

AMU

EPOS

Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område

Analyserapport

November 2013

Mærsk Nielsen HR

Jystrup Bygade 4
4174 Jystrup
Tlf. 35 13 22 77
E-mail: lizzie@maersk-nielsen.dk
www.maersk-nielsen.dk

ISBN: 978-87-92324-40-5



Teknologisk Institut
Center for Arbejdsliv
Gregersensvej 1
2630 Taastrup
Tlf. 7220 2620
E-mail: arbejdsliv@teknologisk.dk
www.teknologisk.dk

ISBN: 978-87-92237-47-7

Rapporten er udarbejdet af konsulenter fra Teknologisk Institut, Arbejdsliv og Mærsk Nielsen HR for Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske område og for Social- og Sundhedsområdet (EPOS).

EPOS er en forkortelse for Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet. Læs mere på www.epos-amu.dk.

November 2013

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	5
2. ANALYSENS METODISKE TILGANG	7
2.1. Kortlægning af området	7
2.2. Kvalitativ undersøgelse	7
2.3. Kvalificeringsseminar	9
2.4. Udarbejdelse af analyserapport	9
3. ET SUNDHEDSVÆSEN I BEVÆGELSE	10
3.1. Udviklingstendenser	10
3.2. Arbejdspladstyper i det samarbejdende sundhedsvæsen	18
3.3. Nye funktioner i det samarbejdende sundhedsvæsen	22
3.4. Følge-hjem ordninger.....	23
3.5. Ambulante, udgående team	28
3.6. Andre nyere funktioner	34
3.7. Konsekvenser og affødte funktioner i kommunerne.....	38
4. CASES – TRE IDEELLE PATIENTFORLØB	40
4.1. Den ældre medicinske patient	40
4.2. Den psykiatriske patient med en somatisk lidelse	43
4.3. Patient med en kronisk lidelse.....	45
5. KOMPETENCEKRAV TIL MEDARBEJDERNE	48
5.1. Resultater af analysens desk study	48
5.2. Forskellige kompetenceområder	52
5.2.1. <i>Formidlingskompetencer</i>	52
5.2.2. <i>Samarbejdskompetencer</i>	55
5.2.3. <i>Koordinationskompetencer</i>	57
5.2.4. <i>Sundheds-og sygeplejefaglige kompetencer</i>	59
6. LÆRINGSFORMER	61
7. KONKLUSION	63
LITTERATURLISTE	67

1. Indledning

Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske område og for Social- og Sundhedsområdet (EPOS) har taget initiativ til en analyse af det samarbejdende sundhedsvæsen.

Analysens formål har været at etablere et grundlag, hvorpå Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og sundhedsområdet kunne vurdere behovet for at udvikle arbejdsmarkedsuddannelser målrettet udviklingstendenserne i det samarbejdende sundhedsvæsen. Analysen har fokus på såvel det somatiske som det psykiatriske område.

Baggrunden for analysen er, at der i stigende grad er behov for, at sektorerne i sundhedsvæsenet samarbejder om at løse de nuværende og kommende sundhedsopgaver. Der skal findes nye og mere effektive løsninger til at løse mere komplekse opgaver. Den demografiske udvikling og udviklingen i patientgrupperne kræver et tæt og konstruktivt samarbejde mellem aktørerne i sektorerne i forhold til såvel den borgerrettede forebyggelse som den patientrettede forebyggelse og behandling. Der skabes nye organisatoriske og institutionelle enheder, som f.eks. akutklinikker, følge-hjem ordninger, ambulante, udgående team og sundhedshuse, der i forskellig grad involverer begge sektorer.

Begrebet 'Det samarbejdende sundhedsvæsen' er ikke et fast defineret begreb. Til brug for denne analyse er der udarbejdet følgende definition på det samarbejdende sundhedsvæsen:

Det samarbejdende sundhedsvæsen er et sundhedsvæsen, der på tværs af primær og sekundær sektor effektivt samarbejder om at løse de opgaver og udfordringer, sundhedsvæsenet står over for.

Dette gælder opgaver og udfordringer i forhold til f.eks. flere ældre, flere kronikere, øgede udgifter samt øgede krav, forventninger og behov fra borgerne om et helhedsorienteret, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen.

Analysen har haft følgende tre mål:

- At analysere, hvordan social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenteres jobområde udvikler sig inden for det samarbejdende sundhedsvæsen, herunder hvilke jobfunktioner medarbejderne udfører, samt hvilke kompetenceudviklingsbehov det afføder.
- Gennem casestudier at analysere, hvilke jobfunktioner og kompetenceudviklingsbehov der knytter sig til social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenteres funktioner i overgange mellem sektorer, som følge af det øgede behov for og fokus på tværsektorielt og tværinstitutionelt samarbejde.

- At vurdere i hvilket omfang det eksisterende AMU-uddannelsesudbud fortsat dækker kompetenceudviklingsbehovet, og der skal beskrives scenarier for uddannelsesstrukturer, der kan møde kompetenceudviklingsbehovene inden for jobområdet.

Analysen peger på, hvordan opgavesammensætningen for social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere på kort eller længere sigt ændres som følge af udviklingen i det samarbejdende sundhedsvæsen.

Analysen omfatter både det somatiske og det psykiatriske sundhedsområde. De eksisterende jobområder på sygehusene og i den kommunale ældrepleje samt i socialpsykiatrien inddrages kun, når det drejer sig om de jobfunktioner og/eller ydelser, der rækker ind i det samarbejdende sundhedsvæsen. Årsagen til denne afgrænsning er, at EPOS inden for de seneste år allerede har gennemført specifikke analyser med fokus på sygehuse, hjemmepleje og socialpsykiatri.

Læsevejledning

Analysereporteren består af en række kapitler. Kapitel 1 består af en indledning, hvor analysens baggrund og formål beskrives, herefter følger der i 2. kapitel en redegørelse for analysens metodiske tilgang.

I kapitel 3 gives et overblik over de tendenser, som præger udviklingen i det samarbejdende sundhedsvæsen. Der sættes særligt fokus på følgende to udgående funktioner fra sygehusene: "Følge-hjem ordninger" og "ambulante, udgående team" samt de dertilhørende opgaver for social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

I kapitel 4 præsenteres tre cases på ideelle patientforløb i det samarbejdende sundhedsvæsen.

I 5. kapitel sættes der fokus på kompetencekrav til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der direkte eller indirekte er involverede i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team. Kompetencekravene er opdelt i følgende fire afsnit: Formidlingskompetencer, samarbejdskompetencer, koordinationskompetencer og sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer.

Det 6. kapitel sætter fokus på de læringsformer, der er blevet afdækket i desk study og i de gennemførte interview med ledere og medarbejdere.

I kapitel 7 opsummeres analysens resultater i en konklusion, hvor der også konkluderes på behov for udvikling af nye arbejdsmarkedsuddannelser eller for revidering af de nuværende arbejdsmarkedsuddannelser.

Til sidst i rapporten præsenteres en litteraturliste med angivelse af de referencer, der er anvendt i forbindelse med det gennemførte desk study.

2. Analysens metodiske tilgang

Analysen er indledt med et desk study, der har skullet bidrage til at kortlægge udviklingstendenserne i det samarbejdende sundhedsvæsen. Derefter blev der gennemført en kvalitativ undersøgelse i form af enkeltpersonsinterview, gruppeinterview og telefoninterview med repræsentanter fra regioner og kommuner.

Efterfølgende blev der gennemført et kvalificeringsseminar med præsentation og kvalificering af analysens resultater. Analysens resultater er løbende blevet drøftet med en referencegruppe.

I det følgende beskrives analysens metodiske tilgang mere indgående.

2.1. Kortlægning af området

Kortlægningen har bestået dels af en indsamling af viden via et grundigt desk study af området og dels af individuelle interview med ressourcepersoner fra uddannelsesinstitutioner samt relevante vidensinstitutioner.

Materialet til det indledende desk study er tilvejebragt ved en screening af eksisterende publikationer; beskrivelser af projekter, der er under gennemførelse, politiske udspil og strategioplæg. Der er gennemført søgninger via internettet, og desuden har EPOS (Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet) bidraget med relevant materiale på basis af deres hidtidige undersøgelser samt indsigt i undersøgelsesfeltet.

På baggrund af det indledende desk study prioriterede analysens referencegruppe, at den primære indgang for den videre analyse og udarbejdelse af tre eksempler på patientforløb skulle være de regionale følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team fra sygehuse.

2.2. Kvalitativ undersøgelse

Den videre analyse af det samarbejdende sundhedsvæsen har bestået af kvalitative interview. Interviewene har haft sigte på at belyse undersøgelsesfeltet samt på at generere tre casestudier.

Der har været anvendt en kvalitativ spørgeramme for interviewene, hvor interviewpersonerne er blevet bedt om at beskrive hhv. social- og sundhedshjælperes og social- og sundhedsassistenters arbejdsopgaver og kompetencekrav i relation til det samarbejdende sundhedsvæsen.

På baggrund af interviewene er der gennemført en analyse med fokus på, hvilke arbejdsopgaver og kompetencekrav der knytter sig til social- og sundhedsassisten-

ters samt social- og sundhedshjælperes jobfunktioner. Der har i analysen været fokus på arbejdsopgaver og kompetencekrav i overgange mellem sektorer som følge af det øgede behov for og fokus på tværsektorielt og tværinstitutionelt samarbejde.

I den indledende kortlægning og i den efterfølgende kvalitative undersøgelse har deltaget i alt 31 interviewpersoner fra 27 forskellige arbejdspladser.

De interviewede personer har repræsenteret personer med følgende jobfunktioner: Social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen, social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen samt i socialpsykiatrien, og sygeplejersker i funktioner i hhv. geriatrisk team, ambulatorium, følge-hjem ordninger, som visitatorer, i hjemmesygeplejen eller som forløbskoordinatorer.

Herudover har der i interviewene deltaget ledende terapeuter, teamledere i hjemmepleje, ledere fra kommunale sundhedscentre samt fra kommunale plejecentre, akut- og rehabiliteringspladser og socialpsykiatrien. Der har desuden deltaget uddannelsesledere eller udviklingschefer fra social- og sundhedsskoler, projektledere, ledere, udviklingskonsulenter samt sundhedsfaglige konsulenter i kommuner, regioner eller patientforeninger. Endelig har der deltaget udviklingskoordinatorer/praktikkoordinatorer i kommuner.

Gennemførelse af interview

De gennemførte kvalitative interview er designet, så der er stillet spørgsmål til, hvordan interviewpersonerne kan beskrive situationen i dag, og hvilke udviklingstendenser de ser på deres arbejdsplads, som påvirker deres nuværende eller kommende arbejdsopgaver.

I de tilfælde, hvor der ikke har været konkrete eksempler på ændringer i målgruppens opgaver i relation til det samarbejdende sundhedsvæsen, er spørgsmålene stillet i et "hvad-nu-hvis" perspektiv, hvor interviewpersonerne er blevet bedt om at forholde sig til og undersøge mulige, realistiske opgaver og dertilhørende kompetencekrav. Interviewene har dermed været eksplorative af karakter.

Denne tilgang er valgt for, at undersøgelsen bedst muligt kunne tilvejebringe valide data om de komplekse jobområder. Undersøgelsens genstandsfelt er et sundhedsvæsen i bevægelse fra en tilstand til en anden tilstand, og interviewpersonerne står midt i en forandringsproces og for manges vedkommende også i et kulturforandrende projekt i deres organisation.

Afhængig af interviewpersonernes konkrete situation og organisatoriske placering, vil deres beskrivelse af arbejdsopgaver i praksis i dag, og hvordan opgaverne udvikler sig, være influeret af de mekanismer, som gør sig gældende i ethvert forandringsprojekt på hhv. et organisatorisk og/eller personligt plan.

Med udgangspunkt i den definition, der er anvendt til at beskrive det samarbejdende sundhedsvæsen (se definition s. 5), er de nye jobområder endnu hverken entydigt kendte eller fastlagte. Opfattelsen af, hvilke konsekvenser den nuværende udvikling vil få, er forskellig afhængig af, hvem der spørges, og hvilke kendte arbejds-

strukturer, praksisformer, samt organisatoriske tilhørsforhold og tilhørende traditioner vedkommende repræsenterer.

I interviewene er interessenterne blevet bedt om at sætte ord på den igangværende udvikling i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i de begreber, som hhv. KL og Danske Regioner anvender. Dette er sket for sammen med den kvalitative respondent at skabe en fælles begrebsdefinition at tale om genstandsfeltet ud fra – og for fra start at sætte ord på den kendsgerning, at analysen indsamler viden på et område placeret mellem en nutid, hvor flere forskellige samtidige perspektiver og udviklingstendenser påvirker praksis, og en ikke nærmere defineret eller kendt fremtid.

Denne tilgang har været anvendt ved samtlige gennemførte interview, og der er i hvert enkelt interview sket en nøje vurdering af interviewpersonens indgang til feltet, og interviewformen er følgelig afstemt den konkrete interviewperson eller gruppe af interviewpersoner.

2.3. Kvalificeringsseminar

I forlængelse af den kvalitative undersøgelse blev der planlagt og gennemført et kvalificeringsseminar, hvor formålet var at drøfte de foreløbige resultater fra analysen set i lyset af deltagernes erfaringer med området. Kvalificeringsseminaret har på denne måde kunnet bidrage til at kvalificere analysens foreløbige billeder af jobfunktioner og uddannelsesbehov.

Ved kvalificeringsseminaret deltog 16 ledere, uddannelseskonsulenter og undervisere fra 11 forskellige social- og sundhedsskoler. Desuden deltog formand for Underudvalget for Social- og Sundhedsområdet i EPOS, Lotte Meilstrup, FOA-Fag og Arbejde og uddannelseskonsulent i SEVU, Jette Bang Jensen.

2.4. Udarbejdelse af analyserapport

På baggrund af det indledende desk study, interview og kvalificeringsseminar er der udarbejdet denne analyserapport. Rapporten skal danne grundlag for EPOS' arbejde med udvikling af nye arbejdsmarkedsuddannelser, der kan tilgodese social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenteres kompetenceudviklingsbehov.

3. Et sundhedsvæsen i bevægelse

I dette kapitel beskrives en række væsentlige udviklingstendenser i sundhedsvæsenet, der er en konsekvens af den ændrede ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner. Kapitlet sætter også fokus på den teknologiske udvikling inden for sundhedsvæsenet. Der er desuden fokus på, hvordan ændringer i demografi og sygdomsbilleder påvirker kravene til sundhedsvæsenet, samt på de øgede krav til samarbejdet mellem sektorerne.

Derefter beskrives nogle af de arbejdspladstyper og funktioner, der opstår i samarbejdet mellem sektorerne. Der sættes særlig fokus på følgende to funktioner: "Ambulante, udgående team fra sygehuse" og "følge-hjem ordninger" i det samarbejdende sundhedsvæsen.

3.1. Udviklingstendenser

Sundhedsloven fra 2005 og strukturreformen fra 2007 stadfæstede en ny ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner, en ansvarsfordeling der i dag er udfoldet i konkrete nye tiltag i det samarbejdende sundhedsvæsen. Som det indledningsvist er defineret (se s. 5) bliver der i det samarbejdende sundsvæsen på tværs af sektorerne samarbejdet om at løse de opgaver og udfordringer, sundhedsvæsenet står over for.

Den demografiske udvikling betyder, at der bliver relativt flere ældre i befolkningen. Derfor bliver de borgere, som behandles i sundhedsvæsenet, også ældre. En af interviewpersonerne fortæller, at den gennemsnitlige patient inden for en 15 års periode er blevet 10 år "ældre". Sygdomsbillederne er samtidig blevet mere komplekse. Mange ældre har flere samtidige lidelser (multimorbiditet). Andre patienter har en kombination af psykiske lidelser og et misbrug eller somatiske sygdomme, og alle disse komplekse patientforløb skal kunne håndteres i såvel primær som sekundær sektor.

Samtidig er der ønske om, at kommunerne skal varetage flere opgaver i forhold til borgerne, idet man ønsker at kunne gennemføre på den ene side hurtigere, men også bedre udskrivninger, og at borgerne i så vid udstrækning som muligt skal kunne plejes i hjemmet. På den anden side er man opmærksom på, at det kan være en stor og kompleks opgave, hvorfor man eksempelvis i Region Sjælland gennemfører et forskningsprojekt (interview med sygeplejerske i følge-hjem ordning) der undersøger forhold for patienter ved såkaldte "risikoudskrivninger". Et forskningsprojekt der gennemføres med udgangspunkt i et hospital, som i forvejen samarbejder med kommunen om følge-hjem ordninger.

I forvejen har man gennem de seneste år i kommunerne skullet løfte flere og flere opgaver i forhold til rehabilitering/genoptræning, men blandt respondenterne til denne undersøgelse er der forventninger om, at denne tendens forstærkes i de

kommende årtier. Et fremtidsbillede kunne være, at al præ- og posthospital behandling (altså alle plejeopgaver udover selve det operative indgreb eller den meget komplicerede behandling) i løbet af de kommende 10 år vil ske uden for hospitalerne.

Samtidig med disse tendenser bliver der fra politikere, kommuner og regioner, samt fra borgere og patienter stillet krav om et helhedsorienteret, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen.

Hele denne udvikling kræver udvikling af ledelse, organisering og ikke mindst kompetenceudvikling af de implicerede medarbejdere, fordi der til stadighed vil komme nye forslag og nye krav til måden at organisere og løse opgaverne. For at imødekomme disse krav gennemføres der i disse år på tværs af landet og i samarbejde mellem regioner og kommuner en mængde initiativer, og der investeres ganske mange ressourcer i nye projekter.

Danske Regioner og KL er enige om, at udviklingen kræver et nyt og stærkt samarbejde mellem regioner og kommuner. Danske Regioner fremhæver i deres oplæg "Det hele sundhedsvæsen"¹, at udviklingen af dette omfatter nytænkning og helt nye modeller for samarbejdet. Regionerne har fortsat ansvaret for den patientrettede forebyggelse og for behandling, men der skal samarbejdes med kommunerne, som er borgernes indgang til sundhedsvæsenet, og kommunerne skal bidrage til at fremme borgernes sunde livsstil og forebygge sygdom.

Det er også kommunerne, der skal forebygge indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og selvtræning. Dette kræver, at kommunerne understøtter behandling af borgeren i og nær borgerens eget hjem, og at der er fokus på at understøtte borgerens mulighed for at tage hånd om egen sygdom – blandt andet gennem brug af uddannelse, udvikling af patientuddannelsesprogrammer og moderne teknologi.

KL opridser en række visioner for det nære sundhedsvæsen i deres oplæg "Det nære sundhedsvæsen"². Kommunerne er det naturlige udgangspunkt for det nære sundhedsvæsen, da de kan levere sammenhængende tilbud på tværs af velfærdsområderne – og dermed også give en unik mulighed for at aflaste sygehusene gennem patientrettede rehabiliteringstilbud i borgernes nærmiljø.

KL lægger i oplægget stor vægt på, at der skal sikres sammenhæng i patientforløb gennem et tæt samarbejde mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet. Almen praksis skal være den primære leverandør af lægefaglige ydelser i det nære sundhedsvæsen, og derfor skal samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

¹ Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen. Danske Regioner, 2012.

² Det nære sundhedsvæsen. KL, 2012.

styrkes, således at almen praksis får nogle klart definerede opgaver i forhold til f.eks. opfølgende hjemmebesøg, medicingennemgang for ældre medicinske patienter, tilsyn med ældre der befinder sig på akut- og aflastningspladser samt henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for bl.a. kronisk syge.

For hele sundhedsvæsenet gælder, at der skal arbejdes evidensbaseret og kvalitetsorienteret, sådan at man på tværs af sundhedsvæsenet og i sidste ende i forhold til borgeren, og den ydelse som vedkommende modtager, kan dokumentere sin praksis og kvaliteten heraf. Inden for både somatik og psykiatri skal der arbejdes for tidlig opsporing af borgere med kroniske lidelser i forhold til at kunne iværksætte den rette rehabilitering, specialiseret sygeplejefaglig opfølgning, forebyggelse etc.

Ændringer i ansvars- og opgavefordeling på det psykiatriske område

Som udviklingen har formet sig på det psykiatriske område fra 1975 og frem til i dag, har kommunerne overtaget mange og flere komplekse opgaver inden for socialpsykiatrien. Omlægning af behandlingspsykiatrien kræver støtte og behandling af borgerne i eller nær eget hjem. Dermed har kommunerne fået øgede opgaver inden for socialpsykiatrien, der også skal håndtere svært psykisk syge.

