

FREMTIDENS HJEMMESYGEPLEJE UDFORDRINGSRAPPORT



Sundhedskartellet

Fremtidens hjemmesygepleje
Udfordringsrapport

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

Grafisk Enhed 10-189

Copyright © Dansk Sygeplejeråd 2011
ISBN: 978-87-7266-330-2

Alle rettigheder forbeholdes.

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning	5
Resumé	7
Projektets undersøgelser	9
Fokusgruppeinterviews	9
Workshop	9
Kompetenceundersøgelse	10
Kortlægning af hjemmesygeplejen	10
Organisering og styring af hjemmesygeplejen	11
Organisering af hjemmesygeplejen	11
Visitation til hjemmesygepleje	13
Sammenhæng på tværs af sektorer	16
Samarbejde med sygehuse	16
Samarbejde med almen praksis	20
Nyere tiltag i hjemmesygeplejen	22
Sygeplejeklinikker	22
Akuttilbud	22
Kompetencebehov i fremtidens hjemmesygepleje	25
Sygeplejefaglige ressourcer	25
Undersøgelse om hjemmesygeplejerskernes kompetencer	26
Baggrundsinformationer om de deltagende hjemmesygeplejersker	27
Hjemmesygeplejerskerne vurdering af udviklingen i de nye opgaver og af deres kompetencer	31
Hjemmesygeplejerskernes vurdering af, hvad der skal til for at blive bedre klædt på til opgaverne	33
Fokus på generalistkompetencerne	34
Ressourcepersoner i hjemmesygeplejen	35
Afsluttende bemærkninger	38
Bilag 1:	41
Bilag 2:	43
Bilag 3:	45

INDLEDNING

Hjemmesygeplejen¹ er for alvor kommet i fokus i kommunerne. Den demografiske udvikling, udviklingen i danskernes sygdomsbillede og udviklingen i det regionale sundhedsvæsen bidrager altsammen 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, dels at 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 i forhold 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 faglige kompetencer hjemmesygeplejerskerne skal have, og ikke mindst hvilken rolle hjemmesygeplejerskerne 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. en statusrapport og denne udfordringsrapport.

Udfordringsrapporten beskriver de udfordringer, som er fremkommet i projektet i forbindelse med en række afholdte fokusgruppeinterviews med hjemmesygeplejersker i hele landet og med sygehusplejersker, samt i forbindelse med en afholdt workshop med relevante ledere og sygeplejersker fra både primær og sekundær sektor. Udfordringsrapporten indhenter dog også materiale fra udvalgte rapporter, heriblandt projektets tilhørende statusrapport. Endelig bygger udfordringsrapportens sidste del om kompetencer i hjemmesygeplejen også på en spørgeskemaundersøgelse som er gennemført i forbindelse med projektet blandt 123 hjemmesygeplejersker. Udover at beskrive de aktuelle og fremtidige udfordringer, som hjemmesygeplejen står over for, peger udfordringsrapporten også på en række forslag og anbefalinger til nye veje for fremtidens hjemmesygepleje. Hjemmesygeplejersker, sygehusplejersker og ledere har således bidraget med deres viden og oplevelser til rap-

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

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

portens beskrivelser af hjemmesygeplejerskernes aktuelle og fremtidige udfordringer, mens DSR og KL på baggrund af disse input samt diverse undersøgelser og rapporter har udarbejdet rapportens konklusioner og anbefalinger.

Udfordringsrapporten er bygget op omkring de fire hovedtemaer, som fyldte mest i fokusgruppeinterviewene og workshoppen:

- Organisering og styring af hjemmesygeplejen
- Sammenhæng på tværs af sektorer
- Nyere tiltag i hjemmesygeplejen
- Kompetencer i hjemmesygeplejen

RESUMÉ

Formålet med denne udfordringsrapport er at synliggøre og beskrive de udfordringer hjemmesygeplejen møder og vil møde i fremtiden som følge af, at der er kommet et øget pres på hjemmesygeplejen i form af flere og mere komplekse sygeplejeopgaver. En udvikling, der giver nye overvejelser i kommunerne om, hvordan hjemmesygeplejen skal organiseres, og hvilke faglige kompetencer hjemmesygeplejersken skal have.

Flere og flere kommuner organiserer hjemmesygeplejen i selvstændige sygeplejeenheder, hvilket indebærer en række muligheder for at skabe et fagligt løft i hjemmesygeplejen. Projektet har dog vist, at der knytter sig dog også en række udfordringer til denne måde at organisere hjemmesygeplejen på. Herunder bl.a. en risiko for at det faglige niveau i hjemmeplejen falder pga. udeblivende sygeplejefaglig sparring, og en risiko for at det samlede overblik over, hvilke behov borgeren har, og hvilke ydelser borgeren modtager udebliver. Dette bevirker, at det bliver svært at sikre et koordineret og sammenhængende forløb for borgeren.

Det at sikre et koordineret og sammenhængende borgerforløb udfordres også af den decentrale visitationsmodel, som mange kommuner har til hjemmesygepleje, fordi modellen ikke automatisk giver et samlet overblik over borgerens behov og de ydelser, borgeren modtager. På den anden side, så kan en central visitation, som følger BUM-modellen for visitation til hjemmehjælp, blive for rigid og ufleksibel, når der er tale om hjemmesygepleje, hvor ydelserne hyppigt og kontinuerligt skal tilpasses borgernes aktuelle behov. Udfordringsrapporten peger derfor på, at følgende elementer kan indgå i vurderingen af en visitationsmodel: én indgang for eksterne samarbejdspartnere, et samlet overblik over borgerens behov og ydelser, mulighed for at koordinere indsatser, en fælles platform for styring og dokumentation af indsatserne på tværs i kommunen, ensartethed for alle modtagere af hjemmesygepleje og ikke mindst fleksibilitet for den enkelte hjemmesygeplejerske til at justere i ydelserne efter behov.

I forhold til samarbejdet mellem sygehuse og hjemmesygeplejen peger udfordringsrapporten på, at en af de store udfordringer her er mangel på god kommunikation, hvor der udveksles tilstrækkelige oplysninger og med tilgængelighed i forhold til alle parter. Samtidig efterspørger hjemmesygeplejerskerne i projektet mere kompetenceudvikling på sygehusene i at varetage de nye og mere komplekse opgaver. Der er et behov for løbende kompetenceudvikling i forhold til disse opgaver. Aftalt opgaveflytning med tilhørende kompetenceudvikling kan langt hen ad vejen imødekomme denne udfordring. Sundhedsaftalerne kan være et godt værktøj til at lave aftaler omkring, hvem der gør hvad ved indlæggelser og udskrivelser, men sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forankret hos frontlinjepersonalet, hvilket er en stor udfordring. Til gengæld, så vokser mange nye tiltag for at forbedre samarbejdet, skabe gode og sammenhængende forløb samt forebygge genindlæggelser frem, men udfordringen er i denne forbindelse, at der mangler evidens for, hvad der virker bedst i hjemmesygeplejen. Endelig så peger udfordringsrapporten på, at sygeplejerskerne i begge sektorer efterlyser større viden og indsigt i hinandens "arbejds-virkelighed" og arbejdsopgaver herunder roller og ansvar. Sygeplejerskerne oplever, at udviklingen i begge sektorer går meget stærkt og i praksis er det ikke muligt at følge med og sætte sig ind i udviklingen i begge sektorer.

I relation til samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis peger hjemmesygeplejerskerne i projektet på, at der ikke altid er tilstrækkelig tilgængelighed af lægefaglig sparring fra de praktiserende læger både i form af telefonisk kontakt og hjemmebesøg hos borgerne. Dette oplever hjemmesygeplejerskerne som en stor udfordring. Samtidig er det en udfordring for samarbejdet, når der

ikke er klare aftaler om, hvem der gør hvad og hvornår. Dette gælder både i forhold til lægen selv, men også i forhold til det stigende antal konsultationssygeplejersker i almen praksis.

Med de mange nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen kan det blive en udfordring at løse opgaverne med de eksisterende sygeplejerskefaglige ressourcer og kompetencer i kommunerne. På trods af at kompetenceundersøgelsen viser, at der er stor mangfoldighed i de deltagende hjemmesygeplejerskers faglige baggrund og kompetencer, så viser undersøgelsen også et kompetence-gab på en række af de opgaver, som de deltagende hjemmesygeplejersker forventer bliver mere omfattende inden for de næste 5 år. I relation til fremtidens kompetencebehov efterspørger hjemmesygeplejerskerne i kompetenceundersøgelsen, fokusgruppeinterviewene og workshoppen, at der primært er brug for at hæve kompetencerne på generalistniveauet (alle hjemmesygeplejersker), og de peger på, at det primært skal ske gennem efter- og videreuddannelse tæt på klinikken. Gerne klinisk undervisning i samarbejde med sygehuse samt eller via hjemmesygeplejens egne resourcepersoner.

PROJEKTETS UNDERSØGELSER

Rapporten baserer sig primært på fire undersøgelser, der er foretaget i forbindelse med projektet om Fremtidens hjemmesygepleje:

- Fokusgruppeinterviews med hjemmesygeplejersker og sygehusygeplejersker
- Workshop med deltagelse af hjemmesygeplejersker, sygehusygeplejersker og ledere
- Kompetenceundersøgelse – spørgeskemaundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker
- Kortlægning af hjemmesygeplejen

FOKUSGRUPPEINTERVIEWS

Der er blevet gennemført 4 fokusgruppeinterviews med hjemmesygeplejersker fordelt på følgende geografiske områder:

1. Nordjylland
2. Midt- og vestjylland
3. Syddanmark, herunder Fyn
4. Sjælland og Hovedstaden

I hvert fokusgruppeinterview deltog 4-6 hjemmesygeplejersker fra forskellige kommuner.

Ud over de 4 fokusgruppeinterviews med hjemmesygeplejersker blev der også afholdt et fokusgruppeinterview med 6 sygehusygeplejersker fra sygehuse på Sjælland og i Hovedstadsområdet.

Spørgeguide til fokusinterviewene findes som bilag 1 i rapporten. Interviewene er optaget som lydfiler og herefter udskrevet som resumé med hjemmesygeplejerskernes pointer og oplevelser indenfor spørgeguidens hovedområder. Efter læsning af alle resuméer er hjemmesygeplejerskernes fælles pointer og oplevelser sammenskrevet og herefter indsat i rapporten. Rapporten indeholder således ikke konkrete citater fra hjemmesygeplejerskerne, men sammenskrivninger af de gennemgående oplevelser og pointer fra hjemmesygeplejerskerne.

WORKSHOP

Efter afholdelse af fokusgruppeinterviewene og sammenskrivning af resultaterne afholdt KL og DSR en workshop med deltagelse af en bredere gruppe af hjemmesygeplejersker og sygehusygeplejersker fra både det somatiske og det psykiatriske sygehusvæsen. Herunder en række ledere fra hjemmesygepleje og sygehus og formændene for hhv. DSR's faglige selskab for geriatri og gerontologi og DSR's faglige selskab for primærsygeplejersker. Også en række sygehuslæger og praktiserende læger var inviteret. På work-shoppen deltog en praktiserende læge fra PLO's bestyrelse. Deltagerliste fra workshoppen findes i bilag 2.

Workshoppen havde til formål at verificere resultaterne fra fokusgruppeinterviewene og samtidig komme et spadestik dybere i forhold til fremtidens kompetencebehov blandt hjemmesygeplejersker. Fokusgruppeinterviewenes resultater blev i stor udstrækning verificeret på workshoppen og der kom samtidig en række bud på, hvilke kompetencebehov der er brug for fremadrettet. Pointer og oplevelser fra workshoppen er således skrevet ind i rapporten i sammenhæng med resultaterne fra fokusgruppeinterviewene, da der var et betydeligt overlap. Hvad angår kompetencebehovet blandt hjemmesygeplejersker, er der i rapporten hentet mange input ind fra workshoppen.

KOMPETENCEUNDERSØGELSE

I forbindelse med projektet gennemførte KL og DSR en spørgeskemaundersøgelse udsendt elektronisk til 438 hjemmesygeplejersker registreret med e-mailadresse i DSR's medlemsregister. Undersøgelsens spørgsmål omhandlede nuværende kompetencer, de fremtidige opgaver i hjemmesygeplejen og hjemmesygeplejerskernes kompetencer i forhold til disse nye opgaver. Se spørgeskemaet i bilag 3. Spørgeskemaet kunne besvares anonymt uden angivelse af navn og ansættelsessted og 123 hjemmesygeplejersker har besvaret spørgeskemaet. Årsagen til manglende svar fra de 315 hjemmesygeplejersker kan skyldes forældede e-mailadresser eller manglende vilje til at deltage i undersøgelsen.

Spørgeskemaet var bygget op i tre dele:

1. Baggrundsinformationer om de deltagende hjemmesygeplejersker som bidrager til at beskrive, hvilke hjemmesygeplejersker der har besvaret spørgeskemaet. Baggrundsinformationerne bidrager således til at give gennemsigtighed i forhold til undersøgelsens repræsentativitet. Baggrundsinformationerne omhandler hjemmesygeplejerskens anciennitet som hjemmesygeplejersker, deres kliniske erfaring, deres uddannelsesniveau, og deres deltagelse i videre-, special-, diplom- og efteruddannelser.
2. Spørgsmål om hvilke sygeplejefaglige områder, hjemmesygeplejerskerne mener, bliver mere eller mindre omfattende inden for de næste 5 år, og deres vurdering af deres kompetencer inden for disse områder. Spørgsmålene baserede sig på en på forhånd udarbejdet liste over mulige opgaver i hjemmesygeplejen, og det er således udelukkende i forhold til opgaver i denne liste, at de deltagende hjemmesygeplejersker har skullet besvare spørgsmålene.
3. Et åbent spørgsmål om, hvad de deltagende hjemmesygeplejersker mener, der skal til for, at de føler sig klædt bedre på til de arbejdsområder, de ikke i dag mener, at de har gode faglige kompetencer inden for.

Det skal bemærkes, at undersøgelsen af forskellige grunde ikke har tilstrækkelig repræsentativitet i forhold til alle landets hjemmesygeplejersker. Dette skyldes dels, at svarprocenten er lille. Desuden er spørgeskemaet ikke udsendt til alle landets hjemmesygeplejersker, men kun de 438, som har opgivet deres e-mailadresse til DSR's medlemsregister. Endelig kendes baggrundsinformationer på alle landets hjemmesygeplejersker ikke, og det er derfor ikke muligt at vurdere de deltagende hjemmesygeplejerskers repræsentativitet i forhold til alle landets hjemmesygeplejersker. Undersøgelsen skal således opfattes som en stikprøve blandt hjemmesygeplejersker, der er medlem af DSR og ikke som en undersøgelse af alle landets hjemmesygeplejersker.

KORTLÆGNING AF HJEMMESYGEPLEJEN

I forbindelse med projektets statusrapport 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. En næsten tilsvarende spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i 2007, hvorfor det med den nye undersøgelse er blevet muligt at se, hvorvidt de mellemliggende 3 år har haft betydning for udviklingen i hjemmesygeplejen i henhold til organisering, opgavevaretagelse og styring. I undersøgelsen i 2007 deltog 70 kommuner, i 2010 deltog 73 kommuner.

Kortlægningen er præsenteret i projektets tilhørende statusrapport, men en række relevante resultater fra kortlægningen er også medtaget i denne rapport.

ORGANISERING OG STYRING AF HJEMMESYGEPLEJEN

Hjemmesygeplejen leverer ydelser til alle borgere med behov for sygepleje uanset alder. Traditionelt har hjemmesygeplejen været organiseret som en del af ældreområdet, fordi de fleste modtagere af hjemmesygepleje har været og er over 65 år. Mange af modtagerne af hjemmesygepleje modtager også andre kommunale ydelser som fx personlig pleje, praktisk hjælp og træning. Derfor er der behov for at sikre et godt samspil internt i kommunen mellem de forskellige aktører og indsatser, herunder særligt med det øvrige ældreområde. Samspillet mellem hjemmesygeplejerskerne og de øvrige aktører internt er i dag præget af en række udfordringer. Disse udfordringer vil blive beskrevet i det følgende.

ORGANISERING AF HJEMMESYGEPLEJEN

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.

En kortlægning af hjemmesygeplejen³, hvor 73 kommuner deltog, har vist, at andelen af kommuner med selvstændige sygeplejeenheder er steget fra 40 % i 2007 til 76 % i 2010. Når man organiserer hjemmesygeplejen i en selvstændig enhed afspejler det også, at hjemmesygeplejen i højere og højere grad også leverer hjemmesygepleje til borgere, der ikke er koblet til hjemmeplejeområdet, fx børn, unge, handicappede, socialt udsatte og sindslidende, som hjemmesygeplejen i stigende grad er i kontakt med.

