

FREMTIDENS HJEMMESYGEPELEJE STATUSRAPPORT



Sundhedskartellet

Fremtidens hjemmesygepleje
Statusrapport

Redaktion: Dansk Sygeplejeråd
Layout: Dansk Sygeplejeråd
Tryk: Dansk Sygeplejeråd

Grafisk Enhed 10-189

Copyright © Dansk Sygeplejeråd 2011
ISBN: 978-87-7266-185-8

Alle rettigheder forbeholdes.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse
eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning	5
Resumé	6
Hvad omfatter hjemmesygeplejen?	7
Flere, nye og mere komplekse opgaver	8
Udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver	8
Opgaver og henvisningsmønstre i hjemmesygeplejen	10
Samspillet med sygehusene og fokus på forebyggelse af indlæggelser	12
Kortlægning af hjemmesygeplejen	14
Organisering af hjemmesygeplejen	14
Akutteams, akutpladser og sygeplejeklinikker	15
Visitation til hjemmesygepleje	16
Ressourcepersoner i hjemmesygeplejen	18
Samarbejde med sygehuse og almen praksis	20
Kvalitetsudviklingsinitiativer og behov for forskning	21
Afsluttende bemærkninger	23
Bilag 1. Spørgeskema til kortlægning	25

INDLEDNING

Hjemmesygeplejen¹ er for alvor kommet i fokus i kommunerne. Den demografiske udvikling, udviklingen i danskernes sygdomsbillede og udviklingen i det regionale sundhedsvæsen bidrager alle til, at hjemmesygeplejen får betydeligt flere og mere komplekse plejeopgaver. Alle kommuner oplever, at der er kommet et øget pres på hjemmesygeplejen. Der er både tale om, at der kommer flere opgaver, nye opgaver og mere komplekse opgaver. Udviklingen i opgavemængden og -karakteren skyldes dels udviklingen i det regionale sundhedsvæsen, hvorfra kommunerne oplever, at der er tale om en betydelig opgaveglidning, fordi borgerne udskrives tidligere end før i tiden og udskrives med mere komplekse behov. Men udviklingen mod flere, nye og mere komplekse opgaver skyldes også forbedrede behandlingsmuligheder, som betyder, at flere behandlingsopgaver kan varetages i hjemmet. Endelig skyldes udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver, at der kommer flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme².

Herudover betyder den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser, færdigbehandlingstaksterne og de obligatoriske sundhedsaftaler, at kommunerne, herunder hjemmesygeplejen, har fået en større og mere forpligtende rolle i relation til forebyggelse af indlæggelser og til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne.

De flere, nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen, samt kommunernes større og mere forpligtende rolle i det samlede sundhedsvæsen, udfordrer kommunerne på flere fronter. Udviklingen giver mange kommuner anledning til nye overvejelser om, hvordan hjemmesygeplejen skal organiseres, hvilke personlige og faglige kompetencer hjemmesygeplejerskerne skal have, og ikke mindst hvilken rolle hjemmesygeplejen skal spille i det fremtidige sundhedsvæsen.

På baggrund af udviklingen i hjemmesygeplejen og hjemmesygeplejerskernes arbejde har KL og Sundhedskartellet i 2010 indgået et samarbejde om et personalepolitisk projekt om Fremtidens hjemmesygepleje. Projektet har haft til formål at kortlægge udviklingen i hjemmesygeplejen samt sætte fokus på nogle af de vigtigste udfordringer, som hjemmesygeplejerskerne står overfor nu og i fremtiden. Projektet har været forankret i en fælles projektgruppe og en fælles styregruppe, hvori DSR har deltaget. Projektets resultater er formidlet i hhv. denne statusrapport og en udfordringsrapport.”

Statusrapporten beskriver den udvikling, som hjemmesygeplejen har gennemgået siden 1. januar 2007, herunder hvilke opgaver der blev løst i hjemmesygeplejen før og nu, hvordan udviklingen har været i antallet af sygeplejersker, samt hvordan kommunerne organiserer hjemmesygeplejen.

Udviklingen beskrives med udgangspunkt i udvalgte rapporter samt med udgangspunkt i en kortlægning, som KL har gennemført både i 2007 og igen i 2010 omkring organisering og opgavevaretagelse i hjemmesygeplejen.

1 Når der i rapporten henvises til hjemmesygeplejen, henvises der udelukkende til de kommunalt ansatte sygeplejersker, der varetager opgaver efter sundhedslovens §138: ”Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen.” Hjemmesygepleje ydes til alle borgere med behov uanset alder. Hjemmesygeplejerskerne er ofte organiseret i relation til det kommunale ældreområde.

2 ”Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling”, Sidsel Vinge, DSI, 2009

RESUMÉ

Nærværende statusrapport om hjemmesygeplejen sætter fokus på flere aspekter, som kendetegner hjemmesygepleje netop nu.

Først og fremmest er hjemmesygeplejen kendetegnet ved at der siden strukturreformen i 2007 er kommet nye og mere komplekse opgaver ind i hjemmesygeplejens opgaveportefølje. Det drejer sig både om en række nye og mere komplekse kliniske opgaver, koordinerende opgaver i relation til ambulante udrednings- og behandlingsforløb og opgaver inden for information og vejledning, herunder psykosocial støtte. Tidsregistreringer i hjemmesygeplejen underbygger dette ved at vise, at hjemmesygeplejerskerne bruger størstedelen af deres tid på koordinering af sammenhængende forløb, medicinhåndtering og øvrige kliniske opgaver.

Udviklingen skyldes dels ændringer i sygehusaktiviteten i form af kortere indlæggelser samt konverteringen af stationær til ambulans aktivitet. Herudover skyldes udviklingen dog også nye og bedre behandlingsmuligheder og -teknologier samt en generel opgaveøgning i det samlede sundhedsvæsen, bl.a. på grund af flere ældre og flere borgere med kroniske lidelser.

Kommunerne, herunder hjemmesygeplejen, har med strukturreformen fået en større rolle i det samlede sundhedsvæsen som følge af den kommunale medfinansiering, færdigbehandlingstaksterne og sundhedsaftalerne, da alle tre elementer sætter fokus på, at kommunerne skal forebygge indlæggelser og genindlæggelser samt skal bidrage til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne. Hjemmesygeplejen kan i særdeleshed bidrage til dette, da mange patientforløb involverer hjemmesygeplejen, og da hjemmesygeplejen med intensiverede indsatser kan bidrage til at forebygge, at borgerne får behov for indlæggelser på sygehus.

Kortlægningen af hjemmesygeplejen viser, at kommunerne i højere grad end tidligere organiserer hjemmesygeplejen i selvstændige, funktionsbærende enheder, og at visitationen til hjemmesygepleje i de fleste kommuner er decentral, således at det er den enkelte sygeplejerske eller sygeplejeleder, der modtager henvisninger af patienter til hjemmesygeplejen. Kortlægningen viser også, at kommunerne siden 2007 har oprettet nye ressource-/specialistfunktioner inden for kroniske sygdomsområder som KOL og diabetes, men også inden for områder som koordinering af borgerforløb og psykiatri.

Kortlægningen viser endvidere, at 68 % af kommunerne har et formaliseret samarbejde med region/sygehuse, og at 69 % af disse vurderede samarbejdet som godt eller meget godt. Desuden viser kortlægningen, at 40 % af kommunerne har aftaler med regionen/sygehusene om hhv. sidemandsoplæring og uddannelse/kurser. I forhold til almen praksis har 50 % af kommunerne et formaliseret samarbejde med disse, og 78 % af disse kommuner vurderer, at samarbejdet er godt eller meget godt.

I forhold til kvalitetsudvikling og forskning, så peger kommunerne på, at der er gang i og behov for kvalitetsudviklingsinitiativer indenfor hjemmesygeplejens kliniske specialistfunktioner og en række nye komplekse opgaver (fx AK-behandling og IV-behandling) og tilbud (fx akutpladser og opfølgende hjemmebesøg), men også indenfor en lang række øvrige områder, herunder koordinering af sammenhængende forløb, organisering, dokumentation, efteruddannelse og kommunikation (herunder elektronisk kommunikation). I relation til behovet for forskning inden for hjemmesygeplejen, så peger kommunerne på effektmåling af sygeplejeindsatserne generelt, herunder for indsatser som koordinering af sammenhængende forløb og for indsatser, der er aftalt i sundhedsaftalerne, men også inden for områder som organisering og samarbejde.

HVAD OMFATTER HJEMMESYGEPLEJEN?

