

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

94. årgang ■ Nr. 4 ■ Juni 2018



Tema:
Årsmøde 2018

- Sådan kan forebyggelse og sundhedsfremme skabe et bedre sundhedsvæsen
- Kursskifte fra sygehuse til almen praksis er nødvendigt
- Høj patienttillid kræver gennemskuelse i medicinering



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Kommende deadlines:

Septemberudgaven: 15.08.2018
Oktoberudgaven: 11.09.2018
Novemberudgaven: 09.10.2018

Redaktionsudvalg

Hospitalsdirektør Lars Dahl Pedersen (formand)
Hospitalssenhed Midt
Tlf. 78 44 10 02 • Mobil 40 31 32 30
E-mail: lars.dahl.pedersen@midt.rm.dk

Sundhedschef Marit Nielsen-Man,
Vejle Kommune
E-mail: marin@vejle.dk

Vicedirektør Peter Mandrup Jensen
Nordsjællands Hospital
E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Adm. direktør Jens-Otto Skovgaard Jeppesen
Specialhospitalet FILADELFIA
Tlf.: 24 94 56 12 • E-mail: jesje@filadelfia.dk

Hospitalsdirektør Per Christiansen
Rigshospitalet og Glostrup Hospital
E-mail: per.christiansen@regionh.dk

Konsulent Lene Pedersen
PAR3
Tlf. 23 48 94 60 • E-mail:lene@par3.dk

Dorthe Rørmann
Styrelsen for Patientsikkerhed
E-mail: dortheoermand@gmail.com

Afdelingsleder Lone Bülow Friis,
Region Midtjylland
E-mail: lonefriis@outlook.com

Redaktion

Hospitalsdirektør Lars Dahl Pedersen (formand)
Hospitalssenhed Midt
Tlf. 78 44 10 02 • Mobi 40 31 32 30
E-mail: lars.dahl.pedersen@midt.rm.dk

Journalist/redaktionssekretær Mikkel Krogh
E-mail: mikkkel@sparkmedia.dk

Abonnement: Abonnement på TFDS oprettes på
www.dssnet.dk.
Pris: kr. 500,00 incl. moms for 8 årlige onlineudgaver.

Annoncer: Dansk Mediaforsyning ApS
Elkjærvej 19, stuen, 8230 Åbyhøj
Tlf. 70 22 40 88 • E-mail: oe@dmfnet.dk

Layout og produktion: ProGrafisk ApS • Tlf. 63 38 39 40

Forsidefoto: Adobe Stock

■ **Synspunkt**

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet? / 4

Af Michael Møller

■ **Sundhedsvæsenet lige nu**

Sådan kan forebyggelse og sundhedsfremme skabe et bedre sundhedsvæsen / 6

Af Henrik Nedergaard og Morten Grønbæk

Kursskifte fra sygehuse til almen praksis er nødvendigt / 12

Af Jonatan Schloss

Manifest for brugerinddragelse skal inspirere og sprede viden / 20

Af Lene Pedersen

Høj patienttillid kræver gennemskuelighed i medicinering / 28

Af Arne Josefsen Rolighed

BørneRiget gentænker patientforløb, organisation og kultur / 35

Af Anne-Mette Bang Termansen, Christian Koerner og Bent Ottesen

Voksduge og simulationstræning hjælper nye hospitalsbyggerier på vej / 46

Af Kasper Bjørn og Sigrid Vest Arler

CPR-nummeret: En ægte dansk succes / 58

Af Jan Mainz og Søren Páske Johnsen

ÅRSMØDE

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet?

– Fremtidens sundhedsvæsen og fremtidens ledere i sundhedsvæsenet

Indrømmet – vi har i år en lidt provokerende titel på vores årsmøde, men vi hører dagligt om eksisterende og kommende udfordringer, som bliver større og større. Flere ældre, flere med kroniske sygdomme, stigende forventninger og krav fra patienter og borgere, nye teknologiske muligheder og ny medicin. Hvad kunne være løsninger på nogle af disse udfordringer, og hvad med fremtidens ledere i sundhedsvæsenet? Skal de, udover de klassiske og traditionelle kompetencer, have indsigt og talenter for innovation, netværksledelse, brugerinddragelse og meget andet?

Den første dag sætter vi fokus på muligheder og effekter inden for:

- Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme
- Organisering, samarbejde, roller og opgavevaretagelse
- Innovation, teknologi og teknik

Med andre ord – hvad kan disse tre områder bidrage med til at mindske presset på især sygehusvæsenet? Men gevinster og nyskabelser kommer ikke af sig selv – det kræver ledelse – derfor fortsætter vi fredag med fokus på fremtidens ledere i fremtidens sundhedsvæsen.

Velkommen til årsmøde i DSS 2018!

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet?

– Fremtidens sundhedsvæsen og fremtidens ledere i sundhedsvæsenet

ÅRSMØDE



Onsdag den 6. juni 2018 til fredag den 8. juni 2018
på Best Western Plus Hotel Svendborg,
Centrumpladsen 1, 5700 Svendborg



Årsmødet afholdes
**Onsdag den 6. juni 2018 til
fredag den 8. juni 2018 på
Best Western Plus
Hotel Svendborg,**
Centrumpladsen 1
5700 Svendborg

**Klik her
for program**

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet?



Af Michael Møller

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet? Det er overskriften for DSS's årsmøde 2018, der finder sted den 6-8. juni i Svendborg.

Det er vigtigt at understrege, at de rigtige patienter selvfølgelig skal undersøges og behandles på vores sygehuse. Når vi alligevel vælger denne vinkel på årsmødet, er det med udgangspunkt i, at vi igennem mange år nu har drøftet og analyseret sundhedsvæsenets udfordringer. Der går nærmest ikke en uge eller dag, uden der er fokus på:

- Kroniske sygdomme: Danskerne får flere af dem og har flere samtidigt
- Nye behandlingsmuligheder kræver ressourcer
- Demografiske udfordringer: Flere ældre er lig med flere patienter og færre til at betale skat
- Flere krav og ønsker fra borgere og patienter
- Rekrutteringsproblemer

Tre fokusområder

Vi har på årsmødet valgt tre fokusområder, der kan bidrage med løsninger og muligheder til at sikre et velfungerende sundhedsvæsen, som kan håndtere udfordringerne. De tre områder er:

Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme

Er det muligt at forebygge flere sygdomme og skader? Og hvor meget er der at hente på denne konto, hvis

vi går til version 2 i forhold til at have endnu mere fokus på forebyggelse og sundhedsfremme?

Vores organisering, samarbejde, roller

Er organiseringen optimal i sundhedsvæsenet og måske også generelt i samfundet? Kan vi hente nogle gevinster og skabe grundlag for løsninger og nye veje til at samarbejde? Og kan borgerne og patienterne være nøgleaktører i processen?

Ny teknologi i bredeste forstand

Når vi ser på den teknologiske udvikling, lanceres der konstant nye teknologier, løsninger og muligheder. Hvordan kan dette bidrage til at skabe et endnu mere effektivt sundhedsvæsen? Hvem er ansvarlig for ny teknologi, udbudsstyret, efterspørgsel? Og hvem beregner, hvorvidt det er en god investering?

Jeg vil ikke rangordne de tre områder, men jeg mener, at vi bør have mere fokus på sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Jeg ved godt, effekterne først kommer om mange år for nogle områder, men vi bør vise vilje og mod til at komme videre på denne vej.

Udfordringer og løsninger

På årsmødet kobler vi udfordringer og løsninger sammen, så vi indledningsvis bliver klogere på, hvem der bruger sundhedsvæsenet, og hvordan den typiske patient er i 2018. Herefter ser vi på fremtidens sundhedsvæsen i 2025, og hvordan

vi i dag regulerer forbruget af sundhedsydelser.

Det er klart, at både ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet har en kæmpe rolle og forpligtelse til løbende at udvikle sundhedsvæsenet. Det gælder både i det daglige på mikroplan og mere overordnet i forhold til strukturer, roller og meget andet.

Derfor slutter vi vores årsmøde med fokus på ledelse. Fremtidens ledere i sundhedsvæsenet skal jo om nogle være med til at sikre et fortsat sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle.

I dette nummer af Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen kan du læse artikler af fire af oplægsholderne til årsmødet, nemlig Morten Grønbæk, Henrik Nedergaard, Jonatan Schloss og Arne Rolighed.

Jeg håber, vi ses til årsmødet den 6.-8. juni. Læs programmet for mødet på www.dssnet.dk

Michael Møller er medlem af DSS' bestyrelse og formand for kursus- og uddannelsesudvalget

The screenshot shows the DSS website interface. At the top, there is a navigation bar with the DSS logo and links for 'Arrangementer', 'Tidsskriftet', 'Ledelse', 'Hospitaler', 'Det nære sundhedsvæsen', 'Debat', and 'Meld dig ind'. Below this is a secondary navigation bar with 'TIRSDAG, 06-02-2018 11:23:48', 'LOG IND', 'TILMELD NYHEDSBREV', 'KONTAKT', and 'OM DSS'. The main content area is divided into sections: 'SENESTE' (Latest) with an article titled 'Sådan rekrutterer vi fremtidens ledere blandt yngre læger', 'KOMMENDE ARRANGEMENTER' (Upcoming events) with an article titled 'Status for farmaceutordination i primærsektoren uden for Danmark', and a 'Kommende arrangementer' section with a calendar view for '02/28/2018 09:00-16:00'. The website has a clean, professional layout with a white background and blue accents.

Kig ind på DSS' nye website

– som er let at bruge fra mobiltelefoner, og hvor det er muligt at læse artikler fra tidsskriftet direkte på sitet.

Sådan kan forebyggelse og sundhedsfremme skabe et bedre sundhedsvæsen

Vejen til det bedst tænkelige sundhedsvæsen går igennem sundhedsfremme og forebyggelse, men det kræver politisk mod.

Af Henrik Nedergaard
og Morten Grønbæk

Hvor stor en rolle spiller sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, når vi kigger på danskernes behov for sengepladser, behandling og operationer på sygehusene? Svaret er næsten indbygget i spørgsmålet, for jo mere vi som samfund har succes med sundhedsfremme og forebyggelse, jo mindre har befolkningen brug for sygehusene.

Det er naturligvis umuligt at udlette alskens sygdomme i befolkningen med en forebyggelsespille. Men vi er desværre stadig meget langt væk fra at udnytte det poten-

tiale, der ligger i en langt mere sundhedsfremmende og forebyggende politik.

To områder trænger til et eftersyn

Hvis vi skal nå målet om, at så få danskere som muligt skal benytte sig af sygehusenes ydelser, er der især to områder, der i dén grad trænger til et eftersyn:

Det første handler om noget så simpelt som politisk mod. I den forbindelse handler det om ledelse i sundhedsvæsenet, om at sætte patienten eller borgeren i centrum og om det syn, vores politikere lægger på hele folkesundheden. Efter vores

mening ligger der et gigantisk uopdyrket potentiale, der kan hentes ved et grundlæggende paradigmeskifte på sundhedsområdet.

Det andet handler om, at der er behov for, at vi kigger på de styringsinstrumenter, vi bør bruge for at undgå, at flere danskere har behov for ydelser fra sygehusene. Her er der tale om en bunden opgave for samfundets beslutningstagere, fordi sygehusenes specialister og omfattende beredskab er så dyre i drift, at sygehusydelser kun skal reserveres til de patienter, der ikke kan behandles andre steder i sundhedsvæsenet.



Diabetescentre vil tage ansvar

Et eksempel på et højt specialiseret tilbud er de kommende regionale Steno Diabetes Centre, der kommer til at tage et stort ansvar for at løfte den danske diabetesbehandling samlet set i forlængelse af ovenstående.

På den baggrund arbejder politikerne med en samlet plan for det såkaldt nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som blandt andet vil overføre et meget betydeligt antal patienter med type 2-diabetes fra behandling på sygehusenes ambulatorier til behandling hos deres egen praktiserende læge.

For den enkelte patient skal det opfattes positivt at blive tilset af den praktiserende læge, der kender patienterne indgående og typisk er tættere på dem end de ansatte på sygehuset, som der bliver færre og færre af.

Mere behandling i almen praksis

Som det er i dag, er den såkaldte primærsektor slet ikke tilstrækkelig tilgodeset, så vi afventer med spæn-

ding den konkrete plan for udflytningen af diabetespatienterne. Regionerne og de praktiserende læger er begyndt at forberede sig på udfordringen.

Der er blandt andet indgået en overenskomst, som afsætter et trecifret millionbeløb netop til bedre indsats i primærsektoren til patienter med type 2-diabetes eller KOL. Forudsætter vi, at praksislægerne løftes i tid, ressourcer og kompetence til at klare de flere og tungere patienter med type 2-diabetes, er en del af øvelsen med at mindske presset på sygehusene opnået.

Tærskel for adgangsbillet til sygehus hæves

Tænk, hvis man kan overføre samme model til andre sygdomsområder, hvor man så at sige stratificerer sig ud af befolkningens behov for sygehusydelse ved at hæve tærsklen for, hvornår den enkelte kan indløse adgangsbillet til sygehuset. Det vil være en stor fordel for både patienterne og vores fælles pengekasse, hvis flere kan behandles for flere sygdomme i almen praksis.

Skal det lykkes, er det dog afgørende, at øvelsen modsvares af en tilsvarende satsning på at udvikle almen praksis, der kan og skal være ryggraden i vores sundhedsvæsen. Det betyder, at samtlige patienter uanset bopæl har nem adgang til en praktiserende læge, og at der afsættes midler til at sikre et godt samarbejde med praksislægerne og de andre betydningsfulde dele af sundhedsvæsenet herunder kommunerne.

Det gælder ikke mindst i forhold til specialisterne på sygehusene og de forskelligartede sundhedsfaglige kompetencer, der i stigende grad allerede er tilstede i kommunerne.

Kræver politisk mod

Men skal vi for alvor kigge ind i en fremtid, hvor langt færre danskere overhovedet har behov for sygehusydelse, er styringsværktøjer – om end de er vigtige – den mindste del.

Noget, der virkelig vil batte, er, hvis der kommer et regulært paradigmeskifte, hvor folkesundheden samlet set bliver prioriteret langt højere, hvor patienten/borgeren bliver sat i centrum for en sammen-

hængende indsats, og hvor der er politisk mod til i langt højere grad at benytte forebyggende og sundhedsfremmende tiltag på et strukturelt plan.

Vores politikere og beslutningstagere skal turde prioritere folkesundheden højest i langt flere sammenhænge. Naturligvis har den enkelte et ansvar, men vi er for længe forbi den tid, hvor vi kan overlade det hele til den enkelte.

Ændring af strukturelle forhold

Når den nye nationale sundhedsprofil viser, at halvdelen af os er overvægtige, er det tændende klart, at det skyldes strukturelle forhold og ikke blot den enkelte danskers appetit. De strukturelle forhold er netop det, politikere skal tage mere ansvar for at ændre på.

Det mest kendte og succesfulde eksempel i nyere tid på et folkesundhedsmæssigt gavnligt tiltag er rygeloven. Trods store diskussioner i begyndelsen har rygeloven med sit mix af reguleringer og forbud, som sigter på at begrænse rygning i det offentlige rum, været en stor succes.

Om forfatterne



Henrik Nedergaard

Adm. direktør
Diabetesforeningen



Morten Grønbæk

Direktør
Statens Institut for Folkesundhed
mg@si-folkesundhed.dk

Den har afgørende flyttet på hele opfattelsen af det at ryge tobak i det offentlige rum, skabt røgfri miljøer på utallige arbejdspladser og institutioner og dermed helt konkret forbedret folkesundheden.

Ansvarlig folkeskolereform

Et andet eksempel på et fremsynet og ansvarligt strukturelt tiltag, som

politikere skal have ros for, er den seneste folkeskolereform. Her tog man ansvar for at sikre, at skolebørn hver dag skal have 45 minutters daglig bevægelse. Det er effektiv, konkret politik, der løfter folkesundheden til gavn for alle. Hold nu fast i det.

Vores appel til politikere er klar: Følg nu op med flere tiltag i samme

kaliber. Det er bydende nødvendigt. Men desværre ser vi det modsatte. Det gælder eksempelvis i afgiftspolitikken, hvor afgiften på sukker og sodavand er sænket, og hvor mosen stadig er den samme på sunde og usunde madvarer.

Flere unge begynder at ryge

Cigaretterne er stadig så billige, at antallet af unge, der begynder at ryge, stiger. Hensynet til grænsehandel og detailhandlens mulighed for at sælge sodavand og slik til spotpriser sættes desværre højere end hensynet til folkesundheden.

Hvis det manglende politiske mod fortsætter, må vi i stedet for færre sygehusindlæggelser imødesee, at flere i fremtiden vil få brug for sygehusydelse på grund af kroniske og alvorlige lidelser som diabetes, kræft og hjertekarsygdom.

Hvis folkesundheden ikke kommer i højsædet i den førte politik gennem eksempelvis flere afgifter og en langt mere offensiv tilgang til sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom, kommer vi til at stå med massive sundhedsmæssige og økonomiske udfordringer.

Patienten skal i centrum

Så længe, vi kan huske, har det været et mantra for sundhedsvæsenet, at patienten skal være i centrum. Det lyder godt, men sideløbende har vi kunnet konstatere, at den sociale ulighed i sundhed har været stigende i takt med, at forskellen i gennemsnitlig levealder for den ufaglærte mand og en akademiker er blevet større. Det er dybt bekymrende.

Det skyldes de manglende strukturelle tiltag, men det skyldes også, at systemet ubevidst bidrager til uligheden. Der er tale om, at systemet i alt for høj grad er indrettet med en one-size-fits-all-tankegang, og den størrelse, der er udgangspunktet, er desværre mere den resourcestærke akademiker end den hårdtarbejdende specialarbejder.

Det skal vi have lavet om, så patienten reelt mødes med et tilbud, der er individuelt tilpasset og relevant for den enkelte. Vi skal simpelthen i langt højere grad turde behandle mennesker forskelligt for at behandle dem ens for helt at give dem de samme muligheder, og i den forbindelse inddrage pårørende og netværk.

Sammenhængende sundhedsvæsen

Det kræver et reelt sammenhængende og nært sundhedsvæsen, der strækker sig ud over de ydelser, vi traditionelt forbinder med behandling af sygdom og tænker forebyggelse langt bredere.

For eksempel er det et stigende problem, at kronisk syge som eksempelvis diabetespatienter oplever, at det traditionelle sundhedsvæsen og det »nye« sundhedsvæsen i kommunerne ikke er sammenhængende. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at kommuner af økonomiske hensyn risikerer at modvirke den sygdomsbehandling, der foregår i almen praksis og på sygehusene.

Det ser vi tydeligt på området for hjælpemidler til håndtering af diabetes, hvor det bliver sværere og sværere for mange med diabetes at få adgang til de rette hjælpemidler til for eksempel blodsukkermåling. Hjælpemidler er nemlig et kommunalt ansvar reguleret af serviceloven, mens den samlede diabetesbehandling hører under sundhedsloven, som regulerer indsatsen

på regionernes sygehuse og i almen praksis.

