



**Et sammenhængende
sundhedsvæsen med
mennesket i centrum**

Dansk
Sygeplejeråd



**Et sammenhængende sundhedsvæsen med
mennesket i centrum**

- Dansk Sygeplejeråds anbefalinger til det
nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Layout: Dansk Sygeplejeråd 15-161

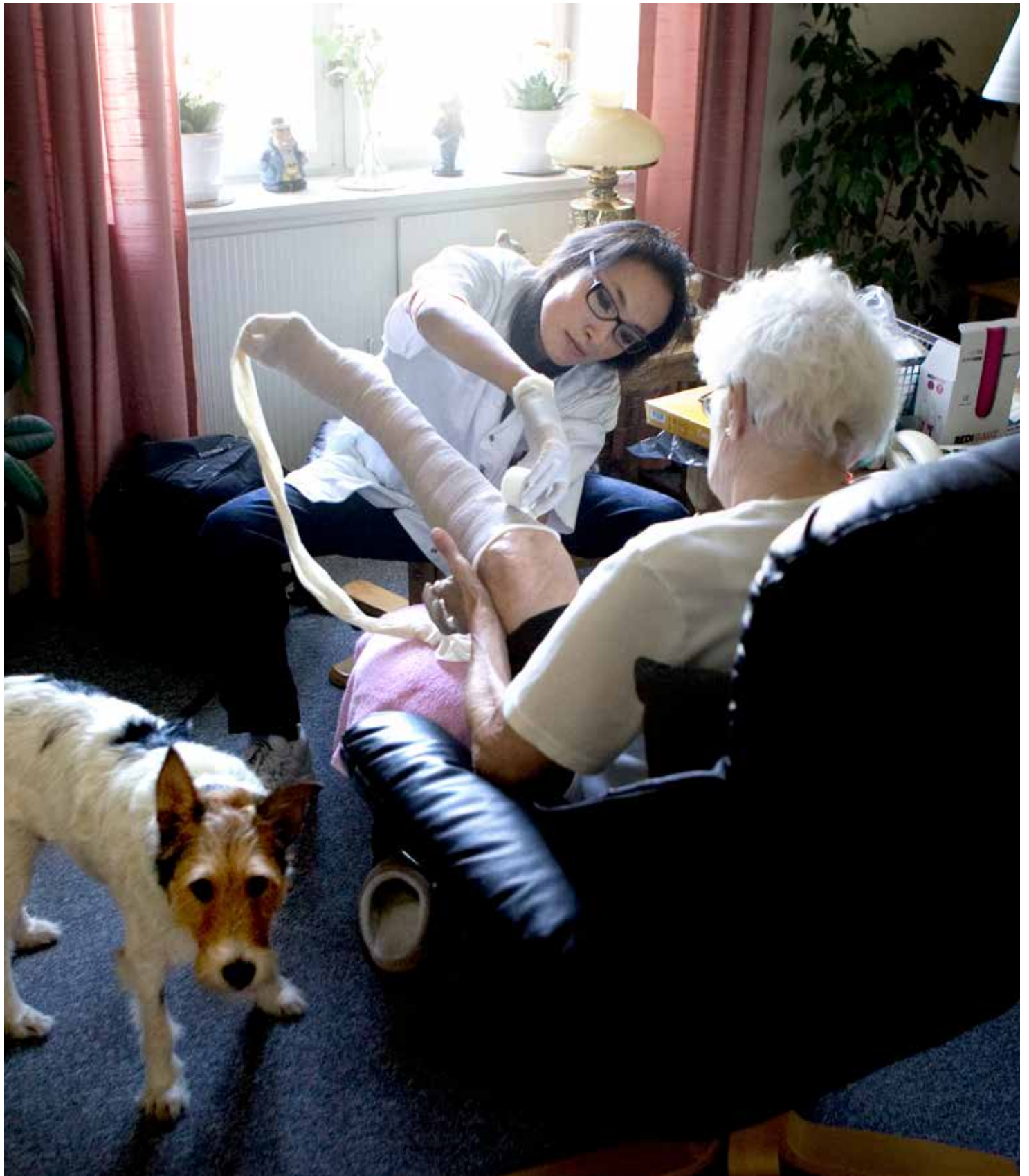
Copyright © Dansk Sygeplejeråd marts 2016

Alle rettigheder forbeholdes.

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

Indhold

Forord	5
Et fælles grundlag for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	6
Dansk Sygeplejeråds anbefalinger	7
Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med mennesket i centrum	9
Klarhed om hvor sundhedsopgaverne skal løses	10
Behov for sammenhæng og koordination på tværs	13
Sammenhæng kræver fælles dataadgang	15
Sundhedshuse som samlende og tværgående sundhedsinstitution	16
Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på kvalitet og faglighed	19
Nye krav til fagligheden omkring patienten	20
Udvid brugen af rammedelegation og indfør ordinationsret på afgrænsede områder	22
Tid og rum til ledelse på tværs	24
Styrkelse af den sundhedsfaglige indsats på plejecentrene	25
Behov for adgang til specialkompetencer inden for psykiatri i kommunerne	26
Fokus på den rehabiliterende indsats	27
Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen som innovativ samfundsinstitution	29
Bekæmpelse af ulighed i sundhed	30
Forsøg med nye former for demokratisk indflydelse	31
Prioritering af uddannelse og lærende miljøer	32
Opprioritering af den kommunale forskningsindsats	33



Forord

Kommuner, regioner og almen praksis løser en lang række sundhedsopgaver af meget forskellig karakter. Det drejer sig bl.a. om forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, den generelle og specialiserede behandling samt den palliative indsats. Det kræver stor spændvidde i ressourcer og kompetencer at varetage denne brede opgaveportefølje, hvor hensigten er en kompetent behandling og pleje i borgernes nærmiljø, samtidig med at koordinationen med det specialiserede sygehusvæsen sikres, mens indlæggelse holdes på minimalt niveau.

Men hvad forstås ved "det nære sundhedsvæsen"? Hvordan afgrænses det, og hvis noget er nært, hvad er så det fjerne sundhedsvæsen? For Dansk Sygeplejeråd er "det nære" ikke blot en markør for geografisk afstand eller en skelnen mellem specialiserede og ikkespecialiserede sundhedsopgaver.

Det drejer sig først og fremmest om nærvær og blikket for det hele menneske. Udgangspunktet for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen er, hvordan det kan understøtte det enkelte menne-

ske værdigt, kvalificeret, fleksibelt og inden for trygge rammer uanset alder, social baggrund og postnummer.

Vi skal have et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, der sætter fokus på, hvad der er vigtigst for det enkelte menneske, og så på den baggrund tilrettelægge en helhedsorienteret indsats. Et sundhedsvæsen, der kort og godt hænger sammen og sætter mennesket i centrum.

I dette politiske udspil præsenterer Dansk Sygeplejeråd en række bud på, hvordan vores fælles sundhedsvæsen kan udvikle sig derhen.

God læselyst.



Grete Christensen
Formand for Dansk Sygeplejeråd

Et fælles grundlag for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Der er behov for et nyt syn på det nære sundhedsvæsen. Når vi taler om udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er det ikke blot fordi, den nye sygehusstruktur med højt specialiserede sygehuse betyder, at kommunerne og almen praksis skal bidrage med nye eller udbyggede funktioner.

*Dansk Sygeplejeråds vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen rækker videre: **Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal med udgangspunkt i det enkelte menneske give alle forudsætningen for et godt liv.***

Vi ser altså det nære og sammenhængende sundhedsvæsen som krumtapen i arbejdet for en sund befolkning. Det skal være den samfunds bærende institution, som med forebyggende indsatser for såvel borgere som patienter kan gøre op med den stigende ulighed i sundhed. Det skal også være et sundhedsvæsen, der kan tage vare på den

syge på en kvalificeret måde og via nærværende og inddragende dialog kan gribe tidligt ind over for problemer med sundhed og trivsel samt hjælpe patienterne med at tage vare på sin egen situation.

Dette udspil er et bud på, hvordan vi kommer nærmere denne vision. Forslagene er koncentreret omkring sundhedsindsatsen til patienter i den voksne alder, som i en kortere sygdomsperiode eller på grund af kroniske lidelser har behov for tæt kontakt med det nære sundhedsvæsen, samt til ældre patienter, der gør brug af kommunens tilbud om hjemmesygepleje mv. Sundhedsindsatsen for børn og unge er beskrevet i særskilte udspil fra Dansk Sygeplejeråd.

På de kommende sider giver vi vores anbefalinger til, hvor der er behov for at sætte ind for at udbygge og prioritere det nære sundhedsvæsen. Målet er at skabe sundhed med mennesket i centrum.