Hjemmesygeplejen er i projektet defineret som den organisatoriske enhed, der varetager opgaver efter §138 i Sundhedsloven. Hjemmesygeplejens primære personalegruppe er i langt de fleste kommuner sygeplejersker.

Hjemmesygeplejen leverer ydelser til alle borgere uanset alder. En nylig opgørelse fra KL viser, at lige knap 20 % af modtagerne af hjemmesygepleje er under 65 år³. Hjemmesygeplejen leverer således ikke kun sygepleje til ældre i eget hjem eller plejebolig, men også til børn, unge og voksne i eget hjem eller i sociale botilbud.

3 "Hjemmesygepleje - dokumentation og styring", KL, 2011, <http://www.kl.dk/Socialservice/Artikler/79133/2011/01/Dokumentationafhjemmesygepleje/>

FLERE, NYE OG MERE KOMPLEKSE OPGAVER

De nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen skyldes først og fremmest udviklingen i de regionale sundhedsydelser, da denne udvikling har betydning for, hvornår i behandlingsforløbet og i hvilken tilstand borgerne udskrives til hjemmesygepleje i eget hjem (herunder også til plejebolig). Borgerne bliver udskrevet tidligere end før i tiden, og behovet for sygepleje efter udskrivning er derfor ofte større end tidligere og hertil er også kompleksiteten i borgernes behov steget.

UDVIKLINGEN I HJEMMESYGEPLEJENS OPGAVER

I 2009 udgav Dansk Sundhedsinstitut (DSI) rapporten "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling". DSI-undersøgelsen fokuserer netop på at dokumentere, hvilke nye og mere komplekse opgaver, hjemmesygeplejen oplever at stå over for.

DSI-undersøgelsen baserer sig for det første på en række fokusgruppeinterviews med erfarne hjemmesygeplejersker om deres opgaver før, nu og i fremtiden. For det andet baserer DSI-undersøgelsen sig på en registerundersøgelse, hvor det undersøges, om udviklingen på sygehusene kan have betydning for de nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen.

Interviewanalysen i DSI-undersøgelsen peger på tre typer nye eller væsentligt ændrede opgaver:

For det første er der tale om en række konkrete **kliniske opgaver** i relation til fx medicinerung, sårpleje, dræn, sonder, katetre, IV-adgang, CVK, opgaver i relation til klargøring til elektive indgreb (fx udtømning og ændret medicinerung), mobilisering efter operation, samt observerende og dataindsamlende opgaver i relation til udredning.

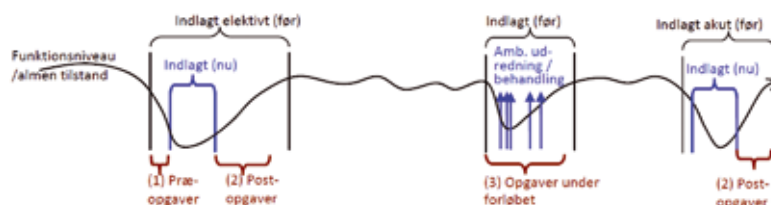
Dernæst opstår en række **koordinerende og logistiske opgaver** i relation til ambulante udrednings- og behandlingsforløb. Blandt andet i forhold til uklarhed i relation til medicinændringer efter operation, koordinering af undersøgelser rent tidsmæssigt og transportmæssigt, samt samarbejde med en række nye specialiserede aktører i form af fx udgående specialteams fra sygehussektoren.

Endelig pegede hjemmesygeplejerskerne i DSI-undersøgelsen på, at særligt de kortere sygehusindlæggelser betyder, at patienterne stiller flere spørgsmål til hjemmesygeplejen og har et større behov for både at få **information og vejledning**, men også mere egentlig **psykosocial støtte** og pleje som følge af angst og utryghed relateret til at være syg (af fx kræft eller hjertesygdom). De mere psykosociale opgaver i relation til angst og utryghed er fx at give information om operationer, behandlinger, undersøgelser og sygdomme, trøste, berolige og lytte. Men sygeplejerskerne peger også på vejledende opgaver især i relation til kronisk syge og medicinerung, fx oplæring i relation til insulingivning, inhalationsmedicin, kateterpleje og stomipleje.

De kliniske opgaver er ofte meget synlige, mens de andre opgaver ikke har samme grad af synlighed - muligvis fordi de ikke i samme omfang er konkrete og let kvantificerbare. Ifølge sygeplejerskerne er det imidlertid i høj grad disse mindre synlige og ikke så kvantificerbare opgaver i relation til koordinering og psykosocial støtte, som er tidskrævende i forbindelse med opgaveglidningen.

Et andet generelt fællestræk er, at sygeplejerskerne beskriver, at de nye eller væsentligt ændrede opgaver, som er relateret til sygehuskontakt, enten ligger lige før, under eller efter indlæggelse. Nedenstående figur illustrerer, hvilke typer af opgaver som kortere indlæggelser og konvertering fra stationær til ambulant aktivitet flytter fra sekundær- til primærsektor.

Figur 1: Illustration af den generelle udvikling i opgavedelingen mellem primær- og sekundærsektor



Kilde: Sidsel Vinge, DSI

Figuren viser tre situationer, hvor indlæggelserne er blevet kortere: Til venstre en stationær elektiv indlæggelse, i midten en stationær indlæggelse konverteret til et ambulante forløb og til højre et forløb med en akut indlæggelse. De tre situationer gennemgås efter tur herunder⁴.

Til venstre i figur 1 illustreres et **stationært elektivt forløb**, hvor en patient i før-situationen var indlagt i længere tid, mens patienten nu er indlagt i kortere tid. Særligt i relation til det kirurgiske område er der megen elektiv aktivitet, og her nævnte sygeplejerskerne eksempler på opgaver før og efter indlæggelse, som er flyttet fra sekundær til primær sektor som konsekvens af, at patienter i dag først indkaldes på selve operationsdagen og udskrives meget kort efter operation.

I midten af figur 1 vises en konvertering af en indlæggelse til **ambulante udrednings- og behandlingsforløb**. I nogle tilfælde genererer sådanne konverteringer opgaver i primærsektoren under selve forløbet. Eksemplerne i datamaterialet har særligt drejet sig om udredningsforløb, hvor hjemmesygeplejerskerne har fået nye opgaver i relation til at observere og indsamle data (blodsukkerprofiler, væskeskema, vandladningsskema i forbindelse med inkontinens), ændret medicin (til fx injektioner som ikke kan selvadministreres), patientoplæring (i forbindelse med fx insulin, KOL-medicin, stomier mv.) eller koordination af ambulante aftaler samt transport og logistik for ressourcetsvage borgere.

Til højre i figur 1 ses en **akut indlæggelse**, hvor patienten i dag udskrives tidligere. Her er i sagens natur ingen nye præopgaver i primærsektoren, da indlæggelsen er akut. Men i stedet opstår en række postopgaver. Her nævner sygeplejerskerne langt de fleste opgaver indenfor stort set alle områder, men særligt indenfor kroniske lidelser såvel som ældre medicinske patienter.

DSI-undersøgelsen viser således, at sygeplejerskerne oplever kortere og færre indlæggelser på alle områder, og de oplever, at kortere indlæggelser og omlægning fra stationær til ambulante aktiviteter medfører, at der er en række konkrete opgaver, som flytter fra sygehuset til hjemmet. Opgaverne ligger både før indlæggelse (fx klargøring og andre primært kliniske opgaver), under ambulante forløb (primært koordinerende, observerende og dataindsamlende opgaver) og efter indlæggelse (både kliniske såvel om koordinerende, psykosociale og vejledende opgaver).

⁴ Det skal bemærkes, at figuren udelukkende er en illustration af generelle sammenhænge, og at den fx ikke tager højde for, at kurven over patienternes funktionsniveau og almen tilstand ikke nødvendigvis er den samme ved lange indlæggelser, som den er under accelererede og ambulante forløb.

DSI-undersøgelsens statistiske materiale fra Landspatientregistret samt andre relevante registre, kan ikke direkte belyse udviklingen i omfanget af hjemmesygeplejens opgaver på de udvalgte områder. Det statistiske materiale viser på nogle områder en klar vækst i antallet af patienter over de sidste ca. 10 år, fx diabetes-, kræft- og dialysepatienter, hvilket sandsynligvis har ført til en øgning i opgaverne i hjemmesygeplejen. På de undersøgte områder er der en markant vækst i den ambulante aktivitet de sidste ca. 10 år samtidig med at liggetiderne er faldet. Dette kan ligeledes muligvis have konsekvenser for omfanget af opgaver i hjemmesygeplejen.