Danske Regioner udformede i 2011 deres strategioplæg "Kvalitet i psykiatrien"³. Hovedbudskabet i dette oplæg var, at regionerne i højere grad skal ensarte deres tilbud. Man ønsker at skabe rammer for en bedre og mere ensartet diagnostik – at gennemføre kliniske vurderinger, semistrukturerede interview, anamnese, funktionsvurdering og observationer – med involvering af andre faggrupper, også kaldet samrating. Man vil arbejde på at skabe landsdækkende retningslinjer og i forlængelse heraf udarbejde fælles, men få behandlingspakker, og disse skal være tværgående, idet de skal indbefatte psykiatri, somatik, KRAM-faktorer, hjerte-kar sygdomme og metaboliske sygdomme. Det er desuden væsentligt, at det er tids- og indholdsmæssige veldefinerede pakker.

For at opnå disse målsætninger ønsker man, at samarbejdet skal formaliseres gennem lokale samarbejdsaftaler med tilsyn og undervisning, bedre uddannelse i psykopatologi og diagnostik, samt at der indføres flere it-tekniske hjælpemidler, videotek, sundheds-it, e-journal og videoformidlet uddannelse (f.eks. med oplæg fra professorer, speciallæger mv.).

Baggrunden for det tværgående fokus er, at middellevetiden for psykiatriske patienter er 20 år kortere end for almenbefolkningen, og at 40 % af overdødeligheden skyldes selvmord, mens 60 % skyldes somatiske sygdomme. Dermed er der behov for bedre somatisk udredning, samt øget fokus på livsstilsrelaterede sygdomme samt KRAM-faktorer.

³ Kvalitet i psykiatrien. Danske Regioner, 2011.

Derudover ønsker man at intensivere indsatser i relation til misbrugsproblematikker (selvmedicinering eller alkohol) med udgangspunkt i nyere metoder til at tage hånd om det faktum, at egenomsorgen generelt er lav blandt psykiatriske patienter. I relation til det samarbejdende sundhedsvæsen er det værd at bemærke, at når en patient er diagnosticeret som psykiatrisk patient, er det psykiatriens ansvar at initiere den patientrettede forebyggelse, ligesom det også er psykiatrien, som har ansvaret for at undersøge patienten for somatiske sygdomme.

Den sundhedsteknologiske udvikling

Den sundhedsteknologiske udvikling, som dækker over teknologier som f.eks. medico-teknik, bioteknologi, telemedicin og velfærdsteknologier, har gennem de seneste år fået megen opmærksomhed. Både KL og Danske Regioner har stor fokus på anvendelse af telemedicinsk behandling, hvor hjemmesygeplejen og hjemmeplejen skal inddrages i relevant omfang, og der forventes at ske en stor udvikling på dette område i de kommende år. Regionerne er i fuld gang med at opsamle erfaringer på gennemførte projekter, så der kan gennemføres en implementering i større stil. I maj 2013 har Danske Regioner udgivet to dokumenter, der præsenterer regionernes fælles strategi for og implementering af digitalisering af sundhedsvæsenet.⁴ Der er i alt beskrevet 15 pejlemærker, der skal fokuseres på i perioden 2014-2016, herunder bl.a. telepsykiatri, internetpsykiatri, telesår og telemedicinsk platform.

I notatet "Telemedicinsk strategi"⁵, der er udarbejdet af Regionernes Sundheds-it organisation, beskrives det, hvordan telemedicin kan bruges som værktøj til at opnå rationaliseringsgevinster på hospitalerne. Strategien fokuserer på optimering af hospitalsdrift og har ikke et tværsektorielt sigte. Teknologierne rækker dog også ud over hospitalerne i det omfang, regionerne finder, at det kan rationalisere processer på hospitalerne. Dette kan dreje sig om det præhospitale miljø, ambulancer mv. samt teknologiske løsninger i patienternes egne hjem.

Notatet indeholder en definition af telemedicin:

"Tid, sted- og rumafhængige digitalt understøttende sundhedsydelser, leveret over afstand, med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi."

Det fremgår desuden af notatet, at regionerne har følgende vision for telemedicin:

"Telemedicin skal styrke det Danske Sundhedsvæsen ved at sikre sammenhængende patientforløb gennem øget tilgængelighed, kvalitet og effektiv prioritering af sundhedsydelser og ressourcer."

⁴ Sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder. Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i perioden fra 2013 til 2016. Danske Regioner, 2013 samt Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering af sundhedsvæsenet. Fra strategi til handling. Nye pejlemærker i perioden fra 2014 til 2016.

⁵ Telemedicinsk strategi. Regionernes Sundheds-it organisation. Pejlemærke nr. 5, juni 2011.

Notatet beskriver overordnet, at telemedicin omfatter løsninger, der kan bidrage til at nå målsætninger om at kunne behandle flere patienter med færre hænder og færre midler på et højt kvalitetsniveau.

Anvendelse af telemedicin betyder, at mange besøg på sygehuse, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i eget hjem. Det rummer samtidig store muligheder for at fremme patienternes involvering i egen sundhed (og pleje). Telemedicin og velfærdsteknologi⁶ rummer potentialer for at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer, og samtidig kan det bidrage effektivt til at holde omkostningerne nede. Det vil på lidt længere sigt få betydning for den konkrete opgavesammensætning for social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Analysens desk study viser, at der gennem de seneste år er blevet igangsat en række projekter på det telemedicinske område, f.eks. anvendelse af videokonferencer, billedudveksling og fjernmonitorering.

Videokonferencer kan enten anvendes til møder mellem sundhedsprofessionelle eller til møder mellem sundhedsprofessionelle og borgere/patienter. Det anvendes f.eks. også i forbindelse med træning af KOL-patienter i eget hjem.

Billedudveksling anvendes f.eks. i forbindelse med sårvurdering, hvor hjemmesygeplejens medarbejdere kan optimere deres sårpleje gennem visuel inddragelse af specialister på sygehusene.

Fjernmonitorering er løsninger, hvor borgeren/patienten selv eller med hjælp fra hjemmesygeplejen foretager målinger, der automatisk eller manuelt indberettes til sundhedssektoren med henblik på løbende overvågning. Med fjernmonitorering kan der også etableres en egentlig indlæggelse (udlæggelse) i eget hjem med mulighed for virtuel stuegang via videokonference og forskellige digitale målinger. Der er igangsat en række forskellige projekter med fjernmonitorering inden for f.eks. KOL og diabetes.

Der er ligeledes en voksende interesse for telemedicinske løsninger i psykiatrien, både når man ser på efterbehandling og på forebyggelse. Der er f.eks. en del eksempler på anvendelse af videokonferencer som middel til at styrke kommunikationen mellem behandlere og patienter. I Region Midtjylland har man på det psykiatriske område gennem et stykke tid arbejdet målrettet på at udvide behandlingen i eget hjem, eksempelvis ved brug af videokonferencer med patienterne, og dette er

⁶ 'Velfærdsteknologi' er et andet paraplybegreb i dansk kontekst og kan indbefatte telemedicinske løsninger, men rækker videre end sundhedsområdets tilbud, og kan også være løsninger rettet mod borgerens aktiviteter i hverdagslivet og eksempelvis være intelligente hjælpemidler, intelligent tøj, serviceroboter mv.

en indsats, der er planer om at videreføre.⁷ Videokonferencer anvendes f.eks. også i retspsykiatrien i forhold til grønlændere, der er bosiddende både her i landet og i Grønland.⁸

I udlandet findes eksempler på anvendelse af computerbaseret kognitiv adfærdsterapi med tilbud om online rådgivning via e-mail, sms, chat eller video, online sociale netværk, hvor brugere støtter brugere, mobile app's til selvomsorg, self tracking og netværksstøtte eller spil, der understøtter leveændringer og brugeres deltagelse i egen behandling og bedring.⁹ Disse metoder kan virke understøttende for målgruppens indsats for at forebygge og håndtere egen mentale sundhed gennem self management. De kan anvendes til tidlig opsporing og diagnose, screening af målgrupper (f. eks. unge i risiko), samt monitorering – tidlig intervention og respons ved forværring af tilstanden.

Det igangværende EU-forskningsprojekt "MONARCA" har fokus på at gøre behandlingen af maniodepressive mere effektiv ved anvendelse af teknologier som smartphones og andet udstyr med sensorer. It-udstyret kan dels diagnosticere og forudsige anfald, og dels kan udstyret hjælpe den enkelte patient til bedre at behandle og tage vare på sig selv. I Danmark er det IT-Universitet og Rigshospitalet, der er involveret i forskningen.¹⁰

Udviklingen kan dermed ses i relation til målsætningerne om patient empowerment, som har værdier til fælles med de strømninger, der i øvrigt ses på det psykiatriske område med recovery tilgang, psykoedukation¹¹ og brug af patientens egne ressourcer. Nogle af fordelene ved anvendelse af telemedicin er, at mange patienter føler sig trygge i kendte omgivelser, og ved en direkte adgang til hjælpefunktioner hjemmefra kan patienterne spares for transport, og de udfordringer det kan give at skulle opsøge behandling væk fra hjemmet.

Derudover kan telemedicinen styrke patienterne i oplevelsen af at tage hånd om egen sygdom og give dem mulighed for at opsøge og udveksle viden med andre patienter. Den telemedicinske løsning kan naturligvis ikke stå alene i behandlingen

⁷ Idé- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen. Sundhedskoordinationsudvalget, Region Midtjylland, 2011, side 14 og side 36.

⁸ Alle vinder hvis samarbejdet på tværs af fag og sektorer bliver endnu bedre. Inspiration og læring fra projekter på tværs af landets regioner og kommuner. Magasin om psykiatri på tværs. FOA, Sundhedskartellet, Socialpædagogerne, KL, Danske Regioner 2012, side 20.

⁹ Teknologioversigt over udenlandske erfaringer med kobling af it-løsninger og mental sundhed. Seniorkonsulent Nina Marie Breer Brocks, Teknologisk Institut, 7. maj 2013.

¹⁰ Læs mere om MONARCA projektet her:

<http://itu.dk/da/Forskning/Erhvervssamarbejde/Anvendt%20forskning/Monarca>

¹¹ Psykoedukation er systematisk og struktureret undervisningsaktivitet i psykiatriske sygdomme og deres behandling. Disse aktiviteter skal øge patientens muligheder for at skabe et selvstændigt og meningsfyldt liv. Psykoedukation er en del af behandlingen for patienten og kan være et tilbud til pårørende. Kilde: Psykoedukation til patienter med skizofreni og deres pårørende. En manual. Region Sjælland, 2012.

af hverken den somatiske eller den psykiatriske patient. F.eks. savnes der fortsat evidens for, hvilke indsatser og typer af information der kan skabe empowerment for patienter, samt hvorvidt større patientuddannelsesprogrammer skaber mere empowerment end den individuelle behandlerkontakt.¹²

Udviklingens betydning for social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere

Som det fremgår af ovenstående beskrivelse af udviklingstendenser i det samarbejdende sundhedsvæsen er der lagt en række nye spor ud, hvad angår delte opgaveområder mellem kommuner og regioner. Medarbejdere i kommuner og regioner skal samarbejde om løsning af opgaverne, og de skal arbejde på en mere standardiseret måde med vægt på effekt, evidens og dokumentation. De skal desuden have fokus på forebyggelse, og de skal inddrage patienterne i deres egen sundhed. Endelig skal medarbejderne i såvel regioner som kommuner bidrage til implementering af en række forskellige sundhedsteknologiske tiltag.

Udviklingen medfører, at der er jobområder, hvor social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere allerede i dag bestrider nye arbejdsopgaver og -funktioner. Inden for de nærmeste år må det forventes, at langt flere social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere vil blive direkte involveret i samarbejde på tværs af sektorerne samt i anvendelse af forskellige former for sundhedsteknologi.

Der er mange forskellige udviklingsprojekter i gang i regioner og kommuner, og desk study viser dels, at der endnu ikke foreligger resultater af mange af projekterne, og dels at der er store variationer på organiseringen og bemanningen i de enkelte projekter. I de fleste udviklingsprojekter er der ikke direkte involveret social- og sundhedshjælpere, men nogle gange inddrages de alligevel. Dette sker f.eks., når de i kommunen varetager plejen af en borger, der får besøg af et ambulante, udgående team fra sygehuset, eller en borger som er bruger af en sundhedsteknologisk løsning, der stilles til rådighed af sygehuset. I nogle af projekterne er social- og sundhedsassistenterne tænkt ind, mens de i andre lignende projekter ikke inddrages.

Der er således kommunale og regionale forskelle på, i hvilket omfang social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere på nuværende tidspunkt er direkte påvirket af udviklingen. På sigt vil endnu flere blive inddraget, og det er derfor væsentligt at få afdækket, hvilke kompetencekrav det stiller til medarbejderne, samt hvordan disse kompetenceudviklingsbehov kan tilgodeses.

I det følgende afsnit beskrives en række af de arbejdspladstyper og nye funktioner, der er påvirket af udviklingen i sundhedsvæsenet. Desk study tegner et billede af en kompleks udvikling. Der er sat en lang række forsøg i gang i såvel regioner og

¹² Strategi for it-understøttelse af Patient Empowerment. Regionernes Sundheds-it. 2011, side 18.

kommuner, som betyder etablering af nye arbejdspladser og funktioner. Mange steder er der endnu ikke samlet op på erfaringerne, og derfor er en del af de nye initiativer ikke implementeret i driften.

Den konkrete ansvarsfordeling mellem faggrupperne på de nye arbejdspladstyper og i de nye funktioner er ofte ikke afklaret. Der er derfor eksempler på, at social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere er involverede på nogle arbejdspladser, mens det samme ikke er tilfældet på andre arbejdspladser.

3.2. Arbejdspladstyper i det samarbejdende sundhedsvæsen

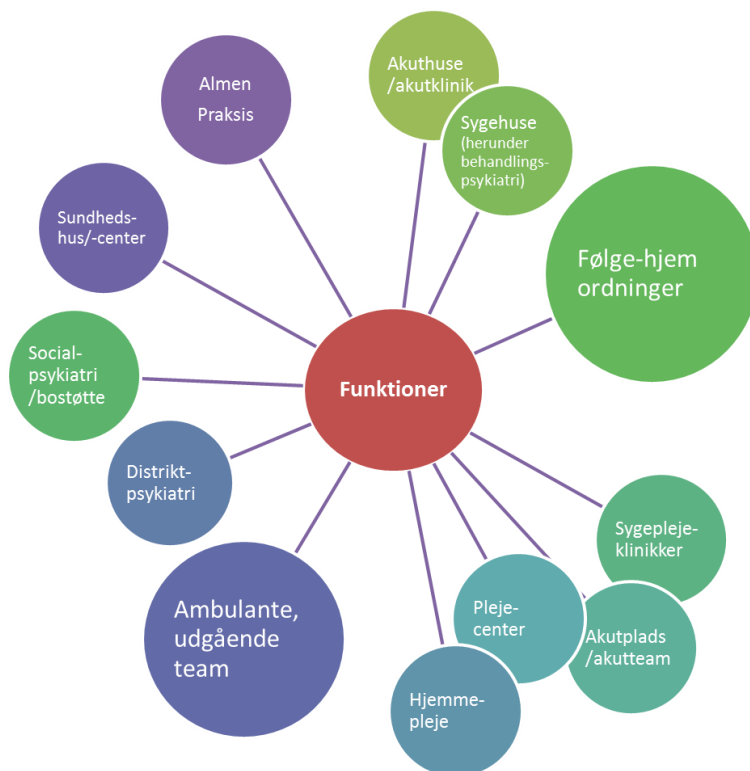
Det indledende desk study peger på en række arbejdspladstyper, hvor der er sket ændringer i opgavesammensætning og funktion, som kan få betydning for social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenteres nuværende og kommende arbejdsopgaver og kompetencekrav.

Udviklingen har betydet, at nye arbejdspladstyper og nye funktioner er opstået. I det følgende afsnit beskrives en række af de arbejdspladstyper, der er påvirket af udviklingen i sundhedsvæsenet.

Desk study tegner et billede af en kompleks udvikling, og det viser en stor variation i den måde, regioner og kommuner har valgt at strukturere og organisere arbejdet. Derfor giver analysen ikke et fuldstændigt billede af samtlige nye arbejdspladstyper og funktioner med relevans for social- og sundhedshjælper samt social- og sundhedsassistenter.

De forskellige arbejdspladstyper og funktioner fremgår af figur 1, og de bliver efterfølgende kort beskrevet. Derefter sættes fokus på to funktioner, som referencegruppen har prioriteret, hhv. "Ambulante, udgående team fra sygehuse" og "Følge-hjem ordninger" i regionalt regi.

Figur 1: Funktioner i det samarbejdende sundhedsvæsen



De regionale sygehuse, akuthuse og akutklinikker

Der er i regionalt regi med udgangspunkt i sygehusene etableret akutklinikker og akuthuse, der kan varetage sygehuslignende arbejdsopgaver i områder, der ligger langt fra sygehusene. Der etableres også sundheds- og akuthuse, der skal tage sig af sygdom og skader, som det ikke er nødvendigt, at et specialiseret sygehus skal varetage.

Det er uvist, i hvilket omfang social- og sundhedsassistenter har eller vil få beskæftigelse i akutklinikker, sundheds- og/eller akuthuse. I Region Hovedstaden bliver begrebet 'Akutklinik' anvendt i stedet for 'Skadestue', og i den henseende vurderes det, at det ikke vil betyde nye jobfunktioner for social- og sundhedsassistenter.

Der gennemføres mange tværsektorielle projekter mellem sygehusene og kommunerne, f.eks. i forhold til KOL- og hjertepatienter. Disse tiltag involverer ofte anvendelse af telemedicinske løsninger. Det er kun i begrænset omfang, at social- og sundhedsassistenter på sygehusene er involveret i disse nye initiativer.

Udviklingen i behandlingspsykiatrien betyder, at en række funktioner løses uden for sygehusenes mure. Der etableres samarbejder mellem de psykiatriske centre/distriktspsykiatrien og kommunerne, som har til hensigt at støtte borgerne i – eller nær – eget hjem.

Der er f.eks. projekter, hvor psykiatriske centre og kommuner samarbejder om borgere med svære sindslidelser og komplekse sociale problemstillinger (f.eks. Shared Care), mens andre projekter gennem etablering af nye institutioner (f.eks. Halfway House) hjælper borgerne videre fra at være indlagt patient til en tilværelse som borger i det civile samfund.

Flere projekter har fokus på opsporing af psykiske lidelser, f.eks. i forhold til misbrugere, personer med spiseforstyrrelser og demente. I nogle af disse projekter nævnes social- og sundhedsassistenter som potentielle medarbejdere, der skal være med til at løse opgaverne.

Almen praksis

Almen praksis skal være den primære leverandør af lægefaglige ydelser i det samarbejdende sundhedsvæsen, og alt peger på, at almen praksis i de kommende år vil få nye opgaver i forhold til f.eks. opfølgende hjemmebesøg, medicingennemgang for ældre medicinske patienter, samt tilsyn med ældre der befinder sig på akut- og aflastningspladser. Medarbejderne i almen praksis skal løse opgaverne i tæt samarbejde med såvel sygehusene som kommunerne.

Almen praksis vil også få endnu større fokus på forebyggelse og rehabilitering, og især på dette felt kan der tænkes at være en åbning i forhold til ansættelse af flere social- og sundhedsassistenter i almen praksis.

Den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje

Arbejdsområdet omfatter hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejcentre, sygeplejeklinikker, akutpladser og akutteam etableret i kommunalt regi.

Hjemmeplejen varetager en lang række opgaver i samarbejde med almen praksis og sygehusene. Det gælder ikke mindst i forhold til den patient- og borgerrettede forebyggelse. Sygehusenes etablerede følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, skal arbejde tæt sammen med social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen.

Sygehusenes anvendelse af telemedicinske løsninger gennemføres ofte i samarbejde med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. I kommunerne er det ofte sygeplejersker fra hjemmesygeplejen, der er involveret i de telemedicinske projekter, f.eks. i forhold til sårpleje, men det forventes også, at social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere vil blive mere involverede i de kommende år. Dette gælder ikke mindst i forhold til de mange KOL-patienter, som hjemmeplejen har kontakt med, og hvor der fremover vil være flere, der vil få tilbudt f.eks. hjemmemonitorering og hjemmetræning via computer, der har online forbindelse til sygehuset.

Der etableres f.eks. sygeplejeklinikker, akutpladser og døgnrehabilitering i kommunalt regi, hvor social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker varetager opgaver, som ikke tidligere har ligget i kommunalt regi.

Der etableres også akutteam i kommunerne, som rykker ud til borgerne i akutte situationer, således at indlæggelse så vidt muligt kan undgås. Det er normalt sygeplejersker, der indgår i kommunernes akutteam. De er friholdt for de almindelige plejeopgaver, så de har mulighed for at komme ud til borgerne med kort varsel.

