robbins E Dementia and dysphagia. Geriatric Nursing 07//Jul/Aug2008 2008;29(4):275-285
Elliott JL. Swallowing disorders in the elderly: a guide to diagnosis and treatment. Geriatrics Jan 1988;43(1):95-100, 104, 113
Feinberg M.J.; Knebl J.; Tully J.; Segall L. Aspiration and the elderly. Dysphagia / 1990;5(2):61-71
Hines, Sonia; McCrow, Judy; Abbey, Jenny; Gledhill, Sue Thickened fluids for people with dementia in residential aged care facilities.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -53 af 61

International Journal of Evidence-Based Healthcare 12// 2010;8(4):252-255
Juby AG.; Shandro P.; Emery D. Palato-pharyngo-laryngeal myoclonus ... an unusual cause of dysphagia. Age and ageing Nov 2014;43(6):877-9
Kikawada M.; Iwamoto T.; Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. Drugs & aging 2005;22(2):115-30
Kohler ES A dysphagia management model for rural elderly. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics 01/04/ 1991;10(1):81-95
Martin A.; Ortega O.; Roca M.; Arus M.; Clave Civit P. Effect of a Minimal-Massive Intervention in Hospitalized Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia: A Proof of Concept Study Journal of Nutrition, Health and Aging / 2018;22(6):739-747
O'Keeffe ST. Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: is current practice justified? BMC geriatrics Jul 2018;18(1):167
Ortega O.; Cabre M.; Clave P. Oropharyngeal dysphagia: Aetiology and effects of ageing Journal of Gastroenterology and Hepatology Research / 2014;3(5):1049-1054
Pelletier CA Chemosenses, aging, and oropharyngeal dysphagia: a review. Topics in Geriatric Rehabilitation 07//Jul-Sep2007 2007;23(3):249-268
Robbins J.; Gensler G.; Hind J.; Logemann JA.; Lindblad AS.; Brandt D.; Baum H.; Lilienfeld D.; Kosek S.; Lundy D.; Dikeman K.; Kazandjian M.; Gramigna GD.; McGarvey-Toler S.; Miller Gardner PJ. Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Annals of internal medicine Apr 2008;148(7):509-18
Rofes, L; Arreola, V; Mukherjee, R; Swanson, J; Clavé, P The effects of a xanthan gum-based thickener on the swallowing function of patients with dysphagia. 2014; 39(10): 1169-1179
Shanley C.; O'Loughlin G. Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. Journal of gerontological nursing Aug 2000;26(8):35-48
Sue Eisenstadt E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners Jan 2010;22(1):17-22
Suiter DM; Easterling CS Update on current treatment and practice patterns for dysphagia. Topics in Geriatric Rehabilitation 07//Jul-Sep2007 2007;23(3):197-210
Thompson, Rosie Identifying and managing dysphagia in the community. Journal of Community Nursing 12//Dec2016/Jan2017 2016;30(6):42-47
Australian Society for Geriatric Medicine position statement no. 12: dysphagia and aspiration in older people. Australasian Journal on Ageing 12// 2004;23(4):198-202
Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position statement - dysphagia and aspiration in older people*. Australasian journal on ageing Jun 2011;30(2):98-103
Abstract only (n=21)
Anonymous. Abstracts of the 13th International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society European Geriatric Medicine / 2017;8(Supplement 1)
Blair KA.; Lapinski P. Dysphagia in older adults.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi Bilag 1 - Side -54 af 61

Advance for nurse practitioners Jan 2007;15(1):45-6, 48
Blake J Understanding dysphagia in older people. Nursing & Residential Care 07// 2005;7(7):307-310
Bratlund C.V.; O'Donoghue C.R.; Rocchiccioli J.T. Dehydration and dysphagia: Challenges in the older adult Journal of Medical Speech-Language Pathology / 2010;18(3):1-10
Cefalu CA. Appropriate dysphagia evaluation and management of the nursing home patient with dementia. Annals of Long Term Care Dec 1999;7(12):447-451
Denson K.; Carnahan J.; Kuester J.; Hind J. Can you swallow this? A practical approach to dysphagia Journal of the American Geriatrics Society / 2015;63(SUPPL. 1):S50
Deza M.C.; Gonzalez M.M.; Ferrando I.; Canovas C. Dysphagia, creating a better team with continuity European Geriatric Medicine / 2016;7(Supplement 1):S197
Edwards V.; Hales P. Assessment and management of dysphagia in the older person CME Journal Geriatric Medicine / 2010;12(1):13-16
Jahnke V. [Dysphagia in the elderly]. HNO Nov 1991;39(11):442-4
Lancaster, John Dysphagia: its nature, assessment and management. British Journal of Community Nursing 07/02/ 2015;20(Sup7):S28-32
Liaquat H.; Rehman S.; Reyes L.R.; James T. Dysphagia in the elderly: Management strategies Journal of the American Geriatrics Society / 2014;62(SUPPL. 1):S27
Malhi, Hardip Dysphagia: warning signs and management. British Journal of Nursing 05/26/ 2016;25(10):546-549
Morris H Managing dysphagia in older people. Primary Health Care 07// 2006;16(6):34-36
Morris H. Dysphagia in the elderly--a management challenge for nurses. British journal of nursing (Mark Allen Publishing) 2006;15(10):558-62
Peracchia A.; Bonavina L. The swallowing center: Organization and function Chirurgia / 1993;6(7-8):409-414
Petroianni A.; Ceccarelli D.; Conti V.; Terzano C. Aspiration pneumonia. Pathophysiological aspects, prevention and management. A review. Panminerva medica Dec 2006;48(4):231-9
Samuel M.; Murphy M.; Widdowson M.; Cullen J.; Laycock B.; Kennelly S. The role of dysphagia management by speech and language therapy in supporting a comprehensive geriatric assessment in patients admitted to an acute medical unit Irish Journal of Medical Science / 2013;182(SUPPL. 6):S276, Springer London
Szynkiewicz SH. Motor Imagery Exercise and Tongue Strength. 2018 (protocol)
Turra, GS; Almeida, ST; Martinez, CC; Bridi, M; Schwartz, IVD; Barreto, SSM Speech therapy in post-intubation patients with oropharyngeal dysphagia: a randomized controlled trial 2015; 48(Supplement 1): 21
Wheeler D.G. Communication and swallowing problems in the frail older person

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -55 af 61

Topics in Geriatric Rehabilitation / 1995;11(2):11-25, United States Lippincott Williams and Wilkins
Yamada, T; Ichiba, T Effects of respiratory muscle training and motor functional training on the strength of cough in elderly day-care attendees. 2011; 97: eS1360
Wrong patient population (n=17)
Aslam M.; Vaezi MF. Dysphagia in the elderly. Gastroenterology & hepatology Dec 2013;9(12):784-95
Boccardi V.; Ruggiero C.; Patriti A.; Marano L. Diagnostic Assessment and Management of Dysphagia in Patients with Alzheimer's Disease. Journal of Alzheimer's disease: JAD 2016;50(4):947-55
Cassel SG. Case Reports: Trial Dysphagia Interventions Conducted via Telehealth. International journal of telerehabilitation 2016;8(2):71-76
Fujimaki Y.; Tsunoda K.; Kobayashi R.; Tonghyo C.; Tanaka F.; Kuroda H.; Numata T.; Ishii T.; Kuroda R.; Masuda S.; Hashimoto S.; Misawa H.; Shindo N.; Mori T.; Mori H.; Uchiyama N.; Kamei Y.; Tanaka M.; Hamaya H.; Funatsuki S.; Usui S.; Ito I.; Hamada K.; Shindo A.; Tokumaru Y.; Morita Y.; Ueha R.; Nito T.; Kikuta S.; Sekimoto S.; Kondo K.; Sakamoto T.; Itoh K.; Yamasoba T.; Matsumoto S.; . Independent exercise for glottal incompetence to improve vocal problems and prevent aspiration pneumonia in the elderly: a randomized controlled trial. Clinical rehabilitation Aug 2017;31(8):1049-1056
Furuta T ¹ , Takemura M, Tsujita J, Oku Y Interferential electric stimulation applied to the neck increases swallowing frequency. Dysphagia (0179051X) 03// 2012;27(1):94-100.
Holt P.R. Gastrointestinal diseases in the elderly Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care / 2003;6(1):41-48
Iwasaki K.; Wang Q.; Nakagawa T.; Suzuki T.; Sasaki H. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology May 1999;6(2):103-6
Laciuga, Helena; Rosenbek, John C.; Davenport, Paul W.; Sapienza, Christine M. Functional outcomes associated with expiratory muscle strength training: Narrative review. Journal of Rehabilitation Research & Development 04// 2014;51(4):535-545
Larsson V.; Torisson G.; Bülow M.; Londos E. Effects of carbonated liquid on swallowing dysfunction in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia. Clinical interventions in aging 2017;12:1215-1222
Malandraki, Georgia A.; Kantarcigil, Cagla Telehealth for Dysphagia Rehabilitation: The Present and the Future. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups 12// 2017;2(18):42-48
Morris H The impact and management of swallowing difficulties. Nursing & Residential Care 12// 2007;9(12):562-566
Nakato, R; Manabe, N; Shimizu, S; Hanayama, K; Shiotani, A; Hata, J; Haruma, K Effects of Capsaicin on Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia: a Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study. 2017; 95(3): 210-220
Raggi, RR; Antenucci, RA; Benvenuti, MB; Ferrari, GF; Cuda, DC Recovery of swallowing in two patients in post-acute phase with severe dysphagia from wallemborg syndrome by combined use of conventional therapy, electro stimulator and IOPI device. 2017; 32(1): 191
Tang Y.; Lin X.; Lin XJ.; Zheng W.; Zheng ZK.; Lin ZM.; Chen JH. Therapeutic efficacy of neuromuscular electrical stimulation and electromyographic biofeedback on Alzheimer's disease patients with dysphagia. Medicine Sep 2017;96(36):e8008
White GN.; O'Rourke F.; Ong BS.; Cordato DJ.; Chan DK.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -56 af 61**

Dysphagia: causes, assessment, treatment, and management. Geriatrics May 2008;63(5):15-20
Yamamura K.; Kitagawa J.; Kurose M.; Sugino S.; Takatsuji H.; Mostafaezur RM.; Zakir HM.; Yamada Y. Neural mechanisms of swallowing and effects of taste and other stimuli on swallow initiation. Biological & pharmaceutical bulletin 2010;33(11):1786-90
Zielske J.; Bohne S.; Axer H.; Brunkhorst FM.; Guntinas-Lichius O. [Dysphagia management of acute and long-term critically ill intensive care patients]. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin Oct 2014;109(7):516-25
Healthy elderly (n=11)
Barikroo, Ali; Berretin-Felix, Giedré; Carnaby, Giselle; Crary, Michael; Berretin-Felix, Giedré Effect of transcutaneous electrical stimulation amplitude on timing of swallow pressure peaks between healthy young and older adults. Gerodontology 03// 2017;34(1):24-32
Berretin-Felix, Giedré; Sia, Isaac; Barikroo, Ali; Carnaby, Giselle D.; Crary, Michael A. Immediate effects of transcutaneous electrical stimulation on physiological swallowing effort in older versus young adults. Gerodontology 09// 2016;33(3):348-355
Easterling C; Easterling, Caryn Does an exercise aimed at improving swallow function have an effect on vocal function in the healthy elderly? Dysphagia (0179051X) 09// 2008;23(3):317-326
Hind JA; Nicosia MA; Roecker EB; Carnes ML; Robbins J Comparison of effortful and non-effortful swallows in healthy middle-aged and older adults. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation Dec 2001;82(12):1661-1665
Hirata, A; Funato, H; Nakai, M; Iizuka, M; Abe, N; Yagi, Y; Shiraishi, H; Jobu, K; Yokota, J; Hirose, K; et al. Ginger orally disintegrating tablets to improve swallowing in older people 2016; 39(7): 1107-1111
McCullough GH; Rosenbek JC; Wertz RT; Suiter D; McCoy SC Defining swallowing function by age: promises and pitfalls of pigeonholing. Topics in Geriatric Rehabilitation 10//Oct-Dec2007 2007;23(4):290-307
Park, Ji-Su; Oh, Dong-Hwan; Chang, Moon-Young; Park, Ji-Su; Oh, Dong-Hwan; Chang, Moon-Young Effect of expiratory muscle strength training on swallowing-related muscle strength in community-dwelling elderly individuals: a randomized controlled trial. Gerodontology 03// 2017;34(1):121-128
Park T.; Kim Y. Effects of tongue pressing effortful swallow in older healthy individuals. Archives of gerontology and geriatrics 2016;66:127-33
Robbins J.; Gangnon RE.; Theis SM.; Kays SA.; Hewitt AL.; Hind JA. The effects of lingual exercise on swallowing in older adults. Journal of the American Geriatrics Society Sep 2005;53(9):1483-9
Shaker, R; Kern, M; Bardan, E; Taylor, A; Stewart, ET; Hoffmann, RG; Arndorfer, RC; Hofmann, C; Bonnevier, J Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise 1997; 272(6 35-6): G1518-G1522
Van den Steen, L; Vanderwegen, J; Guns, C; Elen, R; De Bodt, M; Van Nuffelen, G Tongue-Strengthening Exercises in Healthy Older Adults: does Exercise Load Matter? A Randomized Controlled Trial. Dysphagia. 2019 Jun;34(3):315-324
Pharmacological treatment (n=6)
Ebihara T.; Ebihara S.; Watando A.; Okazaki T.; Asada M.; Ohru T.; Yamaya M.; Arai H. Effects of menthol on the triggering of the swallowing reflex in elderly patients with dysphagia. British journal of clinical pharmacology Sep 2006;62(3):369-71
Ebihara T.; Takahashi H.; Ebihara S.; Okazaki T.; Sasaki T.; Watando A.; Nemoto M.; Sasaki H. Capsaicin troche for swallowing dysfunction in older people. Journal of the American Geriatrics Society May 2005;53(5):824-8

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -57 af 61

Kondo, E; Jinnouchi, O; Nakano, S; Ohnishi, H; Kawata, I; Okamoto, H; Takeda, N Aural stimulation with capsaicin ointment improved swallowing function in elderly patients with dysphagia: a randomized, placebo-controlled, double-blind, comparative study. 2017; 12(): 1921-1928
Kondo E.; Jinnouchi O.; Ohnishi H.; Kawata I.; Nakano S.; Goda M.; Kitamura Y.; Abe K.; Hoshikawa H.; Okamoto H.; Takeda N. Effects of aural stimulation with capsaicin ointment on swallowing function in elderly patients with non-obstructive dysphagia. Clinical interventions in aging 2014;9:1661-7
Rofes L.; Arreola V.; Martin A.; Clavé P. Natural capsaicinoids improve swallow response in older patients with oropharyngeal dysphagia. Gut Sep 2013;62(9):1280-7
Teramoto S.; Yoshida K.; Hizawa N. Update on the pathogenesis and management of pneumonia in the elderly-roles of aspiration pneumonia. Respiratory Investigation / 2015;53(5):178-184
Wrong or no outcome (n=4)
Akhtar AJ; Shaikh A; Funnyé AS Dysphagia in the elderly patient. Journal of the American Medical Directors Association 01// 2002;3(1):16-20
Ebihara S.; Sekiya H.; Miyagi M.; Ebihara T.; Okazaki T. Dysphagia, dystussia, and aspiration pneumonia in elderly people. Journal of thoracic disease Mar 2016;8(3):632-9
Kawano, Hiromichi; Mori, Takahiro; Kuroki, Azusa; Nagasaki, Toshikazu; Maruyama, Mariko; Yoshikawa, Mineka; Yoshida, Mitsuyoshi; Tsuga, Kazuhiro Candy eating behaviour to improve swallowing function in dementia subjects. Archives of Gerontology & Geriatrics 03// 2018;75():181-184
Matsusaka K.; Ohi A.; Tahata K.; Shimizu A.; Numata M.; Ohmiya R.; Kubo H.; Oikawa T.; Yamaya M. Addition of oral cavity brushing and rehabilitation reduces fever in tube-fed patients Geriatrics and Gerontology International / 2013;13(4):1082-1084
Wrong study design (n=5)
Beirne, Meredith Throat exercises favored for dysphagia. McKnight's Long-Term Care News 09// 2018;39(9):6-6
Boczko F. Tongue strength training among elderly dysphagic patients Dysphagia / 2015;30(5):619
Hagglund, P; Hagg, M; Wester, P; Levring Jaghagen, E Swallowing dysfunction, nutrition and rehabilitation among older people in short-term care. 2018; 33(4): 519
Hagglund, P; Olai, L; Stahlnacke, K; Persenius, M; Hagg, M; Andersson, M; Koistinen, S; Carlsson, E Study protocol for the SOFIA project: swallowing function, Oral health, and Food Intake in old Age: a descriptive study with a cluster randomized trial 2017; 17(1):78
Sakai K.; Nakayama E.; Tohara H.; Takahashi O.; Ohnishi S.; Tsuzuki H.; Hayata M.; Takehisa T.; Takehisa Y.; Ueda K. Diagnostic accuracy of lip force and tongue strength for sarcopenic dysphagia in older inpatients: A cross-sectional observational study. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) Feb 2018
Expert opinions (n=23) <i>(Nedenstående ekskluderet efter further assessment) (n=23)</i>
Baijens L.W.J.; Clave P.; Cras P.; Ekberg O.; Forster A.; Kolb G.F.; Leners J.-C.; Masiero S.; Mateos-Nozal J.; Ortega O.; Smithard D.G.; Speyer R.; Walshe M. European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clinical Interventions in Aging / 2016;11:1403-1428

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -58 af 61

Boczko F; Feightner K Dysphagia in the older adult: the roles of speech-language pathologists and occupational therapists. Topics in Geriatric Rehabilitation 07// 2007;23(3):220-227
Brady A Managing the patient with dysphagia. Home Healthcare Nurse Jan 2008;26(1):41-48
Cabre M.; Almirall J.; Clave P. Aspiration pneumonia: Management in Spain European Geriatric Medicine / 2011;2(3):180-183
Canham M. Looking into oropharyngeal dysphagia in older adults. Nursing Jun 2016;46(6):36-42
Cook IJ Oropharyngeal Dysphagia. Gastroenterology Clinics of North America Sep 2009;38(3):411-431
Di Pede, C.; Mantovani, M.; Del Felice, A.; Masiero, S. Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. Aging Clinical & Experimental Research 08// 2016;28(4):607-617
Hauck K.A. Communication and swallowing issues in tracheostomized/ventilator- dependent geriatric patients Topics in Geriatric Rehabilitation / 1999;15(2):56-70
Kays S.; Robbins J. Effects of sensorimotor exercise on swallowing outcomes relatives to age and age-related disease Seminars in Speech and Language / 2006;27(4):245-259
Lieu PK.; Chong MS.; Seshadri R. The impact of swallowing disorders in the elderly. Annals of the Academy of Medicine, Singapore Mar 2001;30(2):148-54
Marik PE.; Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Chest Jul 2003;124(1):328-36
Miller N; Carding P Dysphagia: implications for older people. Reviews in Clinical Gerontology 08// 2007;17(3):177-190
Miller, N; Patterson, J Dysphagia: implications for older people. Reviews in Clinical Gerontology 02// 2014;24(1):41-57
Morley JE. Dysphagia and Aspiration. Journal of the American Medical Directors Association Aug 2015;16(8):631-4
Ney DM.; Weiss JM.; Kind AJ.; Robbins J. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition ;24(3):395-413
Ortega O.; Martin A.; Clave P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art Journal of the American Medical Directors Association / 2017;18(7):576-582
Palmer JB; Drennan JC; Baba M Evaluation and treatment of swallowing impairments. American Family Physician 04/15/ 2000;61(8):2453-2584
Prasse JE; Kikano GE An overview of dysphagia in the elderly. Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine Nov-Dec 2004;4(10):527-518
Riquelme LF; Soyfer A; Engelman J; Palma GL; Stein L; Chao JL Understanding oropharyngeal dysphagia: from hospital to home.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 1 - Side -59 af 61**

Home Health Care Management & Practice 10// 2008;20(6):462-473
Robbins J. Upper aerodigestive tract neurofunctional mechanisms: lifelong evolution and exercise. Head & neck Oct 2011;33 Suppl 1:s30-6
Smithard DG. Dysphagia: prevalence, management and the community nurse. Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association Oct 2015;88(10):32-5
Sura L.; Madhavan A.; Carnaby G.; Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clinical interventions in aging 2012;7():287-98
Wirth R.; Dziewas R.; Beck A.M.; Clave P.; Hamdy S.; Heppner H.J.; Langmore S.; Leischker A.H.; Martino R.; Pluschinski P.; Rosler A.; Shaker R.; Warnecke T.; Sieber C.C.; Volkert D. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. Clinical Interventions in Aging / 2016;11:189-208
<i>I alt 112 + 23 ekskluderet efter fuldtekst læsning</i>

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -60 af 61

10.4. GRADE

Ned- og opgradering af evidens i Grade

Evidensniveau	Studiedesign	Nedgradering	Opgradering
Høj	Randomiserede forsøg	Risiko for bias	Effektstørrelse
Moderat		Inkonsistens	Dosis-respons
Lav	Observationelle studier	Indirekte evidens	Konfounding
Meget lav		Unøjagtighed Publikationsbias	

Evidensen kan nedgraderes en til to evidensniveauer for hvert af følgende domæner:

- risiko for bias
- inkonsistens
- indirekte evidens
- unøjagtighed
- publikationsbias.

For hvert domæne i de tilgrundliggende primærstudier kan en nedgradering foretages. Er problemet mindre nedgraderes domænet et niveau (eksempelvis fra høj til moderat) og er problemet stort nedgraderes det to niveauer (eksempelvis fra høj til lav).

Risiko for bias

Findes der retningslinjer eller systematiske oversigtsartikler, hvor der er foretaget en relevant vurdering af bias i primærstudierne, kan disse overtages. Ellers kan man bruge Cochrane's *Risk of Bias Tool* til at vurdere randomiserede forsøg, *SIGN50* til observationelle studier. Eksempelvis vil et randomiseret forsøg med manglende blinding, risiko for selektionsbias grundet manglende skjult allokering og stort frafald nedgraderes to niveauer, hvorimod et randomiseret forsøg alene med moderat frafald vil nedgraderes et niveau. Selektiv rapportering af effekter (kun de mest positive rapporteres) kan også være en bias, som bør vurderes.

Inkonsistens

Hvis der er inkonsistens i resultaterne fra forskellige studier, nedgraderes evidensen. Inkonsistens kan skyldes forskelle i populationer, interventioner, behandling i kontrolgruppen eller definition af effekter. Er der en god forklaring, der opfylder subgruppe kriterierne, herunder at de stemmer med få og a priori definerede hypoteser, så nedgraderer man ikke, men vil snarere differentiere de anbefalinger men vil komme med til forskellige subgrupper.

Indirekte evidens

Relaterer evidensen sig ikke direkte til ens kliniske spørgsmål foretages en nedgradering. Indirekte evidens kan have to baggrunde: 1. man ønsker at sammenligne to behandlinger overfor hinanden, men de enkelte behandlinger er kun sammenlignet overfor placebo. 2. Der er forskelle i population, intervention, kontrolgruppe eller den måde effekterne er målt på mellem det kliniske spørgsmål og de tilgrundliggende studier. Eksempler: Spørgsmålet relaterer sig til ældre med multiple komorbiditeter, men evidensen stammer fra midaldrende relativt raske personer. Spørgsmålet relaterer sig til kirurgisk behandling på et provinshospital i et udviklingsland, men evidensen relaterer sig til behandling på et højtspecialiseret universitetshospital i et industrialiseret land. Spørgsmålet relaterer sig til 40 mg simvastatin behandling i kontrolgruppen, men evidensen stammer fra studier med 10 mg simvastatin. Spørgsmålet relaterer sig til diabetiske komplikationer, men evidensen stammer fra effekt på blodsukker.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 1 - Side -61 af 61

Unøjagtighed

Hvis effekt-estimatet er unøjagtigt, dvs. konfidensintervallerne er store, foretages en nedgradering. Det vurderes, om konfidensintervallet overlapper den mindste relevante forskel.

Publikations-bias

Hvis der er tegn på publikations-bias (manglende publicering af hele studier) eller selektiv rapportering af effekter (kun de mest positive rapporteres) foretages en nedgradering. Det ses eksempelvis, hvis der kun er publiceret studier, der anvender metoder til at effekter, som ikke svarer til, hvad man vil forvente at anvende (eksempelvis brug af en atypisk depressionsskala).

Opgradering

Evidensen fra observationelle studier kan opgraderes en til to niveauer inden for følgende domæner:

- effektstørrelse
- dosis-respons
- konfounding

For hvert domæne i de tilgrundliggende primærstudier kan der foretages en opgradering. Styrker domænet evidensen lidt, opgraderes det et niveau (eksempelvis fra lav til moderat), og styrker det evidensen meget, opgraderes det to niveauer (eksempelvis fra lav til høj).

Effektstørrelse

Hvis effekten i et observationelt studie er stor, kan evidensen opgraderes et niveau, og hvis den er meget stor to niveauer. Der er her tale om helt ekstraordinære tilfælde, hvor der er tale om en faktor fem til ti relativ forskel mellem grupperne.

Dosis-respons

Hvis der er effekt af dosis-respons kan evidensen opgraderes. Eksempelvis doseringen af AK-behandling og blødningsrisiko.

Konfounding

Evt. ukontrolleret konfounding vil bidrage til at underestimere effekten. Eksempelvis hvis en given behandling kun gives til de mest syge patienter, så vil manglende kontrol for sygdomsgrad bevirke, at effekten på mortalitet underestimeres.

Kilde: www.sst.dk



Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 2 - Side 1 af 37

Oversigt over Høringssvar vedr. genoptræningsforløbsbeskrivelse for ældre medicinske patienter med dysfagi, 5. juni 2020.

Tilsat styregruppens kommentarer og ideer til imødekommelse af indvendinger.

Fra 18 kommuner og 3 hospitaler.

Nr.	Høringspart	Afsnit	Side. Nr.	Bemærkninger	Kommentar fra projektleder
	Bornholms Regionskommune	Generelt		<i>Bornholms Regionskommune har gennemlæst "Genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi" og har ingen ændringskommentarer. Genoptræningen i Bornholms Regionskommune yder allerede i dag genoptræning til den medicinske patient med dysfagi efter anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen om aktiv træning af synke-spise-drikke funktion, samt mobilisering og øvelser for nakke/hals og cervical columna.</i> <i>Fra Bornholms Regionskommunes side af, er vi glade for det fokus der er på denne målgruppe, da det er vores opfattelse at langt flere patienter med denne problematik, burde få en genoptræningsplan med ved udskrivelse fra hospital, når man ved at 47 % af patienter på akutte geriatriske og medicinske afdelinger har dysfagi.</i>	Tak til Bornholms Regionskommune for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -2 af 37**

	Frederiksberg Kommune (FK)	Generelt		Frederiksberg Kommune (FK) anerkender det gode foreliggende arbejde, der er udarbejdet, og at dysfagi hos den medicinske borger får øget opmærksomhed. Der er de seneste år også i Frederiksberg kommune kommet tiltagende fokus på intervention af mere genoptrænende karakterer. Der er en stor forekomst af målgruppen og et stort behov for en forløbsbeskrivelse, som kan belyse evidensen for genoptræning, men som også bidrager til at sikre en systematisk, tværsektoriel, tværprofessionel, koordineret indsats til patienter og borgere i øvrigt.	Tak til FK for høringssvaret og anerkendelsen af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.
	Frederiksberg Kommune (FK)		8	Anbefalinger i flowchart. Anbefalingerne stemmer godt overens med kommunal praksis for den medicinske borger med dysfagi, som udskrives med en GOP.	
	Frederiksberg Kommune (FK)		8	Beskrivelse i flowchart af indholdet i en GGOP. Man kunne overveje, at det tydeliggøres hvilken information,	Dette er en meget væsentlig kommentar og er hermed tilføjet til forløbsbeskrivelsen. Se kolonne s. 7

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -3 af 37**

				der skal videregives med henblik på at sikre den gode overgang. Fx tydelig kommunikation om hvilken kost- og væske konsistens patient/borger med dysfagi bør tilbydes.	
	Frederiksberg Kommune (FK)		10	Målgruppen. Målgruppen, som inkluderer den medicinske borger med dysfagi i kommunale forløb, er meget bred og spænder fra borgere, der modtager ambulant genoptræning, over borgeren der modtager døgnrehabilitering, til borgeren i plejebolig, som ikke har træningspotentiale, og som modtager kompensatorisk, varig hjælp. Stort set refereres i genoptræningsforløbsbeskrivelsen kun til patienter med en GOP.	Målgruppen er defineret og afgrænset flere steder i teksten – Baggrund, Materiale, 7.1 Patientgruppen og i litteratursøgningen under 7.3 In- og eksklusionskriterier, hvor også afgrænsning ift. senfølger efter HNC og apopleksi er defineret. Definitionen benyttet er af Sundhedsstyrelsen og Ældresagen (som er stort set enslydende). Jeg ser ikke behov for yderligere ændring eller præcisering.
	Frederiksberg Kommune (FK)		6 + 12?	Tværfaglig Rehabilitering. I den kommunale praksis anvendes ressourcerne på, som der også står beskrevet i flowchart, at der hos borgere med stor risiko for dysfagi, sættes fokus på screening og undersøgelse. Og at undersøgelsen	Kan tages op ved revision.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -4 af 37**

				guider den efterfølgende intervention og genoptræning. Det ser ud til, at der er effekt af genoptræning på især oralt indtag både ift. konsistens og mulighed for at ernæres sufficient udelukkende per os'. Netop derfor har vi stor fokus på den tværfaglige indsats, hvor vi ved, at også den ernæringsmæssige indsats er afgørende til denne borgergruppe. Man kunne have haft interesse i, at forløbsbeskrivelsen i sine fokuserede spørgsmål derfor undersøgte mere bredt om ernæringsberigelse har effekt på mortalitet mm. Som minimum bør nævnes, at rehabilitering til denne målgruppe rækker sig ud over den monofaglige genoptræning, som ikke kan stå alene.	
	Frederiksberg Kommune (FK)		12	Kommunalt perspektiv. Set ud fra et kommunalt perspektiv kunne det have være interessant at få belyst evidensen af den ergoterapeutiske aktivitetsbaserede intervention til denne målgruppe, samt hvilken effekt det kan have at anvende måltidet rehabiliterende.	Studier af denne karakter burde være fundet i søgningen, da søgetermer for interventionen og in-/eksklusionskriterier ikke er ekskluderende ift. anvendelse af måltidet i genoptræning, så længe rationalet har været

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -5 af 37**

					restorativt/genoptrænende. Der er tilføjet tekst i perspektiveringen omkring det terapeutisk måltid som ofte anvendes i DK som en del af genoptræningen. Det anbefales at man i en revision udbygger søgningen til at indeholde activity based rehabilitation (mm.)
	Gribskov Kommune	Generelt		Høringsmaterialet, der er udarbejdet med afsæt i omfattende litteratursøgning, gør det klart, at omfanget af patienter med dysfagi er betydeligt. Relevansen af en klart formuleret forløbsbeskrivelse er derfor tydelig. Materialet gør det også klart, at der i høj grad mangler evidens for effekten af de tiltag, der anvendes for at afhjælpe dysfagi. Dette afspejles i høringsmaterialets anbefalinger.	Tak til Gribskov Kommune for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -6 af 37

	Gribskov Kommune	Generelt		Materialet er svært at overskue, idet de konkrete anbefalinger for hhv. hospital og kommune er beskrevet i umiddelbar tilknytning til en beskrivelse af de studier, der er baggrunden for anbefalingen: Vi savner en mere skematisk og sammenfattende oversigt over de anbefalede indsatser. En sådan oversigt kunne evt. indeholde anbefalinger i fht. forløbets længde og frekvens for indsatsen. Desuden evt. anbefalinger ifht til oplæring af ikke-terapeuter, der ville kunne påtage sig stimulering i eksempelvis spisesituationen.	
	Gribskov Kommune		8	Vi savner en egentlig forløbsbeskrivelse. Materialet indeholder et "Generisk flowchart" over genoptræningsforløbet. Der er behov for, at dette foldes ud, så det helt klart fremgår, hvilke forventninger, der er ift. screening, konkret udredning og behandling ¹ i de to sektorer. Det fremgår ikke tydeligt af det eksisterende chart, at der faktisk er en sektorovergang midt i forløbet og det bliver dermed svært at se, hvilke opgaver, der ligger i hospitalsregi og hvilke, der skal løftes kommunalt.	Her er givet et bud på de foreslåede ændringer. Det påpeges at studiernes kvalitet og heterogenitet ikke taler for at lave et meget detaljeret chart. Det ligger uden for formålet med denne forløbsbeskrivelse at anbefale screening og undersøgelsesredskaber. Dette kræver en mere systematisk gennemgang af litteratur på området. Men meget relevant forslag.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -7 af 37

Gribskov Kommune		8	Flowchartet kunne evt. inkludere krav til GGOP; i dag oplever vi i kommunen, at information om den udredning, der er foregået i hospitalsregi, af og til er mangelfuld. Det er desuden vigtigt, at det fremgår, hvilken behandling, der evt. er opstartet på sygehuset. Dette er en forudsætning for, at kommunerne kan fortsætte og færdiggøre denne.	Udover de generelle retningslinjer for GGOP: GGOP bør som minimum indeholde: Resultat/Konklusion af screening/undersøgelse samt dato og eventuel revurdering Anbefalet konsistens til sikkert indtag per os - Herunder, om det vurderes at ernæringsbehov kan sættes sufficient med per os ernæring Anbefalede kompensatoriske tiltag Vurdering af effekt af den igangsatte genoptræning (hvis patienten har haft et forløb) Vurdering af behov for fremadrettet indsats Evt. patient præferencer Kan anspore til øget tværfaglig dialog og samarbejde samt overensstemmelse ml PPF og GGOP
Gribskov Kommune		8	I rubrikken "Forløb" i det generisk flowchart, er det beskrevet, at <i>"Det anbefales, at der tages stilling til</i>	Teksten ændret

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -8 af 37**

				<i>genoptræningsbehov efter udskrivelse med udgangspunkt i en genoptræningsplan". Dette undrer, idet vurderede behov må formodes at være udgangspunktet for den GGOP, der fremsendes til kommunen.</i>	
	Gribskov Kommune		8	Det ikke klart for os, hvorfor der i flowchartet synes at være en tidsangivelse for et forløb på 12 uger?	Dette er jf. studierne. Der er i forløbs boksen, skrevet at der er variation samt tilføjet i tekst at dette vil være en individuel vurdering i forløbet. Samt at tidsangivelser bør tilpasses lokalt.
	Gribskov Kommune			Redskaber til udredning: Der nævnes en lang række redskaber til udredning af dysfagi. Kunne det overvejes at angive, hvilke redskaber, vi ønsker at bruge i det tværsektorielle samarbejde? Brug af fælles, aftalte redskaber gør det muligt at monitorere udvikling på tværs af sektorer hos den enkelte patient.	Meget relevant. Men desværre uden for formålet med denne forløbsbeskrivelse. Disse studier er ekskluderet jf udvælgelseskriterier. Når der ikke er foretaget en systematisk gennemgang af redskabernes psykometriske

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -9 af 37**

				egenskaber, synes jeg ikke vi skal give en anbefaling. Det er værd at se på om man kan lave en lignende NKR for denne patientgruppe, som den der netop er udkommet på hjerneskade området.
	Gribskov Kommune	Generelt		Kan det overvejes, om det er muligt at udforme forløbsbeskrivelsen, sådan at vi efter en årrække har et journalmateriale, der kan supplere den evidens, der i så høj grad mangler på området?
	Gribskov Kommune	Generelt		Endeligt ønsker vi at gøre opmærksom på, at vi ikke aktuelt bruger el-stimulering i Gribskov Kommune. Hvis dette bliver en forventning, vil kommunerne bliver påført en udgift til VitalStim-apparatet og til kompetenceudvikling af terapeuter.
	Halsnæs Kommune	Generelt		Genoptræningsforløbsbeskrivelsen har været i høring i kommunens ergoterapi, fysioterapi og sundhedsafdelingen ved diætist, det har ikke givet anledning til bemærkninger.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**
Bilag 2 - Side -10 af 37

	Helsingør Kommune	Generelt		Overordnet fungerer genoptræningsforløbsbeskrivelsen godt som ramme for god klinisk praksis når borgere med dysfagi skal genoptrænes i kommunalt regi.	Tak til Helsingør Kommune for høringssvaret.
	Helsingør Kommune	Generelt		Anvendelse af træning indeholdende aktive oropharyngeale øvelser med henblik på at forbedre oralt indtag og eventuelt el-stimulation er aktuelt ikke en behandlingsmulighed der er tilgængelig i Helsingør Kommune. Helsingør Kommune har ikke det særlige apparatur der kræves, og det vil dertil være nødvendigt med en certificering af medarbejderne for at kunne udføre behandlingen.	Der er refereret til I-PRO, som er anvendt i studiet. Der er også øvrige aktive oropharyngeale øvelser, der kan anvendes. I flowchart er angivet "Overvej en af følgende",
	Helsingør Kommune	Generelt		Genoptræningsforløbsbeskrivelsen kan i kommunen også have den funktion at virke som afsæt for opdatering af viden og kompetencer hos medarbejderne inden for området, og inspirere til en organisering af relevante faggrupper omkring dysfagi.	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**
Bilag 2 - Side -11 af 37

	Helsingør Kommune	Generelt		Det er positivt at genoptræningsforløbsbeskrivelsen understreger at huske dokumentation i borgers journal ved fravigelse fra genoptræningsplanen.	
	Helsingør Kommune	Generelt		Der bør være opmærksomhed omkring lav evidens for træning, forstået sådan at det lave evidensniveau ikke bruges som begrundelse for, at eventuelt undlade at følge en genoptræningsplan, og lade argumenter som fx at sondeernæring og mundhygiejne er ”godt nok” være gældende.	
	Hvidovre Kommune	Generelt		Hvidovre Kommune takker for muligheden for at afgive bemærkninger til genoptræningsforløbsbeskrivelsen. Hvidovre Kommune anerkender i høj grad formålet med genoptræningsbeskrivelsen for den ældre medicinske patient/borger med dysfagi. En ensartet høj faglig kvalitet på tværs af sektorer er afgørende for borgernes oplevelse af et sammenhængende genoptræningsforløb.	Tak til Hvidovre Kommune for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -12 af 37**

				Hvidovre Kommune sætter stor pris på arbejdsgruppens omfattende og grundige arbejde med fokus på en sårbar målgruppe med en kritisk problematik med omfattende konsekvenser. Høringssvaret fra Hvidovre Kommune indeholder generelle bemærkninger, bemærkninger til udformning af flowchart samt konsekvenser ved implementering.	
	Hvidovre Kommune	Generelt		Generelle bemærkninger Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er målrettet genoptræningen på tværs af den primære- og sekundære sektor. Derfor ønsker Hvidovre Kommune at problematisere den primære brug af begrebet "patient" som henvisning til modtageren af den terapeutiske indsats. Adressering og henvisning til "patienten", altså værende i hospitalsregi, kan få konsekvenser for ejerskabsfølelsen hos terapeuterne i den primære sektor. Herved henvender de fremhævede indsatser i genoptræningsforløbsbeskrivelsen sig overvejende til terapeuter i den sekundære sektor, på trods af ønsket om et sammenhængende	Tilføjet s. 13

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -13 af 37**

				fokus relateret til formålet. Som et minimum bør genoptræningsforløbsbeskrivelsen s titel dække begge sektorer s målgruppe for indsatsen.	
	Hvidovre Kommune		8	Bemærkninger til udformning af flowchart Udarbejdelsen af et flowchart til brug i det kliniske arbejde er meningsfyldt og har et stort potentiale. Ved at inddele anbefalingerne med angivelse af evidensvurderingen kan terapeutterne få et overblik over indsatser til brug i en kompleks og vigtig opgave. Hvidovre Kommune anerkender, at overgangen fra sekundær til primær sektor har stor tidsmæssig variation. På trods af denne udfordring er det svært, med udgangspunkt i flowchartet, at vurdere hvilke indsatser der er evidens for at tilbyde henholdsvis på hospitalet og i kommunen. Derfor ønskes en tydeliggørelse af, hvornår indsatser skal tilbydes i genoptræningsforløbet. Hertil kan der være behov for en tydeliggørelse af, hvilke indsatser der kan tilbydes i begge sektorer som fx træning indeholdende	Der er angivet et forløb i hospitalsregi og kommunalt.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -14 af 37**

				aktive oropharyngeale øvelser (s. 29). Den grafiske fremstilling i flowchartet understøtter på nuværende tidspunkt ikke dette i tilstrækkelig grad.	
	Hvidovre Kommune			Studierne, der er inkluderet i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, indeholder træningsperioder fra én uge til tre måneder. Hvis arbejdsgruppen vurderer, at genoptræningen efter tre måneder overgår til en kompensatorisk indsats eller afsluttes, kan dette med fordel tydeliggøres i flowchartet.	Det har vi ikke belæg for. Det vil være en vurdering i det individuelle forløb, hvorvidt en borger fortsat kan profitere af træning. De 12 uger er baseret på inkluderede studier, hvor varigheden jo netop er meget forskellig. Har tilføjet lidt tekst under forløb til afklaring
	Hvidovre Kommune			Anbefalinger til indsatserne er indskrevet i bokse. Det foreslås at tydeliggøre, hvordan opdelingen af anbefalingerne skal læses. Er anbefalingerne opsat i prioriteret eller tidsmæssig rækkefølge?	Vi har revideret flowchartet. De er opgivet på effektmål jf. de tre spørgsmål.
	Hvidovre Kommune			Den nederste boks med konsensusanbefalingen vedrørende bl.a. screening og undersøgelse, kan med fordel indsættes øverst i flowchartet for at være tro imod tidsangivelserne via de lodrette pile.	Den er nu fremhævet.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -15 af 37

	Hvidovre Kommune			Angivelsen af GRADE og "Praksisanbefalinger" angives både via to blå bokse samt ved symbolerne (↑) og (v) i flowchartet. Hvis symbolerne ikke er tilstrækkelige i sig selv, foreslås det at evidensniveau/praksisanbefalingen tydeligt skrives i sammenhæng med de konkrete indsatser inde i boksene.	
	Hvidovre Kommune	Generelt/ implementering		Bemærkninger til konsekvenser ved implementering REHABILITERENDE KONTRA KOMPENSATORISK INTERVENTION Genoptræningsforløbsbeskrivelsen har et rehabiliterende fokus og ekskluderer derfor kompensatoriske interventioner (s. 10). Når den primære sektor modtager borgere med dysfagi og en genoptræningsplan, hvor denne problematik adresseres, er borgeren oftest svækket i en sådan grad, at det rehabiliterende fokus må tilsidesættes for en akut kompensatorisk intervention. Den kompensatoriske tilgang iværksættes for at sikre den svækkede borgers luftveje og ernæringstilstand. Der arbejdes gradvist hen	Det rehabiliterende/genoptrærende fokus udelukker ikke samtidige kompensatoriske tiltag som ofte er nødvendigt, og som kan sikre effektiv og sikker indtagelse af føde og væske, men ikke har fokus på at forbedre funktionen. s. 10: " Studier der begrænses til indsatser med kompensatorisk intervention, er ekskluderet, dog må interventionen indeholde kompensatoriske tiltag i kombination med genoptræning."

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -16 af 37**

				imod den rehabiliterende indsats i borgerens kommunale genoptræningsforløb. Hospitalernes arbejde med den kompensatoriske indsats opleves i høj grad som kompetent, og vi modtager borgere med allerede iværksatte kompensatoriske tiltag. Det er ikke tydeligt i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, at de rehabiliterende indsatser først igangsættes, når borgeren sikkert kan indtage føde og væsker med rette kompensatoriske foranstaltninger.	Eksklusionskriterier: ”Studier som udelukkende indeholder intervention med modificering af kost og væske (kompenserende strategier). Kan indgå som en del af en rehabiliterende tilgang.” s. 34: ”Flere studier har inkluderet kompenserende tiltag og/eller teknikker i kombination med egentlig træning, og der vurderes at være stor sandsynlighed for at det kan påvirke flere af de valgte outcome.”
	Hvidovre Kommune	Generelt/ implementering		TRÆNINGSFREKVENSS Træningsfrekvenserne i de 12 inkluderede studier varierer i høj grad. Det er ikke tydeligt ud fra anbefalingerne (s. 6-7 samt flowchartet) ved hvilken træningsfrekvens de forskellige indsatser har vist effekt. Der ønskes en tydeliggørelse heraf. Anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen lægger op til, at der gøres brug af selvtræningsøvelser. Der bør være opmærksomhed på, at brugen af	Der er tilføjet information om træningsfrekvens, varighed mv. i flowchartet. Vi kan videreformidle de resultater man har fundet i studierne, som er refereret i beskrivelsen. Her kan man også finde øvrig information vedr. adherence og effekt.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -17 af 37**

				selvtræningsøvelser til den svækkede geriatriske borgergruppe er problematisk grundet manglende compliance og dårlig kvalitet i udførelsen af øvelserne, når borgeren ikke bliver superviseret.	
	Hørsholm Kommune	Generelt		Hørsholm Kommune bifalder den involverende høringsproces omkring udformning af flowchart og konsekvenser ved implementering af den tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi. Hørsholm Kommune kan tilslutte sig flowchartet, som afspejler den eksisterende praksis for ældre medicinske borgere med dysfagi i kommunen. Hørsholm Kommune har ikke yderligere bemærkninger til implementeringen af genoptræningsforløbsbeskrivelsen.	Tak til Hørsholm Kommune for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.
	Ishøj Kommune			Ingen bemærkninger.	Tak til Ishøj Kommune for høringssvaret
	Københavns Kommune	Generelt		Generelt finder vi materialet godt gennemarbejdet og fagligt meget relevant ift. varetægelse af	Tak til Københavns Kommune for høringssvaret og

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -18 af 37**

				genoptræning af borgere med dysfagi. Der er umiddelbart god overensstemmelse mellem det der tilbydes i Københavns Kommune og det der anbefales i GFB.	anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.
	Københavns Kommune			<i>Kommunale ressourcer</i> 1) Ikke alle har adgang til el terapi udstyr. Vital SLIM koster 30 tkr. Kan anbefalinger til DF-træning blive mere eksplicitte?	På side 19 er der refereret til selve træningen, herunder beregning af maksimalt isometrisk tryk, antal repetitioner, frekvens og varighed. Det er altid muligt at finde den oversatte beskrivelse af træning i teksten.
	Københavns Kommune		8	2) Flowchartet beskriver et 12 ugers forløb. 12 ugers hjemmetræning, selvtræning, superviseret træning, holdtræning? Her ønskes mere handlingsanvisende flowchart.	
	Københavns Kommune		8	<i>Angående flowchart</i> Det savnes i høj grad at flowchart bliver retnings anvisende forstået som at der gives anbefalinger til trænings progression, træningssessionernes længde og frekvens osv. Det fremgår af teksten at disse informationer er beskrevet i studierne.	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -19 af 37

Københavns Kommune		12	<i>Ang de fokuserede spørgsmål</i> I forhold til de fokuserede spørgsmål (side 12) som bliver belyst i forløbsbeskrivelsen, kunne det have været interessant også at have fået undersøgt om genoptræning af synke -spise -drikke funktion havde en effekt i forhold til borgernes ernæringstilstand. Det bliver indirekte belyst under 2. dot: <i>Har genoptræning af synke-spises-funktion effekt på dysfagi, funktionelt oralt indtag og livskvalitet hos den ældre medicinske patient.</i> Af de valgte effektmål fremhæves det, at der er den stærkeste evidens for at træning kan forbedre patientens orale indtag af mad og drikke. Men der er ikke beskrevet meget om det opnåede konsistensniveau (på nær 1 studie) energiindtaget og evt. vægtøgning. Der er således meget viden om hvor meget man ernæringsmæssigt kan opnå med træning der med fordel kunne undersøges videre.	Ja, vi har inkluderet FOIS skalaen, som nogle studier har som outcome. Der er generelt ikke målt på ernæringstilstand, man kan evt. tilpasse søgningen i revisionen.
Københavns Kommune	Generelt		<i>Generelt perspektiv om ernæring og dysfagi</i>	Ja det er relevant. Er tilføjet i flere steder teksten.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -20 af 37**

				Generelt synes vi der mangler en forholden til borgers ernæring i forbindelse med dysfagien. Det anbefales at der tages stilling til genoptræningsbehov ved udskrivelse. Her er det min klare holdning at dette altid skal gå hånd i hånd med en vurdering af borgers evne til ernære sig sufficient. Hvilket ikke altid sker nu. Det kunne være godt at få det skrevet ind i flowchart.	Vi forventer også at følges anbefalingerne til indhold i GGOP, vil dette skabe et øget fokus på ernæring og oralt indtag.
	Københavns Kommune	Generelt		<i>Generelt perspektiv på kognition og dysfagi</i> Ved arbejdet med den geriatriske målgruppe og dysfagi problematikker oplever vi at borgerens kognition og dermed mulighed for "adherence" til et genoptræningsforløb er et af de primært styrende parametre for valget af strategi for genoptræning og/eller kompenserende tiltag. Det er overraskende at det kognitive aspekt fylder så lidt i de studier som er tilgængelige. Og heller ikke er omtalt i baggrund og perspektivering	
	Københavns Kommune		21	<i>Specifikt spørgsmål</i> Men jeg undrede mig over et studiet Momosaki(2015) på side 21 øverst: Man fandt signifikant flere	Det er korrekt refereret, og det er pga. studie designet. Studiet har opgjort journaldata

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -21 af 37**

			indlæggelsesdage for patienter der havde modtaget rehabilitering med 41.2 dage (SD 51) sammenlignet med dem der ikke havde modtaget rehabilitering 31 dage (SD 44.1) Det virker for mig ulogisk, er det fordi det er forskellige typer patienter, således at dem der modtager rehabilitering er dårligere end de andre ?, det fremgår bare ikke af teksten. Men jeg kan se at det ikke er et interventionsstudie, men et retrospektivt observationsstudie, så måske skal det - for forståelsens skyld - uddybes lidt i teksten	retrospektivt og man kan formode, at de har været længere indlagt, fordi de har haft et forløb på et rehabiliteringsafsnit. Det fremgår også at denne gruppe har haft flere lungebetændelser, hvilket kan have påvirket indlæggelsestiden. Teksten er ændret.
	Københavns Kommune		Der anbefales Device Facilitated isometrisk styrketerapi. Jeg aner simpelthen ikke hvad der menes, og synes ikke jeg kan læse mig til det i rapporten.	Der er henvist til s. 33, hvor der henvises til det redskab man har brugt i studiet I-PRO.
	Københavns Kommune		Der anbefales målemetoder, men der kommer ingen forslag. Jeg har ikke selv bud på hvad der kan anvendes.	Det vil afhænge af årsag og valg af træning samt hvad er patienten/borgeren/terapeutens mål med interventionen? Men det er vist et område der bør ses på. Evt. kan

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -22 af 37**

					man uddybe med denne del ved revision.
	Københavns Kommune	Generelt		Som et fremadrettet fokusområde vil det være meget relevant i en kommunal smhng. at se på det vigtige tværfaglige samarbejde/ den tværfaglige samarbejdsflade mellem den ergoterapeutiske træning og den sygeplejefaglige vurdering/ indsats vedr. ernæring i resten af døgnet. De to aspekter skulle gerne spille sammen og styrke hinanden og derved borgeren (skabe sammenhæng, konsensus og kontinuitet i genoptræningsindsatsen) – fremadrettet et ønsket fokusområde.	
	Midtklyngen (de 9 kommuner i Planområde Midt: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre	Generelt		Kommunerne bemærker, at høringsmaterialet indeholder nogle gode overvejelser om kompleksiteten ved den ældre, medicinske borger med dysfagi i forhold til rehabiliterende tiltag og træningsøvelser. Vi håber, at denne genoptræningsforløbsbeskrivelse kan få positive konsekvenser for den medicinske patient med dysfagi.	Tak til Midtklyngen for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -23 af 37

	Midtklyngen	Generelt		I høringsmaterialet skrives, at evidensgrundlaget er mangelfuldt og der derfor ligger praksisanbefalinger til grund for de fleste anbefalinger, konsekvenserne af dette kunne med fordel tydeliggøres.	Det står i teksten "Centrale budskaber"
	Midtklyngen		8	Flowchartet beskriver forløbet for den ældre medicinske borger fra akut modtagelse, stamafdeling, døgnrehabilitering og til ambulant træning i kommunen. Evidensgrundlaget er mangelfuldt, og heraf ligger der praksisanbefalinger til grund for denne genoptræningsforløbsbeskrivelse omkring undersøgelse og træning af ansigt, mund og svælg til denne gruppe borgere. Forløbene er så forskellige, som gruppen selv skriver, så det er nemt at være enig i betragtningen.	Ja – deri består kompleksiteten af forløbene.
	Midtklyngen		8	Ift. Flowchart er det desuden utydeligt hvad der menes med "konsensusanbefaling". Er der tale om forebyggende undersøgelse/screening af alle i risiko eller skal det forstås som opfølgning på den konkrete borger 12 uger efter indlæggelsen?	Konsensusanbefalingen er fremhævet med fed og større tekst. Der er lavet en gennemgang og omformuleret

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -24 af 37

	Midtklyngen		8	Med det øgede fokus på øvre dysfagi, så forventes det også, at der foretages screeninger på hospitalerne, der har fokus på at afklare hvilket oralt indtag borgeren kan indtage sikkert både ift. kost og væske. Borgeren bør screenes før denne overgår til næste instans, så der er en baseline at arbejde ud fra.	
	Midtklyngen	Generelt		Det vil være en god idé at iværksætte et samarbejde omkring systematisk screening på de medicinske afdelinger således, at der er sammenhæng i anvendelsen af screeningsredskaber på tværs af sektorer.	Vigtigt område – men det ligger uden for dette arbejde. Disse studier er ekskluderet, jf. kriterierne for udvælgelse, da fokus har været på genoptræning.
	Midtklyngen	Generelt		Vi forventer, at der bliver øget fokus og derfor udarbejdes flere genoptræningsplaner fra de medicinske afdelinger til kommunerne. Dette vil stille krav til den kommunale indsats, og det er derfor nødvendigt at sikre, at kommunerne har den nødvendige kapacitet til at løfte opgaven herunder i hvilken grad, der skal tilføres økonomiske midler til at kunne sikre tidlig undersøgelse og behandling denne type borger.	
	Midtklyngen	Generelt		Det er desuden vigtigt at sikre, at PFP, GOP og udskrivelsesadvis	Vi har lavet et udkast til dette ovenfor.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -25 af 37**

				melder samme væske- og kostkonsistens, da der på nuværende tidspunkt er mange uoverensstemmelser. Disse informationer fremgår ikke altid tydeligt af GOP. I GOP'en bør det ligeledes fremgå hvorvidt det er tale om øvre dysfagi og hvad træningspotentialer er, herunder motivation og om borgeren er i stand til at selvtræne. Såfremt det ikke er øvre dysfagi, skal kommunen så træne på det? Dette bør afklares i GOP'en.	
	Midtklyngen		7-8	Hvor meget vurderes det fra hospitalsregi, at der skal trænes med terapeut? 14 dages intensiv genoptræning er sandsynligvis ikke tilstrækkeligt hvis der er faldende funktionsniveau. Der kan være behov for vedligeholdende træning. Hvordan kan det organiseres i praksis? Kan det varetages af plejepersonale i plejebolig, såfremt borger ikke selv kan varetage det?	Det må jo bero på en individuel vurdering af effekten af genoptræningen hos den enkelte. Man kan godt forestille sig at flere vil have behov for vedligeholdende tiltag. Men det er ikke noget der er indeholdt i studierne.
	Midtklyngen	Generelt		Generelt ønskes det, at beskrivelsen ikke blot forholder sig til genoptræningen og de rehabiliterende tiltag, men også de kompenserende tiltag, som eksempelvis modificering af kost	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -26 af 37**

				og væske, da dette må forventes at støtte op om træningsøvelserne.	
	Midtklyngen	Generelt		Det er vigtigt at se på den tværfaglige tilgang til dysfagi, samt hvordan plejepersonalet i hverdagen kan medvirke til genoptræningen af borgeren i de daglige ADL situationer. Derfor er det afgørende, at der tages stilling til hvad der er behov for i forhold til kompetencer m.m. blandt plejepersonalet.	Fra Ergoterapeutforeningen er der udarbejdet kompetenceprofiler inden for dysfagi. Men kunne forestille sig at øvrige faggrupper beskrev noget lignende.
	Akutmodtagelse n på Bispebjerg Frederiksberg Hospital	Generelt		Dokumentet omhandler i vores optik mere en metode og teorier end en tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse.	
	Akutmodtagelse n på Bispebjerg Frederiksberg Hospital		19	På side 19 er der en praksisanbefaling, hvor arbejdsgruppen anser det for god praksis, at man overvejer at tilbyde træning, både i kommunalt- og hospitalsregi. Hvis dette er tilfældet, mangler der at blive taget stilling til, hvordan dette skal effektueres tværsektoriel til gavn for denne enkelte borger/patient. Altså kunne en mere operationel tilgang være ønskelig.	

Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi

Bilag 2 - Side -27 af 37

Herlev Gentofte Hospital	Generelt	Vi er glade for, at dysfagi hos den ældre medicinske borgere får skærpet opmærksomhed i hele genoptræningsforløbet. Vi bifalder også, at man i regionalt og kommunalt regi ønsker at arbejde evidensbaseret, og vi kan se, at der er lagt et kæmpe arbejde i udarbejdelsen af det faglige indhold af arbejdsgruppen bag. Vi bemærker, at Sundhedsfagligt råd for geriatri og Sundhedsfagligt råd for lungesygdomme i Region Hovedstaden har godkendt det faglige indhold i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, og at genoptræningsforløbsbeskrivelsen derfor sendes i høring i kommunerne og på hospitalerne med henblik på at indhente eventuelle bemærkninger vedrørende udformning af flowchart og konsekvenser ved implementering.	Tak til Herlev Gentofte Hospital for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.
Herlev Gentofte Hospital		HGH har en stærk forskningsprofil på ernæringsområdet, og fra den kant er det bemærket, at der er nogle problematikker med det faglige indhold af genoptræningsforløbsbeskrivelsen. Det er forskernes håb, at disse bemærkninger giver anledning til	Der har været dialog med HGH om, at en tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse ikke kan sidestilles med en national klinisk retningslinje, da

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -28 af 37**

			at genoptræningsforløbsbeskrivelsen gennemgås en ekstra gang, og at implementering først tages op, når evidensen bagved er gennemgået, som det anbefales af Sundhedsstyrelsen.	forudsætningerne såvel økonomisk som bemandingsmæssigt tager afsæt i frivillig interesse områder. Der er altså ikke tale om egentlig forskning.
	Herlev Gentofte Hospital		Det ser ud til, at arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen har benyttet metoderne for udarbejdelse af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer, og benytter sig af GRADE principperne til at formulere sine anbefalinger. Vi har nogle kommentarer til fremgangsmåden, hvorpå GRADE er benyttet: Der er tre PICO's, der kun adskiller sig i forhold til outcomes (kritisk, vigtig og surrogat outcomes). Når GRADE anvendes, så vælges og defineres intervention, som så graderes ift de forskellige outcomes, hvor de kritiske outcomes så vejer tungest når anbefalingerne gives.	
	Herlev Gentofte Hospital		Evidensprofilerne for hvert PICO med vurdering af kvaliteten af evidensen for hvert effektmål. Her	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -29 af 37**

			indgår kvalitetsparametrene (Bias, inkonsistens, indirekte evidens, unøjagtighed, publikationsbias), der opsummeres på tværs af de inkluderede studier. Arbejdsgruppen skriver, at 'Egentlige beregninger af risiko vil ikke blive præsenteret, da data ikke understøtter statistisk opgørelse. 'Så der er ikke udført metaanalyser, men resultater beskrives narrativt i forløbsbeskrivelsens tekst. Af hensyn til læsevenligheden kunne egentlige SoF tabeller have være benyttet med angivelse af absolut og relativ risiko for hvert outcome i hvert enkelt studie (det gøres også i flere NKRRer), der så kvalitetsvurderes. Samlet set vil det nok ikke ændre på anbefalingerne, men gøre resultatopgørelsen mere transparent. Som den foreligger nu, skal læseren arbejde en del for at greje resultater/effekt samt i hvilke af studierne der var størst risiko for bias mv.	
	Herlev Gentofte Hospital		Vær opmærksom på, at GRADE bruges på estimatet, der fremkommer ved evt. metaanalyse eller ved analyser af hvert enkelt studie. Det er ikke korrekt at	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -30 af 37**

			benytte GRADE ved narrative beskrivelser. Tabellerne med vurderingen af kvaliteten af evidensen for hvert effektmål (evidensprofiler) er ikke fremstillet korrekt og er derfor ikke brugbare i den nuværende form. Bl.a. er de forskellige typer af studier blandet sammen i tabellerne og der er ingen effektestimater (som det er muligt at lave selvom man kun har et studie indenfor et område). Det nuværende layout gør det vanskeligt at tro, at GRADE pro overhoved har været benyttet? Det er derfor uklart, hvordan arbejdsgruppen når frem til styrken af de forskellige anbefalinger.	
			Indsatserne og deltagerne i de inkluderede studier varierer en del og der er et mix af forskellige tilgange og diagnoser. Det gør arbejdsgruppen også opmærksom på. Denne store variation kan skyldes, at udformningen af PICOs og emneafgræsning måske har været for bred, hvilket ser ud til at have givet lidt problemer ift formulering af anbefalinger. (P. 10. 3.4. Emneafgræsning 'Genoptræning af dysfagi kan inddeles i kompensatoriske,	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -31 af 37**

			adaptive og rehabiliterende indsatser. I denne forløbsbeskrivelse er der udelukkende inkluderet studier med rehabiliterende (restorativt) fokus. Studier der begrænses til indsatser med kompensatorisk intervention, er ekskluderet, dog må interventionen indeholde kompensatoriske tiltag i kombination med genoptræning.	
	Herlev Gentofte Hospital		Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er ikke afgrænset til kun at omhandle RCT-studier, men indeholder alle former for eksperimentelle og observationelle studier, inklusive casestudier. Det uklart hvordan (hvis det er sket) de observationelle studier evt. er opgraderet (hvilket GRADE jo tillader).	
	Herlev Gentofte Hospital		Herudover har vi nogle mere generelle kommentarer til metoden og selve genoptræningsforløbsbeskrivelsen: Formålet med arbejdet er at udarbejde en genoptræningsforløbsbeskrivelse er uklar i den foreliggende genoptræningsforløbsbeskrivelse.	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -32 af 37**

				Af indledningen fremgår det, at Regionen arbejder ud fra en række rationaler, når det gælder udvælgelse af emner for tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Rationalet kunne tydeliggøres i det aktuelle tilfælde. F.eks. er manglede tydelig i kommunikationen, om hvilken kostform, patienter med dysfagi bør tilbydes, et stort problem, der kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte.	
	Herlev Gentofte Hospital			Resultatafsnittet fremstår som vanskeligt at læse, da det bl.a. er uklart, hvilken type af studie, der er tale om, når de enkelte gennemgås. Ligeledes er det vanskeligt at vurdere effekten på de valgte effektmål, når man ikke ved om interventionen har haft en effekt. Specifikt er nogle af resultaterne (fx for overlevelse og komplikationer) jo ikke ganske uventede idet man har valgt at medtage interventionsstudier, hvor patienterne i de to grupper ikke er lige syge.	
	Herlev Gentofte Hospital			Arbejdsgruppen har valgt at fremlægge deres overvejelser (side 32), men der mangler overvejelser	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -33 af 37**

			om hhv. de gavnlige og skadelige virkninger af de forskellige interventioner, ligesom patientperspektivet savnes.	
	Herlev Gentofte Hospital		I genoptræningsforløbsbeskrivelsen er der mange gentagelser ligesom der er en uklar brug af referencer. Fx henvises der først i baggrunden til ref. 3 – uden at ernæring berøres. På s. 21 sammenfatning af outcome, virker det som om det er forfatterne (ref. 20), der har vurderet, at deres studie er af lav kvalitet osv. hvilket næppe er tilfældet?	
	Herlev Gentofte Hospital		De formulerede PICO er ikke brugbare i deres nuværende form, da de fleste omfatter mere end et PICO og de burde derfor have været skilt ad. Herudover er population og intervention ikke tydeligt beskrevet.	
	Herlev Gentofte Hospital		Desuden burde der have været gennemført en trinvis søgning, først efter guidelines, derefter systematiske review og til sidst primær litteratur. Det er i øvrigt kun sidstnævnte, der kan vurderes i GRADE systemet.	

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**

Bilag 2 - Side -34 af 37

	Herlev Gentofte Hospital			Apropos ernæring så undrer det, at der slet ingen overvejelser er om ernæringens betydning for styrketræning, også når det gælder dysfagi. Desuden savnes der en omtale af begrebet sarkopeni og specifikt sarkopeni dysfagi og også en omtale/beskrivelse af præ-rehabilitering. Ved behov for uddybning af de indholdsmæssige bemærkninger kan følgende kontaktes: Anne Marie Beck, seniorforsker ph.d. Herlev Gentofte Hospital Tina Hansen, lektor ph.d. Københavns Professionshøjskole	
	Rigshospitalet, afdeling for fysio- og ergoterapi	Generelt		Afdeling for Fysio- og ergoterapi bemærker, at der er tale om et flot stykke arbejde, som man takker for. Det er en meget relevant målgruppe. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er meget grundig og godt gennemarbejdet med	Tak til Rigshospitalet for høringssvaret og anerkendelse af vigtigheden af et øget fokus på denne patientgruppe.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -35 af 37**

				udgangspunkt i hvilken litteratur, der har været mulig at finde. Artiklerne er fint vurderet, og viser et behov for mere forskning og af højere kvalitet. Anbefalingerne er fine, da de giver nogle handlemuligheder for ergoterapeuter og en faglig retning.	
	Rigshospitalet, afdeling for fysio- og ergoterapi	Generelt		Dog ser vi, at arbejdsgruppen ikke har taget stilling til dosis/respons sammenhæng i studierne. Nogle studier beskriver en ret intensiv indsats, som giver et godt resultat, og det fremgår ikke i anbefalingerne. Dette synes vi er vigtigt at tage med. Spørgsmålet er om selve interventionen/teknikken har givet resultatet eller selve intensitet (det at man gør noget dagligt i 3 uger).	Er revideret
	Rigshospitalet, afdeling for fysio- og ergoterapi	Generelt		Endvidere ift. målemetoder under afsnittet praksisanbefalinger, vil vi gerne høre, om der er en anbefaling ift. metodevalg.	
	Rigshospitalet, Øre, næse, hals		7	Det er en halv sætning eller uklart hvad "det" står for. Skal specificeres.	Omformuleret

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi**
Bilag 2 - Side -36 af 37

			8	Kommentat til sidste afsnit i Forløb: Hvad er konklusionen af dette? At der skal laves ensartede udbud eller blot en konstatering af at patienter og kommuner er forskellige?	Flowchart gennemarbejdet og revideret.
			10	Der må godt her uddybes hvad der menes med kompensatorisk, adaptiv og rehabiliterende,- ellers er afsnittet ikke kun emneafgrænsende men også meningsafgrænsende.	Dette er afgrænset yderligere i søgekriterier.

**Punkt nr. 3 - Beslutning: Godkendelse af tværsektoriel
genoptræningsforløbsbeskrivelse for dysfagi
Bilag 2 - Side -37 af 37**

			11	Nederst på siden: Betanding /proteser er også et tiltagende problem med alderen	Ja det er relevant. Dette er skrevet ind i definitionen og afgrænsning af dysfagi hos den ældre medicinske patient. (s 14, midt på siden)
			12	6.1. Definition af nøgleord/forkortelser Rigtig fin liste,- men hvis det skal være definition af begreberne, så skal den udbygges til rent faktisk at beskrive hvad forkortelserne/begreberne står for.	Dette er i overensstemmelse med tidligere forløbsbeskrivelser. Forkortelser benyttet i teksten, primært outcome measures. Begreber er defineret.

Sundhedskoordinationsudvalget

MØDETIDSPUNKT

11-06-2021 12:00

MØDESTED

Virtuelt møde

MEDLEMMER

Flemming Pless	Formand
Annette Randløv	Medlem
Christine Dal	Medlem
Freja Södergran	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Birgit Roswall	Medlem
Helle Moesgaard Adelborg	Medlem
Kirsten Jensen	Medlem
Sisse Marie Berendt Welling	Næstformand
Simon Aggesen	Medlem
Peder Reistad	Medlem
Jørgen Steen Andersen	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Beslutning: Godkendelse af IV-aftale
3. Beslutning: Prioritering af pejlemærker ift. Sundaftalens fokusområde Sammen om borgere med psykisk sygdom – borgere med psykisk sygdom og et misbrug
4. Beslutning: Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen
5. Drøftelse: Forslag til Kræftplan del 2 for Region Hovedstaden
6. Drøftelse: Forslag til Praksisplan for Almen Praksis
7. Orientering om status på lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsbehandling
8. Orientering: Status på arbejdet med SP-link
9. Meddelelser -
10. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedskoordinationsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

21017441

2. BESLUTNING: GODKENDELSE AF IV-AFTALE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede d. 17. juni 2020, at der skal udarbejdes et forslag til regionsdækkende aftale om intravenøs behandling (IV-behandling) i kommunalt regi.

Der foreligger nu et forslag til IV-aftale.

Forslaget fremlægges til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget med henblik på efterfølgende godkendelse i regionsrådet og i de 29 kommuner i regionen.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslag til aftale om intravenøs behandling i Region Hovedstaden mhp. efterfølgende godkendelse i Regionsrådet og i de 29 kommuner i regionen.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

For at understøtte en udvikling, hvor flere borgere kan tilbydes muligheder for behandling i deres nærmiljø, besluttede Sundhedskoordinationsudvalget besluttede d. 17. juni 2020, at der skal udarbejdes et forslag til regionsdækkende aftale om intravenøs behandling (IV-behandling) i kommunalt regi.

På den baggrund nedsatte Tværsektoriel strategisk styregruppe i juni 2020 en temagruppe bestående af fagpersoner og ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne og kommunerne, der fik til opdrag at udarbejde et forslag til IV-aftale.

Gruppen har nu udarbejdet et samlet forslag, som beskriver de faglige og organisatoriske dele af aftalen.

Aftalen omfatter følgende behandlingsformer:

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

For alle behandlingsformerne gælder at hospitalet beholder det lægelige behandlingsansvar under hele forløbet. Desuden har hospitalet ansvaret for levere al ordineret IV-medicin IV-medicin, IV-væsker og IV-pumpe samt de sygeplejeartikler, der skal bruges i forløbet.

Før et IV-forløb kan opstartes i kommunalt regi skal hospitalet altid kontakte kommunen således, at kommunen kan vurdere om den kan påtage sig opgaven.

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -5 af 125

Aktivitet

Det forventes, at der vil være 5.700 IV-behandlinger i kommunalt regi pr. år, når aftalen er fuldt implementeret.

Finansiering

Der er udarbejdet en takstmodel for den regionale finansiering af IV-behandling i kommunalt regi.

Takstmodellen består af en trappemodel med forløbstakster for tre typer IV-behandling (IV-antibiotika, IV-væske, IV-pumpe) samt dagstakster, der bliver afregnet for længere forløb. Dagstakst bliver alene anvendt når forløbene strækker sig udover de antal dage, der er forudsat i forløbet. Forløbstakster er valgt for at skabe en enkel model, der er let at administrere. Det er forventningen, at hovedparten af forløbene alene vil blive afregnet med forløbstakst.

Længden af forløbene varierer:

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

I takstmodellen indgår en 'trappe', som regulerer taksten i takt med antallet af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi, stiger.

Trappemodellen afspejler, at i takt med at antallet af årlige IV-besøg stiger, opnår kommunerne bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge IV-behandling. Trappemodellen består af tre successive trin, hvor antal årlige IV-forløb i Region Hovedstaden definerer trinene. De første 1.500 forløb bliver afregnet efter taksterne på trin 1. De følgende forløb op til 3.000 bliver afregnet efter taksterne på trin 2. Herefter bliver forløbene afregnet efter taksterne på trin 3.

Tabel 1: Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden, i kr. 2020-niveau						
	Trin 1 (0-1499 årlige forløb)		Trin 2 (1500-2999 årlige forløb)		Trin 3 (3000+ årlige forløb)	
	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst
IV-antibiotika	6915	1485	6411	1366	6159	1306
IV-væske (isoton)	1343	341	1274	309	1240	292
IV-pumpe	2049	341	1912	309	1843	292

De regionale udgifter ibm. taksafregningen forventes, at blive cirka 23 mio. kr. årligt, når aftalen er fuldt implementeret. Der vil dog samtidig være besparelser som følge færre sengedage for indlagte patienter. Vurderingen er derfor at hospitalerne kan finansiere udgifterne inden egne budgetrammer, hvoraf en del vil kunne finansieres via midlerne til understøttelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (midlerne til samordningsudvalgene).

Evaluerings

Der foreslås i aftalen, at der sker en evaluering efter to år. Desuden fremgår det af aftalen, at der er tale om en forsøgsordning, hvor parterne i aftaleperioden har mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen. Herunder vil også taksterne kunne genforhandles.

Parenteral ernæring til korttarmspatienter

Sundhedskoordinationsudvalget blev på mødet den 17. marts 2021 orienteret om, at der sideløbende med forhandlingerne om IV-aftalen har pågået forhandlinger om, hvordan parenteral ernæring til korttarmspatienter, der ofte har livslange forløb, skal håndteres i IV-aftalen. Der er ikke lykkedes at

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -6 af 125

opnå en enighed. Der er udarbejdet et papir, der nærmere redegør for uenigheden.

Uenighedspapiret vil blive medsendt IV-aftalen, når den udsendes til godkendelse i de 29 kommuner og i regionen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Forudsat at Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslag til IV-aftale på mødet den 11. juni 2021 udsendes aftalen umiddelbart herefter til godkendelse i de 29 kommuner og i Regionrådet.

Godkendelsesprocessen forventes, at pågår frem til oktober 2021.

JOURNALNUMMER

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Udkast til aftale om IV-behandling. Endelig udgave 28.05.2021

① 2. Bilag til pkt. 2 Uenighedspapir

3. BESLUTNING: PRIORITERING AF PEJLEMÆRKER IFT. SUNDÆFTALENS FOKUSOMRÅDE SAMMEN OM BORGERE MED PSYKISK SYGDOM – BORGERE MED PSYKISK SYGDOM OG ET MISBRUG

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedskoordinationsudvalget havde d. 17. marts 2021 udvalgets anden temadrøftelse om Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om borgere med psykisk sygdom". Der var i drøftelsen fokus på ønsker og behov for udvikling af det tværsektorielle samarbejde ift. borgere, der har en psykisk sygdom og samtidig et misbrug.

På baggrund af drøftelsen har administrationen udarbejdet forslag til to pejlemærker, der nu fremlægges med henblik på drøftelse og prioritering.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter og prioriterer forslag til pejlemærker om en styrket indsats ift. borgere, der har en psykisk sygdom og samtidig et misbrug.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

I Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelse d. 17. marts 2021 om borgere der har en psykisk sygdom og samtidig et misbrug, var der fokus på de udfordringer som borgerne kan møde når de forskellige sektorer ikke formår at samarbejde med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og situation.

På temadrøftelsen blev dog også givet en række eksempler på tværsektorielle indsatser, som er igangsat inden for de seneste år, og hvor formålet er at finde nye løsninger på de udfordringer som borgerne kan møde i de sektoropdelte behandlingsforløb, hvor hvert behandlingssted principielt kun har ansvaret for en afgrænset del af behandlingen.

I arbejdet med forslag til pejlemærker har administrationen derfor haft fokus på at afdække om der er igangværende indsatser, der har potentiale til yderligere udbredelse så flere borgere vil opleve at få et sammenhængende behandlingstilbud, der tilgodeser deres ønsker og individuelle behov for behandling.

På den baggrund foreslås to pejlemærke:

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -8 af 125

A. Udbredelse af APU - Tværsektoriel samarbejdsmodel for borgere med psykisk sygdom og et misbrug.

For at løse udfordringer med det delte behandlingsansvar, sikring af sammenhængende behandlingsforløb og minimering af risikoen for, at borgeren ikke fik behandling for sine lidelser, igangsatte Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med fem kommunale misbrugscentre i 2016/2017 *APU – en tværsektoriel samarbejdsmodel*.

Formålet var at udvikle et ambulant psykiatrisk behandlingstilbud, der sikrer en sammenhængende og individuelt tilpasset behandling målrettet borgere med en ikke-psykotisk psykisk sygdom og en samtidig rusmiddelproblematik.

I forbindelse med projektets opstart etablerede Region Hovedstadens Psykiatri APU (Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling) på PC Stolpegården. Samarbejdsmodellen indebærer at APU varetager den psykiatriske behandling, mens rusmiddelbehandlingen varetages af de kommunale misbrugscentre.

Modellen er dermed tilpasset det sektoropdelte behandlingsansvar. Men sikrer, at behandlingen af begge problemstillinger foregår i tæt samarbejde mellem APU og den kommunale misbrugsbehandling. Det sker bl.a. gennem tre obligatoriske fælles netværksmøder, der bliver holdt indledningsvis, ca. midtvejs og i forbindelse med afslutningen af behandlingen i APU. Der er desuden møder mellem borgerens behandlere for at sikre en god koordination.

Modellen er evalueret og har vist gode resultater. I forbindelse med evalueringen er også brugernes oplevelser af behandlingsforløbet blevet undersøgt. For brugerne spiller særligt samarbejdet og koordinationen mellem APU og misbrugscenter en afgørende rolle. Den generelle oplevelse fra brugerperspektivet er, at forløbet har haft en stor og positiv betydning i deres liv.

På nuværende tidspunkt er der etableret eller planlagt samarbejde mellem APU og 11 ud af de 29 kommuner i Region Hovedstaden.

For at understøtte en yderligere udbredelse af modellen foreslås, at udbredelse af modellen følges af psykiatriens fælles samordningsudvalg. Desuden foreslås, at Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en status for arbejdet med udbredelse af modellen inden udgangen af 2022.

B. Udvikling af en tværsektoriel behandlings- og samarbejdsmodel målrettet mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik

Borgere med svær psykisk sygdom og et misbrug har i høj grad brug for et sammenhængende behandlingsforløb, men i praksis kan de have svært ved at få det tilbud.

