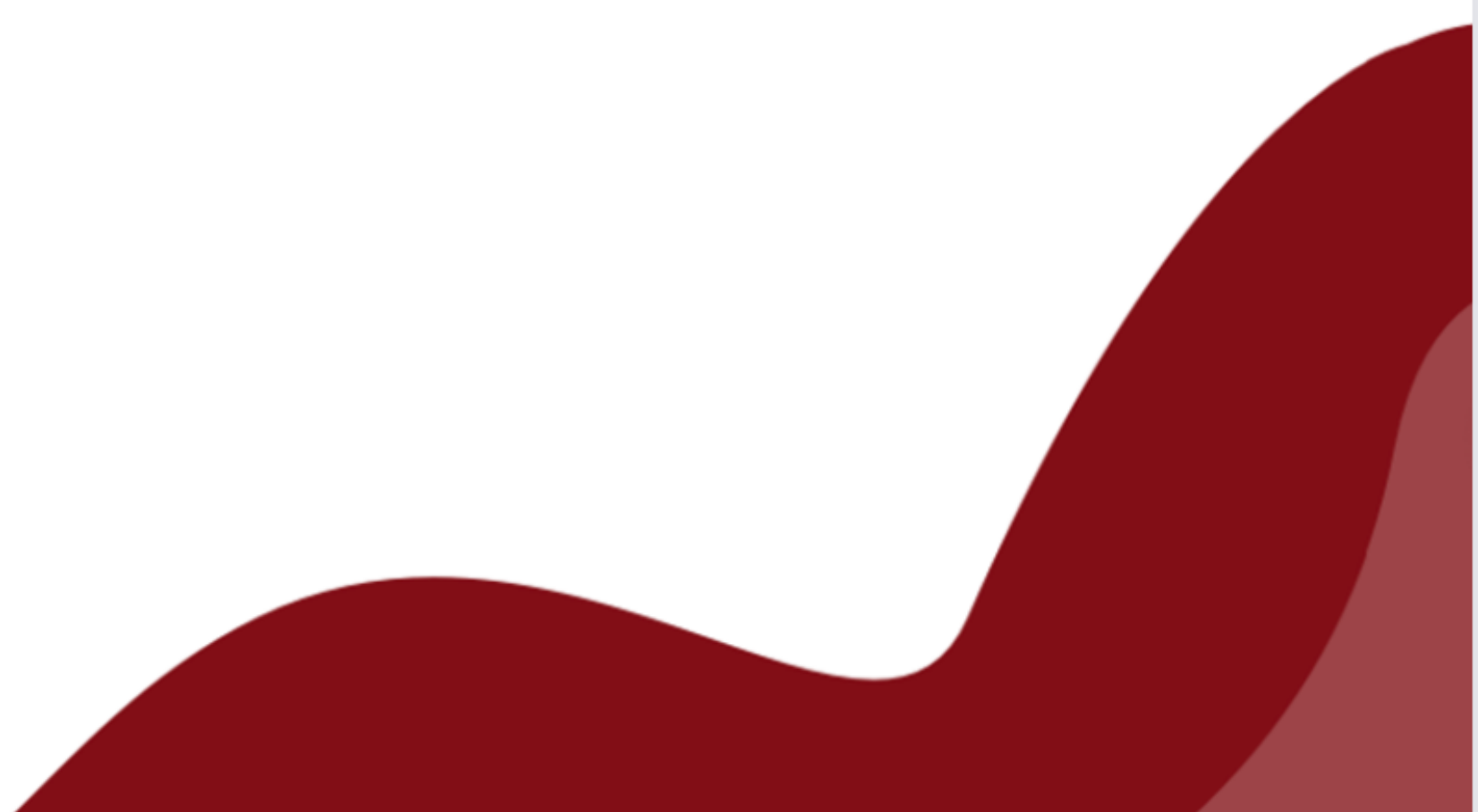


# Velkommen til PatientAkademiet

**De store sundhedsplaner - Hvem skal bestemme i fremtidens sundhedsvæsen?**

Onsdag den 20. september 2023



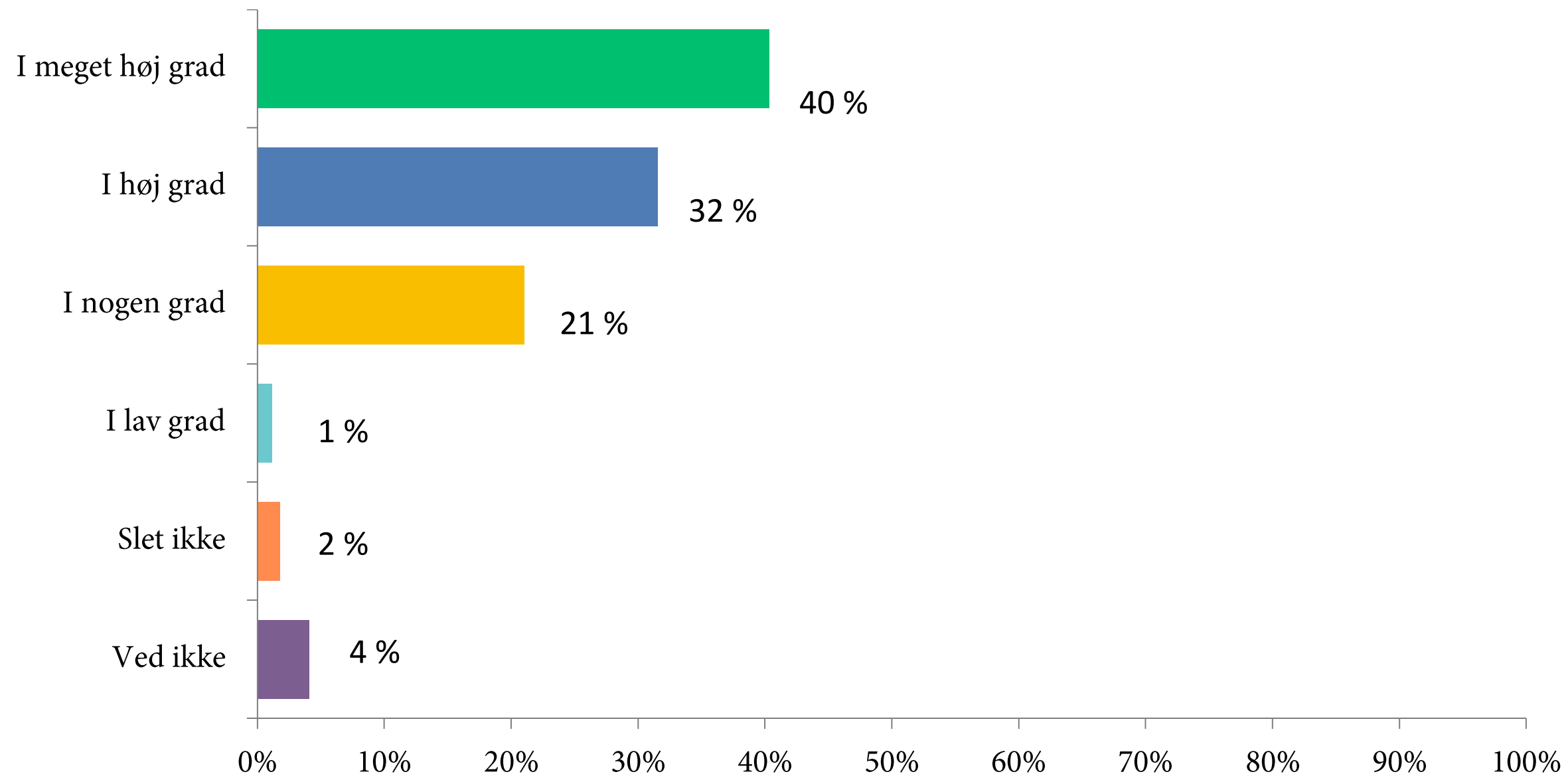
# PatientAkademiets spørgeskemaundersøgelse

*PATIENTFORENINGERNE OG DE STORE SUNDHEDSPLANER*

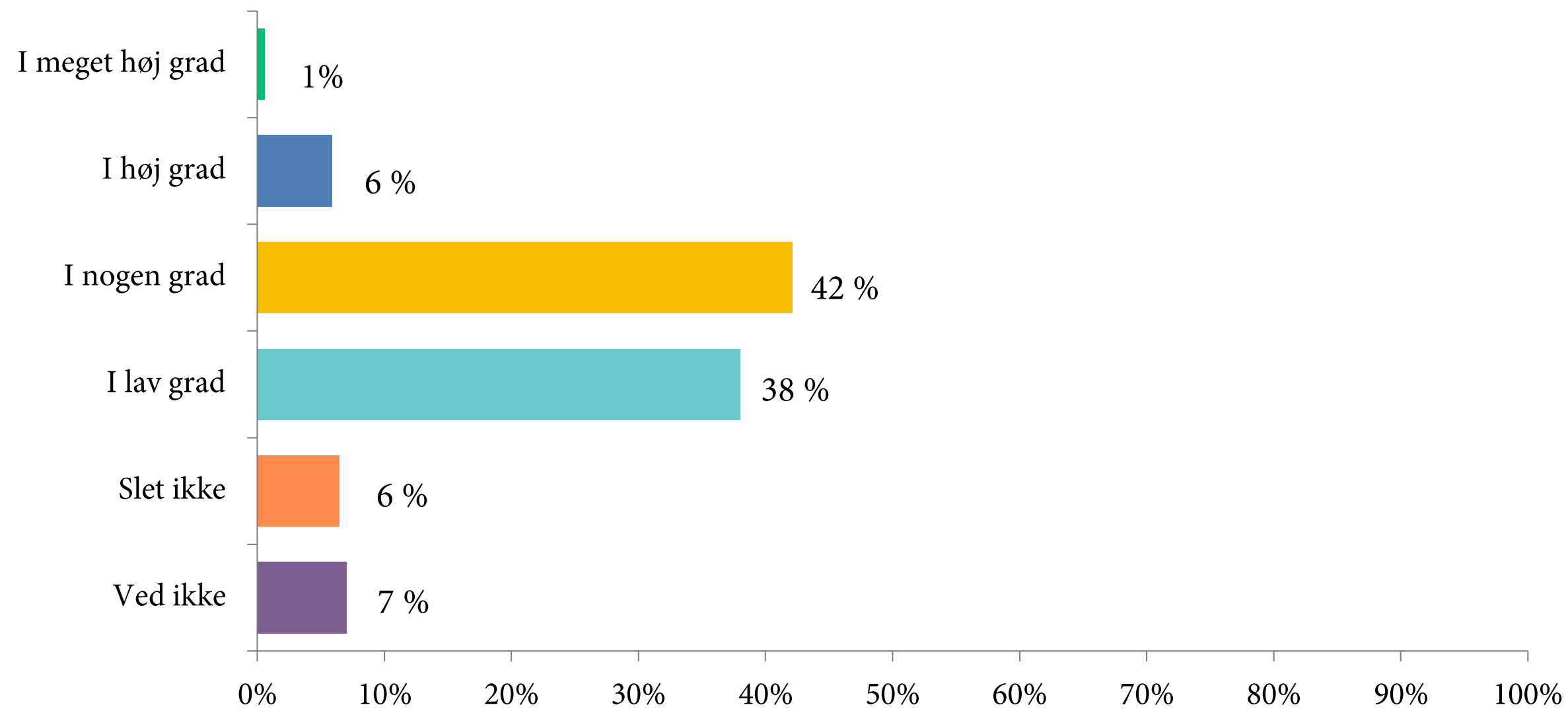
v. Kristian Lund, chefredaktør & adm. direktør, Medicinske Tidsskrifter



