

# Lighed i behandling

REGION

Afrapportering fra  
Udvalget vedrørende udsatte borgere

Oktober 2013



# Lighed i behandlingen

## Indhold

Indledning .....	4
1. Lighed i behandlingen.....	4
Hvad ved vi om social ulighed i behandling? .....	4
Hvad gør Region Hovedstaden ellers? .....	6
Anbefalinger til den videre regionale indsats.....	7
2. Implementering af SundDialog .....	9
Hvilke patienter bruger SundDialog?.....	9
Hvad er næste skridt for SundDialog? .....	9
Anbefaling til den videre regionale indsats.....	10
3. Vurdering af patienternes evne til kommunikation.....	10
Hvad er den indledende sygeplejevurdering? .....	10
Hvordan sikres det at viden fra indledende sygeplejevurdering følger patienten i det videre forløb? .....	11
Anbefalinger til den videre regionale indsats.....	11
Afslutning .....	12
Strategi for regionens lighedsindsats .....	12
Høste erfaringerne fra de igangværende projekter.....	12
Kompetenceudvikling af personalet.....	13
Links til kilder:.....	14

## Indledning

I forbindelse med udvalgets afrapportering på kvalitetshandlingsplanens del omkring lighed (forelagt regionsrådet på møde november 2012), udtalte udvalget:

1. Udvalget finder det vigtigt at undersøge, hvordan det står til med den sociale ulighed. Er der forskelle i behandlingstilbud og –resultat afhængigt af fx uddannelses- eller indkomstniveau? Udvalget vil i den kommende tid beskæftige sig med, hvilke data vi har, der kan fortælle noget om den sociale dimension.
2. Udvalget finder at man er langt fra målet i forhold til målsætningen 'SundDialog implementeret'. SundDialog er dog i perioden også blevet udbredt til nogle ambulatorier, hvilket ikke er et mål i handlingsplanen. Udvalget er interesseret i at vide, hvilke patienter der anvender SundDialog. Bliver det brugt af nogle andre patientgrupper, end de der normalt tager i mod tilbud om livsstilsændringer?
3. I forhold til målsætningen 'Vurdering af patienternes evne til kommunikation i alle journaler' finder udvalget vedrørende udsatte borgere, at det interessante må være hvordan kvaliteten i kommunikationen har været. Det kan tallene fra journalaudit ikke fortælle noget om. Udvalget vil derfor i den kommende tid beskæftige sig med dette.

Udvalget har efterfølgende beskæftiget sig med disse tre problemstillinger, som hermed afrapporteres.

### 1. Lighed i behandlingen

Udvalget vedrørende udsatte borgere har ønsket en drøftelse af social ulighed i behandling foranlediget blandt andet af afrapporteringen af kvalitetshandlingsplanens målsætninger om, at der skal være lighed i regionens tilbud om behandling. Udvalget har på en række møder beskæftiget sig med emnet "lighed i behandling".

Udvalget deltager ved formand Lise Müller i Sundhedsministeriets Lighedsnetværk.

#### Hvad ved vi om social ulighed i behandling?

Sundhedsprofilen og dens delrapporter om ulighed i forekomsten af kronisk sygdom dokumenterer den markante sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand. Der findes også videnskabelige undersøgelser, der har undersøgt ulighed i behandling, men disse er relativt få i antal.

Inden for kræftbehandling kan der påvises social ulighed, men denne ulighed reduceres, når der justeres for sociale forskelle i stadie af kræften på diagnose tidspunktet. Generelt bliver kræftsygdomme diagnosticerede ved et sværere stadie blandt lavere end højere sociale grupper, og det kan i nogen grad forklare sociale forskelle i dødelighed ved tarm- og brystkræft. En mulig sociale skævhed i deltagelsen i screeningsprogrammerne for hhv. tarm- og brystkræft kan være en væsentlig årsag til de påviste sociale forskelle i overlevelsen af disse kræftsygdomme. Hvis en større andel i de laveste sociale grupper deltog i screeningsprogrammerne eller kontaktede egen læge og dermed blev udredt og diagnosticeret tidligt i sygdomsforløbet ville det kunne reducere de sociale forskelle i dødeligheden af kræftsygdomme.

