



Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder

Sidsel Vinge

Jannie Kilsmark

Dansk Sundhedsinstitut

Juni 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-619-8 (elektronisk version)

3. print, juni 2009

DSI projekt nr. 2670

Design: DSI

Forord

Der er kommet flere og nye kliniske opgaver til i den kommunale hjemmesygepleje. Årsagerne er bl.a. den teknologiske udvikling, som muliggør hjemmebehandling på en lang række områder (hjemmeilt, hjemmedialyse, telemedicinsk udstyr til fx sårbehandling). Tidligere udskrivelse af medicinske såvel som kirurgiske patienter kan også være en medvirkende årsag til, at patienter udskrives med behov for fx IV-medicin, dræn, operationssår som skal plejes, sonder og katetre som skal håndteres af hjemmesygeplejen.

De nye opgaver har givet anledning til en vedvarende debat om opgaveglidning fra regionalt sygehusvæsen til kommunal hjemmesygepleje. Imidlertid er der meget begrænset viden om og dokumentation af området. Således er det fx uklart, hvilke opgaver der er flyttet fra sygehuse til kommuner? Om udviklingen går lige hurtigt alle steder? Hvad er omfanget og karakteren af disse opgaver? Hvem varetager dem i kommunerne? Dette er blot nogle af de spørgsmål, som kan stilles til de nye opgaver, der er blevet hjemmesygeplejens gennem det sidste årti.

Dansk Sundhedsinstitut har tidligere i rapporten "Hjemmesygeplejen i Danmark" belyst hjemmesygeplejeområdet ud fra tilgængelige registeroplysninger og statistik. Efterfølgende foretog vi en litteraturgennemgang af accelererede patientforløb i rapporten "Hurtig og effektiv behandling på sygehuse". Litteraturgennemgangen sammenfattede den eksisterende viden ved bl.a. at konkludere, at accelererede kirurgiske patientforløb ikke pålægger kommunerne øgede økonomiske byrder, og hurtige og mere intensive medicinske patientforløb kan tilrettelægges uden at øge behovet for kommunale sundhedsydelser og økonomisk ressourceforbrug.

Det er dog ikke sikkert, at disse konklusioner kan ekstrapoleres fra de relativt snævre undersøgelser af konkrete interventioner til at være gældende for alle patientforløb i det danske sundhedsvæsen.

Dansk Sundhedsinstitut har nu gennemført en ny undersøgelse, der supplerer de tidligere rapporter ved at beskrive udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver belyst ved interviews med erfarne hjemmesygeplejersker ansat i kommunerne suppleret med registerdata fra Landspatientregisteret og andre statistiske kilder.

Undersøgelsen er finansieret af Kommunernes Landsforening.

Undersøgelsen er gennemført af senior projektleder Sidsel Vinge og projektleder Jannie Kilsmark. Forskningsassistent Rebecca Zachariae Nielsen har bidraget til undersøgelsen med databehandling og -analyse. Forskningsassistenterne Sarah Wadmann Lauritzen og Else Olesen har deltaget i gennemførelse og transskribering af interviews. Vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl og undertegnede har stået for den afsluttende interne kvalitetssikring af rapporten.

Dansk Sundhedsinstitut vil gerne rette en stor tak til interviewpersonerne, der satte tid af i en travl hverdag og dermed gjorde undersøgelsen mulig. Vi vil derudover takke alle samarbejdspartnere, der har bidraget med data og/eller kommentarer.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

HJEMMESYGEPLEJENS OPGAVER I UDVIKLING	1
FORORD	3
INDLEDNING OG FORMÅL.....	7
FORMÅL	9
METODE.....	11
INTERVIEWUNDERSØGELSE	11
En kort bemærkning om sygeplejerskernes syn på udviklingen	12
STATISTISKE ANALYSER	13
LÆSEVEJLEDNING.....	15
ANALYSE AF UDVIKLINGEN I HJEMMESYGEPLEJENS OPGAVER	17
HJERTESYGDOMME	17
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne på hjerteområdet?.....	17
<i>Nye opgaver omkring hjertepatienter i hjemmet:</i>	<i>19</i>
Hvad siger tallene om udviklingen på hjerteområdet?	19
Sammenfatning af udviklingen på hjerteområdet	20
KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM.....	21
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne omkring KOL-patienter?	21
<i>Nye opgaver omkring KOL-patienter i hjemmet:</i>	<i>24</i>
Hvad siger tallene om udviklingen på KOL-området?	24
Sammenfatning af udviklingen på KOL-området	27
DIABETES	27
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne på diabetesområdet?.....	28
<i>Nye opgaver omkring diabetespatienter i hjemmet:</i>	<i>29</i>
Hvad siger tallene om udviklingen på diabetesområdet?	29
Sammenfatning af udviklingen på diabetesområdet	33
KRONISKE SÅR	33
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne vedrørende kroniske sår?	33
<i>Nye opgaver i relation til pleje af kroniske sår:.....</i>	<i>35</i>
Hvad siger tallene om udviklingen i kroniske sår?	35
Sammenfatning af udviklingen på sårområdet	35
KRÆFT OG DET PALLIATIVE OMRÅDE	36
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til kræft og palliation?	36
<i>Nye opgaver i relation til kræftpatienter og palliation:</i>	<i>39</i>
Hvad siger tallene om udviklingen på kræftområdet og det palliative område?.....	39
<i>Hospicepladser.....</i>	<i>43</i>
Sammenfatning af udviklingen på kræftområdet og det palliative område	43
DEMENS	44
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne på demensområdet?	45
<i>Nye opgaver på demensområdet:.....</i>	<i>46</i>
Hvad siger tallene om demensområdet?	47
Sammenfatning af udviklingen på demensområdet	47
DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT.....	48
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til ældre medicinske patienter?	49
<i>Nye opgaver i relation til den ældre medicinske patient:.....</i>	<i>51</i>
Hvad siger tallene om udviklingen i relation til den ældre medicinske patient?	51
Sammenfatning af udviklingen i relation til ældre medicinske patienter	53
INKONTINENS OG KATETRE	54
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til inkontinens og katetre? ...	54

<i>Nye opgaver i relation til inkontinens og katetre:</i>	55
Hvad siger tallene om udviklingen på inkontinensområdet og i relation til katetre?	55
Sammenfatning af udviklingen inkontinensområdet	56
DIALYSE	57
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen på dialyseområdet?	57
Hvad siger tallene om udviklingen på dialyseområdet?.....	57
Sammenfatning af udviklingen på dialyseområdet.....	59
STOMIPLEJE	60
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til stomipatienter?.....	60
<i>Nye opgaver omkring stomipleje:</i>	60
Hvad siger tallene om udviklingen på stomiområdet?.....	61
Sammenfatning af udviklingen på stomiområdet	61
DET KIRURGISKE OMRÅDE	61
Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen på det kirurgiske område?.....	61
<i>Ændringer i det præoperative forløb</i>	62
<i>Ændringer i det postoperative forløb</i>	62
<i>Nye opgaver på det kirurgiske område:</i>	64
Hvad siger tallene om udviklingen på det kirurgiske område?	64
Sammenfatning af udviklingen på det kirurgiske område	69
OPSAMLING OG DISKUSSION.....	71
OPSAMLING PÅ INTERVIEWANALYSEN	71
OPSAMLING PÅ DE STATISTISKE ANALYSER.....	72
DISKUSSION.....	73
PERSPEKTIVERING	74
TRE TYPER FORANDRING: OPGAVEÆNDRING, OPGAVEØGNING OG OPGAVEGLIDNING	74
OPGAVEGLIDNING SOM FORUDSÆTNING FOR UDVIKLING I SUNDHEDSVÆSENET	75
BILAG 1: OVERSIGT OVER DELTAGENDE KOMMUNER.....	77
BILAG 2: INVITATION TIL DELTAGELSE.....	79
BILAG 3: TABELLER	81
BILAG 4: SPECIFIKATION AF DATAUDTRÆK FRA LPR MED ANVENDTE KODER	89
BILAG 5: HVAD SAGDE SYGEPLEJERSKERNE OM DE IKKE-SOMATISKE OMRÅDER?.....	91
HVAD SAGDE SYGEPLEJERSKERNE OM DET PSYKIATRISKE OMRÅDE OG MISBRUGSOMRÅDET?	91
HVAD SAGDE SYGEPLEJERSKERNE OM UDVIKLINGEN I ORGANISERING OG DOKUMENTATION?	94
Dokumentation, it og ny teknologi.....	94
Specialisering, uddelegering og samarbejde	98
Monofaglig organisering af sygeplejen i kommunerne.....	100
Uddelegering i hjemmeplejen og sygeplejerskernes ændrede rolle.....	101
Større enheder i kommunerne – konsekvenser for kontinuitet og kommunikation	103
Specialister og udgående funktioner fra sygehussektoren	104
Sammenhængen der blev væk: Hvem har overblikket?	104
AFRUNDING.....	106

Indledning og formål

Der har gennem længere tid være debat omkring opgaveglidning til den kommunale sektor – særligt i relation til hjemmesygeplejen. Imidlertid er der meget begrænset viden og dokumentation af effekter og konsekvenser på området.

DSI foretog i september 2008 et studie af den eksisterende litteratur om accelererede patientforløb og hurtig udskrivning.¹ Den viste, at dokumentationen på dette område er meget sparsom, og analysen fandt således kun frem til i alt 13 danske og udenlandske studier. Samtlige studier omhandlede interventioner, der havde til formål at forbedre patientforløb – herunder bl.a. gøre dem mere evidensbaserede, veltilrettelagte, skånsomme og hurtige. Studierne undersøgte således ikke konsekvenserne af faldende liggetider generelt.

På det kirurgiske område er accelererede patientforløb et relativt veldefineret behandlingskoncept karakteriseret ved et fokus på optimering af forløbenes delelementer (fx brug af minimal invasiv kirurgi, fysisk mobilisering, effektiv smertebehandling og fokus på ernæring). På det medicinske område er konceptet ikke nær så veldefineret, og her fandt litteraturstudiet færre danske undersøgelser, og desuden begrænsede de sig til interventioner indenfor områderne apopleksi, geriatri og KOL. Igen var der i alle tilfælde tale om interventioner, der sigtede mod at forbedre forløb med elementer som fx special-teams på sygehuse, der skal understøtte en tidlig udskrivning,² indførelse af standardiserede procedurer for vurdering, koordinering og implementering af detaljerede udskrivningsplaner eller støtte ved udskrivning i form af bl.a. telefonisk kontakt mellem hospitalspersonale og primærsektorpersonale samt patient.

Samtlige studier er således foretaget på baggrund af interventioner, hvor der på forskellig vis er sat noget i værk for at sikre, at en hurtigere udskrivning forløber så optimalt som muligt. Alle patienterne i disse studier er ikke 'bare' udskrevet hurtigere – de har alle fået ændret deres forløb eller fået sat noget i stedet, som har til formål at skabe en kvalitetsforbedring, og som led heri også en kortere indlæggelse. Interventionerne er også karakteriseret ved at være designet på baggrund af evidens (særligt på det kirurgiske område) og anden form for viden blandt de sundhedsfaglige eksperter, der har designet dem. Således kan det ikke undre, at det lykkes at vise kvalitetsforbedringer uden medfølgende opgaveglidning i mange forskningsprojekter.

Imidlertid er det væsentligt at påpege, at det kun har været muligt at finde litteratur, som har omhandlet interventioner med et kvalitetsforbedrende sigte, og hvor der således blev sat noget i stedet for at sikre den hurtigere udskrivelse. Det har således ikke været muligt at finde studier af konsekvenserne af tidligere udskrivelser *generelt*, men kun af de tilfælde hvor de tidligere udskrivelser er resultat af forskningsbaserede kvalitetsforbedrende interventioner.

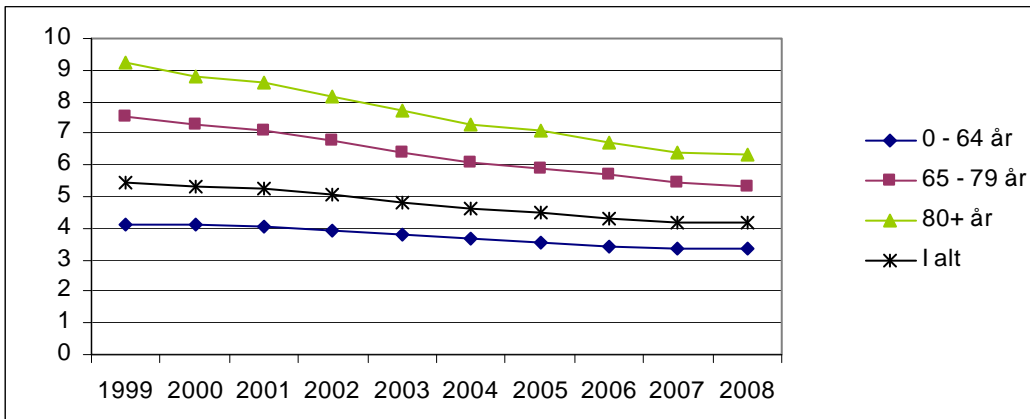
Litteraturstudiet peger således på, at det indenfor de undersøgte diagnoseområder er muligt at designe interventioner og ændre patientforløb, så indlæggelsestiden forkortes, uden at kvaliteten forringes – og i nogle tilfælde faktisk forbedres – og uden at der sker en opgaveglidning, hvor opgaver, der tidligere lå på sygehuset, glider over i primærsektoren og udløser et tilsvarende større ressourceforbrug her.

Men litteraturstudiet kan i sagens natur intet sige om, i hvilket omfang det udelukkende er sådanne interventioner, der *generelt* ligger bag det fald i liggetid, vi har set gennem de sidste mange år indenfor samtlige områder og aldersgrupper:

¹ Madsen MH. "Hurtig og effektiv behandling på sygehusene – har det konsekvenser for kommunerne?" Litteraturgennemgang af afledte konsekvenser for kommunerne. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

² ESD-teams (Early Supported Discharge)

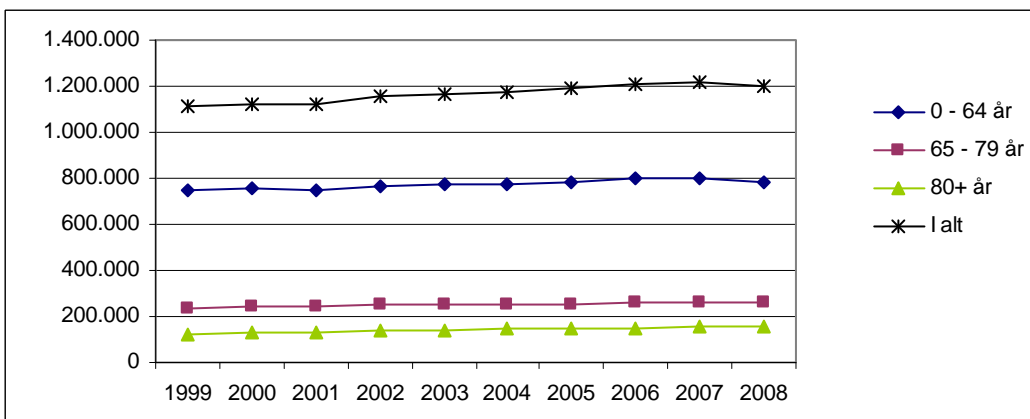
Figur 1: Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 1 viser, at liggetiden er faldet for samtlige aldersgrupper, men lagt mere for ældre patienter end for yngre. I samme periode er antallet af indlæggelser steget svagt,³ som det fremgår af nedenstående figur 2:

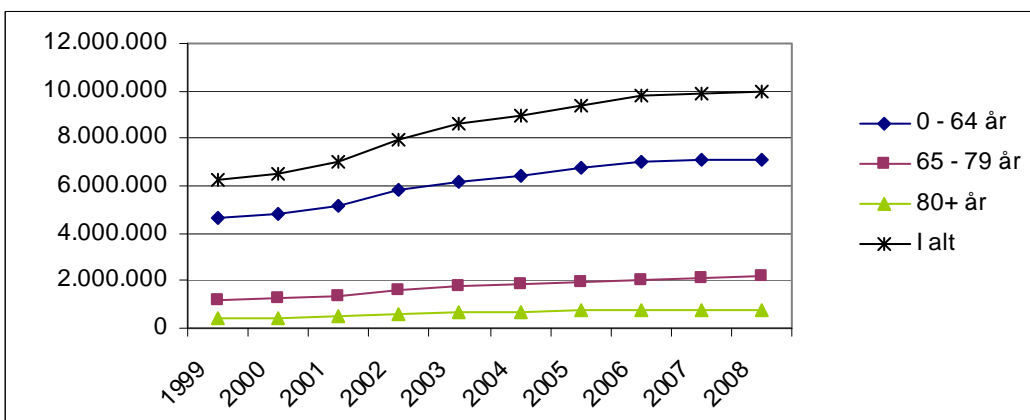
Figur 2: Antal somatiske udskrivelser fra sygehuse i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Samtidig er antallet af ambulante besøg steget voldsomt gennem de sidste 10 år:

Figur 3: Antal ambulante somatiske besøg i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

³ Faldet i aktivitet i 2008 skyldes muligvis sygeplejerskestrejken det år.

Da faldet i liggetid er markant, og da forskningen i accelererede patientforløb og dermed også dokumentationen af konsekvenserne er meget sparsom, virker det ikke sandsynligt, at det generelle fald i liggetider primært skulle skyldes kontrollerede kvalitetsforbedrende interventioner. Andre faktorer er også med til at skabe et pres på sygehussektoren i retning af tidligere udskrivelser. Forskningsprojekter med kvalitetsforbedrende interventioner er kun én af flere faktorer, som driver udviklingen mod kortere indlæggelsestider. Forskningsprojekterne afskiller sig imidlertid fra de mange andre forandringer, som påvirker liggetiden og dermed potentielt set også opgavevaretagelsen, ved at forskningsprojekterne sikrer dokumentationen af interventionernes effekt. Derfor findes der kun dokumentation for konsekvenserne af de faldende liggetider i de tilfælde, hvor faldet skyldes en planlagt kontrolleret intervention med et generelt kvalitetsforbedrende sigte.

Samlet set betyder det, at vi mangler viden. Vi ved ikke nok om, hvilke konsekvenser det har for opgavevaretagelsen i kommunerne, at liggetiderne generelt set falder, at indlæggelser konverteres til ambulante forløb, at nye behandlingsformer iværksættes, og at behandlingsformer ændres radikalt som konsekvens af udviklingen på det medicinske felt. Således ved vi intet systematisk om betydningen af den del af faldet i liggetider, som *ikke* skyldes kvalitetsforbedrende interventioner, hvis konsekvenser er dokumenteret forskningsmæssigt.

Formål

Kommunernes Landsforening har bedt Dansk Sundhedsinstitut undersøge udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver. Formålet med denne rapport er at bidrage med ny viden om konsekvenserne for kommunerne af ændringerne i sygehusenes aktivitet, herunder at undersøge følgende to hovedspørgsmål:

1. Hvilke nye opgaver er kommet til hjemmesygeplejen gennem de sidste ca. 10 år? Det være sig både konkrete kliniske opgaver, fx som konsekvens af tidligere udskrivning, nye behandlingsmetoder såvel som andre typer af nye eller væsentligt ændrede opgaver.
2. Hvordan har omfanget af disse nye eller væsentligt ændrede opgaver i hjemmesygeplejen udviklet sig i perioden?

Metode

Projektets datagrundlag består af to særskilte analyser:

Spørgsmålet om hvilke nye opgaver, der er kommet til hjemmesygeplejen gennem de sidste ca. 10 år, besvares via en interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker, der belyser udviklingen i deres opgaver gennem de sidste ca. 10 år. Interviewanalysen undersøger erfarne hjemmesygeplejerskers oplevelser af udviklingen i opgaverne og belyser dermed, hvordan opgaverne i hjemmesygeplejen har ændret sig i perioden, samt hvilke konkrete nye eller ændrede opgaver der er kommet til.

Spørgsmålet om, hvordan omfanget af disse nye eller væsentligt ændrede opgaver i hjemmesygeplejen har udviklet sig i perioden, kan ikke besvares direkte, fordi der ikke findes systematiske, søgbare og sammenlignelige registreringer af, hvilke ydelser hjemmesygeplejerskerne leverer på nationalt plan. Derfor er besvarelsen af dette spørgsmål baseret på kombinationer af relevante data fra andre kilder, som kan beskrive udviklingen i rammevilkårene for hjemmesygeplejens virke. Den primære kilde har været Landspatientregistret (herefter: LPR), som anvendes til at belyse udviklingen i sygehusenes aktivitet på udvalgte områder. Sygehusene registrerer dog ikke, hvilke sundhedsfaglige ydelser, de eksplicit eller implicit udskriver patienterne til, men udelukkende hvilke ydelser der leveres i sygehusvæsenet. Disse data kan således ikke direkte belyse udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver. De kan kun medvirke til at belyse udviklingen i væsentlige rammevilkår for hjemmesygeplejens virke.

I det følgende beskrives de anvendte metoder i de to analyser.

Interviewundersøgelse

Interviewundersøgelsen fokuserer på hjemmesygeplejen, da det primært er hjemmesygeplejerskerne, som enten selv varetager de sundhedsfaglige opgaver i relation til hospitalspatienter,⁴ eller uddelegerer og superviserer sundhedsfaglige opgaver, som udføres af andet social- og sundhedsfagligt personale.

Der er gennemført fire gruppeinterviews med i alt 21 hjemmesygeplejersker i løbet af januar 2009. I bilag 1 ses en liste over de kommuner, som på basis af en generel invitation sendt elektronisk til alle landets ældrechefer (se bilag 2) ønskede at deltage. De deltagende kommuner er således selvselektede. Da fokus for undersøgelsen er udviklingen i opgavevaretagelsen over tid, ønskedes sygeplejersker med en vis erfaring. I gennemsnit havde de deltagende sygeplejersker 15 års erfaring fra hjemmesygeplejen (sygeplejerskernes anciennitet fremgår af bilag 1). En del af dem havde derudover flere års hospitalserfaring.

