

Sundhedspakke 2009

Godt på vej mod et sundere Danmark
– 8 store skridt der gør
et godt sundhedsvæsen endnu bedre

Oktober 2009

Regeringen

Sundhedspakke 2009

Godt på vej mod et sundere Danmark
– 8 store skridt der gør
et godt sundhedsvæsen endnu bedre

Oktober 2009

Regeringen

Indhold

Sundhedspakken kort fortalt	3
Regeringens initiativer	4
1. Et nyt Danmarkskort af moderne sygehuse – den største investering nogensinde	7
2. Fokus på de gode resultater til gavn for patienterne	12
3. Kommunerne skal forebygge unødvendige indlæggelser	16
4. En samlet handlingsplan for psykiatrien	19
5. Livstruende kræft- og hjertesygdomme – pakkeforløb og ny kræftplan	21
6. Udvidet frit sygehusvalg og fair konkurrence sætter patienten i centrum	24
7. National handlingsplan for forebyggelse	27
8. Ny patientombudsmand skal give patienterne nem og hurtig klageadgang	29
Bilag 1 National handlingsplan for forebyggelse	31

Sundhedspakken

kort fortalt

Regeringen har, siden vi trådte til, gennemført væsentlige forbedringer af det danske sundhedsvæsen. Danskerne har i dag et offentligt finansieret sundheds-tilbud, som de kan være langt mere tilfredse med end det tilbud, som gjaldt anno 2001.

I 2001 overtog vi et sundhedsvæsen, hvor patienterne måtte acceptere, at systemet bestemte vilkårene, hvor patienterne ikke havde andet valg end at stå i kø til sygehusbehandling, og hvor kun dem med tegnebogen i orden havde mulighed for at komme foran i køen. I dag har vi et sundhedsvæsen, hvor den enkelte patient er omdrejningspunktet.

Vi har taget et reelt livtag med mange af de udfordringer og problemer, som vi overtog i 2001:

- Patienterne har udvidet frit sygehusvalg og kan fravælge lang ventetid uanset pengepung. Det har næsten 300.000 danskere benyttet sig af.
- Der er ansat ekstra 2.600 sygeplejersker og 2.800 læger.
- Behandlingen af livstruende sygdomme er forbedret markant, bl.a. med store investeringer i nyt udstyr og med indførelsen af pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet, der sikrer patienterne hurtige og sammenhængende behandlingsforløb.
- Ni ud af ti patienter er tilfredse med deres indlæggelse på et sygehus.

De gode resultater på sundhedsområdet er et resultat af nytænkning og bedre organisering, men også af, at regeringen har tilført betydelige ekstra ressourcer og samtidig stillet krav om, hvad der skal leveres for pengene.

Samtidig har konkurrencen om patienterne skabt en positiv spiral, der har ført til en ændret tankegang og en højere produktivitet i det danske sundhedsvæsen.

I 2002 indførte vi det udvidede frie sygehusvalg, og alle patienter fik dermed en ny og væsentlig rettighed til at fravælge ventetid i det offentlige system, når ventetiden oversteg to måneder og siden oktober 2007 én måned. De offentlige sygehuse fik samtidig en ny tilskyndelse til at nedbringe ventetiden på behandling. Ordningen har således været en dobbelt gevinst for patienterne. Fra starten har det været regeringens mål, at sundhedsvæsenet skal tilbyde patienterne reelle valgmuligheder og indrettes med udgangspunkt i den enkelte patient.

Regeringen lægger finansiering bag sine løfter og initiativer på sundhedsområdet. I 2010 vil sundhedsvæsenet råde over mere end 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001. Alene fra 2009 til 2010 sikrer økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner en vækst i vores sundhedsvæsen på ca. 1,8 mia. kr.

Vi er godt på vej til at nå regeringens mål om et dansk sundhedssystem i verdensklasse.

Med kommunalreformen har vi fået fem stærke sundhedsregioner og 98 kommuner med vigtige opgaver på sundheds- og forebyggelsesområdet. Det har lagt et solidt fundament for at tage det næste store skridt mod et moderne sundhedssystem.

Regeringen præsenterer nu en samlet sundhedspakke, hvor patienten er omdrejningspunktet hele vejen gennem sundhedsvæsenet.

Vi tegner et nyt Danmarkskort af topmoderne sygehuse. Vi sikrer danskerne behandling af høj international standard. Vi sætter ind med en forebyggelses-handlingsplan. Og vi styrker patienternes rettigheder.

Regeringens initiativer

Regeringens ambition med den indsats, der nu sættes i gang, er, at danskerne om ti år skal kunne påregne tre års ekstra levetid i forhold til i dag. Det vil vi gøre ved hjælp af følgende initiativer/pejlemærker:

1. Et nyt Danmarkskort af moderne sygehuse – den største investering nogensinde.

Regeringen har i kvalitetsfonden afsat 25 mia. kr. som ekstra løft til sygehusinvesteringer. Med regional egenfinansiering bliver de samlede investeringer på 40 mia. kr. Det er den største samlede investerings-satsning på sygehusområdet nogensinde. Den nye sygehusstruktur i Danmark samler den specialiserede behandling på færre sygehuse for at sikre rutine og faglig bæredygtighed. Det skal sikre patienterne en sammenhængende behandling af høj international standard. I takt med samlingen af den specialiserede behandling på færre sygehuse skal der ske en udbygning og styrkelse af de nære tilbud og af beredskabet i yderområder.

2. Fokus på de gode resultater til gavn for patienterne.

Den statslige aktivitetspulje har været en stor succes. Flere bliver behandlet hurtigere. Fremover skal de statslige aktivitetsmidler i endnu højere grad sikre patienterne hurtigere behandling og kortere ventetider. Derfor skal puljen fremover først og fremmest belønne behandling af ekstra patienter. Styringen af regionerne og regionernes styring af sygehusene skal ændres, så den fremover i højere grad baseres på de resultater, der giver mere sundhed for pengene. Den viden, vi har om forskelle mellem sygehusenes resultater, skal bruges til at forbedre indsatsen. Og regeringen vil mindske dokumentationsbyrden for sundhedspersonalet, så en større del af arbejdstiden kan anvendes på patienterne.

3. Kommunerne skal have fokus på god pleje, der forebygger unødvendige indlæggelser.

Der er betydelig forskel på antallet af genindlæggelser på tværs af kommuner. Det illustrerer, at mange kommuner har et potentiale for at forbedre indsatsen og lære af de bedste kommuner. Både for den enkelte og for samfundet er det bedst, hvis vi formår at forebygge sygdom og unødvendige indlæggelser på sygehus. Regeringen vil derfor øge den kommunale aktivitetsfinansiering af sundhedsvæsenet. Det vil give de enkelte kommuner en større tilskyndelse til at levere en effektiv plejeindsats. Det vil ikke mindst være til gavn for ældre medicinske patienter.

4. En samlet handlingsplan for psykiatrien.

Siden 2001 er der bl.a. oprettet flere enestuer i psykiatrien, aktiviteterne i børne- og ungdomspsykiatrien er steget, og retspsykiatrien er blevet styrket og udbygget. Men der er brug for en fortsat styrkelse af indsatsen. Mange danskere rammes af psykisk sygdom med konsekvenser for dem selv og deres familie til følge. Regeringen vil derfor præsentere en samlet handlingsplan, som styrker både den behandlingspsykiatriske indsats i regionerne og den kommunale socialpsykiatri i de kommende år. Handlingsplanen bygger bl.a. på den nationale strategi for psykiatri, som Sundhedsstyrelsen har offentliggjort for nyligt. Med planen vil vi nedbringe omfanget og sværhedsgraden af psykiske lidelser, sikre bedre tilgængelighed til det psykiatriske behandlingssystem og levere mere effektiv diagnostik og behandling samt rehabilitering af høj kvalitet med sammenhæng på tværs af den regionale og kommunale indsats. Vi vil drøfte planen med satspuljepartierne i forbindelse med forhandlingerne om satspuljen for 2010.

5. Livstruende kræft- og hjertesygdomme – pakkeforløb og ny kræftplan.

Mennesker med livstruende sygdomme skal have en tryk behandling af høj kvalitet. Regeringen har igangsat en række markante initiativer for at styrke indsatsen mod livstruende sygdomme – senest med indførelse af effektive pakkeforløb. Regeringen vil fortsætte arbejdet med at sikre patienterne en optimal behandling. Det første skridt tages allerede dette efterår, hvor Sundhedsstyrelsen kommer med sin udmelding om specialeplanlægningen, som vil sikre, at kræftbehandlingen bliver samlet på de enheder, der har grundlag for at levere de bedste resultater. Herefter vil Sundhedsstyrelsen gå i gang med udarbejdelsen af en ny kræftplan, som vil være klar i 2010. Kræftplan III vil følge op på den meget succesfulde Kræftplan II fra 2005.

6. Udvidet frit sygehusvalg og fair konkurrence sætter patienten i centrum.

Private sygehuse er et værdifuldt og fleksibelt supplement til behandling på offentlige sygehuse. For patienterne er det således i dag uden betydning om behandlingen udføres privat eller på et offentligt sygehus, så længe kvaliteten er i orden. Men fair konkurrence er en forudsætning for, at vi opnår mest sundhed for pengene. Regeringen vil som aftalt med Danske Regioner udmelde et katalog af referencetakster i oktober 2009 til brug for forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse om afregningspriserne under det udvidede frie sygehusvalg fra 1. januar 2010. Regeringen vil samtidig for at fremme fair konkurrence og effektiv ressourceudnyttelse opfordre regionerne til i højere grad at gøre brug af udbud på strategisk udvalgte sygehusedelser.

7. Handlingsplan for forebyggelse.

Regeringen følger målrettet op på rapporten fra Forebyggelseskommissionen. Som led i skattereformen bliver afgifterne på bl.a. tobak, chokolade og sukkervarer hævet fra 1. januar 2010. Og der bliver indført en helt ny afgift på mættet fedt. Regeringen vil desuden bl.a. tage initiativ til en forhøjelse af aldersgrænsen for køb af drikkevarer med en høj alkoholprocent fra 16 til 18 år, indføre en aldersgrænse på 18 år for køb af smertestillende håndkøbsmedicin og indføre krav om billedadvarselmærkning på tobakspakker. Regeringen vil herudover løbende arbejde for strammere fælles europæiske regler for tilsætningsstoffer til tobak og for en forøgelse af minimumsafgiften på tobaksvarer i EU. Regeringens forebyggelsesplan indeholder i alt 30 konkrete initiativer.

8. Ny patientombudsmand skal give patienterne nem og hurtig klageadgang.

Regeringen vil skabe et enklere og smidigere patientklagesystem – en patientombudsmand. Det skal forbedre patienternes klagemuligheder og systematisk opsamle patienternes erfaringer og bruge dem til at forbedre sundhedsvæsenet. Patienterne skal have en udvidet adgang til at klage over tilsidesættelse af deres patientrettigheder mv. Regeringen vil desuden samle en række funktioner, som f.eks. opgaver i relation til utilsigtede hændelser, hos den nye patientombudsmand.

Regeringens sundhedspakke indeholder konkrete initiativer, som vil give væsentlige forbedringer af sundhedsvæsenet. Samtidig lægger sundhedspakken også en række spor for den videre udvikling af sundhedsvæsenet. Regeringen vil fortsætte de seneste otte års linje med en høj prioritering af sundhedsvæsenet.

Uddrag af regeringens resultater på sundhedsområdet siden 2001

Sundhedsvæsenet har været et af de væsentligste fokusområder siden 2001. Der kan fremhæves en række positive resultater af indsatsen:

Flere rettigheder og patienten i fokus

- Udvidet frit valg, hvis ventetiden på offentlige sygehuse overstiger én måned. Retten til udvidet frit valg er blevet benyttet af næsten 300.000 patienter siden 2002.
- Ret til hurtig undersøgelse og behandling inden for to måneder for psykisk syge børn og unge. Fra 2010 vil retten til hurtig behandling også gælde for voksne psykisk syge, der er henvist til psykiatrisk behandling.
- Udvidelse af patientforsikringsordningen til også at omfatte bl.a. privatpraktiserende læger og private sygehuse.
- Skattefritagelse af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, hvis de tilbydes samtlige medarbejdere i virksomheden.
- Bedre information til patienten som følge af oprettelse af patientkontorer i alle regioner og krav om hurtig information om tid og sted for sygehusbehandling, ventetider på andre sygehuse mv.

Flere behandlinger og operationer, mindre ventetid samt nye tilbud

- I 2008 blev der på sygehusene behandlet 154.000 flere personer end i 2002 og opereret 110.000 flere personer end i 2001.
- Ventetiderne er blevet reduceret med næsten 1/3 fra 2001 til 2008.
- Der er sket en markant udbygning af antal hospicepladser, og antallet øges stadig.

Flere læger og sygeplejersker

- I 2008 rådede sygehusene over 2.800 ekstra læger i forhold til 2001 – svarende til en stigning på 27 pct.
- I 2008 rådede sygehusene over 2.600 ekstra sygeplejersker i forhold til 2001 – svarende til en stigning på 9 pct.

Forbedret sammenhæng i patientforløbene og bedre kvalitet i kræftbehandlingen

- Indførelse af pakkeforløb med akut handling og klar besked for livstruende kræft- og hjertesygdomme. Pakkeforløbene har forbedret overlevelseschancerne. Siden 2003 har patienter, der lider af en livstruende sygdom, f.eks. kræft, og som af den behandlende læge ikke kan tilbydes yderligere behandling over for selve sygdommen, kunnet få en "second opinion" og dermed efter en konkret vurdering muligheden for henvisning til eksperimentel behandling i Danmark eller udlandet.
- Måltrettede forbedringer til de kroniske og medicinske patienter – bl.a. en forbedret kronikerindsats for i alt 590 mio. kr. i 2010-2012 og en øget intensiv kapacitet for 100 mio. kr. i 2010.