Uhensigtsmæssig kassetænkning

Denne sektorovergang giver mulighed for en uhensigtsmæssig kassetænkning, som på lang sigt risikerer at sende endnu flere diabetespatienter ind på sygehusene og dermed virke stik modsat målsætningen.

Vi skal have gjort op med den silotænkning, der trods kommunalreformens intentioner om at dele ansvaret for henholdsvis borgerrettede og patientrettede ydelser i kommuner og regioner ikke endnu fungerer som ét sammenhængende system.

For borgeren er det helt og aldeles ligegyldigt, om en ydelse, et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab bevilges af kommunen eller regionen. For borgeren er det udelukkende et spørgsmål om at få adgang til den støtte, hjælp og behandling, der kan sikre det bedst mulige liv med eksempelvis diabetes.

Borgerens synsvinkel er desværre ikke slået igennem på et myn-

dighedsplan, hvor der stadig er siloer, svære sektorovergange og en kassetænkning, der gør det svært for den enkelte at navigere og forhindrer nogle kronisk syge borgere i at få det bedst mulige tilbud. Det er ikke i orden.

Målrettet tilbud fra kommunerne

Samtidig bør borgerne mødes med et mere målrettet tilbud fra kommunernes side lang tid før, de bliver patienter med behov for sygehusydelse.

Det kan omfatte hjælp til rygestop, brug af mentorer til socialt ud-satte og en bred vifte af forebyggende tilbud, der giver mening for den enkelte og er attraktive i forhold til livssituation og behov. Man kunne kalde det »hjælp til selvhjælp« – altså at myndighederne mere aktivt støtter borgerne både med og uden kronisk sygdom i at tage god vare på sig selv.

Det er tydeligt, når det gælder diabetikere, at det er afgørende, at patienterne har mulighed for at have en god egenomsorg. Det er indiskutabelt, at den gode diabetesbe-

handling, der sikrer den enkelte et godt og langt liv uden alvorlige komplikationer, grundlægges og understøttes i den enkeltes hverdag og ikke i de forholdsvis få timer og minutter, patienten sidder over for en læge eller sygeplejerske til diabeteskontrol.

Vi er overbeviste om, at vejen til det bedst tænkelige sundhedsvæsen, hvor mennesker kan få den rette behandling og de rigtige tilbud, går igennem sundhedsfremme og forebyggelse.

For vi tror på, at det er muligt at nå patienten længe før han eller hun ender i en sygeseng på hospitalet. Opskriften er faktisk ret enkel, men det kræver, at der findes politisk mod til at prioritere folkesundheden og sætte patienten i centrum.



Kursskifte fra sygehuse til almen praksis er nødvendigt

For både skatteborgere og patienter vil et delvist fokusskifte fra sygehuse til almen praksis være win-win i forhold til at håndtere fremtidens demografi.

Af Jonatan Schloss

Lad os få det velkendte på plads: Budgetterne i sygehusvæsenet er steget betydeligt i de sidste mange år. For eksempel er antallet af læger ansat på de offentlige sygehuse steget fra 10.824 i 2001 til 16.624 i 2017, altså 5.800 flere eller en stigning på 54 procent på de 16 år.

Antallet af sygeplejersker på sygehusene er også steget betydeligt i samme periode fra 29.660 til 35.586, altså 5.926 flere eller en stigning på 20 procent. I parentes bemærket faldt antallet af praktiserende læger i samme periode fra 3.547 til 3.436, ligesom almen lægehjælps andel af de samlede regionale sundhedsudgifter faldt fra 8,7 procent i 2007 til 7,8 procent i 2016.

Produktionen på sygehusene er steget, særligt den ambulante. Og enhver, der har sat sine ben på en akutmodtagelse eller en medicinsk afdeling, ved, at tempoet er højt og mængden af patienter det samme. Tilsvarende er fremtidsudsigterne velkendte: Vi kan imødesee en stor stigning i antallet af ældre danskere med kroniske og behandlingskrævende sygdomme, ligesom den teknologiske udvikling med tilhørende flere behandlingsmuligheder næppe holder pause i den nærmeste fremtid.

Entydig satsning på sygehusene

Vi ser altså på et dansk sundhedsvæsen, der entydigt har satset på og investeret i sygehusene i mange



år. Med demografien in mente vil en lineær udvikling givet kræve, at vi også i de næste 15 år finder skattekrone til at ansætte yderligere 10.000 læger og sygeplejersker på sygehusene.

De fleste økonomer, ledende embedsmænd og politikere med mikrofonen slukket er dog nok enige om, at det hverken vil være samfundsøkonomisk fornuftigt eller den mest effektive måde at håndtere udfordringerne på at spare sammen til endnu en gang 10.000 flere læger og sygeplejersker på sygehusene.

Men hvad så? Danskerne går meget højt op i sundhedsvæsenet, og kun en politisk tåbe frygter ikke ventelister eller indlagte kendisser på sygehusgangene. Er der tale om en Catch-22?

Specialiserede supersygehuse

De kommende supersygehuse er designet til at have betydeligt færre, men mere intensive senge og til at have en stor ambulansaktivitet. Kort og stadig kortere liggetid. Hospitalerne vil i fremtiden alene håndtere de mere specialiserede opgaver og dermed de meget syge pa-

tienter, som kræver højt specialiseret behandling.

Men hvad med resten? Hvad alle de ældre og plejekrævende patienter? Dem med hyppige lunge- og blærebetændelser kombineret med demens eller depression? Dem med KOL, diabetes og hjertesygdomme i diverse kombinationer. Dem med følgesygdomme efter cancer og angst for recidiv? Hvad med dem med mange års fedme, røg eller alkoholmisbrug og tilhørende følgesygdomme? Hvad med de mange mennesker med psykiske lidelser af moderat grad?

Hvor hører de hjemme, når de ikke hører hjemme i det højt specialiserede sygehusvæsen eller i hvert fald kun kan tilbydes ganske kortvarig kontakt der?

Høj produktivitet hos speciallæger

Ser man på speciallægeområdet, er antallet af praktiserende speciallæger som for eksempel psykiatere, kardiologer, endokrinologer, reumatologer og hudlæger meget ujævnt fordelt henover landet. Fra mange i hovedstadsområdet til få og færre

på Sydsjælland og i Nordjylland. De praktiserende speciallæger er kendetegnet ved, at de passer rigtig mange patienter. De har en høj produktivitet, de tilbyder ydelser på hovedfunktionsniveau, og de er gode til at holde behandlingsniveauet på et adækvat niveau.

De behøver ikke bestille den store udredningspakke til alle de banale og velkendte sygdomstilstande. En investering i et velfungerende netværk af praktiserende speciallæger inden for de store folkesygdomme og aldersbetingede sygdomme uden for hovedstadsområdet, Nordsjælland og Aarhus vil ganske givet være en del af svaret på fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet.

Praktiserende speciallæger giver »bang for the buck«

Groft sagt får man mere »bang for the buck« i forhold til de almindelige sygdomstilstande ved at investere i praktiserende speciallæger frem for sygehuspeciallæger. Det koster naturligvis nogle penge at investere i flere praktiserende speciallæger, men det er småpenge i for-

hold til, hvad vi har investeret i sygehusene.

Mere grundlæggende kræver det også, at der planlægningsmæssigt i regionerne medtænkes de praktiserende speciallæger i dimensioneringen af fremtidens sundhedsvæsen frem for den hidtidige tænkning, som sat på spidsen har haft karakter af »Nå ja, vi har da også lidt praktiserende speciallæger hist og pist i vores region, de er sikkert fine og dygtige, hvad er næste punkt på dagsordenen?«.

Plejeopgaver flyttes til kommunerne

På det kommunale område ser vi en udvikling, hvor en stor del af plejeopgaven flyttes fra sygehusene til kommunerne. Opgaveflytningen er som udgangspunkt positiv, fordi vi ved fra mange undersøgelser, at sygehusengen groft sagt er byens dyreste og farligste seng for patienten at opholde sig i.

Særligt ældre patienter oplever mange utilsigtede hændelser, bliver konfuse, mister muskelmasse og kognitivt niveau selv ved korte indlæggelser på sygehusene. Hvis man

Om forfatteren



Jonatan Schloss

Direktør for Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Tidligere hospitalsdirektør på Frederiksberg Hospital, vicedirektør på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler og direktør i Falck Healthcare. Uddannet cand.scient.pol. jos.plo@dadl.dk

lægefagligt forsvarligt kan undgå indlæggelse, er det godt for patienten og for skatteborgerne.

Patienterne er dog ikke blevet mere raske, fordi liggetiden på sygehusene er faldet. Deres plejebehov er ikke blevet mindre. Denne opgaveflytning kræver derfor en massiv investering i kvalificeret plejepersonale i kommunerne. Sygehjælpere skal konverteres til sosu, og sosu skal konverteres til sygeplejerske. Og der skal være flere af dem, særligt af sygeplejerskerne.

En fagligt ukvalificeret og underbemandet kommunal hjemmepleje og kommunal akut sygepleje er farlig for patienterne, og patienterne

vil blive genindlagt lige så hurtigt, som de kan blive udskrevet. Svingdørspatienterne er velkendte – dyre og dårlige forløb.

Begrænset effekt af kommunal forebyggelse

Men hvad med forebyggelsen? Kommunerne har jo i al væsentlighed fået ansvaret for forebyggelsesopgaverne. Groft sagt handler det om, at kommunerne skal få os til at dyrke mere motion, spise flere grøntsager og mindre fedt, drikke noget mindre og holde op med ryge. KRAM. De fleste kommuner har diverse generelle tilbud, som den praktiserende læge kan henvise til.

Effekten af disse tilbud på folkesundheden må nok siges at være begrænset. Det er undersøgt et utal af gange, at det ubetinget mest effektive tiltag i forhold til at reducere befolkningens indtag af for eksempel tobak, alkohol, sukker og fedt er højere afgifter og mere vanskelig tilgængelighed. Altså strukturelle tiltag, som kun Folketinget kan beslutte, men som det aktuelle politiske klima ikke er interesseret i.

Ud fra en sundhedsøkonomisk tænkning kan det næppe betale sig at investere signifikant mere i disse generelle forebyggelsestiltag. Der skal afgifter til.

Databaseret forebyggelse

Der kan dog være en undtagelse fra reglen. Regionerne er i færd med at rulle konceptet »Aktiv Patientstøtte« ud over hele landet.

Det er et koncept, hvor man ved hjælp af avanceret algoritmer kan identificere, hvilke patienter som med stor sandsynlighed må forventes at blive »heavy users« af det akutte sygehus tilbud om relativt kort tid. Og hvor man ved en mål-



rettet indsats i form af telefonsygeplejersker kan reducere disse patienters akutte indlæggelser.

Sådanne databaserede målrettede forebyggelsestiltag bør regioner og kommuner i samarbejde med almen praksis se mere på i fremtiden.

Højt arbejdspress i almen praksis

Hvis man kigger på den almene praksis i dag, ved vi, at arbejdspresset er højt. Cirka 1/3 af de praktiserende læger betegner sig selv som udbrændte, og en bekymrende stor del af disse går jævnligt med selvmordstanker og udviser tegn på depression.

Vi ved fra internationale sammenligninger, at danske praktiserende læger er blandt dem, som ser allerflest patienter per dag. Vi ved også, at danske praktiserende læger er den professionelle faggruppe i Danmark, som har den højeste »ansigt til ansigt«-tid. Altså bruger den største andel af deres arbejdstid på direkte patientkontakt.

Så det er begrænset, hvad der kan hentes af flere lægetimer ved

hjælp af klassisk effektivisering i almen praksis. Man vil dog formentligt kunne hente en del ved i højere grad at ansætte klinikpersonale i almen praksis, der vil kunne tage sig af noget af rutinearbejdet omkring for eksempel patienter med kroniske sygdomme.

Økonomi til udvidet personalestab

Ved den nye overenskomst mellem PLO og RLTN har man påbegyndt en rejse, hvor der afsættes en økonomisk ramme til i et vist omfang at udvide personalestaben i almen praksis, hvorved kapaciteten udvides til at tage sig af opgaver fra sygehusene.

Ikke desto mindre er det et centralt spørgsmål, om almen praksis i realiteten er parat til at løse flere opgaver, eksempelvis i forhold til patienter med kronisk sygdom. På kort sigt inden for en femårig tids horisont er udsigterne dystre. Der går flere praktiserende læger på pension, end der bliver uddannet. Alderssammensætningen blandt de praktiserende læger er skæv.

Så selv om de bliver længere og

længere på arbejdsmarkedet, går de før eller siden på pension, og staten har undladt i tide at uddanne flere almene medicinere.

Samtidigt er sygehusene i stigende grad begyndt at ansætte almene medicinere på akutmodtagelser, psykiatriske afdelinger, smerteklinikker m.v.

Vikarklinikker er dyr og dårlig løsning

Skal vi så bare opgive almen praksis og fortsætte den hidtidige satsning på sygehusvæsenet? Det er en meget dyr måde at løse den demografiske udvikling på.

Eller skal vi i stedet opbygge et parallelt system af regions- og udbudsklinikker for at få opbygget kapacitet i det nære sundhedsvæsen? Hidtil har både udbuds- og regionsklinikker vist sig stort set 100 procent at være vikarklinikker. Altså med nærmest ingen fastansatte læger, men et stort antal skiftende læger, som er hyret ind til endog usædvanligt høje dags- eller ugetakster. Det er selvfølgelig rart for de pågældende almenmedicinere, at de nu tjener en masse penge. Men for

skatteborgerne er det ikke en holdbar vej.

For patienterne er det også tvivlsomt, hvor godt disse vikarklinikker fungerer. Særkendet ved almen praksis er jo netop kontinuitet og kendskab til patienten. Det er det, som i diverse undersøgelser har vist sig at have effekt i forhold til både diagnostik og compliance med hensyn til behandling.

Endvidere kan vi se, at særligt udbudsklinikkerne er voldsomt overrepræsenteret med hensyn til antal patientklager, både for så vidt angår de såkaldte serviceklager, som regionerne sagsbehandler, og i forhold til de egentlige patientskadeklager, som er statens domæne.

Opsummerende er udbuds- og regionsklinikker, så længe de i al væsentlighed er kendetegnet ved at være vikarklinikker, en både dyr og dårlig løsning.

Langsigtet satsning på almen praksis

For mig at se er der reelt kun én løsning på at håndtere fremtidens demografi, og det er en langsigtet og dedikeret satsning på almen prak-

sis. Men det forudsætter, at almen praksis (og kommunerne) løser den største del af de sundhedsopgaver, der er på vej, og den del af de sundhedsopgaver, som i dag løses på sygehusene.

I PLO har vi prøvet at regne på, hvad der skal til:

1. Hvis antallet af kontakter for patienterne i 2010 i de enkelte aldersgrupper fremregnes til befolkningen i 2030, vil der alene på den baggrund være behov for cirka 4.300 praktiserende læger, (altså cirka 900 flere, end der er i dag).
2. En øget kompleksitet i visitation, behandling og opfølgning, flere afledte opgaver og en større koordinering med det øvrige sundhedsvæsen betyder, at den enkelte kontakt gennemsnitligt tager længere tid og øger behovet for praktiserende læger med yderligere cirka 350 læger i 2030. I dag tager en gennemsnitlig konsultation mellem 10-15 minutter inklusive dokumentation osv.
3. Hertil kommer et yderligere behov på cirka 50 læger som følge af de nye opgaver i OK18 samt

yderligere cirka 300 læger som følge af en forventning om, at flere de opgaver, der i dag løses på sygehusene, fremadrettet skal løses i almen praksis.

Samlet set udløser det et behov for, at antallet af praktiserende læger frem mod 2030 øges med cirka 1.600, så der i 2030 i alt er 5.000 praktiserende læger. 1.600 flere praktiserende læger på en 10 års periode forekommer økonomisk realistisk, når man ser på, at samfundet har været i stand til at udvide antallet af sygehuslæger med 5.800 i de sidste 16 år.

Kræver politisk kursskifte

Men det kræver et afgørende politisk kursskifte, hvor man i Folketinget snarest muligt vedtager at udanne væsentligt flere almenmedicinere. Og at man, indtil de begynder at komme ud i almen praksis om cirka fem år, er mere tilbageholdende på sygehusene med aktivt at rekruttere almenmedicinere.

Det store spørgsmål er så, hvad patienterne og skatteborgerne vil få ud af en sådan investering i almen

praksis. Set fra min stol er der nogle helt oplagte gevinster i sigte:

1. Der kan flyttes opgaver fra sygehusene til almen praksis i takt med, at kapaciteten i almen praksis opbygges. Almen praksis kan varetage flere opgaver omkring eksempelvis visse cancerkontroller, kroniske sygdomme og nogen psykiatri, som i dag løses af sygehusene.
2. Almen praksis' opgave som »diagnostisk center« kan styrkes. Altså den helt afgørende funktion, hvor almen praksis skelner mellem dem, der skal beroliges, lære at leve med deres situation eller behandles i almen praksis på den ene side, og de relativt få, som skal henvises til den højt specialiserede udredning på sygehusene eller til speciallægepraksis på den anden side.
3. En styrket almen praksis vil give mulighed for at udvide gatekeeper-rollen fra »at holde folk væk fra sygehusvæsenet« til i højere grad at påtage sig populationsomsorgs-opgaven. Altså at finde de syge og at holde de raske raske. En styrket almen praksis vil i

højere grad end i dag kunne være mere opsøgende over for de relativt få sårbare i patientpopulationen, som ikke kan tage vare på sig selv og mangler nære pårørende, og som derfor har brug for en proaktiv indsats fra egen læge.

Så alt i alt vil det, man kunne få for en investering i almen praksis, økonomisk set være opgaveudflytning fra sygehusene, styrket diagnostik og dermed færre henvisninger til sygehusene og populationsomsorg inklusive målrettet proaktiv rolle hos egen læge og dermed færre genindlæggelser.

Den grundlæggende økonomiske præmis er, at almen praksis er et væsentligt billigere behandlingstilbud end det højt specialiserede sygehus. Samtidig har kontinuiteten i kontakten og lægens personlige kendskab til patienten som nævnt afgørende betydning for både diagnostik og behandling.

Derfor: For både skatteborgere og patienter vil et delvist fokus-skifte fra sygehuse til almen praksis være win-win i forhold til fremtidige investeringer i sundhedsvæsenet.

Manifest for brugerinddragelse skal inspirere og sprede viden

140 eksperter står bag Manifest for Brugerinddragelse, som blev lanceret på Christiansborg i april 2018.

Af Lene Pedersen

I april 2018 fik Danmark et manifest for brugerinddragelse. Bag manifestet står en tænketank med 140 eksperter, der blev etableret i 2016 af Danske Patienter i samarbejde med KL og Danske Regioner med midler fra Sundhedsstyrelsen.

Målet med manifestet er at bidrage til at sprede og dele viden, som er fundamentet for brugerinddragelse, og at styrke sundhedspersonalets motivation ved at skabe mening i det daglige arbejde. Ikke mindst skal det inspirere til at skabe strukturelle forhold og et frugtbart miljø, som fremmer inddragelse af brugere både i eget forløb såvel som organisatorisk.