Hvert interview varede cirka to timer, det blev optaget, transskriberet og herefter analyseret. Alle interviews startede med en fælles skriftlig brainstorm over nye opgaver, som udgjorde udgangspunktet for det efterfølgende interview: Sygeplejerskerne brugte således de første 15-20 minutter af hvert interview på individuelt at skrive nye opgaver på "post-it" sedler, som de løbende satte op på en fælles tavle (eller et bord), som på forhånd indeholdt et antal kategorier (fx KOL, hjerter, diabetes, kroniske sår, stomier, nyrepatienter, urologi, kirurgi, den ældre medicinske patient). Kategorierne blev således revideret – og udvidet – efter hvert interview, hvor sygeplejerskerne selv skrev både nye opgaver inden for hver kategori, og tilføjede nye kategorier hvis de mente, der var behov for det.

⁴ Kommunernes terapeuter udfører også sundhedsfaglige opgaver, men på træningsområdet er der med strukturreformen sket en bevidst opgaveoverdragelse til kommunerne. Denne analyse fokuserer således udelukkende på de opgaveændringer, som hjemmesygeplejerskerne oplever – enten fordi de selv udfører dem, eller fordi de uddelegerer dem til andet personale.

Formålet med kategorierne var at sikre, at et bredt område blev dækket, og at der således hurtigt blev udarbejdet en deltagergenereret disposition for resten af interviewet. Det er disse kategorier, som har dannet grundlag for udvælgelsen af de områder, der behandles i denne rapport.

Den anvendte metode er meget bred og skelner således ikke mellem, hvilke nye opgaver der skyldes kvalitetsforbedrende forskningsbaserede interventioner, og hvilke der skyldes ændrede behandlingsformer, nye behandlingsteknologier, kortere indlæggelser eller konvertering til ambulante forløb. Til gengæld giver den et bredt og konkret billede af, hvilke nye og væsentligt ændrede opgaver der er kommet i hjemmesygeplejen gennem de seneste år.

Interviewundersøgelsen er således designet til at give viden om, *hvordan* opgaverne i hjemmesygeplejen har ændret sig i perioden, og *hvilke* konkrete nye eller ændrede opgaver der er kommet til gennem de seneste år. Undersøgelsen er ikke designet til at kunne belyse *omfanget* af disse opgaveændringer – hertil behøves statistiske analyser.

Analyserne i hovedrapporten omhandler efter ønske fra opdragsgiver udelukkende de temaer fra interviewene, som omhandlede opgaveændringer på det somatiske område. Interviewmaterialet indeholdt imidlertid også temaer vedrørende ændringer på det psykiatriske område og misbrugsområdet samt opgaveændringer af mere organisatorisk art, særligt i relation til konsekvenserne af øget og ændret dokumentation, ændret arbejdsorganisering og personalesammensætning i kommunerne. Interviewanalysens resultater på disse ikke-somatiske områder er vedlagt i bilag 5. Desuden præsenteres enkelte centrale pointer herfra kort i det følgende afsnit inden afsnittet om metoden bag de statistiske analyser.

En kort bemærkning om sygeplejerskernes syn på udviklingen

Ud over udviklingen på forskellige somatiske områder kom sygeplejerskerne særligt ind på psykiatri og misbrugsområdet samt ændringer i organisering, personalesammensætning, dokumentation og kommunikation, som har konsekvenser for deres daglige arbejde.

Tre gennemgående træk ved hjemmesygeplejerskernes samtaler om deres arbejde og udviklingen i det fortjener et par kommentarer, idet disse aspekter ikke behandles særskilt og eksplicit i analyserne i denne rapport, om end de flere steder nævnes af de citerede sygeplejersker.

For det første peger sygeplejerskerne generelt på, at **pleje og behandling er blevet bedre** på stort set alle områder med psykiatri og misbrug som eneste klare undtagelse. Her var problemerne og frustrationerne større end på noget somatisk område.

For det andet peger de på en stærkt **forøget organisatorisk kompleksitet**, primært som konsekvens af mange former for specialisering – herunder flere udgående enheder fra sekundærsektoren og monofaglig organisering i både sygehussektoren og kommunerne. Specialiseringen sker ofte i håbet om at opnå øget kvalitet på enkeltområder. Sygeplejerskerne i hjemmesygeplejen peger imidlertid på, at specialiseringen også har bivirkninger på mange områder, og at den forøgede organisatoriske kompleksitet skaber mange ufordringer og kræver ressourcer, hvis sammenhængende og velkoordinerede forløb skal sikres.

Sidst men ikke mindst skal det påpeges, at hjemmesygeplejerskerne var **glade for deres arbejde**. De store institutioners tid på både ældre- og psykiatriområdet er ovre. Danskerne bliver ældre, der kommer flere kronikere, og indlæggelser bliver kortere og kortere. Hjemmesygeplejerskerne står alene med borgerne i en 1-1 relation i borgernes eget hjem. De er gæsterne, og der er ikke noget kollegium af læger og sygeplejersker inde på kontoret. Udviklingen betyder, at der bliver mere og mere komplekst og akut arbejde i hjemmet. Men samlet set hilser de medvirkende sygeplejersker denne udvikling velkommen. Blot oplever de ikke altid, at ressourcerne følger med opgaverne – uanset hvor opgaverne kommer fra:

”Jeg vil bare sige, at jeg synes, det er et rigtig spændende arbejde, og jeg synes, det bliver sjovere og sjovere at være hjemmesygeplejerske. Men vi får ikke flere ressourcer. Vi har fået enormt mange flere opgaver og meget spændende og komplicerede opgaver. Vi kommer ind på hospitalet og bliver oplært i nye ting. Det er rigtig rigtig sjovt, men vi skal bare gøre det på den samme tid eller på mindre tid – for vi bliver hele tiden én sygeplejerske mindre, men skal gøre det samme. Og det er der, problematikken ligger. Det gør ikke noget, at patienterne kommer tidligt hjem, for så bliver de raske – det gør de ikke på sygehuset, det kræver et godt helbred at være indlagt. Så det er en rigtig trend at komme hurtigt hjem i eget hjem, men ressourcerne skal følge med.”

Statistiske analyser

I forlængelse af interviewundersøgelsen er der gennemført en registerbaseret analyse med henblik på statistisk at belyse udviklingen i omfanget af de områder og opgaver, hjemmesygeplejerskerne pegede på i den kvalitative analyse. Imidlertid er det langt fra alle områder, hvor der findes relevante eller valide registerbaserede data, og derfor har vi, i det omfang det har været muligt indenfor projektets rammer, suppleret med andre relevante data, som på anden vis kan medvirke til en belysning af udviklingen på området.

Projektets design var oprindeligt, at den statistiske undersøgelse af udviklingen i omfanget af hjemmesygeplejerskernes opgaver så vidt muligt skulle baseres både på sygehusdata fra LPR, som indeholder oplysninger om aktiviteten på sygehusene, og på kommunale data fra udvalgte kommuner der anvender Fællessprog II, som gør det muligt at finde oplysninger om den kommunale indsats i relation til den enkelte borger. KL skulle udpege 5-7 kommuner med Fællessprog II, som skulle indgå i undersøgelsen og bidrage med data. Det viste sig dog efterfølgende, at det ikke var muligt at få kommunale data fra Fællessprog II i elektronisk form inden for projektets tidsfrist. Den kommunale del af undersøgelsen er derfor udsat indtil videre, og de kommunale data indgår dermed ikke i den statistiske belysning af udviklingen på de udvalgte områder. Konsekvensen af dette er, at den statistiske analyse ikke er fuldstændig i den forstand, at det kun er muligt at belyse udviklingen i sygehusaktiviteten, men ikke på nogen måde belyse udviklingen i den kommunale aktivitet – heller ikke på stikprøveniveau via data fra enkeltkommuner. Det er heller ikke muligt at gennemføre statistisk sammenhængsanalyse, der kan belyse, hvad udviklingen i sygehusaktiviteterne rent faktisk betyder for opgaverne på det kommunale område.

Den kvantitative analyse er således i udgangspunktet baseret på registerudtræk fra LPR som den primære datakilde. LPR indeholder diagnosekodede oplysninger om alle kontakter på de danske sygehuse, dvs. oplysninger om alle indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg. For hver kontakt indeholder LPR en lang række oplysninger, bl.a. om hvor kontakten sker (sygehus og afdelingen), hvornår kontakten sker, patientens diagnoser og de operationer, undersøgelser og behandlinger patienten evt. har fået i forbindelse med den enkelte kontakt (og meget mere). Data fra LPR kan således anvendes til at belyse antallet af sygehuskontakter (indlæggelser og ambulante besøg) inden for et givent område i en given periode, fx antal indlagte patienter og/eller antal ambulante patienter med en kræftdiagnose i 2007. Da en patient kan have flere sygehuskontakter i forbindelse med samme sygdom, anvendes LPR-data i denne undersøgelse til at belyse den samlede sygehusaktivitet inden for en patientgruppe og ikke antallet af patienter inden for et område. I forbindelse med opfølgelsen af sygehuskontakter er det generelt aktionsdiagnosen, der anvendes til at identificere de relevante kontakter inden for et område eller en patientgruppe, dvs. den tilstand, der har ført til indlæggelse eller ambulante kontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelser og behandlinger. I et enkelt tilfælde – for KOL-patienter – er der i tillæg til aktionsdiagnosen også opgjort sygehusaktiviteten for patienter med de KOL-relaterede koder som bidiagnose, idet der for KOL-patienter, som typisk har flere konkurrerende diagnoser, er tegn på, at indførelse af DRG-afregning tilsyneladende har påvirket registreringspraksis på området, således at KOL-diagnosen nu i højere grad registreres som bidiagnose frem for aktionsdiagnose. I forbindelse med analysen på det kirurgi-

ske område er der ved opgørelsen af antal operationer generelt anvendt den primære operation i et kirurgisk indgreb, som beskriver hovedoperationen i indgrebet.

På områder, hvor patienterne typisk altid har kontakt med sygehusene, kan LPR-data anvendes som indikator for udviklingen i patientgruppen og dermed som en indikator for omfanget af opgaver i relation til den pågældende patientgruppe i hjemmesygeplejen. På andre områder, hvor patienter normalt kun i mindre grad har kontakt med sygehusene, vedrører LPR-data kun en delmængde af patientgruppen, og i de tilfælde er det nødvendigt, at LPR-data suppleres med andre data for at sige noget om udviklingen i aktiviteten på et sygdomsområde. LPR-data kan således ikke bruges til direkte at belyse omfanget og udviklingen i opgaverne i hjemmesygeplejen. De statistiske analyser kan derfor ikke direkte belyse udviklingen i omfanget af de meget detaljerede kliniske og ikke-kliniske opgaver, som hjemmesygeplejerskerne peger på i interviewundersøgelsen. Udviklingen i de forskellige patientgrupper og sygehusaktiviteten er dog væsentlige rammebetingelser, som påvirker hjemmesygeplejens opgaver. Udviklingen kan der give en indikation af udviklingen i hjemmesygeplejens målgruppe og dermed i udviklingen af hjemmesygeplejens opgaver.

LPR-data anvendes derfor på alle områder, hvor der findes anvendelige registreringer for relevante sygehuskontakter, som kan belyse udviklingen på de forskellige områder i hjemmesygeplejen, der er identificeret i interviewundersøgelsen. På nogle områder er det vurderet, at LPR-data kan anvendes til at give et retvisende billede af udviklingen. På andre områder, hvor det er vurderet, at LPR-data ikke vil give et fuldstændig eller retvisende billede af udviklingen, er LPR-data suppleret med oplysninger fra anden eksisterende tilgængelig statistik. Endelig er der enkelte områder, hvor det ikke har været muligt at belyse udviklingen via LPR-data, og de er så vidt muligt belyst med andre data.

Men selv der, hvor data fra LPR har været fyldestgørende, er det alligevel væsentligt at tage visse forbehold. Et eksempel fra hjerte-kar området fra Folkesundhedsrapporten 2007 illustrerer det generelle problem med LPR data:

”Det er vanskeligt at få præcise tal for den samlede forekomst af hjerte-kar-sygdom i befolkningen. En person, der indlægges eller dør af hjerte-kar-sygdom, kan have levet med sygdommen i mange år uden kontakt med sygehusvæsenet. Nationale registre kan benyttes til at få tal for den alvorligste del af sygeligheden, der fører til hospitalsindlæggelse eller død, men en samlet vurdering af sygdomsforekomsten (prævalensen) kan kun opnås ved undersøgelse af repræsentativt udsnit af befolkningen.”⁵

Selvom vi i denne rapport på ingen måde søger at bruge LPR-data til at vurdere forekomsten af enkelte sygdomme (prævalensen), så peger eksemplet stadig på, at LPR kun rummer et begrænset og partielt billede af aktiviteten og udviklingen på et område.

I analyserne så vidt muligt sammenlignelige aldersgrupper og perioder: Inden for de enkelte områder identificeret i interviewundersøgelsen belyses udviklingen – så vidt muligt – over en 10-årig periode fra 1999-2008 for de tre aldersgrupper 0-64 år, 65-79 år og 80 år og derover. For hvert område opgøres så vidt muligt tre udviklingstendenser: Antal udskrivninger⁶ pr. år, gennemsnitlig liggetid for de udskrevne patienter samt antal ambulante besøg pr. år. For det kirurgiske område opgøres antal primære operationer fordelt på stationære og ambulante patienter samt den gennemsnitlige liggetid for stationære patienter.

De konkrete data og kilder, der er anvendt til at beskrive udviklingen inden for det enkelte område, er beskrevet efterfølgende i de enkelte afsnit. Den samlede dokumentation af dataudtræk fra LPR med afgrænsning af relevante diagnose- og operationskoder er vedlagt i bilag 4.

Den kvantitative undersøgelse har kørt ad tre spor:

⁵ Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, SIF.

⁶ Udskrivninger svarer til indlæggelser, idet patienter, der fx dør på sygehus, også formelt set udskrives. En variation ses dog grundet forskellige perioder: En patient kan indlægges i 2006 og udskrives i 2007 og vil her tælle i statistikken for 2007.

1. En indledningsvis videnssøgning inden for de enkelte områder via søgning på Internet/litteratur og kontakt til nøglepersoner inden for området – på sygehusene og i kommunerne.
2. Afdækning af eksisterende dansk statistik fra elektroniske databaser (statistikbanken.dk, sundhedsdata.sst.dk, sst.dk), rapporter, artikler og andet.
3. Dataudtræk fra LPR, hvor relevante diagnosekoder og procedurekoder er identificeret via trin 1. og 2. samt kontakt til Sundhedsstyrelsen – læge Søren Bang, SKS, Anders Svenning, DRG-kontoret og kontakt i Forskerservice.

Det har ikke været muligt at anvende data fra Sygesikringsregisteret til at belyse omfanget og udviklingen af opgaver i hjemmesygeplejen, da de registrerede ydelser i Sygesikringsregisteret ikke kan opgøres på diagnoser.⁷ Det vil muligvis være muligt at anvende Sygesikringsregisteret til at belyse omfanget af udvalgte ambulante operationer, som udføres hos praktiserende speciallæger, men det har ikke været tidsmæssigt muligt inden for rammerne i dette projekt.

En anden mulighed var at anvende oplysninger fra Lægemedelregisteret til at undersøge udviklingen i brug af lægemidler, for på den måde at belyse antallet af patienter i behandling, og dermed udviklingen inden for udvalgte relevante områder, hvor medicineringen er relevant for hjemmesygeplejerskernes arbejde. Et eksempel er udviklingen i antallet af diabetikere i behandling med insulininjektion fordelt på aldersgrupper. Dette vil dog kræve et udredningsarbejde i tæt samarbejde med klinikere for at identificere relevant sygdomsspecifik medicin og afklaring af mulige problemer og fejlkilder, hvilket ikke har været tidsmæssigt muligt inden for rammerne i dette projekt.

Læsevejledning

I analysen præsenteres fortrinsvis grafer, idet formålet er at belyse udviklingen, og grafer giver et mere umiddelbart visuelt overblik over en udvikling end tabeller. Imidlertid kan de eksakte værdier ikke aflæses. Derfor er alle tabeller med de data, som ligger til grund for graferne i rapporten, gengivet i bilag 3, som kan downloades separat fra DSI's hjemmeside samme sted som denne rapport, under "publikationer". Nummereringen af tabeller i bilag 3 følger nummereringen af grafer i rapporten.

I analysen har vi tilstræbt ikke at anvende kliniske og statistiske fagudtryk, og i det omfang det er nødvendigt, er de forklaret i fodnoter. Imidlertid anvendes to begreber i mange af analyserne:

Prævalens – som betyder forekomst, underforstået af en bestemt sygdom. Prævalensen siger således noget om, hvor mange der i en gruppe (fx den danske befolkning) lider af en bestemt sygdom (fx diabetes).

Incidens – som betyder nye tilfælde underforstået af en bestemt sygdom. Incidensen siger således noget om, hvor mange nye tilfælde der er i en bestemt gruppe (fx den danske befolkning) pr. år, som rammes af en bestemt sygdom (fx kræft).

⁷ Med undtagelse af den nye diabetesforløbsydelse som er indført i 2007.

Analyse af udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver

Rapporten behandler en række forskellige emner, som primært omhandler forskellige somatiske områder. Ved hvert emne præsenteres først hjemmesygeplejerskernes perspektiv på de kvalitative ændringer i opgaverne på området, herunder hvilke nye opgaver hjemmesygeplejerskerne pegede på inden for hvert område. Dernæst præsenteres statistiske data, som kan belyse udviklingen på hvert område, i det omfang det har været muligt. De statistiske data tager primært udgangspunkt i sygehusaktiviteten og er i nogle tilfælde suppleret med andre typer af statistik og data, som beskrevet i metodeafsnittet.

Hjertesygdomme

Hjertesygdomme omfatter en lang række sygdomme i hjertet og i perifere kar. De hjertesygdomme, der rammer det største antal mennesker, er iskæmisk hjertesygdom,⁸ hjertesvigt, forstyrrelser i hjerterytmen og sygdomme i hjerteklapperne. Indsatsen overfor hjertesygdomme har været intensiveret igennem de sidste 10-15 år – både hvad angår den forebyggende indsats og den behandlende indsats. Den intensiverede behandling har været medvirkende til, at patienter nu i højere grad overlever den akutte fase af en hjertesygdom.⁹

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne på hjerteområdet?

Sygeplejerskerne oplever, at hjertepatienterne generelt er mere i hjemmet – både som konsekvens af kortere indlæggelser, men også fordi de ikke længere er indlagt under udredningsforløb:

”Patienter med diverse hjerteundersøgelser de kommer rigtigt meget hjem i ventetiden mellem undersøgelserne. Før var de indlagt, indtil de var færdigundersøgt og færdigudredt og havde fået en diagnose. Nu kommer de hjem, og vi har bl.a. heparinen.¹⁰ Dem synes jeg, vi får mange af.”

Sygeplejerskerne oplever, at hjertepatienter – såvel som andre patientgrupper – er i hjemmesygeplejen mellem undersøgelser, hvilket har flere typer konsekvenser. For patienter, som skal i AK-behandling,¹¹ betyder det, at de ofte skal have kontrolleret deres INR,¹² og sygeplejerskerne peger på, at der følger en del **opfølgings- og koordinationsopgaver** med – særligt i forhold til svage patienter, som ikke selv magter at følge op på svar fra hospitalet og sikre, at medicinen justeres efter svar på INR:

”Det kan både være i forhold til egen læge og sygehuset, alt efter hvem der styrer deres AK-behandling. Men før der var det meget sådan, at der blev bestilt transport, altså der var styr på tingene. Nu er det os, der skal sikre os, at transporten kommer ud, og at vi får svar på tingene.”

I det hele taget nævner sygeplejerskerne mange typer af koordinationsopgaver i forhold til hjertepatienter:

⁸ Åreforkalkning i hjertets kranspulsårer som skyldes aflejring af kolesterol i kranspulsårens væg, som mindsker kranspulsårens indvendige diameter, og der kan opstå hjertekrampe (angina pectoris) eller blodprop i hjertet.

⁹ Fra Folkesundhedsrapporten Danmark 2007.

¹⁰ Injektion med blodfortyndende medicin.

¹¹ AK betyder antikoagulerende behandling (fx med Maravan).

¹² INR (International Normalised Ratio) er en blodprøve, hvor man undersøger blodets evne til at koagulere. INR-tallet er derved udtryk for, hvor lang tid blodet er om at størkne. INR-tallet bruges blandt andet til at kontrollere antikoagulerende behandling, som kan forebygge blodpropper. Normalt går der tre til seks uger mellem hver blodprøvekontrol, hvis behandlingen er stabil.

”Vi skal få koordineret undersøgelserne: De kommer hjem med forskellige datoer, der ikke kan lade sig gøre rent tidsmæssigt eller geografisk – og som vi skal koordinere for borgeren og lave transportbestilling til.”

”Omkring forberedelsen til undersøgelsen hvis folk ikke selv kan ikke finde ud af det eller overskue det, så bliver hjemmeplejen kontaktet og bedt om at tage sig af den opgave. Det hele sker hjemmefra koordineret af hjemmesygeplejersken.”

I forhold til hjertepatienter nævnte sygeplejerskerne en anden type opgave, som også gælder andre typer af patienter, og som mere er en konsekvens af mangelfuld kommunikation mellem sektorerne end af opgaveglidning. Sygeplejerskerne oplever fx, at de bruger mere tid på **opfølgning**:

”Der er også den med medicinopfølgning: Opfølgning både på undersøgelser og i forhold til medicin. Ofte oplever jeg, at egen læge ikke er informeret, han får ikke besked, før de er kommet hjem, og så står vi med det og skal have fat i medicinen. Og egen læge ved ikke noget. Så skal vi tilbage til sygehuset og have at vide, hvad er det egentlig, I mener? Der er meget arbejde i forbindelse med det.”

Sygeplejerskerne peger også på, at de tidligere udskrivninger og omlægningen til ambulantly behandling og udredning betyder, at der er kommet flere opgaver i hjemmeplejen i relation til **observation**:

”I forbindelse med medicinering betyder den tidligere udskrivning, at så når sygehuset faktisk ikke at se, hvilken virkning medicinen har på dem, om deres puls går for langt ned. De når ikke at tage en prøve, så de kan se, om de er helt fejlmedicineret, og det kræver nogle observationer af os. Også tættere observationer i forhold til blandt andet vægt, væskeophobning. Tidligere var det også sådan, at de var indlagt så lang tid, at man nåede ud over den periode, hvor man så, om de lige pludselig tog tre kg på i løbet to dage – den sidder vi med nu.”

