

#TidTil  
#Kvalitet

---

# Fire forslag til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen

---

Dansk  
Sygeplejeråd



## **Fire forslag til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen**

Layout: Dansk Sygeplejeråd 15-23

Forsidefoto og foto side 6: Lena Rønsholdt.

Foto side 10, 14 og 18: Lizette Kabré.

Copyright © Dansk Sygeplejeråd april 2015

Alle rettigheder forbeholdes.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse eller  
mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

# Indhold

---

<b>Indledning</b>	<b>4</b>
<b>Kvalitetstid</b> Tid til nærvær, tryghed og inddragelse af patienten	<b>7</b>
<b>Målrettet og ambitiøs indsats mod kronisk sygdom</b>	<b>11</b>
<b>En patient – ét samarbejdende sundhedsvæsen</b>	<b>15</b>
<b>Sundhed er mere end dét, der sker i sundhedsvæsenet</b>	<b>19</b>

# Indledning

Med en forventning om fortsat stigende pres på sundhedsvæsenet og en begrænset tilførsel af nye midler vil spændet mellem opgaver og ressourcer i sundhedsvæsenet fortsætte med at stige i de kommende år. Hvis det ikke skal gå udover kvaliteten og patientsikkerheden, er der brug for nytænkning.

Derfor har vi i Dansk Sygeplejeråd arbejdet vores bud på, hvad der skal til for at sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen nu og i fremtiden. Vores plan består af følgende fire punkter:

- Patientnær kvalitetstid – tid til nærvær, tryk og inddragelse af patienten

- En styrket indsats for borgere med kroniske lidelser
- En patient – ét samarbejdende sundhedsvæsen
- Sundhed er mere end det, der sker i sundhedsvæsenet

## Sundhedsvæsenets udfordringer

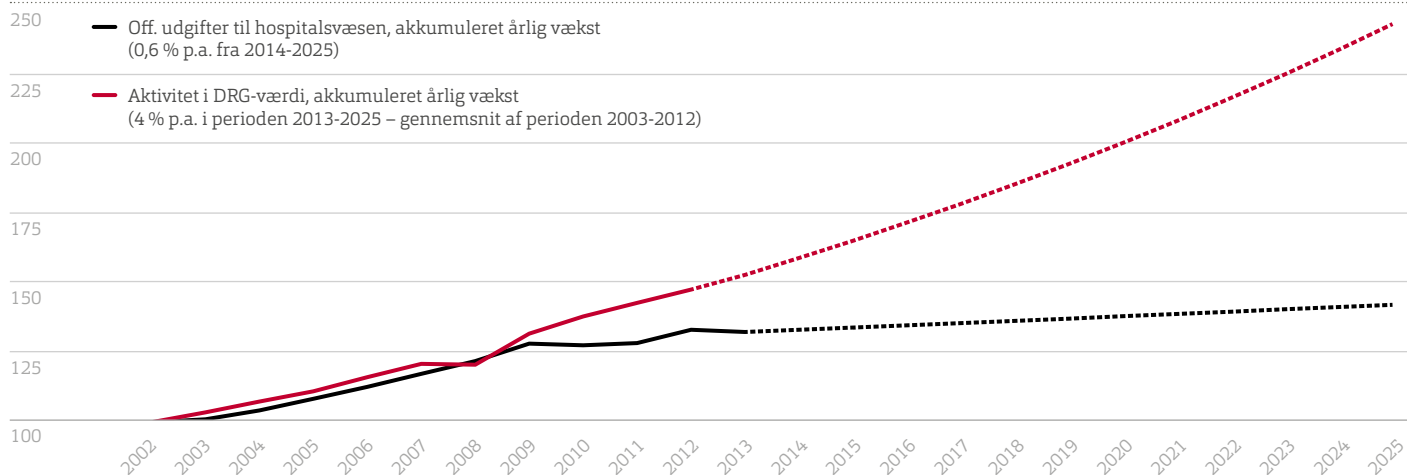
Udviklingen i befolkningens sygdomsmønstre peger sammen med de økonomiske fremskrivninger frem mod en uholdbar situation, hvor spændet mellem opgaver og ressourcer bliver større og større:

- Flere borgere vil blive diagnosticeret med én eller flere kroniske sygdomme,

der har langvarig effekt på deres livskvalitet og arbejdsevne<sup>1</sup>.

- Som følge af flere ældre vil de aldersbetingede sygdomme blive en stor udfordring for sundhedsvæsenet – til trods for at en stor gruppe ældre får en alderdom uden helbredsproblemer. Eksempelvis forventes antallet af borgere med demens at stige med 30 pct. i 2025<sup>2</sup>.
- Alene som følge af den demografiske udvikling vil antallet af kræftramte stige med 25 pct. over de næste 15 år<sup>3</sup>. Sundhedsvæsenet skal ikke bare omstilles til, hvordan man tackler disse flere kræfttilfælde, men også at flere kræft-

## Scenarie: Det stigende spænd mellem forbrug og aktivitet i sundhedsvæsenet



Figuren er baseret på egen tilvirkning på baggrund af tal fra Danmarks Statistik og Sundhedsministeriet

patienter overlever deres kræftdiagnose med eventuelle følgevirkninger.

Som samfund står vi derfor overfor en massiv udfordring med at udvikle en af velfærdsstatens grund søjler – sundhedsvæsenet.

Den markante vækst i aktiviteten i sundhedsvæsenet siden 2001 betyder, at aktiviteten pr. sundhedsprofessionel er steget med 40 pct. siden 2001. Sagt på en anden måde: 72 sygeplejersker løser i dag de samme opgaver, som 100 sygeplejersker gjorde i 2001.

En del af væksten kan forklares med den faglige og teknologiske udvikling. Eksempelvis kan flere behandlinger i dag klares ambulant, end det var tilfældet tidligere. Men der er også tale om, at hver sundhedsprofessionel løser markant flere opgaver i dag end for bare 14 år siden.

#### **4-punktsplan for et bæredygtigt sundhedsvæsen**

Udviklingen stiller store krav til fremtidens sundhedsvæsen. Hvis vi som samfund skal sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen fremadrettet, så er det helt afgørende, at vi finder nye løsninger. Dansk Sygeplejeråd anbefaler en plan, der tager fat på fire væsentlige områder:

- Patienter og pårørende skal have mere tid sammen med de sundhedsprofessionelle, så de oplever større tryk og mindre hektiske forløb. Det giver kvalitet i plejen og behandlingen og mere tilfredse patienter og pårørende.
- Sundhedsvæsenet skal være gearret til de nye patientgrupper – ikke mindst patienter med flere kroniske sygdomme,

der tegner sig for omkring 50 pct. af de ressourcer, der bliver brugt i det regionale sundhedsvæsen<sup>4</sup>.