Sundhedshuse eller sundhedscentre – ofte etableret i et regionalt og kommunalt samarbejde

Der etableres overalt i landet sundhedshuse og sundhedscentre. Nogle af disse består udelukkende af funktioner, der ligger i regionalt regi, f.eks. almen praksis, fysioterapi og sygehusansatte diætister. Andre sundhedscentre er helt kommunale og har fokus på den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

Endelig etableres der sundhedshuse, der samler en række regionale og kommunale funktioner i ét hus med henblik på at give borgerne en lettere og mere overskuelig adgang til både borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse og behandling.

Bemandingen i sundhedshuse og sundhedscentre er meget forskellig sammensat – alt efter de opgaver der varetages. I nogle sundhedshuse og sundhedscentre er der bl.a. ansat social- og sundhedsassistenter.

Socialpsykiatri, bostøtte mv.

Socialpsykiatrien er under stadig udvikling, og der opstår nye tilbud til borgerne. Der er f.eks. oprettet en række akuttilbud i kommunerne. Et eksempel er akuttil-

buddet Fønix i Esbjerg Kommune, der er tilknyttet et socialpsykiatrisk lærings- og udviklingstilbud for borgere med psykiske lidelser.

Flere nye tiltag foregår i et tæt samarbejde på tværs af distriktspsykiatrien, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Medarbejdere i AMU-målgruppen, f.eks. social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt pædagogiske assistenter, er en central medarbejdergruppe i socialpsykiatrien, og disse medarbejdere er også involveret i de nye tilbud til borgerne.

Samarbejdet mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri udvikler sig, og der er fokus på at mindske forekomsten af somatiske følgelidelser til den psykiske sygdom.

Der er kommuner, der i samarbejde med psykiatrien udvikler nye former for opsøgende arbejde, eller som sammen udvikler nye tilbud til borgerne. Dette kan være i form af gadeplansarbejde, madprojekter, motionsprojekter, eller tilbud om anonymitet hvis en borger ønsker kontakt til en person fra socialpsykiatrien.

Det kan også være opbygning af tættere samarbejde mellem de distriktspsykiatriske centre og eksempelvis bosteder eller caféer, hvor de kommunalt ansatte social- og sundhedsassistenter eller social- og sundhedshjælpere kan være med til at opnå og/eller fastholde en kontakt til borgere, som man måske ellers har svært ved at få etableret en god kontakt til og dermed få igangsat en rigtig vejledning og/eller behandling.

Til at understøtte dette samarbejde på tværs af sektorer ser man blandt andet initiativer til fælles læringsdage, hvor psykiatere holder oplæg på bosteder, bofællesskaber og andre typer af arbejdspladser i socialpsykiatrien. Det sker ofte i forbindelse med projekter som f.eks. 'Shared Care', hvor man på tværs af sektorer udvikler nye aktiviteter og tilbud til borgere med psykiske lidelser.

Social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere inden for de forskellige arbejdspladstyper og funktioner

Som det fremgår af de ovenstående beskrivelser er social- og sundhedsassistenter især involveret i løsning af de sundhedsfaglige opgaver i den kommunale hjemmepleje, hjemmesygepleje, akutpladser og døgnrehabilitering.

I social- og behandlingspsykiatrien er social- og sundhedsassistenterne en central medarbejdergruppe, og de forventes også at blive involveret i de nye tværgående tilbud til borgerne.

Det øgede fokus på forebyggelse og rehabilitering i almen praksis vil formentlig betyde en åbning for ansættelse af flere social- og sundhedsassistenter. Det samme vil formentlig gælde i forhold til sundhedshuse og sundhedscentre.

Det er uvist i hvilket omfang social- og sundhedsassistenter vil være beskæftiget i de regionale akutklinikker, sundheds- og/eller akuthuse.

Social- og sundhedshjælperne udgør en meget stor andel af medarbejderne i den kommunale hjemmepleje samt plejecentre. De er desuden repræsenteret i social-psykiatrien.

I det næste afsnit vil der blive sat fokus på to af de tidligere beskrevne funktioner, nemlig følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team fra sygehusene. Disse to funktioner er udvalgt til nærmere analyse af projektets referencegruppe.

3.3. Nye funktioner i det samarbejdende sundhedsvæsen

I dette afsnit vil der blive sat fokus på følgende to af de nyere funktioner, der skal medvirke til en bedre sammenhæng mellem sygehusene og kommunerne:

- Følge-hjem ordninger
- Ambulante, udgående team

Etablering af disse funktioner skal bidrage til hurtigere udskrivninger, bedre udskrivninger samt forebyggelse af genindlæggelser. Både sygehusene og kommunerne skal bidrage til et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor borgeren støttes i overgangen fra sygehus til eget hjem eller evt. til et kommunalt behandlings- eller plejetilbud.

For begge funktioner gælder det, at det kræver et tæt samarbejde mellem medarbejderne fra sygehusene og medarbejderne i kommunerne, hvis ordningerne skal køre optimalt.

Følge-hjem ordninger

Følge-hjem ordningerne har til hensigt at følge patienterne fra sygehuset til eget hjem efter udskrivelse. Der er etableret følge-hjem ordninger på en række sygehuse. Nogle ordninger har fungeret i mange år, mens andre er forholdsvis nyetablerede.

Følge-hjem ordninger fungerer især på det geriatriske område, men på nogle sygehuse gælder ordningen for alle patienter, der har behov for det – uanset alder eller sygdom. Der er i de senere år etableret nye følge-hjem ordninger, der specifikt har fokus på én patientgruppe. Dette gælder f.eks. inden for KOL.

Følge-hjem ordninger er organisatorisk forankret på sygehusene, men der arbejdes tværsektorielt, da medarbejdernes opgave er at følge patienten i eget hjem og koordinere det videre forløb i samarbejde med patienten, den alment praktiserende læge, de kommunale medarbejdere mv. I nogle følge-hjem ordninger er der både kommunalt og regionalt ansatte medarbejdere. Følge-hjem ordningerne varetages oftest af sygeplejersker og i nogle tilfælde også af social- og sundhedsassistenter.

Ambulante team, udgående team fra sygehuse

De ambulante, udgående team fra sygehuse tager ud i borgernes eget hjem for at forestå behandling. Dette sker typisk, fordi borgeren er for syg og svækket til at indgå i et ambulante forløb på syghuset. Teamet tager løbende stilling til, om borgeren skal genindlægges.

De ambulante, udgående team er ofte tværfagligt sammensatte, og de kan f.eks. bestå af en læge, en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent, en fysioterapeut eller en ergoterapeut. Hvis f.eks. en sygeplejerske er alene på et besøg hos en borger, har hun under besøget mulighed for at komme i telefonisk kontakt med de andre i teamet.

I nogle tilfælde kan et team være tværsektorielt sammensat, så det består af medarbejdere både fra et sygehus og fra kommunen. Fra kommunen kan der f.eks. være deltagelse af en ergoterapeut fra Hjælpemiddelcentralen, en visitator og/eller en sygeplejerske og/eller en social- og sundhedsmedarbejder fra hjemmeplejen.

Begge funktioner skal bidrage til hurtigere og bedre udskrivninger samt til forebyggelse af genindlæggelser.

Andre nyere funktioner

Der er andre nyere funktioner, som relaterer sig til de to ovenstående funktioner. Disse benævnes bl.a. forløbskoordinatorer og case manager, og de vil blive præsenteret i de følgende afsnit.

3.4. Følge-hjem ordninger

En *følge-hjem ordning* betyder, at en medarbejder fra et sygehus' følge-hjem team følger borgeren i eget hjem, når han/hun bliver udskrevet. Ordningerne på sygehuse er forskellige. De fleste steder er der tale om, at medarbejderne helt konkret følger borgeren hjem, når denne bliver udskrevet. I andre ordninger kommer følge-hjem teamet typisk på besøg i borgerens hjem dagen efter udskrivelsen, eller i særlige tilfælde kan en medarbejder besøge hjemmet, mens borgeren er indlagt, for at undersøge om hjemmet er sikkert for borgeren at komme hjem til mv. Endelig er der ordninger, der kaldes følge-op ordninger, der har fokus på at følge op efter en indlæggelse, men som ikke er en egentlig følge-hjem ordning.

Et ideelt forløb

Når en sygehusafdeling vurderer, at en patient kan have glæde af en følge-hjem ordning, tages der kontakt til følge-hjem teamet. En medarbejder fra teamet læser patientens journal og går derefter i dialog med såvel afdelingen som med patienten, som skal give sit samtykke til at indgå i ordningen.

Medarbejderen tager kontakt til patientens hjemkommune, og det aftales, hvilken/hvilke medarbejdere fra hjemmesygeplejen og/eller hjemmeplejen der skal være til stede ved hjemkomsten. Følge-hjem medarbejderen og patienten kø-

rer fra sygehuset til hjemmet i en sygetransport, og medarbejderen medbringer f.eks. lægeepikrise og medicinkort. Alt efter hvilke aftaler der er indgået med kommunen, medbringer medarbejderen også f.eks. mad og hjælpemidler.

I hjemmet mødes følge-hjem medarbejderen fra sygehuset med en social- og sundhedsassistent, en social- og sundhedshjælper, sygeplejerske, en fysioterapeut eller en ergoterapeut fra kommunen. Efter aftale med borgeren kan der desuden deltage pårørende i mødet.

Samtalen i borgerens hjem tager udgangspunkt i de konkrete behov hos borgeren. Der er typisk fokus på borgerens medicin, behandlingsplan, kost, pleje, genoptræningsplan og på borgernes deltagelse i daglige gøremål. Ved mødet vurderes borgers kognitive formåen og funktionsevne. Det undersøges, om der er akut behov for indkøb, rengøring af f.eks. køleskab, sikring af boligen og hjælpemidler, og det aftales, hvem der gør hvad.

Ved mødets afslutning aftales det, hvem der følger op på hvad. Der udveksles kontaktoplysninger på deltagerne i mødet, og det aftales, i hvilke tilfælde og hvordan de kan kontakte hinanden. Hvis der skønnes behov for det, aftales der et nyt møde i borgerens hjem.

Følge-hjem medarbejderen forlader først borgerens hjem, når de nødvendige foranstaltninger er gennemført, og det er sikret, at borgeren kan klare sig i eget hjem. Alternativt følges borgeren tilbage til sygehuset.

Eksempler på følge-hjem ordninger

Følge-hjem teamet på et af sygehusene i Københavnsområdet er målrettet alle patienter på hospitalet. De fleste patienter er over 65 år, men der anvendes også følge-hjem team til yngre patienter, f.eks. gigtpatienter og patienter med apopleksi. Teamet er tilknyttet den geriatriske funktion i sygehusets medicinske afdeling.

Når det internt på sygehuset aftales, at følge-hjem teamet skal i aktion, tager en medarbejder fra teamet kontakt til den/de medarbejdere på sygehuset, der har et godt kendskab til patienten og dennes sygdom. Følge-hjem medarbejderen sætter sig desuden godt ind i patientens journal, så relevante informationer kan drøftes med patienten, kommunens medarbejdere og eventuelle pårørende.

Når patienten skal udskrives giver afdelingen besked til visitationen i kommunen, og det aftales, hvornår patienten kommer hjem. Typisk følges patienten hjem i en sygetransport, og følge-hjem teamet medbringer en madpakke samt evt. en frosen ret til aftensmad – alt efter hvilken situation borgeren er i, og alt efter hvordan hjemmeplejen kan støtte op.

En medarbejder fortæller:

“Det er supervigtigt at være opmærksomme på, at alt i hjemmet kan fungere for den ældre. Der skal måske tømmes køleskab for gamle madrester, købes nyt mad ind, fjernes ledninger og andet som den ældre kan falde over etc. Hvis hverken der er pårørende eller medarbejdere fra hjemmeplejen, så sørger vi for, at alt fungerer, inden vi går. Er forholdene ikke tilfredsstillende, så ender det nogle gange med, at vi tager den ældre med tilbage til hospitalet. Oftest er det dog sådan, at der inden udskrivningen er foretaget en så nøje vurdering af forholdene i hjemmet, at den ældre kan blive i hjemmet.”

I nogle tilfælde er der en medarbejder fra kommunen til stede, når patienten kommer hjem. Det kan være en hjemmesygeplejerske, social- og sundhedsassistent og/eller en social-og sundhedshjælper. Nogle gange er der også pårørende til stede.

Nogle steder gennemføres den første time af mødet med deltagelse af en repræsentant fra sygehuset og en repræsentant fra kommunens hjemmesygepleje, hvorefter repræsentanten fra sygehuset forlader mødet. Hjemmesygeplejen bliver hos borgeren, færdiggør de sidste opgaver og laver aftaler. Det er også her aftaler om medicin gennemgås og dokumenteres, evt. online via pc.

I dialogen mellem medarbejderen fra følge-hjem teamet og medarbejderen fra kommunen er der bl.a. fokus på årsagerne til patientens indlæggelse, og der tales om, hvordan kommunens medarbejdere kan bidrage til at forebygge genindlæggelse. Ordinationsliste, recepter og doseringsæsker sammenholdes med lægeepikrisen. Det vurderes, om der er behov for medicindosering, evt. medicingivning, og om patienten er i stand til selv at indløse recepter.

Patientens kognitive formåen og funktionsniveau vurderes, og eventuelle medbragte hjælpemidler fra sygehuset installeres. Ved behov rettes der efterfølgende henvendelse til kommunale ergoterapeuter med henblik på udlevering af permanente hjælpemidler eller behov for boligændringer.

Følge-hjem teamet sikrer sig, at relevant genoptræning i kommunen bliver etableret, og der planlægges en opfølgende kontakt (telefonopkald og/ eller besøg), hvor behovet for yderligere tiltag vurderes.

Et sygehus på Sjælland har en følge-op ordning, som skal sikre opfølgning på indlæggelse for patienter på 78 år og derover. Der er bl.a. fokus på medicin samt på planlægning af det videre forløb for patienten. Ordningen gennemføres i et tæt samarbejde med social- og sundhedsmedarbejdere i kommunen, og den har til hensigt at forebygge genindlæggelser. Samtidig bidrager ordningen til at styre det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem sygehusets og kommunens medarbejdere.

En lidt anden form for følge-hjem ordning er en tele-hjem ordning. To sygehuse på Sjælland er medio 2013 gået i gang med et tele-hjem projekt, der skal sikre bedre forløb i overgangen mellem sektorerne i forbindelse med udskrivelse og hjemkomst.

Tele-hjem ordningen er målrettet et udvalg af patienter på 55 år og derover. Formålet med projektet er at forebygge genindlæggelser samt at udvikle samarbejdet på tværs af sektorerne omkring patienternes forløb. Tele-hjem ordningen afholdes som en videokonference, hvor patienten og den kommunale sygeplejerske i patientens hjem er i kontakt med en projektsygeplejerske på sygehuset, så de i fællesskab kan gennemgå udskrivelsen.

Det udgående geriatriske team på et sygehus i Jylland arbejder tæt sammen med læger og hjemmeplejen, således at indsatsen over for den enkelte patient koordineres bedst muligt.

En medarbejder fra teamet fortæller:

"Vi sammensætter et team af læger, sygeplejerske og/eller terapeut, der følger patienterne hjem til egen bolig. Vi mødes med hjemmeplejen i patientens hjem, og der må meget gerne være deltagelse af pårørende. Vi har en forudgående kommunikation med hjemmeplejen, så det aftales, hvem fra kommunen, det vil være mest relevant, der er til stede. Her foregår 'overdragelsesforretningen', her ordnes den skriftlige dokumentation, og der træffes aftaler omkring det videre sigte omkring funktionsevne, medicinering, træning med videre. Mødet er "en læringssituation" for alle involverede. Der følges op 3-4 dage efter mødet, nogle gange efter aftale efter 2 uger."

Samarbejdet indbefatter samarbejde med social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i hjemmeplejen. En medarbejder fra teamet fortæller:

"Det er også godt, at vi har et godt samarbejde med assistenterne og hjælperne, for det er dem, der ser patienterne mest i hverdagen... Det er ikke dem, der visiterer i kommunen, der ser dem mest".

Det er dog ikke altid, at der i de forskellige sygehuses følge-hjem ordninger er et møde mellem sygehusets team og social- og sundhedsmedarbejdere i borgerens hjem. Interviewene af følge-hjem medarbejdere fra sygehusene har vist, at det er et ønske, at der er en kommunal social- og sundhedsmedarbejder til stede, men at det i praksis ofte ikke er tilfældet. Årsagen hertil er især, at det kræver en del koordinering mellem sygehuset og kommunen, og det kan være vanskeligt for begge parter at finde tidspunkter, hvor de kan mødes. Det er en yderligere udfordring, når der også skal koordineres med pårørende, der gerne vil deltage i mødet.

Også kommunernes medarbejdere synes, at det er optimalt, hvis de kan mødes med følge-hjem teamet i borgernes eget hjem for at koordinere, men flere peger

på, at det er meget tidskrævende. Derfor foregår dialogen i en del tilfælde pr. telefon mellem sygehuset og kommunens visitation.

En af de væsentlige arbejdsopgaver for medarbejderne i hjemmeplejen er løbende observation af borgerne. Det geriatriske team på Roskilde Sygehus, der er et samarbejde mellem Roskilde Kommune og Roskilde Sygehus, har udviklet et redskab, der kan bidrage til at skærpe social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenters observationsevne. Læs mere herom i boksen herunder.

Projekt 'Hold Hjulet I Gang'

Det geriatriske team på Roskilde Sygehus har udviklet et redskab, der kan bidrage til at skærpe de kommunale social- og sundhedsmedarbejders opmærksomhed på observation af borgerne. Redskabet kaldes et observationshjul, og det er formet som en cirkel med seks lagkagestykker, som hver beskriver et område, som medarbejderne skal observere i forhold til borgerne:

- Hverdagsaktiviteter
- Hjemmet
- Spise/drikke
- Medicinindtagelse
- Psykisk-socialt
- Fysiske klager

Inden for hvert af punkterne er der nogle stikord på, hvad medarbejderne f.eks. skal fokusere på. Alle social- og sundhedsmedarbejdere i Roskilde Kommune deltager i et kort kursus, hvor observationshjulet bliver introduceret af en medarbejder fra det geriatriske team på sygehuset.



Det er ikke alle interviewpersoner, der synes, at følge-hjem ordningerne er optimale. En leder af en kommunal hjemmepleje siger:

”De sygehusansatte sygeplejersker ved ikke nok om, hvordan borgerne kan klare sig – eller ikke klare sig – i eget hjem. De er behandlere! Jeg har mange eksempler på, at sygehuset mener, at borgere med demens kan klare sig i eget hjem, uden at det rent faktisk er tilfældet. De er slet ikke vant til at tænke de mange ting ind, som man er opmærksomme på i hjemmeplejen i kommunen. Der er også eksempler på, at sygehuset mener, at borgerne har behov for meget mere hjælp, end det rent faktisk er tilfældet... Sygehusets personale er ikke meget bevendt i borgernes hjem.”

Lederen synes, at det i langt højere grad giver mening, at man begynder at tale om en hente-hjem ordning. I en hente-hjem ordning kunne medarbejdere i hjemmeplejen efter en dialog med sygehuset hente borgeren på sygehuset og følge ham/hende hjem i eget hjem.

Opmærksomhedspunkter

Det kræver en række forskellige kompetencer at kunne varetage opgaven i en følge-hjem ordning. Medarbejderne skal f.eks. have en stor klinisk, faglig indsigt, da de skal sætte sig ind i patientforløb, der involverer mange forskellige sygdomme.

Det er også vigtigt, at medarbejderne har gode analytiske kompetencer, så de er i stand til at håndtere de uventede udfordringer, der kan opstå i forbindelse med følge-hjem aktiviteterne. Endelig skal medarbejderne f.eks. også have gode samarbejds- og kommunikationskompetencer.

Gennemførelse af følge-hjem ordninger er meget ressourcekrævende. Dette gælder både for sygehusene og for hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, hvis medarbejdere herfra bliver involveret i møder i borgernes hjem. Selvom begge sektorer har et ønske om at mødes i borgerens hjem i forbindelse med en følge-hjem ordning, kan det være vanskeligt at få koordineret møderne.

3.5. Ambulante, udgående team

De *ambulante, udgående team* fra sygehusene tager ud i borgerens eget hjem for at forestå behandling. Disse team anvendes, når borgeren er for syg til at indgå i et ambulante forløb på sygehuset, og indlæggelse derfor vil være alternativet. Et ambulante, udgående team tager løbende stilling til, om borgeren skal genindlægges.

De ambulante, udgående team fungerer f.eks. på det geriatriske område og i forhold til KOL-patienter. De har ofte et tæt samarbejde med hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og de pårørende.