Med udgangspunkt i de gode erfaringer fra APU har Psykiatrisk Center Amager sammen med Københavns Kommune og Tårnby Kommune derfor startet et samarbejde om udvikling af en tværsektoriel behandlings- og samarbejdsmodel, der er målrettet borgere med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik.

Formålet med samarbejdet er, at man vil udvikle en model, hvor der ligesom i APU sikres et løbende samarbejde og tæt koordination mellem behandlingstilbuddene.

Arbejdet med modellen er i en tidlig fase. Men, der planlægges efter at modellen skal kunne udbredes til regionens øvrige psykiatriske centre med akutfunktion og kommunerne i Region Hovedstaden, når den er gennemprøvet.

For at understøtte muligheder for hurtig udbredelse af modellen foreslås, at det fælles

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -9 af 125

samordningsudvalg følger arbejdet med projektet og de erfaringer der opnås. Desuden foreslås at Sundhedskoordinationsudvalget orienteres om status på projektet inden udgangen af 2022.

Der er som bilag til sagen vedlagt mere uddybende beskrivelser af de to forslag til pejlemærker.

Der er endvidere vedlagt en oversigt med eksempler på andre igangværende tværsektorielle indsatser, der understøtter sammenhæng i forløb for borgere der både har en psykisk sygdom og et misbrug.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Forslag til pejlemærkebeskrivelser_ 040621
- 📎 2. Bilag_Oversigt Tværsektorielle indsatser - borger der har psykisk sygdom og et misbrug.

4. BESLUTNING: MIDTVEJSSTATUS FOR ARBEJDET MED SUNDHEDSAFTALEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der skal udarbejdes en Midtvejsstatus for Sundhedsaftalen, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest 1. juli 2021.

Administrationen har udarbejdet vedlagte forslag til Midtvejsstatus, der fremlægges mhp. drøftelse og kommentering.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskooridnationsudvalget drøfter forslag til Midtvejsstatus for Sundhedsaftalen 2019-2023 mht. at udvalgets bemærkninger indarbejdes inden Midtvejsstatus fremsendes til Sundhedsstyrelsen 1. juli 2021.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Der skal udarbejdes en Midtvejsstatus for Sundhedsaftalen, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest 1. juli 2021.

Der er ikke bestemte formkrav til afrapporteringen, men afrapporteringen skal som minimum indeholde en status på aftalens visioner, mål og organisering. Sundhedsstyrelsens ønsker endvidere, at der i afrapporteringen er særligt fokus på hvordan COVID-19 situationen har påvirket samarbejdet set i lyset af de krav, som håndteringen af COVID-19 har stillet til parterne.

Administrationen har udarbejdet vedlagte forslag til Midtvejsstatus. Afrapporteringen er udarbejdet så kravene til afrapporteringen efterkommes. Derudover er der indarbejdet korte beskrivelser af erfaringer fra samarbejdet – herunder samarbejdet under COVID-19 - der kan bidrage til fremdrift i det videre arbejde med implementeringen af Sundhedsaftalen.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at de fem Sundhedskoordinationsudvalg, KL og Danske Regioner invitere til et erfaringsudvekslingsmøde om midtvejsstatus på de Sundhedsaftaler i efteråret 2021.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Administrationen udarbejder pba. udvalgets bemærkninger endeligt forslag til Midtsvejsstatus for Sundhedsaftalen 2019 - 2023, som godkendes i SKU-formandskabet inden det fremsendes til Sundhedsstyrelsen, senest 1. juli 2021.

JOURNALNUMMER

BILAGSFORTEGNELSE

1. UDKAST_Midtvejsstatus SA 2019 - 2023

5. DRØFTELSE: FORSLAG TIL KRÆFTPLAN DEL 2 FOR REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Det blev med Hospitalsplan 2025 besluttet at udarbejde en ny kræftplan for Region Hovedstaden. Pga. COVID-19 blev arbejdet med kræftplanen pauseret, og proces- og tidsplanen blev ændret. Det blev i den forbindelse besluttet at opdele den nye kræftplan i to dele. Del 1 af kræftplanen vedrører udredning og behandling af kræft og blev politisk godkendt i regionsrådet den 22. september 2020.

Del 2 af kræftplanen handler om "Tidlig opsporing og hurtig diagnostik", "Opfølgning, herunder rehabilitering og senfølger" samt "Palliation og hospice", og planen indeholder anbefalinger til udviklings- og forbedringspotentialer inden for disse tre spor samt til en række tværgående temaer om social lighed, systematisk inddragelse, forebyggelse og bedre brug af digitale løsninger og data.

Forslaget til regionens kræftplan del 2 er sendt ud i en bred høring, herunder til kommunerne, med frist d. 30. juni 2021.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter forslaget til kræftplan del 2 for Region Hovedstaden.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Den nye kræftplan erstatter regionens eksisterende kræftplan fra 2011, og den tager udgangspunkt i et ønske om at sikre en fortsat høj kvalitet i kræftbehandlingen og gode sammenhængende patientforløb. Der er i planen et særligt fokus på patientoplevelse, kvalitet og effekt. Det betyder, at planen bl.a. har fokus på at understøtte, at kræftpatienter inddrages bedre i eget forløb, og at det samlede kræftforløb bliver tilrettelagt med respekt for patienternes og de pårørendes tid. Patienterne skal desuden opleve et trygt forløb med en tydelig ansvarsfordeling, og at deres behov for hjælp imødekommes.

Kommunal involvering

Forslaget til kræftplan del 2 er udarbejdet med inddragelse af en bred kreds af interessenter, regionale politikere, sundhedsfaglige/kliniske miljøer samt hospitaler og kommuner i regionen.

Regionen har indhentet input fra det administrative ledelsesniveau i fire kommuner/projekter, som er udpeget via KKR Hovedstaden: Københavns Kommune, Hillerød Kommune, Frederiksberg Kommune samt fra projektet 'Vi samler Kræfterne', der er et tværkommunalt samarbejdsprojekt med deltagelse af ni kommuner inden for planområde Midt.

Sundhedskoordinationsudvalget blev orienteret om kræftplan del 2 på mødet d.17. marts 2021.

Den 14. juni 2021 afholder regionen et dialogmøde om kræftplan del 2, hvor relevante

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -13 af 125

samarbejdspartnere og interessenter, heriblandt flere kommuner, deltager. Formålet med dialogmødet er at få bidrag til høringsversionen af kræftplanen, herunder at få deltagernes refleksioner på, hvordan vi får anbefalingerne ud at leve. På dialogmødet vil deltagerne få mulighed for at komme med input til planens anbefalinger.

Anbefalinger i kræftplanen

Udkast til kræftplanens del 2 indeholder i alt 15 anbefalinger. En samlet oversigt over anbefalingerne fremgår af bilag 2. Der er anbefalinger til hvert af de fire tværgående temaer om hhv. 1) forebyggelse af kræft, 2) social lighed på kræftområdet, 3) systematisk inddragelse af patienter fra start til slut samt 4) bedre brug af digitale løsninger og data. Derudover indeholder kræftplanen en række anbefalinger indenfor hvert af kræftplanens tre spor.

Spor 1: Tidlig opsporing og hurtig diagnostik

Omkring 85 procent af alle kræfttilfælde opdages ved, at patienten henvender sig til sin praktiserende læge. Der er stor variation i patienternes symptomer, når de henvender sig til almen praksis første gang, og nogle patienter går meget længe med deres symptomer, inden de opsøger sundhedsvæsenet. Ligeledes er der variation i de praktiserende lægers brug af de diagnostiske enheder. Kræftopsporingen er, som de øvrige dele af kræftforløbet, præget af en social ulighed, og det kan have afgørende betydning for, hvor hurtigt patienterne opsøger sundhedsvæsenet, at de bliver opfordret til lægesøgning af deres sociale netværk ved oplevede symptomer på sygdom, der kan være kræft.

Kræftplanen lægger derfor op til, at regionen skal understøtte de praktiserende læger i vurderingen af symptomer på kræft og sikre, at regionens tilbud til udredning og diagnostik er effektive og tilgængelige for almen praksis. Dertil indgår det som en anbefaling, at regionen styrker den fælles, tværsektorielle læring med almen praksis om tidlig opsporing af kræft gennem en bedre og mere systematisk brug af data og dialog om patientforløb. Yderligere at regionen understøtter, at der er en høj tilslutning til de tre nationale screeningsprogrammer på kræftområdet, da dette er væsentligt i forhold til at opdage kræft tidligt, især blandt borgere uden symptomer på kræft.

Spor 2: Opfølgning efter kræft

Langt de fleste kræftpatienter vil, efter at behandlingen er afsluttet, fortsætte i et opfølgningsforløb med en række planlagte indsatser og kontakter til sundhedsvæsenet. Undersøgelser viser, at nogle kræftpatienter oplever, at de undervejs i deres opfølgningsforløb bliver tabt i sektorovergangene, og at de ikke får den nødvendige hjælp. De samme undersøgelser viser også, at mange kræftpatienter ikke oplever, at de bliver tilstrækkeligt involveret i beslutninger om deres opfølgningsforløb, og at sundhedspersonalet på hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad taler med dem om senfølger eller hvordan den praktiserende læge kan hjælpe patienten efter endt hospitalsbehandling.

Der er i dag væsentlige forskelle i de indsatser, som kræftpatienter tilbydes, når deres kræftbehandling er afsluttet. Viden om kvaliteten i kræftrehabilitering er meget begrænset, og en generel mangel på ensartede data gør det vanskeligt at følge op på indsatser på tværs af organisatoriske enheder.

Kræftplanen lægger derfor op til, at regionen indgår i et samarbejde med kommuner og almen praksis om en højere og mere ensartet kvalitet i opfølgningen efter kræft for at sikre, at flere borgere oplever at få den nødvendige hjælp og støtte, når behovet opstår. Derudover lægger planen op til, at regionen styrker patienternes mulighed for systematisk og helhedsorienteret støtte til livet med senfølger efter kræft. Yderligere at regionen sikrer en systematisk og tidlig dialog mellem sundhedspersonale og kræftpatienter om at identificere den enkelte patients ønsker og behov for at udarbejde en individuel opfølgningsplan, der er tilgængelig for borgeren.

Spor 3: Palliation

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -14 af 125

Der opleves et stigende behov for palliativ behandling. Det skyldes bl.a., at mennesker generelt bliver ældre, og at flere patienter - grundet nye og bedre behandlingsmetoder - lever længere med deres kræftsygdom. Det betyder også, at flere patienter i fremtiden vil have brug for længerevarende palliative forløb. I regionen er den specialiserede palliation på hospitalerne organiseret som palliative afsnit under sygdomsrettede specialer som onkologi, urologi og lungemedicin. Dog med undtagelse af Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvor den palliative indsats i 2019 blev organiseret som en selvstændig afdeling for palliation og geriatri på Bispebjerg-matriklen. For nogle hospitaler giver den nuværende organisering god mening, mens det for andre skal overvejes, om det vil være mere hensigtsmæssigt at organisere den specialiserede palliation i nærhed af fx onkologien eller hæmatologien, hvor en stor del af patienterne med palliative behov modtager den sygdomsrettede behandling.

Undersøgelser viser, at kræfttramte patienter har en længere overlevelse og får en bedre livskvalitet gennem hele sygdomsforløbet, hvis de modtager en tidlig palliativ indsats. Mange uhelbredeligt syge kræftpatienter henvises imidlertid så sent i sygdomsforløbet, at de kun lever kort tid med den specialiserede palliative behandling, fordi indsatsen er rettet mod selve behandlingen. Det betyder, at nogle patienter lever en sidste tid med unødigt smerte, som kunne være begrænset eller helt undgået. Det konkluderer bl.a. Rigsrevisionen, som ligeledes finder, at patienter med livstruende sygdom ikke systematisk får identificeret behovet for palliation på basalt niveau og derfor i en række tilfælde heller ikke henvises til specialiseret palliation - og samlet set ikke lindres optimalt.

Kræftplanen lægger derfor op til, at regionen i organiseringen af den specialiserede palliation tager udgangspunkt i en nærhed til relevante specialer, såsom onkologi og hæmatologi, og at kapaciteten bliver gradvist tilpasset behovet. Kræftplanen lægger derudover op til, at regionen vil arbejde for, at livstruende syge patienter på hospitalerne systematisk får vurderet deres palliative behov ud fra viden om patientens oplevede helbredstilstand og livskvalitet, og at regionen - gerne i samarbejde med repræsentanter fra kommuner, almen praksis og hospice - præciserer kriterierne for henvisning til specialiseret palliation. Derudover indgår det som en anbefaling, at regionen vil skabe bedre rammer for, at terminale patienter, som ønsker det, kan blive længst muligt i eget hjem. Det skal blandt andet ske via et tværsektorielt samarbejde om styrkelse af kompetencer til at tage samtalen med patienterne/borgerne om deres sidste levetid.

Tværgående temaer:

- Forebyggelse af kræft:

Kræftplanen lægger op til, at regionen vil arbejde målrettet med forebyggelse, så det er nemmere at leve sundt og flere borgere undgår at blive syge. Dertil at regionen vil intensivere indsatsen med at tilbyde patienter den rette rådgivning og hjælp til at leve sundere.

Kræftplanen lægger samtidig op til, at regionen i alle faser af kræftforløbet vil have særligt fokus på borgere, der har brug for ekstra støtte og hjælp til:

- at forebygge risikoen for kræft
- at diagnosticere kræftdiagnosen i tide
- at holde fast i opfølgnings- og rehabiliteringsforløb

I den forbindelse vil regionens hospitaler samarbejde med almen praksis og kommunerne om at nedbringe de sociale forskelle/skævheder på kræftområdet.

- Social lighed på kræftområdet:

Kræftplanen lægger op til, at regionen indgår i et samarbejde med civilsamfundet og udvalgte arbejdspladser om både tidlig opsporing af kræft og støtte til livet efter endt kræftbehandling.

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -15 af 125

- Systematisk inddragelse af patienter fra start til slut:

Kræftplanen lægger op til, at regionen vil sikre, at fælles beslutningstagen bliver en integreret del af den kliniske praksis. Herunder at regionens sundhedspersonale får systematisk træning i patientinddragende kommunikation, og at der arbejdes systematisk med brugen af patientrapporterede oplysninger for at understøtte mere individuelt tilrettelagte patientforløb, dialog med den enkelte kræftpatient og kvalitetsudvikling i behandling.

- Bedre brug af digitale løsninger og data:

Kræftplanen lægger op til, at regionen vil styrke arbejdet med data, digitale løsninger og nye teknologier i kræftbehandling. Det handler om forskning og kvalitetsudvikling og om at implementere løsninger, der styrker kvalitet og sammenhæng i de samlede patientforløb.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Del 2 af kræftplanen er sendt i en bred offentlig høring i juni 2021, herunder til kommunerne, med henblik på politisk godkendelse i regionen i august og september 2021. Der bliver i høringsperioden afholdt et dialogmøde om planen med relevante samarbejdspartnere og interessenter den 14. juni 2021, hvor flere kommuner deltager på administrativt ledelsesniveau. Formålet med dialogmødet er at få bidrag til høringsversionen af kræftplanen, herunder at få deltagernes refleksioner på, hvordan vi får anbefalingerne ud at leve.

Administrationen foreslår, at alle somatiske hospitaler i regionen, i forlængelse af kræftplanen, udarbejder egne lokale planer, som udfolder, hvordan anbefalingerne konkret skal føres ud i livet. Konkretisering af og opfølgning på anbefalingerne vil desuden indgå i fremtidige hospitalsplaner og revisioner heraf. Samtidig vil faglige mål og anbefalinger i den samlede kræftplan indgå i den løbende dialog og samarbejde med almen praksis, kommuner og hospice, ligesom kræftområdet vil være et element i en kommende strategi for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

JOURNALNUMMER

21023389

BILAGSFORTEGNELSE

1. Høringsudkast: Kræftplan for Region Hovedstaden - del 2

6. DRØFTELSE: FORSLAG TIL PRAKSISPLAN FOR ALMEN PRAKSIS

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Praksisplanudvalget har udarbejdet høringsudkast til den kommende almen praksisplan, som blev sendt i en tre måneders høring d. 19. maj 2021. Den kommende praksisplan skal inden årsskiftet erstatte den aktuelle almen praksisplan. Høringsudkastet forelægges her for Sundhedskoordinationsudvalget til evt. bemærkninger.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen om høring af almen praksisplan til efterretning.

at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter evt. bemærkninger til høringsudkastet.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Praksisplanudvalget har udarbejdet høringsudkast til den kommende almen praksisplan, som blev sendt i en tre måneders høring d. 19. maj 2021. Den kommende praksisplan skal inden årsskiftet erstatte den aktuelle almen praksisplan.

Pga. stort personsammenfald mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden er høringsudkastet til den kommende almen praksisplan kendt af størstedelen af sundhedskoordinationsudvalget. I følge sundhedslovens § 204 stk. 1, skal praksisplanen imidlertid inden vedtagelsen forelægges for Sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedskoordinationsudvalget kan i den forbindelse komme med forslag til, hvordan planen kan fremme sammenhæng mellem hospitaler, praksissektor og kommunale tilbud.

På den baggrund forelægges her høringsudkast til almen praksisplan 2021 til Sundhedskoordinationsudvalgets evt. bemærkninger.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Praksisplanen er i høring indtil 16. august 2021, hvorefter høringsudkastet efter behov justeres som følge af indkomne høringssvar. Praksisplanudvalget ventes at godkende den endelige praksisplan på sit møde d. 17. december 2021.

JOURNALNUMMER

20014716

BILAGSFORTEGNELSE

1. Høringsudkast til almen praksisplan 2021, Region Hovedstaden

7. ORIENTERING OM STATUS PÅ LÆGEFAGLIGT BEHANDLINGSANSVAR EFTER HOSPITALSBEHANDLING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Københavns Kommune har ønsket en orientering om status på et regionalt tilbud om lægefagligt behandlingsansvar. Region Hovedstaden drøfter muligheden for at tilbyde lægefagligt behandlingsansvar i forbindelse med regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Københavns Kommune har ønsket en orientering om status på regionalt tilbud om lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsbehandling. Region Hovedstaden drøfter lægefagligt behandlingsansvar i forbindelse med udarbejdelse af et visionsoplæg for Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Visionsoplægget behandles i Regionsrådets Forretningsudvalg d. 15 juni og i Regionsrådet den 22. juni 2021. Såfremt der er politisk opbakning til visionsoplægget, vil Region Hovedstaden arbejde videre med en model for lægefagligt behandlingsansvar og i forlængelse heraf gerne indgå en aftale med kommuner og almen praksis om lægefagligt behandlingsansvar.

Der vil på mødet blive givet en mundtlig orientering om hovedelementer i forslaget.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

Tomt indhold

8. ORIENTERING: STATUS PÅ ARBEJDET MED SP-LINK

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med denne sag orienteres Sundhedskoordinationsudvalget om aktuel status for arbejdet med udrulning af SP-Link i kommunerne.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget blev d. 17. marts 2021 orienteret om status på arbejdet med udrulning af SP-Link i hovedstadsregionen i forhold til de 15 kommuner, der benytter omsorgssystemet CURA og de 14 kommuner, der benytter omsorgssystemet KMD-Nexus.

Aktuelt status

CURA-Kommunerne

Det fremgik af orienteringen fra 17. marts 2021, at Københavns Kommune, der anvender omsorgssystemet CURA, har påtaget sig omkostningerne til den tekniske udvikling af integrationen fra CURA til SP-Link.

Den tekniske løsning er færdigudviklet. Alle 15 CURA-kommuner kan derfor nu komme på SP-Link, hvis dette ønskes.

Den 19. april 2021 blev der afholdt informationsmøde med CURA-kommuner, hvor de blev orienteret om mulighederne for at benytte SP-Link løsningen. Ud over Københavns- og Frederiksberg kommuner, har Allerød-, Bornholm-, og Dragør kommuner tilkendegivet, at de ønsker at benytte SP-Link.

Udrulningen af SP-Link starter den 2. juni 2021 hvor Københavns Kommuner starter op med den skalerbare løsning. Frederiksberg Kommune følger efter den 14. juni 2021.

De øvrige 3 kommuner kan starte op når de ønsker det. 2 af dem har tilkendegivet at de af praktiske årsager ønsker at vente med opstart til efter sommerferien.

KMD-Nexus-kommunerne

Punkt nr. 4 - Orientering: Opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -20 af 125

Der har siden sidste Sundhedskoordinationsudvalgsmøde pågået afklaring mellem it-leverandøren KMD-Nexus og Nexus-kommunerne i hovedstadsregionen om udvikling af en teknisk løsning for integration fra KMD-Nexus til SP-Link.

Nexus-kommunerne har efterfølgende, på mødet den 12. maj 2021 i den Tværsektoriel Strategiske Styregruppe under sundhedsaftalerne, oplyst, at de ikke forventer, at de kommer til at tilmelde sig SP-Link løsningen. Dette skyldes at opgaven ikke er prioriteret af deres it-leverandør KMD-Nexus. KMD-Nexus har begrundet dette med, at de øvrige Nexus kommuner i de andre regioner, ønsker udvikling af integration til det nationale MedCom projekt omkring adgang til patientdata via sundhedsjournal på sundhed.dk prioriteret. De 14 Nexus kommuner i hovedstadsregionen afventer derfor denne adgang. MedCom har oplyst at tidshorisonten for denne løsning er primo 2022.

Øvrigt

Der har den 31. maj 2021 været afholdt møde mellem SP-Link projektet i Region Hovedstaden og repræsentanter fra Region Sjælland. Formålet med møde var at informere om muligheden for at også kommunerne i Region Sjælland kan tilbydes SP-Link adgang.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der vil snarest blive taget kontakt til de resterende CURA kommuner i hovedstadsregionen for at følge op på hvorvidt de ønsker at benytte SP-Link.

JOURNALNUMMER

19039253

9. MEDDELELSER -

MEDDELELSER

Der er ingen meddelser.

JOURNALNUMMER

10. EVENTUELT

EVENTUELT

Tomt indhold

AFTALE OM INTRAVENØS BEHANDLING TIL BORGERE I KOMMUNALT REGI I REGION HOVEDSTADEN



Region
Hovedstaden



UDKAST

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den: XX

Indhold

1. Indledning.....	2
1.1 Aftalens grundlag	2
1.2 Aftalens parter	2
1.3 Formål.....	2
1.4 Målgruppe.....	2
1.5 IV-behandling.....	3
2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi	4
2.1 Henvi sning og visitation.....	4
2.2 Behandlingsansvar.....	4
2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi	5
2.5 Rådgivning	6
2.6 Afslutning af forløb	6
2.7 Kompetencer.....	6
3. Aktivitet og økonomi.....	7
4. Monitorering og opfølgning	8
4.1 Monitorering.....	8
4.2 Opfølgning.....	8
5. Øvrige forhold	9
5.1 Implementering af aftalen.....	9
5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen.....	9

1. Indledning

Intravenøs behandling (IV-behandling) er et regionalt ansvarsområde, som finansieres og foregår på hospitalet under indlæggelse eller som ambulant behandling. IV-behandling kan også foregå i borgerens eget hjem med udgående personale fra hospitalet eller som selvadministration/brugerstyret behandling.

Hvis borgerne i stedet kan modtage deres intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i deres hverdag. Når borgeren modtager sin behandling udenfor hospitalet, kan det være med til at forebygge hospitalsinfektioner og særligt hos ældre borgere understøtte, at de fastholder deres funktionsniveau og bevarer en højere grad af livskvalitet.

IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer den videre IV-behandling.

Kommunen har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers IV-behandling kan varetages af kommunen.

1.1 Aftalens grundlag

Med Sundhedsaftale 2019-2023 vil vi skabe mere sammenhæng i borgernes forløb, mere lighed i sundhed, mere samspil med borgeren og mere sundhed for pengene.

Denne aftale tager afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. I aftalen betyder det, at der altid skal vælges den behandlingsform, som er mest sikker og effektiv, som er mindst mulig indgribende i borgerens liv, og som understøtter den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Aftalen er en forsøgsordning, hvor parterne i aftaleperioden har mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen.

1.2 Aftalens parter

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen. Parterne er de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med denne aftale er at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppe

Målgruppen for aftalen er borgere i stabile forløb:

- som er opstartet i IV- behandling, der er givet under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.
- som er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi.
- med et ikke indlæggelseskrævende behov for IV- behandling.
- som lægefagligt er vurderet egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

Det forudsættes, at alle punkterne ovenfor er opfyldt. Der kan i helt særlige situationer og efter gensidig aftale mellem parterne være behov for at tage individuelle hensyn i konkrete forløb.

1.5 IV-behandling

Aftalen omfatter:

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

I særlige situationer, og når der er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foretages. Det vil altid være en individuel vurdering.

Det vurderes altid om behandlingen alternativt kan gives som tabletter, som selvadministration/brugerstyret behandling eller i pumpe før traditionel intravenøs behandling.

Hospitalet anlægger en IV-adgang på borgeren, der egner sig til IV-behandling i kommunalt regi, med mindst mulig indgriben for borgeren og som samtidig understøtter smidige arbejdsgange for de kommunale sygeplejersker. Det vil typisk være gennem perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line), vaskulær injektionsport (VIP) og MID-line. Hospitalet har ansvaret for at genanlægge IV-adgang. Af hensyn til borgeren kan kommunen dog vælge at genanlægge PVK, forudsat kompetencerne er til stede.

IV-antibiotika leveres i lukkede systemer i infusionspose til intermitterende behandling, samt udvalgte antibiotika i døgndækkende poser, der indgives ved hjælp af elektroniske pumper. Desuden udvides muligheden for behandling med IV-antibiotika i elastomeriske/mechaniske pumper til døgndækkende behandling. I takt med udvikling af døgndækkende elastomeriske/mechaniske pumper, vil opsætning af IV-antibiotika ske 1 gang i døgnet i stedet for intermitterende doser, der gives 2-4 gange i døgnet.

Af hensyn til risiko for anafylaktisk chok skal den første dosis IV-antibiotika gives i hospitalsregi. Denne dosis kan gives under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.

Den behandlingsansvarlige læge skal skriftligt præcisere, hvis borgeren ikke må forlades under indgiften.

I følgende situationer varetages behandlingsforløbet som udgangspunkt i hospitalsregi af hensyn til patientsikkerhed, arbejdsmiljø og/eller kommunal kapacitet:

- IV-behandlingsforløb med behov for mere end 4 besøg pr. døgn og/eller i tidsrummet fra 23.00-07.00.

- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end 60 minutter ad gangen.

2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi

2.1 Henvisning og visitation

Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis det lægefagligt vurderes at borgeren er egnet til IV-behandling i kommunalt regi og hvis borgeren er i målgruppen for aftalen.

Det vurderes individuelt om borgeren kan overgå til tabletter eller selvadministration/brugerstyret behandling.

IV-behandling i kommunalt regi kan foregå i sundhedscenter/sygeplejeklinik/akutplads/midlertidig plads eller i eget hjem, herunder plejecentre og botilbud. Hvis IV-behandlingen finder sted i borgerens eget hjem, skal hjemmet være vurderet egnet hertil af kommunens personale.

Borgeren skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi. Borgeren skal altid oplyses om at hospitalet har behandlingsansvaret og informeres om mulighederne for ambulant tid eller indlæggelse, såfremt noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses udenfor hospitalet.

Den samlede vurdering sker i et samarbejde mellem borgeren, eventuelt dennes pårørende samt fagpersoner i kommunen og på hospitalet.

2.2 Behandlingsansvar

Den behandlende hospitalsafdeling har det lægefaglige ansvar for den opstartede IV-behandling, indtil denne er afsluttet. IV-behandlingen delegeres til kommunen, mens hospitalet fortsat har ansvar for opfølgning på behandling, herunder blodprøver mv.

Praktiserende læge og Akutberedskabet har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er opstartet i hospitalsregi.

I situationer hvor IV-behandlingen er opstartet på et andet hospital i Region Hovedstaden end i borgerens hjemkommunes planområde, også i Region Hovedstaden, er disse forløb omfattet af nærværende aftale.

2.3 Opstart på kommunal IV-behandling

Kontakt til kommunen

Hospitalet tager telefonisk kontakt til kommunen med henblik på at afklare og aftale IV-behandling i kommunalt regi.

Kommunen vurderer om de kan varetage opgaven, herunder sikre at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.

Uddybning af de digitale arbejdsgange mellem hospital og kommune præciseres i særskilt oversigt over digitalt kommunikations-flow.

Behandlingsplan

Lægen på hospitalet lægger en plan for det forventede IV-behandlingsforløb i kommunen, herunder nødvendige observationer, forslag til blodprøver og ændring i medicinsk behandling ved behov.

Information om behandlingsplan, observationstid, eventuel kontrol af infektionstal, behandlingens længde samt kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlige afdeling på hospitalet sendes til kommunen via gældende MedCom henvisning.

Ved opstart på kommunal IV-behandling skal Fælles medicinkort (FMK) være ajourført med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling.

Al ordineret IV-medicin, IV-væsker og IV-pumpe i forbindelse med den ordinerede behandling medgives fra hospitalet. Desuden medgives sygeplejeartikler til behandlingen samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Hospitalet har under hele IV-forløbet ansvar for at levere ordineret IV-medicin, IV-væsker og IV-pumpe hos borgeren eller på kommunalt depot efter aftale. Tilsvarende har hospitalet ansvar for at levere sygeplejeartikler samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Medgivet medicin opbevares i overensstemmelse med Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler¹.

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til kommunale sygeplejersker kan aftales for den enkelte borger (dvs. der kan ikke laves rammedelegation)².

Information til egen læge

I forbindelse med henvisning til kommunal IV-behandling sender hospitalslægen en epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi

Efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer kommunen den videre IV-behandling. Hospitalet genanlægger IV-adgang (PVK), hvis kommunen ikke har de nødvendige kompetencer.

Den kommunale sygeplejerske skal melde tilbage telefonisk til den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Hvis det er tilfældet, skal hospitalslægen foretage en ny vurdering af, hvorvidt der skal foretages ændringer i behandlingen. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Hvis lægen på hospitalet ordinerer prøver, skal lægen give de kommunale sygeplejersker besked om prøvesvarene og om disse får betydning for det aftalte forløb. Kommunikation om prøvesvar sker efter aftale i det konkrete behandlingsforløb og kan ske både telefonisk og via korrespondancemeddelelser. Når et svar afgives mundtligt, skal kommunikationen foregå via Sikker

¹ Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

² Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundheds- og Ældreministeriet, 2009. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>

Mundtlig Kommunikation. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Praktisk håndtering af ordinerede blodprøver aftales lokalt i planområderne.

Faglige vejledninger til hospitaler og kommuner vedrørende IV-behandling i kommunalt regi vil supplere og understøtte denne aftale.

2.5 Rådgivning under borgerens forløb

Hospitalet stiller kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af det kommunale personale. Hospitalet står til rådighed hele døgnet for spørgsmål vedrørende igangværende IV-forløb.

2.6 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem hospitalslægen på den behandlende afdeling og den kommunale sygeplejerske.

Som dokumentation for afslutning af forløbet i kommunen sender den kommunale sygeplejerske et afslutningsnotat til den behandlende afdeling på hospitalet.

Når forløbet er afsluttet, sender hospitalet en ambulant epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.7 Kompetencer

Det forudsættes, at de kommunale sygeplejersker er oplært i forhold til IV-antibiotika- og IV-væskebehandling.

De kommunale sygeplejersker har faglige kompetencer indenfor følgende områder:

- Klinisk erfaring med observation og pleje af IV-adgang, herunder forebyggelse af komplikationer fx infektioner.
- Viden om og erfaring med hygiejniske principper og steril teknik.
- Viden om de valgte præparaters virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om behandling af allergiske reaktioner, herunder anafylaktisk chok³.
- Klinisk erfaring med væske- og elektrolyt behandling, samt behandlingens virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om hjerte- og kredsløbets respons på væske- og elektrolytbehandling.

³ Behandling ved mistanke om anafylaksi skal fremgå af lokale instrukser, jf. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (VEJ nr 9079 af 12/02/2015). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>; Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

- Kendskab til de arbejdsmiljømæssige krav i forbindelse med indgift af præparaterne⁴.

De kommunale sygeplejersker kan have behov for at genopfriske og vedligeholde deres faglige kompetencer - og for yderligere oplæring. Behov for oplæring i forhold til konkrete IV-behandlingsforløb kan fx ske ved sidemandsoplæring og aftales enten lokalt eller mellem hospitalet og den kommunale sygepleje.

Ved behov kan kurser mhp. kompetenceudvikling udbydes og koordineres i regi af planområderne samt på regionalt niveau.

3. Aktivitet og økonomi

3.1 Aktivitet

Det er forventningen, at der i Region Hovedstaden er ca. 5.700 årlige IV-forløb i kommunalt regi, når aftalen er fuldt implementeret. Estimatet af antal årlige forløb er baseret på en vurdering fra Herlev og Gentofte Hospital, der har erfaring med IV-forløb i kommunalt regi samt det estimat, der ligger til grund for en tilsvarende aftale i Region Midtjylland.

Det er forudsat, at halvdelen af forløbene i kommunalt regi sker i borgerens hjem og halvdelen på kommunal klinik. Vurderingen er foretaget ud fra en helhedsbetragtning, hvor en del af borgerne vil være i stand til at transportere sig til kommunal klinik for at modtage IV-behandling. I tilfælde, hvor det ikke er muligt enten af borgerhensyn eller fordi klinikken er lukket, modtager borgeren IV-behandling i eget hjem.

3.2 Økonomi

Der er udarbejdet en takstmodel for afregning af forløb. Takstmodellen består af en trappemodel med forløbstakster for tre typer IV-behandling (IV-antibiotika, IV-væske, IV-pumpe) samt dagstakster, der bliver afregnet for længere forløb. Dagstakst bliver alene anvendt når forløbene strækker sig udover de antal dage, der er forudsat i forløbet. Forløbstakster er valgt for at skabe en enkel model, der er let at administrere. Det er forventningen, at hovedparten af forløbene alene vil blive afregnet med forløbstakst.

Længden af forløbene varierer:

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

I takstmodellen indgår en 'trappe', som regulerer taksten i takt med antallet af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi, stiger. Trappemodellen afspejler, at i takt med at antallet af årlige IV-besøg stiger, opnår kommunerne bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge IV-behandling. Trappemodellen består af tre successive trin, hvor antal årlige IV-forløb i Region

⁴ Af miljømæssige hensyn bortskaffes risikoaffald i henhold til kommunens regler for håndtering af risikoaffald.

Hovedstaden definerer trinene. De første 1.500 forløb bliver afregnet efter taksterne på trin 1. De følgende forløb op til 3.000 bliver afregnet efter taksterne på trin 2. Herefter bliver forløbene afregnet efter taksterne på trin 3.

Taksterne ses i nedenstående tabel 1.

Tabel 1: Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden, i kr. 2020-niveau						
	Trin 1 (0-1499 årlige forløb)		Trin 2 (1500-2999 årlige forløb)		Trin 3 (3000+ årlige forløb)	
	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst
IV-antibiotika	6915	1485	6411	1366	6159	1306
IV-væske (isoton)	1343	341	1274	309	1240	292
IV-pumpe	2049	341	1912	309	1843	292

Principper for registrering og afregning præciseres i særskilt vejledning.

4. Monitorering og opfølgning

4.1 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet skal aftalen monitoreres.

Der monitoreres og registreres på følgende parametre:

- Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.
- Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.
- Type af IV-behandling.
- Antal daglige behandlinger.
- Tid medgået til behandling pr. behandling.
- Længde af forløb med IV-behandling.
- Hvor stor en del af IV-behandlingen, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.

Data opgøres i kommunerne og på hospitalerne.

4.2 Opfølgning

Der gennemføres en undersøgelse af den brugeroplevede kvalitet, herunder vil brugerrepræsentanter blive inddraget i tilrettelæggelse af undersøgelsen.

Med henblik på at følge aktiviteten tæt, følges der op på aktivitetsdata hver 3. måned. Der foretages en evaluering af aftalen efter 2 år.

Resultater fra opfølgningen forelægges til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget.

5. Øvrige forhold

5.1 Implementering af aftalen

Implementering sker i regi af sundhedsaftalen. Den lokale implementering forankres i de somatiske samordningsudvalg. I hvert planområde nedsættes en implementeringsgruppe.

Ved behov for drøftelse af principielle problemstillinger kan samordningsudvalgene rejse disse til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen

Nærværende aftale træder i kraft den 4. oktober 2021 og er af 2 års varighed. Inden aftalens udløb og senest den 30. september 2023 tages der stilling til forlængelse af aftalen.

Med aftalens ikrafttræden indledes implementering af aftalen i planområderne.

6. Temagruppens sammensætning

Aftalen er udarbejdet af en temagruppe nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe for Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden i perioden august 2020-maj 2021.

Temagruppen var sammensat af følgende ledere, brugere og fagpersoner med kendskab til eksisterende erfaringer og aftaler eller viden om IV-behandling i kommunalt regi:

Formandskab

Niels Peter Møller, direktør, Brøndby Kommune (kommunal formand).

Rene Priess, vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital (regional formand).

Brugerrepræsentanter

Bente Clausen, brugerrepræsentant.

Bjarne Kristensen, brugerrepræsentant.

Søren Rimmen, brugerrepræsentant.

Kommunale repræsentanter

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune.

Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, leder af sundhedsområdet, Ballerup Kommune.

Susanne Tronier, centerchef, Rudersdal Kommune.

Anette Sophie Beck Hjort, sektionschef, Hillerød Kommune.

Linda Rask Westergaard Nielsen, sundhedsfaglig chefkonsulent, Københavns Kommune.

Regionale repræsentanter

Jesper Lihn, enhedschef, Region Hovedstaden/Jean Hald Jensen, enhedschef, Region Hovedstaden.

Tina Holm Nielsen, vicedirektør Amager og Hvidovre Hospital.

Helle Rabing, ledende oversygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital.

Finn Rønholt, ledende overlæge, Herlev og Gentofte Hospital.

Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital.

Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet.

Gitte Søndergaard, læge, Region Hovedstadens Akutberedskab.

Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant.

Sekretariat

Vibeke Nymann Folmer, sundhedskonsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden/Trine Cornelius Høgh, konsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Christian Roldsgaard Hejlesen, teamleder, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Michala Jessen, chefkonsulent, Region Hovedstaden/Winnie Brandt, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Pernille Faurschou, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

8. juni 2021

Uenighedspapir

Forhandlinger mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner vedr. en samarbejdsaftale om intravenøs behandling i kommunalt regi

Region Hovedstaden og de 29 kommuner har ført forhandlinger siden august 2020 vedr. en samarbejdsaftale om intravenøs behandling i kommunalt regi, herunder hvad der fagligt skal til, og hvad det skal koste, når intravenøs behandling flyttes fra hospitalerne og ud i kommunerne. Der er nu opnået enighed om en takstmodel for afregning af kommunerne for varetagelse af intravenøs væske- og medicinsk behandling.

Det udestår fortsat i forhandlingerne at opnå enighed om ansvarsfordelingen mellem kommuner og region, hvad angår varetagelse af *intravenøs væskebehandling i forbindelse med parenteral ernæring til korttarmspatienter*. Den enkelte kommunalbestyrelse afgør, hvorvidt afklaring af denne tvist er en forudsætning for godkendelse af samarbejdsaftalen om IV-behandling i kommunalt regi.

Kort opsummering af uenigheden om ansvarsfordeling

Der er uenighed om, hvorvidt IV-væskebehandling, som gives sideløbende med parenteral ernæring til korttarmspatienter helt eller delvist, er en regional eller kommunal opgave.

Regionen vurderer, at intravenøs væskebehandling til korttarmspatienter skal undtages i IV-aftalen. Begrundelsen er, at tilførsel af væske (saltvand) anses for at være en basal del af ernæringen til korttarmspatienter, og dermed en integreret del af den parenterale ernæring. Endvidere er denne intravenøse tilførsel af saltvand ikke forbundet med separat risiko for patientens sikkerhed.

Kommunerne vurderer, at intravenøs væskebehandling er defineret som en regional opgave uanset patientens diagnose. IV-væskebehandling kan ikke betragtes som en del af ernæringen til korttarmspatienter, men foregår sideløbende hermed hos nogle korttarmspatienter. At der er tale om to forskellige indsatser underbygges af, at IV-væskebehandling ikke gives til alle korttarmspatienter, og at det ikke indgår i standard parenteral ernæring, der varetages hos patienter med andre diagnoser. Derfor skal IV-væskebehandling, der varetages sideløbende med parenteral ernæring til korttarmspatienter, indgå i IV-aftalen.

Læsevejledning til notatet

Dette notat er inddelt i 6 afsnit, som omhandler følgende:

- (1) Generelt om intravenøs behandling
- (2) Parenteral ernæring til korttarmspatienter – baggrund for uenighed
- (3) Opnået enighed mellem kommunerne og Region Hovedstaden vedr. ansvarsfordeling om korttarmspatienter
- (4) Region Hovedstadens synspunkt i forhandlingerne om ansvarsfordelingen vedr. korttarmspatienter
- (5) Kommunernes synspunkt i forhandlingerne om ansvarsfordelingen vedr. korttarmspatienter
- (6) Et baggrundsafsnit, som uddybende beskriver forskellen mellem standard parenteral ernæring og parenteral ernæring til korttarmspatienter – og de deraf følgende konsekvenser for opgavevaretagelsen i den kommunale hjemmesygepleje.

1. Generelt om intravenøs behandling

IV-behandling er en regional opgave, hvor hospitalet har finansierings- og behandlingsansvar. Patienter kan have behov for intravenøs behandling dvs. behandling via et drop, som leder medicin og/eller væske direkte ind i en blodåre. Den intravenøse behandling gives normalt i korte perioder i forbindelse med behandling af nyopstået sygdom eller ved forværring af kendt sygdom.

Hidtil har denne form for IV-behandling været givet under indlæggelse på et hospital. Imidlertid har udviklingen i sundhedsvæsenet gjort det muligt, at den kommunale hjemmesygepleje varetager nogle typer af intravenøs medicinsk eller væskebehandling i patienternes hjem eller på en kommunal sygeplejeklinik nær deres hjem.

Det betyder, at nogle patienter vil kunne udskrives tidligere fra hospitalet og opholde sig i hjemmet under hele eller dele af den sidste del af deres behandling, fremfor at være indlagt. Det er fortsat hospitalet, der har behandlings- og finansieringsansvar, selvom den foregår i patienternes hjem eller nærområde.

2. Parenteral ernæring til korttarmspatienter – baggrund for uenighed

Korttarmspatienter skal dagligt have tilført parenteral ernæring, dvs. ernæring uden om mave-tarmkanalen direkte ind i en blodåre. Det er en lille patientgruppe, som har behov for parenteral ernæring, fordi de – som følge af tarmsvigt – har alvorlige problemer med optagelse af næring. Da behandlingen er langvarig – og for mange livsvarig – er det af stor værdi for korttarmspatienterne, at behandlingen kan varetages i deres hjem.

Det, der er særligt ved korttarmspatienter, er, at de også kan have behov for at få tilført medicin, mineraler og/eller væske intravenøst sideløbende med deres parenterale ernæring, jf. også notatets afsnit om "Baggrund: Uddybende beskrivelse af standard parenteral ernæring og parenteral ernæring til korttarmspatienter".

Uklar beskrivelse af ansvarsfordelingen for varetagelse af parenteral ernæring til korttarmspatienter

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" (2017), at parenteral ernæring er en opgave, som de kommunale akutfunktioner skal kunne varetage.

Endvidere fremgår det af kvalitetsstandarderne, at såfremt den kommunale akutfunktion vælger at varetage intravenøs væske- og medicinbehandling, anbefales det i standarderne at lave underliggende aftaler herom.

Mens Sundhedsstyrelsen således definerer intravenøs væske- og medicinsk behandling som regionale opgaver, som der bør indgås en underliggende aftale om, hvis de varetages i kommunalt regi, så findes der ikke fra Sundhedsstyrelsens side en tilsvarende klar definition af indsatsen parenteral ernæring.

Danske Regioner har derfor efterlyst en præcisering af definitionen på parenteral ernæring i kvalitetsstandarderne og Sundhedsstyrelsen har i deres svar til Danske Regioner oplyst, at

kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen forventes revideret i 2021.

Daværende sundhedsminister Ellen Trane Nørby har i et svar til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg fra 3. december 2018 præciseret ansvaret ift. IV-behandling og herunder parenteral ernæring. Ministeren skriver, at: *"IV-behandling, herunder parenteral ernæring, er lægeforbeholdt virksomhed. IV-behandling vil derfor skulle ordineres og iværksættes på sygehus under ansvar af lægen. Et sygehus kan derfor heller ikke udskrive patienter med eksempelvis fortsat behov for IV-behandling efter udskrivning, uden enten selv at stille med det relevante personale eller at indgå aftale med kommunen om, at den pågældende opgave kan løses af personalet i hjemmesygeplejen. Hvis en borger udskrives fra sygehus til fortsat IV-behandling i hjemmet, er der tale om fortsat sygehusbehandling i hjemmet. Det betyder, at lægen på sygehuset, fortsat er ansvarlig for den iværksatte behandling. Det betyder også, at det er regionen, der er ansvarlig for at afholde udgifter til behandlingen".*

Rigshospitalet og Københavns Kommune har i 2017 indgået en samarbejdsaftale om kommunal varetagelse af parenteral ernæring til kortarmspatienter. Af aftalen fremgår det, at afregningen for varetagelse af indsatsen vil følge taksterne i den kommende samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi. Der er i forhandlingen af disse takster uenighed mellem kommuner og region om de sundhedsfaglige faglige afgrænsninger, der skal ligge til grund for afregningen af kortarmspatienter.

Hvis intravenøs væske- og medicinbehandling, der gives til kortarmspatienter sideløbende med parenteral ernæring, indskrives i den kommende regionale samarbejdsaftale, vil alle kommuner der tilslutter sig aftalen, blive afregnet efter de aftalte takster for varetagelse af IV-behandling for den del, der ikke er ernæring, når de varetager parenteral ernæring til kortarmspatienter.

3. Opnået enighed mellem kommunerne og Region Hovedstaden vedr. ansvarsfordeling om kortarmspatienter

I forbindelse med forhandlingerne af aftale om IV-behandling er der mellem kommunerne og Region Hovedstaden opnået enighed om en række elementer, der vil kunne udgøre en del af afsættet i en aftale om behandling af kortarmspatienter i kommunalt regi. En forudsætning vil dog fortsat være, at parterne opnår enighed om de øvrige elementer, der er beskrevet i uenighedspapiret.

I det omfang, der opnås enighed om en aftale, er parterne enige om, at en aftalt takst evalueres efter et år. Formålet med evalueringen bliver at vurdere om ordningen fungerer og er rimelig for begge parter, jf. beregningsgrundlaget for taksten, som i nogen grad vil være skønsmæssigt.

Som nævnt udestår det at opnå enighed om ansvarsfordelingen vedr. varetagelse af *intravenøs væskebehandling* i forbindelse med parenteral ernæring til kortarmspatienter.

4. Region Hovedstadens synspunkt i forhandlingerne om ansvarsfordelingen vedr. kortarmspatienter

Region Hovedstaden vurderer, at når intravenøs medicinsk behandling varetages i forbindelse med parenteral ernæring – som det er tilfældet hos kortarmspatienter – så er IV-medicinbehandlingen, og herunder tilsætning af mineraler, en regional opgave. Derimod vurderer regionen, at intravenøs væskebehandling til kortarmspatienter skal undtages i aftalen.

Begrundelsen er, at tilførsel af væske (saltvand) anses for at være en basal del af ernæringen til korttarmspatienter og dermed en integreret del af den parenterale ernæring. Endvidere er denne intravenøse tilførsel af saltvand ikke forbundet med separat risiko for patientens sikkerhed.

5. Kommunernes synspunkt i forhandlingerne om ansvarsfordelingen vedr. korttarmspatienter

Kommunerne er klar til at acceptere ansvaret for varetagelse af selve ernæringsdelen af korttarmspatienternes behandling som en kommunal opgave, dvs. administration af den pose, der indeholder den parenterale ernæring, herunder tilsætning af vitaminer og sporstoffer til ernæringsposen i patientens hjem. Kommunerne er også indstillet på at dække udgifterne til hjemmesygeplejens transport til og fra patienternes hjem i forbindelse med varetagelse af behandlingen.

Kommunerne vurderer derimod, at intravenøs væskebehandling – ligesom intravenøs medicinbehandling – er defineret som en regional opgave uanset patientens diagnose. IV-væskebehandling kan ikke betragtes som en del af den parenterale ernæring til korttarmspatienter, men foregår sideløbende hermed hos nogle korttarmspatienter. At der er tale om to forskellige indsatser underbygges af, at IV-væskebehandling ikke gives til alle korttarmspatienter, og at det ikke indgår i standard parenteral ernæring, der varetages hos patienter med andre diagnoser.

Hvis behandlingen af korttarmspatienter skal varetages af kommunerne, betyder det dermed, at kommunerne skal varetage en behandling hos korttarmspatienter, der er væsentligt mere kompleks og tidskrævende sammenlignet med standard parenteral ernæring, som andre patientgrupper får. Kommunerne er ikke kompenseret af staten for varetagelse af IV-opgaven, hverken væske eller medicin.

Kommunernes synspunkt er derfor, at det er en forudsætning for kommunal varetagelse af indsatsen parenteral ernæring til korttarmspatienter, at IV-væskebehandling, der varetages sideløbende med parenteral ernæring, skrives ind i den kommende regionale samarbejdsaftale i lighed med behandling med IV-medicin og -minerale.

Det er erfaringen i Københavns Kommune, at de korttarmspatienter, hvor hospitalet anmoder kommunen om at varetage behandlingen i hjemmet, alle har behov for IV-væske- og IV-medicinbehandling.

6. Baggrund: Uddybende beskrivelse af standard parenteral ernæring og parenteral ernæring til korttarmspatienter

Beskrivelse af standard parenteral ernæring

Parenteral ernæring er ernæring, der gives intravenøst, dvs. uden om mave-tarmkanalen, direkte ind i en blodåre.

Til langt de fleste kliniske tilstande, hvor der er behov for parenteral ernæring, kan der anvendes standardblandinger af parenteral ernæring, som enten fremstilles på sygehusapotekerne eller produceres industrielt. Det kan fx ordineres til cancerpatienter og patienter, som har brug for ekstra næring før eller efter operation samt til nogle terminalt syge patienter.

Hospitalet beholder ansvaret for den parenterale ernæring efter udskrivelse, og i de tilfælde hvor patienten ikke selv kan varetage indsatsen, anmoder hospitalet kommunen om at varetage indsatsen i borgers hjem.

Standard parenteral ernæring består af en eller nogle få standardblandinger, typisk to- eller tre-kammerposer, med væske tilsat glukose, aminosyrer og fedtemulsion. Hvis standardblandingen er optimalt sammensat, vil behovet for de forskellige fødekomponenter blive tilgodeset, og patientens energibehov bliver dækket.

Varetagelsen af en sådan standardblanding kræver relativt ukomplicerede arbejdsgange i hjemmesygeplejen. Ordinationen fremkommer i FMK, og hjemmesygeplejens opgave består i at løsne limningen i patientens to- eller tre-kammerpose således, at blandingen bliver korrekt. I nogle tilfælde tilsætter sygeplejersken vitaminer og sporstoffer manuelt til ernæringsposen. Derefter skal posen tilsluttes patientens IV-adgang. Patienten får typisk den samme standardblanding dagligt. I kommunalt regi varetages indsatsen ofte i en kort periode hos en patient, typisk nogle få uger.

Beskrivelse af parenteral ernæring til korttarmspatienter

Korttarmspatienter har behov for parenteral ernæring som følge af tarmsvigt, hvor de enten efter fjernelse af en stor del af tarmkanalen eller af andre årsager har så alvorlige problemer med optagelse af næringsstoffer, at de ikke kan overleve, hvis de alene skulle ernæres ved at spise eller drikke. De skal derfor have tilført parenteral ernæring, dvs. ernæring uden om mave-tarmkanalen direkte ind i en blodåre i form af væsker, som indeholder de for kroppen nødvendige næringsstoffer.

Korttarmspatienter har brug for parenteral ernæring over en længere – ofte livslang – periode.

Hospitalet beholder ansvaret for behandlingen med parenteral ernæring til korttarmspatienter efter udskrivelse.

Hovedparten af korttarmspatienter kan efter oplæring selv stå for indsatsen efter udskrivelse fra hospital. I de tilfælde hvor patienten ikke selv kan varetage indsatsen, anmoder hospitalet kommunen om at varetage indsatsen i borgers hjem.

Det, der særligt kendetegner korttarmspatienter, er, at de kan have behov for at få tilført medicin, mineraler og/eller ekstra væske intravenøst sideløbende med deres parenterale ernæring.

Mange har således behov for at få tilført IV-medicinske præparater (primært mavesårsmedicin). Omkring halvdelen af patienterne har også behov for ekstra IV-væsketilførsel. Derudover kan patienterne have behov for at få tilført ekstra mineraler intravenøst som fx kaliumklorid og bikarbonat. Nogle patienter har desuden behov for intravenøs tilførsel af insulin.

Varetagelsen af behandlingen til korttarmspatienter kræver arbejdsgange i hjemmesygeplejen svarende til de arbejdsgange, der kræves ved varetagelse af anden IV-behandling.

Forskellen mellem kommunal varetagelse af hhv. standard parenteral ernæring og parenteral ernæring til korttarmspatienter understøttes af, at det kræver speciel oplæring fra hospitalet, før den kommunale hjemmesygepleje kan varetage opgaven, herunder at en sygeplejerske fra hospitalsafdelingen gennemgår og forklarer patientens medicinskema for den kommunale sygeplejerske. De kommunale sygeplejersker kan derimod godt hænge standard parenteral ernæring op uden særlig oplæring og ved at følge en række relativt ukomplicerede arbejdsgange.

Tidsforbrug:

Varetagelsen af parental ernæring til korttarms patienter er mere tidskrævende end standard parental ernæring.

Københavns Kommune oplyser, at hjemmesygeplejen i Københavns Kommune i gennemsnit bruger 10 timer ugentligt på at varetage parenteral ernæring hos en korttarmspatient. Som nævnt er indsatsen tillige varig, ofte livsvarig. Til sammenligning bruger hjemmesygeplejen i København i gennemsnit ca. 2,5 timer ugentligt på opgaveløsningen hos en patient, der får standard parenteral ernæring, og indsatsen varetages i kommunalt regi i en kort periode, typisk nogle få uger. Opgørelsen er baseret på træk fra Københavns Kommunes EOJ-system.

Region Hovedstaden er ikke enige i beregningerne af tidsforbruget.



Forslag til pejlemærker for Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk Sygdom – borgere med psykisk sygdom og et misbrug

A. Sammenhængende behandling til borgere med ikke-psykotisk psykisk sygdom og en rusmiddelproblematik: Udbredelse af APU - en tværsektoriel samarbejdsmodel

Baggrund for forslaget

En betydelig andel af borgere, der har en ikke-psykotisk psykisk sygdom, som fx angst, depression eller personlighedsforstyrrelser, har samtidig en afhængighed af rusmidler.

Behandlingsansvaret for mennesker med psykisk sygdom og et misbrug er delt mellem regionerne og kommunerne. Det opdelte behandlingsansvar er en stor udfordring, da det betyder at det enkelte behandlingssted principielt kun har ansvar for at varetage en del af borgerens samlede situation. Der er derfor risiko for, at behandlingstilbuddet ikke tager afsæt i borgerens samlede situation.

Som følge af udfordringerne med det delte behandlingsansvar, sikring af sammenhængende behandlingsforløb og med ønske om at minimere risikoen for, at borgeren ikke fik behandling for sine lidelser, igangsatte Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med fem kommunale misbrugscentre i 2016/2017 **APU – en tværsektoriel samarbejdsmodel**.

Formålet var at udvikle et ambulant psykiatrisk behandlingstilbud, der sikrer en sammenhængende og individuelt tilpasset behandling målrettet borgere med en ikke-psykotisk psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.

I forbindelse med projektets opstart etablerede Region Hovedstadens Psykiatri APU (Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling) på PC Stolpegården. Samarbejdsmodellen indebærer, at APU varetager den psykiatriske behandling, mens rusmiddelbehandlingen varetages af de kommunale misbrugscentre.

Modellen er tilpasset det sektoropdelte behandlingsansvar og sikrer, at behandlingen af begge problemstillinger foregår i tæt samarbejde mellem hhv. APU og den kommunale misbrugsbehandling. Der arbejdes bl.a. med tre obligatoriske fælles netværksmøder, der bliver holdt indledningsvis, ca. midtvejs og i forbindelse med afslutningen af behandlingen i APU. Der er desuden møder mellem borgerens behandlere for at sikre god koordination.

En evaluering viser, at der er opnået positive erfaringer med modellen. Heri er også brugernes oplevelser ift. elementer som koordination, samarbejde omkring behandlingstilbuddet, behovsopfyldelse, samt oplevelsen af, at føle sig mødt, inddraget og forstået blev undersøgt. For

**Punkt nr. 3 - Beslutning om opfølgning af 6. konklusioner ift. Sundaftalens fokusområde
Bilag 1 - Side 42 af 45
Bilag 1 - Side -2 af 3**

brugerne spiller særligt samarbejdet og koordinationen mellem APU og misbrugscenter en afgørende rolle. Den generelle oplevelse fra brugerperspektiv er, at forløbet har haft stor positiv betydning.

På nuværende tidspunkt indgår Frederiksberg, Herlev, Ballerup, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Gladsaxe kommuner i samarbejdet. Derudover har Egedal Kommune givet tilsagn om at indgå i samarbejdet.

Der afprøves også en tilpasset satellitmodel i Planområde Syd med deltagelse af Rødovre, Albertslund og Brøndby kommuner. Der er endnu ikke planlagt konkret samarbejde med de resterende kommuner i Planområde Syd.

Derudover har Region Hovedstaden i budgettet for 2021 afsat 7 mio.kr. til at udvide APU med et nyt behandlerteam. Det er besluttet, at midlerne skal anvendes til en APU-indsats i Københavns Kommune samt til udvidelse af indsatsen i Frederiksberg Kommune.

Samlet er der således aktuelt etableret eller planlagt samarbejde mellem APU og i alt 11 ud af de 29 kommuner i Region Hovedstaden.

Forslag til handling

For at understøtte yderligere udbredelse af APU-modellen foreslås:

- At Psykiatriens fælles samordningsudvalg følger arbejdet med udbredelsen af APU-modellen
- At Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en status for arbejdet med udbredelse af modellen inden udgangen af 2022.

Økonomiske konsekvenser

Primo 2021 har Region Hovedstadens Psykiatri foretaget en rundspørge til de 18 kommuner i Region Hovedstaden, der endnu ikke er etableret samarbejde med APU, med henblik på at estimere antallet af borgere i målgruppe for APU. Et forsigtigt estimat er, at behandlingstilbuddet skal kunne behandle yderligere 300 henvisninger/per år, hvis modellen skal udvides til samtlige kommuner i Region Hovedstaden. Det estimeres, at omkostninger hertil vil udgøre ca. 9 mio.kr. per år til lønudgifter. Hertil vil komme udgifter til øvrig drift, herunder husleje.

De kommunale misbrugscentre skal afsætte ressourcer til arbejdet med forberedelsen og implementeringen af modellen. Herudover indebærer modellen, at misbrugscentrene skal afsætte ressourcer blandt andet til at deltage i de obligatoriske netværksmøder.

Sekretariatet har ikke mulighed for at give et konkret bud på omkostninger herved.

B. Udvikling af en tværsektoriel behandlings- og samarbejdsmodel målrettet mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik – en tværsektoriel samarbejdsmodel

Baggrund for forslaget

På linje med den målgruppe, der behandles i et samarbejde mellem APU og kommunale misbrugsenheder, har borgere med svær psykisk sygdom og misbrug også behov for en sammenhængende og koordineret indsats.

Borgere med svær psykisk sygdom og misbrug har også risiko for, at behandlingen ikke bliver sammenhængende og helhedsorienteret på baggrund af det opdeltede behandlingsansvar.

Med udgangspunkt i de gode erfaringer fra APU har Region Hovedstadens Psykiatri, Københavns Kommune og Tårnby Kommune startet et samarbejde om udvikling af en tværsektoriel behandlings- og samarbejdsmodel. Modellen er målrettet mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik.

På Psykiatrisk Center Amager oprettes en modelcelle, hvor man i de kommende to til tre år vil udvikle og afprøve, at den psykiatriske behandling sker i tæt samarbejde med rusmiddelindsatserne i Københavns og Tårnby kommuner, således at der løbende sikres koordination og samarbejde mellem behandlingstilbuddene. Herefter er det hensigten, at modellen udbredes til regionens øvrige psykiatriske centre med akutfunktion og kommunerne i Region Hovedstaden.

En modelcelle er en metode til at udvikle et system og introducere nye idéer uden at forstyrre den almindelige drift. Der etableres derfor en mini-udgave af hele processen, hvor man kan eksperimentere og tilpasse, mens man arbejder hen imod et optimalt design.

Formålet med udviklingen af modellen er at skabe et styrket, tværsektorielt samarbejde og en mere sammenhængende og koordineret behandling til fordel for målgruppen.

Indsatsen vil blive integreret i den eksisterende behandling i regionens F-ACT- og OPUS-ambulatorier og i kommunernes rusmiddelindsatser, uanset om disse varetages af kommunen selv eller tilkøbes fra private leverandører.

Forslag til handling

For at understøtte kendskab og mulighed for hurtig udbredelse af modellen foreslås:

At Psykiatriens fælles samordningsudvalg følger arbejdet med udviklingen af projektet (den tværsektorielle modelcelle)

At Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en status for arbejdet med udbredelse af modellen inden udgangen af 2022.

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser ved implementering af modellen kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt.

Bilag til Sundhedskoordinationsudvalgets møde 11. juni 2021

Oversigt: Eksempler på andre igangværende tværsektorielle indsatser, der understøtter sammenhæng i forløb for borgere, der både har en psykisk sygdom og et misbrug.

Eksisterende pejlemærker – prioriteret på Sundhedskoordinationsudvalget møde den 13. oktober 2020:

Implementering af model for netværksmøder:

Region Hovedstadens Psykiatri og de 29 kommuner i regionen har udviklet et koncept for afholdelse af tværsektorielle netværksmøder. Netværksmøder er valgt som metode, fordi de er særligt velegnet til at understøtte høj grad af borgerinvolvering og udarbejdelse af fælles planer/aftaler i borgerforløb, hvor der er behov for indsatser fra mange forskellige faggrupper og enheder. Herunder ift. koordinering af forløb for borgere, der både har en alvorlig psykisk sygdom og et misbrug.

Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening;

Region Hovedstadens Psykiatri har etableret udgående Botilbudsteam for at kunne sikre en bedre behandling af borgere, der bor på botilbud. Botilbuddene samarbejder både med borgeren på botilbuddet, medarbejderne på botilbuddet og med de kommunale misbrugsenheder, hvis borgeren både har en psykisk sygdom og misbrug. I modellen for ny botilbudsbetjening indgår også samarbejde fx i forhold til rådgivning og kompetenceudvikling for botilbuddets medarbejdere.

Udbredelse af model for samarbejde mellem kommunalt ansatte IPS-konsulenter og Region Hovedstadens F-ACT-team:

IPS er en evidensbaseret indsats, der hjælper borgere med alvorlige psykiske sygdomme med at finde arbejde og kunne arbejde i jobs, som de ønsker sig. I IPS-tilgangen arbejdes med afsæt i, at opnåelse af og/eller genoptræning af erhvervsevnen bedst foregår i et rigtigt arbejdsmiljø på det ordinære arbejdsmarked, og at dette kan ske samtidigt med stadig igangværende behandling af den psykiske sygdom og et eventuelt misbrug. IPS blev afprøvet i et stort projekt, der blev gennemført i perioden 2012 – 2018. Efter projektperioden valgte Københavns og Frederiksberg kommuner at videreføre IPS-tilbuddet, og der er etableret et tæt samarbejde med F-ACT teams under Region Hovedstadens Psykiatri. Aktuelt har ni kommuner i hovedstadsregionen opstartet et IPS-samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og der er dialog med flere kommuner.

Andre indsatser:

Revision af samarbejdsaftalerne om henholdsvis voksne samt børn og unge med psykisk sygdom:

Rammerne for det praksis nære samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne er beskrevet i to samarbejdsaftaler. Samarbejdsaftalerne beskriver også samarbejdet i forhold til borgere med psykisk sygdom og et misbrug. Aktuelt pågår en

**Punkt nr. 3 - Beslutning om opfølgning af pejlemærker ift. Sundtaftalens fokusområde
Bilag 1 - Side 45 af 45
Bilag 2 - Side -2 af 2**

revision af aftalerne. Der arbejdes efter, at de reviderede samarbejdsaftaler også skal omfatte samarbejde med almen praksis. Når de reviderede samarbejdsaftaler foreligger og er godkendte, vil der være stort fokus på implementering og udbredelse af kendskabet til aftalerne.

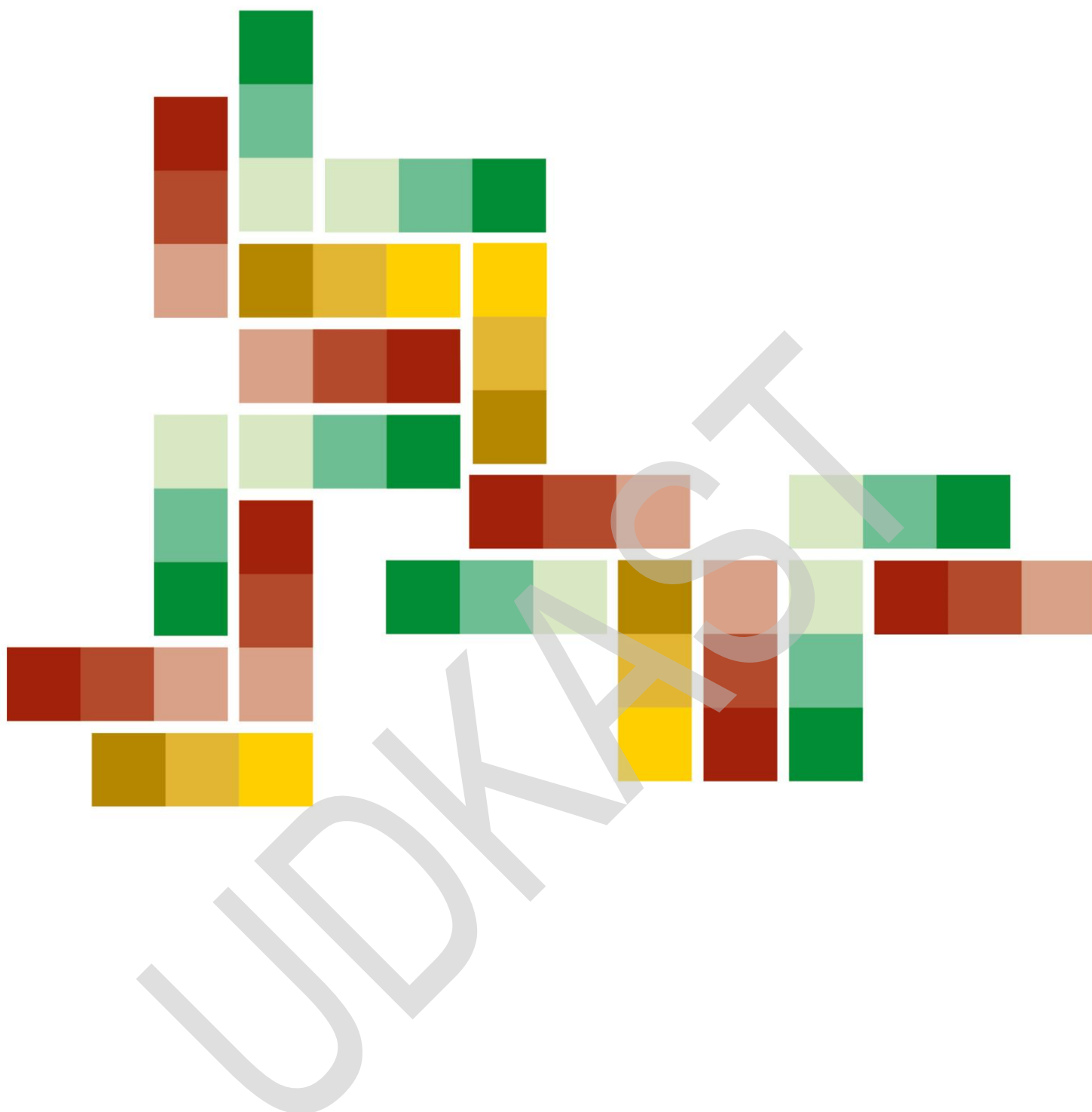
Indsatser målrettet særligt udsatte borgere:

Der er bl.a. et gadeplansteam, som samarbejder tæt med herberger, natcaféer og væresteder. Gadeplansteamet dækker København, Frederiksberg og Tårnby Kommuner.

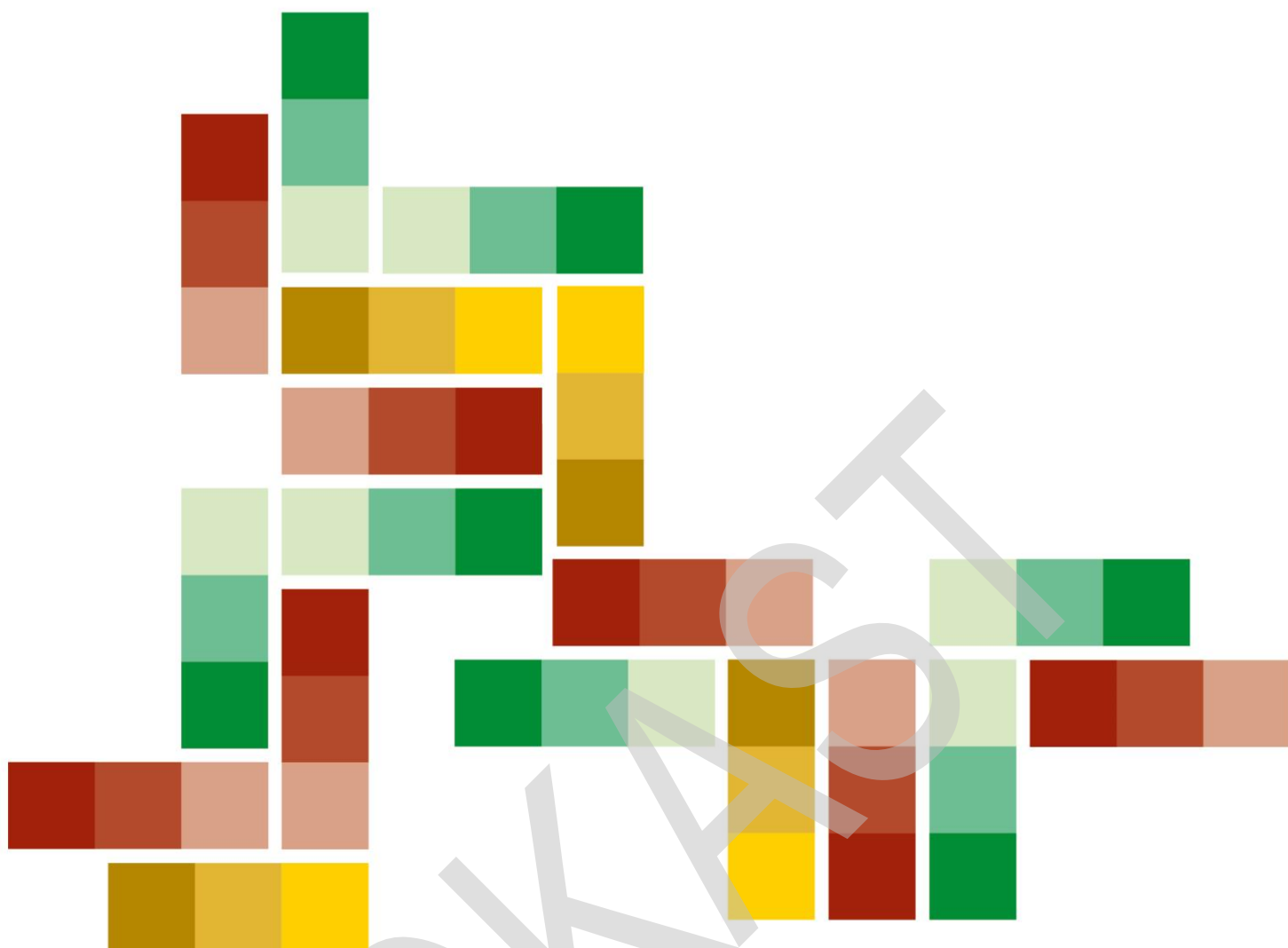
Region Hovedstaden har i budgettet for 2021 afsat midler til at *udvide herbergsbetjeningen* i form af en udefunktion fra psykiatrien til herberger. Den styrkede indsats vil have fokus på herberger, der ligger i kommuner, som ikke er dækket af gadeplansteamet

Tidlig indsats for børn og unge:

Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel, er et prioriteret af pejlemærker under Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed". Arbejdet med pejlemærket er forankret i en tværsektoriel arbejdsgruppe. I arbejdsgruppen er der opmærksomhed på udfordringer ift. til unge, der er i mental mistrivsel og som samtidig har et begyndende misbrug. Arbejdsgruppen forventes at afrapportere deres anbefalinger til Tværsektoriel strategisk styregruppe efter sommerferien 2021.



MIDTVEJSSTATUS PÅ SUNDHEDSAFТАLE 2019-2023



FORORD

Sundhedsaftalen er grundstenen i samarbejdet om sundhed mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler i Region Hovedstaden. Rammen for aftalen er de otte nationale mål for sundhed.

Sundhedsaftalen for 2019 – 2023 er vores fjerde sundhedsaftale. Den bygger videre på vigtige erfaringer fra de foregående aftaler, men den har samtidig lagt nye spor for et mere dynamisk og tæt samarbejde om sundhed til gavn for de borgere, der har brug for en indsats på tværs af sektorerne.

Afsættet for aftalen har været et stort fælles ønske om, at vi skal handle proaktivt i forhold til borgernes sundhed. Vores Sundhedsaftale er derfor båret af fælles politiske værdier, visioner, mål og principper for et udviklende samarbejde indenfor aftalens tre fokusområder: *Sammen om ældre borgere og borgere med kronisk sygdom, Sammen om borgere med psykisk sygdom og Sammen om børn og unges sundhed.*

Siden Sundhedsaftalens indgåelse har vi arbejdet målrettet på at omsætte aftalens ord til handling. Det gør vi gennem processer, hvor der løbende sker prioritering af konkrete politiske pejlemærker for arbejdet med de tre fokusområder og gennem særlige signaturprojekter. På den måde understøtter vi, at fokus holdes på de områder, hvor der er størst behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

Samtidig har vi fået opbygget en robust samarbejdsstruktur, der understøtter vores arbejde med aftalens bærende visioner, mål og principper. Herunder vores princip om, at borgerne skal inviteres med fra start. Som noget helt nyt har vi derfor i denne aftaleperiode brugerrepræsentanter med i vores administrative strategiske styregruppe. Ligesom der er brugerrepræsentanter med i arbejdsgrupper og i alle vores samordningsudvalg, som er de fora, der arbejder med den lokale udvikling og implementering af Sundhedsaftalen.

Da vi indgik Sundhedsaftalen havde ingen forestillet sig, at vi kort tid efter ville stå midt i en alvorlig verdensomspændende pandemi. COVID-19 har betydet, at både kommuner, almen praksis og region har skullet håndtere en lang række nye og helt vitale opgaver sideløbende med de faste og løbende opgaver. Herunder en lang række fælles opgaver ift. udbrudshåndtering, smitteopsporing og vaccinationsindsats.

Inden for alle sektorer i sundhedsvæsenet har medarbejderne ydet en helt ekstraordinær arbejdsindsats, og samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis har været meget velfungerende. Det vil vi gerne takke for.

Samarbejdet under COVID-19 har på mange måder også været en katalysator for den måde, som vi gerne vil samarbejde i forhold til arbejdet med Sundhedsaftalen. I det videre arbejde med Sundhedsaftalen vil vi derfor bygge videre på de gode erfaringer fra samarbejdet under COVID-19.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Covid-19 situationen har naturligvis påvirket arbejdet med Sundhedsaftalen, og vi er blevet forsinket i arbejdet med aftalen.

Her midtvejs i aftaleperioden er dog grund til en forsigtig optimisme. Vi er nu så langt fremme i vaccinationsprogrammet for COVID-19, at vi snart kan se ind i en mere normal hverdag, hvor vi igen kan fokusere på det videre arbejde med implementeringen af sundhedsaftalens visioner og mål.

Der arbejdes med både pejlemærker og signaturindsatser, og vi har opbygget en robust samarbejdsstruktur for det tværsektorielle samarbejde, der effektivt kan understøtte det fortsatte arbejde med implementeringen af sundhedsaftalens visioner og mål.

I det følgende gives en kort midtvejsstatus for vores arbejde og erfaringer med de mest centrale dele af aftalen. Derudover indgår et afsnit om læring fra vores samarbejder under COVID-19.

God læselyst

[Formandskabet underskriver, når Midtvejsstatus er godkendt]]



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

VISIONER I SUNDHEDSAFTALEN

Sundhedsaftale 2019-2023 bygger på fire klare visioner for styrket tværsektorielt samarbejde med den enkelte borger i centrum:



Visioner:

- Mere sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Mere samspil med borgeren
- Mere sundhed for pengene

Ambitionen med aftalen er at gå nye veje, hvor barrierer for lige adgang til sundhed brydes, og hvor alle borgere tilbydes sammenhængende forløb af høj kvalitet. De fire visioner afspejler et fælles ønske om et samarbejdende sundhedsvæsen hele vejen rundt.

Med Sundhedsaftalen arbejder vi for at skabe grobund for mere helhedstækning og mindre silotækning. Især borgere, som har mange kontakter i sundhedsvæsenet, skal opleve et system, der i højere grad er præget af sammenhængskraft og samarbejdskultur. Covid-19 pandemien har blandt andet vist os, at vores fælles forpligtelse og om samarbejde virker – vi har det seneste år oplevet en stærk synergi og imponerende evne til at samarbejde og koordination mellem alle aktører i sundhedsvæsenet.