De statistiske analyser i DSI-undersøgelsen viser både en stigende forekomst af sygdom på så godt som alle områder, og en stigende sygehusaktivitet, som er kendetegnet ved kraftig vækst i ambulante aktivitet og faldende liggetider, mens den stationære aktivitet enten stiger mindre kraftigt end den ambulante, eller direkte falder på flere områder. Samlet set er der altså flere forhold, der tyder på en øgning af opgaverne i hjemmesygeplejen.

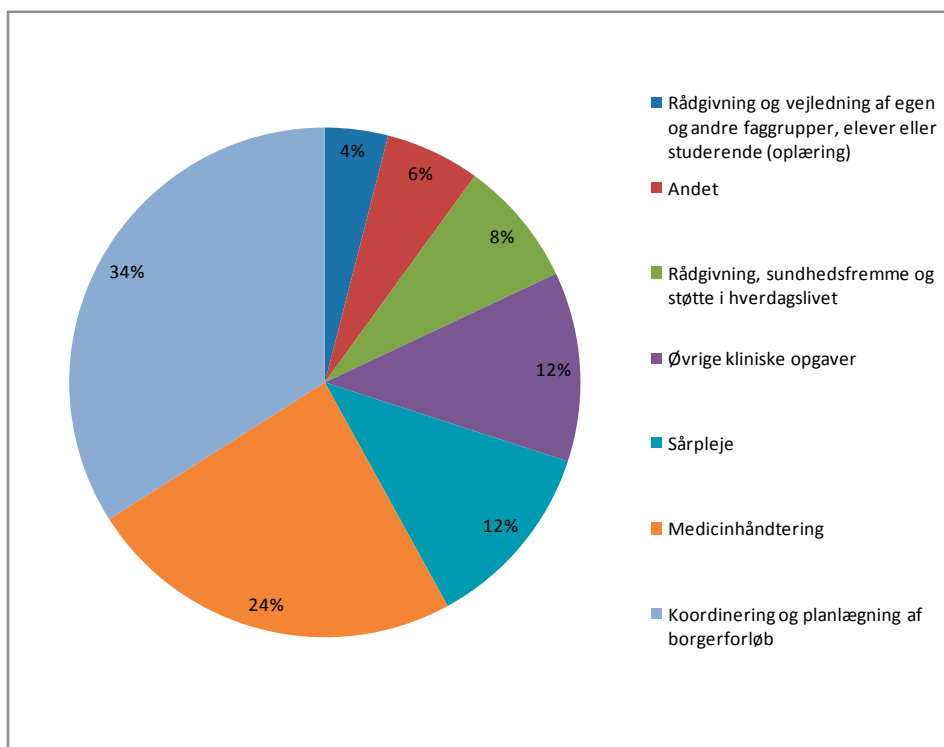
Hjemmesygeplejerskerne i DSI-undersøgelsen beskriver således en lang række opgaver, som de enten oplever som nye eller som væsentligt ændrede eller øgede gennem de sidste ca. 10 år. En del af disse opgaver har ifølge hjemmesygeplejerskerne relation til ændringer i sygehusaktiviteten, særligt de kortere indlæggelser samt konverteringen af stationær til ambulante aktivitet. Udover disse ændringer i sygehusenes aktivitet skyldes de nye og mere komplekse opgaver også nye og bedre behandlingsmuligheder og -teknologier, som gør det muligt at behandle flere i eget hjem, fx hjemmedialyse, telemedicin og KOL-kuffert. Desuden er det en væsentlig faktor, at der sker en generel opgaveøgning i sundhedsvæsenet i kraft af en større ældrebefolkning, flere med kronisk sygdom og flere med flere samtidige sygdomme.

OPGAVER OG HENVISNINGSMØNSTRE I HJEMMESYGEPLEJEN

KL har i 2010 igangsat et projekt med en række kommuner, som har haft til formål at indsamle data om de opgaver, der løses i hjemmesygeplejen⁵. Neden for ses resultatet fra en omfattende tidsregistrering i hjemmesygeplejen i fire kommuner.

⁵ "Hjemmesygepleje - dokumentation og styring", KL, 2011, <http://www.kl.dk/Socialservice/Artikler/79133/2011/01/Dokumentation-af-hjemmesygepleje/>.

Figur 2: Fordeling af kliniske opgaver i hjemmesygeplejen i 2010

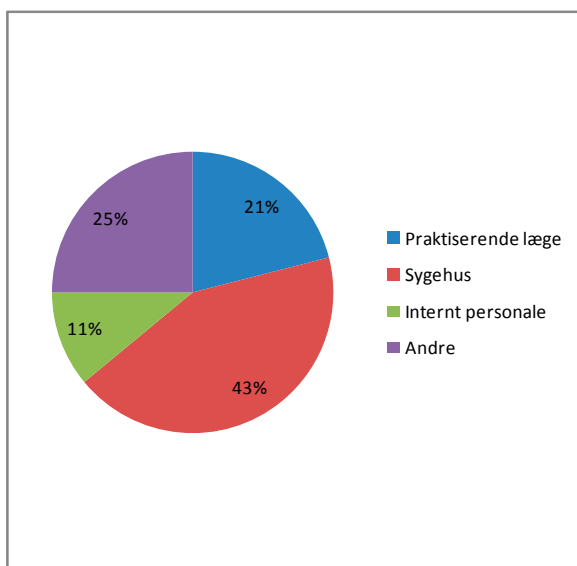


Som det ses i figuren, så bruger hjemmesygeplejerskerne en stor del af deres tid på medicinhandling⁶, sårpleje og øvrige kliniske opgaver. Men hjemmesygeplejerskerne bruger også store dele af deres tid på opgaver inden for koordinering og sundhedsfaglig dokumentation. Tidsregistreringen siger ikke noget direkte om kompleksiteten i opgaverne, men det faktum, at så stor en del af tiden bruges på koordinering og sundhedsfaglig dokumentation indikerer netop, at forløbene er komplekse og dermed kræver meget koordinering mellem hjemmesygepleje, sygehuse, almen praksis og andre kommunale områder, fx hjemmepleje, træningsområdet og hjælpemiddelområdet.

Udover tidsregistreringen bidrog 11 kommuner til KL-undersøgelsen med data om, hvem der henviser borgere til hjemmesygepleje. Opgørelsen neden for viser, hvordan den procentvise fordeling er mellem egen læge, sygehus, internt personale og andre. Gruppen af andre dækker primært borgere og pårørende.

⁶ Medicinhandling omfatter alle opgaver inden for medicin, herunder medicindosering, -givning og -administration.

Figur 3: Fordeling af henvisningskilder til hjemmesygeplejen i 2010



Disse tal underbygger, at der er en tæt sammenhæng mellem udviklingen på sygehusene og omfanget af opgaverne i den kommunale hjemmesygepleje. Det ses tydeligt, at hovedparten af borgerne henvises fra sygehusene, hvilket er helt i overensstemmelse med kommunernes oplevelse af, at den øgede vækst i opgaver primært skyldes, at sygehusene omlægger fra stationær til ambulans behandling, og at der kommer nye behandlingsmetoder fx telemedicin, som flytter opgaver fra sygehuse til kommuner.

Det er også interessant at bemærke, at borgerne og eller deres pårørende i relativt stort omfang henvender sig direkte til hjemmesygeplejerskerne. Det er udtryk for et godt kendskab til hjemmesygeplejerskerne, tillid til at hjemmesygeplejerskerne selvstændigt kan varetage sundhedsopgaver, og et konkret eksempel på, at hjemmesygeplejerskerne bidrager aktivt til at forebygge behov for regionale sundhedsydelse.

SAMSPILLET MED SYGEHUSENE OG FOKUS PÅ FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER

Kommunerne har med strukturreformen og deres nye rolle i det samlede sundhedsvæsen fået forøget incitamentet til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser på sygehusene. Dette skyldes først og fremmest, at der er blevet indført kommunal (aktivitetsafhængig) medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen, men også, at der er blevet indført en obligatorisk færdigbehandlingstakst med henblik på, at kommunerne sikrer en hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede patienter. Den kommunale medfinansiering og færdigbehandlingstaksten har til hensigt at styrke kommunernes incitament til en forebyggende indsats i forhold til indlæggelser såvel som genindlæggelser. Herudover er kommuner og regioner via sundhedsaftalerne blevet forpligtet til at definere ansvarsdelingen og lave aftaler herom i forbindelse indlæggelses- og udskrivningsforløb med henblik på at forebygge genindlæggelser. Kommunerne har således fået et større formaliseret samspil med sygehusene som følge af strukturreformen.