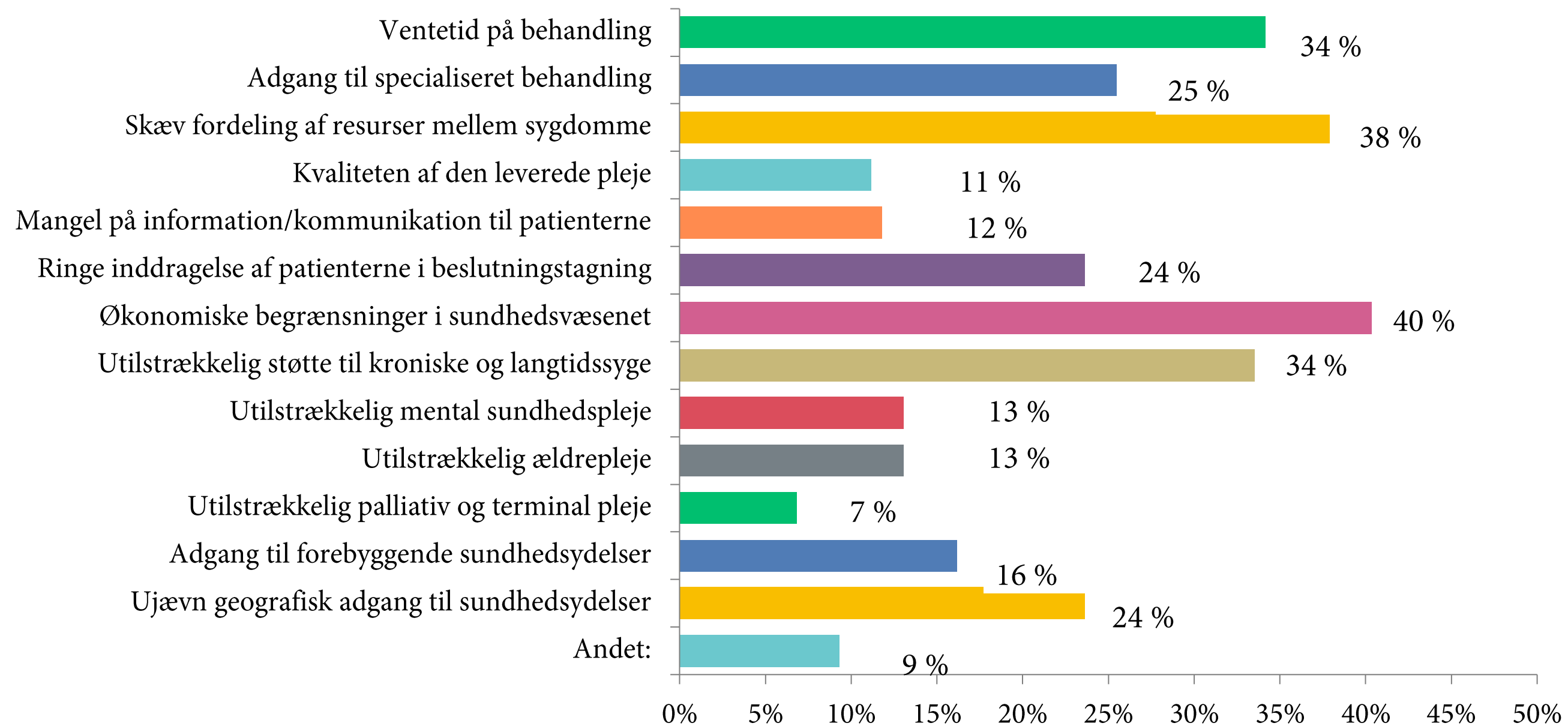
## Figur 8: I hvilken grad er du enig i udsagnet: 'Politikernes beslutninger om sundhedsplaner er mere drevet af økonomi end af patienternes velbefindende'?



## Figur 9: I hvilken grad mener du, at medierne er gode til at inddrage patientforeningernes perspektiver, når de dækker sundhedsplanernes tilblivelse?



## Figur 10: Vælg venligst de tre områder, du mener er de største og mest presserende udfordringer i det danske sundhedsvæsen



# Citater

”Hjerneskode er en meget dyr sygdom for samfundet. Med bedre sammenhæng og bedre rehabilitering og vedligeholdende træning kan den ramte komme langt længere. Og med stor sandsynlighed kan rigtig mange komme tilbage på arbejdsmarkedet. Ikke altid på fuld tid, men i for eksempel fleksjob. Det vil have enorme gevinster, men det vil kræve omkostninger til rehabilitering i starten, som kan være dyre.”

Hjerneskadeforeningen

”Et konkret eksempel er kommunalpolitik, hvor man ændrer en type kateter til et væsentligt ringere produkt og siger, at de har undersøgt det. Men når vi er en forening af mennesker, der bruger kateter, kan det undre, at man ikke har spurgt os.

Og når dem, der har skoen på, så bagefter fortæller, hvor den trykker, så bruges det ikke, hvis det ikke passer ind. Så vælger de det, de har valgt, og man kan selv betale differencen, hvis man vil have det produkt, man benyttede før. Så får man indført brugerbetaling ad bagdøren.”

- Blærekræftforeningen

”Jeg oplever en politisk diskurs i øjeblikket, som går på at de store brede sygdomme skal prioriteres højere på bekostning af de sjældne diagnoser. Sundhedsøkonomerne svinger en taktstok nu, hvor man siger, at man skal sørge for, at den almene dansker kan få behandling i det nære sundhedsvæsen, og det ser jeg ske på bekostning af det specialiserede; vi skal spare på dette og indkredse omkostninger og turde sige nej til at behandle sygdomme.

Men selv om vi kan savne, at sjældne området generelt får en større plads i debatterne om de store sundhedsreformer, vil jeg på ingen måde sige at vi står udenfor indflydelse. Alene inden for det seneste år har vi fået indført New Born Screening for en af vores diagnoser og fået langt flere i medicinsk behandling. Men vores arbejde er på ingen måde slut, og vi har mødt hård og ofte ubegribelig modstand, sammenlignet med de tilbud udlandet tilbyder til vores patientgruppe”

- Muskelsvindsfonden

”Da jeg blev formand, stillede jeg gerne op til hvad som helst – foredrag, interviews og andet for at foreningen kunne blive synlig. Det var tilbage i 2013. Nu ringer medierne til os, fordi vi er synlige og kan sige noget fornuftigt. Vi ved, hvad vi taler om. Hvor vi før selv måtte sælge ind, er det os, medierne kontakter, når det handler om kræftpakker. Jeg tror, at det, at vi har taget et langt sejt træk betyder noget.”

- Brystkræftforeningen

# Citater

”Visse ting er det svært at få lydhørhed for i pressen. Det er på det nærmeste umuligt.”

- Blærekræftforeningen

”Inden for de sidste seks-syv måneder er der sket det mærkværdige, at vores emne – ADHD sammen med psykiatrien – er allestedsnærværende i medierne og så videre.

- ADHD-foreningen

”Der er en tendens til, at dem, der råber højest, får mest, men det er ikke nødvendigvis de mest trængende. Små grupper kan meget let drukne, og det synes jeg er ærgerligt. Blærekræftforeningen skal tage vare på vores interesser, men vi har et ansvar for alle. Det må ikke udvikle sig til et egoistisk cirkus, hvor de svage og små bliver efterladt på perronen.

- Blærekræftforeningen

”Tænk, hvis alle, som fik en hjerneskade, fik den samme behandling over hele landet. I dag er det et postnummerlotteri. Man er heldig, hvis man bliver visiteret og bor i nærheden af et større genoptræningssted, som har ekspertisen.”

- Hjerneskadeforeningen

# Sundhedsstruktur kommissionen



# Kommissionens opdrag

# Sundhedsstrukturkommissionen – kort fortalt

- Kommissionen blev nedsat den 28. marts 2023 og består af en formand samt 8 medlemmer.
- Kommissionens opgave er at opstille forskellige modeller for organiseringen af sundhedsvæsenet.
- Kommissionen skal afslutte sit arbejde med én samlet afrapportering i foråret 2024, så følgelovgivning kan behandles i folketingssamlingen 2024/25.
- En central del af kommissionens opdrag er at sikre debat og involvering af alle interesserede aktører. Kommissionen vil derfor lægge op til en bred offentlig debat om organiseringen af sundhedsvæsenet.