Fokus på patientperspektiv ikke nok

Eksperterne bag manifestet bestod af brugerrepræsentanter, forskere, uddannelsesrepræsentanter, klinikere, kvalitetskonsulenter og ledere fra det kommunale og regionale sundhedsvæsen. Manifestet blev lanceret på Christiansborg med de to sundhedspolitiske ordførere Jane Heitmann (V) og Flemming Møller Mortensen (S) som værter.

»Vi har længe talt om, at vi skal have fokus på patientens perspektiv, men det er ikke tilstrækkeligt. Vi skal hen til at kunne se med patientens øjne og perspektiv,« sagde Flemming Møller Mortensen ved lanceringen.

Også Camilla Hersom, formand for Danske Patienter, satte barren højt i sin velkomst:

»Vi gør det ikke godt nok. Brugerinddragelse praktiseres ikke tilstrækkeligt i dag på trods af, at det efterspørges af brugerne. Vi har brug for at styrke kompetencerne og systematikken, og derfor er det så vigtigt, at vi har samlet alle de vigtige aktører om dette manifest.«

Kulturforandring er nødvendig

Direktør Morten Freil fra Danske Patienter mindede om, at brugerinddragelsen har bevæget sig markant inden for de seneste 8-10 år:

»Vi har bevæget os væk fra at stille spørgsmålstejn ved, om bru-



gerinddragelse er noget, vi skal, og til, at det er noget, der er selvfølgelig. Nu handler det om at integrere brugerinddragelsen og skabe den kulturforandring, der skal til.«

Manifestet udpeger netop kulturforandring som den vigtigste opgave for at styrke brugerinddragelsen. Der skal en kulturforandring til for i højere grad inkludere brugeres perspektiver i såvel udvikling af sundhedsvæsenet som i individuelle forløb, lyder det i manifestet.

! Tænketanken bag manifestet

- Tænketanken blev etableret i 2016 af Danske Patienter i samarbejde med KL og Danske Regioner med midler fra Sundhedsstyrelsen.
- Tænketanken bestod af seks ekspertgrupper med i alt 140 brugerrepræsentanter, forskere, uddannelsesrepræsentanter, klinikere, kvalitetskonsulenter og ledere fra det kommunale og regionale sundhedsvæsen.
- Hver ekspertgruppe mødtes to til fire gange og diskuterede udfordringer og løsninger for brugerinddragelse.
- Link: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-vibis/vores-projekter/taenketank-for-brugerinddragelse>

Organisatorisk brugerinddragelse skal styrkes

Udbredelsen af indsatser, metoder og redskaber i brugerinddragelse stod centralt i mange af de indlæg, der blev holdt ved lanceringen af manifestet på Christiansborg. Det blev fra flere sider fremhævet, at det ikke mindst er den organisatoriske brugerinddragelse, som der er behov for at styrke.

Formand for Sundheds- og handicappolitisk udvalg i Scleroseforeningen Jette Bay understregede, at vi fortsat er et stykke vej fra at praktisere organisatorisk brugerinddragelse. Hun nævnte som eksempel, at brugerrepræsentanter i brugerråd stadig oplever at blive tildelt en statistrolle og først kommer til orde under punktet »eventuelt« og i det hele taget involveres sent i udviklingsprocessen.

Ifølge Jette Bay skal brugerrepræsentanter inddrages meget tidligere i processen og være med helt fra idéudvikling og prioritering af udviklingstiltag. Brugerrepræsentanter skal netop bruges til at få øje på de blinde pletter, som sundhedspersonalet ikke ser, og være med i beslut-



ningsprocessen om at sætte nye udviklingstiltag i gang.

Patienter og pårørende ind i maskinrummet

Det samme satte overlæge Jan Schmidt fra Sydvestjysk Sygehus ord på med en kommentar om, at »pa-

tienter og pårørende skal helt ind i maskinrummet af udviklingsarbejdet«. Han gav som eksempel, at sygehuset har fået patientrepræsentanter ind i gruppen med ansvar for implementering af Patient Ansvarlig Læge.

Patienterne kan ifølge overlægen

bidrage meget konkret til at forbedre den patientoplevede kvalitet, og derfor skal de involveres i implementeringsprocessen. Patientens perspektiv skal helt frem i bussen, hver gang der skal udvikles nye tiltag, som påvirker patienter og pårørende.

Klinikerne motiveres af specifikke metoder

Sygeplejefaglig direktør Inge Pia Christensen fra Aarhus Universitetshospital fremhævede, at motivationen hos klinikere er afgørende, når man skal flytte brugerinddragelsen fra velmenende snak til realiteter som kan mærkes af patienter og pårørende.

I arbejdet med det Brugerinddragende Hospital har man i Aarhus erfaret, at klinikernes motivation voksede, når der blev arbejdet systematisk med specifikke metoder. Aarhus Universitetshospital har valgt at fokusere på to metoder i form af fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling, og det har gjort en stor forskel for klinikernes engagement.

Angstprovokerende at spørge borgeren

Helene Bækmark, der er kommunaldirektør i Faaborg-Midtfyn Kommune, talte om sundhedspersonalets motivation i det nære sundhedsvæsen. Hun mente, at der er sket en ganske stor forandring i hele den måde, vi arbejder og kommunikerer

med borgerne på. Autoriteterne får ikke respekten forærende.

»Det er en udvikling vi ser i hele samfundet. For mange sundhedsprofessionelle kan det være angstprovokerende at spørge om, hvad borgeren har behov for, frem for at kigge i kataloget over ydelser eller behandlinger,« sagde Helene Bækmark.

»Men det kan også være særdeles motiverende for medarbejderne at arbejde ud fra den enkelte borgers behov. En medarbejder udtrykker det ganske sigende: *Tidligere smed jeg bare mine ydelser og fulgte kørelisten. Nu hjælper jeg mennesker,*« fortsatte hun.

Ifølge kommunaldirektøren gør denne forandring i måden at samarbejde med borgerne på det særdeles vigtigt at styrke professionsfagligheden og som ledelse at give medarbejderne klare tilbagemeldinger, som styrker deres forståelse af, hvornår de lykkes med deres opgaver.

Økonomisk styring udgør en barriere

En af barriererne for brugerinddragelse, der blev fremhævet i debat-



ten, var den økonomiske styring, som belønner nye behandlinger og specialer, selv om det ikke er det, som patienter og borgere efterspørger. Udviklingen går i retning af stadig flere specialer, selvom det betyder, at de skal navigere i stadig mere komplekse forløb med kontakt til stadig flere sundhedspersoner, uden at nogen har ansvar for helheden.

Også i den nære sundhed i kommunerne påvirker den økonomiske styring sundhedspersonalets handlinger. Helene Bækmark fra Faaborg-Midtfyn Kommune gav flere eksempler på, hvordan sundhedspersonalets handlinger påvirkes, uden det sker som en bevidst intention:

»Jeg mener oprigtigt, at vi er nødt til at se på de økonomiske incitamenter. Hvis man som hjemmeplejeenhed for eksempel får skåret i sin bevilling, fordi man er dygtig til at gøre borgerne selvhjulpne efter at have lyttet til, hvad der er vigtigt for dem, får man et mindre budget året efter. Er det sjovt? Nej. Kommer man så til at overhøre borgernes signaler? Nej, ikke bevidst.

Men man kommer måske til at gøre det, man selv synes er rigtigst,« sagde Helene Bækmark.

Et andet eksempel fra det fynske er forfremmelser:

»Hvordan forfremmer vi? Forfremmer vi efter, om vi har nået vores aktivitetsmål, eller forfremmer vi ud fra om de mennesker, som vi har haft mellem hænderne, synes at deres liv er blevet bedre, at deres livskvalitet er steget, de har følt sig mødt forstået og inkluderet? Det sidste er sørgeligt fraværende i rigtig mange situationer,« pointerede Helene Bækmark.

Her blev der fra flere eksperter slået til lyd for, at vi ikke blot skal lytte til, hvad patienterne ønsker, men have modet at bryde rammer, tage beslutninger og prioritere ud fra brugernes behov.

Kan et manifest gøre en forskel?

Der var også kritiske røster af det nye manifest for brugerinddragelse. Samordningskonsulent Helle Høstrup fra Region Hovedstaden slog til lyd for, at manifestet ikke giver tilstrækkelig retning og mål for den

Om forfatteren



Lene Pedersen

Partner, PAR3. lene@par3.dk

Forfatter til »Patientinddragelse, – refleksion, læring, innovation og ledelse«, Hans Reitzels Forlag, 2011 samt en lang række artikler.

Partner i PAR3, som rådgiver sundhedsvæsenet i at udvikle organisationer med høj patienttilfredshed og faglig stolthed. PAR3 faciliterer udviklingsprocesser, hvor patienter og pårørendes viden er afsættet for forbedringer og øget kvalitet samt udvikling af en feedbackkultur.

fortsatte udvikling af brugerinddragelsen.

Om manifestet kan gøre en forskel for brugerinddragelsen, var også et spørgsmål, der blev snakket om i pausen, hvor meningene var delte. Flere mente, at bredden, sammensætningen og antallet af eksperter i tænketanken bag manifestet vil give tyngde og kritisk masse til at flytte noget, mens andre tvivlede på, at manifestet vil komme til at gøre den store forskel.

Alligevel var der et ord, som blev sagt en del gange i løbet af eftermiddagen: Mod. Mod til at prioritere

og handle. Og mod var også et ord, der indgik i en kommentar fra deltageren Birthe Søndergaard om lanceringen af manifestet på LinkedIn:

»Nu gælder det om, at alle forpligter sig, har mod, vilje og handlekraft til at fremme denne kulturændring. Nu er der en fælles begrebsforståelse via manifestet, så nu må vi bevæge os til gavn for os alle – vi er alle borgere, brugere og pårørende. Egentligt lidt pudsigt at fagprofessionelle vil inddrage patienten i eget forløb, det er jo de professionelle, der midlertidigt inddrages i borgerens liv.«

Manifest for brugerinddragelse

Kulturforandring

Tænketaank for brugerinddragelse mener, at den vigtigste opgave for at styrke brugerinddragelsen er at skabe en kultur, som i højere grad inkluderer brugeres perspektiver i såvel udvikling af sundhedsvæsenet som i individuelle forløb. En sådan kulturforandring kræver indsatser på tre områder, der alle griber ind i hinanden: Viden, motivation og organisation.

VIDEN: Sådan opnås et højt vidensniveau

Forskere vil:

- Forske i både positive og negative resultater af brugerinddragelse, og hvordan det påvirker brugere og sundhedsprofessionelle.
- Formidle og diskutere forskning om brugerinddragelse med andre forskere, sundhedsprofessionelle og brugere.

Uddannelsesrepræsentanter vil:

- Formulere præcise krav til sundhedsfaglige studerendes viden om

og kompetencer til at inddrage brugere og teste disse i løbet af uddannelsen.

- Samarbejde med praktiksteder om at skabe sammenhæng mellem teoretisk og praktisk læring om brugerinddragelse.

Kvalitetskonsulenter vil:

- Udvikle og udbrede brugerinddragende tiltag med afsæt i eksisterende viden og erfaringer.
- Dele erfaringer med brugerinddragelse med andre, som arbejder med området.

MOTIVATION: Sådan gøres brugerinddragelse meningsfuldt

Klinikere vil:

- Betragte brugerinddragelse som en faglig kompetence, der forbedrer behandling og rehabilitering, og giver arbejdsglæde.
- Invitere alle brugere til at være inddraget, men anerkende ønsker om ikke at være inddraget.
- Gøre en særlig indsats for at ind-

drage socialt udsatte brugere ud fra deres behov.

Ledere vil:

- Værdsætte og efterspørge brugerinddragelse på alle niveauer i organisationen.
- Inkludere brugerinddragelse som en central del af den sundhedsfaglige kerneydelse.

Kvalitetskonsulenter vil:

- Udfordre bureaukrati og regeltænkning i udvikling af brugerinddragende tiltag og formidle resultaterne af tiltagene i alle lag i organisationen.
- Skabe realistiske forventninger hos alle relevante aktører til resultater af brugerinddragelse.

Brugerrepræsentanter vil:

- Formidle brugernes perspektiv på behandling, rehabilitering og forløb direkte til klinikere, der arbejder med brugere.

ORGANISATION: Sådan skabes de rette betingelser

Ledere vil:

- Lede udvikling af sundhedsvæsenet gennem systematisk inddragelse af brugere.
- Stille rammer til rådighed for udvikling, organisering og evaluering af brugerinddragelse.

Kvalitetskonsulenter vil:

- Undersøge alle brugeres oplevelser af behandling, rehabilitering og pleje og lære af dem.
- Vurdere og synliggøre resultater af brugerinddragelse på faglige og organisatoriske parametre.

Brugerrepræsentanter vil:

- Tydeliggøre hvilke kompetencer og betingelser, der skaber et godt samarbejde med sundhedsvæsenet.
- Efterspørge at alle brugere ses som eksperter i eget liv og klædes på til at være inddraget.

Læs manifestet online her:
https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/BViBIS/F_T%C3%A6nketank/manifest.pdf



Ny viden opstår, når vi ser med borgerens øjne

Spørgsmålet er, hvad det er, vi skal turde, og hvad det er, vi skal være bange for, siden det kræver mod? Hvad er det for handlinger, der skal til? Og hvorfor er kulturforandringen i manifestet fremhævet som den vigtigste opgave for at fremme brugerinddragelse?

Er en kulturforandring en forudsætning for brugerinddragelsen? Eller er det brugerinddragelsen, som vil være murbrækkeren og det, der

leverer byggestenene til kulturforandringen med viden, motivation og organisation?

Som Birthe Søndergaard skriver, er det netop, når professionelle tillader sig at blive inddraget i borgers liv, at ny viden opstår. Og det er, når vi ser med borgerens øjne, at nye ideer opstår, og mening og motivation styrkes og ny organisering opbygges. Brugerinddragelse og kulturforandring hænger måske mere sammen end vi hidtil har været opmærksomme på?

Høj patienttillid kræver gennemskuelighed i medicinering

En fortsat høj patienttillid i det danske sundhedsvæsen forudsætter mere viden og gennemskuelighed i medicinering.

Af Arne Josefsen Rolighed

Patientens møde med det danske sundhedsvæsen er baseret på tillid. Når patienten møder lægen, må patienten have tillid til, at det, der kan gøre nytte med hensyn til helbredelse, livsforlængelse eller blot at tilføre livet kvalitet, også bliver tilbudt patienten. I tilknytning hertil må lægen sikre sig, at der er dokumentation for, at tilbuddet har en positiv effekt, der overstiger bivirkningerne.

Vores sundhedssystem er unikt i den forstand, at patienterne i princippet har alverdens behandlingsmuligheder til deres rådighed. Kan den praktiserende læge ikke hjælpe, bliver patienten sendt til speciallæge eller på sygehus. Kan det lo-

kale sygehus ikke klare det, visiteres patienten til en afdeling med specialbehandling. Må den også give op, kan patienten visiteres til en specialist i udlandet, når der er tilstrækkelig dokumentation for, at behandlingstilbuddet virker.

Visitering til forskningsforsøg

Der er også givet mulighed for, at specialisterne på vores landsdelscentre kan visitere til veltilrettelagte forskningsforsøg både her i landet og i udlandet. Endelig kan patienter med livstruende sygdom og uden helbredende behandling visiteres til eksperimentel behandling i ind- og udland. Alt sammen vederlagsfrit for patienten. Amen!

Det kan ganske enkelt ikke blive flottere! Når det handler om at skabe et værdifundament for tillidsforholdet mellem patient og læge, findes der næppe noget land med et flottere værdisæt – og knyt så hertil: Fri og lige adgang for alle, der har et behandlingsbehov, tilrettelagt på folkestyre-basis.

Dette flotte værdimæssige grundlag forudsætter, at fagpersonerne fortløbende er opdateret på den vældige strøm af ny viden, der dagligt produceres. Det værdimæssige grundlag forudsætter også, at lægen kender sin begrænsning, holder fingrene væk fra det, han eller hun ikke har forstand på, og sender patienten videre til de relevante specialister. Det er ligeså etisk uantageligt at anvende en forkert pille

som at undlade at tilbyde den rigtige pille.

Suveræn adgang til patienter

Den behandlende læge må have suveræn adgang til at tilbyde patienten den relevante undersøgelse og behandling. Kravet til lægen må være, at lægen er i stand til at dokumentere, at undersøgelsen og behandlingen er relevant og har positiv effekt. Denne uafhængighed mellem det politiske niveau og behandlerniveauet sikrer borgernes tillid til, at de får tilbudt den rigtige behandling.

Forskning i placebo viser, at patientens tillid til, at en behandling virker, og en god tillidsfuld relation til lægen fremmer helbredelse af de symptomer, som ledsager og ofte definerer en sygdom, for eksempel smerter, træthed, depression og kvalme.

En læge, som anvender placebo-medicin, og som er god til at skabe kontakt og opnå tillid fra sine patienter, opnår bedre behandlingsresultater end lægen, der anvender den bedste medicin, men er dårlig i kontakten. Det konkluderer en af



verdens førende forskere i placebo-effekt, professor Irving Kirsch fra Harvard Medical School. Placebo-forskningen fremhæver to stærke forhold i placeboeffekt:

- Positive forventninger eller tillid til behandlingen
- En god relation mellem læge og klient

Tillid til væsenet og lægen er helt afgørende. Vi mennesker har store selvhelbredende kræfter i os, som kan måles. Og forskning viser, at de bedst mobiliseres, når der er god kontakt mellem patient og behandler, og når patienten har tillid til, at behandlingen virker.

EMA sætter standarden i EU

Når EMA (Det Europæiske Medicin Agentur) har godkendt et nyt behandlingsmiddel, indstilles til EU-kommissionen at tildele lægemiddelvirksomheden en markedsføringstilladelse. Herefter er lægemidlet legalt til rådighed for alle medlemslande. Lægen kan ordinere lægemidlet, såfremt det er relevant for behandling af en patient.

Sætter et land som eksempelvis

Danmark begrænsninger for at lade skatteborgerne betale for særlig dyr medicin, er lægemidlet fortsat til rådighed, men kun for dem der kan betale.

Udviklingen i EU går i retning af frit sygehusvalg i hele EU. Dette understreger behovet for at bakke op om EMA og EU-kommissionen som standardsætter for alle medlemslande. Der vil antagelig med tiden komme et pres på, at EMA og FDA (Food and Drug Administration i USA) harmoniserer standarderne for godkendelser af nye lægemidler, så patienter i stort set hele den vestlige verden behandles efter ensartede standarder.

Det ville virkeligt styrke tilliden til væsenet, at de lægemidler, som er godkendt af EMA og FDA, også er til rådighed for lægen, når et behandlingsforløb skal planlægges. Denne fremgangsmåde vil bringe fundamentet for tillid til læge og væsen helt i top.