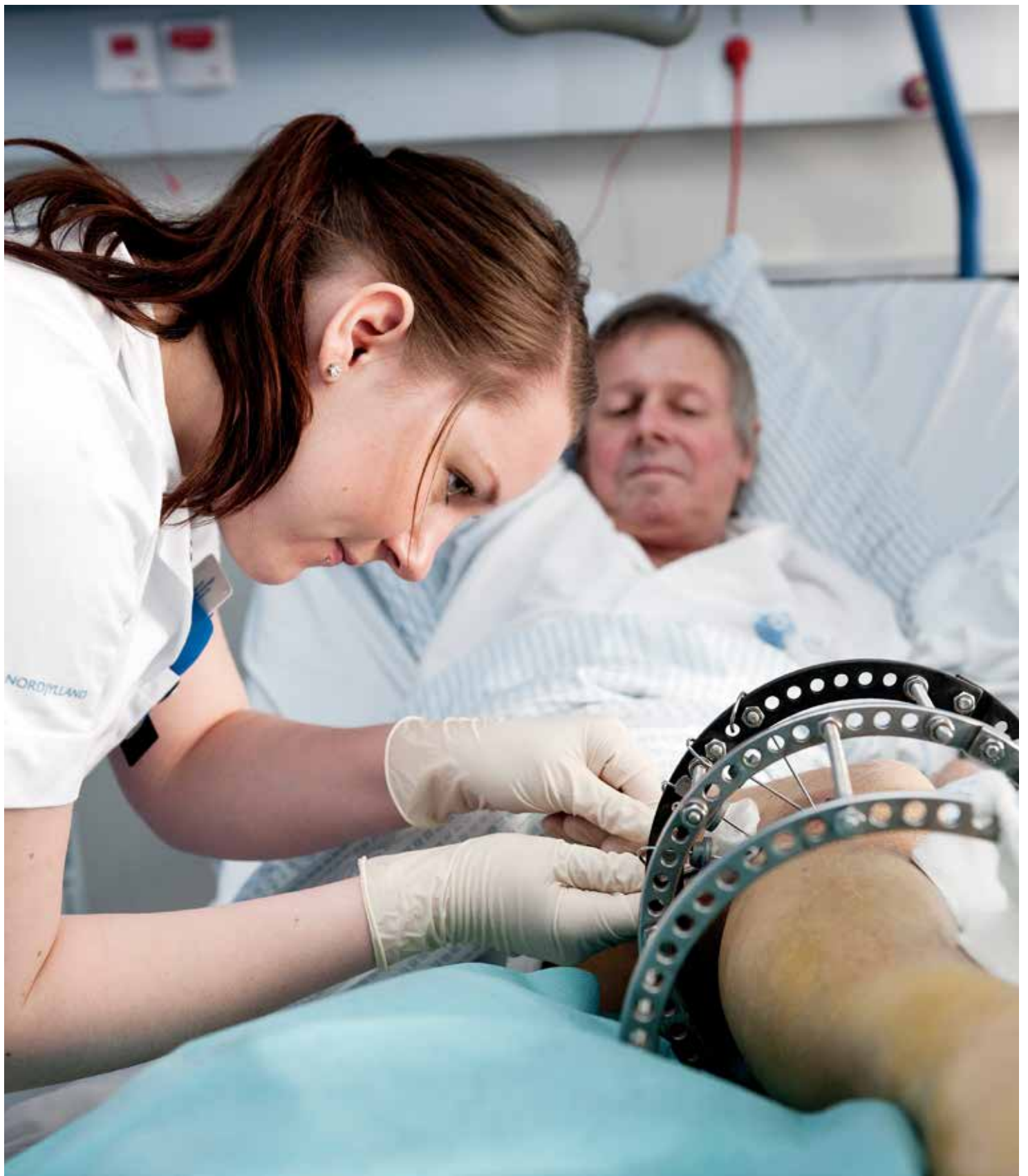
- Sundhedsvæsenets mange aktører skal være bedre til at samarbejde, så de mange ældre, medicinske patienter oplever sammenhængende og trygge forløb både under indlæggelse på sygehuset, og når de plejes og behandles i eller tæt på eget hjem.
- Flere børn og unge skal vokse op med muligheden for et sundt voksenliv gennem en forstærket og bedre koordineret forebyggende indsats.

<sup>1</sup> Se bl.a. følgende svar til Folketinget i februar 2015: <http://www.ft.dk/samling/2014/almindel/suu/sprn/219/svar/1228134/1498421.pdf>

<sup>2</sup> Videnscenter for demens: Forekomsten af demens i Danmark.

<sup>3</sup> Flere og flere kræftpatienter – er sundhedsvæsenet klar? Baggrundsnotater og tabeller til 6. marts-møde 2014

<sup>4</sup> Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse, juni 2012.





# Kvalitetstid

## Tid til nærvær, tryghed og inddragelse af patienten

Forudsætningen for et specialiseret sundhedsvæsen med korte og effektive behandlingsforløb er, at patienten og de pårørende har mere og bedre tid sammen med de sundhedsprofessionelle i det korte tidsrum, hvor patienterne er til stede på sygehuset.

I en undersøgelse fra september 2014 svarer 25 pct. af patienterne, at de ikke fik talt med personalet om alle de spørgsmål og bekymringer, som de havde. Ud af den gruppe pegede 65 pct. på, at årsagen til, at de ikke fik spurgt, var travlhed hos personalet<sup>1</sup>. I en undersøgelse fra marts 2015 svarer halvdelen af de regionalansatte sygeplejersker, at de er helt eller delvist enige i, "at min arbejdsdag er så travl, at det går udover patienternes sikkerhed"<sup>2</sup>.

Den patientnære tid er blevet voldsomt beskåret som en følge af effektiviseringerne i sundhedsvæsenet. Det er et problem. Skal vi i Danmark fortsætte kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet, skal vi investere i mere og bedre tid til den enkelte patient. Det vil tjene sig hjem på sigt.

### Tidspres går udover kvaliteten i plejen og behandlingen

Der er de seneste 10 år opnået bemærkelsesværdige produktivitetstigninger i sundhedsvæsenet. I perioden 2008-2013 har der været en produktivitetstigning på 3,9 pct. årligt, og siden 2001 er aktiviteten pr. sundhedsprofessionel steget med 40 pct.

Men er vi blevet så effektive, at vi er ineffektive?

Patienterne fortæller om et hektisk personale. Antallet af klager over sundhedspersoner er steget markant de seneste år – mere end 40 pct. siden 2009<sup>3</sup>, og i en undersøgelse fra september 2014 svarer 25 pct. af patienterne, at de ikke fik talt med personalet om alle de spørgsmål og bekymringer, som de havde. Ud af den gruppe peger 65 pct. på, at det var, fordi personalet havde for travlt<sup>4</sup>. Personalet oplever også selv, at travlheden går udover patienterne. I en undersøgelse fra marts 2015 svarer halvdelen af de regionalansatte sygeplejersker, at de er helt eller del-

vist enige i, "at min arbejdsdag er så travl, at det går udover patienternes sikkerhed". 94 pct. vurderer, at arbejdstempoet på de danske hospitaler er højt eller meget højt, og heraf mener 96 pct., at det i høj grad har konsekvenser for patienternes sygepleje og behandling<sup>5</sup>.