Således peger flere sygeplejersker på, at de bruger mere tid på fx at veje patienterne løbende for at sikre, at der ikke sker væskeophobninger.

Også i forbindelse med **Holter-monitorering**¹³ kan der være behov for hjemmesygeplejerskerne.

Et andet aspekt af at have hjertepatienterne mere i hjemmet handler om den **psykiske støtte**, som fylder meget hos en del af sygeplejerskerne:

”Nu er de jo ikke indlagt. Det er aftensygeplejersken, der kommer forbi og ser de bekymrede øjne. Det er hjemmesygeplejersken, der skal fange den slags og give tryghed. Det fik man før på sygehuset, fordi man jo var der. Og da er det somme tider, vi kommer til kort – for hvad er det lige den undersøgelse eller operation går ud på?”

”Den psykiske overbygning i forbindelse med hjertetilfælde ligger nu i hjemmesygeplejen. Det når ikke at blive bearbejdet på afdelingen. Patienterne og pårørende er urolige, bange for at det sker igen: Et hjertetilfælde er smertefuldt at opleve, og patienterne er måske bange for at dø. De har måske ikke fået samme vejledning omkring genoptræning og vigtigheden af det – før lå et helt genoptræningsforløb på sygehuset. Imellem 8. og 10. dagen er risikoen for re-infarkt forøget – før kom de hjem, efter denne periode var ovre, men nu har vi dem i hjemmesygeplejen, mens risikoen er størst.”

Og flere oplever, at der ikke altid er sat tid af til de mere **psykiske opgaver** – men kun til de rent kliniske:

”Man får at vide, at man faktisk er hjertesyg, men man ved ikke, hvor alvorligt det er. Det er en kæmpe forandring i forhold til, da de lå på sygehuset og kunne snakke, når der var behov for det. Nu sidder de mutters alene hjemme. Måske har de en kone eller mand, som heller ikke ved noget som helst. Så samler de spørgsmålene sammen, til når vi kommer, for så kommer der jo en syge-

¹³ En Holter er en lille båndoptager, som laver en konstant optagelse af hjerterytmen via elektroder på huden i 1-2 døgn.

plejerske, så lad os lige få spurgt. Men når vi får vores kørelister, så er der disponeret med ”injektion af heparin, 10 minutter” – men det tager tre kvarter.”

Ligesom på mange andre sygdomsområder er der også kommet **flere specialiserede aktører** på hjer-teområdet, og det giver anledning til samme type af dilemmaer og overvejelser hos hjemmesygeplejerskerne:

”Der er blevet lavet mange udkørende ekspert-teams fra hospitalet, blandt andet også en hjertesygplejerske. Det er fint, men den ekstra opgave er, at så skal man lige være tovholder for en ekstra ting – og huske at det kan være, der er kommet nogle nye ordinationer og nogle ændringer, som man ikke er blevet ført up-to-date med, når man kører ud til patienten næste gang. Det giver nogle gange ekstra opgaver. De ekstra opgaver kommer af, at folk behandles mere intensivt i hjemmet nu, da de er dårligere, når de kommer hjem. Derfor er akutsamarbejdet øget, hvilket betyder hyppigere kontakt mellem personalegrupperne.”

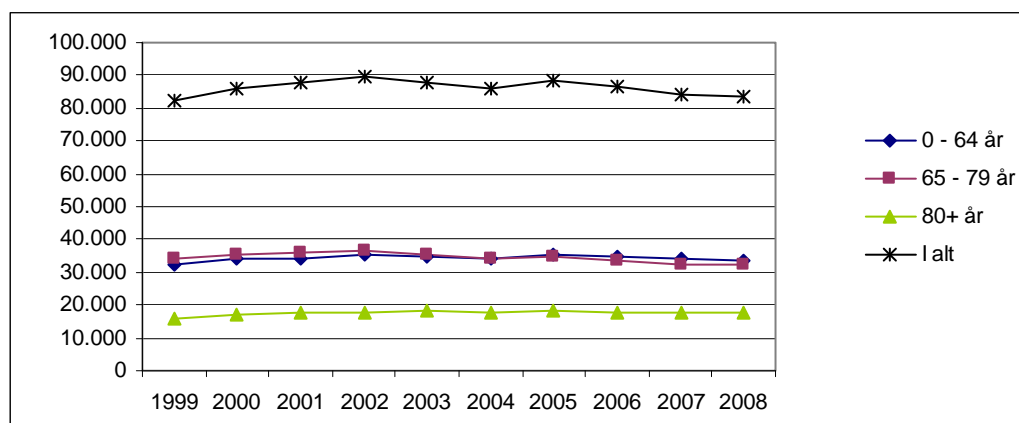
Nye opgaver omkring hjertepatienter i hjemmet:

- Forberedelse til undersøgelse
- Opfølgings- og koordinationsopgaver (særligt i forbindelse med blodprøver, udredning, transport og nye samarbejdsparter i form af specialister og teams)
- Øget medicinering, herunder injektioner
- Opmåling til støttestrømper
- Holter-monitorering
- Tættere observationer (medicinvirkning, fejlmedicinering, væskeophobning)
- Håndtering af psykiske følger af hjertetilfælde for både patient og pårørende.

Hvad siger tallene om udviklingen på hjer-teområdet?

I 2005 levede godt 300.000 personer med en hjerte-kar-sygdom.¹⁴ Nedenstående grafer viser udviklingen i antallet af udskrivninger fra sygehusene for patienter indlagt med en hjertesygdom som aktionsdiagnose, den tilhørende gennemsnitlige liggetid for de indlagte patienter og udviklingen i antal ambulante besøg.

Figur 4: Antal hjertepatienter udskrevet fra sygehusene i perioden 1999-2008

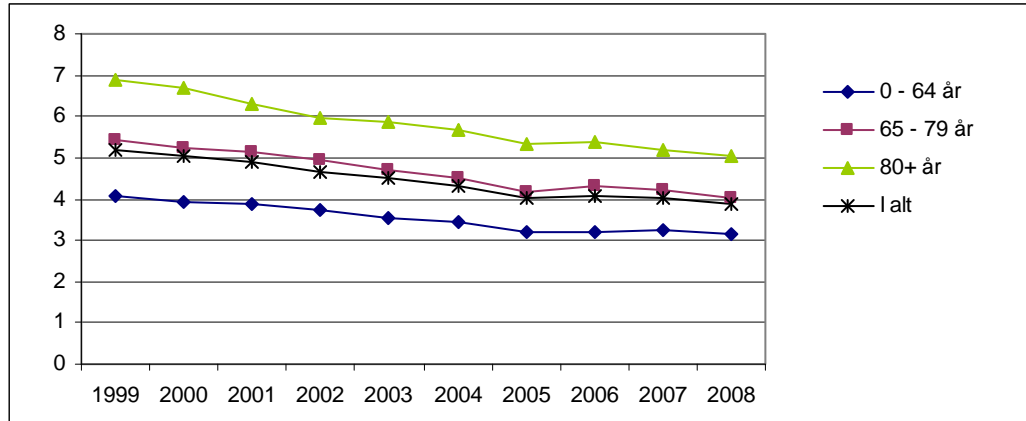


Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

¹⁴ Vurderet ud fra SUSY-2005, som er den fjerde nationale undersøgelse af sundhed og sygelighed i den voksne danske befolkning. SUSY-2005 undersøgelsen er baseret på interview med 14.566 personer og 11.238 spørgeskemaer. SUSY-undersøgelserne gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed, SIF.

Samlet set er der sket en lille stigning i antallet af indlæggelser i perioden. Der er dog variation i udviklingen mellem de forskellige aldersgrupper, idet der har været en stigning på 3 % i antallet af 0-64-årige hjertepatienter, et fald på 5 % i antallet af 65-79-årige hjertepatienter, mens antallet af hjertepatienter på 80 år og derover er steget 13 %.

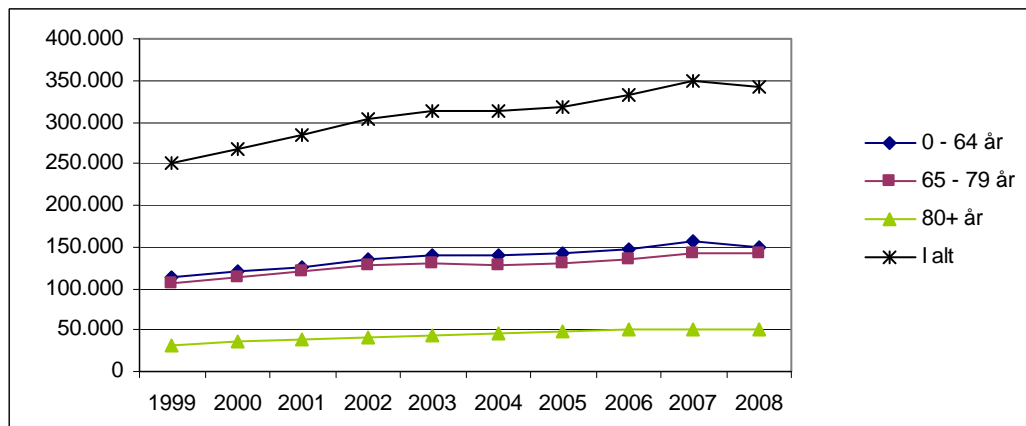
Figur 5: Gennemsnitlig liggetid for udskrevne hjertepatienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 5 viser, at den gennemsnitlige liggetid er faldet i perioden for alle aldersgrupper. Figur 6 viser, at den ambulante aktivitet er steget for alle tre aldersgrupper: Antal ambulante besøg stiger med godt 33 % for de 0-64-årige og 65-79-årige, mens der er en stigning på 60 % hos de 80+-årige.

Figur 6: Antal ambulante besøg til hjertepatienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Sammenfatning af udviklingen på hjerteområdet

Hjemmesygeplejerskerne pegede på en række nye og ændrede opgaver omkring hjertepatienter i hjemmet, særligt i relation til diverse former for forberedelse til undersøgelse i hjemmet, opfølgings- og koordinationsopgaver (særligt i forbindelse med blodprøver, udredning, transport og nye samarbejdsparter i form af specialister og teams), øget medicinering, tættere observationer og et større behov for håndtering af psykiske følger af hjertetilfælde for både patient og pårørende.

På hjerteområdet er både den forebyggende indsats rettet mod risikofaktorerne for hjertesygdom og den behandlende indsats overfor hjertesygdomme intensiveret de sidste 10-15 år. Den intensiverede

behandling har været medvirkende til, at patienter nu i højere grad overlever den akutte fase af en hjertesygdom.¹⁵

Det stigende antal hjertepatienter, der overlever den akutte fase, betyder, at gruppen af hjertepatienter samlet set vokser. Det skaber en generel opgaveøgning på hjerteområdet.

LPR-data kan ikke direkte belyse udviklingen i omfanget af opgaver i hjemmesygeplejen på hjerteområdet, men stigningen i både indlæggelser og i ambulante besøg for de 80+-årige tyder på, at den patientgruppe, som er hjemmesygeplejens målgruppe øges og behandles mere intensivt end tidligere. Samtidig viser tallene, at der generelt er en markant stigning i antal ambulante besøg på sygehuse, hvilket sammen med de generelt kortere liggetider muligvis også betyder, at flere opgaver ligger i hjemmeplejen.

Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL – er en kronisk uhelbredelig sygdom i luftvejene og lungerne, hvor lungevævet langsomt nedbrydes. Sygdommen er karakteriseret ved en tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og større og større vejtrækningsbesvær. I et fremskredent stadium er KOL præget af et langt og pinefuldt forløb med gradvis tiltagende og efterhånden invaliderende åndenød.¹⁶ KOL inddeles i fire kategorier: mild, moderat, svær og meget svær, alt efter hvor meget lungefunktion, patienten har tilbage. Det er hovedsageligt KOL i svær eller meget svær grad, der fører til akutte indlæggelser.

KOL kan forebygges og behandles, men KOL kan ikke helbredes, når der først er sket skade på lungerne. Medicin, motion og viden om sygdommen kan forbedre livskvaliteten for KOL-patienter. Behandling af KOL er rygestop, farmakologisk behandling, rehabilitering og i sjældne tilfælde operation. Rygestop er den vigtigste behandling – den tabte lungefunktion kan ikke genvindes, men med rygestop stoppes det accelererende tab, og der er en reduceret risiko for nedre luftvejsinfektioner.¹⁷

KOL skyldes i over 85 % af tilfældene rygning, der har medført ødelæggelser i lungevævet, kombineret med kronisk betændelsestilstand i luftvejene.¹⁸

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne omkring KOL-patienter?

Sygeplejerskerne oplever stort set alle steder, at KOL-patienter fylder mere og mere i hjemmesygeplejen, og de peger på, at der er flere årsager til dette. For det første er både opsporing og behandling forbedret, så flere opdages, og flere lever dermed længere med KOL:

”Vi er blevet bedre til at opspore KOL og bedre til at behandle KOL. Førhen havde de kronisk bronkitis og røg ind og ud af sygehuse. Nu har de fået KOL, og der går et apparat i gang med træning og medicin. De lever længere med det. Og der kommer flere og flere af dem.”

For det andet oplever sygeplejerskerne, at KOL-patienterne ikke så tit kommer på sygehuset, og når de gør, kommer de tidligere hjem.

Men derudover er der også sket en ændring i boligformerne, så flere af de dårlige patienter i dag er i eget hjem og ikke i en form for plejebolig:

”Før iltbehandling og nødkald og sådan noget, så var man i plejebolig i stedet for eget hjem.”

¹⁵ Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, SIF.

¹⁶ Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, SIF.

¹⁷ Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, SIF samt www.netdoktor.dk.

¹⁸ Ifølge overlæge Ejvind Frausing Hansen, Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital (på www.kol.dk – Dansk Lungeforenings side om KOL).

”Der er mange flere af de dårlige KOL-borgere i eget hjem. Før kom de måske i plejebolig som 60-årige, det gør de jo ikke i dag.”

KOL-patienterne giver flere forskellige typer af opgaver i hjemmesygeplejen. For det første er der en række kliniske opgaver relateret til medicinering og det maskineri, som KOL-patienter i stigende grad har i hjemmet. Eksemplerne er **medicindosering, inhalationsapparater, ilt-maskiner (hjemmeilt), forstøvermaske og respiratorer**. Hjemmesygeplejerskens opgaver i relation til KOL-patienternes medicinering og behandling er blandt andet at forestå eller medvirke til **vedligeholdelse af maskineri**:

”Når man har ilten derhjemme, som både skal renses her og der og alle steder, så skal man have lavet nogle procedurer og noget undervisning til dem, der skal være derude. Vi har en iltsygeplejerske, som vi kan få hjælp af fra sygehuset. Og så skal man også koordinere med Falck, så man får alt det, man skal have derfra eller fra Medical.¹⁹ Der skal også støvsuges filtre. Og der skal ringes efter tingene, hvis ikke borgerne kan selv. Firmaerne er rigtig flinke, og de kommer bare prompte. Men det kræver da noget. Der er mange opgaver.”

”Med hensyn til respirator-patienter kommer der flere i eget hjem. For hjemmesygeplejen betyder det flere tekniske arbejdsopgaver med hensyn til at ordne apparaturet og væskepåfyldning. Desuden er der observationer, fordi patienterne er dårlige. Der er meget teknik at sætte sig ind i”.

I forhold til selve **medicineringen** beskriver sygeplejerskerne også, at der er kommet flere opgaver i relation til at **lære patienterne** at tage deres medicin rigtigt – særligt inhalationsmidler:

”De kender ikke inhalationerne, når de kommer hjem. De får stukket en Berodual i hånden, og så bliver de udskrevet. Der er mange forskellige slags medicin i dag, hjælperne har ikke altid styr på det, og ofte bruger patienterne det ikke rigtigt.”

Sygeplejerskerne oplever også, at de i højere grad giver både **psykisk støtte og vejledning** til KOL-patienter i forhold til det at leve med deres sygdom:

”Vi skal yde støtte og vejledning til at lære at leve i en ny livssituation. Den opgave lå i de længere indlæggelsesforløb før. Det der med at leve med en kronisk sygdom, det med at acceptere at man nu har den sygdom, og den skal man dø med.”

”Der er også undervisning af patienter omkring, hvordan de styrer deres åndedræt, når de bliver bange.”

KOL er forbundet med angst for mange patienter, fordi de oplever, at de i perioder med forværring har svært ved at få luft. Derfor har mange KOL-patienter fået nødkald,²⁰ og derfor er der mange **akutte opgaver** i relation til netop gruppen af KOL-patienter:

”Flere borgere har fået et nødkald, så borgeren tør at være alene hjemme. Så er der et nødkald, og det vil typisk gå til sygeplejersken, fordi det er som regel noget med luften, og der kan hjælperen stå lidt med håret i postkassen.”

”Vi bliver kaldt akut mange gange. De er bange. Og så hvis de er alene, så sidder man og snakker lidt med dem på sengekanten, og siger prøv nu at trække vejret på den måde. Og giver dem den spray. Jeg synes i det hele taget, man oplever at mange, der bor alene, de er simpelthen angste og har brug for at have en hos sig. Det er det, vi bliver brugt til mange gange.”

”Men det er også en stor del af det psykiske, for når de er på sygehuset, så er der ilt i væggen, og der er en maske, de kan tage, og det er der altså ikke, når de kommer hjem. Der ligger en stor

¹⁹ Firmaer der leverer maskineriet.

²⁰ Et nødkald er et system, hvor borgeren kan kalde hjælp døgnet rundt, og som både er stationært og bærbart, så man kan have nødkaldet på sig hele tiden.

opgave for os. Det er noget med at forklare dem, hvad vi så har af muligheder, og at sørge for at de muligheder vi har, de er i hjemmet.”

Men det er ikke kun det akutte, angsten og den psykiske pleje, som sygeplejerskerne oplever, fylder mere hos KOL-patienterne. Flere fremhæver mere **forebyggende opgaver** og et større fokus på ernæring:

”Der er også noget forebyggende og sundhedsfremmende i de besøg på vores kørelistes, fordi de jo lever længere. Vi skal finde ud af at få givet dem noget livskvalitet. Specielt forebyggende i forhold til ernæring. De sidder i den samme stol hele dagen og kan ikke bevæge sig nogen steder hen: Får de noget speciel kost, eller går det hele op i at trække vejret?”

På KOL-området er der flere steder kommet **telemedicinske projekter**. En sygeplejerske fortæller her om et projekt og om hjemmesygeplejens rolle i det:

”Det telemedicinske projekt skal forebygge genindlæggelser. KOL-patienter ryger ud og ind af sygehuset hele tiden. På sygehuset kan de ikke gøre andet for patienterne end at skabe tryghed. Patienterne i projektet har et apparat med en computer tilkoblet, og ved ildebefindende kan patienterne koble sig op og få direkte kontakt til sygehuset i stedet for at ringe 112. De kan tale med en læge, måle ilt, og så videre. De kan gøre noget selv. Hjemmesygeplejerskernes opgave i forbindelse med ordningen er, at patienterne kan ringe til hjemmesygeplejen, som kommer og er der på sidelinjen. Hjemmesygeplejerskerne er ikke oplært i instrumenterne, men i at vide hvad det handler om, og patienterne er typisk ganske friske, når de får udstyret og håndterer selv det tekniske. Hjemmesygeplejerskerne støtter op omkring patienterne.”

Dette projekt var enkeltstående, men illustrerer en udvikling, som muligvis vil brede sig i årene, der kommer.

KOL-området er præget af mange og korte indlæggelser samtidig med, at mulighederne for behandling i hjemmet er vokset de seneste år. Dette har givet været medvirkende årsag til, at der er kommet mange nye aktører på KOL-området: Fra udgående iltsygeplejersker, udgående akutmedicinske teams eller -sygeplejersker til kommunale KOL-specialister. En sygeplejerske beskriver her det dilemma, som de **mange nye aktører** rummer for hjemmesygeplejen:

”Vi har et projekt, hvor en sygeplejerske er ansat, som har timer i hjemmeplejeregion, men også på hospitalet, og som forsøger at være koordinator mellem de to parter. Det er både en vejleder og støttefunktion for hjemmesygeplejen og i hospitalsregi. Hun følger borgerne i hjemmet og under indlæggelse. Det betyder, at der er endnu en partner at forholde sig til. KOL-sygeplejersken har ordinationsret, derfor kræves det, at man følger med i, hvilke nye tiltag der er sket efter hendes besøg og eventuelt følger op på ændringer. Men når man står ude hos en klient, som har det skidt – skal man så ringe til egen læge, skal man ringe til udkørende AMA, skal man ringe til KOL-sygeplejersken, skal man ringe til ambulatoriet, eller hvem er det nu egentlig, det vil være smartest at kontakte? Det giver selvfølgelig nogle handlemuligheder, men på den anden side er der altså også mange ting at holde styr på – og det er ikke altid, man lige husker, at, nå ja, der er også en KOL-sygeplejerske. Det giver også en masse dokumentation. De mange involverede aktørers forskellige tilknytning betyder, at det kan være svært at afgøre, hvor informationer skal stå i systemet, og at det er let at overse noget.”

Specialisterne øger således på den ene side behandlingsmulighederne – men det øger på den anden side også den organisatoriske kompleksitet og dermed risikoen for, at information går tabt, at der ikke bliver fulgt op, og at der alt andet lige skal bruges mere tid på koordination. Sygeplejerskerne nøjes med at beskrive dilemmaet, som de oplever det i hverdagen. Spørgsmålet er selvfølgelig, om fordelene ved specialiseringen – både på KOL-området og på mange andre områder – opvejer ulemperne. Dette tema omkring specialisering – både i primær- og i sekundærsektoren – gik igen i forhold til mange andre emner og er derfor behandlet mere uddybende sidst i denne analyse efter gennemgangen af de kliniske områder.

En anden behandlingsform, som sygeplejerskerne også nævner som en ny opgave i hjemmesygeplejen, er **C-PAP masker**²¹ – primært i relation til ALS²²-patienter og svækkede ældre med øget risiko for lungeinfektioner.