I 2009 udgav Sundhedsministeriet en rapport om den ældre medicinske patient⁷ og om samspillet mellem sygehuse og kommuner i relation til denne patientgruppe. Rapporten peger på, at der er stor variation på tværs af kommuner med hensyn til forekomsten af korte indlæggelser og genindlæggelser. Desuden viser rapporten, at færdigbehandlede patienter optager ca. 2,5 pct. af den samlede sengekapacitet på de medicinske afdelinger. Dette indikerer et potentiale for at reducere omfanget af u hensigtsmæssige indlæggelser og for at iværksætte tiltag, så patienterne kan hjemtages hurtigere fra sygehus, hvilket bl.a. kan ske via en mere målrettet indsats i den kommunale ældre- og sundhedspleje, herunder særligt i hjemmesygeplejen.

Mulighederne for et tæt samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunerne om at sikre sammenhængende patientforløb og forebygge genindlæggelser er med sundhedsaftalerne og etablering af Sundhedskoordinationsudvalget blevet bedre. Hensigten med sundhedsaftalerne er at forstærke samarbejdet om patienten mellem sektorerne og medvirke til at sikre en fælles forståelse af hele patientforløbet. Rammerne for, hvordan parterne ønsker at arbejde med at sikre gode forløb, er beskrevet i de enkelte sundhedsaftaler og er et arbejde, som finder sted i samordningsudvalgene/ klyngerne, som er tilknyttet de enkelte sygehuse.

Mange gode initiativer, som udspringer af sundhedsaftalerne, er allerede søsat og afprøves i disse år, som fx følge-hjem-ordninger, shared care teams, udskrivningskoordinatorer mv. Disse initiativer skal netop ses i sammenhæng med, at kommunerne bl.a. i hjemmesygeplejen i disse år oplever, at patienter har kortere indlæggelsesforløb med større behov for sygeplejeydelser, og sygehusene i højere og højere grad omlægger deres aktiviteter til ambulans aktivitet. Udfordringen med initiativerne, der følger med sundhedsaftalerne, er dog at få disse tiltag ud over rampen, således at de også bliver implementeret der, hvor de er tiltænkt, fx i hjemmesygeplejen. Samtidig er der dog fortsat behov for fokus og udvikling af nye initiativer for at stå mål med udviklingen på området.

Siden indførelsen af den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser har der været debat om, hvorvidt det kommunale incitament til at forebygge indlæggelser har været stort nok. Meget tyder på, at det ikke er tilfældet, og fra centralt hold arbejdes der derfor på at udbygge medfinansieringsmodellen, så den giver kommunerne et større forebyggelsesincitament. Dette kan give nye rammer for fremtidens sundhedsvæsen og kommunernes – og dermed hjemmesygeplejens – rolle heri.

⁷ "En analyse af ældre medicinske patienters forløb - på tværs af kommuner og regioner", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, oktober 2009

KORTLÆGNING AF HJEMMESYGEPLEJEN

I foråret 2007 gennemførte KL en spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne om organisering, opgavevaretagelse og styring i hjemmesygeplejen. Formålet med kortlægningen var at få mere detaljeret og opdateret viden om hjemmesygeplejen. I alt valgte 70 kommuner at deltage i undersøgelsen⁸.

Kortlægningen er i 2010 blevet fulgt op af endnu en kortlægning, langt hen ad vejen svarende til den fra 2007. I denne undersøgelse deltog 73 kommuner. Nedenfor gennemgås og sammenholdes resultaterne fra de to undersøgelser.

Hvor de tidligere præsenterede undersøgelser siger noget om udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver, siger KL's kortlægning noget om den måde, kommunerne vælger at organisere sig, som følge af den øgede og ændrede opgavemængde.

ORGANISERING AF HJEMMESYGEPLEJEN

I slutningen af 1970'erne blev hjemmesygeplejen oprettet i kommunerne som del af det kommunale ældreområde. Udover hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker blev også terapeutgrupper, fysio- og ergoterapeuter en del af det kommunale ældreområde. I 1990'erne nyorganiserede mange kommuner ældreområdet i integrerede ordninger, frem for som tidligere selvstændige, små enheder. Dette skyldtes et stort behov for at skabe sammenhæng i forløbene, og de forskellige faggrupper skulle i højere grad end tidligere arbejde tæt sammen for at møde borgerens behov. Samtidig blev det i starten af 1990'erne mere og mere almindeligt, at borgere med meget komplekse behov forblev i eget hjem, og disse borgere havde i særdeleshed behov for hjemmesygepleje ydet af sygeplejersker. Det medførte, at mange sygeplejersker blev trukket fra plejehjemmene ud i borgernes eget hjem til trods for, at de mest sygeplejkrævende borgere fortsat befandt sig på plejehjemmene⁹.

Kommunerne har i dag organiseret hjemmesygeplejen meget forskelligt, men vælger overordnet set mellem de to modeller:

1. Efter princippet om funktionsbærende enheder – det vil sige større eller mindre selvstændige enheder med egen ledelse. Der er altså tale om en samlet sygeplejegruppe, der er fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt afgrænset fra hjemmeplejen.
2. Efter princippet om den integrerede ordning – det vil sige, at sygeplejerskerne er organiseret sammen med hjemmeplejen med en fælles leder. Der er altså tale om, at sygeplejerskerne er koblet fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt sammen med hjemmeplejen.

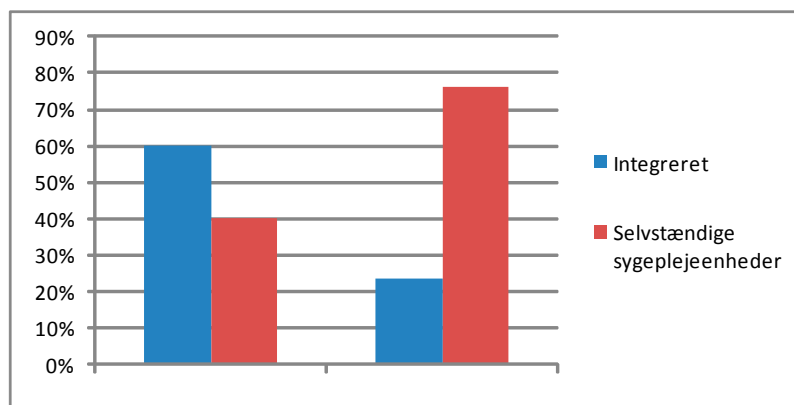
I undersøgelsen fra 2007 svarede 40 % af kommunerne, at sygeplejen er organiseret i selvstændige sygeplejeenheder, mens de resterende 60 % af kommunerne har organiseret sygeplejen i en form for samlet opgavevaretagelse, hvor opgavevaretagelsen indenfor sygeplejeområdet er integreret med opgavevaretagelsen på hjemmeplejeområdet. I 2010 fordeler kommunerne sig noget anderledes, da

⁸ Når der refereres til kortlægningen fra 2007, refereres der til publikationen "Kortlægning af hjemmesygeplejen", Sidsel Vinge, Dansk Sundhedsinstitut, 2007.

⁹ "Inspirationsnotat om organisering af den kommunale ældrepleje", KL, 2008, <http://www.kl.dk/Social-service/Artikler/49369/2008/01/Inspirationsnotat-om-organisering-af-den-kommunale-aldrepleje/>

det her er 76 % af kommunerne, der svarer, at hjemmesygeplejen er organiseret i selvstændige sygeplejeenheder, mens kun 24 % svarer, at sygeplejeområdet er integreret med opgavevaretagelsen på hjemmeplejeområdet.

Figur 4: Overordnet organisering af hjemmesygeplejen i 2007 og 2010



Der er således sket en markant udvikling mod en større udbredelse af en organisering, hvor man "trækker" hjemmesygeplejen ud af hjemmeplejen og samler sygeplejerskerne i en større selvstændig gruppe med egen leder.

I kortlægningen fra 2010 blev der desuden spurgt ind til, om der i de selvstændige sygeplejeenheder udover sygeplejersker også var ansat SOSU-assistenten og/eller SOSU-hjælpere. I 75 % af kommunerne med selvstændige sygeplejeenheder er der kun ansat sygeplejersker i sygeplejeenhederne, mens 25 % både har ansat sygeplejersker og SOSU-assistenten.