En sygeplejefaglig leder på et plejecenter beskriver en af udfordringerne med den manglende tid på denne måde: "På meget kort tid skal en ældre medicinsk patient på 85 år, der fejler tre til fire forskellige kroniske sygdomme og oveni det har et funktionstab, nå at formulere: Hvad er det, der ligger bag min indlæggelse, og hvad er det, der er sket gennem de sidste par måneder. Det kan den ældre patient på ingen måde nå at præsentere under så kort en indlæggelse"<sup>6</sup>.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er i dag på 3,6 dage. Det er en halvering siden 1990, og det forventes, at udviklingen vil fortsætte<sup>7</sup>. I samme periode er andelen af ambulante behandlinger steget, hvilket

<sup>1</sup> Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet – En spørgeskemaundersøgelse blandt patienter. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, september 2014.

<sup>2</sup> Megafon og DSR Analyse, marts 2015.

<sup>3</sup> Patientombuddets seneste årsberetning, 2013.

<sup>4</sup> Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet – En spørgeskemaundersøgelse blandt patienter. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, september 2014.

<sup>5</sup> Megafon og DSR Analyse, marts 2015.

<sup>6</sup> Citat fra videoen "Tid til værdighed", som blev vist på konferencen: Skal vi have en værdighedsgaranti? Januar 2015.

<sup>7</sup> Indblik i sundhedsvæsenets resultater, Sundhedsministeriet, maj 2014.



Forudsætningen for god pleje og behandling er, at patienter og pårørende har tid sammen med de sundhedsprofessionelle. Her har en patient brug for pleje fra sygeplejerske Lise Støvring Sørensens til at komme på benene igen.

vil sige, at en stor andel af patienterne slet ikke bliver indlagt, men kun opholder sig på sygehuset i meget kort tid.

### **Mere og bedre tid vil løfte kvaliteten**

De korte, effektive behandlingsforløb er en fordel for patienterne, der kommer hurtigere i gang med behandlingen og ud af sygehuset igen. Men den samlede kvalitet og sikkerhed i forløbet afhænger af, at patienten og de pårørende har den nødvendige tid sammen med sundhedspersonalet. Ellers risikerer vi at blive så effektive, at vi bliver ineffektive. Vi er allerede godt på vej!

Effektiviteten i selve behandlingen betyder nemlig, at hver enkelt sundhedsperson i løbet af en dag ser langt flere patienter og pårørende end tidligere og dermed får langt mindre tid sammen med hver enkelt. Det er præcis dét, patienterne oplever, når de siger, at personalet har så travlt, at de ikke vil forstyrre dem med deres bekymringer og spørgsmål.

F.eks. viste en stikprøveundersøgelse på en afdeling, at halvdelen af de indlagte patienter havde haft smerter indenfor den seneste uge, og at halvdelen af disse havde haft stærke smerter. Patienterne fortalte det bare ikke, og personalet regnede med, at smerter var noget, som patienterne ytrede sig om og bad om smertedækning for. Men patienterne vil ikke være til ulejlighed og vil da slet ikke bede om omsorg<sup>8</sup>. Med andre ord kræver det tid at indgå i relationer, der sikrer, at patientens behov imødekommes.

Løsningen er ikke, at patienterne skal indlægges i længere tid, men at patienterne i løbet af den korte indlæggelse får mere tid sammen med de sundhedsprofessionelle.

Den patientnære tid er tid til at inddrage, informere, skabe tryghed, observere, koordinere og sikre, at patienterne forstår, hvordan plejen og behandlingen fortsætter i hjemmet. Samtidig skal patienten og de pårørende finde sig til rette efter behandlingen, der ofte sætter sig spor både fysisk og psykisk.

Det er nødvendigt med patientnær kvalitetstid til at:

- **Gøre patienterne trygge ved deres omgivelser, behandlingsforløbet og den nye situation efter behandling**

Mange ældre demente patienter kan reagere med voldsom adfærd, når de bliver indlagt, hvis der ikke er tid til at gøre dem trygge og bekendte med det sundhedspersonale, der færdes omkring dem. For mange patienter og pårørende er tiden efter behandling præget af utryghed: Hvordan vil, om kræften kommer igen? Hvordan skal vi leve i det daglige for ikke at forværre sygdommen? Og hvor lang tid skal der gå, førend min søn igen må begynde at spille fodbold? Det er vigtigt, at der er tid til at tale om disse ting inden udskrivningen. Det samlede behandlingsresultat afhænger i høj grad af, at patienten og de pårørende ved, hvordan de skal reagere, når de kommer hjem.

- **Koordinere det samlede behandlingsforløb**

For mange patienter er indlæggelsen et led i et længere behandlingsforløb med mange elementer og aktører. En sygeplejerske på en geriatrisk afdeling beskriver disse indlæggelser som et detektivar-

bejde: Fordi det kræver tid at observere og tale med patienten, en opringning til hjemmeplejen for at forstå baggrunden, kontakt til de pårørende og måske kontakt til den praktiserende læge. Derudover skal personalet have tid til at sikre sig, at kommunen står klar til at modtage borgeren med den nødvendige hjælp, når vedkommende udskrives.

Hvis der ikke er tid til at løse opgaven, kan det resultere i en genindlæggelse.

- **Inddrage patienterne i valget af behandling og undervejs i forløbet**

Både ved de korte, ambulante forløb og ved de længerevarende behandlingsforløb skal der være tid til inddragelse. Ved at gøre patienterne velinformerede om behandlings- og plejemuligheder kan de selv træffe kvalificerede valg, som også gør dem mere tilfredse efterfølgende. Og de kan deltage mere aktivt i egenomsorg. Adskillige undersøgelser bekræfter, at når patienterne inddrages, så er der større sandsynlighed for, at de følger det foreskrevne behandlingsregime og opnår bedre behandlingsresultater<sup>9</sup>.

- **Tilrettelægge et skræddersyet forløb, hvor patienten bl.a. uddannes til at kunne håndtere og reagere på ændringer i sygdommen**

Flere sygehuse, bl.a. Nordsjællands Hospital, bruger tid på at tilrettelægge et skræddersyet forløb, hvor patienter med f.eks. KOL eller andre kroniske sygdomme bl.a. uddannes til at tage vare på deres egen sygdom. Patienterne har også mulighed for at kontakte en sygeplejer-



ske med specialviden. Tiden sammen med patienten er godt givet ud, fordi det fører til et bedre forløb med færre genindlæggelser og øget tryghed for patienterne<sup>10</sup>.

- **Observere patienterne, så de ikke udskrives for tidligt og skal genindlægges**

Fra 2007 til 2013 er der sket et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid for nyfødte og deres forældre på 17 pct., og i samme periode er antallet af genindlæggelser steget med 31 pct.<sup>11</sup> For at undgå genindlæggelser er det vigtigt, at sygeplejersken har god tid sammen med mor og barn inden udskrivningen for at kunne vurdere både mor og barns fysiske og psykiske tilstand og samspil.

