

Yderligere bør det vurderes, hvorvidt en målrettet kompetenceudvikling af medarbejderne på de medicinske afdelinger med nye stillingskategorier og højere lønrammer som belønning for uddannelse, eksempelvis gennem oprettelsen af gerontologiske specialuddannelser, kan medvirke til at fastholde personalet længere. På det psykiatriske område har det vist sig, at oprettelsen af en specialuddannelse i psykiatrisk sengepleje har øget rekrutteringen og fastholdelsen af medarbejderne betydeligt, ligesom uddannelsen generelt har givet et prestigeløft til området.

Endelig skal der som et led i handlingsplanen tages initiativer til at forbedre arbejdsmiljøet på de medicinske afdelinger, så det bliver mere attraktivt for personalet at søge til og forblive på afdelingerne.

3. Strategi for sikring af bedre patientforløb med færre ineffektive sengedage

En national handlingsplan for det medicinske område skal også omfatte en strategi for bedre patientforløb og sikring af færre såkaldt »ineffektive sengedage«, dvs. sengedage, der ikke er forbundet med aktiviteter knyttet til indlæggelsesforløbet som eksempelvis undersøgelse, behandling eller pleje, men hvor patienten blot venter. Undersøgelser har dokumenteret, at omkring 30 pct. af sengedagene kan karakteriseres som »ineffektive sengedage« (jf. artiklen i Ugeskrift for Læger, nr. 1, 2006, side 25-29: »Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger«). De ineffektive sengedage hænger sammen med bl.a. mangel på hensigtsmæssige alternative tilbud (hjemmesygepleje, rehabiliteringsafsnit og social service) og ventetid på diagnostiske procedurer, samt at for mange ældre indlægges på sygehus, selv om der ikke er behov for behandling på sygehusniveau. Strategien skal ledsages af en eksplicit målsætning for reduktionen af ineffektive behandlingsdage. En reduktion af antallet af ineffektive sengedage vil bidrage til en reduktion af problemet med overbelægning og generelt til bedre ressourceudnyttelse.

Problemerne forværrer også af, at der ikke findes tilstrækkelig stærke incitamenter på sygehusene til at overvåge patienternes bedring frem til, at de er blevet fuldt funktionsdygtige. Takststyringsystemet belønner sygehusene snævert for patientens umiddelbare behandling, men ikke for patientens rehabilitering, efter at den umiddelbare behandling er overstået.

Der er således fortsat behov for, at patientforløb tilrettelægges på en bedre og mere sammenhængende måde i et samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedssektoren og for de ældre medicinske patienters vedkommende i et samarbejde med ældreplejen.

Blandt andet skal det sikres, at der i patientforløbet begyndelse bliver lagt relevante planer for den medicinske patients behandling, genoptræning og anvisning af medicin. Man ser i dag raske patienter, som på grund af manglende tilbud i kommunerne ikke kan udskrives. Dette skal ændres, så patienter udskrives i et tæt samspil med bopælskommunen til et tilbud, der sikrer gode rehabiliteringsmuligheder for patienten.

4. Strategi for rehabilitering af medicinske patienter

En national handlingsplan for de medicinske patienter skal som et fjerde punkt omfatte en strategi for rehabiliteringen af patienterne, fordi bedre rehabilitering er en forudsætning for sammenhæng i hele behandlingsforløbet. Mange udskrives fra sygehusene, uden at der er sikret et fortsat velplanlagt forløb for den nødvendige fortsatte behandling.

Forslagsstillerne vil i den forbindelse pålægge regeringen at gøre en særlig indsats i rehabiliteringsperioden i forhold til de ældre medicinske patienter. Ældre er væsentlig længere tid om at blive friske igen efter sygdom, og de må oftere akut genindlægges end yngre patienter. I gennemsnit genindlægges 13,5 pct. af de medicinske patienter inden for 30 dage, og 5 pct. af patienterne genindlægges allerede inden for en uge. Dertil kommer, at godt 1.800 medicinske patienter bliver genindlagt ti eller flere gange (jf. »Tværsnitsundersøgelser 2001/2002, Planlægning under akut indlæggelse, Medicinering og udskrivelse, Den Gode Medicinske Afdeling 2002«). De høje indlæggelsesfrekvenser skal ses i sammenhæng med det komplicerede sygdomsmønster, som kendetegner ældre medicinske patienter.

Det er et kendt problem, at patienter generelt oplever problemer med sammenhængen i forløbet fra før indlæggelsen, under indlæggelsen og til genoptræningen efter indlæggelsen. Disse problemer forstærkes, når man har med den ældre medicinske patient at gøre. Regeringen pålægges derfor at sikre genoptræning, inden en uge efter at den ældre er udskrevet fra sygehuset.

Den ældre medicinske patient er ikke kendt for at stille krav eller råbe op, og ofte er der ikke pårørende, der kan gøre det på patientens vegne. Sammenholdes dette med, at sundheds- og socialvæsenets muligheder ikke er lette at gennemskue for menigmand, er der stor risiko for, at den ældre medicinske patient kommer til at opleve store brud i forløbene, hvis der ikke er en tovholder til at skabe sammenhæng og kontinuitet.

Sammenhængen i pleje og behandling kan med fordel varetages af social- og sundhedsassistenter, der med deres uddannelsesmæssige baggrund har kompe-