# Formand: Jesper Fisker



Administrerende direktør, Kræftens Bekæmpelse, og bl.a. tidligere departementschef og tidligere adm. direktør i Sundhedsstyrelsen

## Hvem er kommissionen?

### Jakob Kjellberg



Professor i sundhedsøkonomi, VIVE

### Peter Bjerre Mortensen



Professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet

### Dorthe Gylling Crüger



Koncerndirektør, Region Hovedstaden

### Sidsel Vinge



Konsulent, tidligere projektchef i VIVE og tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune

### Mogens Vestergaard



Praktiserende Læge og seniorforsker, Forskningsenheden for almen praksis, Aarhus Universitet

### Marie Paldam Folker



Centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark

### Søren Skou



Tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk

### Gunnar Bovim



Formand for Helsepersonelkommissionen og rådgiver på Norges teknisknaturvidenskabelige Universitet

# Kommissionens opgaveformulering jf. kommissorium

## Opstille og belyse modeller

Modeller for "Den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet."

Modellerne skal

- **Fordomsfrit** se på strukturen og organiseringen
- Understøtte en **markant omstilling** af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.
- Være **udgiftsneutrale** og ikke øge personaletræk
- Forholde sig til en række **udfordringer**
- Omfatte en række konkrete **områder**
- Understøtte 6 **sigtelinjer**

## Afveje fordele og ulemper ved modeller

"Kommissionen skal (...) for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen."

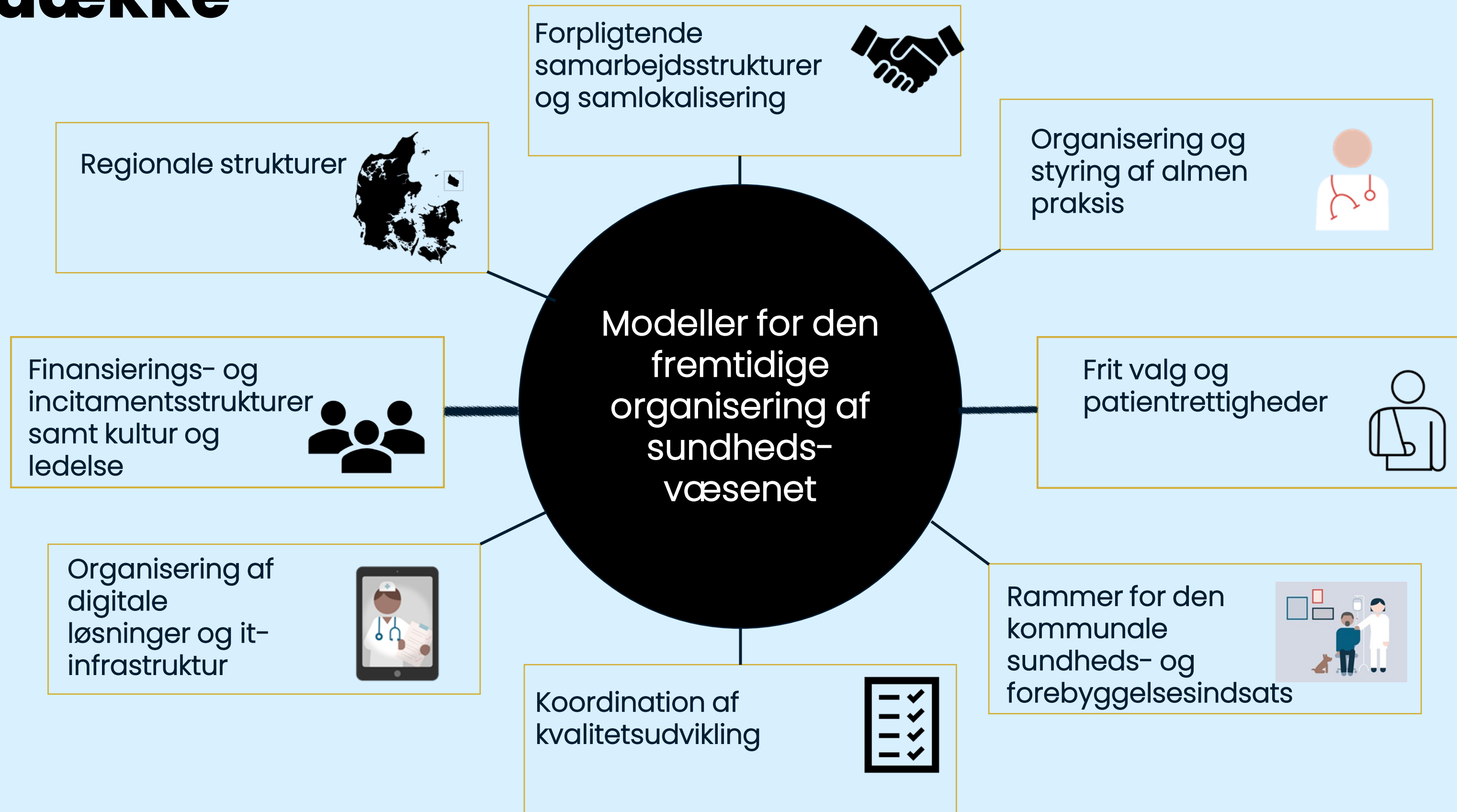
## Vurdere potentialer

Vurdere inden for hvilke **områder og målgrupper**, hvor der særligt er **potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling** af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.

**Målgrupper** skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom samt ældre medicinske patienter.

Skal tillige pege på potentialer for **bedre forebyggelse**.

# 8 områder som kommissionens modeller skal dække



# Uddybning af kommissoriets krav til modellerne



## UDFORDRINGER

SOM MODELLERNE BL.A.  
SKAL BIDRAGE TIL AT LØSE

- Flere ældre og flere med kronisk sygdom og multisygdom og samtidig
- Mangel på arbejdskraft
- Skævhed i udvikling ml. primær og sekundær sektor
- Manglende sammenhæng for borgeren/patienten
- Forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud på tværs af landet
- Utidssvarende organisering



## POTENTIALER mv

SOM MODELLER/LØSNING  
SKAL INDFRI/UNDERSTØTTE

- Bedre samspil og omstilling af opgaveløsning
- Mere forebyggelse
- Nyttiggørelse af kvalitetsdata og udbredelse af god praksis
- Fælles digitale løsninger , ny teknologi og udveksling af data
- Hensigtsmæssig brug af private aktører



## SIGTELINJER

SOM MODELLERNE SKAL  
VURDERES UD FRA

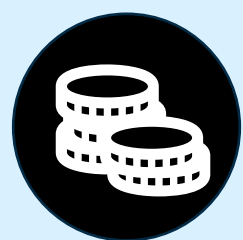
1. Sammenhæng og samarbejde på tværs
2. Sammenhængende plan og mere samlet ansvar for patienten
3. Lige adgang til ensartet høj kvalitet på tværs af landet og sociale skel
4. Patientrettigheder og frit valg
5. Nærhed og let adgang for borgerne
6. Bæredygtighed i forhold til ressourceforbrug

# Opgavens afgrænsning

## Modellerne kan ikke ændre ved...



Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger\*

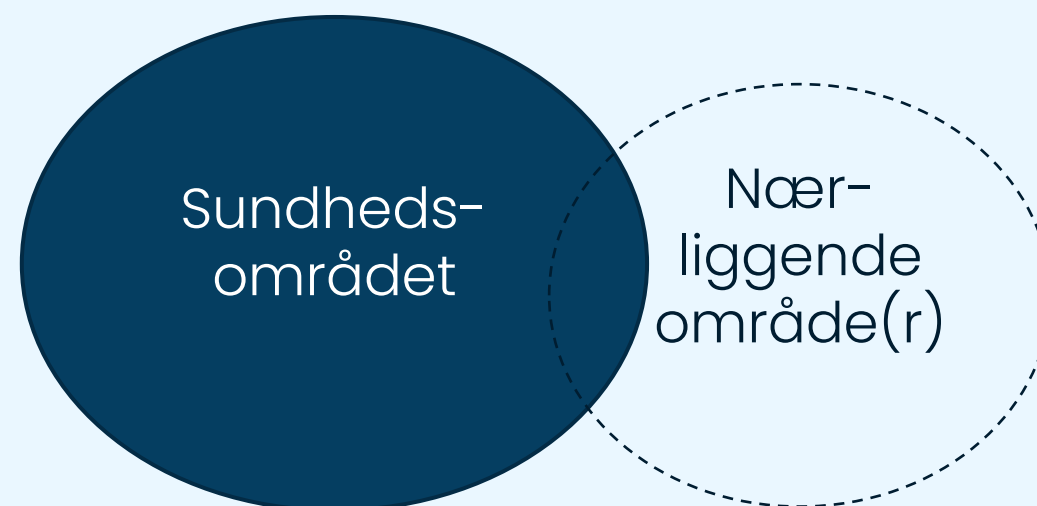


Placering af skatteudskrivningsretten

\* ”

“Kommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur skal bl.a. omfatte.....en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning

## Fokus på sundhedsområdet mv



”

“Fokus for kommissionens forslag til organisering er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen bør dog i sine forslag til organisering også forholde sig til samspillet med nærliggende områder, som er tæt koblet til sundhedsområdet, i det omfang det vurderes relevant for at sikre bedre samspil med sundhedsområdet.

## Andre regionale områder

”

“Ved modeller, som involverer ændringer i antallet af forvaltningsniveauer, skal afledte konsekvenser for andre opgaveområder også beskrives.

# Udfordringsbilledet for kommissionen



# “Bermudatrekanten”

3 “siloer” med forskellige regulerings- organiserings- og finansieringsstrukturer.

Mangel på sammenhæng og kontinuitet for patienten  
Fx genindlægges 1 ud af 10 patienter i somatikken og 1 ud af 4 i psykiatrien indenfor 30 dage.

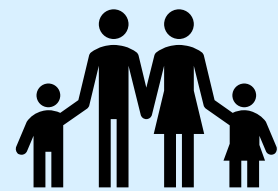
Større behov for koordinerende indsatser mellem “siloerne” på baggrund af bl.a.:

- Kortere hospitalsindlæggelser og mere ambulant behandling.
- Stigning i patienter med multisygdom.

Kommuner



Sygehuse



Almen Praksis

Kollektive handlingsproblemer:  
Patienter modtager specialiserede behandlinger på et højere niveau end nødvendigt som følge af incitamentsproblemer.

Mangel på investeringer i løsninger på tværs af sektorerne (f.eks. telemedicin).