Dansk Sygeplejeråds anbefalinger

Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen med mennesket i centrum

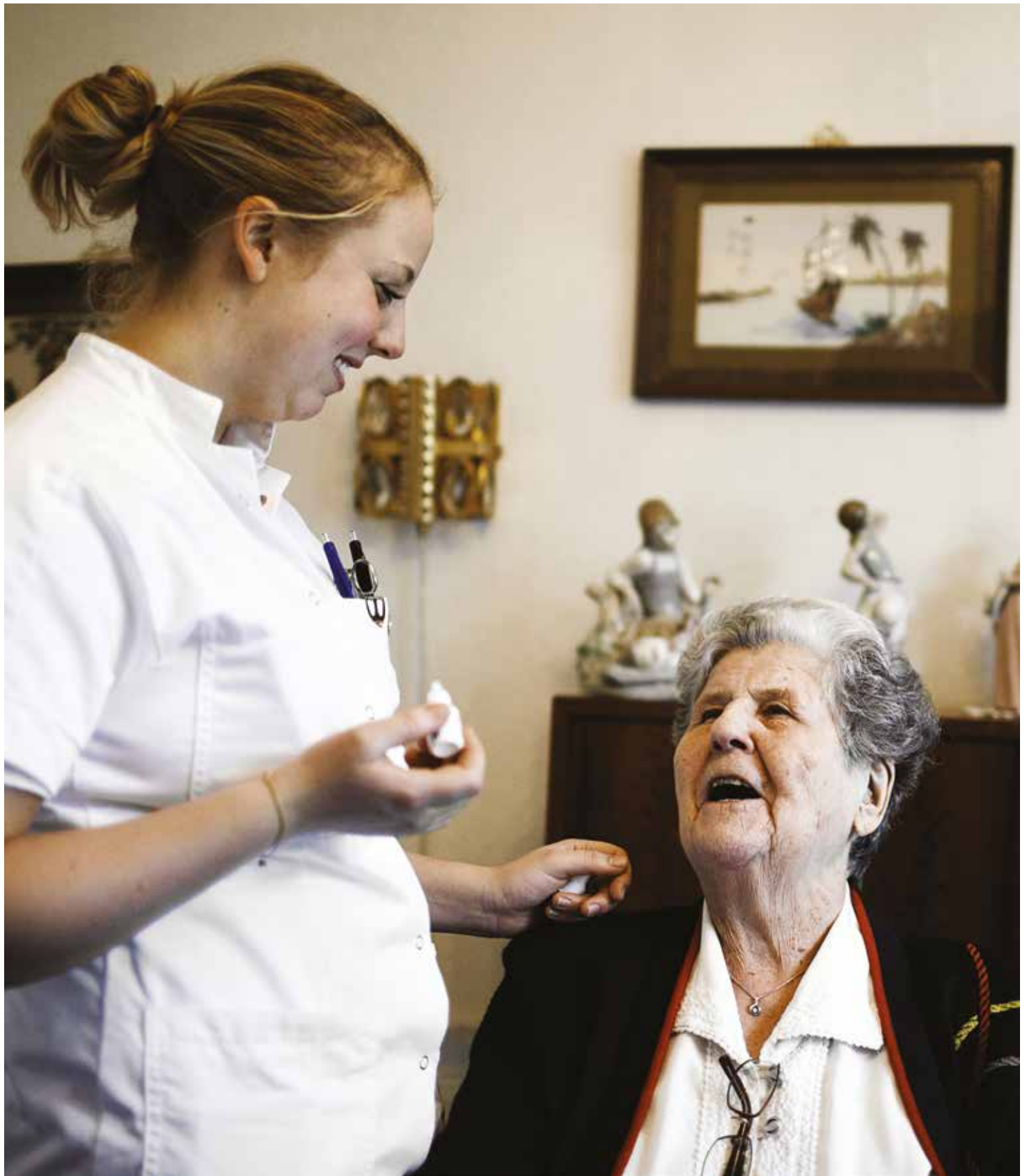
- Planen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal indeholde en afklaring af, hvilke opgaver der skal løses i henholdsvis kommunen, på sygehuset og i almen praksis.
- Der skal iværksættes en national indsats omkring udviklingen af forløbsansvarlige sygeplejersker, der skal sikre patienterne et sammenhængende forløb på tværs af sektorer.
- Autoriseret sundhedspersonale skal have mulighed for adgang til relevante patientdata på tværs af sektorer.
- Der skal udarbejdes fælles modeller for at understøtte sundhedshusene som tværgående sundhedsinstitutioner, der sikrer patienterne en fælles og koordineret indgang til lokale sundhedsindsatser.

Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på høj kvalitet og faglighed

- Der skal ske et bredt kompetenceløft af sygeplejersker i kommunerne kombineret med udvidede kompetencer inden for den avancerede kliniske sygepleje til en mindre gruppe.
- Muligheden for brug af rammedelegation i kommunerne skal udvides, og der skal skabes klarhed omkring reglerne og ansvar.
- Sygeplejersker, der opfylder nærmere fastlagte kompetence- og uddannelseskrav, skal have adgang til selvstændigt at ordinere og anvende visse typer af medicin.
- Planen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal præcisere fundamentet for tværsektoriel ledelse med fokus på forventninger, rammer og kompetencer.
- Den sundhedsfaglige indsats på plejecentrene skal højnes ved at ansætte sygeplejersker på alle plejecentre.
- Der skal i alle kommuner være adgang til specialiserede kompetencer inden for psykiatrien.
- Rehabiliteringsindsatsen i kommunerne skal styrkes i forhold til både sygepleje og øvrige sundhedstilbud.

Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen som innovativ samfundsinstitution

- Bekæmpelse af ulighed i sundhed og et stærkt forebyggelsessigte skal være et bærende tema i planen om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Der skal gennemføres forsøg med nye former for demokratisk indflydelse.
- Kommuner – såvel som regioner – skal prioritere kompetenceudvikling, videreuddannelse og lærende miljøer, herunder gode kliniske uddannelsesforløb for studerende på de sundhedsfaglige grunduddannelser.
- Der skal oprettes et videncenter for forskning i kommunal sundhed, som har en tilknytning til både universiteter, professionshøjskoler og forskningsmiljøer i regionerne.



Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med mennesket i centrum

Der er i disse år stor opmærksomhed på at skabe mere sammenhæng i patientens forløb. Samtidig er det en kendsgerning, at sygehuse, kommuner og almen praksis mange steder ikke taler nok sammen og ikke koordinerer på tværs. Patienterne skal opleve sundhedsvæsenet som en samlet enhed, hvor forebyggelse, pleje og behandling af sygdom hænger sammen fremfor at være stramt opdelt mellem de forskellige sektorer.

Vi skal væk fra den traditionelle opfattelse af sundhedsvæsenet som en trekant, hvor sygehusene, kommunerne og almen praksis står fjernt fra hinanden i hver deres spids. Tilsvarende skal vi væk fra et system, hvor skæve økonomiske incitamenter (f.eks. i form af de nuværende DRG-takster og den kommunale medfinansiering) styrer den enkelte sektors valg af sundhedsindsats.

I stedet skal vi strukturere sundhedsvæsenet som en cirkel, hvor mennesket er i centrum omkranset af ét samarbejdende sundhedsvæsen. Der skal i den forbindelse ske en afklaring af, hvor opgaverne løses mest hensigtsmæssigt for patienterne; hvem gør hvad på hvilke tidspunkter. Derudover skal ledelse i højere grad tænkes på tværs af sektorer, ligesom vi skal følge i patientens fodspor og se på, om der er behov for at skabe nye enheder, som i højere grad integrerer sundhedsopgaverne omkring den enkelte patient.

Klarhed om hvor sundhedsopgaverne skal løses

Der er i dag stor forskel på sundheds-tilbuddene i de enkelte kommuner, og det er på mange områder op til kommunerne selv at bestemme rammer og indhold i de lokale sundhedsindsatser. Det er godt, for så vidt at kommunerne er forskellige i forhold til størrelse og befolknings sammensætning. Men set fra patientens perspektiv skaber det usikkerhed – og ulighed – i forhold til, hvilken sundhedsindsats de kan forvente, at deres kommune tilbyder. Patienten skal i centrum og skal inddrages i eget forløb, herunder også have medbestemmelse over, hvor behandlingen skal foregå.

De seneste år er der sket en kraftig forøgelse af korte indlæggelser (under 12 timer), og den gennemsnitlige indlæggelsestid for ældre patienter er kraftigt reduceret. Fra 2009 til 2014 er antallet af korte indlæggelser steget med 25 pct. For patienter på 65+ år er antallet steget med hele 59 pct.¹ Tallene er et udtryk for, at nogle patienter, som ikke burde have været indlagt, alligevel sendes til sygehuset. Det gælder eksempelvis patienter med væskemangel, behandlingskrævende urinvejsinfektioner eller ureguleret diabetes. Her skal kommunerne tage over, men ikke alle kommuner er klar til at yde den pleje og behandling af patienten, der er behov for. Det skal der gøres noget ved.

Hvis vi vil have et sundhedsvæsen, der sætter mennesket i centrum, er der behov for, at alle parter tager fælles ansvar. Første skridt er enighed og tydelighed

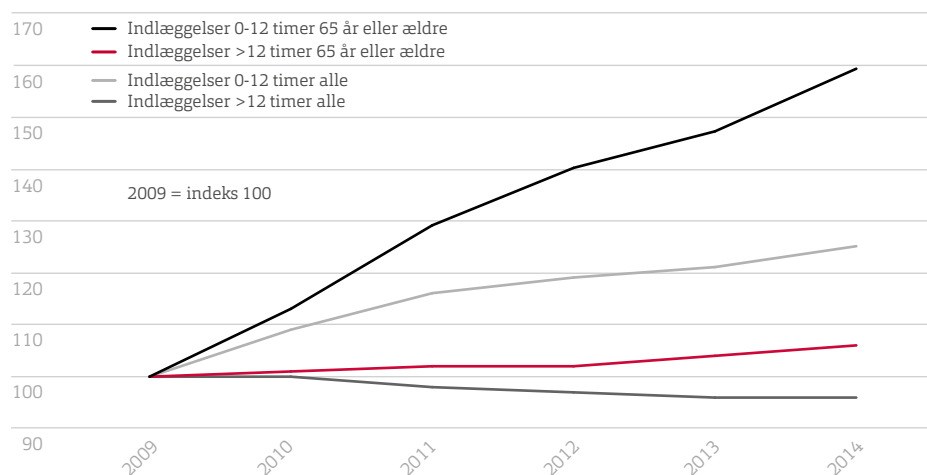
om, hvilke opgaver der skal løses hvor. I forlængelse heraf skal det være tydeligt, hvilke kompetencer personalet skal have for at kunne løse opgaverne.