Her halvvejs i aftaleperioden opleves Sundhedsaftalens visioner fortsat som dækkende for det overordnede samarbejde og de aktuelle indsatsområder og problemstillinger på sundhedsområdet i hovedstadsregionen. Visionerne er rummelige og favner de vigtigste indsatsområder, som vi fortsat ønsker at arbejde med. De brede og fleksible rammer for vores fælles visioner giver samtidig mulighed for, at der kan igangsættes arbejde med nye pejlemærker og fokusområder.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

ORGANISERINGEN AF SAMARBEJDET

Fleksibelt og handledygtigt

Med Sundhedsaftalen som tværsektoriel ramme, har vi organiseret os med øje for at understøtte aftalens bærende principper om helhedstænkning, borgerinddragelse, fælles kvalitetsmål og med plads til forskellighed i valget af metoder.

Sundhedskoordinationsudvalget:

Når vi arbejder med Sundhedsaftalens fokusområder sker det først gennem temadrøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget. Her har vi fokus på at sætte klare politiske pejlemærker for den måde, vi arbejder med Sundhedsaftalens fokusområder og mål på.

Temadrøftelserne bruges også til at aftale og følge op på, hvordan vi arbejder med vores målsætninger, herunder hvordan vi skal arbejde videre med de enkelte mål lokalt i samordningsudvalgene.

Styregruppe:

Vores administrative samarbejdsstruktur er bygget op omkring en strategisk styregruppe, sammensat af repræsentanter fra kommunerne, almen praksis og regionen.

Som noget nyt har vi i denne aftaleperiode desuden to organisatoriske brugerrepræsentanter med i styregruppen, der er udpeget af Patientinddragelsesudvalget.

Styregruppen har det overordnede administrative ansvar for det strategiske arbejde med udvikling og opfølgning på Sundhedsaftalen. Herudover varetager gruppen koordinering af øvrige samarbejder på sundhedsområdet.

Samordningsudvalg:

Vi har nedsat vores samordningsudvalg med udgangspunkt i regionens planområder. Det vil sige et hospital og de kommuner, som primært benytter hospitalet/det psykiatriske center. I udvalgene indgår repræsentanter fra kommuner, hospitaler og almen praksis. Der deltager desuden brugerrepræsentanter i alle vores samordningsudvalg.

Vi har stort fokus på at drage nytte af den vigtige viden, som samordningsudvalgene besidder om både lokale udfordringer og muligheder. Samordningsudvalgene har med Sundhedsaftale 2019-2023 derfor fået en ny rolle, hvor de arbejder i et udviklingsspor, som kan være på lokalt eller regionalt niveau, og hvor de varetager udviklingsopgaver på vegne af hele regionen. Konkret sker det blandt andet gennem signaturprojekter, som efter afprøvningsperioden skal udbredes til hele regionen, såfremt der opnås gode resultater med projekterne.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Derudover har samordningsudvalgene et vigtigt driftsspor, der både handler om det daglige samarbejde og om implementering af de regionsdækkende "driftsaftaler", som løbende udvikles og justeres.

Temagrupper og samarbejdsfora:

I nogle situationer kan der være behov for at udfolde pejlemærkerne inden samordningsudvalgene kan tage over. Det kan fx handle om konkretisering af indsatser som kræver løsninger på tværs af planområderne. I sådanne situationer nedsætter vi ad hoc grupper, der bemannes med ledelses- og faglige repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne og almen praksis. Vi overvejer desuden altid, om det er relevant at invitere borgere med ind i temagrupperne.

I aftaleperioden har vi indtil videre haft nedsat fire temagrupper. Tre af grupperne har arbejdet med pejlemærkerne under fokusområdet Sammen om Børn og Unges Sundhed. Den fjerde temagruppe har arbejdet med vores pejlemærke om indgåelse af samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi. Alle temagrupperne har arbejdet med forskellige metoder til at sikre fokus på brugernes stemme. Der har indgået brugerrepræsentanter i tre grupper.

Status halvvejs: Et læringsperspektiv

Halvvejs inde i aftaleperioden for Sundhedsaftale 2019-2023 kan vi se, at de fastlagte politiske processer omkring pejlemærker og signaturprojekter, har understøttet fokusering og ejerskab til Sundhedsaftalen.

På det administrative niveau er vores driftssamarbejde overordnet set velfungerende og smidigt, hvilket frigør flere ressourcer til det strategiske udviklingsarbejde.

Vores administrative organisering i form af styregruppe, samordningsudvalg og temaarbejdsgrupper understøtter desuden balancen mellem på den ene side behovet for centrale beslutninger, som kan sikre samme høje kvalitet og lighed i sundhed, og på den anden side det ønskede lokale udviklingsrum.

Samlet set har vi således fået opbygget en robust og velfungerende struktur, der understøtter vores fælles arbejde med aftalens bærende visioner, mål og principper.

Der er dog også områder, hvor vi ikke er nået helt så langt, som vi kunne have ønsket. Fx er vi endnu ikke i helt i mål med at få indfriet de intentioner, som lå til grund for at invitere brugerne med ind i vores styregruppe, temagrupper og samordningsudvalg. Det er derfor et af de områder, vi vil sætte yderligere fokus på at videreudvikle i den resterende del af aftaleperioden.



STATUS PÅ SUNDHEDAFTALENS MÅL

Vi har aftalt, at vi følger op på arbejdet med Sundhedsaftalen med udgangspunkt i en række indikatorer fra De otte nationale mål for sundhedsvæsenet, suppleret med enkelte indikatorer fra De Landsdækkende Patienttilfredsundersøgelser (Luppen). For hovedparten af vores indikatorer gælder, at der grundet omlægningen til LPR-3 fortsat kun er tilgængelige data til og med 2018.

Den nedenstående status er derfor alene en kvalitativ beskrivelse af status på arbejdet med de mål, som vi har aftalt i Sundhedsaftalen.

Fokusområdet 'Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom'



Mål:

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst

Baggrunden for de to mål er vores viden om, at sammenhæng i indsatser fortsat er en stor udfordring for ældre og borgere med en eller flere kroniske sygdomme. Samtidig er særligt ældre borger i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke findes gode alternativer til indlæggelse.

Arbejdet med fokusområdet handler derfor om at sikre høj kvalitet, sammenhæng og trygge overgange, og når det er muligt at sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Siden Sundhedsaftalens indgåelse har vi konkretiseret vores mål for fokusområdet gennem prioritering af pejlemærker og signaturindsatser inden for de områder, hvor vi har vurderet at der er størst behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Eksempler herpå er:



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Samarbejdsaftale om IV-behandling:

I sommeren 2020 igangsatte vi et arbejde med henblik på at indgå en aftale om IV-behandling i kommunalt regi.

Formålet er at skabe flere handlemuligheder i det nære sundhedsvæsen, så borgere - der har behov for en IV-behandling, men i øvrigt ikke har brug for hospitalsbehandling - kan tilbydes behandling i eget hjem eller i en kommunal sundhedsklinik.

Vi planlægger efter, at IV-aftalen kan være endeligt godkendt i efteråret 2021.

Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes:

Vores pejlemærke om lægebetjening handler ligeledes om at understøtte flere handlemuligheder i kommunerne så især ældre borgere kan undgå en indlæggelse eller genindlæggelse, hvis denne kan forebygges gennem en tidlig indsats.

Arbejdet med indsatsen er forankret i samordningsudvalgene, som drøfter erfaringer i forhold til aftaler vedrørende lægebetjening (samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner og aftale om opfølgende hjemmebesøg) og muligheder for bedre udnyttelse af eksisterende tilbud.

Derudover handler pejlemærket også om afdækning af behovet for mere eller ændret lægebetjening af borgerne i kommunerne. Det kan fx handle om muligheder for at fastholde det lægelige behandlingsansvar på hospitalet i en periode efter udskrivelsen for udvalgte målgrupper.

Udrulning af SP-Link:

For at understøtte den bedst mulige sektorovergang i forbindelse med udskrivning fra hospital besluttede Sundhedskoordinationsudvalget i sommeren 2019 at afprøve kommunal læseadgang til Sundhedsplatformen gennem SP-Link.

SP-link er blevet afprøvet i udvalgte enheder i Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune, hvor der blev opnået positive erfaringer.

Efterfølgende er der arbejdet med en skalering af projektet. Det arbejde har bl.a. krævet nye løsninger i de kommunale omsorgssystemer, som muliggør teknisk integration fra omsorgssystemerne til SP-Link. Der er udviklet en tekniske løsning i det omsorgssystem, som 15 af kommunerne benytter og SP-link kan derfor udrulles i disse kommuner. De øvrige 14 kommuner benytter et andet omsorgssystem, hvor leverandøren aktuelt prioriterer andre opgaver end SP-link. For nuværende forventes SP-link ikke udbredt til disse kommuner.

SP-link kan derfor nu udrulles i 15 ud af de i alt 29 kommuner i regionen. Det forventes, at de resterende 14 kommuner vil afvente den nationale løsning på adgang til patientdata via sundhedsjournal på sundhed.dk.



Gode udskrivelser og udkørende teams:

Alle samordningsudvalgene arbejder med at understøtte gode udskrivningsforløb for at borgerne kan opleve en tryk og sikker overgang i forbindelse med udskrivelse fra hospital. Der er også et etableret udkørende funktioner, der skal være med til at forebygge uhelds- mæssige genindlæggelser.

Fx arbejder Nordsjællands Hospital og kommunerne i planområdet med optimering og styr- kelse af de mere komplekse udskrivelsesforløb mhp. at forebygge (gen)indlæggelser. Cen- tralt i indsatsen er etablering af et udskrivningsteam og et tværsektorielt udkørende team, som følger op på igangsat behandling og bidrager til tidlig opsporing i hjemmet i samarbejde med de kommunale akutteams. I Sundhedskoordinationsudvalget følger vi arbejdet med indsatsen.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Fokusområdet 'Sammen om børn og unges sundhed'



Mål:

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel får den rette hjælp i tide

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet. Vi vil derfor sætte ind med forebyggelsesindsatser på børne- og ungeområdet.

Samtidig er det en bekymrende udvikling, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag.

Arbejdet med fokusområdet handler derfor både om at udvikle det tværsektorielle samarbejde i forhold til sårbare gravide og småbørnsfamilier og om, at vi på tværs af sektorgrænserne skal finde nye løsninger så vi kan blive bedre til at hjælpe børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel.

'Sammen om børn og unges sundhed' er et vigtigt fokusområde i denne aftaleperiode. Det er samtidig et nyt fokusområde i sundhedsaftaleregion, hvorfor det har været nødvendigt at etablere en ny samarbejdsstruktur og udvikle nye løsninger på de fælles udfordringer. Dette gør - sammen med forsinkelser grundet COVID-19 situationen - at vi ikke er nået lige så langt i arbejdet med dette fokusområde, som vi er med de øvrige områder.

Vi har i december 2019 udpeget fire pejlemærker for arbejdet med fokusområdet:

1. Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes, særlig med fokus på sårbare gravides behov og ønsker
2. Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier
3. Samarbejdet mellem Almen Praksis og PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) skal styrkes i forhold til henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i hjemmet
4. Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15-25 år, der viser tegn på mental mistrivsel



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Vi er nået længst med det første af pejlemærkerne.

På baggrund af et udviklingsarbejde mellem fødeafdelingen på Hvidovre Hospital og kommunerne i optageområdet, har vi udviklet en regionsdækkende **aftale for kommunikationen mellem fødested, den kommunale sundhedspleje og almen praksis**.

Aftalen betyder bl.a., at kommunerne får bedre muligheder for tidligt at aflægge graviditetsbesøg i hjemmet, hvis der er behov herfor, idet hospitalet allerede efter 1. jordemoderbesøg skal sende meddelelse om, at der er "en gravid på vej". Der er løbende fulgt op på implementeringsgraden og aftalen er nu tæt på at være fuldt implementeret.

Arbejdet med udviklingen og konkretiseringen af øvrige pejlemærker har været forankret i tre temagrupper. Status er, at de tre grupper har eller er tæt på at have udviklet forslag til konkrete indsatser. Næste skridt vil derfor handle om pilottest og beslutninger om implementering af temagruppernes forslag. Vi forventer, at dette arbejde kan sættes i gang i efteråret 2021.



Fokusområdet 'Sammen om borgere med psykisk sygdom'



Mål:

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.
- Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.

Borgere med psykisk sygdom har ofte en hverdag præget af komplekse udfordringer. Mange i målgruppen har brug for flere samtidige indsatser, ofte på af tværs kommunale forvaltninger, hospitalspsykiatrien, somatiske hospitaler og almen praksis, men indsatserne opleves ikke altid som sammenhængende.

Samtidig ved vi, at borgere med svær psykisk sygdom har en højere dødelighed end den generelle befolkning. Overdødeligheden er især markant for de borgere, som er særligt udsatte og har komplekse sygdomshistorier.

Arbejdet med fokusområdet handler derfor både om generelt at understøtte bedre sammenhæng i borgernes forløb og om særligt koordinerede indsatser for de borgere, der har behov for det.

Gennem de seneste år er der sket en positiv udvikling i samarbejdet og der er igangsat en lang række nye indsatser, hvor der er opnået positive erfaringer. En udfordring er dog, at disse indsatser ofte har haft karakter af tidsafgrænsede projekter eller indsatser, der ikke dækker alle psykiatriske centre og kommuner.

Vi ønsker at sprede de gode erfaringer. I prioriteringen af pejlemærker har vi derfor vægtet fokus på at få implementeret eksisterende indsatser i bredden og dybden. Eksempler herpå er:

Implementering af model for netværksmøder:

Region Hovedstadens Psykiatri og de 29 kommuner i regionen har udviklet et koncept for afholdelse af tværsektorielle netværksmøder. Netværksmøder er valgt som metode, fordi de er særligt velegnede til at understøtte høj grad af borgerinvolvering og udarbejdelse af fælles planer/aftaler i borgerforløb, hvor der behov for indsatser fra mange forskellige faggrupper og enheder. Herunder ift. koordinering af forløb for borgere, der både har en alvorlig psykisk sygdom og et misbrug.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Der arbejdes med implementering af konceptet på alle Region Hovedstadens Psykiatriske Centre (børn og voksne) og i alle 29 kommuner. Herunder arbejder alle samordningsudvalgene med løbende monitorering af indsatsen. Erfaringer fra monitoreringen samles i en af-rapportering, som Sundhedskoordinationsudvalget får forelagt i efteråret 2021.

Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening:

Region Hovedstadens Psykiatri har etableret udgående Botilbudsteam for at kunne sikre en bedre behandling af borgere, der bor på botilbud. Botilbuddene samarbejder både med borgeren på botilbuddet, medarbejderne på botilbuddet og med de kommunale misbrugsenheder, hvis borgeren både har en psykisk sygdom og misbrug. I modellen for ny botilbudsbetjening indgår også samarbejde, fx i forhold til rådgivning og kompetenceudvikling for botilbudsbuddets medarbejdere.

Modellen skal udrulles i hele regionen og på sigt omfatte alle botilbud.

Udbredelse af model for samarbejde mellem kommunalt ansatte IPS-konsulenter og Region Hovedstadens F-ACT-team:

IPS er en evidensbaseret indsats, der hjælper borgere med alvorlige psykiske sygdomme med at finde arbejde og kunne arbejde i jobs, som de ønsker sig. I IPS-tilgangen arbejdes der med afsæt i, at opnåelse af og/eller genoptræning af erhvervsevnen bedst foregår i et rigtigt arbejdsmiljø på det ordinære arbejdsmarked, og at dette kan ske samtidig med stadig igangværende behandling af den psykiske sygdom og et eventuelt misbrug. IPS blev afprøvet i et stort projekt, der blev gennemført i perioden 2012 – 2018. Efter projektperioden valgte Københavns og Frederiksberg kommuner at videreføre IPS-tilbuddet og der er etableret et tæt samarbejde med F-ACT teams under Region Hovedstadens Psykiatri.

På nuværende tidspunkt har ni kommuner i hovedstadsregionen opstartet et IPS-samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og der er dialog med flere kommuner.

Aktuelt pågår desuden et arbejde med udvikling af nye pejlemærker for at understøtte en styrket og mere sammenhængende indsats for borgere, der både har en psykisk sygdom og et misbrug.



COVID-19 SAMARBEJDET

Prioriteringer, erfaringer og konsekvenser

COVID-19 pandemien har fyldt meget og været et nødvendigt hovedfokus på sundhedsområdet i mere end et år. Håndtering af pandemien har stillet store krav til samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og region.

Vi kan se, at det tætte samarbejde og den robuste samarbejdsstruktur, som vi har udviklet i regi af sundhedsaftalerne, har haft stor betydning for og understøttet det praktiske tværsektorielle samarbejde under pandemien.

Samarbejdet omkring bl.a. indlæggelser og udskrivelser har derfor i høj grad kunnet fortsætte ud fra de sædvanlige driftsaftaler, som fx vores kommunikationsaftaler og samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner.

På enkelte områder har været nødvendigt at supplere de eksisterende aftaler med nye særlige aftaler. Der er bl.a. udarbejdet retningslinjer for kommunikationen mellem hospital og kommuner omkring udskrivning af ikke-indlæggelseskrævende patienter med COVID-19 til kommunal pleje og opfølgning. Der blev også allerede i pandemiens begyndelse indgået aftale om ekstraordinære udskrivelser og andet, for at sikre, at rammerne var på plads, såfremt det skulle blive nødvendigt.

Gennem hele COVID-19 perioden er der blevet arbejdet intenst med at sikre en meget høj grad af kommunikation på tværs af sektorgrænser, således at relevant og aktuel viden hele tiden var let tilgængelig for alle parter.

Et udvidet samarbejde om ekstraordinære opgaver

På grund af den høje informationsstrøm og de mange løbende ændringer i indsatsen under COVID-19, har der været et ekstra stort behov for koordinering og kommunikation på tværs.

Samtidig har vi stået med helt nye opgaver, som fordeling af værnemidler, udbrudshåndtering på institutioner, begrænsning af smitte, systematiske test og udrulning af vaccinationsprogram.

Region Hovedstaden og kommunerne i hovedstadsregionen blev derfor på et tidligt tidspunkt enige om, at der var behov for en udvidet organisering på området.

Den overordnede tværsektorielle koordination og dialog omkring COVID-19 kriseberedskabet sker i regi af K-29. K29 er et koordinerende mødeforum bestående af alle de 29 kommunaldirektører i kommunerne og regionsdirektøren. Kredsen er blevet udvidet med regions Center for Sundhed og i perioder med formanden for PLO-Hovedstaden. Der har været ugentlige møder i lange perioder.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Undervejs har der været etableret en tværsektoriel indsatsgruppe og tværsektorielle task forces og koordinationsgrupper for hhv. testområdet og vaccinationsprogrammet, som har dannet grobund for et tæt og velfungerende tværsektorielt samarbejde om de nye opgaver. Den nye organisering har formået at levere hurtige og fleksible løsninger, der løbende er blevet tilpasset på baggrund af erfaringer eller udviklingen i situation og vilkår.

Læring af samarbejdet under COVID-19

Ambitionen med Sundhedsaftale 2019-2023 er at arbejde mere agilt og dynamisk i det tværsektorielle udviklingssamarbejde. Der er bred enighed om, at samarbejdsformen under COVID-19 pandemien på mange måder reflekterer de ønsker og ambitioner, som vi har sat os for i det tværsektorielle samarbejde i sundhedsaftalen. Herunder at arbejde mere fokuseret, hurtigt og fleksibelt med afsæt i stor tillid til hinanden og risikovillighed med henblik på, at der hurtigt kan skabes gode løsninger for borgerne.

Personale i alle sektorer i sundhedsvæsenet har ydet en helt ekstraordinær arbejdsindsats det seneste år. Den midlertidige organisering af det tværsektorielle samarbejde under COVID-19 har været præget af fleksibilitet og gensidig tillid, og er en katalysator for den måde, vi ønsker at samarbejde på fremover også. Den kritiske situation har krævet, at sundhedsvæsenet har samlet alle kræfter i en fælles, fokuseret indsats udover det sædvanlige: Men det har også været nødvendigt at nedprioritere ikke-akutte opgaver i en periode. Det må der tages højde for i det videre arbejde med Sundhedsaftalen.

Potentialet for at drage læring af det konstruktive samarbejde om COVID-19 opgaverne er allerede drøftet i de eksisterende tværsektorielle fora under Sundhedsaftalen. Vi forsætter disse drøftelser i det videre samarbejde i sidste halvdel af indeværende aftaleperiode, og tager de gode erfaringer med os i udviklingen af en ny Sundhedsaftale. Herunder vil vi sætte særligt fokus på, hvordan vi bedst understøtter hurtigere og mere fleksible processer, samtidig med, at vi vil sikre en bred involvering af alle parter, som er grundlaget for et bredt funderet ejerskab til sundhedsaftalen.





Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Kongens Vænge 2.
3450 Hillerød

Telefon: 38 66 60 00
Mail: csu@regionh.dk
www.regionh.dk/sundhedsaftale

Kræftplan for Region Hovedstaden – del 2

Høringsversion

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	3
1.1 Flere borgere lever med kræft.....	3
1.2 Ny kræftplan for Region Hovedstaden	4
1.3 Opfølgning på kræftplan del 1 og 2	5
2 Et fælles ansvar	7
2.1 Opsporing, udredning og diagnostik af kræft.....	7
2.2 Opfølgning efter kræft	8
2.3 Palliation	9
3 Tidlig opsporing og hurtig diagnostik.....	11
3.1 Opsamling: anbefalinger	11
3.2 Tidlig opsporing af kræft.....	11
3.3 Udredning	12
3.3.1 Synlige og tilgængelige tilbud.....	12
3.3.2 Adgang til diagnostisk afklaring uden unødigt ventetid	13
3.4 Bedre understøttelse af almen praksis i tidlig opsporing af kræft.....	13
3.4.1 Specialistrådgivning	14
3.4.2 Tættere samarbejde med praksis.....	14
3.5 Nationale screeningsprogrammer på kræftområdet	15
3.5.1 Regionale tiltag til understøttelse af screeningsprogrammerne	15
4 Opfølgning efter kræft	17
4.1 Opsamling: anbefalinger	17
4.2 Individuelt tilrettelagt opfølgning	18
4.2.1 Opfølgningsplan.....	18
4.3 Rehabilitering og senfølger	19

4.3.1	Senfølger efter kræft	20
5	Palliation (lindring)	22
5.1	Opsamling: anbefalinger	22
5.2	Palliation	22
5.2.1	Hospice	23
5.2.2	Tidlig indsats	24
5.2.3	Vurdering af palliative behov	26
5.3	Patienter skal inddrages tidligt i deres forløb	27
5.3.1	Sammenhængende forløb	28
5.3.2	Udsigtsløs behandling i den sidste tid	29
5.3.3	Muligheden for at blive længst muligt i eget hjem	30
6	Tværgående temaer og anbefalinger	32
6.1	Forebyggelse af kræft	34
6.2	Social lighed på kræftområdet	35
6.2.1	Styrket samarbejde med civilsamfundet og erhvervslivet	36
6.3	Systematisk inddragelse af patienter fra start til slut	38
6.4	Bedre brug af digitale løsninger og data	40

1 Indledning

Region Hovedstaden arbejder for at skabe et mere menneskeligt sundhedsvæsen, hvor patienterne får den behandling, som giver dem mest mulig værdi. Det skal ske ved, at sundhedsvæsenet leverer:

- Høj faglig kvalitet
- Høj patientoplevelt kvalitet og effekt
- God ressourceudnyttelse

Patienter og pårørende skal i højere grad opleve, at de får den rette hjælp på rette tid og sted i deres kræftforløb – uanset om de har brug for lindring, psykosocial støtte eller fysisk genoptræning. Patienterne skal opleve, at behandlingen hænger sammen på tværs af hospitalsafdelinger og sektorer og opleve, at alle gør deres bedste for at hjælpe dem, hvad enten de har brug for behandling, pleje eller rehabilitering.

Sundhedspersonalet skal blive endnu bedre til at kommunikere godt og respektfuldt og løbende afstemme forventninger og behov, så patienterne kan overskue deres situation og forstår, hvad der skal ske. Og alle dele af sundhedsvæsenet skal rykke sammen i et tættere samarbejde om at give patienter og pårørende det, de har brug for i det samlede kræftforløb.

I denne kræftplan er der et særligt fokus på pejlemærket om patientoplevelt kvalitet og effekt. Det betyder:

- at patienter skal inddrages i egen behandling, hvis de ønsker det.
- at behandlingen bliver tilrettelagt med respekt for patienternes og de pårørendes tid og
- at patienterne er trygge – også i overgangen fra hospital til eget hjem

1.1 Flere borgere lever med kræft

I Region Hovedstaden bor der i dag 1,8 millioner borgere. Forekomsten af kræft er stigende og det anslås, at hver tredje borger får en kræftdiagnose i løbet af deres liv. Risikoen for at få kræft øges markant med alderen, og derfor forventes det, at flere ældre borgere udvikler en kræftsygdom i takt med, at middellevetiden stiger. Andre samfunds faktorer spiller også ind på, at vi ser flere kræfttilfælde. De mange tilfælde af brystkræft, vi ser i Danmark kan bl.a. forklares ved, at kvinderne er ældre, inden de føder deres første barn. Rygning og overvægt

er også velkendte risikofaktorer, når vi taler om kræft. Den høje andel af rygere i Danmark gør bl.a., at vi har en kedelig rekord som et af de lande i verden, der har en meget høj forekomst af lungekræft.

Et spor i kræftplanen er at understøtte en tidlig opsporing og hurtig diagnostik af kræft. Alt for ofte er kræftsygdommen på et fremskredent stadie, når diagnosen stilles. Det forringer patienternes chancer for at få en skånsom behandling – og i sidste ende deres chancer for at overleve kræftsygdommen.

Et andet spor er at skabe en god kræftopfølgning, der tager udgangspunkt i patienternes individuelle behov, og har fokus på forebyggelse og behandling af senfølger. I de seneste ti år er der sket et markant løft i alle dele af kræftbehandlingen i hele landet. Andelen af patienter, der overlever kræft efter 5 år, er steget fra gennemsnitligt 59 procent til henholdsvis 66 procent for mænd og 68 procent for kvinder. Den forbedrede kræftoverlevelse betyder, at flere borgere i fremtiden vil leve med en kronisk kræftsygdom og/eller eventuelle senfølger efter overstået kræftforløb. I Region Hovedstaden lever der mere end 92.000 borgere, som har været igennem et kræftbehandlingsforløb. Mange har gener, der påvirker deres livskvalitet – også flere år efter endt behandling. Hver tredje kræftpatient har behov for hjælp til fysiske eller psykiske senfølger, men undersøgelser peger på, at over halvdelen af disse patienter ikke får den nødvendige hjælp¹.

Et tredje spor i kræftplanen er at sikre en tidlig palliativ indsats, der tager udgangspunkt i den enkelte patients livssituation, ønsker og behov. Kræft er en alvorlig og livstruende sygdom. Det er ikke altid muligt at forudse, hvad udfaldet bliver, når kræften opstår, og mange kræftpatienter har brug for lindring og støtte allerede tidligt i deres behandlingsforløb. Mennesker er forskellige, også når de er livstruende syge.

1.2 Ny kræftplan for Region Hovedstaden

For at sikre, at regionen fortsat leverer kræftbehandling af højeste kvalitet og gode sammenhængende forløb, blev det med Hospitalsplan 2025 besluttet, at der skal laves en ny kræftplan for Region Hovedstaden. Den nye kræftplan erstatter regionens eksisterende kræftplan fra 2011 og fokuserer på, at organiseringen af kræftbehandling er robust og dimensioneret til at kunne give alle kommende kræftpatienter et forløb, hvor såvel den patientoplevede som den faglige og organisatoriske kvalitet er i top.

Kræftplanen udarbejdes i to dele. Første del satte fokus på og indeholdt anbefalinger om udredning og behandling. Denne del to sætter fokus på sporene:

- Tidlig opsporing og hurtig diagnostik
- Opfølgning, herunder rehabilitering og senfølger
- Palliation og hospice

Planen indeholder anbefalinger til udviklings- og forbedringspotentialer inden for disse tre spor samt en række tværgående anbefalinger.

Anbefalingerne er blevet til ud fra dialog med og bidrag fra regionens sundhedsfaglige råd, hospitaler, politikere, fagorganisationer, kommuner, patientorganisationer og patient- og pårørenderepræsentanter.

Kræftplanen har været i offentlig høring i juni måned 2021, og der har som led i høringsprocessen været afholdt et dialogmøde om planen med relevante samarbejdspartnere og interessenter.

1.3 Opfølgning på kræftplan del 1 og 2

I forlængelse af planen skal alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden udarbejde egne lokale planer, som udfolder, hvordan anbefalingerne konkret skal føres ud i livet. Konkretisering af og opfølgning på anbefalingerne vil desuden indgå i fremtidige hospitalsplaner og revisioner heraf.

Regionen ønsker desuden, at anbefalingerne i den samlede kræftplan indgår i den løbende dialog og samarbejde med almen praksis og kommunerne, ligesom kræftområdet vil være et centralt tema i en kommende strategi for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Begrebsafklaring og definitioner

Rehabilitering:

Region Hovedstaden følger Sundhedsstyrelsen og anvender WHO's definition af rehabilitering fra 2011:

"Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund".

Senfølger:

Region Hovedstaden følger Sundhedsstyrelsen, der definerer senfølger efter kræft som:

"Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne".

Palliation

Arbejdet med palliativ behandling i det danske sundhedsvæsen tager afsæt i WHO's definition af palliation fra 2002:

"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art" ¹.

2 Et fælles ansvar

Alle har et personligt ansvar for deres egen sundhed. Men regionens hospitaler, almen praksis og kommunerne har sammen et fælles ansvar for at forbedre og løfte befolkningens sundhed generelt. Det gælder også på kræftområdet. Det er et fælles ansvar at tage hånd om den enkelte patient og dennes pårørende igennem hele forløbet – fra den første mistanke om kræft og til forløbet afsluttes.

Langt de fleste kræftpatienter er i løbet af deres kræftforløb i kontakt med både deres praktiserende læge, hospitalet og deres bopælskommune. Nogle af de konkrete indsatser i kræftforløbet er afgrænset til en enkelt sektor, mens andre indsatser er tværfaglige og går på tværs af de tre aktører. Det er derfor et fælles tværsektorielt ansvar at skabe et godt og trygt kræftforløb.

Nogle gange kan et fælles ansvar føre til, at ingen tager tilstrækkeligt med ansvar. Det går udover patienterne og skal undgås.

Alle kræftpatienter skal opleve, at deres forløb er sammenhængende, og at de forskellige sektorer arbejder sammen på en god og tillidsfuld måde. Derudover skal patienterne opleve, at der bliver taget et sundhedsfagligt ansvar for deres forløb. Det er derfor også vigtigt, at det er tydeligt for det involverede personale i både almen praksis, kommune og på hospitalet, hvornår de hver især har sundhedsfagligt ansvar for patienterne.

Region Hovedstaden vil gå ind i det tværsektorielle samarbejde med fokus på løsninger, der sætter patienter og pårørende først – og tage ansvar herfor.

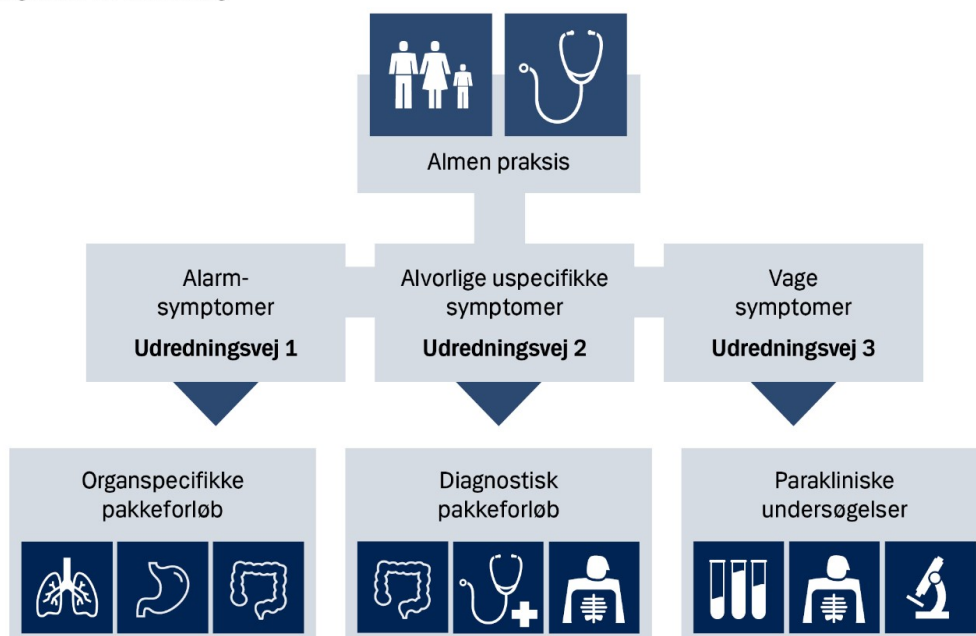
2.1 Opsporing, udredning og diagnostik af kræft

Tidlig opsporing af kræft kan overordnet inddeles i to kategorier afhængigt af, om patienterne udviser symptomer på sygdom eller ej. Blandt patienter uden symptomer sker den tidlige opsporing bl.a. via de tre nationale screeningsprogrammer på kræftområdet. Sundhedsstyrelsen er den overordnede faglige myndighed og udgiver faglige anbefalinger for screeningsprogrammerne, mens regionerne er ansvarlige for at implementere screeningsprogrammerne i praksis. Almen praksis er ikke involveret i screeningsprogrammerne for brystkræft og kræft i tyk- og endetarm. Men de praktiserende læger udgør en væsentlig aktør i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, da screeningsundersøgelsen oftest foregår i almen praksis.

Den tidlige opsporing af kræft blandt patienter med symptomer på sygdom er et delt ansvarsområde mellem almen praksis og region. Oftest udgør de praktiserende læger den første kontakt, og de kan afhængigt af symptomernes karakter beholde ansvaret for patienternes udredning eller henvise patienterne til udredning på et af regionens hospitaler. Hvis patienterne henvises til udredningsforløb på hospitalet, vil ansvaret for patienternes udredning overgå til hospitalet.

Figur 1 opsummerer de tre mulige veje for udredning af patienter med symptomer på alvorlig sygdom, som kan være kræft.

Figur 1
Muligheder for udredning



2.2 Opfølgning efter kræft

Opfølgning efter kræft er et delt ansvarsområde mellem regionen, kommunerne og almen praksis, og de involverede aktører er ansvarlige for de indsatser, som de hver især iværksætter, herunder at koordinere indsatsen med andre involverede aktører. Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" fastsætter den faglige indsats ved rehabilitering og palliation samt organiseringen af indsatsen i forbindelse med kræftsygdomme.

Kommunerne har hovedansvaret for rehabilitering – også i tilfælde af sammenhængende og/eller sideløbende relaterede indsatser på hospitalet eller i almen praksis.

Regionen har ansvaret for de rehabiliterende indsatser, så længe patienterne er indlagt på hospitalet, eller er i et ambulant forløb, og har brug for diagnose-specifik rehabilitering, der kræver speciallæge. Det er regionens opgave at sikre, at alle kræftpatienter får foretaget en individuel og systematisk vurdering af behovet for rehabilitering samt at informere og vejlede patienterne om kræftsygdommen, herunder om senfølger og alarmsymptomer. Desuden er det regionens ansvar at sikre, at der i fællesskab med patienterne og eventuelle pårørende udarbejdes en individuel plan for patienternes opfølgningsforløb² baseret på den individuelle behovsvurdering.

Regionen skal som en del af vurderingen også vurdere patienternes behov for genoptræning og udarbejde en individuel genoptræningsplan. Det skal foregå i et samarbejde med patienterne og eventuelle pårørende. Hvis der er behov for rehabilitering i kommunalt regi, almen praksis eller på anden hospitalsafdeling, er det tilsvarende hospitalets opgave at henvise patienterne dertil.

Den praktiserende læge er den gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson for patienten, og det er en vigtig opgave for almen praksis at bevare kontakten med patienten gennem hele kræftforløbet. Almen praksis kan have et ansvar for at henvise patienten til rehabilitering i kommunalt regi eller på hospitalet, hvis behovet opstår efter, at patienten er færdigbehandlet på hospitalet.

2.3 Palliation

Palliation er en tværfaglig og tværsektoriel indsats. Der skelnes mellem basal og specialiseret palliativ indsats. Det er patientens behov og intensiteten af indsatsen, der afgør, hvorvidt indsatsen er basal eller specialiseret.

Flertallet kan få dækket den nødvendige palliative pleje og omsorg med en basal indsats, men nogle patienter har flere og komplekse problemer, der nødvendiggør en specialiseret indsats fra flere samtidige fagpersoner som læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og præster.

Den basale palliative indsats varetages i de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave, og indgår ofte som led i anden pleje og behandling. Det kan fx være på den hospitalsafdeling, der varetager den sygdomsrettede behandling, fx onkologisk afdeling samt i almen praksis og i kommunerne, fx på et plejehjem eller af den kommunale hjemmesygepleje.

Den specialiserede palliative indsats ydes af de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som deres hovedopgave i form af de palliative afsnit på hospitalerne og hospice og de udgående palliative teams.

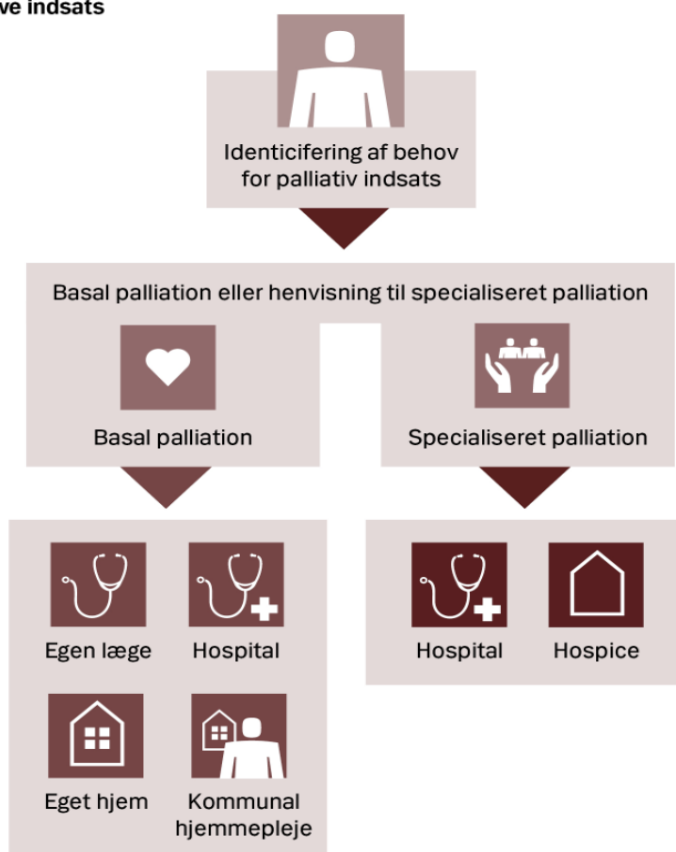
De palliative afsnit på hospitalerne i Region Hovedstaden er organiseret med ambulatorie, udgående teams og sengepladser, dog undtaget Rigshospitalet (Blegdamsvej-matriklen) der har ambulatoriefunktion samt et udgående team.

Regionen har samlet set 41 palliative sengepladser til patienter med behov for specialiseret palliation. Sengene er både til patienter med kræft og ikke kræft.

Region Hovedstaden har driftsoverenskomst med de 4 selvejende hospices, der geografisk er placeret i regionen ³. Patienter kan enten blive indlagt på hospice eller modtage behandling i eget hjem af de udgående hospiceteams. Region Hovedstaden har samlet set 70 hospicepladser og ca. 130 pladser i de udgående palliative hospiceteams.

Figur 2 viser aktører i den palliative indsats.

Figur 2
 Aktører i den palliative indsats



3 Tidlig opsporing og hurtig diagnostik

Kræftplanens anbefalinger for tidlig opsporing og hurtig diagnostik er opsummeret nedenfor. Anbefalingerne uddybes i de enkelte afsnit i kapitlet.

3.1 Opsamling: anbefalinger

ANBEFALINGER

Anbefaling 1

Regionen sikrer tilgængelige og effektive tilbud, så patienter med symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, kan tilbydes hurtig udredning og diagnostik.

Anbefaling 2

Regionen styrker den fælles, tværsektorielle læring med almen praksis om tidlig opsporing af kræft gennem en bedre og mere systematisk brug af data og dialog om patientforløb.

Anbefaling 3

Regionen understøtter, at der er en høj tilslutning til de tre nationale screeningsprogrammer på kræftområdet.

3.2 Tidlig opsporing af kræft

Der er i de seneste år igangsat en række initiativer i Region Hovedstaden for at forbedre den tidlige opsporing af kræft, bl.a. i forbindelse med de nationale strategier "Kræftplan IV" og "Jo før – jo bedre". Det er lykkedes at forbedre den tidlige opsporing af kræft, men målet er endnu ikke nået. Mange kræfttilfælde opdages stadig først, når kræften er i et fremskredent stadie eller har bredt sig til andre organer.

Tidlig opsporing af kræft forudsætter, at patienterne er i kontakt med sundhedsvæsenet. Nogle patienter reagerer hurtigt på selv små symptomer, mens andre

går meget længe med deres symptomer, inden de opsøger deres praktiserende læge.

Patienters personlige sundhedskompetencer og ressourcer påvirker deres muligheder for at finde, forstå, vurdere og bruge sundhedsinformation og -tilbud. Det er derfor helt afgørende, at kommunikation, tilbud og støttemuligheder kommer i flere former og tilpasses patienternes individuelle behov.

3.3 Udredning

Omkring 85 procent af alle kræfttilfælde opdages ved, at patienterne henvender sig til deres praktiserende læge⁴. Der er en betydelig variation i patienternes symptomer, når de henvender sig til almen praksis første gang. Det stiller store krav til de praktiserende læger, der som "gate-keepers" hurtigt skal kunne vurdere, hvilke patienter der har behov for yderligere udredning. Men det stiller også krav til regionen om både at sikre, at de praktiserende læger føler sig klædt på til at kunne foretage denne vurdering, og at regionens tilbud til udredning og diagnostik er effektive og tilgængelige for almen praksis.

I dag er det kun ca. halvdelen af de danske kræftpatienter, der fra starten af deres forløb bliver henvist til et organspecifikt kræftpakkeforløb. Resten af patienterne har symptomer, der er for vage og/eller uspecifikke til, at den praktiserende læge har en begrundet mistanke om kræft⁵. I disse tilfælde kan den praktiserende læge henvise patienten til et diagnostisk pakkeforløb eller til parakliniske undersøgelser. Det kræver derfor en god, tæt og løbende dialog mellem almen praksis, de billeddiagnostiske afdelinger og udredningsenhederne, så patienterne hurtigt tilbydes den rette udredning.

3.3.1 Synlige og tilgængelige tilbud

Når de praktiserende læger ser patienter med symptomer på alvorlig sygdom, som kan være kræft, har de flere muligheder for at henvise til udredning og diagnostik. Det skal derfor være tydeligt for de praktiserende læger, hvilke muligheder regionen tilbyder.

Der er i perioden 2018 til 2020 sket en stigning i antallet af henvisninger til de diagnostiske enheder i Region Hovedstaden fra 4119 til 5241 henvisninger. Der er dog en betydelig variation i, om og hvor ofte de praktiserende læger henviser til de diagnostiske enheder.

Regionen vil derfor afdække, om almen praksis i et relevant omfang benytter tilbuddet om at henvise patienter til de diagnostiske enheder, herunder hvilke udfordringer og barrierer der er for, at de praktiserende læger gør brug af regionens tilbud. Samtidig skal en fokuseret informationsindsats, gennem eksisterende strukturer og informationskanaler såsom praksiskonsulentordningerne på hospitalerne, infomøder og relevante digitale platforme som sundhed.dk m.v.,

øge synligheden om regionens eksisterende tilbud til hurtig udredning og diagnostik.

3.3.2 Adgang til diagnostisk afklaring uden unødigt ventetid

Kort ventetid til undersøgelse og kort svartid på billeddiagnostiske undersøgelser er afgørende for en hurtig afklaring, så patienterne undgår unødigt ventetid og forsinkelse.

Region Hovedstaden har en vigtig rolle med at sikre almen praksis adgang til de rette tilbud. Regionen har – som i resten af landet – en begrænset kapacitet inden for radiologien. De radiologiske ressourcer skal derfor anvendes bedst muligt til at understøtte de praktiserende læger og sikre hurtige og effektive forløb for patienterne, når det skal afklares, om der er begrundet mistanke om kræft.

Praktiserende læger kan i dag vælge at henvise patienter med uspecifikke og/eller vage symptomer direkte til en CT-skanning af brystkasse og ultralydsscanning af maveregionen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (Bispebjerg-matriklen). Derudover kan praktiserende læger henvise patienten til en MR-scanning på en røntgenafdeling eller en CT-scanning på et af regionens drop-in tilbud.

En tidligere regional afdækning af almen praksis' muligheder for at henvise patienter til billeddiagnostiske undersøgelser viser udfordringer med lang ventetid til undersøgelserne. Svar på undersøgelserne skal leveres uden unødigt ventetid, så de praktiserende læger tilsvarende hurtigt kan tage stilling til behovet for videre udredning.

Regionen er derfor også i gang med at se på kapaciteten på det samlede diagnostiske område. Som et led i dette arbejde vil der blandt andet blive set på de praktiserende lægers adgang til hurtige billeddiagnostiske undersøgelser for patienter med vage symptomer på kræft.

Anbefaling 1

Regionen sikrer tilgængelige og effektive tilbud, så patienter med symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, kan tilbydes hurtig diagnostik og udredning.

3.4 Bedre understøttelse af almen praksis i tidlig opsporing af kræft

En praktiserende læge med 1.600 patienter ser hvert år omkring 10 nye kræfttilfælde i sin praksis⁶. Det kan derfor være vanskeligt for de praktiserende læger

at skelne mellem symptomer på kræft og på anden sygdom. Praktiserende læger skal have den nødvendige viden og kompetencerne til at kunne opspore kræft tidligt. Region Hovedstaden har et særligt fokus på at understøtte dette, bl.a. ved at stille specialistrådgivning til rådighed. Samtidig samarbejder regionen med de praktiserende læger gennem KAP-H, der har til formål at fremme kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis og understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen til gavn for regionens borgere.

3.4.1 Specialistrådgivning

Region Hovedstadens specialistrådgivning er et fagligt tilbud, som tilbyder praksissektoren telefonisk rådgivning inden for 11 kræftformer/områder⁷. Rådgivningen varetages af kræftspecialister på regionens hospitaler og har til formål at give almen praksis bedre redskaber til at opdage alvorlig sygdom som kræft. Det er vigtigt for både patienter, de praktiserende læger og hospitaler, at det er de rette patienter, der henvises til videre udredning. Derfor har regionen en vigtig opgave i at understøtte, at de praktiserende læger søger rådgivning ved tvivlstilfælde – særligt når det gælder patienter med vage eller uspecifikke symptomer, som ikke passer ind i en organspecifik kræftpakke.

De praktiserende læger i Region Hovedstaden skal have den samme gode adgang til sparring og rådgivning. Det forudsætter, at kendskabet til rådgivningsfunktionen er udbredt til alle regionens praktiserende læger. Regionen vil derfor følge op på en intern evaluering af rådgivningsfunktionen fra 2017 ved at undersøge, i hvilken grad almen praksis har kendskab til og benytter muligheden for at få specialistrådgivning i forbindelse med opsporing af kræft. Det skal danne baggrund for relevante forbedringstiltag.

Regionen ønsker at fastholde fokus på efteruddannelse af almen praksis og at styrke indsatsen med at sikre mere viden særligt om udsatte og sårbare borgere samt patienter, der ikke passer ind i en kræftpakke. Regionen vil derfor indgå i en dialog med almen praksis om, hvordan det hensigtsmæssigt kan tilrettelægges.

3.4.2 Tættere samarbejde med praksis

Det er væsentligt, at Region Hovedstaden og de praktiserende læger fortsat har et godt, gensidigt og tæt samarbejde om at skabe gode og hensigtsmæssige forløb for patienterne. Regionen vil derfor understøtte videns- og kvalitetsudvikling i almen praksis om bl.a. tidlige tegn på kræft, bl.a. gennem det eksisterende Vidensnetværk for almen praksis.

Et tættere samarbejde mellem regionen og almen praksis skal desuden sikre, at det er de rette patienter, der henvises, og at patienterne henvises på det rette tidspunkt. Det kræver, at de praktiserende læger får den nødvendige feedback i form af data og viden om patienternes videre forløb. Regionen vil derfor sikre en systematisk dataindsamling til almen praksis, som kan danne grundlag for

læring i fx kvalitetsklyngerne i almen praksis. For at sikre fælles læring og dialog om den gode henvisning, vil regionen samtidig sikre en systematisk brug af audits af henvisninger til kræftpakker og epikriser fra hospitalet til almen praksis.

Anbefaling 2

Regionen styrker den fælles, tværsektorielle læring med almen praksis om tidlig opsporing af kræft gennem en bedre og mere systematisk brug af data og dialog om patientforløb.

3.5 Nationale screeningsprogrammer på kræftområdet

De tre nationale screeningsprogrammer for hhv. brystkræft, livmoderhalskræft og kræft i tyk- og endetarmen er væsentlige i forhold til at opdage kræft tidligt, især blandt borgere uden symptomer på kræft. Undersøgelser viser, at kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft, nedsætter deres risiko for at få livmoderhalskræft med mindst 80-90 procent⁸. Det er derfor vigtigt, at borgerne motiveres til at deltage i kræftscreeningsprogrammerne for herigennem at nedsætte forekomst og dødelighed af kræftsygdomme ved at finde forstadier til kræft.

Deltagelsen i de tre screeningsprogrammer er både i Region Hovedstaden og på landsplan præget af social ulighed: Borgere med kort uddannelse, lav indkomst, minoritetsbaggrund eller som bor alene, har en lavere deltagelse end andre grupper i samfundet⁹. Regionen har en ambition om at opnå en høj tilslutning til screeningsprogrammerne blandt alle grupper af befolkningen i tråd med de nationalt fastlagte målsætninger.

3.5.1 Regionale tiltag til understøttelse af screeningsprogrammerne

Region Hovedstaden har - udover selve screeningsopgaven - også en opgave med at understøtte kendskab til kræftscreeningsprogrammerne og reducere barriererne for deltagelse.

Regionen indførte i 2016 som den første region HPV-hjemmetest som et fast tilbud til kvinder, der havde stået udenfor screeningsprogrammet i fire år eller længere. Formålet med testen, som kvinden kan tage i sit eget hjem, er at øge antallet af kvinder, der bliver screenet regelmæssigt for livmoderhalskræft.

I dag tilbyder Region Hovedstaden også HPV-hjemmetest til kvinder med fysisk funktionsnedsættelse og/eller psykisk sygdom som alternativ til en almindelig screeningprøve. Tilbuddet gives efter konsultation med egen læge. Under udviklingen af tilbuddet har Region Hovedstaden rådført sig med Dansk Handicap

Forbund, SIND og Kræftens Bekæmpelse. For at sikre kendskab til ordningen, har regionen også gennemført en mindre informationskampagne om den sammen med Dansk Handicap Forbund.

Alle fem regioner arbejder i fællesskab på at indføre HPV-hjemmetest som et tilbud, der udsendes sammen med anden screeningspåmindelse. Det sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018 og på baggrund af blandt andet Region Hovedstadens erfaringer. Det er forventningen, at regionen kan indføre det bredere tilbud om HPV-hjemmetest i 2021.

Informationsmateriale om screeningsprogrammerne skal være tilgængeligt og let forståeligt, så alle borgere kan træffe beslutning om deres deltagelse på et oplyst grundlag. Regionen er derfor bl.a. i gang med at udvikle informationsvideoer om screeningsprogrammet for livmoderhalskræft på en række fremmedsprog (arabisk, bosnisk, farsi og somali).

Der mangler viden om, hvad der karakteriserer de borgere, som vælger ikke at tage imod tilbuddet om at deltage i screeningsprogrammerne i Region Hovedstaden. Regionen har tidligere igangsat en undersøgelse af, hvad der karakteriserer de kvinder, som udebliver fra screening for brystkræft. Når resultaterne foreligger, vil regionen tage stilling til, hvordan der målrettet kan sættes ind overfor de grupper af kvinder, der hyppigst udebliver fra screeningerne.

Samtidig er der i regionen bl.a. iværksat flere forskningsprojekter, der skal belyse årsagerne til, at borgere ikke deltager i screening for tyk- og endetarmskræft og komme med interventionsmuligheder for at øge deltagelsen for udvalgte grupper med særligt høj ikke-deltagelse.

Anbefaling 3

Regionen understøtter, at der er en høj tilslutning til de tre nationale screeningsprogrammer på kræftområdet.

4 Opfølgning efter kræft

Kræftplanens anbefalinger for opfølgning efter kræft er opsummeret nedenfor. Anbefalingerne uddybes i de enkelte afsnit i kapitlet.

4.1 Opsamling: anbefalinger

ANBEFALINGER

Anbefaling 4

Regionen sikrer en systematisk og tidlig dialog mellem sundhedspersonale og kræftpatienter om at identificere den enkelte patients ønsker og behov for at udarbejde en individuel opfølgningsplan, der til alle tider kan tilgås af borgeren.

Anbefaling 5

Regionen styrker patienternes mulighed for systematisk og helhedsorienteret støtte til livet med senfølger efter kræft og vil blandt andet se på muligheder for en styrket organisering af hospitalernes indsats på senfølgeområdet med fokus på at sikre højere kvalitet og et helhedsorienteret syn på patienternes fysiske, psykiske og sociale funktioner og livskvalitet.

Anbefaling 6

Regionen indgår i et samarbejde med kommuner og almen praksis om en højere og mere ensartet kvalitet i opfølgningen efter kræft for at sikre, at flere borgere oplever at få den nødvendige hjælp og støtte, når behovet opstår.

4.2 Individuelt tilrettelagt opfølgning

Kræftpatienter med behov for opfølgning skal opleve, at deres forløb er sammenhængende – også efter at behandlingen er afsluttet. Det er samtidig afgørende, at alle kræftpatienter er trygge ved, hvad der skal ske og føler sig inddraget i beslutninger om deres opfølgningsforløb.

Mange kræftpatienter oplever i dag, at de i deres opfølgningsforløb bliver tabt i sektorovergangene, at de ikke får den nødvendige hjælp samt at sundhedspersonalet på hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad taler med dem om, hvordan den praktiserende læge kan hjælpe dem efter afsluttet hospitalsbehandling¹⁰. Samtidig oplever mere end halvdelen af alle kræftpatienter, at de i mindre grad eller slet ikke har været med til at træffe beslutninger om deres opfølgningsforløb.

En kortlægning af kræftrehabiliteringen i Danmark viser, at mange kræftpatienter enten ikke får tilbud om behovsvurdering eller vælger ikke at tage imod tilbuddet¹¹. Det medfører ulighed i forhold til, hvem der får identificeret hvilke behov. På trods af, at Region Hovedstaden er den region, hvor flest patienter oplever, at de er/har været i et opfølgningsforløb, er der behov for et fortsat fokus på, at alle kræftpatienter ved afslutning af behandling får en afsluttende samtale og en individuel behovsvurdering med personale fra den ansvarlige hospitalsafdeling.

4.2.1 Opfølgningsplan

Hovedparten af patienterne i Region Hovedstaden der oplever at være i et opfølgningsforløb, kender til planen for det opfølgningsforløb, som de skal/er i gang med, og de er trygge ved at overgå til et opfølgningsforløb efter afsluttet behandlingsforløb¹². Trods det, oplever mange patienter, at deres behov for relevante tilbud ikke bliver dækket.

I tråd med pejlemærket om patientoplevelse skal patienter opleve, at deres individuelle behov og ønsker så vidt muligt bliver imødekommet. Det er derfor ikke tilstrækkeligt, at der er udarbejdet en opfølgningsplan baseret på en individuel behovsvurdering, hvis ikke patienten også oplever at få tilbud om relevant hjælp eller støtte.

Anbefaling 4

Regionen sikrer en systematisk og tidlig dialog mellem sundhedspersonale og kræftpatienter om at identificere den enkelte patients ønsker og behov for at udarbejde en individuel opfølgningsplan, der til alle tider kan tilgås af borgeren.

4.3 Rehabilitering og senfølger

Kræftpatienter og deres pårørende har forskellige ressourcer og kompetencer til at håndtere et komplekst sygdomsforløb og den efterfølgende tid. Samtidig har patienternes alder, diagnose, sygdomsstadie og behandling samt fysisk og psykisk komorbiditet betydning for den nødvendige opfølgning. Nogle patienter vil opleve, at en samtale om deres hverdagsliv og behov er tilstrækkeligt, og vil ikke have behov for en yderligere rehabiliterende indsats. Omvendt har nogle patienter bivirkninger eller senfølger af kræftsygdommen eller behandlingen, som kræver en specialiseret behandlingsmæssig indsats, mens andre igen har brug for fx genoptræning og samtalegrupper. Derudover vil nogle patienter allerede på diagnosetidspunktet have et tab af funktionsevne. Det er derfor vigtigt at påbegynde den rehabiliterende indsats så tidligt i forløbet som muligt, så der kan tages hånd om de indvirkninger, som sygdommen og behandlingen har på patienternes liv.

Kræftpatienternes forskellige behov kræver, at sundhedsvæsenet i højere grad tilpasses til den enkelte patient. Enhver opfølgende indsats skal inkludere patienterne og eventuelle pårørende i beslutningsprocessen, og på bedst mulig måde understøtte patienterne og de pårørende i at opnå et så godt hverdagsliv, som deres aktuelle situation og ressourcer giver mulighed for. Succesfulde rehabiliteringsindsatser sætter patienterne og deres behov først. Rehabiliteringen skal være en fast del af kræftforløbet således, at der ikke spørges, *om* der er behov, men *hvad* behovet er for den enkelte.

Sundhedsstyrelsen estimerer, at omkring hver fjerde kræftpatient har behov for rehabilitering¹³, og i mange tilfælde vil indsatserne kræve planlægning på tværs af fagligheder og sektorer¹⁴. Det stiller store krav til samarbejdet mellem sektorerne at sikre sømløse overgange og give borgerne/kræftpatienterne en følelse af sammenhæng i deres forløb. Det er i den forbindelse også vigtigt, at de praktiserende læger nemt kan få overblik over de konkrete indsatser og tilbud. Region Hovedstaden vil derfor sikre, at regionens tilbud om rehabilitering efter kræft er synlige og tilgængelige for både patienter og almen praksis.

En kortlægning viser, at der i dag er væsentlige forskelle i de indsatser som kræftpatienter med samme behov tilbydes, når deres kræftbehandling er afsluttet¹⁵. Viden om kvaliteten i kræftrehabilitering er meget begrænset og en generel mangel på sammenlignelige data gør det vanskeligt at følge op på indsatser på tværs af organisatoriske enheder. Der er derfor behov for at sikre en højere og mere ensartet kvalitet i opfølgningen af kræft, fx gennem systematisk indrapportering af data på tværs af sektorer.

Anbefaling 5

Regionen indgår i et samarbejde med kommuner og almen praksis om en højere og mere ensartet kvalitet i opfølgningen efter kræft for at sikre, at flere borgere oplever at få den nødvendige hjælp og støtte, når behovet opstår.

4.3.1 Senfølger efter kræft

Mindst halvdelen af voksne kræftoverlevende oplever at have én eller flere senfølger efter deres kræftsygdom¹⁶. Senfølgerne er ofte vedvarende med både fysiske, psykiske og psykosociale funktionssvigt, som kan være svært invaliderende i hverdagen¹⁷. Det er derfor vigtigt at betragte senfølger efter kræft som en del af kræftrehabiliteringen. Derudover er det vigtigt, at risikoen for senfølger italesættes overfor patienterne allerede inden, at de vælger at tage imod behandling. På samme måde er det vigtigt at informere om livet efter kræftbehandling og tale om, hvad der skaber værdi for den enkelte patient.

[FAKTABOKS]

Kilde: Barometerundersøgelsen 2019

De 10 hyppigste gener i dagligdagen 2,5 år efter kræftdiagnosen

Træthed/manglende energi 21 %

Angst/bekymringer 21 %

Seksuelle problemer 16 %

Føleforstyrrelser 13 %

Afførings-/tarmproblemer 12 %

Vandladningsproblemer 11 %

Smerter/ubehag 10 %

Fysiske begrænsninger 7 %

Lymfødem 7 %

Hukommelse/kognition 7 %

En undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse viser, at knap hver tredje kræftpatient oplever et behov for hjælp til at håndtere fysiske og/eller psykiske udfordringer eller senfølger, men kun hver femte kræftpatient angiver at have den nødvendige hjælp¹⁸. Samtidig viser undersøgelsen, at færre end fire ud af ti kræftpatienter taler med en sundhedsprofessionel på hospitalet om behovet for afhjælpning/lindring af fysiske udfordringer/senfølger, mens under hver femte

kræftpatient har haft en tilsvarende samtale om psykiske udfordringer eller senfølger. Hver anden kræftpatient er usikker på, hvilke tegn på senfølger, de skal være opmærksomme på, og hver tredje er usikker på, hvem de skal kontakte ved tegn på senfølger. Mange kræftpatienter oplever derudover, at det er svært at finde de rette behandlingstilbud til deres senfølger.

Alle patienter med behov skal have adgang til behandling af deres senfølger efter kræft, og de skal opleve, at de får hjælp til at kunne håndtere eventuelle senfølger af deres kræftsygdom. Det kræver bl.a., at både de praktiserende læger og hospitalerne er i stand til at håndtere og lære af patienternes senfølger, og at regionens tilbud til patienter med senfølger efter kræft er synlige.

Region Hovedstaden har en opgave i at sikre, at alle kræftpatienter i forbindelse med deres behandlingsforløb på hospitalet får mulighed for at tale med en sundhedsprofessionel om potentielle senfølger. Det er bl.a. relevant at bruge PRO-data systematisk til at følge og spore senfølger af kræftbehandling og fx bruge rapportering om senfølger til at inkludere tidligere patienter i forskningsstudier mv.

Regionen har samtidig en vigtig rolle i at understøtte, at der på tværs af sektorerne er den nødvendige viden og tilbud til patienter med senfølger. De praktiserende læger skal fx vide, hvilke tegn på recidiv og/eller senfølger, der kræver handling, så patienter med behov rettidigt henvises til de rette tilbud i enten regionalt eller kommunalt regi. Regionen vil derfor bidrage til at styrke indsatsen i kommunalt regi og hos almen praksis ved at stille lægelig specialistrådgivning til rådighed.

Samtidig er der brug for mere undervisning i behandlingen af senfølger blandt kræftpatienter. Og at der bliver sikret et tæt samspil mellem forskning og udvikling af den kliniske indsats samt en bedre regional monitorering og kvalitetssikring om senfølger og kræftrehabilitering. Målet er, at patienterne opnår en forbedret fysisk, psykisk og social funktion, så de i højere grad kan opretholde det liv, de ønsker at leve.

Anbefaling 6

Regionen styrker patienternes mulighed for systematisk og helhedsorienteret støtte til livet med senfølger efter kræft og vil blandt andet se på muligheder for en styrket organisering af hospitalernes indsats på senfølgeområdet med fokus på at sikre højere kvalitet og et helhedsorienteret syn på patienternes fysiske, psykiske og sociale funktioner og livskvalitet.

5 Palliation (lindring)

Kræftplanens anbefalinger palliation ifm. kræft er opsummeret nedenfor. Anbefalingerne uddybes i de enkelte afsnit i kapitlet.

5.1 Opsamling: anbefalinger

ANBEFALINGER

Anbefaling 7

Regionen vil i organiseringen af den specialiserede palliation tage udgangspunkt i nærhed til relevante specialer så som onkologi og hæmatologi, og kapaciteten skal gradvist tilpasses behovet.

Anbefaling 8

Regionen vil arbejde for, at livstruende syge patienter på hospitalerne systematisk får vurderet deres palliative behov ud fra viden om patientens oplevede helbredstilstand og livskvalitet.

Anbefaling 9

Regionen vil – gerne i samarbejde med repræsentanter fra kommuner, almen praksis og hospice - præcisere kriterierne for henvisning til specialiseret palliation.

Anbefaling 10

Regionen vil skabe bedre rammer for, at terminale patienter, som ønsker det, kan blive længst muligt i eget hjem. Det skal blandt andet ske via et tværsektorielt samarbejde om styrkelse af kompetencer til at tage samtalen med patienterne/borgerne om deres sidste levetid.

5.2 Palliation

Region Hovedstaden har gennem årene udviklet den specialiserede palliative indsats på hospitalerne og hospice samt udvidet antallet af pladser på regionens hospices og i de udgående palliative teams på hospitalerne.

Der opleves imidlertid et stigende behov for palliativ behandling. Det skyldes bl.a., at mennesker generelt bliver ældre, og at flere grundet nye og bedre behandlingsmetoder lever længere med deres kræftsygdom. Det betyder også, at flere patienter i fremtiden vil have brug for længerevarende palliative forløb. Samtidig er der øget opmærksomhed på, at alle patienter med livstruende sygdom – ikke kun kræftpatienter – kan have gavn af palliation. Regionen er derfor opmærksom på, at der i de kommende år vil være behov for at udvide de palliative tilbud.

Smerter kan være komplicerede at behandle, og det kræver både analyse og diagnostik at planlægge en individuel og effektiv behandling med færrest mulige bivirkninger. Hvert eneste symptom kræver dyb indsigt i årsager og mekanismer for at kunne vælge og prioritere den rette behandling.

De palliative afsnits nærhed til afdelinger, der behandler patienter med livstruende sygdom, er derfor afgørende af hensyn til gensidig faglig sparring om palliative og diagnoserelaterede aspekter - og fordi et tæt samarbejde giver glidende overgange for patienter. Samtidig har den specialiserede palliation en opgave i at understøtte, supervisere og udvikle den basale palliation, så patienter systematisk modtager den nødvendige lindring på det basale niveau.

I Region Hovedstaden er den specialiserede palliation på hospitalerne organiseret som palliative afsnit under sygdomsrettede specialer som onkologi, urologi og lungemedicin ¹⁹. Dog med undtagelse af Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (Bispebjerg-matriklen), hvor den palliative indsats i 2019 blev organiseret som en selvstændig afdeling for palliation og geriatri.

For nogle hospitaler giver den nuværende organisering mening, mens det for andre skal overvejes, om det vil være mere hensigtsmæssigt at organisere den specialiserede palliation i nærhed af fx onkologien eller hæmatologien, hvor en stor del af patienterne med palliative behov modtager den sygdomsrettede behandling.

Anbefaling 7

Regionen vil i organiseringen af den specialiserede palliation tage udgangspunkt i nærhed til relevante specialer så som onkologi og hæmatologi, og kapaciteten skal gradvist tilpasses behovet.

5.2.1 Hospice

Hospice er et tilbud til mennesker med uhelbredelig sygdom, hvor den sygdomsrettede behandling er ophørt til fordel for en aktiv lindrende indsats.

Kræftpatienter, der ikke længere kan lindres tilstrækkeligt af egen læge, den kommunale hjemmepleje eller på den sygdomsrettede hospitalsafdeling, kan henvises til hospice.

Kriterierne for henvisning til hospice er bl.a., at patienterne skal have en forventet kort levetid, behandlingen skal være ophørt, og patienten skal have komplekse palliative problemstillinger, der kræver specialiseret palliativ behandling. Patienten skal desuden være bevidst om sygdomstilstanden, og at behandlingen udelukkende er lindrende - og selv ønske at komme på hospice. De praktiserende læger eller læger på enten det basale eller specialiserede niveau på hospitalet kan henvise patienter til hospice.

Patienter kan enten indlægges på hospice eller modtage behandling af de udgående hospiceteams i eget hjem. Nogle gange kommer patienter, der gerne vil dø hjemme, også midlertidigt på hospice, hvis de har brug for ekstra opmærksomhed, smertebehandling og lindring af andre symptomer.

Regionens hospices har fokus på også at støtte de pårørende – og de efterladt, når patienten afgør ved døden. Derfor er der plads til, at de pårørende herunder også børn, kan være mest muligt sammen med deres syge familiemedlem på hospice og ved behov også kan overnatte på hospicet.

De fire hospices og specialiserede palliative afsnit på hospitalerne i regionen har et tæt samarbejde om patienter med specialiserede palliative behov. For at sikre koordination mellem sektorerne og medvirke til trygge forløb for patienterne i regionen, indgår der af den grund også repræsentanter fra hospices i Region Hovedstadens Sundhedsfaglige Råd for Palliativ Behandling. Tidlig indsats og vurdering af palliative behov.

5.2.2 Tidlig indsats

Den palliative indsats inddeles jf. nedenstående skema i en tidlig, sen og terminal palliativ fase.

Palliative faser

Den tidlige palliative fase	Den sene palliative fase	Den terminale palliative fase
Kan vare i flere år	Kan typisk vare i måneder	Kan typisk vare i dage til uger
Patienten vil ofte være i helbredende el. livsforlængende behandling	Helbredende behandling er ophørt	Helbredende behandling er ophørt
Der vil ofte være overlap mellem den rehabiliterende og palliative indsats	Fokus i den palliative indsats er på lindring og livskvalitet	Fokus i den palliative indsats er på lindring. Efterfølgende er indsatsen støtte til efterladte

Undersøgelser viser, at kræfttramte patienter har en længere overlevelse og får en bedre livskvalitet gennem hele sygdomsforløbet, hvis de modtager en tidlig palliativ indsats²⁰. Særligt i den tidlige fase vil der være et overlap mellem den rehabiliterende og palliative indsats.

Mange uhelbredeligt syge kræftpatienter henvises imidlertid så sent i sygdomsforløbet, at de kun lever kort tid med den specialiserede palliation, fordi indsatsen er rettet mod selve behandlingen. Det betyder, at nogle patienter lever en sidste tid med unødigt smerte, som kunne være begrænset eller helt undgået.

Omkring 18 procent af de kræftpatienter, der blev henvist til specialiseret palliation i Region Hovedstaden i 2019, enten døde eller blev for dårlige inden, at de nåede at modtage et specialiseret palliativt tilbud. Andelen af kræftpatienter, der nåede at have den første behandlingskontakt senest 10 dage efter modtagelse af henvisning, var i 2019 59 procent i regionen²¹.

Regionen har en målsætning om, at patienterne får afdækket de palliative behov tidligst muligt i forløbet - og optimalt set samtidig med diagnosticering af livstruende sygdom. Det skal understøtte, at patienter ikke oplever et skarpt skel mellem den aktive kræftbehandling og smertelindring, men at indsatserne i stedet integreres.

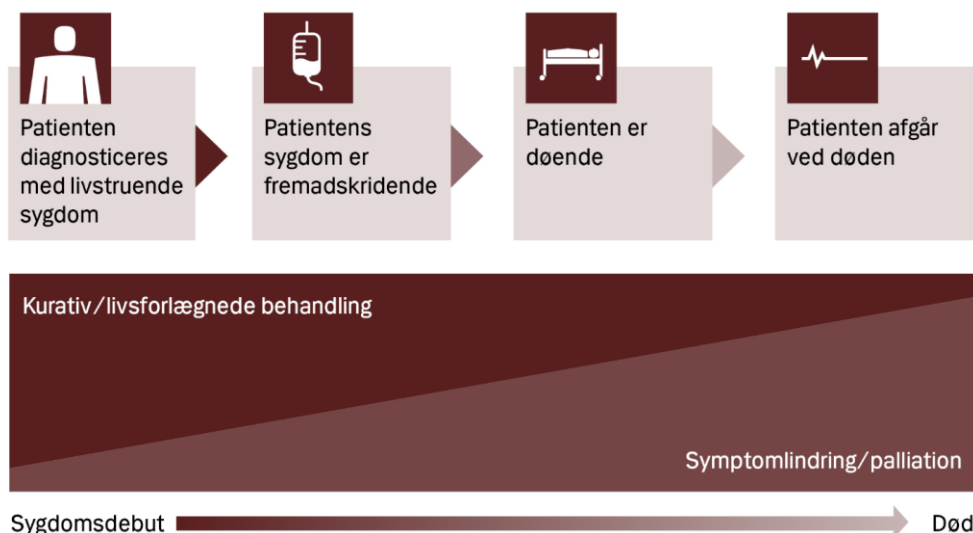
Regionen vil derudover fremme, at patienter henvises rettidigt til specialiseret palliation, hvis patientens behov ikke kan løses med en basal palliativ indsats.

Som sygdommen skrider frem, vil den helbredende og livsforlængende behandling fylde mindre, mens den palliative indsats gradvist vil fylde mere.

Figur 3 viser samspil mellem den sygdomsrettede og palliativ indsats.

Figur 3

Samspil mellem den sygdomsrettede og palliativ indsats



5.2.3 Vurdering af palliative behov

Rigsrevisionen konkluderer i beretningen vedr. "Adgangen til specialiseret palliation" fra august 2020, at patienter med livstruende sygdom ikke systematisk får identificeret behovet for palliation på basalt niveau. Det medfører risiko for, at patienter ved behov ikke henvises til specialiseret palliation, og derfor ikke lindres optimalt.

Rigsrevisionen finder ligeledes, at det langt fra altid er klart for de henvisende læger på det basale niveau, hvilke kriterier der skal være opfyldt for at kunne henvise til specialiseret palliation. Lægerne efterlades af den grund med et meget vidtgående individuelt skøn i henvisningen. Det betyder, at flere patienter enten henvises for sent, slet ikke henvises, eller henvises forgæves, da de ikke opfylder henvisningskriterierne ²².

Patienter skal opleve et værdigt forløb uden unødigt smerte, og det er derfor afgørende, at de løbende vurderes for palliative behov og henvises rettidigt til specialiseret palliation ²³.

En systematisk vurdering af de palliative behov og tydeliggørelse af henvisningskriterierne skal også medvirke til at mindske uligheden i den palliative indsats. Jf. afsnit 7.2 er der social ulighed i alle faser af kræftforløb. Det er fx dokumenteret, at personer med lavere uddannelse, dårligere økonomi og højere alder i mindre grad får tilbud om specialiseret palliativ indsats end personer med højere uddannelse, bedre økonomi og lavere alder.

Patienterne skal sikres lighed i den palliative indsats, så det ikke er social status eller alder – men behov - der afgør, hvad den enkelte patient bliver tilbudt. Der må heller ikke være forskel på, om patientens behov vurderes, og patienten henvises til specialiseret palliation, afhængig af hvem patienten møder i sundhedsvæsenet. Det indebærer for det første, at der så tidligt som muligt i sygdomsforløbet, bliver anvendt de samme redskaber til systematisk at identificere patienter med basale palliative behov ²⁴. For det andet at udviklingen af de palliative behov på basalt niveau løbende bliver vurderet med henblik på at kunne henvise patienten til specialiseret palliation ved behov ²⁵.

Det at uddybe og præcisere de nationale kriterier for henvisning til specialiseret palliation fra 2017, vil også være et redskab til at opnå rettidig henvisning fra basalt til specialiseret niveau på både hospitalerne og hospice ²⁶.

Anbefaling 8

Regionen vil arbejde for, at livstruende syge patienter på hospitalerne systematisk får vurderet deres palliative behov ud fra viden om patienters oplevede helbredstilstand og livskvalitet.

Anbefaling 9

Regionen vil – i samarbejde med repræsentanter fra kommuner, almen praksis og hospice - præcisere kriterierne for henvisning til specialiseret palliation.

5.3 Patienter skal inddrages tidligt i deres forløb

For mange patienter er livsforlængende behandling nødvendig, men behandlingen er ikke udelukkende gavnlig. Den kan have væsentlige bivirkninger og nedsætte livskvaliteten og livslængden.

Patienter med en livstruende kræftsygdom skal have mulighed for leve det liv, de ønsker – også i den sidste tid af deres liv. Derfor skal den enkelte patient og dennes pårørende tidligt i forløbet inddrages i at vælge et behandlingsforløb, der afspejler det, der er vigtigt for den enkelte patient og dennes livssituation.

Gennem samtaler med sundhedspersonalet kan patienten og de pårørende have brug for at sætte ord på spørgsmål, følelser og valg, som kan være altafgørende for, at patienten opnår det ønskværdige forløb. Er det fx vigtigt

at fortsætte behandlingen, fordi det bevarer håbet om at blive rask, mens det at afslutte behandlingen fjerner håbet? Eller vil det at indstille behandlingen og i stedet udelukkende modtage palliation passe bedre til værdierne og forestillingen om det liv, man gerne vil leve i den sidste tid.

Fælles beslutningstagning handler jf. 7.3 om at hjælpe patienter, når de står over for svære valg om behandling. Grundtanken i fælles beslutningstagning er, at de bedste behandlingsmæssige beslutninger træffes, når både den sundhedsfaglige viden og patientens behandlingspræferencer samt øvrige præferencer og værdier indgår i beslutningsgrundlaget. Sundhedspersonalet skal derfor tage de nødvendige samtaler med patienterne og de pårørende og sammen med dem vurdere behovet for palliation. Samtidig skal de informere om bivirkninger ved behandlingen set i forhold til livskvalitet, så forløbet tager udgangspunkt i patientens behov, og hvad der er vigtigst for patienten.

En undersøgelse fra 2019 tyder på, at patienter, der systematisk har talt med sundhedsprofessionelle og pårørende om den sidste del af livet og døden, lever længere. 73 procent af patienterne, som havde systematiske samtaler om den sidste tid og døden, var i live efter 1 år, mens kun 57 procent af patienterne, som ikke havde haft den mulighed, var i live efter 1 år. Det skyldes blandt andet, at patienten gennem samtale og stillingtagen til situationen bliver bedre til at tage vare på sig selv, og at de sundhedsprofessionelle tilsvarende kan yde en kvalificeret behandling, der understøtter patientens behov. Det er afgørende, at der bliver afsat den nødvendige tid til samtalen, der skaber rum til en tryk, tillidsfuld og god kommunikation, og at sundhedspersonalet tager initiativet hertil²⁷.

Både regionalt og nationalt har flere afdelinger, der behandler kræftpatienter, indført forskellige redskaber og modeller med patientinddragelse og fælles beslutningstagning, som der kan drages nytte af.