Et ideelt forløb

En afdeling på et sygehus vurderer, at en patient efter udskrivelsen har behov for at blive tilset af det ambulante, udgående team. En eller flere medarbejdere fra teamet læser patientens journal, og det aftales, hvem der skal indgå i teamet. En af medarbejderne er i dialog med patienten, som skal give tilsagn til at få besøg af teamet i eget hjem. Det aftales, at patienten får besøg af det ambulante, udgående team en-to dage efter udskrivelsen fra hospitalet.

En medarbejder fra teamet tager kontakt til patientens hjemkommune, og det aftales, om der er behov for, at der er medarbejdere fra hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen til stede i hjemmet ved besøget.

Ved besøget i hjemmet behandles patienten/borgeren, og denne vejledes i forhold til håndtering af sin sygdom. Dialogen mellem medarbejdere fra teamet og medarbejderen fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejen kan f.eks. have fokus på medicinering, pleje i dagligdag og genoptræning. Ved mødet drøftes også det fortsatte samarbejde og den videre dialog mellem det ambulante, udgående team og kommunens medarbejdere.

Eksempler på ambulante, udgående team

Et sygehus på Sjælland har etableret et geriatrisk team, der har fokus på en koordineret, tværsektoriel, tværfaglig og helhedsorienteret indsats til sårbare ældre.

Det ambulante team tager sig af de ambulante forløb ude hos borgerne. Teamet kommer typisk ind, når det vurderes, at en patient er for dårlig til at komme i et ambulante forløb på et daghospital. Det ambulante team foretager en udredning i borgerens eget hjem, og der tages løbende stilling til, om borgeren kan blive i eget hjem, eller om han/hun skal indlægges. Teamet har et tæt samarbejde med såvel hjemmeplejen som med de pårørende.

Teamet har løbende mellem 10 og 20 komplekse patientforløb, f.eks. med patienter der har mange genindlæggelser. Hertil kommer en række andre mindre komplekse patientforløb.

Omkring halvdelen af medarbejderne i teamet er ansat af regionen, mens den anden halvdel er ansat af kommunen. En af de kommunalt ansatte medarbejdere er ansvarlig for visitation til aflastningspladser, plejebolig, hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.m. Medarbejderen er uddannet sygeplejerske, og hun har kontor på sygehuset.

En del af arbejdet i det geriatriske team varetages på kontoret, da der er megen koordinering, der bl.a. varetages gennem telefonsamtaler. Den anden del af arbejdet foregår ude hos borgerne.

Et geriatrisk team på et sygehus i Jylland tilbyder efter aftale med patientens egen læge behandling i eget hjem af en læge og sygeplejerske inden for 1-2 døgn. Patienten får en grundig lægeundersøgelse, en vurdering af helhedssituationen samt behandling af akut art, som f.eks. intravenøst medicin og blodtransfusion.

Behandlingen kan f.eks. understøttes af fremmøde i dagafsnittet på sygehuset, og der kan gennemføres øvrige undersøgelser i sygehusets andre afdelinger. Desuden kan der suppleres med terapeutfaglig vurdering, enten ved fremmøde i dagafsnittet eller i eget hjem.

Teamets personale består af læger, sygeplejersker, terapeuter, social- og sundhedsassistenter samt sekretærer. De er alle specialuddannede og har erfaring inden for geriatri. Desuden har de tilknyttet en diætist, en talepædagog og en socialrådgiver, som inddrages i behandlingsforløbene efter behov. Teamet sammensættes tværfagligt omkring den enkelte borger, alt efter hvilke behov borgeren har.

Et sygehus på Sjælland har gennem flere år haft et udgående team, der har fokus på patienter med KOL, som er så dårlige, at det er vanskeligt for dem at komme til udredning eller behandling på et ambulatorium på sygehuset. Det er en specialuddannet sygeplejerske, der tager på hjemmebesøg, men sygeplejersken har altid mulighed for at rådføre sig telefonisk med en læge i ambulatoriet, eller et dagafsnit hvor den relevante ekspertise er til stede.

Det første besøg i borgernes hjem sker typisk dagen efter udskrivelsen. Efter behov følges der op med flere besøg. Nogle gange aftales besøget flere dage i forvejen, mens der andre gange gennemføres akutte besøg. I nogle tilfælde er det ikke nødvendigt med et besøg i hjemmet, da borgeren kan hjælpes via et telefonopkald.

Normalt tages der ikke kontakt til hjemmeplejen/hjemmesygeplejen inden besøg i hjemmet. En medarbejder fra teamet siger:

”Det gør vi normalt ikke, men det er da noget, man kan arbejde hen imod. Det er dejligt, hvis de to medarbejdere fra henholdsvis kommune og sygehus kan se på borgerens behov i fællesskab. Det er bedst, hvis det er den social- og sundhedsmedarbejder, der normalt kommer i borgernes hjem, som er med til at modtage borgeren, og som kan være til stede, når vi fra det udgående team kommer på besøg i borgerens hjem. Det er vigtigt, at medarbejderen fra kommunen kender de tilbud, der aktuelt er i kommunen, for det kan vi fra sygehuset ikke vide.”

En tidligere medarbejder i et udgående KOL-team fortæller, at det er forskelligt fra kommune til kommune, om der er deltagelse af social- og sundhedsassistenter eller social- og sundhedshjælpere fra kommunen. Nogle kommuner er meget interesserede i at have et tæt samarbejde med sygehuset, og de prioriterer det højt. Medarbejderen fortæller:

”Når jeg kom på besøg, var der nogle gange deltagelse af en social- og sundhedshjælper eller en social- og sundhedsassistent. Det er rigtig godt, for det er jo dem, der har kontakt til borgerne i hverdagen. Det er en udfordring at få en sådan ordning til at fungere, for det kræver tilgængelighed... vi skal kunne få fat på hinanden.”

En social- og sundhedshjælper, der har været involveret i et træningsforløb hos en borger med KOL, synes, at det er en rigtig god idé, at sygehuset og hjemmeplejen kan samarbejde på denne måde. Medarbejderen fortæller:

"Min teamleder fortalte mig, at Peter, som jeg plejer at komme hos, ville få besøg af en ergoterapeut fra det ambulante team på sygehuset. Peter har KOL, og han er meget besværet af sin sygdom. Han havde lavet en aftale med sygehuset om, at han gerne ville deltage i noget træning i eget hjem. Sygehuset havde bedt om, at jeg skulle være til stede under besøget. Peter skulle træne via en computer-skærm, der havde forbindelse med sygehuset via internettet, og sygehuset syntes, at det ville være godt, hvis jeg kunne hjælpe ham med teknikken, når han skulle i gang med øvelserne efterfølgende.

De første gange, han skulle træne, skulle jeg hjælpe ham meget, men derefter kunne han godt selv finde ud af det. Efterfølgende var min opgave mest at hjælpe ham med at fastholde motivationen til at træne, og flere gange lavede jeg også nogle af øvelserne sammen med ham. Det kan være svært for den syge borger at holde motivationen, og derfor ville det også have været godt, hvis der var blevet afsat tid til det. Nu gjorde jeg det inden for den tid, der allerede var afsat til Peter."

I nogle tilfælde etableres der et meget tæt samarbejde mellem et udgående team og kommunen. En medarbejder fra et udgående KOL-team fortæller:

"Som noget helt nyt har et lungeteam fra en af vores nærliggende kommuner taget kontakt til det lungemedicinske ambulatorium med henblik på at få et møde med os for at drøfte samarbejde i forhold til borgerne. Kommunens lungeteam består af sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og en diætist. Det er rigtig dejligt, at de har lyst til det. Normalt har jeg kontakt til en visitator, og der kan være en tendens til, at jeg bliver 'kastet rundt' i systemet, når jeg prøver at få fat på en relevant medarbejder."

Der er også flere eksempler på, at der er indledt et samarbejde mellem sygehuset og kommunen om undervisning og løbende dialog.

En medarbejder fra et udgående team fortæller:

"Den største succes har faktisk været med plejehjemmene, som har benyttet sig meget af kontaktmuligheden til os på sygehuset. Det har haft stor betydning, at jeg har undervist medarbejderne på plejehjemmene i KOL. De fik både teoretisk viden og 'bedside' undervisning, og det har været utroligt givende for samarbejdet."

Medarbejderen fortæller videre, at der typisk indlægges flere borgere fra plejehjemmene fra fredag eftermiddag til mandag morgen som følge af, at 'uddannel-

sesniveauet' blandt de ansatte falder i weekenderne, hvor der ofte er mange uudannede på arbejde. Vejledning via telefonen kan være en god hjælp for dem, især når den bygger på forudgående undervisning og dialog.

Et sygehus i Københavnsområdet har ikke et egentlig ambulans, udgående team i forhold til KOL, men de har hjemmebesøg hos borgerne i forbindelse med online KOL-rehabilitering. Tilbuddet er for patienter, der har været indlagt i på Lungemedicinsk Afdeling eller følger et forløb i Lungeambulatoriet, og som har så meget besvær med åndedrættet, at de ikke er i stand til at forlade deres eget hjem.

Forløbet starter med et hjemmebesøg af sygeplejerske/fysioterapeut. Her udfører borgerne forskellige test, og de får målt lungefunktion, blodtryk og iltning af blodet. Ved besøget tales der om vejrtrækningsmedicin og -teknik, ernæring, rygning, og borgerne sætter sig mål for forløbet. Borgerne bliver instrueret i øvelser, som de selv kan udføre mellem træningstimerne på skærmen, og de får udleveret en træningsdagbog.

Der opsættes en skærm i borgernes hjem, som kan gøre det muligt med online træning i hjemmet. Træningen gennemføres to gange om ugen i ti uger, hvor borgerne på skærmen kan følge den sygeplejerske eller fysioterapeut, der forestår træningen. Borgerne kan også se de øvrige deltagere i træningen på mindre skærbilleder, og de kan udveksle erfaringer med hinanden via skærmen, hvor alle kan se og høre hinanden. Sygeplejersken eller terapeuten tager relevante emner op og besvarer spørgsmål.

Efter de 10 ugers forløb gennemfører sygeplejersken eller fysioterapeuten endnu et besøg i hjemmet. Der tages forskellige test af borgeren, og han/hun vejledes i forhold til fremtidig træning.

Der er typisk ikke et samarbejde mellem sygehuset og hjemmeplejen. Medarbejderen fra sygehuset fortæller:

"... i praksis er vi ikke særligt gode til at samarbejde. Vi gør for lidt for at være i dialog med hjemmeplejen, og vi glemmer f.eks. at lave aftaler med dem, når vi skal ud i borgerens hjem på besøg. Det tager også tid at koordinere med hjemmeplejen i forhold til tidspunkt... det er lidt af et puslespil, så måske er det derfor, vi ikke får gjort det. I praksis viser det sig ofte også, at der er rigtigt meget, der ikke kan lade sig gøre i hjemmeplejen. Der er ikke tid og ressourcer til det i hjemmeplejen."

Medarbejderen fortæller, at der i nogle tilfælde har været en social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent fra hjemmeplejen med ved det første besøg i hjemmet, og det har været rigtig godt at få hilst på medarbejderen fra hjemmeplejen. De kan gøre en stor indsats for at bakke op omkring borgerens træning. Det er også godt, hvis hjemmeplejen kan være med ved den afsluttende samtale, for så kan de støtte borgerens fortsatte træning i hjemmet. Endelig kan hjemmeplejen hjælpe borgeren med at få ført træningsdagbogen samt hjælpe, hvis der opstår tekniske problemer.

Medarbejderen siger:

”Borgeren får en træningsdagbog, og det kan godt være en udfordring for nogle af dem at få udfyldt den, og her kunne hjemmeplejen fint hjælpe. Hjemmeplejen kunne også hjælpe, hvis der er noget teknik med skærmen, borgerne ikke kan få til at fungere. Det ville være rart, for nu er det sådan, at vi må guide dem over telefonen, når de har problemer.”

Endelig er det vigtigt, at der sker en koordinering mellem den træning, borgeren har fået i KOL-træningsforløbet, og det forløb der skal fortsættes i kommunalt regi.

Opmærksomhedspunkter

Sideløbende med at sygehusene har ambulante, udgående team i forhold til specifikke patientgrupper, der f.eks. lider af KOL, har kommunerne også fokus på at etablere team, der tager sig af de meget syge borgere, der bor i eget hjem, kommunale plejecentre etc. Det kan således forholde sig sådan, at en meget syg KOL-patient både er i kontakt med det ambulante, udgående team fra sygehuset og med et kommunalt team.

Alternativt skal det i hvert tilfælde aftales, hvornår det kommunale team tager over fra det ambulante, udgående team fra sygehuset. Der er under alle omstændigheder behov for en koordinering af, hvilke opgaver teamet fra sygehuset varetager, og hvilke opgaver teamet fra kommunen varetager.

Det kræver en række kompetencer at indgå i et ambulante, udgående team. En af de helt centrale kompetencer er, at medarbejderne skal have en stor specifik faglig indsigt i den eller de sygdomme, som patienten/borgeren behandles for. Et team kan bestå af mange faggrupper, men det er ofte sygeplejersker eller fysioterapeuter, der varetager de fleste besøg. Der er dog også social- og sundhedsassistenter, der deltager i besøg.

Et andet vigtigt kompetenceområde er samarbejde og kommunikation. Udover patienten/borgeren og de pårørende er der mange personer, der skal samarbejdes med. Det er f.eks. internt i det ambulante, udgående team, i forhold til hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og i forhold til de praktiserende læger. Derfor er det centralt, at medarbejderne fra de ambulante, udgående team er gode til at samarbejde.

Medarbejderne skal desuden have gode kommunikationsevner, da de skal være i stand til at kommunikere på mange niveauer, f.eks. både i forhold til patienten og til lægerne på sygehuset.

3.6. Andre nyere funktioner

Forløbskoordinatorer

Der er såvel sygehuse som kommuner, der har ansat forløbskoordinatorer. Forløbskoordinatorerne på sygehusene har typisk fokus på koordinering af patienternes forløb internt på sygehusene. Funktionen som forløbskoordinator varetages oftest af sygeplejersker, men nogle steder er der også social- og sundhedsassistenter og lægesekretærer ansat som forløbskoordinatorer.

På sygehusene kan forløbskoordinatorerne f.eks. have følgende arbejdsopgaver:

- Tale med patienten om hans/hendes sygdom
- Bidrage til at afklare patientens arbejdssituation
- Hjælpe med fysisk genoptræning og motion
- Tale med og hjælpe pårørende
- Hjælpe til med praktiske gøremål
- Hjælpe med kontakt til fagfolk og frivillige på hospitalet, i kommunen, hos praktiserende læge eller i patientorganisationerne

En del kommuner har valgt at ansætte forløbskoordinatorer, der skal støtte borgerne og bidrage til, at de bliver bedre til at klare sig selv. Forløbskoordinatorerne skal f.eks. tale med de kronisk syge borgere om hele deres livssituation fremfor kun at fokusere på deres kroniske lidelser. Forløbskoordinatorerne skal bl.a. bidrage til færre genindlæggelser.

Arbejdsopgaverne for forløbskoordinatorerne kan desuden f.eks. bestå i at:

- Have medansvar for at implementere forløbsprogrammer, herunder samarbejde med de forskellige afdelinger i kommunen herom
- Samarbejde med eksterne samarbejdspartnere i forhold til forløbskoordination, f.eks. hospital, praktiserende læger, patientforeninger, frivillige m.m.
- Være medansvarlig for udvikling og uddannelse af nøglepersoner i ældreområdet
- Være medansvarlig for patientundervisningen
- Være ansvarlig for at afholde den afklarende og opfølgende samtale

En kommune beskriver forløbskoordinatorernes opgave således:

“En forløbskoordinator har til opgave at støtte borgeren under sygdomsforløbet og samarbejder med andre af kommunens afdelinger, hospital, praktiserende læge og andre personer, der har med sygdomsforløbet at gøre.”

Kompetencekravene til en forløbskoordinator beskrives af en kommune således:

- Har viden om og erfaring i at arbejde med sundhedsfremme
- Har kendskab til hvordan en kommune er opbygget og fungerer
- Kan arbejde med mange forskellige samarbejdspartnere
- Er udadvendt og kan lide at have mange bolde i luften

Alle sundhedsfaglige medarbejdere kan potentielt fungere som forløbskoordinatorer. Der er dog nogle af kommunerne, der stiller krav om, at forløbskoordinatorerne har en mellemlang videregående uddannelse.

Herunder er en beskrivelse af, hvad en forløbskoordinator i Mariagerfjord Kommune kan bidrage til i forhold til borgere med en kronisk sygdom. Beskrivelsen er et udsnit af en informationsfolder fra kommunen.



"Det er ikke kun hvordan man har det, men hvordan man tår det" Piet Hein

- Bor du i Mariagerfjord Kommune?
- Har du KOL, hjertesygdom eller diabetes 2?
- Savner du overblik over kommunens tilbud til dig?
- Mangler du nogen at tale med om din sygdom?
- Føler du behov for støtte og vejledning?

Så er tilbuddet om forløbskoordination måske noget for dig.

Hvad kan jeg, som forløbskoordinator, tilbyde dig?

Jeg kan hjælpe dig med:

- At sætte fokus på dine muligheder for at få et bedre hverdagsliv.
- At skabe overskuelighed og sammenhæng i din hverdag.
- At komme videre, hvis du føler, at du er i en fastlåst situation.

Hvad gør jeg i praksis:

- Jeg taler med dig om det at have en kronisk lidelse.
- Jeg kan hjælpe dig med kontakten til kommune, praktiserende læge eller andre relevante fagpersoner og frivillige organisationer.
- Jeg kan yde støtte, være til stede, hjælpe i gang og følge op i forhold til konkrete aktiviteter.
- Jeg kan hjælpe dig i gang med aktiviteter, der fremmer din sundhed. På den måde kan vi forebygge en eventuel forværring af din sygdom.

Kontakt mig

Du behøver ikke at have en henvisning til forløbskoordination. Du er altid velkommen til at kontakte mig pr. mail eller telefon. Jeg kommer også gerne hjem til dig.

FORLØBSKOORDINATOR/SYGEPLEJERSKE
Line Haugaard de Vries
Fayesgade 14 C, 1.sal, 9500 Hobro
Telefon: 97 11 34 25. Træffetid tirsdag kl. 8.30 - 9.30
livri@mariagerfjord.dk



Case Manager

En case managers rolle er at holde løbende kontakt med borgeren og støtte borgeren i dennes kontakt til øvrige støtte- og behandlingstilbud. Der er tale om en individuelt tilpasset indsats for borgere, som har svært ved at navigere i det komplekse system, som den offentlige forvaltning ofte er.

Anvendelse af case management er en metode til at forbedre tilgængeligheden, kvaliteten og koordineringen af de tilbud, der gives til særligt udsatte borgere, herunder f.eks. kronikere og hjemløse. Det fungerer således, at den enkelte borger eller patient tilknyttes en case manager, som har til hovedopgave at skabe overblik

og sammenhæng i den enkelte borgers samlede støtte- og behandlingsmæssige indsats.

I rapporten 'Samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, region og kommune, Danske Regioner, 2007, står der følgende om funktionen som case manager (jf. s. 22):

"Sundhedsstyrelsen har senest i forbindelse med et forslag til en model for behandling af kronikere fastslået, at det fortsat er almen praksis, der skal være tovholder gennem hele patientforløbet af kronisk sygdom, og at indholdet i funktionen indarbejdes i forløbsbeskrivelser.

Derudover har Sundhedsstyrelsen foreslået, at der etableres en ny funktion som case manager, som i en defineret periode forestår koordinering, fastholdelse og understøttelse af patienten i de fremskredne sygdomsstadier.

Patienter med dårlig sygdomsforståelse og manglende evne til at fastholde behandling og hensigtsmæssige levevaner kan gennem hele forløbet have behov for støtte fra en case manager. Styrelsen har imidlertid ikke begrænset opgaven til at blive varetaget af en praktiserende læge."

Der er gennemført interview med en case manager, der tidligere har arbejdet som case manager inden for KOL-området. Case manageren er uddannet sygeplejerske med en specialiseret efteruddannelse inden for KOL. Hun fungerede som udkørende sygeplejerske fra lungeambulatoriet på et sygehus, hvor hun varetog koordinering af patientforløbet – bl.a. i et tæt samarbejde med hjemmeplejen.

Der var etableret en hotline direkte til case managerens mobiltelefon, så patienter, pårørende og plejepersonale kunne ringe efter behov. De praktiserende læger kunne også benytte sig af hotline-funktionen. I starten var det dog svært at få dem til at bruge funktionen, og der gik to år, før lægerne for alvor accepterede og benyttede sig af muligheden.