Den manglende klarhed om opgavefordelingen på tværs af sektorerne skaber også ekstra arbejde for personalet. Det er et problem for sygehuspersonalet, når der er uklarhed om, hvorvidt en patient kan udskrives til videre behandling i hjem-kommunen, fordi sundhedsindsatserne er forskellige fra kommune til kommune. Det kræver i dag forskellige udskrivningsprocedurer på sygehuset, alt efter hvilken kommune patienten kommer fra.

Mange kommuner har i dag såkaldte akutfunktioner, som tager hånd om patienter, der har et særligt pleje- og behandlingsbehov, enten for at forebygge forværring af sygdom eller for at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, når patienten udskrives. Også her er tilbuddene forskellige på tværs af kommune grænserne.

Udfordringen går også den anden vej. Kommunerne oplever ligeledes forskel på, hvornår sygehusafdelinger definerer patienter som udskrivningsklare. Det betyder, at der er forskel på, hvor færdigbehandlede patienterne er, når de kommer hjem, og

Udvikling i somatiske indlæggelser af forskellig varighed



Anm.: Somatiske indlæggelser. Tallene er indekseret, så 2009 er lig indeks 100.
Kilde: Dansk Sygeplejeråd på baggrund af særkørsel fra SSI.

ofte er der derfor behov for opfølgende sygepleje i hjemmet. Målet er ikke en færdig liste over, hvad der skal til, for at en patient kan udskrives, men det er vigtigt med en systematisk koordination mellem sygehus og kommune om, hvilken hjælp patienterne har brug for, når de kommer hjem.

Almen praksis

Tilsvarende er der behov for klarhed omkring opgavedelingen i relation til almen praksis. Almen praksis indtager en nøgleposition for patientens vej gennem sundhedsvæsenet, både når det handler om forebyggelse og tidlig opsporing og i forbindelse med behandlingsforløb i samspil med kommune og sygehus.

Ofte begynder et forløb med en proaktiv indsats hos patientens praktiserende læge, hvor forebyggelse og tidlig opsporing er i fokus. Derudover spiller almen praksis en væsentlig rolle i forhold til at

skabe koordination og samarbejde med både sygehusene og de kommunale sundhedstilbud som akutfunktioner, rehabiliteringsenheder, forebyggende sundhedstilbud og hjemmesygeplejen. Det er en udvikling, der naturligt kalder på såvel øget tværfaglighed som på en øget brug af de sygeplejefaglige kompetencer i almen praksis.

Sygeplejersker spiller allerede i dag en væsentlig rolle i almen praksis, hvor de løfter en mangfoldighed af opgaver og supplerer lægerne. Det gælder bl.a. i forhold til tidlig opsporing af sygdomme, vaccinationer, rådgivning og indsatsen for patienter med kroniske sygdomme.

Tæt kommunikation og samarbejde mellem kommune og sygehus

Det er vigtigt, at der er konsensus i begge sektorer om, hvordan ressourcerne anvendes bedst muligt. Derfor arbejder man i Aarhus Kommune meget med at få sygehuset til at hjælpe med at definere, hvilke patienter der f.eks. selv kan varetage væskebehandling i drop. Dermed bliver behandlingen et fælles ansvar mellem kommunen og sygehuset.

Herudover har man også et samarbejde om at forstå hinandens kontekst sygehus og kommune imellem. F.eks. holder en repræsentant fra kommunen oplæg på sygehuset omkring kommunens organisering. Dermed får personalet på sygehuset en bedre forståelse af, hvilke faggrupper der kommer i patientens hjem, og hvilke kompetencer de enkelte faggrupper har.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at: *Planen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal indeholde en afklaring af, hvilke opgaver der skal løses i henholdsvis kommunen, på sygehuset og i almen praksis.*

Regeringen skal sætte sig i spidsen for tydelige pejlemærker omkring hvilke typer af sundhedsindsatser, som henholdsvis kommuner, almen praksis og sygehusene skal tilbyde. Det gælder både i forhold til selve opgaven, men også hvilke ressourcer og kompetencer, der skal til for at løse den. Det gælder tillige i forhold til at få tilpasset ansvaret, som den enkelte sundhedsprofessionelle skal arbejde efter.

Den sygeplejefaglige erfaring gavner patienterne i almen praksis

I Lægehuset i Kirke Hyllinge er der ud over de fem praktiserende læger bl.a. ansat to konsultationssygeplejersker.

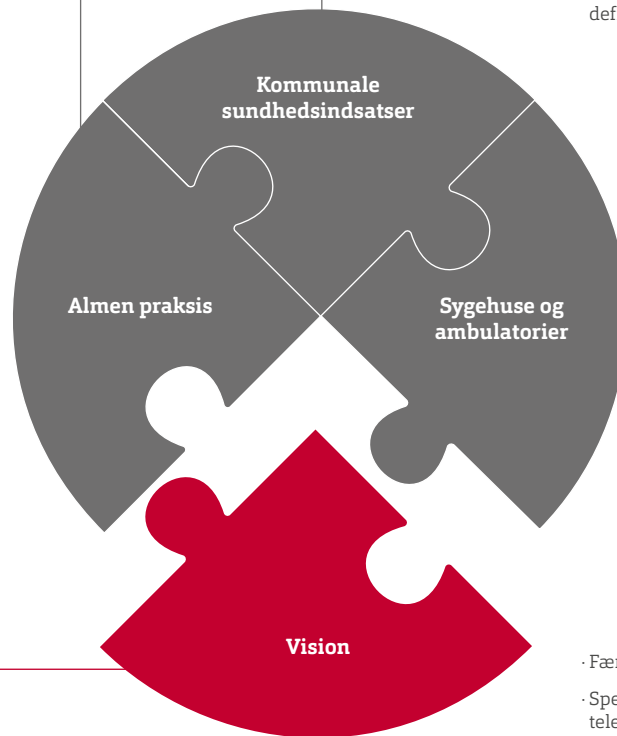
Lægehuset samarbejder tæt med hjemmeplejen og nærmeste akutmodtagelse, og her er der behov for de to sygeplejersker til at koordinere og varetage de mange sygeplejefaglige opgaver. Samtidig har sygeplejerskerne selvstændige konsultationer med den store gruppe af patienter med kroniske sygdomme.

¹ Dansk Sygeplejeråds beregninger på baggrund af særkørsel fra SSI.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

- Konsultation/kontroller i nærmiljøet
- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Flexibilitet i forhold til patienters hverdagsliv
- Øget tilgængelighed for øvrigt sundhedspersonale
- Udvidet brug af rammedelegation til hjemmesygeplejen

- Pleje og behandling i patientens nærmiljø
- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Tæt dialog med sygehus og almen praksis ved indlæggelse og udskrivning
- Tæt samspil med sygehus om kompetencer til specialiseret pleje og behandling
- Ordination af medicin inden for særligt definerede områder



- Færre indlæggelser
- Specialiseret behandling i patientens nærmiljø via telemedicin og ny teknologi
- Tæt samspil og dialog med kommune og almen praksis ved indlæggelse og udskrivning
- Lettere adgang til specialiseret viden
- Systematisk brug af udkørende funktioner

Dansk Sygeplejeråds vision:
Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal med udgangspunkt i det enkelte menneske give alle forudsætningen for et godt liv

Behov for sammenhæng og koordination på tværs

En af sundhedsvæsenets største udfordringer er at skabe omsorg og sammenhæng i patientforløbene på tværs af kommune, sygehus og praktiserende læge.