Dansk forskning har fortrinsvis omhandlet sociale forskelle inden for kræft og hjertekarsygdom. Den danske undersøgelse ”The impact of socioeconomic factors on 30-day mortality following elective colorectal cancer surgery: A nationwide study” (European Journal of Cancer, maj 2009) omfattede 7.160 patienter, der blev behandlet for tarmkræft mellem 2001 og 2004. Undersøgelsen påviser markante sociale forskelle i resultaterne af tarmkræftbehandling i forhold til uddannelse, erhverv og indkomst. Dødeligheden inden for 30 dage er således afhængig af uddannelsesniveau:

- 6,4 % af de dårligst uddannede døde inden for 30 dage.
- 4,1 % af de mellemuddannede døde inden for 30 dage.
- 3,0 % af de højtuddannede døde inden for 30 dage.

I Sundhedsstyrelsens rapport ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” (2011) påvises en sammenhæng mellem overlevelse og uddannelsesniveau for både hjertekarsygdomme og kræft, hvor højere uddannelsesniveau indikerer højere sandsynlighed for overlevelse.

Manglende opfølgning på behandling (compliance) kan være en af årsagerne til social ulighed i konsekvenserne af sygdom. Hvidovre Hospital og Bispebjerg Hospital har nyligt undersøgt udeblivelse fra rehabilitering på diabetes ambulatorierne i et socialt perspektiv (data ikke publiceret).

På Hvidovre Hospital påbegyndte 215 patienter med type 2 diabetes et behandlingsforløb i sidste halvdel af 2011. 30 % havde anden etnisk baggrund end dansk. I optageområdet er 17 % af diabetes populationen af anden etnisk baggrund. Af de 215 patienter modtog 56 patienter et gruppebaseret tilbud om rehabilitering, og meget få af disse er af anden etnisk baggrund end dansk. Ud af de 56 patienter, der får et tilbud, gennemfører 63 % mere end 75 % af sessionerne.

På Endokrinologisk Ambulatorium på Bispebjerg Hospital ser man, at egen læge i 25 % af alle henvisninger har anført problemer med compliance fx i forhold til medicin indtag. Blandt alle henviste patienter er 22 % genhenviste, og over halvdelen af dem har compliance problemer og var tidligere afsluttet fra selv samme ambulatorium pga. af udeblivelse. Af alle de patienter, som blev genhenvist pga. compliance problemer, blev 40 % igen afsluttet pga. udeblivelse.

På Hvidovre Hospital har man etableret en forsøgsordning med en udgående diabetessygeplejerske for at imødegå denne problematik. Dette projekt vil fremadrettet blive støttet af 50 mio. kr. puljen.

### **Hvad gør Region Hovedstaden ellers?**

Regionen arbejder aktivt med at understøtte lighed i behandlingen. Det sker gennem organisatoriske tiltag, bl.a.:

- en hospitalsplanlægning, der skal sikre samme høje kvalitet i behandlingen uanset hvor i regionen patienten bor – inklusiv de specialespecifikke planer vedrørende fødende og kræftområdet. For de fødende er ikke kun den geografiske, men også den sociale dimension beskrevet i fødeplanen, fx specifikke tilbud til kvinder i Sundhedsstyrelsens gruppe 3 og 4.
- implementeringen af forløbsprogrammer for kronisk sygdom og pakkeforløb, der skal tilsikre at alle patienter modtager den rette behandling på rette tid og sted.
- implementering af en standardiseret elektronisk sygeplejelog (KISO) på samtlige hospitaler i regionen. KISO er med til at sikre, at den indledende sygeplejevurdering også er umiddelbart tilgængelig for personalet i patientens videre forløb og ved overflytning til anden afdeling på hospitalet.
- udvikling af en tværsektoriel rehabiliteringsdatabase, der rummer data om sociale parametre, som fx uddannelse, civilstand, erhvervsstatus. Hermed kan der monitoreres på forebyggende og rehabiliterende ydelser på hospitalerne, i almen praksis og hos kommunerne fordelt på forskellige sociale grupper.