Organiseringen i selvstændige sygeplejeenheder kan også betyde en bedre udnyttelse af ressourcepersoner i hjemmesygeplejen. Ressourcepersoner er de sygeplejersker, som man i hjemmesygeplejen har udpeget til at have udvidede kompetencer og viden inden for et særligt område, fx inden for sårpleje- eller demensområdet. Ressourcepersonernes rolle er at holde sig ajour med de nyeste kliniske retningslinjer og behandlings- og plejemetoder inden for området og videregive denne viden til de resterende sygeplejersker. Mange steder kan ressourcepersonerne også inddrages konkret i opgaver, hvor der er behov for deres kliniske ekspertise. I nogle kommuner kaldes ressourcepersonerne også for specialistfunktioner eller nøglepersoner. Når man samler alle hjemmesygeplejersker i kommunen i en selvstændig enhed bliver ressourcepersonerne mere tilgængelige for alle hjemmesygeplejersker, end det er tilfældet, når ressourcepersonerne er fysisk og organisatorisk adskilt fra de øvrige sygeplejersker, som det ofte er tilfældet i de integrerede ordninger.

Endelig betyder de selvstændige hjemmesygeplejeenheder mange steder, at hjemmesygeplejen får en selvstændig sygeplejefaglig ledelse. I de integrerede ordninger er der flere steder en ikke-sygeplejefaglig leder, og dette kan betyde et utilstrækkeligt fokus på de sygeplejefaglige problemstillinger, som udviklingen fører med sig. Da hjemmesygeplejeopgaverne bliver mere og mere komplekse er

³ Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

der brug for ledere, der både er dygtige planlæggere og har de nødvendige kompetencer til at styre økonomien samt har god viden om kompleks sygepleje, så de kan sikre faglig udvikling og motivation blandt sygeplejerskerne.

Der er således store muligheder i de selvstændige sygeplejeenheder, men der er også en række udfordringer ved denne organisationsmodel. En konsekvens af at adskille sygeplejerskerne fra det øvrige plejepersonale kan være at det faglige niveau i plejegruppen falder, når plejegruppen ikke har sygeplejerskerne tæt på sig i det daglige. Der er således en fare for, at plejegruppen ikke i samme grad vil være opsøgende for nødvendig sygeplejefaglig sparring på grund af en manglende daglig relation til sygeplejerskerne.

I forlængelse heraf er der den udfordring ved den selvstændige organisering, at det kan begrænse mulighederne for god fleksibel opgavevaretagelse. Flexibel opgavevaretagelse indebærer, at man udnytter mulighederne for at overdrage ikke-komplekse opgaver til fx SOSU-assistenten eller SOSU-hjælperen. Når faggrupperne ikke er tæt koblet til hinanden, kan det være svært at sikre det fornødne samarbejde og den fornødne sparring, som fleksibel opgavevaretagelse kræver. For at sikre muligheden for fleksibel opgavevaretagelse ansætter nogle kommuner SOSU-assistenten og/eller SOSU-hjælperen i hjemmesygeplejen. Kortlægningen af hjemmesygeplejen⁴ viser i denne forbindelse, at ud af de kommuner, der har selvstændige hjemmesygeplejeenheder, har 25 % udover sygeplejersker også ansat SOSU-assistenten og/eller SOSU-hjælperen⁵.

En anden udfordring kan være, at det besværliggør sygeplejerskernes arbejde med at sikre sammenhængende og koordinerende forløb for borgere med komplekse problemstillinger, fordi de ikke af plejegruppen bliver inddraget i, hvad der løbende sker med borgeren. I forlængelse heraf kan det være en udfordring, at der skabes endnu en "søjle" i kommunen, som betyder, at det bliver vanskeligere for hjemmesygeplejerskerne at orientere sig og sikre sammenhæng til andre indsatser og aktører. Fx kan det betyde, at det bliver svært at skabe et samlet overblik over, hvilke indsatser borgeren har behov for og modtager, hvis borgeren både har en plejeplan, en sygeplejeplan og en træningsplan, som ikke er koordineret og kendt på tværs.

Både den integrerede og den funktionsbærende organisationsmodel har iboende ulemper og ingen af modellerne kan således karakteriseres som "den bedste model". Kunsten i relation til begge modeller er således at kunne kompensere for de iboende ulemper på en passende måde, så organiseringen kommer til at understøtte de opgaver, der skal løses i hjemmesygeplejen nu og i fremtiden. Dette for at sikre en sammenhængende indsats for borgerne uanset om der er tale om børn, unge, handicappede, socialt udsatte, sindslidende, ældre eller andre. Netop i forhold til organisering mangler der forskningsresultater, der kan give os sikker viden om, hvilke organisationsmodeller, der virker bedst.

I relation til organisering af hjemmesygeplejen knytter der sig følgende udfordringer:

- De selvstændige sygeplejeenheder kan give et vigtigt fagligt løft i hjemmesygeplejen, men det faglige niveau i plejegruppen kan falde, hvis ikke man sikrer en god samarbejdsrelation mellem

4 Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

5 Dette betyder ikke, at der så er tale om en integreret ordning, da hjemmesygeplejen stadig fastholdes som samlet og selvstændig organisatorisk enhed med egen ledelse, som ikke rent fysisk, ledelsesmæssigt og organisatorisk er koblet til hjemmeplejen.

- hjemmesygeplejerskerne og plejegruppen, så der er mulighed for sygeplejefaglig sparring ved behov.
- De selvstændige sygeplejeenheder kan betyde, at det samlede overblik over, hvilke behov borgeren har, og hvilke ydelser borgeren modtager, mangler og gør det svært at sikre et koordineret og sammenhængende forløb for borgeren.
 - Mulighederne for fleksibel opgavevaretagelse indskrænkes, hvis ikke der er en tæt samarbejdsrelation mellem hjemmesygeplejersker og det øvrige plejepersonale.
 - Da alle organisationsmodeller har iboende ulemper, er kunsten i relation til organisering at kunne kompensere for de iboende ulemper på en passende måde, så organiseringen kommer til at understøtte de opgaver, der skal løses i hjemmesygeplejen nu og i fremtiden og sikre en sammenhængende indsats for borgerne.

VISITATION TIL HJEMMESYGEPELJE

Visitationen til hjemmesygepleje er organiseret forskelligt i kommunerne. Ifølge KL's kortlægning i 2010 har 65 % af kommunerne decentral visitation og 35 % har central visitation. Decentral visitation henviser til, at hjemmesygeplejen modtager henvisninger til hjemmesygeplejen, både fra hjemmeplejeområdet, fra almen praksis og direkte fra sygehuse. Central visitation henviser til, at henvisningerne til hjemmesygepleje går via en myndighedsenhed til hjemmesygeplejen. 44 % af kommunerne med central visitation har en BUM-model, der læner sig op ad visitationen til hjemmehjælp. Her definerer den centrale visitation den konkrete hjemmesygeplejeydelse, som herefter bestilles i hjemmesygeplejen. 56 % af kommunerne med central visitation har modificeret BUM-modellen, så der sendes en bredere bestilling til hjemmesygeplejen, som derefter selv definerer det konkrete indhold i ydelsen⁶. Der er muligheder og udfordringer ved de forskellige visitationsformer både i forhold til de interne processer i kommunerne og i forhold til samarbejdet med eksterne aktører.

Både hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker peger på, at den centrale visitation giver en samlet indgang til kommunen for de eksterne samarbejdspartnere, herunder sygehuse og almen praksis, da det forenkler kommunikationsvejen til kommunen. Den centrale visitation skaber desuden en sammenhæng mellem og et samlet overblik over de kommunale ydelser, hvis borgeren får mere end en ydelse i kommunen. Hvis borgeren både modtager hjemmesygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og træning, så vil den centrale visitation have dette overblik og kunne koordinere ydelserne i forhold til hinanden. Dette er en stor fordel for borgeren, som dermed sikres et koordineret og sammenhængende forløb. Samtidig kan den centrale visitation bidrage til at skabe en fælles platform for styring og dokumentation af indsatser på tværs i kommunen.

Udfordringerne med den centrale visitation opstår ifølge hjemmesygeplejerskerne ofte, når visitationen bliver for stram og detaljeret. Hvis man organiserer visitationen til hjemmesygepleje som visitationen til hjemmepleje, altså efter den traditionelle BUM-model, hvor den centrale visitation definerer den konkrete hjemmesygeplejeydelse, kan det være rigtig svært for hjemmesygeplejerskerne at tilrettelægge og udføre hjemmesygeplejen optimalt. Når der gælder levering af hjemmesygepleje er der i langt højere grad end på hjemmehjælpsområdet tale om indsatser, der hyppigt og kontinuerligt skal tilpasses borgernes aktuelle behov. Fx ændrer et sår typisk karakter fra den ene dag til den anden, og indsatsen skal derfor tilpasses dagligt. Hvis hjemmesygeplejerskerne skal have godkendelse

⁶ Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

fra visitationen hver gang, der skal ændres i en ydelse eller tilføjes nye ydelser, bliver visitationsmodellen således for rigid.

Ydermere oplever hjemmesygeplejerskerne, at den stramme centrale visitation af enkeltydelser eller ydelsespakker betyder, at opgaver som fx koordinering af borgerforløb mellem hjemmesygepleje og samarbejdspartnere, ikke tildeles tilstrækkelig tid i visitationen. Det er i den forbindelse vigtigt, at der også afsættes tid til disse opgaver, idet omfanget af dem stiger i takt med, at opgaverne bliver mere komplekse, og der er brug for mere kommunikation mellem sektorerne for at sikre gode, sammenhængende forløb.

Hjemmesygeplejerskerne oplever også, at den centrale visitation kan blive en udfordring, hvis den begrænser hjemmesygeplejerskens mulighed for at kunne kommunikere direkte med sygehus og almen praksis om borgerens/patientens tilstand og behov. For at hjemmesygeplejersken kan give den rette sygepleje og behandling, er det vigtigt, at han/hun får vigtige oplysninger om patienten fra sygehus og almen praksis. Hvis visitationen får hele ansvaret for kommunikationen med sygehuse og almen praksis, og visitatorerne ikke har tilstrækkelig faglig ballast til at vide, hvad der skal spørges ind til, så fungerer det ofte ikke. Hvis den centrale visitation derimod visiterer bredt, men lader det være op til hjemmesygeplejen at kontakte sygehus og almen praksis for at indsamle oplysninger til brug for tilrettelæggelsen af den konkrete hjemmesygeplejeydelse, vil der være større mulighed for at kunne tilrettelægge indsatsen optimalt.

På baggrund af de dårlige erfaringer med at overføre BUM-modellen fra hjemmeplejeområdet til hjemmesygeplejen, er der mange kommuner, der holder fast i eller går tilbage til en decentral visitationsmodel, hvor hjemmesygeplejen selv visiterer til egne ydelser. Dette sker ofte ud fra hensynet til, at hjemmesygeplejerskerne selv skal kunne planlægge og justere de akutte og mere komplekse sygeplejeydelser. Den decentrale visitation kan dog have den ulempe, at det bliver sværere at sikre sammenhæng i de kommunale ydelser, som borgeren får. Hvis borgeren både modtager hjemmesygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og træning, så vil der være en risiko for, at ingen har overblikket over den samlede indsats til borgeren, og dermed begrænses mulighederne for at kunne koordinere ydelserne i forhold til hinanden.

En måde at imødekomme udfordringerne omkring visitation til hjemmesygepleje kan være en modificeret BUM-model, hvor hjemmesygeplejen får opgaven overgivet bredt fra visitationen og derefter selv visiterer og definerer det konkrete indhold i ydelserne. I denne model kan man også – som nogle kommuner gør – indføre en sygeplejefaglig udredning ved opstart af et borgerforløb (se eksempel nedenfor). En modificeret BUM-model kan altså være en måde, hvorpå central visitation kan tilrettelægges og organiseres, så hjemmesygeplejerskerne samtidig selv kan planlægge og justere i ydelserne og dermed kan bidrage med et mere realistisk bud på omfanget og karakteren af ydelserne.

SYGEPLEJEFAGLIG UDREDNING I HILLERØD KOMMUNE

I Hillerød Kommune har man gode erfaringer med central visitation, hvor alle nye borgere med visiteret sygeplejeydelser får visiteret et besøg af en hjemmesygeplejerske til en generel vurdering af borgerens situation og en beslutningstagning om, hvem der skal varetage sygeplejeydelserne⁷.

I relation til visitation til hjemmesygepleje er der altså tale om følgende udfordringer, som man skal holde sig for øje:

- En central visitation som følger en BUM-model, der læner sig op ad visitationen til hjemmehjælp, kan blive for rigid og ufleksibel, når der er tale om hjemmesygepleje, hvor ydelserne hyppigt og kontinuerligt skal tilpasses borgernes aktuelle behov.
- En decentral visitation, hvor den enkelte hjemmesygeplejerske eller hjemmesygeplejelederen selv visiterer til egne ydelser, kan betyde, at der ikke er et samlet overblik over borgerens behov og de ydelser, borgeren modtager. Grundlaget for at sikre en sammenhængende og koordineret indsats bliver således udfordret i den decentrale visitationsmodel.
- Hjemmesygeplejersken har ofte brug for at være i direkte dialog med den praktiserende læge, speciallægen eller sygehuset om den sygepleje, der skal ydes, og det udfordrer den sygeplejefaglige indsats, når denne mulighed ikke eksisterer.
- Følgende elementer kan indgå i vurderingen af en visitationsmodel: én indgang for eksterne samarbejdspartnere, et samlet overblik over borgerens behov og ydelser, mulighed for at koordinere indsatser, en fælles platform for styring og dokumentation af indsatserne på tværs i kommunen, ensartethed for alle modtagere af hjemmesygepleje og ikke mindst mulighed for den enkelte hjemmesygeplejerske til at justere i ydelserne efter behov.

⁷ Profil for sygeplejerske, Hillerød Kommune.

SAMMENHÆNG PÅ TVÆRS AF SEKTORER

Mange patienter, herunder særligt de kronisk syge og de ældre medicinske patienter har overordnet set kontakt til tre aktører i sundhedsvæsenet: Den praktiserende læge/speciallæge, sygehuset og kommunen. Et patientforløb involverer ofte alle disse aktører. Sammenhængende og godt patientforløb er derfor afhængigt af et godt samspil mellem aktørerne. I dette afsnit vil udfordringer i samspillet mellem hjemmesygepleje og hhv. sygehuse og almen praksis, som er fremkommet i projektet, blive beskrevet.

SAMARBEJDE MED SYGEHUSE

Sygehuse er en af hjemmesygeplejerskernes vigtigste samarbejdspartnere. Dette underbygges af en ny undersøgelse fra KL, som viser, at 43 % af henvisningerne til hjemmesygeplejen kommer fra sygehusene⁸. Samarbejdet relaterer sig hovedsagligt til indlæggelser og udskrivelser, hvor der er en række udfordringer i forhold til at skabe gode sammenhængende forløb for borgerne, at sikre tryk og sikker opgaveoverdragelse i forhold til nye og mere komplekse opgaver og at forebygge genindlæggelser.

Når borgere indlægges på eller udskrives fra sygehus, oplever både hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker er der forsat et behov for et skærpet fokus på at udvikle de gode udskrivningsforløb. Mangelfulde datagrundlag i kommunikationen mellem sektorerne medfører behov for øget koordinering og opfølgning.

God og tilstrækkelig kommunikationen på tværs af sektorerne er således vigtig for at sikre gode, sammenhængende forløb. I relation til kommunikation så efterspørges der også fra både hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker større tilgængelighed hos hinanden, så man nemmere kan komme i telefonkontakt med hinanden. Fx kunne en hotline eller formaliserede telefontider på sygehus og i hjemmesygeplejen være en måde at sikre større tilgængelighed.