### **Sådan vil DSR give patienterne mere tid med de sundhedsprofessionelle**

Der skal sikres et kvalitetsløft i sundhedsvæsenet ved at give patienten mere tid sammen med de sundhedsprofessionelle – uden at det skal forlænge indlæggelsestiden, men til gengæld reducerer antallet af genindlæggelser. Patienterne skal opleve et effektivt sundhedsvæsen, hvor der er tid til hver enkelt patient, og hvor antallet af fejl og klager reduceres mærkbart.

*DSR foreslår, at:*

### **Sygehusene får en håndsrækning til at sikre mere kvalitetstid**

Håndsrækningen skal bestå af midler, der kan understøtte en udvikling med fokus på kvalitet og patientsikkerhed, som er godt i gang på mange afdelinger, og midler til de hårdest belastede afdelinger, som skal have ekstra støtte for at kunne løfte kvaliteten.

For at få del i midlerne skal afdelingerne demonstrere deres fokus på kvalitet og patientsikkerhed f.eks. gennem forbedringer i patienttilfredsheden, reduktion i HSMR og reduktion i antallet af genindlæggelser. Der er fokus på udvikling af kvaliteten, så midlerne kan både gives til afdelinger, der løfter sig fra en lav kvalitet til at gøre det lidt bedre, og de afdelinger, der er frontløbere i kvalitetsudviklingen, og som derved rykker den samlede ambition for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Her kan man bl.a. inddrage erfaringer fra arbejdet med Sikker Patientflow<sup>12</sup>. Det er afgørende, at der også er et godt arbejdsmiljø på afdelingerne, og at det styrkede fokus på kvalitet ikke går udover effektiviteten (ventelisterne). Samtidig skal særligt belastede afdelinger have en ekstra håndsrækning til at styrke den patientnære kvalitetstid, f.eks. gennem ansættelse af ekstra sundhedspersonale, indkøb af udstyr, der kan frigøre tid, opgradering af it-ressourcer etc.

Forslaget forudsætter, at der udvikles et redskab med relevante indikatorer, så de særligt belastede afdelinger kan identificeres. Relevante indikatorer kan være lav patienttilfredshed, høj belægningsprocent, påbud fra arbejdstilsynet, høj personaleomsætning, stort ledelsesspænd og manglende sammenhæng mellem opgaver og ressourcer.

<sup>8</sup> Eksempel refereret efter samtale med Charlotte Delmar, professor ved Institut for Folkesundhed – Sygepleje, Aarhus Universitet.

<sup>9</sup> Se flere artikler på [Vibis.dk](http://Vibis.dk) bl.a. Wilson SR, Strub P et al., Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma, *Am J Respir Crit Care Med*, 2010.

<sup>10</sup> Se bl.a. artikel i *Berlingske* d. 13. februar 2015: Personlig livline løfter hjælpen til kronisk syge.

<sup>11</sup> DSR Analyse: Genindlæggelser blandt nyfødte 2007-2013, marts 2015.

<sup>12</sup> Læs mere om Sikker Patientflow på: <http://sikkertpatientflow.dk>



# Målrettet og ambitiøs indsats mod kronisk sygdom

Andelen af borgere, der har eller er på vej til at udvikle en kronisk sygdom, er stigende. Det betyder et kontinuerligt øget pres på sundhedsvæsenet, der i forvejen er økonomisk trængt.

Voksne med én eller flere kroniske sygdomme tegner sig i dag for knap 50 pct. af de samlede regionale sundhedsudgifter<sup>1</sup>. Derudover viser beregninger, at de afledte udgifter til bl.a. overførselsindkomster, hjemmepleje og hjælpemidler i kommunalt regi udgør et endnu større beløb.

Forløbsprogrammer, pakkeforløb og kvalitetsstandarder har gennem de seneste år været med til at løfte kvaliteten i plejen og behandlingen overfor borgere med kroniske sygdomme. Næste skridt er skræddersyede forløb.

OECD's Review of Health Care Quality in Denmark fra 2013 fremhæver en ambitiøs kronikerindsats særligt rettet mod komplekse, multiple kronikerforløb som et naturligt næste skridt i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen. OECD peger specifikt på det potentiale, der ligger i at give sygeplejersker særlige kompetencer indenfor dette område, bl.a. med henvisninger til erfaringer fra andre lande.

Som et led i at styrke den danske indsats foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der etableres en specialistuddannelse til sygeplejersker i kronisk sygdom. Uddannelsen vil sikre et ensartet, højt fagligt niveau og understøtte et mærkbart kvalitetsløft i en målrettet indsats overfor borgere med kroniske sygdomme.

## Behov for målrettet og ambitiøs indsats mod kronisk sygdom

I dag har mere end 1 million danskere en eller flere kroniske sygdomme<sup>2</sup>. Da kronisk sygdom er sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende<sup>3</sup>, betyder det, at en stor gruppe borgere kæmper med at få en hverdag med uddannelse, job og familie til at hænge sammen med indlæggelser, ambulante besøg og medicinudgifter.

De demografiske fremskrivninger viser, at antallet af kronisk syge vil stige markant<sup>4</sup>. Det er derfor helt centralt, at vi målrettet og ambitiøst satser på at styrke indsatsen overfor borgere med kronisk sygdom.

Kronisk sygdom har stor indvirkning på den enkeltes livskvalitet og på samfundsøkonomien.

Fakta er:

- at borgere med KOL og osteoporose har tre gange så mange ambulante besøg og ydelser på sygehusene i forhold den samlede befolkning, mens det for borgere med leddegigt er fire gange så mange.
- at omfanget af sygehusindlæggelser for borgere med de tre ovennævnte kroniske sygdomme er to til fire gange så højt som for befolkningen samlet set.
- at borgere med de tre ovennævnte kroniske sygdomme bruger tre til fire gange så meget medicin købt på recept som den samlede befolkning generelt<sup>5</sup>.

Med andre ord har det også betydning for samfundet som helhed, at kronisk sygdom bliver behandlet bedst muligt, hurtigst muligt.

<sup>1</sup> Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse, juni 2012.

<sup>2</sup> Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse, juni 2012. Bemærk at dette er en konservativ beregning, som bygger på de samme sygdomme, som fremgår af tabel 1.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen, kronisk sygdom, 2014.

<sup>4</sup> Ministeriet for sundhed og forebyggelse: Indblik i sundhedsvæsenets resultater, maj 2014.

<sup>5</sup> Ministeriet for sundhed og forebyggelse: Indblik i sundhedsvæsenets resultater, maj 2014.



På Nordsjællands hospital fungerer sygeplejersker som livline for patienter med kroniske sygdomme, så de kan komme i kontakt med sygeplejerskerne, når de har brug for hjælp og støtte til at håndtere deres sygdom. Her er det sygeplejerske Karina Tønder i samtale med Anker Børge Nielsen.

### Kronisk sygdom – rammer både livskvaliteten og samfundsøkonomien

Et sundhedsøkonomisk studie af de samlede direkte og indirekte omkostninger ved tre kroniske sygdomme (diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme) i Helsingør Kommune viste, at de direkte omkostninger til behandling i almen praksis og på sygehuset udgør omkring 40 pct. af de samlede omkostninger, mens udgifter til overførselsindkomster udgør 24 pct., plejehjem og anden boligstøtte 20 pct., og endelig udgør udgifter til hjemmepleje/hjemmesygepleje 10 pct.<sup>6</sup>

På baggrund af den samme beregningsmodel vurderede Sønderborg Kommune i 2010, at kommunen har afledte udgifter på 90 millioner kr. årligt alene til de 3.500 diabetespatienter i kommunen<sup>7</sup>.