Det sker også gennem individorienterede tilbud, fx:

- social sygeplejersker er blevet ansat på alle regionens akuthospitaler
- der er etableret forløbskoordinatorer på alle regionens demens enheder, der skal identificere og støtte særlig sårbare patienter under udredning for demens
- følge hjem-ordningerne i regi af plan for den ældre medicinske patient
- udgående specialiserede teams, dvs. teams vedrørende akutte eller sub-akutte patienter, inden for geriatri, palliation, KOL og diabetes
- gadeplansteamet i psykiatrien, som er støttet af 50 mio. kr. puljen
- udvikling af forløbskoordination for særligt sårbare ældre (i regi af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient).

*Udvalget har det senest år fulgt op på følgende:*

- ✓ Fødeplanens indsats over for sårbare gravide i gruppe 3 og 4. Initiativerne i fødeplanen er alle implementeret på regionens fødeafdelinger.
- ✓ Regionens forskellige ordninger vedrørende den ældre medicinske patient. Ordningen, hvor den praktiserende læge sammen med kommunen følger op i hjemmet efter udskrivelse er ikke fuldt ud implementeret. For at understøtte anvendelsen af ordningen iværksætter regionen en informationskampagne i efteråret 2013. Der er også indgået en revideret aftale mellem lægerne om afregningen (en såkaldt § 2 aftale).
- ✓ Social sygeplejersker på hospitaler og i psykiatrien. Ordningen medfører, at flere patienter med et stofmisbrugsproblem bliver færdigbehandlet, og at fx amputation kan undgås. Derudover har tilbagemeldingerne fra afdelingerne været at tilkobling af socialsygeplejersker til de relevante afdelinger frigiver flere ressourcer til de andre patienter. Det sker bl.a. ved en adækvat smertedækning og abstinensbehandling til patienter med misbrugsproblemer.

Der er givet driftsmidler til 6 socialsygeplejersker, placeret i somatikken. Med driftsmidlerne er der sket en udbredelse af ordningen til andre udsatte borger end stofmisbrugere, fx til patienter med alkoholproblemer.

### **Anbefalinger til den videre regionale indsats**

I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2011 opstilles en række indsatsområder, der kan styrke sundhedsvæsenets bidrag til en reduktion af ulighed i sundhed, flere af disse berører udvalgets kommissorium:

1. Målrettet monitorering af behov for og brugen af forskellige sundhedsydelser fordelt på socio-demografiske grupper. Et særligt fokus bør lægges på monitorering af de kommunale ydelser til forebyggende og rehabiliterende ydelser
2. Opsøgende indsatser som sikrer at mindre ressourcestærke grupper, nås af de effektive forebyggende programmer for gravide, børn, og ældre samt opsporing af tidlige stadier af kræft, diabetes, hjertekarsygdom og depression
3. Prioritering af psykiatri inkl. psykiatrisk rehabilitering og etablering af et stærkere samarbejde mellem psykiatri, primærsektor og kommunale ydelser, hvilket spiller en stor rolle for de socialt udsatte, og for dem som på grund af psykiske lidelser har nedsat arbejdssevne
4. Særligt fokus på indsatser til særligt sårbare grupper, som ofte tabes i de lange patientforløb med genoptræning og rehabilitering. Det gælder ikke mindst de psykisk syge.

I forhold til punkt 1, er der i Region Hovedstaden igangsat en etablering af en tværsektoriel rehabiliteringsdatabase, og som nævnt ovenfor arbejder Hvidovre og Bispebjerg hospitaler netop med data vedrørende frafald ved rehabilitering og udeblivelser fra behandling.