Flere midler og fokus på sygehusenes indsats

- I 2010 vil sundhedsvæsenet råde over ca. 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001, heraf skønnes ca. 16 mia. kr. at vedrøre sygehusvæsenet.
- Fokus på sygehusenes reelle indsats med indførelse af takststyring og oprettelse af meraktivitetspuljen. Meraktivitetspuljen vil i 2010 udgøre ca. 2,6 mia. kr.

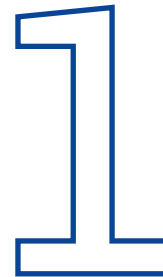
En forbedret struktur

- Nedlæggelse af amterne og samling af ansvaret for sygehusvæsenet hos fem stærke sundhedsregioner.
- Oprettelse af 98 kommuner med øget ansvar for sundhed og forebyggelse og indførelse af kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen.

Forebyggelse

- I dag er 23 pct. af befolkningen på 15 år og derover daglige rygere mod 30 pct. i 2000.
- Andelen af danskere, der dagligt er udsat for passiv rygning på enten uddannelsesinstitutionen eller arbejdet, er faldet fra ca. 20 pct. i 2006 til ca. 5 pct. i 2009.

Et nyt Danmarkskort af moderne sygehuse – den største investering nogensinde



De fleste af Danmarks sygehuse er bygget for mere end 30-40 år siden. En stor del er fra før Anden Verdenskrig. Bygningerne lever flere steder ikke op til moderne krav.

En modernisering af de fysiske rammer er en forudsætning for, at vi kan komme videre mod et sundhedsvæsen i verdensklasse. Regeringen investerer nu i en helt ny og moderne sygehusstruktur i Danmark.

Den hidtidige indsats – strukturkommission og kommunalreform

Ved regeringens tiltræden stod det klart, at der var behov for ændringer af sygehusvæsenet, herunder sygehusstrukturen. Regeringen nedsatte derfor i starten af 2002 et rådgivende udvalg, som bl.a. skulle "beskrive, vurdere og stille forslag om reformer og ændringer af sundheds- og (især) sygehusvæsenets struktur". Det rådgivende udvalg pegede på, at den medicinsk-teknologiske udvikling havde trukket i retning af, at kravene til befolkningsunderlaget for at sikre økonomisk og faglig bæredygtighed på sygehusområdet var øget. Forslagene fra det rådgivende udvalg blev inddraget i Strukturkommissionens arbejde, og rapporten fra udvalgsarbejdet og kommissionens betænkning lagde et fagligt fundament for kommunalreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007.

40 mia. kr. til nye moderne sygehuse

Med de overordnede rammer på plads kan vi nu sætte konkrete initiativer i gang.

Regeringen har med kvalitetsfonden afsat 25 mia. kr. som ekstra løft til sygehusinvesteringer frem til 2018. Med regional egenfinansiering bliver de samlede investeringer på 40 mia. kr.

Det er den største samlede investeringssatsning på sygehusområdet nogensinde.

Med den store investeringssatsning fører vi en helt ny sygehusstruktur ud i livet med specialiserede akut-sygehuse over hele landet, der med moderne og gode fysiske rammer kan sikre behandling af høj kvalitet.

Fremover skal den specialiserede behandling samles på færre sygehuse. Det er nødvendigt at samle flere behandlinger på færre enheder for at sikre kvaliteten og de faglige standarder, udnytte fordele ved specialisering samt sikre en optimal anvendelse af ressourcerne, herunder knappe personalemæssige ressourcer. Samlingen på færre enheder vil bl.a. sikre rutine og faglig bæredygtighed, og dermed en højere og mere ensartet kvalitet i behandlingen samt bedre sammenhæng i patientforløbene.

Der er evidens for, at øvelse gør mester. Et eksempel er samlingen af behandlingen af patienter med tyk- og endetarmskræft. Tidligere var behandlingen spredt ud over hele landet, hvilket førte til, at der ikke blev opnået tilstrækkelig rutine på baggrund af mange operationer på den enkelte afdeling. Nu er antallet af operationssteder mere end halveret, og andelen af patienter, der er i live efter fem år, er steget markant.

Samtidig med at vi bygger nyt og moderniserer eksisterende bygninger, forbedrer vi rammerne for en god anvendelse af ressourcerne.

Det nye Danmarkskort skal sikre høj kvalitet i behandlingen

I prioriteringen af investeringerne har regeringen baseret sig på rådgivning og anbefalinger fra en række danske og internationale eksperter på sundhedsområdet samlet i det såkaldte ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer (Erik Juhl-udvalget).

Med den første investeringsudmelding i januar 2009 blev der sat navn på 11 konkrete sygehusprojekter, heraf er ni somatiske og to psykiatriske sygehusprojekter.

Med ekspertpanelets netop afsluttede screening som led i anden investeringsrunde kan der nu sættes navn på yderligere fire store projekter: Gødstrup, Aabenraa, Hillerød og Bispebjerg (både somatik og psykiatri).

Der er således givet grønt lys for følgende nybyggerier og moderniseringer:

Dermed er vi parate til at sætte konkrete adresser på den fremtidige sygehusstruktur i Danmark på akutområdet, jf. kort.

Der udestår kun at få en ny struktur i Region Sjælland på plads. Der er her positive signaler fra regionen, der giver grundlag for at tro, at de sidste placeringer kan komme på plads i løbet af 2010. Der vil inden for de 40 mia. kr. også være midler til sjællandske investeringsprojekter, der flugter med principperne for den nye sygehusstruktur.

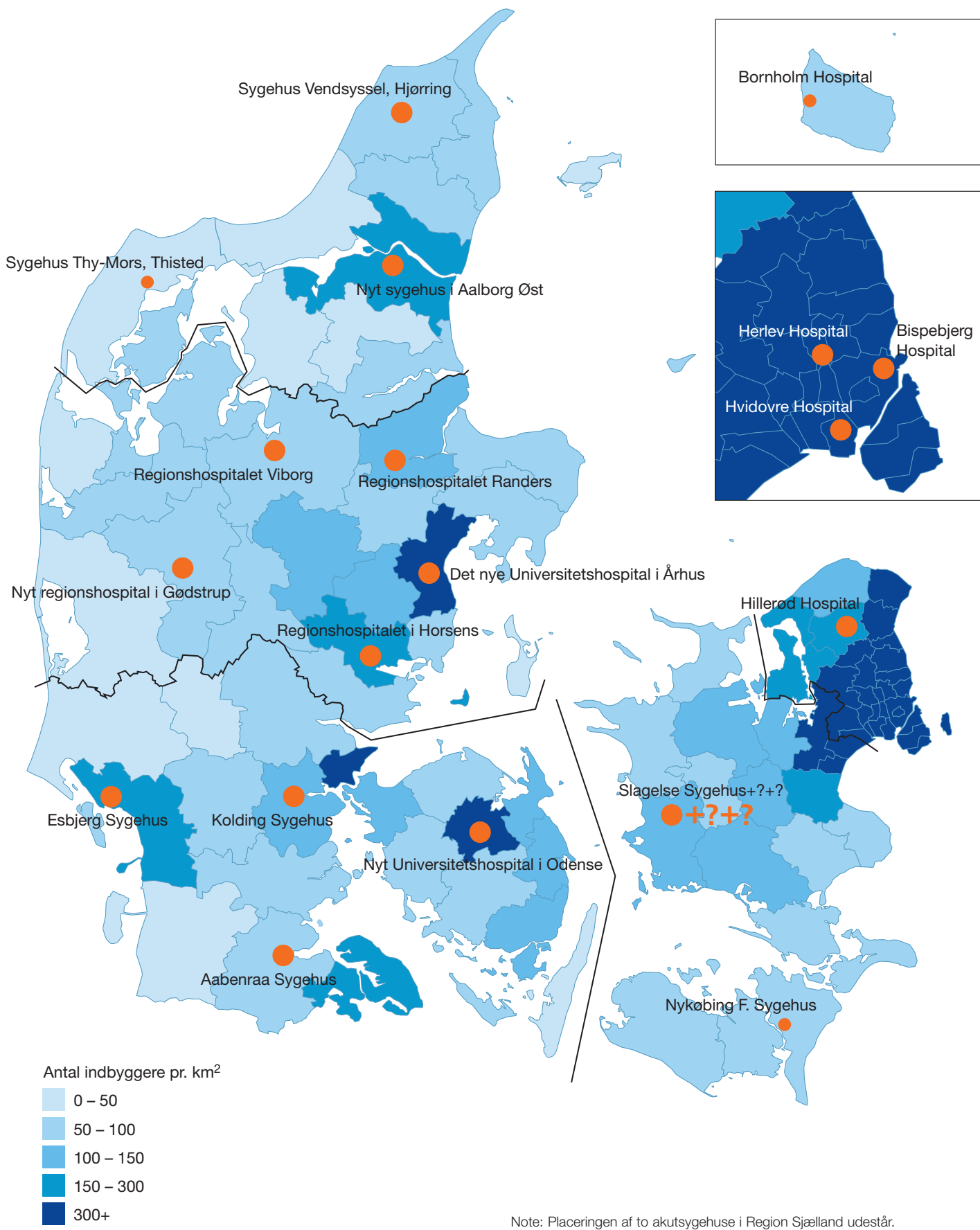
Akutsygehuse:

Et nyt sygehus i Aalborg Øst
Universitetshospital i Århus – nybyggeri ved Skejby Hospital
Regionshospitalet Viborg – udbygning og modernisering
Et nyt hospital i Gødstrup ved Herning
Aabenraa Sygehus – udbygning og modernisering
Et nyt universitetshospital i Odense
Kolding Sygehus – udbygning og modernisering
Slagelse Sygehus – etablering af en ny fælles akutmodtagelse
Rigshospitalet – udbygning med en ny nordfløj mv.
Herlev Hospital – udbygning og modernisering
Hvidovre Hospital – udbygning og modernisering
Et nyt Hillerød Hospital
Bispebjerg Hospital – udbygning og modernisering. Projektet omfatter også psykiatri

Psykiatrien:

Slagelse Sygehus – samling af psykiatri samt ny sikringsafdeling
Sct. Hans Hospital – udbygning og modernisering
Bispebjerg Hospital – udbygning og modernisering

Den fremtidige akutsygehusstruktur i Danmark



Med de prioriterede projekter er der langt overvejende tale om nybyggeri, enten som tilbygning til eksisterende sygehuse eller som helt nye byggerier. Hvis man medregner Skejby ved Århus, har fem af de store projekter karakter af 'barmarks'-projekter: Aalborg, Skejby (ved Århus), Gødstrup (ved Herning), Odense og Hillerød.

Det er nu op til regionerne at få udarbejdet konkrete byggeplaner, så byggerierne kan komme i gang. For de 11 projekter, der blev udmeldt af regeringen i januar 2009, er regeringen på grundlag af indstilling fra ekspertpanelet, klar med endelige tilsagn, så snart regionerne har udarbejdet de konkrete byggeprojekter inden for de fastlagte økonomiske rammer for projekterne. Ekspertpanelet skal foretage en samlet indstilling til regeringen i den anden investeringsrunde i november 2010, hvor de før-screenede projekter indgår, og hvor der også er mulighed for at prioritere projekter i Region Sjælland, forudsat regionen har fået sin sygehusplan på plads.

Gevinsterne ved en forbedret ressourceanvendelse vil blive omsat til øget aktivitet og nye behandlinger på sygehusene i takt med, at gevinsterne realiseres.

Et sikkerhedsnet af hurtig hjælp og nære tilbud

Befolkningens tryghed for at modtage god, hurtig og kvalificeret behandling skal fastholdes i takt med den nye sygehusstruktur – særligt i områder, hvor samlingen af den specialiserede behandling vil betyde længere afstand til et sygehus.

For patienten er det afgørende så hurtigt som muligt at få den rigtige behandling af høj kvalitet. Derfor skal patienten have en tidlig og ikke mindst rigtig vurdering af tilstand og behov og derefter hen på det rigtige sygehus med en behandling af høj kvalitet.

Derfor skal der ske en udbygning og styrkelse af den præhospitale indsats og af de nære tilbud. Regeringen lægger stor vægt på, at vi samtidig med det ambitiøse nye Danmarkskort lægger et fintmasket net ud, hvor vi styrker trygheden og nærheden.

Der er allerede gode eksempler på, at man effektivt udnytter de personalemæssige ressourcer ved udbygget brug af telemedicinske løsninger mellem akutbiler/ambulancer og sygehusene. På den måde kan de reddere, der når først frem til skadesstedet, kommunikere med eksperter, hvorefter eksperterne træder til med yderligere hjælp, hvis det er påkrævet. Disse erfaringer bør udbygges. Ligeledes kan der i områder med store afstande til fælles akutmodtagelser etableres skadeklinikker, der med en bredere personaleindsats kan behandle mindre skader.

En række sygehuse vil også – selvom de ikke har en fælles akutmodtagelse – fortsat få en funktion i den samlede sygehusstruktur. For en række sygehuse kan der således tænkes opretholdt planlagt behandling, f.eks. på bestemte kirurgiske områder. Og i nogle tilfælde med mulighed for visiterede medicinske patienter.

