

KL's faglige forslag til en ny national handlingsplan for den ældre medicinske patient

KL har noteret sig, at der som led i finansloven for 2016 er afsat midler til en ny national handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder at der er afsat 415 mio. kr. til en akutpakke, der skal nedbringe overbelægning på sygehusene. KL har i den forbindelse noteret sig, at der som led i satspuljeaftalen for 2016-2019 bl.a. er afsat midler til at videreføre og videreudvikle opfølgende hjemmebesøg i forlængelse af udskrivning fra sygehus samt til at indfase fasttilknyttede læger på plejecentre. Herudover er der afsat 82, 4 mio. kr. til en pulje til styrket sammenhæng for de svageste ældre.

KL har videre noteret sig, at der i regi af Sundhedsstyrelsen nedsættes en følgegruppe for den ældre medicinske patient, som skal bistå Sundhedsstyrelsen i at udarbejde et fagligt oplæg til brug for udarbejdelse af en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Det faglige oplæg forventes bl.a. at omfatte følgende initiativområder:

- Videreudvikling af de kommunale akutfunktioner og det kommunale beredskab
- Styrkede kompetencer i kommunerne og almen praksis
- Styrket indsats for ældre, der bruger flere medikamenter på samme tid (polyfarmaci)
- Videreudvikling af modeller til at sikre sammenhæng i overgangen mellem sektorer
- Bedre adgang til sygehusenes specialiserede kompetencer.

Faglige forslag til en ny national handlingsplan for den ældre medicinske patient

KL er grundlæggende enig i de beskrevne forslag til initiativområder til fagligt oplæg til den kommende handlingsplan for den ældre medicinske patient. De beskrevne initiativområder matcher således de udfordringer, kommuner og almen praksis står over for med flere ældre og flere personer med kronisk sygdom, herunder flere ældre medicinske patienter. Udfordringer og anbefalinger til den kommende plan for udbygning af det nære sundhedsvæsen er bl.a. beskrevet i KL sundhedspolitiske udspil "Sammen om sundhed" (okt. 2015).

KL har bl.a. med udgangspunkt i udspillet en række forslag, der kan sættes i værk som led i konkretisering af indsatser inden for de enkelte initiativområder i handlingsplanen. Det er forslag, som også vil indgå som KL's bidrag til den kommende plan for udbygning af det nære sundhedsvæsen.

Dato: 1. februar 2016

Sags ID: SAG-2015-06219
Dok. ID: 2141414

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 5

Dato: 1. februar 2016

Sags ID: SAG-2015-06219
Dok. ID: 2141414

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 5

Ad 1) Videreudvikling af de kommunale akutfunktioner og det kommunale beredskab

Kommunerne løfter flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver, som tidligere blev varetaget, mens borgeren var indlagt på et sygehus. Opgaverne flytter ud i kommunerne på grund af bl.a. bedre og mere skånsomme behandlingsmetoder og stadig kortere indlæggelsestider. 82 pct. af kommunerne oplyser, at de varetager opgaver, der tidligere lå i sygehusregi¹. Som et led i den udvikling har ni ud af ti kommuner i dag etableret akutfunktioner med særlige sygeplejefaglige kompetencer – enten som midlertidige pladser eller som teams. Denne udvikling er bl.a. sket på baggrund af gældende anbefalinger på området, bl.a. fra Sundhedsstyrelsen².

Videreudvikling af de kommunale akutfunktioner og det kommunale beredskab handler bl.a. om at kortlægge komplekse pleje- og behandlingsopgaver, der allerede nu (skal) løses i primærsektoren samt komplekse pleje- og behandlingsopgaver, der er på vej over i primærsektoren og derfor fremadrettet skal løses hér. *KL anbefaler derfor, at der igangsættes en kortlægning og analyse, der, set i lyset af de identificerede opgaver der nu og fremadrettet skal løses i kommunerne, kan lede til håndfaste og konkrete drøftelser om udbygning af rammer og kapacitet i akutfunktioner i kommunerne. Herunder om indsatser mest hensigtsmæssigt varetages på kommunale akutpladser eller –teams, jf. konklusioner fra ACCESS projektet³.*

Opgaver, der varetages af sygeplejersker og andre autoriserede sundhedspersoner i de kommunale akutfunktioner, er for størstedelen forbeholdte opgaver, som er lægeligt delegeret til akutfunktionen. En del af disse opgaver sker i undersøgelsesøjemed og kan efter gældende lovgivning af lægen delegeres som en ramme, som akutfunktionen kan agere inden for⁴.