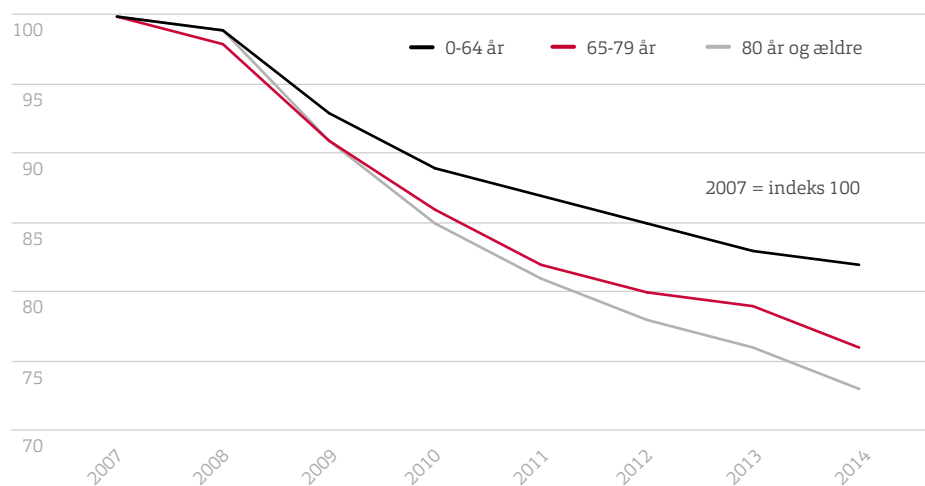
De seneste år er indlæggelsestiden på sygehusene faldet markant. Det gælder især for ældre patienter over 80 år, hvor indlæggelsestiden i perioden 2007-2014 er faldet med to hele dage. Det svarer til et fald på 27 pct. For patienterne mellem 65-79 år er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet med 1,4 dage, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 0-64-årige er faldet med 0,6 dage.²

Socialsygeplejerske til socialt sårbare patienter

I Ballerup Kommune er der i rehabiliteringsteamet ansat en socialsygeplejerske, som samarbejder med det øvrige personale samt med bl.a. jobcenter, socialvejledning, socialpsykiatrien, praktiserende læger og sygehuse om at sikre patienten et sammenhængende forløb. Fokus er på de socialt sårbare patienter, der typisk er karakteriseret ved at have flere problemer på samme tid, f.eks. misbrug, fattigdom eller psykisk sygdom, og derfor har de såvel behov for hjælp til at håndtere sygdom som behov for at navigere i systemet.

Den kommunale socialsygeplejerske deltager derudover i relevante projekter om ulighed i sundhed og har en række opgaver i forhold til rådgivning af sagsbehandlere m.fl. og undervisning på erhvervsrettede tilbud.

Fald i gennemsnitlig indlæggelsestid (2007 = indeks 100)



Anm.: Gennemsnitlig liggetid er beregnet ved at dividere antal sengedage med antal indlæggelser for alle somatiske indlæggelser. Kilde: Dansk Sygeplejeråd på baggrund af særkørsel fra SSI.

De faldende indlæggelsestider stiller krav til indsatsen i kommunerne i forhold til at sikre sammenhængende og helhedsorienterede forløb. Tilsvarende gælder, når den specialiserede sygehusbehandling rykker ud i patienternes eget hjem f.eks. ved brug af telemedicin og andre nye teknologiske løsninger. Det smidiggør forløbet for patienten, der får lettere ved at føre et normalt hverdagsliv.

Behovet for koordination gælder også internt i kommunen, hvor der skal være et helhedsorienteret forløb på tværs af bl.a. hjemmesygepleje, forebyggelse, genop-

Kemobehandling i eget hjem

Rigshospitalet har udviklet en rygsæk, så det nu er muligt for patienter med leukæmi at få behandling med kemoterapi i hjemmet. Via rygsækken gives medicinen i et permanent venekateter, som patienten har i brystet. Ordningen betyder bedre livskvalitet for patienten og familien, og oplevelsen af at være syg er ikke så fremherskende. En af de store fordele er at kunne opretholde kontakt til familie og venner, spise sammen og gennemføre skolegang.

Udbredelsen af ideen går hurtigt og projektet er bredt ud til flere dele af landet og til andre former for behandling.

træning og kostvejledning. Derudover er der samtidig behov for sammenhæng på tværs af sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet.

Sygeplejersker har en central rolle i at sikre de sammenhængende og helhedsorienterede forløb, både på tværs af sektorer og inden for kommunens

enheder. Det drejer sig eksempelvis om at sikre koordination, inddragelse af patienter og pårørende samt bidrage til et helhedssyn på patienten i de forskellige dele af forløbet. Det er et område i udvikling, og der er derfor behov for en mere systematisk national indsats, som bygger på den videnskabelige viden, der findes på området.



*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Der skal iværksættes en national indsats omkring udvikling af forløbsansvarlige sygeplejersker, der skal sikre patienterne et sammenhængende forløb på tværs af sektorer.*

Den nationale indsats skal omfatte ansvaret for forløb og koordination på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis såvel som internt i kommunerne, hvor der skal være særlige tiltag målrettet patienter med særlige behov. Samtidig skal der iværksættes initiativer med henblik på læring og optimering af forløb.

² Dansk Sygeplejeråds beregninger på baggrund af særkørsel fra SSI.

Sammenhæng kræver fælles dataadgang

Fra alle sider fremhæves det, at manglende deling af patientdata er en af de store udfordringer i forhold til at skabe mere sammenhæng i sundhedsydelse på tværs af sektorer. Når it-systemerne ikke taler sammen, og personalet ikke har adgang til at se og registrere i de samme systemer på tværs af sektorer, går det ud over patienten.

I dag kan personalet i kommunerne ikke benytte sygehusenes EPJ, og tilsvarende kan de ansatte på sygehuse ikke be-

Databarrierer i akutteamet

Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital har etableret et samarbejde om et akutteam, hvor kommunale og regionale sygeplejersker arbejder side om side. De deler opgaverne, men refererer ledelsesmæssigt til hhv. kommune og sygehus. Til at begynde med var opgaverne meget delte, og man skelnede mellem, om en seng var "kommunal eller regional". Men i dag fungerer akutteamet som én enhed til trods for det opdelte ledelsesansvar.

En vedblivende udfordring er dog de manglende fælles it-løsninger og den manglende adgang til hinandens patientdata. Her fungerer akutteamet stadig som to opdelte enheder.

nytte de kommunale systemer. En hjemmesygeplejerske kan således ikke dokumentere handlinger og observationer på patienter, hvor sygehuset har behandlingsansvaret, og omvendt kan de regionalt ansatte ikke registrere i forhold til de patienter, hvor den praktiserende læge har behandlingsansvaret.

Udfordringen viser sig eksempelvis i forbindelse med blodtransfusion i eget hjem, hvilket er en af de nye opgaver, der nogle steder er på vej til at overgå fra sygehuset til kommunen. Hvis sygeplejersken, der kommer i patientens hjem for at varetage behandlingen, har brug for oplysninger fra sygehuset, kan hun ikke finde dem i patientens journal, men må ringe til sygehuset for at få dem til at slå op i deres journal. Det hæmmer samarbejdet og koordinationen på tværs. Og ikke mindst svækker det patientsikkerheden.

En undersøgelse, som Dansk Sygeplejeråd har foretaget, viser, at tre ud af fire kommunalt ansatte sygeplejersker (74 pct.) inden for den seneste måned har oplevet at mangle viden fra sygehuset efter udskrivelse af en patient.³ Her vil fælles dataadgang kunne medvirke til at sikre, at mere viden deles på tværs.

**Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Autoriseret sundhedspersonale skal have mulighed for adgang til relevante patientdata på tværs af sektorer.**

Løsningen skal vægte hensynet til datasikkerheden, men patienterne kan ikke være tjent med, at sundhedspersonalet i dag ikke kan samarbejde på grund af barrierer i lovgivningen. Ligeledes skal der tages højde for patientens ret til egne data og sundhedspersonalets tavshedspligt.

³ Dansk Sygeplejeråds tal på baggrund af undersøgelse foretaget af Megafon (februar 2016).

Sundhedshuse som samlende og tværgående sundhedsinstitution

Patienter bør i udgangspunktet være i kontakt med så få sundhedstilbud som muligt. I dag kan den samme patient være tilknyttet både sygehus, praktiserende læge og et eller flere lokale behandlingssteder på én gang, uden at der nødvendigvis er tæt koordinering og sammenhæng på tværs. Det besværliggør et hurtigt og effektivt forløb for patienten.

Sundhedshusene spiller en afgørende rolle i at sikre, at behandling samt forebyggelses- og rehabiliterende indsatser

Erfaringer fra udlandet

I England er såkaldte walk-in centres i dag meget udbredte i storbyerne. Her kan borgere komme direkte ind fra gaden uden tidsbestilling for at få sundhedsrådgivning og hjælp til mindre behandlinger. Walk-in centrene er primært bemandet med sygeplejersker (ofte specialuddannede inden for avanceret klinisk sygepleje), og enkelte steder er der også tilknyttet læger.

I Sverige er vårdcentralerne blevet en afgørende del af det offentlige sundhedsvæsen. Her samarbejder bl.a. hjemmesygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og ernæringseksperter om at hjælpe borgerne med sundhedsproblemer.

er tilgængelige i lokalområdet. De fungerer som en del af den samlede sundhedsindsats i samspil med de praktiserende læger, sygehuse, ældreområdet og sundhedsplejen. Mange sundhedshuse tilbyder bl.a. sygepleje, fysio- og ergoterapi, kostvejledning og psykologhjælp. Herudover har sundhedshusene en særlig opgave i relation til at mindske den sociale ulighed i sundhed med en række åbne og lettilgængelige sundhedstilbud henvendt til sårbare borgere og patienter.

Sundhedshusene må imidlertid ikke udvikle sig til endnu en sektor i sundhedsvæsenet. I stedet skal de være et samlingssted, der tilbyder helhedsorienterede forløb med patienten i centrum. Det betyder, at sundhedshusene ikke blot skal tilbyde enkeltstående sundhedstilbud under samme tag, men at tilbuddene skal samles og koordineres, så patienten oplever et sammenhængende forløb. Det handler bl.a. om let og hurtig adgang samt videndeling på tværs med henblik på helhedsorienteret forebyggelse, behandling og pleje. Herudover skal sundhedshusene være med til at danne bro til andre dele af kommunen. Det kan eksempelvis være jobcenteret eller socialforvaltningen.