Udvalget finder, at det er vanskeligt at undersøge, om der sker en social ulighed i behandlingen på hospitalerne. Det er komplekst at afdække, hvilke forhold der ligger til grund for at nogle klare sig bedre end andre. Det handler bl.a. om livsstil, symptomopmærksomhed, let tilgængelig adgang og opfølgende kontakt til sundhedssystemet og letforståelige information om tilgængelige behandlingsmuligheder og rehabilitering.

Betydningen af social ulighed i behandling bliver ikke systematisk evalueret. Udvalget finder, at der er behov for målrettet og systematisk monitorering af brugen af forskellige sundhedsydelser (så som screening, rehabilitering og opfølgende besøg) i forhold til socio-demografiske faktorer. Fremadrettet vil rehabiliteringsdatabasen til dels kunne belyse dette, men den dækker kun en mindre del af de sundhedsydelser, der tilbydes i regionen.

I forbindelse med budgettet for 2014 er der afsat midler i 5 år til et projekt på Hvidovre Hospital (sammen med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed), der skal øge ligheden i deltagelsen i rehabiliteringsforløb blandt patienter med kronisk sygdom.

Sundhedsprofilen viser at 12 % af befolkningen (svarende til 155.000 borgere) lever med mindst tre kroniske sygdomme.

Flere samtidige kroniske sygdomme komplicerer sygdomsforløbet, fordi der ofte ikke er tilstrækkelig kobling mellem de sundhedsfaglige indsatser i forløbene.

I regi af 50 mio. kr. puljen har Regionsrådet i et tæt samarbejde mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommune og almen praksis iværksat projektet ”Sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom”, med det formål at udvikle koordinerede og sammenhængende sundhedsfaglige indsatser for mennesker med multisygdom. Sundhedsstyrelsen anbefaler forløbskoordination som en særlig indsats til udsatte borgere i lange behandlingsforløb. Det har i Region Hovedstaden været afprøvet på demensområdet og for den ældre medicinske patient, der indlægges akut. Forløbskoordination indgår tillige i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, som skal implementeres i efteråret 2013.

Region Hovedstaden har i regi af regionens pulje på 50 mio. kr. til tværsektorielt samarbejde om udsatte borgere arbejdet med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Udvalget vedrørende udsatte borgere har haft ansvar for at indhente, vurdere og anbefale støtte til en række tværsektorielle projekter. Projekterne kommer vidt omkring, fx er der projekter om sårbare gravide, børn som pårørende, dobbelt diagnoser, shared care, tuberkulose og en frivillig dreven tandklinik. Alle de støttede projekter kan findes her:

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



## 2. Implementering af SundDialog

Virksomheden SundDialog har udviklet et internetbaseret, interaktivt samtaleværktøj beregnet til praksispersonalets dialog med patienter med henblik på livsstilsændringer. Samtaleværktøjet strukturerer, dokumenterer og målretter indsatsen og er udviklet til de forebyggende konsultationer i almen praksis. SundDialog anvender pædagogiske redskaber, hvor patienter lærer grundlaget for sundere adfærd. Forudsætningen er at der sker en uddannelse af praksispersonalet i brugen af programmet og den tilhørende dialog/samtaleteknik og pædagogik.

Implementering af SundDialog var et delprojekt i regionens Kronikerprogram, der blev afsluttet i 2012. Projektets hovedformål var at udbrede og implementere SundDialog i almen praksis gennem uddannelse af 300 praksispersonaler og igangsættelse af 9.000 patientforløb.

SundDialog har løbende markedsført programmet og tilbudt uddannelse til praksispersonalet. Samtidig har man tilpasset programmet og herved gjort det mere fleksibelt. Der er afholdt uddannelse for i alt 185 praksispersonaler i projektperioden og iværksat 3.319 patientforløb.