# Borger- og interessentinddragelse

# Kommissionen skal være inddragende

“Kommissionen skal også **understøtte bred offentlig debat**, der involverer medarbejdere, patienter, pårørende, eksperter og andre **aktører omkring sundhedsvæsenet.**”\*

“Kommissionens medlemmer skal aktivt deltage i den offentlige debat om kommissionens arbejde med at fremtidssikre sundhedsvæsenet.”\*



*Kilde: \*Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen*



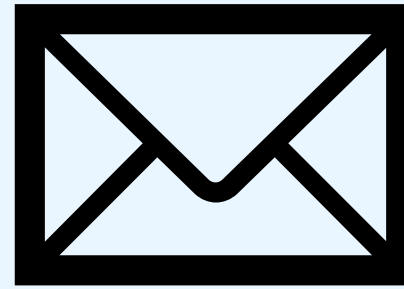
## Følgegruppe og interessentmøder

Udvalgte interessenter inviteres til temamøder i følgegruppen. Kommissionen afholder løbende møder med en række interessenter.



## Borgermøder

Borgermøder, hvor kommissionen kan indsamle inputs fra borgere.



## Åben postkasse

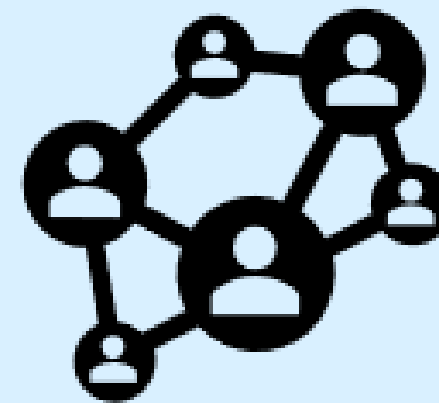
Alle borgere, interessenter og personale kan sende deres input til kommissionen på [forslag.struktur@sum.dk](mailto:forslag.struktur@sum.dk)

Se nærmere på [www.sundhedsstrukturkommissionen.dk](http://www.sundhedsstrukturkommissionen.dk)



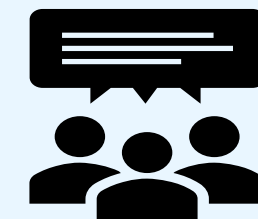
## Inspirationsbesøg

Kommissionen besøger fx personale og patienter.



## Morning talks mv

Morning talks med eksperter mv.



## Sundhedstopmøde

Konference den 8. december 2023 i Roskilde med ca. 200 deltagere.



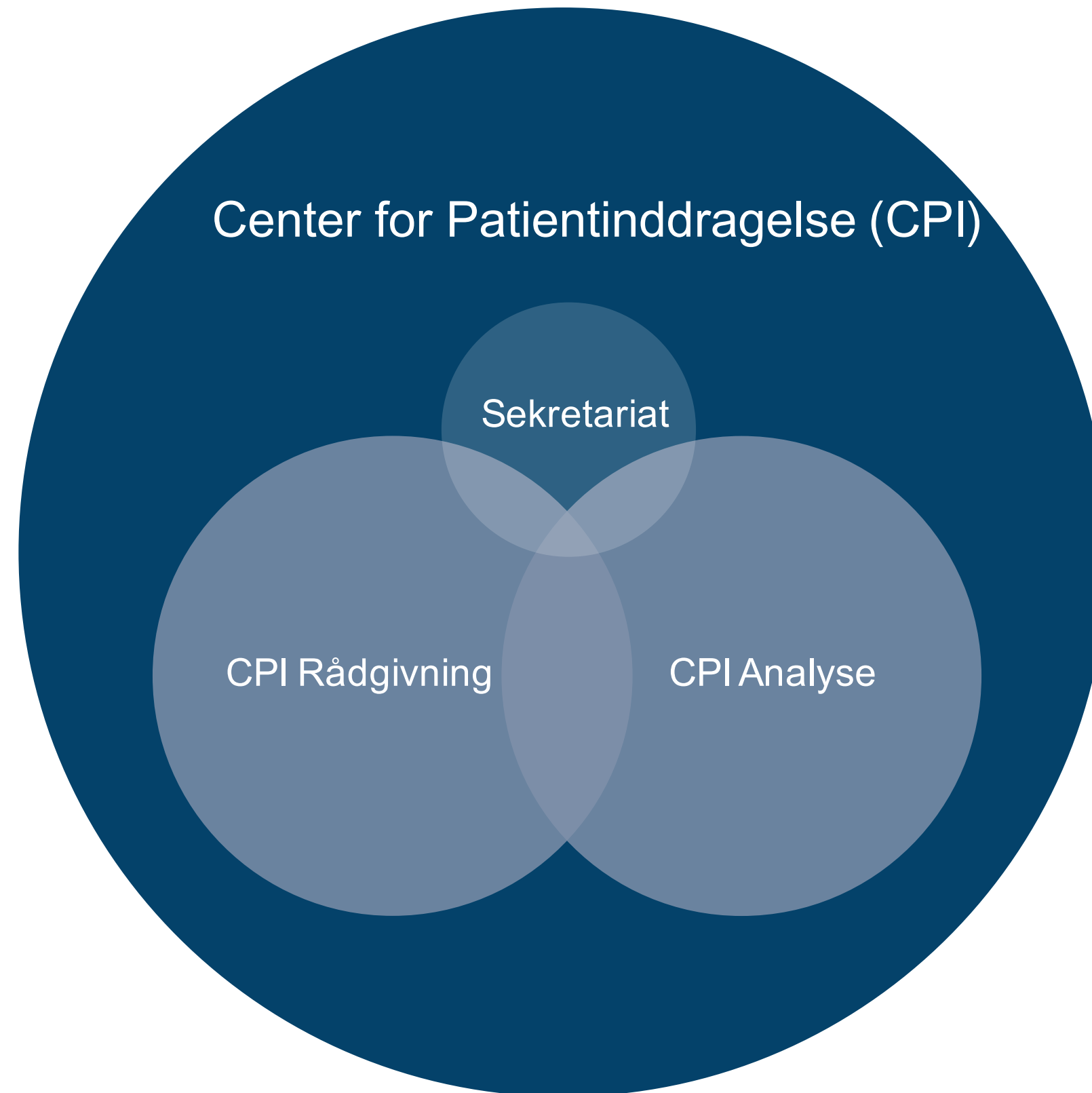
# Inddragelse af patienter

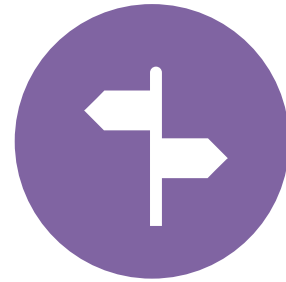
Hvad, hvorfor og hvordan?

V/ Trine Østerbye Rimdal

Netværksmøde i regi af PatientAkademiet den 20. september 2023

## Hvem er Center for Patientinddragelse?

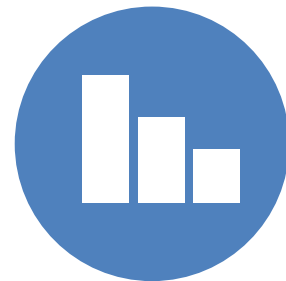




### Rådgivning

CPI Rådgivning hjælper hospitalsafdelinger med at sætte patientens behov i centrum gennem kliniknær rådgivning og implementeringsstøtte.

*Fx via fælles beslutningstagning*



### Analyse

CPI Analyse giver klinikere og beslutningstagere nye indsigter i patienters perspektiver for at fremme et patientcentreret sundhedsvæsen.

*Fx via LUP, brugerundersøgelser, evalueringer og årligt læringsseminar*

## Indhold i dag

1

**Hvad** er patientinddragelse?

2

**Hvorfor** skal vi inddrage?

3

**Hvordan** inddrages patienterne via fælles beslutningstagning?

4

**Hvordan** anvendes PRO til patientinddragelse?

5

Hovedpointer og evt. spørgsmål



**Hvad er  
patientinddragelse?**

# Patientinddragelse er indflydelse

...på udviklingen af sundhedsvæsenet og  
på eget forløb og behandling.



## Individuel patientinddragelse er...

At give patienter **indflydelse på eget forløb** ud fra individuelle behov, præferencer og viden. Det gøres gennem dialog, beslutninger om behandling og pleje og/eller tilrettelæggelse af aktiviteter.

## Indflydelse på eget forløb fx via:

- Fælles beslutningstagning
- Patientrapporterede oplysninger (PRO)
- Involverende stuegang evt. med brug af patienttavler
- Brugerstyret behandling fx hjemmekemo , selvbooking og videokonsultationer