Sundhedshuset i Kalundborg

Sundhedshuset i Kalundborg er placeret i kommunens tidligere sygehus og tilbyder sundhedsfunktioner i regi af både Kalundborg Kommune og Region Sjælland. Det huser bl.a.:

- Skadeklinik
- Lægevagt
- Jordemoderkonsultation og sundhedstjeneste
- Lægecenter med tre praktiserende læger
- Sygeplejeklinik
- Medicinsk ambulatorium med undersøgelse og behandling af patienter med især diabetes, hjerte- og lungesygdom
- Blodprøver og EKG
- Røntgen med drop-in funktion
- Genoptræning, fysioterapi samt uddannelsesstilbud vedr. kronisk sygdom

Det er afgørende, at sundhedshusene er lokalt forankret og således imødekommer de sundhedsbehov, der findes i lokalområderne. I nogle områder kan en løsningsmodel eksempelvis være, at sundhedshusene løbende har læger/specialister på en række områder i huset som satellitklinik. På den måde sikres det, at specialiserede behandlinger også tilbydes patienter i områder, der ellers har langt til den specialiserede behandling.

Model 1

Eksempler på sundhedstilbud i sundhedshus

- Fysisk genoptræning efter sygehusbehandling samt rehabiliteringsforløb.
- Borgerrettet forebyggelse, f.eks. kurser om vægttab, rygestop og motion.
- Patientrettet forebyggelse, f.eks. "lær at leve med kronisk sygdom" etc.
- Evt. kommunal sygeplejeklinik.
- Evt. i samme hus som almen praksis, psykolog, jordemoderkonsultation etc.

Personale: F.eks. sygeplejersker, terapeuter, kostfaglige.

Model 2

Ud over de samme tilbud som i model 1 tilbydes herudover:

- Åben konsultation samt konsultation efter aftale med læge eller sygeplejerske.
- Principielt samme funktioner som i almen praksis, dvs. sundhedstilbud til borgere med akut opstået sygdom, kronisk sygdom, akut forværret kronisk sygdom samt systematisk forebyggende indsatser som f.eks. børneundersøgelser.
- Herudover særlige forebyggende indsatser, særligt i forhold til udsatte borgere.
- Efter behov etableres ambulante funktioner, f.eks. terapi, jordemødre etc.

Personale: Sygeplejersker med særlige kompetencer i f.eks. kronisk sygdom og farmakologi, bioanalytikere, terapeuter etc. Læger/specialister i satellitfunktioner.

**Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Der skal udarbejdes fælles modeller for at understøtte sundhedshusene som tværgående sundhedsinstitutioner, der sikrer patienterne en fælles og koordineret indgang til lokale sundhedsindsatser.**

Kommunerne er forskellige, og sundhedshusene skal tilpasses de lokale behov. Derfor er der brug for forskellige modeller for, hvilke sundhedsindsatser sundhedshusene skal tilbyde. Fælles er det dog, at den overordnede hensigt er at samle og koordinere pleje- og behandlingsforløb med patienten i centrum.



Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på kvalitet og faglighed

Ny organisering og nye opgaver stiller nye krav til personalet. Patienterne skal have vished for, at plejen og behandlingen er af høj kvalitet, og at patientsikkerheden er i top, uanset hvor i sundhedsvæsenet opgaverne løses. Det kræver, at personalet rustes bedst muligt til at varetage de nye opgaver – både på ledelses- og på medarbejderniveau.

Nye krav til fagligheden omkring patienten

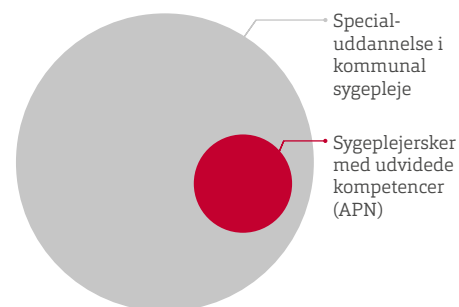
Kommunerne får i disse år betydeligt flere og mere komplekse plejeopgaver. Patienterne udskrives tidligere og med mere komplekse behov, og bedre behandlingsmuligheder medfører, at flere sundhedsopgaver kan løses i patientens eget hjem. Samtidig har kommunerne en øget rolle i at forebygge indlæggelser.

Når opgaverne i kommunerne udvides, er det nødvendigt, at kompetencerne følger med. 83 pct. af de kommunalt ansatte sygeplejersker tilkendegiver således, at de har behov for et kompetenceløft inden for et eller flere af områder-

ne for at kunne varetage sygepleje på et fagligt forsvarligt niveau.⁴ Behovet for kompetencer spænder bredt og omfatter bl.a. psykiatri, palliation, sårbehandling og demens.

Kompetenceløftet skal ligeledes understøtte samspillet på tværs af kommuner og sygehusene ved at sikre sygeplejerskerne i kommunerne bedre viden om den specialiserede behandling, som er forankret i regionalt regi. Sygeplejerskerne på sygehusene er således en vigtig ressource i forhold til sparring med kommunale sygeplejersker.

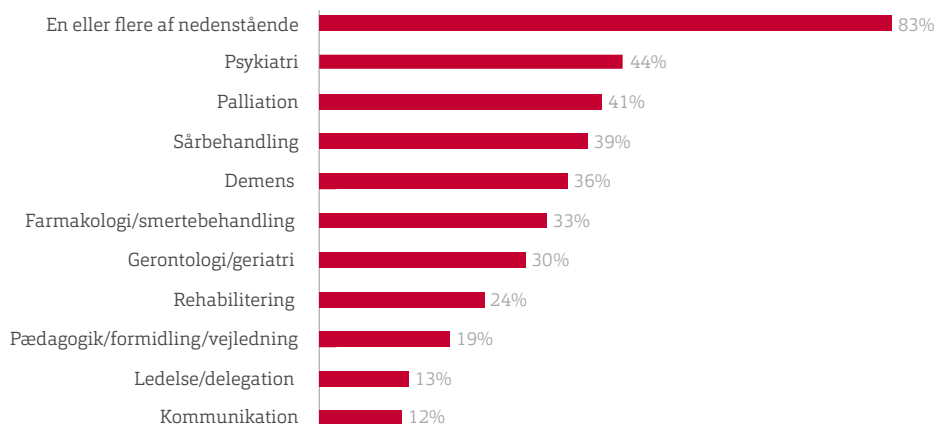
Behov for dobbelt kompetenceløft



Yderligere er der behov for, at sygeplejerskerne får udvidede kompetencer i klinisk lederskab med henblik på organisering og prioritering af arbejdsopgaver og sikring af, at de samlede ressourcer og kompetencer bruges bedst muligt for at imødekomme patienternes behov. En del af de sygeplejefaglige opgaver varetages i dag af andre faggrupper end sygeplejersker, mens det professionelle ansvar er placeret hos sygeplejerskerne. Derfor ligger der også et vigtigt ansvar for at vejlede og supportere plejepersonalet i disse opgaver.

Løft af generalistkompetencer

Her skal sygeplejerskerne løftes for at nå et fagligt forsvarligt niveau



Anm.: Der er stillet følgende spørgsmål: Har du behov for et kompetenceløft inden for et eller flere af følgende områder for at kunne varetage sygepleje på et fagligt forsvarligt niveau?

Kilde: Dansk Sygeplejeråds tal på baggrund af undersøgelse foretaget af Megafon (februar 2016).

Bredt kompetenceløft: Specialuddannelse i kommunal sygepleje

Det brede løft af generalistkompetencer indebærer, at alle sygeplejersker i hjemmesygeplejen i fremtiden har en specialuddannelse i kommunal sygepleje. Det princip kendes bl.a. i dag fra intensivområdet, hvor ca. 85 pct. har en specialuddannelse¹ eller er under uddannelse, samt fra det psykiatriske område, hvor det anbefales, at 50-55 pct. har en specialuddannelse.

Specialuddannelsen i kommunal sygepleje skal ruste sygeplejersken til at håndtere de nye og mere komplekse opgaver i kommunerne.

De specialuddannede sygeplejersker skal have:

- Solide teoretiske og kliniske kompetencer, der matcher den nyeste evidens og retningslinjer inden for den kommunale sygepleje.
- Organisatoriske kompetencer og viden om sundhedsvæsenets dynamik og udvikling, herunder gensidig forståelse af opgaver og vilkår på tværs af fag- og sektorgrænser.
- Sundhedspædagogiske kompetencer, herunder kompetencer til at vejlede patienten i anvendelse af f.eks. teknologisk udstyr som led i egenomsorgen samt til at hjælpe patienterne med at øge deres handlekraft og mestringsevne.

Specialuddannelsen kan opbygges fleksibelt med mulighed for at målrette den i forhold til sygeplejerskens konkrete arbejdsområde.

¹ Årsrapport 2015 fra Landsudvalget for specialuddannelse for sygeplejersker i intensiv sygepleje.

Avanceret klinisk sygepleje

En sygeplejerske på avanceret klinisk niveau adskiller sig fra den specialuddannede sygeplejerske ved at have udvidede kompetencer til at vurdere, diagnosticere, ordinere undersøgelser og justere i behandlingen af patienterne inden for et afgrænset område.