Case manageren fortæller:

"Der var mange indlæggelser, der kunne undgås på den bekostning. Det hænger dog også sammen med, at jeg er specialuddannet inden for KOL, og at jeg også havde ret til at ordinere medicin og ilt uden forudgående tilladelse fra en læge."

Medarbejdere, der skal fungere som case manager, skal have et specifikt kendskab til de enkelte borgeres/patienters sygdomme. De skal også have stor viden om de forskellige behandlings- og støttetilbud, der er rettet mod patientgruppen. Endelig skal en case manager have gode koordinerings- og kommunikationskompetencer.

I hospitalsenheden Horsens kan patienterne anmode om at blive henvist til en case manager. Se beskrivelsen fra Region Midtjylland i boksen herunder.

Forsiden A⁻ A⁺



Hospitalsenheden Horsens

Patient og pårørende	Afdelinger	For fagfolk	Forskning	Uddannelse	Job	Om os	Pre
----------------------	------------	-------------	-----------	------------	-----	-------	-----

Du er her: [Forside](#) > [Afdelinger](#) > [Medicinsk afdeling](#) > [Afsnit](#) > [Intern medicinsk se Casemanager funktion](#) > **Forløbsansvarlig Casemanager for KOL patienter**

Afdelinger

- » Medicinsk afdeling
- » Afsnit
- » Intern medicinsk sengeafsnit P7
- » Forløbsansvarlig Casemanager funktion

Forløbsansvarlig Casemanager for KOL patienter

Forløbsansvarlig/ Case manager for KOL patienter

Patienter med KOL kan efter konkret vurdering henvises til case manager tilbud.

Som KOL-patient oplever man ofte mange forskellige og vanskelige problemstillinger i hverdagen.

Det kan være rigtig svært at leve med denne kroniske sygdom og ofte vil man opleve begrænsninger i sine udfoldelses muligheder. Mange KOL-patienter føler sig, på grund af åndenøden, socialt isolerede og ensomme, og mange lever med en daglig angst for ikke at kunne få luft. Hvis ikke man rigtig har nogen at tale med, kan problemerne ofte vokse og virke uoverskuelige.

Efter at du har været indlagt kan der være nogle ting, som du har behov for at få afklaret og få talt videre om. Derfor vil sygehuset gerne tilbyde dig et forløb, hvor du, over en periode, kan få besøg derhjemme og få hjælp til at løse nogle af de problemstillinger, du måtte have.

HVAD KAN JEG BRUGE SYGHEUSETS KOL CASE MANAGER TIL

- En snak om hvordan du klarer dig i hverdagen og hvad det er lige netop du finder problematisk.
- Vejledning i brug af din medicin.
- Kontrol af lungefunktion og iltindhold i blodet
- Ernæring – hvad er det du skal spise og drikke, og hvilken rolle spiller en god ernæringstilstand for dig og din sygdom.
- Fysisk aktivitet – hvorfor er det vigtigt og hvordan gør du.
- Vurdering af din lungefunktion her og nu.
- Hvordan har du det med dig selv fysisk og psykisk.
- Dine egne mål og ønsker.
- Evt. information og vejledning til dine pårørende.
- Og hvad du ellers i øvrigt finder vigtigt.

Desuden vil case manageren, selvfølgelig i samråd med dig, indgå i et tæt samarbejde med din egen læge og hjemmesygeplejen, hvis du er tilknyttet denne.

Der er ansat 2 Case managere i afdelingen:

3.7. Konsekvenser og affødte funktioner i kommunerne

Følge-hjem ordningerne og de ambulante, udgående team er nyere foranstaltninger, der kan bidrage til, at borgerne hurtigere kan udskrives fra sygehusene, men de kan ikke stå alene.

Der er desuden en række kommunale foranstaltninger og ordninger, som støtter op omkring borgerne og anvendes som et alternativ til indlæggelse, eller som bidrager til at undgå genindlæggelser. Det drejer sig f.eks. om:

- Rehabiliteringscentre, hvor borgerne kan blive genoptrænet
- Hjemmetræning i borgernes eget hjem
- Sundhedshuse med sundhedsfremmende tilbud
- Akutpladser
- Aflastningspladser

En velfungerende følge-hjem ordning eller en ordning med udgående, ambulante team er afhængig af et godt samarbejde og en løbende koordinering med de kommunalt ansatte medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejecentrene, akutpladserne etc. For at ordningerne kan fungere optimalt, er det vigtigt, at der løbende er en gensidig videndeling og udveksling af informationer mellem de to sektorer.

Såvel de sygehusansatte som de kommunalt ansatte sundhedsmedarbejdere løser en række nye funktioner som konsekvens af de ændringer, der sker i sundhedsvæsenet. De sygehusansatte medarbejdere skal f.eks. have et godt kendskab til de kommunale arbejdsgange og til sundhedstilbud i kommunerne, så de er parate til at indgå i et tæt samarbejde med kommunen om de enkelte borgere.

De kommunale sundhedsmedarbejdere skal have en klinisk indsigt i forhold til borgernes sygdomme, og de skal kunne varetage både pleje- og træningsopgaver. Opgavernes karakter varierer alt efter borgerens sygdomsbillede og helbredstilstand. Nogle opgaver varetages af sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter, mens andre opgaver varetages af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Analysen af de gennemførte interview på sygehusene og i kommunerne har vist, at det i overgangen mellem sygehus og kommune ofte er de sygehusansatte og kommunalt ansatte sygeplejersker, der varetager en central opgave i forhold til varetagelse af det tværsektorielle samarbejde. Der kan være mange forklaringer herpå, men en af forklaringerne kan være, at mange af de nye initiativer afprøves i projekter, hvor der typisk anvendes medarbejdere med en lang eller mellemlang videregående uddannelse. Det kræver en høj grad af analytisk evne, faglig viden på et højt niveau samt gode skriftlige og mundtlige danskfaglige kompetencer at dokumentere resultaterne af projekterne.

Når de mange nye initiativer i det samarbejdende sundhedsvæsen kommer i drift, vil der givetvis blive inddraget flere social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i det tværsektorielle samarbejde.

Konsekvenserne af, at patienterne hurtigere udskrives fra sygehusene er, at de er mere syge end tidligere, når de vender tilbage til deres hjem, til et plejecenter eller til en anden kommunal foranstaltning. Det betyder også, at social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og øvrige kommunale, sundhedsfaglige medarbejdere skal kunne varetage pleje og rehabilitering af disse ofte alvorligt syge borgere.

Sygeplejerskerne uddelegerer mange af plejeopgaverne til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. I de tilfælde, hvor der er involveret fysioterapeuter eller ergoterapeuter, uddelegeres der også træningsopgaver til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

Det er helt centralt, at alle sundhedsmedarbejderne bidrager til at koordinere behandling og pleje af borgerne.

4. Cases – tre ideelle patientforløb

Casestudierne tager udgangspunkt i beskrivelse af tre patientforløb i det samarbejdende sundhedsvæsen. De tre patientkategorier repræsenterer de helt store patientgrupper, som social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenterne kan møde i deres arbejde, og de repræsenterer dels det somatiske og dels det psykiatriske felt.

To af patientkategorierne repræsenterer patienter, der som hoveddiagnose har en somatisk lidelse, og den sidste patientkategori repræsenterer en patient, der både har en somatisk sygdom og en psykisk lidelse.

- En ældre medicinsk patient
- En psykiatrisk patient med en somatisk lidelse
- En patient med en kronisk lidelse

Ved at tage udgangspunkt i disse tre patientforløb er det i analysen blevet muligt at beskrive arbejdsfunktioner i relation til følge-hjem ordninger, ambulante team, udgående team, almen praksis, akutpladser i kommunalt regi, hjemmesygepleje og hjemmepleje.

Case-beskrivelserne bygger på interview af medarbejdere, såvel regionale som kommunale. Der har i interviewene været fokus på, hvilke ydelser den pågældende patient/borger bliver præsenteret for, hvordan disse ydelser håndteres og af hvem, hvori det særligt "sektorsamarbejdende" består, samt hvad det betyder for den konkrete opgavevaretagelse og tilhørende kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

Casene er fiktive og sammensat af input på tværs af de kvalitative interview. De beskriver, hvordan en patientcase kunne udfolde sig, i den ideelle situation, hvor der foregår en høj grad af udveksling og tværgående samarbejde i det samarbejdende sundhedsvæsen.

4.1. Den ældre medicinske patient

Denne case omhandler en ældre medicinsk patient, og de ydelser og services som denne patient kan møde.

Inger er en kvinde på 78, som har været indlagt på geriatrisk afsnit på baggrund af virkninger af en ikke reguleret diabetes. Hun har været meget dårlig under sin indlæggelse, men hun er nu udskrevet til eget hjem. Forud for udskrivningen har en konference på hospitalet beskrevet Ingers udskrivning som en 'risikoudskrivning', der er defineret ved, at der er risiko for genindlæggelser, risiko for at patienten bliver dårligere (eller i værste tilfælde dør), og det overvejes, hvorvidt der er behov for en akutplads til Inger. Det vurderes dog på dette tidspunkt, at plejen kan hånd-

teres i hjemmet.

I forbindelse med Ingers udskrivning har en medarbejder fra følge-hjem teamet henvendt sig til den kommunale visitation for at meddele Ingers hjemkomsttidspunkt. I regi af hospitalets følge-hjem ordning aftales et møde i Ingers hjem samme dag, som hun bliver fulgt hjem fra hospitalet. Ved dette møde deltager sygeplejersken fra geriatrisk team på sygehuset og social- og sundhedshjælperen Sanne fra det hjemmeplejeteam, som normalt kommer i Ingers hjem. Derudover deltager Ingers ene svigerdatter. Det er almindelig praksis i denne region/kommune, at man ved dette første møde fastsætter en dato for et opfølgende møde i hjemmet. I dette tilfælde beslutter mødedeltagerne, at det opfølgende møde skal ligge 1½ måned fremme. Her skal forløbet evalueres.

I forbindelse med det første møde besluttet det i samråd med visitationen, at Inger visiteres til to gange fysisk genoptræning om ugen i sundhedscenteret. Det bliver desuden drøftet, at hjemmeplejen fremadrettet skal være opmærksom på demensproblematik, idet sygehuset i forbindelse med Ingers indlæggelse er blevet opmærksom på, at Inger ikke har spist rigtigt, og at hun ikke tager sin medicin regelmæssigt. Under opholdet på sygehuset var Inger præget af at have været dehydreret og svækket af sin sukkersyge, og det har været svært for sygehuset at vurdere, om hun har, og i givet fald, hvor fremskreden hendes demens er.

Derfor aftales det, at der i hjemmeplejen skal være et skærpet fokus på medicingivningen, og at Ingers almene tilstand og især tegn på demens skal følges nøje. Omkring medicingivningen laves en avis i omsorgssystemet, således at informationen også bliver gjort tilgængelig for de social- og sundhedsassistenter, som varetager medicingivningen.

Social- og sundhedshjælper Sanne, som er til stede ved mødet, og som kender Inger fra tiden før hendes indlæggelse, skal fremover give tegn på demens en særlig opmærksomhed. Det aftales, at Sanne skal give sin viden videre til de øvrige kollegaer fra sit team i hjemmeplejen. Under mødet sidder Sanne og tænker lidt over, hvordan hun vil gribe det an.

De første par uger modtager Inger besøg en gang dagligt, men efter tre uger vurderes det, at Inger ikke længere behøver dagligt besøg, men derimod besøg med praktisk hjælp til bl.a. indkøb to gange om ugen.

En dag skal Sanne besøge Inger. Normalt plejer de at starte med at tale sammen om, hvad der kan gøres i hjemmet, for Inger kan lide at have overblik og kontrol over, hvad der sker i hendes hjem. Men denne dag kommer Inger ud i døren med overtøj på, og hun fortæller, at hun skal ud at købe ind.

Sanne griber den mulighed, der opstår, og hun går med Inger for at hjælpe hende med indkøbene. Derigennem kan hun få en fornemmelse af, hvilken mad Inger vælger at købe ind, og hvordan det stemmer overens med hendes diabetes. Sanne tænker samtidig, at det giver hende en mulighed for at være sammen med Inger og se, hvordan hun fungerer i den situation. Hun kan se, at personalet i supermar-

kedet kender Inger, og de hilser pænt. Det viser sig hurtigt, at Inger slet ikke ved, hvad hun skal købe – hun er diffus og forvirret og siger til Sanne, at der alligevel ikke skal købes noget ind. Ved dette besøg bliver Sanne opmærksom på, at der er tegn på, at Inger kan være dement.

Da Sanne kommer tilbage til hjemmeplejebasen, taler hun med sin leder om at give besked til følge-hjem teamet om hendes observation. Et par dage efter gennemfører en sygeplejerske fra følge-hjem teamet en demenstest i hjemmet. Denne "MMSE"-test (Mini-Mental-Status-Examination) viser, at Inger har demens.

Følge-hjem teamet sender besked til hjemmeplejelederen om resultatet af testen, og lederen formidler det til Sanne og kollegaerne ved et teammøde. De taler om, at det kan forklare, hvorfor det nogle gange har været svært for hjemmeplejen at få lov at give Inger hjælp. Nogle af kollegaerne til Sanne har for eksempel oplevet, at de har skullet forhandle om medicinen med Inger. En kollega fortæller, at Inger har sagt: "Hvis jeg tager insulin nu, så skal du også love at gå."

Sanne kommer til at tænke på, at de på et kursus er blevet introduceret til de kendetegn, som gælder for demente; at de demente eksempelvis har vanskeligheder ved at erkende deres egen tilstand, og at de ofte vil afvise hjælpen.

Efter at Inger er blevet diagnosticeret dement, får hun tildelt mere hjælp i hjemmet – blandt andet hjælp til tilsyn med insulin. Samtidig aftales det mellem følge-hjem teamet og hjemmeplejen, at hjemmeplejen skal være opmærksom ift. ernæring, holde øje med vægttab samt være opmærksom på indvirkninger på Ingers hverdag som følge af hendes demens.

Kompetencekrav i relation til den ældre medicinske patient

For social- og sundhedsmedarbejdere, der har at gøre med den ældre medicinske patient, er kompetencen til hverdagsobservation central. Det vil sige at kunne observere og analysere forandringer og reflektere over betydningen af observationerne og analysen samt tage initiativer til handling, også når dette drejer sig om at kommunikere til andre parter i sundhedsvæsenet om, hvad de evt. kan gøre for borgeren.

For at kunne gennemføre hverdagsobservationer er en række grundkompetencer nødvendige; det kan blandt andet dreje sig om at have indsigt i og viden om ældres funktionsniveau, deres aldring, og de typiske sygdomme de rammes af. Derudover indbefatter kompetencen eksempelvis viden om god og tilpasset ernæring samt forhold omkring motivation og psykologiske temaer som sorg og krise. Endelig kommer kompetencen til kommunikation med borger og pårørende – også når relationerne bliver komplekse, og der eventuelt opstår konflikter. Se også kapitel 5, hvor kompetencebehovene er beskrevet.

4.2. Den psykiatriske patient med en somatisk lidelse

Denne case omhandler en psykiatrisk patient med en somatisk lidelse, og de ydelser og services som denne patient kan møde.

Jesper er 44 år, og han lider af skizofreni. Han har været indlagt i perioder, men han er i øjeblikket tilknyttet psykiatrisk ambulatorium på et sygehus og deres udgående team. Derudover får han to gange om ugen besøg af social- og sundhedsassistenten Morten, som fungerer som hans hjemmevejleder.

Både Jesper og hans kæreste er svært overvægtige. De er socialt isolerede, og de får ikke regelmæssige måltider. De handler ind på den nærliggende benzintank om formiddagen, og der er det svært at finde sund mad. Jesper er optaget af pc spil, og det bruger han en del tid på. Jesper lider af for højt blodtryk, og han har diabetes.

Jesper startede for et par år siden i insulinbehandling. Han blev for tre uger siden indlagt til observation for insulinchok. Han blev fundet i meget dårlig tilstand af hjemmevejlederen, som tog forbi Jespers hjem mellem to aftalte besøg, da Jesper ikke reagerede på telefonopkald.

På baggrund af en samlet vurdering af de forskellige vanskeligheder, er det besluttet, at der skal sættes ekstra ind for at hjælpe på Jespers situation. Indsatsen indledes med et møde mellem de involverede parter. Det er aftalen, at der på mødet skal lægges en plan for det videre forløb, der kan støtte op omkring Jesper og hans sygdom.

Ved mødet deltager Jesper, Jespers kæreste, to medarbejdere fra det udgående psykiatriske team samt hjemmevejlederen Morten. Før mødet har Morten haft kontakt med diabetesambulatoriet, hvor han har fået nogle informationer, han tager med til mødet. Diabetesambulatoriet har vurderet, at Jesper ikke har tilstrækkelig forståelse for sin diabetes, og at han ikke får nok ud af ambulatoriets tilbud. Behandlingen er derfor overgivet til almen praksis, men da Jesper har det svært med at komme uden for hjemmet, er det svært for den praktiserende læge at have regelmæssig kontakt med ham.

Udover at Jesper netop har været indlagt til observation på grund af den ikke-regulerede diabetes, er han ramt af forskellige komplikationer som følge af sygdommen. Han har blandt andet dårlige tænder, som ikke bliver passet, og da han ikke får rørt sig, har han dårligt blodomløb. Han er flere gange blevet visiteret til ambulans operation for åreknuder, men han kommer aldrig af sted.

Morten, som har kendt Jesper i de syv år, Morten har arbejdet i kommunen, oplever, det er blevet gradvis dårligere med Jespers helbred. Især de seneste år har været hårde ved ham. Morten ved – blandt andet – fra de informationsaftener, som læger fra hospitalet og en psykiater fra ambulatoriet har afholdt på Mortens arbejdsplads, at psykisk syge personer ofte har en eller flere somatiske sygdomme. Disse informationsaftener har desuden bidraget til, at der på tværs af sektorerne er blevet drøftet de udfordringer, de forskellige parter står over for i relation til psy-

kisk syge med somatiske lidelser. De somatiske afdelinger kan have vanskeligt ved at håndtere de psykiatriske patienter og få etableret en god kontakt, og dermed kan det blive vanskeligt for patienterne at følge en behandling. Samtidig har der ikke tidligere været tradition for, at der i lige så stor udstrækning som nu er fokus på at tænke borgernes somatiske lidelser ind i de tilbud, der gives i socialpsykiatrien.

Morten har igennem det seneste år arbejdet tættere og tættere sammen med det psykiatriske ambulatorium og med Jespers egen læge. Alligevel har der været mange komplikationer med medicingivning, bl.a. fordi Jesper kommer så uregelmæssigt af sted til lægen eller på ambulatoriet. Der har også været gange, hvor det har været drøftet, om Jesper skulle indlægges, men det er ikke blevet til noget, da han har modsat sig det. Det har ofte haft den effekt, at han efterfølgende har haft nogle meget dårlige perioder uden medicin og uden særlig meget mad, som så alligevel er endt i indlæggelser.

Mortens opgave som hjemmevejleder for Jesper består f.eks. i at få ham med til læge eller tandlæge, følge ham derop og hjem igen, hjælpe ham med at få hentet medicin, få handlet ind, hjælpe ham med at kontakte pensionskontoret. Jesper er begyndt at føre dagbog, der anvendes i en løbende kommunikation til ambulatoriet, om, hvordan han har det. Der er et stort behov for, at Morten støtter ham heri. Det har vist sig, at metoden med at føre dagbog har øget Jespers bevidsthed om sin sygdom. Morten bruger Jespers dagbogsskrivning som en anledning til at spørge ind til, hvad Jesper oplever i sin hverdag. En af de samtaler har ført til, at Morten har inviteret ham med til at deltage i boksetræningshold. Morten er projektleder for motionstilbuddene for psykisk skrøbelige borgere. Hertil hører at planlægge aktiviteterne og at informere om dem. Hans opgave kan også bestå i at søge penge til yderligere projekter, opstille et budget samt formulere mål- og handleplaner for projekterne.

Kompetencekrav i relation til den psykiatriske patient med somatisk lidelse

For social- og sundhedsmedarbejderen, der arbejder som hjemmevejleder for en borger med en psykiatrisk diagnose og med somatiske sygdomme, er det en meget væsentlig opgave at koordinere mellem de forskellige parter, som har med borgeren at gøre. Medarbejderen skal også bidrage til en god og kontinuerlig dialog mellem samarbejdspartnerne.

Dette medfører, at nogle af de væsentlige kompetencer for frontmedarbejderne i socialpsykiatrien er organisationsforståelse (indsigt i parter i sundhedsvæsenet og i forhold til det sociale område), indsigt i relevant lovgivning, evne til at danne relationer både i forhold til samarbejdspartnerne og i forhold til at kunne skabe og opretholde en god kontakt til borgeren. Se også kapitel 5, hvor kompetencebehov er beskrevet.

