

Nye sundhedsopgaver

- fokus på kompetenceudvikling



Sundhedskartellet



Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Sundhedsfremme og forebyggelse - nye opgaver og nye kompetencer	7
Genoptræning og rehabilitering - nye opgaver og nye kompetencer	10
Sammenhængende patientforløb - nye opgaver og nye kompetencer	12
Læs mere	15

Indledning

Sundhedsvæsenet står over for store udfordringer i de kommende år - ikke mindst i kommunerne. Opgave- og strukturreformens sigter på sundhedsområdet mod at gøre vores sundhedsvæsen mere ”robust” over for de udviklingstræk, vi kan se forude. Sygehusene vil fortsat bevæge sig i retning af geografisk centralisering og specialisering. Den teknologiske udvikling betyder bl.a., at sygepleje, behandling og rehabilitering i stigende omfang finder sted ambulat eller i borgerens eget hjem. Vi lever også i en tid, hvor livsstilssygdomme på foruroligende vis er på vej til at blive folkesygdomme, og hvor en vigtig del af løsningen er at øge sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen i både kommuner og på sygehuse.

Meget taler derfor for, at den lokale indsats med vægt på sundhedsfremme, forebyggelse, pleje og rehabilitering skal prioriteres højere i de kommende år. Målet er ét sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienterne får høj kvalitet og patientsikkerhed i hele forløbet.

I den nye sundhedslov sker flere ting. For det første overtager kommunerne en række opgaver fra amterne. Det drejer sig om ansvaret for genoptræning efter udskrivning, for forebyggelse og sundhedsfremme, der ikke foregår under indlæggelse, for en del af den hidtidige amtstandpleje samt for behandling af alkohol- og stofmisbrug.

For det andet indføres en aktivitetsbaseret betalingsordning, som giver kommunerne et økonomisk incitament til at udbygge lokale sundhedstilbud.

Samtidig sker en række organisatoriske forandringer, idet kommunerne fremover får fuldt medlemskab i det forhandlingsudvalg, som skal indgå overenskomster med de praktiserende læger m.fl., og der nedsættes sundhedskoordinationsudvalg mellem regioner og kommuner, hvori der skal indgås sundhedsaftaler om de områder, som går på tværs af sektorerne.

Alt i alt bliver kommunerne i langt højere grad end i dag en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og får dermed et øget medansvar for at skabe sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorerne. Det stiller nye krav til faglig og klinisk udvikling, kvalitetsudvikling, patientsikkerhed, anvendelse af evidensbaserede metoder, dokumentation, sundhedsteknologi og forskning - og dermed selvfølgelig til, at medarbejdernes kvalifikationer udvikles og bruges fuldt ud.

Kompetenceudvikling af medarbejderne er dermed et vigtigt omdrejningspunkt for opgave- og strukturreformen. Kommunernes sundhedsfaglige medarbejdere skal rustes til de nye opgaver og til de nye måder at arbejde på.

Det skal bl.a. ske i et tæt samarbejde mellem kommuner og regioner, hvor sygehusene har et særligt ansvar for at sprede den nyeste kliniske viden til resten af sundhedsvæsenet, og i det daglige samarbejde mellem kommuner og (udgående) sygehuse.

De tørre facts:

Vi lever længere

I løbet af de næste 20 år vil der ske en voldsom forskydning i befolkningssammensætningen, idet gruppen af ældre vil vokse mere end 50 pct. Gruppen af ældre vil over de næste 10 år vokse med 23 pct. I de nærmeste år er det især antallet af gamle ældre, der vil vokse (over 80 år), mens det på lidt længere sigt efter 2010 især er gruppen af 65- 79- årige, der har det største forbrug af ydelser.

De ældre er dem, der bruger sundhedsvæsenet mest. Eksempelvis udgjorde ældre over 65 år i 1999 14,9 pct. af befolkningen, samtidig med at de benyttede 49 pct. af sengepladserne på sygehusene.

Livsstilssygdomme vokser frem

Mere end hver 3. dansker skønnes at leve med en eller anden form for livsstilssygdom.

En undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed i 2002 viser, at fra 1987 til 2000 er andelen af befolkningen med hjertekarsygdomme steget med 25 pct., andelen af muskel- og skeletsygdomme steget med 25 pct. og stofskiftesygdomme med 47 pct. Hertil kommer, at der er social ulighed i forhold til livsstilssygdomme og sygdomme i øvrigt. Mennesker fra dårlige sociale kår rammes i højere grad af sygdom.