En sygeplejerske med udvidede kompetencer inden for den avancerede kliniske sygepleje har dermed bredere viden og kompetencer, så vedkommende kan håndtere de mest komplekse patienter og samtidig fungere som en faglig ekspert/supervisor i forhold til øvrige patientforløb. Det sker i et tæt samarbejde med læger i almen praksis og på sygehuset samt med andre faggrupper.

Internationalt er funktionen som Advanced Practice Nursing (APN) eller Nurse Practitioner velkendt, og der er dokumenterede gode erfaringer inden for både kliniske resultater, patienttilfredshed og omkostningseffektivitet.¹

¹ OECD (2013): *Review of Health Care Quality: Denmark*.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Der skal ske et bredt kompetenceløft af sygeplejersker i kommunerne kombineret med udvidede kompetencer inden for den avancerede kliniske sygepleje til en mindre gruppe.*

Der er dels et behov for et bredt løft af generalistkompetencer, hvor sygeplejersker i kommunerne fremover skal have en specialuddannelse i kommunal sygepleje. Specialuddannelsen skal omfatte den brede hjemmesygepleje, herunder også eventuelle akutte funktioner i kommunen.

Der er samtidig behov for et styrket fokus på specialiserede udvidede kompetencer inden for både det diagnosespecifikke område og inden for tværgående indsatser som f.eks. palliation. Derfor skal nogle sygeplejersker have udvidede kompetencer via en klinisk videreuddannelse på masterniveau inden for den avancerede kliniske sygepleje (APN).

⁴ Dansk Sygeplejeråds tal på baggrund af undersøgelse foretaget af Megafon (februar 2016).

Udvid brugen af rammedelegation og indfør ordinationsret på afgrænsede områder

De eksisterende rammer for anvendelsen af rammedelegation og de manglende muligheder for selvstændig ordinationsret til sygeplejersker udgør en barriere for god pleje og behandling i kommunerne. Derfor skal brugen af rammedelegationer i kommunerne udvides, og sygeplejersker med en specialistuddannelse skal have udvidede kompetencer til selv at ordinere visse typer af medicin og undersøgelser inden for afgrænsede områder.

Rammedelegationer skal udvides

Der er flere grunde til, at den gældende praksis vedrørende rammedelegation ikke er tilstrækkelig i forhold til det nære sundhedsvæsen. Det giver eksempelvis usmidige patientforløb, når en sygeplejerske ikke kan iværksætte enkle og hyppigt forekommende undersøgelser samt behandlinger som en del af sit daglige arbejde. Derudover er der store forskelle i brugen af rammedelegationer på tværs af kommunerne, fordi det er op til den enkelte læge at beslutte, om der skal være en rammedelegation, og hvad den skal indeholde.

I hverdagen skal en sygeplejerske, som reglerne er i dag, kontakte en læge for at iværksætte de mest almindeligt forekommende undersøgelser, f.eks. måle blodsukterniveau, podning af sår, urintest for blærebetændelse, blodtryk m.v. Når undersøgelsen er foretaget, skal sygeplejersken så igen kontakte lægen med henblik på at iværksætte behandlingen. Det er et usmidigt system, som tager tid væk fra plejen af patienterne.



Løsningen er derfor en ensartet og systematisk anvendelse af rammedelegationer, som giver de kommunale sygeplejersker mulighed for at give og regulere medicin samt iværksætte andre behandlinger. Det vil give et løft i plejen og behandlingen af patienterne på tværs af kommunegrænserne samt give en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Selvstændig ordinationsret inden for afgrænsede områder

Den tidlige udskrivning af patienter til hjemmet, som har stadig mere komplekse pleje- og behandlingsbehov, understreger behovet for at uddanne et mindre antal sygeplejersker til avanceret klinisk praksis. De skal gives hjemmel til at arbejde på et højere selvstændighedsniveau

og udnytte deres viden til bl.a. at ordinere medicin og øvrige behandlinger på et begrænset område.

Blandt de kommunale sundhedschefer er der opbakning til forslaget. I en undersøgelse, som Dansk Sygeplejeråd har gennemført, tilkendegiver 84 pct., at det er en god idé, at kommunalt ansatte sygeplejersker med specialkompetencer får ret til at ordinere medicin eller anden behandling inden for afgrænsede områder.⁵

Fordelene ligger lige for. Den selvstændige ordinationsret vil kunne mindske ventetid og øge livskvaliteten for patienten samt mindske tidsforbruget for såvel lægen som sygeplejersken. Når eksempelvis en kræftpatient i dag får stærke smerter, må vedkommende vente på, at sygeplejersken får kontakt til den praktiserende læge eller vagtlægen for at iværksætte eller regulere behandlingen. Det samme gælder, når den kroniske sygdom blusser op hos en patient, eller en patient får symptomer på infektion.

Det vil være op til Sundhedsstyrelsen at fastlægge, hvilke typer medicin der kan ordineres og anvendes af sygeplejersker, herunder hvilke kompetence- og uddannelseskrav der skal være opfyldt.

Erfaringer fra udlandet

I en række lande, f.eks. Holland, England og USA, har man gode erfaringer med at give særligt uddannede sygeplejersker ret til at ordinere medicin i et begrænset omfang. Forskning fra disse lande viser, at det aflaster lægerne, giver omfattende besparelser og sker på et lige så højt fagligt niveau, som når lægerne gør det.

Det er nødvendigt af hensyn til patientens livskvalitet og af hensyn til at imødekomme de generelle udfordringer i sundhedsvæsenet, at der også i Danmark indføres ordinationsret på afgrænsede områder til sygeplejersker med relevant videreuddannelse og kompetencer.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at: **Muligheden for brug af rammedelegation i kommunerne skal udvides, og der skal skabes klarhed omkring regler og ansvar.***

Sygeplejersker, der opfylder nærmere fastlagte kompetence- og uddannelseskrav, skal have adgang til selvstændigt at ordinere og anvende visse typer medicin.

Derudover bør sygeplejersker som en del af deres normale arbejdsområde have mulighed for at iværksætte specifikke undersøgelser, som er hyppigt forekommende, uden at det kræver en rammedelegation.

Samlet set vil det skabe øget fleksibilitet, øget fagligt råderum og mere smidige arbejdsgange. Det vil dermed give bedre sundhedstilbud til bl.a. kronisk syge og ældre medicin-patienter.

⁵ Dansk Sygeplejeråd (december 2015).

Tid og rum til ledelse på tværs

I takt med, at kommunerne bl.a. overtager mere komplekse patientforløb, stiller det også nye krav til en hensigtsmæssig og koordineret ledelse. Det gælder både internt i kommunen og på tværs af sektorer.

I kommunerne er der således behov for ledelsesstrukturer og organisering, der kan understøtte samarbejdet mellem kommunens forskellige sundhedsområder: hjemmesygepleje, plejecentre og sundhedshuse og på tværs af sektorer. Der skal også ses på løsninger, der fremmer fælles opgaveløsning i samarbejde med både patienter og andre aktører.

For at skabe et vellykket samarbejde på tværs af sektorer er det herudover vigtigt, at de involverede ledere får rum til at føre de politiske visioner om et mere sammenhængende sundhedsvæsen ud i

livet.⁶ Imidlertid oplever lederne ofte, at de befinder sig i et krydspres. På den ene side skal de indgå i samspillet på tværs, hvor der er fokus på helhed og sammenhæng til patientens bedste. På den anden side skal de leve op til mål og levere resultater i forhold til den økonomiske bundlinje i egen organisation.

Udvikling af samarbejdet på tværs handler i høj grad om relationer. Det tager tid at opbygge, og de målbare resultater viser sig således oftest på langt sigt. For at samarbejdet kan blive en succes, er der behov for initiativer og strukturer, der understøtter tværgående ledelse.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Planen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal præcisere fundamentet for tværsektoriel ledelse med fokus på forventninger, rammer og kompetencer.*

Der er behov for et gennemarbejdet ledelsesgrundlag med tydelige krav til, hvad der forventes af lederne og deres respektive funktioner. Ligeledes er der behov for, at den enkelte leder får relevant videreuddannelse, sparring og opbakning fra ledelsesniveauer ovenover i forbindelse med de øgede krav til opgaveløsningen.

Den enkelte leder skal derudover sikres adgang til relevante ressourcer, kompetencer og ledelsesinformationer samt mulighed for at prioritere opgaver og projekter, så den operationelle leder faktisk har mulighed for at bedrive ledelse af høj faglig kvalitet.

⁶ Væksthus for Ledelse (2014): Ledelse over grænser – Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet.

Styrkelse af den sundhedsfaglige indsats på plejecentrene

De beboere, der i dag er på plejecentrene, er ofte alvorligt syge og svækkede. Mange beboere lider af flere sygdomme – ofte 4-5 forskellige – som f.eks. diabetes, kræft eller KOL. Der er således tale om komplekse sygdomsforløb, som kræver stærke sundhedsfaglige kompetencer.⁷

En vigtig opgave på plejecentrene er derfor hurtigt at kunne observere tegn på sygdom og komplikationer samt iværksætte tiltag, der kan forhindre forværring, så indlæggelser kan undgås. En undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 44 pct. af sygeplejersker på plejecentre inden for den seneste måned har oplevet, at indlæggelser kunne have været undgået, såfremt beboeren havde fået den rette sygeplejefaglige indsats.⁸

Pleje og behandling til ældre med sammensatte sygdomsmønstre og behov kræver kompetencer, der kan kortlægge borgernes situation, vurdere risici og iværksætte forebyggende tiltag. Derudover skal der være fokus på kvalitet og patientsikkerhed, herunder medicinhåndtering og hygiejne, ligesom den palliative indsats skal prioriteres.