Nye opgaver omkring KOL-patienter i hjemmet:

- Medicindosering
- Iltbehandling og respiratorer, herunder tekniske opgaver + observation
- Inhalationsbehandling, herunder undervisning i inhalationsteknik
- Vedligeholdelse af maskineri i hjemmet, bestilling og kontakt med leverandører
- Psykisk støtte og vejledning til patienter (og pårørende) – ofte akut i forbindelse med angst
- Samarbejde KOL-/iltsygeplejerske fra hospital
- Telemedicin – støtte
- C-PAP masker (primært ved ALS-patienter).

Hvad siger tallene om udviklingen på KOL-området?

På KOL-området er det nødvendigt at opgøre sygehusaktivitet, hvor KOL optræder både som aktionsdiagnose og bidiagnose, da en del KOL-patienter typisk har konkurrerende diagnoser, og det er derfor ikke entydigt, hvordan KOL-diagnosen registreres for en sygehuskontakt. Dette er specifikt for KOL-området i forhold til de øvrige områder i rapporten.

Udviklingen i KOL-patienternes sygehuskontakter vises i graferne nedenfor. Graferne viser, at der samlet set er et fald i antal patienter udskrevet med KOL som aktionsdiagnose, dog med undtagelse af de 80+-årige, hvor der er en stigning fra 3.282 udskrivninger med KOL som aktionsdiagnose i 1999 til 3.956 udskrivninger i 2008. Faldet i indlæggelser med KOL som aktionsdiagnose er næppe et reelt fald, men skal i stedet forklares af indflydelse fra DRG-systemet – der er bl.a. sket en kraftig stigning i antallet af indlæggelser med aktionsdiagnose bakteriel lungebetændelse uden spec. og lungebetændelse uden spec. dvs. er lungebetændelsen aktionsdiagnose og KOL bidiagnose eller omvendt²³. Antal patienter udskrevet med KOL som bidiagnose er generelt steget i perioden både samlet set og for hver af de tre aldersgrupper.

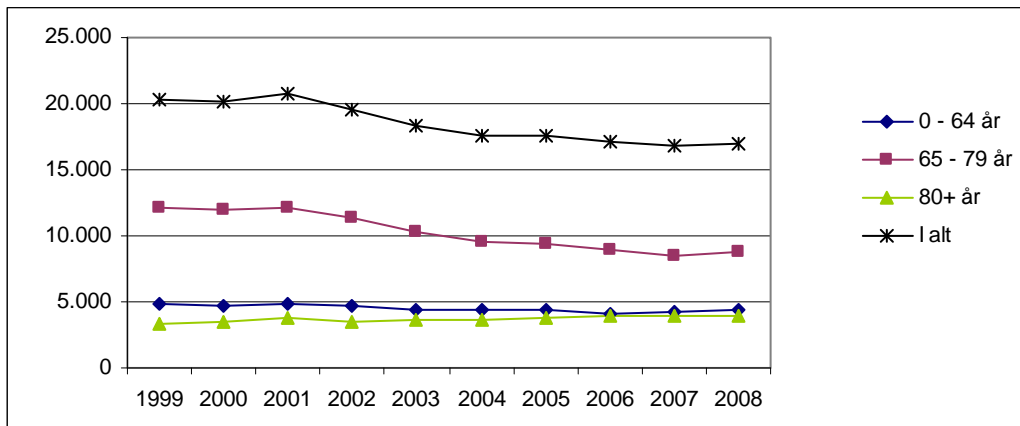
Det samlede antal udskrivninger med KOL som enten aktions- eller bidiagnose er steget jævnt i perioden fra godt 30.000 udskrivninger i 1999 til godt 40.000 i 2008. Stigningen ses i alle tre aldersgrupper, og stigningen er størst både faktisk og relativt i gruppen 80+-årige. Samtidig er den ambulante aktivitet generelt steget i perioden for KOL som både aktionsdiagnose og bidiagnose. Den gennemsnitlige liggetid er generelt faldende i perioden – både samlet set og for de enkelte aldersgrupper.

²¹ C-PAP står for **C**ontinuously **P**ositive **A**irway **P**ressure og indebærer, at man ånder ud mod et højt lufttryk. C-PAP kan anvendes til patienter, der har problemer med at trække vejret dybt og derved har risiko for at udvikle lungeinfektioner. Det er med til at forebygge, at slim sætter sig fast i lungerne.

²² ALS står for **A**myotrofisk **L**ateral **S**klerose, som er en forholdsvis sjælden livsforkortende neurologisk sygdom, som kun kan symptombehandles.

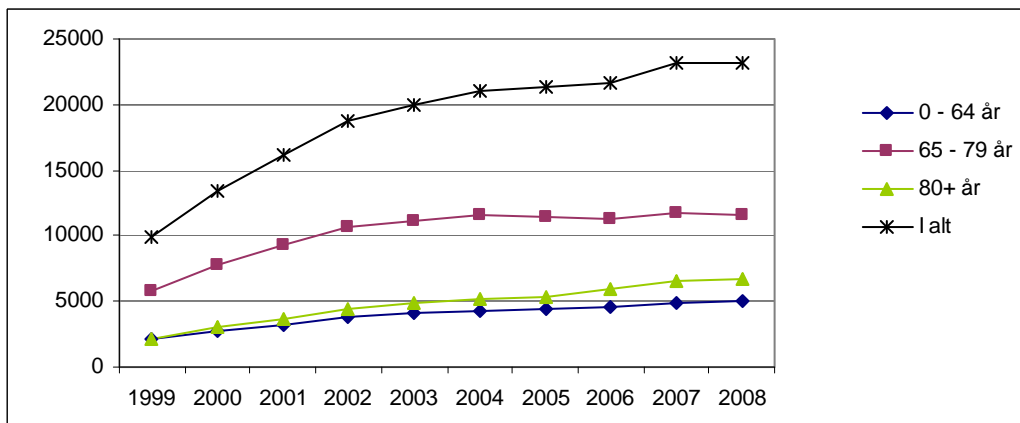
²³ Folkesundhedsrapporten Danmark 2007.

Figur 7: Antal patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som **aktionsdiagnose** i perioden 1999-2008



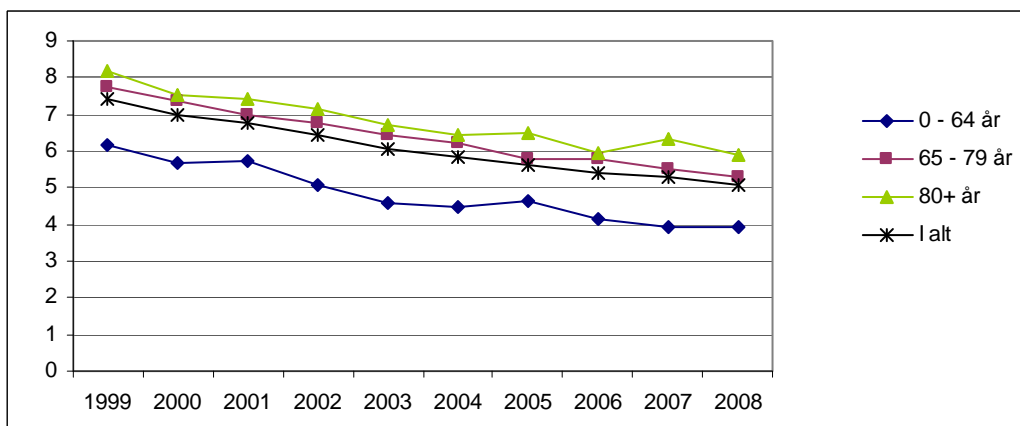
Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 8: Antal patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som **bidiagnose** i perioden 1999-2008



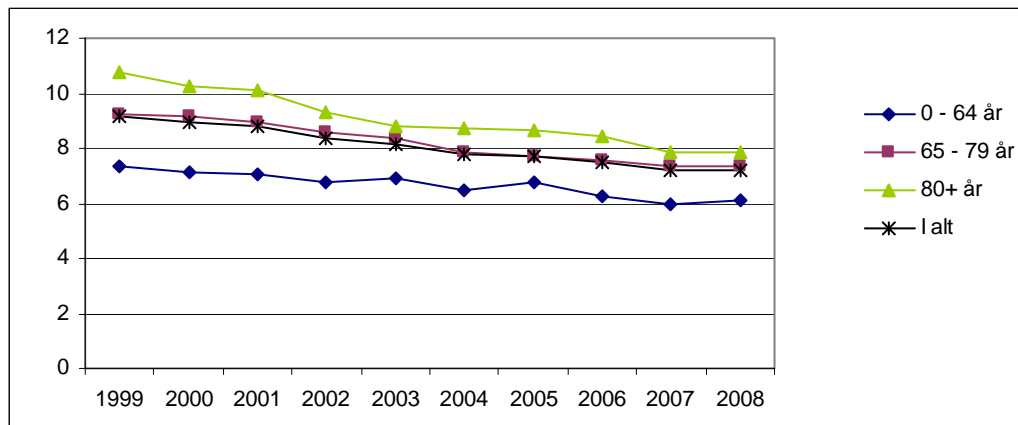
Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 9: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som **aktionsdiagnose** i perioden 1999-2008



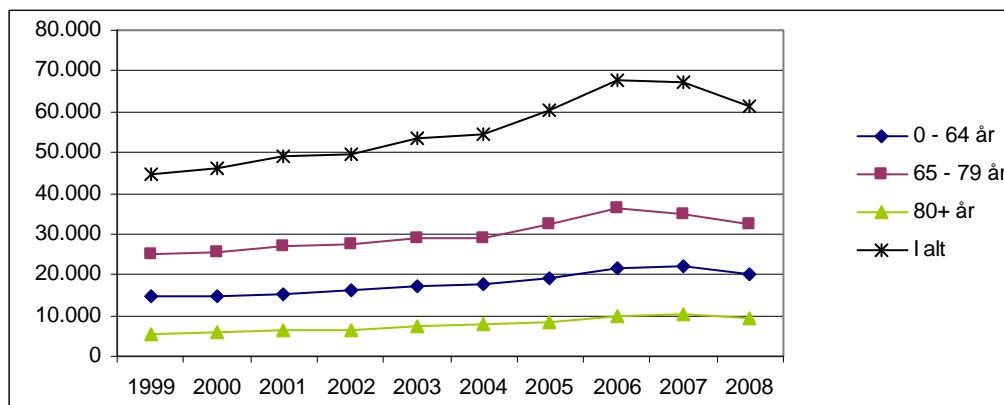
Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 10: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som **bidiagnose** i perioden 1999-2008



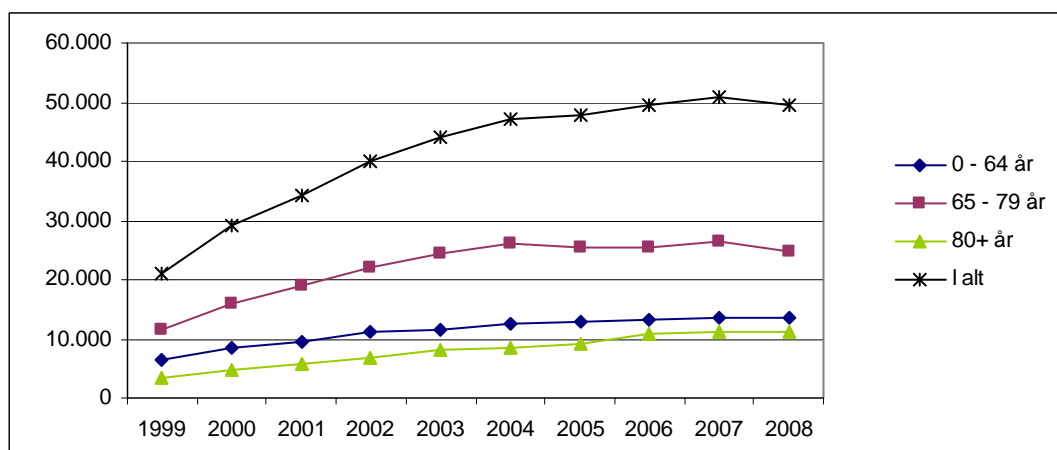
Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 11: Antal ambulante besøg for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som **aktionsdiagnose** i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 12: Antal ambulante besøg for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som **bidiagnose** i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Der findes ikke systematisk diagnosticering og registrering af sygdomstilfældene i primærsektoren, og det er derfor nødvendigt at vurdere omfanget af sygdommen ud fra sygehusindlæggelser, som typisk kun vil omfatte patienter med svær KOL og registrering af dødsårsager. Man har hidtil anslået,

at omkring 200.000 danskere har KOL. På baggrund af data fra fjerde Østerbroundersøgelse²⁴ skønnes det totale antal af danskere med KOL at være 430.000 – heraf 270.000 med klinisk betydende KOL og 40.000 med svær KOL. Estimerne på baggrund af ØBUS 4 er dog muligvis for høje, da den undersøgte befolkning på Østerbro og Nørrebro næppe er repræsentative for hele landet.²⁵

Tabel 13: Estimeret forekomst af KOL i forskellig sværhedsgrader og aldersgrupper

Alder	Mild	Moderat	Svær/Meget svær	I alt
35-64	98.239	124.767	13.166	236.172
65-79	41.888	76.367	23.557	141.812
80 +	26.255	26.811	5.104	58.170
I alt	166.382	227.945	41.827	436.154
Prævalens i alt	5,50 %	7,50 %	1,40 %	14,30 %

Kilde: Baseret på Østerbroundersøgelsen (ØBUS 4 (2001-2004)), se Ugeskrift for Læger, 2007, 169/46, s.3956-3960, Tabel 3.

Sammenfatning af udviklingen på KOL-området

Hjemmesygeplejerskerne peger på nye og ændrede opgaver på KOL-området, særlig i relation til medicindosering, flere opgaver i relation til ilt-behandling og respiratorer i hjemmet, herunder også tekniske opgaver og vedligeholdelse af maskineri i hjemmet, og mere vejledning og undervisning i inhalationsteknik. Telemedicinske projekter og en øget mængde udgående funktioner på KOL-området betyder også flere og nye opgaver – både i relation til hjælp til patienter i forbindelse med telemedicinsk behandling og også et øget samarbejde med udgående funktioner. Hertil kommer mere psykisk støtte og vejledning til patienter (og pårørende) – ofte akut i forbindelse med angstanfald ved forværret respiration.

LPR-dataene viser, at antallet af sygehuskontakter med KOL både som aktionsdiagnose og som bi-diagnose generelt er steget i perioden. Det er hovedsagligt patienter med svær KOL, som har kontakt til sygehusene, og da det samtidig hovedsagligt er de patienter, der er aktuelle i hjemmeplejen, kan den stigende sygehusaktivitet for KOL-patienter tyde på en generel opgaveøgning på området og dermed også for hjemmesygeplejen.

Diabetes

Diabetes er kendetegnet ved, at kroppen ikke kan producere eller optage insulin. Insulin hjælper med til at forbrænde den glukose (kulhydrater), der er i blodet efter indtag af mad. De to mest almindelige former for diabetes kaldes type 1- og 2-diabetes. Type 1-diabetes udvikles ofte allerede i barndommen eller i teenagealderen og er karakteriseret ved ingen eller utilstrækkelig insulinproduktion. Patienten skal derfor regelmæssigt have tilført insulin. Type 2-diabetes udvikler sig derimod langsomt som en stigende resistens mod kroppens egen insulin i alle celler. Det er imidlertid komplikationerne til både type 1- og 2-diabetes, som rammer specielt øjne, nyrer, nervebaner og de store blodkar (åreforkalkning). Diabetes, som ikke reguleres korrekt eller diagnosticeres for sent, kan føre til senkomplikationer i form af nedsat syn eller blindhed, nyresvigt, blodpropper og fodsår, der ikke vil hele og derfor i sidste ende kan medføre amputation af fødder eller ben. Begge former for diabetes ledsages hyppigt af overvægt, forhøjet blodtryk og kolesterolindhold i blodet. Type 2-diabetes udløses eller forværres af for kalorierholdig kost og et for lavt fysisk aktivitetsniveau. Behandling og forebyggelse af komplikationer omfatter derfor både medicinsk behandling af disse følgetilstande foruden instruktivi-

²⁴ Østerbro-undersøgelsen er en befolkningsundersøgelse af ca. 20.000 danskere med fokus på hjertekarsygdom. Der er siden undersøgelsen startede i 1976 inviteret til helbredsundersøgelse fire gange i henholdsvis 1976-78, 1981-83, 1991-94 og 2001-04.

²⁵ Fra "Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København", Ugeskrift for Læger 169/46, 12. november 2007, 3956-3960

on til patienten i livsstilsomlægning og egenomsorg i form af vejledning om kost, motion, rygestop, hjemmemonitorering af blodsukker mv.²⁶

Diabetes har udviklet sig til et overvejende ambulante speciale i sygehusregi, samtidig med at der gennem en årrække har været et ønske om at lægge behandlingen af flere kronikere, herunder særligt diabetikere, ud i almen praksis via aftaler om shared care og stratificering af diabetikere, så kun en mindre og meget kompleks gruppe forbliver i sygehusregi, mens resten behandles og reguleres i primærsektoren.

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne på diabetesområdet?

På diabetesområdet oplever sygeplejerskerne ændringer, som svarer til flere af de andre områder: Flere syge borgere, bedre behandling, og mere foregår i hjemmet:

”Der er jo bare flere diabetikere i dag end for 10 år siden, og flere der er i insulinbehandling end før.”

Og som på alle andre områder oplever sygeplejerskerne, at indlæggelserne er forkortet:

”Førhen var de indlagt i hele udrednings- og indstillingsperioden. Når de kom hjem, så havde de styr på kost, på blodsukker, og de vidste, hvordan de skulle tage deres insulin”.

Ændringerne på diabetesområdet handler dog ikke udelukkende om ændringer i patientmassen og i sekundærsektorens behandling. Flere af sygeplejerskerne peger på, at mange af de diabetikere, de lærer op, måler blodsukker på eller giver insulin, slet ikke har været på sygehus, men at de er henvist fra egen læge:

”Det er også en opgave, der er kommet meget fra egen læge. Tidligere gik patienterne til egen læge og fik tjekket alle de der ting. Men nu er der kommet flere [diabetikere], som også er blevet ældre. Og de er ikke i stand til at gå til egen læge og få ordnet de der ting. På den måde tror jeg også, at vi får opgaver fra praksislæger.”

Behandlingsmulighederne er blevet bedre og mere differentierede: Fx beskriver sygeplejerskerne, at der i dag **gives insulin** på mange tidspunkter af døgnet, hvor det før typisk kun var morgen/aften. Herudover får også type 2-diabetikere insulin i dag, hvor det tidligere kun var type 1. Blandt andet som konsekvens af de kortere indlæggelser peger sygeplejerskerne på, at de foretager en **øget oplæring i injektionsteknik**:

”Man lærer ikke at give sig selv insulin, fordi man er i ambulatoriet en time. Usikkerheden kommer, når man kommer hjem: Hvordan var det nu, man puttede nålen på?”

Den forbedrede diagnostik og behandling betyder, at diabetikere lever længere, og derfor oplever sygeplejerskerne, at der er flere ældre diabetikere, som fx ikke kan stikke sig selv pga. forringet syn (ofte en følge af diabetes). Der er også flere patienter, der kan tage deres insulin selv, men sygeplejerskerne oplever, at der alt i alt bliver flere af de såkaldt tunge diabetikere, som ikke selv magter medicinering.

Som led i den forbedrede behandling af diabetes oplever sygeplejerskerne også, at de i højere grad laver **blodsukkerprofiler**,²⁷ typisk over 3-5 døgn. Nogle patienter kan selv gøre det, men hjemmesygeplejerskerne oplever, at de i stigende grad laver profiler på den gruppe patienter, som ikke magter

²⁶ Pedersen VH. ”Hvordan skabes forandringer i praksis? Forandringer i diabetesbehandlingen.” København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008. (DSI rapport 2008.06)

²⁷ Ved en blodsukkerprofil forstås måling af blodsukker før morgen-, middags-, og aftensmad samt før sengetid. Hvor hyppigt man skal måle blodsukker er en individuel afgørelse. Hvis blodsukkerregulationen er stabil og god, kan man nøjes med at måle en blodsukkerprofil få gange om måneden. Hvis blodsukkeret er meget ustabil, kan det være nødvendigt i en periode at måle blodsukkerprofil dagligt. (Jens Friis Bak, på www.sundhed.dk/Print.aspx?vis=ArtikelFolderEllerProfilOmraadeForside&dokumentId=45827#)

det selv. Sygeplejerskerne peger på, at det er en fordel for patienterne, at profilerne laves i hjemmet, fordi de bliver tilpasset patienternes egen kost og ikke sygehuskosten, men at det alt andet lige giver mere arbejde til dem.

Hos den gruppe af diabetikere, som hjemmesygeplejen tager sig af, beskriver de også andre **opgaver af praktisk karakter** som fx at sørge for, at medicin med videre er i hjemmet: *"Sørge for at der er insulin i køleskabet, og sørge for at der er sprøjter: Det er også os."*

Sygeplejerskerne peger også på, at for gruppen af svage og tunge diabetikere er hjemmesygeplejen også dem, man ringer til, når man ikke ved, hvem man ellers skal kontakte med et **akut problem**:

"Vi oplever jo stadigvæk, at det er os, borgerne henvender sig til fredag eftermiddag, når de ikke har flere kanyler. Og så hænger vi på den. Eller søndag morgen, når de har glemt at hente insulinen. Vi er sikkerhedsnettet."

Flere sygeplejersker beskriver, at patienterne, som kommer i et ambulatorium, indkaldes med en bestemt frekvens, men *"de kan ikke pludselig ringe ind og sige, at de har brug for mere hjælp, og så ringer de til hjemmesygeplejen i stedet for."* Derfor kommer flere af de akutte problemer til hjemmesygeplejen.

Ligesom på andre sygdomsområder fylder **forebyggelse** mere i hjemmesygeplejerskernes hverdag, og således beskriver sygeplejerskerne, at både snak om rygning og kostvejledning fylder mere i dag end tidligere:

"Patienterne ved godt, de ikke må drikke juice og spise slik og kager – men jeg synes ofte, vi har en snak omkring, hvad det er, de må spise og ikke spise, og hvordan det hænger sammen i forhold til motion."