Sådanne løsninger med hel eller delvis bevarelse af ikke-akutte sygehusfunktioner på en række sygehuse vil i det enkelte område skulle ses i sammenhæng med et akutberedsskab med hurtig udrykning og yderligere helt lokale skadestilbud, der kan bidrage til det samlede beredskab.

Det vil tage et antal år at etablere den nye sygehusstruktur og gennemføre de store investeringsprojekter med nye fælles akutmodtagelser. Derfor skal der i den samlede planlægning findes løsninger, så de kommende års omstilling og indfasning af den fremtidige sygehusstruktur sker på en sådan måde, at der igennem hele omstillingsperioden og overalt i landet sikres hurtig hjælp og lægeassistance, så trygheden fastholdes.

Sådanne overvejelser vil f.eks. være relevante for sygehusbetjeningen i det nordvestjyske område. Her vil den nuværende akutfunktion på hospitalet i Holstebro blive opretholdt. Beslutninger om den langsigtede tilrettelæggelse af det samlede akutberedskab vil basere sig på, at det nye akuthospital i Gødstrup er fuldt funktionsdygtigt, og at der er etableret et fuldt ud effektivt og trygt fremskudt akutberedskab, f.eks. i form af en lægebetjent skadesklinik i eller omkring Lemvig som supplement til et dækkende ambulanceberedskab, med mulighed for helikopterindsats.

Selvom etableringen af den nye sygehusstruktur i praksis vil ske over en længere årrække i takt med, at de nye eller moderniserede sygehuse færdiggøres, er det vigtigt, at planerne for den sideløbende udbygning på det præhospitale område tidligt bliver helt konkrete, så alle ved, hvordan strukturen bliver.

Det er en forudsætning for kvalitetsfondsmidler til sygehusbyggeri, at regionerne udarbejder klare, detaljerede og realistiske planer for udviklingen af den præhospitale indsats.

Regeringen har for at skabe det bedst mulige beslutningsgrundlag igangsat et udvalgsarbejde, hvor også Lægeforeningen og sygeplejerskerne er inviteret med, som nøje skal overveje den fremtidige indsats. Sammen med de regionale planer for udvikling af beredskabet og de nære tilbud giver det grundlaget for at kortlægge de eventuelt 'hvide pletter' i akutdækningen, som skal dækkes bedre fremadrettet.

Med finanslovaftalen for 2009 mellem regeringen, Dansk Folkeparti og Liberal Alliance blev der afsat 350 mio. kr. ekstra til den præhospitale indsats. 250 mio. kr. med fokus på udkantsområder med store afstande og 100 mio. kr. til en helikopterordning bl.a. med fokus på øer og udkantsområder. Partierne skal nærmere drøfte anvendelsen af de afsatte midler.

Fokus på de gode resultater til gavn for patienterne



Regeringen overtog i 2001 et sundhedsvæsen, hvor ventetiden var lang, hvor der ikke var nok synlighed om de gode præstationer, og hvor der ikke var tilstrækkelig fokus på at lære af og belønne de resultater, der gør en forskel for patienterne.

Den hidtidige indsats – meraktivitetspuljen har forbedret behandling og ventetider

Vi er allerede godt på vej. Den statslige meraktivitetspulje er en nyskabelse i styringen af sygehusvæsenet. Det har været en succes. Det er lykkedes at ændre tankesættet i sygehusvæsenet ved at sætte fokus på at skabe resultater og belønne de gode præstationer og sikre, at pengene i højere grad går til de sygehuse, der behandler patienterne.

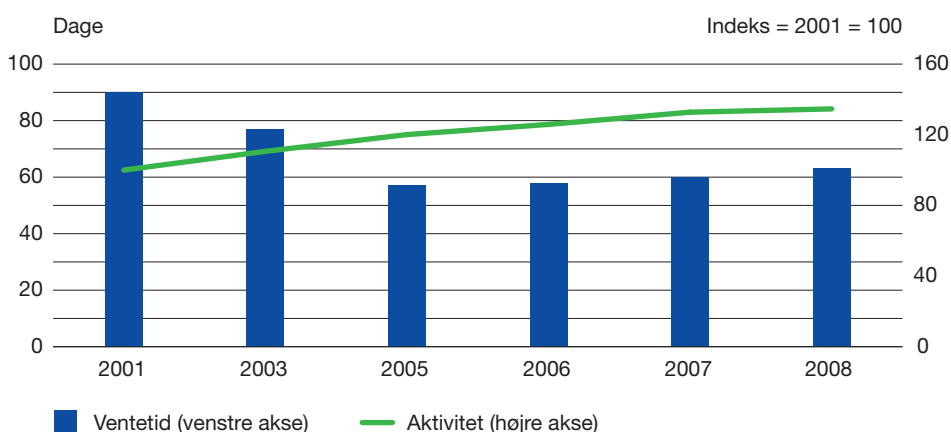
Meraktivitetspuljen har bidraget til behandling af flere patienter og kortere ventetider, og den er kommet både kirurgiske og medicinske patienter til gode.

Sygehusene har øget produktiviteten. Fra 2003 til 2007 er produktiviteten øget gennemsnitligt med knap 2 pct. årligt.

Men der er tegn på, at flere af de ekstra penge, vi hvert år afsætter til sygehusene, i stadig stigende omfang bruges på at se patienterne flere gange frem for at se flere nye patienter. Og mange medicinske afdelinger oplever et stigende antal svingdørspatienter, der vil være hjulpet bedre uden for sygehusene. Det er ikke den mest hensigtsmæssige anvendelse af ressourcerne.

Tilsvarende er der fortsat store forskelle på, hvor effektive sygehusene er. Og selv på regionsniveau kan der konstateres en forskel i sygehusenes produktivitet på næsten 10 pct. mellem den region, hvor produktiviteten er lavest og den region, hvor produktiviteten er højest. Det indikerer et potentiale for yderligere forbedringer, jf. tabel 1.

Figur 1.
Udvikling i aktivitet og ventetider.



Note: Som følge af konflikten i foråret 2008 steg ventetiderne med godt 15 dage til en ventetid på ca. 70 dage i juli/august 2008. Fra september 2008 er ventetiderne dog reduceret igen, men samlet set har konflikten bevirket, at den gennemsnitlige ventetid i 2008 var længere end i 2007.

Tabel 1.
Produktivitetsudvikling i regionerne, årligt fra 2003 til 2007

Region	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2003- 2007 (niveau)	2007
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	0,1	1,5	96
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,5	1,1	100
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	1,0	2,1	104
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,4	2,2	104
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	4,2	2,9	95
Hele landet	2,4	1,8	1,9	1,4	1,9	100

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (september 2009):
Løbende opgørelse af produktivitet i sygehussektoren – fjerde delrapport.

Mere fokuseret meraktivitetspulje

Regeringen ønsker at revitalisere meraktivitetspuljen og samtidig at synliggøre de gode præstationer på de offentlige sygehuse. Statslige aktivitetsmidler skal i endnu højere grad sikre patienterne hurtigere behandling og kortere ventetider. Derfor skal puljen først og fremmest belønne behandling af ekstra patienter.

Det skal ske ved fra 2011 at ændre vilkårene for optjening af aktivitetsmidler, så antallet af behandlede patienter får større vægt i afregningen af sygehusene. Målet er korte og effektive behandlingsforløb for patienterne og færre unødvendige indlæggelser og kontakter med sundhedsvæsenet.

I sammenhæng med en forhøjelse af den kommunale medfinansiering, der vil tilskynde kommunerne til at reducere antallet af genindlæggelser, aflastes sygehusene, så de specialiserede ressourcer forbeholdes de patienter, der har behov for sygehusbehandling.

De gode resultater skal frem i lyset

Regeringen vil yderligere synliggøre de gode præstationer og dem, der leverer gode resultater til gavn for patienterne.

Regeringen vil ændre styringen af regionerne og regionernes styring af sygehusene, så den fremover i højere grad baseres på de resultater, der giver mere sundhed for pengene. Regeringen ønsker således at bygge videre på det tankesæt, der ligger bag meraktivitetspuljen og den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering. Det skal ske ved at opstille resultatmål, der kan understøtte en effektiv anvendelse af ressourcerne.

Regeringen vil i samarbejde med Danske Regioner og KL fremover opstille mål for mere effektive patientforløb i form af:

- En øget anvendelse af ambulante behandling.
- Kortere indlæggelsestider/accelererede patientforløb.
- Færre genindlæggelser.

Målene skal fastlægges ud fra, at alle regioner og sygehuse skal nærme sig bedste praksis på de pågældende områder. Der kan således i dag fortsat konstateres et potentiale på tværs af regionerne med hensyn til anvendelsen af f.eks. ambulante behandling, jf. boks 1.

Boks 1.

Mål for anvendelse af ambulante behandlinger

Målet om f.eks. en øget anvendelse af ambulante behandling skal ses i sammenhæng med, at ambulante behandling generelt er mere omkostningseffektiv end behandling under indlæggelse. Andelen af ambulante behandling er steget siden 2001, men mulighederne er langt fra udtømt. En øget anvendelse af ambulante behandling på de områder, hvor det er muligt, vil bidrage til en bedre anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Ser man på 18 operationer, der er særligt velegnede til at foregå ambulante fremgår det, at andelen af ambulante behandlinger er øget gradvist fra ca. 75 pct. i 2002 til ca. 82 pct. i 2008, jf. tabel a.

Tabel a.

Andelen af behandlinger foretaget ambulante, 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hele landet	75	77	78	81	80	82	82

Anm.: Andel ambulante operationer blandt 18 operationer særligt velegnede til dagkirurgi. De 18 operationer er vægtet med deres andel på landsplan.

Der er desuden forskelle på tværs af regionerne med hensyn til hyppigheden af anvendelsen af ambulante behandling, som i sig selv indikerer et potentiale for en øget anvendelse. Region Syddanmark havde med 83 pct. den højeste andel af ambulante behandlinger, mens Region Sjælland lå på 80 pct., jf. tabel b.

Tabel b.

Andelen af behandlinger foretaget ambulante fordelt på regioner, pct.

Region	2008
Hovedstaden	81
Sjælland	80
Syddanmark	83
Midtjylland	82
Nordjylland	81
Hele landet	82

Anm.: Andel ambulante operationer blandt 18 operationer særligt velegnede til dagkirurgi. De 18 operationer er vægtet med deres andel på landsplan.

Ambitionsniveauet for de konkrete resultatmål vil blive drøftet med Danske Regioner og KL. De aftalte nationale målsætninger skal de enkelte regioner omsætte til konkrete mål for forbedringer på sygehusene.

Målrettet dokumentation og mindre papirarbejde

Regeringen vil mindske dokumentationsbyrden for sundhedspersonalet, så en større del af arbejdstiden kan anvendes på patienterne.

Entydig, solid og tilgængelig dokumentation i sundhedsvæsenet er vigtigt for at sikre såvel en høj behandlingskvalitet som en effektiv anvendelse af ressourcerne. Dokumentationsarbejdet skal imidlertid organiseres bedst muligt, og sundhedspersonalets kræfter skal ikke spildes på overflødig dokumentation.

Der er i dag et overlap mellem forskellige sundhedsregistre, og omfanget af de kliniske databaser vidner om en betydelig knopskydning. En mere entydig indgang til dokumentation kan lette det sundhedsfaglige personale for dobbeltregistreringer og give et bedre og mere målrettet grundlag for at bruge kvalitetsoplysninger i patientbehandling og i monitorering af sundhedsvæsenet. Det vil frigøre tid til behandlingen af patienterne.

Regeringen vil derfor tage initiativ til at udrede potentialet for en mere effektiv og entydig organisering, herunder at kvalitetsoplysningerne stilles mere effektivt til rådighed for det sundhedsfaglige personale.

En mindskelse af dokumentationsbyrden er endvidere et gennemgående tema i regeringens afbureaukratiseringshandlingsplan på sundhedsområdet. De 14 initiativer, som regeringen foreslår på sundhedsområdet, vil frigøre ressourcer og dermed give læger, sygeplejersker og andre ansatte på landets sygehuse mulighed for mere tid til behandling af patienter.

Bedre anvendelse af it

Velfungerende it-systemer kan bidrage til færre fejl og bedre patientforløb, fordi alle relevante informationer er til rådighed. Det kan samtidig skabe mere effektive arbejdsgange, der kan frigøre mere tid for personalet til den enkelte patient.

En amerikansk tænketank har netop kåret Danmark til at være blandt de allerbedste i verden, når det gælder anvendelsen af it i sundhedsvæsenet. Men vi skal ikke hvile på laurbærrene.

Der er fortsat udfordringer i at skabe den bedst mulige sammenhæng imellem de it-systemer, der anvendes i sundhedsvæsenet. Regionerne har ansvaret for at sikre fremdrift i udviklingen. Og regeringen og regionerne er i fællesskab i gang med at udmønte en fælles digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet.

Siden 2008 er der arbejdet på at vurdere behovet for fælles standarder for ét brugernavn og password i forbindelse med sundhedspersonalets adgang til it-systemer (single sign on). Det forventes, at standarderne kan afprøves i regionerne i 2010. Dette vil mindske unødigt ventetid for personalet og sikre hurtigere adgang til vigtig information om patienterne.

Desuden er der som led i digitaliseringsstrategien enighed mellem regeringen, regioner og kommuner om at udrulle et landsdækkende fælles medicinkort inden udgangen af 2011. Systemet vil sikre bedre koordination af medicinoplysninger og kan dermed bidrage til at reducere antallet af medicineringsfejl.

Kommunerne skal forebygge unødvendige indlæggelser

3

Før kommunalreformen havde kommunerne ikke nogen økonomisk tilskyndelse til at begrænse antallet af borgere, der blev indlagt på sygehus. Sygehusindlæggelser kostede ikke kommunerne noget og kunne derfor være et gratis alternativ til en ordentlig plejeindsats.