Der skal værnes om tillidsforholdet

Skal der ikke prioriteres? Nej, ikke i den konkrete individuelle behand-

lersituation mellem læge og patient. Her skal værnes om tillidsforholdet. Skal patientens tillid til lægen sikres, må lægen have suverænitet i valg af legale lægemidler og bør alene være bundet af at sikre, at lægemidlet gør nytte. Det har jo også i praksis vist sig stort set umuligt at prioritere i de konkrete situationer.

Der er danske bløderpatienter, som er i et livslangt behandlingsforløb til i størrelsesorden 2 mio. kroner om året. Et behandlingsforløb løber let og forhåbentligt for patienterne op i et trecifret millionbeløb. Og hvem tør lukke for behandlingen? Der vil givetvis være mindst 90 i Folketinget inden kl. 12.00 næste dag, der vil noget andet.

To måder at prioritere på

Der er reelt to måder at prioritere på, når det handler om lægemidler:

For det første kan EMA/EU-kommissionen stramme kriterierne for godkendelse af nye lægemidler. Det vil sige, at prioriteringen tilrettelægges politisk på EU-niveau, hvor EU-kommissionen tager det endelige ansvar. Før de enkelte lægemidler godkendes, har de enkelte landes

sundhedsmyndigheder og markedsføringsudvalg haft mulighed for at udtale sig.

For det andet bør den enkelte læge af etiske grunde have mulighed for at prioritere eller melde fra, hvor ulemperne skønnes at overstige gevinsterne. Tager vi for eksempel operation af prostatakræft, får kun én ud af 48 gevinst. I sådanne tilfælde bør den enkelte læge af etiske grunde have mulighed for ikke at udføre behandlingen, idet de negative konsekvenser for de 47 langt, langt overstiger gevinsten for nummer 48. At sige nej til at foretage bestemte behandlinger fratager dog aldrig lægens informationsforpligtigelse til at informere om og henvise til dem, der udfører sådanne behandlinger.

Medicinerråd sætter tilliden under pres

I Danmark har regionerne oprettet det såkaldte Medicinerråd, der i lighed med EMA kan vurdere lægemidlets effekt. Og finder Medicinerrådet, at effekten er beskeden i relation til en meget høj pris, kan rådet undtage lægemidlet fra fri behand-

Om forfatteren



Arne Josefsen Rolighed

Uddannet cand.scient.pol. ved Aarhus Universitet og indtil 2011 direktør i Kræftens Bekæmpelse. Tidl. adjunktvikar ved Institut for Statskundskab, fuldmægtig i Finansministeriet, amtssundhedsdirektør i Århus og sundhedsminister. Formand for Danske Pensionister og Rude Strand Højskole samt medlem af Advisory Board vedr. værdig ældrepleje og Ældrekommissionen. Har skrevet bogen »Sundhedsvæsenets værdier under pres« (2011). aro@arnerolighed.dk

lingstilbud. EMA sætter standarden for de 27 medlemslande i EU – hvorfor så denne mærkelige, forstyrrende nationale påhitsomhed?

Der er flere problemer med dette medicinerråd og tilsvarende forsøg på at indskrænke den fri ordinationsret: Patienterne mister tillid, og systemet skaber ulighed. Den dyre medicin er ikke til rådighed for de ubemidlede, hvorimod de patienter, som har penge, selvfølgelig kan få fat i den, da EU-kommissionen har givet markedsføringstilladelse.

Dobbelt vurderingsarbejde

Der er reelt tale om dobbelt vurderingsarbejde. Hele ideen med EMA er jo at lave en grundig vurdering af nye lægemidler på vegne af alle 27 medlemslande. Det sker oftest ved inddragelse af to medlemslandes lægemiddelstyrelser. Lægemiddelstyrelsen i Danmark er forholdsvis meget anvendt. Det virker dobbelt bureaukratisk at skulle vurdere lægemidlet to gange.

Hertil kommer, at konstruktionen er politisk tåbelig. Nu og da vil der

komme sager frem i medierne, som politikerne vil føle sig draget til at gå ind i. Politisering og polemik vil skabe usikkerhed om patienternes frie adgang. Selvfølgelig vil politikerne blande sig. Det er jo dem, der har lavet konstruktionen og må tage ansvar.

Nogen vil hævde, at Medicinerrådet kun fravælger få lægemidler og derfor ikke spiller nogen stor rolle. Jo, men hvorfor så alt det postyr? Andre vil sige, at rådet har stor be-

tydning og derfor stor betydning for sygehusvæsenets økonomi. Ja, så er det jo, at patienterne oplever at blive mødt af en læge med en »lommeregner« og mister tillid.

Faglighed kan presse tillidsforholdet

Tillid handler også om faglighed. Den etiske udfordring er at sikre den rette pille i den rigtige mund. Det er afgørende for vores sundhedsvæsen, at patienter fortsat har

tillid til den medicin, som udskrives fra sygehus eller praktiserende læge. Dette har betydning for den enkelte patient i den specifikke sygdomssituation.

Generelt har det stor betydning for vores sundhedsvæsen, hvor behandlingstilbuddene i stigende grad flyttes fra operationsbordene til øget anvendelse af lægemidler. I nedenstående figur er vist et eksempel på stor variation fra lægepraksis til lægepraksis. For at kunne sam-

menligne medicineringen fra praksis til praksis er sikret en standardisering for alder og køn.

Variationsanalysen omfatter alle lægepraksisser og hertil knyttede patienter i Region Midt. I nogle praksisser er medicinen stort set ikke slået an, hvorimod andre lægepraksisser anvender den med fuld skrue. Medicinering af den enkelte patient forekommer tilfældig.

Tilfældig anvendelse af lægemidler

Ovenstående er blot et eksempel ud af flere, hvor anvendelsen af lægemidler forekommer tilfældig. Anvendelsen af lægemidler skrider efter forskning. Vi omsætter for cirka 25 mia. kroner ordineret medicin i Danmark. Og bortset fra et par ph.d.-afhandlinger findes der praktisk talt ingen forskning i, hvad der sker i brugerleddet mellem patient og læge. Og så er der hele håndteringen af lægemidler fra ordineret til mund. Også dette område skrider efter mere viden.

En fortsat høj patienttillid forudsætter mere viden og gennemskuelighed i medicinering. Tillidsforhold-

et kan udbygges ved at tilbyde patienter, der spiser fire eller flere lægemidler et årligt medicintjek: Er alle piller fortsat relevante? Er der forlidelighed mellem lægemidlerne? Bliver de overhovedet spist som planlagt? Er håndtering af kopimedicin med til, at patienter spiser samme lægemiddel flere gange etc.

Rette pille i rette mund er det danske sundhedsvæsens største udfordring. Fra forsamlingshusene ved jeg, at pillerne optager både befolkning og patienter, herunder især den ældre del af befolkningen. En stærk faglighed styrker tilliden.

Underbygning af tillid frem mod 2025

Frem mod 2025 må tilliden mellem patient, væsen og læge sikres og underbygges på de følgende fire måder:

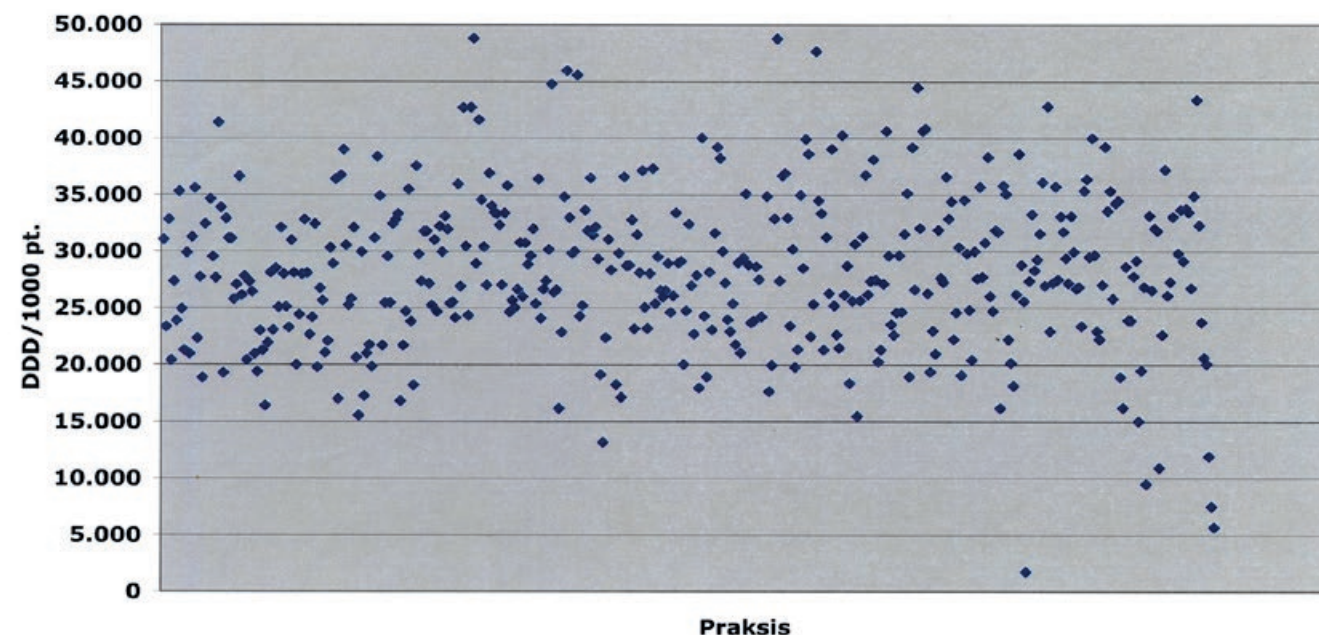
1. Danmark og EU må samles om EMA/EU-Kommissionen som den enhed, der fastsætter skattefinansierede standarder for godkendelse af såvel billig som dyr medicin. Er der ubalance mellem effekt og pris, må EU-landene stramme kriterierne for markeds-

føringstilladelse. Det forstyrrende Medicinerråd bør nedlægges.

2. Senest i 2025 koordinerer EMA og FDA fælles standarder for godkendelse af lægemidler.
3. Der skal holdes fast i lægens frie ordinationsret. Lægen må i den konkrete situation have suveræniteten til at anvende den medicin, som skønnes fornøden. Kravet er, at lægen kan dokumentere, at der er videnskabeligt belæg for den valgte medicin. Og er der to lægemidler, som er stort set lige effektive, vælges selvfølgelig den billigste. Nej til et opdelt sygehusvæsen mellem rige og fattige patienter.
4. Patienter, der spiser fire eller flere lægemidler, må tilbydes en årlig gennemgang af pilleforbruget. Her bør både læge, farmaceut samt speciallæge efter behov deltage.

Det er vigtigt, at vi værner om patienternes tillid til både væsen og læge. Kun på den måde kan vi i Danmark fastholde vores førerposition, når det gælder værdifundamentet for patient-lægerelationen.

Anvendelse af antidepressiva i Region Midt 2012





BørneRiget gentænker patientforløb, organisation og kultur

Opførelsen af et hospitalsbyggeri til børn, unge, fødende og deres familier på Rigshospitalet giver anledning til at gentænke hospitalet.

Af Anne-Mette Bang Termansen, Christian Koerner og Bent Ottesen

Region Hovedstaden, Rigshospitalet og Ole Kirk's Fond har den 15. juni 2016 indgået en aftale om realisering af et hospitalsbyggeri til børn, unge, fødende og deres familier på Rigshospitalets matrikel – i daglig tale BørneRiget.

Aftalen muliggør opførelsen af et nyt, innovativt forsknings-, udviklings- og uddannelseshospital, der tager højde for den sårbare situation, familierne er i, når et barn bliver alvorligt sygt. Det nye hospi-

tal for børn, unge og fødende forventes ibrugtaget medio 2024.

I denne artikel vil vi fortælle om, hvordan den nye bygning giver anledning til at gentænke hospitalet. Vi vil også invitere til samarbejde på tværs af hospitaler, kommuner, universiteter og leverandører ud fra en tanke om, at vi kun sammen kan skabe et nyt tilbud til patienterne og deres familie, som sætter brugernes behov i centrum og lader brugernes behov definere, hvordan vi indretter os og udvikler os.

Vision: At skabe verdens bedste hospital

Visionen med BørneRiget er at skabe verdens bedste hospital for børn, unge og fødende ved at:

- Give patienterne og deres familie verdens bedste behandling
- Bidrage til at skabe flere videnskabelige gennembrud
- Bidrage til at forny og udvikle hele det danske sundhedsvæsen

Realiseringen af projektets visioner foregår i en symbiose mellem byggeri, transformation, re-design og forskning og innovation, som er ligeværdige hovedopgaver i opfyldelsen af visionen.

Ambitionen er at skabe fysiske rammer, som støtter en fortsat udvikling af Rigshospitalets internationalt anerkendte ekspertise inden for behandling af børn, unge og syge gravide. Det gælder både den lægelige behandling og muligheden for at behandle børn som børn ved at tillade dem at lege sig gennem alvorlig sygdom. For børn lærer og lever ved at lege, også når de er syge.

Den indsigt skal bruges til at bygge et bedre fundament for frem-

tidens behandling i en bygning, der kan inddrage den nyeste viden om helende arkitektur. En bygning der inviterer til leg, samarbejde og udvikling.

Internationalt kraftcenter

Målet er at samle alle børn på Rigshospitalet i et område dedikeret til børn mellem 0 og 18 år. Fødestuer og senge til syge svangre og barslende kvinder samles for at opnå synergi i behandling og erfaringsudveksling.

Det betyder, at Rigshospitalet kan blive et internationalt kraftcenter, som tiltrækker de dygtigste eksperter fra hele Norden for at kunne tilbyde den bedste udredning og behandling til de allermest syge børn, unge og gravide i Norden.

Byggeriet udgør samlet cirka 56.000 kvadratmeter og skal blive en integreret del af Rigshospitalet, da mange behandlinger kræver ekspertise fra hele hospitalet. Nybyggeriet er beliggende i hjørnet mod Juliane Maries Vej og Nørre Allé med tunnel- og broforbindelser til det eksisterende hospital.

Vinderprojektet er tegnet af et

team bestående af totalrådgiver 3XN med underrådgiverne Arkitema, Niras, Kristine Jensens tegnestue og Rosan Bosch Studio. Projektet lever til fulde op til visionens høje ambitionsniveau.

Integreret bygge- og organisationsprojekt

Realiseringen af projektets vision foregår i en symbiose mellem byggeri, organisationsudvikling og forskning og innovation. Projektorganisationen, som bidrager til at realisere visionen, består derfor af et byggeprojekt og et organisationsprojekt, som er fuldstændigt integrerede i det daglige arbejde. Eksempelvis sidder projektorganisationen midt i klinikken for at være tæt på de medarbejdere og patienter, som skal leve i den nye bygning.

I organisationsprojektet arbejder direktion, centerledelser, klinikledelser, medarbejdere, patienter og familier på at udvikle indholdet i BørneRiget. Projektet giver enestående muligheder for at nytænke ikke blot patientforløb, men hele vores organisation og kultur. Målet er et nyt fagligt paradigme og et nyt para-



digme for fremtidens brugeroplevelse.

Ledelsesgruppe og udviklingsprojekter

Beslutning om igangsætning af ud-

viklingsprojektet inden for organisationsprojektet sker efter udarbejdelse af projektbeskrivelsen med beskrivelse af formål, bemanning og outcome.

Ideer til igangsætning af udvik-

lingsprojekter med tæt kobling til klinikken initieres og drøftes i ledergruppen for BørneRiget. Ledergruppen består af klinikledelsesrepræsentanter fra fagområder som beskæftiger sig med børn, unge og fø-

dende på tværs af Rigshospitalets centre. Det er på den måde ikke et formelt beslutningsorgan, men et fagligt ledelsesforum, hvor nye tiltag genereres, præsenteres og udvikles.

Udviklingsprojekter, som alene berører et enkelt center, besluttes af den pågældende centerledelse. Udviklingsprojekter, som berører flere centre på tværs af Rigshospitalet, besluttes af projektstyrergruppen

med hospitalsdirektøren som formand.

Udviklingsprojekter, som berører kliniske forhold, vil altid involvere faglige specialister fra de involverede områder. I de tilfælde hvor specialisterne på tværs af klinikker eller centre ikke kan blive enige om arbejds- og ansvarsfordelingen i et patientforløb eller andet, rejses beslutningerne til projektstyrergruppen

pen, som har det endelige ansvar for implementering af nye arbejdsmåder, retningslinjer, organisering og ledelse.

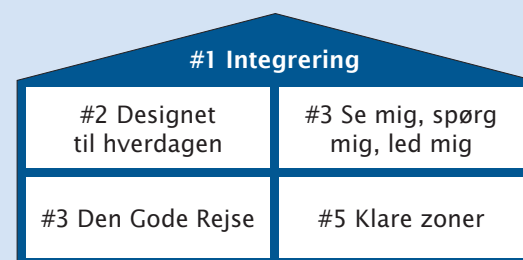
Alt dette er nemt at beskrive og samtidig meget svært i praksis. Vi kan allerede nu se, at jo mere vi samarbejder på tværs, jo bedre fælles beslutninger kan vi tage, og jo bedre går implementeringen frem mod realisering af visionen.

Vision for BørneRiget

At skabe verdens bedste hospital for børn, unge og fødende ved at:

- Give patienter og deres familier verdens bedste behandling
- Bidrage til at skabe flere videnskabelige gennembrud
- Bidrage til at forny og udvikle hele det danske sundhedsvæsen

Fremtidens brugeroplevelse



Internet, frisk luft, naturligt lys, gode parkeringsmuligheder osv.