Implementeringen af programmet SundDialog indgår som et element af kvalitetshandlingsplanens indsats for lighed i behandlingen. I forbindelse med afrapporteringen spurgte udvalget til, hvilke patientgrupper der anvender SundDialog.

### Hvilke patienter bruger SundDialog?

Oprindeligt var brugerne af SundDialog hovedsagligt patienter med kroniske sygdomme; KOL, Type 2 diabetes og hjertekarsygdomme. Herudover var en del af brugerne patienter i almen praksis, der var i risiko for at udvikle kronisk sygdom. Disse grupper kan også have gavn af programmet.

SundDialog blev eksternt evalueret i efteråret 2010, baseret på informationer om 389 patienter, hvoraf ca. 70 % er kvinder. Uddannelsesmæssigt er deltagerne meget bredt sammensat, og 46 % har højst 13 års uddannelse, mens 54 % har mere end 13 års uddannelse. I sammenligning med sundhedsprofilen for borgerne i hovedstaden, har deltagerne i SundDialog generelt dårligere selvvurderet helbred. Deltagerne har en række forskellige lidelser og problemer, og 48 % af alle deltagerne har angivet, at de lider af mindst en af de store kroniske lidelser, fx diabetes og forhøjet blodtryk. Desuden er der en stor gruppe med overvægt som problem.

### Hvad er næste skridt for SundDialog?

SundDialog startede med at være et samtaleværktøj, som blev anvendt i dialog mellem typisk praksispersonalet i almen praksis og de patienter, som man vurderede ville have gavn af støtte til livstilsforandringer. Siden er SundDia-

log blevet videreudviklet til i højere grad at være et værktøj som patienter oplæres i at bruge på egen hånd. Hermed er der nu tale om et værktøj, der kan anvendes aktivt i patientens arbejde med egenomsorg og mestring af sygdom og symptomer.

I øjeblikket afprøver man nye versioner af programmet inden for bl.a. skizofreniområdet, forebyggelse på ældreområdet – *aktiv aldring på egen hånd* (75-85 årige), arbejdsmarkedsområdet i form af forebyggelse med henblik på tilbagevenden til arbejde. SundDialog kan således tilpasses specifikt til mange forskellige patientgrupper og grupper af borgere, som ikke i dag indgår i de tilbud, der eksempelvis er på kronikerområdet.

### **Anbefaling til den videre regionale indsats**

På baggrund af den viden der er indsamlet omkring SundDialog er det ikke muligt at konkludere, om programmet bliver brugt af nogle andre patientgrupper, end de der normalt tager i mod tilbud om livsstilsændringer. Til gengæld betyder programmets fleksible opbygning, at det kan anvendes til patienter med sygdomme, hvortil der ikke findes sygdomsspecifikke tilbud, på samme måde som inden for de 'klassiske' kroniske sygdomskategorier. Det vil være interessant at følge denne udvikling, men udvalget vurderer ikke, at der er behov for yderligere regionale tiltag i forhold til SundDialog.

## **3. Vurdering af patienternes evne til kommunikation**

Udvalget har drøftet den indledende plejevurdering og hvordan vurderinger af sårbarhed viderebringes i behandlingsforløbet. Det kunne fx dreje sig om, hvordan viden om høretab hos en patient overdrages, hvis patienten overflyttes til en anden afdeling. Udvalget har derfor ønsket mere viden om, hvorvidt anvendelsen af data fra den indledende vurdering anvendes i det videre behandlingsforløb.

### **Hvad er den indledende sygeplejevurdering?**

Den indledende vurdering (KISO) er sygeplejepersonalets systematiske indsamling og bedømmelse af information om patientens tilstand, behov, ønsker, problemer og ressourcer. Den består af de oplysninger, der indsamles i forbindelse med modtagelse og indlæggelse af patienter og som er nødvendige for plejepersonalet og andre faggrupper, der er involveret i behandlingen af patienterne. Vurderingen anvendes til at danne overblik over udførelse og planlægning af sygeplejen.