4.3. Patient med en kronisk lidelse

Denne case omhandler en patient, der har fået konstateret KOL, og de ydelser og services som denne patient kan møde.

Hans er 65, og han har fået konstateret KOL. Som KOL-patient oplever han ofte mange forskellige og vanskelige problemstillinger i hverdagen, og han har en række begrænsninger i de daglige udfoldelsesmuligheder. Han har eksempelvis svært at deltage i træning, og han er desuden bundet meget til hjemmet, fordi han er nervøs for at være ude blandt andre, da han tit oplever at få svær åndenød. Han lever med en daglig angst for ikke at kunne få luft.

Efter to på hinanden følgende lungebetændelser, der krævede indlæggelse, er Hans blevet tilbudt besøg med behandling fra hospitalets ambulante team, der er tilknyttet lungeambulatoriet. Dagen efter Hans er kommet hjem fra sygehus, besøger en sygeplejerske fra det ambulante team ham i hjemmet. Den social- og sundhedsassistent, Gitte, som jævnligt kommer hos Hans er med til at modtage ham, og hun deltager også i mødet med sygeplejersken fra det ambulante team den efterfølgende dag.

Gitte har deltaget i et KOL-kursus, så hun har et godt kendskab til sygdommen. Det er en fordel for både sygeplejersken fra det ambulante team og Hans, at der er et kendt ansigt fra hjemmeplejen til stede ved mødet i hjemmet, da Gitte, ud over at være uddannet i KOL, kender Hans og hans udfordringer i hverdagen, og det er med til at gøre ham tryk. Det er også en fordel, at Gitte har kendskab til de tilbud, der aktuelt er i kommunen om ekstra hjælp og støtte, for det kan medarbejderen fra sygehuset ikke nødvendigvis vide.

På mødet taler de om, hvordan Hans skal klare sig i sin hverdag, og hvordan han skal håndtere det, når han får åndedrætsproblemer hjemme, eller når han er uden for hjemmet. Det er godt for Gitte at høre, hvordan sygeplejersken fra det ambulante team vejleder Hans, for det betyder, at hun bedre kan følge op og vejlede Hans i dagligdagen. Sygeplejersken giver Hans en vejledning i brug af den medicin, han er ordineret, og Gitte bliver derved opmærksom på, at Hans er startet på noget nyt medicin, som hun ikke kender.

Sygeplejersken introducerer Hans til et nyt projekt, der er taget initiativ til fra regionens side, nemlig at stille udstyr til monitorering og træning op i hjemmet. Hun demonstrerer systemet for ham, og hun viser, hvordan det fungerer, og hvordan han kan gennemføre en kontrol af lungefunktion og iltindhold i blodet.

Hans siger, at han gerne vil prøve udstyret, "hvis de synes", men at det ikke er sikkert, at han får det brugt. To uger senere kommer der en social- og sundhedsassistent fra det ambulante team, som sætter udstyret op. Ved dette møde er Gitte fra hjemmeplejen også til stede. Både Hans og Gitte får en vejledning i anvendelse af udstyret, gennemførelse af test, og de får også kigget på det træningsprogram, som kan aktiveres på udstyret.

Hans er slet ikke tryk ved udstyret, så det aftales, at de første gange, han skal bruge apparatet, vil Gitte eller en anden medarbejder fra hjemmeplejen være til stede hos ham. Gitte når at tænke, at det nok kan blive et problem, fordi der er mange af hendes kollegaer, som endnu ikke selv er blevet introduceret til udstyret.

Ved mødet har de desuden en samtale om ernæring, fysisk aktivitet, og det aftales hvordan Hans' to børn skal informeres om den monitorering og vurdering af eget helbred, som bliver en del af hans hverdag.

Efter at have anvendt udstyret et par gange, finder Hans ud af, at det egentligt er rart, at han selv kan måle sin lungekapacitet. Det giver ham bedre mulighed for at justere indtagelsen af medicinen, og det bidrager til, at han i højere grad kan undgå den daglige usikkerhed og angst for at få åndenød.

Hans følger et træningsprogram, der ligger på en computer, der er blevet opstillet i hans stue. Han har også fået udleveret en træningsdagbog, hvori han skal notere, hvordan det går med træningen. Efter et par uger viser det sig, at han ikke er så flittig til at få skrevet i dagbogen. Gitte og Hans taler om det, og de aftaler, at Gitte skal støtte ham i at få skrevet i dagbogen, da det er et vigtigt redskab i den dialog, der skal være med det ambulante team fra lungeambulatoriet.

De social- og sundhedsmedarbejdere, der kommer hos KOL-patienter som Hans, skal have viden om, hvordan sygdommen udarter sig. De skal f.eks. vide, at borgeren har det sværest om morgenen. De skal vide, at det tager lang tid for dem at komme i gang om morgenen, hvor de hoster, pruster og stønner – de skal have tid til at 'rette sig'.

Der har været et par situationer, hvor nogle af de social- og sundhedsmedarbejdere, som kommer hos Hans, er blevet nervøse, når han får det dårligt. Hvis medarbejderne kan hjælpe borgeren med at tackle vejtrækningsproblemerne, går det meget lettere. I den sammenhæng er det et problem, at der i hjemmeplejen ofte kommer forskellige medarbejdere hjem til borgere med KOL. Medarbejderne kender ikke borgerne og deres sygdomsforløb, og derfor kan det være svært for dem at vurdere den konkrete sygdomssituation.

I et samarbejde mellem sygehuset, almen praksis og kommune, bliver der nedsat en projektgruppe, som skal udvikle et uddannelsesforløb for social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen, som netop også skal rumme de nævnte forhold omkring usikkerhed og manglende viden om det motivationspsykologiske område. Uddannelsen skal mindske risikoen for, at medarbejderne oplever stress ved ikke at kunne agere hensigtsmæssigt over for patienten, f.eks. under åndenødsanfald. Der er behov for at give social- og sundhedsmedarbejderne en tydeligere funktion i forhold til KOL, og dermed skal de også have mere uddannelse.

Kompetencekrav i relation til en patient med en kronisk lidelse

For social- og sundhedsmedarbejdere, der arbejder med borgere med en kronisk lidelse, f.eks. en KOL-patient, er det væsentligt, at de har viden om den eller de aktuelle kroniske sygdomme, den pågældende patient har. Medarbejderne skal hurtigt kunne danne sig et overblik over borgerens sygdomsforløb. De skal vide noget om vejtrækningsteknik, så de f.eks. kan hjælpe borgeren til at trække vejret korrekt. De skal have viden om, hvad der sker, når borgeren har vejtrækningsproblemer - og de skal kunne formidle det til borgerne, så det gør dem mere trygge.

Derudover skal social- og sundhedsmedarbejderne have overblik og kendskab til de øvrige tilbud, der findes i kommunen eller i regionen i forhold til den konkrete patient(gruppe). Som det er vist med casen bliver det desuden væsentligt, at medarbejderne kan betjene og instruere i anvendelse af de forskellige teknologiske hjælpemidler, som anvendes i forbindelse med pleje og monitorering. Se også kapitel 5, hvor kompetencebehov er beskrevet.

5. Kompetencekrav til medarbejderne

Udviklingen i sundhedsvæsenet stiller øgede kompetencekrav til alle medarbejdergrupper. Opgaveglidningen fra regionerne til kommunerne betyder dog, at der stilles ekstra store krav til de medarbejdere, der er kommunalt ansatte, da de skal løse en række nye arbejdsopgaver, som de ikke tidligere har beskæftiget sig med.

Et samarbejdende sundhedsvæsen kræver, at de forskellige medarbejdergrupper er i stand til at formidle, samarbejde og koordinere på tværs af sektorerne, og denne udvikling stiller nye og højere kompetencekrav til medarbejderne.

Social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter udgør en væsentlig andel af de medarbejdere, der arbejder i sundhedsvæsenet. Kravene til medarbejderne i sundhedssektoren er stigende, og der er et stort behov for kompetenceudvikling af social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter, så de kan leve op til kravene – herunder ikke mindst til kravene om et styrket samarbejde og en øget koordinering mellem sektorerne.

Kapitlet bygger på et omfattende desk study samt analyse af resultaterne fra gennemførte interview i relation til følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team. Desuden inddrages de input, som ledere, konsulenter og undervisere fra social- og sundhedsskoler kom med på det kvalificeringsseminar, som blev gennemført i september 2013, samt input fra en konference for Lokale Uddannelsesudvalg, som EPOS gennemførte i oktober 2013.

I afsnit 5.1 præsenteres de kompetencekrav til medarbejderne, der er afdækket i desk study, som er gennemført i projektets første fase. I afsnit 5.2 sættes specifik fokus på kompetencekrav i relation til de social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der direkte eller indirekte er involveret i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team.

Kompetencekravene til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere præsenteres under følgende fire overskrifter: Formidlingskompetencer, samarbejdskompetencer, koordinationskompetencer og sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer.

5.1. Resultater af analysens desk study

Analysens desk study har sat fokus på, hvilke kompetencekrav der stilles til social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter i det samarbejdende sundhedsvæsen.

Flere kommuner vil fremadrettet ansætte flere social- og sundhedsassistenter for at imødekomme behovet for flere kvalificerede medarbejdere. Det fremgår af KL's oplæg om "Det nære sundhedsvæsen", at kommunerne bør overveje, om sammensætningen af personalet i den primære sektor skal være en anden fremover, således at der ansættes flere social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og tera-

peuter på bekostning af især social- og sundhedshjælpere, da der er en række komplekse samfunds-faglige opgaver, der skal løses i den primære sektor.

Siden 2009 har der været en forøgelse af sygeplejersker, der er ansat i kommunerne. Antallet af social- og sundhedsassistenter i kommunerne er øget med 10.000 siden 2001, men antallet har været stagneret siden 2009. Der har i samme periode været en nedgang i antallet af social- og sundhedsassistenter i regionerne.¹³

Selvom udviklingen vil betyde, at der f.eks. ansættes flere sygeplejersker i kommunerne, vil social- og sundhedsassistenterne i kommunerne få nye arbejdsopgaver, som de skal kvalificeres til. Social- og sundhedshjælperne vil også have behov for kompetenceudvikling, når de skal varetage pasning og pleje af den gruppe af syge borgere, som tidligere var indlagt.

Opgaveglidningen til den primære sektor medfører en række nye og mere komplekse faglige krav, hvilket betyder, at de kommunale medarbejders faglige kompetencer er udfordret på mange områder. Ifølge KL drejer det sig om klinisk faglige kompetencer inden for f.eks. palliation, hjemmedialyse, forebyggelse, psykiatri og andre former for kompleks pleje og behandling.¹⁴ Ifølge KL's oplæg skal medarbejderne også have øget deres kompetencer i forhold til sundhedspædagogik¹⁵, viden om rehabilitering, skriftlig og faglig dokumentation, håndtering af forløb med og brug af velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger, samt viden om sammenhængende og koordinerede forløb. Der er dermed også i primærsektoren et stort behov for kompetenceudvikling.

Andre rapporter viser, at der bliver stillet øgede kompetencekrav til både social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter. Dette gælder ikke mindst i forhold til pleje og rehabilitering af de kronisk syge med f.eks. KOL og diabetes, der skal foretages i et tæt samspil med almen praksis, kommunerne og sygehusene. Udvikling af telemedicinske løsninger og anvendelse af velfærdsteknologi vil også stille øgede kompetencekrav til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. En gennemlæsning af en række projekter på området viser, at det i projektfaserne typisk er sygeplejersker og fysioterapeuter, der er tæt involveret i f.eks. de telemedicinske projekter på kronikerområdet. Når der skal ske en implementering af it-bårne løsninger efter en projektfase, må det forventes, at også social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter vil blive involveret.

¹³ Fremtidens hjemmesygepleje. Statusrapport. KL og Sundhedskartellet, 2011. Samt Det nære sundhedsvæsen, KL, 2012.

¹⁴ Det nære sundhedsvæsen, KL, 2012.

¹⁵ Sundhedspædagogik er pædagogik, der formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og patienter eller andre borgere. Sundhedspædagogik foregår ved en dialog mellem borgere og en professionel for at forebygge sygdomme og fremme sundhed, således at borgere støttes i at træffe sunde, informerede valg. Dialogen kan foregå ved hjælp af strukturerede sundhedspædagogiske metoder. Kilde: Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen. 2005.

En analyse fra Teknologisk Institut fra 2007¹⁶ viser en række forandringer for målgruppen som følge af strukturreformen og det skærpede fokus på forebyggelse. Det handler f.eks. om dokumentation og evidens for indsatsen, viden om tegn og symptomer som medarbejderne skal være opmærksomme på hos borgerne, viden om kost og ernærings sammensætning, varetagelse af specialistfunktioner som oplæringspersoner for andre i målgruppen på en arbejdsplads, mobilisering, motivation og aktivering af borgere, professionalitet i relationer samt konstruktiv kommunikation – herunder også "den svære samtale".

En analyse gennemført i 2012 af ARGO og EPOS med fokus på social- og sundhedsassistenter i det somatiske sygehusområde¹⁷ sætter ligeledes fokus på nye kompetencekrav til medarbejderne i forhold til ovenstående punkter. Her nævnes desuden specifikt kompetencer i forhold til klinisk observation og refleksion, sårpleje, medicinadministration og -håndtering, instrumentelt orienterede sygeplejeopgaver (f.eks. at tage blodprøver samt lægge og pleje venflon og katetre), deltage i udviklingsarbejde og løbende organisationsforandringer samt kommunikation, koordinering og samarbejde med kollegaer og elever.

En evaluering og behovsafdækning i forhold til AMU inden for det psykiatriske område¹⁸ har vist, at udviklingen inden for psykiatrien stiller en række nye kompetencekrav til medarbejderne. Medarbejderne skal f.eks. kunne anvende viden om socialpædagogiske teorier og metoder, være motivationsskabende, have relationskompetencer, kunne anvende viden om demensteori, aldring og psykiatri, kunne kommunikere både mundtligt og skriftligt, kunne stimulere og understøtte brugerinvolverende metoder og arbejdsformer, kunne håndtere konflikter, afholde møder, varetage skriftlig og elektronisk dokumentationshåndtering, have observationskompetencer samt kunne anvende viden om medicins virkninger og bivirkninger. Desuden er der et stort behov for, at medarbejderne kan indgå i det tværgående samarbejde mellem psykiatrien, socialpsykiatrien og hjemmeplejen.

Kompetenceudviklingsbehovene i relation til hhv. socialpsykiatrien, behandlingspsykiatrien og hjemmeplejen blev også beskrevet specifikt i evalueringen. En del af medarbejderne i socialpsykiatrien har ikke kompetencerne til at tage sig af de svært psykisk syge, og derfor er der et stort behov for kompetenceudvikling af medarbejderne. I socialpsykiatrien er der krav om større viden om brugere med anden etnisk oprindelse end dansk, større kendskab til en række sindslidelser, f.eks. forskellige former for personlighedsforstyrrelser, ADHD og selvskadende adfærd, supervision til støtte-kontaktpersoner, større kendskab til nyere behandlingsformer (stemmehøring, akupunktur, kognitive behandlingsformer), rehabilitering,

¹⁶ Ændringer i kompetencekravene til målgrupperne i FKB 2692. Omsorg, sygepleje og pædagogisk arbejde. Teknologisk Institut 2007.

¹⁷ Social- og sundhedsassistenter i det somatiske sygehusområde. Forandringer og kompetenceudviklingsbehov på jobområdet. ARGO og EPOS. Juni 2012.

¹⁸ AMU inden for det psykiatriske område - en evaluering og behovsafdækning. Mærsk Nielsen HR. 2009.

recovery, medicin (virkning og bivirkninger), selvudvikling (for medarbejderne) samt samarbejde med behandlingspsykiatrien.

I behandlingspsykiatrien kommer der flere patienter med følgesygdomme, misbrug eller somatiske sygdomme, hvilket også her øger behovet for kompetenceudvikling. I behandlingspsykiatrien er der krav om øgede kompetencekrav i forhold til dokumentation – herunder skriftlige og it-kompetencer, fleksibel opgaveløsning (tage imod patienter, flere selvstændige sygeplejefaglige opgaver), kendskab til nye behandlings- og terapiformer, medicins virkning og bivirkning, observationskompetencer, kompetencer til at deltage i projektarbejde, viden og metoder, der kan nedbringe antallet af tvangssituationer samt samarbejde med socialpsykiatrien. Der foregår en kontinuerlig kompetenceudvikling af medarbejdere både i dagligdagen og på kurser.

I hjemmeplejen er der især kompetencekrav i forhold til at skabe kontakt til og kommunikere med psykisk syge borgere, empati, etik, fleksibilitet, aflæse borgers udtryksformer og agere i forhold hertil, viden om relationsarbejde, observation og personlighedsdannelse, mundtlig og skriftlig kommunikation, kropssprog, aktiv lytning, større viden om psykiske sygdomme samt konflikthåndtering. Kompetenceudviklingsbehovene er især store for social- og sundhedshjælpere, da de ikke har en grundlæggende uddannelse med fokus på psykiatri.

KL peger på, at uddannelserne inden for sundhedsområdet i højere grad bør målrettes de nye udfordringer. Dette gælder ikke mindst i forhold til den stigende anvendelse af teknologiske løsninger. Når der på tværs af sektorerne skal implementeres tiltag, der styrker og understøtter patienternes engagement i egen behandling og deres evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom, kræver dette bl.a., at der sættes ind i forhold til uddannelse/efteruddannelse af sundhedspersonalet i begge sektorer.

Implementering af telemedicin og andre elektroniske løsninger i sundhedsvæsenet gør det nødvendigt at være proaktiv i forhold til udvikling af medarbejdernes kompetencer til at bruge disse redskaber i samspil med borgere og patienter. Medarbejderne skal have en bred it-faglig indsigt og forståelse, for at samfundet kan få den optimale effekt af systemerne. Ikke blot skal de forstå, hvordan det fungerer, men de skal også kunne hjælpe borgerne ude i deres hjem, når der er spørgsmål eller når teknologierne driller.

Som det fremgår af det foregående peger analysens desk study på en lang række kompetencekrav til social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter som følge af udviklingen i sundhedsvæsenet.

Nogle af de afdækkede kompetencekrav har fokus på medarbejdernes kliniske kompetencer, hvilket er en følge af den opgaveglidning, der har været – og er – fra den sekundære sektor til den primære sektor. Andre afdækkede kompetencekrav sætter fokus på de særlige kompetencer, der knytter sig til det øgede samarbejde mellem de to sektorer.

5.2. Forskellige kompetenceområder

I interview med ledere og medarbejdere, der indgår i det samarbejdende sundhedsvæsen, samt i dialogen på det tidligere nævnte kvalificeringsseminar og konferencen, har der især været fokus på, hvilke kompetencer medarbejderne skal have for at kunne agere i et sundhedsvæsen, der kræver en høj grad af samarbejde mellem sektorerne, som det klart udspiller sig, når der er tale om følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team.

Analysen peger på, at der er følgende tre helt overordnede kompetencekrav til social- og sundhedsassistenter, der indgår i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team:

- Formidlingskompetencer
- Samarbejdskompetencer
- Koordinationskompetencer

De tre nævnte kompetenceområder er centrale for at sikre samarbejde om de bedst mulige patient- og borgerforløb.

Kompetencekravene gælder i større eller mindre grad også for de social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter i kommunerne, der i varierende omfang inddrages i samarbejdet mellem borgeren og de udgående funktioner fra sygehusene.

De tre hovedgrupper af kompetencekrav til social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter, der direkte eller indirekte er involveret i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, vil blive uddybet i det følgende. Derefter vil der kort blive nævnt en række sundheds- og sygeplejefaglige kompetencekrav til medarbejderne.

5.2.1. Formidlingskompetencer

Det er centralt, at medarbejderne, der er involveret i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, har gode formidlingskompetencer. Hvis disse nye funktioner i det samarbejdende sundhedsvæsen skal fungere optimalt i forhold til at bidrage til færre genindlæggelser, er det vigtigt, at medarbejderne kan formidle til kollegaer og samarbejdspartnere på tværs af sektorerne. Det er også meget væsentligt, at medarbejderne er i stand til at formidle til borgere og patienter.

I det følgende sættes der fokus på nogle af de delkompetencer, der relaterer sig til formidlingskompetencerne.