Tablet 1 viser, hvordan forbruget af sundhedsudgifter afspejles i de regionale sundhedsudgifter til borgere med kroniske sygdomme. Som det fremgår af tallene i parentes, er det knap halvdelen af alle regionale sundhedsudgifter, der går til voksne med en kronisk sygdom. En gennemsnitlig borger trækker årligt 8.000 kr. på de regionale sundhedsudgifter, for

borgere med én kronisk sygdom er beløbet 26.000 kr., mens det tilsvarende beløb for en borger med to eller flere kroniske sygdomme er 44.000 kr.

### Langfra alle får gavn af den nuværende indsats

I dag er indsatsen overfor patienter med kroniske sygdomme i høj grad bygget på forløbsprogrammer, der har været med til at løfte kvaliteten i plejen og behandlingen.

Udfordringen ved forløbsprogrammer er, at de kun i mindre grad tager højde for patientens egne præferencer og for de sundhedsprofessionelles faglige vurdering i hver enkelt patients tilfælde.

Samtidig peger Sundhedsstyrelsen selv på, at forløbsprogrammerne tager udgangspunkt i én sygdom og derfor ikke tager højde for kompleksiteten i behandlingen hos den voksende gruppe af multisyge patienter. Programmerne tager heller ikke højde for, at der er en stor gruppe borgere, som har mere kompleks behov og/eller er særligt sårbare, og at der generelt ikke er udviklet tilbud til disse borgere i dag<sup>8</sup>. Dette bekræftes i evalueringer af de eksisterende forløbsprogrammer<sup>9</sup>.

Endelig peger andre evalueringer på behovet for yderligere segmentering af patientgruppen bl.a. med henblik på at kunne udarbejde målrettede forløb til de mest komplekse, multiple kroniske patienter. Der er dog det forbehold, at selv når der sker en segmentering af patienterne, så er det vanskeligt i praksis at honorere med målrettede pleje- og behandlingstiltag<sup>10</sup>.

**Tablet 1. Antal patienter med kronisk sygdom og samlede regionale sundhedsudgifter til disse grupper i 2010**

		Regionale sundhedsudgifter (2010)		
		En kronisk sygdom	To eller flere kroniske sygdomme	Alle kronikere
<b>Over 18 år</b>	Antal kronikere	757.000	272.000	1.029.000
	Reg. sundhedsudgift i alt (% af samlet udgift)	19,0 mia. kr. (29,9)	12,1 mia. kr. (18,9)	31,1 mia. kr. (48,8)
<b>65+ år</b>	Antal kronikere	340.000	184.000	524.000
	Reg. sundhedsudgift i alt (% af aldersgruppens udgifter)	9,6 mia. kr. (35,3)	8,2 mia. kr. (30,2)	17,8 mia. kr. (65,6)

Kilde: Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse, juni 2012. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehusene samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren. Tabellen omhandler kun de kroniske sygdomme: diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kroniske lungesygdomme og muskel-skelet-sygdomme.

### Løsningen – en ambitiøs, målrettet og skræddersyet indsats

I OECD's Review of Health Care Quality in Denmark fra 2013 fremhæves en ambitiøs indsats særligt rettet mod komplekse, multiple kronikerforløb som et naturligt næste skridt i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen.

OECD understreger behovet for en indsats, som er mere proaktiv, skræddersyet og med større sammenhæng på tværs af sektorer. OECD peger specifikt på det potentiale, der ligger i at give sygeplejersker særlige kompetencer indenfor dette område:

*"Likewise, there is scope for some nurses to develop enhanced competencies, for example around coordinating the care of patients with multiple chronic conditions, developing clinical management skills for defined conditions (such as COPD or diabetes) or dealing with minor ailments".*

Det har vist sig, fremhæver OECD:

*"to provide effective, safe and cost effective care in other OECD countries"<sup>11</sup>.*

Et veltilrettelagt og målrettet behandlingsforløb, der resulterer i en velbehandlet kronisk sygdom, betyder, at patienterne har gode muligheder for at fortsætte deres uddannelse, arbejde og familieliv uden unødigt indlæggelse og uden at skulle bruge uhensigtsmæssig meget tid på ambulatorier og i almen praksis. I sidste ende betyder det, at patienterne lever længere og får flere gode leveår. For samfundsøkonomien betyder det flere raske borgere, der bidrager med skatteindtægter og arbejdskraft.

*DSR foreslår, at:*

### **Der etableres en specialistuddannelse til sygeplejersker i kronisk sygdom**

Uddannelsen på masterniveau skal sikre et ensartet, højt fagligt niveau og understøtte et mærkbart kvalitetsløft og en målrettet indsats overfor borgere med kroniske sygdomme. Uddannelsen er rettet mod erfarne sygeplejersker, der på baggrund af den brede generalistuddannelse samt evt. anden efteruddannelse har opnået stærke kompetencer og solid erfaring, og som med denne uddannelse kan få et yderligere løft til at kunne håndtere nogle opgaver på et højere niveau.

Sygeplejersker med den nye specialistuddannelse kan med fordel indgå mange forskellige steder i sundhedsvæsenet, bl.a. i ambulatorierne, hos den praktiserende læge, i det kommunale sundhedscenter, eller i tværgående funktioner mellem det kommunale og regionale sundhedsvæsen.

- <sup>6</sup> M. Nyhus Andreassen, J. Pagh Maltbæk: Livsstils sygdomme. Et sundhedsøkonomisk studie: Cost of illness i kommunaløkonomisk regi. Kandidatspeciale. Københavns Universitet. Samfundsvidenskabelige Fakultet, 2007. På baggrund af undersøgelsen har Region Syddanmark lavet denne beregning; <http://www.regionsyddanmark.dk/wm260770>
- <sup>7</sup> Sønderborg Kommune: Sundhed på tværs. Tal for sundhed, sygdom og økonomiske konsekvenser, januar 2010.
- <sup>8</sup> Sundhedsstyrelsen: Status på forløbsprogrammer 2014, december 2014.
- <sup>9</sup> Fremgår eksempelvis af KORAs evaluering af Region Hovedstadens iværksættelse af forløbsprogrammer til patienter med KOL og Diabetes 2.
- <sup>10</sup> Se bl.a. evaluering af forløbsprogrammet for diabetespatienter i Region Syddanmark, Center for Kvalitet.
- <sup>11</sup> OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark, OECD 2013. Se s. 96-98.