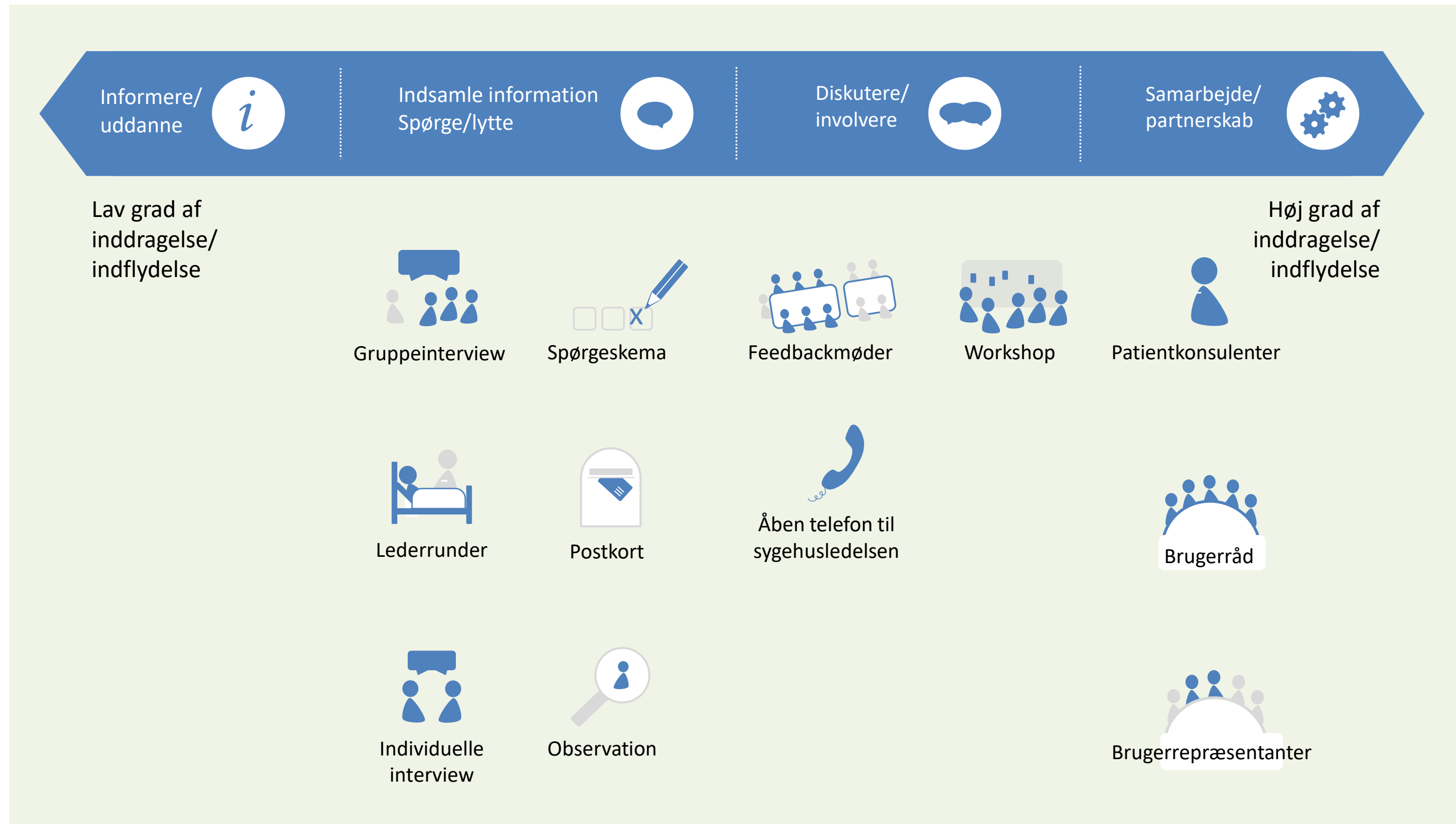
## Organisatorisk patientinddragelse er...

At give patienter og pårørende indflydelse på **udviklingen af sundhedsvæsenet** ved brug af viden om patient og pårørendeperspektivet og samarbejde med patienter og pårørende i beslutnings- og udviklingsprocesser.

## Indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet fx via:

- Brugerundersøgelser
- Brugerrepræsentanter/brugerråd
- Feedbackmøder

# Metodisk spændvidde – organisatorisk patientinddragelse





# Patientinddragelsesguiden

**Hvorfor skal vi  
inddrage?**

## Hvorfor er det vigtigt at høre patienterne? Et udsnit af svar...

### Patienterne...

1. oplever det samlede forløb i et til tider fragmenteret system.
2. har hver især konkrete erfaringer.
3. kan udfordre sundhedsprofessionelles forståelse.
4. har unik viden om deres behov og prioriteringer.
5. kan se andre løsninger end de sundhedsprofessionelle.
6. kan bidrage med dybdegående og nuanceret diskussion af emner.

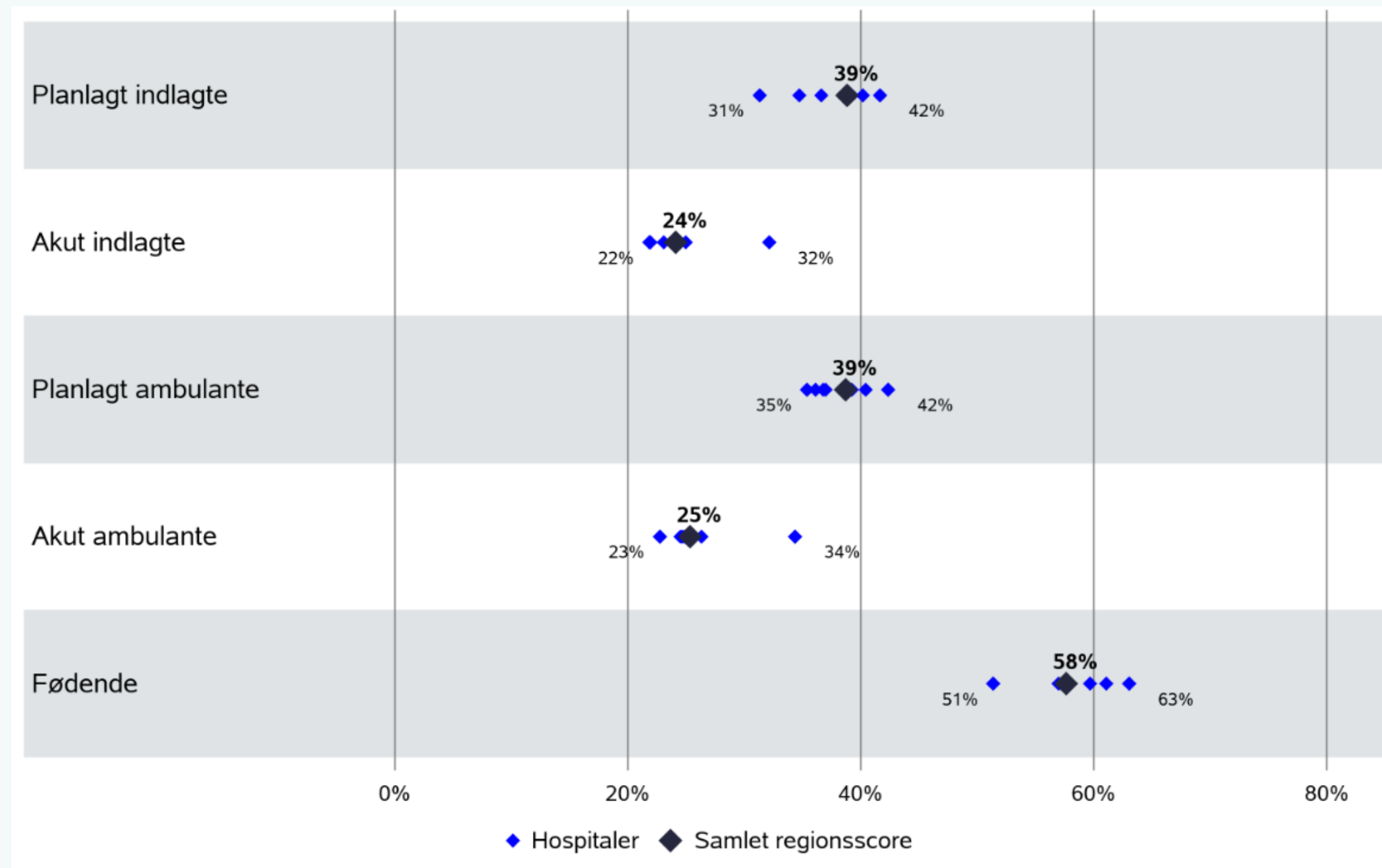
### De sundhedsprofessionelle...

7. er ikke i stand til at vurderer kvaliteten på vegne af patienten.
8. udviser respekt ved at høre og anerkende, at patienterne har en stemme.



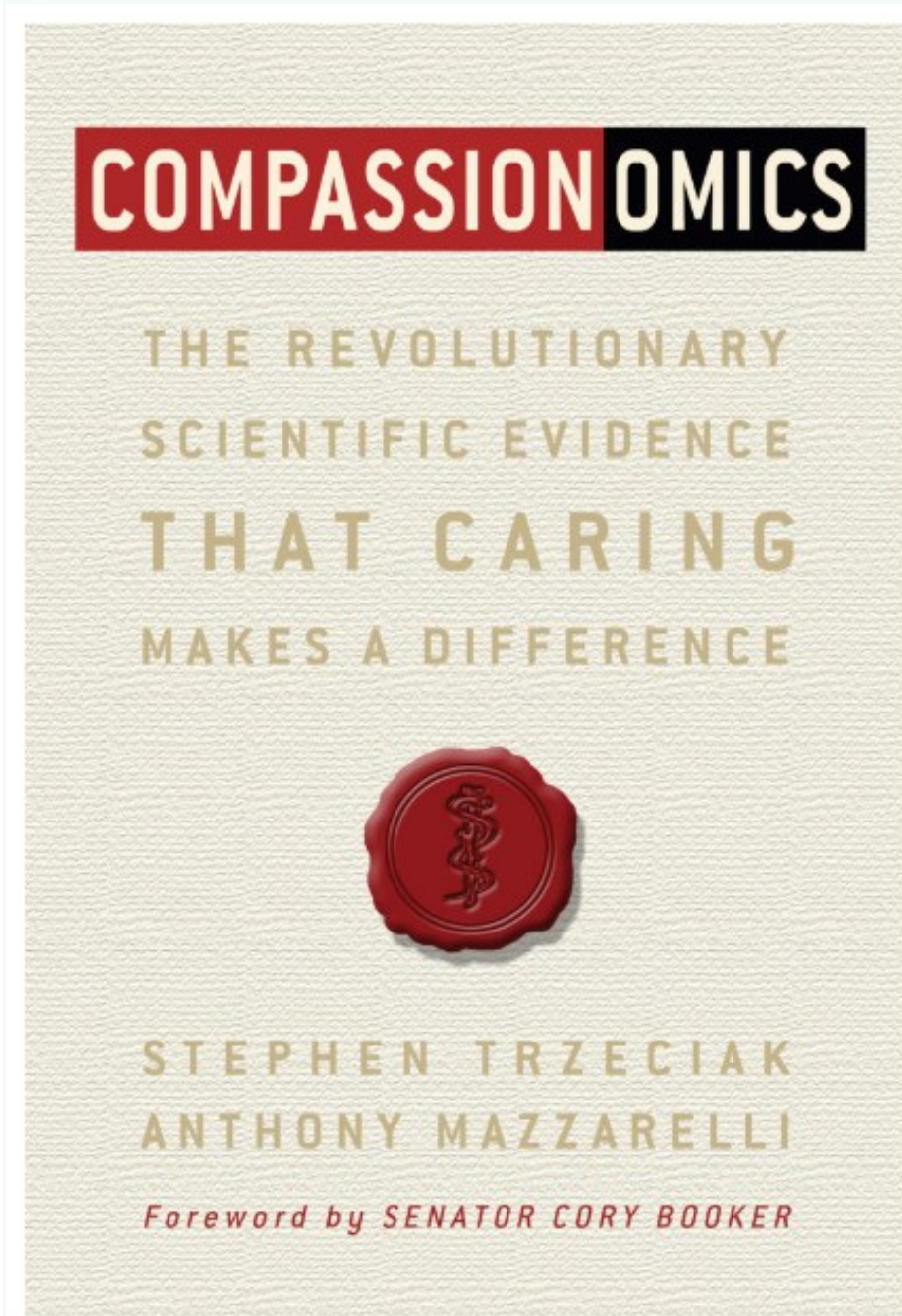
# Status på patientinddragelse i Region Hovedstaden

”Jeg er med til at træffe beslutninger om undersøgelse/behandling ved behov”



## En kulturforandring på vej...

*Fra fokus på effektivitet og økonomi til venlighed og omsorg*



# Et kulturelt gearskifte

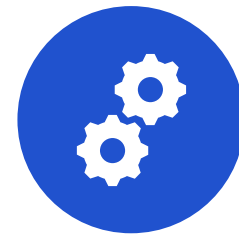
## Fra dette...