Nye opgaver omkring diabetespatienter i hjemmet:

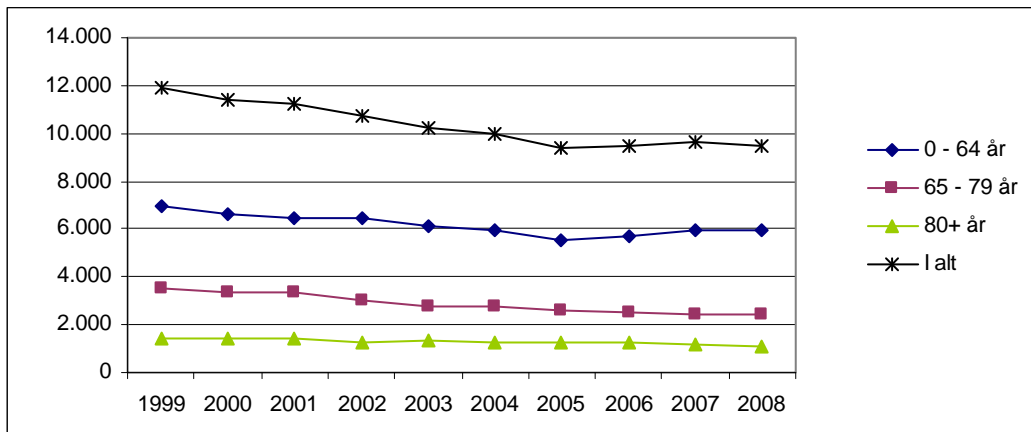
- Øget udredning, blodsukkerprofil
- Øget medicinering, herunder insulininjektioner
- Patientoplæring i insulininjektion, blodsuktermåling samt forebyggelse, herunder kost og livsstil
- Akutte og praktiske opgaver i relation til særligt svage diabetikere.

Hvad siger tallene om udviklingen på diabetesområdet?

Når diabetikere indlægges i dag, skyldes det ofte følgesygdomme. Insulinkrævende diabetes kan imidlertid også forårsage indlæggelse ved syreforgiftning (diabetisk ketoacidose), som er en akut og livstruende tilstand, der skyldes mangel på insulin.

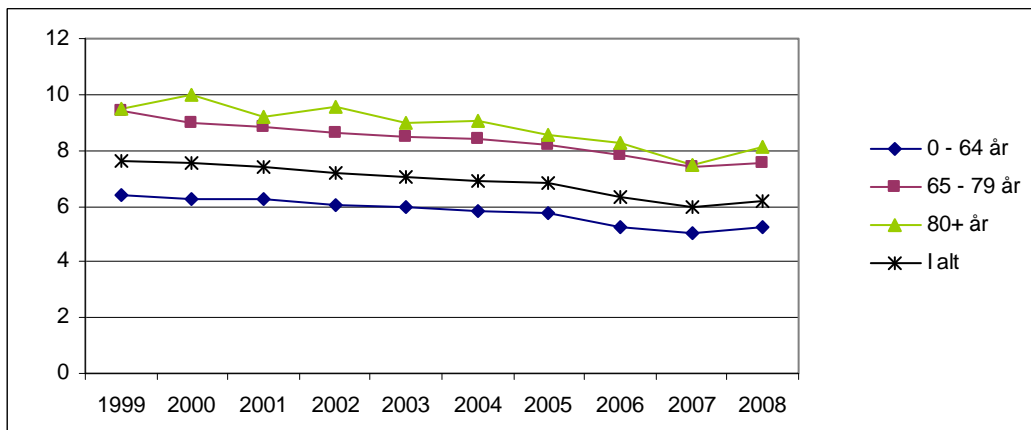
Nedenstående grafer viser udviklingen i antallet af indlæggelser, hvor diabetes er registreret som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose), og udviklingen i den gennemsnitlige liggetid for disse indlæggelser:

Figur 14: Antal indlæggelser med diabetes som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) fra 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 15: Gennemsnitlig liggetid for indlæggelser med diabetes som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) fra 1999-2009



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

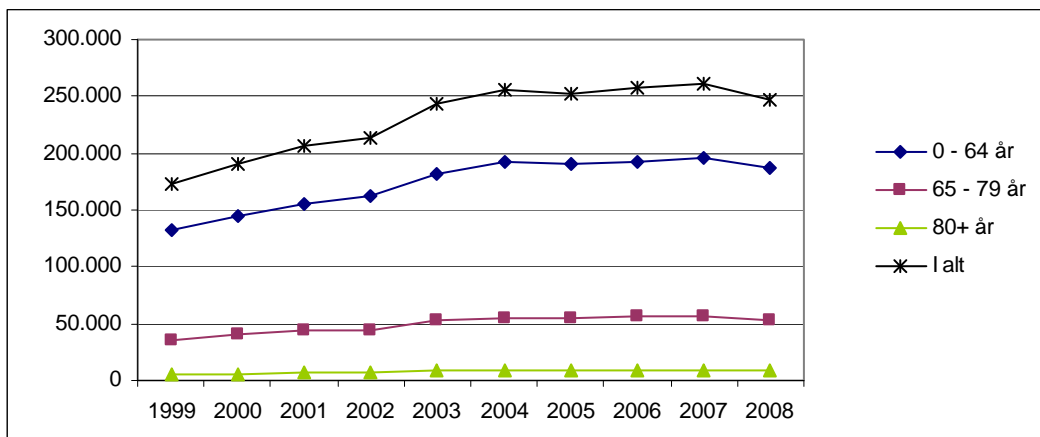
Antallet af indlæggelser på diabetesområdet er faldet gennem perioden med samlet set 20 %. Faldet viser sig i starten af perioden, mens antallet af indlæggelser har været stort set konstant fra 2005 til 2008. Faldet i antallet af indlæggelser ses i alle de tre aldersgrupper. Det største fald har været for de 65-79-årige, hvor antal indlæggelser er faldet 29 %, mens den i gruppen af +80-årige har været 26 % i perioden og for de 0-64-årige 14 %.

Liggetiden falder for alle aldersgrupper. Samlet set er liggetiden for indlæggelser med diabetes som aktionsdiagnose faldet 19 % over perioden.

Imidlertid siger udviklingen i indlæggelserne kun noget om den del, der direkte skyldes diabetes, og ikke noget om de indlæggelser der er forårsaget af de mange og til tider meget alvorlige følgesygdomme.

Udviklingen i sygehusenes ambulante aktivitet på diabetesområdet ses af nedenstående graf:

Figur 16: Antal ambulante besøg med diabetes som primær årsag (aktionsdiagnose) fra 1999-2008



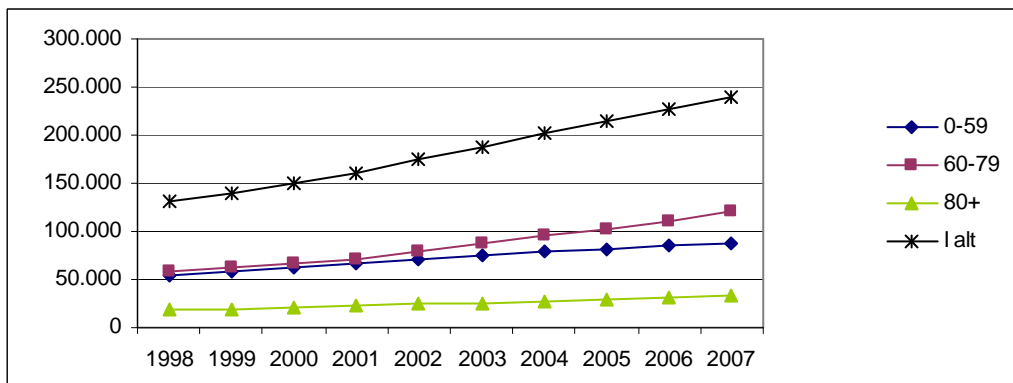
Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

På det ambulante område er der sket en stigning i aktiviteten: I 2008 var der 43 % flere ambulante besøg med diabetes som aktionsdiagnose, og stigningen var størst blandt de ældre. I gruppen af +80-årige var stigningen 64 %, blandt de 65-79-årige 47 % og for de 0-65-årige 41 %.

Der er foregået mange ændringer på diabetesområdet, som gør det endog meget usikkert at konkludere på baggrund af udviklingen i LPR-data. For det første er der sket en omlægning fra stationær til mere ambulante aktiviteter. For det andet har man på baggrund af mange rapporter og udvalgsarbejder på området søgt at intensivere indsatsen over for diabetikere i almen praksis (både forebyggelse, diagnostisk og behandling) blandt andet for at aflaste ambulatorierne. For det tredje er der kommet et øget fokus på opsporing og bedre behandling (regulering) af diabetes, bl.a. for at forebygge eller udskyde mange af de ofte meget tunge følgesygdomme. Hertil kommer det forbehold, at sygdommens egenart gør, at den indirekte forårsager mange indlæggelser relateret til følgesygdomme, som ikke er umiddelbart henførbare til diagnosekoder relateret til diabetes. Alle disse udviklinger og grundvilkår gør det meget usikkert at konkludere for håndfast om udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver alene ud fra LPR-data.

Derfor suppleres LPR-data med grafer over udviklingen i det samlede antal diabetikere fordelt på forskellige aldersgrupper og på udviklingen i antallet af nyopdagede. Årsagen er, at kommunernes opgaver på området alt andet lige bliver påvirket af udviklingen af det samlede antal diabetikere og af antallet af nyopdagede diabetikere, da hjemmesygeplejerskerne peger på netop opgaver i relation til opstart i behandling og oplæring af patienter. Herunder ses grafer over prævalens og incidens af diabetes fra 1998-2007.

Figur 17: Antal diabetikere i perioden 1998-2007 (prævalens)



Kilde: "Det nationale diabetesregister 2007" i serien "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen" 2009:1.

Grafen herover viser, at der er sket en voldsom stigning i antallet af kendte diabetikere over en 10-års periode fra 1998-2007: Fra 130.756 til 240.358, hvilket svarer til en samlet stigning på 84 %. Stig-

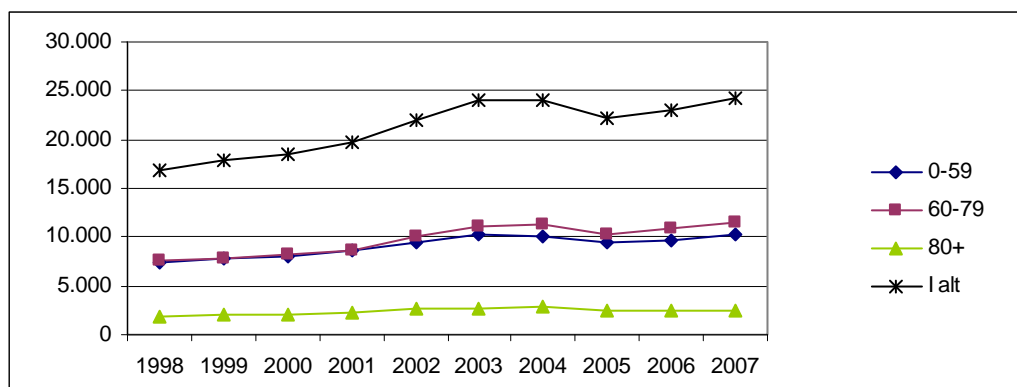
ningen har været størst for de 60-79-årige, hvor den har været 105 %. Stigningen for de +80-årige har været 79 %, mens de for de 0-59-årige 'kun' har været 62 %. Der er således væsentligt flere kendte diabetikere i dag end for 10 år siden, særligt blandt ældre.

Stigningen i det samlede antal diabetikere har over 10 år (1998-2007) været 84 %, mens der samtidig er sket et fald i antallet af indlæggelser med diabetes som aktionsdiagnose på 20 % over 10 år (1999-2008), som det fremgik af Figur 14. Den gennemsnitlige diabetiker indlægges således ikke nær så ofte, hvilket kan skyldes mange faktorer: Både at flere opspores og udredes i primærsektoren, at diabetikere generelt er mere velregulerede og derfor har mindre behov for sygehusindlæggelse, og at der i sygehusvæsenet er sket en konvertering fra stationær til ambulante aktivitet – også på diabetesområdet.

Sammenlignes udvikling af antallet af diabetikere også med udviklingen i den ambulante aktivitet, ses det, at der heller ikke her har været en stigning i aktiviteten svarende til stigningen i forekomsten af diabetes. Forekomsten steg som bekendt 84 % over 10 år (1998-2007), mens antallet af ambulante besøg steg 47 % for de 65-79-årige og 64 % for de +80-årige (1999-2008) jf. Figur 16. Den gennemsnitlige diabetiker går således til færre ambulante besøg i sygehussektoren. Dette hænger muligvis i et vist omfang sammen med det øgede fokus på diabetes i almen praksis.

I den kvalitative undersøgelse pegede sygeplejerskerne på, at de oplever, at de har fået flere opgaver i forbindelse med nydiagnosticeret diabetes. Derfor er det relevant også at se på udviklingen i antallet af nye diabetikere:

Figur 18: Antal nye diabetikere (incidens) i perioden 1998-2007



Kilde: "Det nationale diabetesregister 2007", i serien "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen" 2009:1.

Udviklingen i incidensen er præget af store udsving, som skyldes helt andre forhold (ændringer i fodterapeuternes overenskomst – se evt. uddybende fodnote),²⁸ men den generelle tendens er, at der i årene 1998-2003 har været en rimelig konstant stigning, mens antallet af nye diabetikere har ligget mere konstant fra 2003-2007.

Med disse forbehold in mente viser udviklingen i nye diabetikere, at den samlede stigning i antallet af nye diabetikere samlet set har været 45 % fra 1998 til 2007. Igen tegner gruppen af 60-79-årige sig før den største stigning, og her er der i 2007 53 % flere nye diabetikere end der var i 1998. Stigningen i antallet af nye diabetikere har til sammenligning været 32 % over hele perioden for de +80-årige, mens den har været 39 % for de 0-59-årige. Stigningen i incidens kombineret med faldet i liggetid og det relative fald i antallet af indlæggelser pr diabetiker kan således være en medvirkende årsag til, at sygeplejerskerne oplever flere opgaver i relation til oplæring af nye diabetikere.

²⁸ Det nationale diabetesregister er baseret på forskellige inklusionskriterier, der stammer fra forskellige kilder, fx sygesikringsregistret, LPR, lægemiddelstyrelsen samt fodterapeuter, fordi mange diabetikere grundet kredsløbsproblemer får fodproblemer. De store udsving er især markante mellem årene 2001-2002 og 2004-2005, og kan føres tilbage til store udsving i antal personer, der opfylder inklusionskriteriet fodterapi. Årsagen er, at der har været ændringer i fodterapeuternes overenskomster – og dermed registreringsmønster – i årene 2001 og 2005. Det er disse udsving, der slår igennem i de samlede tal. (Forklaringen er baseret på Sundhedsstyrelsens redegørelse i publikationen Data fra det nationale diabetesregister 2007).

Sammenfatning af udviklingen på diabetesområdet

Hjemmesygeplejerskerne peger på flere typer af nye og øgede opgaver i hjemmet: De oplever, at der er flere patienter, som skal have hjemmesygeplejens hjælp til opgaver i relation til udredning, herunder blodsukkerprofiler, men også i relation til medicinering, herunder særligt insulininjektioner. Også opgaver i relation til patientoplæring i insulininjektion og blodsukkermåling er voksende, oplever sygeplejerskerne, som også oplever, at de bruger mere tid på forebyggelse, herunder kost og livsstilssamtaler. Hertil kommer flere akutte og praktiske opgaver i relation til særligt svage diabetikere, ofte med andre sociale, psykiske eller misbrugsproblematikker.

Data fra LPR viser, at den gennemsnitlige diabetiker har færre indlæggelser og færre ambulante besøg på sygehuset, og når diabetikere indlægges, er det i kortere tid end for 10 år siden.

Samtidig er der kommet et kraftigt øget fokus på kroniske sygdomme, ikke mindst på diabetes – både i sundhedsvæsenet og i befolkningen. Diabetes diagnosticeres og behandles som aldrig før, og følgesygdomme begrænses mest muligt via alt fra screening for øjenskader til fodterapeuters arbejde. Kronikerprogrammer fra nationale og regionale myndigheder er med til at understøtte denne udvikling. Aktiviteten på sygehusene er særligt på diabetesområdet omlagt fra stationær til at være langt overvejende ambulante. Og såvel handlingsplaner og redegørelse fra de nationale sundhedsmyndigheder om opgavefordelingen på kronikerområdet, som det øgede pres på ambulatorierne, har medvirket til, at en større andel af diagnostikken og den løbende kontrol med diabetikerne er flyttet ud i almen praksis. Samtidig er der også kommet et større fokus på diabetikernes egen levevis, og på at ikke blot kosten, men også motion, spiller en væsentlig rolle. Der er således mange og forskelligartede faktorer og udviklingstendenser, der skaber forandringer på diabetesområdet.

Det statistiske materiale kan ikke direkte belyse udviklingen i hjemmesygeplejerskernes opgaver på diabetesområdet. Der er dog næppe tvivl om, at den kraftige vækst i det samlede antal diagnosticerede diabetikere og antallet af nyopdagede diabetikere har ført til flere opgaver i hjemmesygeplejen – og sundhedsvæsenet generelt. Øget fokus på behandlingsmuligheder og forebyggelse af senfølger samt kortere indlæggelsesforløb og øget ambulante aktivitet kan også have bidraget til at øge opgaverne i hjemmesygeplejen, men dette kan de statistiske data ikke nærmere belyse.

Kroniske sår

Kroniske sår defineres ofte som sår, der ikke er helet efter 8-12 ugers behandling. Til problemsårene regnes almindeligvis venøse og arterielle bensår, som skyldes forstyrrelser i benenes blodomløb, diabetiske fodsår og tryksår. Desuden udvikler nogle former for kirurgiske sår sig til problemsår.²⁹

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne vedrørende kroniske sår?

Sygeplejerskerne peger på, at det primært er skinnebenssår, venøse bensår og diabetessår, som fylder meget blandt de kroniske sår. Samtidig peger de samstemmende på, at der er sket en kraftig udvikling i sårplejen. Én sammenfatter det således:

”For 10 år siden der plejede vi sårene, nu behandler vi dem. Der er meget mere aktiv behandling.”

Sygeplejerskerne oplever selv, at de i dag oftere tager fat i egen læge og i gang sætter en **udredning**, fordi behandlingsmulighederne er blevet meget bedre, og fordi der er kommet et øget fokus på sår.

I relation til kroniske sår findes mange behandlingsformer:

²⁹ Sårteam – organisering af et behandlingstilbud til patienter med problemsår, MTV 2006; 6 (4).

”Udbuddet af sårprodukter er blevet meget større og mere målrettet specifikke sårtyper. Så frem for at man nærmest gav den samme forbindelse på alle sår hver dag, så målretter man mere behandlingen nu efter sårtype, og dermed også antallet af skiftninger afhængigt af hvad produktet er lavet til.”

Eksempler på nye behandlingsformer er fx **vakuumpumper** til større sår, men sygeplejerskerne peger særligt på **kompressionsbehandling** (med bandager) oftest af venøse bensår:

”Kompressionsbehandling skal skiftes tre gange om ugen, og der ligger meget arbejde i det. Også i forbindelse med opmåling til de støttestrømper, der som regel følger efter. Det har vi ikke haft før.”

Samtidig peger nogle sygeplejersker også på, at nye teknologier giver færre sårskift (lavere frekvens) ved nogle sårtyper.

En selvstændig opgave er **oplæring** af hjælpere og assistenter i sårpleje og -behandling, fordi flere opgaver uddelegeres.

Derudover peger sygeplejerskerne – særligt i Jylland – på forskellige projekter, som anvender **telemedicin** i relation til sårbehandling. En opgave som også tager tid, både fordi der behandles mere, men også fordi flere aktører giver mere **koordinationsarbejde**:

”Telemedicin er rigtigt fint, det er positivt, men det giver jo større behov for kommunikation og samarbejde og tilrettelæggelse med en læge på sygehuset. Borgerne slipper jo for transport til sygehus. Men vi har så heller ikke ’slipdage’: Vi har dem alle dage til skiftning, plus vi har kommunikation og samarbejde omkring det. Det gør, at sårene heler, men det er et større arbejde.”

Sygeplejerskerne oplever generelt, at der er kommet mere **kompleks sårpleje** i hjemmet. Et eksempel på en sådan ny kompleks patient i hjemmet er følgende:

”Vi har et stort kompliceret sår, hvor vi putter et kateter ned imellem tarmene og skyller hver dag. Det ville ikke have fundet sted for 10 år siden. Da var man indlagt.”

En sygeplejerske beskriver arbejdet med kompleks sårpleje i hjemmet således:

”Før var det sådan, at hvis det var nogle meget komplekse sårskift, så kom borgerne oftere ind og blev vurderet af en læge. Jeg synes vi står rigtig meget med det selv. Før gik de nogen gange til egen læge eller ind på sygehuset i ambulatoriet og fik det skiftet. Så kunne de få styr på det, og så kunne vi tage over, når det var inde i en stabil periode. I dag prøver vi mange flere ting af på sårene, inden vi går videre med det. Jeg oplevede også førhen i sårambulatoriet, da kunne vi ringe ind og fremskynde en tid. Det kan man ikke mere som sygeplejerske, der skal man via egen læge, som så skal ringe i en eller anden telefontid. Det er blevet meget tungt nu. Man står med det selv, det er os, der har ansvaret for det.”

Sygeplejerskerne beskriver udviklingen i sårbehandlingen meget positivt, men der er også sket en negativ udvikling i den forstand, at flere i stigende grad oplever **MRSA³⁰-problematikker**:

”Der skal foretages podninger, man skal kontakte laboratorium, sende prøver ind, følge op. Det kræver særligt udstyr – kitler og mundbind – tredobbelt dækning, dvs. besøget tager minimum en time. Og så er der også oplæring af andre faggrupper i håndtering af smitterisiko.”

I takt med de forbedrede behandlingsmuligheder er der også kommet flere sårpræparater og mere isenkram, som skal hhv. **bestilles og vedligeholdes**, og som sygeplejersker skal kunne **håndtere** kompetencemæssigt.