# En patient – ét samarbejdende sundhedsvæsen

*Den ældre medicinske patient skal have vished for at kunne få den bedst mulige behandling i eller tæt på eget hjem. Det kræver større sammenhæng i sundhedsindsatsen.*

*I dag er der stor forskel på, hvilke sundhedsydelser den enkelte kommune tilbyder.*

*Der er ingen fælles retningslinjer for sundhedsindsatsen i kommunerne. Seks ud af 10 sygeplejersker i landets kommuner har inden for en måned oplevet indlæggelser/genindlæggelser af borgere, som efter deres vurdering kunne have været undgået med den rette sundhedsfaglige indsats fra kommune og/eller praktiserende læge<sup>1</sup>. Patienterne skal have en ensartet sundhedsydelse, uanset hvor i landet de bor. Det kommunale selvstyre må ikke stå over patienten.*

*Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor en strategisk og helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen, som kan understøtte den plan, der ligger bag etableringen af den fremtidige sygehusstruktur.*

## **Nedbryd siloer og styrk samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis**

Der er i disse år stor opmærksomhed på at skabe mere sammenhæng i sundhedsvæsenet. Og der er stort fokus på, at patienter i videst muligt omfang skal behandles i eller tæt på eget hjem, så antallet af indlæggelser reduceres. Begge dele forudsætter et velfungerende samarbejde med tæt koordinering og tværgående dialog mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Patienterne skal opleve sundhedsvæsenet som en samlet enhed, hvor forebyggelse og behandling af sygdom prioriteres frem for skel og arbejdsdeling mellem de enkelte sektorer.

I dag er det en kendsgerning, at sygehuse, kommuner og almen praksis ikke taler nok sammen. Ældre medicinske patienter indlægges unødvendigt i forbindelse med f.eks. dehydrering eller en urinvejsinfektion. Det skaber forvirring og utryghed, der forværrer helbredstilstanden hos den enkelte.

Således har seks ud af 10 (61 pct.) kommunalt ansatte sygeplejersker inden for den seneste måned oplevet indlæggelser/genindlæggelser af borgere, som efter deres vurdering kunne have været undgået med den rette sundhedsfaglige indsats fra kommune og/eller praktiserende læge<sup>2</sup>. En analyse af de medicinske afdelinger viser, at 20 pct. af de indlagte medicinske patienter kunne have været i et andet behandlingsforløb, f.eks. ambulante forløb eller et plejeforløb i en kommune<sup>3</sup>. Undersøgelserne dokumenterer behovet for en mere sammenhængende plan for arbejdsdeling og koordination på tværs af sektorer.

## **Behov for vidensdeling på tværs af sundhedsvæsenets aktører**

I dag overlades patienter i alt for høj grad til selv at skulle navigere rundt mellem de forskellige sundhedstilbud. Det er svært at få overblik over de tilgængelige ydelser.

Der er stor forskel på, hvilke sundhedsydelser de enkelte kommuner

<sup>1</sup> NOTAT: Forebyggelse af indlæggelser, DSR Analyse (december 2014).

<sup>2</sup> NOTAT: Forebyggelse af indlæggelser, DSR Analyse (december 2014).

<sup>3</sup> Analyse af de medicinske afdelinger – En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse, Deloitte (marts 2013).



På tværs af kommunegrænserne i Herlev, Ballerup og Furesø rykker et team af sygeplejersker ud til borgere med behov for en særlig sygeplejefaglig indsats. Det styrker kvaliteten i behandlingen og kan forebygge unødvendige indlæggelser. Her er det Dorthe Thomhav, der er i gang med behandlingen, hjemme hos Ulla Due Nielsen.



tilbyder, og i forlængelse heraf også hvilke indsatser akutfunktioner, rehabiliteringsenheder, hjemmesygepleje mv. kan levere. Ligeledes varierer kriterierne for, hvilke patienter der kan henvises til de enkelte tilbud.

Den manglende kommunikation og gennemsigtighed skaber også hindringer for sygehuspersonalet. Indlæggelsestiden forlænges, og risikoen for overbelægning forøges, når det er uklart, hvorvidt patienten kan udskrives til videre behandling i hjemkommunen. Særligt på de medicinske afdelinger mærker de et øget pres og overbelægning som direkte konsekvens.

Også hos de praktiserende læger er der behov for tættere dialog med kommunerne og mere viden om, hvornår en patient kan visiteres til f.eks. akutfunktionen.

En undersøgelse, som Dansk Sygeplejeråd har foretaget blandt sygeplejersker ansat i almen praksis, viser, at under halvdelen (48 pct.) har kendskab til en akutfunktion i deres kommune. Og blandt de konsultationssygeplejersker, der har kendskab til akutfunktioner, er det kun 40 pct., der samarbejder med dem<sup>4</sup>.

### **Sundhedsaftalerne er et skridt på vejen**

Sundhedsaftalerne og overgangen fra 98 "kommunale" aftaler til fem "regionale" er et skridt i retning mod at sikre sammenhæng og koordinering i de tværgående patientforløb. Det samme gælder praksisplanerne, der giver kommunerne indflydelse på planlægningen af almen praksis og samtidig forpligter almen praksis til at udøve deres virk-

somhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. Men sundhedsaftalerne er i høj grad et politisk værktøj. De løser ikke problemerne med kassetænkning og uhensigtsmæssige incitamentstrukturer. Der er behov for yderligere tiltag, som skaber samarbejde og understøtter den konkrete implementering af indholdet i sundhedsaftalerne.

### **De gode eksempler findes – de skal udbreedes**

Der er allerede i dag eksempler på tæt samarbejde mellem sygehuse og en eller flere kommuner om at undgå unødige indlæggelser. Det gælder eksempelvis den tværfaglige udredningsenhed, TUE, hvor fagpersonale fra Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune i fællesskab foretager screening af svage ældre borgere og vurderer, hvorvidt den enkelte ældre skal behandles i eget hjem, på en aflastningsenhed, eller om der er behov for indlæggelse på sygehuset.

I Midtjylland har et tæt samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg og særligt Viborg Kommune resulteret i over 3.000 færre genindlæggelser i 2013 sammenholdt med 2010. Det har medvirket til, at de gennemsnitlige sygehusudgifter pr. borger i Viborg Kommune er reduceret med 1.800 kr. i samme periode<sup>5</sup>. Årsagen er kommunens akutteam, som har en meget tæt dialog med Regionshospitalet, og hvor sygeplejersker løbende tilbringer en arbejdsdag i akutmodtagelsen for at blive uddannet i at varetage den behandling, der i dag gives i borgerens eget hjem, eksempelvis i.v.-medicin. Samtidig er der også en tæt

dialog med den alment praktiserende læge. Hele samarbejdet er nedskrevet i en fælles aftale.

Som patient skal man have vished for en ensartet sundhedsydelse, uanset hvor i landet man bor. Ovenstående viser, at de gode eksempler findes, og at en række kommuner allerede i dag samarbejder målrettet med sygehuse og praktiserende læger for at sikre en høj grad af tryghed og kvalitet i behandlingen og plejen af ældre medicinske patienter. Men der er behov for at få alle kommuner med, uden at det overlades til kommunerne selv at lære af hinanden og etablere 98 forskellige løsninger. Det kan hverken patienter eller sygehuse være tjent med. Derfor er der behov for en national plan med retningslinjer for kommunerne, som forankres hos regeringen og Sundhedsministeriet.