- Arbejdsgange planlægges ud fra organisationens behov.
- Information præsenteres ud fra et sundhedsprofessionelt synspunkt.
- Patienters feedback indsamles og bruges sjældent.
- Fokus på behandlingens og plejens funktionelle aspekter.
- Medarbejdere ikke klædt på til at forbedre forhold for deres patienter, og udelukkende effektivitet belønnes.
- Effektivitet, produktivitet og kliniske effekter opfattes som det vigtigste.
- Arbejdskultur er præget af silo opdeling.

## ...til dette

- Arbejdsgange planlægges ud fra patienternes behov.
- Information tilpasses til og sammen med patienten – og information går begge veje.
- Data om patientoplevelser indsamles jævnligt og der handles på dem.
- Fokus på de relationelle aspekter af behandling og pleje.
- Medarbejdere belønnes for at skabe høj patientoplevelt kvalitet.
- Patienter aktive i egen behandling og er en del af de beslutninger, der træffes.
- Positiv læringsstrategi til håndtering af klager, og ris og ros formidles bredt ud.
- Patienter er en del af beslutningsprocesser.

## Patientinddragelse en del af løsningen



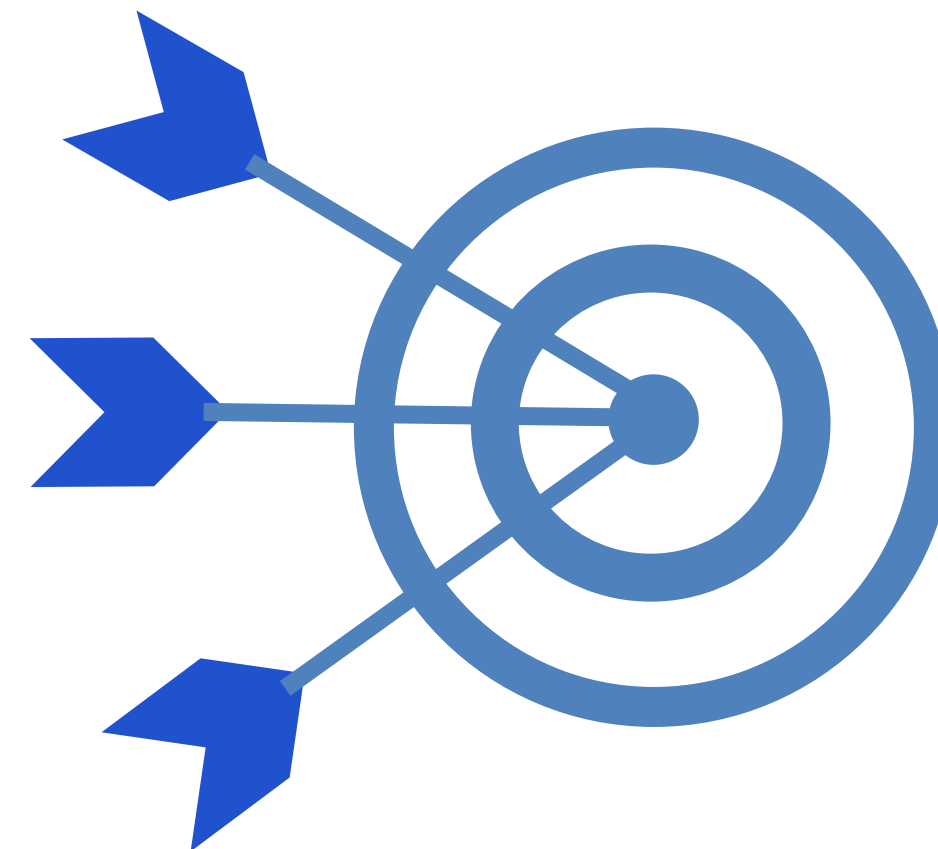
**Kvalitetssikring af ydelser og højere patienttilfredshed**



**Hjælpe med at spotte blinde vinkler**



**Skabe nye løsninger sammen**



Ikke længere et spørgsmål om  
**HVORFOR** vi skal inddrage brugerne  
men et spørgsmål om **HVORDAN?**

## Mange gode metoder findes allerede...

- **Implementering sker ikke af sig selv - kræver fokus**
- **Konkurrerende indsatser – ledelsesmæssig prioritering**
- **Begrænset implementeringskraft i afdelingerne**
- **Kulturændring tager tid**

**Hvordan inddrages  
patienterne via  
fælles  
beslutningstagning?**

## Hvad er fælles beslutningstagning?

### **Center for Fælles Beslutningstagning definerer begrebet således:**

*Fælles beslutningstagning foregår, når patient og kliniker i forening træffer beslutning om udredning, behandling, pleje eller opfølgning på en måde og i et omfang, som patienten foretrækker.*

*Der anvendes evidensbaseret viden om valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder til professionel rådgivning af patienten. Herved støttes patienten i at udforske egne værdier og præferencer så den bedste mulighed vælges i forhold til patientens præferencer.*

**Klinikeren er ekspert i diagnosen. Patienten er ekspert i sit eget liv.**



## Informeret samtykke

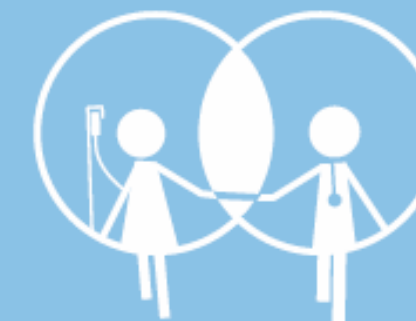
- **Formål: Indhente patientens accept eller fravalg af den anbefalede behandling**
- Et juridisk dokument og lovkrav
- Information om sundhedsfagligt prioriteret valg fremfor dialog
- Valg af behandlingstilbud baseret på patienter generelt

## Fælles beslutningstagning

- **Formål: Nå til enighed om valg af behandling som tager hensyn til patientens præferencer**
- En metode til inddragelse
- Information og dialog før prioritering af valg
- Valg af behandling, der tager hensyn til individuelle præferencer

# Forskel på patienters og klinikers vurderinger

## Den stille fejldiagnose: Top Three Goals and Concerns for Breast Cancer

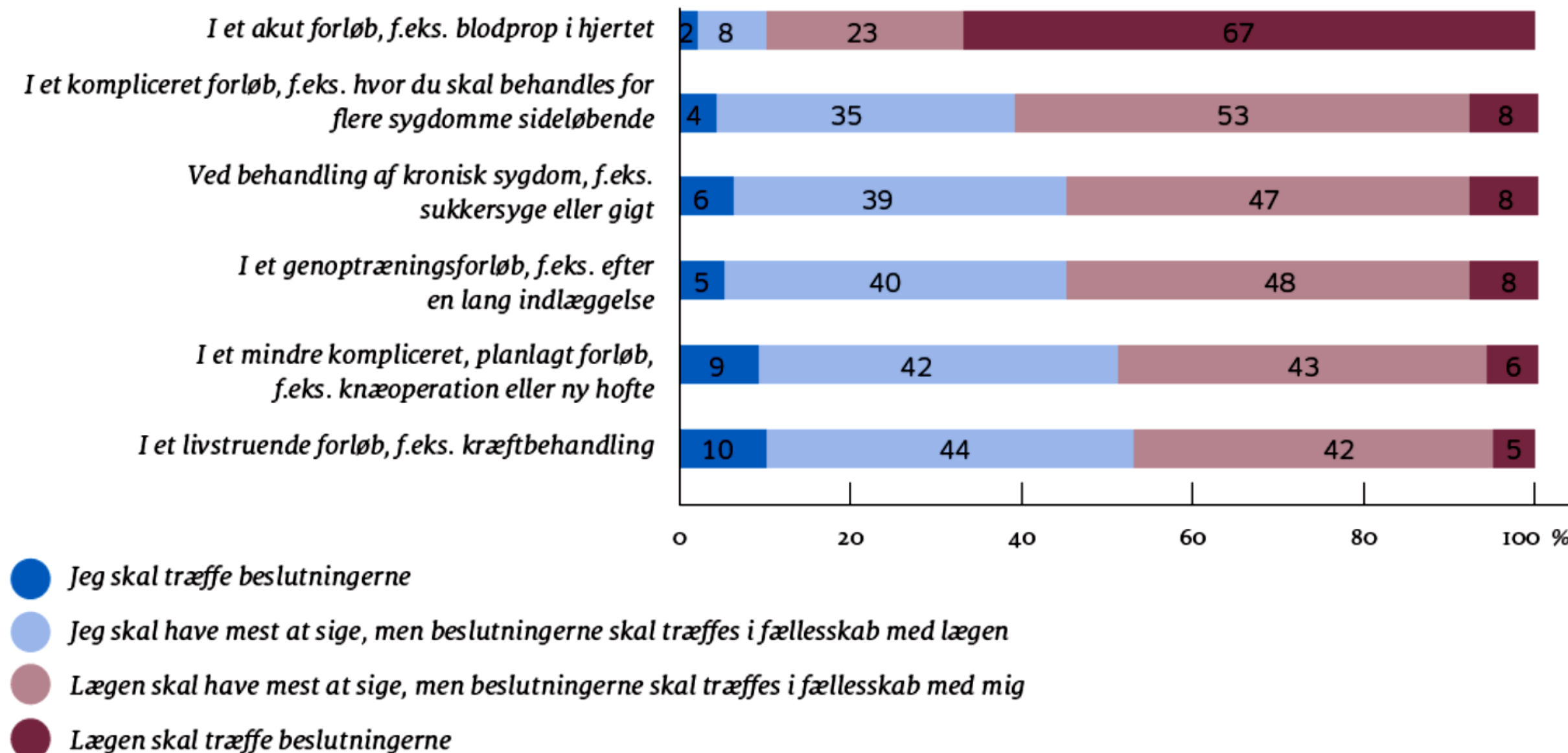


Condition: Goal	Pat.	Prov.	p
Keep your breast?	7%	71%	P<0.01
Live as long as possible?	59%	96%	P=0.01
Look natural without clothes	33%	80%	P=0.05
Avoid using prosthesis	33%	0%	P<0.01

# Patienter er forskellige

## Stort flertal vil træffe beslutninger i fællesskab

"Hvem ønsker du skulle træffe beslutninger om behandlingerne, hvis du befandt dig i hver af følgende situationer?"