Antallet af borgere, der bliver sendt hjem tidligere fra sygehuset og med mere komplekse behov og til mere komplekse sygeplejeopgaver er stigende. Dette giver ifølge hjemmesygeplejerskerne en stor udfordring i forhold til at sikre, at de rette kompetencer er til stede. En god opgaveoverdragelse fra sygehus til hjemmesygeplejen kræver i følge både hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker, at det er klart for begge parter, hvad hjemmesygeplejen kan påtage sig af opgaver på baggrund af kompetenceniveauet. Desuden oplever begge grupper af sygeplejersker, at det er vigtigt at indgå en dialog om, hvorvidt opgaverne kan håndteres, hvis hjemmesygeplejerskerne får kompetenceudvikling, f.eks. på sygehuset. KL's kortlægning fra 2010 viser, at 40 % af kommunerne har lavet aftale med regionen/sygehusene om klinisk kompetenceudvikling, herunder sidemandsoplæring og fælles uddannelse og kurser⁹. Dette er et rigtig godt skridt på vejen til at sikre en god og tryk opgaveoverdragelse.

Sundhedsaftalerne kan også bruges til at sikre gode indlæggelses- og udskrivningsforløb. I sundhedsaftalerne kan man på mere konkret plan aftale, hvilke roller og ansvar sygehuse og hjemmesygepleje har i indlæggelses- og udskrivningsforløbene. En række tiltag kan i regi af sundhedsaftalerne

⁸ "Hjemmesygepleje - dokumentation og styring", KL, 2011, <http://www.kl.dk/Social-service/Artikler/79133/2011/01/Dokumentation-af-hjemmesygepleje/>

⁹ Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

igangsættes for at gøre samarbejdet og opgaveoverdragelsen mellem sygehus og hjemmesygeplejen mere optimalt. Fx kan man aftale, at samarbejdet om en borgers udskrivelse starter allerede ved indlæggelsen, så man i fællesskab lægger en plan for den udskrivelse, man ved kommer. I sundhedsaftalerne indgår bl.a. en forpligtelse til fra sygehusets side at informere hjemmeplejen/hjemmesygeplejen om det planlagte udskrivningstidspunkt, hvilket bevirker, at et samarbejde mellem sektorerne sikres en start allerede ved indlæggelsestidspunktet. Fokusgruppeinterviews og workshop viser dog, at sundhedsaftalerne ikke alle steder er kendt af hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker, så det forestår et større arbejde med at implementere sundhedsaftalerne, så de når helt ud til frontpersonalet.

Et andet tiltag er brugen af MedCom-meddelelser. MedCom har i 2009¹⁰ opdateret hjemmepleje-sygehus-standarder, som bruges til elektronisk kommunikation mellem hjemmepleje og sygehus i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Den elektroniske kommunikation skal ses som en understøttelse af sundhedsaftalerne omkring indlæggelse og udskrivelse og en sikring af, at rigtige og vigtige oplysninger sker begge veje på tværs af sektorerne. I 2012 er det målet at hjemmepleje-sygehus-standarderne er udbredt på alle regionernes sygehuse.

At hjemmesygeplejerskerne systematisk bliver inviteret med til udskrivelsessamtaler ved komplekse forløb opleves af mange hjemmesygeplejersker som en god måde at få den fornødne information om den sygeplejeopgave, der skal varetages hos borgeren. Hvis afstanden mellem kommune og sygehus er store, kan videokonference bruges i stedet for at mødes fysisk i forbindelse med udskrivnings-samtaler. Det kan også være en mulighed at benytte videokommunikation til oplæring i specifikke opgaver på tværs af sektorer.

TELEMEDICINSK UDSKRIVNINGSKONFERENCE I FREDERICIA KOMMUNE¹¹

I Fredericia Kommune har man god erfaring med brug af teleudskrivningskonference, hvor de samarbejdende parter ikke mødes fysisk, men kommunikerer ved brug af videokonferenceudstyr. Brugen af videokonference smidiggøre kommunikationen mellem sygehuse og hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, idet det er tidsbesparende i form af mindre transporttid for kommunens hjemmesygeplejersker, det er lettere at planlægge udskrivnings-samtalerne samt praktiske opgaver kan visualiseres. Videokonference bliver brugt i de tilfælde, hvor kendte og nye borgere i hjemmesygeplejen har væsentlig ændringer i funktionsniveauet samt ved komplekse forløb.

En anden måde at forbedre samarbejdet med sygehuse er ifølge hjemmesygeplejerskerne at have en fremskudt visitation med såkaldte udskrivningskoordinatorer, der er kommunalt ansat med en sygeplejerskefaglig baggrund, sidder på sygehuse. Fordelen ved den fremskudte visitation er, at det er de samme personer, som varetager kontakten mellem sygehuse og kommunen, hvilket giver et

¹⁰Guide for hjemmepleje-sygehusstandarder. Medcom. Det danske Sundhedsdatanet. 2. udkast november 2010 – arbejdsversion.

¹¹ Evaluering af projekt vedr. telemedicinsk udskrivningskonference mellem Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital og Fredericia Kommune. Marts 2009.

trygt samarbejde. Udskrivningskoordinatorer opnår en rutine og en god indsigt i, hvad der skal spørges ind til, for at hjemmesygeplejerskerne bliver klædt på til opgaverne. Udskrivningskoordinatorerne vil den anden vej rundt have et godt indblik i, hvad hjemmesygeplejen kan løse af opgaver og derved supplere sygehusene med information om, hvilke opgaver de kan forvente, at hjemmesygeplejen kan løse.

FREMSKUDT VISITATION I ESBJERG KOMMUNE ¹²

I Esbjerg Kommune har man på Esbjerg Sygehus en udskrivelseskoordinator, der fungerer som bindeled mellem den indlagte borger og hjemmeplejen.

Udskrivelseskoordinatoren planlægger udskrivelse af borgere fra sygehus i samarbejde med sygehus, hjemmepleje, borger, pårørende og andre relevante samarbejdspartnere. Det være sig borgere, der aldrig tidligere har modtaget hjemmepleje, har behov for en øgning af deres nuværende hjælp fra hjemmeplejen og behov for ændring af indsats efter udskrivelsen.

Udskrivelseskoordinatoren bliver af afdelingen oplyst om, at borgeren er indlagt og med de relevante oplysninger om borgerens helbred og funktionsevne opstiller udskrivningskoordinatorens et mål for borgerens funktionsevne inden udskrivelsen. Efter behov planlægges samtale med borger og pårørende, tidsnok til at koordinere den nødvendige indsats inden udskrivelsen.

Følgehjemordninger/opfølgende hjemmebesøg kunne være en anden måde at sikre et bedre udskrivelsesforløb. Ordningen indebærer, at en sygeplejerske fra hospitalet følger borgeren hjem og mødes med hjemmesygeplejersken og evt. egen læge i hjemmet. Sammen lægger de så en plan for hvilke tiltag og opgaver, der skal varetages. En sådan ordning kan udover at sikre et sammenhængende forløb også bidrage til forebygge genindlæggelser.

Et andet tiltag til at sikre sammenhængende patientforløb kunne være, at kommunerne blandt kommunens hjemmesygeplejersker udpeger en forløbskoordinator, der har det overordnede ansvar for at sikre borgeren et godt og sammenhængende forløb.

¹²Esbjerg Kommune, Sundhed og omsorg, visitationen. 2008. http://www.making-it.dk/uploadedImages/5068-visitorarskursus_2008,_udskrivelseskoordinatorfunktion.pdf

FORLØBSKOORDINATOR I FREDERIKSBERG KOMMUNE

I Frederiksberg Kommune har man ansat forløbskoordinatorer, der skal kobles på borgerforløb, der kræver ekstra samarbejde og koordinering. Det være sig borgere, der bliver hyppigt indlagt og komplekst syge borgere, der har brug for koordinering af deres forløb, så det bliver sammenhængende.

Forløbskoordinatorens funktion er at tage sig af følgehjemordningen, have overblik over hvem, der skal involveres i sygdomsforløbet, formidle kontakt til relevante fagfolk, skrive handleplaner samt at give støtte i forbindelse med et kompliceret forløb i sundhedsvæsenet.

Der er mange nye tiltag for at forbedre samarbejdet, skabe gode og sammenhængende patientforløb og forebygge genindlæggelser, men der mangler stadig forskning, der viser, hvilke tiltag der rent faktisk virker bedst.

En udfordring i forhold til samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og sygehus er desuden, at et sygehus ofte samarbejder med mange forskellige kommuner, der ikke har samme organiserings- eller visitationsmodel. Derfor det kan være svært for sygehuspersonalet at holde styr på, hvordan de pågældende kommuner ønsker at samarbejdet skal tilrettelægges. Den anden vej rundt samarbejder den enkelte kommune også ofte med flere forskellige sygehuse og afdelinger, der også gør tingene forskelligt. Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer er tænkt som et redskab til at få lavet nogle fælles retningslinjer for, hvordan man på alle regionens sygehuse og i alle kommuner i regionen skal samarbejde om indlæggelser og udskrivninger. Sundheds- og samarbejdsaftalerne sætter i denne forbindelse rammen for, hvilken information der skal udveksles mellem kommune og sygehus.

En anden udfordring i samarbejdet på tværs af sygehuse og hjemmesygepleje, som både hjemmesygeplejersker og sygehusplejersker oplever, er vanskeligheder med at tænke helhed, kommunikation, kontinuitet og koordination i patientforløbene, blandt andet fordi de forskellige organisationsformer ikke naturligt lægger op til faglige fællesskaber. En måde at tage denne udfordring op på kunne fx være at benytte jobrotation, fælles skolebænk, sidemandsoplæring eller lignende på tværs, så der tilegnes viden om, hvordan sygehus og hjemmesygeplejen fungerer. Der er i denne sammenhæng også forskellige paradigmer på spil i de to sektorer, fx taler man om "borgere" i kommunen, fordi man traditionelt har haft et stærkt socialt fagligt fokus, mens man på sygehusene taler om "patienter" fordi man har et primært sundhedsfagligt fokus, herunder særligt fokus på behandling.

Et godt samarbejde kræver altså klare fælles aftaler om, hvem der gør hvad, og en forståelse for, hvem der kan hvad. I forhold til opgaveglidning fra sygehus til kommune, så mener hjemmesygeplejerskerne, at denne tendens skal vendes til en aftalt opgaveflytning, hvor hjemmesygeplejen systematisk klædes på til opgaverne, og hvor pengene følger med opgaven, således at hjemmesygeplejen får tildelt flere midler til de nye opgaver.

Udfordringerne i samarbejdet mellem sygehuse og hjemmesygeplejen kan sammenfattes i følgende punkter:

- God kommunikation, hvor der udveksles tilstrækkelige oplysninger og er tilgængelighed i forhold til hinanden, har afgørende betydning for at sikre gode og sammenhængende forløb af høj sundhedsfaglig kvalitet.
- De nye og mere komplekse opgaver stiller store krav til kompetencerne hos hjemmesygeplejerskerne. Aftalt opgaveflytning med tilhørende kompetenceudvikling kan være med til at imødekomme denne udfordring.
- Sundhedsaftalerne kan være et godt værktøj til at lave aftaler omkring, hvem der gør hvad ved indlæggelser og udskrivelser, men sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forankret hos frontlinjepersonalet.
- Mange nye tiltag for at forbedre samarbejdet, skabe gode og sammenhængende forløb samt forebygge genindlæggelser vokser frem, men vi mangler evidens for, hvad der virker bedst.
- Sygeplejerskerne i begge sektorer efterspørger større indsigt og viden om hinandens "arbejdsvirkelighed". Ved at have et mere indgående kendskab til hinandens opgaver, roller, ansvar og handlemuligheder, kan sygeplejerskerne bedre sikre de gode indlæggelser og udskrivningsforløb.

SAMARBEJDE MED ALMEN PRAKSIS

Almen praksis er ligesom sygehusene en af hjemmesygeplejens vigtigste samarbejdspartnere. Dette underbygges af en undersøgelse fra KL, som viser, at 21 % af henvisningerne til hjemmesygeplejen kommer fra almen praksis¹³. En af de udfordringer, som hjemmesygeplejerskerne oplever at stå over for i forhold til almen praksis, handler om de praktiserende lægers manglende tilgængelighed. Hjemmesygeplejerskerne oplever, at det kan være svært at komme i telefonisk kontakt med lægen, hvis de skal ringe på samme nummer som alle andre og derfor må bruge meget tid på at sidde i telefonkø. I denne forbindelse efterspørges der mange steder et alternativt telefonnummer, som hjemmesygeplejen kan benytte ved akutte problemer, hvilket man har gode erfaringer med i en række kommuner. I forhold til ikke-akutte problemstillinger er der i mange kommuner gode erfaringer med elektronisk kommunikation med lægerne.

En anden stor udfordring, som hjemmesygeplejerskerne peger på i samarbejdet med de praktiserende læger, er, at de praktiserende læger har svært ved at afsætte tid til hjemmebesøg. Hjemmesygeplejerskerne oplever det meget frustrerende, da de netop henvender sig til lægen og beder om et hjemmebesøg, når de virkelig har brug for lægefaglig ekspertise. Omvendt fortæller hjemmesygeplejerskerne, at lægerne undertiden føler sig kaldt ud for meget, da de oplever, at andre faggrupper i kommunerne kan finde på at bede lægerne komme på hjemmebesøg til opgaver, som hjemmesygeplejersken sagtens havde kunnet tage sig af, hvis hun var blevet tilkaldt først.

Antallet af konsultationssygeplejersker er stigende i almen praksis. I den forbindelse, er konsultationssygeplejerskerne i stor udstrækning er begyndt at varetage de samme opgaver som hjemmesygeplejen, fx sårpleje. Hjemmesygeplejerskerne mener langt hen ad vejen, at det er fornuftigt at aflaste de praktiserende læger ved hjælp af konsultationssygeplejersker. Udviklingen med flere kon-

¹³"Hjemmesygepleje - dokumentation og styring", KL, 2011, <http://www.kl.dk/Social-service/Artikler/79133/2011/01/Dokumentation-af-hjemmesygepleje/>

sultationssygeplejersker medfører imidlertid og nogle nye udfordringer. En af udfordringerne er, at der ikke er systematik i, hvilke patienter der bliver behandlet i almen praksis, og hvilke der bliver behandlet i hjemmesygeplejen. I den forbindelse oplever hjemmesygeplejerskerne fx, at de får opgaver overdraget fra konsultationssygeplejersken, når det er weekend og ferie, hvilket betyder, at borgeren bliver udsat for et unødvendigt sektorskift midt i en behandling. Et sektorskift der igen kræver tid til vidensdeling og kommunikation mellem almen praksis og hjemmesygeplejen, for at opgaven kan løses optimalt. Hjemmesygeplejerskerne efterspørger derfor nogle klarere aftaler om, hvilke opgaver der bliver varetaget hvor og hvornår. Her kan sundhedsaftalerne bruges som redskab til at lave fælles aftaler.

Samlet set kan man sige, at udfordringerne i samarbejdet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen handler dels om tilgængelighed, og dels om usikkerhed om, hvor hvilke opgaver skal være placeret nu og i fremtiden. Når der i fremtiden kommer yderligere mangel på praktiserende læger i yderområderne. Det må nødvendigvis være sådan, at nogle af almen praksis opgaver må løses af andre end lægen selv. Både konsultationssygeplejersker og hjemmesygeplejen kan bidrage her, men der skal være klare aftaler om, hvordan opgavefordelingen skal være, og der skal følge økonomiske midler med, hvis hjemmesygeplejen skal overtage nogle af disse opgaver.

Udfordringerne i relation til samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis kan sammenfattes i følgende punkter:

- Hjemmesygeplejerskerne efterspørger mere tilgængelighed af lægefaglig sparring fra de praktiserende læger både i form af telefonisk kontakt og hjemmebesøg hos borgerne.
- Andre faggrupper kan med fordel rådføre sig hos hjemmesygeplejerskerne inden kontakt til almen praksis.
- Det er svært at løse opgaver i samarbejde, når der ikke er klare aftaler for, hvem der gør hvad og hvornår. Dette gælder både i forhold til lægen selv, men også i forhold til det stigende antal konsultationssygeplejersker, der undertiden løser de samme opgaver som hjemmesygeplejen.

NYERE TILTAG I HJEMMESYGEPLEJEN

Kommunerne arbejder i disse år intenst på at håndtere de mange nye og komplekse opgaver i hjemmesygeplejen og på ældreområdet. En af metoderne er kompetenceudvikling, men en række kommuner etablerer også nye tilbud og indsatser, som på den ene side skal sikre en faglig styrkelse i forhold til de nye og mere komplekse opgaver, men som også skal sikre bedre udnyttelse af de sparsomme sygeplejerskeressourcer, der igen skal sikre sammenhæng i patientforløbene og som skal forebygge (gen)indlæggelser på sygehus.