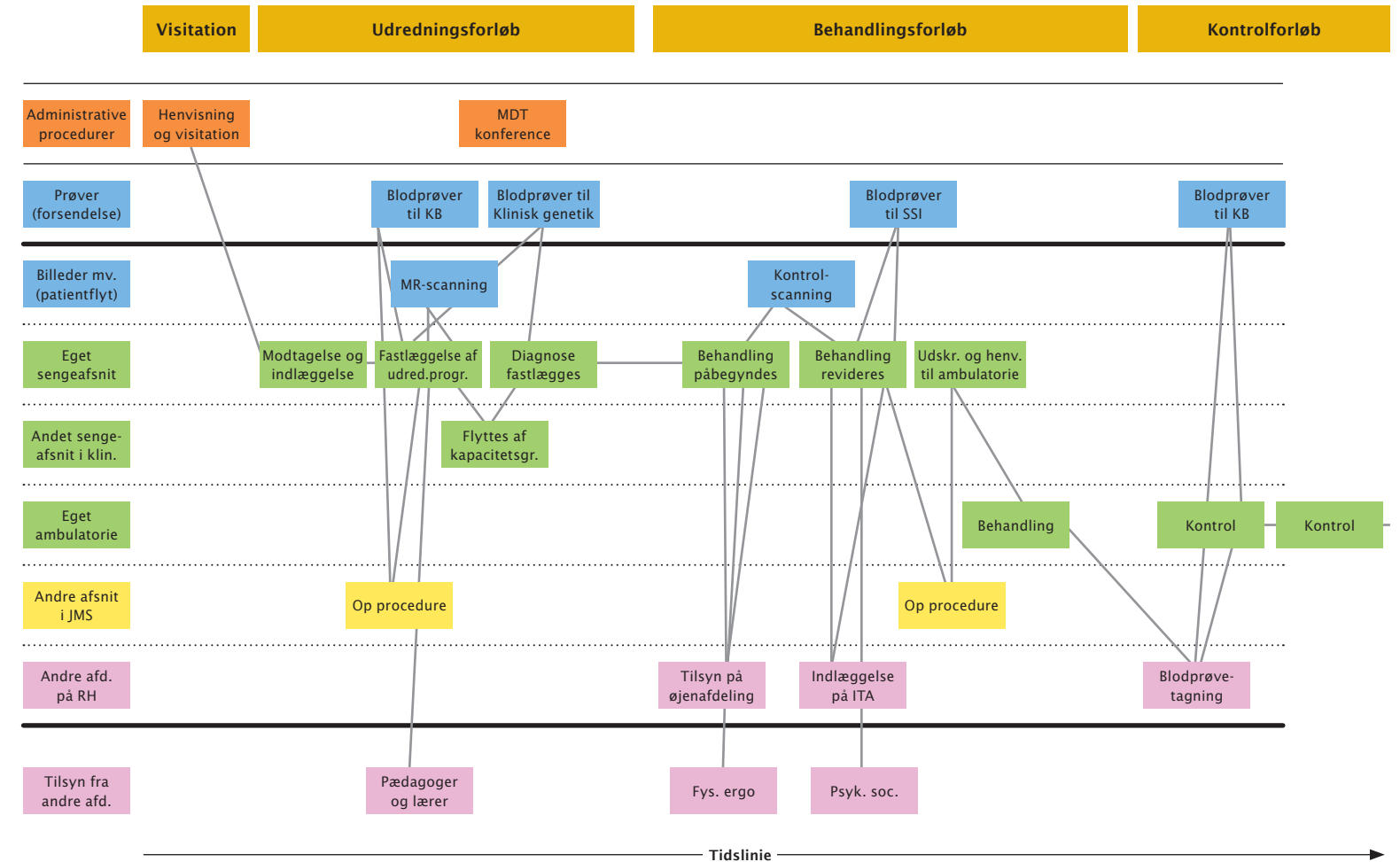
Verdens bedste hospital for børn, unge og fødende

Forventninger til et hospital i 2024

Fremtidens faglige paradigme

- Specialisterne kommer til patienten
- Samling af alle børn og unge
- Én operationgang
- Én børnediagnostisk enhed
- Én børneintensiv enhed
- Alle aktiviteter vedr. graviditet og fødsel
- Integrering af behandling, forskning og uddannelse

Designprincipper



To analyser som afsæt

I forbindelse med en forundersøgelse tilbage i 2014 igangsatte Rigshospitalet to afgørende analyser. Den ene var en systematisk kortlæg-

ning af 100 patientforløb inden for områderne børn, unge og gravide.

Sundhedsfaglige repræsentanter fra alle de kontakter, som en patient/familie havde i et forløb, mød-

tes og kortlagde familiens rejse igennem hospitalet. Processen skabte et godt overblik, men gav også anledning til selvransagelse.

Den første analyse afslørede, at patienter med komplicerede lidelser i dag bliver sendt ud på en sand odysse med besøg på et stort antal enheder. Vi kunne konstatere, at nogle af vores familier er i kontakt med op til 18 forskellige klinikker, og at det i dag er familierne, som må rejse rundt mellem de mange klinikker, og som reelt er de eneste med det fulde overblik over deres eget forløb.

Konklusionen var alle enige om: I fremtiden er det eksperten, der kommer til patienten og ikke omvendt. Populært kaldet »pitstop«-udredning og behandling. Samlingen af alle aktiviteter vedrørende børn og unge i én bygning skaber de fysiske rammer for at gøre det. Vi ved, at det er den rigtige løsning set fra familiernes synspunkt, og vi er samtidig ikke blinde overfor den store ledelsesmæssige og organisatoriske opgave, som vi står overfor.

Fremtidens brugeroplevelse

Den anden analyse var design af fremtidens brugeroplevelse. I samarbejde med antropologer, patienter, familier og personale blev der fore-

taget en gennemgribende beskrivelse af livet på hospitalet i 2014. Resultatet af denne undersøgelse (<https://publikationer.regionh.dk/pdf/full-9723/boerneriget.pdf>) har været afgørende for projektets videre forløb og er beskrevet i de fem designprincipper, som vist ovenfor.

Den simple erkendelse af, at børn ikke holder op med at lege blot fordi de bliver syge, har ført til designprincippet: Integreret leg. Allerede i dag er der rigtig mange gode eksempler på, hvordan den enkelte medarbejder benytter legen til at hjælpe børnene igennem udfordrende procedurer og dermed undgå fastholdelse. Vi vil anvende legen som en integreret del af behandlingen og plejen – gøre legen til en del af bygningens og kulturens DNA.

Kompleks udviklingsopgave

Der er tale om en stor og kompleks udviklingsopgave, der er ekstremt ledelseskrevende, ikke mindst fordi ambitionen for udvikling af hospitalet er høj. Der er lagt en ambitiøs plan både for byggeriet og for udviklingen af indholdet i bygningen.

Med det gennemgående fokus på, at det er patientforløbet, der er styrende for hospitalets liv, kommer vi til at rykke ved alt, vi kender i dag, hvor hele organisationen, ledelsessystemet, økonomi, aktivitet m.v. er fokuseret omkring de lægelige specialer. Det er en hårfin balance at forsøge at vende hospitalet på hovedet, for det eneste, der absolut ikke må ske, er, at vi ødelægger den høje kvalitet i behandlingen.

Indtil nu ved vi kun, at opgaven er kæmpestor. Vi forsøger at spise elefanten i små bidder ved at dele realiseringen af visionen op i en række udviklingsprojekter. Vi har for eksempel et udviklingsprojekt om fremtidens pitstop-ambulatorium, hvor specialisterne skal være sammen om patienten og med mulighed for samme-dagsdiagnostik.

Flere udviklingsprojekter

Vi har et udviklingsprojekt om etablering af Danmarks første børneintensive enhed. Vi har et udviklingsprojekt om, hvordan vi kan bruge legen som en aktiv del af behandlingen af børn og unge. Og en

lang række andre udviklingsprojekter.

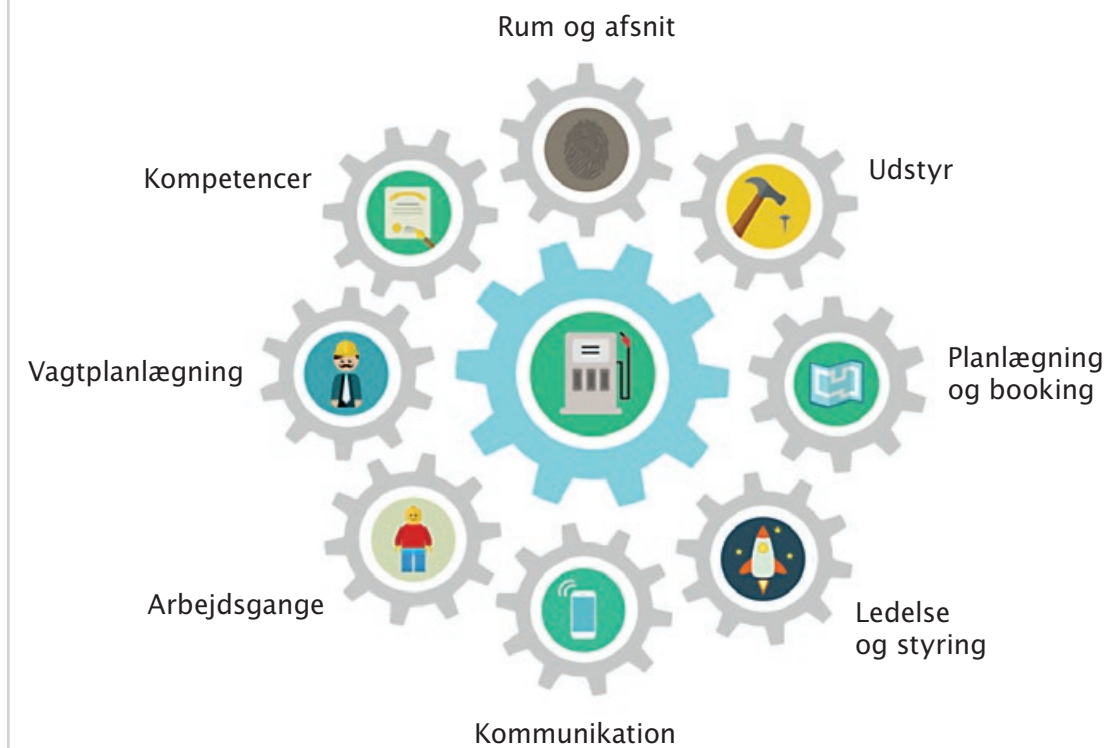
Uanset hvilke udviklingsprojekter vi er i gang med, er der rigtig mange parametre i spil, og uanset hvilken parameter vi arbejder med, vil det påvirke de andre. Når vi laver en børneintensiv enhed, hvor vi samler de intensivt syge børn og unge fra fire eksisterende intensivafdelinger på Rigshospitalet, skal vi ikke alene tilrettelægge et nyt uddannelsesforløb for både læger og sygeplejersker. Vi skal også indrette sengestuer og behandlingsrum, som kan dække alle specialer, vi skal arbejde med en fælles kultur omkring den familiecentrerede pleje og behandling, vi skal ændre arbejdstilrettelæggelsen, så lægerne fra voksenspecialerne kan være til stedet i den børneintensive enhed også, og en helt masse andre ting.

Figuren til højre illustrerer alle de forskellige elementer, der skal arbejdes med inden for udviklingsprojekterne under organisationsprojektet.

Driver i forandringsarbejdet

En væsentlig driver i forandringsarbejdet er at have patienter og fami-

Elementer i transformation og redesign



lier med i alt, vi gør. Det, der binder BørneRiget sammen, er, at alle ønsker at gøre det bedste for patienterne. Patienternes oplevelser kan ikke bestrides, og vi kan igen og

igen konstatere, at vi dybest set ikke ved, hvad patienternes behov er.

Så at have patienterne og deres familie med i udviklingsarbejdet er indtil nu noget af det bedste, som vi

har gjort. Patienterne er med på workshops, camps og i arbejdsgrupper, hvor vi arbejder med at udvikle fremtidens løsninger.

Fremtidens teknologi

For at understøtte de store forandringer og realiseringen af visionen for BørneRiget er det nødvendigt at inddrage de nyeste teknologiske løsninger. Derudover kommer de nye behandlingsformer, kortere indlæggelsestider, mere hjemmebehandling og flere krav fra brugerne til »ordentlig service«.

For at forberede »pitstop«-besøgene på hospitalet kræver det en grundig planlægning og orkestreering, der sikrer, at alle de rigtige behandlingsværktøjer og specialister er forberedte og tilstede på rette tid og sted. Patientportaler med selvrapportering af værdier og andre oplysninger som eksempelvis spørgeskemaer og patientoplysninger er centrale for at forberede både hospitalet og patienten inden et ambulantly besøg eller en indlæggelse.

De mange tilgængelige datakluder omkring helbredet giver en detaljeret, personlig sundhedsprofil og

bygger blandt andet på samspillet mellem genprofil og personlige data fra smart devices, fjernmonitorering, journaloplysninger og laboratorieundersøgelser.

Analyse med Machine Learning

Personlig medicin og analyseværktøjer med Machine Learning vil gøre det muligt for specialisterne at forberede sig hurtigt og optimalt til de forkortede ambulatorieforløb. Ene-stuer og en fleksibel udnyttelse af faciliteterne på hospitalet med delte sengestuer og ambulatorier på tværs af specialer medfører, at disse rum skal være yderst fleksible.

Samtidig skal der ikke bruges for lang tid på at lede efter en infusionspumpe. Der må heller ikke bruges for lang tid på at finde kolleger, der befinder sig inde på stuerne. Derfor planlægger vi med løsninger til løbende at lokalisere og spore både udstyr, varer, kolleger og patienter. Det kombineres med nye måder at kommunikere på igennem både synkront (opkald) og asynkront (SMS/sikker chat), hvilket sikrer sammenhængskraften i persona-

legruppen internt og eksternt med samarbejdspartnere.

Lokalt kontrolcenter

For at sikre et fleksibelt hospital, som også er bedst muligt udnyttet, vil det være nødvendigt hele tiden at undgå flaskehalse. Det kræver en løbende optimering af forløb, arbejdsgange og ressourcer. Her kan morgenkonferencens koordinering suppleres med en kontinuert tilpasning, som med baggrund i Supply Chain Management og inspiration fra NASAs »Mission Control« indbygges i et lokalt »kontrolcenter«.

Dette sikrer både en mulighed for, at personalet kan koncentrere sig om behandlingen af den enkelte og en bedre udnyttelse. Eksempler af en sådan løsning findes i dag blandt andet på Humber River Hospital i Toronto og John Hopkin's Children's Hospital. Også et af BørneRigets samarbejdshospitaler, Royal Children's Hospital i Melbourne, arbejder med disse processer sammen med sundhedsplatform-leverandøren Epic.

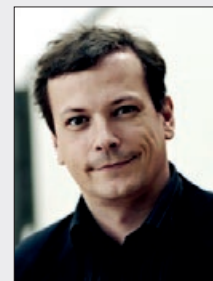
Tænk, hvis vi kommer til en situ-

Om forfatterne



Anne-Mette Bang Termansen

Projektchef på BørneRiget. Uddannet cand.scient.pol. Arbejder med realisering af vision og strategi i praksis og har over de sidste ti år skabt resultater inden for organisations- og kvalitetsudvikling inden for både små og store virksomheder og organisationer. Har arbejdet med sygehuse i hele Skandinavien i de sidste 20 år, herunder flere år i lederstillinger på hospitaler i København og flere år som ekstern konsulent. anne-mette.bang.termansen@regionh.dk



Christian Koerner

Teknologi scout på BørneRiget. Uddannet Master i Health IT. Har arbejdet med innovation og sundheds-it i over ti år og skabt en række nye løsninger for patienter og sundhedsfaglige igennem anvendelse af brugerinddragelse og service design-principper. Har en bred baggrund indenfor udvikling og drift af teknologiske løsninger og har altid fokuseret på med ny teknologi at skabe holdbare forandringer. christian.koerner@regionh.dk



Bent Ottesen

Lægelig chef for projekt BørneRiget siden 2014. Professor i gynækologi og obstetrik ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet siden 1991. I perioden 2002-2014 desuden centerdirektør i Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, der varetager områderne kvinder, børn og forplantning. Har fokus på integrationen af behandling, forskning og uddannelse i det nye hospital. Bent.Ottesen@regionh.dk



ation, hvor flere svært syge børn kan forblive på det lokale sygehus med en tæt monitorering af specialister fra Rigshospitalet via et »kontrolcenter«?

Teknologiske nyskabelser

Ovenstående eksempler er nogle af de centrale teknologiske muligheder, som BørneRiget arbejder med, og som skal understøtte både et bedre patientforløb og optimale arbejdsgange.

Det er dog ikke de eneste områder, vi forsøger at afdække mulighederne indenfor. Overordnet har vi taget designprincipperne sammen med de for tiden væsentligste teknologiske nyskabelser og arbejder med en Use-case Map, som ses på figuren til højre.

Arbejdet er kun i sin begyndelse og skaber et godt grundlag for i løbet af de kommende år at udfolde mulighederne for konkrete løsninger. Fordelen ved denne model er, at det konkretiserer både designprincipper og teknologierne og skaber et godt grundlag for brugerinddragelse.

Use-case Map

	Internet of Things	Robotteknologi	Kunstig intelligens	Sociale netværk
Behandling og pleje	<ul style="list-style-type: none"> Hjemmemonitorering Patientidentifikation Mobiltracking 	<ul style="list-style-type: none"> Tunge løft Operationer (da Vinci) 	<ul style="list-style-type: none"> Klinisk Beslutnings Støtte Personalisering af kliniske forløb Stratificering af patientrisiko 	<ul style="list-style-type: none"> Kliniske samarbejder 3. parts supervision Plejeteams Sikker chat
Logistik	<ul style="list-style-type: none"> Asset Management Rengøring Senge Management 	<ul style="list-style-type: none"> Rengøring Transport Supply Chain 	<ul style="list-style-type: none"> Optimering på logistik Compliance kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> Ressourceoptimering Kommunikation
Læring	<ul style="list-style-type: none"> Fjernundervisning Kontekstafhængig patientuddannelse 	<ul style="list-style-type: none"> Robotter Konstruktion af robotter Programmering 	<ul style="list-style-type: none"> Orkestrering af ressourcer (inkl. forældre) Tutoring/vejledning Black Box feedback 	<ul style="list-style-type: none"> Kontakt til kammerater fra skolen Fjernundervisning Samarbejds-/ læringsmiljøer
Integreret leg	<ul style="list-style-type: none"> Skattejagt Motion Wayfinding Sporbarhed og forebyggelse af tyveri 	<ul style="list-style-type: none"> Computerspil Robotkonstruktion Interaktivt legetøj Fjernleg 	<ul style="list-style-type: none"> Gamification af hjælp Interaktion med naturligt sprog/ talegenkendelse Digitale assistenter Avatar/følgedyr 	<ul style="list-style-type: none"> Interaktive niches Fjernunderstøttede spil/streaming Spil med »gamle« venner (MMOG) Del oplevelsen digitalt
Designet til hverdagen	<ul style="list-style-type: none"> Bring your own device Mobil infrastruktur IT-infrastruktur til pårørende/forældre 	<ul style="list-style-type: none"> Rengøring Alarmsystem til hjem 	<ul style="list-style-type: none"> Understøtte behandling derhjemme Adgang til patientoplysninger uden for hospitalet 	<ul style="list-style-type: none"> Adgang til arbejdsmiljø Videokonference

Voksduge og simulationstræning hjælper nye hospitalsbyggerier på vej

Opsamling af erfaringer hjælper med at realisere potentialer i nye hospitalsbygninger Region Midtjylland.

Af Kasper Bjørn og Sigrid Vest Arler

Når et ny hospitalsbyggeri skal tages i brug, er det ikke blot en opgave, der skal klares. Det er en ekstraordinær mulighed for at skabe et løft i effektivitet og kvalitet. Det kan dog være svært at gå fra visioner til klar strategi, når organisationen skal gøres handlekraftig i forhold til at realisere potentialerne.

I denne artikel vil de to forfattere, der begge arbejder med ibrugtagning af nye hospitalsbygninger i Region Midtjylland, formidle erfaringerne fra forberedende arbejde med en række hospitaler og afdelinger. Arbejdet har taget afsæt i både involveringsplatformen Voksdugen og simulationsseancer.