*DSR foreslår, at:*

**Der udarbejdes en helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen, der kan understøtte sammenhængen i sundhedsvæsnen.**

Der udarbejdes en strategisk og helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen, som kan understøtte og sammentænkes med den plan, der ligger bag etableringen af den fremtidige sygehusstruktur. Planen skal omfatte overordnede retningslinjer og anbefalinger til kommunernes indsats på sundhedsområdet. Og planen skal have fokus på sammenhæng og videndeling med sygehuse og almen praksis, så der i højere grad tænkes i helhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsnen.

Planlægningen af de strategiske linjer kan ikke overlades til kommunerne selv. Der er behov for en større sammenhæng på tværs. Det var også tankerne bag anbefalingerne til den styrkede akutindsats, som Sundhedsstyrelsen lancerede i 2007, og som de seneste knap 10 år har dannet grundlag for akutberedskabet på tværs af landet<sup>6</sup>.

En helhedsplan for det nære sundhedsvæsen kan imidlertid ikke stå alene. For at understøtte sammenhængen er der derfor behov for, at der i forbindelse med økonomiforhandlingerne afsættes fælles midler, der kan understøtte den konkrete implementering. Regioner og kommuner skal i fællesskab tildeles midler til et tættere samarbejde på tværs af sektorerne. Derved skubbes økonomisk silotænkning og uhensigtsmæssige incitamenter i baggrunden.

<sup>4</sup> NOTAT: Den kommunale akutfunktion, DSR Analyse (juli 2014).

<sup>5</sup> Tæt dialog forhindrer akut indlæggelse (28. januar 2015), <http://www.dr.dk/Nyheder/Regionale/MidtVest/2015/01/28/095320.htm>

<sup>6</sup> Styrket akutberedskab – Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen (2007).



# Sundhed er mere end dét, der sker i sundhedsvæsnets

Det er i barndommen og ungdomsårene, at vi udvikler os og lærer vores krop og sind at kende. Det er i de år, vi tilegner os mange af de kompetencer, der bringer os sikkert videre i livet. Men det er også i den periode, at mistrivsel, (videre-)udvikling af fysiske og psykiske lidelser kan kaste lange skygger ind i voksenlivet i form af varige trivsels- og sundhedsudfordringer. Undersøgelser viser, at 20 pct. af de 11-15-årige har et eller flere tegn på dårlig mental sundhed i deres daglige liv<sup>1</sup>, og at omkring hvert 10. barn i indskolingsalderen er overvægtigt eller svært overvægtigt<sup>2</sup>. Begge dele kan få negative konsekvenser for den enkeltes sundhed og trivsel resten af livet.

Heldigvis er der gode muligheder for både at forebygge og gribe tidligt ind overfor problemer med trivsel og sundhed. Men det kræver en samlet indsats på tværs af børne- og ungdomsårene, og på tværs af de mange voksne, der færdes omkring børn og unge.

Derfor foreslår DSR, at der udarbejdes en samlet plan for et sundt børne- og ungeliv, så alle børn og unge modtager en sammenhængende, helhedsorienteret og tværfaglig trivsels- og sundhedsindsats.

## Et sundt børne- og ungdomsliv skaber grobund for et sundt voksenliv

Det er i perioden som børn og unge, at vi udvikler os, lærer vores egen krop og sind at kende og tilegner os mange af de kompetencer, der bringer os sikkert videre i livet. Men det er også i samme periode af livet, at nogle undertiden mistrives og (videre-)udvikler fysiske og psykiske lidelser, der ikke alene kan kaste skygger over barndommen, men også kan skabe varige trivsels- og sundhedsudfordringer.

## Mental sundhed

Et eksempel på trivselsproblemer, der slår igennem i en tidlig alder, og som kan få stor betydning senere i livet, er følelsen af ensomhed, stress og som følge deraf søvnbesvær. Den nyeste Skolebørnsundersøgelse<sup>3</sup> viser, at lidt over 6 pct. af alle drenge og 10 pct. af alle pigerne i 13-15-årsalderen ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Det er en markant stigning siden 1988, hvor spørgsmålet første gang blev stillet. Den-

gang svarede omkring 1 pct. af de 13-15-årige drenge, at de ofte eller meget ofte følte sig ensomme, mens andelen af 13-15-årige ensomme piger var lidt over 4 pct.

Andre undersøgelser viser, at 20 pct. af de 11-15-årige har et eller flere tegn på dårlig mental sundhed i deres daglige liv. Næsten hver femte 10-24-årige føler sig ofte stresset, og på knap 20 år er andelen af 16-24-årige, der har oplevet søvnbesvær og -problemer indenfor de seneste to uger, steget fra 4 pct. til 16 pct.<sup>4</sup>

Kortvarige følelser af ensomhed betragtes som en normal del af livet som ung. Modsat kan en vedvarende følelse af ensomhed gennem ungdommen få alvorlige konsekvenser for både helbred og trivsel på såvel kort som på lang sigt. Nogle af konsekvenserne er lavt selvværd, aggressiv adfærd, søvnproblemer, depression, problemer med at gennemføre sin uddannelse, selvskadende adfærd, selvmordstanker og en række alvorlige fysiske konsekvenser.

<sup>1</sup> Vidensråd for forebyggelse: Børn og unges mentale helbred, september 2014.

<sup>2</sup> Tal fra Den Nationale Børnedatabase, Statens Serum Institut.

<sup>3</sup> Madsen KR & Lasgaard M: Ensom, men ikke alene – viden om et ungdomsproblem. I: Ensom, men ikke alene – en antologi om unge og ensomhed. Oktober 2014.

<sup>4</sup> Vidensråd for forebyggelse: Børn og unges mentale helbred, september 2014.



På børnevægtcenteret i København får overvægtige børn og unge ikke bare hjælp til at tabe sig, der er også fokus på børnenes selvværd og mentale sundhed. Det forebygger udviklingen af sygdomme, som f.eks. diabetes, og giver gladere børn. Her er det Nadin Sirwan Ahmad, der er en tur på vægten, mens Helle Lichtenberg ser til.

## Fysisk sundhed

Også andre faktorer med stor betydning for helbredet senere i livet kan spores i børne- og ungdomsårene. Blandt de børn, der startede i skole i 2011, var flere end 10 ud af 100 overvægtige eller svært overvægtige. Andelen af overvægtige og svært overvægtige børn i indskolingsalderen varierer meget fra kommune til kommune. I nogle kommuner er der væsentligt flere overvægtige børn end landsgennemsnittet<sup>5</sup>.

Vi ved fra undersøgelser, at der er en klar sammenhæng mellem vægten ved skolestart og vægten helt tilbage i 6-10-måneders alderen<sup>6</sup>. Overvægt blandt børn i skolealderen kan have store konsekvenser – både fysiske og psykosociale.

På kort sigt oplever overvægtige børn eksempelvis social isolation, lavt selv-værd samt psykiske effekter af mobning og nederlag. De fysiske konsekvenser af overvægt inkluderer forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, astma, søvnforstyrrelser og smerter i bevægeapparatet. På lang sigt har børn, der er overvægtige i de tidlige skoleår, en forhøjet risiko for at være overvægtige som voksne.