SYGEPLEJEKLINIKKER

Ifølge KL's kortlægning¹⁴ har 68 % af kommunerne i 2010 oprettet sygeplejeklinikker, hvor borgere der er i stand til det, kan møde op og få sygepleje. Sygeplejeklinikkerne er oftest bemandede med sygeplejersker og undertiden SOSU-assistenten. Sygeplejeklinikkerne kan bidrage til en mere hensigtsmæssig anvendelse af de sygeplejefaglige ressourcer og giver større frihed og fleksibilitet for borgerne, der selv kan transportere sig til og fra sygeplejeklinikken. Sygeplejeklinikkerne kan således være et tiltag, der frigiver mere tid til de komplekse sygeplejeopgaver hos borgere i eget hjem, der ikke er i stand til at transportere sig til en sygeplejeklinik. Etablering og tilpasning af de eksisterende sygeplejeklinikker er i mange kommuner under udvikling, og der er ikke nogen fast definition på, hvad indholdet i sådanne klinikker mere præcist skal være.

SYGEPLEJEKLINIKKER I KØBENHAVNS KOMMUNE¹⁵

Der er fire sygeplejeklinikker bemandede af sygeplejersker i Københavns Kommune. Typisk er sygeplejeklinikken dækket af 1 til 2 sygeplejersker dagligt. Målgruppen er borgere, som ikke har væsentlige fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, og som modtager hjælp i mindre end 3,9 timer om ugen, og som modtager 1 til 5 besøg om ugen. I 2009 blev der foretaget en evaluering af sygeplejeklinikkerne, der viste at borgerne, som var tilknyttet sygeplejeklinikkerne generelt var tilfredse, trygge, og oplevede en høj kvalitet og større frihed. Sygeplejerskerne i sygeplejeklinikkerne fandt, at klinikfaciliteterne gav dem bedre mulighed for at yde god sygepleje. Der er således gode erfaringer med sygeplejeklinikkerne og fremadrettet kunne de også have en forebyggende og sundhedsfremmende funktion og en tænkelig måde at nå de udsatte samfundsgrupper på, dog kræver det at hjemmesygeplejerskerne har indblik i forebyggelse og sundhedsfremmende aktiviteter, der finder sted i kommunerne samt hjemmesygeplejerskens funktion indenfor forebyggelse og sundhedsfremme specificeres.

AKUTTBUD

Kommunerne oplever i disse år, at borgerne bliver udskrevet tidligere fra sygehuset med mere komplekse behov for sygepleje end tidligere. Samtidig er der med indførelse af den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser kommet et større fokus på at forebygge indlæggelser på sygehus. Begge udviklingstendenser forventes at fortsætte i fremtiden, og nogle kommuner forsøger sig

¹⁴ Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

¹⁵ Evaluering af sygeplejeklinikker, Dokumentationsstaben, april 2009. <http://www.kk.dk/eDoc/Sundheds-%20og%20omsorgs-udvalget/29-04-2010%2014.30.00/Dagsorden/23-04-2010%2015.43.40/5390184.PDF>

derfor med tiltag, der kan imødekomme disse mere komplekse sygeplejebehov, og som kan bidrage til at forebygge indlæggelser på sygehus – altså tiltag, der fungerer som en buffer mellem sygehus og hjemmesygeplejen.

Når man kigger på udvalgte forebyggelige indlæggelser blandt borgere over 65 år ser man, at der er mange indlæggelser inden for en del sygdoms- og symptomkategorier, som hjemmesygeplejen i kraft af de sygeplejefaglige kompetencer vil have mulighed for at forebygge.

Table 1: Antal forebyggelige indlæggelser for 65+ årige pr. 1.000 65+ årige, udvalgte diagnoser, 2009, hele landet

Blodmangel	1,6
Knoglebrud	17,4
Tarminfektion	1,7
Blærebetændelse	4,6
Nedre luftvejssygdom	34,1
Forstoppelse	2,8
Væskemangel	7,0
Sukkersyge	3,4
Tryksår	0,3
Sociale og plejemæssige forhold	0,5
I alt	73,5

Kilde: eSundhed

Dette gælder fx de borgere, der indlægges med nedre luftvejssygdom, blærebetændelse og væskemangel, som man må formode, at hjemmesygeplejerskerne i mange tilfælde vil kunne forebygge med sygeplejefaglige indsatser. Hjemmesygeplejerskerne kan således potentielt bidrage væsentligt til at forebygge sygehusindlæggelser.

Mange steder iværksætter man derfor akutpladser, midlertidige pladser, akutteams, omsorgs-/tryghedspladser mv., som netop har til formål at forebygge indlæggelser og samtidig kan forbedre rammerne for varetagelsen af de mere komplekse hjemmesygeplejeopgaver, som borgerne udskrives til. Akutteams dækker oftest over en ordning, hvor en gruppe af hjemmesygeplejersker med fagligt fokus på borgernes akutte og komplekse problemstillinger etableres, således at de kan tilkaldes ved behov. Kun 2 % af kommunerne har oprettet sådanne akutteams¹⁶. Akutpladser dækker over en ordning, hvor der oprettes en række midlertidige sengepladser, som borgere med akutte og/eller komplekse sygeplejebehov kan visiteres til, indtil borgeren er i stand til at komme tilbage i eget hjem igen. 33 % af kommunerne har oprettet sådanne akutpladser. Alle disse kommuner har SOSU-assistenten tilknyttet akutpladserne, mens 92 % har sygeplejersker tilknyttet og 79 % har SOSU-hjælpere¹⁷ tilknyttet. 38 % har andre faggrupper tilknyttet og her nævnes fysio- og ergoterapeuter¹⁸.

¹⁶ Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

¹⁷ SOSU-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.

¹⁸ Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

Kompetencemæssigt vil sygeplejersker, der hovedsagligt varetager akutte og komplekse opgaver kunne opnå stor rutine og ekspertise inden for dette komplekse område, og tiltaget vil således kunne bidrage til en form for specialisering i hjemmesygeplejen, som fokuserer på kompleks sygepleje, herunder fx IV-behandling.

FLEXPLADSER I HERLEV KOMMUNE¹⁹

Flexpladserne i Herlev Kommune anvendes som observationspladser efter indlæggelse, restitution, til sygeplejefaglig efterbehandling og ventepladser. For at sikre borgerne sammenhængende forløb afholdes der tværfaglige konferencer og i samråd med borgeren og pårørende bliver der lagt en plan for fremtiden. Der er 12 flexpladser i Kommunen og de bliver bemandede af 2 sygeplejersker, der dækker dagvagterne i hverdage og SOSU-assistenten og -hjælperen dækker aften, nat og weekender. Hjemmesygeplejen dækker de akutte opgaver, der må komme om aften, nat og weekend.

AKUTTEAM I HELSINGØR KOMMUNE²⁰

Helsingør Kommune har et akutteam, der hjælper borgere med akutte behov for observation, pleje og behandling, der kan varetages i hjemmet, men som den almindelige hjemmepleje ikke kan klare. Det fungerer som en selvstændig specialenhed i hjemmeplejen, bestående af fire sygeplejersker, fire social- og sundhedsassistenter og en områdeleder, der kan benyttes både dag og aften. Formålet er at hjælpe borgere til at tilbringe længst mulig tid i eget hjem.

Akutteamets plejeopgaver:

- Akut observation i hjemmet
- Medicinsk overvågning
- Intravenøs administration af væske, ernæring og medicin
- Vejledning af urologiske patienter
- Assistance ved frakturskader og traumer
- Pleje af alvorligt og uhelbredeligt syge
- Standby-funktion
- Afrusning af alkoholikere

¹⁹Statusrapport vedr. Flexpladserne - forår 2010.

²⁰http://www.akutteam.dk/index.php?section_id=1

KOMPETENCEBEHOV I FREMTIDENS HJEMMESYGEPLEJE

De mange nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen udfordrer i høj grad de sygeplejefaglige ressourcer og kompetencer blandt hjemmesygeplejerskerne. Som beskrevet i projektets statusrapport²¹, så drejer det 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 medicinering, 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).

Samtidig bidrog hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker i projektets fokusgruppeinterviews og workshop med en anden udfordring i relation til kompetencebehov i hjemmesygeplejen. Udfordringen består i behovet for at få skabt en **større forståelse for og indsigt i det nye sundhedsvæsen**, som strukturreformen og øvrige tiltag har skabt, og hvor kommuner og regioner har fået og får nye roller og funktioner, hvor kravene til sektorerne om at samarbejde bliver større og større. Både hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker efterspurgte, som tidligere beskrevet, et større tydelighed på det fælles ansvar og en større forståelse for og indsigt i hinandens arbejdsfelt og betingelser. Der mangler altså på begge sider viden om det nye sundhedsvæsen og om hinandens forskellige roller og funktioner heri, hvilket også understreges af hjemmesygeplejerskernes og sygehussygeplejerskernes oplevelse af, at indholdet af sundhedsaftalerne langt fra er kendt hos frontlinjepersonalet i både kommuner og regioner. En måde at skabe mere forståelse på, er naturligvis undervisning/kurser, men både hjemmesygeplejersker og sygehussygeplejersker peger i interviewene også på, at fælles undervisning/oplæring (fx fælles skolebænk) og jobbytte kan være en måde at opnå denne indsigt.

SYGEPLEJEFAGLIGE RESSOURCER

For at kunne håndtere de mange nye og mere komplekse sygeplejeopgaver oplever hjemmesygeplejerskerne, at der er behov for flere sygeplejefaglige ressourcer i kommunerne. I takt med at patienterne bliver udskrevet tidligere og med mere komplekse problemstillinger, der kræver høje sygeplejefaglige kompetencer og specialiseret viden, forudser hjemmesygeplejerskerne, at det i fremtiden vil blive vanskeligt at varetage de mange nye opgaver fra sygehusene, hvis antallet af sygeplejersker forbliver stabilt eller falder. Til trods for en betydelig vækst i opgaverne, er antallet af sygeplejersker i kommunerne ikke vokset de seneste 10 år. Som det ses i tabellen nedenfor, var der i 2010 ansat knap 8000 basissygeplejersker (eksl. ledende sygeplejersker) i kommunerne.

Tablet 2: Udviklingen i antallet af sygeplejersker i kommunerne 2000-2010²²

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

²¹Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

²²Kilde: FLD, <http://www.fldnet.dk/>

Antallet af hjemmesygeplejersker skal ses i lyset af, at der siden 2001 er kommet 10.000 flere social- og sundhedsassistenter 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 social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i kommunerne.

Kortlægningen af hjemmesygeplejen²³ viste i relation til omfanget af sygeplejersressourcer i kommunerne, at der i 42 % af kommunerne er ansat sygeplejersker i alle kommunens plejecentre²⁴, mens 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 sygeplejeydelser fra den udkørende hjemmesygepleje.

Det opleves af mange af hjemmesygeplejerskerne som en udfordring, at der ikke er fast tilknyttede sygeplejersker på plejecentrene, særligt set i lyset af, at beboerne på plejecentrene er karakteriseret ved at have meget komplekse pleje- og behandlingsbehov. Hertil kommer, at fastansatte sygeplejersker i højere grad har mulighed for at forebygge indlæggelser og lave tidlig opsporing af sygdom/problemer.

UNDERSØGELSE OM HJEMMESYGEPLEJERSKERNES KOMPETENCER

I efteråret 2010 udsendte KL og DSR et spørgeskema til hjemmesygeplejersker registreret i DSR's medlemsregister om de fremtidige opgaver i hjemmesygeplejen og hjemmesygeplejerskernes kompetencer i forhold til disse opgaver (se spørgeskemaet i bilag 3). Spørgeskemaet blev udsendt til 438 hjemmesygeplejersker og kunne besvares anonymt uden angivelse af navn og ansættelsessted. 123 hjemmesygeplejersker har besvaret spørgeskemaet²⁵. Spørgeskemaet var bygget op i tre dele:

1. Baggrundsinformationer om de deltagende hjemmesygeplejersker, som bidrager til at beskrive, hvilke hjemmesygeplejersker der har besvaret spørgeskemaet. Baggrundsinformationerne bidrager således til at give gennemsigtighed i forhold til undersøgelsens repræsentativitet. Baggrundsinformationerne omhandler hjemmesygeplejerskens anciennitet som hjemmesygeplejersker, deres kliniske erfaring, deres uddannelsesniveau, og deres deltagelse i videre-, special-, diplom- og efteruddannelser.
2. Spørgsmål om, hvilke sygeplejefaglige områder, hjemmesygeplejerskerne mener, bliver mere eller mindre omfattende inden for de næste 5 år, og deres vurdering af deres kompetencer inden for disse områder. Spørgsmålene baserede sig på en på forhånd udarbejdet liste over mulige opgaver i hjemmesygeplejen, og det er således udelukkende i forhold til opgaver i denne liste, at de deltagende hjemmesygeplejersker har skullet besvare spørgsmålene.
3. Et åbent spørgsmål om, hvad de deltagende hjemmesygeplejersker mener, der skal til for, at de føler sig klædt bedre på til de arbejdsområder, de ikke i dag mener, at de har gode faglige kompetencer inden for.

²³Statusrapport - Fremtidens hjemmesygepleje

²⁴Plejecenter anvendes i rapporten synonymt med plejeboliger og plejehjem.

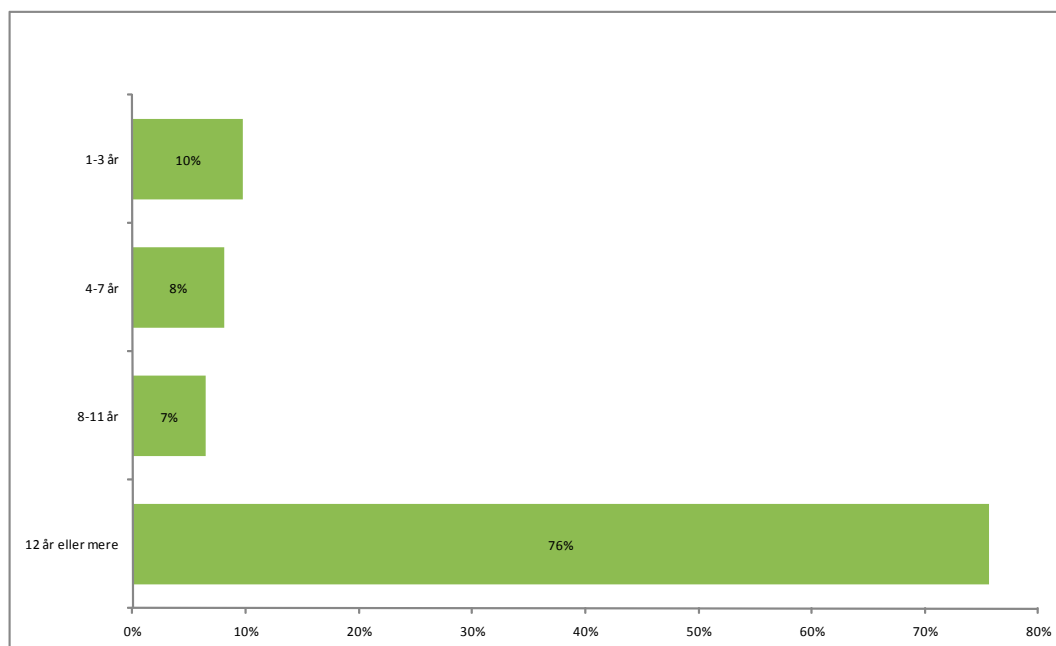
²⁵Årsagen til manglende svar fra de 315 hjemmesygeplejersker skyldes forældede e-mailadresser eller manglende vilje til at deltage i undersøgelsen.

Det skal understreges, at undersøgelsen af forskellige grunde ikke har tilstrækkelig repræsentativitet i forhold til alle landets hjemmesygeplejersker. Dette skyldes dels, at svarprocenten er lille. Desuden er spørgeskemaet ikke udsendt til alle landets hjemmesygeplejersker, men kun de 438, som har opgivet deres e-mailadresse til DSR's medlemsregister. Endelig kendes baggrundsinformationer på alle landets hjemmesygeplejersker ikke, og det er derfor ikke muligt at vurdere de deltagende hjemmesygeplejerskers repræsentativitet i forhold til alle landets hjemmesygeplejersker. Undersøgelsen skal således opfattes som en stikprøve blandt hjemmesygeplejersker, der er medlem af DSR og ikke som en undersøgelse af alle landets hjemmesygeplejersker. Resultaterne er derfor alene et pejlemærke om, hvordan nogle hjemmesygeplejersker oplever de faglige udfordringer sammenholdt med de faglige kompetencer.