Observationskompetencer

De social- og sundhedsassistenter, der indgår i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team har at gøre med borgere/patienter, der er meget syge, og som er i risiko for at blive genindlagt. Der er her tale om borgere/patienter, der ofte ikke er i

en stabil tilstand, og det stiller særlige krav til de medarbejdere, der varetager behandlingen og plejen af dem. Det er ikke nyt, at medarbejderne skal kunne observere, men det nye er, at medarbejderne skal observere borgere/patienter, der er i en 'risikotilstand', og som har komplekse behandlings- og plejebehov, og hvor det er en kritisk faktor, at der skal koordineres rigtigt og hurtigt i forhold til dem. Der er bl.a. behov for, at medarbejderne har særlige gode kompetencer i forhold til at observere borgerne/patienterne. De skal være i stand til at observere en ændring i borgerens/patientens sundhedstilstand samt øvrige forhold, der har relation til borgerens/patientens sygdom og sundhedstilstand.

Der er også øgede krav til medarbejdernes kompetencer til at reflektere over de observationer, de har gjort sig. Medarbejderne skal reflektere over løsning af egne arbejdsopgaver, så de løbende kvalitetssikrer deres eget arbejde.

Det er igennem refleksion og analyse af den aktuelle situation med borgeren/patienten under besøget i borgerens eget hjem, at medarbejderen kan blive opmærksom på, om og hvordan der evt. skal handles på observationerne.

Det kan også være, at der er behov for at dele observationer og refleksioner med relevante medarbejdere, der indgår i teamet på sygehuset, eller relevante medarbejdere i hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen. I denne sammenhæng er det vigtigt, at medarbejderen har viden om, hvem der skal kontaktes, og hvordan de skal kontaktes. Det kan også være, at medarbejderen har behov for at opsøge ny viden, f.eks. om pleje- og behandlingsmetoder eller om de sygdomme, som borgeren lider af.

Som en del af handlekompetencerne skal medarbejderne også være i stand til at planlægge. De skal kunne planlægge deres eget arbejde – de skal kunne lede sig selv. Nogle af medarbejderne skal desuden kunne lede andre, så såvel ledelse som selvledelse er centrale kompetencer.

Kommunikationskompetencer

For at kunne formidle er det centralt, at medarbejderne har gode kompetencer i at kommunikere såvel mundtligt som skriftligt.

De skal kommunikere med såvel borgere/patienter som med andre aktører i sundhedsvæsenet, der er involveret i pleje og/eller behandling af borgerne/patienterne, der modtager ydelser fra følge-hjem ordninger samt ambulante, udgående team.

Kommunikationen kan være såvel verbal som non-verbal, og den skal være tydelig, så den kan bidrage til at skabe tillid mellem parterne. Dette gælder både i forhold til patienter/borgere som kollegaer og samarbejdspartnere. Det er væsentligt, at medarbejderen er i stand til at sortere i, hvad der er relevant at kommunikere videre til andre parter.

Dokumentationskompetencer

Der stilles øgede krav til social- og sundhedshjælpernes samt social- og sundhedsassistenternes kompetencer til at dokumentere, når de er involverede i samarbejde

i et følge-hjem team eller i et ambulante, udgående team. De skal ikke kun have kompetencer, der gør dem i stand til at følge dokumentationspraksis inden for egen sektor, da de også skal bidrage til dokumentation på tværs af sektorerne. De skal derfor have kendskab til de øvrige dokumentationssystemer, som anvendes af andre parter.

Det er ikke nyt, at medarbejderne skal kunne anvende de relevante dokumentationssystemer, men i samarbejdet mellem sektorerne er der øgede krav til, at de kan udføre den faglige dokumentation, så den ikke kun kan forstås og anvendes internt i egen organisation, men så den også kan anvendes på tværs af sektorerne. De skal også kunne anvende en sprogbrug, som er genkendelig - og i øvrigt etisk korrekt. Alt dette er en central forudsætning for, at samarbejdet kan fungere optimalt, og så borgeren/patienten kan få den hjælp, han/hun skal have.

Formidling til og undervisning af borgere/patienter

De social- og sundhedsassistenter, der indgår i de ambulante, udgående team, skal være i stand til at varetage formidlings- og undervisningsopgaver i relation til borgere/patienterne, der f.eks. skal have større viden om deres kroniske lidelse, forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering.

Det øgede fokus på forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering i kommunerne stiller også krav til de kommunale social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere om, at de kan formidle viden til borgerne om, hvordan de selv kan bidrage til, at deres sygdom og helbredstilstand ikke forværres. I nogle jobfunktioner skal medarbejderne også mere direkte indgå i undervisning af borgerne. Der er således tale om, at medarbejderne skal bidrage til og støtte op om patientens/borgerens ansvar for egen sygdom.

Ovenstående repræsenterer dermed paradigmeskift fra, at social- og sundhedsmedarbejderen *vejleder* borgeren/patienten til, at medarbejderen i højere grad forestår *undervisning*, der bidrager til, at patienten eller borgeren bliver ekspert i egen sygdom.

Sundhedspædagogik og motivationspædagogik

Social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter der indgår i ambulante, udgående team skal være i stand til at formidle egen viden om forebyggelse og sundhedsfremme til borgere og patienter. I nogle tilfælde skal medarbejderne også direkte bidrage til at undervise borgere/patienter i deres sygdomme. I relation til det psykiatriske område bruges begrebet psykoedukation som et udtryk for en systematisk og struktureret undervisningsaktivitet i psykiatriske sygdomme og deres behandling. Psykoedukation er i nogle regioner en del af behandlingen for patienterne og et tilbud til de pårørende.

Det er ikke tilstrækkeligt, at medarbejderne kan formidle viden til borgere/patienter/pårørende. De skal også kunne bidrage til, at borgere/patienter kan finde motivationen til at gøre noget for f.eks. at blive mere selvhjulpne og bidrage til, at sygdommen ikke udvikler sig i negativ retning. Medarbejderne skal ikke gøre "for borgeren", men "med borgeren". Derfor er det vigtigt, at medarbejderne har

indsigt i motivationspsykologi, og at de kan anvende metoder, der trækker på den viden i deres relationelle arbejde med borgeren/patienten.

5.2.2. Samarbejdskompetencer

En anden hovedgruppe af kompetencer, som har en styrket betydning i det samarbejdende sundhedsvæsen, er kompetencer til at samarbejde. For social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der indgår i følge-hjem ordninger eller ambulante, udgående team, er det vigtigt, at de har gode samarbejdskompetencer.

De skal være i stand til at samarbejde såvel horisontalt, f.eks. i forhold til egen leder, som vertikalt, f.eks. i forhold til kolleger i egen organisation. Endnu mere centralt er det, at de også er i stand til at samarbejde både horisontalt og vertikalt i forhold til samarbejdspartnere i kommunen, nye samarbejdspartnere (f.eks. frivillige organisationer) samt i forhold til borgere og pårørende. De medarbejdere i kommunen, der skal samarbejde med følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, skal ligeledes have gode samarbejdskompetencer, og det er centralt, at medarbejderne i begge sektorer løbende giver feedback til hinanden.

Samarbejdskompetencerne for de social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der indgår i følge-hjem ordninger eller ambulante, udgående team, kan nedbrydes i en række underkategorier af kompetencer, som vil blive beskrevet i det følgende.

Udvide indsigt i egen og andres roller, ansvar og kompetencer

Det er vigtigt at være åben, og at kunne skabe tillid til såvel borgere/patienter som til kollegaer. Medarbejderne skal have opmærksomhed på de forskellige "sprog", som tales af de forskellige parter i det samarbejdende felt. De skal udvise indsigt i egen og andres roller, ansvar og kompetencer.

Selvstændighed – men i det tværfaglige samarbejde

Kravene til medarbejderne er, at de kan arbejde selvstændigt under stor kompleksitet. Dette kræver bl.a., at de har en tværfaglig indsigt. De skal selvstændigt kunne vurdere observationers relevans ikke bare ift. egen opgave og funktion, men også sortere i, hvad der er nødvendig viden for andre medarbejdere i sundhedssystemet omkring borgeren/patienten. Social- og sundhedsmedarbejderen skal også kunne være innovativ - for eksempel afprøve nye løsninger, men under forståelse for autorisationsforhold og -ansvar.

Kvalitetssikre eget arbejde

I forlængelse af den selvstændige opgavevaretagelse i daglig praksis ligger også selvstændigt og i dialog med kollegaer at kunne kvalitetssikre eget arbejde, herunder anvendelse af relevante dokumentationssystemer.

Det er ikke nyt, at social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter skal dokumentere og kvalitetssikre eget arbejde, men for de medarbejdere, der

direkte eller indirekte er involveret i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, er der ekstra store krav til kvalitetssikring. Dette gælder f.eks. i forhold til dokumentationspraksis, hvor samarbejdspartneren i den anden sektor skal kunne anvende data. Samarbejdet på tværs af sektorerne stiller øgede krav om ensartet dokumentationspraksis og kvalitet, ligesom der stilles krav om parathed til at modtage og give feedback på baggrund af dokumentationen.

Planlægningskompetence

De social- og sundhedsassistenter, som indgår i følge-hjem ordninger eller ambulante, udgående team, arbejder ofte alene, og de skal selv planlægge deres arbejde. De skal bl.a. planlægge samarbejdet med kommunale medarbejdere, der varetager plejen af borgere i eget hjem. Dette kan for eksempel være tilfældet, når der er behov for, at medarbejdere fra sygehuset og medarbejdere fra kommunen skal være til stede i borgerens hjem på samme tid. Det kan ofte være vanskeligt at koordinere dette samarbejde, og det er derfor vigtigt, at medarbejderne dels kan overskue egen tid, og dels at de kan kommunikere klart om, hvordan ressourcerne prioriteres.

Agere professionelt i samarbejdet med borgerne

De social- og sundhedsassistenter, som indgår i følge-hjem ordninger eller ambulante, udgående team er kun én blandt mange medarbejdere fra sundhedsvæsenet, som borgeren møder. Derfor kan det ske, at borgeren får forskellige eller måske endda modstridende informationer, og det kan skabe nogle forventninger hos borgeren som ikke bliver indfriet, hvilket kan forårsage konflikter. Det er i sådanne tilfælde vigtigt at såvel medarbejderne fra sygehusene, som dem fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er i stand til at agere professionelt, og er i stand til at håndtere de konflikter, som kan opstå i sådanne tilfælde.

Medarbejderen opnår fundamentet for at optræde i rollen som myndighedsperson via deres grunduddannelse, men kompetencen til at agere professionelt bliver i udstrakt grad vigtig, når der skal samarbejdes med andre dele af sundhedssektoren. Der kan være behov for at forklare, hvilken service og tilbud de forskellige sektorer bidrager med, og hvad de ikke kan tilbyde. I denne sammenhæng skal social- og sundhedsmedarbejderne på en saglig måde forklare sammenhænge for borgeren.

Der stilles desuden krav om, at medarbejderen inddrager og samarbejder med borgeren og de pårørende. Der opstår behov for kompetencer til at indgå i samarbejde med pårørende som medbehandler og samarbejdspartner omkring den psykisk skrøbelige borger. Både i forhold til borgerne som i forhold til de pårørende er det vigtigt, at social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne er gode til at løse konflikter. De skal kunne arbejde konfliktdæmpende med f.eks. depressive, demente og psykisk syge ældre.

Konfliktløsning i det samarbejdende sundhedsvæsen

Når social- og sundhedsassistenterne fra de udgående funktioner fra sygehusene skal indgå i tæt samarbejde med social- og sundhedsmedarbejderne i kommunerne, kan der opstå konflikter om, hvem der har ansvaret for at varetage hvilke funk-

tioner. Når medarbejderne kommer i den type situationer, er det vigtigt, at de er i stand til at håndtere konflikterne på en god måde.

5.2.3. Koordinationskompetencer

Et samarbejdende sundhedsvæsen kræver en stærk koordinering såvel inden for sektorerne som mellem sektorerne. Mange borgere/patienter er ofte i en situation, hvor de mangler overblik over behandlingsforløbet, og de er evt. præget af stress, demens, svigtende kognitive funktioner eller alvorlig sygdom. Det er derfor vigtigt, at medarbejderne på alle niveauer i begge sektorer bidrager til forløbskoordinering, så der sikres bedst mulige borger-/patientforløb – dette uanset om patienten/borgeren indgår i et forløbsprogram eller ej.

Koordineringskompetencer må således betegnes som generalistkompetencer, som alle medarbejdere i sundhedsvæsenet skal være i besiddelse af. Analysen peger dog på, at social- og sundhedsassistenter skal have koordinationskompetencerne på et højere niveau, end det er tilfældet for social- og sundhedshjælperne.

De social- og sundhedsassistenter, der indgår i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, skal i høj grad være i stand til at bidrage til koordinering med social- og sundhedsmedarbejdere i kommunerne. Det samme gælder de social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der i kommunen indgår i forløb med borgere, som har en tilknytning til f.eks. et ambulante, udgående team.

Nogle social- og sundhedsassistenter varetager særlige funktioner i sundhedsvæsenet som forløbskoordinatorer, og disse medarbejdere skal have koordinationskompetencer på et højt niveau. Der er en lang række kompetencer, der knytter sig til koordinationskompetencerne, det gælder for eksempel organisationsforståelse, indsigt i relevant lovgivning, relationskompetencer, forståelse for kulturer i andre sektorer samt overblik over tilbud i sektorerne og i private og frivillige organisationer. Disse forskellige kompetencer er beskrevet i det følgende.

Organisationsforståelse

De tidligere nævnte medarbejdergrupper skal have viden om den organisatoriske opbygning af sundhedsvæsenet – både i den sektor de selv arbejder i og i de andre sektorer.

De skal have en god forståelse af deres egne arbejdsopgaver og deres kompetencer i relation hertil. De skal vide og forstå, hvad deres arbejdsopgaver består i, og de skal kende deres begrænsninger. De skal f.eks. kunne sige fra, hvis patientens/borgerens tilstand forværres, og overlade opgaven til en anden fagperson.

Medarbejderne skal også have en god forståelse af andres arbejdsopgaver – både inden for egen sektor og uden for egen sektor. Dette kræver, at medarbejderne har en viden om, hvem der har hvilke arbejdsopgaver.

Indsigt i relevant lovgivning

Medarbejderne skal have indsigt i relevant lovgivning, for at de kan bidrage til koordinering i sundhedsvæsenet. De skal f.eks. vide, hvem der har ansvaret for hvilke opgaver i sundhedsvæsenet.

Det er desuden vigtigt, at medarbejderne har viden om og er opmærksomme på borger- og patientrettigheder, patientsikkerhed og klageveje.

Når social- og sundhedsmedarbejdere samarbejder på tværs af sektorerne, som det for eksempel er tilfældet i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, er det nødvendigt, at de også har en viden om relevant lovgivning i relation til den anden sektor. Det kan dreje sig om indsigt i, hvilken lovgivning der gælder på det område, som borgeren skal have hjælp indenfor. Et særligt interessefelt kan være kompetencer til at vide, hvem der kan visitere hvilken hjælp.

Inden for socialpsykiatrien efterlyser medarbejderne indsigt i sociallovgivning med fokus på den praktiske anvendelse af denne. En social- og sundhedsassistent fortæller:

"..nogle gange ved nogle af mine borgere mere, end de ved på kommunen, om hvad de har ret til at modtage eller få hjælp til, og mange gange ved de mere, end jeg ved. Det er lidt tankevækkende, at borgeren ved mere end os, ... jeg kunne godt tænke mig at lære mere om de forskellige lovgivningsområder, og om hvordan de anvendes i praksis."

Nogle af de interviewede peger også på, at de ser det som deres opgave at hjælpe borgerne gennem et bureaukratisk system, og at der derfor er behov for, at de varetager en rolle som borgerens 'advokat'.

Relationskompetencer

At kunne koordinere hænger i høj grad sammen med, at man kan samarbejde samt skabe relationer til andre mennesker, herunder både borgere/patienter og kollegaer/samarbejdsparter. Borgerne/patienterne vil mødes som individer og ikke som en gruppe, og det er vigtigt, at de medarbejdere, der direkte eller indirekte indgår i de udgående funktioner fra sygehusene, er i stand til at bidrage til at skabe gode relationer til borgerne/patienterne.

Forståelse for kulturer i andre sektorer

Når medarbejderne fra følge- hjem ordningerne og de ambulante, udgående team skal samarbejde med medarbejderne i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, er det vigtigt, at de har en forståelse for de kulturer, de møder i kommunen. Denne kompetence er central for, at de kan få samarbejdet til at fungere. Medarbejderne skal have forståelse for de forskellige kontekster, de bevæger sig i. De skal f.eks. også kunne foretage perspektivskifte på en kvalificeret måde, så de kan se andre paradigmer i sundhedsvæsenet.

Overblik over tilbud i sektorerne samt i private og frivillige organisationer

Det er vigtigt, at de medarbejdere, som indgår i de udgående funktioner fra sygehusene såvel som medarbejdere fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, har overblik over de forskellige tilbud til borgerne, der er i sektorerne i de private organisationer og i de frivillige organisationer.

Medarbejdere, der varetager en specifik rolle som forløbskoordinatorer, skal have disse kompetencer på specialistniveau.

5.2.4. Sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer

Medarbejdere i følge-hjem ordninger og i ambulante, udgående team fra sygehusene skal have en række sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer. De er i kontakt med meget syge borgere/patienter, og de skal have stor indsigt i disse personers sygdomme.

Social- og sundhedsassistenter, der indgår i de to funktioner, har naturligvis tilegnet sig en række af disse kompetencer i deres grunduddannelse, men da de ofte arbejder alene i de udgående funktioner, skal de have de sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer på et højt niveau. De skal desuden kunne fungere i et tæt samarbejde med f.eks. læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter, der alle har en længerevarende uddannelse, og de skal f.eks. kunne læse lægeepikriser etc. Derfor er det vigtigt, at de løbende får udviklet deres sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer.

Social- og sundhedshjælper samt social- og sundhedsassistenter i kommuner, der skal samarbejde med medarbejdere fra følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, skal ligeledes have gode sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer, så de er i stand til at indgå i et ligeværdigt samarbejde med medarbejderne fra sygehusene.

Herunder nævnes en række sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer, som de forskellige respondenter i analysen har peget på er centrale for de medarbejdere, der indgår i følge-hjem ordninger og i ordningerne med ambulante, udgående team:

- Fysiologisk og anatomisk viden.
- Klinisk viden om de sygdomme borgerne/patienterne har, f.eks. om demens, KOL, diabetes og hjerte-/karsygdomme, samt behandling i relation hertil.
- Grundlæggende viden om multimorbiditet¹⁹ og differentialdiagnosticering²⁰.

¹⁹ Multimorbiditet defineres som regel ved to eller flere samtidige, langvarige sygdomstilstande hos en patient (jf. Susanne Reventlow, forskningsenheden for Almen Praksis).

²⁰ Betegnelsen for en af flere mulige diagnoser. Det sygdomsbillede (sæt af symptomer), som en patient frembyder, er ofte foreneligt med forskellige diagnoser (sygdomme). Gyldendals encyklopædi.

- Grundlæggende viden om medicin, dens virkninger og bivirkninger etc.
- Viden om ernæring samt specifik viden om kost i relation til borgere med specifikke sygdomme og helbredsproblemer.
- Viden om forebyggende sundhedspleje og rehabilitering, f.eks. i relation til rehabiliteringsforløb, der gennemføres i samarbejde med andre faggrupper i følge-hjem ordningerne og i ordningerne med ambulante, udgående team.
- Anvendelse af teknologiske hjælpemidler samt støtte i brugen. Dette er relevant, når ambulante, udgående team fra sygehusene tilbyder borgere/patienter teknologiske hjælpemidler og/eller overvågningsudstyr i borgernes hjem.
- Monitoreringskompetencer i forhold til borgere/patienter med behandlingsintensive sygdomme som f.eks. KOL.
- Grundlæggende indsigt i recovery teorier, øvrige teorier på psykiatriområdet samt kommunikationsværktøjer.

6. Læringsformer

Analysen har vist, at der er en udbredt anvendelse af arbejdsmarkedsuddannelser på de fleste arbejdspladser, der beskæftiger social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter.

Der anvendes dog også flere andre læringsformer. De mest udbredte er intern læring på arbejdspladsen samt sidemandsoplæring, herunder også vejledning fra social- og sundhedsmedarbejdere på et højere uddannelsesniveaue.

Den strukturerede sidemandsoplæring kaldes nogen steder i det tværsektorielle samarbejdende sundhedsvæsen peer to peer forløb eller bed side training. Eksempelvis gennemfører man i regi af en følge-hjem ordning i Region Hovedstaden en systemiseret bed side training, hvor medarbejderen fra hjemmesygeplejen sammen med medarbejdere fra sygehusets følge-hjem team har samtale- og plejeforløb i borgerens hjem, og hvor man ligeledes gennem samarbejdet systematisk deler viden om screening af patienterne og udvikler fælles viden om, hvad der berettiger til en følge-hjem ordning og erfaringerne med at gennemføre dem.