5.3.1 Sammenhængende forløb

Patientansvarlig Læge er en ordning til patienter, der fx er i et længerevarende eller komplekst behandlingsforløb, ofte på tværs af flere afdelinger, hvor der er brug for særlig koordination og overblik. Den patientansvarlige Læge, som er én navngiven læge, skal medvirke til et velkoordineret, trykt og tillidsfuldt forløb, hvor patientens individuelle behov sættes i centrum.

Patienten vil oftest have sin Patientansvarlige Læge på den kræftafdeling, hvor patienten er i behandling. Det er afgørende, at den Patientansvarlige Læge jf. afsnit 6.3 og 6.4 tidligt inddrager patienten i sin behandling og sikrer, at patientens palliative behov løbende bliver vurderet mhp. rettidigt at indlede dialog med det specialiserede palliative afsnit om patientens palliative behov – og ved behov henvise til specialiseret palliation, så patienten ikke oplever unødigt ventetid.

Som sygdommen skrider frem og behovet for specialiseret palliation som den primære behandling, pleje og omsorg vil fylde gradvist mere, vil den specialiserede palliation som regel overtage ansvaret som Patientansvarlig Læge.

Region Hovedstaden har en ambition om, at der skal skabes et endnu tættere og mere integreret samarbejde mellem afdelinger, der behandler patienter med kræft, og det palliative afsnit. Det skal sikre patienterne en mere glidende overgang og et forløb hvor hospitalernes strukturer ikke bliver begrænsende men befordrende for det gode forløb for patienten og dennes pårørende. Det kan fx være gennem delestillinger, øget brug af supervision og assistance fra det palliative afsnit på kræftafdelingen, besøg på den palliative afsnit, så patienterne ved, hvad der venter dem og kan forene sig med tanken, når behovet for specialiseret palliation opstår samt mulighed for åben indlæggelse, fx for terminale patienter.

Hvilke tiltag, der tages i brug, afhænger af, hvad der giver mest mening og værdi for den enkelte patient, så patienten oplever hospitalet som et trygt sikkerhedsnet i en svær tid.

Den patientansvarlige læge vil desuden have en central rolle i at sikre, at der skabes et trygt og struktureret forløb på tværs af sektorer - den praktiserende læge, kommunerne og hospice - men hvor alle parter har et fælles ansvar for at bidrage til koordinering og kommunikation i overgangene.

5.3.2 Udsigtsløs behandling i den sidste tid

Der er naturligt stor fokus på behandling og overlevelse for kræftpatienter, men en stor del af de patienter, der ender med at dø af deres kræftsygdom, får behandling i måneden op til deres død. Næsten en fjerdedel af de brystkræftpatienter, der dør af sygdommen, får behandling i måneden og ugerne op til deres død. Samme tendens gør sig gældende for andre kræftformer. Den udsigtsløse behandling kan medføre en sidste tid præget af smerter, gener og bivirkninger.

Patienter, der modtager behandling af deres kræftsygdom ved udgangen af livet, er også mere tilbøjelige til at dø på hospitalet – til trods for, at patienten har et ønske om at dø hjemme.

Det er samtidig dokumenteret, at tidlig afklaring af behandling og pleje i den sidste tid er forbundet med bedre livskvalitet. Region Hovedstaden har derfor et mål om, at fokus skal rettes væk fra udsigtsløs overbehandling i den sidste levetid og i stedet rettes mod bedst mulig lindring og opfyldelse af ønsket dødssted.

Patienter skal opleve en værdig sidste tid. Derfor skal samtalerne styrkes mellem den sundhedsprofessionelle, patienten og de pårørende om fremti-

dig pleje og behandling, herunder om fremtidsudsigterne. Dermed vil samtalerne også komme ind på, om behandlingen bør stoppes, så patienten kan få nogle sidste måneder med større livskvalitet²⁸.

5.3.3 Muligheden for at blive længst muligt i eget hjem

De fleste uhelbredeligt syge ønsker at være hjemme så længe som muligt, og hvis muligt også at dø i eget hjem²⁹. Der er gennem årene sket en positiv udvikling i antallet af mennesker, der dør i eget hjem, men udviklingen går langsomt. Knap 4 ud af 10 danskere afslutter stadig livet på et hospital. Patienternes individuelle ønsker skal så vidt muligt imødekommes samtidig med, at der er opmærksomhed på, at ønskerne kan ændre sig i takt med udviklingen i sygdommen og de palliative behov.

Den palliative indsats involverer mange aktører i både kommune, almen praksis, hospice og region. Det stiller store krav til et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer samt en klar ansvarsfordeling for at sikre, at patienternes ønsker og behov så vidt muligt efterleves. Rammerne for samarbejdet aftales i regi af bl.a. Sundhedsaftaler, men flere patienter oplever desværre stadig udfordringer i overgange og samarbejdet mellem sektorerne.

Død og sorg er en naturlig del af livet, men det kan være vanskeligt at tale om. Undersøgelser viser, at modet til at indlede en samtale om livet, døden og ønsker til den sidste tid svigter hos både pårørende og sundhedsprofessionelle. Modet svigter, fordi de ikke føler sig rustet til at tage samtalen og heller ikke har den nødvendige tid. Det medfører, at mange patienter har gjort sig overvejelser om den fremtidige behandling og pleje, men at kun få får delt deres tanker med sundhedspersonalet. Dermed får de ikke nødvendigvis deres sidste ønsker opfyldt³⁰.

Desuden opleves udfordringer med at videregive og koordinere videregivelse af oplysninger om den enkelte patients ønsker, blandt andet fordi sektorerne ikke deler it-system. Samtaler mellem patienten, sundhedsprofessionelle og pårørende om ønsker til den sidste tid dokumenteres fx i patientens journal, men oplysningerne kan ikke tilgås af øvrige sektorer. Det kan resultere i, at patientens ønske ikke bliver delt og dermed ikke imødekommet ved samtidige forløb i flere sektorer.

Region Hovedstaden vil derfor opfordre til, at regionen, almen praksis og kommuner gennem fælles undervisning styrker kompetencerne i kommunikation med fokus på samtalen med terminale kræftpatienter om den sidste tid. Målet er, at flest mulige patienter kan opnå en værdig og tryk afslutning på livet i eget hjem.

Endelig har regionen i 2017 etableret en palliativ rådgivningstelefon, som kan bidrage til, at patienter kan blive længst muligt i eget hjem gennem muligheden for telefonisk adgang for læger til en hospitalsspecialist i palliativ be-

handling. Rådgivningstelefonen bliver desværre kun i begrænset omfang anvendt. Derfor opfordres lægerne ved tvivl til at benytte muligheden for at komme i dialog med en specialist. Ofte kan specialisten imødekomme patientens ønske om at undgå indlæggelse til gavn for både patient, pårørende og sundhedsvæsen.

Anbefaling 10

Regionen vil skabe bedre rammer for, at terminale patienter, som ønsker det, kan blive længst muligt i eget hjem. Det skal blandt andet ske via et tværsektorielt samarbejde om at styrke kompetencer til at tage samtalen med patienterne/borgerne om deres sidste levetid.

6 Tværgående temaer og anbefalinger

Forebyggelse, social lighed i sundhed, inddragelse af patienter og pårørende samt bedre brug af digitale løsninger og data er temaer, der går på tværs af de forskellige faser af et kræftforløb og dermed af kræftplanens tre spor. En illustration fremgår af figur 4. Kræftplanens anbefalinger for de fire temaer opsummeret nedenfor. Anbefalingerne uddybes i de enkelte afsnit i kapitlet.

ANBEFALINGER TIL DE 4 TVÆRGÅENDE TEMAER

Anbefaling A

Regionen vil arbejde målrettet med forebyggelse, så det er nemmere at leve sundt og flere borgere undgår at blive syge. Regionen vil også intensivere indsatsen med at tilbyde patienter den rette rådgivning og hjælp til at leve sundere.

Anbefaling B

Regionen vil i alle faser af kræftforløbet have særligt fokus på borgere, der har brug for ekstra støtte og hjælp til:

- at forebygge risikoen for kræft
- at diagnosticere kræftdiagnosen i tide
- at holde fast i opfølgings- og rehabiliteringsforløb.

Regionens hospitaler vil samarbejde med almen praksis og kommunerne om at nedbringe de sociale forskelle/skævheder på kræftområdet.

Anbefaling C

Regionen indgår i et samarbejde med civilsamfundet og udvalgte arbejdspladser om både tidlig opsporing af kræft og støtte til livet efter endt kræftbehandling.

Anbefaling D

Regionen vil sikre, at fælles beslutningstagen bliver en integreret del af den kliniske praksis. Herunder at regionens sundhedspersonale får systematisk træning i patientinddragende kommunikation, og at der arbejdes systematisk med brugen af patientrapporterede oplysninger for at understøtte mere individuelt tilrettelagte patientforløb, dialog med den enkelte kræftpatient og kvalitetsudvikling i behandling.

Anbefaling E

Regionen vil styrke arbejdet med data, digitale løsninger og nye teknologier i kræftbehandling. Det handler om forskning og kvalitetsudvikling og om at implementere løsninger, der styrker kvalitet og sammenhæng i de samlede patientforløb.

Figur 4 viser spor og tværgående temaer i kræftplanen.

Figur 4
Spor og tværgående temaer



6.1 Forebyggelse af kræft

Fire ud af ti kræfttilfælde kan forebygges. Den enkelte borgers sundhedsadfærd er sammen med samfundsmæssige/strukturelle indsatser en nøgle til at nedsætte risikoen for kræft. Det er et fælles ansvar mellem den enkelte borger, almen praksis, kommunerne og regionerne at fremme sundhed og forebygge kræftsygdom. Det er vigtigt for Region Hovedstaden at arbejde målrettet med forebyggelse, så flere borgere undgår at møde sundhedsvæsenet som patienter. Det er HPV-vaccinen et godt eksempel på: Vaccinen mindsker risikoen for at få bl.a. livmoderhalskræft og kræft i endetarmen som følge af HPV. HPV er årligt skyld i ca. 810 tilfælde af kræft i Danmark.

Region Hovedstaden har en væsentlig rolle i forhold til at rådgive borgere om fx rygestop, overvægt og alkoholvaner, når de er i kontakt med hospitalerne. Ligesom regionen også er en røgfri arbejdsplads – og er en del af partnerskabet om Røgfri Fremtid.

Rygning er den forebyggelige risikofaktor, som har størst betydning for sygdom og dødelighed i Danmark, og samfundets omkostninger til behandling, pleje og tabt produktion som følge af rygning er langt større end for andre risikofaktorer. Regionen ønsker at samarbejde med andre sektorer om at gøre det nemmere at leve sundt, fx røgfri skoletid.

Regionen har med virkning fra juli 2020 indgået en samarbejdsaftale med kommunerne i regionen om en systematisk indsats for at mindske tobaksforbruget blandt de patienter, regionen er i kontakt med. Indsatsen tager udgangspunkt i Very Brief Advice (VBA): en kort samtale med patienten, hvor man 1) spørger ind til patientens rygestatus, 2) rådgiver om, at den bedste rygestopmetode er en kombination af rygestopmedicin og rådgivning, og 3) henviser til et kommunalt rygestoptilbud. Kommunerne kontakter borgeren inden for én uge efter, at henvisningen er modtaget.

VBA-metoden er ligeledes anvendelig i forhold til alkoholvaner, og der arbejdes på, at metoden udrulles på alle regionens hospitaler for at mindske et problematisk alkoholforbrug blandt de patienter, regionen er i kontakt med.

Kun hver femte dansker er ifølge Sundhedsstyrelsen bekendt med sammenhængen mellem overvægt og kræft: At overvægt øger risikoen for at udvikle nogle af de hyppigste kræftformer, fx tyktarmskræft og brystkræft.

Region Hovedstaden er i gang med at udarbejde en handleplan på overvægtsområdet med fokus på både forebyggelse af overvægt hos børn og unge samt behandling af svær overvægt hos både børn, unge og voksne. Desuden er der nedsat et opgaveudvalg for sundhedsfremme og forebyggelse, som bl.a. skal pege på løsninger for børn og unge, der lever med overvægt. Opgaveudvalget får deltagelse af regions- og kommunalpolitikere og borgere.

Anbefaling A

Regionen vil arbejde målrettet med forebyggelse, så det er nemmere at leve sundt og flere borgere undgår at blive syge. Regionen vil også intensivere indsatsen med at tilbyde patienter den rette rådgivning og hjælp til at leve sundere.

6.2 Social lighed på kræftområdet

Hvidbog "Social ulighed i kræft i Danmark" fra 2019 dokumenterer, at der er social ulighed i alle faser af kræftforløb fra forekomst over diagnosticering til behandling, rehabilitering, overlevelse og efterforløb³¹. Hvidbogen viser samlet set, at kræftpatienter med kort uddannelse, lav indkomst eller som bor alene, ikke i samme grad som bedre stillede kræftpatienter har fået gavn af de fremskridt, der er sket både i forebyggelse, diagnostik og behandling af kræft de seneste 30 år.

Kræftdiagnosen stilles ofte senere hos mindre ressourcestærke borgere, og det har sammen med sociale forskelle i sundhedsadfærd, fx rygning og alkoholvaner, afgørende betydning for, at der i dag er en betydelig social ulighed i overlevelse efter kræft.

Et tværgående tema i denne plan er derfor at sætte fokus på initiativer, der kan bidrage til at mindske den sociale ulighed i kræft. Der er i alle faser af et kræftforløb brug for et systematisk blik for og understøttelse af de borgere, der har svært ved at forstå sundhedsinformation, indgå i et samspil med sundhedspersonelle og navigere i sundhedsvæsenet.

At skabe mere lighed på kræftområdet kræver et styrket tværsektorielt samarbejde. Erfaringer fra hospitalernes socialsygeplejersker viser fx, at især sårbare eller socialt udsatte patienter har komplekse behov for kræftrehabilitering, men at netop denne patientgruppe har svært ved at bruge de generelle tilbud i kommunen. Personalet skal derfor være særligt opmærksomme på at tilbyde kræftpatienter med komplekse rehabiliterings- eller palliative problemstillinger, eller patienter i en særlig sårbar situation, en udvidet form for forløbskoordination både på hospital og i kommune.

Anbefaling B

Regionen vil i alle faser af kræftforløbet have særligt fokus på borgere, der har brug for ekstra støtte og hjælp til:

- at forebygge risikoen for kræft
- at diagnosticere kræftdiagnosen i tide
- at holde fast i opfølgnings- og rehabiliteringsforløb.

Regionens hospitaler vil samarbejde med almen praksis og kommunerne om at nedbringe de sociale forskelle/skævheder på kræftområdet.

6.2.1 Styrket samarbejde med civilsamfundet og erhvervslivet

Sundhed spiller ofte en mindre rolle hos borgere med mange sociale problemer, og det kan være svært at opfatte symptomer på kræft, når kroppen generelt sender mange alarmsignaler, og livssituationen er usikker.

Civilsamfundet har en væsentlig rolle, når det kommer til at fremme sundheden i befolkningen. Gennem aktiviteter og fællesskaber i lokalområderne løfter det civile samfund både den fysiske, mentale og sociale sundhed hos borgerne. Region Hovedstaden samarbejder i dag med civilsamfundet inden for flere af regionens opgaveområder, men der er et uudnyttet potentiale i at styrke samarbejdet om den tidlige opsporing af kræft særligt blandt regionens udsatte borgere.

Socialt udsatte borgere i Danmark har generelt en meget dårlig sundhedstilstand målt på deres trivsel, sygelighed og sundhedsadfærd³². De har ofte negative erfaringer med sundhedsvæsenet – erfaringer, som blandt andet skyldes en oplevelse af ikke at blive imødekommet og forstået i mødet med sundhedsvæsenet. Det bidrager til, at de ikke eller kun sparsomt har kontakt til egen læge og generelt til sundhedsvæsenet. En generelt dårlig helbredstilstand kan skygge over symptomer på specifikke sygdomme. Derfor bliver symptomer på kræft og andre alvorlige sygdomme ofte overset eller først opdaget og behandlet sent.

Borgernes muligheder for at mestre egen sundhed og kontakt med sundhedsvæsenet skal styrkes, så de er klædt på til at møde sundhedsvæsenet, og oplever at blive hørt og forstået. Målet er ikke, at alle borgere skal bruge sundhedsvæsenets ydelser lige meget, men at alle skal have lige mulighed for at gøre brug af sundhedsvæsenets ydelser ved behov. Sundhedsvæsenet skal i højere grad indrettes, så det matcher de alle patienters behov. Det kræver bl.a., at information og sundhedstilbud gøres tilgængelige og forståelige for patienter uanset sundhedskompetencer.

Flere frivillige organisationer har en lang tradition for at hjælpe udsatte borgere, som ikke af sig selv henvender sig til sundhedsvæsenet. Region Hovedstaden

vil styrke samarbejdet med civilsamfundsorganisationer om både den tidlige opsporing af kræft og livet håndtering af livet efter endt kræftbehandling. Aktive og opsøgende indsatser målrettet alle grupper af samfundet skal bidrage til at skabe mere lighed i sundhed.

Kræftens Bekæmpelse har kortlagt danskernes viden, holdning og adfærd i forbindelse med kræft, symptomer og lægesøgning. Kortlægningen viser, at mange borgere ikke kender de typiske tegn på kræft, og derfor ikke reagerer og opsøger læge i tide. Hvert år dør mere end 15000 borgere i Danmark af kræft, og flere af disse dødsfald kan undgås, hvis tegnene på kræft genkendes og resulterer i opsøgning af læge i tide. Der er derfor et behov for at udbrede kendskabet til symptomerne på kræft, så mulighederne for at overleve vokser.

Det kan have afgørende betydning for, hvor hurtigt borgere opsøger sundhedsvæsenet, at de bliver opfordret til at søge læge af deres sociale netværk ved symptomer på sygdom, der kan være kræft. Mange borgere i den arbejdsdygtige alder tilbringer en stor del af døgnets vågne timer på deres arbejdsplads. Den kultur og de rammer, som eksisterer på den enkelte arbejdsplads, er sammen med det sociale netværk med kollegerne med til at præge sundhedsadfærden. Regionen vil derfor indgå i et samarbejde med udvalgte arbejdspladser om tidlig opsporing af kræft.

Anbefaling C

Regionen indgår i et samarbejde med civilsamfundet og udvalgte arbejdspladser om både tidlig opsporing af kræft og støtte til livet efter endt kræftbehandling.

6.3 Systematisk inddragelse af patienter fra start til slut

Kræftpatienter efterspørger at blive inddraget i højere grad i deres forløb³³. Samtidig viser forskning, at inddragelse af patienter og pårørende har gavnlige effekter på både behandlingsresultater og livskvalitet³⁴.

Alle kræftpatienter skal have mulighed for at deltage i beslutninger om deres undersøgelser, behandling, pleje og rehabilitering. Det forudsætter, at sundhedspersonalet systematisk og i en tilgængelig og let forståelig form informerer patienter og pårørende om de forskellige behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper inkl. mulige senfølger af behandlingen.

Når vigtige valg i et kræftforløb skal træffes sammen med patienterne, forudsætter det også, at patienterne og deres pårørende allerede ved diagnosetidspunktet støttes i at give udtryk for personlige ønsker, bekymringer og behov. Patienternes ekspertviden om deres eget liv skal sammen med den kliniske viden, de forskellige behandlingsmuligheder og de fordele, risici og bivirkninger, der følger med, udgøre grundlaget for, at patienterne kan tage stilling til hvilke bivirkninger og potentielle senfølger, som han eller hun er villig til at leve med.

Fælles beslutningstagen er en metode, der understøtter et samarbejde mellem patienter og klinikere, når der skal træffes vigtige beslutninger om behandling og pleje. Det indebærer brug af evidensbaseret information om valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder – og at sundhedspersonalet støtter patienterne i at udforske egne værdier og præferencer og i at træffe det valg, der bedst matcher den enkelte patients præferencer.

Beslutningsstøtteværktøjer er konkrete redskaber, der giver patienter og sundhedspersonale et bedre grundlag for at drøfte og træffe det bedst mulige individuelle behandlingsvalg for patienterne.

Redskaber som fx beslutningsstøtteværktøjer er ikke i sig selv garanter for fælles beslutningstagning og systematisk inddragelse. Det afgørende er *måden* hvorpå patient og kliniker samarbejder – med eller uden redskab. Patientinddragende kommunikation indebærer, at sundhedspersonalet afdækker patientens ønsker og behov for inddragelse, og giver støtte til at træffe beslutninger og råd om at mestre sygdom og behandling.

Der er brug for nogle grundlæggende færdigheder i kommunikation for at opnå egentlig patient- og pårørendee involvering. At kommunikere ordentligt med patienterne kræver nærhed og evne til at lytte efter, hvad der ligger bag det sagte. Det er ikke en medfødt evne, men noget, der kan trænes.

En måde at arbejde struktureret med patientinddragelse og bl.a. fælles beslutningstagen er, at patienter rapporterer løbende om helbred og livskvalitet med

såkaldte Patientrapporterede oplysninger (PRO). Det sker typisk via digitale spørgeskemaer, som patienterne udfylder via tablet, mobiltelefon eller computer.

Patienternes løbende tilbagemeldinger om eget helbred og livskvalitet giver de sundhedsprofessionelle indblik i, hvilke problemer der fylder hos patienterne – og bidrager til at øge patientens indsigt i sin sygdom. Med afsæt i patientens oplysninger om fx symptomer, bivirkninger, funktionsniveau og psykisk og social trivsel kan konsultationen såvel som behandling og opfølgning i højere grad tilpasses den enkelte patients situation. Samtidig kan patientens helbredsstatus systematisk monitoreres over tid.

Region Hovedstaden samarbejder med en række aktører om PRO inden for både bryst-, prostata-, hjerne-, lunge-, bækken-, modermærke- og hovedhalskræft, lungekræft og prostatakræft, samt inden for palliation.

Anbefaling D

Regionen vil sikre, at fælles beslutningstagen bliver en integreret del af den kliniske praksis. Herunder at regionens sundhedspersonale får systematisk træning i patientinddragende kommunikation, og at der arbejdes systematisk med brugen af patientrapporterede oplysninger for at understøtte mere individuelt tilrettelagte patientforløb, dialog med den enkelte kræftpatient og kvalitetsudvikling i behandling.

6.4 Bedre brug af digitale løsninger og data

Sundhedsvæsenets muligheder for at forstå kræftsygdomme og yde den bedste behandling er i konstant udvikling. Den fortsatte udvikling af kræftbehandling i Danmark sker i samarbejde mellem faglige miljøer og forskningsmiljøer, som bl.a. arbejder med nye behandlingsformer og teknologier for målrettet behandling og med data til forskning og kvalitetsudvikling.

Et vigtigt udviklingsområde for patientoplevelse og kvalitet er bedre deling af data og kommunikation på tværs af patienternes praktiserende læger, de kommunale tilbud og hospitalet. De praktiserende læger og kommunen skal have de oplysninger ved hånden, der skal til for, at de kan give en tryk og god behandling af høj kvalitet. Region Hovedstaden arbejder derfor for at sikre rettidig og dækkende overlevering af information ved sektorovergange og bidrager til nationale indsatser, der understøtter deling af patientoplysninger i patientforløb, herunder arbejdet med "Et samlet patientoverblik". Regionen har som supplement hertil bl.a. i foråret 2021 stillet adgang til Sundhedsplatformsoplysninger til rådighed for kommunerne via det såkaldte SP-link. Det er særligt relevant, når kommunal pleje har opfølgning på komplicerede kræftforløb.

Regionen arbejder også i regi af bl.a. RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitets-Program) og i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og øvrige aktører i sundhedsvæsenet om at etablere data, der kan understøtte arbejdet med forskning og kvalitetsudvikling i de samlede patientforløb.

Region Hovedstaden har under COVID19 gjort en række erfaringer med mere udbredt brug af virtuelle konsultationer både på video og telefon. Det har bl.a. gjort det muligt at fastholde kontakt med kræftpatienter og andre sårbare patienter. I den kommende tid er det vigtigt at bygge videre på de erfaringer, så virtuelle og fysiske kontakter kan kombineres hensigtsmæssigt i patientens forløb alt efter situation og personlig præference.

Regionen arbejder for at optage og udvikle helt nye teknologier, bl.a. udvikling af algoritmer til beslutningsstøtte baseret på Kunstig Intelligens-teknologi. Et felt hvor der allerede er erfaringer, og hvor regionen vil sætte ind, gælder billedgenkendelse i forhold til brystkræft-screening og behandling. De nye teknologier kan betyde en bedre brug af knappe kompetencer på feltet og en hurtigere indsats for de patienter, der er i risiko for at udvikle kræft. Blandt andet arbejder forskere i Region Syddanmark på et projekt, hvor kunstig intelligens skal hjælpe med at identificere patienter med aggressiv prostatakraft. Formålet er at reducere overbehandling og dermed unødvendige følgevirkninger og senfølger efter behandling.

Regionen vil i de kommende år styrke samarbejdet mellem kliniske miljøer, forskningsmiljøer og relevante virksomheder mv., når det gælder fortsat udvikling af nye behandlingstilbud. Regionen vil understøtte og udvikle de digitale

og sundhedsfaglige kompetencer, der skal til for at arbejde med nye digitale og teknologiske løsninger som fx virtuelle patientkontakter eller digitale beslutningsstøtteværktøjer i hverdagen.

Anbefaling E

Regionen vil styrke arbejdet med data, digitale løsninger og nye teknologier i kræftbehandling. Det handler om forskning og kvalitetsudvikling og om at implementere løsninger, der styrker kvalitet og sammenhæng i de samlede patientforløb.

¹ Barometerundersøgelsen 2019, Kræftens Bekæmpelse

² <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Documents/Implementeringsplan%20final%20Februar%202015.pdf>

³ Bornholms Hospital har 2 hospicepladser, som indgår i det samlede antal.

⁴ <https://vejledninger.dsam.dk/cancer/?mode=visKapitel&cid=1232&gotoChapter=1234>

⁵ [Kræftudredning uden for kræftpakkerne \(vive.dk\)](#)

⁶ [Kræftopfølgning i almen praksis - DSAM Vejledninger](#)

⁷ Brystkræft, tyk- og endetarmskræft, hoved- og halskræft, lungekræft, gynækologiske kræftformer, øvre mave tarmkræft, hjernekræft, hæmatologisk kræft, modermærkekræft, diagnostiske enheder og radiologisk rådgivningsfunktion.

⁸ [Screening for livmoderhalskræft - Kræftens Bekæmpelse \(cancer.dk\)](#)

⁹ [Nyt projekt skal mindske ulighed i screening \(cancer.dk\)](#)

¹⁰ [kraeftens-bekaempelses-barometerundersogelse-2019.pdf \(cancer.dk\)](#)

¹¹ https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/12/Kr%C3%A6ftrehabilitering-i-Danmark_Final-171128-web.pdf

¹² https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/8636/1582633413/2019_regionsopdelte-analyser.pdf

¹³ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forl%C3%B8bsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kr%C3%A6ft.ashx?la=da&hash=9AB5675047D12F8CF7AFBDD149A7CC5976D45773>

¹⁴ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forl%C3%B8bsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kr%C3%A6ft.ashx?la=da&hash=9AB5675047D12F8CF7AFBDD149A7CC5976D45773>

¹⁵ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forl%C3%B8bsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kr%C3%A6ft.ashx?la=da&hash=9AB5675047D12F8CF7AFBDD149A7CC5976D45773>

¹⁶ [Senfølger efter kræft - Sundhedsstyrelsen](#)

¹⁷ [Har jeg senfølger? - Senfølgerforeningen - Kræftens Bekæmpelse \(senfoelger.dk\)](#)

¹⁸ [kraeftens-bekaempelses-barometerundersogelse-2019.pdf \(cancer.dk\)](#)

¹⁹ Benævnes enten enheder el. afsnit på hospitalerne i regionen. På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (Bispebjerg-matriklen) er det dog en samlet "Afdeling for geriatri og palliation".

²⁰ Tidlig palliativ indsats forbedrer livskvaliteten, forskningsstudie på Sygehus Lillebælt af Lise Nottelmann
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm511796>

Sundhedspolitisk tidsskrift, Professor: Palliation bør indledes ved start af kræftbehandlingen, 6. juni 2019
<https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/2223-professor-palliation-bor-indledes-ved-start-af-kræftbe-handlingen.html>

²¹ Dansk Palliativ Database, Årsrapport, 2019

http://www.dmcgpal.dk/files/endelig_19_06_2020_aarsrapport_dpd_2019_med_3_reglen.pdf

²² Rigsrevisionen, Adgangen til specialiseret palliation, August 2020 – 18/2019, Statsrevisorernes bemærkninger og side 2 og 14

<https://rigsrevisionen.dk/Media/6/F/sr1819.pdf>

²³ Personalet på afdelinger, der behandler patienter med kræft, anvender EORTC-skema (QLQ-C15-PAL/ EORTC QLQ-C30) til identificering af palliative behov. Patienter kan anvende forberedelsesskemaet "Støtte til livet med kræft" som forberedelse til samtalen med personalet.

²⁴ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for den palliative indsats, 2017, s. 15

²⁵ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for den palliative indsats, 2017, s. 17

²⁶ Rigsrevisionen, Adgangen til specialiseret palliation, August 2020 – 18/2019, side 14
<https://rigsrevisionen.dk/Media/6/F/sr1819.pdf>

Visitationskriterierne blev udarbejdet af Lærings- og Kvalitetsteams i 2019
<http://www.dmcgpal.dk/files/visitation/natvisitationskriteriervov2017.pdf>

²⁷ <https://www.rm.dk/om-os/aktuelt/nyheder/nyheder-2019/december-19/patienter-lever-langere-hvis-de-taler-med-sundhedsprofessionelle-om-deres-forestaende-dod/>
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2020-1/patienter-lever-laengere-naar-de-taler-om-doen>

²⁸ Én ud af fire brystkræft-patienter får nyttesløs behandling sidst i livet, Sundhedspolitisk Tidsskrift, 7. april 2021
<https://sundhedspolitisktidskrift.dk/nyheder/4630-en-ud-af-fire-brystkraeft-ofre-far-nyttelos-behandling-sidst-i-livet.html>

²⁹ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for den palliative indsats, 2017, s. 12

³⁰ Kilde (skal genfindes)

³¹ Kræftens Bekæmpelse, Hvidbog, https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/7826/1581589964/hvidbog_social_ulighed_kraeft_i_danmark.pdf

³² [opsoegende-sundhedsindsatser.pdf](#)

³³ Barometerundersøgelsen 2019, Kræftens Bekæmpelse

³⁴ [AFCF19A968C445238B19027CB3E2CAE4.ashx \(sst.dk\)](#)

Indholdsfortegnelse

1.1 INDLEDNING	2
1.2. VISION OG MÅLSÆTNINGER.....	3
1.3 PATIENT/BORGERINDDRAGELSE	4
1.4 INTRODUKTION TIL ALMEN PRAKSIS	4
1.5 RAMMEN FOR PRAKSISPLANEN	5
1.6 IMPLEMENTERING AF PRAKSISPLANEN.....	5
1.7 SAMMENHÆNG MELLEM PRAKSISPLANEN OG SUNDHEDSAFTALEN	5
2. LÆGEDÆKNING OG TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS.....	7
2.1 LÆGEDÆKNING I REGION HOVEDSTADEN	7
Frit lægevalg	7
Kapacitetsplanlægning	8
Rekruttering og fastholdelse	9
Organisering og behandlingskapacitet	9
2.2 TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS.....	10
Kontakt til almen praksis	10
Fysisk tilgængelighed i almen praksis.....	11
3. KVALITET OG SAMMENHÆNG I SUNDHEDSVÆSENET	13
3.1 KVALITET OG FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS	13
Faglig kvalitet i almen praksis.....	14
Patientoplevet kvalitet	15
3.2 DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN – KVALITET PÅ TVÆRS.....	15
Behov for styrket tværsektorielt samarbejde	16
Opgave- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.....	16
Adgang til sparring og rådgivning	17
Tværsektoriel kommunikation	18

1.1 INDLEDNING

Praksisplanen for almen praksis i Region Hovedstaden 2021 er udarbejdet af Praksisplanudvalget i et fællesskab mellem almen praksis, kommunerne og regionen.

Praksisplanen skal skabe rammerne for udviklingen af almen praksis i Region Hovedstaden i en tid, hvor den samlede befolkning stiger, herunder antallet af ældre, kronisk syge og multisyge borgere samt borgere med psykiske lidelser. Udvikling af nye behandlingsformer, ny teknologi og omlægning af opgaverne i sundhedsvæsenet betyder samtidig, at behandlingen rykker tættere på borgerne.

Derfor ønsker vi i Praksisplanudvalget, at praksisplanen sætter en retning for almen praksis, der bidrager til, at de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet anvendes effektivt. Desuden ønsker vi, at borgerne i stigende grad modtager relevant og god behandling tættere på - eller i - deres eget hjem, idet behandlingen sker på en måde, så den giver størst mulig værdi for borgerne. Endvidere ønsker vi, at praksisplanen skal understøtte, at det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis, kan imødekomme denne bevægelse.

Vores fælles håndtering af den ekstraordinære situation under COVID-19 har vist, at vi kan finde gode løsninger og indgå samarbejdsaftaler mellem almen praksis, kommuner og region, når behovet opstår. Disse gode erfaringer skal vi trække på i arbejdet for at nå fælles mål for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i de kommende år, men også til at være på forkant med evt. fremtidige sundhedskriser.

Almen praksis er en hjørnesten i det samlede sundhedsvæsen. Almen praksis udmærker sig ved at være et nært sundhedstilbud for alle borgere kendetegnet ved en personcentreret tilgang. Langt de fleste henvendelser fra borgere løses i almen praksis. Hvis dette ikke er muligt, hjælper egen læge borgerne videre til andre dele af sundhedsvæsenet.

Lægedækning og tilgængelighed

Det er afgørende for os, at alle borgere i Region Hovedstaden har nem og lige adgang til almen praksis – og valgmulighed mellem flere praksis. Vi skal i fællesskab sikre, at vi imødekommer borgernes behov for kontakt til og behandling i almen praksis med udgangspunkt i borgerens samlede situation. Samtidig skal vi tilrettelægge behandlingen, så der er særligt fokus på de borgere, som har mest behov, herunder bl.a. sårbare borgere som sjældent har kontakt til almen praksis.

Derfor er god lægedækning en forudsætning for den ønskede udvikling i almen praksis, og vi ønsker løbende at forbedre lægedækningen i hele regionen. Det vil vi gøre ved at sørge for rettidig planlægning, der sikrer, at den rette kapacitet er til stede i almen praksis, og at kapaciteten er hensigtsmæssigt fordelt i regionen. Derudover skal vi sørge for en effektiv brug af den eksisterende kapacitet, så vi bruger de samlede ressourcer bedst muligt.

Det er en forudsætning for god lægedækning i regionen, at vi kan rekruttere og fastholde alment praktiserende læger i takt med udviklingen. Derfor skal vi i fællesskab arbejde for et attraktivt arbejdsmiljø og et arbejdsliv i balance i almen praksis i regionen.

Vi vil sikre, at almen praksis er tilgængelig for alle borgere uanset fysisk funktionsniveau. Blandt andet skal forbedret fysisk og digital tilgængelighed understøtte, at borgerne i regionen har mulighed for at kontakte og anvende almen praksis på en måde, som passer til deres behov.

Kvalitet og sammenhæng

Vi ønsker, at borgerne i regionen modtager behandling af høj faglig kvalitet, og oplever gode, sammenhængende patientforløb. Det gælder både ved borgernes møde med den praktiserende læge, og når borgerne har forløb på tværs af sundhedsvæsenet, fx hospitaler og kommuner. Derfor er det centralt, at vi har et fælles fokus på at understøtte det sammenhængende sundhedsvæsen og særligt understøtter kommunikationen på tværs af sundhedsvæsenet.

Foruden høj faglig kvalitet skal behandlingen være meningsfuld og skabe værdi for de enkelte borgere afhængigt af deres individuelle situation.

Vores ønsker for udviklingen af almen praksis stiller krav til parterne i sundhedsvæsenet hver især, men det stiller også krav om, at vi fortsætter det tillidsbaserede og forpligtende samarbejde parterne imellem.

Vores fælles sundhedsaftale, der har særligt fokus på indsatser for ældre og borgere med kronisk sygdom, børn og unge samt borgere med psykisk sygdom, sætter de overordnede rammer for det tværsektorielle samarbejde. Praksisplanen og indsatser, der sættes i gang i regi af praksisplanen, skal derfor ses i relation til indsatserne i sundhedsaftalen.

Praksisplanen for almen praksis 2021 udarbejdes som en *enkel og fokuseret politisk* plan for de kommende år inden for de *overordnede temaer* omkring lægedækning og kapacitet samt kvalitet og samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Dette skal understøtte en dynamisk plan, hvor indsatserne løbende udvikles og implementeres med udgangspunkt i drøftelser i Praksisplanudvalget, i takt med at sundhedsvæsenet og vilkårene for behandling løbende forandres.

1.2. VISION OG MÅLSÆTNINGER

Det er vores fælles vision, at:

Praksisplanen skal understøtte en tilgængelig almen praksis med kapacitet til at varetage funktionen som både gatekeeper og tovholder i et tiltagende komplekst sundhedsvæsen, med fokus på sammenhæng og kvalitet på tværs af sektorer til glæde for alle borgere og med særligt fokus på sårbare borgere med mest behov.

Vi har derfor konkretiseret visionen i følgende målsætninger, som vi i det fortsatte samarbejde vil arbejde for at opnå. Målsætningerne vil blive uddybet i de efterfølgende afsnit i praksisplanen.

Vores målsætninger er:

1. At det er let og hurtigt for borgerne i regionen at få kontakt til og behandling i almen praksis på en måde, som passer til deres behov.
2. At andelen af praksis med åbent for tilgang øges, idet vi i fællesskab gør en særlig indsats i områder, hvor borgernes lægevalgsmuligheder er begrænsede.
3. At rammerne for kapacitetsplanlægningen fortsat udvikles under hensyntagen til bl.a. udviklingen i befolkningen og sundhedsvæsenet i øvrigt samt lægernes ønsker til antal patienter.
4. At behandlingskapaciteten øges, ved at vi udvikler rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling både i almen praksis og tværsektorielt.
5. At rekrutterings- og fastholdelsesindsatser med fokus på et attraktivt arbejdsliv understøtter lægedækning og tilgængelighed i almen praksis.
6. At vi samarbejder om egnede lokaler, der bl.a. understøtter fysisk tilgængelighed og mulighed for etablering af større praksisfællesskaber.
7. At parterne i fællesskab understøtter datadrevet kvalitetsudvikling i almen praksis, og at data fra parterne anvendes tværsektorielt til udvikling af gode sammenhængende patientforløb.
8. At opgaveoverdragelse og tværsektorielt samarbejde understøtter god ressourceudnyttelse samt sker på aftalt grundlag og baserer sig på gode samarbejdsaftaler.
9. At der sikres den nødvendige adgang til sparring og rådgivning på tværs af sundhedsvæsenet.
10. At kommunikationen mellem sektorerne optimeres, ved at parterne etablerer og anvender hurtige, sikre og gerne digitale kommunikationsveje, og så relevante og nødvendige informationer deles.

1.3 PATIENT/BORGERINDDRAGELSE

Almen praksis er til for patienterne/borgerne. Borgerne skal i almen praksis mødes af praktiserende læger, som tilbyder sundhedsydelser af høj faglig kvalitet, og hvor den service og behandling, der tilbydes, passer til borgernes behov.

For at sikre patienternes stemme i udviklingen af almen praksis har Patientinddragelsesudvalget bidraget til udarbejdelse af praksisplanen. Patientinddragelsesudvalget er ligeledes en høringspart forud for godkendelse af praksisplanen. I Praksisplanudvalget er vi desuden enige om, at Patientinddragelsesudvalget skal inddrages relevant i de efterfølgende drøftelser om implementering af praksisplanen.

1.4 INTRODUKTION TIL ALMEN PRAKSIS

Almen praksis er borgernes primære og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge varetager rollen som generalist, tovholder og gatekeeper for det øvrige sundhedsvæsen i kommunerne, i andre dele af praksissektoren og hospitalerne. Størstedelen af alle problemstillinger, som borgere henvender sig med hos den praktiserende læge (9 ud af 10), bliver løst i almen praksis uden behov for udredning eller behandling i det øvrige sundhedsvæsen.

Borgeren vil ofte have en langvarig relation til deres praktiserende læge. Det giver den praktiserende læge et godt kendskab til borgeren og en unik position for at fungere som tovholder for borgeren. Både i forhold til samspillet mellem borgerens forskellige sundhedsproblematikker og med eventuelle længerevarende behandlingsforløb. Den praktiserende læge hjælper den enkelte borger ud fra kendskabet til borgerens helbred, familieforhold, arbejdsmæssige og sociale forhold mv.

De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der arbejder efter overenskomst med det offentlige. Indkomsten i almen praksis er overvejende aktivitetsbestemt (på baggrund af antal leverede overenskomstydelser). Aftalesystemet understøtter dermed, at almen praksis leverer mange almenmedicinske ydelser med høj grad af effektivitet.

De praktiserende læger har det ledelsesmæssige, økonomiske og administrative ansvar for egen praksis - herunder for den interne organisering fx praksisform (fx enkeltmandspraksis eller kompagniskab), antal praksispersonale og antallet af tilmeldte patienter inden for overenskomstens rammer. Almen praksis udgøres af mange små, forskelligartede og selvstyrende enheder, der kan tilgodese borgernes forskellige ønsker til en læge, og understøtter dermed borgerens frie valg.

I forhold til det lægefaglige arbejde er de alment praktiserende læger forpligtet til at arbejde i overensstemmelse med overenskomsten om almen praksis og øvrige nationale aftaler og faglige retningslinjer samt de regionale aftaler i fx forløbsprogrammer og sundhedsaftalen.

Fakta om almen praksis:

- I Region Hovedstaden var der i 2020 1.179 praktiserende læger fordelt på 615 praksis til at betjene regionens ca. 1.850.000 borgere. I gennemsnittet er der 1.699 patienter tilknyttet pr. lægekapacitet i Region Hovedstaden, hvilket ligger højere end landsgennemsnittet på 1.623 patienter pr. lægekapacitet*
- Af de praktiserende læger i Region Hovedstaden er 60 % kvinder og 40 % mænd. Andelen af læger under 50 år er stigende og udgør nu knapt 50%*.
- Praktiserende læger varetager på landsplan i gennemsnit ca. 50 konsultationer pr. dag, heraf ca. 25 fysiske konsultationer. En gennemsnitspatient har ca. 6 konsultationer pr. år, mens en borger på 75 år har ca. 15 konsultation pr. år**.

* Kilde: Bilag - Grundbeskrivelse almen praksis (2020)

**Kilde: PLO-faktaark, aug. 2019, obs tal pr. læge ikke pr. kapacitet

1.5 RAMMEN FOR PRAKSISPLANEN

Rammerne for praksisplanen for almen praksis er bestemt i sundhedsloven §206 a og i Sundhedsstyrelsens 'Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis 2013'. Praksisplanudvalget har ansvaret for i samarbejde at udarbejde en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i Region Hovedstaden i hver valgperiode.

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplan for almen praksis, skal praksisplanen beskrive "... de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet".

I vejledningen fremgår det desuden, at praksisplanen skal medvirke til at:

- "styrke almen praksis' samarbejde med kommunen og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse,
- styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet,
- sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder således, at alle borgere kan få et almenmedicinsk tilbud."

1.6 IMPLEMENTERING AF PRAKSISPLANEN

I praksisplanen defineres rammen for de opgaver, som ønskes løst af almen praksis inden for regionen. Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter, at der indgås aftaler med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

I forlængelse af praksisplanens vedtagelse skal der foretages en overordnet tidsmæssig prioritering af planens målsætninger. Ligeledes skal visionen og målsætningerne udfoldes og konkretiseres yderligere i en vigtig dialog mellem praksisplanudvalget, relevante fagfolk samt patienter og pårørende mv. med henblik på at iværksætte relevante indsatser, der understøtter implementering af målsætningerne.

For at sikre synlighed og lette opfølgningen på implementeringsarbejdet ønsker udvalget at fastlægge indikatorer for arbejdet med målsætningerne. Indikatorerne fastlægges, så de giver et meningsfuldt og informativt billede på, om implementeringen af praksisplanen er på vej i den rigtige retning, men må aldrig blive en hindring for at opnå gode løsninger, som ligger 'udenfor' indikatoren.

For nogle målsætninger kan det være vanskeligt at fastlægge indikatorer, eller der kan være behov for et forberedende og afdækkende arbejde, inden indikatorer kan fastlægges. Andre indikatorer vil forventeligt være baseret på opgørelser og metoder, vi allerede anvender.

Derfor kan Praksisplanudvalget forventeligt følge udviklingen for nogle målsætninger allerede i den første periode af praksisplanens virke, eksempelvis via opgørelser fra Lægedækningsundersøgelsen, mens andre må forventes at blive fastlagt undervejs i planperioden.

1.7 SAMMENHÆNG MELLEM PRAKSISPLANEN OG SUNDHEDSAFTALEN

Praksisplanen 'står på' de aftalte visioner for det samarbejdende sundhedsvæsen i den fælles sundhedsaftale 2019-2023 mellem Region Hovedstaden, de 29 kommuner og PLO-Hovedstaden. Det gælder visionerne om mere sammenhæng i borgerens forløb, mere lighed i sundhed, mere samspil med borgerne og mere sundhed for pengene. Praksisplanen skal understøtte implementering af sundhedsaftalen, herunder særligt indsatserne for de valgte målgrupper i sundhedsaftalen; ældre og borgere med kronisk sygdom, borgere med psykisk sygdom samt børn og unge.

Punkt nr. 4 - Driftsplan og Opfølgning på Skat for Almen Praksis

Bilag 1 - Side 1 af 125

Almen praksis varetager i henhold til sundhedsloven de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen. Dette forudsætter dog, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der indgås en lokalaftale om vilkårene for opgavernes udførelse.

Implementering af praksisplanen, herunder organiseringen af arbejdet, skal derfor koordineres tæt med arbejdet med implementering af sundhedsaftalen, så indsatser spiller sammen og supplerer hinanden.

FORSLAG

2. LÆGEDÆKNING OG TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS

Praksisplanudvalget ønsker at arbejde for god lægedækning og tilgængelighed, så borgerne sikres let og lige adgang til at vælge en læge, der passer dem. God lægedækning er ligeledes vigtigt for, at de praktiserende læger kan imødekomme de mangeartede opgaver, som det nære sundhedsvæsen står overfor.

2.1 LÆGEDÆKNING I REGION HOVEDSTADEN

Efter en periode med tiltagende lægedækningsudfordringer i regionen, særligt i Københavnsområdet, kan der aktuelt konstateres en bedring. Det ses bl.a. i form af et stigende antal kapaciteter i almen praksis og et faldende patientantal pr. kapacitet siden 2018, så vi nu er på næsten niveau som i 2015. Samtidig ser vi et stigende antal praksis med åbent for tilgang af nye patienter (se bilag).

Mere end hver tredje praksis havde åbent for tilgang i 4. kvartal 2020, hvilket er en stigning siden 2018, hvor kun ca. en femtedel havde åbent for tilgang. Flere kapaciteter vil desuden løbende blive aktiveret.

Dog er et stigende antal kapaciteter ubesatte (47 i 2020 i mod 20 i 2015), hvilket kan være et udtryk for, at det er vanskeligt at rekruttere læger.

Der er desuden store lokale forskelle, som fx ses i form af lægedækningstruede planlægningsområder. Antallet af lægedækningstruet har varieret over de seneste fem år, men er senest faldet fra 17 områder i 2019 til 11 områder i 2021¹.

Frit lægevalg

I Region Hovedstaden vil vi gå foran med nye løsninger for at sikre lægedækningen, så borgerne oplever en fortsat øget andel af praksis med åbent for tilgang og dermed et frit lægevalg.

Når der er få praksis med åbent for tilgang af patienter i et område, vanskeliggør det patienternes frie lægevalg og presser kapaciteten i de omkringliggende praksis.

Derfor er det en målsætning for lægedækningen i Region Hovedstaden:

- *at andelen af praksis med åbent for tilgang øges, idet vi i fællesskab gør en særlig indsats i områder, hvor borgernes lægevalgsmuligheder er begrænsede.*

Praksisplanudvalget vil i planperioden iværksætte indsatser, der muliggør, at flere praksis har åbent for tilgang. Både samlet set og særligt i de områder, hvor der er mange praksis med lukket for tilgang.

Lægedækning i Region Hovedstaden 2020

- **Aktive lægekapaciteter:** Der var 1.093 aktive lægekapaciteter i Region Hovedstaden i 2020. Dette svarer til en samlet stigning på 35 kapaciteter siden 2015.
- **Udover de aktive kapaciteter er en række kapaciteter løbende på vej – enten i opslag eller er tildelt og afventer etablering.** Pr. 1. oktober 2020 drejede det sig om 23 kapaciteter.
- **Ubesatte lægekapaciteter:** 47 af de aktive kapaciteter var pr. 1. oktober 2020 ubesatte, dvs. patienterne bliver passet i praksis, men der er endnu ikke tilknyttet en læge i kapaciteten. I 2015 var der 20 ubesatte aktive kapaciteter.
- **Patienter pr. kapacitet:** I 2020 havde almen praksis i gennemsnit 1.699 patienter pr. kapacitet. Efter en stigning i antal patienter pr. kapacitet i starten af foregående planperiode er antallet af patienter nu igen faldende og nærmer sig niveauet for 2015 med 1.687 patienter pr. kapacitet.
- **Kapaciteter med åbent for tilgang:** I 4. kvartal af 2020 havde 40 % af almen praksis åbent for patienttilgang. Det er udtryk for en stigning siden 2018, som særligt er sket siden efteråret 2020.
- **Lægedækningstruede planområder:** I 2021 er der 11 lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen, mod 17 i 2019, da antallet var højest.

¹ Lægedækningstruede områder fastlægges en gang årligt på baggrund af model besluttet i Praksisplanudvalget.

Punkt nr. 4 - Driftsplan og Opfølgning på Sikkerhed for Almen Praksis

Bilag 1 - Side 8 af 10

Praksisplanudvalget ønsker desuden i planperioden at skubbe på en udvikling med nok kapacitet og hvor kapaciteten er hensigtsmæssigt geografisk fordelt. Udover styrket kapacitetsplanlægning kan udviklingen understøttes gennem fokus på rekruttering og fastholdelse samt effektiv organisering af arbejdet og opgaverne, såvel i almen praksis som på tværs af sundhedsvæsenet i øvrigt.

Kapacitetsplanlægning

For at sikre god lægedækning arbejder regionen i samarbejde med almen praksis og kommunerne systematisk med kapacitetsplanlægning på både kort og lang sigt. Parterne arbejder løbende med at styrke lægedækningsundersøgelsen som planlægningsredskab, men har også udviklet en prognosemodel for vurdering af behovet for læger, der sammen med befolkningsudviklingen sigter mod, at vi i fællesskab er på forkant med udviklingen. Det er en målsætning for lægedækningen i Region Hovedstaden:

Kapacitetsudvikling 2015-2020

- Som følge af løbende genopslag af ledige kapaciteter og kapacitetsudvidelsen på baggrund af de årlige vurderinger af lægedækningen er det samlede antal lægekapaciteter udvidet med 50 i perioden 2015 til 2020. Udvidelsen af kapaciteten og befolkningstilvæksten i regionen har resulteret i, at antal sikrede pr. kapacitet i perioden er steget fra 1.687 i 2015 til 1.699 i 2020.
- I perioden 2015-2020 toppede antal patienter pr. kapacitet i 2018 med 1.752, men er nu igen på vej ned.
Kilde: Bilag "Grundbeskrivelse"

- *at rammerne for kapacitetsplanlægningen fortsat udvikles under hensyntagen til blandt andet udviklingen i befolkningen og sundhedsvæsenet i øvrigt samt lægernes ønsker til antal patienter.*

Kapaciteten skal understøtte god tilgængelighed for borgerne, og at almen praksis kan bidrage bedst muligt i det sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor skal der i kapacitetsplanlægningen både tages højde for efterspørgslen efter læger, på baggrund af udviklingen i befolkningen og i sundhedsvæsenet i øvrigt, samt til lægernes ønsker for antal patienter.

Kapacitetsplanlægning i Region Hovedstaden

Løbende vurdering af kapaciteten:

- Regionen vurderer løbende lægedækningen, når en læge ophører og kapaciteten bliver leveret tilbage til regionen pga. manglende overdragelse til anden læge. Vurderingen sker i samarbejde med almen praksis og kommunerne i et administrativt samarbejdsforum under Praksisplanudvalget.

Årlig vurdering af kapaciteten:

- Regionen laver årligt en lægehøring, hvor de aktive praksis kan udtrykke ønske til blandt andet patientantal, flytning, udvidelse af praksis og eventuelt ophør. På baggrund af denne udarbejder regionen den årlige lægedækningsundersøgelse.
- Regionen laver som supplement til lægedækningsundersøgelsen en prognose for behovet af praktiserende læger, der beregner behovet fem år ud i fremtiden.

Rekruttering og fastholdelse

Rekruttering og fastholdelse har afgørende betydning for lægedækningen i regionen. For at understøtte rekruttering og fastholdelse skal det være attraktivt at være alment praktiserende læge i Region Hovedstaden. Det kræver fokus på det attraktive arbejdsliv i almen praksis for både nye og etablerede læger, så de har lyst til at blive i praksis i mange år. Dette gælder ikke mindst i områder, hvor det i perioder kan være svært at skaffe læger.

Derfor er en målsætning for lægedækningen i Region Hovedstaden:

- *at rekrutterings- og fastholdelsesindsatser med fokus på et attraktivt arbejdsliv understøtter lægedækning og tilgængelighed i almen praksis.*

For at understøtte rekruttering til almen praksis er det desuden vigtigt at imødekomme den nye generation af praktiserende læger, som ofte har et ønske om at arbejde i større faglige fællesskaber, fx i en periode som ansat læge og med mere fleksible arbejdstider².

Både eksisterende og kommende praktiserende læger i almen praksis har udtrykt bekymring for arbejdsbelastningen og et stigende arbejdspress³. Inden for overenskomsten findes der muligheder for at nedbringe arbejdsbelastningen i almen praksis. Disse og andre muligheder skal anvendes aktivt for at understøtte rekruttering og fastholdelse.

Praksisplanudvalget lægger særlig vægt på at understøtte rekruttering og fastholdelse i de lægedækningstruede områder. For praksis beliggende i lægedækningstruede områder findes der særlige tilbud, hvor hensigten er at fastholde læger og rekruttere nye læger til området. De udvidede muligheder kan være med til at skabe bedre arbejdsbetingelser i en periode, hvor et område er udfordret, fx ved ophør uden overdragelse af praksis. Desuden kan der bygges videre på eksisterende initiativer og erfaringer som fx rammeaftale om etablering af licensklinikker, mulighed for etablering af satellitklinikker samt forsøg med mobile lægepraksis i områder med lægedækningsudfordringer.

Organisering og behandlingskapacitet

Det er en vigtig opgave for regionen, kommunerne og almen praksis at samarbejde om at øge behandlingskapaciteten i almen praksis. Samtidig kan lægedækningen også forbedres ved, at den eksisterende kapacitet bliver anvendt bedst muligt.

Almen praksis er selvstændige erhvervsdrivende og afgør, hvordan de hver især inden for overenskomstens rammer vil organisere deres praksis. Det er samtidig Praksisplanudvalgets ønske, at vi i fællesskab bidrager til, at arbejdet i almen praksis organiseres, så der frigives mest mulig lægetid i almen praksis. Fleksibel

Regionale rekrutterings- og fastholdelsestiltag

- Regionens rekrutterings- og fastholdelsesfunktion rådgiver eksisterende og kommende praktiserende læger for at understøtte et mere attraktivt arbejdsliv i almen praksis, der matcher lægernes ønsker.
- Region Hovedstadens rekrutterings- og fastholdelsesfunktion udvikler desuden løbende og i samarbejde med KAP-H nye rekrutterings- og fastholdelsesindsatser. Bl.a. tilrettelægges fastholdelsesindsatser efter dialog, så lægerne efter behov får aflastende og understøttende tilbud eller hjælp til overdragelse af praksis.
- Regionen undersøger muligheden for at etablere en samlet annonceportal, der gør det lettere at få overblik over ledige kapaciteter udbudt af regionen, kapaciteter og praksisandele til salg af læger, samt råd og vejledning til, hvordan lægerne finder kollegaer til praksis.
- Regionen har i den foregående planperiode støttet etablering af ekstra uddannelsespladser i regionens lægedækningstruede områder.

² Yngre Læger, 2018: Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin

³ Yngre Læger, 2018: Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin

Punkt nr. 4 - Driftsplan og Opfølgning på Sikkerhed for Almen Praksis

Bilag 1 - Side -106 af 125

tilrettelæggelse af arbejdsgangene, øget opgavedelegering af ikke-lægeforbeholdt arbejde til praksispersonale, digitalisering og anvendelse af nye teknologiske løsninger kan bidrage hertil.

Derfor er det en målsætning for lægedækningen i Region Hovedstaden:

- *at behandlingskapaciteten øges, ved at vi udvikler rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling både i almen praksis og tværsektorielt.*

Organiseringen i almen praksis i flerlægepraksis og andre samarbejdsformer har ligeledes betydning for behandlingskapaciteten. Selvom solopraksis, som har flere patienter pr. kapacitet end øvrige praksisformer, umiddelbart har større behandlingskapacitet og lidt højere patienttilfredshed, er der også muligheder for at øge behandlingskapaciteten ved organisering i faglige fællesskaber. Dette er et ønske blandt mange yngre læger. Større praksisfællesskaber kan give bedre mulighed for ansættelse af praksispersonale og investering i klinikken samt for øget fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.

Behandlingskapaciteten i almen praksis påvirkes desuden af den tværsektorielle opgavedeling (se også afsnit om sammenhæng og kvalitet). Praksisplanudvalget ønsker fokus på, at den tværsektorielle opgavetilrettelæggelse understøtter frigørelse af lægekapacitet i almen praksis.

2.2 TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS

Det er vigtigt for Praksisplanudvalget, at borgernes behov for kontakt til og med almen praksis imødekommes både fysisk, telefonisk og digitalt.

Digitale løsninger bliver stadig mere udbredte og efterspurgt, men der er stadig en udfordring med at tilbyde god fysisk tilgængelighed. Det er særligt udfordrende i Københavnsområdet, hvor det stadig er svært at finde egnede lokaler, der tilgodeser borgere med funktionsnedsættelse og handicap.

Kontakt til almen praksis

Patienterne skal opleve, at almen praksis er tilgængelig. Det betyder, at borgerne let kan komme i kontakt med – og få behandling i – almen praksis på en måde der, så vidt muligt, passer til deres ønsker og behov. Det gælder både telefonisk, elektronisk og fysisk.

Det er derfor en målsætning for tilgængeligheden i almen praksis:

- *at det er let og hurtigt for borgerne i regionen at få kontakt til og behandling i almen praksis på en måde, som passer deres behov.*

Det er den enkelte praksis' ansvar at tilrettelægge organiseringen af tilgængelighed jf. reglerne for tilgængelighed i overenskomsten (se faktaboks). Udover efterlevelse af overenskomstkravene er det muligt at skabe bedre adgang til almen praksis for patienter og pårørende ved at tilrettelægge arbejdet i almen praksis på nye måder, fx ved brug af differentierede åbnings- og telefontider i løbet af arbejdsugen samt ved at forbedre mulighederne for at få en tid samme dag.

En anden måde at sikre tilgængelighed på er ved i stigende grad at fokusere på differentierede tilbud til patienterne. Digitale løsninger, fx hjemmemonitorering eller forberedelse af konsultationen hjemme kombineret med digital- og telefonkonsultation, kan for nogle borgere være en god løsning, der medvirker til, at behandlingen kan ske tæt på eller i eget hjem. På den måde kan der desuden skabes rum for, at almen praksis prioriterer de borgere, der har størst behov. Derved understøttes også lighed i sundhed. Tilsvarende understøtter fast tilknyttede læger på plejecentre, at ældre sårbare borgere bliver tilset kontinuerligt. Det er en fælles opgave at arbejde for en høj dækning af fasttilknyttede læger til plejecentre. Bedre muligheder for digital, herunder telefonisk, tilgængelighed i almen praksis kan i nogle tilfælde spare

Punkt nr. 4 - Driftsplan og Opfølgning på Sikkerhed for Almen Praksis

Bilag 1 - Side -11 af 125

patienter for transport og ventetid i praksis. Samtidig kan digitale og teknologiske løsninger bidrage til, at borgere med dårligt helbred, som er bekymrede for smitterisiko, og at borgere med fysiske funktionsnedsættelser får lettere ved at få kontakt med og eventuelt behandling i almen praksis. Selvom digitale tilbud som fx e-mailkonsultationer, videokonsultationer samt lange telefonkonsultationer ikke altid kan erstatte fysisk fremmøde, medvirker udbredelse af løsningerne til, at behandlingen i højere grad kan tilrettelægges med respekt for patientens tid. I andre situationer vil det fortsat være vigtigt at mødes fysisk med lægen enten hjemme eller i lægens konsultation. Udover at sikre borgerne nem adgang til almen praksis er det væsentligt, at de kommunale medarbejdere let og hurtigt kan komme i telefonisk kontakt med almen praksis.

Der er i løbet af 2020 sket en betragtelig udvikling i brugen af digitale og teknologiske løsninger, som forbedrer tilgængeligheden for patienterne i almen praksis, herunder videokonsultationer. Praksisplanudvalget ønsker i den kommende planperiode en yderligere udbredelse af indsatserne, fx videokonference med personale til borgere i kommunal pleje. Resultaterne fra evalueringerne af de hidtidige erfaringer på området skal inddrages i den videre udvikling af løsningerne.

Fysisk tilgængelighed i almen praksis

Det er en vigtig forudsætning for god lægedækning, at der er god adgang til praksis for alle borgere, herunder borgere med handicap og funktionsnedsættelse. Derfor er der behov for et løbende samarbejde om at tilvejebringe egnede lokaler til almen praksisdrift. Egnede lokaler af en vis størrelse er samtidig en forudsætning for en udvikling henimod større praksisfællesskaber i regionen.

Det er derfor en målsætning for tilgængeligheden i almen praksis:

- *at vi samarbejder om egnede lokaler, der bl.a. understøtter fysisk tilgængelighed og mulighed for etablering af større praksisfællesskaber*

Bedre fysisk tilgængelighed

Almen praksis bør tilstræbe, at deres konsultationslokaler er fysisk tilgængelige – også for patienter med handicap og funktionsnedsættelse. Ved nybyggeri eller væsentlig ombygning stiller byggelovgivningen krav om etablering af adgangsforhold til praksis. For løbende at understøtte den fysiske tilgængelighed stiller regionen desuden krav til de fysiske rammer, når en ny praksis skal etableres, eller en eksisterende praksis ønsker at flytte placering.

At skaffe lokaler, som er velegnede til praksisdrift og lever op til overenskomstens og byggelovgivningens krav om fysisk tilgængelighed for alle patienter, er imidlertid en stor udfordring i flere planområder i Region Hovedstaden. En barriere for at finde egnede lokaler er i mange tilfælde den eksisterende bygningsmasse, hvor lokalerne sjældent har den rette størrelse til at drive større praksisfællesskaber og samtidig kan imødekomme kravene om handicaptilgængelighed. Et alternativ er nybyggeri, som overholder alle krav til handicaptilgængelighed. For nybyggeri – særligt i Københavnsområdet – gælder det dog ofte, at lægerne finder månedslejen for lokalerne for omkostningstunge til at drive almen praksis. I andre tilfælde er det en udfordring, at de gældende lokalplaner ikke rummer mulighed for at benytte lokalerne til praksisdrift.

Fysisk tilgængelighed i almen praksis

- Fysisk tilgængelighed i almen praksis er reguleret af overenskomsten § 47. Derudover er tilgængeligheden reguleret af byggelovgivningen samt FN's handicapkonvention.
- 'God Adgang' der er en mærkning af praksis ift. handicaptilgængelighed ud fra konkrete standarder, så patienter har mulighed for at få oversigt over den fysiske tilgængelighed inden valg af praksis.
- Ordningen tilbydes gratis til praksissektoren af Region Hovedstaden.
- 32 ud af 615 almen praksis har tilsluttet sig ordningen.

Punkt nr. 4 - Driftsplan og Opfølgning på Skå for Almen Praksis

Bilag 1 - Side -128 af 125

Udfordringer med at finde tidssvarende og relevante lokaler til priser, som lægerne finder økonomisk bæredygtig, er i mange tilfælde en årsag til tilbagelevering af kapaciteter, som ellers er tildelt til læger, der ønsker at etablere sig i almen praksis. Derfor ønsker Praksisplanudvalget at have øget opmærksomhed på problemstillingen med egnede lokaler - og sammen at finde konkrete løsninger i den kommende planperiode, herunder bl.a. et fælles fokus på at udnytte relevante muligheder for at søge puljemidler til egnede lokaler.

Overblik over tilgængeligheden

God lægedækning betyder også, at man som borger let kan få overblik over de muligheder, man har for at vælge den læge, der matcher ens behov bedst.

Almen praksis skal oplyse om den fysiske tilgængelighed til klinikken på sundhed.dk. Derved får patienterne mulighed for at vælge en klinik, hvor de fysiske rammer passer til deres konkrete behov. Praksis vurderer selv handicaptilgængeligheden i egen klinik. For at forbedre oplysningerne om tilgængelighed tilbyder regionen mærkeordningen 'God Adgang'. Der arbejdes løbende for at øge tilslutningen til ordningen i almen praksis.

3. KVALITET OG SAMMENHÆNG I SUNDHEDSVÆSENET

Praksisplanen skal understøtte, at almen praksis fungerer som en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, der medvirker til, at borgerne oplever sammenhængende patientforløb med behandling af ensartet høj kvalitet, uanset, hvor udredning og behandling varetages. Behandlingen skal samtidig opleves som meningsfuld og tilpasset den enkeltes individuelle situation og behov. Når det er muligt og giver mening, skal behandlingen ske tæt på eller i borgerens eget hjem.

Det stiller krav til aktørerne i sundhedsvæsenet hver især, og det forudsætter, at vi i Praksisplanudvalget, indgår i et tillidsbaseret og forpligtende samarbejde for at understøtte hinanden.

Sundhedsaftalen 2019-2023 har særligt fokus på indsatser for ældre og borgere med kronisk sygdom, børn og unge samt borgere med psykisk sygdom, og sætter de overordnede rammer for det tværsektorielle samarbejde. Praksisplanen skal understøtte implementering af sundhedsaftalen, og derfor skal der være sammenhæng i de indsatser, der bliver igangsat for målgrupperne både i regi af sundhedsaftalen og praksisplanen.

Almen praksis varetager og afslutter ni ud af ti problemstillinger, som borgerne henvender sig med, og har dermed en vigtig gatekeeperfunktion. Ved siden af sin grundlæggende relationelle tovholderrolle⁴ fungerer den praktiserende læge i stigende grad som organisatorisk tovholder. Det indebærer at sikre koordination og sammenhæng i den samlede indsats for de forholdsvis få borgere, der har behov for et tværgående forløb. En rolle som ventes yderligere udviklet i de kommende år.

Tovholderrollen i almen praksis

Praksisplanudvalget drøftede på et møde den 17. marts 2021 forudsætninger for og perspektiver på den organisatoriske tovholderrolle i almen praksis.

Drøftelsen tog sit afsæt i det forhold, at de praktiserende læger i stigende grad ved siden af den grundlæggende relationelle tovholderrolle også fungerer som organisatorisk tovholder ift. at sikre koordination og sammenhæng i den samlede indsats for de forholdsvis få borgere, der har behov for et tværgående forløb.

Hovedkonklusionerne på drøftelsen om tovholderrollen var følgende:

- At praksisplanen skal understøtte et godt tværsektorielt samarbejde, herunder at almen praksis bedst muligt kan varetage såvel den relationelle som den organisatoriske del af tovholderrollen, idet den relationelle del er en forudsætning for at kunne varetage den organisatoriske del.
- At der er behov for at samarbejde om fælles patienter, herunder særligt borgere med komplekse problemstillinger, hvor parterne i fællesskab bidrager til, at almen praksis kan løfte den stigende organisatoriske tovholderrolle.
- At der udvikles gode, organisatoriske rammer for samarbejdet, og at god tværsektoriel kommunikation med kvalitet og rettidighed understøtter samarbejdet om tovholderrollen i almen praksis.

3.1 KVALITET OG FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS

Kvalitet i almen praksis handler både om, hvordan man sikrer høj kvalitet i behandlingen, herunder ved faglig udvikling og efteruddannelse af lægerne i almen praksis, og om den patientoplevede kvalitet, dvs. at behandlingen er tilpasset den enkelte patients oplevelse af, hvad der giver kvalitet.

⁴ Notat om Personcentreret Almen Medicin med fokus på relationelle og humanistiske aspekter, Fagligt Råd for Almen Praksis Oktober, 2016

Punkt nr. 4 - Drøftelse af Opfølgningsskema for Almen Praksis

Bilag 1 - Side -120 af 125

Faglig kvalitet i almen praksis

Rammerne for arbejdet med kvalitet i almen praksis tager udgangspunkt i Overenskomst for almen praksis og skal understøtte de otte nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet⁵.

Overenskomstens krav om kvalitet og faglig udvikling i almen praksis

For at sikre høj faglig kvalitet arbejder almen praksis jf. overenskomsten efter de nyeste faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser samt anvender accepterede og tidssvarende metoder og tekniske løsninger, således at udredning, behandling og opfølgning sker med udgangspunkt i nyeste viden og evidens.

Almen praksis holder sig ajour og kompetenceudvikler sig gennem forskellige typer efteruddannelse.

Kvalitetsarbejdet i almen praksis skal jf. overenskomsten være datadrevet med brug af bl.a. datafangst og indberetning af data til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og tage udgangspunkt i faglige mål og indikatorer.

De praktiserende læger er organiseret i klynger, hvor de forholder sig aktivt til egne kvalitetsdata, identificerer eventuelle variationer og sammenhænge på tværs af praksis samt drøfter mulige indsatser, som kan løfte kvaliteten i behandlingen.

For at understøtte kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis er der behov for data fra hospitaler, praksissektor og kommuner. Parterne skal derfor i fællesskab bidrage til et relevant datagrundlag til arbejdet med kvalitetsudvikling i klyngerne. KAP-H bringer data videre til klyngerne, præsenterer data samt understøtter klyngerne ift. databearbejdning og forståelse af data.

Der er samtidig behov for, at parterne drøfter, hvordan data fra parterne kan bidrage med viden til udvikling af samarbejdet om tværsektorielle forløb.

Der skal arbejdes for at følge op på udviklingen på nationalt niveau, herunder at understøtte implementering af eksisterende og kommende indsatser for bedre brug af data til kvalitetsarbejde i samlede patientforløb.

⁵ De otte nationale kvalitetsmål er: "Bedre sammenhængende patientforløb, Styrket indsats for kronikere og ældre patienter, Forbedret overlevelse og patientsikkerhed, Behandling af høj kvalitet, Hurtig udredning og behandling, Øget patientinddragelse, Flere sunde leveår, Mere effektivt sundhedsvæsen". Kilde: [Nationale mål for sundhedsvæsenet](#).

Patientoplevelt kvalitet

Praksisplanen skal understøtte, at borgerne modtager den behandling, som giver mest værdi ud fra borgerens samlede situation - givet de ressourcer, som er til rådighed i almen praksis.

Fremover skal borgerne i endnu højere grad inddrages i beslutninger om egen behandling. Samtidig skal behandlingen fortsat være tilrettelagt under hensyntagen til den enkelte borgers livsvilkår, behov, ønsker og ressourcer. Den praktiserende læge skal tilrettelægge indsatserne for patienterne på en måde, der spænder over både relativt ensartede tilbud til de mange og særligt tilpassede tilbud til dem, der har behov for det.

Det er vigtigt, at der løbende undervejs i behandlingsforløbet både bliver afstemt forventninger og fulgt op sammen med borgeren.

Almen praksis arbejder relationelt og har i mange tilfælde et indgående kendskab til borgeren, hvilket giver en god forudsætning for at tilrettelægge behandlingen ud fra borgerens samlede behov, men også til at identificere hvilke borgere, som har behov for en særlig indsats.

Det er vigtigt for den patientoplevede kvalitet, at den praktiserende læge motiverer til egenomsorg, der er balanceret i forhold til patientens ønsker og ressourcer. Almen praksis arbejder med værktøjer, der systematisk kan understøtte kvalitet i patientkontakten, og at indsatsen målrettes den enkelte patient, bl.a. med forløbsplaner, patientrapporterede oplysninger, hjemmemålinger og andre telemedicinske løsninger.

For at understøtte den patientoplevede kvalitet skal data om borgerens oplevelser i almen praksis fortsat indgå i grundlaget for kvalitetsudvikling i almen praksis. Den praktiserende læge bør desuden fortsat have fokus på at inddrage pårørende i de tilfælde, hvor det er relevant.

For at understøtte behandling af høj kvalitet i såvel almen praksis som i det sammenhængende sundhedsvæsen er det en målsætning:

- *at parterne i fællesskab understøtter datadrevet kvalitetsudvikling i almen praksis, samt at data fra parterne anvendes til udvikling af gode sammenhængende patientforløb.*

3.2 DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN – KVALITET PÅ TVÆRS

Udviklingen henimod at flere og mere komplekse opgaver bliver løst i det nære sundhedsvæsen øger behovet for at skabe sammenhæng, koordinering og kommunikation mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis er oftest borgerens første kontakt med sundhedsvæsenet, og den praktiserende læge varetager den initiale udredning og behandling. Almen praksis indtager en nøglefunktion i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer og sygdom, som ellers ikke nødvendigvis opdages. Almen praksis har i den forbindelse en særlig opgave med at kende til og henvise til relevante sundhedstilbud både i region og kommuner.

Kvalitetsklynger i almen praksis

- Med overenskomsten i 2018 blev det besluttet, at kvalitetsudvikling i almen praksis fremover skal ske i 'kvalitetsklynger'.
- *Kvalitetsklynger* er faglige og professionelle fællesskaber mellem praktiserende læger med fokus på kvalitetsudvikling af det lægefaglige arbejde gennem videns- og erfaringsdeling med udgangspunkt i udvalgte konkrete fokusområder – ofte ved brug af data.
- *Akkreditering*: For læger, der ikke ønsker at indgå i klyngesamarbejdet, er akkreditering et krav.
- *KAP-H*: Almen praksis' og regionens fælles kvalitetsorganisation KAP-H understøtter kvalitetsudviklingen i almen praksis og i det tværgående samarbejde med bl.a. klyngeunderstøttelse, udvikling af datapakker og gennem udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne, herunder ift. henvisninger og epikriser.

Almen praksis har desuden en vigtig rolle i forhold til at forebygge sygdom eller forværring af eksisterende sygdom. Et særligt fokusområde for parterne er samarbejdet om forebyggelse af indlæggelser, ikke mindst for ældre borgere.

Behov for styrket tværsektorielt samarbejde

Praksisplanen for almen praksis skal være med til at sætte en klar og tydelig retning for udviklingen af samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, så patienterne har adgang til et godt og samlet sundhedstilbud i Region Hovedstaden.

Vi ønsker at styrke det tværgående samarbejde for de patienter, hvor behandlingsforløbet går på tværs af sundhedsvæsenet. Det drejer sig særligt om ældre og borgere med kronisk sygdom (herunder multisygdom), borgere med psykisk sygdom samt børn og unge i mistrivsel.

For at styrke borgernes samlede forløb er det vigtigt med et godt samarbejde i såvel det nære sundhedsvæsen mellem almen praksis, kommunerne og den øvrige praksissektor som mellem almen praksis og hospitalerne. Parterne bag praksisplanen har i den foregående planperiode indgået en række aftaler, der understøtter det tværsektorielle samarbejde, som der kan bygges videre på.

Blandt andet er der brug for hensigtsmæssig tilrettelæggelse af den tværsektorielle opgave- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og de øvrige parter i sundhedsvæsenet, så de samlede ressourcer bruges bedst muligt. Derfor skal vi også i fællesskab udvikle rammerne for tværsektoriel opgavetilrettelæggelse og ansvarsfordeling, så vi øger den samlede behandlingskapacitet (jf. målsætning 4).

Derudover skal vi understøtte relevant gensidig sparring og rådgivning mellem parterne om fælles patienter.

På tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, herunder også den øvrige praksissektor, er der desuden særligt behov for god og sikker kommunikation, der omfatter relevante og nødvendige oplysninger samt løbende opgaveudvikling mellem behandlerne, for at understøtte gode og sammenhængende patientforløb.

Eksisterende tværsektorielle aftaler om samarbejde med almen praksis

- Lokalaftale om lægefaglig kommunikation med andre læger
- Aftale om videokonference på plejecentre (mellem plejepersonale og egen læge for beboere på plejehjem)
- Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner
- Rameaftale vedr. honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden
- Aftale om fasttilknyttede læger på plejecentrene og lægebetjening af botilbud efter § 108 for borgere med psykiske lidelser

Opgave- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen

Den praktiserende læge fungerer i stigende grad også som organisatorisk tovholder og koordinator for borgeren og har derfor en vigtig rolle med at sikre koordination og sammenhæng i den samlede indsats. Med det øgede fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er der brug for et tæt og entydigt samarbejde om opgave- og ansvarsdelingen mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Visse behandlingsopgaver, som i dag varetages i én sektor, kan i fremtiden måske helt eller delvis varetages i en anden. Det kan både være af hensyn til borgeren og dennes forløb samt for at sikre mest mulig sundhed for pengene. Henvisning af borgere fra almen praksis til kommunale tilbud inden for både

Punkt nr. 4 - Drøftelse af Opfølgning på Sikkerhed for Almen Praksis

Bilag 1 - Side -123 af 125

forebyggelse og rehabilitering kan fx bidrage til, at borgerne har mulighed for indsatser i eller tæt på deres hjem og kan samtidig medvirke til aflastning i almen praksis. Derfor er det vigtigt, at almen praksis kender og henviser til de kommunale tilbud. Det skal kunne ske nemt og enkelt, også når almen praksis har kontakt til borgere fra flere kommuner.

Almen praksis kan i nogle tilfælde med fordel overtage behandling og opfølgning for borgere med mere komplekse problemstillinger, som det fx er sket i de foregående år for nogle borgere med KOL og type 2 diabetes, mens andre opgaver mest hensigtsmæssigt varetages andetsteds.