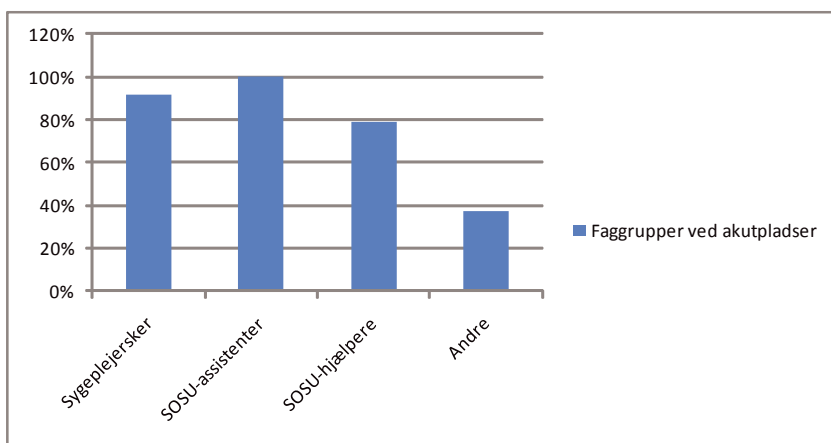
AKUTTEAMS, AKUTPLADSER OG SYGEPLEJEKLINIKKER

Kortlægningen i 2010 blev udvidet med en række spørgsmål om akutteams, akutpladser og sygeplejeklinikker. I forhold til akutteams, så er det kun 2 % af kommunerne, der har oprettet sådanne. Akutteams er ikke klart defineret i spørgeskemaet, men dækker oftest over en ordning, hvor en gruppe af hjemmesygeplejersker med fagligt fokus på borgernes akutte problemstillinger etableres, således at de kan tilkaldes ved akutte og komplekse opgaver.

Akutpladser er der 33 % af kommunerne, der har oprettet. Akutpladser dækker over en ordning, hvor der oprettes en række midlertidige sengepladser, som borgere med akutte og/eller komplekse sygeplejebehov kan visiteres til, enten for at forebygge indlæggelse på et sygehus, eller for at sikre et tiltag efter udskrivelse fra sygehus, indtil borgeren er i stand til at komme tilbage i eget hjem igen. De 33 % af kommunerne med akutpladser blev også bedt om at angive hvilke faggrupper, der er tilknyttet akutpladserne. Som det ses af nedenstående figur, har alle de pågældende akutpladser SOSU-assistenten tilknyttet, mens 92 % har sygeplejersker tilknyttet og 79 % har SOSU-hjælpere tilknyttet¹⁰. 38 % har andre faggrupper tilknyttet, og her nævnes fysio- og ergoterapeuter.

¹⁰SOSU-hjælperne løser ikke de akutte kliniske opgaver, men varetager alle praktiske opgaver, som fx mad og måltider, vask af tøj og rengøring samt en række grundlæggende plejeopgaver.

Figur 5: Fordeling af faggrupper ved akutpladser



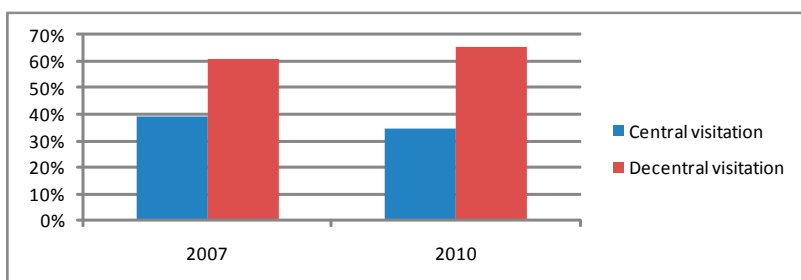
68 % af kommunerne har oprettet såkaldte sygeplejeklinikker, hvor borgere, der er i stand til det, kan tage hen og modtage sygeplejedydelser. Et sådant tilbud er både tænkt som en måde, hvorpå borgeren stilles mere fri, fordi han/hun ikke behøver sidde hjemme og vente på hjemmesygeplejersken, og en måde, hvorpå sygeplejerskerne kan spare transporten rundt til de hjem, hvor borgerne selv er i stand til at transportere sig.

VISITATION TIL HJEMMESYGEPLEJE

Organiseringen af visitationen til sygeplejedydelser foregår forskelligt i kommunerne. Nogle kommuner har indført central visitation til hjemmesygepleje, hvilket i mange kommuner læner sig op ad visitationen til hjemmepleje, som skal følge BUM-modellen. Der er dog forskel på, hvor centralt styret visitationen er i denne model. Nogle steder definerer den centrale visitation den konkrete ydelse, andre steder sendes der en bredere bestilling til hjemmesygeplejen, som derefter selv definerer det konkrete indhold i ydelsen. Andre kommuner har decentral visitation, hvor det er den enkelte sygeplejerske eller sygeplejegruppelederen, der selv tager imod henvisningen/borgerhenvendelsen og definerer hjemmesygeplejedydelser.

Overordnet set havde 39 % af kommunerne i 2007 central visitation, mens 61 % havde decentral visitation. I 2010 er fordelingen næsten den samme, da 35 % af kommunerne har central visitation og 65 % har decentral visitation.

Figur 6: Visitation til hjemmesygepleje i 2007 og 2010



For at kunne differentiere i organiseringen af visitationen blev kategorierne i undersøgelsen i 2010 udvidet lidt. Blandt de kommuner, der har central visitation, svarer 56 %, at der visiteres bredt til hjemmesygepleje, men at hjemmesygeplejersken herefter selv definerer den konkrete sygeplejeydelse. De resterende 44 % svarer, at det er visitationen, der definerer den konkrete sygeplejeydelse.

Blandt de kommuner, der har decentral visitation, svarer 28 %, at det er den enkelte sygeplejerske, der visiterer og definerer sygeplejeydelsen, mens 72 % svarer, at det er sygeplejelederen, der visiterer og definerer den konkrete ydelse.

Det skal dog i forbindelse med visitation siges, at mange kommuner har visitationsmodeller, der ikke passer 100 % ind i ovenstående kategorier, men som er blandingsmodeller, hvor der fx visiteres centralt, når der er tale om lægehenviisninger, men decentralt, når der er tale om, at en kendt borger fx i hjemmeplejen får et akut sygeplejebehov, som kræver at hjemmesygeplejen rykker ud.

Der var i 2007 en klar sammenhæng mellem visitationsform og kommunestørrelse: Små kommuner havde i langt mindre grad central visitation, men i tilsvarende højere grad decentral visitation, mens det i de store kommuner var omvendt: Her var central visitation til sygeplejeydelser mere udbredt. I 2010 viste der sig samme, men noget svagere tendens, da flere af de mindste og færre af de store og mellemstore kommuner i 2010 havde central visitation.

Tabel 1: Organisering af visitation i relation til kommunestørrelse

	Største kommuner		Store kommuner		Mellemstore kommuner		Mindste kommuner	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010
Central visitation	42 %	41 %	53 %	37 %	38 %	29 %	25 %	28 %
Decentral visitation	58 %	59 %	47 %	63 %	62 %	71 %	75 %	72 %

Udfordringerne omkring visitation til hjemmesygepleje er mange og omfattende og handler både om styring, samarbejde med øvrige aktører i sundhedsvæsenet, borgerens retssikkerhed, samarbejde internt i kommunen mv. Disse udfordringer beskrives og udfoldes i den udfordringsrapport, som også er en del af projektet om Fremtidens hjemmesygepleje.

UDVIKLINGEN I ANTAL SYGEPLEJERSKER I KOMMUNERNE

Til trods for en betydelig vækst i opgaverne er antallet af sygeplejersker i kommunerne ikke steget gennem de seneste 10 år. Som det ses i tabellen neden for, var der i 2010 ansat knap 8000 basissygeplejersker (eksl. ledende sygeplejersker) i kommunerne.

Tabel 2: Udviklingen i antallet af sygeplejersker i kommunerne 2000-2010¹¹

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Basis-sygeplejersker	8054	7937	7792	7810	7762	7768	7729	7768	7647	7591	7830

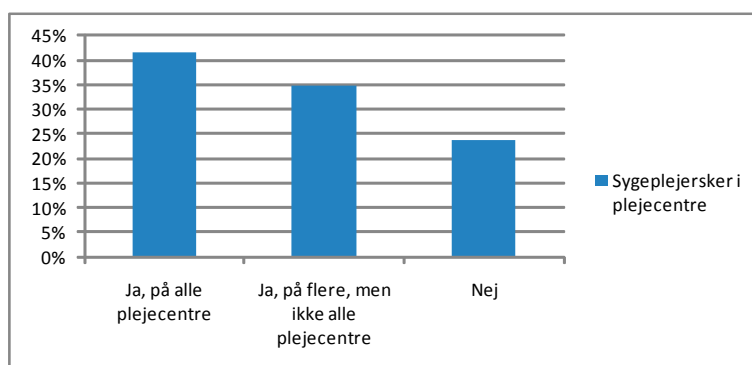
¹¹ Kilde: FLD, <http://www.fldnet.dk/>

Antallet af hjemmesygeplejersker skal ses i lyset af, at der siden 2001 er kommet 10.000 flere SOSU-assistenters i kommunerne. Med den aktuelle og fremtidige udvikling, hvor kommunerne løser flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver, vil der blive behov for både flere SOSU-assistenters og flere sygeplejersker i kommunerne.