Centralisering/specialisering

Siden slutningen af 1990'erne er der gennemført en omfattende strukturændring i retning af specialisering og samling af funktion og etablering af tværgående enheder. Siden 1990 er nedlagt 37 sygehuse, heraf 30 somatiske og 7 psykiatriske. Dette dækker over, at der faktisk er nedlagt 47 sygehuse, men samtidig oprettet 10 nye. Den eneste trend, som fremstår, er, at det er de små lokale sygehuse, som er nedlagt.

Ambulant i eget hjem

AKF peger i deres undersøgelse om specielle plejeopgaver uden for sygehuse på, at der har været en stigning i udførelsen af specielle plejeopgaver inden for de seneste fem år. Det understøttes også af, at antallet af sengedage har været faldende, jfr. nedenfor.

En anden undersøgelsen fra københavnsområdet fra 2001 viste også, at

sygehusene tilrettelægger deres genoptræningsindsats med afsæt i, hvilken kapacitet borgeren i hjemkommunen har. Fx var der kortere liggetid for borgere, hvis hjemkommune har et godt beredskab.

Teknologi

Antallet af ambulante behandlinger er mere end fordoblet over de seneste 10 år. Samtidig har der været et fald i de gennemsnitlige liggedage på sygehusene fra 6,5 til 5,3 dage. Faldet har været størst for de ældre og har betydet en reduktion i antallet af sengepladser. I fremtiden forventes patientforløbene at kunne accelereres yderligere, bl.a. på grund af udviklingen af nye pleje- og behandlingsmetoder. Samtidig medfører den teknologiske udvikling, at pleje og behandling i stigende grad kan flyttes ud af sygehusene og ind i lokalområderne og patienternes eget hjem.

Sundhedsfremme og forebyggelse – nye opgaver og nye kompetencer

Med sundhedsloven præciseres, at den forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, fremover varetages af kommunerne. Kommunerne får her hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse er delt mellem regionerne og kommunerne.

Den borgerrettede forebyggelse er den indsats, der forebygger, at sygdom og ulykker opstår, og den patientrettede forebyggelse er den indsats, der skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænser/udskyder dens evt. komplikationer. Det forudsættes, at regioner og kommuner

indgår aftaler om den patientrettede forebyggelse med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb.

Med større kommuner er forventningen, at der bliver skabt bedre rammer for den borgerrettede forebyggelse, hvor indsatsen kan tilrettelægges ud fra lokale behov og forudsætninger. Forebyggelse foregår bedst i de miljøer, hvor borgeren færdes, fx børneinstitutioner, skoler, hjemmepleje, plejecentre, forskellige kommunale botilbud og lokalsamfund - og i borgers eget hjem.

At kommunerne får en væsentlig større rolle i forhold til forebyggelse og sundhedsfremmeopgaven vil

betyde, at kommunerne i deres generelle tilrettelæggelse af servicetilbud skal indtænke en forebyggelsesvinkel. Kommunernes ansvar for forebyggelse retter sig ikke kun mod børn og ældre, men også mod den brede del af befolkningen, dvs. også de 18-62 årige. En forebyggende kommunal alkoholindsats (den borgerrettede forebyggelse) vil fx skulle omfatte beslutninger i det lokale bevillingsnævn (værtshus mv.), udskærkningsregler for skoler og idrætsforeninger, alkoholregler for de kommunale arbejdspladser, særlig indsats for børn i misbrugsfamilier mv.

På serviceområder, der relaterer sig til børn og unge, er det bl.a. sundhedsplejerskens rolle med tidlig opsporing, der er i fokus. Derudover vil der - i højere grad end tidligere - være et tættere krav om systematisk samarbejde med flere forskellige faggrupper i forhold til sårbare børn og unge, der er i daginstitutioner og skoler, og som fortsætter med at have sundhedsmæssige problemer.

På ældreområdet spiller personalet i hjemmeplejen en vigtig rolle for forebyggelsesindsatsen. Det er forventningen, at der fremover vil komme stigende fokus på fx faldforebyggelse, medicinforbrug, forebyggelse af ensomhed og social isolation, opsporing af demens samt forebyggende kost, fysisk aktivitet og hjemmetandpleje.