KL efterspørger i den forbindelse *en udvidet adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe*. En udvidet adgang vil styrke fleksibiliteten i den kommunale hjemmesygepleje i almindelighed og i akutfunktionen i særdeleshed og sikre et større fagligt handlerum, hvis rammedelegationer også omfatter enkle behandlinger som fx paracetamol, behandling med øjendråber og ernæringspræparater. *KL anbefaler i den forbindelse, at Sundhedsstyrelsen overvejer gældende regler om kommunernes mulighed for at opbevare medicin, som ikke er udskrevet til en konkret patient.*

¹ KL dataindsamling, november, 2015

² Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014.

³ Evalueringsrapport af ACCESS, En afrapportering til Sundhedsstyrelsen for satspuljemidler til styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud, Sygehus Sønderjylland og Aabenraa Kommune 2015.

⁴ Jf. Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

KL anbefaler endvidere, at et konkret initiativ om videreudvikling af de kommunale akutfunktioner bliver at *afprøve modeller for udvidet adgang til brug af rammedelegationer*. Fx gennem samarbejder mellem sygehuse og kommuner og/eller alment praktiserende læger og kommuner om brug af rammedelegationer til enkle behandlingsopgaver for en afgrænset målgruppe.

Ad 2) Styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis

Siden 2007 er antallet af sundhedsfaglige medarbejdere (sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter) i kommunerne steget med 44 pct., så de autoriserede medarbejdere i alt udgør 56 pct. af medarbejderne i det kommunale sundhedsvæsen. Det er en udvikling, der tydeligt understreger, at der er sket en markant opkvalificering af den samlede medarbejderressource i det nære sundhedsvæsen. Samtidig er der tale om en stabil tendens over hele perioden, hvilket vidner om, at opkvalificeringen sker som et led i en bevidst strategisk prioritering i kommunerne af det nære sundhedsvæsen.

Dato: 1. februar 2016

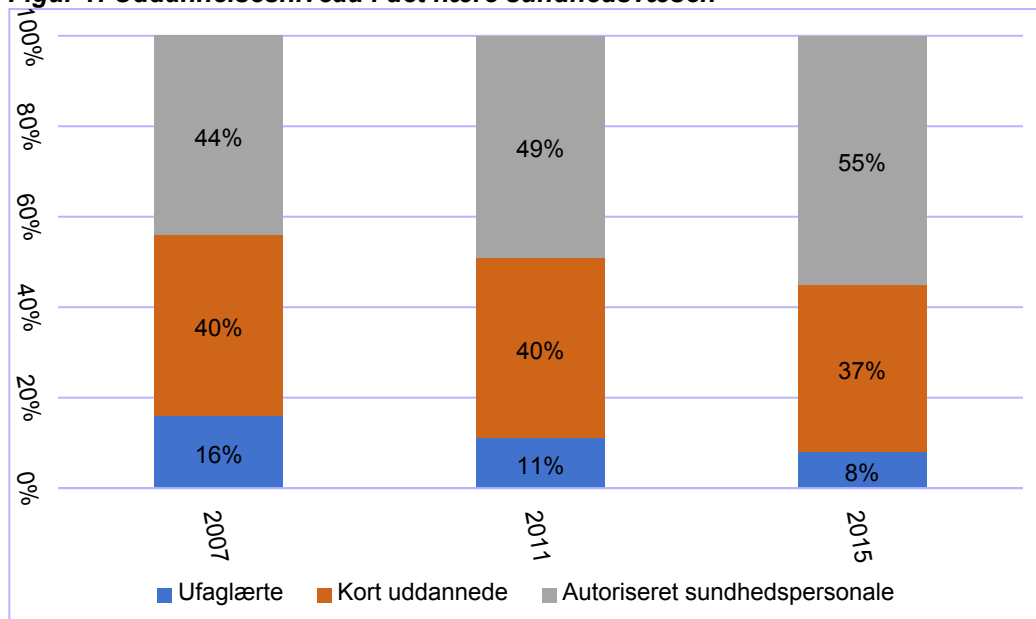
Sags ID: SAG-2015-06219
Dok. ID: 2141414