Kortlægningen af hjemmesygeplejen i 2010 omfattede et spørgsmål om, hvorvidt der er ansat sygeplejersker i kommunens plejecentre¹². På dette spørgsmål svarede 42 % af kommunerne, at der var sygeplejersker ansat i alle kommunens plejecentre, 35 % svarede, at der var sygeplejersker ansat i flere, men ikke alle kommunens plejecentre, og 24 % svarede, at der ikke var ansat sygeplejersker i kommunens plejecentre.

Hvis ikke der er fastansatte sygeplejersker i plejecentre vil borgerne ved behov modtage sygeplejedydelser fra den udkørende hjemmesygepleje.

Figur 7: Sygeplejersker i plejecentre



RESSOURCEPERSONER I HJEMMESYGEPLEJEN

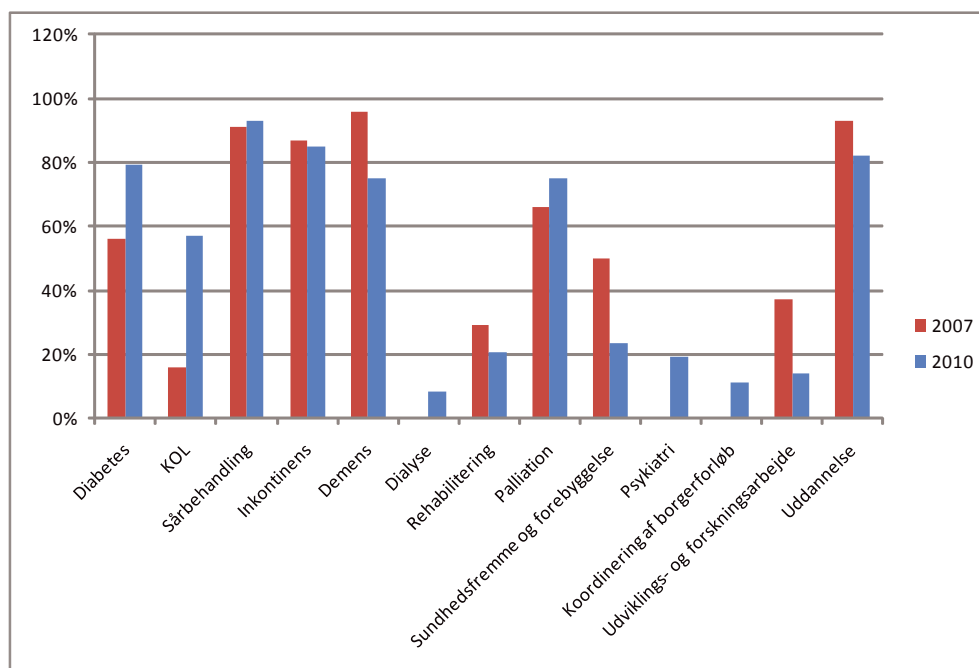
Der foregår en vedvarende debat om specialisering af hjemmesygeplejen. Der kan foretages specialisering på en lang række forskellige måder – med tilsvarende forskellige formål og resultater. Kommunerne ansætter i stigende grad sygeplejersker i særlige funktioner, fx diabetessygeplejersker, KOL-sygeplejersker, forløbskoordinatorer og palliationssygeplejersker. Disse særlige stillinger er kendetegnet ved, at enkelte sygeplejersker har et særligt videns- og opgaveansvar i forhold til dette særlige område og har et ansvar for at videreformidle deres viden til kollegaer ved behov. Mange kommuner kalder disse særlige sygeplejersker for ressourcepersoner, men flere steder kalder man det også "nøglepersoner", "specialistfunktioner" eller lignende. Begreberne indeholder stor variation mht. både hvilket kompetenceniveau, der kendetegner funktionerne (fra egentlige formaliserede sygeplejespecialuddannelser til en ren funktionsbeskrivelse uden egentlige formaliserede specialkompetencer) samt på, hvad funktionen reelt og formelt indeholder af opgaver og ansvar.

¹² Plejecentre anvendes i kortlægning og rapport synonymt med plejeboliger og plejehjem.

I 2010-kortlægningen blev kommunerne i denne forbindelse spurgt om, hvor mange af sygeplejerskerne i en ressourcefunktion, der alene løser specialisstopgaver, og hvor mange af dem, der løser specialisstopgaver i kombination med øvrige kliniske opgaver. Sammenholdes disse tal kan man sige noget om andelen af ressourcepersoner, der alene løser specialisstopgaver hhv. løser specialisstopgaver i kombination med øvrige kliniske opgaver. Et gennemsnit for kommunerne er, at kun 12 % af ressourcepersonerne alene løser specialisstopgaver, mens 88 % af ressourcepersonerne løser specialisstopgaver i kombination med øvrige kliniske opgaver.

I kortlægninger er der spurgt ind til forekomsten af ressourcepersoner/specialistfunktioner i hjemmesygeplejen på konkrete områder. Resultaterne er angivet i nedenstående figur for de to år.

Figur 8: Specialistfunktioner/ressourcepersoner i hjemmesygeplejen i 2007 og 2010



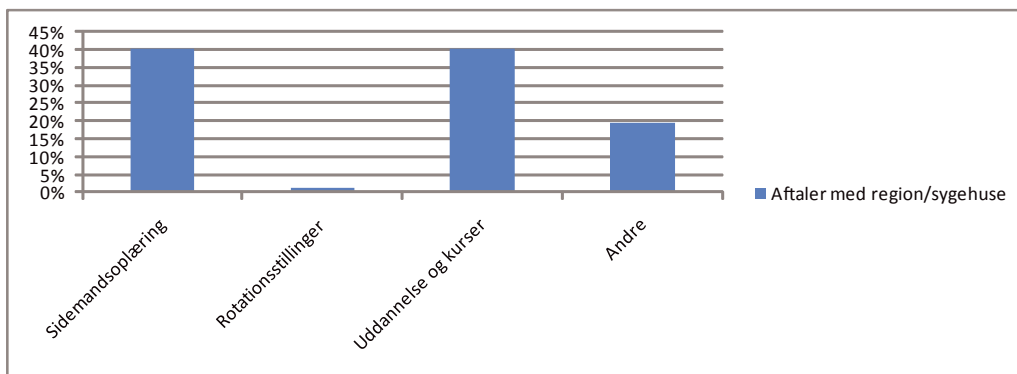
Som det ses, er det i begge år de kliniske områder, som langt de fleste, kommuner har specialistkompetencer på. Sammenligner man 2007 og 2010, ser man, at der er sket en betydelig stigning inden for KOL-området, en mindre stigning inden for diabetesområdet og en lille stigning inden for palliation. Samtidig er der sket et betydeligt fald inden for udviklings- og forskningsarbejde samt sundhedsfremme og forebyggelse. Desuden er der sket et mindre fald inden for demensområdet, rehabilitering og uddannelsesområdet. Der, hvor kommunerne mest udbredt har specialistfunktioner, er dog – som det også var tilfældet i 2007 – inden for sårbehandling, inkontinens, demens og uddannelse. I 2010-kortlægningen er psykiatri, koordinering af borgerforløb og dialyse tilføjet som nye kategorier. Det ses, at disse områder har en beskedent udbredelse. Der har også været mulighed for at angive andre områder, hvor der er specialistfunktioner. Blandt disse angivelser er misbrugsområdet, hygiejne, ernæring, hjertesygdom, neurologi, dokumentation, IT/EOJ, senhjerneskadede og forebyggende hjemmebesøg.

SAMARBEJDE MED SYGEHUSE OG ALMEN PRAKSIS

Kortlægningen i 2010 blev udvidet med en række spørgsmål om samarbejdet med hhv. sygehuse og almen praksis, som begge er vigtige samarbejdspartnere til hjemmesygeplejen.