En platform for involvering

Historien starter tilbage i 2014, hvor medarbejdere fra Projektafdelingen for Det Nye Universitetshospital i Aarhus tog initiativ til at trykke meget store udgaver af plantegninger. De havde set et potentiale i at bruge plantegningerne til simulation af flow og udvikling af arbejdsgange. Vi blev inviteret med til at designe processen, og sammen udviklede vi den første udgave af det, der kom til at hedde Voksdugen.

Den første session lykkedes ikke særlig godt. De store tegninger på voksdugene var værdifulde, men vi havde ikke forstået behovet rigtigt. Vi troede, at vi skulle simulere flow på tværs af hele det nye hospital og identificere flaskehalse og kø-pro-

blematikker. Deltagerne blev dog optagede af andre og nære ting. »Wow, der er jo kun enestuer«, og »Det er godt nok nogle lange afstande«, var nogle af de typiske kommentarer.

Vi opdagede, at medarbejderne havde brug for at blive taget med på en helt anden måde. Vi opdagede, at der ikke var brug for et simulationsværktøj alene. Der var brug for en platform for involvering, og her blev Voksdugen vores svar.

Forbereder organisationen

I dag er store plantegninger suppleret af andre gode værktøjer integreret i det forberedende arbejde i så vidt vides alle større hospitalsbyggerier i landet. Inspirationen har



Foto: Lisbeth Hasager Justesen

også bredt sig ud over landegrænsen. Voksdugen er med til at dække et behov for at forberede organisationen, mens den nye bygning endnu er under opførelse.

På Voksdugen har vi print af medarbejdernes nye plantegning. Ikke som en skitse eller en idé, men som en færdig tegning af lokalerne, som de præcist bliver opført. Når

medarbejderne kommer til deres første session, plejer de som det første at røre ved dugen for at konstatere, om det nu også faktisk er en voksdug. Det er det. Herefter ser

de på tegningen. »Kan vi få flyttet den her væg? Kan vi få sat en dør i her?«.

Mange ser reelt tegningen for første gang, og ideerne til placering af for eksempel vægge og døre kommer frem. Det er dog flere år siden, tegningen blev låst fast. Nu handler det ikke om at designe en bygning, men om at designe en klinisk og organisatorisk praksis. Som supplement til tegningen har vi laminerede infokort, der beskriver de væsentligste nye tekniske og kliniske koncepter, som allerede er besluttet. Mange er faktisk »bygget ind« i det nye hospital: Én-sengsstuen, rørposten, teamrummet osv.

Målet med den første voksdugssession er at give medarbejderne en reel mulighed for at begynde at kunne se de nye rammer for sig, både de fysiske og de konceptuelle. Der er både udfordringer og potentialer.

Cases og syge Lego-mænd

En voksdugssession tager typisk op til to timer. Vi kunne sagtens bruge længere tid, men tiden er knap. Og det er netop en pointe, at udvik-

Om forfatterne



Kasper Bjørn

Chefkonsulent i Region Midtjylland, Koncern HR, Udvikling. Uddannet cand.scient.pol. Har siden 2014 bidraget med metodeudvikling, rådgivning og processtyring i relation til klargøring til brugen af nye hospitalsbygninger. kaspbjoe@rm.dk



Sigrid Vest Arler

Organisationskonsulent i Region Midtjylland, Koncern HR, Udvikling. Uddannet antropolog. Har siden 2014 bidraget med metodeudvikling, rådgivning og processtyring i relation til klargøring til brugen af nye hospitalsbygninger. sigarl@rm.dk

lingsarbejdet skal kunne foregå i hverdagen og under hensyntagen til en allerede travl organisation. I sessionen arbejder deltagerne med cases og Lego-mænd. Casene er konstrueret som standardforløb med typer af patienter, som allerede er kendte i afdelingen. Blot er her sikret, at casene berører de mest relevante nye rammer og koncepter.

Hvis det nye hospital for eksempel har nye koncepter for bestilling og håndtering af blodprøver, er der en case, hvor patienten skal have taget prøver. Hvis det nye hospital har et nyt koncept for inddragelse af pårørende, har vi en case med en pårørende, der er fortvivlet og forvirret. Selve den kliniske del af casen er formentlig ikke ny i sig selv.

Det er betydningen af de nye rammer, der er i fokus.

Faktisk har vi erfaret, at casenes kliniske kompleksitet skal holdes lav, så fokus netop kan være på de nye rammer. De, der måske troede, at der blot var tale om lidt større lokaler og bedre lysindfald, tager fejl. Der er rigtig meget, der skal tages ind.

Første bidrag

Efter en endt session har deltagerne typisk været gennem to-tre cases. Som afrunding på hver case notes: Hvad opdagede deltagerne? Hvor ser de nye muligheder? Hvad kan bekymre dem? Hvad har de brug for at få afklaret sammen?

Efterfølgende samles noterne, og ledelsen har nu en meget værdifuld mængde informationer til det videre arbejde. Hvilke arbejdsgrupper skal nedsættes, hvilke informationer skal afklares, hvilken rækkefølge skal de mange delprocesser tages i, og hvornår skal vi arbejde på tværs med andre afdelinger?

Medarbejderne har netop givet et første og vigtigt bidrag til ledelsens tilrettelæggelse af det videre ar-

bejde i afdelingen. Det er nemlig først i den videre proces, der kan arbejdes med egentligt design af arbejdsgange. Først skal medarbejderne have mulighed for at få en fornemmelse af de nye rammebetingelser. Der er meget at forholde sig til. Efter at have deltaget i Voksdugen første gang udtalte en deltager sig om hele flyttemprojektet: »Det bliver godt nok spændende – og også lidt skræmmende«.

Forskellige reaktioner

Vi har undervejs i de mange Voksdugsprocesser set forskellige reaktioner. Generelt er der dog et mønster: Deltagerne på tværs af specialer, faggrupper og matrikler er både meget engagerede og dedikerede. Mange har spurgt os om lægerne: Er de nu også med? Svaret er, at ja, det er de. Det er serviceassistenterne også, og SOSU-personalet, lægesekretærene, sygeplejerskerne og alle de andre.

Faktisk er det ofte svært at se, hvem der repræsenterer hvilken faggruppe, når først Lego-mændene bliver flyttet rundt på voksdugen. Arbejdet er konkret og rele-

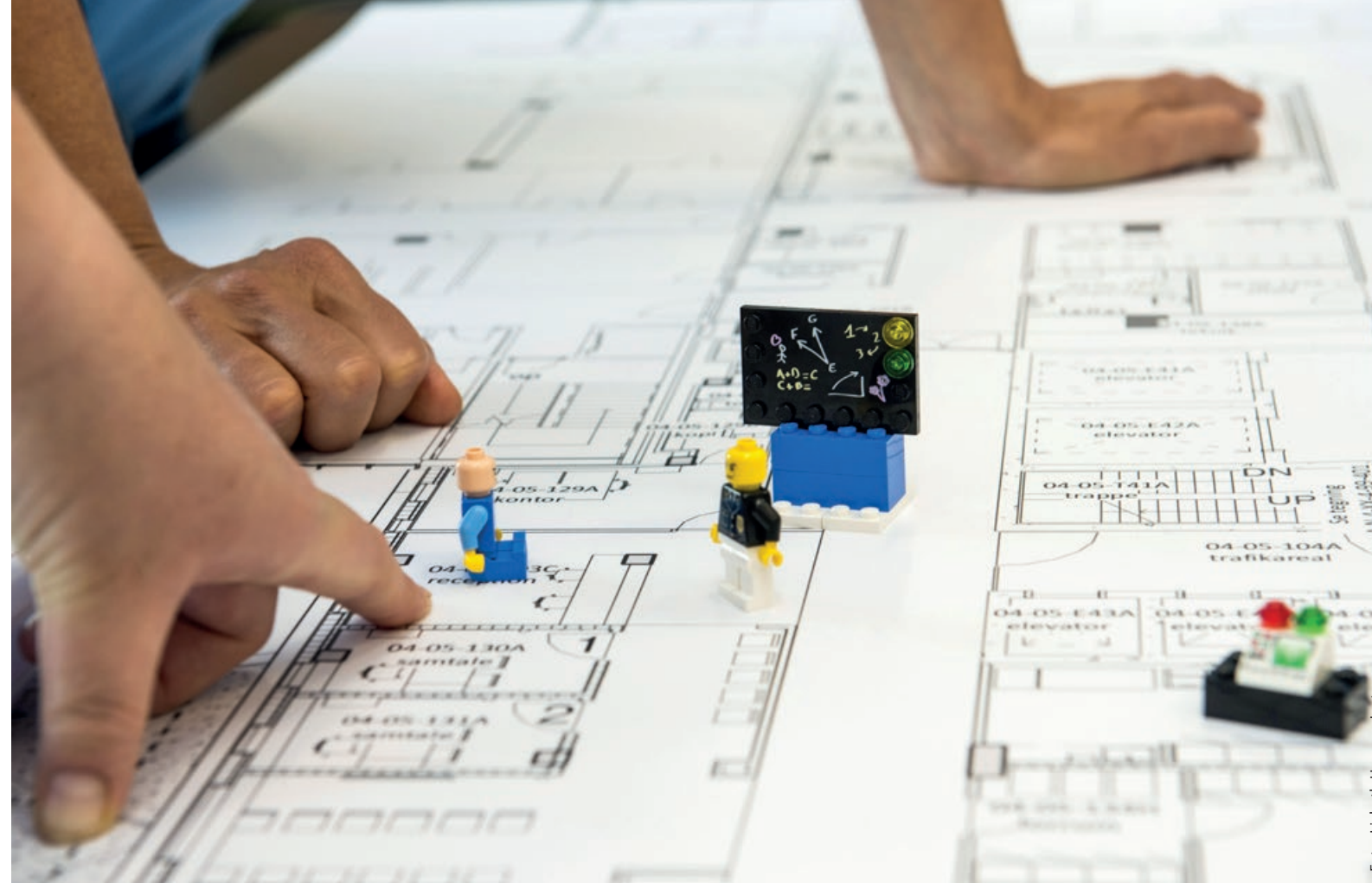


Foto: Lisbeth Hasager Justesen

vant, og det handler om kernen i den kliniske dagligdag. Det er ikke nogen øvelse, det er ikke nogen leg. Så selvfølgelig er alle faggrupper med.

Medarbejdere glæder sig

Når vi studerer effekterne i afdelin-

ger, der har anvendt Voksdugen, så ser vi først og fremmest en masse aktivitet. Der opstår alt fra begejstring til frustration, fordi de fremtidige forhold nu bliver konkrete og håndgribelige. »Jeg skal hjem og måle, hvor lang tid det tager at gå med et fyldt bækket på

sådan en lang gang!«, er en meget sigende udtalelse fra en sygeplejerske.

Typisk er dog også, at selve voksdugen efter sessionen bliver rullet ud i kaffestuen eller teamrummet, hvor den bliver brugt som underlag for flere møder i den videre

proces. Den nye bygning flytter så at sige ind i den gamle. »Nu er proppen virkelig taget af, og vi har åbnet processen. Jeg har virkelig fået noget at se til,« har en leder sagt som beskrivelse af, hvordan stemningen opleves i ugerne efter den første session.

Det vigtigste mentale skift, vi har kunnet identificere i en medarbejderflok, er oplevelsen af at glæde sig til det nye. Det nye hospital er nu blevet konkret og vedkommende. Det diffuse er svært at begribe, det konkrete kan man glæde sig til. En rammende kommentar fra en medarbejder var: »Hvornår kan vi komme ind og øve os? Nu vil vi selv være LEGO-mændene!«.

Vigtigheden af kaffestuen

Undervejs i byggeprocesserne opstår muligheden for, at det kliniske personale kan komme på rundtur i de nye lokaler. I de tidlige faser er det med hjelm, sikkerhedssko og autoriseret rundviser. Senere kan de få lov til at bevæge sig mere frit rundt, og i de afsluttende faser kan de være i bygningen med inventar og udstyr på plads. Også her har vi

erfaret, at kompleksiteten ikke skal være høj fra start.

Den første rundvisning er som regel imødeset med store forventninger. »Er det så her, patienterne kommer ind?«, »Hold da op, hvor er der meget lys!« er typiske første spørgsmål og kommentarer. På de første rundvisninger er alt inventar og udstyr sjældent på plads. Men det er en god investering at bruge tid i bygningen alligevel. Vi har haft god succes med faglige skattejagter, hvor deltagerne skal navigere rundt i lokalerne.

Desuden viser det sig, at det altid er en god ide at kaste et blik på et særligt lokale: »Er det så her, vi skal drikke kaffe?«. Det kan i de store planer med fokus på produktivitet, teknologi og kvalitet forekomme banalt, men følelsen af at have en base og et tilhørsforhold, er for mange helt essentielt. Vores kliniske kolleger håndterer patienters liv og førlighed hver eneste dag. Det kræver faglighed og organisering. Men det kræver også kollegialt samvær og sammenhold. Kaffe-stuen rummer mere, end navnet antyder.

Det faglige skal også flyttes

Når det overordnede overblik over de nye bygninger er skabt, er det tid til at dykke et niveau dybere. Det er ikke nok at vide, hvor de forskellige stuer og funktioner er placeret. Det er også nødvendigt at kende til detaljerne som eksempelvis indretningen af alle relevante rum og skabe, placeringen af udstyr og transporttider i det nye hus. Derudover er det selvfølgelig væsentligt at lære at håndtere og bruge nyt udstyr.

Her bliver tiden bedst udnyttet ved, at programmet tilrettelægges specielt til hver enkelt faggruppe. Der er meget, der skal læres, men det er ikke det samme, alle har brug for.

De bedste erfaringer har vi fået, når processerne er designet efter temaer, som er meningsfulde og fagligt relevante for personalet. For eksempel kan en detaljeret rundtur på afdelingen foregå i patientens fodspor med afsæt i cases fra Voksdugen eller med udgangspunkt i et faktisk patientforløb. Ved at træne eksempelvis modtagelse eller undersøgelse af patienten, kommer

medarbejderne rundt i de nødvendige skabe og skuffer, får hentet undersøgelsesudstyr, bestilt patienttransport og afleveret blodprøver i rørposten.

På den måde er processen konkret og med en stærk kobling til den kommende hverdag. Det skaber grundlag for en kropslig læring og dermed bedre mulighed for at hente det lærte frem, når de første rigtige patienter begynder at blive modtaget i afdelingen.

Erfarne medarbejdere bliver nye igen

Den dag, et nyt hospital tages i brug, er selv den mest erfarne medarbejder ny igen. Ikke ny i faget, men i faciliteterne. Det skal tages særlig alvorligt i relation til de akutte og livstruende situationer, hvor selv små fejl kan have store konsekvenser. Her er det nødvendigt, at alle kender deres rolle, deres præcise placering og deres udstyr, så opgaven kan løses uden forsinkelse og unødigt usikkerhed.

Vi har set, hvordan selv små ændringer kan vække bekymring hos erfarne fagfolk. Et eksempel er no-

get så simpelt som ændrede lokalenumre. Besøgende skal nok få den del lært i løbet af de første besøg i den nye bygning. Hjertestopteamet har derimod brug for at have det

fuldstændig på plads, før de kaldes til første opgave i det nye setup. Træning i de akutte situationer er altså vigtig både for patientsikkerheden og for medarbejdernes ople-

velse af at kunne håndtere situationen.