En struktureret indledende sygeplejevurdering skal sikre en afdækning af:

- Patientens behov for akut pleje og behandling

- Patientens behov for almen sygepleje under indlæggelse/ambulant forløb
- Patientens behov for planlægning af udskrivningsforløbet.

På alle regionens hospitaler gælder, at den indledende sygeplejevurdering for indlagte patienter skal foreligge i journalen indenfor 24 timer efter indlæggelsen eller efter første ambulante kontakt, hvor der udføres selvstændige sygeplejeopgaver.

På baggrund af den indledende vurdering udarbejdes plejeplaner og disse skal foreligge indenfor de første 24 timer af indlæggelsen.

### **Hvordan sikres det at viden fra indledende sygeplejevurdering følger patienten i det videre forløb?**

Region Hovedstaden har udviklet et elektronisk system til plejevurderingen, kaldet KISO (klinisk inddateringsskema og oversigt). Systemet er i dag taget i brug på flere hospitaler, og udrulles i efteråret 2013 og primo 2014 til alle regionens hospitaler.

Vurderingen af evnen til kommunikation indgår som en del af hospitalernes akkreditering, og i den forbindelse har man fx på Gentofte Hospital lavet vurderingsskemaet: ”Patientens evne til at modtage og forstå information, vejledning eller undervisning”. Hospitalerne har alle i et vist omfang et hand- leberedskab i forhold til de sårbare patienter, blandt andet ved udskrivnings- koordinatore, følge-ordninger og fx social sygeplejerskerne.

### **Støtte til sprogligt svage og døve patientgrupper**

Udvalget har tidligere arbejdet med indførelsen af teletolkning og har anbefalet en udvidet brug af denne form for tolkning. Dette har fortsat perspektiver, ikke kun over for personer med et svagt dansk sprog, men også døve.

### **Anbefalinger til den videre regionale indsats**

Der er gode elementer i KISO, men det er ikke nok til at sikre en hensyntagen til sociale faktorer i hospitalsbehandlingen. Udvalget har derfor drøftet hvordan hospitalsvæsenet som system bliver bedre til at møde og arbejde med de socialt dårligst stillede grupper.

Hvordan agerer personalet på den viden der indsamles i KISO, fx om en patients manglende netværk. Udvalget er interesseret i at vide, om det fremover er rimeligt at afdække samtlige elementer for alle patienter allerede ved indlæggelsen. Udvalget har drøftet om der tværtimod er et behov for at differentiere brugen af KISO i forhold til de mest udsatte patienter, således at den indledende sygeplejevurdering får en betydning for tilrettelæggelsen af patientens videre pleje og behandling.

## Afslutning

Der arbejdes i regionens Patientudvalg konsekvent på at forbedre kommunikationen til patienterne, fx gennem forbedret skiltning, info-TV skærme, breve til patienterne, foldere og pjecer. Desuden er der det seneste år gjort en stor indsats for at lave information på fremmedsprog, samt at bruge andre kanaler, som fx hjemmesiden 'Grib om livet' (som for tiden udvikler film om kroniske sygdomme på fremmedsprog).

Udvalget vedrørende udsatte borgere har haft fokus på teletolkning og muligheden for at styrke svage patienters viden om egen situation, og hvad behandlingssystemet kan gøre og har planer om at gøre.

Det seneste år har vi haft fokus på den kommunikation og dialog, der sker i mødet mellem patienten og personalet på afdelingen. Udvalget ser fortsat et behov for at sikre den generelle kommunikationsindsats for at sikre forståelse om sundhed, sygdom og behandling også hos patienter med fx et lavt uddannelsesniveau. Udvalget finder således, at det er nødvendigt at supplere den generelle indsats med målrettede indsatser overfor de meget forskelligartede, udsatte grupper, der typisk har svært ved at følge det "normale" system – og derfor oftest "falder ud" af systemet.