En bi-effekt af denne type læring og samarbejde er, at sygehusets personale, når de kommer ud og samarbejder med hjemmesygeplejen, bliver opmærksomme på de specialiserede tilbud kommunerne har. F.eks. tilbud målrettet forskellige patientgrupper eller tilbud vedr. genoptræning eller hjælpemidler. Omvendt kan hjemmesygeplejens personale blive opmærksomt på nogle af de problemstillinger, personalet fra sygehuset står med ved udskrivning, f.eks. omkring medicingivning og overlevering af information. Læringssituationerne skaber en større gensidig forståelse for praksis, og de udfordringer der knytter sig hertil.

Andre fælles initiativer er 'fælles skolebænk', som er uddannelsestilbud målrettet medarbejdere fra sygehuse, almen praksis og hjemmesygeplejen. Det indledende desk study viser, at 40 % af kommunerne har aftaler med regionen/sygehusene om henholdsvis sidemandsoplæring og uddannelse/kurser.²¹ Der er endvidere etableret kvalitetsudviklingsinitiativer inden for hjemmeplejens specialistfunktioner (f.eks. AK-behandling og IV-behandling). Dette er også sket i forhold til nye tilbud, som f.eks. akutpladser, opfølgende hjemmebesøg, koordinering af sammenhængende forløb, dokumentation og kommunikation.

Region Syddanmark havde i perioden 2010-2012 afsat 14,3 mio. kr. til 'Kronikerprojekt Kompetenceudvikling'²², der har sat fokus på tværsektoriel efteruddannelse af medarbejdere fra almen praksis, sygehusene og kommunerne gennem deltagelse i temadage, kurser og kompetencegivende uddannelser.

²¹ Fremtidens hjemmesygepleje. Statusrapport. KL og Sundhedskartellet. 2011.

²² Kronikerprojekt Kompetenceudvikling. Notat. Region Syddanmark. 2012.

Kompetenceudviklingen har været fokuseret på opdatering i forhold til f.eks. KOL, diabetes, kronisk hjertesygdom, smertehåndtering og kommunikation. Nogle af midlerne har specifikt været rettet mod efteruddannelse af social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

I opdateringsforløb i forhold til specifikke kronikergrupper, som f.eks. KOL, sker der en videreudbygning af samarbejde ved læringstiltag, der gennemføres i et samarbejde mellem et lungemedicinsk ambulatorium og et kommunalt lungeteam i Region Hovedstaden.

I Danske Regioners strategioplæg 'Kvalitet i psykiatrien'²³, lægges der op til, at det øgede samarbejde og fokus på at udvikle og arbejde efter beskrevne, tværgående behandlingspakker kræver bedre uddannelse af medarbejderne, f.eks. gennem videoformidlet uddannelse. Det kan bestå i at man – som det eksempelvis sker i shared care projekter mellem regional behandlingspsykiatri, almen praksis og socialpsykiatri – afholder fælles temadage, hvor eksempelvis psykiatere holder videooplæg for medarbejdergrupper i socialpsykiatrien.

Blandt de interviewede bliver det fremhævet, at de har gode erfaringer med læringsforløb, hvor der tages udgangspunkt i konkrete cases, der er bygges op om specifikke patientforløb. Eksempelvis har en sygeplejerske fra et geriatrisk følgehjem team gennemført tre timers læringsforløb med hjemmeplejegrupper, hvor der er taget udgangspunkt i social- og sundhedshjælpernes erfaringer fra patientcases/borgerforløb. Forløbet gennemføres i en "åben læringsstruktur", der giver plads til drøftelse af dilemmaer mv.

Uddannelses- og træningsforløb, der tager udgangspunkt i cases og deltagererfaringer, er velegnede til få belyst cases fra flere forskellige perspektiver, hvilket jo netop kendetegner det samarbejdende sundhedsvæsen.

En mere systematiseret anvendelse af evaluering og feedback på gennemførte patientforløb, f.eks. i forbindelse med de anvendte dokumentationssystemer, er en anden mulig vej til øget læring på tværs af sektorerne.

Som det fremgår af dette kapitel stilles der store krav til løbende kompetenceudvikling af medarbejderne i det samarbejdende sundhedsvæsen. Det fremgår også, at der er mange kompetenceudviklingsforløb i gang i regioner og kommuner, samt på tværs af sektorerne, og at der anvendes mange forskellige læringsformer.

I det næste kapitel opsummeres analysens resultater i en konklusion.

²³ Kvalitet i psykiatrien. Danske Regioner. 2011.

7. Konklusion

I konklusionen vil der blive samlet op på analysens formål og metode, udviklingstendenser i det samarbejdende sundhedsvæsen og på kompetenceudviklingsbehov i relation til følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team. Endelig konkluderes der på behov for udvikling af nye arbejdsmarkedsuddannelser eller for revidering af de nuværende arbejdsmarkedsuddannelser.

Analysens formål har været at etablere et grundlag, hvorpå Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og sundhedsområdet kan vurdere behovet for at udvikle arbejdsmarkedsuddannelser målrettet udviklingstendenserne i det samarbejdende sundhedsvæsen.

Gennem desk study, interview, casestudier samt input fra deltagere i et kvalificeringsseminar samt en konference er det analyseret, hvilke jobfunktioner og kompetenceudviklingsbehov, der knytter sig til social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenters jobfunktioner i relation til følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team. Analysen har bl.a. sat fokus på det øgede behov for og fokus på tværsektorielt og tværinstitutionelt samarbejde og koordinering.

Analysen har omfattet det somatiske og det psykiatriske sundhedsområde, og analysen har udpeget og beskrevet en række forskellige nye arbejdspladstyper og funktioner i det samarbejdende sundhedsvæsen. Der er sat fokus på ændringer i opgavesammensætning og funktion, der har betydning for social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenters nuværende og kommende arbejdsopgaver. To af funktionerne: "Ambulante, udgående team fra sygehusene" og "Følge-hjem ordninger" i regionalt regi er blevet indgående beskrevet.

Som det fremgår af beskrivelsen af udviklingstendenser i det samarbejdende sundhedsvæsen sker der en multifacetteret udvikling med nye teknologier, nye samarbejdsrelationer og fordeling af opgaveområder mellem kommuner og regioner.

Udviklingstendenser i det samarbejdende sundhedsvæsen

Sundhedssystemet løfter en række store udfordringer i disse år, set i forhold til ændringer i demografi samt ny ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner, der i forlængelse af strukturreformen er udfoldet i konkrete nye tiltag i det samarbejdende sundhedsvæsen.

De ældre, som betjenes i sundhedsvæsenet, har ofte flere samtidige lidelser. I psykiatrien er der et øget fokus på at hjælpe patienter, der har psykiske lidelser og somatiske sygdomme, og de forskellige komplekse patientforløb skal kunne håndteres i såvel primær som sekundær sektor. Samtidig giver den teknologiske udvikling nye muligheder for behandling, herunder inddragelse af patienter eller borgere i deres egen behandling.

I det indledende desk study er der gennemført en screening af de mange initiativer, som regioner og kommuner gennemfører i disse år, og de peger på behovet for udvikling af ledelse, organisering og ikke mindst kompetenceudvikling hos de implicerede medarbejdere, fordi der til stadighed vil komme nye forslag og nye krav til måden at organisere og løse opgaverne.

Medarbejdere i såvel kommuner som regioner skal i stadigt større omfang samarbejde om løsning af opgaverne, og de skal arbejde på en standardiseret måde med vægt på effekt, evidens og dokumentation. De skal desuden have fokus på forebyggelse og inddrage patienterne i deres egen sundhed. Endelig skal medarbejderne i såvel regioner som kommuner bidrage til implementering af en række forskellige sundhedsteknologiske tiltag.

Udviklingen medfører, at der er jobområder, hvor social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere allerede i dag bestrider nye arbejdsopgaver og -funktioner. Inden for de nærmeste år må det forventes, at langt flere social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere vil blive direkte involveret i samarbejde på tværs af sektorerne samt i anvendelse af forskellige former for sundhedsteknologi. Dette gælder f.eks. for social- og sundhedsassistenter, der i højere grad forventes at blive involveret i sygehusenes følge-hjem ordninger samt i de ambulante, udgående team fra sygehusene.

Kompetenceudviklingsbehov i det samarbejdende sundhedsvæsen

Som det fremgår af analysens kortlægning af kompetenceudviklingsbehov, er de centrale kompetencer til de medarbejdere, der indgår i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, følgende:

- Formidlingskompetencer
- Samarbejdskompetencer
- Koordinationskompetencer

Man kan også vende det 'på hovedet' og sige, at det centrale er **koordinationskompetencerne**, fordi dét at koordinere kræver, at man har kompetencerne til at formidle og samarbejde.

Når social- og sundhedsassistenter skal koordinere som led i deres daglige arbejde, kræver det, at de ved:

- **Hvad** de skal koordinere
- **Hvem** de skal koordinere med
- **Hvordan** de skal koordinere

Analysen viser, at der er behov for, at social- og sundhedsassistenter får udviklet deres koordineringskompetencer. Det er en generalistkompetence, som de kommunalt ansatte social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter også har behov for hvis de udgående funktioner fra sygehusene skal være velfungerende.

Behov for udvikling af arbejdsmarkedsuddannelser

Analysen peger på, at der kan være behov for at udvikle nye arbejdsmarkedsuddannelser, der har fokus på koordinering. Det kan desuden anbefales, at allerede eksisterende arbejdsmarkedsuddannelser løbende revideres, så koordineringskompetencerne fremgår mere tydeligt. At bidrage til koordinering kræver viden om sektorerne, at kunne tænke i overgange mellem sektorerne, at kunne tænke i forløb og at bringe dette i spil i de specifikke patientforløb. Det er derfor vigtigt, at arbejdsmarkedsuddannelserne har fokus på disse elementer.

De social- og sundhedsassistenter, samt social- og sundhedshjælpere, der direkte eller indirekte indgår i følge-hjem ordninger eller ambulante, udgående team skal være i besiddelse af en række generelle kompetencer i relation til koordinering, herunder f.eks. samarbejdskompetencer. Det anbefales derfor, at der udvikles nye arbejdsmarkedsuddannelser, der sætter fokus på disse medarbejderes samarbejdskompetencer set i et tværsektorielt og tværfagligt perspektiv. Uddannelsen kan omfatte kompetencer i relation til forståelse af sundhedsvæsenets opbygning og organisering. Den kan desuden omfatte viden om de private og frivillige organisationer, der samarbejdes med i sundhedsvæsenet. Endelig kan det være centralt, at uddannelsen giver deltagerne indsigt i relevant lovgivning.

Det kan desuden anbefales, at samarbejdskompetencer i relation til det tværsektorielle samarbejde skrives ind i en revidering af allerede eksisterende arbejdsmarkedsuddannelser.

Der er stigende krav til disse medarbejderes formidlings- og kommunikationskompetencer. Det bør derfor overvejes at udvikle arbejdsmarkedsuddannelser, der har fokus på medarbejdernes kompetencer i relation til formidling og videndeling. Dette omfatter bl.a. kompetencerne til at observere, reflektere og handle. Uddannelserne bør indeholde udvikling af kompetencer i relation til formidling til og undervisning af borgere/patienter.

Kravene til medarbejdernes kommunikationskompetencer er meget store, når de indgår i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne. Det er derfor centralt, at der sættes fokus på at etablere arbejdsmarkedsuddannelser, der udvikler social- og sundhedshjælperes samt social- og sundhedsassistenters kompetencer til at kommunikere såvel verbalt som nonverbalt.

Der er mange aktører i spil omkring patientforløbene i de udgående team fra sygehusene, og derfor er det vigtigt, at de medarbejdere, der indgår i disse team, kan kommunikere på en tydelig måde, der kan bidrage til at skabe tillid mellem parterne. Der bør i arbejdsmarkedsuddannelserne sættes fokus på såvel kommunikation med borgerne/patienterne og kommunikation i relation til kollegaer og samarbejdspartnere.

Der er behov for, at de social- og sundhedsassistenter, der indgår i følge-hjem ordninger og ambulante, udgående team, har viden om og kan anvende sundhedspædagogisk tankegang, og det bør overvejes, om der skal udvikles flere arbejdsmarkedsuddannelser inden for dette kompetenceområde. Arbejdsmarkedsuddannelser-

ne bør sætte fokus på at udvikle social- og sundhedsassistenternes kompetencer til at motivere borgere/patienter til at tage hånd om deres egen sundhed og sygdom.

Den sundhedsteknologiske udvikling går stærkt, og det må forventes, at social- og sundhedsassistenter i de udgående funktioner fra sygehusene i høj grad vil blive involveret i anvendelse af disse teknologier. Derfor er det vigtigt, at der udvikles arbejdsmarkedsuddannelser, der sætter fokus på at udvikle medarbejdernes kompetencer i relation hertil.

Analysen har peget på, at de sundheds- og sygeplejefaglige kompetencekrav til de social- og sundhedsassistenter, der indgår i følge- hjem ordninger og ambulante, udgående team, er omfattende. Medarbejderne skal f.eks. have stor klinisk viden om borgernes/patienternes sygdomme, viden om medicin, viden om ernæring og viden om rehabilitering på et højt niveau. Det bør derfor overvejes, om der skal udvikles nye arbejdsmarkedsuddannelser i relation hertil.

Et velfungerende sundhedsvæsen, hvor medarbejderne skal samarbejde om at løse opgaverne – såvel internt som på tværs af sektorerne – stiller øgede krav til medarbejdernes kompetencer.. Derfor er der behov for et kontinuerligt fokus på at kvalificere social- og sundhedsassistenter til at indgå i de udgående funktioner fra sygehusene. Der er ligeledes behov for, at de social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter i kommunerne, der skal samarbejde med de udgående funktioner, får øget deres kompetencer.

Litteraturliste

Herunder følger en liste over den litteratur/de kilder, der er taget udgangspunkt i i det indledende desk study. Publikationerne er opstillet i alfabetisk rækkefølge efter titlen.

Alle vinder hvis samarbejdet på tværs af fag og sektorer bliver endnu bedre. Inspiration og læring fra projekter på tværs af landets regioner og kommuner. Magasin om psykiatri på tværs. FOA, Sundhedskartellet, Socialpædagogerne, KL, Danske Regioner, 2012.

AMU inden for det psykiatriske område – en evaluering og behovsafdækning. Mærsk Nielsen HR, 2009.

Benchmarking af psykiatrien 2011. Notat. Danske Regioner, 2012.

Broen til bedre sundhed – fokus Lolland-Falster. Rapport samt notat. Region Sjælland, 2012.

Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler. Notat. KL, november 2012

Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats. Strategioplæg. Kommunernes Landsforening, 2011.

Det hele sundhedsvæsen – regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen. Danske Regioner, 2012.

Det nære sundhedsvæsen. KL, 2012.

Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere. Bengtsson og Røgeskov SFI – det nationale forskningscenter for Velfærd, 2012.

Etablering af Sundhedshus Langeland. Projekt og procesbeskrivelse. Langeland Kommune og Region Syddanmark, 2012.

Evaluering af Den kompetencegivende psykiatriske efteruddannelse for social- og sundhedsassistenter i Region Nordjylland. CEPRA, Udvikling og innovation, University College Nordjylland, 2011.

Evaluering af forsøg med akuttilbud til mennesker med sindslidelse. Evaluering for socialstyrelsen, Niras, januar 2013.

Forløbsprogram for skizofreni. Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Region Sjælland. KKR Sjælland (ingen årstal).

FremKom 2: Kompetenceudfordringer i Nordjylland. Sektorrapport. Pleje og omsorg. Region Nordjylland, 2012

Fremtidens hjemmesygepleje. Statusrapport. KL og Sundhedskartellet, 2011.

Fysisk sygdom hos psykisk syge.

Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent. Region Midtjylland, januar 2008.

Fælles somatisk-psykiatrisk udgående ambulant team fra sygehuset. Notat. Region Sjælland, 2013.

Hjemmeplejen. Standardisering, faglighed og indflydelse. Center for Virksomhedsledelse, CBS og Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv, RUC, oktober 2010.

Højere middelleveid for psykiatriske patienter. Delprojekt 4. Danske Regioner, 2011.

Idé- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen.

Sundhedskoordinationsudvalget, Region Midtjylland, 2011.

Jobfunktionskatalog. Analyse af kompetencekrav til social- og sundhedspersonalet i forhold til komplekse patientforløb i kommunerne samt forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmeplejen m.m.

ARGO, 2010.

Kronikerprojekt Kompetenceudvikling. Diverse projektnotater, f.eks. 'Kronikerprojekt kompetenceudvikling og tværsektoriel kompetenceudvikling', 'Motivations samtalen og den kronisk syge patient' og 'Kronikerkurser for hjælpere og assistenter'. Region Syddanmark, 2012.

Kvalitet i psykiatrien. Danske Regioner, 2011.

Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagerens præmisser. Kvantitativ evaluering. Region Midtjylland. Folkesundhed og kvalitetsudvikling, 2012.

Magasin om psykiatri på tværs. FOA, DR, KL, Socialpædagogerne, Sundhedskartellet, 2012.

Muligheder og barrierer for social- og sundhedsassistenter efter- og videreuddannelse og praktisering af kompetencer i det regionale psykiatriske sundhedsvæsen – delprojekt 1. ARGO, FOA og Danske Regioner, 2011.

Nye kompetencer i ældreservice. Analyse af kompetencebehov og jobudvikling i nordjyske kommuners ældreservice.

Teknologisk Institut, Analyse og Erhvervsfremme, juli 2012.

Opgaveudvikling på psykiatrimrådet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger. Madsen m.fl., Dansk Sundhedsinstitut, 2011.

Organisering og produktivitet på det kommunale træningsområde. Kortlægning og nøgletal. Første delanalyse. KORA, 2013.

Oversigt over eksisterende samarbejdsprojekter mellem regionerne og kommunerne. Notat. Danske Regioner, 2012.

Patientuddannelse. Interview med ergoterapeut Susanne Rasmussen og ergoterapeut Gitte Holm Rasmussen, Teknologisk Institut, 12. april 2013.

Psykoedukation til patienter med skizofreni og deres pårørende. En manual. Region Sjælland, 2012

Rapport om udviklingsprojektet Shared Care for psykiatriske patienter med KOL og type 2-diabetes. Thorkild Thorsen og Lise Dyhr, 2006.

Redegørelse vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik. Psykiatri og Social. Region Midtjylland, februar 2011.

Regeringen giver 13 millioner kroner til nyt forebyggelsescenter. KL, nyhedsbrev 29.11.12.

Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering af sundhedsvæsenet. Fra strategi til handling: Nye pejlemærker i perioden fra 2014 til 2016. Danske Regioner. Godkendt af Danske Regioners bestyrelse den 17. maj 2013.

Regionernes Sundheds IT: Telemedicinstrategi. Danske Regioner m.fl., 2011

Samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, region og kommune. Delrapport. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. Danske Regioner, 2007.

Samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem kommuner og regioner. Danske Regioner, 2012.

Sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder. Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i perioden fra 2013 til 2016. Danske Regioner. Godkendt af Danske Regioners bestyrelse den 17. maj 2013.

Social- og sundhedsassistenter i det somatiske sygehusområde. Forandringer og kompetenceudviklingsbehov på jobområdet. ARGO og EPOS, juni 2012.

Social- og sundhedsassistent – en profil i bevægelse. Jobprofiler på social- og sundhedsassistentuddannelsen. Teknologisk Institut og EPOS, 2007.

Spørgeskemaundersøgelse blandt deltagende og involverede parter i Følge-hjem Projektet. Evaluering af Følge-hjem Projektet.
Medicinsk Afdeling C, Geriatrik Funktion, Københavns Amts Sygehus i Gentofte med bistand fra Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2006.

Strategi for it-understøttelse af Patient Empowerment.
Regionernes Sundheds-it, 2011.

Teknologioversigt over udenlandske erfaringer med kobling af it-løsninger og mental sundhed. Seniorrådgiver Nina Marie Breer Brocks, Teknologisk Institut, 7. maj 2013.

Telemedicinsk strategi.
Regionernes Sundheds-it organisation. Pejlemærke nr. 5, juni 2011.

Telemedicinsk sårvurdering. En kvalitativ brugerevaluering blandt patienter og sundhedsfagligt personale i Region Hovedstaden.
Region Hovedstaden. Enheden for brugerundersøgelser, 2013.

Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.
Sundhedsstyrelsen, juni 2005.

Ændringer i kompetencekravene til målgrupperne i FKB 2692.
Teknologisk Institut og EPOS, 2007.