BAGGRUNDSINFORMATIONER OM DE DELTAGENDE HJEMMESYGEPLEJERSKER

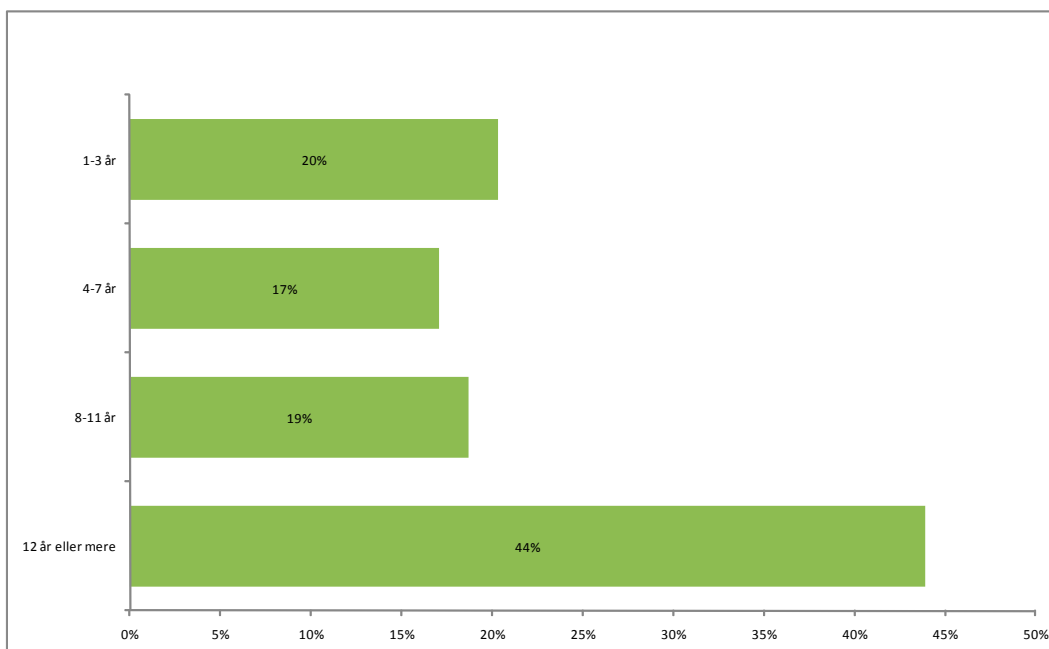
Nedenfor ses det, at 76 % af de deltagende hjemmesygeplejersker har været uddannet sygeplejersker i 12 år eller mere.

Figur 1: Hvor længe har du været uddannet sygeplejerske?



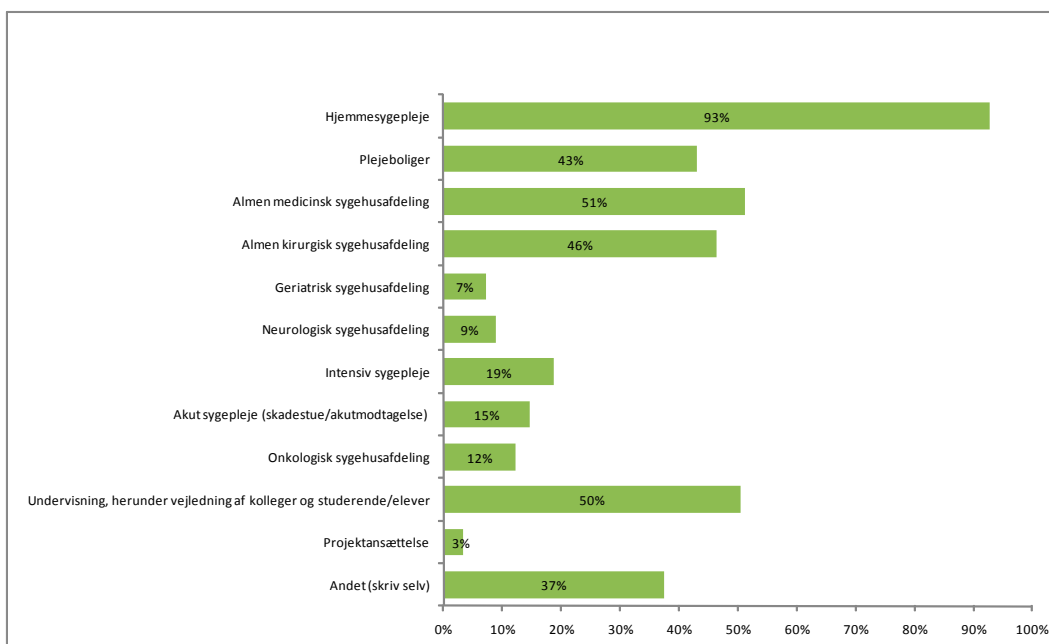
De deltagende hjemmesygeplejersker har ikke alle arbejdet mange år i hjemmesygeplejen, selvom 76 % har været hjemmesygeplejersker i mere en 12 år, fx har 10 % kun været hjemmesygeplejersker i 1-3 år.

Figur 2: Hvor længe har du arbejdet som hjemmesygeplejerske?



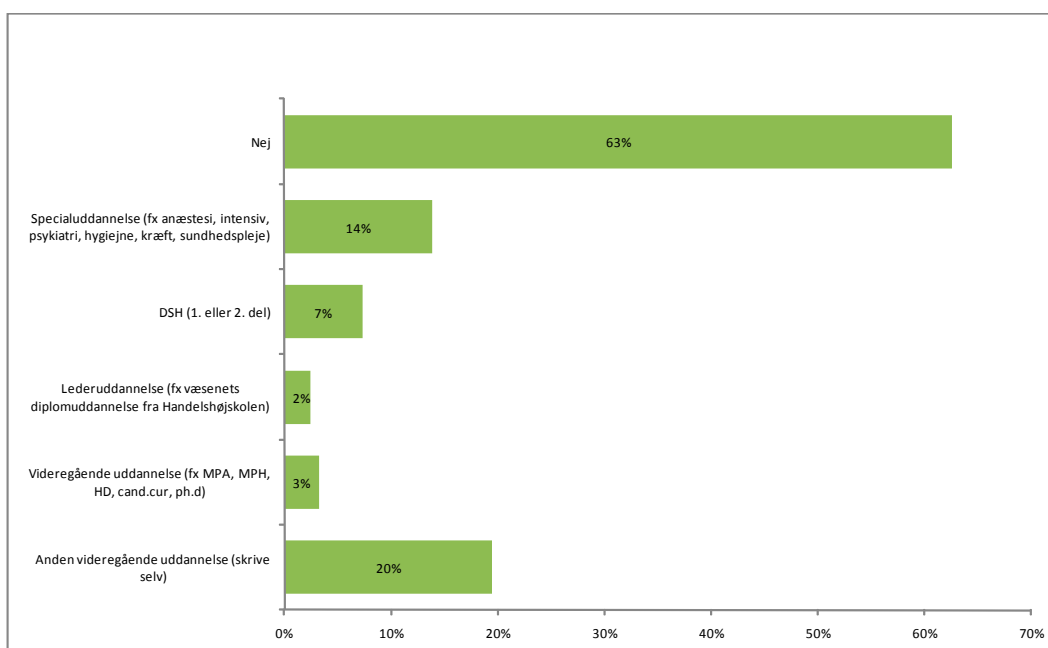
Hjemmesygeplejerskerne blev endvidere spurgt, hvor de har erfaring fra. Udover hjemmesygepleje, har en del af de deltagende hjemmesygeplejersker også erfaring fra plejeboliger, medicinske og kirurgiske sygehusafdelinger samt erfaring med undervisning og vejledning af studerende og elever.

Figur 3. Hvilke faglige områder har du erfaring fra?



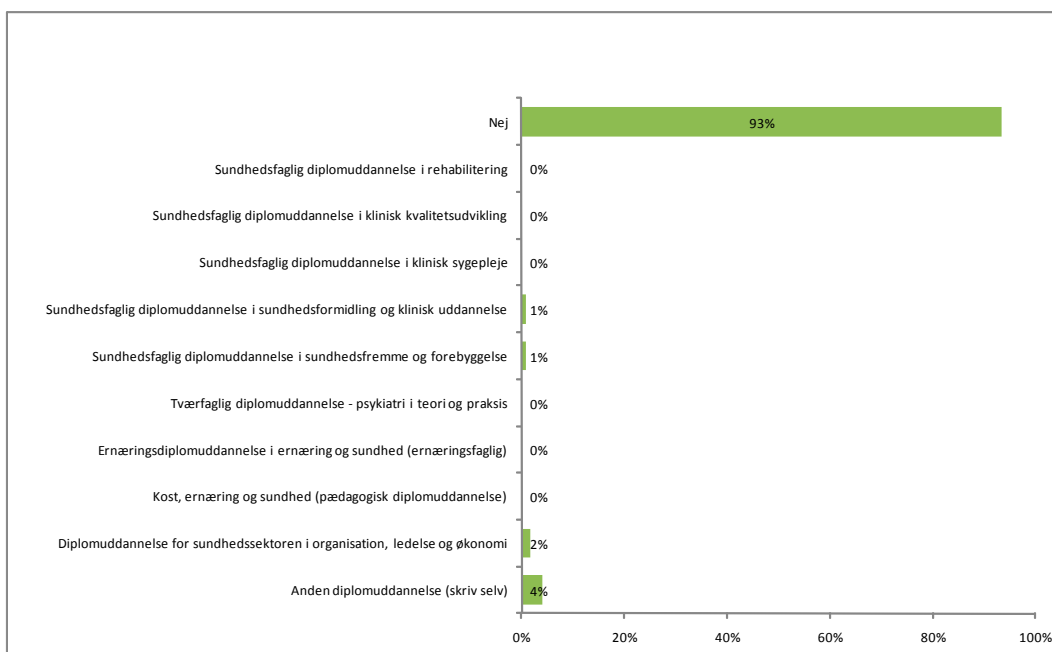
Hjemmesygeplejerskerne blev også spurgt, om de havde gennemført en videreuddannelse, en diplomuddannelse og/eller andre former for efteruddannelse. Som det ses har 63 % af de deltagende hjemmesygeplejersker ikke gennemført nogen form for videreuddannelse, mens 14 % har gennemført en specialuddannelse. 20 % har gennemført anden videreuddannelse.

Figur 4: Har du gennemført en eller flere meritgivende videreuddannelser?

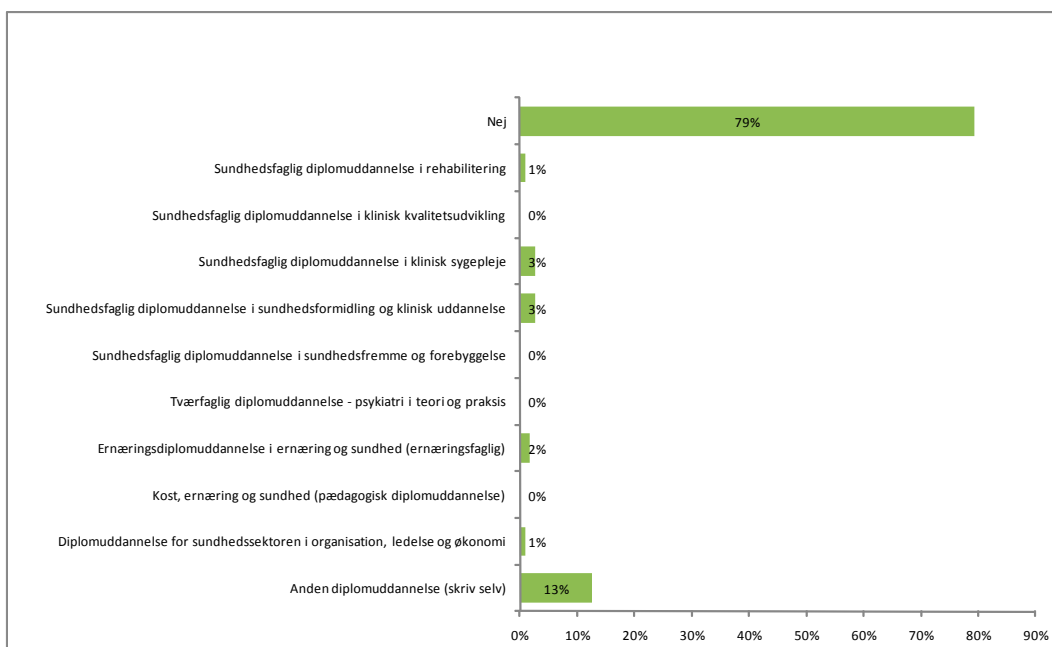


I forhold til diplomuddannelser, svarede 93 %, at de ikke havde gennemført en hel diplomuddannelse, mens 79 % svarede, at de ikke havde gennemført et eller flere moduler i en diplomuddannelse.

Figur 5: Har du gennemført en diplomuddannelse (hele uddannelsen)?

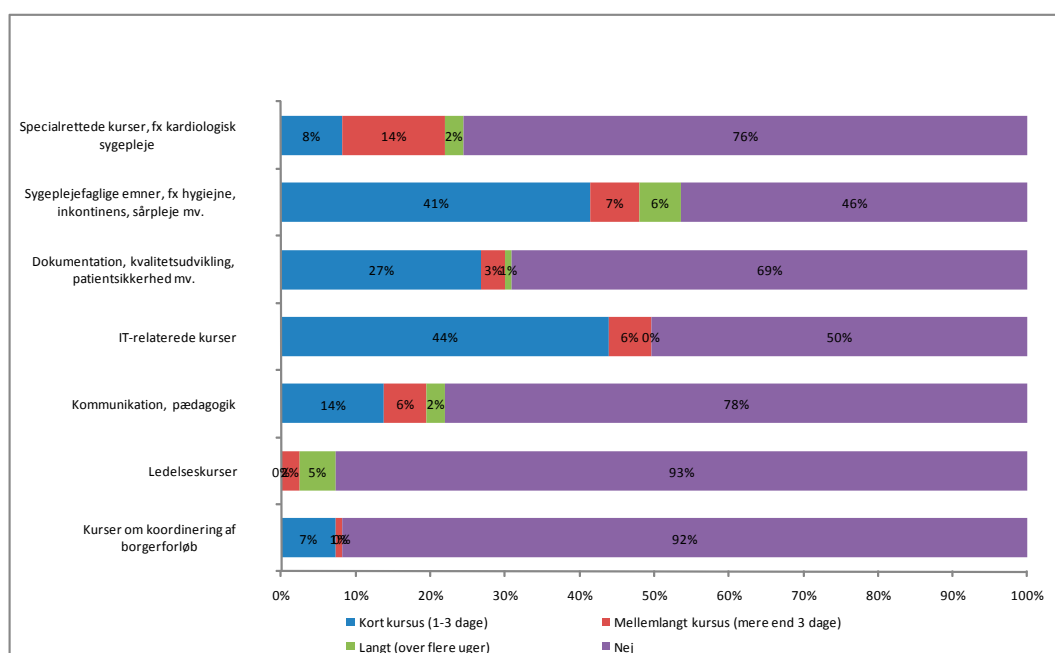


Figur 6: Har du gennemført et eller flere moduler inden for en diplomuddannelse?



I forhold til efteruddannelse har meget få af de deltagende hjemmesygeplejersker deltaget i lange efteruddannelsesaktiviteter, mens en del flere har deltaget i korte efteruddannelsesaktiviteter inden for de sidste to år. Typen af efteruddannelsesaktiviteter, som flest har deltaget i er kurser om sygeplejefaglige emner, dokumentation og kvalitetsudvikling samt IT.

Figur 7: Har du deltaget i efteruddannelsesaktiviteter inden for de sidste to år?



Som det ses, er mangfoldigheden, hvad angår uddannelsesbaggrund og kompetencer, stor blandt de deltagende hjemmesygeplejersker. De deltagende hjemmesygeplejersker har for de flestes vedkommende en bred baggrund fra forskellige områder både i kommunerne og i det regionale sundhedsvæsen. Videre- og efteruddannelsesaktiviteten blandt de deltagende hjemmesygeplejersker er ikke voldsomt stor, men aktiviteten breder sig ud på mange forskellige områder.