Særlig indsats i forhold til ældre med demens

Et særligt fokusområde er demens, der giver yderligere kompleksitet i behov og forløb. 90.000 danskere lider i dag af sygdommen demens, og tallet er stærkt stigende. Om 25 år forventes det, at tallet er steget til 165.000 personer. På plejecen-

trene estimeres det, at op mod tre ud af fire beboere lider af demenssygdomme.⁹

Mennesker med demens gør ikke nødvendigvis opmærksom på det, når de føler smerte og ubehag, og de er ikke altid i stand til at kommunikere det. Derfor er det helt afgørende, at der er medarbejdere med høj sundhedsfaglig ekspertise døgnet rundt, som står for observation, medicindosering, rehabilitering, ernæringsplaner, og som kan tage sig af akut opståede problemer.

Der er behov for en helhedsorienteret indsats, der retter sig både mod mennesker med demens og mod de pårørende, som har demenssygdommen tæt inde på livet. Det handler om at være i stand til både at håndtere demenssygdommen og samtidig være i stand til at opspore symptomer, så pleje og behandling hurtigt kan igangsættes, og indlæggelser dermed i bedste fald undgås. Samtidig skal personalet kunne støtte og vejlede de pårørende, så de føler sig lyttet til og inddraget i sygdomsforløbet.

Sygeplejersker på plejecentre døgnet rundt

På baggrund af kompleksiteten i beboernes pleje- og behandlingsbehov har man i Gladsaxe Kommune besluttet, at der skal være sygeplejersker i vagt på plejecentrene både dag og aften – alle ugens dage. Om natten dækker sygeplejersker fra hjemmeplejen beboernes behov for sygepleje. Plejecentrene kan hurtigt rekvirere en sygeplejerske, når der opstår et akut behov.

**Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Den sundhedsfaglige indsats på plejecentrene skal højnes ved at ansætte sygeplejersker på alle plejecentre.**

Sygeplejersker på alle plejecentre skal være med til at sikre, at beboerne får den bedst mulige sygepleje og behandling. Beregninger fra Dansk Sygeplejeråd viser, at hvert tredje plejecenter i dag ikke har tilknyttet sygeplejersker.¹⁰ Når sygeplejersker befinder sig fast på plejecentrene, kan de være med til at opspore eventuelle infektioner, tegn på dehydrering og forværringer i beboernes helbredstilstand, før det udvikler sig. Derved kan genindlæggelser undgås. Tilsvarende er det helt afgørende, at der er sygeplejersker med høj sundhedsfaglig ekspertise, som står for bl.a. observation, rehabilitering og palliation.

Sygeplejerskerne skal uddelegere opgaver, vejlede og undervise de øvrige fagpersoner på en sådan måde, at de er trygge ved at udføre de opgaver, de har. Derudover har sygeplejerskerne en vigtig opgave i at varetage samarbejdet med f.eks. almen praksis, ligesom de vil kunne understøtte arbejdet med fast-tilknyttede læger på plejecentrene.

⁷ Ældrekommissionen (2012): Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem.

⁸ Dansk Sygeplejeråd (december 2015).

⁹ Ugeskrift for Læger (marts 2015): Forekomst af depression og demens blandt plejehjemsbeboere.

¹⁰ Dansk Sygeplejeråds beregninger på baggrund af tal fra tilbudsportalen.

Behov for adgang til specialkompetencer inden for psykiatri i kommunerne

Udviklingen inden for psykiatrien er gået i retning af øget ambulant behandling med kortere indlæggelser, pakkeforløb og færre sengepladser. Målet er, at mest mulig behandling bør foregå i patientens nærmiljø. Det betyder, at der i dag er flere psykiatriske patienter, som skal behandles i kommunerne.

Langt fra alle kommuner er imidlertid rustet til at yde den pleje og behandling, der er behov for. En undersøgelse foretaget af Dansk Sygeplejeråd viser, at halvdelen (48 pct.) af de kommunalt ansatte sygeplejersker mener, at der er kommet flere patienter med psykiske lidelser i løbet af de seneste to år. Samtidig siger fire ud af 10 sygeplejersker (41 pct.), at de slet ikke eller kun i ringe grad har kompetencer til at håndtere patienter med psykiske lidelser på en fagligt forsvarlig måde.¹¹ Det kræ-

ver særlig viden og kunnen at omgå og hjælpe borgere med psykiske problemer og sygdomme. Det kan være vanskeligt helt konkret at få adgang til patienterne, motivere dem til samarbejde om sårskift, medicinering og andre sundhedsindsatser samt at fortolke symptomer på en eventuel forværring i en patients tilstand.

Kun få kommuner har et formaliseret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og psykiatrien – det gælder både internt i kommunen og på tværs af sektorer. Det betyder, at der ikke altid er adgang til hurtig hjælp og sparring for sygeplejersker, der har en patient med let eller svær psykisk sygdom. I de kommuner, hvor samarbejdet er formaliseret, vurderes det som positivt og effektivt af sygeplejersker i kommunen.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Der skal i alle kommuner være adgang til specialiserede kompetencer inden for psykiatrien.*

Alle kommuner skal have ansat sygeplejersker med en specialuddannelse i psykiatri; og ansatte i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, på plejecentre m.m. skal have mulighed for at trække på en sygeplejerske med specialuddannelsen, så der er adgang til de faglige kompetencer, som patienter med psykiske lidelser har behov for. Tilsvarende er det vigtigt med tæt koordinering til de psykiatriske behandlingstilbud i regionerne.

¹¹ Dansk Sygeplejeråds tal på baggrund af undersøgelse foretaget af Megafon (april 2014).

Fokus på den rehabiliterende indsats

Næsten 2 millioner danskere lever i dag med en kronisk sygdom, og blandt ældre over 75 år er det to ud af tre. Mange af disse har gavn af en rehabiliterende indsats. Og tilføjer man herudover de ældre patienter, der skal rehabiliteres efter et alvorligt sygdomsforløb, er der al mulig grund til at prioritere den rehabiliterende indsats.

Rehabilitering indebærer, at der skal ses på ressourcer og potentiale hos den enkelte patient, før der kan tages endelig stilling til behovet for kompenserende hjælp. I den forbindelse er det helt afgørende, at patienten sættes i centrum og inddrages i eget forløb. Det betyder, at det sundhedsfaglige personale i samspil med patienten skal sætte retning for den rehabiliterende indsats og i fællesskab lægge handleplaner for forløbet.

Den rehabiliterende indsats har ofte hovedfokus på træning og praktisk hjælp, men indsatsen kan med fordel styrkes i forhold til sygepleje og sundhedstilbud. Det gælder for eksempel medicindosering, sårpleje eller hjælp til at mestre kronisk sygdom. Derfor er der behov for, at gentænke de rehabiliteringsindsatser, eksempelvis via uddannelsesforløb og målrettet fokus på rehabilitering i hjemmesygeplejen og på plejecentre.

En styrkelse af rehabiliteringsindsatsen vil kunne være medvirkende til at forebygge forværring af sygdom og derigennem undgå genindlæggelser og forkortet

levetid. Det er også med til at øge muligheden for eksempelvis yngre patienters chancer for at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Rehabilitering inkluderer ofte pårørende. Eksempelvis kan en patientuddannelse med fokus på kostoplægning og sund livsstil være med til at forebygge kroniske sygdomme hos andre i familien. Og forebyggelse af angst og depression hos patienten er også med til at skabe et bedre familieliv til glæde for børn og ægtefæller.

Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger

Kommissionen anbefaler bl.a., at kommunerne arbejder systematisk med rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet ud fra en bred og fælles forståelsesramme, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgår. Indsatsen bør baseres på følgende grundprincipper:

- Borgerens aktive deltagelse i forløbet
- Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov og ressourcer
- Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation
- Målorientering og tidsperspektiv
- Tværfagligt og tværsektorielt
- Koordinering
- Planlægning
- Vidensbasering og kvalitet

Hjemmehjælpskommissionen (2013): Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.

**Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Rehabiliteringsindsatsen i kommunerne skal styrkes i forhold til både sygepleje og øvrige sundhedstilbud.**

Det handler om at øge patienternes mulighed for at mestre egen livssituation gennem empowerment og dermed styrke livskvaliteten og værdigheden hos den enkelte.

Den rehabiliterende indsats skal omfatte den såkaldte "hverdagsrehabilitering", som har til formål at udvikle, genvinde eller forebygge forringelser i patientens funktioner og evner. Derudover er det også vigtigt at have fokus på den specialiserede rehabiliteringsindsats, som f.eks. kan være nødvendig efter et alvorligt sygdomsforløb, hvor patienten langsomt skal vende tilbage til hverdagen, eller efter diagnosticering af en kronisk sygdom.



Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen som innovativ samfunds-institution

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er ikke blot vigtigt for den enkelte patients livskvalitet. Det skal også betragtes som en samfundsbærende institution, der løser en række sundhedsopgaver, som er væsentlige i forhold til befolkningens sundhed som helhed.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er en vital komponent i samfundsøkonomien og med afgørende betydning for sammenhængskraften i samfundet. Det er derfor essentielt, at sundhedsopgaverne løbende udvikles og er genstand for samfundsmæssig debat samt demokratisk indflydelse.