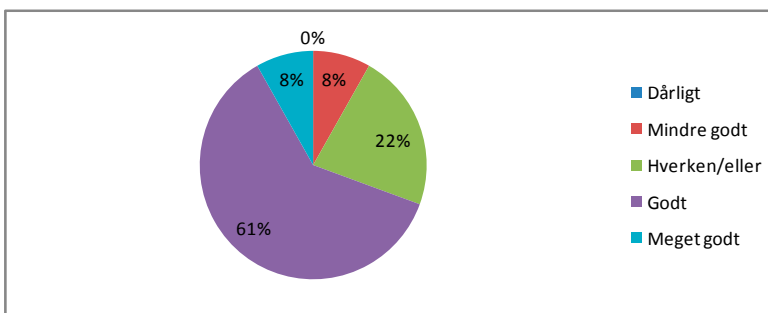
68 % af kommunerne angiver, at hjemmesygeplejen har et formaliseret samarbejde med region/sygehuse. Desuden blev kommunerne bedt anføre, om der var indgået aftale om følgende fælles tiltag mellem region/sygehuse og hjemmesygeplejen:

Figur 9: Aftaler mellem hjemmesygepleje og region/sygehuse



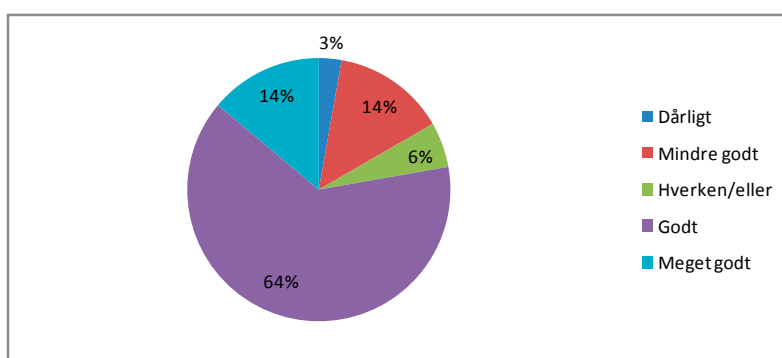
Når kommunerne skal vurdere dette formaliserede samarbejde med region/sygehuse, så vurderer 69 % af dem, at samarbejdet er godt eller meget godt. 32 % af kommunerne har dog stadig ikke et formaliseret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og region/sygehuse, og vi ved således ikke, hvordan disse kommuner vurderer det daglige samarbejde mellem region/sygehuse og hjemmesygeplejen.

Figur 10: Kommunernes vurdering af samarbejdet med region/sygehuse



50 % af kommunerne angiver at have et formaliseret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de praktiserende læger, herunder konsultationspersonalet. Når kommunerne skal vurdere dette formaliserede samarbejde med almen praksis og konsultationspersonalet, så vurderer 78 % af dem, at samarbejdet er godt eller meget godt. Halvdelen af kommunerne har dog stadig ikke et formaliseret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og almen praksis, og vi ved således ikke, hvordan disse kommuner vurderer det daglige samarbejde mellem hjemmesygepleje og almen praksis.

Figur 11: Kommunernes vurdering af samarbejdet med almen praksis, herunder konsultationspersonalet



KVALITETSUDVIKLINGSINITIATIVER OG BEHOV FOR FORSKNING

Kortlægningen fra 2010 omfattede også en række spørgsmål om kvalitetsudviklingsinitiativer og forskning i hjemmesygeplejen. Kommunerne blev først spurgt, inden for hvilke sygeplejefaglige områder, der aktuelt var kvalitetsudvikling i gang i hjemmesygeplejen.

Hovedparten af kommunerne svarede, at der var kvalitetsudviklingsinitiativer i gang inden for hjemmesygeplejens kliniske specialistfunktioner. Det vil sige inden for sårpleje/-behandling, inkontinens, stomi, ernæring, kompressionsbehandling, hygiejne, palliation, sundhedsfremme og forebyggelse, rehabilitering, demens, diabetes, KOL/lungesygdomme, hjerte-karsygdomme, psykiatri mv.

Herudover svarede en række kommuner også, at der var kvalitetsudviklingsinitiativer i gang inden for følgende områder:

- Medicinhåndtering, herunder brug af PEM
- AK-behandling
- Telemedicin
- Opfølgende og forebyggende hjemmebesøg
- Akutteams/akutpladser
- Sygeplejeklinikker/sundhedsklinikker
- Registrering af utilsigtede hændelser
- Organisering, herunder visitationsmodel, afregningsmodel og ydelseskatalog
- Udvikling af kliniske retningslinjer

- Koordinering af borgerforløb/forløbskoordination/forløbsprogrammer
- Dokumentation, herunder optimering af plejeplaner
- Elektronisk kommunikation med sygehuse, læger og apoteker
- Beskrivelse og implementering af sygeplejeprofil/kompetenceprofil
- Efteruddannelse/opkvalificering af hjemmesygeplejersker på generalistniveau
- Kommunikation

Kommunerne blev også spurgt inden for hvilke sygeplejefaglige områder, de mener, der er behov for kvalitetsudvikling. Her er svarene overlappende med ovenstående svar, men derudover nævnes også infusionsterapi, geriatrisk sygepleje, væsketerapi, akut sygepleje, mestring/egenomsorg, cancer, krisehåndtering, misbrug, IV-medicinering og dokumentation.

Endelig blev kommunerne spurgt inden for hvilke sygeplejefaglige områder, hjemmesygeplejen har behov for forskning. Her nævnes også specialistfunktionernes kliniske områder, men herudover nævnes også:

- Effektmåling af sygeplejeindsatserne
- Koordinering af sammenhængende forløb
- Kvalitetssikring
- Opgaveglidning fra sygehus til hjemmesygepleje
- Samspil mellem aktørerne i sundhedsvæsenet
- Evidens for de indsatser, der er aftalt i sundhedsaftalerne
- Organisering i hjemmesygeplejen
- Snitfladeproblematikker mellem sundhedslov og servicelov, blandt andet i relation til delegation af sygeplejeopgaver

Hjemmesygeplejen deltager aktuelt i forskningsprojekter i 18 % af kommunerne. Forskningsprojekterne omhandler følgende emner/områder:

- Anvendelse af teknologi i hjem hos borgere, som er i et lettere stadie af demens, som forebyggende foranstaltning (internationalt projekt)
- Monitorering af hjertepatienter i eget hjem (samarbejde med sygehuset og Aalborg Universitet)
- Rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme (comorbiditet)
- Diabetes-projekt
- Projekt om palliation
- KOL-kuffert-projekt
- DREAMING-projekt
- Telemedicinsk sårprojekt (i samarbejde med MedCom)
- UTH-projekt i regi af Servicestyrelsen
- Projekt vedr. styrket indsats til kronikere med ansættelse af kroniker-koordinator
- Projekt om opfølgende hjemmebesøg
- Projekt om kroniskevenøse bensår
- Opgaveglidning (DSI-undersøgelse)

AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER

Nærværende statusrapport om hjemmesygeplejen har sat fokus på flere aspekter, som kendetegner hjemmesygepleje netop nu.

Mange nye udviklingstendenser sætter rammerne for udviklingen i hjemmesygepleje. Ændringer i sygehusaktiviteten i form af kortere indlæggelser samt konverteringen af stationær til ambulante aktiviteter, nye og bedre behandlingsmuligheder samt en generel opgaveøgning i det samlede sundhedsvæsen betyder, at der kommer nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen.

Det drejer sig om tre typer af nye og mere komplekse opgaver: *For det første* er der tale om en række konkrete **kliniske opgaver** i relation til fx medicinerung, sårpleje, dræn, sonder, katetre, IV-adgang mv. For det andet er der tale om en række **koordinerende og logistiske opgaver** i relation til ambulante udrednings- og behandlingsforløb. For det tredje er der tale om flere opgaver inden for **information og vejledning**, herunder psykosocial støtte og pleje som følge af angst og utryghed relateret til at være syg (af fx kræft eller hjertesygdom).

Herudover betyder den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser, færdigbehandlingstaksterne og sundhedsaftalerne, at man også i hjemmesygeplejen skal sætte fokus på forebyggelse af indlæggelser og på at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne.

De nye og mere komplekse opgaver samt det nye fokus på forebyggelse af indlæggelser og sammenhængende patientforløb betyder *for det første*, at man i kommunerne begynder at organisere hjemmesygeplejen anderledes. Kortlægningen af hjemmesygeplejen viser, at kommunerne i højere grad end tidligere organiserer hjemmesygeplejen i selvstændige, funktionsbærende enheder. Kortlægningen viser også, at kommunerne siden 2007 har oprettet nye ressource-/specialistfunktioner inden for kroniske sygdomsområder som KOL og diabetes, men også inden for områder som koordinering af borgerforløb og psykiatri.