Derfor skal der i regi af praksisplanen løbende pågå dialog mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen om, hvilke opgaver der mest effektivt løses i almen praksis og hvilke, som kan og bør løses andre steder i sundhedsvæsenet – herunder i kommunerne, hos andre behandlere i praksissektoren og på hospitalerne.

Opgaveløsningen udvikler sig løbende. Men når opgaver bliver flyttet mellem hospital, kommune og almen praksis, skal det være aftalt og ske som planlagt opgaveudvikling snarere end som uplanlagt opgaveglidning. Og når opgaver aftales flyttet til almen praksis, skal det sikres, at almen praksis er fagligt og organisatorisk klar til at løse opgaverne. Opgaveoverdragelse til almen praksis kan påvirke kommunerne i større eller mindre grad, hvorfor der i forbindelse med planlagt opgaveudvikling eksplicit også skal tages højde for, om det vil afføde ændrede krav eller samarbejde fra almen praksis til kommunerne. For at understøtte, at borgerne fortsat oplever høj faglig kvalitet i behandlingen i forbindelse med overdragelse af ansvar og opgaver, skal der foreligge klare aftaler om nødvendig rådgivning og kompetenceudvikling i det nære sundhedsvæsen. Der skal ligeledes være et fælles fokus på, at hver part så vidt muligt færdiggør behandlingen inden for de aftalte rammer. Samtidig skal der dog fortsat være rum for, at arbejdsdelingen og opgaverne kan udvikles gennem den løbende dialog i det daglige, faglige samarbejde mellem almen praksis, kommuner og region og med patienterne.

For at understøtte gode sammenhængende patientforløb er det en målsætning:

- *at opgaveoverdragelse og tværsektorielt samarbejde understøtter god ressourceudnyttelse samt sker på aftalt grundlag og baserer sig på gode samarbejdsaftaler*

Adgang til sparring og rådgivning

I takt med udviklingen i sundhedsvæsenet, hvor mere komplekse opgaver løses i det nære sundhedsvæsen,

Bilag 1 - Side -184 af 1925

er det centralt for kvaliteten af borgerens samlede forløb, at der sikres den nødvendige adgang til sparring og rådgivning på tværs af sundhedsvæsenet.

Der findes i dag en lang række muligheder for specialistrådgivning, diagnostiske tilbud, subakutte tider samt fællesambulatorier på regionens hospitaler, som almen praksis kan anvende. I forhold til tilbud om specialistrådgivning har parterne en fælles opgave i at sikre, at tilbud opleves relevant, og i bedst muligt omfang tilpasses efterspørgslen. Derfor er det et ønske, at der udvikles relevante tilbud om sparring og rådgivning fra hospitalerne til almen praksis, og at almen praksis har tilstrækkelig viden om disse.

Samtidig skal praksisplanen bidrage til udviklingen af samarbejdet mellem almen praksis, den øvrige praksissektor og kommunerne om fælles patienter. Udover lægebetjening af de kommunale tilbud, herunder bl.a. de midlertidige pladser, har det stor betydning for kvaliteten af borgernes samlede forløb, at almen praksis er tilgængelig for bl.a. kommunerne med sparring og rådgivning i samarbejdet om patienterne.

Sparring og rådgivning til almen praksis fra hospitalerne

- Specialistrådgivning vedr. fx
 - det psykiatriske område
 - KOL og diabetes
 - kræft
 - medicin (fra Klinisk Farmakologisk Afdeling)
- Sygdomsspecifikke forløbsbeskrivelser (udarbejdet i regi af KAP-H)
- Øvrig adgang til sparring med hospitalerne i konkrete tilfælde omfatter bl.a.
 - mulighed for kontakt til relevante afdelinger, central visitation eller diagnostisk enhed
 - mulighed for subakutte ambulatorietider og fællesambulatorier.
 - mulighed for direkte henvisning til radiologiske undersøgelser for hurtig afklaring.

For at understøtte gode sammenhængende patientforløb er det en målsætning:

- *at der sikres den nødvendige adgang til sparring og rådgivning på tværs af sundhedsvæsenet.*

Tværasektoriel kommunikation

Tydelig tværsektoriel og tværfaglig kommunikation er en forudsætning for, at sundhedsvæsenets parter kan løse egne opgaver bedst muligt, og at almen praksis kan løfte tovholderrollen på en god måde. Den tværsektorielle og tværfaglige kommunikation skal bidrage til mere sikker ansvarsoverdragelse mellem parterne i det tværsektorielle samarbejde, ikke mindst ift. medicinering for de ældre medicinske patienter og for borgere med flere kroniske sygdomme.

Etableringen af plejecenterlægeordningen vurderes at have en positiv effekt på medicinsamarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om ældre medicinske patienter. Men der er behov for et fortsat fokus på udvikling af samarbejdet om borgere, ikke mindst ift. brugen af FMK. Et opdateret medicinkort med retvisende og ajourførte oplysninger bidrager til øget patientsikkerhed.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af Opfølgning på Skift for Almen Praksis

Bilag 1 - Side -125 af 125

Sikker ansvarsoverdragelse øger kravene til kommunikation og koordinering mellem almen praksis og kommunerne, særligt i samarbejde med den kommunale sygepleje, men også i forhold til den bredere omsorgs- og hjælpeindsats i kommunerne.

Der er derfor behov for at udbrede kommunikationen til nye samarbejdsområder. På samme måde er der behov for at fastholde og sikre løbende udvikling af kommunikationen og koordineringen mellem almen praksis og behandlerne i den øvrige praksissektor, såvel som fokus på, at borgeren er velinformeret om eget forløb.

En forudsætning for god kommunikation mellem parterne er tilgængelighed via hurtige, sikre kommunikationsveje – hvad enten de er telefoniske eller digitale/virtuelle - hvor parterne gensidigt modtager de nødvendige og relevante oplysninger i fx henvisninger, epikriser og korrespondancemeddelelser, samt har mulighed for sikkert og hurtigt at kunne komme i kontakt med hinanden ift. sparring og rådgivning. God dialog som løsning på evt. spørgsmål er til gavn for borgerne, der hurtigere får den rette behandling.

For at understøtte gode sammenhængende patientforløb er det en målsætning:

- *At kommunikation mellem sektorerne optimeres ved at parterne etablerer og anvender hurtige, sikre og gerne digitale kommunikationsveje og så relevante og nødvendige informationer deles.*

Der sker i øjeblikket en bevægelse såvel nationalt som regionalt mod deling af relevant data og digital kommunikation. Denne udvikling bør understøttes for at opnå et mere smidigt tværsektorielt samarbejde og optimale betingelser for behandling af patienter.

Eksempler på indsatser der understøtter god tværsektoriel kommunikation og samarbejde om fælles patienter:

- 'Det Fælles MedicinKort', som kan give et samlet tværsektorielt overblik over patientens medicin
- 'Et samlet patientoverblik', hvor fx aftaleoverblik samt mål og planer for patienten deles
- 'Graviditetsmappen', som er under udvikling, og som skal erstatte den nuværende papir-vandrejournal.
- Muligheden for kommunal adgang til relevante oplysninger om patienternes behandling på hospitalet via 'SP-link'.
- Modernisering af hospitalshenvisninger og epikriser medvirker bl.a. til at synliggøre evt. opfølgingsbehov i almen praksis og bidrager til mere sikker ansvarsoverdragelse mellem hospital og almen praksis.

PRAKSISPLAN FOR SPECIALLÆGEPRAKSIS 2019-2022



REGION

Center for Sundhed

Møde i Tværsektoriel strategisk styregruppe d. 25-06-2021

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	4
1.1 Visioner og mål for fremtidens speciallægepraksis i Region Hovedstaden	4
1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten	5
1.3 Udarbejdelse, høring og implementering af praksisplan	5
1.4 Praksisplanens opbygning	5
2. SPECIALLÆGERS OPGAVER	6
3. KAPACITET PÅ SPECIALLÆGEOMRÅDET	7
3.1 Praksis indenfor speciallægeområdet	7
3.2 Kapaciteter indenfor speciallægeområdet	8
3.3 Planområder	8
3.3.1 Aldersfordeling blandt speciallæger	11
3.3.2 Kapacitet og dækning på speciallægeområdet	12
3.4 Udgifter til speciallægeområdet	14
3.5 Forbrug – antal ydelser i speciallægepraksis	15
3.6 Produktion i speciallægepraksis	18
3.7 Kapacitet – tværregional sammenligning	19
3.8 Aftaler efter overenskomstens §§ 64-66	21
3.9 Ventetider	22
3.10 Praksisformer	23
3.11 Tilgængelighed i speciallægepraksis	24
3.11.1 Fysisk tilgængelighed	24
3.11.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning	24
3.11.3 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed	25
4. MODERNISERING	26
4.1. De store praksisspecialer	26
4.1.1. Øjenlægehjælp	26
4.1.2. Ørelægehjælp	27
4.1.3. Dermato-venerologi (Hudsygdomme)	27
4.2. Praksisspecialer, hvor kapaciteten udgør et vægtigt supplement til hospitalernes kapacitet	27
4.2.1. Gynækologi-obstetrik	27
4.2.2. Intern Medicin	28
4.2.3. Psykiatri	29
4.2.4. Børne- og ungdomspsykiatri	29
4.3. Øvrige specialer som udgør et mindre supplement til hospitalerne	30
4.3.1. Pædiatri	30
4.4. Konklusion	30

5. SPECIALLÆGEPRAKSIS I DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN	31
5.1 Patienten og pårørende er vigtige samarbejdspartnere	31
5.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af speciallægepraksis	31
5.3 Henvisninger og epikriser	32
5.3.1 Kommunikation mellem almen praksis og speciallæger	32
5.3.2 Kommunikation mellem speciallæger og hospital	32
5.3.3 Samarbejdsfora vedr. speciallægepraksis	33
5.4 Samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og praktiserende speciallæger	33
5.5 Pakkeforløb	33
5.6 Speciallægers rolle i forløbsprogrammer	34
5.7 Tværsektoriel kommunikation	34
5.8 Telemedicinske løsninger	35
6. KVALITETSUDVIKLING I SPECIALLÆGEPRAKSIS	36
6.1 Rammer for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis	36
6.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet	36
6.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for speciallægepraksis	36
6.3 Patientsikkerhed i speciallægepraksis	37
6.4 Kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser	38
6.5 Datadrevet kvalitetsudvikling – indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser	38
6.6 Efteruddannelse	38
7. ORDFORKLARINGSLISTE	39
SLUTNOTER	41
BILAG: GRUNDBESKRIVELSE FOR SPECIALLÆGEPRAKSIS I REGION HOVEDSTADEN	43

1. Indledning

Formålet med praksisplanen er at tilrettelægge den fremtidige speciallægebetjening i Region Hovedstaden. Praksisplanen gælder i perioden 2019-2022 og er den tredje speciallægepraksisplan i Region Hovedstaden. Planen er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende speciallæger.

Praksisplanen skal understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i speciallægepraksis samt samarbejde mellem speciallæger og det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev lagt med den forrige Praksisplan for speciallægehjælp, og de resultater, som er nået i planperioden. Praksisplanen for 2019-2022 sætter endvidere fokus på nye udfordringer og sætter mål og anbefalinger i forhold til disse.

1.1 Visioner og mål for fremtidens speciallægepraksis i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med et øget krav til sammenhæng og kvalitet i behandlingen. En stigende grad af specialisering og udvikling af ny teknologi gør det muligt at behandle mere komplekse sygdomme og flere patienter end tidligere, hvilket sætter sundhedsvæsenet under et stigende ressourcemæssigt pres.

Praksisplanen skal være med til at sikre, at speciallægepraksis også fremadrettet har en placering i sundhedsvæsenet som et specialiseret tilbud nær borgerne. Planen skal derfor understøtte, at speciallægepraksis indgår systematisk i opgaveløsningen sammen med hospitaler, den øvrige praksissektor og kommunerne.

Speciallægepraksis skal fortsat varetage sine behandlingsopgaver på højt fagligt niveau som en velfungerende og

integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten oplever høj faglig kvalitet og tryghed i patientforløbet. Det er centralt for patienterne og patientsikkerheden, at der er et aktivt samarbejde med god kommunikation og dialog dels mellem patienter og speciallægen og dels mellem speciallægen og de øvrige sundhedsaktører.

Med praksisplanarbejdet ønsker parterne at sætte rammerne for udviklingen af kapacitet og kvalitet i speciallægebehandling og endvidere arbejde med at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem speciallægepraksis og samarbejdspartnere på tværs af faggrupper og sektorer.

Som en del af praksissektoren i Region Hovedstaden ønskes speciallægepraksis udviklet efter følgende visioner:

- *God og lige adgang til speciallægepraksis i regionen.*
- *At speciallægepraksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet og i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb.*
- *At speciallægepraksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever ensartet høj faglig kvalitet i behandlingen.*
- *At speciallægepraksis differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer.*

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

Der er i overenskomsten for speciallægehjælp en række planlægningsbestemmelser, som udgør rammen for udarbejdelse af praksisplanen for speciallægehjælp jf. boks 1.

Boks 1. Overenskomstens § 4, stk. 1-5

§ 4. Samarbejde mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen

Stk. 1

Med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren foretager regionen, med udgangspunkt i de enkelte specialer, en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Stk. 2

Praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt.

Stk. 3

Praksisplanlægningen skal ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

Stk. 4

Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i regionen er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvortil der er handicapvenlig adgang.

Stk. 5

Regionen udarbejder en beskrivelse af den ambulante speciallægebetjening i regionen som del af grundlaget for planlægningen. Samarbejdsudvalget kan meddele bemærkninger til udkast til beskrivelse samt den endelige beskrivelse.

Planen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedrørende kapacitet på speciallægeområdet, herunder beslutninger om adgang til flytning/ændring af klinikadresse, nedlæggelse af praksis, nynedsættelser m.v. Praksisplanen udgør en del af regionens samlede sundhedsplanlægning. Således er mål og anbefalinger for speciallægepraksis i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen.

1.3 Udarbejdelse, høring og implementering af praksisplan

Praksisplanen er udarbejdet af Samarbejdsudvalget vedr. speciallægehjælp på baggrund af et forberedende arbejde i Styregruppen for Praksisplan for speciallægehjælp nedsat af samarbejdsudvalget.

Der har som led i arbejdet været afholdt et inspirationsmøde, hvor praktiserende speciallæger, deres samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet og repræsentanter for patienter og pårørende har deltaget og bidraget med input til, hvordan samarbejdet mellem speciallæger og det øvrige sundhedsvæsen kan styrkes i planperioden.

Praksisplanen har været i høring blandt interessenter og er efterfølgende godkendt af regionsrådet. Praksisplanen er gældende fra 1. januar 2019 til og med 2022.

I forlængelse af praksisplanens vedtagelse vil der blive udarbejdet en overordnet prioritering af planens anbefalinger. Desuden vil der i løbet af planperioden blive udarbejdet implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere som grundlag for implementering i de enkelte år.

1.4 Praksisplanens opbygning

Kapitel 2 beskriver speciallægers opgaver med udgangspunkt i den gældende overenskomst for speciallægehjælp samt de formelle rammer om praksisplanlægningen, som fastsat i overenskomsten.

I kapitel 3 præsenteres kapacitet og aktivitet, herunder målsætninger og anbefalinger bl.a. om tilgængelighed.

Kapitel 4 giver en status for moderniseringer, som er foretaget i 2014 – 2016, og en vurdering af, om moderniseringerne er blevet implementeret i overensstemmelse med hensigten.

Kapitel 5 omhandler samarbejdet mellem speciallæger og øvrige samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet, herunder også samarbejdet med patienten.

Kapitel 6 omhandler kvalitetsudvikling af speciallægepraksis bl.a. med fokus på at øge den faglige kvalitet af speciallægenes arbejde.

Planen består endvidere af en grundbeskrivelse (bilag), der indeholder tabeller og figurer fra praksisplanen samt et afsnit om hvert speciale. Data fra grundbeskrivelsen indgår i vurdering af den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis samt den samlede ambulante speciallægebetjening i regionen og arbejdsdelingen mellem hospital og speciallægepraksis.

2. Speciallægers opgaver

Overenskomst om speciallægehjælp har til formål at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser.

Ifølge overenskomstens § 4 foretager regionen *"en samlet plan for tilrettelæggelse af den ambulante speciallægebehandling i regionen"*. Planen har til formål *"at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren med udgangspunkt i de enkelte specialer"*.

Overenskomsten omfatter undersøgelse og behandling af personer, der har adgang til vederlagsfri speciallægehjælp i henhold til sundhedsloven, og omfatter følgende lægelige specialer:

- Anæstesiologi
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Dermato-venerologi (hudsygdomme)
- Radiologi
- Gynækologi og obstetrik
- Intern medicin (endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi og lungesygdomme)
- Kirurgi
- Neurologi
- Oftalmologi (øjenlægehjælp)
- Ortopædisk kirurgi
- Otologi (ørelægehjælp)
- Psykiatri
- Pædiatri

Desuden omfatter overenskomsten følgende grenspecialer:

- Plastikkirurgi
- Reumatologi

Ørelægehjælp, øjenlægehjælp og hudsygdomme kan karakteriseres som praksisrelevante specialer, hvor hovedparten af aktiviteten vedr. udredning og behandling foregår i speciallægepraksis, og hvor størstedelen af patienterne færdigbehandles i speciallægepraksis.

Indenfor specialerne intern medicin, neurologi, pædiatri, kirurgi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi og gynækologi er der stort overlap mellem de ambulante ydelser, der udføres på hovedfunktionsniveau på hospitalerne og de ydelser, der udføres i speciallægepraksis.

Reumatologi er et grenspeciale under intern medicin, der varetager diagnostik, behandling og rehabilitering af gigtsygdomme, herunder bindevævssygdomme.

Der findes to støttespecialer; radiologi og anæstesiologi. Karakteristisk for radiologien er, at diagnostikken udføres af praktiserende radiologer, men at behandlingsansvaret ligger hos rekvirenten af diagnostikken, dvs. de praktise

rende læger og speciallæger. Et særligt arbejdsfelt indenfor anæstesiologien er at yde anæstesi (bedøvelse) i forbindelse med kirurgiske indgreb. Desuden udfører anæstesiologer smertebehandling.

Indenfor grenspecialet plastikkirurgi foretager speciallægerne operationer, som foretages ambulant og primært i lokal bedøvelse. Kosmetisk kirurgi er ikke omfattet af overenskomsten.

Patienter i speciallægepraksis

De praktiserende speciallægers patienter er henvist fra en alment praktiserende læge, dog er der direkte adgang til øjen- og ørelægehjælp.

Speciallægerne placering og faglige baggrund

Praktiserende speciallæger er tilstræbt fordelt i hele regionen. For nogle borgere er speciallæger den nærmeste adgang til specialiseret behandling.

De praktiserende speciallæger har deres faglige baggrund og uddannelse fra hospitalerne. De praktiserende speciallægers faglige niveau er højt, og de kan i dag varetage mange af de opgaver, der bliver eller tidligere blev varetaget på hospitalerne.

De praktiserende speciallæger efteruddanner sig løbende, så de tilegner sig nyeste viden. Det bevirker, at speciallæger har mulighed for at implementere nye behandlingsformer – til gavn for patienterne og et samlet sundhedsvæsen.

Modernisering

I overenskomst om speciallægehjælp er der fokus på faglig modernisering. Derfor er der centralt nedsat et moderniseringsudvalg, som understøtter den faglige udvikling og arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling i speciallægepraksis. Ved en modernisering sikres, at ydelsesbeskrivelserne inden for specialerne afspejler den faglige og teknologiske udvikling og det aktuelle behov for ydelser set i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

I 2015 blev specialerne psykiatri, øjenlægehjælp samt gynækologi og obstetrik moderniseret, i 2016 blev specialerne intern medicin, pædiatri og dermatologi moderniseret og i 2017 er senest overenskomstens generelle laboratorieundersøgelser moderniseret. Regionen følger implementeringen af moderniseringerne for at sikre, at det sker efter hensigten. Regionen har bl.a. fokus på at understøtte samarbejdsrelationer mellem almen praksis, speciallægepraksis og hospitalerne i forhold til nye tiltag i moderniseringerne, samt fokus på at understøtte sammenhængende patientforløb. Arbejdet med modernisering beskrives i kapitel 4.

3. Kapacitet på speciallægeområdet

I dette kapitel beskrives kapaciteten og aktiviteten på speciallægepraksisområdet. Beskrivelsen danner grundlag for tilrettelæggelse af og principper for styring af speciallægekapaciteten i planperioden.

Den overordnede målsætning for kapaciteten i speciallægepraksis er:

- At sikre tilstrækkelig speciallægepraksiskapacitet
- At sikre en hensigtsmæssig opgavedeling mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitaler, så de samlede ressourcer benyttes bedst muligt til gavn for patienterne

3.1 Praksis indenfor speciallægeområdet

Pr. 1. december 2017 fandtes der i alt 453 speciallægepraksis med ydernummer i Region Hovedstaden. Ydernumrene fordeler sig på fuldtids- og deltidspraksis. Antal af praksis fordelt på specialer fremgår af nedenstående tabel.

Som det fremgår af tabellen, var der pr. 1. december 2017 357 fuldtidspraksis og 96 deltidspraksis. Specialet psykiatri har 21 deltidspraksis og er dermed det speciale med flest deltidspraksis efterfulgt af intern medicin og reumatologi. Efter regionsrådets godkendelse af praksisplanen blev det i november 2018 besluttet at genetablere en psykiatrisk deltidspraksis på Bornholm, som således ikke er inkluderet i praksisplanens kapacitetsopgørelse.

Indenfor fire specialer (radiologi, hudsygdomme, øjenlægehjælp, ørelægehjælp) findes ikke deltidspraksis.

Tabel 1. Fordeling af speciallægepraksis på specialer

Speciale	PRAKSIS		
	Fuldtid	Deltid	Hovedtotal
Anæstesiologi	9	7	16
Børne- og ungdomspsykiatri	6	1	7
Dermato-venerologi	38		38
Gynækologi-obstetrik	41	8	49
Intern medicin	17	14	31
Kirurgi	27	10	37
Neurologi	11	5	16
Ortopædisk kirurgi	8	6	14
Plastikkirurgi	8	4	12
Psykiatri	43	21	64
Pædiatri	9	7	16
Radiologi	16		16
Reumatologi	20	13	33
Øjenlægehjælp	48		48
Ørelægehjælp	56		56
Hovedtotal	357	96	453

Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

3.2 Kapaciteter indenfor speciallægeområdet

Pr. 1. december 2017 var der 453 speciallægepraksis med ydernummer i Region Hovedstaden. En fuldtidspraksis svarer til 1 kapacitet og en deltidspaksis svarer til 1/3 kapacitet.

Den samlede kapacitet på speciallægeområdet udgør 402,34 kapaciteter, heraf 370 fuldtidskapaciteter og 32,34 deltidskapaciteter.

Af tabellen nedenfor fremgår fordelingen af kapaciteter. Tallene er opgjort som fuldtidskapaciteter.

Specialerne ørelægehjælp, psykiatri, øjenlægehjælp samt hudsygdomme er de største specialer opgjort i antal kapaciteter, og udgør hver en andel på mellem 12-14 % af den samlede kapacitet. De mindste specialer er børne- ungdomspsykiatri, plastikkirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi, pædiatri, neurologi og radiologi, som hver udgør en andel på mellem 2 og 4 % af den samlede kapacitet.

3.3 Planområder

Region Hovedstaden er delt op i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd. Bornholm hører til planområde Byen, men fremstår selvstændigt i de følgende tabeller og figurer.

Tabel 2. Fordeling af speciallægekapaciteter

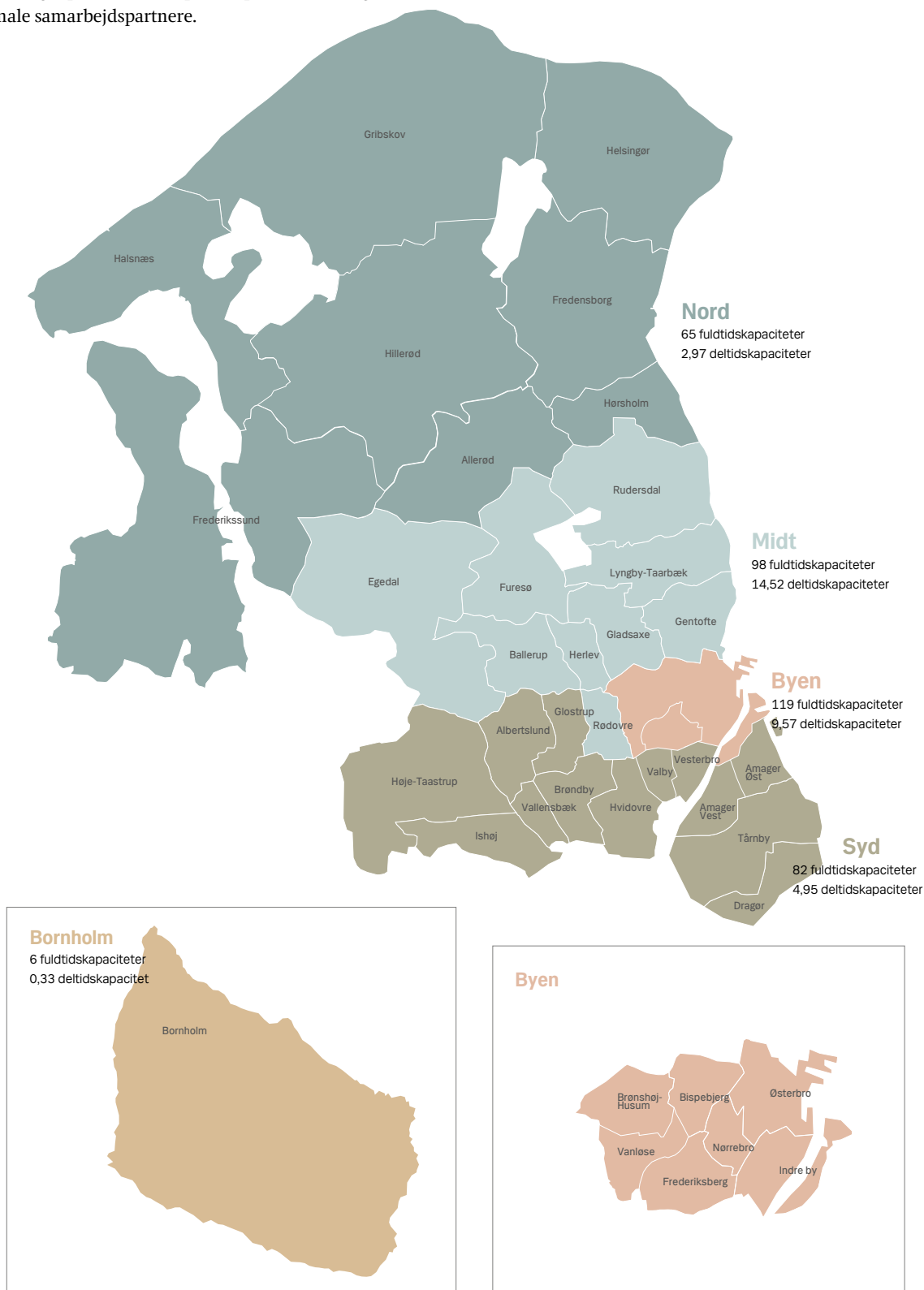
Speciale	KAPACITETER			
	Fuldtid (1 kap.)	Deltid (0,33 kap.)	Hovedtotal	Andel
Anæstesiologi	9	2,31	11,31	3%
Børne- og ungdomspsykiatri	6	0,33	6,33	2%
Dermato-venerologi	47		47	12%
Gynækologi-obstetrik	41	2,64	43,64	11%
Intern medicin	18	4,62	22,62	6%
Kirurgi	27	3,30	30,30	8%
Neurologi	11	1,65	12,65	3%
Ortopædisk kirurgi	8	1,98	9,98	2%
Plastikkirurgi	8	1,32	9,32	2%
Psykiatri	43	7,26	50,26	12%
Pædiatri	9	2,31	11,31	3%
Radiologi	17		17	4%
Reumatologi	21	4,62	25,62	6%
Øjenlægehjælp	49		49	12%
Ørelægehjælp	56		56	14%
Hovedtotal	370	32,34	402,34	100%

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Note: Omregningsfaktor vedr. deltidspaksis = 0,33 og fuldtidspaksis = 1

Denne praksisplan anvender samme inddeling i planområder, som anvendes i regionens øvrige sundhedsplanlægning med henblik på at sikre gennemsigtighed i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere.

Figur 1. Region Hovedstaden i planområder, 2017



Konvertering af deltidskapaciteter til fuldtidskapaciteter

Hovedmålsætningen med overenskomsten er at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser ved hovedsagelig fuldtidspraktiserende speciallæger (jf. overenskomst om speciallægehjælp, § 2, stk. 2).

Med denne praksisplan ønsker parterne at understøtte en fortsat konvertering af speciallægepraksis fra deltidspraksis til fuldtidspraksis.

I den hidtidige kapacitetsplan fra 2012 har været anvendt varierende omregningsfaktorer for specialerne, hvor nogle specialer har vægtet mellem 1/2 og 1/7.

De uensartede omregningsfaktorer vanskeliggør konvertering af deltidspraksis til fuldtidspraksis. Derfor er parterne bag praksisplanen enige om at arbejde henimod en ensartet konverteringsfaktor. I denne plan benyttes som udgangspunkt den konverteringsfaktor, som er anvendt i kapacitetsberegningen, nemlig 3 deltidspraksis til 1 fuldtidspraksis.

Dette kombineres med en individuel vurdering i forbindelse med det enkelte praksisopkøb. Fokus vil ligeledes være at sikre den geografiske fordeling af speciallægekapaciteten mellem planområderne samt på tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser.

Det er en forudsætning, at konverteringen fra deltidspraksis til fuldtidspraksis ikke medfører en kapacitetsudvidelse, eller belaster den økonomiske ramme for speciallægepraksis.

Det anbefales:

- *At der fortsat arbejdes med konvertering af eksisterende deltidspraksis til fuldtidspraksis uden at dette medfører en kapacitetsudvidelse og dermed belaster den økonomiske ramme for speciallægepraksis.*
- *At der i planperioden med henblik på at ensarte konverteringsfaktoren som udgangspunkt benyttes en omregningsfaktor med tre deltidspraksis til en fuldtidspraksis samt en individuel vurdering.*

3.3.1 Aldersfordeling blandt speciallæger

Aldersfordelingen blandt speciallægerne har betydning for, hvilket behov der forventes at være i forhold til rekruttering af nye speciallæger i de kommende år

Tabel 3 viser den gennemsnitlige aldersfordeling i speciallægepraksis. Det fremgår, at i 81 speciallægepraksis svarende til 17,9%, er den gennemsnitlige alder på speciallægerne 65 år og derover. I 10 praksis svarende til 2,2 % er gennemsnitsalderen 75 år og derover.

Den årlige vækst i antallet af speciallæger forventes ifølge Sundhedsstyrelsens prognose at være på 1,7 % frem mod 2035. Stigningen skyldes blandt andet, at speciallæger bliver uddannet hurtigere end tidligere, og et øget optag på medicinstudiet, samt at lægerne går senere på pension¹. Flest speciallæger er ansat på hospitalerne. Region Hovedstaden har ikke hidtidigt oplevet problemer med rekrutteringen til speciallægepraksis

Tabel 3. Gns. aldersfordeling i speciallægepraksis opdelt på specialer 2017

Speciale	ALDERSGRUPPER										Hovedtotal
	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	
Anæstesiologi			1	2	4	5	2	2			16
Børne- og ungdomspsykiatri				1	3	3					7
Dermato-venerologi		3	6	11	6	7	4	1			38
Gynækologi-obstetrik	1	1	5	7	17	13	5				49
Intern medicin			2	2	8	9	4	1	3	2	31
Kirurgi			5	2	13	10	5	1	1		37
Neurologi			1	2	4	7	1	1			16
Ortopædisk kirurgi		2	4			5	1	2			14
Plastikkirurgi			1	3	2	4		2			12
Psykiatri	2	4	8	3	13	19	8	6	1		64
Pædiatri			1	2	6	5	2				16
Radiologi			1		5	3	6	1			16
Reumatologi	1	3	4	2	7	9	4	1	2		33
Øjenlægehjælp	1	7	7	10	9	10	2	2			48
Ørelægehjælp		9	8	12	11	8	6	1	1		56
Hovedtotal	5	29	54	59	108	117	50	21	8	2	453

Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Note: Der anvendes gns. aldersfordeling i speciallægepraksis, eftersom der er 18 delepraksis, hvor alderen fremgår som et gennemsnit af delekompanionerne. I de øvrige praksis er aldersfordelingen møntet på én speciallæge.

3.3.2 Kapacitet og dækning på speciallægeområdet

En af de overordnede visioner for speciallægepraksis ifølge overenskomsten er at sikre bæredygtige speciallægepraksis som det nære tilbud til patienter med behov for specialiseret behandling.

Praksisplan for speciallægepraksis 2019-2022 medfører ikke behov for en udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis. Der vurderes ikke at være sket væsentlige ændringer i forudsætningerne siden praksisplanen 2013-2017.

Som det fremgår af tabel 4, er antallet af borgere steget med 3 % i perioden 2014-2017. I planområderne Byen og Syd ses stigninger i befolkningstallet på hhv. 3 og 5 %, mens der er et lille fald på 1 % på Bornholm.

Tabel 5 viser, hvordan kapaciteterne indenfor hvert speciale er fordelt i forhold til planområderne i regionen.

Tabel 4. Antal borgere fordelt på planområder 2014-2017

Planområde	2014	2015	2016	2017	Diff. i pct 2014-17
Bornholm	39.842	39.706	39.601	39.489	-1%
Byen	446.201	452.761	458.289	461.611	3%
Midt	446.760	449.905	452.491	455.236	2%
Nord	314.936	317.514	319.123	320.566	2%
Syd	512.628	520.607	528.974	538.905	5%
Hovedtotal	1.760.367	1.780.493	1.798.478	1.815.807	3%

Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede, gr. 1,2 og 6) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Tabel 5. Antal kapaciteter fordelt på speciale og planområde 2017

Speciale	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal
Anæstesiologi	0,33	3,33	3,99	0,33	3,33	11,31
Børne- og ungdomspsykiatri		2	2,33	1	1	6,33
Dermato-venerologi	1	12	14	8	12	47
Gynækologi-obstetrik		17,32	10,99	8,33	7	43,64
Intern medicin		9,65	6,98	4,33	1,66	22,62
Kirurgi		8,33	9,65	4,66	7,66	30,30
Neurologi		4,33	3,99	2,33	2	12,65
Ortopædisk kirurgi		3,66	2,66	2	1,66	9,98
Plastikkirurgi		1,66	2,33	1,33	4	9,32
Psykiatri		15,31	14,30	9,66	10,99	50,26
Pædiatri	1	2,66	3,65	2	2	11,31
Radiologi		12			5	17
Reumatologi		5,32	8,65	5	6,65	25,62
Øjenlægehjælp	2	16	14	8	9	49
Ørelægehjælp	2	15	15	11	13	56
Hovedtotal	6,33	128,57	112,52	67,97	86,95	402,34

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. december 2017 (trukket 19. februar 2018)

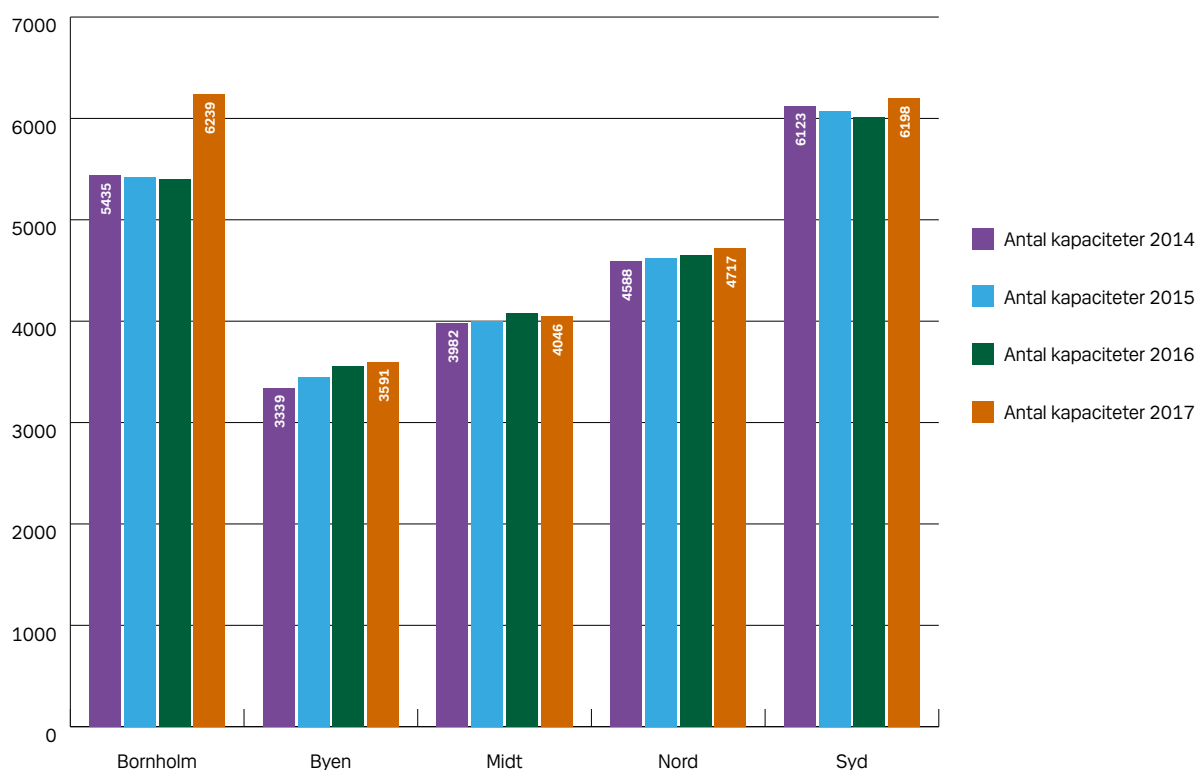
Der er flest speciallægekapaciteter i planområde Byen og Midt. Der er en relativ ujævn fordeling af specialerne på planområderne med ca. dobbelt så mange speciallægekapaciteter i planområde Byen som i planområde Nord. Samtidig viser tabellen, at der er en uensartet dækning af specialerne indenfor planområderne. I regi af samar

bejdsudvalget vedrørende speciallægepraksis arbejdes der løbende på at sikre en mere ensartet geografisk fordeling.

Det anbefales:

- At der fortsat arbejdes for en geografisk hensigtsmæssig dækning med speciallægepraksis i regionen

Figur 2. Udvikling i antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014- 2017



Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018) Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

3.4 Udgifter til speciallægeområdet

Region Hovedstadens udgifter til speciallægeområdet var 1,5 mia. kr. i 2016 og nedenfor ses fordelingen af udgifter på praksisform og specialer.

Forbruget opgjort som bruttohonorar afspejler specialernes størrelse, men variation mellem specialerne hænger også sammen med andre forhold som honorarstruktur, omkostningsniveau, udstyr mv. Bruttohonoret er størst for specialerne ørelægehjælp og øjenlægehjælp samt hudsygdomme svarende til, at hvert speciale står for 12 – 15 % af de samlede udgifter til speciallægeområdet.

Tabel 6. Udvikling i bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	kr. 22.506.274	kr. 21.802.124	kr. 21.370.678	kr. 23.350.699
Radiologi	kr. 123.482.026	kr. 123.580.726	kr. 113.298.002	kr. 111.674.772
Dermato-venerologi	kr. 178.723.412	kr. 176.474.718	kr. 170.483.379	kr. 176.972.127
Reumatologi	kr. 49.763.920	kr. 49.786.198	kr. 56.873.648	kr. 62.862.572
Gynækologi-obstetrik	kr. 168.496.540	kr. 172.786.591	kr. 166.045.986	kr. 179.416.664
Intern medicin	kr. 98.871.828	kr. 104.366.797	kr. 106.627.028	kr. 111.089.740
Kirurgi	kr. 141.344.266	kr. 137.765.926	kr. 144.314.875	kr. 147.219.735
Neurologi	kr. 24.930.359	kr. 25.623.485	kr. 25.217.855	kr. 25.176.201
Øjenlægehjælp	kr. 179.394.910	kr. 182.917.674	kr. 189.636.180	kr. 195.395.329
Ortopædisk kirurgi	kr. 38.593.014	kr. 37.938.372	kr. 40.963.803	kr. 39.551.064
Ørelægehjælp	kr. 214.249.479	kr. 221.311.715	kr. 227.249.987	kr. 233.641.166
Plastikkirurgi	kr. 29.705.920	kr. 29.826.396	kr. 29.493.741	kr. 29.211.970
Psykatri	kr. 94.634.120	kr. 109.020.202	kr. 115.809.056	kr. 115.632.897
Pædiatri	kr. 29.925.730	kr. 30.821.021	kr. 29.969.326	kr. 31.998.836
Børne- og ungdomspsykiatri	kr. 12.521.352	kr. 12.755.389	kr. 14.704.976	kr. 14.251.470
Hovedtotal	kr. 1.407.143.149	kr. 1.436.777.334	kr. 1.452.058.519	kr. 1.497.445.242

Kilde: Targit, Forbrug (Bruttohonorer) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

3.5 Forbrug – antal ydelser i speciallægepraksis

Hvert besøg hos en praktiserende speciallæge udløser én eller flere ydelser, som honoreres af regionen. Som det fremgår af tabel 7, er antallet af speciallægeydelser pr. patient faldet med 12 pct. i perioden 2014 - 2017.

Der er sket et fald i antallet af ydelser pr. patient i over halvdelen af specialerne. Der er især sket et markant fald indenfor specialerne gynækologi-obstetrik (29%), intern medicin (54%), pædiatri (47%), psykiatri (15%) og dermatologi (13%), hvilket givetvis er følger af moderniseringerne af specialerne i hhv. 2015 og 2016 (jf. afsnit 4).

Tabel 7. Udvikling i ydelser pr. patient fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	99	90	96
Radiologi	100	99	96	96
Dermato-venerologi	100	98	96	87
Reumatologi	100	100	105	110
Gynækologi-obstetrik	100	101	77	71
Intern medicin	100	100	86	46
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	101	104	104
Øjenlægehjælp	100	99	101	106
Ortopædisk kirurgi	100	104	114	120
Ørelægehjælp	100	99	99	98
Plastikkirurgi	100	99	97	92
Psykiatri	100	92	89	85
Pædiatri	100	102	96	53
Børne- og ungdomspsykiatri	100	93	117	117
Hovedtotal	100	99	95	88

Kilde: Targit, Forbrug (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkroneydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Tabel 8. Udvikling i antal patienter fordelt på specialer 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017	Diff i pct. 2014-17
Anæstesiologi	14.526	13.747	13.682	14.648	1%
Radiologi	100.328	101.830	99.261	96.129	-4%
Dermato-venerologi	174.977	174.380	172.715	169.753	-3%
Reumatologi	30.267	29.501	31.514	32.846	9%
Gynækologi-obstetrik	106.301	107.996	108.010	112.728	6%
Intern medicin	32.650	33.635	34.548	34.486	6%
Kirurgi	53.326	53.230	52.832	52.780	-1%
Neurologi	18.587	18.821	18.408	18.191	-2%
Øjenlægehjælp	204.317	205.394	206.793	203.286	-1%
Ortopædisk kirurgi	24.775	23.535	23.573	22.142	-11%
Ørelægehjælp	186.860	189.776	194.670	200.385	7%
Plastikkirurgi	13.769	13.904	14.204	15.053	9%
Psykiatri	25.472	25.620	25.041	25.271	-1%
Pædiatri	13.829	13.788	14.027	14.448	4%
Børne- og ungdomspsykiatri	1.374	1.436	1.538	1.412	3%
Hovedtotal	687.290	692.134	695.232	696.586	1%

Kilde: Targit, Forbrug (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af patienter kan ikke summeres. En patient godt kan tælle med indenfor flere specialer samtidigt. Totalen viser antallet af unikke patienter.

Fra 2014 til 2017 er antallet af patienter fra Region Hovedstaden, der har modtaget behandling hos speciallæge, steget med 1 %, hvilket er mindre end stigningen i antallet af borgere. Stigningen er procentvis størst indenfor specia-

lerne reumatologi (9%), plastikkirurgi (9%) samt ørelægehjælp (7%). Ortopædkirurgi oplever det største fald i antal patienter (-11%) (jf. tabel 8).

Tabel 9. Udvikling i samlet antal nye patienter (1. konsultation) 2014 – 2017

Speciale	2014	2015	2016	2017	Diff i pct. 2014-17
Anæstesiologi	5.001	4.575	5.158	5.915	18%
Dermato-venerologi	152.058	148.441	148.727	145.764	-4%
Reumatologi	26.392	26.085	28.538	29.179	11%
Gynækologi-obstetrik	92.116	93.505	93.622	96.373	5%
Intern medicin	29.034	28.933	29.292	28.855	-1%
Kirurgi	41.007	41.427	41.896	41.304	1%
Neurologi	15.139	15.064	14.626	13.787	-9%
Øjenlægehjælp	203.273	204.750	206.313	202.181	-1%
Ortopædisk kirurgi	23.179	22.143	21.716	20.058	-13%
Ørelægehjælp	171.341	171.910	177.097	182.012	6%
Plastikkirurgi	7.942	8.090	8.430	8.256	4%
Psykiatri	9.544	10.870	10.871	11.357	19%
Pædiatri	8.620	8.624	8.769	9.590	11%
Børne- og ungdomspsykiatri	596	728	630	507	-15%
Hovedtotal	602.468	603.740	611.235	610.210	1%

Kilde: Targit, Produktion (unikke cpr. nr.) 2014-2017, trukket den 29. august 2018

Der ses en stigning på 1 % i antallet af nye patienter (1. konsultationer), der konsulterer en speciallæge. Den største stigning af nye patienter fra 2014- 2017 er på 19 % indenfor psykiatri og 18 % indenfor anæstesiologi. For det anæstesiologiske speciale er der stor forskel på antallet af

nye patienter (5.915 i 2017) i forhold til det samlede antal patienter (14.648 i 2017) (jf. tabel 8 og 9). Det skyldes, at anæstesiologer udfører smertebehandling og yder bistand til operationer ved praktiserende øre-næse-halslæger og øjenlæger.

3.6 Produktion i speciallægepraksis

Udviklingen i ydelser, der produceres pr. patient i speciallægepraksis, er faldet i perioden 2014 – 2017 (jf. tabel 10). Denne udvikling dækker dog over store variationer imellem specialerne. Det er indenfor de specialer, der blev moderniseret i 2015 og 2016, at der ses de største fald i antallet af ydelser pr. patient.

Det er dog ikke tilfældet for børne- og ungdomspsykiatri, som blev moderniseret i slutningen af 2015, hvor der ses en betydelig stigning i producerede ydelser pr. patient på 27 %. Ortopædisk kirurgi skal først moderniseres indenfor overenskomstaftalen 2018-2022, hvorfor der har været en stigning på 20 % i perioden.

Tabel 10. Udvikling i antal ydelser pr. patient fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	97	93	98
Radiologi	100	99	96	96
Dermato-venerologi	100	98	96	87
Reumatologi	100	100	105	110
Gynækologi-obstetrik	100	101	76	70
Intern medicin	100	100	87	47
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	100	104	104
Øjenlægehjælp	100	99	101	106
Ortopædisk kirurgi	100	104	114	120
Ørelægehjælp	100	99	99	98
Plastikkirurgi	100	99	97	92
Psykiatri	100	92	89	85
Pædiatri	100	102	96	53
Børne- og ungdomspsykiatri	100	94	124	127
Hovedtotal	100	99	95	88

Kilde: Targit, Produktion (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

3.7 Kapacitet – tværregional sammenligning

Der er frit valg af speciallæger, og nogle borgere fra andre regioner vælger at blive behandlet i Region Hovedstaden, ligesom borgere i Region Hovedstaden kan vælge at blive behandlet af praktiserende speciallæger i andre regioner.

Produktion er udtryk for speciallægerne i Region Hovedstadens behandling af borgere både i og udenfor Region Hovedstaden. Af tabel 11 fremgår differencen mellem forbrug og produktion, hvilket svarer til værdien af de leverede ydelser til borgere udenfor Region Hovedstaden.

Forbruget er udtryk for borgere i Region Hovedstadens anvendelse af speciallæger både i og udenfor regionen.

Tabel 11. Sammenligning af speciallægers forbrug og produktion fordelt på specialer 2017

Speciale	Forbrug (Bruttohonorar) 2017	Produktion (Bruttohonorar) 2017	Diff.	Diff. i pct
Anæstesiologi	kr. 23.350.699	kr. 30.351.298	kr. -7.000.599	-30,0%
Radiologi	kr. 111.674.772	kr. 112.156.442	kr. -481.670	-0,4%
Dermato-venerologi	kr. 176.972.127	kr. 187.741.374	kr. -10.769.247	-6,1%
Reumatologi	kr. 62.862.572	kr. 66.353.143	kr. -3.490.571	-5,6%
Gynækologi-obstetrik	kr. 179.416.664	kr. 185.826.339	kr. -6.409.674	-3,6%
Intern medicin	kr. 111.089.740	kr. 122.172.042	kr. -11.082.302	-10,0%
Kirurgi	kr. 147.219.735	kr. 151.542.206	kr. -4.322.471	-2,9%
Neurologi	kr. 25.176.201	kr. 25.660.582	kr. -484.382	-1,9%
Øjenlægehjælp	kr. 195.395.329	kr. 201.804.558	kr. -6.409.229	-3,3%
Ortopædisk kirurgi	kr. 39.551.064	kr. 40.477.314	kr. -926.249	-2,3%
Ørelægehjælp	kr. 233.641.166	kr. 237.403.034	kr. -3.761.868	-1,6%
Plastikkirurgi	kr. 29.211.970	kr. 34.919.907	kr. -5.707.937	-19,5%
Psykatri	kr. 115.632.897	kr. 117.875.018	kr. -2.242.121	-1,9%
Pædiatri	kr. 31.998.836	kr. 31.886.829	kr. 112.007	0,4%
Børne- og Ungdomspsykiatri	kr. 14.251.470	kr. 14.258.281	kr. -6.810	0,0%
Total	kr. 1.497.445.242	kr. 1.560.428.364	kr. -62.983.122	-4,2%

Kilde: Targit, Forbrug og Produktion (Bruttohonorar 2017) (trukket den 21. februar 2018)

Nedenstående oversigt viser fordelingen af kapaciteter regionerne imellem og antal borgere pr. kapacitet.

Som det fremgår af tabel 12, udgør antallet af fuldtidskapaciteter i Region Hovedstaden 45 % af det samlede antal fuldtidskapaciteter i Danmark.

Tabel 12. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på regioner 2017

Region	Antal kapaciteter 2017	Andel kapaciteter 2017	Antal borgere 2017	Antal borgere pr. kapacitet 2017
Region Hovedstaden	402,34	45%	1.815.807	4.513
Region Midtjylland	150,38	17%	1.307.516	8.695
Region Nordjylland	68,33	8%	585.809	8.573
Region Sjælland	119,94	13%	831.450	6.932
Region Syddanmark	151,98	17%	1.214.405	7.991
I alt	892,97	100%	5.754.987	6.445

Kilde: Targit, Landstal (Antal kapaciteter, antal borgere (sikrede) pr. 1. december 2017 (trukket den 27. februar 2018)

Tabel 13. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

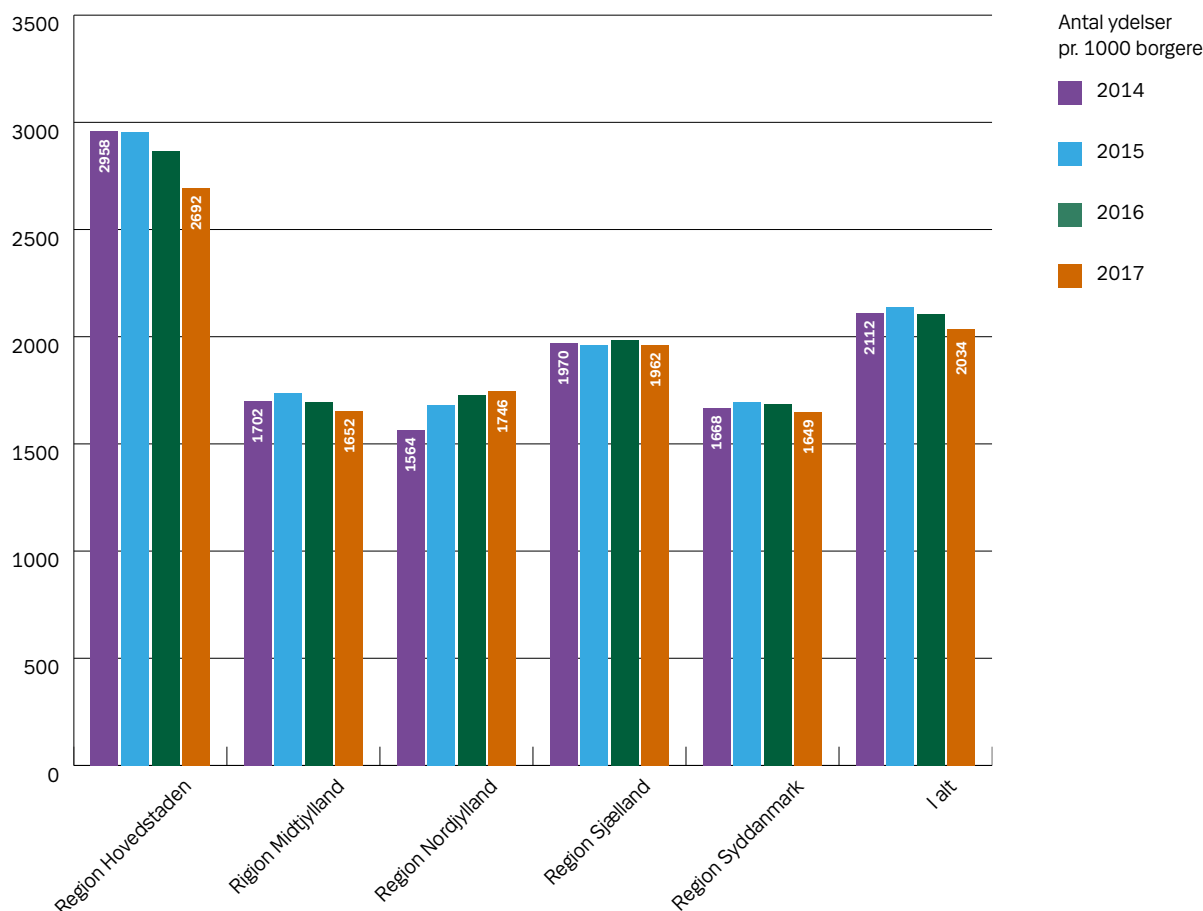
I alt	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 1.497.445.242	1.815.807	kr. 825
Region Midtjylland	kr. 631.429.132	1.307.516	kr. 483
Region Nordjylland	kr. 279.956.798	585.809	kr. 478
Region Sjælland	kr. 512.904.308	831.450	kr. 617
Region Syddanmark	kr. 567.974.279	1.214.405	kr. 468
I alt	kr. 3.489.709.759	5.754.987	kr. 606

Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 13 viser, at der er forskelle imellem regionerne på forbruget af speciallæger. Region Hovedstaden har de største udgifter til speciallægehjælp med et forbrug på 825 kr. pr. borger i 2017, mens de laveste udgifter til special

læger findes i Region Syddanmark med et gennemsnitligt forbrug på 468 kr. pr. borger i 2017. Forskellene i forbrug hænger bl.a. sammen med arbejdsdelingen mellem hospitalet og speciallægepraksis.

Figur 3. Udvikling i antal ydelser pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2014 - 2017



Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal ydelser 2017 (trukket den 27. februar 2018))

3.8 Aftaler efter overenskomstens §§ 64-66

§ 64 og § 65-aftaler

Ifølge overenskomsten kan der lokalt indgås § 64 og § 65-aftaler, som vedrører honorering af ydelser ud over overenskomsten. Der kan være mange årsager til at indgå den type lokalaftaler. Nogle aftaler indgås om ydelser, der udlægges fra hospital til praksis, bl.a. som opfølgning på behandling foretaget på hospital. Set fra et patientperspektiv kan det være med til at skabe øget sammenhæng i patientforløbet og bidrage positivt til et sammenhængende sundhedsvæsen.

I den enkelte aftale drøftes det, hvilke uddannelsesmæssige kvalifikationer, der skal være til stede hos speciallægerne, som skal udføre ydelserne, hvor mange undersøgelser og behandlinger, der årligt skal udføres af den enkelte speciallæge for at sikre den nødvendige kvalitet i behandlingen, samt specifikke kvalitetskrav til apparatur og indberetninger til nationale kvalitetsdatabaser mv.

Det skal bemærkes, at udgifter vedr. § 64 og § 65 ikke er inkluderet i den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp.

Med henblik på at aflaste hospitalerne har regionen indgået to aftaler med Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS). Den ene aftale er en § 64 aftale, som giver hospitalerne mulighed for at viderehenvise patienter, der skal udredes ved koloskopi som led i et kræftpakkeforløb. Aftalen har været i fuld drift siden 1. oktober 2017.

Derudover har regionen pr. 1. september 2017 indgået en § 65 aftale med FAPS om udredning og behandling af børn og unge med let til moderat ADHD. Rammeaftalen stiller i forlængelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer krav til, at de praktiserende pædiatere skal konferere med børne- og ungdomspsykiatrien ved opstart af medicinsk behandling.

Hospitalerne udfører ikke sterilisationer af mænd. Der er i forhold til sterilisation af mænd efter udbud indgået en aftale med en speciallæge i kirurgi og et privathospital, der trådte i kraft 1. januar 2018. Patienterne visiteres via egen læge til speciallægen i kirurgi, som viderevisiterer til privathospital ved behov. De to aftaler er ikke indgået inden for speciallægeoverenskomsten.

Der er endvidere efter udbud pr. 1. januar 2018 indgået en aftale med en øjenlæge om behandling af efterstær med YAG-laser. Patienterne har mulighed for at henvende sig direkte til øjenlægen med henblik på at få foretaget efterstærbehandlingen, eller de kan visiteres via egen læge eller anden øjenlæge.

Friholdelse af kapacitet (80-20 model) - §66-aftale

Overenskomstens § 66 giver mulighed for at indgå aftaler med praktiserende speciallæger om varetagelse af opgaver, som regionen har behov for at få løftet. Regionens således mulighed for at råde over op til 20 % af speciallægenes kapacitet til opgaver, som parterne er enige om skal udføres.

Det giver mulighed for en større integrering af speciallægepraksis i den samlede sundhedsplanlægning, fx til at understøtte overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantien.

Region Hovedstaden har i den foregående planperiode indgået en § 66 aftale med de praktiserende psykiatere, som trådte i kraft den 1. oktober 2016. Formålet med aftalen er, at patienter med psykiske sygdomme af moderat grad behandles i speciallægepraksis i psykiatri, når det er fagligt relevant.²

Regionen har på foranledning af hospitalerne indgået en § 66 aftale, der vedrører viderehenvielse af øvrige skopier (ikke kræftpakkepatienter) herunder gastroskopier, sigmoidoskopier, koloskopier og polypkontroller. Aftalen trådte i kraft 1. juni 2017.

Parterne er enige om, at overenskomstens muligheder for at indgå lokalaftaler skal benyttes, hvor det er relevant.

Det anbefales:

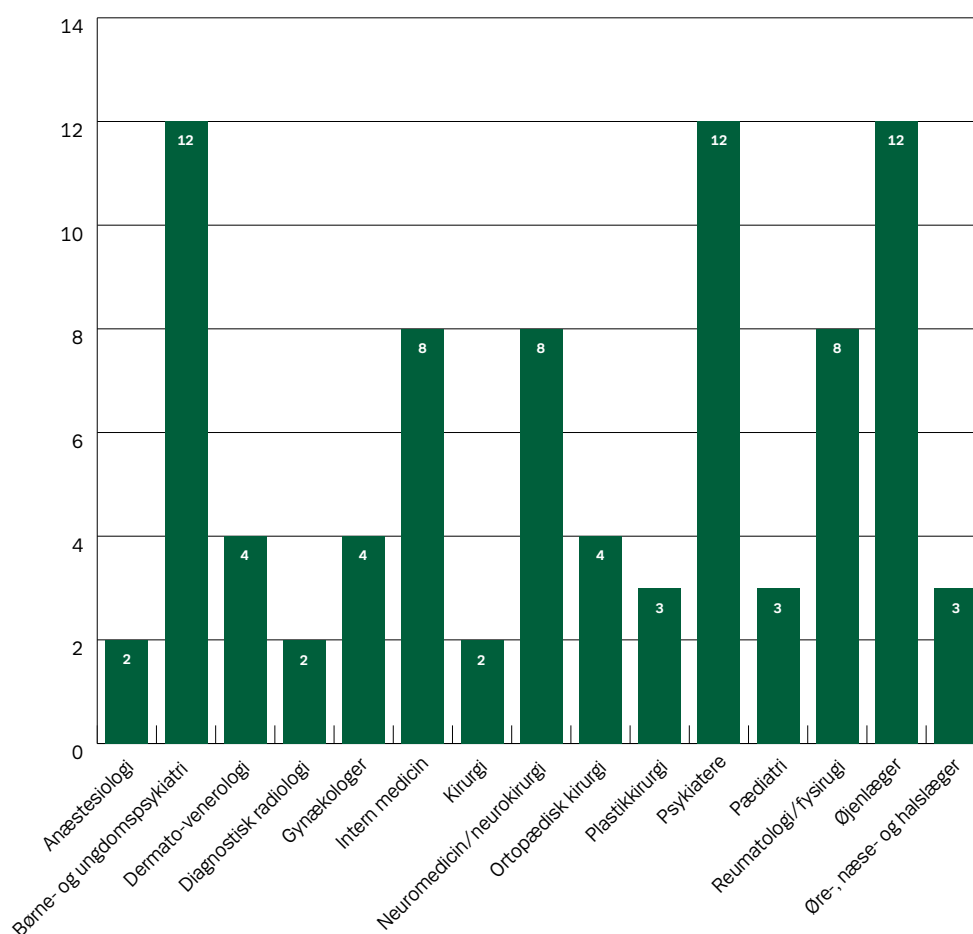
- *At der i planperioden benyttes § 66-aftaler, hvor det er fagligt relevant, med henblik på at sikre en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer*
- *At der i planperioden følges op på indgåede aftaler efter overenskomstens §§ 64-66.*

3.9 Ventetider

Ifølge overenskomstens § 39 er alle speciallæger forpligtet til at indberette ventetid til ikke akut første konsultation via praksisdeklarationen på sundhed.dk. Speciallægerne skal opdatere oplysninger om ventetid mindst hver 2.

måned. En opgørelse pr. 1. februar 2017 viser, at 92 % af speciallægerne (224 praksis) indberetter til Sundhed.dk, og heraf lever i alt 155 praksis op til kravet om rettidige ventetidsoplysninger.

Figur 4. Median ventetider i speciallægepraksis opgjort for hvert speciale i hele uger.



Kilde: Specialernes indberettede ventetider på www.sundhed.dk, data fremsendt af Danske Regioner, status per 1. februar 2017.

Note: Ventetiden er opgjort som medianventetiden inden for hvert speciale.

Som det fremgår af figur 4, er den højeste medianventetid indenfor børne- og ungdomspsykiatri øjenlæger samt psykiatri i speciallægepraksis med en medianventetid på 12 uger.

Opfølgning i forhold til indberetning af ventetid har været et fokusområde i praksisplansarbejdet, hvor der løbende er blevet drøftet kvartalsvise opgørelser over ventetider i speciallægepraksis.

Det anbefales:

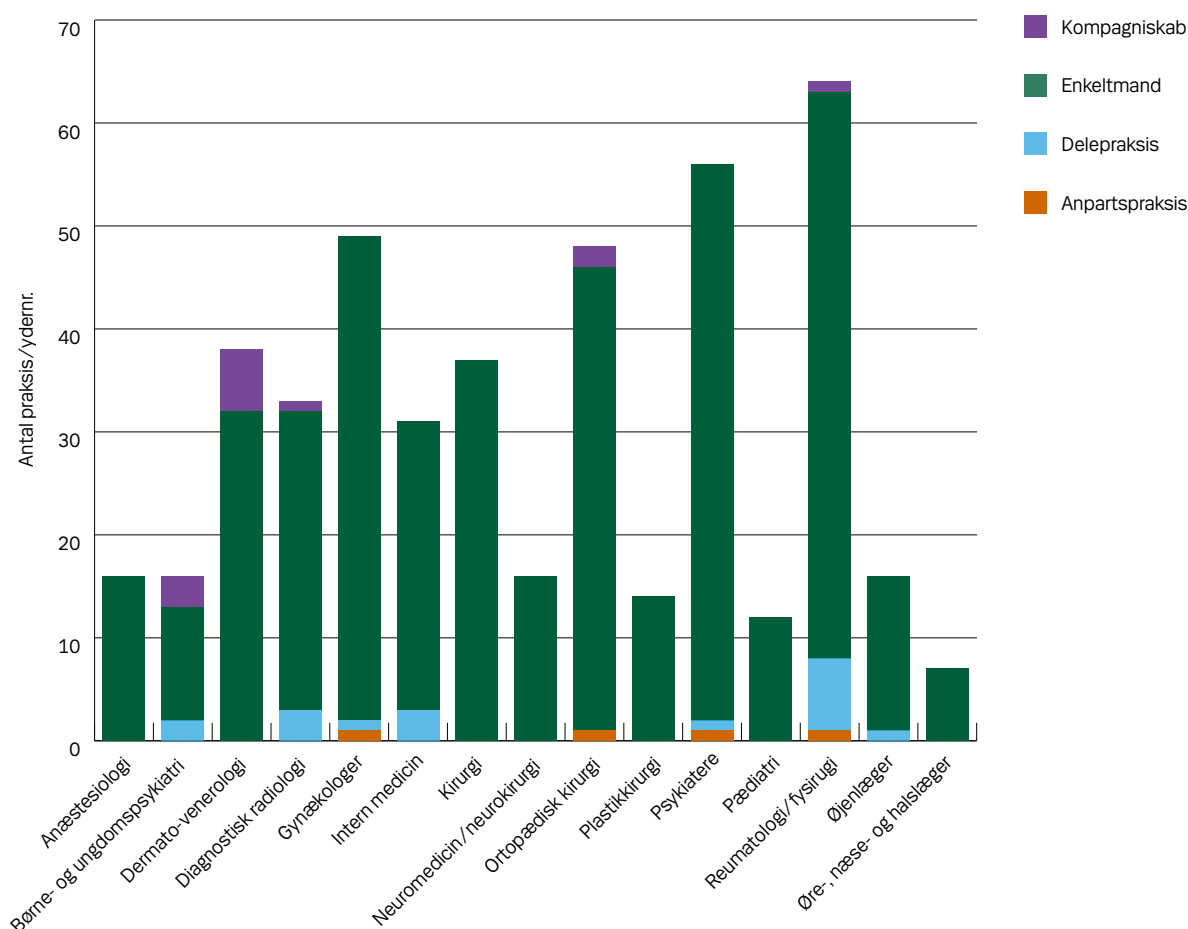
- At der fortsat følges op på indberetninger af ventetider til ikke-akut behandling på sundhed.dk.
- At udviklingen i ventetider løbende drøftes imellem regionen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger med henblik på evt. tiltag.

3.10 Praksisformer

Ifølge overenskomstens § 9 kan en speciallæge tilrettelægge sin praksis som enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller anpartsselskab (jf. ordliste). Alle praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis.

Som det fremgår af figur 5, er langt de fleste speciallæger i enkeltmandspraksis, mens delepraksis er mest udbredt indenfor specialet psykiatri (7 praksis). Kompagniskabspraksis findes indenfor 5 specialer, men er mest udbredt blandt dermatologi-venerologi (6 praksis). Derudover er der et enkelt anpartsselskab.

Figur 5. Antal praksis fordelt på praksisform 2017



Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Med henblik på at udvikle og sikre bæredygtige praksis er det en generel målsætning for regionen at ændre praksisstrukturen hen imod større enheder, således at praktiserende speciallæger i højere grad end i dag praktiserer sammen med andre speciallæger eller andre faggrupper fx andre ydergrupper i praksissektoren og/eller kommunale tilbud.

Derved skabes mulighed for at fremme faglig sparring såvel monofagligt som tværfagligt og styrke sammenhængen til andre tilbud i det nære sundhedsvæsen.

Det anbefales:

- At muligheden for etablering af praksisfællesskaber tilgodeses ved relevante sager i samarbejdsudvalget, fx i forbindelse med flytning.

3.11 Tilgængelighed i speciallægepraksis

Den overordnede målsætning for tilgængelighed i speciallægepraksis er:

- Øget tilgængelighed til speciallægepraksis, herunder tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser og let adgang til telefonisk og elektronisk kontakt.

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse, så de tilbydes de samme ydelser og muligheder som personer uden funktionsnedsættelse.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden. Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres, herunder at de praktiserende speciallæger er tilgængelige ved akut behov for behandling.

3.11.1 Fysisk tilgængelighed

Det er vigtigt at sikre god adgang til speciallægepraksis. Overenskomsten beskriver rammerne for speciallægenes forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til speciallægepraksis.

§42. Retningslinjer for handicapvenlig adgang:

Stk. 1

"Ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis eller væsentlig ændret benyttelse af lokalerne eller bebyggelsen skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler".

Anmærkningerne til overenskomstens § 42, stk. 1 præciserer, at ved flytning skal byggelovgivningens tilgængelighedskrav være opfyldt, hvis der i tilknytning til flytningen sker en væsentlig ombygning af den bebyggelse, der flyttes til, eller hvis flytningen indebærer en ændring i benyttelsen af bebyggelsen, som er væsentlig.

Derudover fremgår det af anmærkninger til § 42, at speciallægepraksis i videst muligt omfang skal tilgodeses etablering af handicapvenlige adgangsforhold, enten i form af etablering af praksis i lokaler, der rummer mulighed for en indretning, som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede eller i form af etablering af adgangsforhold og indretning i øvrigt i eksisterende praksislokaler. Lokalbestemmelser kan imidlertid være en hindring for at fremfinde egnede lokaler hertil. Regionen bidrager i samarbejde med kommunerne og speciallægerne til at finde egnede lokaler.

I forlængelse af ovenstående er praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden forpligtet til at afgive oplysninger om den fysiske tilgængelighed i forbindelse med flytning.

Patienterne skal let kunne få viden om tilgængeligheden i praksis. Derfor skal speciallæger i praksissektoren sikre opdaterede oplysninger om egen praksis på www.sundhed.dk (overenskomst for speciallægehjælp, §42, stk. 2).

3.11.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2014-2019 alle praktiserende ydere i regionen tilgængelighedsmærkning ved mærkeordningen 'God Adgang'. Dermed tilbydes en uvildig vurdering af adgangen til praksis samt forslag til, hvordan tilgængeligheden kan forbedres.

Speciallægepraksis får følgende tilbud:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser³ baseret på mærkeordningen 'God Adgang'
- Mulighed for at give patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Regionens tilbud er frivilligt, og der er ingen sanktioner forbundet med efterlevelse af forslag til forbedring af tilgængeligheden. Kravene til tilgængeligheden er beskrevet i overenskomsten, samt af tilgængelighedsbestemmelserne i byggelovgivningen. Der var i september 2017 i alt 6 speciallægeklinikker, der har taget mod tilbuddet om God Adgang mærkning.

Det anbefales:

- At udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i speciallægepraksis løbende følges gennem status for speciallægers tilmelding til og status i mærkeordningen 'God Adgang'

- At speciallægenes praksisdeklARATIONER holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse.
 - At tilgængelighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutninger vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser.
 - At klinikker ved flytning har fokus på let adgang
 - At der følges op på den elektroniske og telefoniske tilgængelighed ved behov
- tienterne på praksisdeklARATIONEN om fysisk såvel som telefonisk og elektronisk tilgængelighed til speciallægepraksis

3.1.1.3 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Telefonisk tilgængelighed

Speciallægepraksis skal normalt have telefonisk tidsbestilling hver konsultationsdag af ikke under to timers varighed. Der skal desuden, jf. overenskomstens §39, stk. 3, oplyses om træffetider, herunder tidsbestilling og telefonkonsultation, via praksisdeklARATIONEN på sundhed.dk. Oplysninger om telefontid fremgår synligt af praksisdeklARATIONEN på sundhed.dk, mens kravet om to timers telefonisk tilgængelighed for blandt andet tidsbestilling på konsultationsdagene ikke altid oplyses af speciallægerne.

Elektronisk tilgængelighed

IT kan understøtte, at patienterne har let adgang til kontakt med speciallægepraksis, samt til information og tidsbestilling. Ved benyttelse af en digital signatur kan speciallægerne frit anvende det elektroniske tidsbestillingsmodul på sundhed.dk. Som det fremgår af overenskomsten, er speciallægerne forpligtet til at oplyse, hvis speciallægepraksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og oplysninger om, hvordan man som patient får adgang til at anvende disse muligheder (jf. 39, stk. 3).

Tilgængeligheden omfatter også E-konsultation, receptfornyelse og tidsbestilling via speciallægens hjemmeside. Kommunikation med og om patienten skal foregå via sikker kommunikation.

Speciallægen skal anvende et lægesystem, som kan håndtere alle MedComs standarder samt en sikker og hurtig internetadgang, der er beskyttet af firewall og antivirusprogrammer.

Speciallægenes IT-systemer skal understøtte relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter de gældende officielle standarder, herunder MedCom, og kommunikation skal foregå via det internetbaserede sundheds-datanet.

Det anbefales:

- At der arbejdes for at forbedre informationen til pa-

4. Modernisering

I overenskomst om speciallægehjælp er der fokus på faglig modernisering. Formålet med en modernisering er at fremme faglig udvikling og kvalitet i speciallægepraksis samt at sikre et opdateret ydelsessortiment i overenskomsten vedrørende speciallægehjælp. Moderniseringsarbejdet fortsætter i den nye overenskomstperiode 2018-2022.

Hovedsigtet med moderniseringen er, at ydelsesbeskrivelserne afspejler den faglige og teknologiske udvikling og det aktuelle behov i sundhedsvæsenet. Samtidig er der fokus på at belyse arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitalerne.

På den baggrund blev der i 2015 nedsat et Moderniseringssekretariat, der er et tværregionalt sekretariat, som varetager regionernes interesser ift. moderniseringer indenfor speciallægeområdet. I 2015 blev specialerne psykiatri, øjenlægehjælp samt gynækologi og obstetrik moderniseret, og i 2016 blev specialerne intern medicin, pædiatri og dermatologi moderniseret. I 2017 er der pågået en modernisering af de generelle laboratorieundersøgelser i overenskomsten om speciallægehjælp. De evt. midler, der frigøres som følge af moderniseringen, anvendes indenfor specialet til at finansiere nye tiltag samt sikre et øget patientflow.

Overenskomstaftalen 2018-2022 indebærer, at følgende specialer moderniseres: radiologi, ørelægehjælp, anæstesiologi, reumatologi, kirurgi og ortopædkirurgi.

Dette kapitel giver en status for moderniseringer, som er foretaget i 2014 - 2016, og en vurdering af, om moderniseringerne er blevet implementeret efter hensigten. De angivne tal stammer fra moderniseringsrapporterne.

Der er indhentet data fra hospitalerne på behandlingsområder, hvor der er sammenfald mellem ydelser, der både udføres i speciallægepraksis og på hospitalerne. Aktiviteten på hospitalerne er trukket via Landspatientregistret på baggrund af SKS-koder valideret af de Sundhedsfaglige Råd.

Regionen vil i planperioden tage stilling til, om der skal igangsættes analyser af udnyttelsen af kapaciteten inden for andre specialer som følge af nye moderniseringer, organisatoriske ændringer mv.

4.1. De store praksisspecialer

De store praksisspecialer omfatter ørelægehjælp, øjenlægehjælp og hudsygdomme.

Der kræves ingen henvisning til øjenlægehjælp og ørelægehjælp samt undersøgelse og behandling af seksuelt overførbare sygdomme (venerologi).

Borgere med dermatologiske lidelser, øjenlidelser og ørenæsehalslidelser varetages på hovedfunktionsniveau primært af praktiserende speciallæger. Af samme grund gennemføres en del af speciallægeuddannelsen for øjenlæger, ørelæger og hudlæger i speciallægepraksis.

4.1.1. Øjenlægehjælp

Moderniseringen af øjenspecialet havde virkning fra 1. september 2015. Hensigten med moderniseringen var, at der inden for specialet leveres en årlig produktivitetsgevinst svarende til 21,9 mio. kr. (01-10-2004 niveau) til at behandle flere patienter. Efter moderniseringen af specialet er der i perioden 2015 til 2016 behandlet 1.008 flere patienter i øjenlægepraksis. Udgiften pr. patient er steget med 29,55 kr. fra 887,40 kr. i 2015 til 916,95 kr. i 2016.

Det forventes, at især de nye behandlingsydelser for henholdsvis diabetisk øjenundersøgelse og fotoscreening (fondusfotografering) for diabetisk øjensygdom kan bidrage til effektiviseringen og frigive øjenlægetid til at nedbringe ventetiden for nye patienter. Den diabetiske øjenundersøgelse gives til alle nydiagnosticerede diabetikere samt diabetikere, der har øjenforandringer, der kræver oftalmologisk kontrol af øjenlæge, diabetikere med konkurrerende øjensygdom m.fl.

Ydelsen fotoscreening for diabetisk øjensygdom gives til patienter, der ikke har, eller kun har beskedne diabetiske øjenbaggrundsforandringer. Det er tanken, at patienter med ukompliceret diabetes vil kunne følges i kontrolforløb med fotoscreening varetaget af klinikpersonale.

Data for perioden 2015 til 2016 viser imidlertid, at kun 30 % af alle diabeteskontrollerne varetages som fotoscreening, mens 70 % af diabetesundersøgelserne afregnes til den dyrere diabetiske øjenlægeundersøgelse. Det er på den baggrund vurderingen, at den øjenlægelige kapacitet ikke udnyttes i overensstemmelse med intentionen i moderniseringen. Samtidig er medianventetiden til øjenlægehjælp fortsat 12 uger og dermed ikke faldet i perioden.