De fleste rygere begynder som teenagere. Det er fortsat 9 pct. af de 15-29-årige, der ryger dagligt, mens dobbelt så mange ryger lejlighedsvist<sup>7</sup>. Endelig er det 7 pct. af de 11-, 13- og 15-årige, der har røget e-cigaretter inden for den seneste måned<sup>8</sup>. Det er en stigning i forhold til tidligere. Rygning har stor betydning for helbredet gennem hele livet, da rygere har forøget risiko for en række livsstilssygdomme.

## Alle børn og unge skal have gode forudsætninger for et sundt liv

Forebyggelse af sygdom og styrkelse af den mentale sundhed skal være en naturlig del af børne- og ungdomslivet. Der er god fornuft i at benytte sig af alle muligheder for at påvirke børn og unges sundhed og trivsel.

Der er allerede sat gode initiativer i gang som f.eks. mere bevægelse i løbet af skoledagen, sund skolemad og ”cykl til skole”-kampagner, men der er behov for en samlet strategi på tværs af sektorer, fagpersoner, familie og pårørende for at sikre alle børn et sundt børne- og ungdomsliv, som er en forudsætning for et sundt voksenliv.

Fra udlandet er der inspiration at hente i forhold til at tænke sundhed på andre måder. I eksempelvis Skotland har de igangsat en kampagne, for at flere børn skal lære at læse, bl.a. med den begrundelse, at evnen til at læse er en god indikator på, hvorvidt man får en uddannelse, som har stor indflydelse på ens sundhed gennem hele livet<sup>9</sup>.

*DSR foreslår, at:*

### **Den kommende regering fremlægger en samlet plan for et sundt børne- og ungeliv**

Planen skal tage hånd om de udfordringer, vi har i Danmark vedrørende børn og unges mentale og fysiske sundhed, og planen skal gå på tværs af de offentlige institutioner, private aktører, familien og de øvrige omgivelser, der danner rammen om børne- og ungdomslivet.

<sup>5</sup> Tal fra Den Nationale Børnedatabase, Statens Serum Institut.

<sup>6</sup> Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

<sup>7</sup> Tal fra Kræftens Bekæmpelse, cancer.dk

<sup>8</sup> Skolebørnsundersøgelsen 2014, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

<sup>9</sup> Kampagnen: ”Read on – Get on”.





# Fire forslag til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen



## 1 Sygehusene skal have en håndsrækning til at sikre mere kvalitetstid

Håndsrækningen skal bestå af midler, der kan understøtte en udvikling med fokus på kvalitet og patientsikkerhed, som er godt i gang på mange afdelinger, og midler til de hårdest belastede afdelinger, som skal have ekstra støtte for at kunne løfte kvaliteten.

For at få del i midlerne skal afdelingerne demonstrere deres fokus på kvalitet og patientsikkerhed f.eks. gennem forbedringer i patienttilfredsheden, reduktion i HSMR og reduktion i antallet af genindlæggelser. Der er fokus på udvikling af kvaliteten, så midlerne kan både gives til afdelinger, der løfter sig fra en lav kvalitet til at gøre det lidt bedre, og de afdelinger, der er frontløbere i kvalitetsudviklingen, og som derved rykker den samlede ambition for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Her kan man bl.a. inddrage erfaringer fra arbejdet med Sikkert Patientflow<sup>12</sup>. Det er afgørende, at der også er et godt arbejdsmiljø på afdelingerne, og at det styrkede fokus på kvalitet ikke går udover effektiviteten (ventelisterne). Samtidig skal særligt belastede afdelinger have en ekstra håndsrækning til at styrke den patientnære kvalitetstid, f.eks. gennem ansættelse af ekstra sundhedspersonale, indkøb af udstyr, der kan frigøre tid, opgradering af it-ressourcer etc.

Forslaget forudsætter, at der udvikles et redskab med relevante indikatorer, så de særligt belastede afdelinger kan identificeres. Relevante indikatorer kan være lav patienttilfredshed, høj belægningsprocent, påbud fra arbejdstilsynet, høj personaleomsætning, stort ledelsesspænd og manglende sammenhæng mellem opgaver og ressourcer.

## 2 Der skal etableres en specialistuddannelse til sygeplejersker i kronisk sygdom

Uddannelsen på masterniveau skal sikre et ensartet, højt fagligt niveau og understøtte et mærkbart kvalitetsløft og en målrettet indsats overfor borgere med kroniske sygdomme. Uddannelsen er rettet mod erfarne sygeplejersker, der på baggrund af den brede generalistuddannelse samt evt. anden efteruddannelse har opnået stærke kompetencer og solid erfaring, og som med denne uddannelse kan få et yderligere løft til at kunne håndtere nogle opgaver på et højere niveau.

Sygeplejersker med den nye specialistuddannelse kan med fordel indgå mange forskellige steder i sundhedsvæsenet, bl.a. i ambulatorierne, hos den praktiserende læge, i det kommunale sundhedscenter, eller i tværgående funktioner mellem det kommunale og regionale sundhedsvæsen.







### **3 Der skal udarbejdes en helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen, der kan understøtte sammenhængen i sundhedsvæsnets.**

Der udarbejdes en strategisk og helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen, som kan understøtte og sammentænkes med den plan, der ligger bag etableringen af den fremtidige sygehusstruktur. Planen skal omfatte overordnede retningslinjer og anbefalinger til kommunernes indsats på sundhedsområdet. Og planen skal have fokus på sammenhæng og videndeling med sygehuse og almen praksis, så der i højere grad tænkes i helhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsnets.

Planlægningen af de strategiske linjer kan ikke overlades til kommunerne selv. Der er behov for en større sammenhæng på tværs. Det var også tankerne bag anbefalingerne til den styrkede akutindsats, som Sundhedsstyrelsen lancerede i 2007, og som de seneste knap 10 år har dannet grundlag for akutberedskabet på tværs af landet.

En helhedsplan for det nære sundhedsvæsen kan imidlertid ikke stå alene. For at understøtte sammenhængen er der derfor behov for, at der i forbindelse med økonomiforhandlingerne afsættes fælles midler, der kan understøtte den konkrete implementering. Regioner og kommuner skal i fællesskab tildeles midler til et tættere samarbejde på tværs af sektorerne. Derved skubbes økonomisk silotænkning og uhensigtsmæssige incitamenter i baggrunden.

### **4 Den kommende regering skal fremlægge en samlet plan for et sundt børne- og ungeliv**

Planen skal tage hånd om de udfordringer, vi har i Danmark vedrørende børn og unges mentale og fysiske sundhed, og planen skal gå på tværs af de offentlige institutioner, private aktører, familien og de øvrige omgivelser, der danner rammen om børne- og ungdomslivet.



*#TidTil  
#Kvalitet*

**Dansk Sygeplejeråd**

Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K

Telefon 33 15 15 55

dsr@dsr.dk **www.dsr.dk**