# Hvorfor fælles beslutningstagning?

1

## Etisk korrekt at inddrage patienter

- Mennesker er forskellige – også når det kommer til sygdom og behandling. Derfor skal patienters behov og livssituation inddrages systematisk, så behandlingen kommer mest muligt til gavn for den enkelte.

2

## Patienterne ønsker at blive inddraget

- Barometerundersøgelse 2019: 51 % har slet ikke eller i mindre grad været involveret i beslutninger om opfølgingsforløb i det omfang, de ønskede.
- LUP 2022 ambulante pt. på tværs af diagnose i Region Hovedstaden: 26 % er slet ikke, i ringe eller i nogen grad med til at træffe beslutninger om undersøgelse/behandling ved behov.

3

## Inddragelse har gode effekter

- Greenfield et al. 1988; Coulter & Ellins 2006; Weingart et al. 2011: Inddragelse af patienten er forbundet med øget livskvalitet, patientsikkerhed og behandlingskvalitet.

4

## Politisk ønske

- Patienternes Kræftplan IV, Sundhedsdirektørkredsens beslutning om at udbrede beslutningshjælperen, fælles beslutningstagning som fokusområde i Region Hovedstaden og fagpolitisk, fx Danske Multidisciplinære Cancergrupper.

## Nyeste udvikling

Robusthedskommissionens anbefalinger, september 2023:

### **Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg**

Patienten og borgeren skal systematisk inddrages i beslutninger om deres behandling.

**Hvordan anvendes PRO  
til patientinddragelse?**

## Patientrapporterede oplysninger (PRO)

- PRO står for **P**atient**R**apporterede **O**plysninger.
- Oplysninger (data) der omhandler patientens helbredstilstand - fysisk og mentalt helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau.
- PRO-data er patientens svar angivet i et spørgeskema.
- PRO-data indsamles systematisk - borgeren indrapporterer typisk selv data.
- Svarene kan anvendes i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel.
- PRO anvendes flere steder i sundhedsvæsenet – både nationale, regionale og lokale skemaer.
- I Region Hovedstaden sker det via Sundhedsplatformen (SP) – ca. 30 aktive PRO-løsninger i SP fx ifm. graviditet, diabetes, hjerterehabilitering, medicinske kræftbehandling, palliation og hovedpinebehandling.

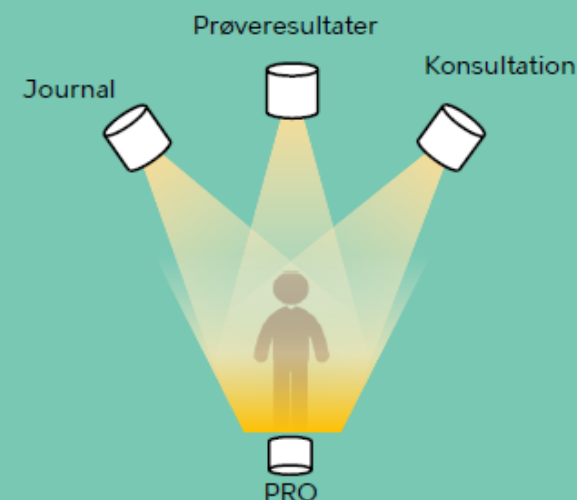
### Spørgeskemaet



#### Patienten besvarer et digitalt spørgeskema

Spørgsmålene handler om patientens eget fysiske og mentale helbred, konkrete symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne<sup>1,2</sup>

### Supplement



Figuren er udarbejdet af PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen

Besvarelsen bidrager til et **360° overblik** over patientens helbred<sup>4</sup>

PRO besvarelsen er et **supplement** til de øvrige oplysninger om patientens helbred og situation<sup>3,4,5</sup>

Patienten og den sundhedsprofessionelle er derfor **bedre forberedte** til deres møde<sup>3,4,5</sup>

### Samtalen



PRO sætter **patienten i centrum** i samtalerne og sætter fokus på, hvad der er vigtigt for den enkelte patient<sup>3,4</sup>

Samtalen/konsultationen bliver struktureret<sup>3,4</sup>

Det bliver nemmere at tale med patienten om svære emner<sup>3</sup>

### Det videre forløb



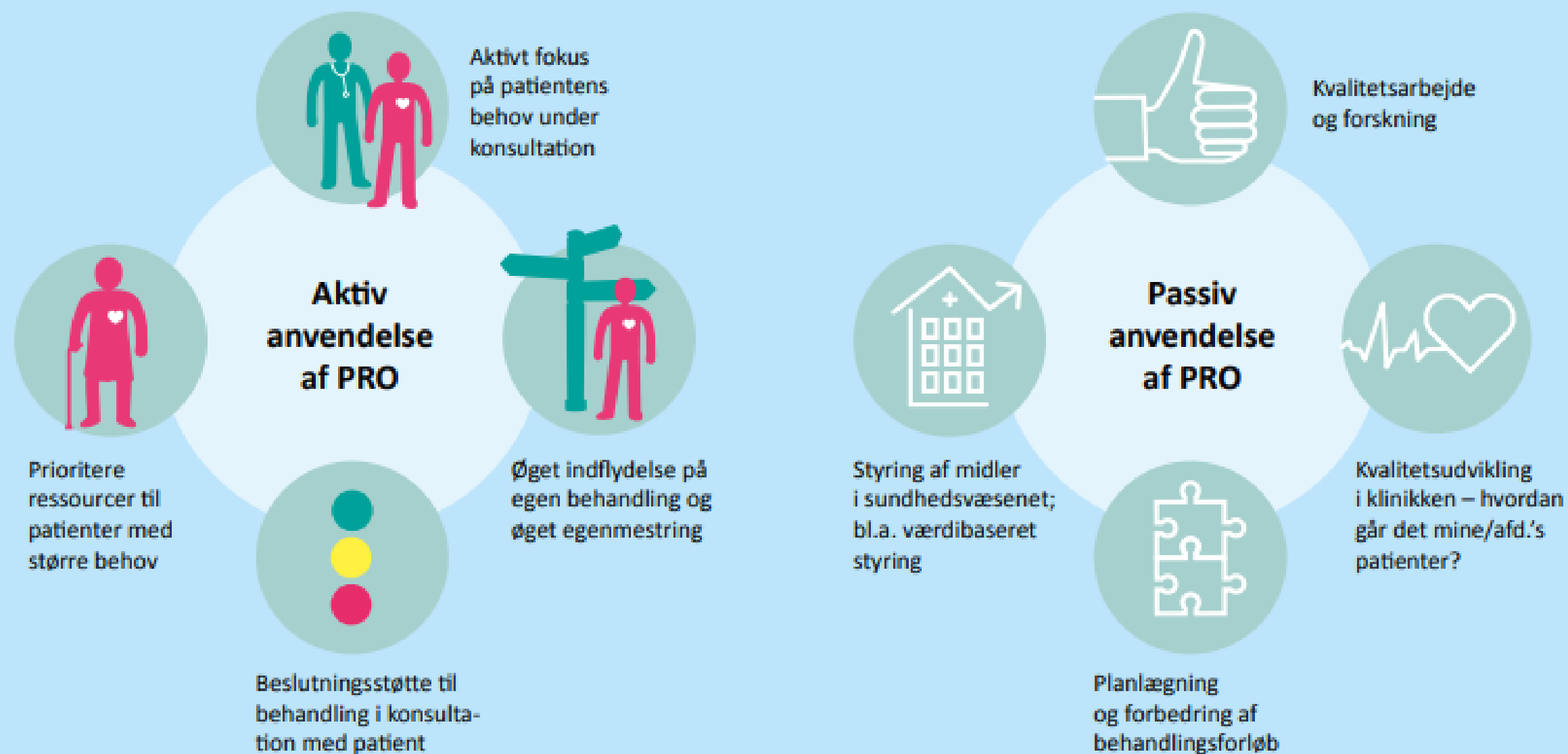
PRO gør det **nemmere at planlægge et personcentreret forløb**, der tager udgangspunkt i patientens levede liv<sup>4</sup>

**Nemmere at målrette ressourcer og tid** derhen, hvor der virkelig er brug for den<sup>1</sup>



# Hvorfor PRO?

PRO-data i sundhedsvæsenet kan anvendes til en række formål



# Hvorfor PRO?

1

## Led i indsatsen for mere værdibaseret tilgang i patientforløb

- Systematisk brug af PRO kan bidrage til mere individualiseret behandling og fleksible ambulante kontrolforløb.

2

## Mere målrettede samtaler

- PRO-spørgeskemaet kan hjælpe patienter til at være mere forberedt til mødet med den sundhedsprofessionelle. Patienters svar kan hjælpe den sundhedsprofessionelle med at målrette samtalen – fokus på hvor der er udfordringer.