Den hidtidige indsats – kommunerne har fået større ansvar for forebyggelse

Med kommunalreformen fik 98 større og stærkere kommuner ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Det skaber en god sammenhæng i forhold til kommunernes øvrige opgaver, fordi borgernes sundhedstilstand spiller tæt sammen med tilbuddene over for børnene og de ældre, og hvordan indsatsen for at få folk i arbejde og ud af offentlig forsørgelse tilrettelægges. Kommunerne har med et samlet ansvar for den borgernære offentlige service dermed gode muligheder for at forbedre deres borgeres sundhed.

Samtidig fik kommunerne ansvaret for at finansiere knap en femtedel af det regionale sundhedsvæsen svarende til godt 17 mia. kr. i 2010, jf. boks 2.

Den aktivitetsafhængige betaling giver kommunerne en tilskyndelse til at tænke forebyggelse ind i de kommunale kerneopgaver. Hvis en kommune f.eks. undgår en genindlæggelse af en ældre ved en god plejeindsats kan kommunen undgå at betale op til 4.804 kr. i medfinansiering for en indlæggelse.

I dag betaler kommunerne ligeledes et kommunalt grundbidrag, der alene afhænger af antallet af indbyggere i kommunen. Udgiften til grundbidraget er altså uafhængig af, hvor mange sundhedsydelse borgerne bruger. Det giver ikke kommunerne en tilskyndelse til at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser.

Samtidig viser analyser, at antallet af akutte genindlæggelser har været stigende, og at kommunerne yderligere kan bidrage til at reducere deres borgeres træk på sundhedsvæsenet gennem en bedre tilrettelæggelse af indsatsen.

Der er således fortsat et potentiale for at forebygge nogle af de mange akutte genindlæggelser af f.eks. ældre medicinske patienter, jf. boks 3.

Boks 2.

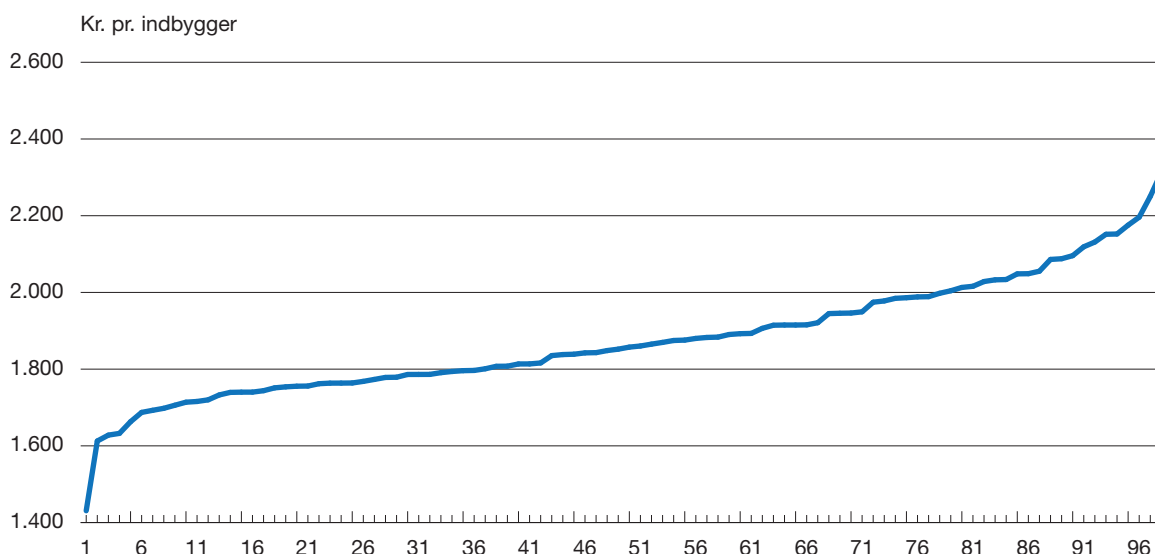
Den kommunale medfinansiering

Den samlede kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen skønnes at ville udgøre 17,2 mia. kr. i 2010. Heraf skønnes den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering at ville udgøre ca. 10,5 mia. kr. De resterende 6,7 mia. kr. udgøres af det kommunale grundbidrag.

Den enkelte kommunes aktivitetsafhængige medfinansiering fastlægges på baggrund af borgernes forbrug af ydelser i det regionale sundhedsvæsen. Et større forbrug af sundhedsydelser betyder derfor en større kommunal udgift til medfinansiering, mens et mindre forbrug indebærer en lavere medfinansieringsudgift for kommunen.

Det kommunale grundbidrag er et fast beløb pr. indbygger og udgør 1.204 kr. pr. indbygger i 2010.

Boks 3. Forskelle i den kommunale medfinansiering



Kilde: Sundhedsstyrelsen,

Note: Opgørelsen er køns- og aldersstandardiseret på baggrund af raterne i 2008. Opgørelsen er baseret på kommunernes udgifter til medfinansiering i 2008 og er opregnet forholdsmæssigt til det forventede niveau i 2010 på i alt 10,5 mia. kr.

Forskellen i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være over 400 mio. kr. lavere, hvis alle kommuner med en højere udgift pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter standardiseret for køn og alder bragte deres udgifter ned til dette niveau.

Regeringen vil øge den aktivitetsafhængige finansiering – for at holde kommunerne fast på ansvaret

Regeringen vil derfor bygge videre på kommunalreformen og omlægge den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsafhængige finansiering øges med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag. Regeringen vil samtidig se på kommunernes incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter.

Hermed vil regeringen sende et kraftigt signal til alle kommuner om, at de skal have fokus på at reducere antallet af unødvendige indlæggelser og genindlæggelser samt hjemtage færdigbehandlede ældre patienter, ikke mindst af hensyn til den ældre selv. En sygehusindlæggelse kan være meget belastende for et ældre menneske, og det er samtidig en u hensigtsmæssig anvendelse af de specialiserede ressourcer i sygehusvæsenet.

Regeringen vil sammen med KL og Danske Regioner analysere, hvordan en øget kommunal medfinansiering bedst kan bidrage til en effektiv indsats samt vurdere perspektiverne i at målrette medfinansieringen inden for de forskellige områder, som ordningen dækker.

Analysen vil omfatte mulighederne for og hensigtsmæssigheden i at differentiere en forøgelse af den aktivitetsafhængige medfinansiering fra delområde til delområde afhængig af, hvor gode muligheder kommunerne vurderes at have for at påvirke borgernes forbrug af ydelserne.

I analysen skal også indgå muligheden for at undtage de sygehusbehandlinger mv., hvor kommunerne er uden muligheder for at påvirke borgernes træk på sygehusvæsenet, som f.eks. fødsler.

Medicinske patienter skal have bedre behandlingsforløb

De øgede ressourcer, der er tilført sygehusvæsenet, er kommet patienterne på de medicinske afdelinger til gode. Fra 2002 til 2007, hvor udgifterne i sygehusvæsenet blev øget med ca. 8 mia. kr., steg de medicinske afdelingers andel af sygehusenes samlede aktivitet således fra 43 til 45 pct.

Men der er fortsat høje belægningsprocenter på de medicinske afdelinger. Det hænger bl.a. sammen med, at unødvendige indlæggelser og færdigbehandlede patienter optager sengepladser.

Den forøgede aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering vil bl.a. være til gavn for ældre medicinske patienter, fordi kommunerne får et mere synligt incitament til at forebygge uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser via en god indsats i ældreplejen.

Regeringen har desuden sat fokus på mulighederne for at forbedre behandlingsforløbene for medicinske patienter gennem et styrket samarbejdet mellem kommuner og regioner.

Der vil blive gennemført en forstærket indsats for kronisk syge i regioner og kommuner. Til dette formål er der afsat i alt 590 mio. kr. fra kvalitetspuljen. Midlerne udmøntes i perioden 2010-2012 og vil i høj grad komme de ældre medicinske patienter til gode.

I forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2010 er der afsat yderligere 100 mio. kr. til øget intensiv kapacitet.

Som led i aftalen om finansloven for 2009 har regeringen igangsat et arbejde, der skal belyse spørgsmålet om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter, herunder sammenligne kommuner og regioners indsats på området. Dette analysearbejde vil regeringen drøfte med forligsparterne.

Regeringen vil i forbindelse med økonomiforhandlingerne med kommuner og regioner i sommeren 2010 drøfte en skærpet brug af sundhedsaftaler med henblik på at understøtte kommunernes og regionernes samarbejde omkring indsatsen for de medicinske patienter.

En samlet handlingsplan for psykiatrien



Mange danskere rammes af psykisk sygdom med konsekvenser for dem selv og deres familie til følge. Psykiatrien er dermed et område, mange kommer i berøring med.

Regeringen har siden 2001 styrket psykiatrien og arbejdet på at nedbryde de tabuer, der desværre fortsat eksisterer. Nu vil vi tage nye skridt med en samlet handlingsplan for psykiatrien.

Den hidtidige indsats – flere midler og bedre rettigheder

Siden 2001 har regeringen sammen med et bredt flertal i Folketinget afsat betydelige midler i forbindelse med flerårige politiske aftaler til en målrettet indsats i psykiatrien:

- Der er oprettet langt flere enestuer
- Aktiviteterne i børne- og ungdomspsykiatrien er steget
- Tilbuddene til personer med ikke-psykotiske lidelser, f.eks. spiseforstyrrelser, og til de retspsykiatriske patienter er blevet udbygget og styrket
- Der er oprettet opsøgende og udgående teams til behandling af bl.a. unge med skizofreni.

Med den seneste psykiatriaftale for 2007-2010 var regeringen og satspuljepartierne enige om den fælles målsætning, at alle psykiatriske patienter fra 2010 skal have rettigheder tilsvarende de somatiske patienter.

I januar 2009 fik psykisk syge børn og unge ret til hurtig undersøgelse og behandling inden for to måneder. Børn og unge, der er henvist til børne- og ungdomspsykiatrien har hermed fået ret til undersøgelse på et privat hospital eller klinik, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for to måneder.

Behandlingsretten indebærer, at hvis undersøgelsen har vist, at patientens sygdom vil forværres, og såfremt patienten skal vente mere end to måneder på behandling, har patienten ret til at vælge et privat hospital eller klinik, som regionerne har en aftale med.

Fra januar 2010 indføres en tilsvarende ret til hurtig behandling for psykisk syge voksne, der er henvist til psykiatrisk behandling.

Med satspuljen for 2008 og 2009 tilføres psykiatrien et betydeligt økonomisk løft til indførelse af de udvidede patientrettigheder for alle psykiatriske patienter. Fra 2012, hvor patientrettighederne på psykiatriområdet er fuldt indfaset, tilføres regionerne i alt 627 mio. kr. ekstra årligt.

En samlet handlingsplan for psykiatri

Regeringen vil fremlægge en handlingsplan for psykiatri i efteråret, der bygger videre på den eksisterende indsats og tidligere års aftaler med satspuljepartierne. Handlingsplanen vil indeholde initiativer, som styrker både den behandlingspsykiatriske indsats i regionerne og den kommunale socialpsykiatri. Handlingsplanen vil derfor sætte fokus på tre overordnede områder:

- **Nedbringe omfanget og sværhedsgraden af sindslidelser.** Nedbringelse af anvendelsen af tvang i behandlingen. Anvendelsen af udgående teams styrkes, og der kommer mere fokus på målrettet udgående indsats i forhold til personer med psykiske lidelser, herunder tidlig intervention gennem en styrkelse af behandlingsindsatsen over for selvmordstruede personer.
- **Sikre en bedre tilgængelighed til psykiatrisk behandling og socialpsykiatriske tilbud.** Bedre tilgængelighed kan fremme, at psykisk syge søger behandling i tide og skabe en væsentlig tryghed for den enkelte patient, ligesom det kan medvirke til at fastholde kontinuitet og dermed kvalitet og effektivitet i borgerens samlede forløb.
- **Sikre at personer med sindslidelser modtager en sammenhængende, koordineret og effektiv behandling, indsats og støtte af høj kvalitet i både social- og behandlingspsykiatrien.** De nye patientrettigheder stiller krav til kapaciteten på det psykiatriske område. Som led i den løbende kvalitetsudvikling og effektivisering skal der fortsat ske den nødvendige specialisering, samtidig med at flere patienter med psykiske lidelser behandles ambulant i stedet for under indlæggelse. Indsatsen for personer med psykisk lidelse skal derfor i endnu højere grad ske i sammenhæng på tværs af den regionale og kommunale indsats.

Regeringen vil også prioritere fortsatte forbedringer af tilbuddene til psykiatriske patienter og forbedringer af de bygningsmæssige rammer.

Regeringen har i januar 2009 givet foreløbigt tilsagn til to større psykiatriprojekter i hhv. Slagelse og på Sct. Hans Hospital med en anlægsramme på 1,6 mia. kr. Med ekspertpanelets før-screening er der herudover lagt op til en udbygning og modernisering af Bispebjerg Hospital, herunder på psykiatriområdet.

Regeringen har desuden aftalt med regionerne, at der i 2010 afsættes en ansøgningspulje på 250 mio. kr. til udbygning af enestuer i psykiatrien samt et anlægsløft til øget kapacitet i retspsykiatrien.

Regeringen vil fortsat have fokus på udviklingen og måle effekten af indsatsen for at sikre høj kvalitet i behandlingen og effektiv anvendelse af de tilførte ressourcer på det psykiatriske område.