³⁰ MRSA er en forkortelse for **multi-resistente stafylococcus aureus** – altså svære resistente infektioner.

Nye opgaver i relation til pleje af kroniske sår:

- Kompressionsbehandlinger
- Vakuumpumper
- VAC behandling
- Mere komplekse sårskift og sårbehandling i hjemmet
- E-learning, telemedicin og øget samarbejde med sygehuse
- Håndtering af MRSA (multiresistente stafylokokker)
- Bestilling af sårpræparater
- Håndtering af mere teknik og isenkram i forbindelse med sårbehandling i hjemmet.

Hvad siger tallene om udviklingen i kroniske sår?

Patienter med sår som primær årsag til kontakt med sygehuse registreres i LPR, men disse sygehuskontakter udgør kun en lille andel af sårpatienterne i kommunerne. Hertil kommer, at udviklingen med blandt andet en øget brug af telemedicin på sårområdet betyder, at en del af sårene registreres i de kliniske databaser frem for i LPR. Det er derfor ikke relevant at anvende LPR-data til at belyse udviklingen i kroniske sår, da langt hovedparten af aktiviteten i forbindelse med kroniske sår foregår i kommunalt regi, og patienterne oftest ikke har kontakt med sygehussektoren.

På grund af det stigende antal diabetikere forventes det, at antallet af patienter med diabetiske fodsår vil stige.

Der findes ingen nøjagtige opgørelser over antallet af kroniske sår i Danmark. Imidlertid er der lavet forskellige undersøgelser af omfanget af sår i forskellige kommuner:

”Sår i Syd” er et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland og fire kommuner i regionen, hvor behandling af sårpatienter er understøttet ved hjælp af telemedicin.³¹ Der var i april 2008 registreret 500 patienter med 598 sår i projektets telemedicinske database. ”Sår i Syd” viser, at 0,2 % af befolkningen – hvilket svarer til flere end 10.000 danskere – er i kontakt med sundhedsvæsenet på grund af kroniske sår. Fra andre undersøgelser ved man, at mindst lige så mange har sår, uden at de er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Fra en sårundersøgelse i kommunerne i det tidligere Københavns Amt blev der lavet en kortlægning af sårene i kommunerne pr. 19. november 2003.³² Tallene herfra viser, at 2 % af alle +70-årige har sår.

Det har inden for rammerne af projektet ikke været muligt at finde data, der kan beskrive udviklingen på sårområdet kvantitativt.

Sammenfatning af udviklingen på sårområdet

Hjemmesygeplejerskerne peger på en stærkt intensiveret sårbehandling de seneste år, hvor nye behandlingsmetoder skaber nye og flere opgaver i relation til behandling af sår i hjemmet (fx kompressionsbehandlinger, vakuumpumper, VAC behandling samt håndtering af diverse isenkram i den forbindelse samt bestilling af præparater) samt generelt set flere komplekse sårskift og mere sårbehandling i hjemmet.

Derudover peger sygeplejerskerne også på, at de ligesom på KOL-området oplever både mere telemedicin samt et øget samarbejde med sygehuse, og begge dele genererer flere opgaver i hjemmesygeplejen.

³¹ ”Telemedicin i sårbehandlingen”, Region Syddanmark, 2008.

³² ”Sårundersøgelse i kommunerne i Københavns Amt – en kortlægning”, Københavns Amt, 2005.

Sygeplejerskerne peger også på, at de generelt oplever en øgning i opgaver relateret til MRSA (multi-resistente stafylokokker) i hjemmene.

Hjemmesygeplejerskernes oplevelse af øget aktivitet på området er dog primært en konsekvens af øgede behandlingsmuligheder og en øget bevidsthed – ikke mindst i kommunerne – om at sår kan behandles effektivt.

Der anvendes mange ressourcer på behandling af patienter med sår – både i primærsektoren og sekundærsektor. Gennem de senere år er fokus på sårbehandlingen øget, og der er oprettet to store sårcentre i Danmark og mindre sårteams i flere regioner.

I det omfang sår indrapporteres til kliniske databaser, vil disse kunne anvendes fremadrettet til at belyse udviklingen fx i Sønderjylland, hvor registreringen startede i 2006.

Kræft og det palliative område

Opgaverne omkring kræftpatienter i hjemmet er mange og komplekse. Patienterne har behov for afhjælpning af bivirkninger og eftervirkninger af forskellige behandlingsformer (stråler, kemoterapi, anden medikamentel eller kirurgisk behandling). Den palliative indsats har til formål at lindre, og er således rettet mod patientens symptomer og ikke deres grundsygdom.³³ Et væsentligt element i lindringen handler for kræftpatienter om smertedækning. På diagnosetidspunktet er der smerter hos 30-40 % og i fremskredne stadier af sygdommen hos 70-90 %.³⁴

Således har det primært være bivirkninger af behandling og symptomer, som er blevet håndteret i hjemmet. Men der kører i øjeblikket et forsøg på Herlev Hospital med at flytte en del af behandlingen, i form af kemoterapi, ud i hjemmet. Når 50 patienter med tyktarmskræft har været igennem projektet, vil man efter en evaluering tage stilling til mulighederne for hjemmekemo i fremtiden. Projektet har kørt siden januar 2008 og er ca. halvvejs i forsøgsperioden (målt på patientantal). Ifølge den projektansvarlige sygeplejerske på Herlev Hospital, har projektet ikke haft konsekvenser for opgavevaretagelsen i hjemmesygeplejen.³⁵

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til kræft og palliation?

Kræftområdet har længe været i fokus, og senest er der i 2008 indført kræftpakker, som skal sikre ensartet hurtig udredning og behandling på samtlige sygehuse og for samtlige kræftdiagnoser.

Sygeplejerskerne har oplevet en kraftig udvikling på kræftområdet: Der er både kommet nye behandlingsformer og nye former for smertebehandling. Sygeplejerskerne oplever, at kræftpatienter lever meget længere med deres sygdom i dag, og at de derfor også fylder mere i hjemmesygeplejen. Hertil kommer, at de oplever, at mange kræftpatienter – såvel som andre terminale patienter – vælger at dø i hjemmet:

”Der er langt flere, der vælger at dø hjemme, fordi vi kan hjælpe dem godt derhjemme, og vi synes nogen gange, vi kan gøre det bedre end sygehuset, fordi der er den der ro. Og man er ikke så nervøs for at sige, jamen du kan godt dø herhjemme.”

³³ Definition af begrebet ”Palliativ indsats” i henhold til WHO: ”Palliativ omsorg er den totale aktive omsorg for patienter, hvis sygdom ikke responderer på kurativ behandling. Kontrol af smerter og andre symptomer og lindring af psykologiske, sociale og åndelige problemer er i højsædet. Målet med den palliative omsorg er opnåelse af den højst mulige livskvalitet for patienten og dennes familie.” (WHO 1990 i ”Faglige retningslinjer for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende.” Sundhedsstyrelsen 1999.

³⁴ Overlæge Gerd Leikersfeldt, palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg hospital i præsentation ”Behandling af cancersmerter” 5. februar 2009 (originalkilde: Goudas, L.C. et al: ”The epidemiology of cancer pain” i Cancer Invest 2005:23:182-190).

³⁵ Oplysningerne om projektet stammer fra telefonsamtale 22. april 2009 med Annette Riishøj, projektsygeplejerske for hjemmekemo på Herlev Hospital.

”De var ikke i hjemmet tidligere, de var på sygehuset. Lige så snart det blev svært, så blev de indlagt. Og nu er det omvendt: Lige så snart det begynder at blive svært, så kommer de hjem. Så det gør faktisk, at vi har rigtig mange borgere og pårørende i krise. Jeg synes det tager meget tid at få et terminalt forløb til at fungere derhjemme.”

”Den smertebehandling, man får i dag, gør også, at man bliver ved med at være oppegående, næsten til man dør. Og man er meget mere hjemme. Det er ikke som for 10 år siden, der synes jeg, man skulle ligge i sengen, jeg ved ikke hvor længe, for at dø, det gør man jo ikke nu om dage.”

Flere af hjemmesygeplejerskerne beskriver kræftpatienterne og det palliative område som deres ”hjertebarn”: Et område og en patientgruppe, som de oplever, har et stort behov for hjemmesygeplejen, og som de gerne vil behandle så godt som overhovedet muligt, som denne samtale mellem sygeplejersker illustrerer:

”Det er jo en gruppe, som hos sygeplejersker fylder utroligt meget. For det er jo en gruppe, der går lige i hjertet på sygeplejersker, det taler til vores omsorgsgen.”

”Så for mange sygeplejersker fylder det rigtigt meget.”

”Det er jo også de komplekse forløb.”

”Lige præcis, det er jo der, vi skal være.”

”Det har vel altid været et hjertebarn.”

Men det koster også ressourcer, som denne sygeplejerske påpeger:

”Det er et område, der fylder utroligt meget i hjemmesygeplejen, det trækker utroligt mange ressourcer, enormt meget tid, og det er rigtigt godt, vi kan det, men det fylder rigtig meget.”

Inden for smertebehandlingen, er der både kommet **nye teknikker, ny medicin og nyt apparatur**, og sygeplejerskerne nævner blandt andet **smertepumper, infusionspumper**, og at der gives mere **intra-venøs medicin** både via **drop** og via **kateter**.³⁶ Sygeplejerskerne peger på opgaver som fx at blande væske, **sætte dem op i drop, observere indstikssted, justere smertebehandling, skifte og lægge kanyler**.

De forbedrede behandlings- og palliationsmuligheder betyder, at der er ”*meget mere observation på alle niveauer*”, at der er ”*meget mere viden, man skal forholde sig til*”:

”Der er nogen gange, når de der terminale kommer hjem, så er det jo en ren intensiv afdeling, der bliver flyttet ud, der er jo alt i hjemmene i forhold til, at de før var på sygehuset.”

Den forbedrede smertebehandling i hjemmet betyder også, at terminale patienters medicin ændres fra døgn til døgn – både i forhold til sammensætning og administrationsform. Sygeplejerskerne peger på, at det er lettere at ændre ordinationerne på sygehuset, men i hjemmet er det svært at skaffe ny medicin med kort varsel – særligt aften og weekend. Det kræver derfor, at hjemmesygeplejerskerne bliver dygtigere til at forudse ændringer for patienten og få ordineret på forhånd.

Palliativ behandling består heller ikke kun af smertebehandling, for der er mange andre symptomer såsom **kvalme, diarré og obstipation**, der også **behandles i hjemmet** nu, hvor patienten før ville blive indlagt, påpeger sygeplejerskerne.

³⁶ Flere nævner ernæring og medicinering via et centralt venekateter (CVK).

De hurtigere udskrivninger betyder også på dette område, at meget af den **psykiske pleje** er flyttet fra sygehusregi til hjemmet. Og kræft betyder ligesom hjertesygdom megen angst hos mange patienter, og sygeplejerskerne er også her nødt til at foretage mere **opfølgende arbejde** for at kunne svare på patienternes spørgsmål:

”Nogle er jo kommet ind, er blevet opereret samme dag for kræft, og er hjemme to dage efter: De har jo ikke engang fået hjernen med. De har nået at få at vide, at de har kræft, de er nået at blive opereret, og de er nået at komme hjem igen. Så kommer reaktionerne. Så står der en hjemmesygeplejerske, som ikke ved, hvad der egentlig er sket, som egentlig ikke kan svare på deres spørgsmål. Så er man nødt til at lave noget opfølgende arbejde for at finde ud af, hvad er det egentlig, det drejer sig om, for at kunne svare trygt og ordentligt.”

”Vi skal være bolværk mod alle spørgsmålene, som først kommer, når det bliver mørkt derhjemme.”

Indholdet i den psykiske pleje handler på dette område i høj grad om at få talt om døden – og få en hverdag til at fungere selvom patienterne ved, de er terminale:

”Det er meget samtale om: ’Hvordan har du det i forhold til smerter, hvordan har du det i forhold til at skulle dø?’ Altså hele snakken omkring det at skulle dø: ’Er du bange for at dø, er du ked af, at du ikke skal være her mere, og hvordan er det? Og i stedet for at tænke på døden hele tiden, hvordan skal du få dagen i dag til at gå, og hvad skal du lave i morgen?’ Jeg synes, at det er vi blevet meget bedre til, men det er også enormt tidskrævende.”

Men som sygeplejerskerne gør opmærksom på, så begrænser behovet for psykisk pleje sig ikke kun til de syge. Familien kan være mindst lige så meget i krise og have behov for nogen at tale med:

”Altså vi er meget i et hjem, hvor der er nogen, som er syge af kræft. Nogen gange så er det ikke altid den syge, der er så meget omkring, så er det lige så meget pårørende eller børn eller børnebørn.”

Sygeplejerskerne oplever, at udviklingen er gået i retning af, at hjemmesygeplejersken i højere grad er **tovholder og koordinator** for patienter, som vælger at dø i hjemmet:

”Jeg tænker, at forskellen fra før den er, at hvis du har en kræftborger, der skal dø i eget hjem, så er normen nu, at vi har kontakt til alle de forskellige eksterne samarbejdspartnere. Førhen, for 10 år siden, var det undtagelsen. Det var, når vi ikke selv kunne finde ud af det mere – de helt specielle tilfælde.”

”Ja, så der kan både være palliativt team, shared care, og smerteteam, der kan være mange teams inde over. Mange flere samarbejdspartnere.”

Også på kræftområdet – særligt i forhold til den palliative indsats – er der kommet **specialister** af forskellig art. Mange sygeplejersker peger på, at forskellige palliative specialister – særligt palliative teams med lægedeltagelse – har forbedret behandlingen i hjemmet markant. De oplever, at der er mere kontinuitet og plan i forhold til behandlingen. Og netop på palliationsområdet oplever flere af sygeplejerskerne, at specialister og teams får en anden karakter, så man ikke har de samme dilemmaer som gjorde sig gældende i relation til specialiserede KOL-, diabetes-, eller hjertesyggeplejersker og teams. Flere beskriver de palliative teams eller ordninger med hjemmehospice som fundamentalt anderledes, fordi de ikke kun tager sig af et enkelt område, og fordi der er en læge, som kan ordinere:

”Jeg synes, det har lettet os, for hvor man før skulle kontakte hospitalsafdelinger om én problematik og egen læge om en anden problematik, et ambulatorium om en tredje problematik, så håndterer hjemmehospice det hele nu. Og det er en enorm lettelse, synes jeg, at de er den koordinerende faktor, og dem som kan tage alle varianter af problematikker.”

”Mange gange fejler borgerne forskellige ting. De specialer, der tager sig af de forskellige områder, arbejder ikke sammen. Det, vi mangler, er nogen, der ser på hele patienten. Fx en terminal patient der har sår og respirationsproblemer: hospicet, de kan hjælpe med det hele. Det er ikke sådan, at de siger ’Det er ikke vores bord, ring til en anden’. Det oplever vi jo med de andre.”

”Det palliative team går ind og tager alle patientens symptomer og sygdomme, hvorimod de andre de holder sig kun til deres eget og kunne ikke drømme om bare at kigge på noget medicin, der er ordineret af andre specialister. Det palliative team samler dem. Og hvis der er noget, de skal konferere med andre specialister om, så gør de det selv på lægeplan og kommer til os med de konkrete ordinationer, frem for at det er os, der skal hive i alle trådene. Det er derfor, det er en lettelse.”

Og her oplever hjemmesygeplejerskerne en klar forskel i forhold til specialistsygeplejerskerne:

”Specialistsygeplejerskerne kan godt gå hjem til en læge, men kun til deres eget speciale. De kan ikke få lægerne til at vurdere fx medicin som hører andre specialer til. Det kan de i det palliative team.”

Det er således væsentligt i diskussionen af introduktionen af specialister i primærsektoren, at man forholder sig meget konkret til, hvorvidt de har en fragmenterende eller en samlende effekt på de forløb, de går ind i. Set fra hjemmesygeplejerskernes perspektiv, udfylder netop det tværfaglige palliative team og hjemmehospice en anden funktion end mange af de andre specialister, der ofte er monofaglige, rene sygeplejerskefunktioner eller kun forholder sig til ét speciale.

Men ligesom ved de andre teams og nye samarbejdsparter tager det også tid fra hjemmesygeplejen at samarbejde med det palliative team:

”Det er meget positivt, men det kræver mere arbejde, fordi vi har møder i hjemmet og mange telefonkonferencer. Det er rigtig dejligt, det er kommet, men vi er nødt til at sige, at det kræver noget mere tid.”

”Det er ikke en aflastning, det er en kvalitetsforbedring af patientplejen, af terminalplejen og smerteplejen, helt klart.”

Et relativt nyt tilbud er hospice. At dømmes ud fra sygeplejerskens oplevelser, er der meget stor lokal og regional forskel på graden af dækning.

Nye opgaver i relation til kræftpatienter og palliation:

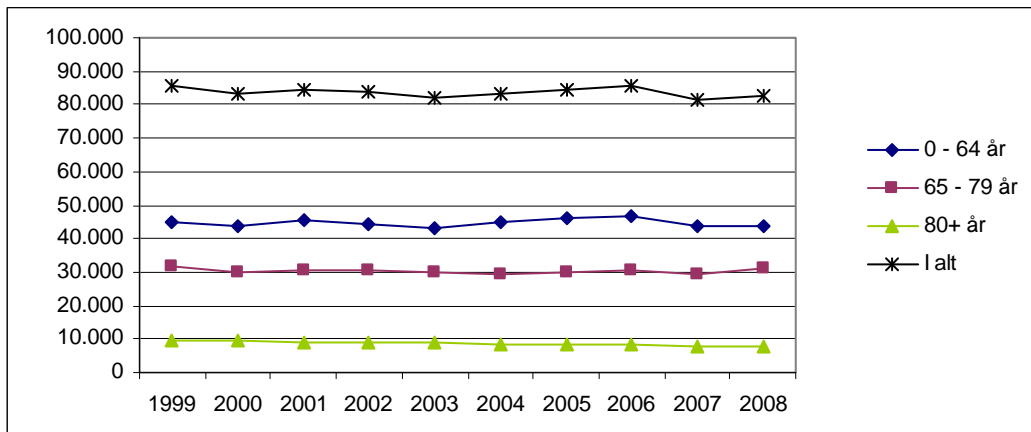
- Nye former for smertebehandling: Fx subcutane infusioner, smertepumper
- Øget medicinering, herunder IV-adgang
- Ændringer i medicinering – skaffe ny medicin med kort varsel, fx at ændre administrationsform
- Samarbejde med palliative teams (mødetid, tovholderrolle)
- Psykisk pleje af døende såvel som pårørende.

Hvad siger tallene om udviklingen på kræftområdet og det palliative område?

Nedenstående grafer viser udviklingen i antallet af indlæggelser hvor kræft³⁷ (ondartet svulst) er registreret som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose), og udviklingen i den gennemsnitlige liggetid for disse indlæggelser:

³⁷ Kræft er her opgjort ud fra diagnoserne for ondartet kræft (DC*)

Figur 19: Antal indlæggelser med kræft som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) (1999-2008)

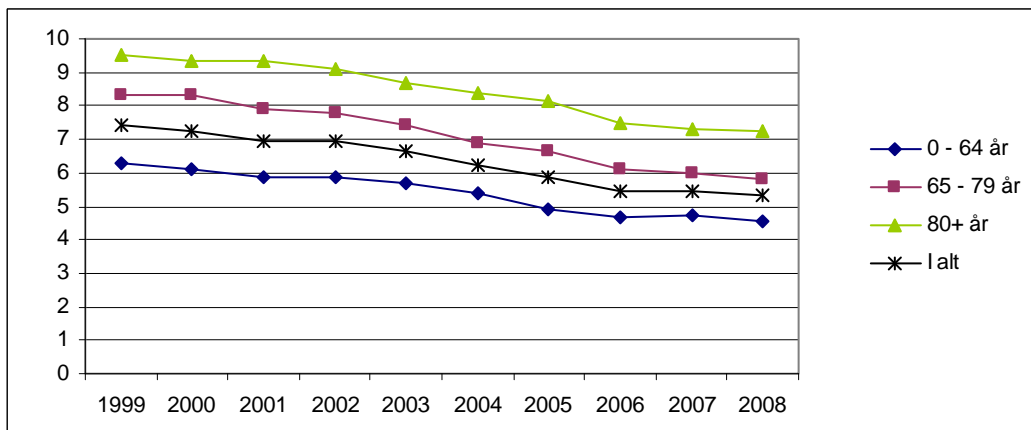


Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Samlet set er der sket et svagt fald i antallet af indlæggelser på kræftområdet på i alt 3 % over en 10-årig periode (1999-2008).