Regionen vil følge op på, at de enkelte øjenlæger anvender de to diabetiske øjenundersøgelser i overensstemmelse med intentionen i moderniseringen.

Der er i moderniseringen endvidere fokus på at effektivisere visitationen af patienter, som skal opereres for grå stær på hospitalerne. Øjenlægerne skal i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje for behandling af aldersbetinget grå stær udføre en scoring ved grå stær undersøgelser, som understøtter, at kun patienter med en operationskrævende grå stær henvises til hospital, og at patienter med størst behov for operation tilgodeses først.

Der skal i planperioden udarbejdes en analyse af øjenlægenes anvendelse af scoringssystemet samt hospitalernes anvendelse af resultaterne.

4.1.2. Ørelægehjælp

Delmoderniseringen af ørelægehjælp havde virkning fra 1. januar 2014. Der er med delmoderniseringen tilført 2,1 mio. kr. til den samlede økonomiske ramme for specialet.

Fra indførslen af moderniseringen i 2014 til 2016 er der sket en stigning på 8.416 patienter, som behandles i ørelægepraksis, og det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient er faldet fra 5,55 til 5,51.

Med delmoderniseringen af specialet blev der indført en ny tillægsydelse for ultralydsscanning af halsen. I perioden 2014-2016 er der sket en tredobling i brugen af denne ydelse. Udviklingen i brugen af ydelsen skal derfor følges i planperioden.

I 2014 trådte aftalen om høreapparatbehandlinger mellem Region Hovedstaden og Foreningen af Speciallæger i kraft. Aftalen omfatter 5.000 høreapparatbehandlinger om året til voksne borgere i Region Hovedstaden med ukomplicerede høretab (ekskl. Bornholm). Aftalen har blandt andet til hensigt at aflaste de audiologiske hospitalsafdelinger.

Det skal i planperioden undersøges, om de praktiserende speciallæger overholder den samlede aftale for høreapparatbehandlinger.

4.1.3 Dermato-venerologi (Hudsygdomme)

Moderniseringen af dermato-venerologisk speciallægepraksis havde virkning fra 1. april 2017. Det er hensigten, at moderniseringen skal medføre en produktivitetsgevinst svarende til 17,0 mio. kr. årligt, som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Den nye ydelsesstruktur indenfor specialet skal nedbringe antallet af henvisninger fra almen praksis og dermed bevirke, at patienter i dermato-venerologisk speciallægepraksis modtager færre 1. konsultationer.

Der skal i planperioden følges op på udviklingen i antallet af patienter, som årligt behandles i dermato-venerologisk speciallægepraksis samt udviklingen i antallet af 1. konsultationer per patient for at afdække, om moderniseringen medfører den tilsigtede udnyttelse af kapaciteten i dermato-venerologisk speciallægepraksis.

Udviklingen i brugen af både fotodynamisk terapi med lampe (konventionel PDT behandling) og dagslys PDT behandling følges i planperioden, da ydelserne med moder-

niseringen af specialet er blevet ydelser inden for overenskomsten. Patienter med forstadier til hudkræft behandles bl.a. med dagslys PDT-behandling, mens konventionel PDT behandling anvendes til patienter, hvor dagslys PDT behandling ikke kan gennemføres, samt til patienter med hudkræft, hvor kirurgisk behandling ikke kan gennemføres eller er mindre egnet. PDT behandlingsmetoderne giver på udsatte steder i ansigtet bedre resultater sammenlignet med de traditionelle behandlingsmetoder som fryssning med kvælstof og kirurgisk fjernelse.

Konventionel PDT behandling blev i Region Hovedstaden tidligere udført i kraft af en kvote-reguleret rammeaftale. Udviklingen i ydelsesforbruget i speciallægepraksis skal i planperioden sammenholdes med ydelsesudviklingen på hospitalerne. Samtidig skal ydelsesforbruget i speciallægepraksis sammenholdes med udviklingen i brugen af ligeværdige behandlingsmetoder.

Ved forekomst af venerologiske problemstillinger kan patienter henvende sig i dermato-venerologisk speciallægepraksis uden henvisning fra den alment praktiserende læge. Venerologien udgør dog en meget lille del af de sygdomsområder, som behandles i dermato-venerologisk speciallægepraksis.

Moderniseringsrapporten for specialet påpeger⁴, at varetagelsen af venerologiske sygdomme fylder meget på de dermatologiske afdelinger på hospitalerne særligt grundet den voksende forekomst af klamydia og gonoré i befolkningen⁵.

4.2. Praksisspecialer, hvor kapaciteten udgør et vægtigt supplement til hospitalernes kapacitet

I det følgende afsnit gennemgås moderniseringen af praksisspecialer, hvor der er betydeligt overlap i de behandlinger, som udføres i speciallægepraksis og på hospitalerne, og hvor kapaciteten i speciallægepraksis udgør et betydeligt supplement til hospitalernes kapacitet. Der følges op på specialerne gynækologi-obstetrik, intern medicin, kirurgi, psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

4.2.1. Gynækologi-obstetrik

På grund af specialets størrelse i Region Hovedstaden varetages en del af hovedfunktionsniveauet i gynækologisk speciallægepraksis. Det vedrører bl.a. provokerede aborter primært medicinske aborter, inseminationer, keglesnit, blødningsforstyrrelser m.v.

Moderniseringen af gynækologispecialet havde virkning fra 1. april 2016. Der skal med moderniseringen leveres en årlig produktivitetsgevinst på 12,3 mio. kr. (01-10-2014 niveau), som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Der blev i 2016 behandlet 111.678 patienter i gynækologisk speciallægepraksis, hvilket er 209 patienter færre end i 2015. Udgiften pr. patient er desuden faldet fra 1.608 kr. pr. patient i 2015 til 1.541 kr. i 2016. Disse nøgletal indikerer, at der efter ¾ år kan ses en effekt af gynækologimoderniseringen.

Spiralopsætning

Spiralopsætning og fjernelse af spiral foregår normalt ukompliceret og kan foretages af den alment praktiserende læge. I mere komplicerede tilfælde kan den alment praktiserende læge henvise til spiralopsætning og fjernelse af spiral i gynækologisk speciallægepraksis. I perioden 2013 til 2015 har der været en stigning på knap 20 % i antallet af spiralopsætninger foretaget i speciallægepraksis. Der har derimod i samme periode været et fald i antallet af spiraloplægninger i almen praksis på ca. 3 %.

Opgavefordelingen mellem almen praksis og speciallægepraksis skal i forhold til spiraloplægning undersøges nærmere i planperioden. Det skal vurderes, om stigningen i spiraloplægninger i speciallægepraksis kan forklares med, at hormonspiralen er blevet mere udbredt og er vanskeligere at oplægge end kobberspiralen.

Fertilitetsbehandling

I Region Hovedstaden varetages ca. 80 % af inseminationerne i speciallægepraksis og ca. 20 % i hospitalsregi. På hospitalerne udføres derudover også reagensglasbefrugtning (IVF-behandling). IVF-behandling er ikke omfattet af speciallægeoverenskomsten.

Der har de senere år været en stigning i antallet af inseminationer i speciallægepraksis og på hospital.

Årsagen til stigningen skyldes stigende alder for kvinder og par, der ønsker at opnå graviditet, øget forekomst af infektioner med klamydia med deraf lykkede æggeledere til følge, faldende sædkvalitet og et stigende BMI.

4.2.2 Intern Medicin

Intern Medicin omfatter lungemedicin, medicinsk gastroenterologi, kardiologi og endokrinologi. Endokrinologi omtales ikke nærmere her, da der kun er en deltidskapacitet, som er klausuleret til lukning.

Moderniseringen af Intern Medicin havde virkning fra 1. oktober 2016. Der er med moderniseringen af Intern Medicin aftalt en produktivitetstgevinst på 3,4 mio. kr. (01-10-2014- niveau), som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Lungemedicin

Der er i moderniseringen vedr. lungemedicin særligt fokus

på allergiforløb med henblik på at sikre, at allergipatienter tilbydes den samme udredning og behandling, uanset hvilket allergibehandlende praksisspeciale patienterne henvender sig.

Der har gennem de senere år været en stigning i antallet af patienter, der allergivaccineres i lungemedicinsk speciallægepraksis og på hospitalerne

Derudover varetages også allergivaccinationer i pædiatrisk speciallægepraksis⁶. I den nordlige del af regionen varetager almen lægepraksis den del af allergivaccinationsforløbet, som vedrører vedligeholdelsesbehandlingen.⁷

Inden moderniseringen var lungefunktionsundersøgelse en selvstændig ydelse. Efter moderniseringen indgår lungefunktionsundersøgelse som en integreret del af allergiudredningen og behandlingen.

Der skal i planperioden følges op på udviklingen i regionens udgifter pr. patient i forhold til allergiforløb med henblik på at vurdere udnyttelsen af ressourcerne efter moderniseringen.

Kardiologi

Kardiologi er et apparaturtungt speciale, hvor den teknologiske udvikling har medført mere omfattende ultralydsundersøgelser og forbedret diagnostik. Der er tale om et speciale med stor aktivitet og mange patienter, og der arbejdes på hospitalerne med forskellige tiltag for at forbedre udnyttelsen af den eksisterende kapacitet.

En række kardiologiske speciallægepraksis deltager i udredning af hjertepatienter, og der har såvel i speciallægepraksis som på hospitalerne været en stigning i antallet af udførte ekkokardiografier. Sundhedsstyrelsen besluttede i 2017 at udfase pakkeforløbene på hjerteområdet og i stedet lave nye anbefalinger for det tværfaglige forløb for patienter med hjertesygdom – fra patienten oplever symptomer og går til egen læge, til behandling og den efterfølgende opfølgning med bl.a. rehabilitering og palliation. Anbefalingerne erstatter de tidligere hjertepakker, men er også bredere og adresserer de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløb.

Ændringerne skal i planperioden følges, herunder om de nye anbefalinger vil få indflydelse på den diagnostiske kapacitet inden for specialet.

Gastroenterologi

Både speciallæger i medicinsk gastroenterologi og speciallæger i kirurgi udfører i henhold til speciallægeoverenskomsten endoskopier, dvs. koloskopier, sigmoideskopier og gastroskopier.

Der har de senere år været en stigende efterspørgsel på koloskopier i både speciallægepraksis og på hospitalerne som følge af bl.a. pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm samt implementering af screening for tarmkræft.

Antallet af udførte koloskopier er steget med 15,6 % i speciallægepraksis og med 68 % på hospitalerne fra 2013 – 2015.

Der er en øget gastroenterologisk aktivitet i både speciallægepraksis og på hospitalerne. Et stigende antal patienter fra almen praksis inden for funktionelle mave-tarm lidelser som fx funktionel dyspepsi, irritable tyktarm og refluks henvises. Der har også været en stigning i antallet af udførte sigmoideskopier.

For at aflaste hospitalerne har regionen – som det fremgår af afsnit 3.8 – indgået en aftale med FAPS om hospitalernes mulighed for at viderehenvise patienter, der skal udføres ved koloskopi som led i et kræftpakkeforløb, samt en aftale om viderehenvissning af øvrige skopier (ikke kræftpakkepatienter), herunder gastroskoper, sigmoideskopier, koloskopier og polypkontroller.

4.2.3 Psykiatri

Moderniseringen af psykiatri havde virkning fra 1. juni 2015. Hensigten med moderniseringen var, at der indføres udrednings- og behandlingsforløb i speciallægepraksis, og at der med de mere fokuserede patientforløb behandles 10 procent flere patienter.

Der er i moderniseringen indlagt en incitamentsstruktur i forhold til at afslutte behandlingsforløb, da speciallægen honoreres for at afslutte patientforløb og dermed skabe plads til nye patienter i speciallægepraksis. Hensigten er, at den praktiserende læge vil kunne henvise patienter til en specialistvurdering med kortere ventetid.

Der er indlagt en forventning om, at stabile patienter vil kunne håndteres i almen praksis efter aftale mellem den praktiserende læge og speciallægen med henblik på fortsat medicinerings eller kontrol i henhold til en behandlingsplan.

Der er indlagt en betingelse om, at andelen af patienter med behov for fortsat behandling maksimalt må udgøre 10 % af de patienter, der behandles hos speciallægen målt ud fra antallet af førstekonsultationer.

Moderniseringen har ikke efter det første år haft den tiltænkte effekt, da der i 2016 er blevet behandlet 616 færre patienter end året før. Derudover tegner der sig et billede af, at patientforløbene er blevet dyrere med den nye struktur, da udgiften pr. patient er steget med 380,47 kr. fra 2015 til 2016.

Der skal i planperioden laves en opgørelse af antal 1. konsultationer og antallet af patienter i § 66 aftaler med henblik på at vurdere, om der efter 2 år⁸ er behandlet 10 % flere patienter som tilsigtet i moderniseringen.

Derudover skal der i planperioden laves en opgørelse over antal patienter, der afsluttes hos speciallægen, og efterfølgende starter op i et nyt forløb hos speciallægen. Ligeledes skal der laves en analyse af, om almen praksis får tilsendt fyldestgørende behandlingsplaner i epikriser fra psykiatere vedr. patienter, som skal fortsætte i almen praksis med henblik på vedligeholdelsesbehandling. Behandlingsplanerne skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer og medikamentelle vejledninger.

I planperioden skal der endvidere foretages en opgørelse af, hvorvidt der henvises mere end 10 % af patienterne til fortsat behandling.

4.2.4 Børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatrien behandlede i 2015 1.494 patienter.

Patientgruppen i speciallægepraksis udgør ca. 2-3 % af den samlede patientgruppe, som varetages i børne- og ungdomspsykiatrien. Specialet udgør dermed et mindre supplement til kapaciteten på hospitalerne. Hospitalsafdelingerne varetager dog også specialiserede funktioner, og det vides ikke, hvor stor en andel behandlingerne i speciallægepraksis udgør af det samlede antal behandlinger på hovedfunktionsniveau.

Moderniseringen af børne- og ungdomspsykiatrien havde virkning fra 1. oktober 2015. Hensigten er, at moderniseringen skal medføre en produktivitetsgevinst på 3 mio. kr. årligt, som skal anvendes til at behandle 10 % flere patienter inden for specialet.

Udviklingen i antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2015-2016 var ca. 6 % procent, og i 2016 blev der behandlet 87 flere patienter end året forinden. Dette er i tråd med hensigten med moderniseringen. Der skal i planperioden fortsat følges op på, om der behandles flere patienter inden for specialet som aftalt mellem overenskomstens parter ved moderniseringen. Der ses desuden en stigning i udgiften pr. patient på 545 kr. fra 2015-2016.

Patienter i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis afsluttes nu med en ydelse samt en registreringskode med henvisning til, om patienterne afsluttes til hospital, henvisende læge, sociale samarbejdspartnere eller uden henvisning til andre sundhedspersoner. Hensigten er, at flere patienter kan afsluttes til at blive fulgt i almen praksis frem for lange forløb i speciallægepraksis.

De fleste patienter afsluttes efter forløb i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis til den henvisende praktiserende læge eller afsluttes uden henvisning til andre sundhedspersoner.

Tilbuddet i speciallægepraksis vurderes som et godt supplement på hovedfunktionsniveau til kapaciteten i hospitalspsykiatrien for børn over 4 år uden behov for specialiseret, tværfaglig indsats.

4.3 Øvrige specialer som udgør et mindre supplement til hospitalerne

I det følgende gennemgås mindre praksisspecialer, hvor meget af det, der foregår i speciallægepraksis, også foregår på hospitalerne, og hvor kapaciteten i speciallægepraksis udgør et mindre supplement til hospitalernes kapacitet.

4.3.1 Pædiatri

I pædiatrisk speciallægepraksis varetages mange af de samme opgaver som i ambulatoriet på en almen pædiatrisk afdeling på hovedfunktionsniveau. Det gælder primært opgaver indenfor allergiske lidelser, astma og lungelidelser, mave- og tarmlidelser, urinvejslidelser, adfærdsproblemstillinger og udviklingsforstyrrelser hos børn.

Pædiatrisk speciallægepraksis er moderniseret pr. 1. januar 2017. Det er hensigten, at moderniseringen af specialet skal medføre en årlig produktivitetsgevinst på 3,2 mio. kr., som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Der skal i planperioden derfor følges op på udviklingen i antallet af patienter, som årligt behandles i pædiatrisk speciallægepraksis med henblik på at vurdere, om der er behandlet flere patienter inden for specialet.

Der er med moderniseringen desuden defineret et forløb for allergiudredning og - behandling. Der skal i planperioden følges op på, hvor meget varetagelsen af udredning og behandling af allergiske lidelser udgør af de samlede behandlinger i pædiatrisk speciallægepraksis.

Derudover er der, som beskrevet i kapitel 3.8. indgået en rammeaftale med pædiaterne om udredning og behandling af børn og unge med ADHD. Der følges løbende op på, om pædiaterne overholder aftalens betingelser.

4.4. Konklusion

Det anbefales:

- *At der i planperioden følges op på moderniseringer af specialer mhp. at sikre den ønskede udvikling og opgaveløsning.*

5. Speciallægepraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Det sker, når den enkelte patient er i centrum for behandlingen og oplever, at der er koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af speciallægepraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at speciallægepraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Opfølgning og overgange mellem speciallægepraksis og de øvrige sundhedsaktører skal således i fokus. Det gælder især for patienter med samtidige forløb hos flere behandlere. Derfor skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem speciallægepraksis og de øvrige sundhedsaktører, der har opgaver relateret til speciallægerne patientgrupper.

Desuden er parterne bag praksisplanen enige om at fremme det aktive samarbejde med patienterne, således at patienternes ønsker, muligheder og rammer også fremadrettet er udgangspunktet for det konkrete behandlingsforløb.

Målsætninger

- At speciallægepraksis arbejder for at fremme et aktivt samarbejde med patienten
- At kommunikation og samarbejde mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitaler m.fl. videreudvikles og understøttes bl.a. med fokus på indsatser, der kvalificerer praktiserende lægers henvisninger og speciallægers epikriser.
- At sikre at speciallægerne indgår i et effektivt samspil med øvrige sundhedstilbud/behandlere.

5.1 Patienten og pårørende er vigtige samarbejdspartnere

Patienterne og pårørende er vigtige samarbejdspartnere og ressourcer i sundhedsvæsenet. De skal opleve, at deres behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Det er væsentligt, at patienterne oplever at være velinformerede og medbestemmende om eget forløb, da det øger deres motivation for at følge en behandlingsplan.

Regionen har en politik for patient- og brugerinddragelse, som bygger på følgende værdier:

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutninger om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

Aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af evne til at mestre eget forløb.

Patienterne har forskellige ønsker og ressourcer i forhold til at deltage i beslutninger om eget behandlingsforløb. Derfor skal de indsatser, der tilbydes, tage højde for patienternes samlede livssituation, herunder eventuelt begrænsende forudsætninger for at deltage i fælles beslutningstagning. Det øger patienternes mulighed for – uanset social baggrund og situation – at få størst muligt udbytte af behandlingen.

Parterne er enige om, at der i planperioden skal arbejdes videre med fortsat at sikre fokus på patient- og brugerinddragelse, så regionens værdier på området sikres efterlevet i videst muligt omfang.

Det anbefales:

- At speciallæger deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende

5.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af speciallægepraksis

Samarbejdet med patienter og pårørende om den enkelte patients forløb kan også styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages, når sundhedstilbud tilrettelægges og evalueres. Region Hovedstaden inviterer patienter og pårørende til at være med til at forme fremtidens sundhedsvæsen. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget (PIU) og Regionshandicaprådet (RHR) deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelse af denne praksisplan. Endvidere er der på regionens hospitaler uddannet patientrepræsentanter, som deltager i centrale beslutningsfora.

Enheden for kvalitet i speciallægepraksis (EKVIS) gennemførte i 2017 den anden landsdækkende undersøgelse af

patientoplevelser i speciallægepraksis. Det primære formål med undersøgelsen er at give den enkelte speciallæge et værktøj til at arbejde med den patientoplevede kvalitet i egen praksis. Undersøgelsen viste, at patienterne oplever, at speciallægen er god til at inddrage patienten, når der skal tages beslutninger, der har betydning for den enkelte.

eKVIS patienttilfredsundersøgelse viser desuden, at den samlede patienttilfredshed i Region Hovedstaden er høj. Kun 2 % af patienterne vil ikke anbefale den besøgte klinik til andre. Det samme høje niveau gælder patienternes tillid til, at de har modtaget den rette behandling og tilfredsheden med besøget generelt. For patienterne er undersøgelse og behandling temaet med den største betydning for den samlede vurdering af patientoplevet kvalitet. Den laveste tilfredshed i forhold til undersøgelse og behandling vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt speciallægen var god til at informere om fordele og ulemper ved behandlingen. Her svarede 81 % i meget høj grad eller i høj grad.

Fremadrettet bliver den landsdækkende patienttilfredsundersøgelse erstattet af projekter, hvor der anvendes patientrapporterede oplysninger (patientrapporteret outcome – PRO).

Alle speciallægeklিনikker skal informere patienter og pårørende om deres mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser, eksempelvis ved pjece i venteværelse eller information på hjemmeside.

Det anbefales:

- At speciallægerne i egen klinik følger op på resultater af eKVIS patienttilfredsundersøgelse.

5.3 Henvisninger og epikriser

Henvisninger og epikriser er vigtige redskaber til at sikre, at den rette information om patienten bliver bragt videre, og at patienterne og deres pårørende føler sig sikre i overgange.

Kommunikationen mellem speciallæger, almen praksis og hospital foregår elektronisk via MedCom-standarder. Der sendes henvisninger fra praktiserende læge til speciallæge, og fra speciallæge sendes epikriser efter endt udrednings- og/eller behandlingsforløb til almen praksis. Kommunikationen kan løbende suppleres med korrespondancemeddelelser om patienternes behandling og tilstand. MedCom-standarderne understøtter sikker kommunikation.

For at understøtte det samlede patientforløb skal speciallægepraksis være klar til at gå i dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de specialer, hvor det

er meningsfuldt. Det kan fx være i forbindelse med komplekse behandlingsforløb i relation til bevægeapparatet, hvor samarbejde mellem reumatologer og fysioterapeuter samt kiropraktorer kan være relevant. Desuden kan samarbejde mellem psykiatere, almen praksis og psykologer være relevant i behandlingsforløb for patienter med angst og depression.

5.3.1 Kommunikation mellem almen praksis og speciallæger

Patienter i speciallægepraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis.

En god henvisning fra almen praksis giver et kort oplæg med relevant problemstilling med en kort anamnese (sygehistorie) samt vigtigste fund, samt hvad der ønskes behandlet/vurderet. Desuden informeres om evt. medicinforbrug, og hvad der er sagt til patienten. Dermed får speciallægen et velinformeret grundlag for tilrettelæggelse af patientens behandling.

En henvisning hos speciallægen er gyldig til et fastsat antal konsultationer, eller til patientforløbet er afsluttet. Ved afsluttet patientforløb skal speciallægen give den henvisende læge skriftlig besked herom via epikrisen.

For fremadrettet at understøtte både den tekniske og den indholdsmæssige del af de elektroniske henvisninger i planperioden er parterne enige om, at der skal tages initiativer til at optimere henvisningsprocesser, herunder udbredelse af dynamiske henvisninger. I regi af eKVIS er der i forbindelse med akkrediteringsarbejdet fokus på kvaliteten af bl.a. henvisninger.

5.3.2 Kommunikation mellem speciallæger og hospital

Der er etableret central visitation (CVI), som modtager og fordeler alle henvisninger fra speciallægepraksis og almen praksis til hospitalsafdelingerne. Desuden kan CVI formidle kontakt til en anden læge/personale på den modtagende afdeling ved behov. Dermed er CVI et godt redskab til at sikre effektive patientforløb og eliminere fejlhenvisninger.

Der er også oprettet en Psykiatrisk CVI (PCVI), der modtager alle henvisninger inden for voksenpsykiatrien. Formålet med Den Centrale Visitation (CVI) er at sikre lige adgang til behandling for alle patienter samt at sikre, at henviste patienter får tilbudt det rette behandlingsforløb.

For praktiserende speciallæger, der har opfølgende behandlingsopgaver over for patienter, der har været i behandling på et af regionens hospitaler, er det centralt, at der sendes epikrise til speciallægepraksis med relevant og nødvendig information.

Dette er i overensstemmelse med overenskomstens krav om, at praktiserende speciallæger meddeler den henvisende læge skriftligt, når en patient er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet.

Speciallægen skal angive resultatet af undersøgelse og/eller behandlingen, eventuelt med rådgivning for den fremtidige behandling (Overenskomst om speciallægehjælp, § 27, stk. 1).

Det er vigtigt, at oplysningerne præsenteres på en overskuelig og struktureret måde for både afsender og modtager, og at der er enighed om, at der i den kommende planperiode arbejdes med at skærpe henvisning/epikrise, så de mest relevante oplysninger fremstår klart og tydeligt for modtager. Desuden er parterne enige om, at der kan udarbejdes audits på udvalgte specialer for at undersøge kvaliteten af epikriser og henvisninger, hvis det aftales mellem parterne.

5.3.3 Samarbejdsfora vedr. speciallægepraksis

Når det findes relevant af enten samarbejdsudvalg eller implementeringsgruppen for speciallægepraksisplanen, kan der ad hoc nedsættes samarbejdsfora. Samarbejdsfora består af en praktiserende speciallæge og en speciallæge fra hospitalsvæsenet, herudover kan en alment praktiserende læge indgå, i det omfang det er relevant.

Formålet med samarbejdsfora er at samarbejde hurtigt og effektivt om konkrete opgaver og at skitsere de kvalitativt bedste patientforløb i forhold til det samlede sundhedsvæsen, hvor patientforløb involverer speciallægepraksis.

Det anbefales:

- At der tages initiativer for at optimere henvisningsprocessen, herunder udbredelse af dynamiske henvisninger
- At der arbejdes for, at det vigtigste, og det der kræver handling, placeres først i henvisninger og epikriser, så det giver velinformeret grundlag for det videre behandlingsforløb
- At der udarbejdes audits på udvalgte specialer ved behov for at bedre kvaliteten af epikriser og henvisninger.

5.4 Samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og praktiserende speciallæger

Relationen mellem den praktiserende læge, hospitalernes speciallæger og praktiserende speciallæge er i mange tilfælde en væsentlig faktor for et godt samarbejde. I de tilfælde, hvor den praktiserende læge og speciallægen har en fortløbende dialog om patienter, vil det kunne afspejle

sig i patientens muligheder for hurtigt udredningsforløb, når dette er påkrævet.

Udviklingen i relationen mellem alment praktiserende læger og speciallæger kan fx ske gennem fællesmøder om relevante emner. Fx afholdes der indenfor gynækologien løbende fælles møder på hospitalerne med deltagelse af såvel speciallæger, almen praksis og hospitalslæger. Erfaringer herfra kan med fordel udbredes til andre specialer. Derudover kan der afholdes lokale efteruddannelsesmøder mellem speciallæger og praktiserende læger og andre ydergrupper om konkret samarbejde, patientgrupper m.v., som vil øge videndeling i forhold til fælles patientgrupper.

For at undgå dobbeltundersøgelser (unødvendige gentagelser af diagnostiske undersøgelser) er det relevant, at der løbende er dialog og samarbejde mellem speciallæger og hospitaler. Eksempelvis er det vigtigt at sikre, at de udførte røntgenundersøgelser i videst muligt omfang kan genbruges/udveksles sektorerne imellem.

Det anbefales:

- At der planlægges fælles kursusaktivitet mellem speciallæger og praktiserende læger mhp. fælles læring og samarbejde om specifikke patientgrupper, fx på det radiologiske område og på laboratorieområdet

5.5 Pakkeforløb

De nationale pakkeforløb har til formål hurtigt at be- eller afkræfte mistanke om kræft. De dækker hele patientforløbet fra udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Pakkeforløb er kendetegnet ved at være multidisciplinært organiseret og kan involvere flere sektorer, afdelinger og specialer både på hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. I udvalgte pakkeforløb kan den almen praktiserende læge henvise til praktiserende speciallæge med henblik på nærmere udredning af symptomer. Praktiserende speciallæge afklarer, om der er tale om begrundet mistanke om kræft og henviser evt. videre til specialiseret hospitalsafdeling og hermed til kræftpakke.

Speciallægepraksis kan være indgang for disse pakkeforløb:

- Hoved-halskræft – speciallæger foretager udredningsforløb
- Kræft i tyk- og endetarm – speciallæger foretager udredningsforløb
- Modermærkekræft – speciallæger foretager udredningsforløb
- Livmoderhalskræft – speciallæger afklarer, om der er tale om kræft
- Analkræft – speciallæger afklarer, om der er tale om kræft

- Peniskræft – speciallæger afklarer, om der er tale om kræft
- Prostatacancer – speciallæger afklarer om der er tale om kræft
- Kræft i øjne og orbita – speciallæger er indgang til pakkeforløb

Pakkeforløb giver anledning til at indtænke speciallægepraksis i situationer, hvor der er behov for ekstra kapacitet. Et eksempel på dette er diagnostiske kræftpakkeskoper og kontrolkoloskopier, hvor der er indgået lokalaftaler, som giver hospitalerne mulighed for at henvise patienter direkte til speciallægepraksis.

I forbindelse med pakkeforløb er der udarbejdet en pakkehenvisning/dynamisk henvisning. Pakkehenvisningen er en henvisning, hvor den henvisende læge får præsenteret en huskeliste for henvisningens indhold. Formålet med pakkehenvisningen/den dynamiske henvisning er at lette arbejdsgangen for den praktiserende læge eller speciallæge samt sikre en hurtigere visitationsproces på hospitalet, idet funktionen også sikrer, at henvisningen altid når frem til rette modtager.

Det anbefales:

- *At der arbejdes for, at speciallægenes brug af pakkehenvisninger udvikles, så speciallægenes kompetencer benyttes i alle relevante pakkeforløb*

5.6 Speciallægers rolle i forløbsprogrammer

Ca. en tredjedel af befolkningen i Danmark lever med én eller flere kroniske sygdomme. Patienter med én eller flere kroniske sygdomme er ofte kendetegnet ved hyppig kontakt til sundhedsvæsenet og længerevarende patientforløb. Speciallægerne har – sammen med hospitaler og resten af praksissektoren samt kommuner – en vigtig rolle i at sikre, at patienter med forløb på tværs af sektorer, også sikres optimale og sammenhængende forløb. Et vigtigt fokusområde vil være at sikre større sammenhæng i behandlingen af disse patienter, herunder patienter med psykiske lidelser.

I Region Hovedstaden er der udviklet forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), demens, hjerte-kar og lænderyg lidelser. Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for en given sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats og levere en præcis beskrivelse af opgavefordelingen samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter, herunder speciallæger.

Speciallægenes rolle i forløbsprogrammer varierer. For alle programmerne gælder, at speciallægepraksis kan have

del i det opsporende arbejde, fx opsporing af patienter med demens i neurologisk eller psykiatrisk speciallægepraksis. Derudover kan speciallæger have opgaver i udrednings- og behandlingsarbejdet, fx er praktiserende speciallæger i reumatologi tiltænkt en behandlende rolle i forløbsprogrammet for lænderyg lidelser. Forløbsprogrammet skal revideres, og det forventes, at speciallæger indgår i denne revision.

Der pågår et nationalt arbejde med at udarbejde forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer, som på sigt skal implementeres i regionerne. Når det bliver aktuelt, bør speciallæger inddrages i arbejdet.

I Region Hovedstadens sundhedsaftale 2015-2018 blev det aftalt, at der skal træffes beslutning om at udarbejde et forløbsprogram for personer med psykiske lidelser. Såfremt arbejdet iværksættes, vil det være relevant, at speciallægerne indgår i arbejdet.

Det anbefales:

- *At speciallægerne gennem deltagelse i arbejdsgrupper bidrager til udarbejdelse, implementering og anvendelse af forløbsprogrammer*

5.7 Tværsektoriel kommunikation

Tværsektoriel kommunikation er en af forudsætningerne for at kunne opnå bedre samarbejde på tværs, og det tværfaglige samarbejde er netop et af målene for at sikre en høj og ensartet kvalitet.

I dag foregår elektronisk tværsektoriel kommunikation mellem hospitaler og praktiserende læger og praktiserende speciallæger via MedCom-standarder. Det drejer sig blandt andet om korrespondancemeddelelserne, FMK, henvisninger og epikriser.

Sundhedsplatformen er en digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal på hospitalerne.

Sundhedsplatformen indeholder en funktionalitet, som giver mulighed for deling af oplysninger om fælles patienter på tværs af sektorerne. På sigt er der mulighed for, at praksissektoren også anvender Sundhedsplatformen.

Parterne bag praksisplanen er enige om, at det it-mæssige område skal udvikles i takt med nye teknologiske metoder og systemer, så speciallægerne hele tiden er opdateret og følger den nyeste udvikling på området. Det er vigtigt, at speciallægerne følger implementeringen af Sundhedsplatformen og benytter de muligheder, Sundhedsplatformen giver for bedre tværsektoriel kommunikation.

Speciallæger og andre af regionens praktiserende ydere har mulighed for at søge rådgivning og vejledning om it hos datakonsulentfunktionen. Her gives bl.a. support ifm. Fælles Medicinkort (FMK).

God og stabil kommunikation på tværs af sektorer er vigtig i forhold til at styrke samarbejdet med speciallægepraksis, hospitaler og andre sundhedsaktører. I henhold til overenskomsten skal alle speciallægepraksis anvende fælles medicinkort (FMK).

Styrkelse af den tværsektorielle kommunikation er i fokus i overenskomstaftalen 2018-2022, hvori det indgår, at der i overenskomstperioden nedsættes en arbejdsgruppe, som skal se på mulighederne for at skabe de mest optimale rammer for at tilgå data i konkrete behandlingsforløb.

Det anbefales:

- *At fortsat udvikle den tværsektorielle kommunikation i takt med, at nye it-løsninger udvikles.*

5.8 Telemedicinske løsninger

Telemedicinske løsninger vinder frem i forhold til at understøtte udredning og behandling indenfor en række medicinske specialer. Trods en hastig udvikling af teknologien er muligheder og begrænsninger indenfor det telemedicinske område kun sparsomt afprøvet og dokumenteret.

Telemedicin kan byde på fordele for nogle patienter, såsom optimeret visitation, forenklede patientforløb og forkortet sygdomsforløb og heraf øget patienttilfredshed. Samtidig kan telemedicinske løsninger også have uddannelsesmæssige aspekter, idet fx de alment praktiserende læger ser et element af efteruddannelse i svaret fra dermatologen. Endvidere frembyder telemedicin en mulighed for koordinering af og kontinuitet i patientforløb mellem hospital og den primære sundhedssektor.

I Region Hovedstaden blev der i 2013 arbejdet med et projekt indenfor teledermatologi. Resultatet viste, at flere fandt muligheden for teledermatologisk rådgivning nyttig og lærerig, mens enkelte praksis ikke fandt behov for rådgivning fra en dermatolog. Med modernisering af specialet dermato-venerologi er der også taget højde for den teknologiske udvikling af specialet. I den sammenhæng er det aftalt, at teledermatologi indføres som en almindelig ydelse i overenskomsten.

Telemedicinske løsninger kan således være med til at skabe et godt udgangspunkt for samarbejde mellem alment praktiserende læger og speciallæger indenfor flere specialer. Aftaleparterne er derfor enige om, at der i planperioden skal arbejdes med at understøtte behandling via telemedicin

indenfor specialer, hvor det giver mening for patienten i form af forkortet ventetid og færre konsultationer, samtidig med at kvaliteten i behandlingen opretholdes.

Det anbefales:

- *At der i planperioden bygges videre på hidtidige erfaringer med telemedicinske projekter*

6. Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis

I planperioden er målet fortsat at sikre fremdrift i arbejdet med at udvikle og understøtte høj kvalitet i speciallægepraksis. Kvalitetsudvikling omfatter alle aktiviteter og metoder, hvormed speciallægerne og Region Hovedstaden systematisk og målrettet søger at sikre høj kvalitet.

Der arbejdes med at implementere Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis. Samtidig er der gennemført moderniseringer af flere specialer. De indsatser, der arbejdes med i planperioden, vil være i overensstemmelse med og supplere, hvad der arbejdes med på centralt niveau.

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at understøtte kvalitetsudvikling såvel monofagligt i speciallægepraksis som i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Målsætninger

- At speciallæger arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling i regi af Den Danske Kvalitetsmodel.
- At der vedvarende er fokus på faglig kvalitetsudvikling ved brug af relevante nationale kliniske databaser og gældende faglige retningslinjer.
- At der fortsat er fokus på speciallægers deltagelse i relevante forløbsprogrammer og pakkeforløb.
- At moderniseringsarbejdet følges med henblik på afdækning af behov for at understøtte det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde, herunder at fremme efteruddannelsesforløb.
- At der følges op på resultaterne fra den nationale undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i speciallægepraksis.

6.1 Rammer for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis

Regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling på praksisområdet⁹ og Overenskomst om speciallægehjælp danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan. I regi af overenskomstens parter er der udarbejdet et afsnit om kvalitet og faglig udvikling, som indeholder beskrivelse af speciallægernes ret til efteruddannelse, arbejdet i regi af eKVIS, akkreditering i speciallægepraksis og patientoplevet kvalitet samt rapportering til nationale kliniske kvalitetsdatabaser.

6.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet

Formålet med regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet er at skabe et større fokus på og systematik i kvalitetsarbejdet blandt alle behandlergrupper på praksisområdet. Det er et af strategiens centrale mål at få skabt en fælles kvalitetskultur på praksisområdet og på tværs af sektorgrænser, samt at alle praksisområder akkrediteres efter principperne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 2: Regionernes strategi for kvalitetsudvikling

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- "Kvalitetscirklen" benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

6.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for speciallægepraksis

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) implementeres i speciallægepraksis i indværende overenskomstperiode. Formålet med DDKM er, at:

- fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet i speciallægepraksis
- fremme patientsikkerheden
- måle kvaliteten og sikre, at den forbedres, hvor den findes utilstrækkelig
- fremme samarbejdet på tværs af det danske sundhedsvæsen
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

I 2015 blev arbejdet med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis påbegyndt. I løbet af 3 år skal alle speciallæger akkrediteres efter denne model. Den primære understøttelse sker i regi af eKVIS.

Den Danske Kvalitetsmodel for speciallæger består af 16 standarder for god kvalitet. Standarderne skal opfattes som en ramme, som hver speciallægeklinik er med til at

udfylde. Standarderne fortæller således ikke, hvordan klinikken skal håndtere opgaver/procedurer, men peger på de områder, hvor der skal arbejdes med kvaliteten.

Standarderne består af en overordnet beskrivelse og et formål med at arbejde med standarden. Herefter kommer en beskrivelse af indholdet, og hvilke krav der stilles til kvaliteten og patientsikkerheden i den enkelte speciallægeklinik. Endelig indeholder den enkelte standard indikatorer, der beskriver det, de eksterne surveyors vil vurdere klinikken på i forbindelse med et survey. Akkrediteringsstandarderne tager udgangspunkt i gældende lovgivning, bekendtgørelser, overenskomst m.v.

I forbindelse med survey-besøget vil surveyerne:

- Undersøge, om der foreligger skriftlige retningslinjer og planer for de krævede områder, og om de indeholder de krav, der er beskrevet i standarderne.
- Undersøge, om klinikkens læge/læger og ikke-lægeligt personale følger de retningslinjer og planer, der er krav om i akkrediteringsstandarderne, og som er relevante for deres arbejdsopgaver.
- Undersøge, om der er procedurer for forskellige arbejdsopgange, og om klinikkens læge/læger og ikke-lægeligt personale kender og følger de procedurer, der er krav om i akkrediteringsstandarderne, og som er relevante for deres arbejdsopgaver.
- Undersøge, om klinikken har målt kvaliteten ved at gennemføre journalaudit, kontrol af apparatur mv., og om klinikken har handlet, hvis der har vist sig områder, hvor kvaliteten ikke er god nok.
- Sammen med lægen gennemgå konkrete patientforløb for herigennem at evaluere kvaliteten.

Der er ultimo januar 2017 gennemført eksterne surveys i Region Hovedstaden, og 155 har været behandlet i akkrediteringsnævnet. Resultatet heraf er, at 102 praksis umiddelbart er blevet akkrediteret, 46 midlertidigt akkrediteret og i 7 praksis pågår der akkreditering. 'Midlertidig akkreditering' eller at 'akkreditering pågår' betyder, at klinikken kan rette op på eventuelle mangler og gennemgå en ny vurdering. Dette kan ske ved indsendelse af dokumentation, telefoninterview eller ved genbesøg.

Akkreditering efter DDKM er under udfasning på de offentlige hospitaler, hvor DDKM erstattes af 'Nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet'. Det er mellem overenskomstens parter aftalt, at akkrediteringen fortsætter i speciallægepraksis i en anden runde for at sikre, at de værktøjer og metoder, der er indført til brug for kvalitetsudvikling forankres. Der vil i den kommende overenskomstperiode på landsplan blive arbejdet med udvikling af en ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis, som

kan afløse akkrediteringen, og som peger frem mod de otte nationale kvalitetsmål.

Det anbefales:

- *At akkreditering af speciallægepraksis og udvikling af ny kvalitetsmodel følges tæt med henblik på at igangsætte initiativer ved behov.*

6.3 Patientsikkerhed i speciallægepraksis

Arbejdet i patientsikkerhedsorganisationen fokuserer på at systematisere arbejdet med patientsikkerhed og sikre læring af de utilsigtede hændelser. I Den Danske Kvalitetsmodel indgår arbejdet med en række patientsikkerhedskritiske standarder. Det drejer sig om bedøvelse af patienter uden anæstesiologisk medvirken, patientjournalen, patientidentifikation, parakliniske undersøgelser og basal hjerte-lungeredning. Arbejdet med og opfyldelsen af disse standarder er afgørende for, om speciallægeklinikkerne kan blive akkrediteret.

Speciallæger har siden 2010 haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Der skal rapporteres UTH, som speciallægen selv er impliceret i og hændelser, som speciallægen bliver opmærksom på hos andre – f.eks. i forbindelse med sektorovergange. Der lægges vægt på, at rapporteringssystemet er fortroligt og ikke sanktionerende.

Af strategien for patientsikkerhed i praksissektoren fremgår det for så vidt angår speciallægerne:

- At der skal være etableret et formaliseret samarbejde med FAPS vedr. patientsikkerhed i speciallægepraksis
- At regionsadministrationen har samarbejdet med mindst 35 % af regionens praktiserende speciallæger om konkrete indrapporterede utilsigtede hændelser.

Samarbejdet med FAPS sker i regi af Patientsikkerhedsrådet for praksissektoren og kommuner, idet der deltager såvel en politisk udpeget som en fagligt udpeget speciallæge i rådets arbejde.

På nuværende tidspunkt har over 50 % af de praktiserende speciallæger været involveret i indrapporterede utilsigtede hændelser og indrapporteringerne er stadig stigende.

Med henblik på at styrke patientsikkerheden skal der i planperioden arbejdes for at udvikle patientsikkerhedskulturen og fremme læring på baggrund af arbejdet med utilsigtede hændelser.

Det anbefales:

- *At rapporteringen af utilsigtede hændelser i speciallægepraksis følges i planperioden*

6.4 Kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser

En klinisk retningslinje har fokus på, hvad der anbefales fagligt ud fra evidens, mens patientforløbsbeskrivelser har fokus på det sammenhængende patientforløb – patientens vej gennem systemet.

Kliniske retningslinjer bruges i det daglige kliniske arbejde og giver konkret vejledning og beslutningsstøtte i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient. Patientforløbsbeskrivelser beskriver et standardpatientforløb og planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde, information og mål for forløbet. Disse beskriver primært arbejdsdelingen mellem praktiserende læger og hospitaler, men vil i varierende grad være relevante for speciallægepraksis.

Der er allerede udarbejdet en række tværsektorielle patientforløbsbeskrivelser, som er afstemt med de relevante sundhedsfaglige råd. Parterne bag praksisplanen er enige om, at der arbejdes videre med at afdække speciallægenes kendskab til og brug af patientforløbsbeskrivelserne i relevant omfang. Desuden skal speciallægerne løbende holde sig orienteret på sundhed.dk

Det anbefales:

- At der arbejdes med udvikling af patientforløbsbeskrivelser, som bl.a. skal sikre fokus på at undgå dobbeltundersøgelser.
- At der arbejdes på at øge speciallægenes kendskab til og brug af patientforløbsbeskrivelserne, bl.a. skal speciallægerne orientere sig på sundhed.dk.

6.5 Datadrevet kvalitetsudvikling – indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser

Speciallægerne er ifølge overenskomsten forpligtet til at rapportere til relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Hvilke databaser, der er relevante, afgøres i dialog mellem eKVIS og Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP). Rapporteringen understøttes af et system til dataopsamling og følges op af elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark.

I speciallægepraksis er der fokus på datadrevet kvalitetsudvikling og der er indført en forpligtelse til at diagnosekode.

Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde kan bruges til at forstå, hvordan speciallæger bedst leverer service eller forstå de fremtidige udfordringer fx i forhold til ny forskning og viden om behandling. Den egentlige værdi kommer, når informationerne ses i forhold til de organisatoriske og strategiske prioriteter og omsættes til operationel viden.

Patientens kliniske resultater kan ikke stå alene som mål for kvaliteten, idet individuelle forhold og medinddragelse af patienter nødvendigvis har en effekt på de kliniske indikatorer. Ensartethed i patienternes kliniske resultater er ikke i sig selv et mål og kan ikke i sig selv udgøre et mål for kvalitet.

Det anbefales:

- At der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser

Derudover afventes der i planperioden nationale tiltag på området datadrevet kvalitet.

6.6 Efteruddannelse

Overenskomsten om speciallægehjælp beskriver kravene til speciallægenes kontinuerlige efteruddannelsesforløb, der skal fastholde speciallægenes kompetence på et højt fagligt niveau.

Ifølge overenskomsten skal speciallægerne "gennem en kontinuerlig efteruddannelse fastholde sin kompetence på et højt fagligt niveau", (§57, stk. 1). Speciallægerne har ret til deltagelse i efteruddannelse i normalt 8 dage årligt og kan frem til næste overenskomstperiode deltage i yderligere to kompetencedage, der er reserveret til bl.a. arbejdet med kvalitet inden for en række områder, herunder akkreditering. Speciallægen er forpligtet til at anvende de to kompetencedage

regionalt, hvis der udbydes et kursus, der dækkes af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

Udover den mere traditionelle efteruddannelse er overenskomstens parter enige om, at en tættere dialog mellem sektorerne kan fremmes ved fælles læring og efteruddannelse af praktiserende speciallæger og hospitalsansatte overlæger og speciallæger. Dette kan ske gennem kurser eller læringsbesøg.

Det anbefales:

- At der i planperioden fortsat arbejdes med efteruddannelsesforløb for speciallæger mhp. at fremme faglighed og kvalitet.

7. Ordforklaringsliste

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her speciallæge) registreres med centrale data. En del af praksisplanens data bygger på data fra dette register.	Kompagniskabspraksis:	En praksis, der drives af 2 eller flere speciallæger og/eller anpartsselskaber, der har fælles økonomi, lokaler og personale. Speciallæger i kompagniskab kan kun praktisere under et og samme ydernummer.
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst. Ydernummeret anvendes til afregning.	Anpartsselskab:	Ved anpartsselskab forstås praksis, der drives af en eller flere speciallæger ansat i et anpartsselskab. Speciallæger, der driver praksis som anpartsselskab, kan kun praktisere under et og samme ydernummer.
Kapacitet:	Kapaciteten er det antal speciallæger, der har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. Flermandspraksis vil typisk have et ydernummer og en kapacitet svarende til antallet af speciallæger i praksis.	Samarbejdspraksis:	Ved samarbejdspraksis forstås praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller anpartsselskaber med fællesskab om lokaler og helt eller delvis om personale. Speciallæger, der driver samarbejdspraksis, praktiserer under hver sit ydernummer.
Ledig kapacitet:	En ubesat kapacitet, der afventer at blive tildelt en speciallæge.	Assisterende speciallæge:	Efter ansøgning til Det Regionale Samarbejdsudvalg kan praktiserende speciallæger gives tilladelse til at ansætte 1 praktiserende speciallæge. Det er et krav, at 50 % af ydelserne i praksis udføres af den ansættende speciallæge.
Fuldtidspraksis:	En praksis, der drives på fuldtid, og hvor man ikke kan have fuldtidsansættelse i andet regi, og hvor det forudsættes, at praksis har en årlig omsætning, der overstiger en for specialet fastsat nedre omsætningsgrænse.	§ 64-aftale:	Aftale mellem regionen og en eller flere praktiserende speciallæger om forhold, der supplerer eller erstatter bestemmelser i speciallægeoverenskomsten. Aftalen indgås med hjemmel i overenskomstens § 64.
Deltidspraksis:	En praksis på deltid, hvor omsætningen i praksis ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft. (En deltidspraksis vægter med 1/3 ved beregning af fuldtidsenheder)	Rammeaftale/§65-aftale:	En overenskomstfastsat ydelse, der kan leveres efter, at regionsrådet har truffet konkret beslutning herom.
Delepraksis:	En praksis, hvor 2 eller flere speciallæger efter tilladelse sammen driver en fuldtidspraksis, men hvor det forudsættes, at mindst en af speciallægerne ikke har fuldtidsansættelse ved siden af. Omsætningen i delepraksis reguleres som fuldtidspraksis.	§ 66-aftale:	Aftale mellem overenskomstens parter om at friholde 20 procent af kapaciteten i speciallægepraksis til udførsel af bestemte opgaver.
Enkeltmandspraksis:	Ved enkeltmandspraksis forstås speciallægegerning udøvet af enkeltperson uden fællesskab med andre speciallæger om økonomi.		

Limitering:	Det antal behandlinger hos den praktiserende speciallæge, som henvisningen fra patientens praktiserende læge giver ret til. Omsætningsloft for deltidspraktiserende speciallæger.	Sikringsgruppe 6:	Tilsvarende som gruppe 1, men sikrede i denne gruppe er institutionsanbragt.
Knækgrænser:	Efter speciallægeoverenskomsten reduceres speciallægernes honorarer med en vis procentdel, når den samlede omsætning når en for specialet fastlagt grænse. Dette princip kaldes "knækmodellen" og de fastsatte grænser er knækgrænserne.	Produktion:	Aktivitet ydet af Region Hovedstadens speciallæger, uafhængigt af borgerens bopæl. Alle produktionstal er ekskl. sikringsgrupper.
Sikrede:	Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin mv. Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper. Forbrugstallene i denne praksisplan er trukket for sikringsgrupperne 1, 2 og 6.	Forbrug:	Regionens udgifter til Region Hovedstadens borgere forbrug af speciallægelige ydelser (også ydet af speciallæger uden for Region Hovedstaden). Alle forbrugstal vedr. sikringsgruppe 1, 2 og 6.
		Bruttohonorar:	Bruttohonorar er det honorar, der er aftalt i overenskomsten for en speciallægelig ydelse.
Sikringsgruppe 1:	Borgere i sikringsgruppe 1 skal have henvisning fra egen læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Dog kræves der ikke henvisning til øre- og øjenlæge, tandplejer, tandlæge og kiropraktor. Tilskud til medicin, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.	Planområder:	Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er indeholder en række planlægningsområder. I denne praksisplan fremgår Bornholm særskilt. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune.
		Pendlerstatistik:	Pendlerstatistikken viser i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender speciallæger beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienter, også benævnt unikke patienter.
Sikringsgruppe 2:	Borgere i sikringsgruppe 2 kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves en lægehenviisning til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog for at få tilskud. Regionen yder samme tilskud som til en gruppe 1-sikret patient. Læger, speciallæger, fodterapeuter, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling. Hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, skal den enkelte selv betale forskellen, når vedkommende er i sikringsgruppe 2.	Unikke patienter:	Har én patient modtaget flere speciallægelige ydelser i en klinik i ét planlægningsområde, tælles patienten som 1 unik patient i dette område. Har patienten modtaget speciallægelige ydelser i tre forskellige planlægningsområder, tælles patienten som 1 unik patient i hvert af de tre områder.

Slutnoter

- 1 Det fremgår af en prognose, som Sundhedsstyrelsen i 2013 har udarbejdet i samarbejde med Prognose- og Dimensioneringsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (sst.dk).
- 2 Jf. Modernisering i psykiatri i speciallægepraksis, s. 21-22.
- 3 De funktionsnedsættelser, som mærkeordningen er rettet mod er; kørestolsbrugere, gang- arm og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, astma og allergi, udviklingshandicappede, læsevanskeligheder.
- 4 Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Foreningen af Praktiserende Speciallæger, 2016. Modernisering af Dermato-venerologisk speciallægepraksis.
- 5 Sundhedsstyrelsen, 2015. Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af SOI 3, online, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/9881BB0E837B41DAAE0954A1A8D798B9.ashx>.
- 6 Der er med moderniseringen af pædiatri pr. 1. januar 2017 indført allergiudrednings- og vaccinationsydelser på linje med forløbene for lungemedicin. Før moderniseringen blev allergivaccinationerne afregnet som konsultationsydelser.
- 7 Omfanget i almen praksis er ikke kendt, da ydelserne afregnes som konsultationsydelser.
- 8 Overenskomstens parter har aftalt en 2-årig implementeringsperiode. Herefter vil overenskomstens parter følge op på den nye struktur.
- 9 Danske Regioner 2012: Kvalitet i praksis – regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområde

Bilag

Grundbeskrivelse Speciallægepraksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2019-2022

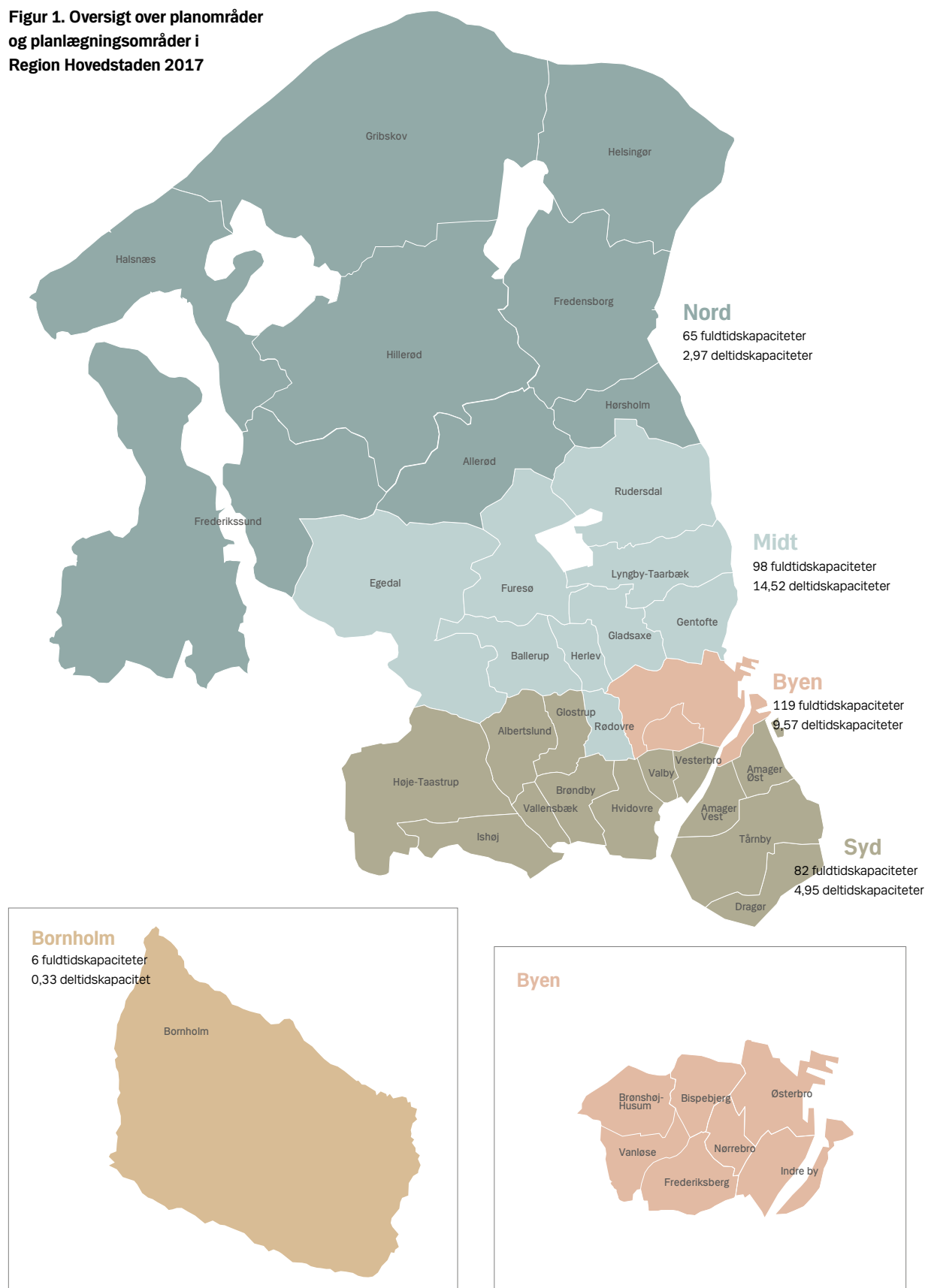
Indholdsfortegnelse

REGION HOVEDSTADENS GEOGRAFISKE INDELING	46
Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden 2017	46
BEFOLKNINGSUDVIKLING	47
Tabel 1. Antal borgere fordelt på planområder 2014-2017	47
Figur 2. Udvikling i antal borgere fordelt på planområder 2014- 2017	47
Figur 3. Udvikling i antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014- 2017	48
Figur 4. Antal kapaciteter fordelt på praksistype samt planområder 2017	48
KAPACITETER	49
Figur 5. Antal kapaciteter fordelt på praksistype samt speciale 2017	49
Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på speciale og planområde 2017	50
Tabel 3. Antal kapaciteter fordelt på speciale og praksisform 2017	50
PRAKSIS	51
Figur 6. Antal praksis fordelt på praksistype samt planområder 2017	51
Figur 7. Antal praksis fordelt på praksistype samt speciale 2017	51
Tabel 4. Antal praksis fordelt på speciale og planområde 2017	52
Tabel 5. Antal praksis fordelt på speciale og praksisform 2017	52
Tabel 6. Antal praksis og kapaciteter fordelt på deltid og fuldtid 2017	53
FORBRUG	54
Tabel 7. Antal ydelser (forbrug) fordelt på speciale 2014-17	54
Tabel 8. Udvikling i antal ydelser (forbrug) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	54
Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale 2014-17	55
Tabel 10. Udvikling i bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	55
Tabel 11. Bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale samt praksisform 2017	56
Tabel 12. Antal patienter (forbrug) fordelt på speciale 2014-17	57
Tabel 13. Udvikling i antal patienter (forbrug) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	57
Tabel 14. Antal ydelser pr. patient (forbrug) fordelt på speciale 2014-17	58
Tabel 15. Udvikling i ydelser pr. patient (forbrug) fordelt på speciale 2013-16 (indeks 100=2014)	58
PRODUKTION	59
Tabel 16. Antal ydelser (produktion) fordelt på speciale 2014-17	59
Tabel 17. Udvikling i antal ydelser (produktion) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	59
Tabel 18. Bruttohonorar (produktion) fordelt på speciale 2014-17	60
Tabel 19. Udvikling i bruttohonorar (produktion) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	60
Tabel 20. Bruttohonorar (produktion) fordelt på speciale samt praksisform 2017	61
Tabel 21. Antal patienter (produktion) fordelt på speciale 2014-17	62
Tabel 22. Udvikling i antal patienter fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	62
Tabel 23. Antal ydelser pr. patient (produktion) fordelt på speciale 2014-17	63
Tabel 24. Udvikling i antal ydelser pr. patient (produktion) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)	63
SAMMENLIGNING AF SPECIALLÆGEFORBRUG I HELE LANDET	64
Tabel 25. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på regioner 2017	64
Tabel 26. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017	64
Tabel 27. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017	64
Tabel 28. Antal patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017	64

VENTETIDER	65
Figur 8. Median ventetider (uger) til speciallægebehandling pr. 1. februar 2017	65
SPECIALLÆGERNES ALDERSFORDELING	66
Tabel 29. Gns. aldersfordeling i speciallægepraksis opdelt på specialer 2017.....	66
NØGLETAL PR. SPECIALE	67
Anæstesiologi.....	68
Radiologi.....	71
Dermato-Venerologi	74
Reumatologi	77
Gynækologi og obstetrik	80
Intern medicin	83
Kirurgi.....	86
Neurologi	89
Øjenlægehjælp.....	92
Ortopædisk kirurgi	95
Ørelægehjælp.....	98
Plastikkirurgi	101
Psykiatri	104
Pædiatri.....	107
Børne- og ungdomspsykiatri	110
PENDLERSTATISTIK PR. SPECIALE 2017	113
Anæstesiologi.....	113
Radiologi.....	114
Dermato-Venerologi	115
Reumatologi	116
Gynækologi og obstetrik	117
Intern medicin	118
Kirurgi.....	119
Neurologi	120
Øjenlægehjælp.....	121
Ortopædisk kirurgi	122
Ørelægehjælp.....	123
Plastikkirurgi	124
Psykiatri	125
Pædiatri.....	126
Børne- og ungdomspsykiatri	127

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden 2017

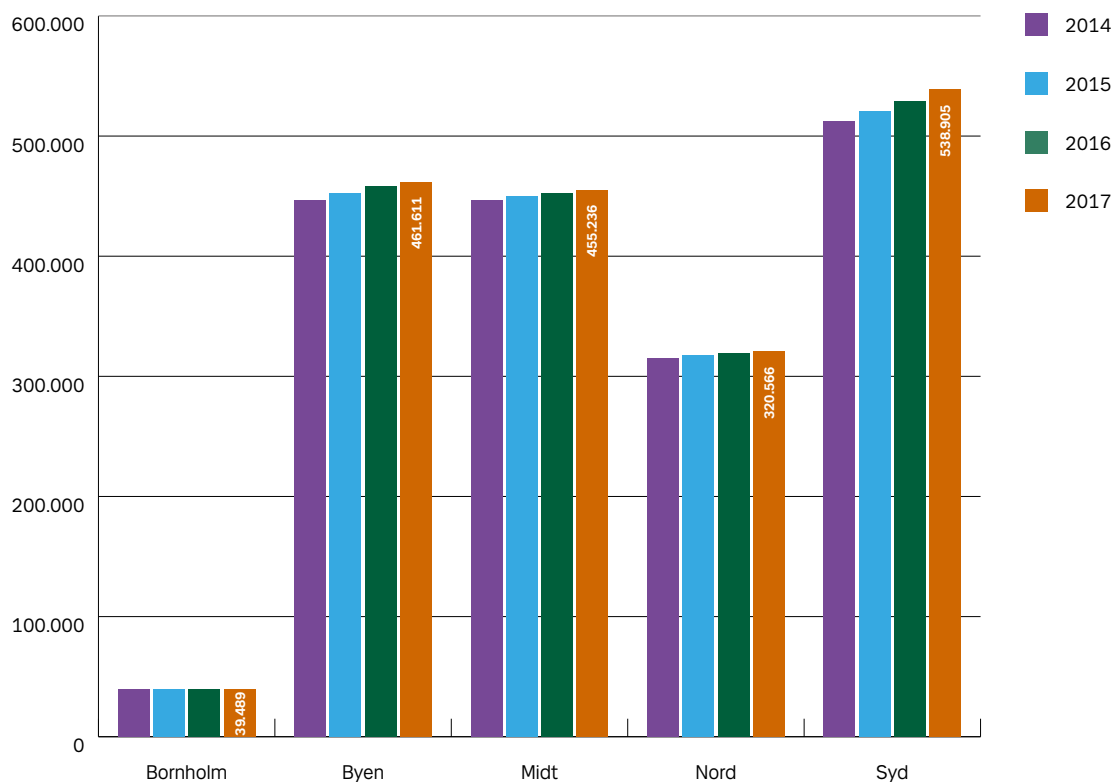


Befolkningsudvikling

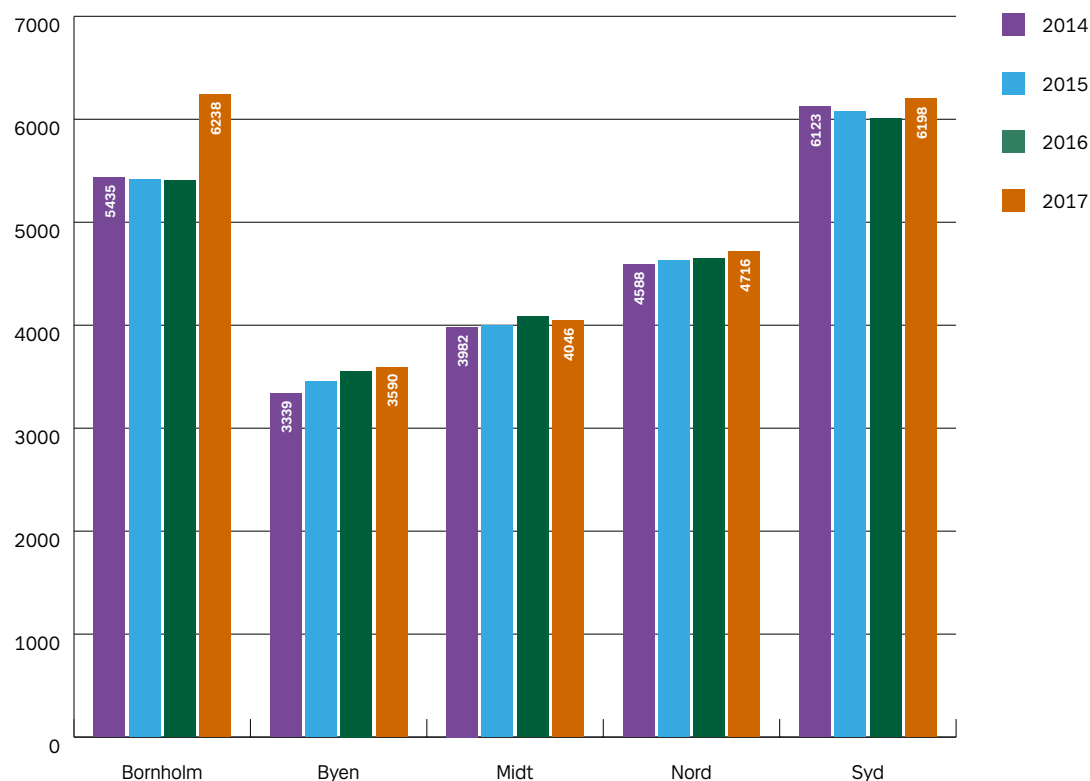
Tabel 1. Antal borgere fordelt på planområder 2014-2017

Planområde	2014	2015	2016	2017	Diff. i pct 2014-17
Bornholm	39.842	39.706	39.601	39.489	-1%
Byen	446.201	452.761	458.289	461.611	3%
Midt	446.760	449.905	452.491	455.236	2%
Nord	314.936	317.514	319.123	320.566	2%
Syd	512.628	520.607	528.974	538.905	5%
Hovedtotal	1.760.367	1.780.493	1.798.478	1.815.807	3%

Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018))

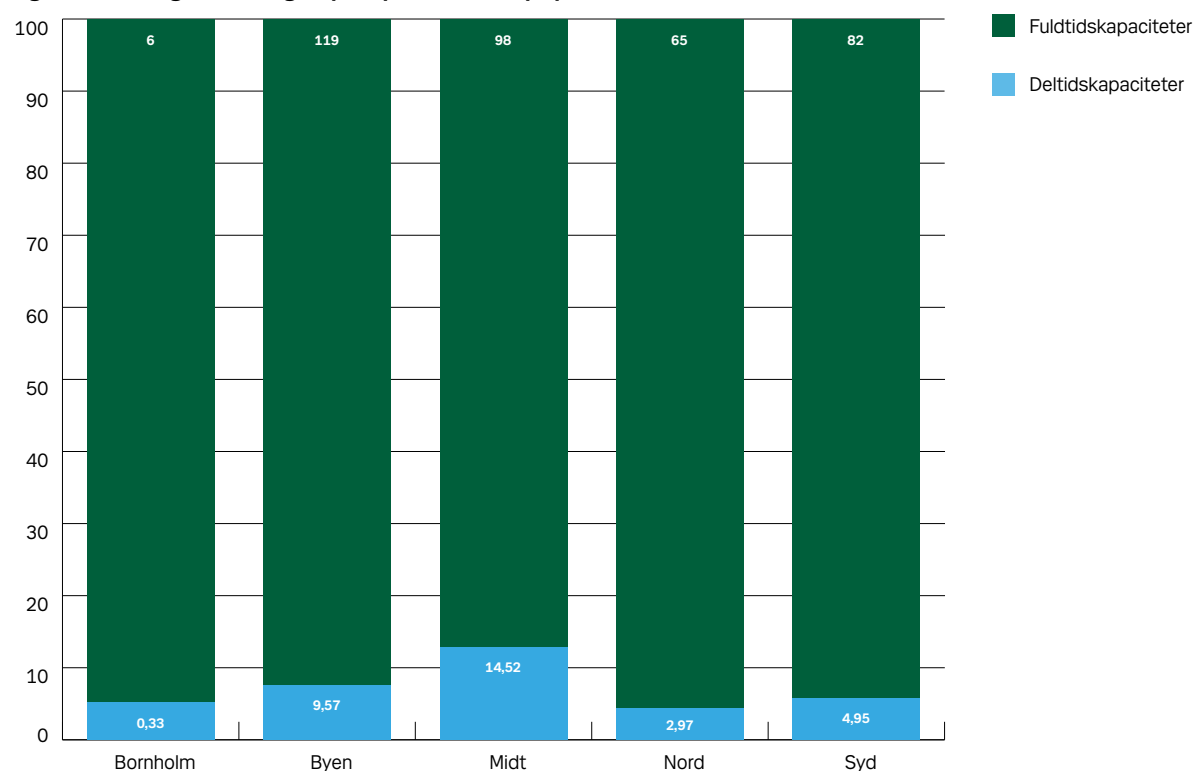


Figur 2. Udvikling i antal borgere fordelt på planområder 2014- 2017



Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018))

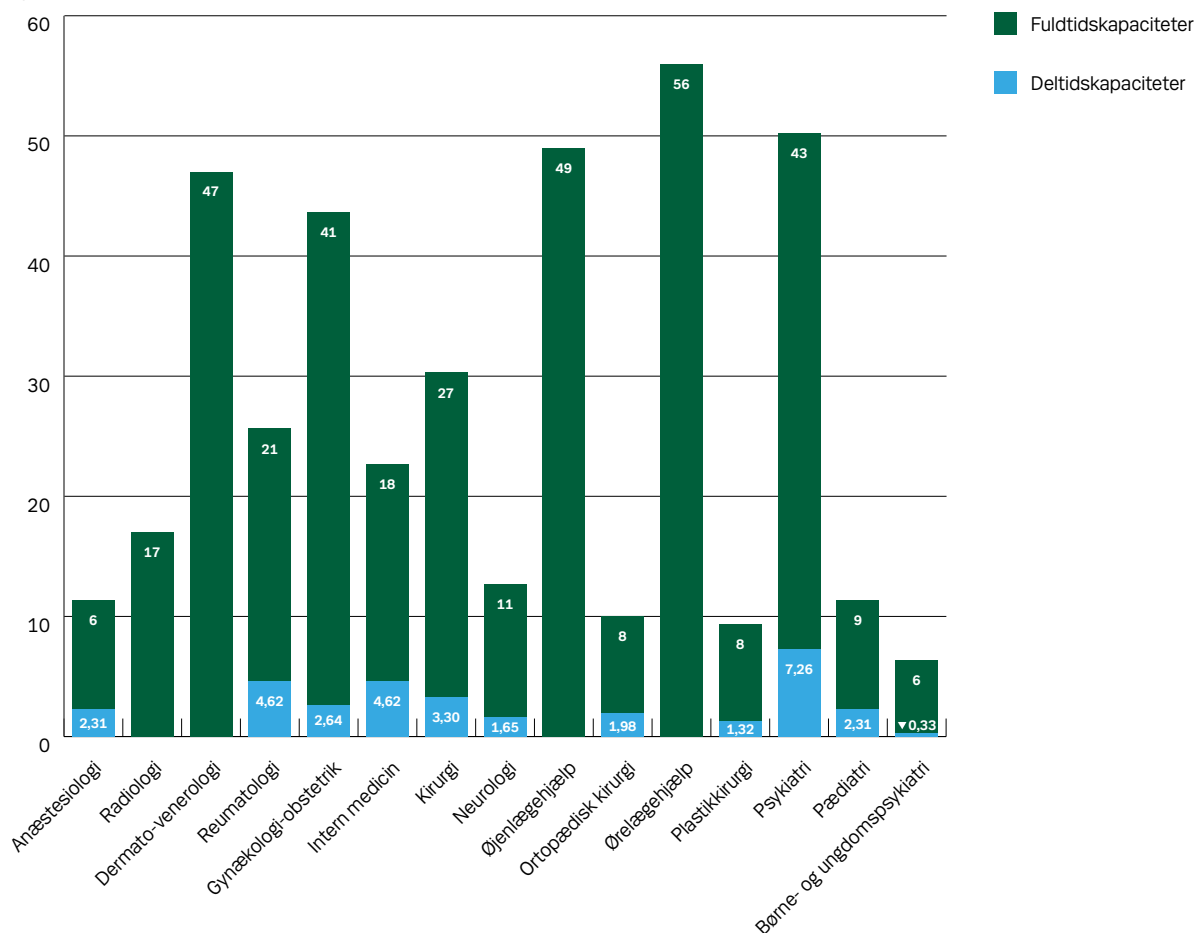
Figur 3. Udvikling i antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014- 2017



Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018))

Kapaciteter

Figur 5. Antal kapaciteter fordelt på praksistype samt speciale 2017



Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på speciale og planområde 2017

Speciale	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal
Anæstesiologi	0,33	3,33	3,99	0,33	3,33	11,31
Radiologi		12			5	17
Dermato-venerologi	1	12	14	8	12	47
Reumatologi		5,32	8,65	5	6,65	25,62
Gynækologi-obstetrik		17,32	10,99	8,33	7	43,64
Intern medicin		9,65	6,98	4,33	1,66	22,62
Kirurgi		8,33	9,65	4,66	7,66	30,30
Neurologi		4,33	3,99	2,33	2,00	12,65
Øjenlægehjælp	2	16	14	8	9	49
Ortopædisk kirurgi		3,66	3	2	1,66	9,98
Ørelægehjælp	2	15	15	11	13	56
Plastikkirurgi		1,66	2,33	1,33	4	9,32
Psykiatri		15,31	14,30	10	10,99	50,26
Pædiatri	1	2,66	3,65	2	2	11,31
Børne- og ungdomspsykiatri		2	2,33	1	1	6,33
Hovedtotal	6,33	128,57	112,52	67,97	86,95	402,34

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

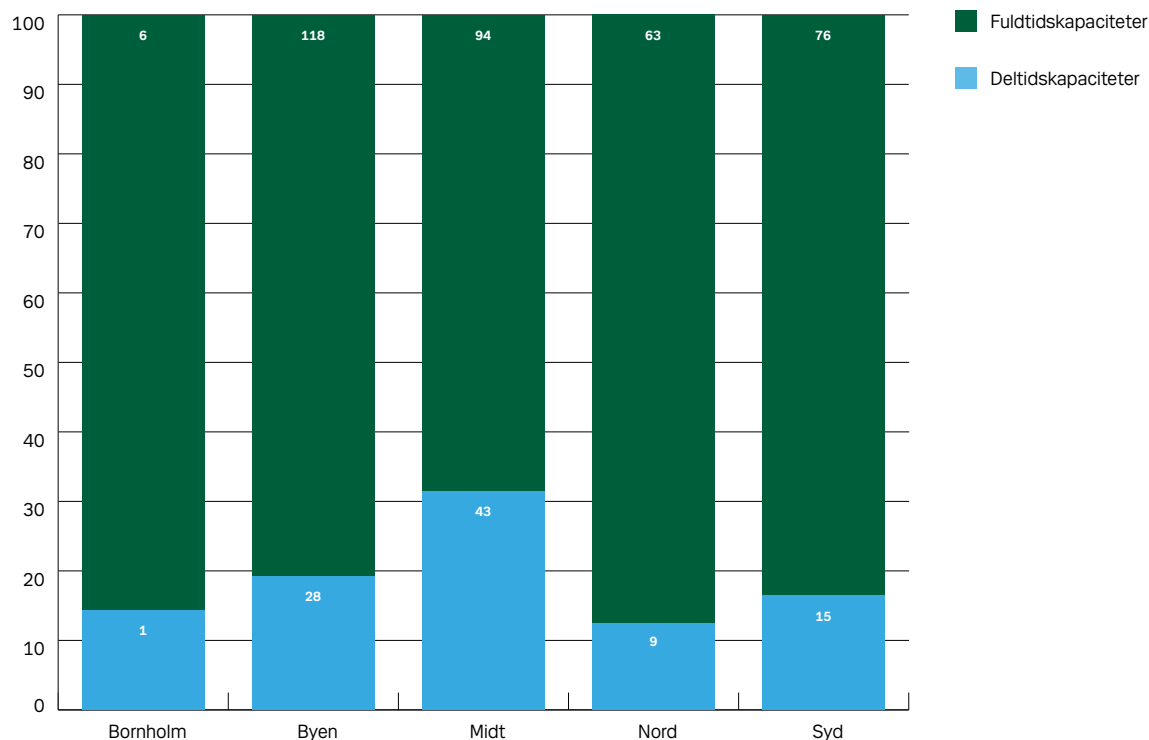
Tabel 3. Antal kapaciteter fordelt på speciale og praksisform 2017

Speciale	Anpartspraksis	Delepraksis	Enkeltmands- praksis	Kompagniskabs- praksis	Hovedtotal
Anæstesiologi			11,31		11,31
Radiologi		2	11	4	17
Dermato-venerologi			32	15	47
Reumatologi		3	20,62	2	25,62
Gynækologi-obstetrik	1	1	41,64		43,64
Intern medicin		4	18,62		22,62
Kirurgi			30,30		30,30
Neurologi			12,65		12,65
Øjenlægehjælp	1		45	3	49
Ortopædisk kirurgi			9,98		9,98
Ørelægehjælp	1	1	54		56
Plastikkirurgi			9,32		9,32
Psykatri	0,33	7	41,93	1	50,26
Pædiatri		1	10,31		11,31
Børne- og ungdomspsykiatri			6,33		6,33
Hovedtotal	3,33	19	355,01	25	402,34

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

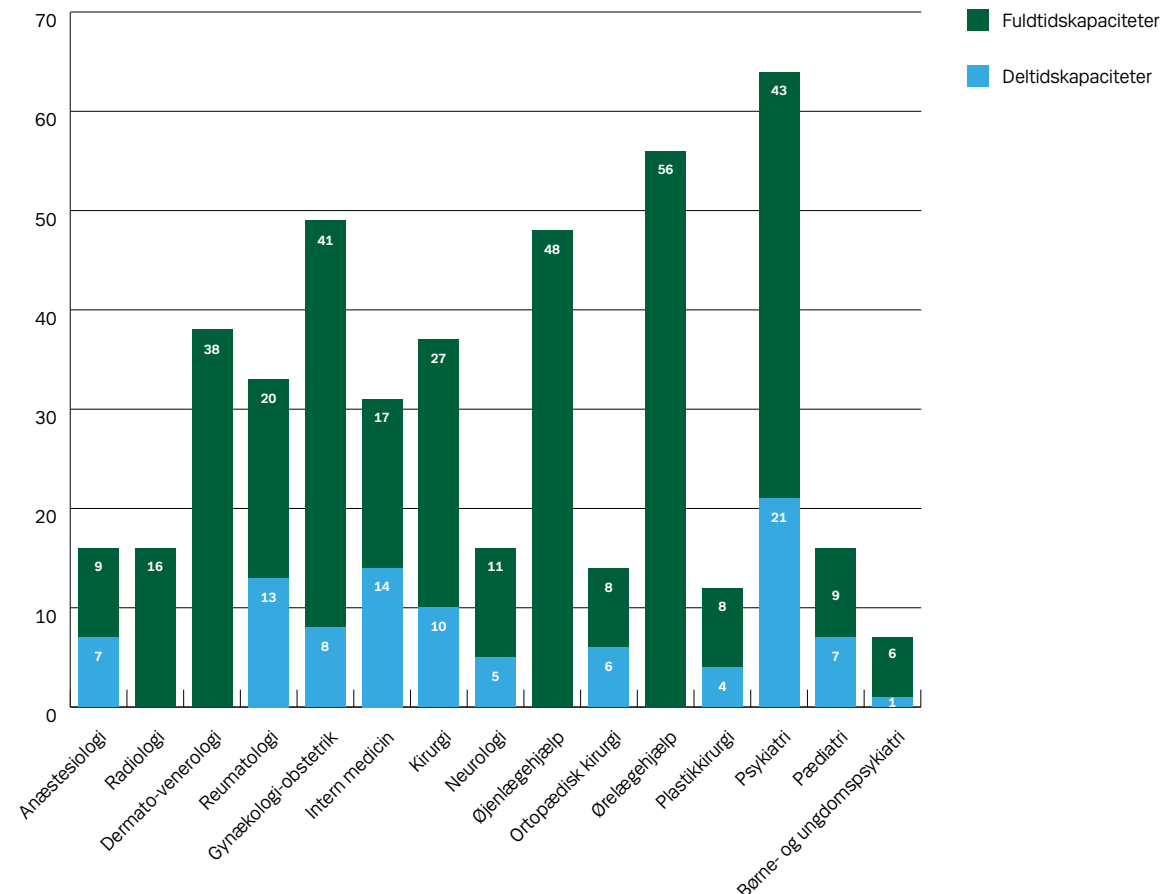
Praksis

Figur 6. Antal praksis fordelt på praksistype samt planområder 2017



Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Figur 7. Antal praksis fordelt på praksistype samt speciale 2017



Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal praksis fordelt på speciale og planområde 2017

Speciale	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal
Anæstesiologi	1	4	6	1	4	16
Radiologi		11			5	16
Dermato-venerologi	1	12	10	8	7	38
Reumatologi		7	12	4	10	33
Gynækologi-obstetrik		20	13	9	7	49
Intern medicin		13	11	4	3	31
Kirurgi		9	13	6	9	37
Neurologi		5	6	3	2	16
Øjenlægehjælp	2	16	14	8	8	48
Ortopædisk kirurgi		5	4	2	3	14
Ørelægehjælp	2	15	15	11	13	56
Plastikkirurgi		3	3	2	4	12
Psykiatri		20	20	11	13	64
Pædiatri	1	4	7	2	2	16
Børne- og ungdomspsykiatri		2	3	1	1	7
Hovedtotal	7	146	137	72	91	453

Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 5. Antal praksis fordelt på speciale og praksisform 2017

Speciale	Anpartspraksis	Delepraksis	Enkeltmands- praksis	Kompagniskabs- praksis	Hovedtotal
Anæstesiologi			16		16
Radiologi		2	11	3	16
Dermato-venerologi			32	6	38
Reumatologi		3	29	1	33
Gynækologi-obstetrik	1	1	47		49
Intern medicin		3	28		31
Kirurgi			37		37
Neurologi			16		16
Øjenlægehjælp	1		45	2	48
Ortopædisk kirurgi			14		14
Ørelægehjælp	1	1	54		56
Plastikkirurgi			12		12
Psykatri	1	7	55	1	64
Pædiatri		1	15		16
Børne- og ungdomspsykiatri			7		7
Hovedtotal	4	18	418	13	453

Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 6. Antal praksis og kapaciteter fordelt på deltid og fuldtid 2017

Speciale	Praksis/ydernummer			Ved omregning fra praksis til kapaciteter skal antal praksis gange med nedenstående faktor					Kapaciteter		
	Deltid	Fuldtid	I alt	Deltid med 0,33 kap.	Deltid med 0,66 kap.*	Fuldtid med 1 kap.	Fuldtid med 2 kap.	Fuldtid med 3 kap.	Deltid	Fuldtid	I alt
Anæstesiologi	7	9	16	7		9			2,31	9	11,31
Radiologi		16	16			15	1			17	17
Dermato-venerologi		38	38			32	3	3		47	47
Rheumatologi	13	20	33	12	1	19	1		4,62	21	25,62
Gynækologi-obstetrik	8	41	49	8		41			2,64	41	43,64
Intern medicin	14	17	31	14		16	1		4,62	18	22,62
Kirurgi	10	27	37	10		27			3,30	27	30,30
Neurologi	5	11	16	5		11			1,65	11	12,65
Øjenlægehjælp		48	48			47	1			49	49
Ortopædisk kirurgi	6	8	14	6		8			1,98	8	9,98
Ørelægehjælp		56	56			56				56	56
Plastikkirurgi	4	8	12	4		8			1,32	8	9,32
Psykiatri	21	43	64	20	1	43			7,26	43	50,26
Pædiatri	7	9	16	7		9			2,31	9	11,31
Børne- og ungdomspsykiatri	1	6	7	1		6			0,33	6	6,33
Hovedtotal	96	357	453	94	2	347	7	3	32,34	370	402,34

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Note: Omregningsfaktor vedr. deltidspraksis = 0,33 og fuldtidspraksis = 1

* Praksis/ydernummer, der har to deltidskapaciteter.