Livstruende kræft- og hjertesygdomme – pakkeforløb og ny kræftplan

5

Mennesker med livstruende sygdomme skal have en tryk behandling af høj kvalitet. Derfor har regeringen siden 2001 givet særlig prioritet til behandling af kræft og hjertesygdomme.

Den hidtidige indsats – højere overlevelseshastigheder og hurtigere forløb af høj kvalitet

Gennem de seneste år har den danske kræftbehandling gennemgået store forbedringer, og patienterne kan i dag tilbydes en behandling, der er langt bedre end i 2001. Flere behandlinger, stigende overlevelseshastigheder og hurtigere, tryk forløb for landets kræftpatienter vidner om, at regeringens initiativer på kræftområdet har båret frugt, jf. boks 4. Samtidig siger 96 pct. af kræftpatienterne i en landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser fra 2008, at de er tilfredse eller meget tilfredse med deres forløb.

De flotte resultater skyldes ikke mindst de mange initiativer, der er sat i værk i forlængelse af Kræftplan II fra 2005 og regeringens aftale med Danske Regioner fra oktober 2007 om akut handling og klar besked til patienter med kræft eller mistanke om kræft. Initiativerne har både forbedret kvaliteten af behandlingen og understøttet mere effektive arbejdsgange.

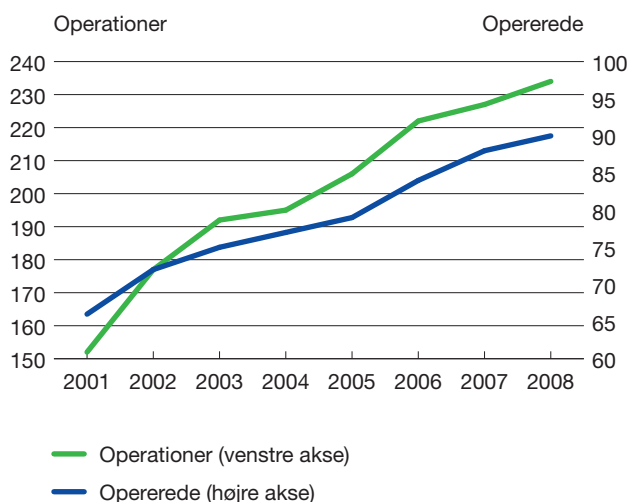
Udviklingen er bl.a. også båret på vej af, at regeringen har prioriteret en massiv investering i nyt udstyr, f.eks. er antallet af strålekanoner øget med over 80 pct. siden 2001. Aftalen af 18. januar 2008 mellem regeringen og Danske Regioner om udvidelse af regionernes låneramme for 2008 med 850 mio. kr. til indkøb af kræftapparatur havde primo 2009 indtil videre givet anledning til anskaffelse af 41 nye scannere. Det er en markant stigning, som skal ses i forhold til, at der ved udgangen af 2007 var 208 scannere i Danmark.

Også den danske hjertebehandling er forbedret markant over de seneste otte år. Siden 2001 er der således sket et kraftigt fald i dødeligheden som følge af hjertesygdom. I 2001 døde knap 260 pr. 100.000 indbyggere af hjertesygdom. Allerede i 2006 var det reduceret til knap 190 pr. 100.000 indbyggere, dvs. et fald på næsten en tredjedel på blot fem år, jf. boks 4. Samtidig er der leveret en kraftig vækst i den højt specialiserede hjertebehandling – bl.a. er antallet af ballonudvidelser steget med 71 pct. fra 2001 til 2008.

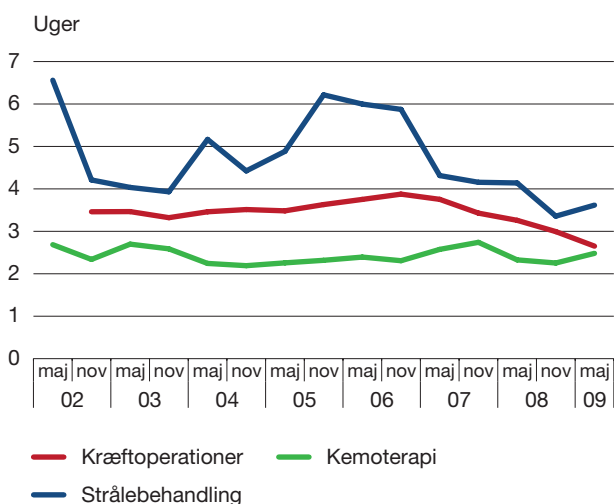
Boks 4. Udvikling i aktivitet, ventetider og dødelighed for kræftpatienter

Investeringer i bedre kræftbehandling og mere effektive arbejdsgange har sikret en markant højere aktivitet, hurtigere behandling og lavere dødelighed. Antallet af operationer er øget med over 50 pct., og antallet af opererede er øget med ca. 35 pct. siden 2001, jf. figur a.

Figur a.
Antal operationer og antal opererede for kræft eller kræftrelaterede forhold, 2001 – 2007, 1.000



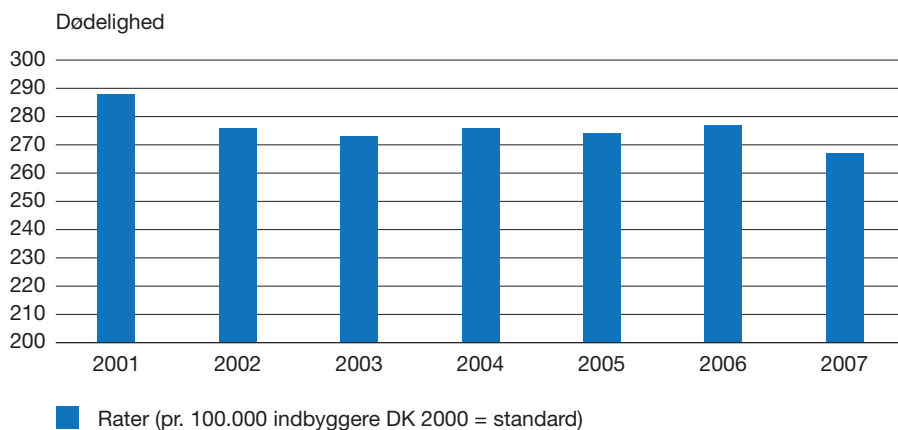
Figur b.
Fremadrettet forventet ventetid til kræftbehandling, uger (simpelt gennemsnit på tværs af sygehuse og kræftformer), 2002 – 2009.



Fra maj 2002 og frem til maj 2009 er den forventede ventetid til strålebehandling næsten halveret. Samtidig er de forventede ventetider til operation reduceret med ca. 25 pct., jf. figur b. De forventede ventetider giver en indikation af de faktisk oplevede ventetider.

Siden 2001 er den aldersstandardiserede dødelighed pga. kræft reduceret fra knap 290 dødsfald pr. 100.000 indbyggere til knap 270 dødsfald pr. 100.000 indbyggere, jf. figur c.

Figur c.
Aldersstandardiseret dødelighed pga. kræft, dødsfald pr. 100.000 indbyggere, 2001 – 2007



Regeringen vil lancere kræftplan III

Den gode udvikling for kræftbehandlingen skal fortsættes. Det første skridt tages allerede her i efteråret 2009, hvor Sundhedsstyrelsen kommer med sin udmelding om specialeplanlægningen, som vil sikre, at kræftbehandlingen samles på de sygehuse, der har grundlag for at levere de bedste resultater. Derefter vil Sundhedsstyrelsen gå i gang med udarbejdelsen af en ny kræftplan, som vil være klar i 2010.

Den nye kræftplan vil afspejle regeringens målsætning om, at mulighederne for helbredelse fortsat skal øges. Kræft skal opdages så tidligt som muligt. Og rehabiliteringen skal styrkes, så det stigende antal mennesker, som lever længe med deres kræft eller bliver helbredt, kan finde tilbage til et normalt liv, når behandlingen er gennemført. Der skal samtidig fortsat gøres en indsats for at sikre en behandlingskvalitet i top og gode, trygge forløb for den enkelte patient.

For at komme i mål med disse målsætninger skal der være et godt grundlag. Vi skal inddrage den viden, dokumentation og gode eksempler, der findes som resultat af Kræftplan II mv. Og vi skal sammenligne indsatsen med erfaringer fra udlandet, hvor der er et relevant datagrundlag.

Pakkeforløb bredes ud til hjerteområdet

Regeringen har sammen med Dansk Folkeparti, det Radikale Venstre og Liberal Alliance lagt grunden til yderligere forbedringer af hjertebehandlingen ved aftale om, at også hjertepatienter skal sikres forløb organiseret i pakker. Som på kræftområdet skal pakkeforløbene understøtte, at patienterne tilbydes veltilrettede forløb uden unødigt ventetid.

For at sikre at målsætningen kan indfries til glæde for landets hjertepatienter, blev der på finansloven for 2008 afsat 100 mio. kr. i 2008 og 50 mio. kr. i 2009 til meraktivitet i forbindelse med indførelse af pakkeforløb på hjerteområdet. Midlerne bliver bl.a. anvendt til anskaffelse af apparatur, frikøb af personale og effektiviseringsprojekter.

Indførelsen af pakkeforløb på hjerteområdet skrider planmæssigt frem. Alle regioner har påbegyndt indførelse af pakkeforløbene pr. 1. september 2009 og forventer, at forløbene er indført i alle regioner inden udgangen af 2009.

Regeringen vil fastholde fokus på regionernes efterlevelse af pakkeforløbene på hjerteområdet bl.a. gennem monitorering af indsatsen.

Udvidet frit sygehusvalg og fair konkurrence sætter patienten i centrum



Regeringen sætter altid hensynet til den enkelte patient i første række. Det kræver et stærkt og vel-drevet offentligt sundhedsvæsen, som kan trække på det fleksible supplement, som de private sygehuse kan tilbyde.

Fair konkurrence mellem offentlige og private sygehuse er en forudsætning for at få mest sundhed for pengene, og at kapaciteten i sygehusvæsenet bruges bedst muligt til gavn for patienterne.

Den hidtidige indsats – frit valg giver kortere ventelister

Fra starten har det været regeringens mål, at sundhedsvæsenet skal tilbyde patienterne reelle valgmuligheder og indrettes med udgangspunkt i den enkelte patient.

I 2002 indførte vi det udvidede frie sygehusvalg. Patienterne fik dermed en ny og væsentlig rettighed til at vælge behandling på et privat sygehus, når ventetiden på behandling på offentlige sygehuse oversteg to måneder og nu én måned. De offentlige sygehuse fik samtidig en ny tilskyndelse til at nedbringe ventetiden på behandling. Ordningen har således været en dobbelt gevinst for patienterne.

Senest har regeringen udbygget patienternes rettigheder, dels gennem retten til udvidet frit valg, når offentlige sygehuse aflyser en planlagt operation, dels ved udvidede patientrettigheder til psykiatriske patienter.

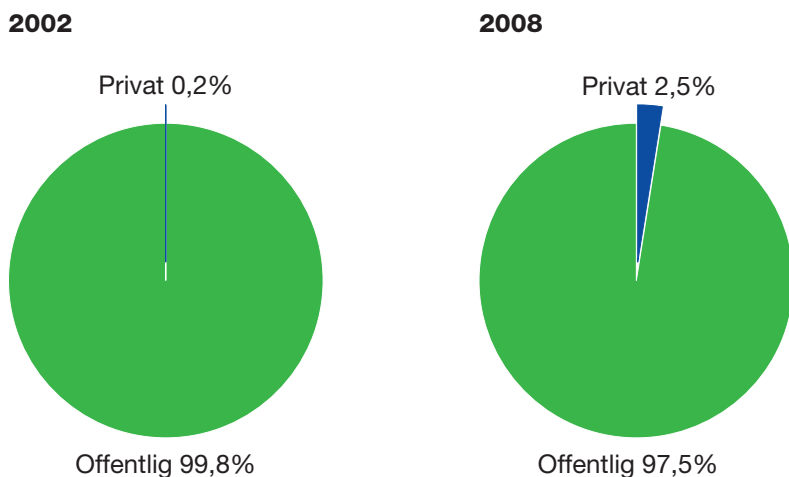
Før var det store flertal af befolkningen tvunget til at vente på behandling, mens økonomisk velbeslåede kunne betale sig fra at stå i kø ved at købe behandling på private sygehuse eller i udlandet. Det har regeringen ændret med indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i 2002.

Næsten 300.000 har benyttet det udvidede frie sygehusvalg og fravalgt lang ventetid på behandling på offentlige sygehuse.

Fair konkurrence

Der er sket meget, siden de første skridt blev taget i 2002. I dag er der modsat dengang et etableret og varieret udbud af behandling i privat regi, selvom de private sygehuse kun udgør ca. 2,5 pct. af den offentligt finansierede aktivitet, jf. figur 2. Det har givet et andet og bedre udgangspunkt for at forhandle priser under det udvidede frie sygehusvalg.

Figur 2.
Andel af offentligt finansieret aktivitet udført på offentlige hhv. private sygehuse, pct.



Regeringen har derfor med aftalen med Danske Regioner af 1. april 2009 lagt rammerne for det fremtidige samarbejde mellem regionerne og de private sygehuse.

Regeringen vil som aftalt med Danske Regioner udmelde et katalog af referencetakster i oktober 2009 til brug for forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse om afregningspriserne under det udvidede frie sygehusvalg fra 1. januar 2010.

Referencetaksterne vil være baseret på omkostningerne på den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostnings-effektivt. Det vil hjælpe aftaleparterne med at få et endnu bedre og oplyst grundlag til brug for forhandlingerne om aftaler under det udvidede frie sygehusvalg.