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 5

Figur 1: Uddannelsesniveau i det nære sundhedsvæsen



Kilde: KRL 2015

Noter: Tal fra august måned de pågældende år. Alle ansatte ekskl. ekstraordinært ansatte.

Flere og mere komplicerede opgaver kræver imidlertid kontinuerligt flere og nye kompetencer og bedre adgang til formel og uformel videndeling med fx regionen. Det er derfor centralt at få gjort status ift. det aktuelle kompetenceniveau hos sygeplejersker, sosu-assistenter og terapeuter med henblik på at pege på, hvor der konkret er behov for faglig oprustning i kommunerne i forhold til indsatser målrettet den ældre medicinske patient. Der er behov for mere viden om eksisterende normering, opgaveportefølje og kompetencer i såvel akutfunktioner som den almindelige hjemmesygepleje. Endvidere er der behov for at afdække hvilke specielle sygeplejefunktioner kommunerne har valgt at gøre brug af både internt og

fra sygehusene. *KL foreslår derfor, at faglige ressourcer og kompetencer kortlægges med henblik på at identificere konkrete områder i kommunerne, hvor kapacitet og faglighed som led i handlingsplanen for den ældre medicinske patient skal styrkes for at møde de nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver, der kortlægges i den foregående analyse, jf. oven for.*

Målgruppen for sygeplejefaglige indsatser i akutfunktionen er borgere med akut opstået eller akut forværring af sygdom og borgere, der efter udskrivning fra sygehus har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum 2 års relevant erhvervs erfaring hos sygeplejersker inden ansættelse i akutfunktioner⁵. Et kompetenceløft af såvel hjemmesygeplejen som af kommunens akutfunktioner, vil formentlig styrke samarbejdet med lægerne – såvel de alment praktiserende som sygehuslæger. Et kompetenceløft vil herudover formentlig reducere antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser samt muliggøre en tidlig indsats, så udvikling af sygdom forhindres i større omfang end i dag. Et kompetenceløft kan endelig styrke kommunernes muligheder for at rekruttere erfarne sygeplejersker og give de nyuddannede sygeplejersker et bedre fagligt udgangspunkt og således give det nære sundhedsvæsen et samlet kompetenceløft. *KL foreslår på den baggrund, at Sundhedsstyrelsen etablerer specialuddannelse til sygeplejersker målrettet medicinske patienter.*

Ad 3) Styrket indsats for ældre, der bruger flere medikamenter på samme tid (polyfarmaci)

Med indførelsen af det Fælles Medicinkort (FMK) blev de tekniske forudsætninger for et altid aktuelt og retvisende billede af, hvilke præparater en patient er i behandling med tilvejebragt. Det er et skridt i den rigtige retning i forhold til de mange borgere, kommunerne håndterer medicin for. Det er typisk ældre borgere, som modtager mange præparater på samme tid.

De borgere, som kommunerne håndterer medicin for, er ofte borgere, som modtager mange præparater på samme tid og som ikke magter at håndtere deres egen medicin. *KL anbefaler, at der afsættes midler til kompetenceudvikling af medarbejdergrupper, der varetager medicinrelaterede opgaver.*

Ad 4) Videreudvikling af modeller til at sikre sammenhæng i overgangen mellem sektorer

Der er afprøvet en lang række initiativer, der har til formål at sikre bedre sammenhæng i overgangen mellem sektorer. Bl.a. forløbskoordinatorer, udskrivningskonferencer og opfølgende hjemmebesøg.