Hertil kommer behovet for en forstærket indsats, når det gælder den patientrettede forebyggelse.

Den patientrettede forebyggelse vil i de kommende år især rette sig mod kronisk syge, dvs. patienter med type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser, KOL ('rygerlunger') eller lignende.

Den patientrettede forebyggelse kan bl.a. forankres i sundhedscentre, hvor patienter kan få den nødvendige sygepleje, behandling og rehabilitering i lokalområdet. Et tæt samarbejde mellem sundhedsfaglige medarbejdere og

patientforeninger vil være med til at sikre, at patienten, i videst muligt omfang, får de kompetencer, som er nødvendige for at tage vare på sit eget helbred og udøve god egenomsorg. Det er vigtigt at etablere et tæt samarbejde mellem kommuner og regioner om den patientrettede forebyggelse. Sygehusene har en stor ekspertise, som skal integreres i kommunernes arbejde med den patientrettede forebyggelse.

Øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse stiller nye krav til medarbejdernes kompetencer. For kommunerne bliver udfordringen - bl.a. via kompetenceudvikling:

- at udvikle ny faglig viden og nye metoder - bl.a. gennem forskning.
- at sætte øget fokus på at integrere den eksisterende evidens i hverdagens praksis.
- at opruste på den sundhedsfaglige dokumentation, den systematiske kvalitetsudvikling og patientsikkerheden.

Genoptræning og rehabilitering – nye opgaver og nye kompetencer

På genoptræningsområdet overtager kommunerne ansvaret for og finansiering af al genoptræning, der foregår efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne skal sørge for genoptræning i det omfang, der er et lægefaglig begrundet behov for genoptræning, dvs. hvor der foreligger en genoptræningsplan.

De nuværende regler om kommunernes opgaver ved vedligeholdelsestræning og genoptræning til ældre med funktionsnedsættelse som følge af sygdom, der ikke er behandlet på sygehus, forbliver uændret i Lov om social service under Socialministeriet.

For kommunerne bliver udfordringerne, herunder competenceudviklingen, rettet mod:

- at sammensætte indhold og omfang af træningstilbuddet i sammenhæng med kommunens andre træningsrelaterede tilbud. Det kan fx være i forhold til praktisk og personlig hjælp, hjemmesygepleje og revalidering mv.
- at sikre et bedre rehabiliteringsforløb fra start til slut. Personale på både sygehuse og kommuner vil derfor i fremtiden skulle arbejde mere systematisk med at få genoptræning tænkt ind fra start til slut.

- at få udformet så klare retningslinjer for genoptræningsopgaven i sundhedsaftalerne, som kan udmøntes til bedre rammer at arbejde ud fra i hverdagen blandt sundhedspersonale.
- at arbejde mod at kunne løfte flere specialistfunktioner for også at kunne varetage opgaven for personer med mere komplekse genoptræningsproblemer, fx patienter med hoftefrakturer, apopleksi mv.
- at arbejde mere systematisk med kvalitet, dokumentation og forskning på genoptræningsområdet.

Forskning på både genoptræning og forebyggelsesområdet skal opprioriteres, og der skal etableres et tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsen og KL om rådgivning af kommunerne. Forbindelse mellem kommunerne og de nationale forskningsmiljøer på området er afgørende, ligesom det er helt afgørende, at kommunerne skal udvikle deres sundhedstilbud ud fra en viden om, hvad der virker og baserer indsatsen på evidensbaseret praksis.

Sammenhængende patientforløb – nye opgaver og nye kompetencer

Med opgave- og strukturreformen får kommunerne et delvis betalingsansvar for det regionale sundhedsvæsen i form af et aktivitetsafhængig bidrag på ca. 10 pct. af regionens samlede sundhedsudgifter. Hensigten med den kommunale medfinansiering er at øge kommunernes incitament til at oprette egne tilbud, som kan aflaste sygehuse og effektivt fremme forebyggelse, trænings- og plejeindsatsen.

De svage, ældre patienter og den voksende gruppe af kronikere vil her veje tungt. Disse målgrupper er typisk kendetegnet ved, at de bliver indlagt igen og igen, fordi hverken sygehus eller kommuner i tilstrækkelig grad byder ind med et tilbud om hjælp

til at leve bedre med sygdommen og alderdommen. Problemet forstærkes af, at vi må forvente endnu længere afstand til sygehusene. Derfor er der brug for at udvikle nye sundhedstilbud i lokalområdet.