Samtidig er liggetiden faldet jævnt hele perioden, og samlet set er der tale om et fald på i alt 28 % i den gennemsnitlige liggetid på kræftområdet over 10 år, som det fremgår af nedenstående figur:

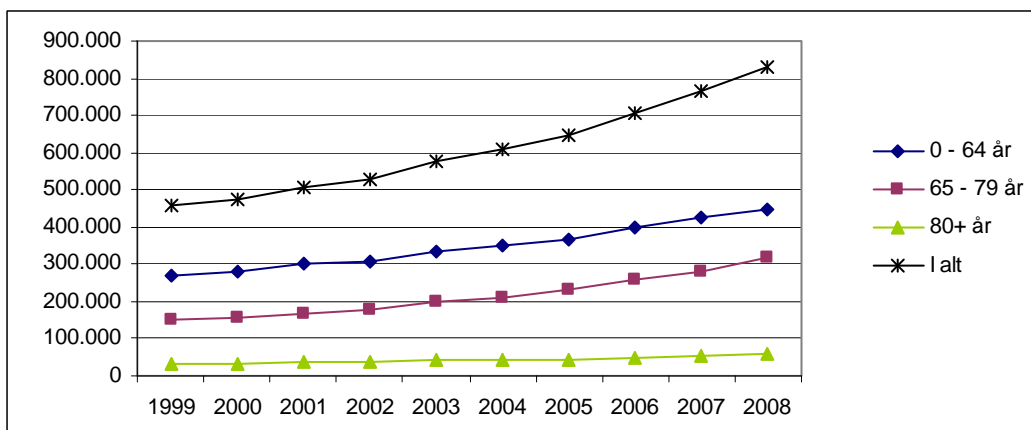
Figur 20: Gennemsnitlig liggetid for indlæggelser med kræft som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) (1999-2008)



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Udviklingen i sygehusenes ambulante aktivitet på kræftområdet ses af nedenstående graf:

Figur 21: Antal ambulante kontakter med kræft som primær årsag (aktionsdiagnose) (1999-2008)



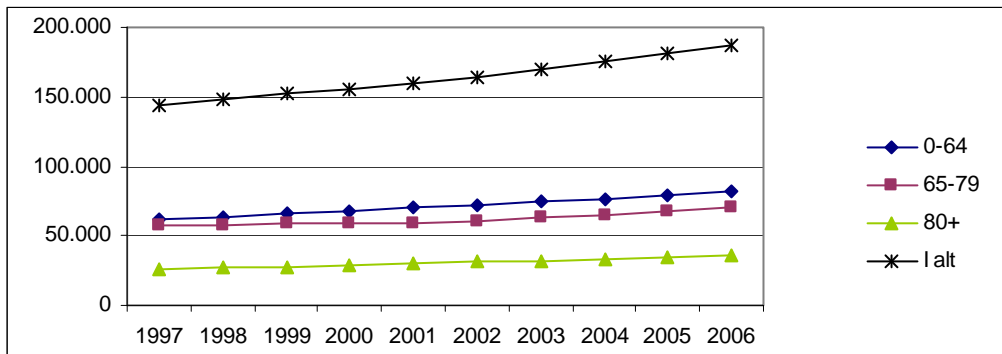
Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Som det ses er der sket en voldsom stigning i den ambulante aktivitet på kræftområdet, hvor der i 2008 var 82 % flere ambulante kontakter med kræft som aktionsdiagnose end 10 år tidligere i 1999.

Kommunernes opgaver på kræftområdet påvirkes ikke bare af sygehusenes aktivitet på området, men også af at der bliver flere og flere kræftpatienter,³⁸ og af at flere og flere af disse vælger at dø hjemme – det være sig enten i eget hjem eller på det plejehjem, hvor den ældre bor.

I figurene herunder ses udviklingen i antallet af personer, der har kræft³⁹ (prævalens) for dødeligheden (mortalitet).

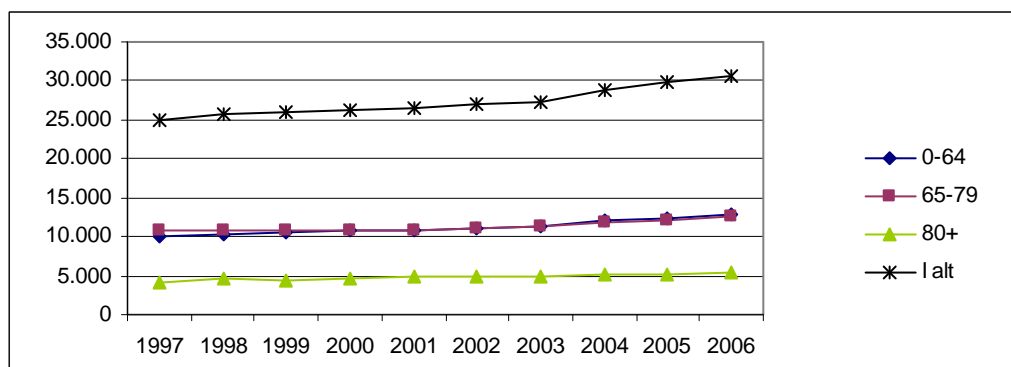
Figur 22: Forekomst (prævalens) af alle kræftformer undtagen almindelighudkræft (1997-2006)



Kilde: Dataudtræk fra NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the Nordic Countries, Version 3.4. Association of Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society (www.ancr.nu). Gerda Engholm m.fl. (2009).

Figuren herover viser en stigning i antallet af kendte patienter, der lever med en kræftdiagnose:⁴⁰ Fra godt 144.000 i 1997 til 188.000 i 2006, hvilket svarer til en samlet stigning på 30 % over 10-års perioden. Men som det fremgik af Figur 19, er antallet af indlæggelser i 10-års perioden fra 1999-2008 faldet med i alt 3 %. Den gennemsnitlige kræftpatient indlægges således ikke nær så ofte, hvilket kan skyldes ændringer i behandlingsformen, men også en omlægning fra stationær til ambulante aktiviteter. Fra 1999-2008 er antallet af ambulante kontakter på kræftområdet nemlig steget med i alt 82 %, som det fremgik af Figur 21. Den gennemsnitlige kræftpatient har således væsentligt flere ambulante kontakter til sygehussektoren. Dette vidner om, at en del af aktiviteten er omlagt fra stationær til ambulante aktiviteter.

Figur 23: Incidens for alle kræftformer undtagen almindelig hudkræft (1997-2006)



Kilde: Dataudtræk fra NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the Nordic Countries, Version 3.4. Association of Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society (www.ancr.nu). Gerda Engholm m.fl. (2009).

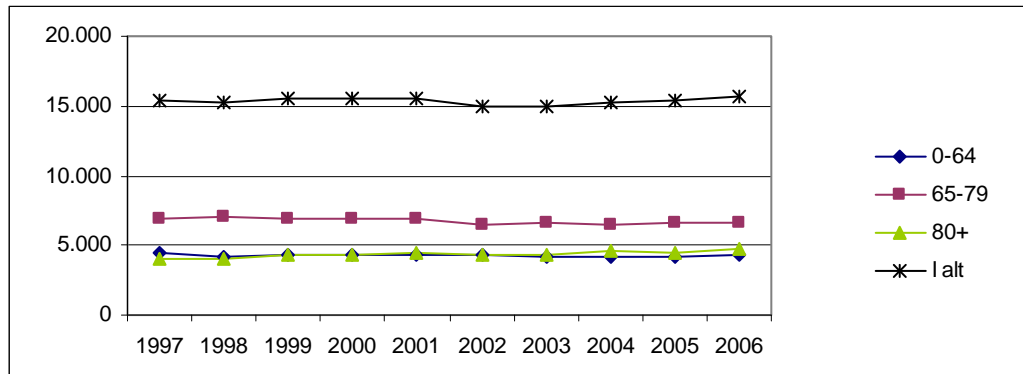
³⁸ Almindelig hudkræft er i denne undersøgelse *ikke* medregnet i data og statistik på kræftområdet generelt, da diagnosen for det første er meget almindelig og for det andet slet ikke er nær så alvorlig en sygdom som de øvrige kræftformer, og at dødeligheden er meget lav (Kræftens Bekæmpelse følger samme praksis i deres statistikker på området).

³⁹ Alle former for kræft, undtagen almindelig hudkræft.

⁴⁰ Dvs. både personer som er i behandling eller går til kontrol, og personer som er på så lang afstand af deres sygdom, at de må betragtes som raske (jf. www.cancer.dk/ "kræft i tal" af Seniorstatistikere Gerda Engholm og Overlæge Hans H. Storm).

Incidensen stiger ligeledes – og således diagnosticeres der i 2006 23 % flere kræfttilfælde end i 1997.

Figur 24: Antal døde - alle kræftformer undtagen almindelighudkræft (1997-2006)



Kilde: Dataudtræk fra: NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the Nordic Countries, Version 3.4. Association of Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society (www.ancr.nu). Gerda Engholm m.fl. (2009).

Antallet af personer der er døde af kræft er kun steget 2 % over hele perioden – et tal der dækker over fald i antallet af døde under 79 år, mens antallet af kræftdødsfald blandt +80-årige er steget. Der diagnosticeres godt 30.000 nye kræfttilfælde årligt, og omkring 16.000 dør årligt af kræft. Til sammenligning dør godt i alt 60.000 danskere om året. Samlet set stiger antallet af danskere, der lever med en kræftdiagnose (prævalensen), fordi antallet af nye tilfælde (incidensen) stiger, mens dødeligheden (mortaliteten) falder.⁴¹

Forskellige kræftsygdomme har forskellig aldersprofil, men som hovedregel rammer kræft ældre mennesker. Over halvdelen af kræftsygdommene rammer mennesker over 65 år. Alligevel er kræft den hyppigste dødsårsag blandt personer under 65 år.⁴² I 2003 stod mænd over 60 år for 74 % af alle kræfttilfælde hos mænd, mens kvinder over 60 år stod for 66 % af kræfttilfældene hos kvinder.⁴³

En anden relevant udvikling, som har konsekvenser for opgaverne i hjemmesygeplejen, er, at flere og flere dør udenfor sygehus.

Tabel 25.: Den procentvise fordeling af antal døde med kræftsygdom for perioden 1995-2001, samt 2005-2006 fordelt på dødssted

År	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sygehus	59,2	58,9	58,2	58,2	56,4	57,3	55,4	-	-	-	55,1	48,1
Plejhjem/ beskyttet bolig	13,4	13,2	13,8	13,8	14,6	13,8	14,2	-	-	-	17,9	26,8
Eget hjem	25,4	25,5	25,3	25,3	25,4	25	25,7	-	-	-	25,8	22,3
Andet	2	2,4	2,7	2,7	3,5	3,9	4,7	-	-	-	0,8	1,1
Uoplyst	0	0	0	0	0,1	0	0	-	-	-	0,5	1,7

Kilde: Tallene stammer fra dødsårsagsregistret og er gengivet fra Sundhedsstyrelsen, "Tal og fakta om hospicer og palliative teams" (www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Smertelindring/Tal_fakta.aspx), suppleret med nye tal for 2006 indhentet telefonisk fra Sundhedsstyrelsen.

Note: Det har ikke været muligt at indhente tal for årene 2002-2004 fra Sundhedsstyrelsen. Fra 2007 vil det blive opgjort særskilt hvor mange, der dør på hospice.

Over perioden falder andelen af kræftpatienter, der dør på sygehus, godt 11 %-point, mens andelen, der dør udenfor sygehus, i eget hjem eller på plejhjem, samlet set er steget godt 10 %-point. Denne

⁴¹ Det absolutte antal kræftdødsfald stiger, men den relative dødelighed (mortaliteten) falder. Forskerne bag NORDCAN estimerer, at mortaliteten over de sidste 10 år årligt er faldet 1,1 % for mænd og 1,5 % for kvinder, mens nye tilfælde (incidensen) er steget 1,4 % for mænd og 1 % for kvinder. (Kilde: Gerda Engholm m.fl. (2009) I "Kræftstatistik: Nøgletal for figurer, Danmark" på NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the Nordic Countries, Version 3.4. Association of Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society, www.ancr.nu).

⁴² Kræftens Bekæmpelse "Kræft i tal", www. Cancer.dk (seniorstatistiker Gerda Engholm & overlæge Niels Ebbe Hansen).

⁴³ "Kræft i Danmark. Et opdateret billede af forekomst, dødelighed og overlevelse" udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, juni 2005.

stigning skyldes, at langt flere kræftpatienter dør på plejehjem, mens der har været et mindre fald i antallet, der dør i eget hjem. Samlet set dør en stigende andel af kræftpatienterne udenfor sygehus, enten i eget hjem, på plejehjem i beskyttet bolig - eller på hospice.

Hospicepladser

Siden etableringen af det første danske hospice i 1992 er der etableret i alt over 300 hospicepladser i Danmark. Ca. 95 % af hospicepatienterne dør af kræft. Udviklingen på hospiceområdet har været stor, og der er i dag ca. 1.000 patienter der årligt dør på et hospice.⁴⁴ Selvom antallet af hospicepladser må forventes at stige fremover, er der dog stadig tale om en relativt lille del af de ca. 16.000 kræftpatienter, der dør årligt, som dør på hospice (ca. 6 %). Selvom andelen er lille, så er den i kraftig vækst, og den betyder en aflastning af hjemmesygeplejerskerne i forhold til terminalplejen. Det skal dog nævnes, at der findes forskellige former for hospiceordninger, og fx er hjemmehospice et udgående team, der fungerer som et supplement til den kommunale hjemmepleje, lige så vel som et palliativt team er. Det er ikke erstatninger for den kommunale pleje til døende i hjemmet.

Sammenfatning af udviklingen på kræftområdet og det palliative område

Sygeplejerskerne oplever i høj grad opgaveændringer i form af nye behandlingsformer (særligt til smertebehandling) ny og øget medicinering i hjemmet (herunder øget brug af IV-medicin i hjemmet), men også hyppigere ændringer i medicinering, herunder administrationsform (fx piller, injektioner eller intravenøst). Sygeplejerskerne oplever også, at flere har behov for hjemmesygepleje i forbindelse med terminale forløb, hvilket også giver et større behov for psykisk pleje af døende såvel som pårørende. Endelig peger sygeplejerskerne på, at samarbejdet med en øget mængde af udgående specialister på det palliative område også medfører nye og øgede opgaver i hjemmesygeplejen.

Kræft er et stort og voksende sygdomsområde med stor politisk bevågenhed. De seneste 10 år er der udarbejdet to nationale kræftplaner, og senest er der indført pakkeforløb på samtlige kræftområder, som sætter indholdsmæssige og tidsmæssige rammer for udrednings- såvel som behandlingsforløb på kræftområdet. Der er med bl.a. kræftpakkerne allokeret flere midler til området, hvor der er et stort og vedvarende fokus på forbedring i alle faser – fra opsporing og diagnostisk til diverse former for kurativ såvel som non-kurativ behandling. Opgaverne på kræftområdet er således i kraftig udvikling og vækst, og med den fulde implementering af pakkeforløb på hele kræftområdet er der intet der tyder på, at den udvikling vil aftage.

Tallene viser, at der sker en øgning af opgaverne – både grundet en stigende incidens, men også fordi kræftpatienter lever længere: Godt 190.000 danskere lever med en kræftdiagnose i 2006, et tal der over de foregående 10 år er steget i alt 30 %. Antallet af nye tilfælde er i samme periode steget i alt 23 %, mens antallet af kræftdødsfald kun er stedet 2 % over perioden, hvilket tydeligt viser, at dødeligheden på kræftområdet er faldet.

Tallene viser desuden, at det særligt er ældre som rammes af kræft, og at flere og flere vælger at dø udenfor sygehus.

Udtrækkene fra LPR viser, at antallet af indlæggelser på kræftområdet er faldet i alt 3 % over en 10-årig periode (1999-2008), og den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet i alt 28 % over samme periode. Til gengæld er der sket en voldsom stigning i den ambulante aktivitet på kræftområdet på 82 %.

Den øgede forekomst generelt, samt den stigende andel af kræftdødsfald udenfor sygehusregi, færre og kortere indlæggelser, men til gengæld betydeligt flere ambulante kontakter, har givet konsekvenser for såvel indholdet i som omfanget af hjemmesygeplejerskernes arbejde på kræftområdet. Det er

⁴⁴ Hospiceforum.dk, "Generel hospiceinformation".

imidlertid også værd at bemærke, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer for hjemmesygeplejerskeordninger fra 1987 slår fast, at hjemmesygeplejen bør varetage plejen af døende i hjemmet:

”For patienter, der lider af alvorlig, eventuelt dødeligt forløbende sygdom, og som ønsker at være i eget hjem, bør der gennem hjemmesygeplejerskeordningen gives mulighed for, at dette kan gennemføres på forsvarlig og værdig måde.”⁴⁵

Denne grundholdning fastholdes 12 år senere, hvor Sundhedsstyrelsen beskriver hjemmesygeplejens rolle således:

”Der har i de senere år været en stigende interesse for omsorg for alvorligt syge og døende, og mange nye initiativer er på tegnebrættet. Den samlede kapacitet af organiserede tilbud, der kan supplere og støtte den palliative indsats i hjemmet, er dog fortsat begrænset.” (...) ”Den langvarige palliative indsats forekommer hyppigst i eget hjem kombineret med kortere eller længerevarende sygehusophold. I Danmark findes en veludviklet kommunal hjemmesygepleje med døgnplejefunktion, som organiseringen af den samlede palliative indsats bør tage udgangspunkt i.”⁴⁶

Det øgede fokus på området førte i 2000 blandt andet til, at regeringen sammen med ARF og KL nedsatte en arbejdsgruppe, som i 2001 fremkom med rapporten ”Hjælp til at leve til man dør” om den palliative indsats i amter og kommuner. Her peges ligeledes på hjemmesygeplejens centrale rolle på det palliative område:

”Det er hjemmesygeplejen, som er basis for den kommunale indsats over for døende. Sygeplejerskerne er typisk faglige tovholdere og bindeleddet til de øvrige faggrupper i hjemmeplejen samt praktiserende læge, hospital m.v.”⁴⁷

Der er gennem de seneste år kommet mange nye initiativer indenfor det palliative område – fx udgående palliative sygeplejersker, palliative teams og hjemmehospice. Sygeplejerskerne har generelt en meget positiv oplevelse af disse nye aktører, men de aflaster ikke hjemmesygeplejerskerne, oplever de. De forbedrer og intensiverer snarere den palliative indsats i hjemmet.

Flere og flere kræftpatienter dør udenfor sygehus, og derfor skal opgaver i relation til terminale patienter, der før blev løst på sygehus, nu i stigende grad løses udenfor sygehusregi. En af årsagerne er givet, at patienterne i stigende omfang får en reel mulighed for at vælge at dø udenfor sygehus, bl.a. fordi den teknologiske udvikling såvel som den organisatoriske med flere og flere udgående palliative specialister, der kan støtte op omkring det terminale forløb i hjemmet, gør det muligt for patienterne at dø udenfor sygehus. Ligesom sygehusenes opgaver ikke er detaljeret beskrevet i hverken den tidl. Lov om Sygehusvæsen og den nuværende Lov om Sundhedsvæsen, så er hjemmesygeplejerskernes opgaver på forskellige områder heller ikke beskrevet mere detaljeret. Det palliative område er dog en undtagelse, hvor Sundhedsstyrelsen klart fastslår, at pleje af døende i hjemmet er en del af hjemmesygeplejens opgaveområde.

På baggrund af datagrundlaget er det ikke muligt at konkludere nærmere i relation til opgaveglidning på kræftområdet. Den kraftige vækst i ambulant aktivitet, koblet med faldet i antallet og længden af indlæggelser kan muligvis have konsekvenser for mængden af opgaver i hjemmesygeplejen.

Demens

Demens⁴⁸ er betegnelsen for en tilstand med svækkelse af hjernens funktion. Det viser sig først og fremmest ved dårlig hukommelse og nedsat evne til at fungere i hverdagen. Alzheimers sygdom er

⁴⁵ Retningslinjer for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger, 1987, RTL nr. 15955 af 31/3 1987.

⁴⁶ ”Faglige retningslinjer for den palliative indsats.”, Sundhedsstyrelsen, 1999, s.10.

⁴⁷ ”Hjælp til at leve til man dør”, ARF, Sundhedsministeriet og KL 2001, s.18.

⁴⁸ Følgende er baseret på information fra www.netdoktor.dk/sygdomme/fakta/demens.htm (af Ole Davidsen, overlæge, speciallæge intern medicin og geriatri) og ”Udredning og behandling af demens – en Medicinsk Teknologivurdering”, Sundhedsstyrelsen, MTV 2008:10.

den hyppigste årsag til demens. Den forårsager, at selve nervecellerne i flere områder af hjernen langsomt går til grunde. Diagnosen demens stilles typisk ved brug af en lille test bestående af en række simple spørgsmål, hvorfra lægen eller andet sundhedspersonale kan bedømme, om det drejer sig om demens. I forlængelse af testen bør der tages en blodprøve for at udelukke andre årsager til demenslignende symptomer. Derudover kan en CT-scanning af hjernen medvirke til at fastslå årsagen til demens og udelukke væskeophobning i hjernen.

Der skelnes ofte mellem tre grader af demens: *Let demens*, som påvirker normale daglige aktiviteter, *middelsvær demens*, hvor patienten ikke kan klare sig uden hjælp fra andre, og *svær demens*, hvor kontinuerlig pleje og overvågning er nødvendig.

Demens kan ikke helbredes. Udviklingen i Alzheimers Sygdom kan hæmmes/svækkes med medicin, men ikke helbredes. Behandlingen foregår gennem speciallæger og neurologiske afdelinger efter en grundig forundersøgelse. Multiinfarktdemens kan bremses med blodfortyndende medicin. Ud over den medicinske behandling er sociale foranstaltninger ofte nødvendige.

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne på demensområdet?

Sygeplejersker oplever, at der for 10 år siden var pladser på plejeenhederne til de demente, mens de i dag er længst muligt i eget hjem. Desuden oplever de, at der er kommet et stærkt fokus på demens både blandt sundhedsfaglige og i befolkningen generelt, og på at demens skal udredes og behandles. Dette er sket i takt med, at behandlingsmulighederne er blevet væsentligt forbedret:

”Før i tiden sagde man jo bare, at nu var en eller anden borger begyndende dement, og det var så det, det fik de bare lov til at være. Nu skal vi gå ind og se – er det en alkoholdemens, er det en demens efter blodprop, er det en Alzheimers?”

Den øgede bevidsthed om demens har også ændret synet på demente til det bedre, oplever sygeplejerskerne:

”Man behandler de demente anderledes. De får en mere værdig behandling nu. Før i tiden tror jeg, de blev meget dopet, for at de ikke skulle være urolige. Man gav dem simpelthen sovemedicin, så de ikke rendte på gaden om natten. Det gør man ikke mere. Det har medført flere opgaver for hjemmesygeplejerskerne. Helt konkret så skal nattevagten ud og finde dem på gaden – og vi må ikke lukke for dem mere. Før i tiden låste vi dørene, lukkede dem inde og kiggede til dem hver anden time. Det må man ikke mere.”

”Og man må ikke putte medicinen under ostemaden – man skal faktisk bruge en halv time på at få den der lille pille i munden på dem, så man ved, den er taget, og at det ikke er mod deres egen vilje.”

”De blev medicineret tidligere. Altså, så knuste man pillerne og ned i yoghurt. Så var de til at have med at gøre. Og så kunne man få skiftet den der lortebule, få dem i bad eller et eller andet.”

Denne udvikling i retning af mindre beroligende medicinering har ændret sygeplejerskernes arbejde omkring de demente på forskellig vis. Det har blandt andet medført, at man i øget grad bruger **GPS-overvågning**:

”Vi har rigtig mange flere, vi sætter pejlesystemer på, fordi de vandrer af sted og går og vil ud. Vi fanger dem jo mange steder i kommunen, så vi har overvågning med GPS.”