Regeringen har med instrumentet lagt et sundt princip ned over ordningen. Nemlig at de private sygehuse bør kunne matche de mest effektive offentlige sygehuse således, at det offentlige ikke som udgangspunkt betaler mere for en ydelse hos de private, end hvad de selv kunne have løst opgaven for.

Det vil dog som hidtil være op til regionerne at forhandle de konkrete behandlingspriser. Men informationen, der ligger i referencetaksterne, danner et godt grundlag for gode forhandlingsresultater.

Det er vigtigt at slå fast, at udmeldingen af referencetaksterne ikke ændrer ved patienternes ret til at blive tilbudt behandling på et (privat) aftalesygehus, hvis det offentlige ikke kan levere inden for én måned.

Patienternes rettigheder under det udvidede frie sygehusvalg fastholdes i uændret form.

Der vil også fortsat være en forpligtelse for sygehuse til at behandle de mest syge patienter først. Det ændrer det udvidede frie sygehusvalg og den nye afregningsmodel ikke ved.

Regeringen vil for yderligere at fremme fair konkurrence opfordre regionerne til i højere grad at gøre brug af udbud på strategisk udvalgte sygehusydelse. Der vurderes især at være et potentiale herfor på områder inden for den planlagte kirurgi (f.eks. hofte og knæ).

Som et led i en række initiativer om udvidelse og videreudvikling af det udvidede frie sygehusvalg ønsker regeringen nu at give patienterne de samme valgmuligheder, hvad enten de er henvist til en behandling på et sygehus, eller de alene er henvist til en diagnostisk undersøgelse, f.eks. en røntgenundersøgelse. Regeringen foreslår derfor, at det frie og det udvidede frie sygehusvalg også skal omfatte diagnostiske undersøgelser, som patienter bliver henvist til af en alment praktiserende læge eller speciallæge til brug for lægens egen diagnosticering og behandling. Formålet er således at give patienten mulighed for kortere udrednings- og behandlingsforløb i praksissektoren samt skabe øgede valgmuligheder.

National handlingsplan for forebyggelse



Middellevetiden i Danmark er de seneste 10 år steget med ca. 2½ år. En dansker kan således i gennemsnit se frem til ca. 79 leveår i dag mod ca. 76½ leveår i 1999. Danskernes sundhedstilstand er i samme periode også blevet forbedret. Den positive udvikling kan bl.a. tilskrives, at danskerne ryger mindre, at flere spiser sundere og at vi bevæger os mere end tidligere.

Vi skal glæde os over de gode resultater, men må samtidig konstatere at levetiden fortsat ikke er på niveau med vores nabolande Norge og Sverige. Der er således behov for en aktiv indsats på forebyggelsesområdet, hvor der bl.a. er store udfordringer knyttet til rygning, fedme og et stigende alkoholforbrug.

For at give den fremtidige forebyggelsesindsats et godt afsæt nedsatte regeringen i januar 2008 Forebyggelseskommissionen. Kommissionen afrapporterede i april 2009.

Den hidtidige indsats

Regeringen har siden 2001 haft fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Med sundhedsprogrammet "Sund hele livet", som regeringen fremlagde i 2002, blev der fastsat mål for udvalgte risikofaktorer og otte folkesygdomme. Og med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelsesindsats helt tæt på den enkelte borger.

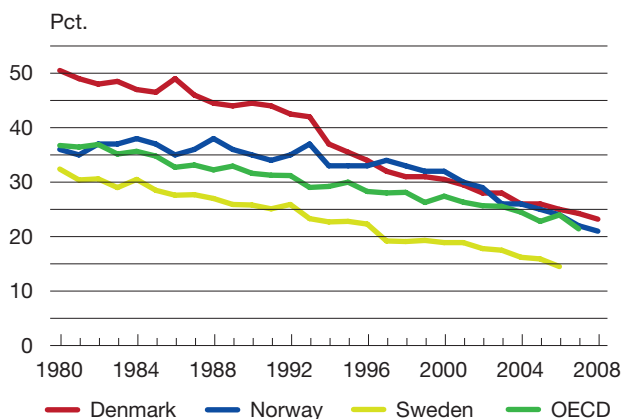
Regeringens fokus har givet resultater, f.eks. vedrørende rygning. Andelen af danskere, som ryger dagligt, har været støt faldende gennem årtier, og i dag ryger 23 pct. af befolkningen på 15 år og derover dagligt mod 30 pct. i 2000, dvs. et fald på ca. ¼ i løbet af otte år, jf. figur 3.

Med rygeloven fra 2007 blev der taget et afgørende skridt i forhold til passiv rygning, hvilket også evalueringen af loven viser. Andelen af danskere, der dagligt er udsat for passiv rygning på enten uddannelsesinstitutionen eller arbejdet, er således faldet fra ca. 20 pct. i 2006 til ca. 5 pct. i 2009, dvs. et fald på ca. ¾. Regeringen har løbende styrket udbredelsen af tilbud om rygestop, viden om effektive rygestopmetoder og understøttet uddannelsen af rygestopinstruktører. Samtidig har regeringen bl.a. hævet aldersgrænsen for salg af cigaretter til 18 år for dermed at sende et klart budskab om, at rygning ikke skal være en del af børne- og ungdomslivet.

Men den positive udvikling er ikke entydig. Andelen af personer, der har drukket over genstandsgrænserne den seneste uge, har f.eks. været stigende de seneste årtier. Undersøgelser viser, at et højt alkoholindtag som ung øger risikoen for et højt alkoholforbrug som voksen. Regeringen har derfor hævet aldersgrænsen for køb af alkohol fra 15 til 16 år.

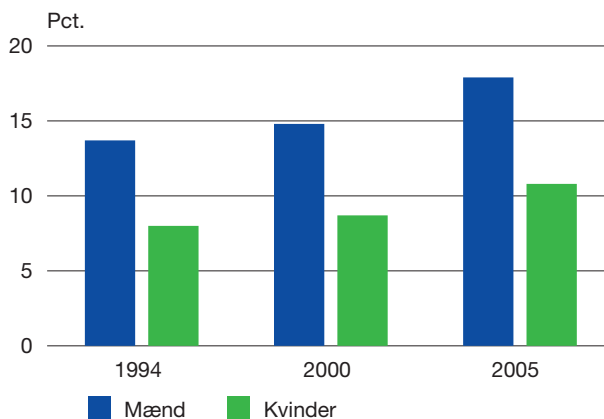
Figur 3.
Andel rygere og andel med for stort indtag af alkohol

Andel dagligrygere



Kilde: OECD Health Database 2008 og Danskernes rygevaner, SST m.fl.

Andel der har drukket over genstandsgrænserne i sidste uge



Kilde: Ekholm, Ola et al. (2006): Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udvikling siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed.

Regeringens handlingsplan – vi skal leve tre år længere om 10 år

En fortsat forbedring af danskernes sundhedstilstand skal bidrage til at realisere regeringens målsætning om, at danskernes levetid skal forlænges med tre år i løbet af de næste 10 år. Målet skal nås med en styrkelse af sundhedsbehandlingen, med stærkere økonomiske incitamenter til kommunerne og med en styrket forebyggende indsats. Til styrkelse af den forebyggende indsats præsenterer regeringen nu en national handlingsplan for forebyggelse.

Regeringens handlingsplan tager afsæt i seks grundlæggende principper. Principperne og de væsentligste afledte initiativer fremgår nedenfor:

Det personlige ansvar. Regeringen ønsker, at vi hver især tager ansvar for vores egen og vores nærmestes sundhed. Med ansvaret følger friheden til at træffe vores egne valg – under hensyn til andre. Det offentlige skal sikre god information om de sunde og usunde valg.

Regeringen vil fortsætte indsatsen for at begrænse rygning. Det skal være klart for enhver, at rygning er yderst sundhedsskadeligt, og passiv rygning skal kunne vælges fra. Rygeloven har virket, og regeringen vil derfor ikke lægge op til ændringer her. Men vi vil styrke indsatsen for at begrænse rygning ved at indføre billedadvarselmærkning på tobakspakker, arbejde for strammere fælles europæiske regler for tilsætningsstoffer til tobak og gennemføre en stor, intensiv informationskampagne, der oplyser om konsekvenserne ved rygning.

Vi vil også styrke oplysningen om sunde fødevarer. Forbrugerne skal nemt kunne gennemskue, hvad der er sundt og mindre sundt, når de køber dagligvarer i deres lokale supermarked. En overskuelig og almenkendt mærkningsordning på fødevarer vil give forbrugerne de nødvendige oplysninger nemt og hurtigt og hjælpe med at træffe et sundere fødevarevalg. Regeringen vil derfor lancere og markedsføre en ny fælles nordisk mærkningsordning – "Nøglehulsmærket" – som vil styrke forbrugernes muligheder for at træffe et oplyst og kvalificeret valg af sunde fødevarer.

Klare incitamenter. Mange usunde leveår giver både kortere levetid for den enkelte og udgifter for samfundet til sygehusbehandling, medicin, førtidspension mv. Det skal derfor være økonomisk attraktivt at træffe det sunde valg. Økonomiske incitamenter skal gøre det sunde valg billigere relativt til det usunde valg.

Regeringen og DF har med Forårspakken 2.0 taget initiativ til at forhøje afgifterne på tobak, is, chokolade, sukkervarer og sukkerholdige sodavand samt introducere en ny særskilt afgift på mættet fedt med henblik på at nedbringe forbruget. Afgifter løser dog ikke udfordringerne alene. Øges afgiften for meget, styrker det ikke sundheden, men øger blot grænsehandlen.

Derudover arbejder regeringen på EU-plan for en forhøjelse af minimumsafgifterne på tobaksvarer.

Det sociale ansvar. Børn og unge samt svage grupper har ofte ikke de personlige ressourcer, den viden og det netværk, der skal til for at træffe det sunde valg og fravælge de fristelser, der giver en usund livsstil. Der skal derfor tages særlige hensyn til børn, unge og ressourcetsvage grupper, der har behov for en hjælpende hånd for at kunne tage vare på egen sundhed og træffe sunde valg.

Et højt alkoholforbrug som ung leder ofte til et højt alkoholforbrug som voksen. For at understøtte, at danske unge udvikler bedre vaner i forhold til at drikke alkohol, vil regeringen tage initiativ til en forhøjelse af aldersgrænsen fra 16 år til 18 år for køb af drikkevarer med en høj alkoholprocent. Regeringen vil også tage initiativ til at indføre en aldersgrænse på 18 år for køb af smertestillende håndkøbsmedicin. Målet er at begrænse misbrug af håndkøbsmedicin blandt unge mennesker, herunder at dæmme op for brug af håndkøbsmedicin til selvmordsforsøg især blandt unge kvinder.

Mindre ressourcestærke grupper har generelt en tendens til en mere risikobetonet adfærd end resten af befolkningen og rammes oftere af langvarig sygdom og for tidlig død. Regeringen vil søge tilslutning til, at der i satspuljeaftalen for 2010 afsættes i alt 225 mio. kr. frem til og med 2013 til en markant styrkelse af den forebyggende indsats over for de mindre ressourcestærke grupper samt udsatte børn og unge.

Det kommunale ansvar. Kommunerne har gennem den nære kontakt med borgerne gode muligheder for at bidrage til borgernes sundhed lige fra vuggestuen til plejehjemmet. Kommunerne har derfor også et særligt ansvar for at udnytte disse muligheder.

Regeringen vil sikre en tydeligere sammenhæng mellem kommunernes ansvar og finansiering på sundhedsområdet. Regeringen vil omlægge den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsafhængige finansiering øges med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag (jf. kapitel 4).

Kommunerne vil få kendskab til sundhedstilstanden hos kommunens borgere gennem de kommunale sundhedsprofiler, som fremover vil blive offentliggjort for samtlige kommuner – første gang i 2010/2011. Sundhedsprofilerne giver de nykonstituerede kommunalbestyrelser mulighed for at tilrettelægge forebyggelsesindsatsen og de generelle kommunale tilbud, så den målrettede kommunens sundhedsmæssige udfordringer. Sundhedsprofilerne giver endvidere kommunerne mulighed for at opstille mål for indsatsen og sammenligne sig med hinanden for på den måde at få et større kendskab til, hvilke forebyggelsestiltag der virker bedst.

Endelig er der med Aftale om en grøn transportpolitik fra januar 2009 afsat i alt 1 mia. kr. i perioden 2009-14 til forbedring af forholdene for cyklister, så cyklen bliver en mere attraktiv transportform. Midlerne kan bl.a. anvendes til statslig medfinansiering af sammenhængende og innovative cykelprojekter i kommunerne. Det er et markant bidrag til kommunernes muligheder for at fremme fysisk aktivitet i hverdagen.

Virksomhedernes ansvar. Virksomhederne har gode muligheder for at bidrage til at forbedre danskerne sundhed. Regeringens løsning er ikke forbud og formynderi, men at tilskynde virksomhederne til at tage større ansvar for deres ansatte og generelt at tænke sundhedsfremme ind i deres produkter, i kerneopgaverne og over for deres kunder.

Voksne og ikke mindst børn og unge udsættes dagligt for påvirkning fra reklamebranchen, detailhandlen m.v. Regeringen vil derfor opfordre supermarkeder, kiosker m.fl. til at påtage sig ansvaret for, at cigaretter o.l. ikke er synlige og til at fremme udbuddet og tilgængeligheden af sunde fødevarer. Regeringen vil ligeledes opfordre virksomhederne til at tage initiativ til at begrænse salget og forbruget af usunde fødevarer, f.eks. ved at reducere fedtindholdet i fødevarer og at undlade usunde slagtilbud. Ligeledes kan restauranter mv. – herunder ikke mindst cafeterier og udsalg i forbindelse med idrætsanlæg – også forbedre sundheden i deres udbud og fjerne de mest usunde varer fra sortimentet.