Forbrug

Tabel 7. Antal ydelser (forbrug) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	93.057	86.763	79.172	89.916
Radiologi	263.667	265.123	249.586	243.058
Dermato-venerologi	846.189	824.558	800.567	717.318
Reumatologi	208.452	202.375	228.340	248.720
Gynækologi-obstetrik	705.347	724.378	550.680	528.220
Intern medicin	543.116	559.669	492.848	264.694
Kirurgi	243.328	232.223	241.489	245.928
Neurologi	46.928	47.871	48.451	47.686
Øjenlægehjælp	744.501	741.728	764.634	783.618
Ortopædisk kirurgi	71.046	70.516	77.079	76.122
Ørelægehjælp	1.039.294	1.043.095	1.075.417	1.089.788
Plastikkirurgi	61.140	61.204	61.393	61.422
Psykiatri	212.929	197.374	186.383	180.611
Pædiatri	114.303	116.327	111.547	63.525
Børne- og ungdomspsykiatri	13.528	13.116	17.681	16.332
Hovedtotal	5.206.825	5.186.320	4.985.267	4.656.958

Kilde: Targit, Forbrug (Ydelser) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Tabel 8. Udvikling i antal ydelser (forbrug) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	93	85	97
Radiologi	100	101	95	92
Dermato-venerologi	100	97	95	85
Reumatologi	100	97	110	119
Gynækologi-obstetrik	100	103	78	75
Intern medicin	100	103	91	49
Kirurgi	100	95	99	101
Neurologi	100	102	103	102
Øjenlægehjælp	100	100	103	105
Ortopædisk kirurgi	100	99	108	107
Ørelægehjælp	100	100	103	105
Plastikkirurgi	100	100	100	100
Psykiatri	100	93	88	85
Pædiatri	100	102	98	56
Børne- og ungdomspsykiatri	100	97	131	121
Hovedtotal	100	100	96	89

Kilde: Targit, Forbrug (Ydelser) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	kr. 22.506.274	kr. 21.802.124	kr. 21.370.678	kr. 23.350.699
Radiologi	kr. 123.482.026	kr. 123.580.726	kr. 113.298.002	kr. 111.674.772
Dermato-venerologi	kr. 178.723.412	kr. 176.474.718	kr. 170.483.379	kr. 176.972.127
Reumatologi	kr. 49.763.920	kr. 49.786.198	kr. 56.873.648	kr. 62.862.572
Gynækologi-obstetrik	kr. 168.496.540	kr. 172.786.591	kr. 166.045.986	kr. 179.416.664
Intern medicin	kr. 98.871.828	kr. 104.366.797	kr. 106.627.028	kr. 111.089.740
Kirurgi	kr. 141.344.266	kr. 137.765.926	kr. 144.314.875	kr. 147.219.735
Neurologi	kr. 24.930.359	kr. 25.623.485	kr. 25.217.855	kr. 25.176.201
Øjenlægehjælp	kr. 179.394.910	kr. 182.917.674	kr. 189.636.180	kr. 195.395.329
Ortopædisk kirurgi	kr. 38.593.014	kr. 37.938.372	kr. 40.963.803	kr. 39.551.064
Ørelægehjælp	kr. 214.249.479	kr. 221.311.715	kr. 227.249.987	kr. 233.641.166
Plastikkirurgi	kr. 29.705.920	kr. 29.826.396	kr. 29.493.741	kr. 29.211.970
Psykiatri	kr. 94.634.120	kr. 109.020.202	kr. 115.809.056	kr. 115.632.897
Pædiatri	kr. 29.925.730	kr. 30.821.021	kr. 29.969.326	kr. 31.998.836
Børne- og ungdomspsykiatri	kr. 12.521.352	kr. 12.755.389	kr. 14.704.976	kr. 14.251.470
Hovedtotal	kr. 1.407.143.149	kr. 1.436.777.334	kr. 1.452.058.519	kr. 1.497.445.242

Kilde: Targit, Forbrug (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Tabel 10. Udvikling i bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	97	95	104
Radiologi	100	100	92	90
Dermato-venerologi	100	99	95	99
Reumatologi	100	100	114	126
Gynækologi-obstetrik	100	103	99	106
Intern medicin	100	106	108	112
Kirurgi	100	97	102	104
Neurologi	100	103	101	101
Øjenlægehjælp	100	102	106	109
Ortopædisk kirurgi	100	98	106	102
Ørelægehjælp	100	103	106	109
Plastikkirurgi	100	100	99	98
Psykiatri	100	115	122	122
Pædiatri	100	103	100	107
Børne- og ungdomspsykiatri	100	102	117	114
Hovedtotal	100	102	103	106

Kilde: Targit, Forbrug (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Tabel 11. Bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale samt praksisform 2017

Speciale	Fuldtid	Deltid	Overlæge	Hovedtotal
Anæstesiologi	kr. 19.501.406	kr. 3.848.499	kr. 794	kr. 23.350.699
Radiologi	kr. 111.674.772			kr. 111.674.772
Dermato-venerologi	kr. 176.971.979	kr. 148		kr. 176.972.127
Reumatologi	kr. 53.319.885	kr. 9.542.686		kr. 62.862.572
Gynækologi-obstetrik	kr. 171.811.938	kr. 7.604.726		kr. 179.416.664
Intern medicin	kr. 99.865.796	kr. 11.223.944		kr. 111.089.740
Kirurgi	kr. 139.129.008	kr. 8.090.728		kr. 147.219.735
Neurologi	kr. 23.664.745	kr. 1.511.455		kr. 25.176.201
Øjenlægehjælp	kr. 195.395.329			kr. 195.395.329
Ortopædisk kirurgi	kr. 33.558.535	kr. 5.992.530		kr. 39.551.064
Ørelægehjælp	kr. 233.638.951	kr. 2.215		kr. 233.641.166
Plastikkirurgi	kr. 26.178.424	kr. 3.033.546		kr. 29.211.970
Psykiatri	kr. 100.065.152	kr. 15.567.745		kr. 115.632.897
Pædiatri	kr. 27.627.583	kr. 4.371.253		kr. 31.998.836
Børne- og ungdomspsykiatri	kr. 13.951.578	kr. 299.893		kr. 14.251.470
Hovedtotal	kr. 1.426.355.081	kr. 71.089.367	kr. 794	kr. 1.497.445.242

Kilde: Targit, Forbrug (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Tabel 12. Antal patienter (forbrug) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	14.526	13.747	13.682	14.648
Radiologi	100.328	101.830	99.261	96.129
Dermato-venerologi	174.977	174.380	172.715	169.753
Reumatologi	30.267	29.501	31.514	32.846
Gynækologi-obstetrik	106.301	107.996	108.010	112.728
Intern medicin	32.650	33.635	34.548	34.486
Kirurgi	53.326	53.230	52.832	52.780
Neurologi	18.587	18.821	18.408	18.191
Øjenlægehjælp	204.317	205.394	206.793	203.286
Ortopædisk kirurgi	24.775	23.535	23.573	22.142
Ørelægehjælp	186.860	189.776	194.670	200.385
Plastikkirurgi	13.769	13.904	14.204	15.053
Psykiatri	25.472	25.620	25.041	25.271
Pædiatri	13.829	13.788	14.027	14.448
Børne- og ungdomspsykiatri	1.374	1.436	1.538	1.412
Hovedtotal	687.290	692.134	695.232	696.586

Kilde: Targit, Forbrug (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af patienter kan ikke summeres. En patient godt kan forekomme mere end ét sted på specialeniveau. Totalen viser antallet af unikke patienter.

Tabel 13. Udvikling i antal patienter (forbrug) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	95	94	101
Radiologi	100	101	99	96
Dermato-venerologi	100	100	99	97
Reumatologi	100	97	104	109
Gynækologi-obstetrik	100	102	102	106
Intern medicin	100	103	106	106
Kirurgi	100	100	99	99
Neurologi	100	101	99	98
Øjenlægehjælp	100	101	101	99
Ortopædisk kirurgi	100	95	95	89
Ørelægehjælp	100	102	104	107
Plastikkirurgi	100	101	103	109
Psykiatri	100	101	98	99
Pædiatri	100	100	101	104
Børne- og ungdomspsykiatri	100	105	112	103
Hovedtotal	100	101	101	101

Kilde: Targit, Forbrug (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Bilag 1 - Side -58 af 128

Tabel 14. Antal ydelser pr. patient (forbrug) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	6,41	6,31	5,79	6,14
Radiologi	2,63	2,60	2,51	2,53
Dermato-venerologi	4,84	4,73	4,64	4,23
Reumatologi	6,89	6,86	7,25	7,57
Gynækologi-obstetrik	6,64	6,71	5,10	4,69
Intern medicin	16,63	16,64	14,27	7,68
Kirurgi	4,56	4,36	4,57	4,66
Neurologi	2,52	2,54	2,63	2,62
Øjenlægehjælp	3,64	3,61	3,70	3,85
Ortopædisk kirurgi	2,87	3,00	3,27	3,44
Ørelægehjælp	5,56	5,50	5,52	5,44
Plastikkirurgi	4,44	4,40	4,32	4,08
Psykiatri	8,36	7,70	7,44	7,15
Pædiatri	8,27	8,44	7,95	4,40
Børne- og ungdomspsykiatri	9,85	9,13	11,50	11,57
Hovedtotal	7,58	7,49	7,17	6,69

Kilde: Targit, Forbrug (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Tabel 15. Udvikling i ydelser pr. patient (forbrug) fordelt på speciale 2013-16 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	99	90	96
Radiologi	100	99	96	96
Dermato-venerologi	100	98	96	87
Reumatologi	100	100	105	110
Gynækologi-obstetrik	100	101	77	71
Intern medicin	100	100	86	46
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	101	104	104
Øjenlægehjælp	100	99	101	106
Ortopædisk kirurgi	100	104	114	120
Ørelægehjælp	100	99	99	98
Plastikkirurgi	100	99	97	92
Psykiatri	100	92	89	85
Pædiatri	100	102	96	53
Børne- og ungdomspsykiatri	100	93	117	117
Hovedtotal	100	99	95	88

Kilde: Targit, Forbrug (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Produktion

Tabel 16. Antal ydelser (produktion) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	99.937	92.589	85.696	100.604
Radiologi	264.771	266.386	250.552	244.057
Dermato-venerologi	888.909	865.912	846.309	759.685
Reumatologi	219.779	212.948	242.662	262.660
Gynækologi-obstetrik	736.234	754.257	570.950	546.960
Intern medicin	596.795	611.950	540.641	289.946
Kirurgi	250.677	239.880	251.245	255.147
Neurologi	49.482	50.363	51.212	48.914
Øjenlægehjælp	765.308	763.007	787.148	806.223
Ortopædisk kirurgi	74.593	73.252	79.237	77.689
Ørelægehjælp	1.051.006	1.055.279	1.090.499	1.109.467
Plastikkirurgi	70.579	71.549	72.207	73.353
Psykiatri	216.429	201.072	190.129	184.313
Pædiatri	113.668	116.092	111.717	63.086
Børne- og ungdomspsykiatri	13.220	13.168	18.411	17.005
Hovedtotal	5.411.387	5.387.704	5.188.615	4.839.109

Kilde: Targit, Produktion (Ydelser) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkroneydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Tabel 17. Udvikling i antal ydelser (produktion) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	93	86	101
Radiologi	100	101	95	92
Dermato-venerologi	100	97	95	85
Reumatologi	100	97	110	120
Gynækologi-obstetrik	100	102	78	74
Intern medicin	100	103	91	49
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	102	103	99
Øjenlægehjælp	100	100	103	105
Ortopædisk kirurgi	100	98	106	104
Ørelægehjælp	100	100	104	106
Plastikkirurgi	100	101	102	104
Psykiatri	100	93	88	85
Pædiatri	100	102	98	56
Børne- og ungdomspsykiatri	100	100	139	129
Hovedtotal	100	100	96	89

Kilde: Targit, Produktion (Ydelser) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkroneydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Bilag 1 - Side -60 af 128

Tabel 18. Bruttohonorar (produktion) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	kr. 29.498.152	kr. 28.203.302	kr. 26.899.461	kr. 30.351.298
Radiologi	kr. 124.018.104	kr. 124.204.228	kr. 113.748.935	kr. 112.156.442
Dermato-venerologi	kr. 188.143.119	kr. 185.635.347	kr. 180.531.187	kr. 187.741.374
Reumatologi	kr. 52.426.052	kr. 52.392.475	kr. 60.589.684	kr. 66.353.143
Gynækologi-obstetrik	kr. 175.831.498	kr. 179.950.856	kr. 172.108.232	kr. 185.826.339
Intern medicin	kr. 109.662.006	kr. 115.114.489	kr. 117.720.286	kr. 122.172.042
Kirurgi	kr. 144.240.885	kr. 140.777.332	kr. 148.738.512	kr. 151.542.206
Neurologi	kr. 26.229.343	kr. 27.065.317	kr. 26.611.432	kr. 25.660.582
Øjenlægehjælp	kr. 184.782.021	kr. 188.318.395	kr. 195.503.534	kr. 201.804.558
Ortopædisk kirurgi	kr. 40.579.640	kr. 39.370.847	kr. 42.293.377	kr. 40.477.314
Ørelægehjælp	kr. 216.573.499	kr. 223.768.414	kr. 230.064.147	kr. 237.403.034
Plastikkirurgi	kr. 34.436.611	kr. 35.028.217	kr. 34.870.031	kr. 34.919.907
Psykiatri	kr. 95.748.398	kr. 110.661.475	kr. 117.704.802	kr. 117.875.018
Pædiatri	kr. 29.702.328	kr. 30.577.062	kr. 29.832.836	kr. 31.886.829
Børne- og ungdomspsykiatri	kr. 12.831.637	kr. 13.429.151	kr. 15.072.772	kr. 14.258.281
Hovedtotal	kr. 1.464.703.292	kr. 1.494.496.906	kr. 1.512.289.227	kr. 1.560.428.364

Kilde: Targit, Produktion (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Tabel 19. Udvikling i bruttohonorar (produktion) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	96	91	103
Radiologi	100	100	92	90
Dermato-venerologi	100	99	96	100
Reumatologi	100	100	116	127
Gynækologi-obstetrik	100	102	98	106
Intern medicin	100	105	107	111
Kirurgi	100	98	103	105
Neurologi	100	103	101	98
Øjenlægehjælp	100	102	106	109
Ortopædisk kirurgi	100	97	104	100
Ørelægehjælp	100	103	106	110
Plastikkirurgi	100	102	101	101
Psykiatri	100	116	123	123
Pædiatri	100	103	100	107
Børne- og ungdomspsykiatri	100	105	117	111
Hovedtotal	100	102	103	107

Kilde: Targit, Produktion (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018

Tabel 20. Bruttohonorar (produktion) fordelt på speciale samt praksisform 2017

Speciale	Deltid	Fuldtid	Hovedtotal
Anæstesiologi	kr. 3.923.133	kr. 26.428.165	kr. 30.351.298
Radiologi		kr. 112.156.442	kr. 112.156.442
Dermato-venerologi		kr. 187.741.374	kr. 187.741.374
Reumatologi	kr. 10.187.833	kr. 56.165.309	kr. 66.353.143
Gynækologi-obstetrik	kr. 7.653.485	kr. 178.172.853	kr. 185.826.339
Intern medicin	kr. 12.203.694	kr. 109.968.348	kr. 122.172.042
Kirurgi	kr. 8.143.204	kr. 143.399.002	kr. 151.542.206
Neurologi	kr. 1.549.426	kr. 24.111.156	kr. 25.660.582
Øjenlægehjælp		kr. 201.804.558	kr. 201.804.558
Ortopædisk kirurgi	kr. 6.234.109	kr. 34.243.205	kr. 40.477.314
Ørelægehjælp		kr. 237.403.034	kr. 237.403.034
Plastikkirurgi	kr. 3.337.753	kr. 31.582.154	kr. 34.919.907
Psykiatri	kr. 15.931.097	kr. 101.943.920	kr. 117.875.018
Pædiatri	kr. 4.590.842	kr. 27.295.987	kr. 31.886.829
Børne- og ungdomspsykiatri	kr. 311.565	kr. 13.946.716	kr. 14.258.281
Hovedtotal	kr. 74.066.142	kr. 1.486.362.222	kr. 1.560.428.364

Kilde: Targit, Produktion (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Tabel 21. Antal patienter (produktion) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	18.745	17.828	17.335	19.276
Radiologi	100.747	102.299	99.655	96.531
Dermato-venerologi	186.030	185.326	184.780	181.748
Reumatologi	32.085	31.144	33.796	34.898
Gynækologi-obstetrik	110.119	111.897	111.678	116.122
Intern medicin	36.938	37.819	38.621	38.498
Kirurgi	54.975	54.948	54.869	54.699
Neurologi	19.492	19.833	19.344	18.550
Øjenlægehjælp	210.389	212.206	213.214	209.411
Ortopædisk kirurgi	25.837	24.410	24.077	22.461
Ørelægehjælp	189.391	192.324	197.807	204.189
Plastikkirurgi	16.057	16.483	16.911	18.169
Psykiatri	25.815	26.015	25.399	25.731
Pædiatri	13.744	13.706	14.040	14.508
Børne- og ungdomspsykiatri	1.407	1.494	1.581	1.420
Hovedtotal	727.947	733.236	737.299	739.137

Kilde: Targit, Produktion (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018

Note: Antallet af patienter kan ikke summeres. En patient godt kan forekomme mere end ét sted på specialniveau. Totalen viser antallet af unikke patienter.

Tabel 22. Udvikling i antal patienter fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	95	92	103
Radiologi	100	102	99	96
Dermato-venerologi	100	100	99	98
Reumatologi	100	97	105	109
Gynækologi-obstetrik	100	102	101	105
Intern medicin	100	102	105	104
Kirurgi	100	100	100	99
Neurologi	100	102	99	95
Øjenlægehjælp	100	101	101	100
Ortopædisk kirurgi	100	94	93	87
Ørelægehjælp	100	102	104	108
Plastikkirurgi	100	103	105	113
Psykiatri	100	101	98	100
Pædiatri	100	100	102	106
Børne- og ungdomspsykiatri	100	106	112	101
Hovedtotal	100	101	101	102

Kilde: Targit, Produktion (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018

Tabel 23. Antal ydelser pr. patient (produktion) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	5,33	5,19	4,94	5,22
Radiologi	2,63	2,60	2,51	2,53
Dermato-venerologi	4,78	4,67	4,58	4,18
Reumatologi	6,85	6,84	7,18	7,53
Gynækologi-obstetrik	6,69	6,74	5,11	4,71
Intern medicin	16,16	16,18	14,00	7,53
Kirurgi	4,56	4,37	4,58	4,66
Neurologi	2,54	2,54	2,65	2,64
Øjenlægehjælp	3,64	3,60	3,69	3,85
Ortopædisk kirurgi	2,89	3,00	3,29	3,46
Ørelægehjælp	5,55	5,49	5,51	5,43
Plastikkirurgi	4,40	4,34	4,27	4,04
Psykiatri	8,38	7,73	7,49	7,16
Pædiatri	8,27	8,47	7,96	4,35
Børne- og ungdomspsykiatri	9,40	8,81	11,65	11,98
Hovedtotal	7,43	7,35	7,04	6,55

Kilde: Targit, Produktion (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkroneydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Tabel 24. Udvikling i antal ydelser pr. patient (produktion) fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	97	93	98
Radiologi	100	99	96	96
Dermato-venerologi	100	98	96	87
Reumatologi	100	100	105	110
Gynækologi-obstetrik	100	101	76	70
Intern medicin	100	100	87	47
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	100	104	104
Øjenlægehjælp	100	99	101	106
Ortopædisk kirurgi	100	104	114	120
Ørelægehjælp	100	99	99	98
Plastikkirurgi	100	99	97	92
Psykiatri	100	92	89	85
Pædiatri	100	102	96	53
Børne- og ungdomspsykiatri	100	94	124	127
Hovedtotal	100	99	95	88

Kilde: Targit, Produktion (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkroneydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Sammenligning af speciallægeforbrug i hele landet

Tabel 25. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på regioner 2017

Region	Antal kapaciteter 2017	Andel kapaciteter 2017	Antal borgere 2017	Antal borgere pr. kapacitet 2017
Region Hovedstaden	402,34	45%	1.815.807	4.513
Region Midtjylland	150,38	17%	1.307.516	8.695
Region Nordjylland	68,33	8%	585.809	8.573
Region Sjælland	119,94	13%	831.450	6.932
Region Syddanmark	151,98	17%	1.214.405	7.991
I alt	892,97	100%	5.754.987	6.445

Kilde: Targit, Landstal (Antal kapaciteter, antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 26. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Region	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 1.497.445.242	1.815.807	kr. 825
Region Midtjylland	kr. 631.429.132	1.307.516	kr. 483
Region Nordjylland	kr. 279.956.798	585.809	kr. 478
Region Sjælland	kr. 512.904.308	831.450	kr. 617
Region Syddanmark	kr. 567.974.279	1.214.405	kr. 468
I alt	kr. 3.489.709.759	5.754.987	kr. 606

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 27. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Region	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patient 2017
Region Hovedstaden	kr. 1.497.445.242	696.586	kr. 2.150
Region Midtjylland	kr. 631.429.132	370.234	kr. 1.705
Region Nordjylland	kr. 279.956.798	170.918	kr. 1.638
Region Sjælland	kr. 512.904.308	270.188	kr. 1.898
Region Syddanmark	kr. 567.974.279	358.777	kr. 1.583
I alt	kr. 3.489.709.759	1.862.224	kr. 1.874

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

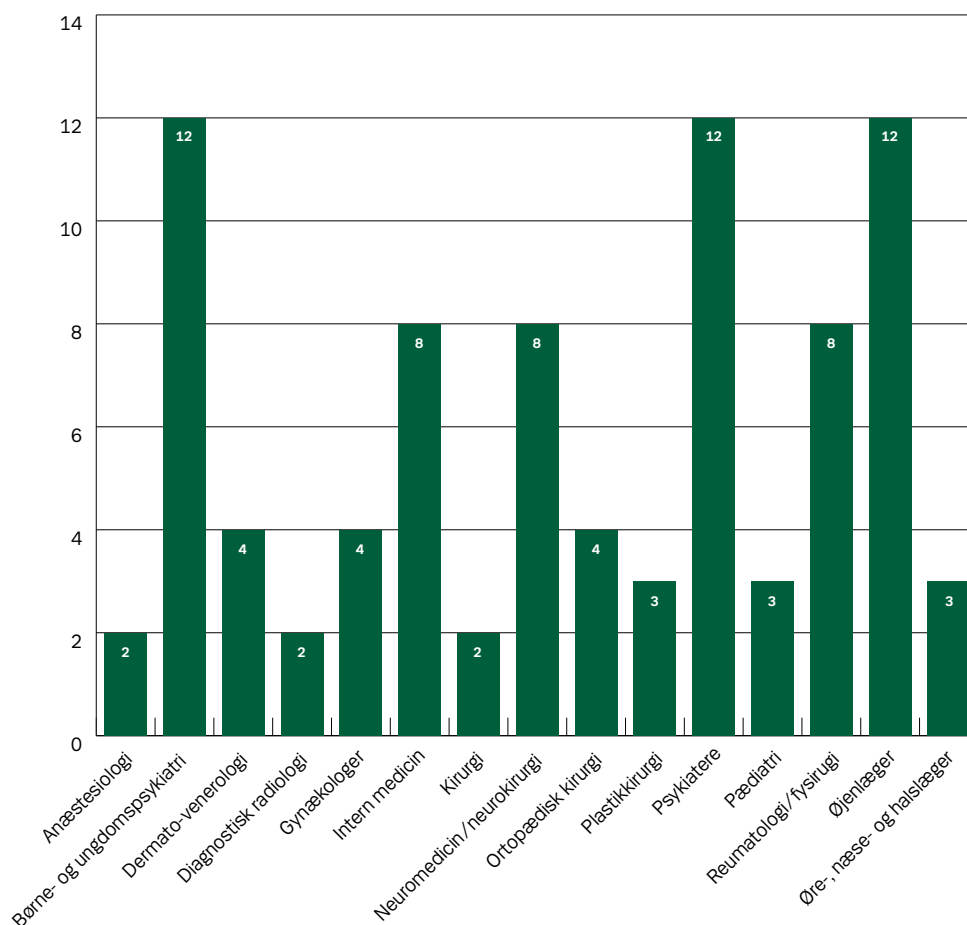
Tabel 28. Antal patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Region	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	696.586	1.815.807	384
Region Midtjylland	370.234	1.307.516	283
Region Nordjylland	170.918	585.809	292
Region Sjælland	270.188	831.450	325
Region Syddanmark	358.777	1.214.405	295
I alt	1.862.224	5.754.987	324

Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Ventetider

Figur 8. Median ventetider (uger) til speciallægebehandling pr. 1. februar 2017



Kilde: Specialernes indberettede ventetider på www.sundhed.dk, data fremsendt af Danske Regioner, status pr. 1. feb. 2017.

Speciallægenes aldersfordeling

Tabel 29. Gns. aldersfordeling i speciallægepraksis opdelt på specialer 2017

Speciale	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	Hovedtotal
Anæstesiologi			1	2	4	5	2	2			16
Børne- og ungdomspsykiatri				1	3	3					7
Dermato-venerologi		3	6	11	6	7	4	1			38
Gynækologi-obstetrik	1	1	5	7	17	13	5				49
Intern medicin			2	2	8	9	4	1	3	2	31
Kirurgi			5	2	13	10	5	1	1		37
Neurologi			1	2	4	7	1	1			16
Ortopædisk kirurgi		2	4			5	1	2			14
Plastikkirurgi			1	3	2	4		2			12
Psykiatri	2	4	8	3	13	19	8	6	1		64
Pædiatri			1	2	6	5	2				16
Radiologi			1		5	3	6	1			16
Reumatologi	1	3	4	2	7	9	4	1	2		33
Øjenlægehjælp	1	7	7	10	9	10	2	2			48
Ørelægehjælp		9	8	12	11	8	6	1	1		56
Hovedtotal	5	29	54	59	108	117	50	21	8	2	453

Kilde: Notus Regional, antal speciallæger pr. 1. dec. 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Nøgletal pr. speciale

Anæstesiologi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	2,31	2,31	2,31	2,31
Fuldtidskapaciteter	9	9	9	9
Hovedtotal	11,31	11,31	11,31	11,31

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm	0,33	0,33	0,33	0,33
Byen	3,33	3,33	3,33	3,33
Midt	2,66	3,66	3,66	3,99
Nord	0,66	0,66	0,66	0,33
Syd	4,33	3,33	3,33	3,33
Hovedtotal	11,31	11,31	11,31	11,31

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	7	7	7	7
Fuldtidskapaciteter	9	9	9	9
Hovedtotal	16	16	16	16

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm	120.733	120.321	120.003	119.664
Byen	133.994	135.964	137.624	138.622
Midt	167.955	122.925	123.631	114.094
Nord	477.176	481.082	483.520	971.412
Syd	118.390	156.338	158.851	161.833
Hovedtotal	155.647	157.426	159.017	160.549

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 29.498.152	kr. 28.203.302	kr. 26.899.461	kr. 30.351.298
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 22.506.274	kr. 21.802.124	kr. 21.370.678	kr. 23.350.699
Diff.	kr. -6.991.878	kr. -6.401.178	kr. -5.528.783	kr. -7.000.599

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	18.745	17.828	17.335	19.276
Forbrug (patienter)	14.526	13.747	13.682	14.648
Diff.	-4.219	-4.081	-3.653	-4.628

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Anæstesiologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	99.937	92.589	85.696	100.604
Forbrug (ydelser)	93.057	86.763	79.172	89.916
Diff.	-6.880	-5.826	-6.524	-10.688

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Anæstesiologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 23.350.699	1.815.807	kr. 13
Region Midtjylland	kr. 15.534.811	1.307.516	kr. 12
Region Nordjylland	kr. 10.121.012	585.809	kr. 17
Region Sjælland	kr. 8.778.850	831.450	kr. 11
Region Syddanmark	kr. 12.007.211	1.214.405	kr. 10
I alt	kr. 69.792.583	5.754.987	kr. 12

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Anæstesiologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 23.350.699	14.648	kr. 1.594
Region Midtjylland	kr. 15.534.811	10.799	kr. 1.439
Region Nordjylland	kr. 10.121.012	6.664	kr. 1.519
Region Sjælland	kr. 8.778.850	6.309	kr. 1.391
Region Syddanmark	kr. 12.007.211	8.616	kr. 1.394
I alt	kr. 69.792.583	46.989	kr. 1.485

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Anæstesiologi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	14.648	1.815.807	8
Region Midtjylland	10.799	1.307.516	8
Region Nordjylland	6.664	585.809	11
Region Sjælland	6.309	831.450	8
Region Syddanmark	8.616	1.214.405	7
I alt	46.989	5.754.987	8

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Radiologi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter				
Fuldtidskapaciteter	17	17	17	17
Hovedtotal	17	17	17	17

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	12	12	12	12
Midt				
Nord				
Syd	5	5	5	5
Hovedtotal	17	17	17	17

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis				
Fuldtidspraksis	16	16	16	16
Hovedtotal	16	16	16	16

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	37.183	37.730	38.191	38.468
Midt				
Nord				
Syd	102.526	104.121	105.795	107.781
Hovedtotal	103.551	104.735	105.793	106.812

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 124.018.104	kr. 124.204.228	kr. 113.748.935	kr. 112.156.442
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 123.482.026	kr. 123.580.726	kr. 113.298.002	kr. 111.674.772
Diff.	kr. -536.078	kr. -623.502	kr. -450.932	kr. -481.670

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	100.747	102.299	99.655	96.531
Forbrug (patienter)	100.328	101.830	99.261	96.129
Diff.	-419	-469	-394	-402

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Radiologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	264.771	266.386	250.552	244.057
Forbrug (ydelser)	263.667	265.123	249.586	243.058
Diff.	-1.104	-1.263	-966	-999

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Radiologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 111.674.772	1.815.807	kr. 62
Region Midtjylland	kr. 17.932.131	1.307.516	kr. 14
Region Nordjylland	kr. 15.517	585.809	kr. 0
Region Sjælland	kr. 152.766	831.450	kr. 0
Region Syddanmark	kr. 27.569	1.214.405	kr. 0
I alt	kr. 129.802.755	5.754.987	kr. 23

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Radiologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 111.674.772	96.129	kr. 1.162
Region Midtjylland	kr. 17.932.131	20.356	kr. 881
Region Nordjylland	kr. 15.517	18	kr. 862
Region Sjælland	kr. 152.766	127	kr. 1.203
Region Syddanmark	kr. 27.569	27	kr. 1.021
I alt	kr. 129.802.755	116.645	kr. 1.113

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Radiologi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	96.129	1.815.807	53
Region Midtjylland	20.356	1.307.516	16
Region Nordjylland	18	585.809	0,03
Region Sjælland	127	831.450	0,2
Region Syddanmark	27	1.214.405	0,02
I alt	116.645	5.754.987	20

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Dermato-Venerologi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	0,66	0,66	0,66	
Fuldtidskapaciteter	46	46	46	47
Hovedtotal	46,66	46,66	46,66	47

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm	1	1	1	1
Byen	12,33	12,33	12	12
Midt	14,33	14,33	14	14
Nord	8	8	8	8
Syd	11	11	12	12
Hovedtotal	46,66	46,66	47	47

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	2	2	2	
Fuldtidspraksis	37	37	37	38
Hovedtotal	39	39	39	38

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm	39.842	39.706	39.601	39.489
Byen	36.188	36.720	38.191	38.468
Midt	31.177	31.396	32.321	32.517
Nord	39.367	39.689	39.890	40.071
Syd	46.603	47.328	44.081	44.909
Hovedtotal	37.728	38.159	38.265	38.634

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 188.143.119	kr. 185.635.347	kr. 180.531.187	kr. 187.741.374
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 178.723.412	kr. 176.474.718	kr. 170.483.379	kr. 176.972.127
Diff.	kr. -9.419.707	kr. -9.160.628	kr. -10.047.808	kr. -10.769.247

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	186.030	185.326	184.780	181.748
Forbrug (patienter)	174.977	174.380	172.715	169.753
Diff.	-11.053	-10.946	-12.065	-11.995

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Dermato-venerologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	888.909	865.912	846.309	759.685
Forbrug (ydelser)	846.189	824.558	800.567	717.318
Diff.	-42.720	-41.354	-45.742	-42.367

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Note: Antallet af ydelser er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Dermato-venerologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 176.972.127	1.815.807	kr. 97
Region Midtjylland	kr. 75.035.488	1.307.516	kr. 57
Region Nordjylland	kr. 39.902.208	585.809	kr. 68
Region Sjælland	kr. 76.112.526	831.450	kr. 92
Region Syddanmark	kr. 65.839.248	1.214.405	kr. 54
I alt	kr. 433.861.597	5.754.987	kr. 75

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Dermato-venerologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 176.972.127	169.753	kr. 1.043
Region Midtjylland	kr. 75.035.488	73.725	kr. 1.018
Region Nordjylland	kr. 39.902.208	36.170	kr. 1.103
Region Sjælland	kr. 76.112.526	63.056	kr. 1.207
Region Syddanmark	kr. 65.839.248	65.944	kr. 998
I alt	kr. 433.861.597	407.794	kr. 1.064

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Dermato-venerologi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	169.753	1.815.807	93
Region Midtjylland	73.725	1.307.516	56
Region Nordjylland	36.170	585.809	62
Region Sjælland	63.056	831.450	76
Region Syddanmark	65.944	1.214.405	54
I alt	407.794	5.754.987	71

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Reumatologi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	4,62	4,62	4,62	4,62
Fuldtidskapaciteter	22	22	22	21
Hovedtotal	26,62	26,62	26,62	25,62

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	5,99	5,99	4,99	5,32
Midt	8,98	8,98	8,98	8,65
Nord	5	5	5	5
Syd	6,65	6,65	6,65	6,65
Hovedtotal	26,62	26,62	25,62	25,62

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	14	14	14	13
Fuldtidspraksis	21	21	21	20
Hovedtotal	35	35	35	33

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	74.491	75.586	91.841	86.769
Midt	49.751	50.101	50.389	52.628
Nord	62.987	63.503	63.825	64.113
Syd	77.087	78.287	79.545	81.038
Hovedtotal	66.129	66.886	70.198	70.875

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 52.426.052	kr. 52.392.475	kr. 60.589.684	kr. 66.353.143
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 49.763.920	kr. 49.786.198	kr. 56.873.648	kr. 62.862.572
Diff.	kr. -2.662.132	kr. -2.606.277	kr. -3.716.036	kr. -3.490.571

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	32.085	31.144	33.796	34.898
Forbrug (patienter)	30.267	29.501	31.514	32.846
Diff.	-1.818	-1.643	-2.282	-2.052

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Reumatologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	219.779	212.948	242.662	262.660
Forbrug (ydelser)	208.452	202.375	228.340	248.720
Diff.	-11.327	-10.573	-14.322	-13.940

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Reumatologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 62.862.572	1.815.807	kr. 35
Region Midtjylland	kr. 8.896.992	1.307.516	kr. 7
Region Nordjylland	kr. 4.607.736	585.809	kr. 8
Region Sjælland	kr. 14.272.533	831.450	kr. 17
Region Syddanmark	kr. 15.887.629	1.214.405	kr. 13
I alt	kr. 106.527.462	5.754.987	kr. 19

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Reumatologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 62.862.572	32.846	kr. 1.914
Region Midtjylland	kr. 8.896.992	5.168	kr. 1.722
Region Nordjylland	kr. 4.607.736	2.885	kr. 1.597
Region Sjælland	kr. 14.272.533	8.431	kr. 1.693
Region Syddanmark	kr. 15.887.629	7.030	kr. 2.260
I alt	kr. 106.527.462	56.289	kr. 1.893

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Reumatologi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	32.846	1.815.807	18
Region Midtjylland	5.168	1.307.516	4
Region Nordjylland	2.885	585.809	5
Region Sjælland	8.431	831.450	10
Region Syddanmark	7.030	1.214.405	6
I alt	56.289	5.754.987	10

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Gynækologi-obstetrik	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	2,64	2,64	2,64	2,64
Fuldtidskapaciteter	41	41	41	41
Hovedtotal	43,64	43,64	43,64	43,64

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Gynækologi-obstetrik	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	8	8	8	8
Fuldtidspraksis	41	41	41	41
Hovedtotal	49	49	49	49

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

80

Møde i Tværsektoriel strategisk styregruppe d. 25-06-2021

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Gynækologi-obstetrik	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 175.831.498	kr. 179.950.856	kr. 172.108.232	kr. 185.826.339
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 168.496.540	kr. 172.786.591	kr. 166.045.986	kr. 179.416.664
Diff.	kr. -7.334.958	kr. -7.164.266	kr. -6.062.246	kr. -6.409.674

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Gynækologi-obstetrik	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	110.119	111.897	111.678	116.122
Forbrug (patienter)	106.301	107.996	108.010	112.728
Diff.	-3.818	-3.901	-3.668	-3.394

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Gynækologi-obstetrik	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	736.234	754.257	570.950	546.960
Forbrug (ydelser)	705.347	724.378	550.680	528.220
Diff.	-30.887	-29.879	-20.270	-18.740

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Note: Antallet af ydelser er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Gynækologi-obstetrik	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 179.416.664	1.815.807	kr. 99
Region Midtjylland	kr. 44.050.150	1.307.516	kr. 34
Region Nordjylland	kr. 11.942.921	585.809	kr. 20
Region Sjælland	kr. 42.738.956	831.450	kr. 51
Region Syddanmark	kr. 44.828.674	1.214.405	kr. 37
I alt	kr. 322.977.366	5.754.987	kr. 56

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Gynækologi-obstetrik	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 179.416.664	112.728	kr. 1.592
Region Midtjylland	kr. 44.050.150	26.507	kr. 1.662
Region Nordjylland	kr. 11.942.921	7.864	kr. 1.519
Region Sjælland	kr. 42.738.956	30.272	kr. 1.412
Region Syddanmark	kr. 44.828.674	32.332	kr. 1.387
I alt	kr. 322.977.366	209.188	kr. 1.544

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Gynækologi-obstetrik	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	112.728	1.815.807	62
Region Midtjylland	26.507	1.307.516	20
Region Nordjylland	7.864	585.809	13
Region Sjælland	30.272	831.450	36
Region Syddanmark	32.332	1.214.405	27
I alt	209.188	5.754.987	36

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Intern medicin

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	4,95	4,95	4,95	4,62
Fuldtidskapaciteter	18	18	18	18
Hovedtotal	22,95	22,95	22,95	22,62

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	11,08	9,98	9,98	9,65
Midt	5,98	6,98	6,98	6,98
Nord	4,33	4,33	4,33	4,33
Syd	1,66	1,66	1,66	1,66
Hovedtotal	23,05	22,95	22,95	22,62

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	15	15	15	14
Fuldtidspraksis	17	17	17	17
Overlægepraksis	1			
Hovedtotal	33	32	32	31

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	40.271	45.367	45.921	47.835
Midt	74.709	64.456	64.827	65.220
Nord	72.733	73.329	73.700	74.034
Syd	308.812	313.619	318.659	324.642
Hovedtotal	76.372	77.581	78.365	80.274

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 109.662.006	kr. 115.114.489	kr. 117.720.286	kr. 122.172.042
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 98.871.828	kr. 104.366.797	kr. 106.627.028	kr. 111.089.740
Diff.	kr. -10.790.178	kr. -10.747.692	kr. -11.093.258	kr. -11.082.302

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	36.938	37.819	38.621	38.498
Forbrug (patienter)	32.650	33.635	34.548	34.486
Diff.	-4.288	-4.184	-4.073	-4.012

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Intern medicin	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	596.795	611.950	540.641	289.946
Forbrug (ydelser)	543.116	559.669	492.848	264.694
Diff.	-53.679	-52.281	-47.793	-25.252

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Intern medicin	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 111.089.740	1.815.807	kr. 61
Region Midtjylland	kr. 25.908.977	1.307.516	kr. 20
Region Nordjylland	kr. 6.146.479	585.809	kr. 10
Region Sjælland	kr. 14.092.210	831.450	kr. 17
Region Syddanmark	kr. 12.446.231	1.214.405	kr. 10
I alt	kr. 169.683.637	5.754.987	kr. 29

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Intern medicin	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 111.089.740	34.486	kr. 3.221
Region Midtjylland	kr. 25.908.977	10.135	kr. 2.556
Region Nordjylland	kr. 6.146.479	2.991	kr. 2.055
Region Sjælland	kr. 14.092.210	4.721	kr. 2.985
Region Syddanmark	kr. 12.446.231	3.693	kr. 3.370
I alt	kr. 169.683.637	55.916	kr. 3.035

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Intern medicin	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	34.486	1.815.807	19
Region Midtjylland	10.135	1.307.516	8
Region Nordjylland	2.991	585.809	5
Region Sjælland	4.721	831.450	6
Region Syddanmark	3.693	1.214.405	3
I alt	55.916	5.754.987	10

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Kirurgi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	3,30	3,30	3,30	3,30
Fuldtidskapaciteter	27	27	27	27
Hovedtotal	30,30	30,30	30,30	30,30

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	8,33	8,33	8,33	8,33
Midt	9,65	9,65	9,65	9,65
Nord	4,66	4,66	4,66	4,66
Syd	7,66	7,66	7,66	7,66
Hovedtotal	30,30	30,30	30,30	30,30

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	10	10	10	10
Fuldtidspraksis	26	27	27	27
Hovedtotal	36	37	37	37

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	53.566	54.353	55.017	55.415
Midt	46.296	46.622	46.890	47.175
Nord	67.583	68.136	68.481	68.791
Syd	66.923	67.964	69.057	70.353
Hovedtotal	58.098	58.762	59.356	59.928

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 144.240.885	kr. 140.777.332	kr. 148.738.512	kr. 151.542.206
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 141.344.266	kr. 137.765.926	kr. 144.314.875	kr. 147.219.735
Diff.	kr. -2.896.6198	kr. -3.011.406	kr. -4.423.636	kr. -4.322.471

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	54.975	54.948	54.869	54.699
Forbrug (patienter)	53.326	53.230	52.832	52.780
Diff.	-1.649	-1.718	-2.037	-1.919

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Kirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	250.677	239.880	251.245	255.147
Forbrug (ydelser)	243.328	232.223	241.489	245.928
Diff.	-7.349	-7.657	-9.756	-9.219

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Note: Antallet af ydelser er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser)

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Kirurgi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 147.219.735	52.780	kr. 2.789
Region Midtjylland	kr. 27.352.369	10.337	kr. 2.646
Region Nordjylland	kr. 11.816.012	4.717	kr. 2.505
Region Sjælland	kr. 46.055.642	13.347	kr. 3.451
Region Syddanmark	kr. 24.818.620	10.823	kr. 2.293
I alt	kr. 257.262.378	91.944	kr. 2.798

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Kirurgi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	52.780	1.815.807	29
Region Midtjylland	10.337	1.307.516	8
Region Nordjylland	4.717	585.809	8
Region Sjælland	13.347	831.450	16
Region Syddanmark	10.823	1.214.405	9
I alt	91.944	5.754.987	16

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Neurologi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	1,65	1,65	1,65	1,65
Fuldtidskapaciteter	11	11	11	11
Hovedtotal	12,65	12,65	12,65	12,65

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	4,66	4,33	4,33	4,33
Midt	4,66	4,99	3,99	3,99
Nord	2,33	2,33	2,33	2,33
Syd	1,10	1,10	2,10	2
Hovedtotal	12,75	12,75	12,75	12,65

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	5	5	5	5
Fuldtidspraksis	11	11	11	11
Overlægepraksis	1	1	1	
Hovedtotal	17	17	17	16

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	95.751	104.564	105.840	106.608
Midt	95.871	90.161	113.406	114.094
Nord	135.166	136.272	136.963	137.582
Syd	466.025	473.279	251.892	269.453
Hovedtotal	138.068	139.647	141.057	143.542

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 26.229.343	kr. 27.065.317	kr. 26.611.432	kr. 25.660.582
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 24.930.359	kr. 25.623.485	kr. 25.217.855	kr. 25.176.201
Diff.	kr. -1.298.984	kr. -1.441.832	kr. -1.393.577	kr. -484.382

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	19.492	19.833	19.344	18.550
Forbrug (patienter)	18.587	18.821	18.408	18.191
Diff.	-905	-1.012	-936	-359

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Neurologi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	49.482	50.363	51.212	48.914
Forbrug (ydelser)	46.928	47.871	48.451	47.686
Diff.	-2.554	-2.492	-2.761	-1.228

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Neurologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 25.176.201	1.815.807	kr. 14
Region Midtjylland	kr. 17.441.920	1.307.516	kr. 13
Region Nordjylland	kr. 4.430.381	585.809	kr. 8
Region Sjælland	kr. 11.041.829	831.450	kr. 13
Region Syddanmark	kr. 15.255.917	1.214.405	kr. 13
I alt	kr. 73.346.248	5.754.987	kr. 13

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Neurologi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 25.176.201	18.191	kr. 1.384
Region Midtjylland	kr. 17.441.920	12.053	kr. 1.447
Region Nordjylland	kr. 4.430.381	3.146	kr. 1.408
Region Sjælland	kr. 11.041.829	8.072	kr. 1.368
Region Syddanmark	kr. 15.255.917	9.280	kr. 1.644
I alt	kr. 73.346.248	50.664	kr. 1.448

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Neurologi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	18.191	1.815.807	10
Region Midtjylland	12.053	1.307.516	9
Region Nordjylland	3.146	585.809	5
Region Sjælland	8.072	831.450	10
Region Syddanmark	9.280	1.214.405	8
I alt	50.664	5.754.987	9

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Øjenlægehjælp

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter				
Fuldtidskapaciteter	50	50	50	49
Hovedtotal	50	50	50	49

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Bornholm	3	3	3	2
Byen	16	16	16	16
Midt	14	14	14	14
Nord	8	8	8	8
Syd	9	9	9	9
Hovedtotal	50	50	50	49

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis				
Fuldtidspraksis	47	47	47	48
Hovedtotal	47	47	47	48

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Bornholm	13.281	13.235	13.200	19.745
Byen	27.888	28.298	28.643	28.851
Midt	31.911	32.136	32.321	32.517
Nord	39.367	39.689	39.890	40.071
Syd	56.959	57.845	58.775	59.878
Hovedtotal	35.207	35.610	35.970	37.057

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 184.782.021	kr. 188.318.395	kr. 195.503.534	kr. 201.804.558
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 179.394.910	kr. 182.917.674	kr. 189.636.180	kr. 195.395.329
Diff.	kr. -5.387.111	kr. -5.400.721	kr. -5.867.355	kr. -6.409.229

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	210.389	212.206	213.214	209.411
Forbrug (patienter)	204.317	205.394	206.793	203.286
Diff.	-6.072	-6.812	-6.421	-6.125

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Øjenlægehjælp	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	765.308	763.007	787.148	806.223
Forbrug (ydelser)	744.501	741.728	764.634	783.618
Diff.	-20.807	-21.279	-22.514	-22.605

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Øjenlægehjælp	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 195.395.329	203.286	kr. 961
Region Midtjylland	kr. 171.896.550	154.897	kr. 1.110
Region Nordjylland	kr. 67.622.201	72.473	kr. 933
Region Sjælland	kr. 113.165.277	100.087	kr. 1.131
Region Syddanmark	kr. 163.559.328	163.050	kr. 1.003
I alt	kr. 711.638.685	693.268	kr. 1.026

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Øjenlægehjælp	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	203.286	1.815.807	112
Region Midtjylland	154.897	1.307.516	118
Region Nordjylland	72.473	585.809	124
Region Sjælland	100.087	831.450	120
Region Syddanmark	163.050	1.214.405	134
I alt	693.268	5.754.987	120

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Ortopædisk kirurgi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	1,98	1,98	1,98	1,98
Fuldtidskapaciteter	8	8	8	8
Hovedtotal	9,98	9,98	9,98	9,98

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	4,65	4,65	4,65	3,66
Midt	2	2	2	2,66
Nord	2	2	2	2
Syd	1,33	1,33	1,33	1,66
Hovedtotal	9,98	9,98	9,98	9,98

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	6	6	6	6
Fuldtidspraksis	8	8	8	8
Hovedtotal	14	14	14	14

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	95.957	97.368	98.557	126.123
Midt	223.380	224.953	226.246	171.141
Nord	157.468	158.757	159.562	160.283
Syd	385.435	391.434	397.725	324.642
Hovedtotal	176.389	178.406	180.208	181.945

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 40.579.640	kr. 39.370.847	kr. 42.293.377	kr. 40.477.314
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 38.593.014	kr. 37.938.372	kr. 40.963.803	kr. 39.551.064
Diff.	kr. -1.986.627	kr. -1.432.475	kr. -1.329.575	kr. -926.249

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	25.837	24.410	24.077	22.461
Forbrug (patienter)	24.775	23.535	23.573	22.142
Diff.	-1.062	-875	-504	-319

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Ortopædisk kirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	74.593	73.252	79.237	77.689
Forbrug (ydelser)	71.046	70.516	77.079	76.122
Diff.	-3.547	-2.736	-2.158	-1.567

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Ortopædisk kirurgi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 39.551.064	1.815.807	kr. 22
Region Midtjylland	kr. 14.187.343	1.307.516	kr. 11
Region Nordjylland	kr. 16.633.314	585.809	kr. 28
Region Sjælland	kr. 18.959.114	831.450	kr. 23
Region Syddanmark	kr. 22.215.961	1.214.405	kr. 18
I alt	kr. 111.546.797	5.754.987	kr. 19

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Ortopædisk kirurgi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 39.551.064	22.142	kr. 1.786
Region Midtjylland	kr. 14.187.343	7.777	kr. 1.824
Region Nordjylland	kr. 16.633.314	11.347	kr. 1.466
Region Sjælland	kr. 18.959.114	12.916	kr. 1.468
Region Syddanmark	kr. 22.215.961	11.741	kr. 1.892
I alt	kr. 111.546.797	65.875	kr. 1.693

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Ortopædisk kirurgi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	22.142	1.815.807	12
Region Midtjylland	7.777	1.307.516	6
Region Nordjylland	11.347	585.809	19
Region Sjælland	12.916	831.450	16
Region Syddanmark	11.741	1.214.405	10
I alt	65.875	5.754.987	11

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Ørelægehjælp

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter				
Fuldtidskapaciteter	56	56	56	56
Hovedtotal	56	56	56	56

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Bornholm	2	2	2	2
Byen	15	15	15	15
Midt	16	15	15	15
Nord	11	11	11	11
Syd	12	13	13	13
Hovedtotal	56	56	56	56

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis				
Fuldtidspraksis	56	56	56	56
Hovedtotal	56	56	56	56

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Bornholm	19.921	19.853	19.801	19.745
Byen	29.747	30.184	30.553	30.774
Midt	27.923	29.994	30.166	30.349
Nord	28.631	28.865	29.011	29.142
Syd	42.719	40.047	40.690	41.454
Hovedtotal	31.435	31.795	32.116	32.425

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 216.573.499	kr. 223.768.414	kr. 230.064.147	kr. 237.403.034
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 214.249.479	kr. 221.311.715	kr. 227.249.987	kr. 233.641.166
Diff.	kr. -2.324.020	kr. -2.456.699	kr. -2.814.160	kr. -3.761.868

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	189.391	192.324	197.807	204.189
Forbrug (patienter)	186.860	189.776	194.670	200.385
Diff.	-2.531	-2.548	-3.137	-3.804

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Ørelægehjælp	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	1.051.006	1.055.279	1.090.499	1.109.467
Forbrug (ydelser)	1.039.294	1.043.095	1.075.417	1.089.788
Diff.	-11.712	-12.184	-15.082	-19.679

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Ørelægehjælp	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 233.641.166	200.385	kr. 1.166.100
Region Midtjylland	kr. 137.960.580	115.945	kr. 1.190.000
Region Nordjylland	kr. 77.292.659	56.677	kr. 1.364.000
Region Sjælland	kr. 98.853.382	85.988	kr. 1.150.000
Region Syddanmark	kr. 129.855.568	119.210	kr. 1.089.000
I alt	kr. 677.603.354	577.369	kr. 1.174.000

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Ørelægehjælp	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	200.385	1.815.807	110
Region Midtjylland	115.945	1.307.516	89
Region Nordjylland	56.677	585.809	97
Region Sjælland	85.988	831.450	103
Region Syddanmark	119.210	1.214.405	98
I alt	577.369	5.754.987	100

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Plastikkirurgi

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	1,32	1,32	1,32	1,32
Fuldtidskapaciteter	8	8	8	8
Hovedtotal	9,32	9,32	9,32	9,32

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	0,66	0,66	0,66	1,66
Midt	2,33	2,33	2,33	2,33
Nord	1,33	1,33	1,33	1,33
Syd	5	5	5	4
Hovedtotal	9,32	9,32	9,32	9,32

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	4	4	4	4
Fuldtidspraksis	8	8	8	8
Hovedtotal	12	12	12	12

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	676.062	686.002	694.377	278.079
Midt	191.742	193.092	194.202	195.380
Nord	236.794	238.732	239.942	241.027
Syd	102.526	104.121	105.795	134.726
Hovedtotal	188.881	191.040	192.970	194.829

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 34.436.611	kr. 35.028.217	kr. 34.870.031	kr. 34.919.907
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 29.705.920	kr. 29.826.396	kr. 29.493.741	kr. 29.211.970
Diff.	kr. -4.730.691	kr. -5.201.821	kr. -5.376.290	kr. -5.707.937

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	16.057	16.483	16.911	18.169
Forbrug (patienter)	13.769	13.904	14.204	15.053
Diff.	-2.288	-2.579	-2.707	-3.116

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Plastikkirurgi	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	70.579	71.549	72.207	73.353
Forbrug (ydelser)	61.140	61.204	61.393	61.422
Diff.	-9.439	-10.345	-10.814	-11.931

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Plastikkirurgi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 29.211.970	1.815.807	kr. 16
Region Midtjylland	kr. 7.434.167	1.307.516	kr. 6
Region Nordjylland	kr. 189.834	585.809	kr. 0
Region Sjælland	kr. 5.675.657	831.450	kr. 7
Region Syddanmark	kr. 8.552.872	1.214.405	kr. 7
I alt	kr. 51.064.501	5.754.987	kr. 9

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Plastikkirurgi	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 29.211.970	15.053	kr. 1.941
Region Midtjylland	kr. 7.434.167	3.366	kr. 2.209
Region Nordjylland	kr. 189.834	66	kr. 2.876
Region Sjælland	kr. 5.675.657	3.113	kr. 1.823
Region Syddanmark	kr. 8.552.872	5.000	kr. 1.711
I alt	kr. 51.064.501	26.568	kr. 1.922

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Plastikkirurgi	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	15.053	1.815.807	8
Region Midtjylland	3.366	1.307.516	3
Region Nordjylland	66	585.809	0,1
Region Sjælland	3.113	831.450	4
Region Syddanmark	5.000	1.214.405	4
I alt	26.568	5.754.987	5

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Psykiatri

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	7,26	7,26	7,26	7,26
Fuldtidskapaciteter	44	44	44	43
Hovedtotal	51,26	51,26	51,26	50,26

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Efter regionsrådets godkendelse af praksisplanen blev det i november 2018 besluttet at genetablere en psykiatrisk deltidspraksis på Bornholm, som således ikke er inkluderet i praksisplanens kapacitetsopgørelse

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	16,97	15,97	15,64	15,31
Midt	15,30	15,30	14,30	14,30
Nord	10	9	9	9,66
Syd	8,99	10,99	11,32	10,99
Hovedtotal	51,26	51,26	50,26	50,26

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	22	22	22	21
Fuldtidspraksis	44	44	44	43
Hovedtotal	66	66	66	64

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	26.294	28.351	29.302	30.151
Midt	29.200	29.406	31.643	31.835
Nord	31.494	35.279	35.458	33.185
Syd	57.022	47.371	46.729	49.036
Hovedtotal	34.342	34.735	35.783	36.128

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 95.748.398	kr. 110.661.475	kr. 117.704.802	kr. 117.875.018
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 94.634.120	kr. 109.020.202	kr. 115.809.056	kr. 115.632.897
Diff.	kr. -1.114.278	kr. -1.641.273	kr. -1.895.746	kr. -2.242.121

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	25.815	26.015	25.399	25.731
Forbrug (patienter)	25.472	25.620	25.041	25.271
Diff.	-343	-395	-358	-460

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Psykiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	216.429	201.072	190.129	184.313
Forbrug (ydelser)	212.929	197.374	186.383	180.611
Diff.	-3.500	-3.698	-3.746	-3.702

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Note: Antallet af ydelser er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Psykiatri	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 115.632.897	1.815.807	kr. 64
Region Midtjylland	kr. 43.953.646	1.307.516	kr. 34
Region Nordjylland	kr. 14.471.408	585.809	kr. 25
Region Sjælland	kr. 40.038.746	831.450	kr. 48
Region Syddanmark	kr. 42.187.147	1.214.405	kr. 35
I alt	kr. 256.283.843	5.754.987	kr. 45

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Psykiatri	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 115.632.897	25.271	kr. 4.576
Region Midtjylland	kr. 43.953.646	8.960	kr. 4.906
Region Nordjylland	kr. 14.471.408	2.728	kr. 5.305
Region Sjælland	kr. 40.038.746	9.211	kr. 4.347
Region Syddanmark	kr. 42.187.147	8.455	kr. 4.990
I alt	kr. 256.283.843	54.219	kr. 4.727

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Psykiatri	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	25.271	1.815.807	14
Region Midtjylland	8.960	1.307.516	7
Region Nordjylland	2.728	585.809	5
Region Sjælland	9.211	831.450	11
Region Syddanmark	8.455	1.214.405	7
I alt	54.219	5.754.987	9

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Pædiatri

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter	2,31	2,31	2,31	2,31
Fuldtidskapaciteter	9	9	9	9
Hovedtotal	11,31	11,31	11,31	11,31

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Bornholm	1	1	1	1
Byen	3,32	3,32	2,66	2,66
Midt	2,99	1,99	2,65	3,65
Nord	2	3	3	2
Syd	2	2	2	2
Hovedtotal	11,31	11,31	11,31	11,31

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	7	7	7	7
Fuldtidspraksis	9	9	9	9
Hovedtotal	16	16	16	16

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Bornholm	39.842	39.706	39.601	39.489
Byen	134.398	136.374	172.289	173.538
Midt	149.418	226.083	170.751	124.722
Nord	157.468	105.838	106.374	160.283
Syd	256.314	260.304	264.487	269.453
Hovedtotal	155.647	157.426	159.017	160.549

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 29.702.328	kr. 30.577.062	kr. 29.832.836	kr. 31.886.829
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 29.925.730	kr. 30.821.021	kr. 29.969.326	kr. 31.998.836
Diff.	kr. 223.402	kr. 243.959	kr. 136.490	kr. 112.007

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	13.744	13.706	14.040	14.508
Forbrug (patienter)	13.829	13.788	14.027	14.448
Diff.	85	82	-13	-60

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Pædiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	113.668	116.092	111.717	63.086
Forbrug (ydelser)	114.303	116.327	111.547	63.525
Diff.	635	235	-170	439

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Pædiatri	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 31.998.836	1.815.807	kr. 18
Region Midtjylland	kr. 15.246.852	1.307.516	kr. 12
Region Nordjylland	kr. 12.384.009	585.809	kr. 21
Region Sjælland	kr. 16.944.881	831.450	kr. 20
Region Syddanmark	kr. 5.260.531	1.214.405	kr. 4
I alt	kr. 81.835.110	5.754.987	kr. 14

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Pædiatri	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 31.998.836	14.448	kr. 2.215
Region Midtjylland	kr. 15.246.852	5.447	kr. 2.799
Region Nordjylland	kr. 12.384.009	4.609	kr. 2.687
Region Sjælland	kr. 16.944.881	6.246	kr. 2.713
Region Syddanmark	kr. 5.260.531	2.169	kr. 2.425
I alt	kr. 81.835.110	32.862	kr. 2.490

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Pædiatri	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	14.448	1.815.807	8
Region Midtjylland	5.447	1.307.516	4
Region Nordjylland	4.609	585.809	8
Region Sjælland	6.246	831.450	8
Region Syddanmark	2.169	1.214.405	2
I alt	32.862	5.754.987	6

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Kapaciteter/praksis i Region Hovedstaden

Tabel 1. Antal kapaciteter 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Deltidskapaciteter				0,33
Fuldtidskapaciteter	6	6	6	6
Hovedtotal	6	6	6	6

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 2. Antal kapaciteter fordelt på planområder 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	2	2	2	2
Midt	2,33	2,33	2,33	2,33
Nord	1	1	1	1
Syd	1	1	1	1
Hovedtotal	6,33	6,33	6,33	6,33

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 3. Antal praksis 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Deltidspraksis	1	1	1	1
Fuldtidspraksis	6	6	6	6
Hovedtotal	7	7	7	7

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Tabel 4. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Bornholm				
Byen	223.101	226.381	229.145	230.806
Midt	191.742	193.092	194.202	195.380
Nord	314.936	317.514	319.123	320.566
Syd	512.628	520.607	528.974	538.905
Hovedtotal	278.099	281.279	284.120	286.857

Kilde: Notus Regional, antal kapasiteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Produktion og forbrug Region Hovedstaden

Tabel 5. Bruttohonorar 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (bruttohonorar)	kr. 12.831.637	kr. 13.429.151	kr. 15.072.772	kr. 14.258.281
Forbrug (bruttohonorar)	kr. 12.521.352	kr. 12.755.389	kr. 14.704.976	kr. 14.251.470
Diff.	kr. -310.286	kr. -673.762	kr. -367.796	kr. -6.810

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 6. Antal patienter (unikke CPR nr.) 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (patienter)	1.407	1.494	1.581	1.420
Forbrug (patienter)	1.374	1.436	1.538	1.412
Diff.	-33	-58	-43	-8

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Tabel 7. Antal ydelser 2014-17

Børne- og ungdomspsykiatri	2014	2015	2016	2017
Produktion (ydelser)	13.220	13.168	18.411	17.005
Forbrug (ydelser)	13.528	13.116	17.681	16.332
Diff.	308	-52	-730	-673

Kilde: Targit, Produktion og forbrug (bruttohonorar) 2014-17 (trukket den 21. februar 2018)

Note: Antallet af ydelser er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser)

Forbrug pr. patient/borger sammenholdt med de øvrige regioner

Tabel 8. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

Børne- og ungdomspsykiatri	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 14.251.470	1.815.807	kr. 8.000
Region Midtjylland	kr. 8.597.155	1.307.516	kr. 7.000
Region Nordjylland	kr. 2.381.107	585.809	kr. 4.000
Region Sjælland	kr. 6.021.938	831.450	kr. 7.000
Region Syddanmark	kr. 5.231.772	1.214.405	kr. 4.000
I alt	kr. 36.483.443	5.754.987	kr. 6.000

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 9. Bruttohonorar (forbrug) pr. patient fordelt på regioner 2017

Børne- og ungdomspsykiatri	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal patienter (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. patienter 2017
Region Hovedstaden	kr. 14.251.470	1.412	kr. 10.093
Region Midtjylland	kr. 8.597.155	1.163	kr. 7.392
Region Nordjylland	kr. 2.381.107	451	kr. 5.280
Region Sjælland	kr. 6.021.938	640	kr. 9.409
Region Syddanmark	kr. 5.231.772	789	kr. 6.631
I alt	kr. 36.483.443	4.432	kr. 8.232

Kilde: Targit, Landstal (bruttohonorar og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 10. Patienter (forbrug) pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2017

Børne- og ungdomspsykiatri	Antal patienter (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Patienter pr. 1.000 borgere 2017
Region Hovedstaden	1.412	1.815.807	0,8
Region Midtjylland	1.163	1.307.516	0,9
Region Nordjylland	451	585.809	0,8
Region Sjælland	640	831.450	0,8
Region Syddanmark	789	1.214.405	0,6
I alt	4.432	5.754.987	0,8

Kilde: Targit, Landstal (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal patienter (unikke CPR nr.) 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Pendlerstatistik pr. speciale 2017

Anæstesiologi	Patientens hjemkommune																													
	2017																													
Behandlingskommune	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Fredriksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune	
Region Hovedstaden	261	133	369	247	485	130	297	239	876	264	218	389	541	229	287	229	390	237	365	519	414	157	249	4.918	231	257	284	512	156	
Ballerup Kommune	4	13	91	1		21	43	2	1	4	20	2	4	2	11	128	11	14		3	2	16		2	71	2	1	5	69	2
Bornholms Regionskommune				208																				1						
Gentofte Kommune	48	35	8	1	18	8	10	138	66	13	25	50	82	41	155	32	182	24	234	17	5	113	8	628	57	113	11	26	15	
Herlev Kommune	12	9	15		8	5	1	3	10	10	3	13	30	37	29	2	68		68		1	32	2	3	26	2	6	3	2	
Hvidovre Kommune	70	7	85	25	12	1	41		115	122	79	9	138	17	1	8		43	8	4	32		24	132	9	25	20	3	18	
Hørsholm Kommune		5						30				2	1		25	1	43		1		1	10		4	7	5				
Københavns Kommune	128	72	171	14	409	53	196	56	686	115	95	323	318	134	51	34	73	90	52	357	350	33	203	3.784	155	106	170	238	116	
Rødovre Kommune	7	1	2		40	8	2	13	3			3	4	12	9	1	81	3	2	138	8		7	145	1	1	77	12	8	
Tårnby Kommune	2				3	39	1		4	2		1	1		1	1				2	3		4	175	1	1	1	173		
Region Midtjylland										1														4						
Region Nordjylland											1														3			1		
Region Sjælland	32	3	39		14	5	108	1	5	43	13	5	18	17				14	5	11	148	1	31	190	40	9	109	12	5	
Region Syddanmark									1											1					2					
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (procent)"				84%															29%		0,8%							27%	34%	

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Radiologi	Patientens hjemkommune														
	2017	Behandlingskommune	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gleedsø Kommune
Behandlingskommune	883	188	104	1.137	1.948	866	437	9.234	162	1.048	2.861	2.712	521	160	113
	201	8	276	2	60	77	50	6.160	22	189	130	174	156	18	13
	689	181	1.583	897	1.909	793	389	3.371	140	863	2.740	2.550	371	143	100
Region Midtjylland								1							
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"								67%							
Behandlingskommune	428	5.364	127	58	372	1.115	1.063	83	83	522	48.394	1.115	1.279	5.290	372
	201	8	276	2	60	77	50	6.160	22	189	130	174	156	18	13
	689	181	1.583	897	1.909	793	389	3.371	140	863	2.740	2.550	371	143	100
Region Midtjylland								1							
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"								67%							

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Dermato-Venerologi		Patientens hjemkommune																											
2017																													
Behandlingskommune	Patientens hjemkommune																												
	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksborg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Valleensbæk Kommune
Region Hovedstaden	2.413	2.205	4.319	5.224	3.098	1.422	3.292	4.199	10.302	3.889	3.734	8.654	6.303	1.912	4.181	2.389	6.730	2.828	4.125	4.944	3.416	3.489	1.454	52.484	6.519	6.700	3.742	4.240	1.304
Ballerup Kommune	28	1	1.703	1	2	2	1.091	2	21	67	387	34	26	16	9	10		80	5	3	28	4	1	71	20	16	16	1	8
Bornholms Regionskommune			1	5.182	1	1		1	6		1	5		1			4		2	3	1	1		34	3	4	1		2
Frederiksborg Kommune	13	17	41	3	35	27	81	9	4.032	20	24	133	69	25	18	3	15	19	8	96	16	9	21	3.383	52	48	103	29	16
Frederikssund Kommune	17	6					488		3	2.049	6		1	2	13	299	3	2	35	2	1			18		4			
Gentofte Kommune		10	5		1	5	3	30	44	13	30	2.966	67	6	18	7	20	6	6	4		3	270	225	239	6	1	4	
Gladsaxe Kommune	28	22	569	1	7	2	262	27	63	35	1.017	1.040	3.910	32	17	11	10	335	17	17	27	18	10	520	377	81	35	2	6
Glostrup Kommune	534		60		350	5	29	2	28	16	16	12	19	522	1	2		37	1	31	203	1	105	399	5	6	60	9	112
Gribskov Kommune	7	22	22		5		78	70	22	238	25	41	12	2	2.363	927	79	5	390	3	7	48	2	116	15	30	5	1	
Helsingør Kommune	3	6	2	2		2	7	585	13	10	4	22	7	3	492	39	5.378	1	51		3	42	1	72	3	12			1
Herlev Kommune	51	8	1.091		41		300	9	51	30	145	92	378	128	8	9	8	1.884	29	29	36	6	24	541	47	38	164	4	29
Hillerød Kommune	1	215	5		1	1	77	173	8	295	19	13	5	2	558	554	71	2	1.968	2	1	14		40	12	32	2	1	1
Hvidovre Kommune	151		39	2	898	5	24	5	54	16	8	19	21	107	3	2	5	17	4	2.981	115	3	598	491	7	1	185	11	388
Høje-Taastrup Kommune	357	1	12		62	1	21	2	6	7	2	11	8	61	1		5	4	5	13	1.721	3	248	47	4	6	5	1	109
Hørsholm Kommune	1	558	16	2	3	3	29	2.713	73	98	245	160	21	5	344	186	866	5	699	4	10	2.751	3	233	120	1.087	7	3	2
Københavns Kommune	188	77	415	29	272	988	383	205	5.377	192	271	2.451	592	143	83	57	185	249	126	654	352	152	230	42.589	468	373	412	2.569	140
Lyngby-Taarbæk Kommune	17	175	197	4	22	7	140	162	152	80	390	1.671	1.150	23	74	36	82	121	114	43	36	220	14	906	5.063	2.638	33	17	17
Rudersdal Kommune	2	1.111	26	1	5	1	231	268	35	773	1.185	57	33	3	276	299	94	9	745	8	4	203	2	163	141	2.172	7	4	2
Rødovre Kommune	1.084	5	199	2	1.434	7	106	7	442	32	19	90	68	885	8	4	10	93	8	1.113	905	10	214	2.123	29	29	2.752	13	484
Tårnby Kommune	4		6	2	9	384	11	2	33	4	3	9	9	2		1	4	2	6	12	12	4	6	1.029	5	5	6	1.637	2
Region Midtjylland				2	1		1		12	1	1	8	3	1	1				3	3	2			66	4	1	1	1	1
Region Nordjylland			1	1					5			2			1		1		1	1				16	4		2	1	
Region Sjælland	24	6	29	5	47	9	50	8	67	84	13	20	11	25	4	8	9	10	9	30	234	4	296	266	14	13	15	8	101
Region Syddanmark			1	3		1	4	2	21	1		5	3	1	1		2	1	2	3	1	3		71	4	5		1	1
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"			39%	99%					39%	53%		34%	62%	27%	57%	80%		67%	48%	60%	50%	79%		81%	78%	32%	74%	39%	