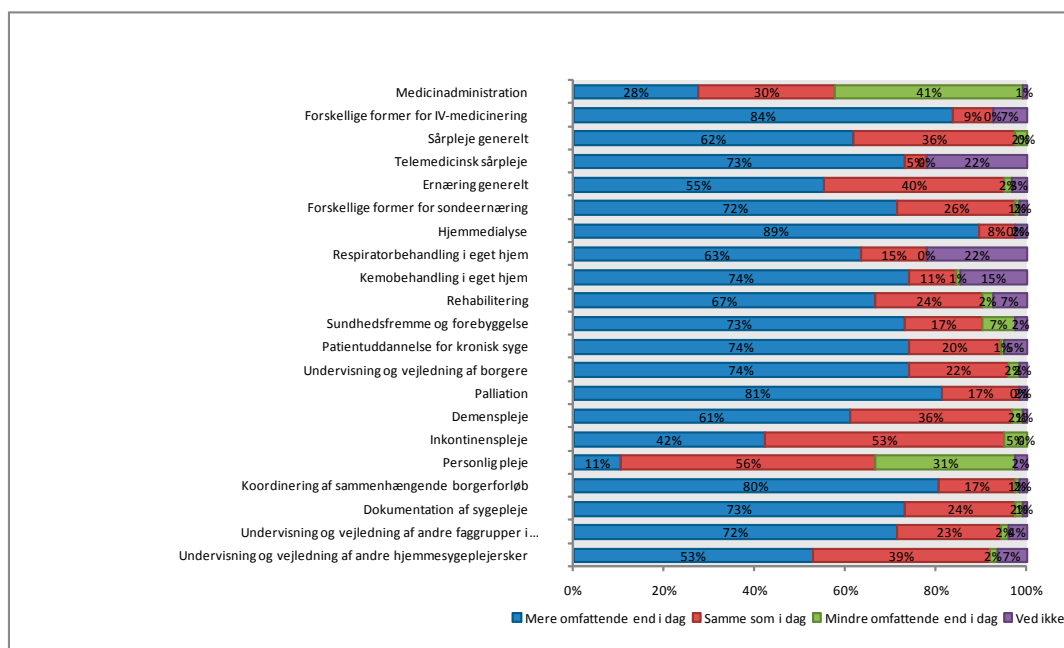
Hjemmesygeplejerskerne blev udover spørgsmålene om uddannelse også spurgt om deres oplevelse af aktuelle og fremtidige opgaver i hjemmesygeplejen, samt deres kompetenceniveau inden for disse opgaver.

HJEMMESYGEPLEJERSKERNE VURDERING AF UDVIKLINGEN I DE NYE OPGAVER OG AF DERES KOMPETENCER

Hjemmesygeplejerskerne blev først spurgt, hvilke opgaver, de mener, bliver mere eller mindre omfattende i hjemmesygeplejen om 5 år. Som det ses i nedenstående figur, så regner de deltagende hjemmesygeplejerskerne med, at nyere kliniske opgaver som IV-medicinering, telemedicinsk sårpleje, sondeernæring, respiratorbehandling, kemobehandling, patientuddannelse og hjemmedialyse bliver mere omfattende end i dag. En række mere traditionelle opgaver som sårpleje, sundhedsfremme og forebyggelse, vejledning, palliation og koordinering af borgerforløb, regner mange af de deltagende hjemmesygeplejersker også med bliver mere omfattende end i dag. Derimod regner de deltagende

hjemmesygeplejersker med, at traditionelle opgaver som personlig pleje, medicinadministration og inkontinenspleje bliver af samme eller mindre omfang end i dag.

Figur 8: Hvilke opgaver, mener du, bliver mere eller mindre omfattende i hjemmesygeplejen om 5 år?

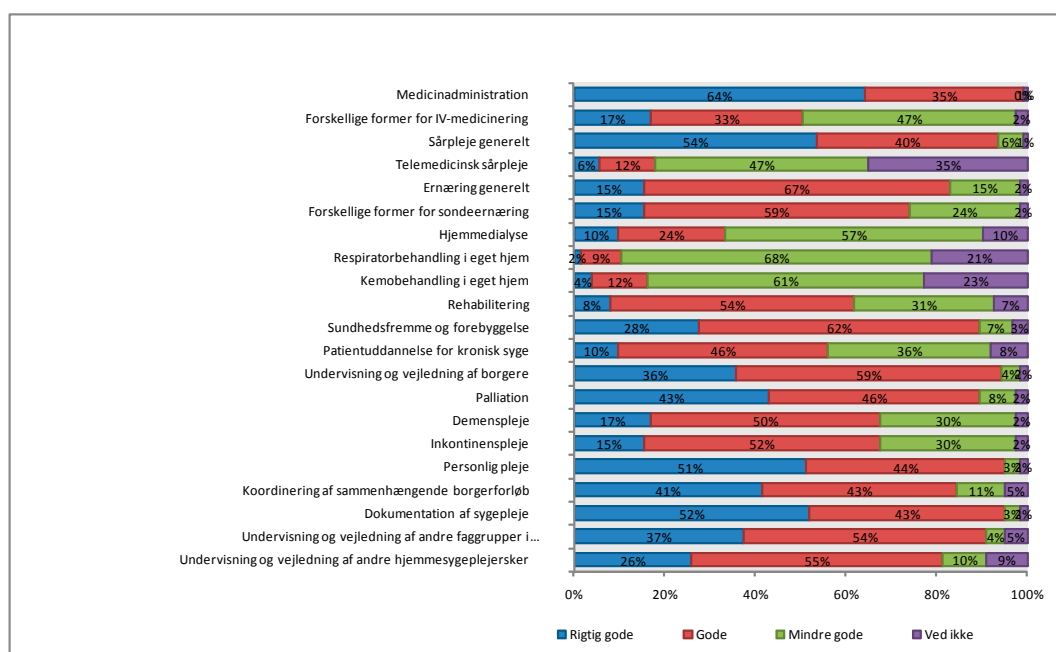


Hjemmesygeplejerskerne blev herefter spurgt, hvordan de vurderede deres faglige kompetencer inden for de samme arbejdsområder. Som det ses i nedenstående figur, så oplever de deltagende hjemmesygeplejersker sig på en stor del af områderne ikke klædt godt på til opgaverne. Der hvor flest scorer deres faglige kompetencer højest, er inden for opgaverne sundhedsfremme og forebyggelse, vejledning af borgere, palliation, personlig pleje, koordinering af sammenhængende forløb, dokumentation og undervisning af kolleger. Der hvor flest scorer deres faglige kompetencer lavest, er inden for de nyere kliniske opgaver IV-medicinering, telemedicinsk sårpleje, respiratorbehandling, kemobehandling og hjemmedialyse.

Set i forhold til hvilke opgaver, de regner med bliver mere omfattende end i dag, så må man sige at der, for de deltagende hjemmesygeplejersker er et fremtidigt kompetence-gab i forhold til IV-medicinering, telemedicinsk sårpleje, respiratorbehandling, kemobehandling og hjemmedialyse, som de deltagende hjemmesygeplejersker regner med bliver mere omfattende end i dag. På den anden side, så vurderer de deltagende hjemmesygeplejersker sig rigtig godt klædt på til sundhedsfremme og forebyggelse, vejledning af borgere, palliation og koordinering af sammenhængende forløb, som de også regner med bliver mere omfattende end de er i dag. I forhold til demenspleje, generel sårpleje, generelle ernæringsopgaver og sondeernæring, som de deltagende hjemmesygeplejersker også regner med bliver mere omfattende, føler de sig også godt klædt på. I forhold til medicinadministration, personlig pleje og inkontinenspleje føler de sig også godt klædt på, men de mener samtidig, at disse opgaver bliver mindre omfattende end de er i dag.

De deltagende hjemmesygeplejersker er udelukkende blevet bedt om at forholde sig til fremtidige opgaver inden for de næste 5 år, og som sagt er de deltagende hjemmesygeplejersker ikke nødvendigvis repræsentative for alle landets hjemmesygeplejersker. Undersøgelsen spørger således ikke ind til, om de deltagende hjemmesygeplejersker føler sig klædt godt nok på til fremtidens opgaver, men bare om de vurderer deres kompetencer som gode eller dårlige inden for de oplyste områder. Undersøgelsen siger således ikke noget om, at der ikke også kan være et behov for kompetenceudvikling inden for de områder, som de deltagende hjemmesygeplejersker i dag føler sig klædt godt på i forhold til. Det specialiserede sundhedsvæsen og den nye rollefordeling mellem regioner og kommuner udfordrer fx allerede i dag de traditionelle rammer for gode udskrivningsforløb og udviklingen vil forsætte de kommende år. Derfor vil der i sagens natur også være et stort behov for kontinuerlig kompetenceudvikling inden for de kendte opgaver, som hjemmesygeplejerskerne i kompetenceundersøgelsen vurderer deres kompetencer gode i forhold til. Det gælder fx inden for demens, palliation, sundhedsfremme og forebyggelse og koordinering af borgerforløb, hvor man kan forvente større krav til hjemmesygeplejen i fremtiden, som følge af udviklingen i det samlede sundhedsvæsen og udviklingen i borgernes behov.

Figur 9: Hvordan vurderer du dine faglige kompetencer inden for følgende arbejdsområder?



HJEMMESYGEPLEJERSKERNES VURDERING AF, HVAD DER SKAL TIL FOR AT BLIVE BEDRE KLÆDT PÅ TIL OPGAVERNE

Til slut i spørgeskemaet blev hjemmesygeplejerskerne spurgt, hvad skal der til for, at de føler sig klædt bedre på til de arbejdsområder, de ikke i dag mener, at de har gode faglige kompetencer inden for. Her svarer hovedparten af de deltagende hjemmesygeplejersker, at de ønsker flere kurser og tid/ressourcer til at deltage i sådanne kurser. En del svarer også, at de har brug for mere praktisk erfaring med opgaverne og mere kollegial sparring med kolleger, herunder kolleger med specialviden (specialistfunktioner, nøgle- og ressourcepersoner). De fleste af de, der har specificeret, hvilke typer af kurser/

undervisning, de ønsker, peger på at det skal være kurser, hvor hovedvægten er på praksis frem for teori, og at kurserne skal være for alle hjemmesygeplejersker i organisationen frem for nogle få. Endelig peger en meget stor del af sygeplejerskerne på, at de ønsker mere oplæring fra og erfaringsudveksling med sekundærsektoren, fx i form af "fælles skolebænk". Hvorvidt disse ønsker er gældende for alle landets hjemmesygeplejersker, kan undersøgelsen dog ikke sige noget om.

Samlet set kan man på baggrund af kompetenceundersøgelsen sige, at de deltagende hjemmesygeplejersker ikke har meget videre- og efteruddannelse med i bagagen. 34 % har dog en specialuddannelse eller anden videregående uddannelse, og ca. halvdelen har deltaget i efteruddannelsesaktiviteter af forskellig længde inden for sygeplejefaglige emner inden for de sidste to år. Mangfoldigheden er altså stor, hvad angår uddannelsesbaggrund og kompetencer blandt de deltagende hjemmesygeplejersker. Blandt de opgaver, som de deltagende hjemmesygeplejersker mener bliver mere omfattende inden for de næste 5 år, er der både en række opgaver, som de ikke føler sig ikke klædt godt på til og en række opgaver, som de føler sig klædt godt på til. De deltagende hjemmesygeplejersker peger på, at de ønsker tid og ressourcer til at få den fornødne kompetenceudvikling, og at de ønsker kompetenceudvikling med fokus på den kliniske praksis, gerne i samarbejde med sygehuse. Undersøgelsen kan dog ikke sige noget om, om alle landets hjemmesygeplejersker har samme kompetenceprofil og samme behov for kompetenceudvikling, som de deltagende hjemmesygeplejersker har.

FOKUS PÅ GENERALISTKOMPETENCERNE

Når man taler om kompetencer og kompetenceniveauer blandt hjemmesygeplejersker kan det være hensigtsmæssigt at opdele i hhv. generalistniveau og specialisering. Generalistniveau refererer i sådan en opdeling til de tværgående kompetencer, som alle hjemmesygeplejersker som samlet faggruppe har. Specialisering refererer til det kompetenceniveau, som særlige udpegede ressourcepersoner blandt hjemmesygeplejerskerne har. Grænsen mellem de to kompetenceniveauer er flydende, og derfor drejer det sig om at finde balancen mellem generalistniveauet og specialiseringsgraden, når man skal fastlægge på hvilke områder, alle hjemmesygeplejersker skal have de fornødne kompetencer, og på hvilke områder der er behov for særligt udpegede ressourcepersoner med specialkompetencer.

I fokusgruppeinterviewene, den afholdte workshop og kompetenceundersøgelsen blandt hjemmesygeplejersker peges der fra alle sider på, at fremtidens store udfordringer med at sikre de fornødne kompetencer i hjemmesygeplejen, primært skal imødekommes ved at hæve generalistniveauet blandt hjemmesygeplejerskerne. Generalistkompetencerne er især vigtige, da hjemmesygeplejerskerne i deres arbejde skal varetage en bred vifte af opgaver, og det vil være umuligt at opretholde ressourcepersoner på alle de mange nye og komplekse opgaver i alle kommuner. Ved at hæve generalistniveauet vil man således kunne højne kvaliteten af hjemmesygeplejen i forhold til alle de opgaver, der løses i hjemmesygeplejen.

Hvordan man skal højne generalistniveauet, er der mange bud på, men det hjemmesygeplejerskerne i både fokusgruppeinterview, på workshop og i kompetenceundersøgelsen har peget på mere systematisk kompetenceudvikling tæt på den kliniske praksis og meget gerne i fællesskab med sygehuse. Noget andet der er blevet peget på i projektet, er bedre og mere omfattende introprogrammer for nyansatte i hjemmesygeplejen, fx med bred uddannelse i kliniske opgaver, koordineringsopgaver og vejledningsopgaver (både for borgere og kolleger). Samtidig peger hjemmesygeplejerskerne på, at en

basisviden om geriatri og gerontologi stadig er essentielt for at kunne arbejde i hjemmesygeplejen, hvor ca. 80 % af målgruppen jo i dag er over 65 år.

En anden måde at højne det faglige generalistniveau på det kliniske område, kunne også ifølge hjemmesygeplejerskerne være at udarbejde fælles kliniske retningslinjer, således at det var et fælles klinisk grundlag for at yde hjemmesygepleje. I sekundær sektor er der indenfor kirurgi etableret en enhed for perioperativ sygepleje²⁶, der er landsdækkende. Enheden sørger for at opdatere den nyeste viden indenfor accelererede patientforløb og formidle den videre i form af "agenter" og workshops i hele Danmark. Denne metode kunne også være en inspiration til hjemmesygeplejen, hvis man ønsker at oprette en landsdækkende enhed, som hjemmesygeplejersker kan gøre brug af, når de skal have opdateret deres viden. I kommunerne kan man fx tage udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel, DASAMS kliniske retningslinjer og de sygeplejermæssige kliniske retningslinjer i Center for Kliniske Retningslinjer²⁷. Kliniske retningslinjer kræver dog viden om, hvad der er evidens for, og hvad der virker bedst. Der er imidlertid ikke på nuværende tidspunkt opbygget en forskningstradition indenfor hjemmesygeplejen i Danmark, til trods for, at der er en erkendelse af forskningens betydning for en veldrevet og faglig stærkt hjemmesygepleje, der kan matche fremtidens udfordringer. Den praksisnære og anvendelsesorienterede forskning kan give viden om, hvilke sygeplejefaglige indsatser, der har den højeste evidens. Dog forudsætter det kvalificerede forskere at opbygge et forskningsmiljø.

Ligesom i Danmark vil der i fremtiden også ske en ændring i demografiske og epidemiologiske mønstre i de andre nordiske lande²⁸. Antallet af ældre er stigende, og det samme gør sig gældende med antallet af mennesker med kroniske og mere komplekse sygdomme. Norge anser koordinering af sammenhængende forløb som et af de vigtige indsatsområder, da de ligesom Danmark har problemer med at borgernes behov for koordinering af deres forløb ikke imødekommes sufficent. Der er derfor lige som i Danmark iværksat et projekt²⁹ til at udvikle nationale standarder for elektronisk udveksling af oplysninger mellem sygehussygeplejersker og hjemmesygeplejen, som formentlig vil sikre et gnidningsfrit samarbejde. En norsk rapport³⁰ påpeger, at der ikke er ens sundhedstilbud til borgerne på tværs af kommunerne, og at der mangler kompetencer. Norge har derfor sat fokus på at få mere kompetente sundhedsprofessionelle, et større antal af sundhedspersonale på plejehjem og i hjemmesygeplejen samt at generalist niveauet skal opgraderes, så de kan imødekomme fremtidens krav om at varetage flere opgaver og mere komplekse opgaver.