For det andet betyder udviklingens nye fokus på sammenhængende forløb og forebyggelse af indlæggelser, at kommunerne i udpræget grad er begyndt at indgå i formaliserede samarbejder med region/sygehuse. Kortlægningen viser således, at 68 % af kommunerne har et formaliseret samarbejde med region/sygehuse. 40 % af kommunerne har aftaler med regionen/sygehuse om hhv. sidemandsoplæring og uddannelse/kurser. I forhold til almen praksis er det formaliserede samarbejde knap så udbredt, da kun 50 % af kommunerne har et sådant med de praktiserende læger.

Udviklingen betyder *for det tredje*, at der er meget kvalitetsudvikling i gang i hjemmesygeplejen - og faktisk også en del forskning. Kvalitetsudviklingen sker primært på de områder, hvor hjemmesygeplejen har ressource-/specialistfunktioner, men også inden for andre kliniske områder, som fx medicinområdet samt inden for områder relateret til organisering, styring, samarbejde mellem sektorer, nye indsatser (akuttilbud og sygeplejeklinikker) og kompetenceudvikling. Også fremadrettet peger kommunerne på, at det netop er disse områder, hvor der er behov for yderligere kvalitetsudvikling.

På trods af at 18 % af kommunerne aktuelt deltager i forskningsprojekter, så peger kommunerne på et øget behov for forskning inden for effektmåling af sygeplejeindsatserne generelt, herunder for indsatser som koordinering af sammenhængende forløb, og for indsatser, der er aftalt i sundhedsaftalerne, men også inden for områder som organisering og samarbejde.

Samlet set befinder hjemmesygeplejerskerne sig således i en tid med mange nye udviklingstendenser. Dette giver kommunerne en lang række nye muligheder, men det giver også en række udfordringer - både nu og i fremtiden. Disse udfordringer har projektet belyst via en række fokusgruppeinterviews og en workshop med hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker, både ledere og basissygeplejersker. Udfordringerne beskrives og udfoldes i projektets tilhørende udfordringsrapport.

BILAG 1. SPØRGESKEMA TIL KORTLÆGNING

UNDERSØGELSE OM DEN KOMMUNALE HJEMMESYGEPLEJE

KL og DSR har i samarbejde igangsat et projekt, der skal sætte fokus på udviklingen i hjemmesygeplejen. I den forbindelse har vi brug for mere viden om organiseringen af hjemmesygeplejen i kommunerne, hvorfor din besvarelse af dette spørgeskema er af stor betydning.

Spørgeskemaundersøgelsen bygger på en undersøgelse af hjemmesygeplejen, som KL gennemførte i 2007. Invitationen til at deltage i undersøgelsen er ligesom dengang udsendt til alle landets kommuner.

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte Thilde Lydixen på thu@kl.dk eller tlf. 33 70 38 52.

Angiv venligst din kommune (Angiv kun ét svar)

Er der i kommunen central visitation til hjemmesygeplejeydelser? (Angiv kun ét svar)

- Ja
Nej

Hvordan er den centrale visitation organiseret?

(Vi er opmærksomme på, at der findes mange organisatoriske varianter af hjemmesygeplejen - men I bedes registrere den af de to nedenstående modeller, I er tættest på) (Angiv kun ét svar)

- En henvisningsmodel, hvor der visiteres til hjemmesygepleje bredt, og sygeplejersken derefter selv definerer sygeplejeydelsen
 En model, hvor den centrale visitation definerer sygeplejeydelsen

Hvordan er visitationen organiseret?

(Vi er opmærksomme på, at der findes mange organisatoriske varianter af hjemmesygeplejen - men I bedes registrere den af de to nedenstående modeller, I er tættest på) (Angiv kun ét svar)

- En model hvor visitationen er distriktsopdelt, og sygeplejersken selv visiterer egne opgaver
 En model, hvor visitationen til sygeplejeydelserne foregår alene på decentralt ledelsesniveau
-

Er hjemmesygeplejen... (Angiv kun ét svar)

- ...integreret med hjemmeplejen i en samlet opgavevaretagelse?
 - ...organiseret i selvstændige sygeplejeenheder, hvor der kun er ansat sygeplejersker?
 - ... organiseret i selvstændige sygeplejeenheder, hvor der samtidig er ansat andet personale, fx SOSU-assistenten og/eller SOSU-hjælpere?
-

Hvilke områder har hjemmesygeplejen specialistfunktioner inden for? (Angiv gerne flere svar)

- Diabetes
 - KOL (rygerlunger)
 - Sårbehandling
 - Inkontinens
 - Demens
 - Dialyse
 - Rehabilitering
 - Palliation (smertebehandling)
 - Sundhedsfremme og forebyggelse
 - Psykiatri
 - Koordinering af borgerforløb
 - Udviklings- og forskningsarbejde
 - Uddannelse
 - Andre områder
-

Antal sygeplejersker, der løser specialistopgaver i kombination med de øvrige kliniske opgaver
(Angiv værdi mellem 0 og 500)

Antal sygeplejersker, som alene løser specialistopgaver (Angiv værdi mellem 0 og 500)

Har I fastansatte sygeplejersker på kommunens plejecentre og plejehjem (Angiv kun ét svar)

- Ja - på alle kommunens plejehjem
 - Ja - på et eller flere (men ikke alle) af kommunens plejehjem
 - Nej
-

Har kommunen etableret akutpladser? (Angiv kun ét svar)

- Ja
 - Nej
-

Hvilke faggrupper er repræsenteret blandt personalet knyttet til jeres akutpladser?

(Angiv gerne flere svar)

- Sygeplejersker
 - SOSU-assistenters/sundhedsmedhjælpere
 - SOSU-hjælpere
 - Andre
-

Har kommunen etableret et mobilt akutteam? (Angiv kun ét svar)

- Ja
 - Nej
-

Hvilke faggrupper er repræsenteret i jeres akutteam? (Angiv gerne flere svar)

- Sygeplejersker
 - SOSU-assistenters/sundhedsmedhjælpere
 - SOSU-hjælpere
 - Andre
-

Har kommunen oprettet sygeplejeklinikker, hvor borgere, der er i stand til at modtage sygeplejefaglig behandling uden for eget hjem, kan få behandling? (Angiv kun ét svar)

- Ja
 - Nej
-

Deltager hjemmesygeplejen aktuelt i forskningsprojekter? (Angiv kun ét svar)

- Ja
 - Nej
-

Har hjemmesygeplejen et formaliseret samarbejde med regionen og/eller dens sygehuse?
Det kunne eksempelvis være omkring telemedicin eller fælles skolebænk. (Angiv kun ét svar)

- Ja
 - Nej
-

Hvordan fungerer samarbejdet med regionen og/eller sygehusene overordnet set? (Angiv kun ét svar)

- Dårligt
 - Mindre godt
 - Hverken/eller
 - Godt
 - Meget godt
-

Har hjemmesygeplejen aftaler med regionen og/eller sygehusene om nogle af følgende ordninger med henblik på udveksling af viden? (Angiv gerne flere svar)

- Sidemandsoplæring
 - Rotationsordninger
 - Uddannelse og kurser
 - Ingen aftaler
 - Andre, angiv hvilke nedenfor
-

Har hjemmesygeplejen et formaliseret samarbejde med de praktiserende læger, herunder også konsultationspersonalet? (Angiv kun ét svar)

- Ja
 - Nej
-

Hvordan fungerer samarbejdet med de praktiserende læger, herunder konsultationspersonale, overordnet set? (Angiv kun ét svar)

- Dårligt
 - Mindre godt
 - Hverken/eller
 - Godt
 - Meget godt
-

Indenfor hvilke sygeplejefaglige områder er der aktuelt kvalitetsudvikling i gang i hjemmesygeplejen i jeres kommune?

- Indenfor hvilke sygeplejefaglige områder har hjemmesygeplejen behov for kvalitetsudvikling?
- Indenfor hvilke sygeplejefaglige områder har hjemmesygeplejen behov for forskning?

Tak for hjælpen!

Tryk på "Afslut" for at sende din besvarelse.

Undersøgelsen forventes færdiggjort og publiceret i foråret 2011. Du vil i den forbindelse modtage den endelige rapport med resultater via den opgivne emailadresse.

KL
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Sundhedskartellet
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 2277
1025 København K