### Strategi for regionens lighedsindsats

Udvalget anbefaler, at der udarbejdes en regional handleplan for lighed i sundhed, som forankres på politisk niveau, og at det forberedende arbejde skal ske i et udvalg på politisk niveau.

Derudover er en fortsat og tillige øget ledelsesmæssig opmærksomhed på lighed i sundhed nødvendig, gerne med inddragelse af erfaringerne fra regionens og Hvidovre Hospitals deltagelse i Lighedsnetværket.

Det bør i den sammenhæng undersøges om der findes redskaber, der kan bidrage til på såvel politisk som administrativt niveau at 'lighedsvurdere' resultatet af indsatser i en handlingsplan, herunder anvendelsen af økonomiske incitamentsstrukturer.

Udvalget finder at der fortsat er behov for særligt fokus på patienter med flere diagnoser, herunder psykisk syge med somatiske problemer.

### Høste erfaringerne fra de igangværende projekter

Udvalget har gennem de sidste to år varetaget indstillingen af projekter til 50 mio. kr. puljen til fremme af tværsektorielt samarbejde. Formålet med puljen er således at udbygge og etablere aktiviteter for svage borgere i samarbejde med kommunerne. I 2012 bevilligede Regionsrådet midler til i alt 23 projekter og i 2013 er yderligere 16 projekter blevet tilgodeset.

I afrapporteringen er projekterne vedrørende multisygdom og udgående diabetessygeplejerske fremhævet. Alle projekterne afsøger hvordan vi kan blive

bedre til at tage hånd om udsatte borgere og deres sundhedsproblemer. Projekterne er samarbejdsprojekter med kommunerne, hvor vi i fællesskab forstærker indsatsen. Der er også en række projekter, der tager afsæt i regionens rådgivningsforpligtigelse (fx i relation til overvægtige børn).

50 mio. kr. puljen understøtter således et forbedret tværsektorielt samarbejde om udsatte borgere med det formål at mindske uligheden i sundhed.

Udvalget anbefaler, at der fremover sikres en mere systematisk erfaringsopsamling af alle de forskellige regionale indsatser og projekter vedrørende lighedsdimensionen.

### **Kompetenceudvikling af personalet**

Hospitalernes forpligtigelse til at arbejde for lighed i behandling (jf. kvalitetspolitikken) dækkes dog ikke af initiativerne i 50 mio. kr. puljen. Her udstår både mere viden om, hvorvidt der er social ulighed i behandlingen, og hvad der skal til for at formindske en sådan – der hvor den måtte eksistere.

Her foreslår udvalget, at direktionen ser nærmere på mødet mellem den udsatte borger og personalet.

Det handler om organisering, kommunikation og den kulturelle dimension af det sundhedsfaglige arbejde. Et konkret initiativ kunne være at etablere et uddannelsesforløb med udgangspunkt i erfaringerne med social sygeplejerskerne, hvor fokus er på både den faglige dimension (smerte- og abstinensbehandling), kommunikation og den kulturelle dimension af det sundhedsfaglige arbejde.

En mulighed kunne også være at arbejde yderligere med personalets såkaldte ikke-tekniske færdigheder. Ikke-tekniske færdigheder handler om færdigheder vedrørende beslutningstagning, situationsbevidsthed, ledelse og samarbejde. Det er færdigheder der er nødvendige for at sikre god kvalitet i patientbehandlingen.

## **Links til kilder:**

The impact of socioeconomic factors on 30-day mortality following elective colorectal cancer surgery: A nationwide study: [www.ejancer.com](http://www.ejancer.com)

“Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” fra Sundhedsstyrelsen 2011:  
[http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed\\_i\\_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf)

Projekter i 50 mio. kr. puljen: <http://www.regionh.dk/udsatteborgere/Menu/>

Sunddialog: [www.sunddialog.com](http://www.sunddialog.com)