Arbejdspladsen er en oplagt og vigtig arena for forebyggelse, og virksomhederne har bl.a. gode muligheder for at påvirke medarbejdernes kost- og motionsvaner. Regeringen vil understøtte indsatsen ved at søge tilslutning til at afsætte 100 mio. kr. fra Forebyggelsesfonden i 2010 til projekter på arbejdspladsen, der har til formål at iværksætte sundhedsfremmeaktiviteter, herunder projekter, hvor sundhedsfremme tænkes sammen med den bredere arbejds-miljøindsats.

Det økonomiske ansvar. Forebyggelsesindsatsen skal hvile på et solidt vidensgrundlag, så der kan fokuseres på de indsatser, der giver mest værdi for pengene.

Regeringen vil søge partiernes tilslutning til, at der fra globaliseringsreserven afsættes midler til forskning på sundhedsområdet, herunder forskning i menneskets sundhed og sikkerhed i samspil med miljøfaktorer samt forskning i forebyggelse mod livsstils-sygdomme.

Med den nationale handlingsplans 30 indsatser (jf. bilag 1) følger regeringen målrettet op på Forebyggelseskommissionens rapport, men med mere fokus på den enkeltes eget ansvar, kommunernes og virksomhedernes ansvar og med færre forbud og påbud.

Ny patientombudsmand skal give patienterne nem og hurtig klageadgang



I 2001 indeholdt det offentlige sundhedstilbud ikke de samme muligheder for at fravælge ventetid på de offentlige sygehuse som i dag. Patienterne havde samtidig ikke en samlet adgang til information og vejledning om deres rettigheder.

Den hidtidige indsats

– større valgfrihed og stærkere rettigheder

Siden 2001 har regeringen givet patienterne større valgfrihed og stærkere rettigheder. Regeringen lægger stor vægt på, at disse rettigheder fremstår tydeligt for patienterne, og at patienterne har en solid retsstilling over for systemet.

Regeringen har gennemført flere initiativer, der har styrket patienternes rettigheder og informationen herom. Eksempler herpå er, at:

- Patienterne har fået udvidet frit sygehusvalg.
- Patienterne har f.eks. fået ret til samlet information og vejledning om deres rettigheder via etableringen af patientkontorer.
- Der er indført krav om, at patienter inden otte dage skal have orientering om tid og sted for sygehusbehandling samt om mulighederne for at vælge andre sygehuse, ventetider på disse sygehuse mv.
- Der er indført en kontaktpersonordning.

Regeringen har herudover skabt mere åbenhed og gennemsigtighed om behandlingen på sygehuse. Patienterne har krav på en klar og forpligtende information, bl.a. for at lette adgangen og brugen af det udvidede frie sygehusvalg. Der er desuden udviklet præcise og sammenlignelige oplysninger om kvalitet og service mellem sygehuse og afdelinger, som er gjort tilgængelige for borgerne på www.sundhedskvalitet.dk.

Meget er blevet bedre, men alligevel tager det i dag mere end ét år for en patient at få en klage behandlet, og det kan være vanskeligt at finde rundt i systemet for patienterne, fordi der er flere forskellige klageindgange.

Ny patientombudsmand med én klageindgang

Patienterne skal ikke fremover være i tvivl om, hvor de kan henvende sig med en klage. Og hvis der begås fejl i sundhedsvæsenet, skal patienterne møde et system, der erkender og lærer af sine fejl.

Derfor vil regeringen skabe et enklere og smidigere patientklagesystem, forbedre patienternes klagemuligheder og systematisk opsamle patienternes erfaringer og bruge dem til gavn for kommende patienter.

Patienterne skal samtidig have en udvidet adgang til at klage over tilsidesættelse af deres patientrettigheder mv.

Etableringen af et nyt patientklagesystem vil give patienterne en væsentlig styrkelse af deres rettigheder og tilgodese patienternes og sundhedsvæsenets behov for, at der tages ved lære af patienternes oplevelser. Det vil samtidig bidrage til kortere sagsbehandlingstider til gavn for patienterne, fordi samlingen af opgaverne vil give en bedre anvendelse af ressourcerne.

Regeringen vil desuden samle en række øvrige funktioner, der hidtil har været spredt på flere myndigheder, i den nye patientombudsmandsinstitution/patientklageinstitution. Det skal ske for at sikre fuldt udbytte af den viden, der ligger i klagesystemet og i indberetningerne om utilsigtede hændelser, jf. boks 5.

Boks 5. Organiseringen af et nyt patientklagesystem

Etableringen af et nyt patientklagesystem skal sikre patienterne en bedre retsstilling, én klageindgang, hurtigere sagsbehandlingstider og øget læring. Patientklagenævnets nuværende sekretariat omdannes derfor til en samlet organisation bestående af:

- Patientklagenævnets sekretariat og embedslægernes del af klagesagsoplysningen fra det nuværende patientklagesystem (i dag placeret i Sundhedsstyrelsen),
- opgaver i relation til utilsigtede hændelser (i dag placeret i Sundhedsstyrelsen),
- sekretariatet for Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet fra patienterstatningssystemet,
- opgaver i relation til udvidelsen af patientklagesystemet som følge af kvalitetsreformen og finansloven for 2009 (patientrettigheder og øget læring).

Med etableringen af patientombudsmandsinstitutionen skabes der en institution, der på nationalt plan kan sikre, at der læres systematisk af alle klager over sundhedsvæsenets ydelser. Patientombudsmanden skal ved en aktiv formidling til sundhedsvæsenets aktører sikre, at den viden, der ligger i klagesystemet og i indberetningerne om utilsigtede hændelser, benyttes til en systematisk og sammenhængende erfaringsopsamling og læring, således at patienterne sikres en bedre kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

Forudsætningen for succes er, at der bliver et meget tæt samarbejde mellem den nye institution og de regionale patientkontorer.

Det er vigtigt for sikringen af patienternes tillid til, at der sker en uafhængig behandling af indgivne klager, at systemet er gennemskueligt og virker på fælles præmisser i landet.

For at sikre dette skal der indgås aftaler mellem patientombudsmanden og de enkelte regioner om registrering af alle klager, frister for sagsbehandling i de regionale kontorer, fælles erfaringsopsamling

og andre emner, som vurderes relevant. Der kan herudover indgås aftaler om særlige fokusområder, hvor der i en periode gøres en ekstra indsats for at forebygge klager.

Tilsvarende samarbejde skal etableres med hensyn til sikring af læring af indberettede fejl og utilsigtede hændelser.

Patientombudsmanden udarbejder med inddragelse af de regionale patientkontorer årligt en rapport om udviklingen i antal klager og de initiativer, som de måtte give anledning til. Regionsrådene skal redegøre for, hvordan der i den enkelte region følges op herpå.

Et tæt samarbejde mellem patientombudsmanden og Sundhedsstyrelsen vil sikre, at den læring, patientombudsmandsinstitutionen uddrager om behandlingsmæssige forhold, indgår i grundlaget for Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige vejledninger og tilsyn

Regeringen vil – efter nogle år med det nye patientklagesystem – evaluere patientvejledernes rolle i forhold til formidlingen af læring mv.

Bilag 1

National handlingsplan for forebyggelse

En forbedring af danskernes sundhedstilstand skal bidrage til at realisere regeringens målsætning om, at danskernes levetid skal forlænges med 3 år i løbet af 10 år. Målet skal bl.a. nås med en styrket forebyggende indsats.

Regeringens politik på forebyggelsesområdet bygger på seks principper:

- **Det personlige ansvar** – vi skal tage ansvar for vores egen og vores nærmestes sundhed. Med ansvaret følger friheden til at træffe vores egne valg – under hensyn til andre. Det offentlige skal sikre god information om de sunde og usunde valg.
- **Klare incitament**er – det skal være økonomisk attraktivt at træffe det sunde valg. Forebyggelse og sundhedsfremme skal derfor understøttes med klare incitament, så det sunde valg bliver relativt mere attraktivt end det usunde.
- **Det sociale ansvar** – der skal tages særlige hensyn til børn og unge samt resourcesvage grupper, der har behov for en hjælpende hånd for at kunne tage vare på egen sundhed og træffe sunde valg.
- **Det kommunale ansvar** – kommunerne har gennem den nære kontakt med borgerne gode muligheder for at bidrage til borgernes sundhed lige fra vuggestuen til plejehjemmet. Kommunerne har derfor også et særligt ansvar for at udnytte disse muligheder.
- **Virksomhedernes ansvar** – virksomhederne skal tilskyndes til at tage større ansvar for ansatte og generelt tænke sundhedsfremme ind i deres produkter, i kerneopgaverne og over for deres kunder.
- **Det økonomiske ansvar** – forebyggelsesindsatsen skal hvile på et solidt vidensgrundlag, så der kan fokuseres på de indsatser, der giver mest værdi for pengene.

Regeringen har taget en række initiativer for at forbedre sundheden og øge danskernes middellevetid og ønsker en målrettet indsats overfor de væsentligste

risikofaktorer for udvikling af langvarig, kronisk og livsforkortende sygdom – usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet.

Det personlige ansvar – god information om de sunde og usunde valg

Vi bør hver især tage ansvar for vores egen og vores nærmestes sundhed. Med ansvaret følger også friheden til selv at vælge – men naturligvis under hensyn til andre. En vigtig forudsætning for, at den enkelte kan løfte ansvaret for egen sundhed og foretage oplyste valg, er viden om sunde og usunde livsstilsvalg.

At træffe det sunde valg kan være vanskeligt. Danskerne bliver i dag mødt med andre sundhedsmæssige udfordringer end tidligere generationer. F.eks. har mange danskere en travl hverdag, hvor det kan være vanskeligt altid at træffe de sunde valg – spise frugt og grønt, dyrke motion, have overskud til at kvitte tobakken mv.

Der er mange forskellige typer af informationsindsatser med hver sine fordele, f.eks. mediekampanjer, undervisningsmateriale, hjemmesider og mærkningsordninger på fødevarer og tobakspakker.

Der er dokumentation for, at en varieret og bredt forankret kampagneindsats giver det bedste resultat. F.eks. har kendskabet til de officielle anbefalinger om alkoholgrænser, det anbefalede indtag af frugt og grønt og om den anbefalede mængde daglig motion været støt stigende i en årrække. Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse gennemført kampanjer med forskellige nationale og lokale samarbejdspartnere.

Information er andet og mere end oplysningskampanjer. Advarselsmærkning på cigaretpakker har til formål at informere rygere om cigaretters sundhedsskadelige virkninger og at afskrække ikke-rygere og særligt børn og unge fra at begynde at ryge. Og en overskuelig og almenkendt mærkningsordning på fødevarer vil gøre det nemt og hurtigt for forbrugerne at vælge sundere fødevarer.

Regeringen vil:

1. Styrke og målrette den nationale kampagneaktivitet, så det eksisterende høje kendskab til sund livsstil øges både generelt i befolkningen og blandt sårbare grupper med udpræget risikoadfærd.
2. Gennemføre en stor, intensiv informationskampagne, der oplyser om konsekvenserne ved rygning.
3. Indføre obligatorisk billedadvarsel på tobakspakker som supplement til den eksisterende tekstadvarsel.
4. Arbejde for strammere fælles europæiske regler for tilsætningsstoffer til tobak.
5. Lancere og markedsføre en ny fælles nordisk mærkningsordning – ”Nøglehulsmærket” – for at styrke forbrugernes muligheder for at træffe et oplyst og kvalificeret valg af sunde fødevarer.
6. Udvikle og etablere en mærkningsordning, der har til formål at certificere restauranter, som anvender ”nøglehulsmærket”.
7. Arbejde for, at den eksisterende EU-lovgivning om mærkning af fødevarer i forhold til næringsdeklaration gøres obligatorisk og udvides til også at omfatte mættet fedt, sukker og salt.

Hertil kommer, at Det nationale Forebyggelsesråd, som regeringen har nedsat, vil bidrage til debat og inspirere myndigheder og miljøer på forebyggelsesområdet til at fortsætte og udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Klare incitament – det nemme sunde valg

Regeringen mener, at det er et personligt ansvar at leve sundt. Men det personlige ansvar skal understøttes med incitament, der gør det sunde valg til det nemme valg. Staten har derfor en vigtig rolle i forhold til at bidrage med gode rammer, der er med til at gøre det sunde valg til det nemme valg for den enkelte borger.

Varernes pris påvirker forbruget. Danskernes forbrug af både tobak og usunde fødevarer påvirkes af prisen. Afgifter, som er indrettet hensigtsmæssigt, kan understøtte en sund livsstil. Øgede afgifter kan derfor være med til at øge danskernes incitament til at vælge de usunde varer fra og vælge de sunde til. Afgifter løser dog ikke udfordringerne alene. Øges afgiften for meget, styrker det ikke sundheden, men øger blot grænsehandlen.

Regeringen vil:

8. Som led i skattereformen hæve afgifterne på tobak, is, chokolade, sukkervarer og sukkerholdige sodavand fra den 1. januar 2010, og tage initiativ til at introducere en ny særskilt afgift på mættet fedt med henblik på nedbringelse af borgernes forbrug.
9. Arbejde for en forøgelse af EU's minimumsafgifter på tobaksvarer.