De lokale tilbud, der knytter sig til dette formål, kan antage mange forskellige former. Det kan fx dreje sig om at etablere sundhedscentre, flere akut- og aflastningspladser, udkørende teams, nye sundhedstilbud i borgerens eget hjem, kronikercentre mv. En forudsætning for at udvikle de nye tilbud er, at medarbejderne i det kommunale sundhedsvæsen kompetenceudvikles.

De fremtidige kompetencer vil bl.a. handle om at kunne håndtere flere både komplekse og specialiserede sundhedsopgaver i kommunerne, fx genoptræning, smertebehandling, sårbehandling mv. Udover en udbygning af personalets kompetencer, vil det også kræve hurtig adgang til supervision og hjælp, hvis der opstår komplikationer, og et løbende samarbejde med sygehusene.

Med kommunesammenlægningen øges kommunernes bæredygtighed, hvilket også indebærer, at flere kommuner vil få et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag til at oprette en vis rutine og viden i forhold til de mere komplekse og specialiserede sundhedsopgaver.

Hensynet til borgerne og effekten af den samlede indsats tilsigter en bred koordinering. Blandt de vigtigste kompetencer hos medarbejderne i det kommunale sundhedsvæsen bliver:

- at medarbejderne kan arbejde helhedsorienteret og tværfagligt i forhold til løsning af borgernes behov,

således at den enkelte medarbejder kan klare så mange opgaver og funktioner hos borgeren som muligt.

- at der bliver en mere koordinerende rolle, da man skal løfte flere opgaver fra sygehusene, og da borgerens problemer bliver mere komplekse - hvilket vil involvere flere aktører.
- at medarbejderne vil skulle løse flere specialistfunktioner i forhold til at kunne tage sig af borgere med fx diabetes, hjerneblødning, demens mv.
- at der vil være brug for nye ledelseskompetencer som forudsætning for at udvikle kvalitet i ydelserne og skabe rammer for optimale kommunale sundhedstilbud.

Derfor forudsætter et stærkt kommunalt sundhedsvæsen, at de sundhedsfaglige medarbejdere kompetenceudvikles. Der er behov for efter- og videreuddannelse på en række kliniske områder, ligesom medarbejderne skal rustes til arbejdet med viden- og metodeudvikling, systematisk kvalitetsudvikling, patientsikkerhed, sundhedsfaglig dokumentation, forskning osv.

Kommunernes sundhedssektor er i dag meget forskelligt bemandet fra kommune til kommune, men der er dog nogle hovedtendenser. Ledelsesstillingerne er primært bemandet med personer med en grunduddannelse inden for MVSU som sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut og øko-

noma, ofte suppleret med ledelsesuddannelser (diplomuddannelse, DSH intern ledelsesuddannelse mv.) Plejepersonalet er primært social- og sundhedsuddannet personale (83.000 personer). Der er ansat ca. 3.000 ergo- og fysioterapeuter, 8.000 sygeplejersker og 350 tandplejere.

Læs mere

Dansk Sygeplejeråd	www.dsr.dk
Danske Fysioterapeuter	www.fysio.dk
Ergoterapeutforeningen	www.etf.dk
Dansk Tandplejerforening	www.dasktp.dk
Danske Bioanalytikere	www.dbio.dk
Kost & Ernæringsforbundet	www.kost.dk
Farmakonomforeningen	www.farmakonom.dk
Jordemoderforeningen	www.jordemoderforeningen.dk
Foreningen af Radiografer i Danmark	www.radiograf.dk
Danske Afspændingspædagoger	www.dap.dk
Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter	www.lasf.dk
Sundhedskartellet	www.sundhedskartellet.dk
Det Kommunale Kartel	www.dkk.dk
FOA - Fag og Arbejde	www.foa.dk
Dansk Lægesekretærforening HK 3F	www.dl-hk.dk www.3F.dk
Dansk Metal	www.danskmetal.dk
Dansk Socialrådgiverforening	www.socialrdg.dk
KL	www.kl.dk/sundhed

Udgivet i et samarbejde mellem KL, Sundhedskartellet
og Det Kommunale Kartel
København, juni 2005