Kilde: Target: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Reumatologi		Patientens hjemkommune																													
2017		Albirstund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksborg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helstingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høj-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune	
Behandlingskommune		799	553	909	71	1.061	144	695	966	1.505	1.100	1.171	1.485	1.473	515	955	722	1.404	494	1.148	1.245	977	650	795	7.668	1.160	1.442	857	535	344	
Region Hovedstaden																															
Frederiksberg Kommune	13	3	266	441	7	14	12	371	82	63	346	985	89	163	14	89	94	46	123	121	17	37	20	15	7	410	43	51	27	33	11
Furesø Kommune																															
Gentofte Kommune	11	12	29	3	8	20	13	38	38	39	23	8	766	156	4	10	7	16	21	5	11	21	49	18	230	144	60	19	26	6	
Gladaxe Kommune	9	4	72	1	4		21	3	15	8	19	116	396	15	1	1	1	1	72	2	6	19	9	5	120	44	13	11	8	1	
Glostrup Kommune	342			52	1	263		6		5	5	3	1	8	219	2	2	2	52	1	28	298	1	127	22		1	102	2	82	
Hillerød Kommune	11	206		47	3	14	5	150	219	44	569	38	42	44	9	623	562	456	20	938	17	23	77	13	199	46	124	9	11		
Hvidovre Kommune	45			10		194	2		1	12	2	4	2	8	21		1	1	5	1	760	63	1	194	102	7		72	13	24	
Hørsholm Kommune		20	1	6				1	525		12	6	4	1		159	21	781		25			347		8	8	82	1			
Københavns Kommune	89	15	126	32	32	192	90	73	37	1.064	65	30	146	214	83	23	16	35	109	12	241	261	27	121	6.013	75	79	273	405	38	
Lyngby-Taarbæk Kommune	14	20	35	15	11	6	24	39	13	30	46	134	365	7	22	8	24	57	17	8	17	8	17	37	3	141	441	117	13	2	1
Rudersdal Kommune	12	16	12		4	1	15	26	13	29	20	66	50	1	18	12	44	7	16	5	5	5	36	5	73	263	502	8	5	2	
Rødovre Kommune	85	1	67	3	3	138	2	11	1	19	8	1	4	36	87	3	1		26	2	87	67		21	126	4	1	310	12	19	
Vallensbæk Kommune	172			21		220			2	7	2		1	4	58			1	1		49	184		308	31	2		7	6	160	
Region Midtjylland											1														4						
Region Nordjylland												1													3				1		
Region Sjælland	32	3	39			14	5	108	1	5	43	13	5	18	17				14	5	11	148	1	31	190	40	9	109	12	5	
Region Syddanmark										1					1						1				2						
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"										16%		84%	52%	27%	43%					82%	61%				53%		38%	35%	36%		47%

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Gynækologi og obstetrik		Patientens hjemkommune																												
2017																														
Behandlingskommune		Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høj-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune
Region Hovedstaden	1.675	1.361	2.684	49	1.915	790	1.973	2.779	7.653	2.222	2.375	6.183	4.385	1.469	2.285	1.563	4.510	1.565	3.139	3.040	2.340	1.896	1.209	40.794	3.840	3.655	2.143	2.253	828	
Ballerup Kommune	62	23	1.110	1	25	4	529	6	38	148	97	18	84	51	14	17	6	144	49	22	50	8	14	212	23	22	55	6	12	
Frederiksberg Kommune	32	17	31	7	71	35	38	8	2.866	20	28	119	80	30	9	6	10	25	19	218	36	16	38	4.365	69	28	243	53	25	
Frederikssund Kommune		5	5				193	3	2	983	2	1	2		12	140	6	3	19		1			16						
Furesø Kommune	10	19	467	1	10		247	2	23	22	811	12	39	3	5	3		36	10	4	5	5	2	116	11	28	7	1	7	
Gentofte Kommune	10	17	19	1	9	8	22	41	135	7	44	3.054	288	10	26	11	24	47	18	20	16	79	33	1.169	324	241	29	10	7	
Gladaxe Kommune	19	15	167	1	20	3	80	22	64	8	291	585	2.204	29	13	10	5	184	16	24	13	19	9	533	286	81	53	8	5	
Glostrup Kommune	485	2	34	2	590	5	15	1	24	14	12	62	22	728	4	3	4	18	10	98	101	10	212	180	22	19	266	6	198	
Helsingør Kommune	5	67	12	2	7	1	24	1.582	52	62	16	86	29	6	1.008	93	4.089	15	161	13	11	273	7	295	55	223	11	7	3	
Herlev Kommune	50	7	408		95	1	152	6	24	18	60	37	248	108	1	1	4	760	1	24	31	1	31	340	23	8	243	8	27	
Hillerød Kommune	3	556	41	1	8	1	389	326	37	823	168	46	31	8	1.030	1.187	162	20	2.615	15	12	91	4	270	91	156	12	8	8	
Hvidovre Kommune	150		27		502	10	20	4	92	5	16	20	32	139	1	2	4	20	3	1.781	141		232	1.064	11	7	491	34	174	
Høj-Taastrup Kommune	711	5	46		344	6	32	5	51	9	16	16	25	218	11	3	3	16	11	148	1.766	1	496	286	8	14	98	17	251	
Hørsholm Kommune	1	157	13	2	2	2	22	550	38	24	67	216	38	9	54	21	88	9	77	6	9	1.143	3	250	159	704	9	3	2	
Københavns Kommune	171	76	305	28	276	331	178	161	4.300	94	228	1.225	682	164	86	42	129	230	112	682	187	142	151	30.722	479	416	667	951	106	
Lyngby-Taarbæk Kommune	19	67	80	3	22	3	44	68	123	25	166	883	733	19	38	27	39	92	37	34	24	88	16	884	2.257	852	43	8	17	
Rudersdal Kommune	5	374	23	1			60	66	16	28	470	24	22	2	16	25	13	5	50	2	2	2	79	1	80	163	972	2	1	
Tårnby Kommune	5	1	2	1	11	403	2	1	39	3	2	21	11	6	2	1	3	2	4	43	8	3	11	1.326	2	4	10	1.191	7	
Region Midtjylland		1	1		2	1	1	1	11	1		4	1			2		1	1	4	4				78	2		2	1	
Region Nordjylland		1	1						1		2	1						1							12					
Region Sjælland	21	3	10	3	21	7	72	5	57	123	10	32	15	21	9	4	5	9	6	35	261		4	147	307	9	13	16	4	35
Region Syddanmark	2		1	1			1		15		2	2	1			2				1	2	2		1	74	1	3	1	2	2
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen procent"			41%							37%	44%	34%	49%	50%	50%			91%	49%	83%	59%	75%	60%			75%	27%		53%	

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Intern medicin	Patientens hjemkommune																												
	2017																												
Behandlingskommune																													
Region Hovedstaden	356	852	984	29	375	224	887	1.333	1.955	1.165	1.097	2.229	1.259	274	1.210	916	1.869	372	1.352	510	609	816	372	9.577	1.169	1.748	524	511	178
Allerød Kommune		205						22	2	2	25		1		2	8	2		10			4		1	2	19		1	
Ballerup Kommune	36	17	656	6	32	4	377	13	26	23	303	50	240	38	7	3	22	165	11	24	28	9	16	171	60	43	53	7	31
Brøndby Kommune	11	1			92		4	1	1	1	1	11	2	16	2		2			4	1	9	3	26	4	5	6	3	5
Frederiksberg Kommune	18	12	26	2	51	27	13	31	770	7	17	94	53	37	9	14	12	18	10	130	25		44	1.666	26	41	170	117	10
Frederikssund Kommune	1	1	11	1			143	1	1	750	12	2	3		28	166	5		29					9	2	2	1	1	1
Gentofte Kommune	48	39	94	6	30	19	53	54	187	37	123	1.448	457	29	44	19	59	70	48	37	53	51	23	957	344	235	65	38	18
Glebsø Kommune	7	2	30		4	3	10	1	6	3	33	14	105	5	1	3		16	2	3	2	1	2	32	22	10	7		4
Helsingør Kommune	3	100	20	1	7	4	62	365	26	57	27	47	14	5	244	101	757	7	267	1	8	165	2	120	23	112	9	2	4
Hillø Kommune		241	10	1		1	95	586	7	150	113	12	8	2	746	453	910	3	807		2	250		33	12	88	5		1
Hvidovre Kommune	8		2	1	5		1	7	2	1		1	2	4	3		2	2		107	10		17	37	4	2	13	1	1
Høje-Taastrup Kommune	100	1	13		38		9		6	2	3	5	21	40		1	1	3		23	333	4	151	30	5	5	19	2	51
København Kommune	118	13	109	11	119	162	72	45	929	45	78	429	234	102	34	16	82	83	34	177	144	66	123	6.422	167	116	180	343	47
Lyngby-Taarbæk Kommune	9	14	4		1	6	4	9	18	3	24	43	24	2	13	1	7	1	4	7	4	16	85	74	54	4	7	4	4
Rudersdal Kommune	4	247	25		5	2	59	251	13	106	391	129	123		116	182	106	14	198	7	3	243		127	461	1.090	5	1	1
Region Midtjylland									9		1	1			1	3	1		1					22	1	3			
Region Nordjylland									2			1																	
Region Sjælland									1				1											6				1	
Region Syddanmark									1		1										1			9					
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"		24%	67%		25%				39%	64%		65%	8%				41%		60%	21%	55%				67%	6%	62%		

Kilde: Tagit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).
Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

	Albertslund Kommune	782	679	1.445	85	1.209	504	1.210	1.204	3.171	1.548	1.101	2.900	2.231	611	1.186	841	1.778	1.018	1.597	1.528	1.284	762	699	16.126	1.886	1.798	1.212	1.651	Tårby Kommune		
	Allerød Kommune	1	409	9				121	121	9	95	231	11	8	1	102	144	83	7	190	64	2	171	1	37	27	333	4	3			
	Ballerup Kommune	227	1	36		690	1	8	2	20	2	5	3	12	248	1			8	2	64	171	2	151	102	4	5	64	11	141		
e		16	9	57	7	27	13	25	17	1.772	9	65	72	75	26	21	5	14	18	15	68	29	14	31	3.388	18	19	89	52	15		
ne			51	17	1	1		536	4	3	1.272	19	3			35	324	4	1	53	2	4			8	4	3	2				
		21	26	75	7	36	19	57	116	139	32	165	2.261	447	18	52	36	104	38	68	24	23	153	21	925	422	448	31	27	9		
		1	2	12	1	1		1	1	4	5	23	27	492	1	1	2	1	16	2	2	2	1		26	18	9	3	1			
			1						4	1	1		3			323	33	4	1	16					10	1	2					
			26	1				2	390	2	3	1	3	1		167	8	1.290		15			31		6	2	10					
		41	3	874	1	7	1	250	1	9	9	95	7	225	35	6	7	2	718	6	11	8	2	8	163	13	7	58	1	20		
			64	4		1		46	215	4	62	40	5	4		390	229	109	2	1.152		1	31		22	6	24	1	1	2		
		39		7		121	3	1	6	5	3	1	6	6	27		1	1	5		924	63	2	119	168	2	4	56	2	60		
e		170		26	1	16	1	22		2	1	2			19	2	1	3		5	625			123	21	1	1	3	1	36		
		1	2	1					121	1	7	6	7	1	1	9	3	14		8	3	217			7	1	30					
		86	13	138	62	105	145	51	44	1.048	25	53	202	195	76	45	32	72	81	31	226	204	43	120	9.439	78	74	163	496	51		
lune		12	75	72	2	28	1	41	172	44	16	359	251	699	9	39	21	81	79	39	9	13	78	8	230	1.235	593	17	5	9		
			1	3		1	1	2	2	3		5	8	2			2	2	2	2	1		12		19	38	219					
		186	8	147	5	196	15	66	25	128	21	47	62	108	159	9	3	25	63	20	210	145	10	133	689	45	45	742	25	92		
		2		2		5	309	2	2	20	2		7	6	4	2	1	2	1	7	10	7		2	1.121	3	5	6	1.059			
		1		1		1			2		1			3						1	1			2	20		2					
																									2							
		12	5	8	5	13	3	20	7	23	31	11	18	3	14	11	6	20	6	2	26	97	8	82	124	11	15	10	7	18		
								1						3		1									8	1	1					
r nunen			60%			57%							78%	22%				73%	71%	72%	60%	49%	28%			59%	12%	61%				

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Neurologi

2017		Patientens hjemkommune																												
Behandlingskommune	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Fredrikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gledegade Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helmsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lynby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårby Kommune	Valleensbæk Kommune		
Region Hovedstaden	326	272	592	13	544	139	517	484	883	586	420	666	620	266	484	360	756	354	526	862	391	259	340	4.909	518	560	469	468	176	
Bornholms Regionskommune		3	2		1		1	1	2	1	2	17	2		1		4	2	4	1	1	1	22	5	2	1				
Egedal Kommune	3	60	77		1	3	356	21	3	396	144	6	4		32	120	4	7	127			17		12	3	26	1		2	
Fredrikssund Kommune	19	10	39	5	29	16	15	6	381	11	21	43	43	23	7	2	11	21	8	32	32	6	25	756	24	25	59	33	8	
Gentofte Kommune		2	6			1	1	6	6		9	131	37		3	1	1	4	2	3	10	3	60	52	22	2	1			
Gribskov Kommune		5						7	1	6	4	2			136	51	15		41			1	1	2	1					
Helmsingør Kommune		23					1	245	1	4	2	4	1		136	21	586	1	47	1		88	9	2	8	1				
Herlev Kommune	54	12	329		12	3	72	4	8	24	70	20	201	85	5	3	2	225	5	16	37	5	20	111	27	11	43	4	21	
Hillerød Kommune	2	46	14		2	1	35	111	11	114	26	19	11	2	149	153	85	6	240	3	4	48	1	42	25	66	3	3	2	
Hvidovre Kommune	201	9	69		470	10	18	4	43	6	12	9	53	136	5	3	1	30	3	753	270	5	265	397	14	4	312	45	129	
Københavns Kommune	45	23	60	7	28	108	17	37	415	22	52	369	179	20	13	8	40	44	20	60	45	21	29	3.468	133	67	46	378	13	
Rudersdal Kommune	6	84	8	1	1		5	51	17	6	83	89	106	1	8	8	15	18	34	1	2	65	2	81	254	343	5	4	3	
Region Midtjylland								1	2			2					1					1		19	1	1	1			
Region Nordjylland									1			1				1								3		2				
Region Sjælland	14	5	11	1	11	1	28	6	7	81	5	10	14	6	4	7	8	8	12	2	130			26	71	5	10	5	9	
Region Syddanmark									4		1	3	2		1		1								15	2				
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"				0%			69%		43%			20%		28%			78%	64%	46%	87%					71%		61%			

Kilde: Tægtit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Øjenlægehjælp		Patientens hjemkommune																											
2017																													
Behandlingskommune	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårby Kommune	Valleensbæk Kommune
Region Hovedstaden	3.426	3.038	7.246	6.158	4.706	1.949	5.091	5.288	11.714	5.189	5.647	8.602	7.910	2.984	4.955	3.834	9.060	3.336	5.750	6.455	5.091	3.754	2.377	50.723	7.078	6.952	4.643	5.736	1.908
Ballerup Kommune	50	22	5.422	1	16	7	2.386	23	35	206	931	36	198	19	20	23	8	278	16	20	74	24	25	170	41	47	38	1	11
Bornholms Regionskommune	1		2	6.070	1			1	9	1	1	5				1	1		1	1	1	3		26	5	2	3	1	1
Frederiksberg Kommune	26	23	48	3	54	33	40	63	6.112	27	63	154	116	28	30	16	39	37	18	151	53	57	28	3.544	86	96	111	63	20
Frederikssund Kommune	1	59	23	1	1		851	15	13	3.106	56	10	10	7	88	780	16	5	102	3	3	12		32	8	38	4	1	2
Furesø Kommune	1	436	36	1		1	287	15	6	81	2.783	23	26	3	20	9	6	3	39		1	26		39	21	788	1	1	1
Gentofte Kommune	4	69	27		5	6	33	110	60	33	111	2.471	579	6	58	14	62	29	38	10	6	133	1	525	1.072	744	8	3	8
Gladsaxe Kommune	3	39	60	3	6	2	96	32	44	114	102	544	2.646	11	35	32	16	79	28	4	14	35	2	218	139	123	14	3	3
Glostrup Kommune	2.137	46	344	13	2.440	18	223	80	139	133	174	130	246	2.208	58	35	95	208	47	449	3.535	39	1.348	699	115	132	266	35	1.062
Helsingør Kommune		42	4	6	1	1	7	1.890	15	19	22	37	7	3	844	85	7.466	7	106	1	1	335	4	112	26	93	7	7	
Herlev Kommune	1	2	182		4	1	44	3	8	7	54	11	210	8	2	3		2.077			6	4	1	51	5	12	17	2	1
Hillerød Kommune	5	1.773	20	4	8	1	310	1.249	40	1.057	209	62	44	5	3.377	2.664	629	10	5.052	13	10	324	4	146	90	712	15	5	4
Hvidovre Kommune	664	3	33	1	393	3	34	11	64	13	12	10	26	83	7	4	7	31	3	2.040	422	3	343	545	6	12	96	5	337
Hørsholm Kommune		69	4		3	1	3	947	33	10	28	102	15	2	62	13	194	2	31		1	1.847	3	96	74	452	5	1	2
Københavns Kommune	207	242	535	80	381	1.178	420	552	4.967	278	631	2.922	1.858	185	257	107	413	352	174	849	433	501	269	41.246	1.124	1.332	574	2.827	172
Lyngby-Taarbæk Kommune	15	262	146	3	17	22	148	346	145	96	520	2.237	1.712	26	141	89	217	126	135	34	33	437	15	740	4.337	2.468	48	59	14
Rødovre Kommune	404	20	549	5	1.462	22	310	32	315	112	90	86	373	450	28	20	30	195	28	3.123	586	24	382	2.404	58	62	3.532	59	293
Tårby Kommune	1	3	6	1	15	705	6	7	16	2	3	2	4	2	1	2		2	1	8	7	2	8	917	2	3	2	2.791	7
Region Midtjylland	2	2	2	5			1	2	26	6	5	8	13	2	2		9	2	1	2	1	3		114	3	9	2	2	
Region Nordjylland	1			1		1	6	1	10		1	7	1		2	1	3	2	2			1		36	6	3		1	
Region Sjælland	34	13	22	9	44	11	416	18	70	623	33	52	43	20	31	30	17	7	38	51	922	25	212	331	36	28	19	12	46
Region Syddanmark	2	2	3	2	2	1	3	5	24	7	8	13	5	1	5	4	5	2	3	2	2	6	1	110	10	8	4	4	3
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"			75%	99%					52%	60%	49%	29%	33%	74%			82%	62%	88%	32%		49%		81%	61%		76%	49%	

Kilde: Tagt: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Ortopædisk kirurgi	Patientens hjemkommune																															
	2017																															
Behandlingskommune	427	217	540	3	534	173	365	524	1.072	433	409	1.035	1.219	308	562	462	681	334	611	652	538	263	472	6.852	804	531	560	521	205	Valleensbæk Kommune		
	97	7	87	1	79	15	31	13	506	17	28	35	82	52	10	8	6	67	8	134	46	9	23	1.302	19	11	162	47	24	Tårnby Kommune		
	27	26	90		36	13	50	83	108	39	80	748	441	32	45	19	48	54	30	36	35	61	36	1.043	314	198	51	17	15	Gentofte Kommune		
	2	6	3			1	16	225	2	36	14	5	7	2	128	95	450	1	97	2	5	87	2	19	7	32	3	2	1	Helsingør Kommune		
			131	8	2		117	118	2	262	82	4	8	1	314	305	96	1	413	1	2	29		19	9	79	1				Hillerød Kommune	
	224		113		282	5	55	8	8	15	13	2	15	140	1	2	4	14	2	242	380	10	366	60	3	1	101	10	134		Ishøj Kommune	
	81	8	81	2	128	138	28	33	448	30	44	111	167	69	22	15	29	56	33	239	69	18	54	4.353	44	30	216	445	30		Københavns Kommune	
	3	40	162		15	4	70	50	13	35	152	142	514	14	44	19	57	146	35	5	6	53	2	139	418	190	29	3	4		Lyngby-Taarbæk Kommune	
						3		1	2											1				14							Region Midtjylland	
													1												3	1		1				Region Nordjylland
	28	2	19	1	18	3	101	1	6	236	5		24	4	5	7	4	10	12	13	174	2	108	79	6	7	16	7	13			Region Sjælland
	1		1	1					4			4	2	1		1			1	1	1			11		1		1			Region Syddanmark	
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"												72%					66%		68%				78%	64%		52%						

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Ørelægehjælp		Patientens hjemkommune																												
2017																														
Behandlingskommune																														
Region Hovedstaden	3.778	2.804	5.712	7.579	4.675	1.302	5.599	5.081	10.979	4.881	4.162	8.152	7.528	2.718	4.306	3.946	8.283	3.201	5.776	6.760	5.086	3.975	2.527	56.620	6.585	6.766	4.615	4.190	2.021	
Albertslund Kommune	2.083	1		30	188		14	1	9	4	11	2	10	258	2	3	1	19	4	27	443		200	114	2	4	35	7	530	
Allerød Kommune	1	1.687	10	3	4	1	82	56	10	89	197	10	23	1	80	45	40	6	303	6	8	22	2	65	18	155	4	2	5	
Ballerup Kommune	83	6	3.994	3	17	4	987	3	24	37	727	31	125	46	11	8	4	379	5	14	41	7	19	185	20	22	37	10	22	
Bornholms Regionskommune			2	7.543		2		5	10		2	4	3	1			1	2	2	3	1		1	47	2	3	2	2	1	
Brøndby Kommune	142	2	21		2.389	6	3	2	25	3	6	14	12	208	1	2	2	19	2	161	174	5	921	205	6	7	127	15	583	
Egedal Kommune	22	50	873		22	3	3.953	14	34	1.235	284	25	67	26	27	68	6	109	95	17	49	6	8	215	22	25	31	10	21	
Frederiksberg Kommune	34	8	35	8	34	38	10	15	5.568	9	24	111	99	32	11	4	15	32	12	94	26	8	20	3.906	42	26	129	70	17	
Frederikssund Kommune	2	11	9	1			265	1	2	3.075	10	2	1		8	105	4	2	58	1	1	3	1	25	5	5	2			
Gentofte Kommune	7	18	20	1	9	5	22	32	83	11	51	5.081	487	9	21	8	24	51	10	11	8	31	2	1.008	392	183	14	8	4	
Gladsaxe Kommune	12	22	118		16	2	45	7	49	13	649	494	4.303	16	12	10	5	394	12	13	23	10	6	517	168	50	38	15	10	
Glostrup Kommune	840	1	34	1	616	1	15	9	18	3	4	10	18	1.532	4	1	2	29	1	37	103	1	119	98	14	4	85	6	213	
Halsnæs Kommune	3	1			1		9	8	9	76	4	12	4		209	2.881	5	2	63		3	1	1	33	3	8	1	2		
Helsingør Kommune	1	23	7	3	1	4	10	1.079	28	25	21	64	22	2	930	36	7.597	10	117	3	7	105	3	189	28	104	10	11	1	
Herlev Kommune	11	2	252	1	4		20	1	11	3	58	12	342	13		3		1.711	1	2	3	4	4	200	13	10	25	2	3	
Hillørd Kommune	2	420	23	3	9	1	85	522	33	303	128	47	39	7	2.694	810	96	19	4.767	4	7	41	3	371	1.160	14	13	376	121	448
Hvidovre Kommune	129	6	44	4	573	74	25	8	142	9	14	33	53	133	5	3	9	29	6	5.663	177	3	371	1.160	14	13	376	121	448	
Høj-Taastrup Kommune	422		20		64	3	15	3	13	9	9	2	5	105	7	4	2	12	2	22	3.881	1	743	81	4	3	34	10	107	
Hørsholm Kommune	1	160	13	1		4	37	3.221	49	44	175	210	68	6	221	41	398	16	218	9	8	3.462	2	269	177	1.196	6	2	5	
Københavns Kommune	178	53	256	35	273	642	122	96	5.067	55	238	944	767	190	70	30	106	323	76	560	222	63	167	46.476	324	265	636	2.006	102	
Lyngby-Taarbæk Kommune	12	58	59	1	3	8	38	65	50	27	281	1.064	1.304	9	40	9	30	128	31	14	9	66	8	435	4.718	1.094	16	8	3	
Rudersdal Kommune	1	435	26	24		1	55	85	44	50	1.483	237	63	2	66	20	34	14	131	4	6	132	2	204	799	3.754	4	3	2	
Rødovre Kommune	83	4	44		699	11	13	6	130	7	17	18	51	293	5	3	4	60	2	260	66	2	58	759	9	8	3.157	16	55	
Tårnby Kommune	1		4	1	13	553	1	1	28	1	4	9	14	4		1	2	4	3	7	4	1	8	1.651	1	2	10	2.033	4	
Region Midtjylland	3	3		9	1	2	2	1	23	2	1	5	7	5		2			3	4	3	2	1	90	1	5	1	1		
Region Nordjylland		1	1	1		1		2	10	1	1	9	3			1	3	1				3	1	50	1	3	1	2	1	
Region Sjælland	55	9	26	15	41	8	63	11	56	125	19	35	26	32	14	10	9	13	6	48	548	2	239	410	20	26	28	14	48	
Region Syddanmark	6	4	3	2	2		5	2	33	6	4	15	8	1	1	5	7	5	4	6	1	5	2	149	12	9	2	3	2	
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (procent)"	55%	60%	70%	99,5%	51%		71%		51%	63%		62%	57%	56%		73%	92%	53%	83%	84%	76%	89%		82%	72%	55%	68%	49%		

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Punkt nr. 6 Orientering: Arbejdet med en ny praksisplan for speciallæger

Plastikkirurgi		Patientens hjemkommune																												
2017																														
Behandlingskommune	Albertslund Kommune	247	230	349	13	222	85	257	487	983	296	339	1.144	390	157	458	277	570	186	446	415	659	470	176	4.568	500	672	204	180	131
	Region Hovedstaden																													
	Frederiksberg Kommune	1		9		2	2	4	1	98	1	4	21	10	3	2	3	3	3	2	12	1	4	3	210	3	3	10	3	1
	Frederikssund Kommune							62		1	191	2		1	1	16	75	2	1	30		1		1	9	1	2			
	Frederiksberg Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
	Frederikssund Kommune																													
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														
Frederikssund Kommune																														

Kilde: Taggit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Psykiatri		Patientens hjemkommune																													
2017																															
Behandlingskommune		Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Fredrikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladssaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Hel싱ør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Horsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lynby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune		
456	296	692	45	466	121	444	595	1253	554	487	1002	1090	324	616	571	1039	353	692	803	544	336	284	9220	857	748	637	439	169			
141		3		32				1				2	2	29			1		6	57		20	27			5	21				
2	161	12				6	17	3	20	44	5	7		22	11	9	5	51	1	1	1	6	2	47	11	85	1	1			
1		60		2		28	1	5	12	4	3	3	1	3	1		5	5	2	2	2		1	28	3	1	2				
35	1	19	1	101	2	4		20	7	2	3	5	54				13		38	38	38	54	164	4	6	56	14	26			
1	1	108		1	1	135		2	163	14	2	12	3	1	13		10	6		5		1	25	1		2					
3	10	5	1	2		24	207	15	17	11	5	3	1	153	48	303	4	130	1	3	33	2	65	13	25	4					
15	7	19	1	18	16	6	10	427	12	18	72	35	14	14	7	8	17	9	182	13	9	12	1.330	30	25	32	29	10			
9	8	158		3	1	42	2	18	9	177	12	60	6	4	2	5	37	4	4	14		2	93	10	17	6	2	1			
4	5	20	3	4	2	12	11	84	3	20	450	135	12	6	1	14	18	7	20	15	9	8	563	128	87	10	11	4			
16	8	98	2	17	3	53	6	27	5	30	84	479	23	5	5	5	87	2	13	13	2	6	415	94	24	25	10	5			
	3	3				17	10	1	128	2	1	1			35	330	5	1	22	1			6								
	1	1	1	2			45	1	3	5	1	2			53	1	562	2	6	1		1	11	1	4	1					
	40	6	2	1	36	50	8	112	21	4	7	1	1	239	112	50	2	380	4	3	19		56	10	44	3		1			
21		8		64		2	1	18	2	2	3	13	13	3		1	4	2	314	20		54	147	6		35	10	26			
138		15	1	51	2	6	1	10	3	5	7	4	47			4	7	4	11	281			77	89	3	2	21	11	24		
1	20	1		2	1	7	190	22	5	28	18	12	3	33	8	46	4	23	2	2	212			80	38	129	3		1		
44	15	60	22	51	86	30	22	522	49	45	165	108	43	29	30	36	55	17	116	43	22	32	5.472	82	72	87	337	30			
23	22	90	10	9	7	30	36	40	22	58	151	202	20	21	16	24	68	28	26	21	24	5	466	418	181	16	10	6			
	2	3	1	1			3	7		6	31	8		1	2	1	1	1	1	1	1	2	25	27	51	3	1				
39	1	28		122	2	12	2	40	3	8	5	24	69	5		3	26	4	69	29	2	19	278	10	9	340	8	15			
1			1					2	1	1					1			1					18			1	1				
			1					1				1			1							1		3							
22	1	5	3	23	1	23	4	20	50	3	5	7	12	12	5	4	9	10	16	101		57		148	8	8	14	2	17		
1		1	2			4	2	5	1		3	1	1	1	2	1	3		3		3	1		52	3	1	2	1			
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (procent)"		54%	9%				30%				36%	45%	44%			58%	54%		55%	39%	52%	63%			49%	7%	53%				

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Pædiatri		Patientens hjemkommune																												
2017		Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Fredrikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Glebsø Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårby Kommune	Vallensbæk Kommune	
Behandlingskommune	Region Hovedstaden	257	145	326	1.135	244	104	275	440	741	468	296	679	476	156	271	197	824	255	476	376	399	204	222	3.948	298	312	242	296	101
	Bornholms Regionskommune				1.133										1									3						
	Furesø Kommune	2	1	5			2			14	3	10	6	10	1	1		1	2		3	1	1	1	77	5	2	1	7	1
	Gentofte Kommune	13	16	21	2	9	5	13	118	83	11	40	395	95	9	45	8	260	22	13	29	21	63	6	354	80	84	30	20	16
	Helsingør Kommune		2			1		2	243		7	2	2	1		86	5	603		22			77		8	3	9		2	
	Herlev Kommune	66	4	142		72	5	59	1	36	7	38	19	173	75			3	200	3	100	19	1	21	211	23	23	109	14	10
	Hillerød Kommune	4	117	67			1	183	90	3	436	147	19	11	2	146	183	23	7	424	1	2	50		12	13	109		1	
	Høje-Taastrup Kommune	145		44		117	1	4			1	2	1	2	51		1	5			50	338	1	164	16			12		59
	Københavns Kommune	31	4	43	1	48	88	15	6	602	6	43	167	141	20	1	1	8	20	16	189	20	8	33	3.269	73	38	83	251	18
	Lyngby-Taarbæk Kommune	5	2	8	1	1	3	2	9	14		19	76	54	3	1		3	2	1	6	3	7	1	68	110	51	8	6	
	Region Midtjylland												1			1					1				3					1
	Region Nordjylland																								2					
	Region Sjælland	17	4	7	4	8	1	24	5	12	28	9	9	11	17	5		5	4	2	18	84	2	23	56	10	5	11	7	14
	Region Syddanmark				2	2				1															3					
	"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"				99,8%							3%	58%					73%	78%	89%		85%			83%	37%				

Kilde: Tægt: Forbrug (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).
Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Børne- og ungdomspsykiatri		Patientens hjemkommune																													
2017		Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gledegade Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helmsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lynby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune	
Behandlingskommune	Region Hovedstaden	26	15	64	6	34	15	52	26	62	21	27	85	94	22	24	8	34	36	37	84	25	13	8	352	61	39	59	26	10	
	Hillerød Kommune	13	4	25	3	11	2	15	6	10	7	2	14	19	11	14	4	8	17	15	55	9	1	4	72	6	5	30	1	5	
	Københavns Kommune	7	3	17	3	16	13	20	12	45	7	11	45	39	6	7	3	17	11	15	19	10	10	4	237	14	18	16	24	4	
	Lynby-Taarbæk Kommune		8	22		6		16	8	4	6	11	26	36		2	2	9	6	6	4	1	2		33	40	16	7	1	1	
	Rødovre Kommune	13	1	17	1	7	2	10	1	1	9	1	4	5	8	14	2	2	14	1	36	11		2	47	5		23	1	4	
Region Midtjylland					1																				2						
Region Nordjylland																		1													
Region Sjælland			3	1	1			6			19			2	3	1	1		1	2	1	10		2	5						
Region Syddanmark										1															1		1				
"Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)"																				41%					67%	66%		39%			

Kilde: Targit (Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2017).

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

NOTAT

Direkte 38666023

Til: Samarbejdsudvalget for speciallæger

Journal-nr.: 20060282
Ref.: TP

Dato: 8. marts 2021

Projektbeskrivelse for praksisplan for speciallægepraksis 2023

1. Formål med praksisplanen

§ 4 i Overenskomsten for speciallægehjælp beskriver rammerne for indholdet i praksisplanen, hvor det bl.a. fremgår, at:

- der med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren – med udgangspunkt i det enkelte speciale - skal foretages en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening
- praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt
- praksisplanlægningen ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet skal sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.
- Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i regionen er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvor der er handicapvenlig adgang.

Regionen er ansvarlig for at udarbejde en beskrivelse af den ambulante speciallægebetjening i regionen som en del af grundlaget for planlægningen. Samarbejdsudvalget kan meddele bemærkninger til udkast til beskrivelse samt den endelige beskrivelse.

Den nye praksisplan skal gælde fra 2023, som afløser for praksisplanen 2019-2022.

2. Praksisplanens opbygning

Den eksisterende praksisplan for speciallægepraksis 2019-2022 beskriver bl.a. kapacitet, moderniserede specialer, speciallægepraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen, herunder kommunikation, og kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. For hvert afsnit er der anbefalinger til indsatsen – i alt 31 anbefalinger, hvor størstedelen vedr. initiativer, der enten allerede er i gang, eller hvor opfølgning sker løbende i forbindelse med behandlingen af konkrete sager i SU og drøftelser imellem regionen og FAPS. Endvidere indeholder planen et bilag (grundbeskrivelse) med diverse nøgletal for hvert speciale.

Det foreslås, at der sigtes mod en mere enkel og fokuseret praksisplan, med klare visioner for arbejdet i de kommende år og færre anbefalinger. Derved muliggøres en dynamisk plan, hvor indsatser løbende udvikles med udgangspunkt i drøftelser mellem politikere, fagfolk og borgere i takt med de forandringer, som sundhedsvæsenet vil møde i de kommende år. Det foreslås endvidere, at planen har fokus på kapacitetsplanlægningen, som efter overenskomsten er det væsentligste formål med praksisplanen. Endvidere udarbejdes ligesom for den nuværende plan en grundbeskrivelse med de mest relevante nøgletal for de forskellige specialer.

3. Organisering

Samarbejdsudvalget vedr. speciallæger igangsætter processen for udarbejdelse af en praksisplan ved at godkende nærværende projektbeskrivelse samt nedsætte en styregruppe for udarbejdelse af praksisplanen. Selve udarbejdelsen af praksisplanen sker i henhold til projektbeskrivelsen samt beslutninger truffet i styregruppen.

Det foreslås, at styregruppen består af repræsentanter for Region Hovedstadens administration og repræsentanter fra FAPS svarende til den nuværende implementeringsgruppe for praksisplanen. Øvrige ressourcepersoner inddrages efter behov. Formandskabet varetages af regionsadministrationen.

Aktiviteter og opgaver i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen koordineres af regionens projektleder og en projektgruppe med medarbejdere fra Region Hovedstaden.

4. Politisk godkendelse

Efter overenskomsten er regionen ansvarlig for udarbejdelse af praksisplanen. Udkast til praksisplan forelægges samarbejdsudvalget med henblik på bemærkninger hertil samt til den endelige beskrivelse. Regionsrådet godkender praksisplanen.

Den godkendte praksisplan fremsendes til Samarbejdsudvalgets og Speciallægelandsamarbejdsudvalgets orientering.

5. Inddragelse af interessenter

Afholdelse af dialogmøde

Der inviteres en bred kreds af interessenter til et dialogmøde om ønsker og input til praksisplanen, med fokus på den fremtidige udvikling af speciallægepraksis. Ramme for dialogmøde og endelig liste over interessenter, som inviteres godkendes i styregruppen for praksisplanen.

Løbende inddragelse

Med henblik på løbende inddragelse af SU opdeler styregruppen arbejdet i forskellige oplæg, som forelægges SU til bemærkninger i takt med, at disse udarbejdes. Disse bidrager til udarbejdelsen af det samlede planudkast.

Høring

Det samlede høringsudkast til praksisplan forelægges Samarbejdsudvalget til bemærkninger og herefter det relevante regionale politiske udvalg til godkendelse.

Politisk godkendelse

På baggrund af høringen udarbejdes et revideret udkast til praksisplan, som forelægges Samarbejdsudvalget og relevant regionalt politisk udvalg. Herefter forelægges planen til regionsrådets godkendelse.

6. Tids- og procesplan

1. Halvår 2021:

24. marts 2021: Møde i SU-speciallæger: Forelæggelse af sag om opstart af praksisplanarbejdet.

28. april 2021: Møde i Udvalget for forebyggelse og sammenhæng: Orientering om igangsættelse af arbejdet og drøftelse af oplæg til temaer i praksisplanen.

Maj/juni: Dialogmøde om ny praksisplan med bl.a. repræsentanter fra speciallæger, regionale politikere, kommuner, udvalgte sundhedsfaglige råd, almen praksis, regionshandicaprådet og Patientinddragelsesudvalget.

14. juni 2021: Møde i SU-speciallæger: Status på praksisplanarbejde, herunder opdatering af tids- og procesplan

25. juni 2021: Orientering af Tværsektoriel Strategisk Styregruppe om arbejde med praksisplan

2. halvår 2021

29. september 2021: Møde i SU-speciallæger: Drøftelse af 1. leverance

15. december 2021: Møde i SU-speciallæger: Drøftelse af 2. leverance

1. halvår 2022:

1. kvartal: Udarbejdelse af samlet planudkast i regi af styregruppe for praksisplan

2. kvartal 2022: Godkendelse af høringsudkast til praksisplan i samarbejdsudvalget

2. kvartal 2022: Godkendelse af høringsudkast til praksisplan i relevant regionalt politisk udvalg

Maj 2022: Forelæggelse af evt. udgiftsdrivende forslag for relevant regionalt politisk udvalg, FU og regionsråd som en del af de politiske udvalgs budgetproces

Primo juni 2022: Udsendelse i høring med høringsfrist på ca. 3 måneder

2. halvår 2022:

August 2022: Indarbejdelse af høringsbemærkninger i udkast til praksisplan

September 2022: Forelæggelse af udkast til praksisplan for samarbejdsudvalget på baggrund af høring

Oktober 2022: Godkendelse af udkast til praksisplan i relevant regionalt politisk udvalg

November 2022: Godkendelse af udkast til praksisplan i forretningsudvalget og regionsrådet

Virtuelt dialogmøde - Ny praksisplan for speciallægepraksis

D. 26. maj 2021 kl. 15 – 17.30

Program:

14:30-15:00	Logger på
15:00-15:05	Velkomst ved formændene for samarbejdsudvalget Dorthe La Cour og Lars Frølund
15:05-15:10	Mødets program v./ ordstyrer Jette Holtzmann
15:10-15:17	Speciallægepraksis i et patientperspektiv: Hvordan kan speciallægepraksis udvikles, så den imødekommer behovene hos fremtidens patienter? - Finn Kamper-Jørgensen, Regionsældrerådet Region Hovedstaden.
15:17-15:42	Speciallægepraksis fra fire vinkler: Hvordan sikrer vi den bedste behandling i speciallægepraksis i et sundhedsvæsen i forandring? - Qasam Nazir Ahmed, medlem af regionsrådet for Region Hovedstaden, formand for Udvalget for Forebyggelse og Sammenhæng - Peder Reistad, formand for Praktiserende Lægers Organisation i Hovedstaden - Katja Kayser, administrerende direktør i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune - Ann-Louise Reventlow Mourier, formand for Foreningen af praktiserende speciallæger
15:42-15:52	Spørgsmål & diskussion
15:52-16:02	Pause
16:02-16:09	Fakta om speciallægepraksis i Region Hovedstaden og praksisplanens rolle Chefkonsulent Thomas Pihl, Center for Sundhed, Region Hovedstaden
16:09-16:14	Spørgsmål og kommentarer
16:14-17:05	Workshop (grupper) med henblik på at give ønsker og input til den kommende praksisplan og komme med bud på mulige indsatser og målsætninger.
17:05-17:20	Fælles opsamling og videre forløb
17:20-17:25	Afrunding v/ Dorthe La Cour og Lars Frølund – og tak for i dag!

Regionsældrerådet for Region Hovedstaden

**Nogle synspunkter på
Speciallægepraksis plan for Region Hovedstaden
fra Regionsældrerådet
ved
dialogmøde 26. maj 2021 med Region H, lægerne, kommunerne**

**Præsenteret af
Finn Kamper-Jørgensen
Seniorrådsmedlem og forretningsudvalget for Regionsældrerådet**

Forekomst af kronisk sygdom samt multisygdom i Region Hovedstaden 2016/2017. Multisygdom defineret fra 15 sygdomme (inklusive sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema)

	Blandt alle		Blandt 65+ årige		Blandt 65-79 årige		Blandt 80+ årige	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Uden kronisk sygdom*	40	568.900	22	67.600	24	56.500	16	11.100
Diabetes	5	73.800	14	40.500	13	30.800	14	9.600
Hjertesygdom	4	60.300	14	42.200	11	26.200	23	16.000
Apopleksi	2	29.100	7	20.300	5	12.300	12	8.000
KOL	5	72.200	13	39.900	13	29.500	15	10.400
Astma	5	72.500	5	14.000	5	10.900	5	3.200
Kræft	3	49.100	10	30.300	10	22.600	11	7.700
Inflammatorisk ledsygdom	2	35.400	6	18.100	6	13.300	7	4.800
Slidgigt**	18	253.700	44	125.400	42	92.500	52	32.900
Rygsygdom**	12	164.100	17	47.400	16	35.400	19	11.900
Knogleskørhed	3	40.100	10	31.000	8	19.400	17	11.700
Antidepressiv medicin	5	68.700	8	23.000	7	16.200	10	6.800
Svær psykisk lidelse	3	42.600	3	10.200	3	7.000	5	3.200
Demens#	4	10.600	4	10.600	2	3.900	10	6.800
Luftvejsallergi**	29	411.700	22	61.000	22	48.500	20	12.500
Hyppig hovedpine/migræne**	16	228.100	8	23.200	9	19.100	7	4.100
Multisygdom (15 sygdomme)								
1 kronisk sygdom	32	456.400	30	89.000	30	69.300	28	19.700
2 kroniske sygdomme	16	230.600	23	69.100	23	52.500	24	16.600
3+ kroniske sygdomme	12	172.900	25	75.800	23	53.500	32	22.400
Overvægt								
Moderat overvægt	31	451.600	37	107.700	38	85.200	34	22.500
Svær overvægt	13	191.200	16	45.900	17	38.100	12	7.800

* Uden kronisk sygdom er de personer som ikke har mindst én af de 15 kroniske sygdomme, som indgår i definitionen af multisygdom i denne tabel

** Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema i 2017. Øvrige sygdomme er baseret på oplysninger fra registre og er opgjort pr 1. januar 2016.

demens opgøres kun for borgere på 65 år og derover

➤ **3 af 4 ældre lever dagligdagen med kronisk sygdom**

➤ **Hver 4. ældre har 3+ kroniske sygdomme**

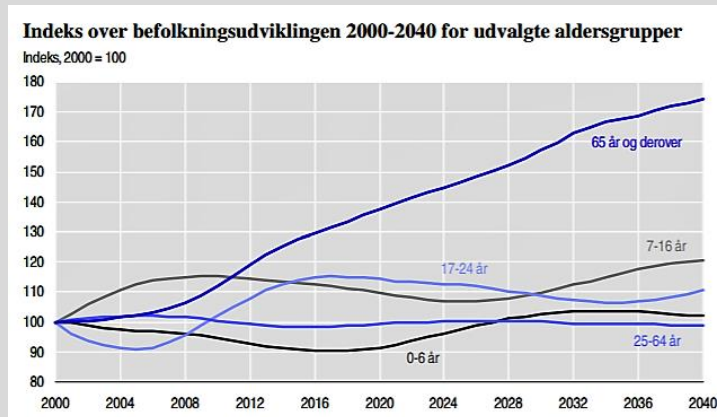
Målsætning

Et godt ældreliv trods sygdom

1. Diagnostik
2. Behandling
3. Patientrettet forebyggelse (jf. sundhedslov §119 stk. 3)

Udfordringen

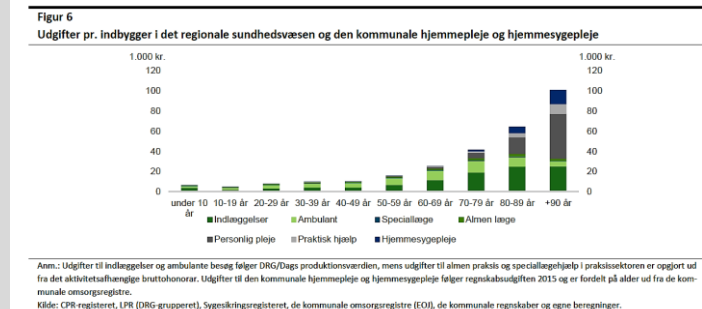
➤ **Stadig flere ældre**



➤ **Øget sygelighed**



➤ **Øgede omkostninger**



Maj 2021



Kronisk sygdom og selv vurderet helbred og livskvalitet

Sundhedsprofil Region Hovedstaden 2017

Antal kroniske sygdomme	Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	Dårlig eller meget dårlig livskvalitet
Ingen kroniske sygdomme	9 %	3,1 %
1 kronisk sygdom	26 %	7,8 %
2 kroniske sygdomme	45 %	12,6 %
3+ kroniske sygdomme	58 %	20,7 %
Mindst 1 kronisk sygdom	32 %	9,7 %

Kronisk sygdom omfatter 11 definerede sygdomme i sundhedsprofilen

Anbefaling 1

Langsigtet demografisk fremskrivning af sygelighedsudviklingen

- derefter oversættelse til behov for øget speciallægelig indsats (§4)

Anbefaling 2

Region H beslutter, at der udarbejdes *forløbsprogrammer* for de store folkesygdomme (jf. bl. Kræftpakker, Hjertepakker og Sundhedsstyrelsens NKR= Nationale Kliniske Retningslinjer)

Forløbsprogrammer: Hvem gør hvad ? (almen praksis, sygehus og speciallægelig indsats, kommune (genoptræning, rehabilitering mv.)

(eksempel: 40 % af ældrebefolkningen har artrose = slidgigt.

Der eksisterer intet forløbsprogram for Reg. H.(reumatologi/ortopædkirurgi))

Anbefaling 3

Regionens policy-dokument om sammenhængende patientforløb realiseres.

(I det opsplittede sundhedsvæsen arbejdes der for meget i ”båse”)



Udvikle patienttilfredsheds undersøgelser

Vi har i ældrerådene gode patienthistorier for vellykkede, kvalitetsbetonede og gode patientforløb i speciallægepraksis – og også dårlige cases.

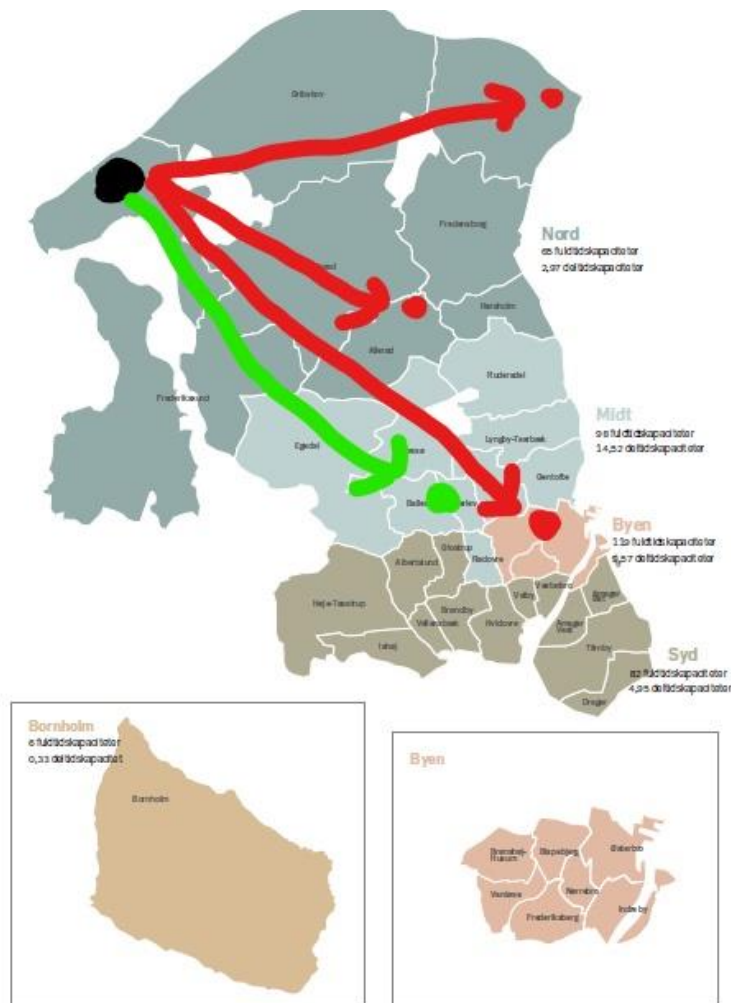
Vi mangler systematiserede erfaringer

I sygehussektoren gennemføres periodiske patienttilfredsheds undersøgelser

Anbefaling 4

Parterne udvikler i de kommende år en model for periodiske patienttilfredshedsundersøgelser i speciallægepraksis

(med respekt for både patient og læge mht. juridiske og videnskabsetiske principper i ”register Danmark”)



Anbefaling 5

Som grundlag for specialeplanlægningen udarbejdes for hver af regionens 29 kommuner og for hvert speciale kommunale patientstrøms diagrammer, opdelt i

❖ Speciallægepraksis, - lokalisering

❖ Sygehus, - lokalisering

Eksempel: Illustration af nogle patientstrømme fra Halsnæs kommune til

- Rød: Speciallægepraksis
- Grøn: Sygehus

Anvende Sundhedsdatastyrelsens og Danmarks Statistiks registre til analysen.

Hvor skal den specialiserede læge-service være til rådighed?



Sundhed

Specialiserede sundhedshuse kan bringe sundhedsvæsenet tættere på danskerne

20-05-2021



Dette er vores bud på et nyt, nært og holdbart tilbud i de områder af Danmark, hvor der er langt til et hospital. . Sådan skriver Stephanie Lose og Ulla Astman i en fælles kronik op mod Danske Regioners årlige generalforsamling.

Nyhedsbrev maj 2021

Ventetid - Information

Anbefaling 6

Ventetiden for speciallæge diagnostik og -behandling skal være acceptabel – skelne akutte henvendelser fra andre henvendelser

For øjenspecialet er ventetiden fuldstændig uacceptabel !!

Nye ydelser i/om speciallægepraksis?

Nogle eksempler:

- **Virtuel konsultation med efterfølgende praktiske procedurer andet sted i sundhedsvæsenet (blodprøver, billeddiagnostik mv)**
- **Patientløs faglig drøftelse med patientens egen læge om diagnostik og behandling**
- **Ude-konsultationer f.eks. I andet "sundhedshus" 2 x pr. måned**
- **Hjemmebesøg i ekstraordinære situationer**
- **Kvalitetsudvikling via "klyngesamarbejde", - bl.a. kendt i almen lægepraksis**
- **Forskning i og om speciallægepraksis (speciallæge praksisforsknings enhed for Reg. H. ?)
(jf. regionens forskningsstrategi om bl.a. sundhedstjenesteforskning)**

Overordnet målsætning for speciallægepraksis plan

Praksisplanen er udarbejdet efter følgende overordnede målsætninger:

- **God og lige adgang til speciallægepraksis i hele regionen,**
- **Speciallægepraksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet og i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb,**
- **Speciallægepraksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever ensartet høj kvalitet i behandlingen,**
- **Speciallægepraksis differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer**



God målsætning at videreføre i ny praksisplan

Styrket tværsektorielt samarbejde om specialiseret lægehjælp i det nære sundhedsvæsen

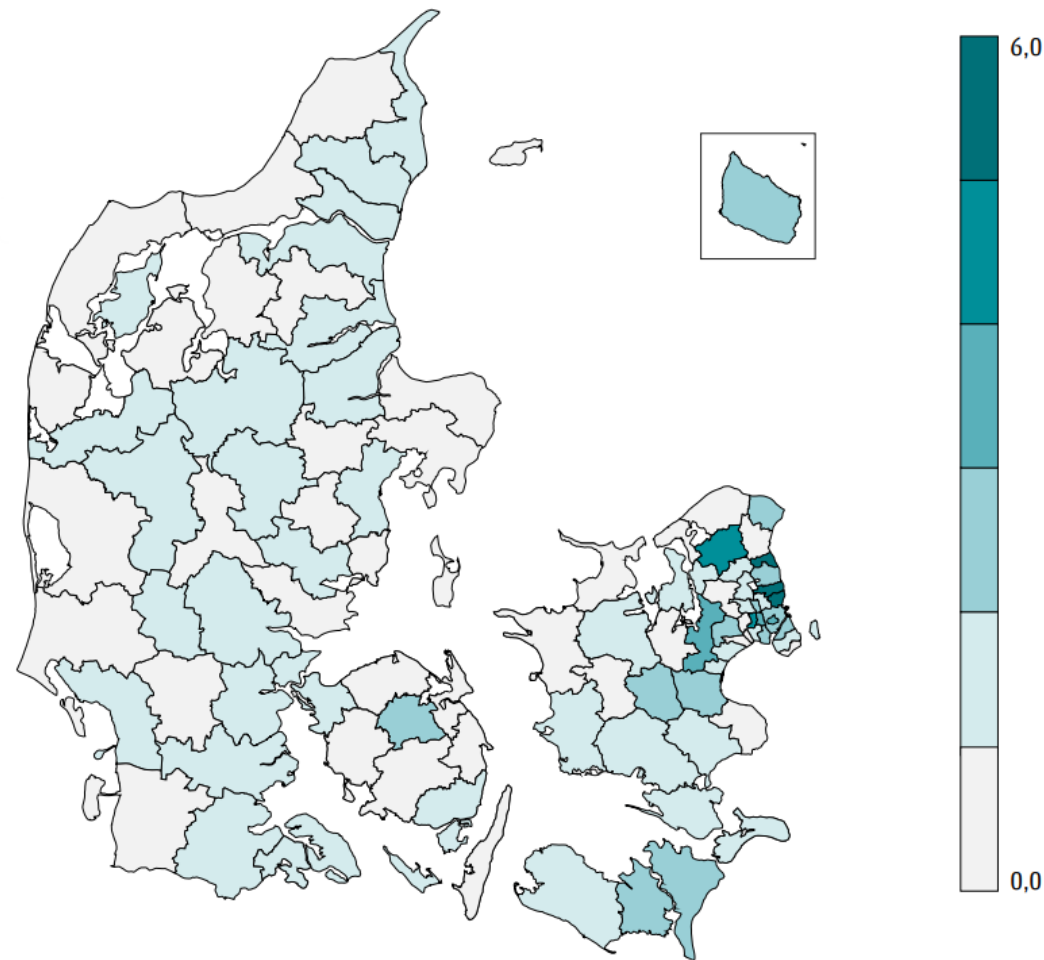
- Kommunale visioner for den bedste behandling i speciallægepraksis i hovedstadsregionen

**Ved Administrerende direktør Katja Kayser, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune**

Virtuelt dialogmøde om ny Praksisplan for Speciallæger d. 26. Maj kl. 15-17.30

Speciallægepraksis i det nære sundhedsvæsen

- Region Hovedstaden har flest speciallæger pr. indbygger og ca. halvdelen af alle speciallægepraksis på landsplan (FAPS 2020)
- I et nært sundhedsvæsen i hastig udvikling udgør speciallæger i stigende grad en hovedfunktion
- Der er brug for at styrke kendskabet til hinanden og binde de praktiserende speciallæger yderligere sammen med det nære sundhedsvæsen



Hvor kan praktiserende speciallæger styrke det nære sundhedsvæsen ?

- Henvisninger fra speciallæger til kommunernes rehabiliterende og forebyggende tilbud
- Medvirke til at reducere ulighed i sundhed
- Satellitmodel med speciallægebemanding ude i kommunale sundhedshuse/sundhedscentre på udvalgte ugedage eller i almen praksis

Hvor kan praktiserende speciallæger styrke det nære sundhedsvæsen ?

- Datadeling
- Rådgivningsforpligtigelse overfor kommuner på samme måde som almen praksis og hospitalslæger
- Samarbejde med almen praksis – afsøge mulighed for at skabe praksisfællesskaber med almen praksis

**Kommunerne vil
det nære
sundhedsvæsen**



Hvordan kan speciallægepraksis understøtte behandlingen i almen praksis?

Ved Peder Reistad

Formand for PLO-Hovedstaden

Den 26. maj 2021



PLO-Hovedstaden

Hvordan ser PLO-H udviklingen af speciallægepraksis i Region Hovedstaden?

PLO-H ser gerne, at en del af hospitalsbehandlingen rykkes til speciallægepraksis, og at vi etablerer et tættere samarbejde med speciallægepraksis i det nære.

Opmærksomhedspunkter:

1. Behov for flere speciallægepraksis. Se på geografisk fordeling generelt og af de enkelte specialer.
2. Tydeliggøre, hvilke opgaver der skal løses hvor – i almen praksis, speciallægepraksis eller på hospital.
3. Sikre god og rettidig kommunikation – epikriser, korrespondancer.
4. Sikre god tilgængelighed – åbningstider, bagomnumre, ventetider.
5. Behov for at se på ventetidsgarantier.



Aktuel status/udfordringer set fra almen praksis

- Forventet ventetid i speciallægepraksis, når jeg henviser, er 2-3 måneder.
- Almen praksis er udfordret af et stigende antal afviste henvisninger fra hospitaler – PLO-H ser meget gerne, at hospitaler og speciallægepraksis hjælper patienten (og almen praksis) og ikke afviser, men henviser videre til hinanden og/eller viser et klar retning.
- Vores kapacitet er presset. Der er behov for flere alment praktiserende læger.
- Speciallægepraksis er ikke ensartet fordelt indenfor regionen, og der er tilsyneladende en lidt vilkårlig fordeling af de enkelte specialer?
- Almen praksis skal ikke agere ”sekretær” for at finde tid hos praktiserende speciallæger (indføre en AKUT-henvisning?)



Hvordan kan speciallægepraksis understøtte behandlingen i almen praksis?

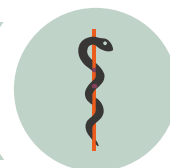
- Lettilgængelige bagomnumre
- Bedre løsninger for booking af akutte og subakutte tider
- Lettilgængelig oversigt over, hvilke speciallæger der er på arbejde/"vagtordning" (ferie)
- Én henvisning, selvom patienten har flere problemstillinger (mindre bureaukrati)
- At speciallæger kan henvise videre til hinanden og selv kan få lov til at vurdere behov for forlænget behandling (mindre bureaukrati)
- Kortere ventetid og ventetidsgaranti – nok speciallægepraksis indenfor alle specialer
- Honoreret kommunikation mellem almen praksis og speciallæger om patienter (telefon)
- Korrespondancemuligheder (honoreret)
- Epikriser, også fra specialer, hvor der ikke kræves henvisning.



Hurtig psykiatrisk udredning og bedre tilbud

Tværsektorielt samarbejde om psykiatri vægtes højt i PLO-H. PLO-H ønsker:

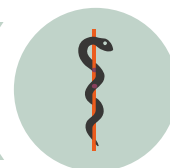
- En psykiatrigaranti med kortere ventetid på udredning. Kan vi indføre Region Syds model for hurtig psykiatrisk udredning både for børn, unge og voksne? Og evt. for andre målgrupper end psykiatri?
- Bedre tilbud til psychiatria minor – udvidede kriterier, kortere ventetid og krisesamtale – der er behov for udvidede kriterier for henvisning til og mulighed for hurtigtid hos privatpraktiserende psykiater ift. fx angst og depression.



Opsummering

PLO ser gerne, at speciallægepraksis løser hospitalsopgaver, og at vi etablerer et endnu tættere samarbejde. Det kræver:

1. Tydelig beskrivelse af, hvem der løser hvilke opgaver – almen praksis, speciallægepraksis, hospital.
2. God tilgængelighed - kortere ventetider, tilgængelighed kl. 8-16 alle hverdage og feriedækning og ventetidsgaranti?
3. Flere praktiserende speciallæger, hensigtsmæssig geografisk spredning og fordeling af de enkelte specialer.
4. God kommunikation kollegialt (bagomnumre, epikriser, korrespondancer).
5. Honorering af almen praksis for sparring telefon/korrespondance.
6. Drop unødigt ekstraarbejde for almen praksis – genhenvisninger til fortsat forløb, flere henvisninger for flere problemer mv.



PLO-Hovedstaden



Praksisplan for speciallæger 2023

Dialogmøde den 26. maj 2021.

Hvad skal praksisplanen efter overenskomsten?

- Planen udarbejdes indenfor overenskomstens rammer
- Bidrage til en samlet planlægning af den ambulante speciallægebetjening
- Danne grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt
- Skal ud fra hensyn om kvalitet og effektivitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening i hospitalsvæsenet og speciallægepraksis samt med almen praksis

Organisering og proces for praksisplanen

- Regionen er ansvarlig for at udarbejde praksisplanen
- Til udarbejdelse af planen er nedsat en styregruppe med repræsentanter fra FAPS og regionsadministrationen
- Input fra dialogmødet tages med i det videre arbejde
- Samarbejdsudvalget giver bemærkninger til planudkastet
- Planudkastet udsendes i en bred høring – forventeligt i juni 2022
- Planen skal godkendes af regionsrådet – ultimo 2022

Fordeling af kapaciteter på specialer

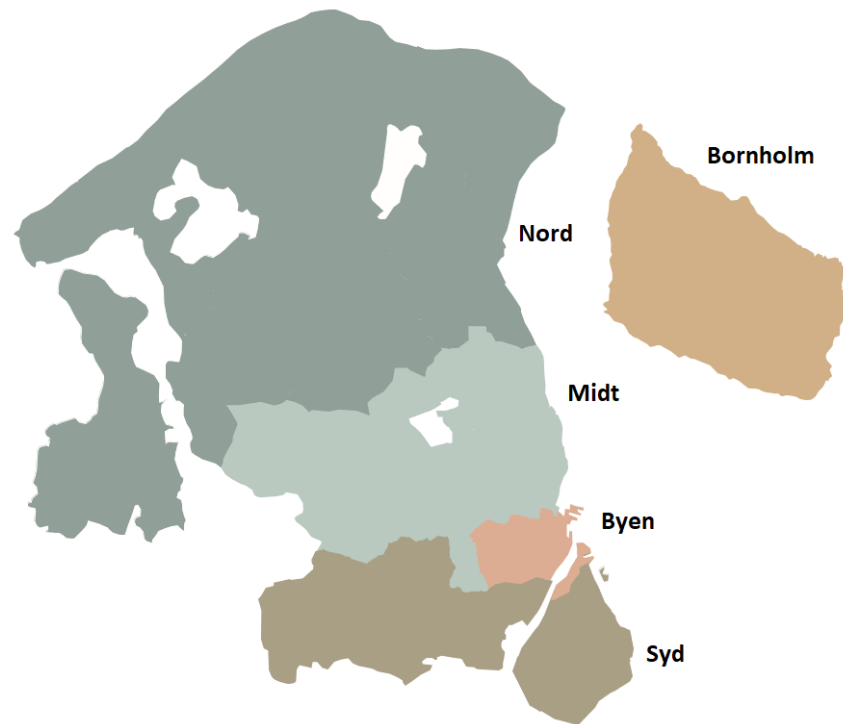
Speciale	Antal kapaciteter			
	Deltid (0,33 kap.)	Fuldtid (1. kap)	Total	Andel af samlet kapacitet (%)
Anæstesiologi	2,31	9	11,31	3%
Diagnostisk radiologi		17	17	4%
Dermato-venerologi		47	47	12%
Reumatologi (Fysiurgi)	3,63	22	25,63	6%
Gynækologi-obstetrik	2,64	41	43,64	11%
Intern medicin	4,62	18	22,62	6%
Kirurgi	3,3	27	30,3	8%
Neuromedicin	1,65	11	12,65	3%
Øjenlægehjælp		49	49	12%
Ortopædisk kirurgi	1,98	8	9,98	2%
Ørelægehjælp		56	56	14%
Plastikkirurgi	1,32	8	9,32	2%
Psykatri	7,59	43	50,59	13%
Pædiatri	2,31	9	11,31	3%
Børne- og ungdomspsykiatri	0,33	6	6,33	2%
Total	31,68	371	402,68	100%

Kilde: NOTUS Regional pr. 19. maj 2021.

Speciallægedækning i Region Hovedstaden

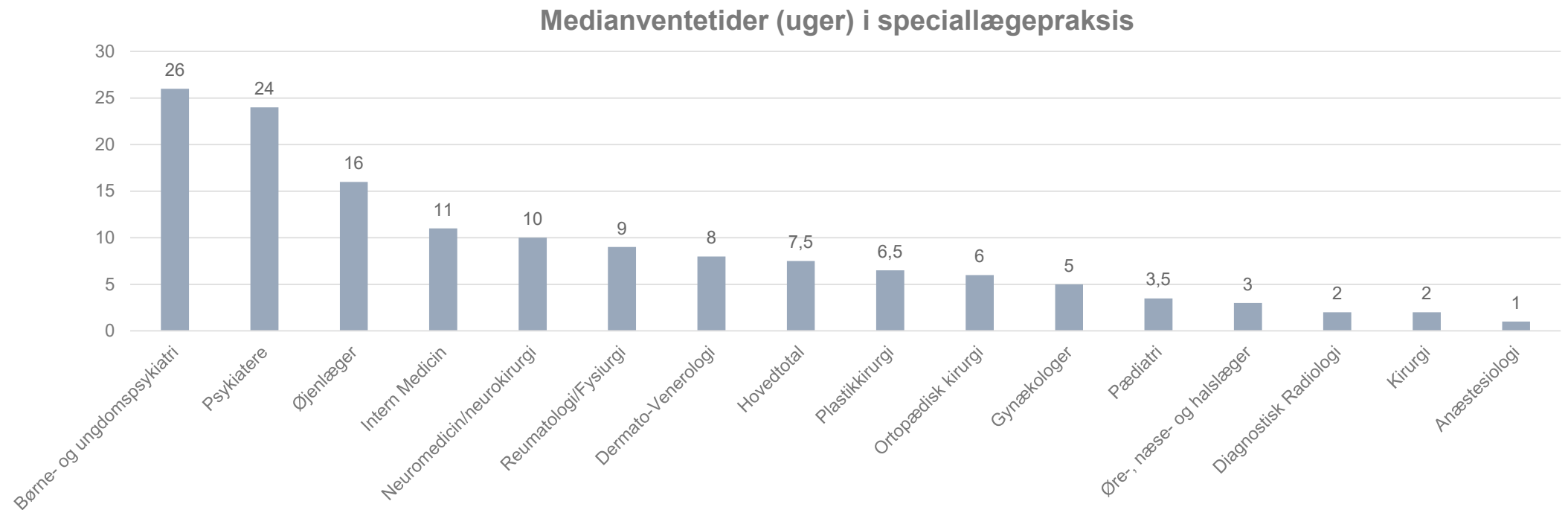
	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Antal speciallægekapaciteter i alt	69,00	149,29	154,98	122,27	402,68
Befolkningstal	590.439	1.332.048	1.223.634	838.840	1.855.084
Borgere pr. kapacitet	8.557	8.923	7.895	6.861	4.607

Fordeling af kapaciteter fordelt på planområder



Planområde	Antal kapaciteter	Indbyggere	Borgere pr. kapacitet
Bornholm	6,66	39.519	5.934
Byen	125,92	464.792	3.691
Midt	113,85	460.666	4.046
Nord	67,64	324.195	4.793
Syd	88,61	565.004	6.376

Ventetider til ikke akutbehandling i speciallægepraksis



Kilde: Ventetidsopgørelse, sundhed.dk pr. 1. maj 2021.

Forventet befolkningsudvikling i Region Hovedstaden

Planområde	Forventet befolkningstilvækst 2022	Forventet befolkningstilvækst 2023	Forventet befolkningstilvækst 2024	Forventet befolkningstilvækst 2025	Forventet befolkningstilvækst 2022-2025
Bornholm	-48	-37	-25	-10	-119
Byen	943	1.165	1.257	1.144	4.509
Midt	1.109	1.188	1.264	1.347	4.907
Nord	828	820	801	840	3.287
Syd	9.090	8.471	7.987	7.764	33.312
Hovedtotal	11.922	11.607	11.284	11.084	45.896

Kilde: Danmarks Statistiks og Københavns Kommunes befolkningsfremskrivning.

Emne	Udfordringer	Mulige løsninger
Nære tilbud og god adgang til ambulant speciallægehjælp i hele regionen.	- Speciallægepraksis er overvejende koncentreret i større byer. - Dårlig dækning i yderområder og planområde Syd. - Manglende uddannelse indenfor specialer, såsom allergologi, kan på sigt føre til manglende kompetencer og manglende mulighed for behandling. - Særligt indenfor nogle specialer er der ikke tilstrækkeligt med kapacitet. 'Underkapacitet' bliver et stigende problem i takt med at befolkningstallet og den ældre population stiger.	Mere fleksible løsninger i form af øget mulighed for satellitpraksis (fx mulighed for at speciallæger, som ikke anvender meget udstyr, kan være i et lokale i en lægeklinik en gang i mellem, og hvor praktiserende læger i områder kan skrive deres patienter på).
		Øget mulighed for fx delepraksis.
		Mere fleksible løsninger, der kan skabe nære tilbud til borgere, som har svært ved fremmøde i praksis, f.eks. fx borgere på plejehjem. Kan give mening for visse specialer.
		Ændring af regionens flytteretningslinjer, samt plan og nærområdeinddeling, f.eks. i mindre enheder, som speciallæger kan flytte indenfor.
		Regionens fordeling af kapacitet i planområder bør også inddrage kriterier om borgernes sårbarhed.
		Det er vigtigt ift. planlægning, at man ved, hvor patienterne kommer fra (hvilke kommuner), så man kan få sikret dækning og samarbejde med praktiserende speciallæger i alle kommuner.
		Videreførsel af kompetencer indenfor allergologien. Bør løftes i direktørkredsen af Danske Regioner, idet det er en udfordring på tværs af regionerne. Alternativt kan praktiserende læger varetage visse opgaver indenfor allergologien ved kompetenceudvikling.
		Udvidelse af kapaciteten, fx indenfor øjenspecialet, intern medicin mv. eller udvidelse af økonomirammen.
Ventetider	- Det er en udfordring for patienter at fremsøge speciallæger med kortest ventetider på sundhed.dk - Mangel på synlighed for almen praksis om speciallægers spidskompetencer og tider for akutte patienter. - Lange ventetider til ikke-akut behandling i speciallægepraksis, især indenfor psykiatrien og øjenområdet.	Antal kapaciteter skal følge med befolkningsudviklingen.
		Mulighed for at arbejde med ventetidsoverløb (sætte en maksgrænse for, hvad der er acceptabel ventetid, f.eks. 2 måneder på planlægningsniveau).
		Forbedre patientens søgemuligheder på sundhed.dk, så patienter let kan fremsøge speciallæger med kortest ventetid. Evt. uddeling af vejledning via almen praksis.
		Muligvis brug for at udbrede viden om subakutte tider hos speciallægepraksis. Det er ikke alle praktiserende læger der anvender det.
Handicaptilgængelighed	- Ikke alle klinikker har god-adgangsdeklaration - Dårlig tilgængelighed som følge af de fysiske rammer medfører social ulighed i sundhed. - Omkostningstungt og besværligt for praktiserende læger at få etableret gode fysiske adgangsforhold (fx installering af elevator i ældre bygning) - Salg af praksis uden god handicaptilgængelighed uden krav om forbedring af denne. - Ofte op til kommunalplanerne om det kan lade sig gøre.	Oplysningskampagne/større synlighed ift. hvilke praksis, som almen praksis kan henvise til.
		Endnu større fokus på vigtigheden af den fysiske tilgængelighed hos speciallæger.
		Handicaptilgængeligheden er svær at gøre noget ved – det vigtige er, om man som patient kan finde en læge, som har god tilgængelighed. Der kan arbejdes med synligheden af god-adgang praksis.
		Større fleksibilitet i venterumsindretning.
		Offentlig reklame for sundhed.dk evt. også video til lægers venteværelser.
		Klinikker, som har haft besøg af God adgang kan blive God adgangs ambassadører og dermed inspirere øvrige klinikker.
		Mulighed for at anvende digitale løsninger ift. at sikre bedre adgang til behandling, f.eks. via virtuel konsultation med speciallæge.

Sammenhængende sundhedsvæsen	• Generelt strukturelle og kommunikationsmæssige udfordringer. • Manglende kendskab blandt alment praktiserende læger, om praktiserende speciallægers subspecialiseringer (hvilke speciallæger er bedst egnet til at løse den enkelte opgave). Dette kan føre til fejlagtige henvisninger og ressourcespild. • Det er nogle gange tilfældigt, hvilke patienter, der henvises til de enkelte speciallæger og hospital. • Uhensigtsmæssige dynamikker, som fører til tilfældige mønstre i henvisninger til hhv. hospital og speciallægepraksis. • Nogle gange oplevelse af uklarhed om, hvad praktiserende speciallæger laver ift. balancen mellem patienter der behandles via sygesikringen og privatbetalende patienter. • Ind i mellem manglende epikriser fra speciallæger indenfor specialer, som ikke kræver henvisning fra almen praksis • Problemer med udveksling af informationer på tværs af sektorer/ kommunikationsplatformene er ikke gode nok til det tværsektorielle. Fx kan hospitaler ikke sende epikrise om øjenbehandling, hvis patienten ikke har en øjenlæge i forvejen. • Samarbejde på tværs kræver mere end blot samlokalisering i fx sundhedshuse. • Almen praksis bliver hurtigt administrativt postcenter. • Sundhedsloven begrænser muligheden for at hospitaler kan henvise direkte til speciallægepraksis • Specifikt ift. øjenlægepraksis: Det er en udfordring, at det ikke kræver henvisning til fx øjenlæger. Der er mange henvendelser fra patienter med ikke-alvorlige problemer, som bidrager til de lange ventetider. • Specifikt ift. BU psykiatrien: Oplevelse af, at kommunerne ikke altid tager fra på deres ansvarsområder, fx angst hos børn.	Speciallægepraksis skal i øget omfang betragtes som et forbundet kar med det øvrige sundhedsvæsen.
		Øget brug af visitationsretningslinjer og målgruppeafgrænsning: Der er brug for tydelig visitation og placering af ansvar mellem almen praksis, speciallægepraksis, hospitaler og kommuner.
		Øget brug af forløbsprogrammer eller lignende til at sikre klar opgavefordeling. Evt. i form af forløbsdiagrammer, som kan anvendes i praksis, hvor tiden er presset.
		Mere kommunikation til alment praktiserende læger, om hvilke kompetencer de enkelte speciallæger har, herunder også behandlerspecifik information om ekspertområder.
		Hurtigere rådgivning fra speciallægepraksis til almen praksis.
		Øget samarbejde mellem praktiserende læger og speciallæger, så man sikrer gode overgange – fx via overdragelsessamtaler.
		Sektorovergange skal sikres bedre. Fx krav om at behandlende læge skal sikre, at patienter med behov for videre forløb i anden sektor overdrages
		Større information om de forskellige sektors styrker og kompetencer, så der sker mest optimal udnyttelse af hhv. speciallægepraksis, almen praksis, kommuner og hospitaler.
		Bedre adgang og synlighed om muligheden for specialistrådgivning på hospital til speciallægepraksis (mulighed for at afklare reelt behov for viderehenvisning til hospital).
		Mulighed for at etablere bindeled åla KAP-H for speciallægepraksis.
		Bedre kommunikation - eks. epikriser til almen praksis ved speciallægebehandling, selvom der ikke har været en forudgående henvisning fra praksis.
		Der er brug for lettere adgang til patientdata på tværs.
		Særligt behov for tydeliggørelse af roller omkring de mindre specialer. Der er behov for at mindre specialer kan føle sig mere 'hørt' på hospitalerne.
		Mindre administration i almen praksis vedr. henvisninger til speciallægepraksis (fx tung administrativ proces at henvise en patient med behov for mere end en behandling)
		Behov for øget patientinddragelse – fx i form af patienttilfredshedsundersøgelser.
		Mulighed for at hospitalerne er behjælpelige med at booke tider hos praktiserende speciallæger.
		Afholdelse af møder mellem bruger/pårørende og praktiserende speciallæger.
		Konkret ift. øjenspecialet: Mulighed for at indføre en 'screening', som skal resultere i mindre tid på ikke-alvorlige patienter. Fx et screeningsbesøg hos optikere eller almen praksis inden konsultation hos øjenlægepraksis.
		Alternativt politisk fokus på at forklare patienterne udfordringen ved for mange ikke-alvorlige henvendelser til øjenlæger.
		Konkret ift. psykiatrien: Der bør arbejdes med hurtig diagnostisk afklaring hos psykiater mhp. understøttelse af behandlingen i almen praksis – fx ala aftalen om hurtig psykiatrisk udredning i Region Syddanmark.
Digitalisering	• Datalovgivning problematiserer udveksling af data mellem de enkelte behandlere. • Gentagelse af billeddiagnostik. • Digitalisering fordrer, at parterne har de fornødne digitale kompetencer - herunder også patienter.	Der er brug for IT-systemer, hvor billeder og undersøgelsesresultater kan deles mellem sektorerne.
		Finde på nye løsninger til at dele information mellem sektorer (eksempelvis øget brug af vandrejournaler på sygdomsområder som diabetes, hvor de ser mange forskellige behandlere i forskellige regi)-
		Ønske om at få en platform hvor alle sundhedsdata fra forskellige sektorer kan ses ét sted.
		Øget brug af digitalisering til at lave "fast tracks" for patienter.
		Måske kan digitale løsninger bruges mere aktivt ift. at sikre nære tilbud til alle – men et opmærksomhedspunkt er ældre/sårbare.