Kora har i deres midtvejsrapport - Evaluering af indsats for forløbskoordination - bl.a. beskrevet problemstillingen fra den nuværende handlingsplan for den ældre medicinske patient vedrørende fælles forløbskoordination. De gør gældende, at et eksplicit fokus på, at midlerne skulle anvendes til at oprette fælles regionale-kommunale

Dato: 1. februar 2016

Sags ID: SAG-2015-06219
Dok. ID: 2141414

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 5

⁵ Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014.

forløbskoordinatorfunktioner bemanded med forløbskoordinatorer har vist sig problematisk. De anfører, at et sådant initiativ er i modsætning til det faktum, at det i udmøntningsplanen indgår, at der så vidt muligt ikke skal oprettes nye funktioner, samt at de igangsatte indsatser efter projektperioden skal kunne videreføres inden for rammerne af den eksisterende drift. Dels som en modsætning til store dele af den viden om arbejdet med forløbskoordination, der inden for de seneste år er skabt i Danmark, fordi denne netop peger på, at god forløbskoordination handler om mange andre forhold end netop ansættelse af nye koordinatore.

Der er i satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat i alt 29 mio. kr. til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg for sårbare ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus. *KL anbefaler i den forbindelse, at der også afsættes midler til kommuner til at gennemføre opfølgende hjemmebesøg sammen med almen praksis.* I satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der således på dette område alene afsat midler til almen praksis.

Patienter er i dag indlagt i kortere tid og langt mere behandling foregår ambulant. På konkrete områder fortsætter (den medicinske) behandling i borgerens hjem, når borgeren er udskrevet fra sygehus (det gælder fx behandling med IV-medicin). Denne udvikling kalder på nye samarbejdsmodeller, hvor sygehuse og kommuner på konkrete områder samarbejder om borgernære indsatser, fx med sygehuslægen som tovholder for indsatser, som konkret udføres af kommunale sundhedspersonaler efter lægelig delegation. *KL anbefaler derfor, at der iværksættes forsøg med styrket samarbejde mellem sygehuse og kommuner om udskrevne patienter og ambulante indsatser, der kan varetages i det nære sundhedsvæsen af kommunalt sundhedspersonale.*

Ad 5) Bedre adgang til sygehusenes specialiserede kompetencer.

Et træk ved indsatser i de kommunale akutfunktioner er, at de er rettet mod borgere med akut forværring af helbredstilstand eller funktionsniveau, og at borgeren har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Det gør, at sygdomsbilledet typisk er komplekst og præget af omskiftelighed. For at kunne varetage indsatser over for denne type borgere har kommunerne behov for let og fleksibel adgang til (læge)faglig ekspertise på sygehusene og i almen praksis. Det gælder bl.a. i forhold til laboratoriefunktioner, herunder adgang til mobil blodprøvetagning i kommunerne. Hurtig og fleksibel adgang til laboratoriefunktioner styrker personalets dialog med fx praktiserende læger om borgeren og gør, at borgeren hurtigere bliver udredt. *KL anbefaler derfor, at der afsættes midler til øget og mere fleksibel adgang i kommunerne til regionale laboratoriefunktioner.*

I tilgift til laboratoriefunktioner anbefaler KL, at kommunernes adgang til lægefaglige kompetencer i almen praksis og på sygehusene, herunder geriatrikere, endokrinologer m.v., styrkes. Denne adgang skal understøtte, at ambulante indsatser som fx kronikerkontroller, der ikke behøver foregå på sygehus og langt fra borgerens hjem, kan varetages i det nære sundhedsvæsen af kommunalt sundhedspersonale, jf. oven for.

Dato: 1. februar 2016

Sags ID: SAG-2015-06219
Dok. ID: 2141414

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 5