Simulation som metode

Simulation er en kendt metode for

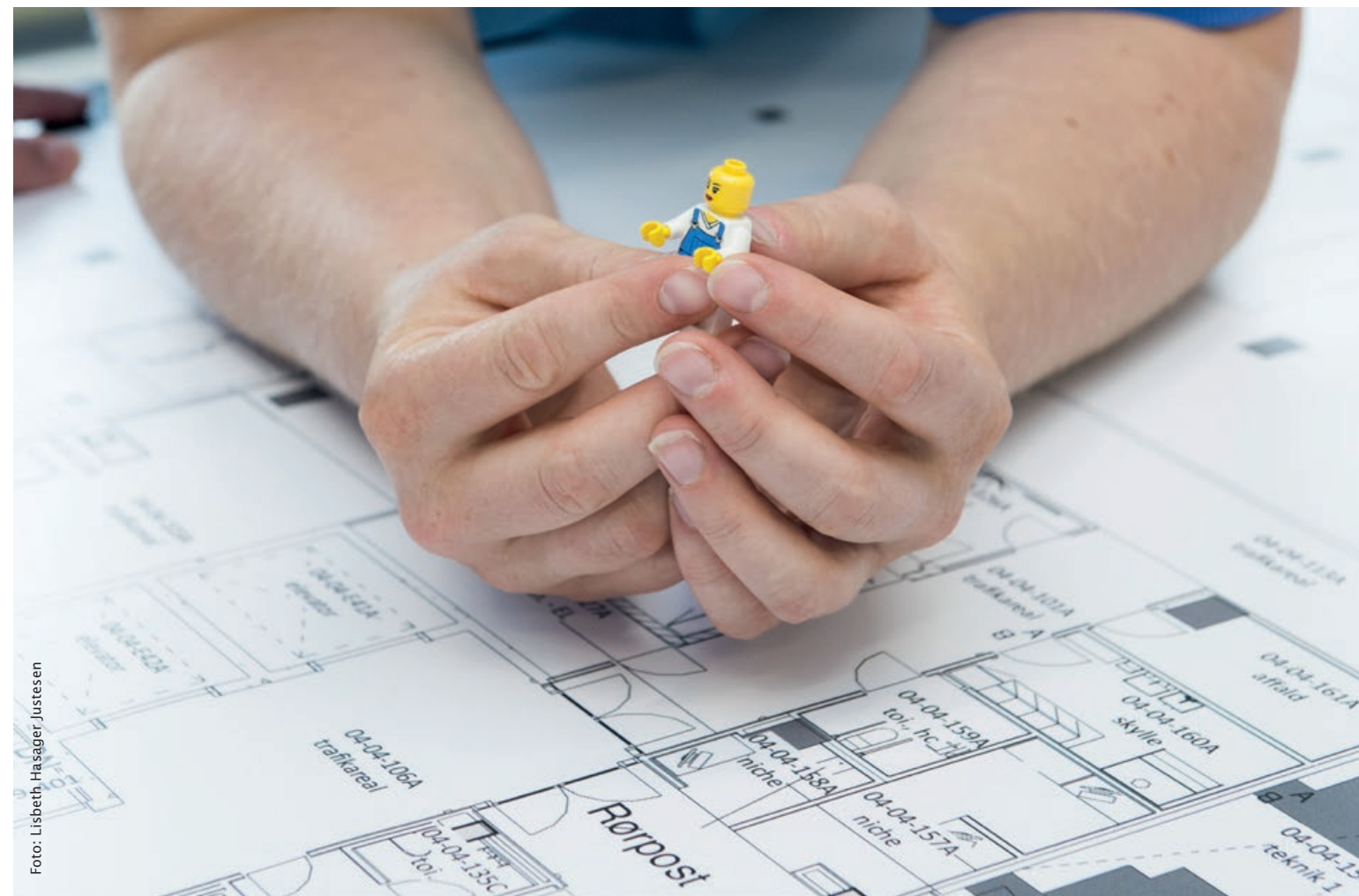


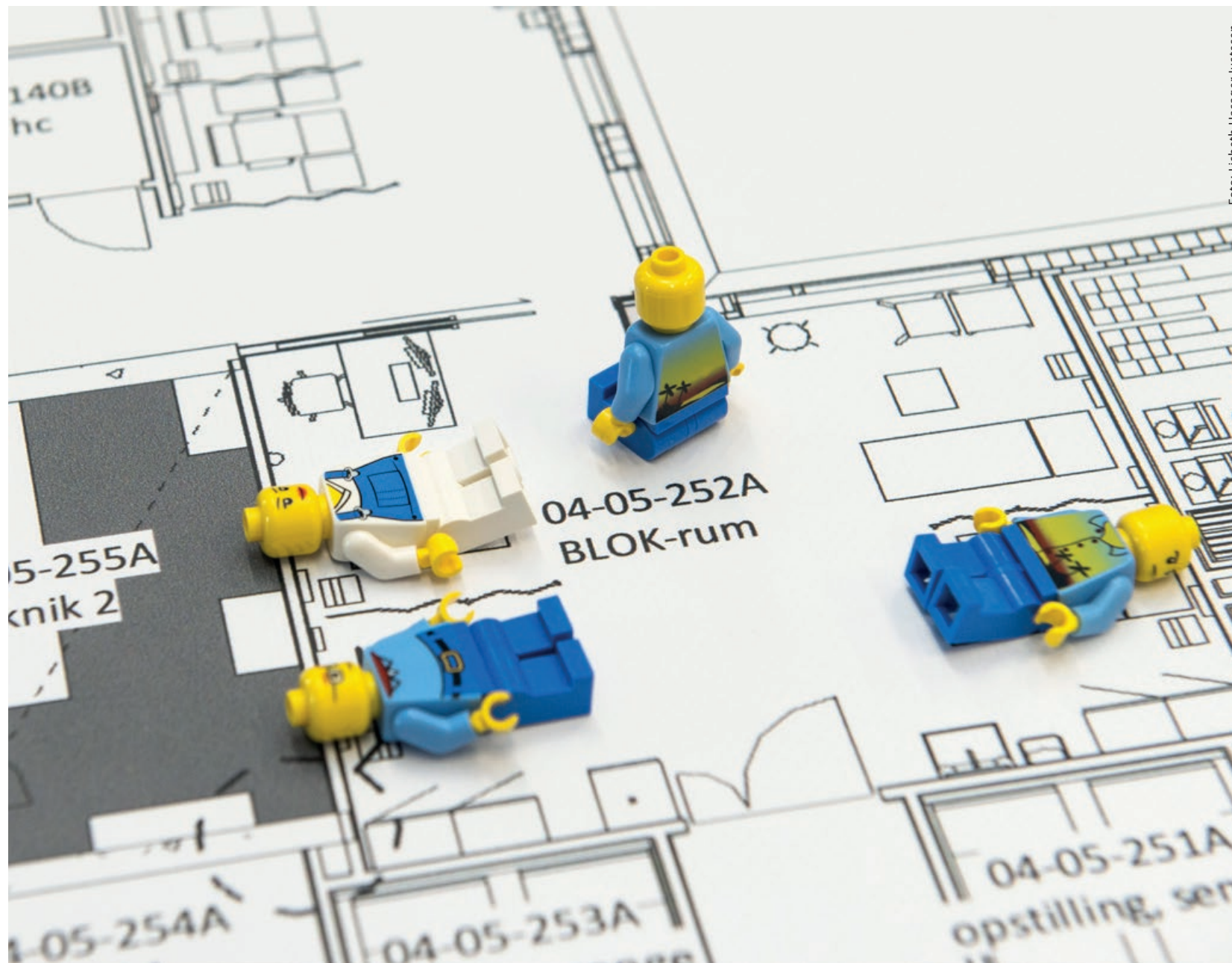
Foto: Lisbeth Hasager, Justesen

mange klinikere, og flere afdelinger bruger allerede simulation og har uddannede simulatorinstruktører. På Aarhus Universitetshospital har vi fulgt Akutafdelingens arbejde med at træne blandt andet traumekald frem mod ibrugtagningen af den nye bygning.

Afdelingens systematiske arbejde afdækkede to metodemæssige pointer, som står tilbage som centrale:

For det første er det vigtigt, at man ikke falder for fristelsen til at træne alt det, man i forvejen syntes, man trængte til at få trænet, eller det, som er mest spændende, set med klinikerøjne. Dels fordi træningen i forbindelse med en flytteproces hverken kan eller skal erstatte den almindelige uddannelse på afdelingerne, dels fordi man risikerer ikke at komme godt nok omkring alt det vigtige nye i bygning og faciliteter, hvis fokus er et andet sted.

For det andet er det afgørende, at alle afdelinger, som har personale involveret i arbejdsgangen og dermed også træningen, bliver involveret tidligt nok i processen. Videre er det vigtigt, at alle parter stiller med et hold med mandat til at træffe af-



gørende beslutninger for den kommende arbejdsgang. Der er meget, som skal gentænkes, manualer der skal skrives om etc.

Derfor er det vigtigt, at et hold af erfarne klinikere tidligt får muligheden for at gennemgå hele scenariet og træffe beslutning om de bedste arbejdsgange, som resten af medarbejderne efterfølgende kan træne efter.

Stor interesse for metoder

Vi er som beskrevet af flere omgange blevet inviteret på hospitaler og afdelinger til at fortælle om vores erfaringer. »Hvordan kører I de der sessioner på voksdugen?«, »Hvem er til stede i simulationsøvelserne?«. »Hvilke værktøjer har I til at arbejde med arbejdsmiljøet?«. »Hvad er der i jeres flyttekuffert?«. Interessen for særligt metoder og værktøjer er stor.

Her vil vi gerne for en stund dreje lyset væk fra værktøjerne og over på nogle vigtige erfaringer, som handler om organisering og ledelse af den store transformationsproces. Hele vejen fra hospitalsledelse til det enkelte afsnit skal der

organiseres og fordeles ansvar i relation til at blive klar til det nye byggeri.

Koordinationsopgaven er enorm, og kommunikationsopgaven er vanskelig. »Ved den ene hånd, hvad den anden laver i den her proces?«, har vi hørt flere sige. Udfordringen bliver måske mere aktuell end nogensinde, når et hospital skal flytte. Byggeriets projektorganisation er en del af løsningen, og den samlede administration skal lykkes med mere end at administrere. Den skal spille en central og proaktiv rolle i en meget stor og kompleks transformationsproces.

Klarhed i strategien påkrævet

»Dokumentationen skal ske tæt på patienten«. »Patientforløbene skal være sammenhængende på tværs«. »De pårørende skal inddrages allerede under indlæggelsen«. »Udstyr skal ejes på tværs af afdelinger«.

Vi har hørt mange versioner af fremsynede og relevante pejlemærker i forbindelse med ibrugtagningen af de nye hospitaler. Det synes dog at være svært at gå fra visioner til klar strategi. Hvem definerer og

beskriver, hvad vi konkret i praksis mener med de forskellige nye koncepter?

Hvem afgør, hvad der skal stå på de »infokort«, der kommer til at ligge på voksdugene på tværs af afdelingerne? Hvor meget skal gælde på tværs, hvor meget kan være op til hver afdeling? Det er en svær og tidskrævende proces at beslutte og konkretisere.

Det kræver ledelse på tværs, og det kræver tid, hvor lederne skal have mulighed for fordybelse, analyser og dialoger sammen. Vi har set eksempler, hvor ledelsessystemet og administrationen ikke har givet sig selv tilstrækkelig tid til at løse denne opgave grundigt sammen. Det frustrerer både dem selv og de mange klinikere, som efterspørger klarhed frem for alt. »Nå, så har vi nok slet ikke så god tid, som vi gik og troede«, er en sætning, vi har hørt på flere chefkontorer i rådgivningssituationer.

Alle venter på de andre

Listen over store forandringer i forbindelse med de nye bygninger er lang. Den spænder fra de meget

tekniske til de mere bløde. Vi har flere steder set nogle imponerende og detaljerede projektstyringsværktøjer, som med tidslinjer og liggende søjler illustrerer de enkelte delprojekters planlagte start- og sluttidspunkter.

Vi har også set en særlig problematik, som vi kalder »Alle venter på de andre«. Udfordringen er de enkelte projekters gensidige afhængighed og den store kompleksitet. Når IT-bookingsprojektet afventer afklaring fra projektet omkring bemanning af fælles receptioner, så kan vareleveringsprojektet ikke lande beslutningen omkring nyt vareflow. Når beslutningen om vareflow udestår, kan projektet omkring servicering af sengeafsnit ikke landes.

Det betyder, at andre ikke kan komme i mål med beslutninger omkring indretning af skabe i lokale serverings-nicher i afsnittene, som så igen betyder, at arbejdsgangene for udvalgte servicemedarbejdere ikke kan defineres. Det betyder så, at projektet for de fælles receptioner – som eksemplet her startede med – kommer til at vente.

Stresser organisationen

Ovenstående eksempel er tænkt, men dog ikke grebet helt ud af den blå luft. »Alle venter på de andre-problematikken« kan betyde, at de liggende søjler i projektstyringsdiagrammet i realiteten bliver forlænget uden kendt slutdato. Det stresser organisationen, og det kan presse de sidste aktiviteter frem mod flytningen, som jo netop blandt andet er medarbejdernes træning i bygningerne.

En anden uheldig effekt kan være nervøsitet og mistillid til det store projekt. »Nu har de snakket om det her nye sterilkoncept i flere år. Gad nok vide, om det nogen sinde bliver en realitet«, er en sigende kommentar fra en funktionsleder. Det er op til hospitalsledelsen at forme en ledelsesorganisation og en proces, der skaber evne og ikke mindst mod til at lukke beslutninger på trods af stor uforudsigelighed og usikkerhed.

Skræmmende og spændende

Vi har haft det store privilegium at være med i udviklingsprocesser omkring en række af de nye bygninger.

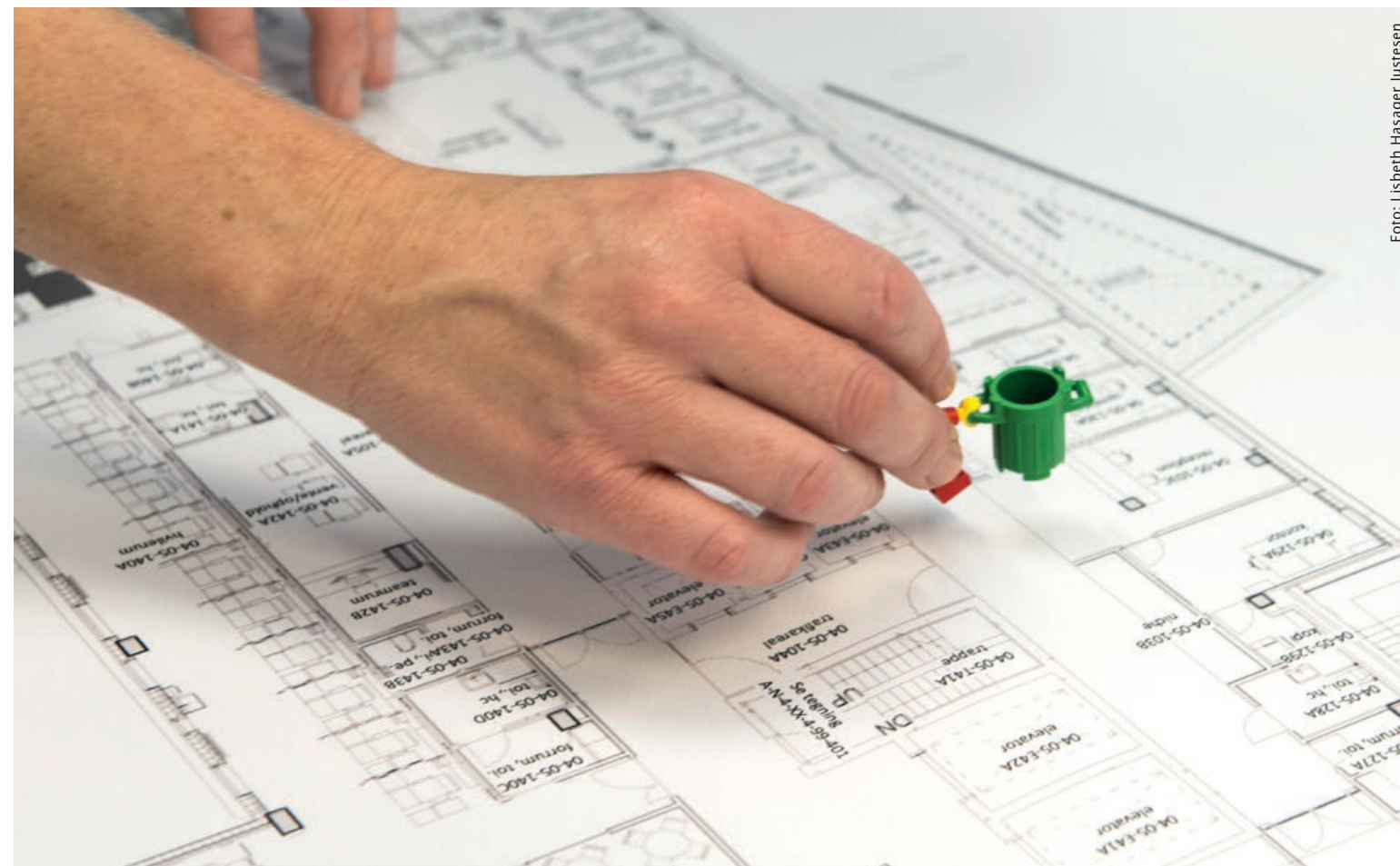


Foto: Lisbeth Hasager Justesen

Det har været lidt skræmmende, men også vildt spændende. Vi har set noget, der kunne gøres bedre, men heldigvis mest af alt processer og mennesker, der er lykkedes utrolig godt med en meget svær opgave.

Når det lykkes, så er det fordi der i alle dele af hospitalsvæsenet er dedikerede og dygtige mennesker. Det giver en grund til fortsat optimisme. Få af os har prøvet at tage nye hospitalsbyggerier i brug i den størrelsesorden, som det gøres

i disse år. Lige så få af os har prøvet at udvikle og tilpasse organisationen de første par år efter indflytningen. Det bliver vores næste store opgave – og mon ikke også det bliver både spændende og lidt skræmmende?

CPR-nummeret: En ægte dansk succes

CPR-registeret er grundlaget for velfærdssamfundet og giver enestående muligheder for forskning. I år fylder CPR-nummeret 50 år.

Af Jan Mainz og Søren Påske Johnsen

I år er det 50 år siden, at alle danskere fik et CPR-nummer i forbindelse med, at CPR-registret blev etableret i 1968. I internationalt perspektiv er CPR-nummeret unikt, og de muligheder, det giver, er enestående. CPR-nummeret er en integreret del af det danske samfund. Vi oplever ikke diskussioner om, hvorvidt vi skal have eller ikke have CPR-numre. CPR-registeret er livsnerven og nøglen i det danske samfund, der forbinder den enkelte borger med alle offentlige registre.

CPR-registeret udgør således et effektivt grundlag for det danske samfund. Den historiske erfaring med CPR-registeret og den lovgiv-

ning, der beskytter brugen af det, er, at CPR-registeret ikke skaber, men forhindrer skandaler.

Vort CPR-nummer er i dag en grundlæggende del af vores tilværelse. Alle danskere kan deres CPR-nummer udenad. Det sikrer, at vi kan kommunikere sikkert med de offentlige myndigheder. Vi bliver genkendt ved hjælp af vort CPR-nummer. Det sikrer, at vi får de rigtige børnepenge, betaler den rigtige indkomstskat, får den rigtige medicin og behandling etc. Endelig er der med udgangspunkt i CPR-nummeret nogle helt enestående muligheder for forskning.

Denne artikel beskriver historien bag etableringen af registeret, anvendelsen af CPR-numre og CPR-re-

gisteret som grundlag for velfærdssamfundet samt de muligheder, der er i internationalt perspektiv for forskning.

Behov opstod i starten af 1900-tallet

I begyndelsen af 1900-tallet voksede behovet for offentlige registre i takt med, at det offentlige bureaukrati blev udviklet. På det konkrete plan var det vanskeligt for kommuner at identificere de borgere, der skulle betale skat. Samtidig blev det klart for de offentlige myndigheder, at befolkningsregistre kunne bruges til andet end skatteopkrævning, idet registre også kunne anvendes af politiet og som grundlag for befolkningsstatistik.



I 1924 vedtog Folketinget »Lov om Folkeregistre«, der påbød danske kommuner at oprette lokale registre over kommunens borgere. Registerne skulle indeholde information om navn, adresse, erhverv, fødselsdato, familieforhold og statsborgerskab. Som led i påbuddet skulle kommunerne løbende opdatere registrene i forhold til fødsler, død, civilstand (ægteskab og skilsmisser). Borgerne var forpligtet til at informere de lokale myndigheder i forbindelse med adresseskift og lign., og i de følgende år udvikledes de lokale folkeregistre.

Lovpligtigt at registrere sygeforsikring

I forbindelse med Socialreformen i 1933 blev det i »Lov om Folkeforsikring« lovpligtigt for folkeregistrene at registrere, om borgerne var tilmeldt en sygekasse eller en sygeforsikring. Under besættelsen blev en del af registrene i kommunerne skadet, bortført eller destrueret, men rekonstrueret i årene efter 1945.

I 1961 blev der af Indenrigsministeriet nedsat et udvalg, hvis arbejde førte til CPR-nummerets fød-

sel. Udvalget skulle i forbindelse med indførelse af elektronisk databehandling i den offentlige forvaltning blandt andet overveje, i hvilket omfang databehandlede oplysninger fra folkeregistrene kunne anvendes af andre dele af den offentlige administration, herunder hvorvidt indførelse af et fast løbenummer for hver indbygger, »et kontonummer«, kunne anbefales.

Stigende behov for information

Bag ønsket om sammenkædningen af folkeregistrene med elektronisk databehandling lå et stigende behov for information om personoplysninger, især personers bopælsadresse, og behovet for personidentifikation, der kunne anvendes overalt. Hertil kom planerne om indførelse af kildeskatten, som tænkes organiseret ved hjælp af edb. Udvalget foreslog et fælles centralt personregister med et fælles personnummersystem i den offentlige forvaltning. Det var ikke hensigtsmæssigt, at man valgte et rent løbenummersystem, da dette ville løbe op i et stort antal cifre.

Endvidere fandt man det ønske-

ligt, at der i nummeret var indbygget nogle oplysninger om personen. Da sådanne oplysninger skulle være kendte fra fødslen og ikke ændre sig i livets løb, var mulighederne ret begrænsede. Inspireret af erfaringer fra Sverige foreslog udvalget et ticifret personnummer sammensat af fødselsdatoen, kombineret med et trecifret løbenummer og et kontrolciffer. Endvidere mente man, at kvinder skulle have lige løbenumre og mænd ulige.