Bekæmpelse af ulighed i sundhed

Sundhed i Danmark er ikke ligeligt fordelt. Der er betydelige forskelle på levealder, dødelighed og forekomsten af sygdomme. Disse forskelle følger uddannelseslængde, indkomst, erhverv og social position i samfundet. Ulighed i sundhed er ikke kun et anliggende for de få. Det er også et politisk, demokratisk og økonomisk samfundsproblem, som vi ikke kan ignorere. Det bør således være en del af en strategisk udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Universelle sundhedsplejetilbud til børn og unge fra fødsel til afslutningen af ungdomsuddannelse, forebyggelsesindsatser til patienter med kronisk sygdom, forebyggende hjemmebesøg til ældre borgere samt socialsygeplejersker til de mest udsatte borgere; det er alle eksempler på tilbud i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som kan gøre en forskel i forhold til at bekæmpe ulighed i sundhed. Men det er langt fra i alle områder af landet, at der i dag arbejdes systematisk nok på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis med henblik på at bekæmpe ulighed i sundhed.

Forebyggende hjemmebesøg

Alle borgere, der er fyldt 80 år, har ret til et årligt forebyggende hjemmebesøg. Dertil skal kommunerne tilbyde forebyggende hjemmebesøg til borgere i alderen 65 til 79 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.

Fremadrettet skal besøgene være med til at opspore særligt sårbare borgere, og den sundhedsprofessionelle skal i besøget tage højde for de individuelle behov. Dermed er de forebyggende hjemmebesøg et vigtigt led i at øge lighed i sundhed.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at: **Bekæmpelse af ulighed i sundhed og et stærkt forebyggelsessigte skal være et bærende tema i planen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.***

Udvalget kan f.eks. komme med anbefalinger til en national ramme for udviklingen af lokale programmer, der kan mindske uligheden i sundhed. Lokale sundhedsprofiler for såvel voksne som børn og unge bør danne udgangspunkt for arbejdet med at sammentænke indsatserne.

Forsøg med nye former for demokratisk indflydelse

Hvordan skal tilbuddene i kommunerne udvikles? Hvad er væsentligt for borgerne? Hvordan skal åbningstiderne være i sundhedscentrene? Kort sagt – hvad vil vi med vores fælles sundhedsvæsen? Udviklingen af det nære sundhedsvæsen bør være baseret på dialog, hvor forskellige interesser og opfattelser fører til fælles løsninger. I dag tages denne dialog desværre alt for ofte kun i kommunalbestyrelser og regionsråd, men den fortjener at blive bredt ud til et større folkeligt engagement omkring, hvor det nære sundhedsvæsen skal udvikle sig hen, og hvad der er et tilfredsstillende kvalitetsniveau for opgavevaretagelsen.

Brugerinddragelse i form af brugerbestyrelser har på andre velfærdsområder som f.eks. folkeskoler og dagtilbud gennem årene fået større og større betydning for den daglige drift – ikke blot i forhold til den overordnede organisatoriske udvikling, men også med direkte involvering i ledelsen af institutionerne.

På sundheds- og ældreområdet har brugerinddragelse været mere sparsom primært i form af rådgivnings- og dialogfunktioner f.eks. i forhold til bruger- og pårørenderåd på plejecentre og patientinddragelsesudvalgene i regionerne. Flere kommuner har desuden benyttet sig af dialogmøder, rundture, høringer osv. i forbindelse med etableringen af lokale sundhedshuse. F.eks. foregik der forud for etableringen af Sundhedscenter Vest i Gellerup ved Aarhus et arbejde med at involvere lokale aktører og borgere i Gellerup for at fastlægge indholdet i sundhedscenteret. Fælles for disse brugerinddragende organer er målet om at sikre bredere forankring af vigtige samfundsinstitutioners opgaveløsning, prioriteringer og fortsatte udvikling; selvfølgelig i respektfuldt samspil med ansvarshavende politikere og de fagprofessionelle.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Der skal gennemføres forsøg med nye former for demokratisk indflydelse.*

Det skal ske med henblik på at skabe en tættere inddragelse og et bredere engagement blandt lokale borgere i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Prioritering af uddannelse og lærende miljøer

En positiv udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan kun ske ved at have engagerede og kompetente medarbejdere. Derfor er det afgørende, at der sker en løbende kompetenceudvikling og videreuddannelse af det sundhedsfaglige personale. Det kræver ressourcer til uddannelsesforløb og vikardækning, samt at de enkelte arbejdspladser bestræber sig på at skabe lærende miljøer med plads til refleksion og kollektiv sparring.

Sundhedsvæsenet er afhængigt af, at nyuddannede sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle har fået en solid uddannelse, som ruste dem til at være en refleksiv praktiker. Den fortsatte forskydning, hvor stadig større andele af den samlede sundhedsopgave forventeligt vil skulle løses i kommunerne, skal afspejles i grunduddannelserne – både i forhold til vægtningen af indhold og teori samt i forhold til den kliniske uddannelse.

Uddannelsesopgaven har høj prioritet i Silkeborg Kommune

Under ledelse af en uddannelsesansvarlig sygeplejerske er der bl.a. fokus på at have en tæt kontakt til hver eneste studerende flere gange i uddannelsesforløbet, og der er uddannet et stort antal kliniske vejledere, så hver studerende er koblet til sin egen kliniske vejleder. Samtidig har Silkeborg Kommune valgt at have kliniske uddannelsespladser på alle tidspunkter af uddannelsen og i alle dele af kommunen.

Silkeborg Kommune har et tæt samarbejde med især Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg, som hører til Professionshøjskolen VIA. Samarbejdet har omfattet en række indsatser:

- Systematiske evalueringer af de studerendes kliniske uddannelsesforløb og opfølgning på de studerendes forslag og bemærkninger
- Fælles projekt om udvikling af model til træning af kliniske færdigheder (RINS)
- Katalog over kommunens udviklingsprojekter, som de studerende kan deltage i
- Tværfaglige forløb for studerende om sundhedsfremme og forebyggelse til raske, ældre borgere
- Kompetenceudviklingsprojekt af de kliniske vejledere
- Nyt projekt på vej om styrkede læringsmiljøer på plejehjem.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at: **Kommuner – såvel som regioner – skal prioritere kompetenceudvikling, videreuddannelse og lærende miljøer, herunder gode kliniske uddannelsesforløb for studerende på de sundhedsfaglige grunduddannelser.***

De nyuddannede sygeplejersker skal sikres styrkede kliniske kompetencer og øget viden om sundhedsopgaverne i det nære sundhedsvæsen. Det kræver bl.a., at kommunerne skal udvikle gode rammer for systematisk kompetenceudvikling og sikre kliniske uddannelsesforløb af høj kvalitet gennem veluddannede og kompetente kliniske vejledere og engagerede ledere.

Opprioritering af den kommunale forskningsindsats

Forskning i sundhed, og herunder sygepleje, bidrager med vigtig – og ny – viden inden for en lang række områder i sundhedsvæsenet. Kommunerne har ikke tradition for at forske og udvikle ny viden i samme omfang som regionerne. Der er imidlertid et væsentligt øget behov for forsknings- og udviklingsindsatser i relation til de kommunale sundhedsindsatser og i relation til de typer af komplekse og ofte tværgående opgaver, der i stigende grad i et fremadrettet perspektiv vil vokse.

Et væsentligt forskningsområde vil være sundhedsfremme og forebyggelse, herunder emner som ernæring, fysisk aktivitet, forebyggelse af rygning, mindskelse af social ulighed og øget forståelse for sundhed hos borgerne. Den kommunale forskning skal ligeledes have fokus på helhedsorienterede forløb, kroniske sygdomme, sund aldring, demens, psykisk og mental sundhed, rehabilitering m.v.

Udviklingssygeplejersker med særligt fokus på udvikling og implementering af sundhedsindsatser

I Aalborg Kommune har man ansat fire udviklingssygeplejersker, som har særligt fokus på udvikling og implementering af sundhedsindsatser. Aalborg Kommune deltager samtidig i forsknings- og udviklingsarbejder i samarbejde med bl.a. Aalborg Universitetshospital og University College Nordjylland. Samarbejdet mellem enhederne har foreløbig resulteret i en række forskningsprojekter om bl.a. tværsektoriel forløbskoordination, medicin håndtering i hjemmesygeplejen, velfærdsteknologi på ældreområdet og tidlig opsporing af sygdom hos ikkesynligt udsatte mænd.

*Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at:
Der skal oprettes et videncenter for forskning i kommunal sundhed, som har en tilknytning til både universiteter, professionshøjskoler og forskningsmiljøer i regionerne.*

Det kommunale forsknings- og udviklingsarbejde skal have sit fokus på sundhedsindsatserne i det nære sundhedsvæsen inden for alle områder, og det skal være orienteret mod hele befolkningen.

Målet med forskningen er at bidrage til udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så der sikres høj kvalitet i indsatserne, høj patienttilfredshed og livskvalitet for patienterne, samt at ressourcerne til sundhedsvæsenet anvendes på den mest effektive måde.

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K

Telefon 33 15 15 55

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