Det sociale ansvar – særlige hensyn til børn og unge samt mindre ressourcestærke grupper

Gode og fornuftige sundhedsvaner grundlægges tidligt i livet og tages ofte med ind i voksenlivet. På samme måde tages også usunde vaner med over i voksenlivet. Det er derfor vigtigt, at grundlaget for en sund og aktiv livsstil skabes så tidligt som muligt.

Forældre har, af alle, størst indflydelse på deres børns udvikling og deres sundhed. Det er derfor af stor betydning, at forældre er bevidste om den store opgave, det er at give deres børn gode sundhedsvaner. Det er vigtigt, at børnene vokser op med sunde rammer og f.eks. ikke udsættes for passiv røg i hjemmet. Forældrene bør være rollemodeller, som kan inspirere børnene til at vælge det sunde til og det usunde fra.

De fleste børn og unge tilbringer imidlertid en stor del af deres dagligdag væk fra deres forældre, og det omgivende samfund har derfor også en rolle at spille med hensyn til at skabe sunde rammer for børn og unge. Det være sig i dagtilbud, skole og SFO, i den organiserede frivillige idræt mv.

Sunde rammer handler også om tilgængelighed. En hævet aldersgrænse for køb af alkohol og klare alkoholpolitikker på uddannelsesinstitutionerne vil give danske unge nogle rammer, der kan hjælpe dem til gode alkoholvaner.

Det samme gælder for brugen af smertestillende håndkøbslægemidler. Antallet af selvmordsforsøg med brug af svage smertestillende lægemidler er steget blandt unge kvinder. En aldersgrænse på 18 år vil mindske unges adgang til håndkøbslægemidler.

Herefter vil der gælde en ensartet aldersgrænse for køb af smertestillende håndkøbslægemidler, tobak og alkohol med undtagelse af bl.a. øl med almindelig pilsnerstyrke.

Regeringen vil:

10. Fremsætte forslag om, at unge under 18 år ikke skal kunne købe drikkevarer med en høj alkoholprocent, således at bl.a. øl med almindelig pilsnerstyrke er undtaget.
11. Indføre en aldersgrænse på 18 år for køb af smertestillende håndkøbslægemidler
12. Opfordre til, at alle uddannelsesinstitutioner udarbejder og offentliggør alkoholpolitikker. For skoler og ungdomsuddannelser kan det ske i samarbejde med forældrene.
13. Udarbejde et katalog, som skal inspirere kommunerne til at anvende alkoholbevillingsnævnene til at reducere unges adgang til alkohol på udskækningssteder, særligt udskækningssteder i boligkvarterer og nær uddannelsesinstitutioner.
14. Udarbejde en national handlingsplan for, at alle børn får mulighed for mindst 7 timers fysisk aktivitet om ugen.
15. Understøtte og fremme udbredelsen af sund livsstil hvor børn og unge færdes, herunder i daginstitutioner, skoler, SFO'er og idrætshaller.

Fælles for de mindre ressourcestærke grupper er, at de ofte ikke har de personlige ressourcer, den viden eller det netværk, der er nødvendigt for at træffe det sunde valg og de vanskelige langsigtede beslutninger om egen sundhed. Mindre ressourcestærke har derfor også en mere risikobetonet adfærd end resten af befolkningen, og mindre ressourcestærke rammes oftere af langvarig sygdom og for tidlig død.

Konkrete forebyggelsestilbud som f.eks. rygestopkurser baserer sig sædvanligvis på den enkeltes velvilje og accept af tilbuddet. Det er derfor også typisk motiverede og ressourcestærke borgere, der gør brug af de offentlige forebyggelsestilbud, mens mindre ressourcestærke grupper ofte vælger dem fra. Der er derfor behov for en særlig indsats på forebyggelsesområdet over for mindre ressourcestærke grupper.

Regeringen vil:

16. Søge tilslutning til, at der fra satspuljen 2010 afsættes i alt 225 mio. kr. i de kommende fire år til en markant styrkelse af den forebyggende indsats over for de mindre ressourcestærke grupper.
17. Udsende vejledningsmateriale om rekruttering og motivation af mindre ressourcestærke grupper til livsstilsændringer, herunder rygestop.
18. Udarbejde en kommunalt baseret godkendelses- og tilsynsordning for alkoholbehandlingsinstitutioner.

Det kommunale ansvar

– forebyggelse i den kommunale hverdag

Med sundhedsloven fra 2007 fik kommunerne ansvaret for den primære forebyggelse. Kommunerne skal skabe rammer for sund levevis for kommunens borgere og etablere forebyggende og sundhedsfremmede tilbud. De spiller derfor en vigtig rolle i forhold til den borgernære forebyggelsesindsats.

Det er naturligvis kommunerne selv, som bedst ved, hvordan indsatsen prioriteres og målrettes de lokale behov. De har gode muligheder for at tænke sundhed og forebyggelse ind i de borgernære tilbud på daginstitutionsområdet, skoleområdet, i botilbud, i ældreplejen mv. Forebyggelse og sundhedsfremme kan derfor med fordel integreres i de kommunale kerneopgaver.

Kommunerne har også god adgang til at påvirke de fysiske rammer i nærmiljøet. Det kan f.eks. være gennem fremme af aktiv transport, attraktive og let tilgængelige gang- og cykelstier og ved at gøre adgangen til grønne områder, inspirerende legepladser og idrætsfaciliteter lettere.

Regeringen vil styrke sammenhængen mellem kommunernes indsats på forebyggelsesområdet og den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet. Regeringen vil omlægge den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsafhængige medfinansiering øges mod en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag.

De centrale statslige sundhedsmyndigheder har også en rolle at spille i forhold til at skabe viden og gennemføre indsatser, som understøtter og inspirerer kommunerne i deres arbejde på forebyggelsesområdet. Det drejer sig bl.a. om faglig rådgivning, sparring og udbredelse af viden om omkostningseffektive indsatser.

Hertil kommer, at viden om sundhedstilstanden hos borgerne i kommunerne vil bidrage til at dokumentere, om lokale forebyggelsesindsatser er effektive og virker efter hensigten. Styrket dokumentation på forebyggelsesområdet vil på sigt give et mere kvalificeret grundlag for planlægning og prioritering af indsatsen i kommunerne.

Kommunerne vil få et godt kendskab til sundhedstilstanden gennem de kommunale sundhedsprofiler, som fremover vil blive offentliggjort for samtlige kommuner – første gang i 2010/11 og derefter i de år, hvor der afholdes kommunalvalg. Sigtet hermed er bl.a., at de nykonstituerede kommunalbestyrelser kan tilrettelægge indsatsen, så den målrettes kommunens sundhedsmæssige udfordringer.

Sundhedsprofilerne giver også kommunerne grundlag for at opstille mål for indsatsen. Kommunerne kan f.eks. opstille mål for borgernes sundhedstilstand eller livsstil fordelt på risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion og indrette indsatsen efter disse mål. Sundhedsprofilerne giver endvidere kommunerne mulighed for at sammenligne sig med hinanden og på den måde få et større kendskab til, hvilke forebyggelsestiltag der virker bedst.

Regeringen vil:

19. Øge den aktivitetsafhængige del af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet og modsvarende reducere det kommunale grundbidrag.
20. I samarbejde med regioner og kommuner sikre en løbende national monitorering af befolkningens sundhed og sygelighed på kommuneniveau.
21. Fremme aktiv transport ved udmøntning af 1 mia. kr. fra Trafikaf-talen fra februar 2009 i perioden 2009-14.
22. Udarbejde inspirationskataloger til kommunerne med eksempler på, hvordan fysisk aktivitet og bevægelse i højere grad kan indgå i arkitekturen og indretningen af offentlige byrum
23. Udarbejde et inspirationskatalog med gode eksempler til, hvordan kommuner og skoler/ungdomsuddannelser kan integrere bevægelse og fysisk aktivitet i elevernes skoledag.
24. Udarbejde rådgivningsmaterialer, der kan understøtte arbejdet med at få forebyggelse ind på tværs i den kommunale drift.
25. Styrke den centrale statslige formidling af viden om, hvilke forebyggelsesindsatser, der virker.

Virksomhedernes ansvar

– sundhedsfremme for ansatte og omgivelser

Virksomhederne har gode muligheder for at bidrage til at forbedre danskernes sundhed. Regeringens løsning er ikke forbud og formynderi, men at tilskynde virksomhederne til at tage større ansvar for deres ansatte og generelt at tænke sundhedsfremme ind i deres produkter, i kerneopgaverne og overfor deres kunder.

Der er ikke alene en sundhedsmæssig samfundsgevinst forbundet med virksomhedernes forebyggelsesindsats, men den enkelte virksomhed kan også selv opnå en økonomisk gevinst ved at investere i området. Samtidig kan virksomheders adfærd og bevidsthed om deres samfundsansvar tilføre forebyggelsesområdet fremdrift, som ikke kan opnås alene gennem lovgivning og regler.

Sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladsen har mange fordele. Arbejdspladsen påvirker vores normer og adfærd, og de etablerede strukturer og kommunikationskanaler på den enkelte arbejdsplads kan benyttes i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Der er dokumentation for, at sundhedsfremmende aktiviteter, der fokuserer på en sund livsstil blandt medarbejderne og på arbejdets organisering

og arbejdsmiljøet har en bedre effekt end aktiviteter, der kun fokuserer på den enkeltes sundhedsadfærd.

Voksne og ikke mindst børn og unge udsættes dagligt for påvirkning fra reklamebranchen, detailhandlen mv. Detailhandlen og fødevarerhvervet kan derfor medvirke til at gøre det lettere for især børn og unge at træffe de sunde valg og undgå de usunde.

Detailhandlen og fødevarerhvervet har allerede i dag påtaget sig en rolle på forebyggelsesområdet, bl.a. i kraft af det etiske kodeks for markedsføring af usunde fødevarer rettet mod børn fra 2008, og 13-punktsplanen som den samlede dagligvarehandel lancerede i 2007 for at fremme tilgængeligheden af sunde fødevarer og bekæmpe overvægt i befolkningen. En række danske virksomheder arbejder også i samarbejde med Fødevarestyrelsen på at reducere mængden af salt i deres produkter.

Regeringen bakker op om tankerne bag disse initiativer og opfordrer virksomheder, som sælger og markedsfører usunde fødevarer som f.eks. slik, chips, søde læskedrikke og lignende til at udvise ansvar ved markedsføring af sådanne produkter. Supermarkeder og kiosker m.fl. kan påtage sig ansvar for, at slik og spiritus mv. ikke placeres, så det fremstår unødigt fristende, og at cigaretter o.l. ikke er synlige på salgssteder.

Virksomhederne kan herudover tage initiativ til, at salget og forbruget af usunde fødevarer begrænses bl.a. ved, at virksomhederne reducerer fedtindholdet i fødevarer, og at virksomhederne undlader usunde slagtilbud.

Ligeledes kan restauranter, herunder ikke mindst cafeterier og udsalg i forbindelse med idrætsanlæg også forbedre sundheden i deres udbud og fjerne de mest usunde varer fra deres sortiment. Idrætsforeninger og andre aktører i civilsamfundet kan også bidrage til at styrke folkesundheden bl.a. ved indgåelse af partnerskaber med kommunerne.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer i kommunerne vil kunne gennemføres og udvikles med inddragelse af frivillige sociale foreninger. Det gælder eksempelvis i forbindelse med motionsaktiviteter for ældre og ved at gøre brug af de frivillige netværk og selvhjælpsgrupper for overvægtige.

Regeringen vil:

26. Søge tilslutning til at afsætte 100 mio. kr. fra Forebyggelsesfonden i 2010 til projekter på arbejdspladsen, der har til formål at iværksætte sundhedsfremmeaktiviteter, herunder projekter, hvor sundhedsfremme tænkes sammen med den bredere arbejdsmiljøindsats.
27. Opfordre detailhandlen til at sikre, at cigaretter o.l. ikke er synlige på salgssteder og til at fremme udbuddet og tilgængeligheden af sunde fødevarer.
28. Som en del af den kommende strategi for offentligt-privat samarbejde lancere initiativer vedrørende forebyggelse på sundhedsområdet.

Det økonomiske ansvar – viden som grundlaget for omkostningseffektive indsatser.

Ny kortlægning af kommunernes arbejde på forebyggelsesområdet viser, at mange kommuner er aktive og har et varieret udbud af forebyggelsestilbud til borgerne.

Der er dog fortsat behov for viden om, hvordan man i praksis skaber og fastholder sunde vaner hos borgerne. Det vil sige dokumentation for, hvilke indsatser der virker, herunder overfor særlige grupper som f.eks. ældre og borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Regeringen vil:

29. Søge partiernes tilslutning til, at der fra globaliseringsreserven afsættes midler til forskning på sundhedsområdet, herunder forskning i menneskets sundhed og sikkerhed i samspil med miljøfaktorer samt forskning i forebyggelse mod livsstilssygdomme.
30. Rådgive om, hvordan kommuner bedst muligt kan samarbejde med forskningsmiljøer om gennemførelse af undersøgelser og evalueringer af konkrete kommunale forebyggelsesindsatser.

Sundhedspakke 2009

Godt på vej mod et sundere Danmark
– 8 store skridt der gør
et godt sundhedsvæsen endnu bedre

Oktober 2009:16

Henvendelse om udgivelsen kan ske til:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Tlf.: 72 26 90 00
Fax: 72 26 90 01
E-post: sum@sum.dk
EAN-nr.: 5798000362055

ISBN trykt publikation:
978-87-92480-26-2

ISBN elektronisk publikation:
978-87-92480-27-9

Publikationen kan hentes på
www.sum.dk

Design: BGRAPHIC
Tryk: Litotryk København A/S