Lovforslag fremlagt i 1967

Det lovforslag, der førte til CPR-nummerets indførelse, blev fremlagt i 1967. Lovforslaget blev overordentligt positivt modtaget. Eksempelvis udtalte den konservative ordfører, Poul Schlüter (C), at forslaget var »noget af det mindst kontroversielle en minister i lang tid har præsenteret i Tinget«.

Egentligt er det bemærkelsesværdigt, at en så gennemgribende registrering og med så vidtrækkende konsekvenser blev modtaget positivt fra alle sider af det politiske spektrum i Folketinget, selv om der i forbindelse med behandlingen

også blev udtalt bekymring for, hvem der kunne få adgang til oplysningerne. I 1968 blev loven herefter vedtaget med beslutning om indførelse af CPR-numre. Den danske befolkning modtog i oktober måned 1968 for første gang personnummerbeviser.

I 1991 blev CPR-systemet moderniseret til det, vi i dag kender som CPR-systemet samtidig med, at CPR-kontoret blev etableret. Kontoret har ansvaret for at vedligeholde og udvikle systemet. Omlægningen i 1991 er blevet karakteriseret som et »Big Bang«, idet systemet reelt blev totalt udskiftet.

Ny CPR-lov i 2000

I 2000 blev CPR-lovgivningen justeret i overensstemmelse med EU-lovgivningen. Et af formålene med den ny CPR-lov fra 2000 var at skabe den rette balance mellem på den ene side hensynet til at sikre borgernes privatliv og personlige integritet og på den anden side hensynet til at effektivisere den offentlige administration og det private erhvervsliv. Samtidig forsvandt begrebet folkeregistre.

Om forfatterne



Jan Mainz

Professor, direktør, ph.d., MPA ved Psykiatrien i Region Nordjylland og Center for Klinisk Sundheds-tjenesteforskning ved Ålborg Universitetshospital, Psykiatrien, Ålborg Universitet og affilieret professor ved Haifa University.
jan.mainz@rn.dk



Søren Páske Johnsen

Professor, overlæge, ph.d. ved Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning ved Ålborg Universitetshospital, Ålborg Universitet.
spj@dcm.aau.dk

I forbindelse hermed blev kommunerne fritaget for indberetning til CPR-registeret. I stedet tilvejebringes oplysningerne af de myndigheder, der kommer i kontakt med den enkelte borger i forbindelse med blandt andet fødsler, navngivelse, vielser, skilsmisser, navneændringer og dødsfald.

Disse myndigheder, som for eksempel folkekirkens kordegne og

præster, statsamter og domstole, ajourfører CPR elektronisk fra egne sagsbehandlingssystemer uden om folkeregistrene.

Udvikling på folkeregisterområdet

Siden der i 1924 blev indført folke-registre over hele landet, er der sket en betydelig udvikling. Fra starten i 1968 blev CPR uden for kommunalt

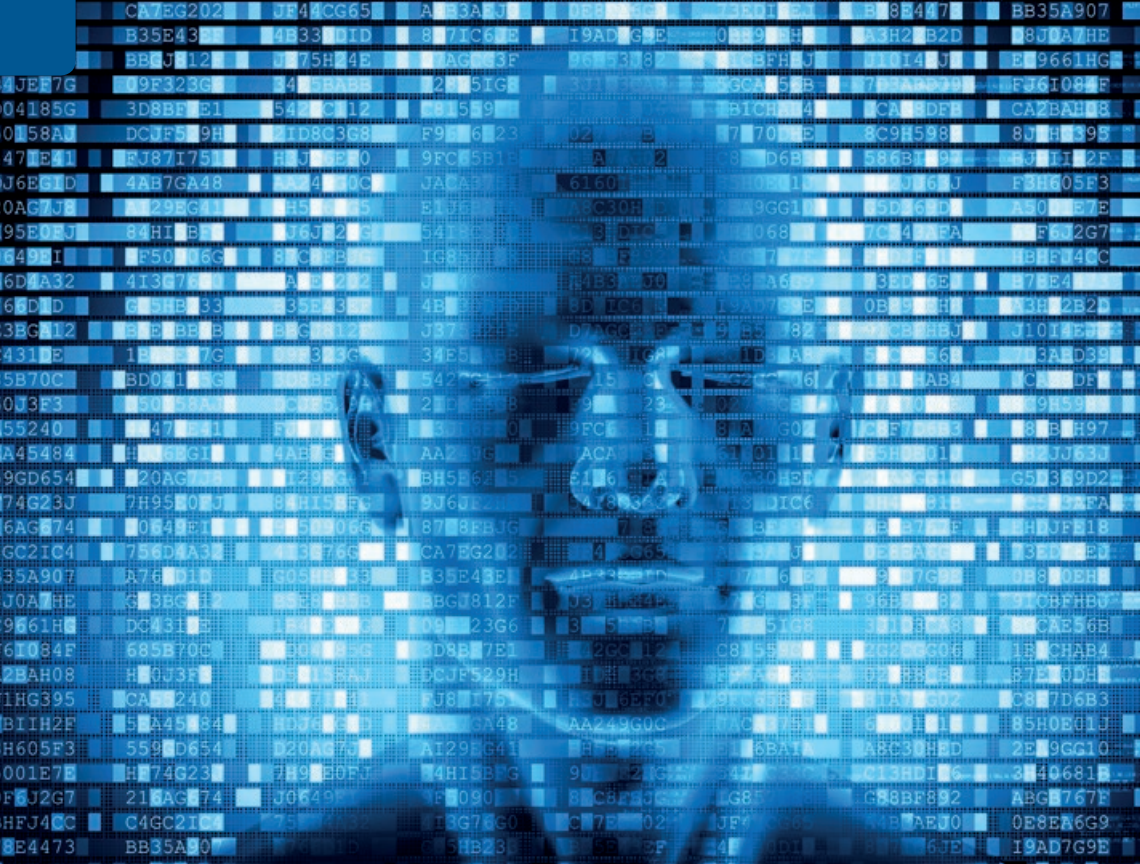
regi kun brugt af kildeskattesystemet, ATP og Danmarks Statistik. Nu anvendes CPR i alle dele af den offentlige sektor og inden for lovgivningens rammer også i den private sektor.

I forbindelse med anvendelsen af oplysningerne er det ved flere lejligheder slået fast, at der skal være legitime grunde for at få adgang til CPR-registeret, samt at adgangen er betinget af, at oplysningerne har væsentlig betydning for myndighedens virksomhed.

Personer, der den 2. april 1968 var tilmeldt et dansk folkeregister eller er blevet tilmeldt et dansk folkeregister efter denne dato, har fået tildelt et CPR-nummer. I Danmark modtager man i dag normalt sit personnummer kort tid efter, at man er født eller efter, at man er flyttet til Danmark.

Uændret opbygning af CPR-nummer

Opbygningen af personnummeret har principielt været uændret fra CPR's etablering i 1968. CPR-nummeret består som bekendt af 10 cifre. De første seks cifre udgøres af



fødselsdag, måned og år. Det syvende ciffer udgøres af et løbenummer. Personer født i 1900-tallet har løbenumre, som begynder med 0-4, mens personer født i 2000-tallet vil få løbenummer begyndende med 5 og derover.

Normalt vil et personnummer indeholde et kontrolciffer som tiende ciffer. Kombinationen af cifrene i positionerne 5, 6 og 7 (løbenummers første tre cifre) angiver perso-

rens århundrede og tiende position i personnummeret angiver personens køn. Der henvises til den detaljerede beskrivelse af betydningen på CPR's hjemmeside www.cpr.dk.

Det blev i 2001 besluttet at ændre den fremtidige opbygning af personnummeret, så der fremover ville blive tildelt et ticifret personnummer uden kontrolciffer, såfremt alle personnumre med kontrolciffer er brugt på en given fødselsdato.

Det første ticifrede personnummer uden sædvanligt kontrolciffer blev den 1. oktober 2007 tildelt en person født den 1. januar 1965.

Personnummersystemet er efter den seneste omlægning igen éntydigt frem til og med år 2057, hvor »numrene slipper op«. Der skal derfor før dette tidspunkt findes en kreativ løsning.

Det er et fast princip, at et en gang benyttet personnummer ikke genanvendes, uanset om der er tale om f.eks. en fejlnummerering, eller den pågældende er død, udrejst eller forsvundet.

I særlige tilfælde kan der tildeles et nyt personnummer til en person, hvis personnummer indgår eller har indgået i forbindelse med misbrug af vedkommendes identitet.

Grundlag for det moderne samfund

CPR-systemets vigtigste opgave var ved indførelsen at give adgang til CPR's data for den offentlige forvaltning. Det konkrete indhold i CPR-registeret fremgår af faktaboksen til højre.

Efter 1970 kunne man holde op

! Dataindholdet i Det Centrale Personregister (CPR)

1. Personnummeroplysninger
2. Navneoplysninger
3. Adresseoplysninger
4. Fødselsregistreringsoplysninger:
5. Statsborgerskabsoplysninger
6. Folkekirkeoplysninger
7. Slægtskabsoplysninger
8. Civilstandsoplysninger
9. Eventuelle beskyttelsesoplysninger: Eventuel navne- og adressebeskyttelse. Lokalvejviserbeskyttelse. Markering af, at den pågældende frabeder sig henvendelser, der sker i markedsføringsøjemed. Markering af, at vedkommende ønsker at advare mod kreditgivning i vedkommendes navn. Tidligere beskyttelsesoplysninger bevares i CPR (historisk).
10. Eventuelle stillingsoplysninger
11. Eventuelle oplysninger om kommunale forhold: Kommunernes eventuelle oplysning om, at vedkommende lever adskilt fra sin ægtefælle, er et plejebarn, pensionsforhold, tidligere opholdskommune, når denne kommune har den generelle betalingsforpligtelse, medlemskab af valgmenighed, når valgmenigheden og kommunen har aftalt, at kommunen opkræver kirkelige bidrag for valgmenigheden, samt angivelse af fælleshusholdning eller familiekode.
12. Eventuelle oplysninger om kommunale notater: Økonomi- og Indenrigsministeriets og kommunernes registrering af visse faktiske oplysninger af klar betydning for varetagelse af opgaverne efter folkeregistreringslovgivningen, f.eks. oplysning om, at personens opholdssted ikke kendes, eller om indsættelse eller anbringelse i en af kriminalforsorgens
13. Eventuelle valgoplysninger: Optagelse på valgliste til folketingsvalg, folkeafstemninger og valg til Europa-Parlamentet for personer, der er udrejst, samt visse særlige valgoplysninger til brug ved valg til Europa-Parlamentet.
14. Eventuelle værgemålsoplysninger
15. Eventuelle værgemålsoplysninger

med at gennemføre folketællinger i traditionel forstand og i stedet blot basere opgørelsen af den samlede befolkning på et givet tidspunkt på udtræk fra CPR. Danmark var dermed det første land i verden, som var i stand til at gennemføre folketælling alene på grundlag af et centralt elektronisk personregister. Vi ved således med stor præcision, hvor mange indbyggere der på et hvilket som helst tidspunkt har været i Danmark.

Dette er i Danmark en selvfølge, mens det i international sammenhæng er bemærkelsesværdigt. Tyskland gennemførte i 2011 således en folketælling, som viste, at der var 1,8 millioner flere indbyggere end forventet.

Grundlag for udskrivning af valglister

Fra 1980 har CPR endvidere været grundlag for udskrivning af valglister og valgkort i forbindelse med valg til Folketing og Europaparlamentet samt Folkeafstemninger og kommunalvalg.

Udtrækket fra CPR til udarbejdelse af valglister og valgkort kan

iværksættes få timer efter, at statsministeren har udskrevet valg til Folketinget. Det er således heller ikke nødvendigt for den enkelte borger selv at anmode om optagelse på valglisten, som det er tilfældet i en række andre lande.

De fleste offentlige myndigheder får personoplysninger fra CPR til brug for varetagelsen af deres opgaver. CPR's videregivelse af oplysninger til offentlige myndigheder sker rent praktisk via online adgang.

Private virksomheder, foreninger, fonde m.v. kan få adgang til aktuelle navne- og adresseoplysninger og visse yderligere oplysninger i CPR om eksempelvis deres kunder eller medlemmer. CPR har således i dag en helt central og afgørende betydning for en lang række borgervendte IT-systemer i såvel den offentlige som den private sektor, hvor personnummeret benyttes som unik identifikation af borgerne og kunderne.

Registerindsigt siden 2004

Siden 2004 blev det muligt for borgerne at få adgang til egne data i

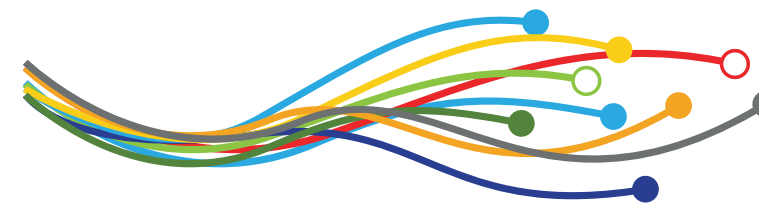
form af registerindsigt i CPR ved brug af digital signatur via CPR's hjemmeside, hvor borgeren umiddelbart får svar i form af sin registerindsigt på skærmen. Adgangen til CPR's oplysninger sker inden for rammerne af CPR-loven. Der er på CPR's hjemmeside www.cpr.dk redgjort nærmere herfor.

Teknisk set hviler CPR-systemet på et robust, stabilt og velafprøvet teknisk grundlag. Juridisk er CPR-systemet reguleret af en række love, herunder Lov om Det Centrale Personregister og Persondataloven. Den juridiske regulering sikrer balancen mellem det enkelte individ og smidig varetagelse af relevante opgaver i det moderne samfund.

Ingen skandaler

CPR-systemet har ikke i sig selv været forbundet med skandaler. Den aktuelle Facebook-skandale er således utænkelig i CPR-regi. CPR-registeret i sig selv indeholder kun de informationer, der er anført i ovenstående faktaboks.

Hvis man forestiller sig, at en hacker »brød ind« i CPR-registeret, ville denne »kun« få adgang til



ovennævnte information, men ikke til oplysning om eksempelvis kriminalitet, sociale forhold, sundhed og sygdom eller uddannelse etc., fordi disse informationer findes i andre registre, der har deres egne sikkerhedssystemer. CPR-systemet fungerer således som en »nøgle« til at forstå andre registre.

CPR-nummeret har ligeledes spillet en rolle i forbindelse med kvinders rettigheder. Før vi havde CPR-nummeret, blev borgerne registreret under mandens navn. Det blev der lavet om på efter indførelse af CPR-nummeret. CPR-nummeret er den forvaltningsmæssige anerkendelse af, at vi alle er selvstændige individer og borgere i Danmark.

I internationalt perspektiv er det danske CPR-system enestående. Kun de nordiske lande har systemer, der har de samme avancerede muligheder, som CPR-systemet i Danmark repræsenterer.

Forskning og udvikling på grundlag af CPR

CPR-systemet repræsenterer i forskningsmæssig henseende nogle helt enestående muligheder. Principielt kan CPR-registeret anvendes inden for alle forskningsdiscipliner, eksempelvis samfundsvidenskaberne, socialvidenskaben, sociologi, psykologi, arbejdsmarkedsforskning og uddannelse. Her skal blot omtales nogle få eksempler fra sundhedsforskningen.

I Danmark er der mere end 100 registre og databaser inden for sundhedsområdet. Eksempler herpå er Landspatientregisteret, Cancerregisteret, Receptdatabasen samt omkring 70 såkaldte landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, der belyser kvaliteten af den behandling, som patienter har fået i danske sundhedsvæsen. Eksempler er Depressionsdatabasen, Hjertedatabasen og Lungecancerdatabasen.

Ved hjælp af CPR-systemet er det

muligt at koble information fra de forskellige sundhedsregistre og databaser sammen med andre databaser, eksempelvis Kriminalitetsdatabasen, de sociale registre og lign. Dette giver nogle helt enestående muligheder, hvilket betyder, at vi i Danmark kan gennemføre forskning, som det ikke er muligt at gennemføre andre steder i verden.

Vi bliver herved i stand til at besvare spørgsmål om, hvordan helbredet og sundheden er for forskellige befolkningsgrupper, hvordan de bliver behandlet, om der er forskel på kvaliteten af behandlingen afhængig af, om man er rig eller fattig, ung eller gammel, kvinde eller mand eller om sundhed og helbred og behandlingskvalitet afhænger af, hvor man bor? I International målestok er dette helt unikt.

Fremtidige perspektiver

CPR-systemet forventes også i fremtiden at bestå som en central samling af grundlæggende oplysninger om befolkningen og som formidler af disse data til myndigheder og private inden for CPR-lovgivningens rammer. Erfaringen fra de første 50

år med CPR-systemet viser, at CPR-registeret bidrager til at skabe et velorganiseret dynamisk samfund. Som beskrevet er der imidlertid behov for at foretage ændringer i det nuværende system inden 2057.

Kombinationen af CPR – nummeret og NemID er i sig selv et bud på at etablere et sikkert system. I den offentlige debat er der intentioner om at forny eller erstatte CPR-systemet, uden at der er præsenteret konkrete forslag.

Man kan spørge sig selv, hvorfor det har været muligt at etablere CPR-systemet uden, at det har givet anledning til voldsomme politiske diskussioner. Et af svarene er, at der grundlæggende er stor tillid til »samfundet«. CPR-systemet og den lovgivning, der beskytter det, tager i vid udstrækning hensyn til balancen mellem at beskytte den enkelte borgers privatliv og integritet samtidig med, at der med systemet sikres en effektiv offentlig administration.

Som nation må vi gratulere os selv med dette system. Vi må konstatere, at på trods af, at systemet fylder 50 år, så holder systemet sig rigtig godt.



Litteratur

- Willumsen H. Folkeregistreringen 75 år i 1999. CPR-kontoret, Indenrigsministeriets departement. København 1999
- CPR-kontoret. Udviklingen på CPR-området i de seneste 20-25 år frem til 2009. CPR-kontoret, København 2009.
- Lars Thygesen. Personal identification numbers and population statistics in Denmark. Danmarks Statistik, Copenhagen, 1978.
- Nielsen H. CPR – Danmarks Folkeregister. CPR-kontoret, København 2009.
- Søgaard L. CPR-nummeret fylder 50 år: Blev et symbol på individualiseringen og ligestillingen. Kristelig Dagblad, 20. januar 2018.
- Søgaard L. I 50 år har CPR-numrene skabt sammenhæng. Kristeligt Dagblad, 19. januar 2018.
- Johnsen SP. Mainz J. Bartels PD. National Clinical Registries: Ten Years of Experience with Improving Quality of Care in Denmark. I: Aase K. Schibevaag L. Researching Patient Safety and Quality in Healthcare. CRC Press, 2017.
- TV2. CPR – nummeret fylder 50, men i 2057 løber vi tør for tal. TV2, april 2018.
- www.hk.dk CPR – nummeret fylder 50 år og her er tre bud på et nyt CPR., 2018.
- www.version 2. Forbrugerrådet: CPR-systemet skal laves om – men hvordan?, 2014.