RESSOURCEPERSONER I HJEMMESYGEPLEJEN

For at kunne imødekomme udfordringen med at holde den faglige viden på generalistniveauet ajour, har mange kommuner udpeget ressourcepersoner med specialkompetencer på et givent klinisk område, fx diabetessygeplejersker, KOL-sygeplejersker, forløbskoordinatorer og palliationspsygeplejersker. Disse særlige stillinger er kendetegnet ved, at enkelte sygeplejersker har et særligt videns- og

²⁶www.periopsygepleje.dk

²⁷www.kliniskeretningslinjer.dk

²⁸Report No. 47 (2008-2009) to the Storting. The Coordination Reform. Prober treatment - at the right place and right time. Norwegian Ministry of Health and Care Services.

²⁹E health for patient safety - to ensure continuity of care.

³⁰Report No. 47 (2008-2009) to the Storting. The Coordination Reform. Prober treatment - at the right place and right time. Norwegian Ministry of Health and Care Services.

opgaveansvar i forhold til at formidle deres viden til de øvrige sygeplejersker. Mange kommuner kalder disse særlige funktioner for "ressourcepersoner", men flere steder kalder man det også "nøg-lepersoner", "specialistfunktioner" eller lignende. Begreberne indeholder stor variation mht. både hvilket kompetenceniveau, der kendetegner funktionen (fra egentlige formaliserede sygeplejespe-cialuddannelser til en ren funktionsbeskrivelse uden egentlige formaliserede specialistkompetencer) samt på, hvad funktionen reelt og formelt indeholder af opgaver og ansvar.

Ved at udpege ressourcepersoner i hjemmesygeplejen kan man sikre at der mindst et sted i organi-sationen er en specialviden og nogle specialkompetencer, som de øvrige sygeplejersker kan modtage sparring og oplæring fra ved behov. Hos de kommuner, der har sådanne ressourcepersoner, ligger der dog en udfordring i at finde frem til, hvordan ressourcepersonerne bruges bedst muligt, og hvordan de holder deres viden og kompetencer ajour. På den afholdte workshop var der enighed om, at ikke alle kommuner kan have ressourcepersoner på alle områder, da der er en grænse for hvor mange ressourcepersoner organisationen som følge af sin størrelse kan bære, og workshoppens deltagere pegede på, at det kræver en strategi og en prioritering at beslutte på hvilke områder, der er størst be-hov for ressourcepersoner, hvis kommunen størrelse sætter en begrænsning herfor. Spørgsmålet er: På hvilke områder giver det mening at have ressourcepersoner, og på hvilke områder skal alle hjem-mesygeplejersker kunne varetage opgaverne?

Geriatrici og gerontologi er to områder, hvor hjemmesygeplejerskerne både i fokusgruppeinterviews og workshop pegede på, at der kunne være brug for en ny special-, diplom- eller videreuddannelse, da der bliver flere ældre med mere komplekse helbredsmæssige problemer. At kunne varetage denne kompleksitet hos den ældre borger og give borgeren den nødvendige hjælp og behandling, der er brug for og derved øge livskvaliteten hos den ældre, vil derfor blive en stor udfordring i fremtiden. Den ældres borgers komplekse behov rummer ofte flere skavanker/sygdomme kombineret med funktionstab, hvilket til tider er under indflydelse af psykosociale forhold. Dette kræver en indgående indsigt i geriatri/gerontologi. I Norge har man på baggrund af, at der mangler kompetencer på ældre-området, etableret en ny videreuddannelse som avanceret klinisk sygeplejerske i geriatri (masterud-dannelse på Oslo Universitet) i gang. For at styrke det geriatriske område, foreslog nogle af hjemmesy-geplejerskerne i projektet også, at man med fordel kunne oprette geriatriske teams i primærsektoren, bestående af både en læge og hjemmesygeplejersker med specialkompetencer i geriatri.

Der er ikke tvivl om, at de nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen kræver, at hjem-me-sygeplejerskerne kompetenceudvikles. Både KL og DSR er meget optagede af at sikre hjemmesyge-plejerskerne den kompetenceudvikling, de har brug for, og der arbejdes derfor aktuelt meget med området.

I relation til kompetencebehov i fremtidens hjemmesygepleje, så kan udfordringerne sammenfattes i følgende punkter:

- Med de mange nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen kan det blive en udfordring at løse opgaverne med de eksisterende sygeplejefaglige ressourcer og kompetencer i kommunerne.
- Der er behov for at få skabt en større forståelse for og indsigt i det nye sundhedsvæsen, som struk-turreformen og øvrige tiltag har skabt. Der mangler blandt hjemmesygeplejersker og sygehussyge-

- plejersker en fælles viden om det nye sundhedsvæsen og om hinandens forskellige roller og funktioner heri.
- På trods af stor mangfoldighed i hjemmesygeplejerskernes faglige baggrund og kompetencer, så er der et kompetence-gab på en række af de fremtidige opgaver, som hjemmesygeplejen forventes at skulle løse.
 - Hjemmesygeplejerskerne efterspørger, at man hæver det faglige generalistniveau, og de peger på, at det primært skal ske gennem efter- og videreuddannelse tæt på klinikken, gerne undervisning/ oplæring i samarbejde med sygehuse eller via hjemmesygeplejens egne ressourcepersoner.
 - Kliniske retningslinjer kan være en hjælp til at øge videns- og kompetenceniveauet i hjemmesygeplejen, men i Danmark er der ikke på nuværende tidspunkt opbygget en stærk forskningstradition indenfor hjemmesygeplejen, hvorfor der mangler viden om, hvad der er evidens for, og hvad der virker bedst.
 - At have ressourcepersoner i hjemmesygeplejen kan være en fornuftig strategi i relation til de nye opgaver, men da det ikke er muligt for alle kommuner at opretholde ressourcefunktioner på alle områder, skal områderne prioriteres.

AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER

Formålet med denne udfordringsrapport har været, at synliggøre og beskrive de udfordringer hjemmesygeplejen møder og vil møde i fremtiden som følge af, at der er kommet et øget pres på hjemmesygeplejen i form af flere og mere komplekse sygeplejeopgaver. En udvikling, der giver nye overvejelser i kommunerne om, hvordan hjemmesygeplejen skal organiseres, og hvilke faglige kompetencer hjemmesygeplejersken skal have.

I relation til **organisering af hjemmesygeplejen** knytter der sig følgende udfordringer:

- De selvstændige sygeplejeenheder kan give et vigtigt fagligt løft i hjemmesygeplejen, men det faglige niveau i plejegruppen kan falde, hvis ikke man sikrer en god samarbejdsrelation mellem hjemmesygeplejerskerne og plejegruppen, så der er mulighed for sygeplejefaglig sparring ved behov.
- De selvstændige sygeplejeenheder kan betyde, at det samlede overblik over hvilke behov borgeren har, og hvilke ydelser borgeren modtager, kan udeblive og gøre det svært at sikre et koordineret og sammenhængende forløb for borgeren.
- Mulighederne for fleksibel opgavevaretagelse indskrænkes, hvis ikke der er en tæt samarbejdsrelation mellem hjemmesygeplejersker og det øvrige plejepersonale.
- Da alle organisationsmodeller har iboende ulemper, er kunsten i relation til organisering at kunne kompensere for de iboende ulemper på en passende måde, så organiseringen kommer til at understøtte de opgaver, der skal løses i hjemmesygeplejen nu og i fremtiden og sikre en sammenhængende indsats for borgerne.

I relation til **visitation til hjemmesygepleje** er der tale om følgende udfordringer, som man skal holde sig for øje:

- En central visitation som følger en BUM-model, der læner sig op ad visitationen til hjemmehjælp, kan blive for rigid og ufleksibel, når der er tale om hjemmesygepleje, hvor ydelserne hyppigt og kontinuerligt skal tilpasses borgernes aktuelle behov.
- En decentral visitation, hvor den enkelte hjemmesygeplejerske eller hjemmesygeplejelederen selv visiterer til egne ydelser, kan betyde, at der ikke er et samlet overblik over borgerens behov og de ydelser, borgeren modtager. Grundlaget for at sikre en sammenhængende og koordineret indsats bliver således udfordret i den decentrale visitationsmodel.
- Hjemmesygeplejersken har ofte brug for at være i direkte dialog med den praktiserende læge, speciallægen eller sygehuset om den sygepleje, der skal ydes, og det udfordrer den sygeplejefaglige indsats, når denne mulighed ikke eksisterer.
- Følgende elementer kan indgå i vurderingen af en visitationsmodel: én indgang for eksterne samarbejdspartnere, et samlet overblik over borgerens behov og ydelser, mulighed for at koordinere indsatser, en fælles platform for styring og dokumentation af indsatserne på tværs i kommunen, ensartethed for alle modtagere af hjemmesygepleje og ikke mindst mulighed for den enkelte hjemmesygeplejerske til at justere i ydelserne efter behov.

Udfordringerne i **samarbejdet mellem sygehuse og hjemmesygeplejen** kan sammenfattes i følgende punkter:

- God kommunikation, hvor der udveksles tilstrækkelige oplysninger og er tilgængelighed i forhold til hinanden har afgørende betydning for at sikre gode og sammenhængende forløb af høj sundhedsfaglig kvalitet.
- De nye og mere komplekse opgaver stiller store krav til kompetencerne hos hjemmesygeplejerskerne. Aftalt opgaveflytning med tilhørende kompetenceudvikling kan være med til at imødekomme denne udfordring.
- Sundhedsaftalerne kan være et godt værktøj til at lave aftaler omkring, hvem der gør hvad ved indlæggelser og udskrivelser, men sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forankret hos frontlinjepersonalet.
- Mange nye tiltag for at forbedre samarbejdet, skabe gode og sammenhængende forløb, samt forebygge genindlæggelser vokser frem, men vi mangler evidens for, hvad der virker bedst.
- Sygeplejerskerne i begge sektorer efterspørger større indsigt og viden om hinandens "arbejds-virkelighed". Ved at have et mere indgående kendskab til hinandens opgaver, roller, ansvar og handlemuligheder kan sygeplejerskerne bedre sikre de gode indlæggelser og udskrivningsforløb.

Udfordringerne i relation til **samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis** kan sammenfattes i følgende punkter:

- Hjemmesygeplejerskerne efterspørger mere tilgængelighed af lægefaglig sparring fra de praktiserende læger både i form af telefonisk kontakt og hjemmebesøg hos borgerne.
- Andre faggrupper kan med fordel rådføre sig hos hjemmesygeplejerskerne inden kontakt til almen praksis.
- Det er svært at løse opgaver i samarbejde, når der ikke er klare aftaler for, hvem der gør hvad og hvornår. Dette gælder både i forhold til lægen selv, men også i forhold til det stigende antal konsultationssygeplejersker, der undertiden løser de samme opgaver som hjemmesygeplejen.

I relation til **kompetencebehov i fremtidens hjemmesygepleje**, så kan udfordringerne sammenfattes i følgende punkter:

- Med de mange nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen kan det blive en udfordring at løse opgaverne med de eksisterende sygeplejefaglige ressourcer og kompetencer i kommunerne.
- Der er behov for at få skabt en større forståelse for og indsigt i det nye sundhedsvæsen, som strukturreformen og øvrige tiltag har skabt. Der mangler blandt hjemmesygeplejersker og sygehus-sygeplejersker en fælles viden om det nye sundhedsvæsen og om hinandens forskellige roller og funktioner heri.
- På trods af stor mangfoldighed i hjemmesygeplejerskernes faglige baggrund og kompetencer, så er der et kompetence-gab på en række af de fremtidige opgaver, som hjemmesygeplejen forventes at skulle løse.

- Hjemmesygeplejerskerne efterspørger, at man hæver det faglige generalistniveau, og de peger på, at det primært skal ske gennem efter- og videreuddannelse tæt på klinikken, gerne undervisning/ oplæring i samarbejde med sygehuse eller via hjemmesygeplejens egne ressourcepersoner.
- Kliniske retningslinjer kan være en hjælp til at øge videns- og kompetenceniveauet i hjemmesygeplejen, men i Danmark er der ikke på nuværende tidspunkt opbygget en stærk forskningstradition indenfor hjemmesygeplejen. Der mangler derfor viden om, hvad der er evidens for, og hvad der virker bedst.
- At have ressourcepersoner i hjemmesygeplejen kan være en fornuftig strategi i relation til de nye opgaver, men da det ikke er muligt for alle kommuner at opretholde ressourcefunktioner på alle områder, skal områderne prioriteres.

Samlet set befinder hjemmesygeplejen sig således i en tid med mange nye udviklingsretninger, hvilket både giver en lang række nye muligheder, men også en række nye udfordringer - både nu og i fremtiden. Projektet har haft fokus på disse udviklingstendenser, muligheder og udfordringer, som er beskrevet og udfoldet i hhv. status- og udfordringsrapport. Rapporterne viser, at der er mange valg at træffe, når man skal tilpasse hjemmesygeplejen til de mange nye udfordringer. Desværre er der ikke på netop de essentielle udfordringer, som udfordringsrapporten beskriver, tilstrækkelig forskningsmæssig viden om eller evidens for, hvad der er den bedste løsning eller metode. Forskningsprojekter og -resultater der sætter fokus på effektmåling af sygeplejeindsatserne, koordinering af sammenhængende forløb, samspil mellem aktørerne i sundhedsvæsenet, evidens for de indsatser, der er aftalt i sundhedsaftalerne samt organisering og styring i hjemmesygeplejen, er således kærkomne.

KL og DSR vil gerne sende en stor tak til alle de hjemmesygeplejersker, sygehusplejersker og sygeplejeledere, der har medvirket i projektet og bidraget med stor indsigt og engagement i relation til fremtidens udfordringer og muligheder i hjemmesygeplejen.

BILAG 1:

INTERVIEWGUIDE TIL FOKUSGRUPPE INTERVIEW AF HJEMMESYGEPLEJERSKER OG SYGEHUS-SYGEPLEJERSKER

FOKUSGRUPPEINTERVIEW AF HJEMMESYGEPLEJERSKER

Organisering	Hvordan er I koblet til øvrige kommunale aktører/enheder? (plejecentre, hjemmepleje, sundhedscentre, botilbud, akuttilbud, sygeplejeklinikker børneområdet mv) Hvor bredt når jeres ydelser ud? Hvilke fordele/ulempes?
Visitation	Hvem har hvad? Hvad er fordele/ulempes?
Samarbejde i det konkrete borgerforløb	Hvilke konkrete opgaver samarbejder I om? Og hvilke faggrupper samarbejder I med? (for hver aktør) Hvem af dem samarbejder I mest med? Hvad er det mest udfordrende samarbejde? Hvorfor? Hvordan sikrer hjemmesygeplejen/I et sammenhængende patient-/borgerforløb - først eksternt, så internt? Hvad er udfordringerne? Hvordan bruger I sundhedsaftaler/samordningsudvalg? Er det en god måde? Hvad kan gøres bedre? Har I tværfagligt team-samarbejde med andre faggrupper internt i kommunen? Hvilke opgaver? Udfordringer?
"Opgaveglidning"	For hver af type: Merværdi for hvem? Hvorfor kan det være problematisk? Giver det mere/mindre sammenhæng for borgeren?
Kompetenceudvikling	Har I en sygeplejerskeprofil? Fordele/ulempes ved jeres sygeplejerskeprofil? Fordele/ulempes ved at der ikke er en klar sygeplejerskeprofil? Hvad kunne man med fordel ændre eller tilføje profilen? Hvor meget retter I jer efter sygeplejerskeprofilen i dagligdagen og i fordelingen af opgaver mellem faggrupper? Hvad er de vigtigste funktioner som I har som hjemmesygeplejersker? Hvilke opgaver fylder tidsmæssigt mest? Hvilke opgaver fylder mest mentalt? I hvilken grad indgår ledelse og planlægning af sygeplejen i jeres daglige arbejde? Hvornår vil I mene at der er behov for sygeplejerskekompetencer? Hvornår har borgeren brug for jer? Har I specialistfunktioner i jeres hjemmesygepleje? • (Hvis ja) Hvilke? • (Hvis ja) Har I selv en specialistfunktion? Hvordan bruges specialistfunktionen i forhold til generalist sygeplejerskerne i jeres kommune? • Hvornår er det en specialisopgave kontra en generalisopgave indenfor et givent felt? • Hvad betyder det for hjemmesygeplejen - fordele/ulempes? • Hvordan er fordelingen af formidlingsopgaver til egen og andre faggrupper samt studerende, mellem generalister og specialister? Hvor meget fokus er der på udvikling/efteruddannelse af generalister kontra specialister? • Hvilke fordele/ulempes? • Hvilke fremtidige specialistfunktioner er der brug for? I hvilken grad skal vi hæve generalistkompetencerne? Hvad er den bedste fordeling her? I relation til organisering/samarbejde/opgaveglidning/sammenhængende borgerforløb: Hvilke opgaver og hvilke sundhedstilbud skal hjemmesygeplejersken varetage og prioritere i fremtiden? Blå: Hvilke kompetencer har behov for udvikling? Gul: Hvilke nye kompetencer vil der blive brug for i fremtiden? Hvordan sikre I jer, at borgeren får et sammenhængende forløb? Kræver det særlige kompetencer?
Image	Hvordan ser I jeres image i sundhedsvæsenet/samfundet? Fordele/ulempes ved jeres image? Har I forslag til hvordan jeres image som hjemmesygeplejerske kan skærpes?
Afsluttende	Er der noget vi ikke har været inde på, som I gerne tilføjer?