3

## Mere indflydelse på eget forløb

- Patienter, der benytter PRO, kan opleve en øget mestring af sin sygdom og mere indflydelse på egen behandling.

4

## Bedre tilrettelæggelse af forløb

- Patienter kan undgå unødvendige kontroller, ventetider samt lang transporttid, hvis man på baggrund af spørgeskemaet ikke vurderer et behov for at blive set – såfremt det er patientens ønske.

**Hovedpointer og  
evt. spørgsmål**

## De fem vigtigste pointer

- 1 Patientinddragelse kan finde sted på mange måder og niveauer – og valg af metode afhænger af formål.
- 2 Inddragelse giver værdi - begge veje - når det fører til handling.
- 3 Patientinddragelse er en del af en kulturforandring.
- 4 Patientinddragelse - ikke længere et spørgsmål OM men HVORDAN.
- 5 Metoderne findes – men der skal fokus på ledelsesmæssig prioritering og implementeringskraft.

# Spørgsmål?



**Tak fordi I lyttede med!**

[www.regionh.dk/patientinddragelse](http://www.regionh.dk/patientinddragelse)

The background is a dark blue gradient with a starry texture. On the left side, there are several overlapping circular elements. A prominent one is a large arc with a scale from 140 to 260 in increments of 10. Other circles include dashed lines, solid lines, and arrows indicating clockwise or counter-clockwise directions. The text is centered in the right half of the image.

**RANDI MONDORF**  
**REGIONSMEDLEM (V)**



# HVEM SKAL BESTEMME OVER SUNDHEDSVÆSENET

- En statslig algoritme ?
- En statslig Styrelse ?
- Regeringen ?
- En "professionel" bestyrelse ?
- Borgmesteren ?
- "Klyngen" ?
- Regionsrådet ?



# HVORDAN FÅR JEG INDFLYDELSE PÅ MIN EGEN SUNDHED



- Er det her der er mest hjælp at hente ?
- Mens vi venter på kommissionen
- Direkte kontakt
- Høringer
- Konferencer / PR
- Patientinddragelses fora

# HVAD KAN NYTTEVÆRDIEN AF EN REGIONSPOLITIKER VÆRE ?

- Jeg er jo stor fan af demokratiet
- Jeg tror på at “flere lag” i vores demokrati holder demokratiet sundt
- Regionsrådet er “niveau 2” i vores demokrati – direkte adgang for borgere og foreninger
- Eks. – grusgrave
- Eks. Lukninger i psykiatrien
- Eks. Henvisninger

# DER ER BRUG FOR BEVIDSTHED



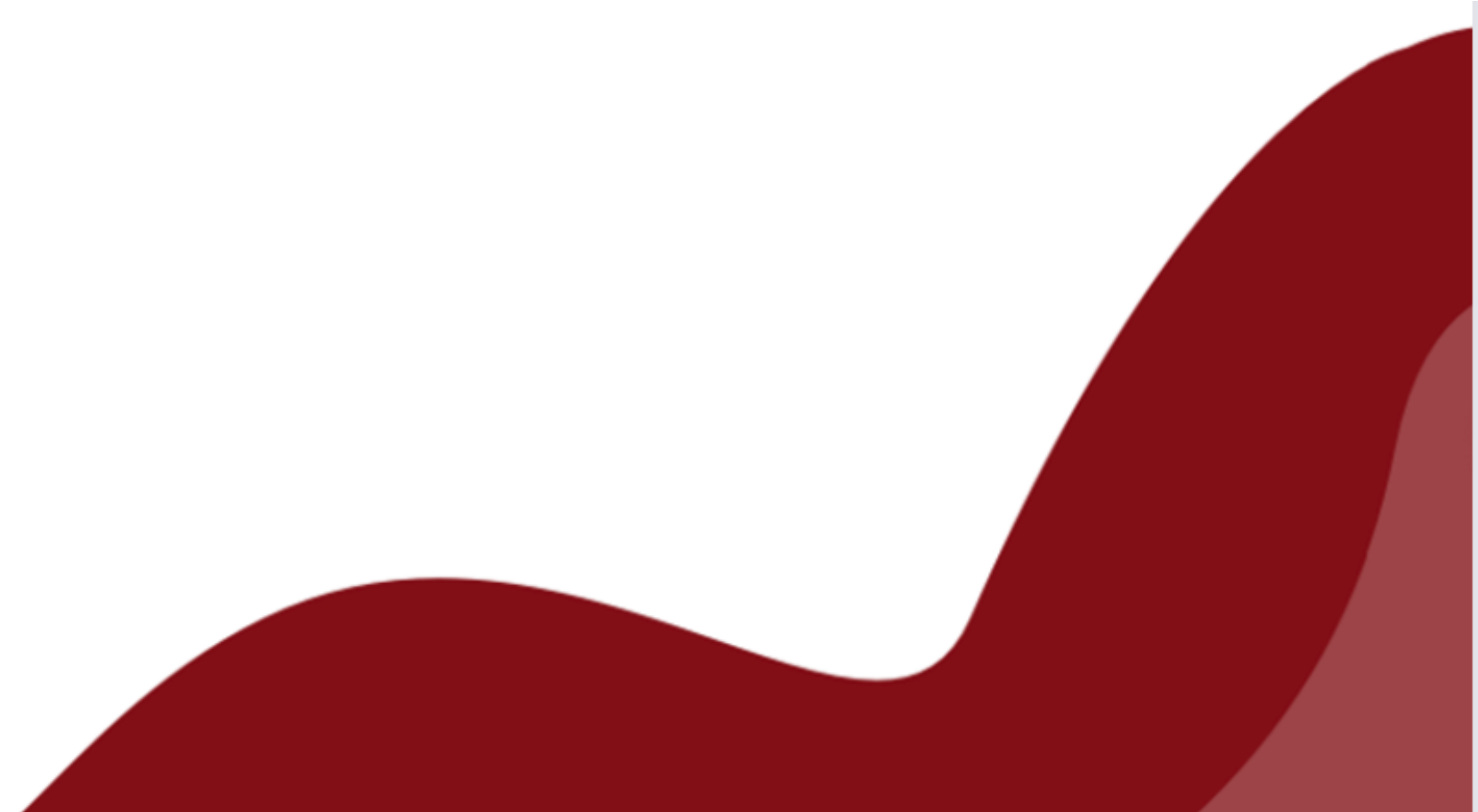
”Jeg tror, at man skal have indflydelse for at være et menneske. For du er ikke menneske, hvis du ikke har indflydelse.”

**Fra interviewundersøgelse om indflydelse**

**HVORDAN SKAL  
PATIENTINDRAGELSE  
SE UD I FREMTIDEN ?**

PAUSE

Vi er tilbage igen kl. 17.30 :)



17.30

# Workshop



# Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

**Patienten og borgeren skal systematisk inddrages i beslutninger om deres behandling.**

Det vil sikre, at flere patienter og borgere i højere grad modtager den behandling, de ønsker og har gavn af, at ressourcerne fordeles mere hensigtsmæssigt, og at behandlingsintensiteten reduceres, så mindre indgribende behandlinger oftere vælges til. Tilgangen anvendes allerede flere steder på sundheds- og ældreområdet, men bør udbredes og systematiseres.

**Sundhedspersonalet skal have bedre kompetencer og redskaber, der understøtter fælles beslutningstagen med patienten.** Det skal reducere risikoen for over- og underbehandling, da patienter ofte ønsker mindre intens og indgribende behandling, når de inddrages i beslutninger. Det gælder bl.a. svære samtaler om behandling ved livets afslutning.

**Helbredende behandling skal afsluttes, og palliativ indsats startes i rette tid ved livets afslutning.** Det indebærer foruden inddragelse af patienter og pårørende, at faglige vejledninger mv. i højere grad skal kunne rumme en individuel tilgang til behandling, herunder stop af behandling og medicinering. Det skal sikre, at patienter ikke fortsætter med at modtage uhensigtsmæssig medicin og behandling, og det skal fx reducere antallet af medicinrelaterede genindlæggelser samt sikre, at en eventuelt palliativ indsats startes rettidigt.

**Flere skal understøttes i egenomsorg, og indsatserne skal være differentierede og behovsstyrede.** De borgere, der kan, skal i langt højere grad understøttes i at tage vare på deres sundhed og sygdom, så der frigives ressourcer til dem, der har brug for mere støtte. Det indebærer en større differentiering i behandlingsindsatser, og at der findes den rette balance mellem individualiserede og standardiserede behandlingsforløb. Det kan ske gennem tilpassede løsninger og brug af digitale løsninger, så borgerne fx selv kan monitorere og kontrollere deres sygdom og ved åben og digital adgang til sundhedspersonale på rette specialiseringsniveau. Det skal fx erstatte faste kontrolbesøg i et ambulatorium.

**Indsatser, som understøtter borgeren i egenomsorg, skal formelt anskues som lavest effektive omkostnings- og omsorgsniveau.** Det vil ikke alene aflaste sundhedsvæsenet, men det vil også gøre det lettere for mange borgere at leve et almindeligt liv med fx en kronisk sygdom, hvor indlæggelser og mere alvorlige forløb i højere grad forebygges.

Det vil frigive ressourcer fx til, at borgere, der har brug for tættere og hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet, kan modtage en indsats, der passer til deres behov.

17.30-18.20

## **Diskussion i grupper:**

Hvad vil patienterne selv bidrage med til sundhedsreformerne?

Kom tilbage i plenum 18.00 med de vigtigste indsigter...



18.20

# Afslutning og opsamling

*Martin Vith Ankerstjerne, direktør, Decisions*



## PatientAkademiets 3. møderække



### Datoer

- Møde - Hvad er udfordringerne set fra patienternes perspektiv?  
Afholdt den 23. august 2023
- Møde - Hvem skal bestemme i fremtidens sundhedsvæsen?  
Onsdag den 20. september 2023
- Møde - Hvordan får patienterne mere indflydelse?  
Onsdag den 4. oktober 2023
- Konference - Fra patient til beslutningstager  
Onsdag den 25. oktober 2023

Møderækken afholdes på Schæffergården og online

# Tak for i dag!

Vi håber på at se dig igen onsdag den 4. oktober 2023 til 'Hvordan får patienterne mere indflydelse?'