FOKUSGRUPPEINTERVIEW AF SYGEHUSSYGEPLEJERSKER

Organisering	<p>Hvordan er jeres samarbejde med hjemmesygeplejen organiseret? Hvilke aftaler har I med hjemmesygeplejen angående udskrivelser til hjemmet? Hvor bredt dækker jeres samarbejde i primær sektoren? Hvordan er samarbejdet med øvrige kommunale aktører/enheder? (plejecentre, hjemmepleje, sundhedscentre, botilbud, akuttilbud, sygeplejeklinikker børneområdet mv) Hvilke fordele/ulemper?</p>
Samarbejde i det konkrete borgerforløb	<p>Hvilke konkrete opgaver samarbejder I om? Og hvilke faggrupper samarbejder I med? Hvad er det mest udfordrende samarbejde? Hvorfor? Hvordan sikrer hospitalssygeplejersker/I et sammenhængende patient-/borgerforløb? - Hvad er udfordringerne? Hvordan bruger I sundhedsaftaler? Er det en god måde? Hvad kan gøres bedre? Har I tværfagligt team-samarbejde med hjemmesygeplejen samt andre faggrupper i primærsektoren? Hvilke opgaver? Udfordringer? Hvorvidt har I en samarbejdsaftale med primærsektoren angående at yde faglig sparring og vejledning til dem?</p>
"Opgaveglidning"	<p>For hver af type: Merværdi for hvem? Hvorfor kan det være problematisk? Giver det mere/mindre sammenhæng for borgeren?</p>
Kompetenceudvikling	<p>Har I viden om hvilken sygeplejerskeprofil der er i de kommuner I samarbejder med? Fordele/ulemper ved sygeplejeprofil? Fordele/ulemper ved at der ikke er en klar sygeplejeprofil? Hvad kunne man med fordel ændre eller tilføje profilen?</p> <p>Hvilke, mener I, er de vigtigste funktioner at en hjemmesygeplejerske har?</p> <p>Hvornår vil I mene at der er behov for sygeplejerskekompetencer?</p> <p>Hvordan ser I specialistfunktioner?</p> <p>Hvordan mener I at specialistfunktionen skal bruges i forhold til generalist sygeplejerskerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvornår er det en specialstopgave kontra en generalistopgave indenfor et givent felt? • Hvad betyder det for hjemmesygeplejen - fordele/ulemper? <p>Hvor meget fokus skal der være på udvikling/efteruddannelse af generalister kontra specialister?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke fordele/ulemper? • Hvilke fremtidige specialistfunktioner er der brug for? <p>I hvilken grad skal vi hæve generalistkompetencerne? Hvad er den bedste fordeling her?</p> <p>I relation til opgaveflytning fra sekundær til primær/sammenhængende borgerforløb:</p> <p>Hvilke opgaver og hvilke sundhedstilbud skal hjemmesygeplejersken varetage og prioritere i fremtiden?</p> <p>Blå: Hvilke kompetencer har behov for udvikling? Gul: Hvilke nye kompetencer vil der blive brug for i fremtiden?</p> <p>Hvordan sikre det at borgeren får et sammenhængende forløb? Kræver det særlige kompetencer?</p>
Image	<p>Hvordan ser I hjemmesygeplejens image i sundhedsvæsenet/samfundet? Fordele/ulemper ved hjemmesygeplejens image? Har I forslag til hvordan imaget som hjemmesygeplejerske kan skærpes?</p>
Afsluttende	<p>Er der noget vi ikke har været inde på, som I gerne tilføje?</p>

BILAG 2:

PROGRAM FOR WORKSHOP OM FREMTIDENS HJEMMESYGEPLEJE D. 26. NOV. 2010

9.30-10.00	Morgenmad
10.00-10.15	Velkomst - hvor er hjemmesygeplejen på vej hen? v/Tina Jørgensen, KL
10.15-11.00	Resultater fra KL/DSR-projektet v/Thilde Lydixen, KL og Maria Mikkelsen, DSR
11.00-12.15	Første gruppeøvelse: "Sammenhængende forløb" Følgende spørgsmål til diskussion: 1. Hvordan skal vi organisere hjemmesygeplejen for at skabe øget sammenhæng? (fokus på visitation, integreret/ikke-integreret organisering, sygeplejersker på plejecentre, sundhedsaftaler og forløbsprogrammer mv.) 2. Hvilke konkrete indsatser/tilbud skal iværksættes i hjemmesygeplejen for at skabe øget sammenhæng? (fx akutpladser, sygeplejeklinikker, fremskudt visitation, opfølgende hjemmebesøg, ring-hjem-ordninger mv.) 3. Giv eksempler på de gode borger-/patientforløb. Hvad kendetegner disse forløb?
12.15-12.30	Opsamling på første gruppeøvelse v/ Tina Jørgensen, KL
12.30-13.00	Pause
13.00-13.30	Frokost
13.30-14.30	Anden gruppeøvelse: "Kompetencer" Følgende spørgsmål til diskussion: 1a. Lav en kompetenceprofil for fremtidens generalist-hjemmesygeplejerske: Hvilke kompetencer er vigtige, hvilke opgaver skal han/hun kunne løse? 1b. Hvordan skal generalistniveauet hæves og hvordan sikrer vi et kontinuerligt løft? (fx uddannelse, kurser, kompetenceudvikling, sidemandsoplæring, rotationsstillinger, "fælles skolebænk", retningslinjer og standarder mv.) 2a. Lav en kompetenceprofil for fremtidens specialist-hjemmesygeplejerske: Hvilke kompetencer er vigtige? Hvilke opgaver/funktioner skal han/hun varetage? Hvad adskiller en specialist i hjemmesygeplejen fra en specialist på sygehuset? 2b. Hvordan opbygges specialistkompetencerne? (fx særligt uddannelsesniveau, særlige kursusforløb mv.) 3. Hvilke krav skal vi stille til kompetencer og roller/funktioner, når vi skal sikre sammenhængende forløb? Hvem skal sikre koordinering og samarbejde og kræver det særlige kompetencer?
14.30-14.55	Opsamling på anden gruppeøvelse v/ Tina Jørgensen, KL
14.55-15.00	Tak for i dag v/ KL og DSR

DELTAGERLISTE:

- Mette Bastholm, hjemmesygeplejeleder, Nyborg Kommune.
- Pernille Thomsen, hjemmesygeplejerske, Guldborgsund Kommune.
- Alice Borgbjerg, Leder af visitation, Køge Kommune.
- Helle Gert Christensen, Oversygeplejerske, Roskilde Sygehus.
- Ole Larsen, Sygeplejerske fra AMA, Frederiksberg Kommune.
- Birgitte Rasmussen, sygeplejerske, Risskov psykiatrisk hospital.
- Anne-Mette Simonsen, funktionleder, Nyborg Kommune.
- Lill Nielsen, hjemmesygeplejerske, Køge Kommune.
- Helle Linde Vamberg, sygeplejerske i psykiatrien, Århus Kommune.
- Susanne Vestergaard, Samordningskonsulent, Frederiksberg Hospital.
- Søren, sygeplejerske fra rehabiliteringsklinik, Bispebjerg Hospital.
- Inge Thorup, formand for Fagligt selskab for hjemmesygeplejersker.
- Anny Vestergaard, Hjemmesygeplejeleder, Frederiksberg Kommune.
- Annette Hegelund, udviklingsygeplejerske, Glostrup Kommune.
- Tina Hansen, medicinsk sygeplejerske, Holbæk Sygehus.
- Herdis Kold, kirurgisk sygeplejerske, Rigshospitalet.
- Michala Hansen, sygeplejerske fra rehabiliteringsklinik, Bispebjerg Hospital.
- Elizabeth Rosted, sygeplejerske fra det faglige selskab for gerontologisk og geriatrisk sygeplejersker.
- Ragnhild Rahbjerg Madsen, Hjemmesygeplejeledere, Varde Kommune.
- Britt Dupont, hjemmesygeplejerske, Odense Kommune.
- Birthe Holmggaard, medicinsk sygeplejerske, Holbæk Sygehus.
- Inger-Marie Thiele, Klinisk oversygeplejerske, Frederiksberg Hospital. (kommer senere)
- Kirsten Rud, projektleder, Enhed for perioperativ sygepleje, Rigshospitalet.
- Dora fog, formand for det faglige selskab for gerontologisk og geriatrisk sygeplejersker.
- Ingrid Lysholdt, sygeplejefaglig udviklingskonsulent og formand for fagligt selskab for udvikling og forskning.
- Pernille Bechlund, udviklingsygeplejerske, Frederiksberg Kommune.
- Vibeke Rømer Cristensen, sygeplejerske fra plejecenter, Esbjerg Kommune.
- Bodil Johnson, Læge, PLO's bestyrelse.
- Julie Pedersen, Kirurgisk sygeplejerske, Rigshospitalet.
- Birgit Villadsen, oversygeplejerske, udkørende palliativ team, Bispebjerg Hospital.
- Birthe Ørndrup, leder, Risskov psykiatriske hospital.

BILAG 3:

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE OM HJEMMESYGEPLEJERSKERS KOMPETENCER

Spørgeskemaundersøgelsen er en del af et fælles DSR/KL-projekt om Fremtidens hjemmesygepleje. Undersøgelsen vil blive brugt i en samlet afrapportering af projektet i foråret 2011. Din besvarelse er anonym.

1. HVOR LÆNGE HAR DU VÆRET UDDANNET SYGEPLEJERSKE?

(SÆT ET KRYDS)

- 1-3 år
- 4-7 år
- 8-11 år
- 12 år eller mere

2. HVOR LÆNGE HAR DU ARBEJDET SOM HJEMMESYGEPLEJERSKE?

(SÆT ET KRYDS)

- 1-3 år
- 4-7 år
- 8-11 år
- 12 år eller mere

3. HVILKE FAGLIGE OMRÅDER HAR DU ERFARING FRA?

(SÆT GERNE FLERE KRYDSER)

- Hjemmesygepleje
- Plejeboliger
- Almen medicinsk sygehusafdeling
- Almen kirurgisk sygehusafdeling
- Geriatrisk sygehusafdeling
- Neurologisk sygehusafdeling
- Intensiv sygepleje
- Akut sygepleje (skadestue/akutmodtagelse)
- Onkologisk sygehusafdeling
- Undervisning
- Projektansættelse
- Andet (skriv selv)

4. HAR DU GENNEMFØRT EN ELLER FLERE AF NEDENSTÅENDE MERITGIVENDE VIDEREUDDANNELSER?

(SÆT GERNE FLERE KRYDSER)

- Nej
- Specialuddannelse (fx anæstesi, intensiv, psykiatri, hygiejne, kræft, sundhedspleje)
- DSH (1. eller 2. del)
- Lederuddannelse (fx væsenets diplomuddannelse fra Handelshøjskolen)
- Videregående uddannelse (fx MPA, MPH, HD, cand.cur, ph.d)
- Anden videregående uddannelse (skriv selv)

5. HAR DU GENNEMFØRT EN AF FØLGENDE DIPLOMUDDANNELSER (HELE UDDANNELSEN)?

(SÆT GERNE FLERE KRYDSER)

- Nej
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i rehabilitering
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i klinisk kvalitetsudvikling
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i klinisk sygepleje
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i sundhedsformidling og klinisk uddannelse
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse
- Tværfaglig diplomuddannelse - psykiatri i teori og praksis
- Ernæringsdiplomuddannelse i ernæring og sundhed (ernæringsfaglig)
- Kost, ernæring og sundhed (pædagogisk diplomuddannelse)
- Diplomuddannelse for sundhedssektoren i organisation, ledelse og økonomi
- Anden diplomuddannelse (skriv selv)

6. HAR DU GENNEMFØRT ET ELLER FLERE MODULER INDEN FOR FØLGENDE DIPLOMUDDANNELSER?

(SÆT GERNE FLERE KRYDSER)

- Nej
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i rehabilitering
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i klinisk kvalitetsudvikling
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i klinisk sygepleje
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i sundhedsformidling og klinisk uddannelse
- Sundhedsfaglig diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse
- Tværfaglig diplomuddannelse - psykiatri i teori og praksis
- Ernæringsdiplomuddannelse i ernæring og sundhed (ernæringsfaglig)
- Kost, ernæring og sundhed (pædagogisk diplomuddannelse)
- Diplomuddannelse for sundhedssektoren i organisation, ledelse og økonomi
- Anden diplomuddannelse (skriv selv)

7. HAR DU DELTAGET I EN ELLER FLERE AF NEDENSTÅENDE EFTERUDDANNELSES AKTIVITETER INDEN FOR DE SIDSTE TO ÅR?

(SÆT GERNE FLERE KRYDSER)

	Kort kursus (1-3 dage)	Mellemlangt kursus (mere end 3 dage)	Langt (over flere uger)
Nej			
Specialrettede kurser, fx kardiologisk sygepleje			
Sygeplejefaglige emner, fx hygiejne, inkontinens, sårpleje mv.			

Dokumentation, kvalitetsudvikling, patient-sikkerhed mv			
IT-relaterede kurser			
Kommunikation, pædagogik			
Ledelseskurser			
Kurser om koordinering af borgerforløb			
Anden efteruddannelse (skriv selv)			

**8. FORVENTER DU, AT FØLGENDE OPGAVER BLIVER MERE ELLER MINDRE OMFAT-
TENDE I HJEMMESYGEPLEJEN OM 5 ÅR?**

(ANGIV ET SVAR PR. OPGAVE)

	Mere omfat- tende end i dag	Samme som i dag	Mindre omfattende end i dag	Ved ikke
Medicinadministration				
Forskellige former for IV-medicinering				
Sårpleje generelt				
Telemedicinsk sårpleje				
Ernæring generelt				
Forskellige former for sondeernæring				
Hjemmedialyse				
Respiratorbehandling i eget hjem				
Kemobehandling i eget hjem				
Træning				
Sundhedsfremme og forebyggelse				
Patientuddannelse for kronisk syge				
Undervisning og vejledning af borgere				
Palliation				
Demenspleje				

Inkontinenspleje				
Personlig pleje				
Koordinering af sammenhængende borgerforløb				
Dokumentation af sygepleje				
Undervisning og vejledning af andre faggrupper i hjemmepleje/plejeboliger/botilbud				
Undervisning og vejledning af andre hjemmesygeplejersker				

9. HVORDAN VURDERER DU DINE FAGLIGE KOMPETENCER INDEN FOR FØLGENDE ARBEJDSOMRÅDER?

(ANGIV ET SVAR PR. ARBEJDSOMRÅDE)

	Rigtig gode	Gode	Mindre gode	Ved ikke
Medicinadministration				
Forskellige former for IV-medicinering				
Sårpleje generelt				
Telemedicinsk sårpleje				
Ernæring generelt				
Forskellige former for sondeernæring				
Hjemmedialyse				
Respiratorbehandling i eget hjem				
Kemobehandling i eget hjem				
Træning				
Sundhedsfremme og forebyggelse				
Patientuddannelse for kronisk syge				
Undervisning og vejledning af borgere				
Palliation				

Demenspleje				
Inkontinenspleje				
Personlig pleje				
Koordinering af sammenhængende borgerforløb				
Dokumentation af sygepleje				
Undervisning og vejledning af andre faggrupper i hjemmepleje/plejeboliger/botilbud				
Undervisning og vejledning af andre hjemmesygeplejersker				

**10. HVAD SKAL DER TIL FOR, AT DU FØLER DIG KLÆDT BEDRE PÅ TIL DE ARBEJDS-
OMRÅDER, DU IKKE I DAG MENER, AT DU HAR GODE FAGLIGE KOMPETENCER
INDEN FOR?**

(SKRIV SELV)

KL
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Sundhedskartellet
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 2277
1025 København K