Opgaverne i relation til de demente er præget af, at der er tale om hjem, hvor sygeplejerskerne beskriver, at der kan være behov for at komme ofte, og hvor der også kan være problematikker omkring raske ægtefæller, som de skal være opmærksomme på og agere på:

”Demente vil typisk være én af dem, der får mange små kig og **mange små besøg** for hele tiden at være med til at fastholde rytmen i dagen. Det skal være så få personer og så god en sygepleje, der bliver ydet til den gruppe, som overhovedet muligt. Der er rigtigt meget arbejde med dem.”

”Vi skal også finde ud af, hvornår er det, man sætter ind i forhold til en **rask ægtefælle**, som man skal passe på i det forløb der? Hvornår går man ind og tager over og siger, ’nu trænger du vist til pause’. Så er man også nødt til at have sin gang der jævnlige for at finde ud af, hvordan det udvikler sig.”

Den ændrede holdning til medicinering, som betyder, at demente får langt mindre beroligende kombineret med et større fokus på **magtanvendelse** og manipulation, skaber dilemmaer for sygeplejerskerne og betyder, at opgaverne tager længere tid i dag, end de gjorde tidligere:

”Man har meget mere fokus på magtanvendelse, og det er sket inden for de sidste 10 år: Du må ikke tvinge dem til noget som helst, så er det nærmest magtanvendelse, og det skal dokumenteres. Det kan være i forbindelse med fx personlig hygiejne: Hvis de siger det mindste nej, og man så gør det alligevel, for at det ikke bliver omsorgssvigt, så er det magtanvendelse. Fx én som ikke vil have skiftet en ble, hvor man er nødt til at være to: En til at aflede og en til at skifte bleen – det er magtanvendelse.”

”Det er noget, man har meget fokus på, det skal indberettes, og der er meget administrativt arbejde ved det.”

Også på demensområdet er der kommet **flere specialister**, og mange kommuner har i dag demens-klinikker eller demenssygeplejersker, som nogle steder bl.a. tager sig af udredningen. Men også i sekundærsektoren er der kommet geriatriske og gerontopsykiatriske teams mange steder. Det øgede samarbejde med specialister betyder igen, at hjemmesygeplejerskerne skal deltage i mere koordination på tværs, herunder møder:

”Det er alle møderne omkring personerne, de fylder tidsmæssigt meget. Der er tre udadgående teams fra sygehuset: Geriatrisk klinik, geronto- og geriatisk team. De var der simpelthen ikke før. Da var det egen læge og så måske lige sygehuset en gang imellem. Og det giver jo meget kommunikation.”

Særligt på demensområdet er der i sagens natur mange, som ikke selv magter at koordinere i forhold til ambulante udredningsforløb, og sygeplejerskerne peger på, at der er en del arbejde omkring **koordinering** og bestilling af transport og med at holde styr på ambulante aftaler: *”Få koordineret alle de praktiske ting i forbindelse med udredningen, blodprøver og sådan noget.”* En opgave der ikke bliver lettere, hvis hospitalerne ikke sender indkaldelser til undersøgelse til hjemmesygeplejen også: *”Vi skal altid finde den i bunken af ugeblade, en uge efter de skulle have været derinde.”*

Nye opgaver på demensområdet:

- Udredning
- Forberede til undersøgelse
- Medicinering og pleje uden brug af tvang (motivation af borgeren)
- ”Mange små besøg” – fastholde rytmen i dagligdagen hos den demente
- GPS-overvågning
- Information til og kommunikation med pårørende (særligt i relation til tvangsproblematikker)
- Demenskoordinering (flere samarbejdspartnere, mere mødetid).

Hvad siger tallene om demensområdet?

Det er ikke muligt at belyse udviklingen på demensområdet på baggrund af LPR-data, da demens ikke i sig selv er en indlæggelseskrævende sygdom. I stedet anvendes data om demensområdet fra en MTV om demens fra 2008.⁴⁹ Følgende er baseret på denne MTV.

Det skønnes, at ca. 60-80.000 danskere har demens, heraf mere end halvdelen Alzheimers sygdom. Det vurderes, at kun omkring en tredjedel af alle demente i dag gennemgår en diagnostisk udredning.

Der findes ikke opgørelser over udviklingen i hverken prævalens eller incidens, men på baggrund af udenlandske studier estimeres følgende prævalens- og incidensrater for forskellige aldersgrupper over 65 år:

Tabel 26.: Prævalens og incidens for demens på forskellige aldersgrupper i Danmark for år 2007

Aldersgrupper	Prævalens (%)			Incidens (%)		
	Mænd	Kvinder	Antal	Mænd	Kvinder	Antal
65-69	1,6	1,0	3.289	0,2	0,3	625
70-74	2,9	3,1	5.970	0,6	0,5	1.090
75-79	5,6	6	9.142	1,4	1,8	2.486
80-84	11	12,6	14.219	2,8	3,4	3.749
85-89	12,8	20,2	12.539	3,9	5,4	3.446
90-94	22,1	30,8	8.013	4	8,2	1.990
95+	22,1	30,8	2.159	4	8,2	547
I alt	5,1	7,8	55.331	1,2	2,0	13.934

Kilde: Udredning og behandling af demens, MTV 2008; 10 (2), Tabel 2.1. (baseret på udenlandske prævalensrater og DK befolkningstal)

Tabellen viser, at godt 55.000 af de demente er over 65 år, og at hvert år får knap 14.000 danskere over 65 år en demenssygdom. Da risikoen for demens stiger væsentligt med alderen, vil en øget levetid betyde en voldsom vækst i demens, og således estimeres det i MTV-rapporten, at der i 2020 vil være godt 75.000 med demens og i 2040 godt 125.000.

Sammenfatning af udviklingen på demensområdet

Sygeplejerskerne oplever, at langt flere udredes og behandles for demens. De oplever, at det genererer flere opgaver i hjemmesygeplejen i relation til forberedelse og koordination i forbindelse med undersøgelser. Desuden oplever de en øget medicinering (behandling), og en udvikling i retning af at medicinering og pleje skal ske uden brug af manipulation og tvang, hvilket betyder flere opgaver i relation til motivation af borgeren (fx til at spise sin medicin, blive badet mv.). Sygeplejerskerne oplever også, at de bruger mere tid på information til og kommunikation med pårørende, særligt i relation til tvangsproblematikker. Endelig oplever de, at der er kommet flere samarbejdspartner på demensområdet, og at der er mere mødeaktivitet forbundet med den øgede udredning og behandling af demente, som sygeplejerskerne oplever.

MTV'en⁵⁰ bekræfter, at de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder (herunder introduktion af nye lægemidler) på demensområdet igennem en længere årrække har været under udvikling, og understreger vigtigheden af diagnostikken som forudsætning for behandlingsvalget. Desuden peger den på en øget viden og dermed et øget fokus på mere intensiv psyko-social støtte til demente, men også i høj grad til pårørende for at mindske forekomsten af depression i denne gruppe.

⁴⁹ "Udredning og behandling af demens – en Medicinsk Teknologivurdering", Sundhedsstyrelsen, MTV 2008:10.

⁵⁰ "Udredning og behandling af demens – en Medicinsk Teknologivurdering", Sundhedsstyrelsen, MTV 2008:10.

De estimerede prævalens- og incidenstal kan ikke belyse udviklingen på demensområdet over de seneste år, men der forudses en stærk stigning over de kommende år.

Sammenholdes MTV'ens redegørelse for den diagnostiske og behandlingsmæssige udvikling med fremskrivningen af en stærk stigning i forekomsten, tyder det kraftigt på, at hjemmesygeplejens opgavemængde på demensområdet også er berørt af den øgede aktivitet på området. Imidlertid er det værd at bemærke, at sygeplejerskerne i deres interviews også beskriver, at opgaverne på demensområdet har ændret sig som følge af helt andre faktorer end udviklingen i behandlingsmuligheder, diagnostik, sygehusaktivitet, incidens og prævalens. Sygeplejerskerne beskriver værdimæssige og kulturelle forandringer, som betyder, at demente ældre medicineres mindre, og at man er blevet betydeligt mere bevidst om de dementes rettigheder.

Den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient er en bred og relativt diffus kategori. I en rapport om den ældre medicinske patient⁵¹ omtales to patientgrupper, som her beskrives med baggrund i rapporten:

- 1) I de fleste tilfælde adskiller ældres sygdomsbillede og sygdomsforløb sig ikke i det væsentlige fra andre patienters. **Ældre medicinske patienter indlægges dog ofte med mere komplekse og sammensatte, evt. kroniske, sygdomsbilleder.** Dette sammenholdt med de senere års omlægning af pleje- og behandlingsindsatsen – med kortere og mere intensive behandlingsforløb kombineret med en øget pleje og efterbehandling i kommunalt regi – giver generelt behov for en både bedre og hurtigere koordination og et tættere samarbejde mellem sygehusvæsen og primærsektor om de ældre patienter end tidligere.
- 2) En mindre del af de ældre medicinske patienter har dog en række særlige behov i forbindelse med behandlingsforløbet. Det kan være patienter, hvis indlæggelse er udløst af **en kombination af helbredsmæssige og sociale årsager, ældre med særligt diffuse sygdomssymptomer der skyldes en kombination af svækket almentilstand og egentlig sygdom, patienter med svigt på flere organer samtidigt, særligt ressourcetsvage eller svækkede ældre m.v.** Patienterne indlægges ofte med et svækket og vanskeligt genopretteligt funktionsniveau og kan have et langvarigt og relativt kompliceret udrednings- og behandlingsforløb evt. på tværs af de lægelige specialer, som hovedparten af sygehusene er organiseret på baggrund af. Patienterne i målgruppen vil typisk være ca. 75 år eller ældre. Patientgruppen udgør skønsmæssigt 10-20 % af de ældre medicinske patienter.⁵²

Sygeplejerskerne i undersøgelsen har ikke lagt nogen præcis definition til grund for deres refleksioner over ændringer i relation til opgaverne omkring den ældre medicinske patient, men har peget på deres erfaringer med den gruppe af patienter, de selv betegner som ældre medicinske patienter.

En meget stor del af hjemmesygeplejens arbejde omhandler ældre medicinske patienter. Og derfor er mange af de patienter såvel som diagnoser, der normalt ville falde ind under den brede kategori ældre medicinske patienter, behandlet særskilt under andre afsnit, fx demens og diverse kroniske lidelser.

I den kvantitative analyse af den ældre medicinske patient er der derfor lagt mere vægt på de områder, som *ikke* er dækket i de øvrige afsnit.

⁵¹ "Den ældre medicinske patient." Rapport. København: Sundhedsministeriet; 2001.

⁵² "Den ældre medicinske patient." Rapport. København: Sundhedsministeriet; 2001, s. 4-5.

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til ældre medicinske patienter?

Generelt oplever sygeplejerskerne, at ældre medicinske patienter behandles mere og lever længere:

”Det hænger sammen med, at før fik de lov til at blive gamle stille og roligt. Så blev man dårligere til at huske, man spiste mindre, blev dårligere mobilitetsmæssigt. Så fik man influenza, og så fik man lov til at dø gammel og mæt af dage. Nu kan man behandle, vi kan undersøge og behandle og holde liv i dem. Det er i hvert fald en stor forandring. Nu holder vi liv i nogen, vi ikke holdt liv i før.”

”Lige nu er det måske mest de pårørende, men ellers så får vi også flere og flere, der siger ’jeg har krav på’ og ’jeg ved’ og ’jeg vil’. Det er nok de yngre generationer, de ældre er mere autoritetstro. Men så har de nogle pårørende: Og mor skal blive 110. Helst. Så må I selv om, hvordan I får hende derhen!”

Den øgede behandling giver opgaver i hjemmet omkring fx **sonder, katetre** og **IV-adgang**. Særligt nævner sygeplejerskerne ernæring gennem sonder og katetre, et område som også berører postoperative borgere. Sygeplejerskerne beskriver, at der er kommet flere med katetre og sonder i hjemmet. Der kan både være tale om patienter i hjemmet med en sonde enten gennem næsen eller direkte ind i tarmsystemet, igennem hvilken sygeplejerskerne giver såkaldt *enteral* ernæring.

Men der kan også være tale om at skulle give ernæring helt uden om tarmsystemet, også kaldet *parenteral* ernæring, hvilket gøres via et centralt venekateter (CVK). Sygeplejerskerne beskriver det som værende særligt *”komplekst og tidskrævende at skulle give parenteral ernæring i hjemmet.”*

Medicinering giver særligt opgaver i relation til **dosisdispensering**. Dosisdispensering indebærer, at borgerne kan få pakket deres medicin i portioner, som passer til hvert enkelt indtagelsestidspunkt direkte på apoteket. Sygeplejerskerne peger alligevel på, at det giver nogle nye opgaver for dem:

”Dosisdispensering skulle jo give os noget luft til andre opgaver, og det gør det vel også, men det holder jo ikke altid, når man siger, at nu er medicinen noget mellem borger og egen læge. For egen læge er jo ikke så opsøgende over for det og ser måske ikke sin patient så meget, som han måske skulle i forhold til at kunne varetage medicinen.”

”Der kan opstå bivirkninger, som der ikke er nogen, der ser, før der er et problem. Så bliver man tilkaldt af hjemmehjælperne – for vi må heller ikke komme i hjemmet mere, hvis der kun har været medicinadministration, så kommer vi der ikke mere. Så bliver man tilkaldt på et tidspunkt, hvor der måske er kommet nogle bivirkninger eller manglende virkninger af medicinen, som ikke rigtigt er blevet observeret. Og så halter man jo bagefter. Og hvis der kommer nogle infektioner og skal gives antibiotika eller noget andet, så kan man ikke lige få det i poserne – så skal man have administration af medicinen i æsker ved siden af. Så giver det noget ekstra arbejde.”

Flere af sygeplejerskerne genkender, at det giver ekstra opgaver, når der er akutte ændringer i borgerens tilstand (fx en infektion), fordi administrationsformen er ændret. Årsagen er, at der går 14 dage, fra der foretages en medicinændring, til den kan effektueres hos borgeren. I praksis var der flere sygeplejersker, som berettede, at de var blevet ved med at komme hos borgere, der tidligere havde fået hjælp til medicinadministration, men som var gået over til dosisdispenseret medicin. Netop for at sikre at det fungerer.

Dosisdispensering kan også give problemer i forbindelse med udskrivinger, hvor sygehusene ikke altid er opmærksomme på, at patienten er på dosisdispensering:

”Når de har lavet medicinændringer og sendt borgeren hjem med æsker til tre dage. Og så står man lidt der, og skal egentlig have fat i egen læge, som slet ikke har fået epikrisen, så han ved ikke hvad ændringerne er – og så skal man have fat på hospitalet igen. Og så giver det lige pludselig en kæmpe arbejdsopgave.”

Ved overgangen til dosisdispensering fjerner man af sikkerhedsmæssige årsager præparaterne ude hos borgeren. Men det betyder også, forklarer sygeplejerskerne, at de *"ikke lige har noget medicin i skabet, man kan supplere med"* ved fx en ændret medicinering efter udskrivelse.

Den øgede mængde af indlæggelser og ambulante besøg giver mere koordination og opfølgning, og også på dette område er der kommet specialister til, og **samarbejdet** med geriatriske teams er også en ny opgave i hjemmesygeplejen.

Hurtigere udskrivelser giver særligt koordinationsarbejde i relation til **medicinændringer**:

"På et tidspunkt fik vi tre dages varsel, inden de blev udskrevet, og nu hedder det et døgn varsel. Og de skal kun sende medicin med hjem til et døgn. Det vil sige, hvis de kommer hjem fredag eftermiddag, så har vi et problem med, at vi skal hente medicinen lørdag formiddag på apoteket, og det er ikke altid nemt for et vagtpersonale at finde ud af det lørdag formiddag."

"Og det er heller ikke altid, der er sendt recepter med hjem. Det resulterer i ekstraarbejde til sygeplejersker og vagtlæge, fordi der skal laves hovsaløsninger, indtil en varig løsning kan findes."

Særligt i relation til de ældre medicinske patienter, som i dag udredes og behandles mere end tidligere, oplever sygeplejerskerne, at der er mange **koordinations-** og **tovholderopgaver**:

"Og netop den der koordinering hele tiden: Der bliver iværksat så mange forskellige undersøgelser, de skal til kontrol og have svar på undersøgelser. Det er ikke altid dem, der sætter gang i undersøgelsen, der har styr på, hvad der ellers er iværksat af ting og sager. En gang imellem har man oplevelsen af, at nogle borgere cykler rundt i et system, og ingen har overblik over, hvad der sker."

"Tovholderrollen er specielt udtalt for den ældre medicinske patient, som risikerer at gå i to eller flere forskellige ambulatorier, som nægter at se på hinandens medicinliste, og som laver om og om."

En sygeplejerske fortæller i den forbindelse om en konkret case, der illustrerer problemstillingen:

"Fruen kommer hjem fra hjerteambulatoriet med en medicinliste. Jeg kører ud og hælder op efter medicinlisten. Kort efter skal hun til nyreambulatoriet, som laver lidt om på blodtryksmedicinen. Blodtrykket er både hjerte og nyrer. Så retter vi ind efter det og hælder det nye op. Så kommer hun tilbage til hjerteambulatoriet, som så sender en besked tilbage om, at nu skal hun øges i blodtryksmedicinen til det, som hun har fået den sidste måned – fordi det var ordineret ovre fra nefrologerne. Altså, mener I så, at hun skal øges, eller at hun skal have det, hun får? Så ringer man ind og får en eller anden arme sygeplejerske til at støve rundt efter en læge og en journal og ender med, at Fruen nok skal have det, hun får. Og man bruger oceaner af tid på det, og jeg er utryk ved at stå og hælde noget op, som jeg ikke ved, om hun skal have, og hun er utryk ved at tage det – for gud ved om det er rigtigt. Det er uprofessionelt, når borgeren oplever at være kastebold mellem specialerne og mellem hospitalerne."

Sygeplejerskerne nævner en praktisk årsag til, at dette forekommer i stigende grad, og det er den øgede specialisering, som kan betyde, at patienter går i ambulante forløb på forskellige hospitaler *"der har forskellige systemer, og den ene kan ikke se, hvad den anden laver."*

Et emne, som fyldte en del hos sygeplejerskerne i relation til den ældre medicinske patient, var ikke direkte relateret til nye opgaver, men handlede om de **etiske spørgsmål** i relation til de mange og øgede behandlingsmuligheder. Spørgsmålene handler om, hvor meget og hvor længe man skal handle, og om at få talt med borgere og ikke mindst pårørende om hvor grænserne for behandlingen skal gå:

"Det er tit katten om den varme grød, der er ikke nogen, der går ind og siger: Hvad har det her af konsekvenser? Jeg har flere eksempler på, at rigtigt gamle mennesker har fået hjerneblødning, så kommer de ind og bliver så udskrevet med en sonde, og hvorfor gør de det? Der er ikke nogen, der har taget den diskussion med familien: Jamen hvad handler det her om? Skal den gamle ligge

med en sonde og holdes i live flere år, eller hvad er det lige perspektiverne er? Alle behandler, man kan jo behandle: Sonde ned, så får de noget at spise og drikke, og ud med dem igen! Så kan vi få dem ude i hjemmeplejen, og så kan vi snakke med dem og tage den der etiske diskussion med familien eller lægen i samråd: Hvad fører det til, hvad har det af konsekvenser?”

”Men det er jo rigtigt meget bagsiden af, at man kan så meget i dag, som kommer rigtigt mange til gode.”

”Jeg synes, de pårørende har et stort ansvar. Der er nogle pårørende, som vil, at vi skal behandle deres forældre hele tiden. Vi vil helst ikke af med vores gamle til sygehuset, for de er der under 24 timer, så kan vi ligeså godt ordne det derhjemme. Men de pårørende siger: ’Synes du ikke min far skulle omkring sygehuset, eller skal vi ikke kalde en vagtlæge?’. Vi har flere pårørende, der har forlangt, at deres forældre skulle have en PEG-sonde,⁵³ hvor vi tænker nej nej.”

”Prøv at tænk på den her gamle, som får en PEG-sonde: Han har aldrig været så velernæret, fået så god en kost, de tager på, de ligger på noget af det bedste liggeunderlag, de bliver vendt og drejet, de er jo så optimalt behandlede. Men hvad får det af konsekvenser? Det får de konsekvenser, at din far eller mor på 97 år måske kan ligge her i fem år. Er det så det værd? Hvem går ind og tager den diskussion med dem?”

”Vi har glemt, at vi alle skal dø.”

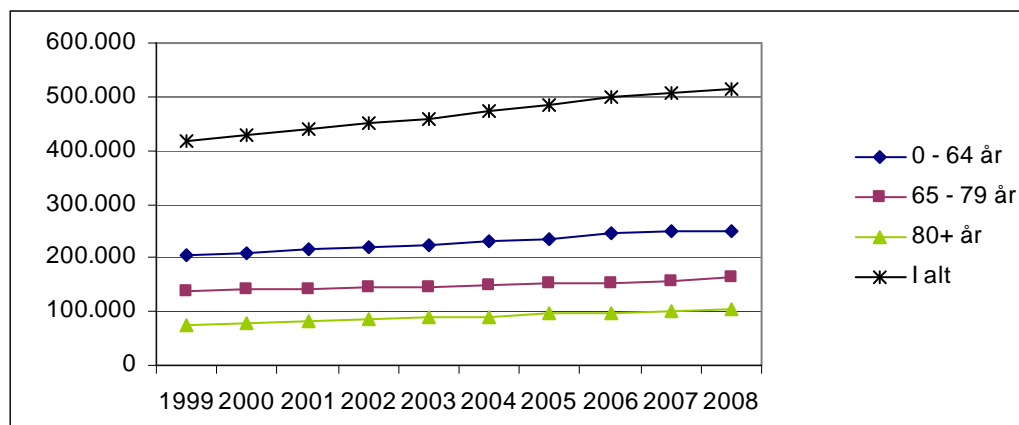
Nye opgaver i relation til den ældre medicinske patient:

- Plejeopgaver i forbindelse med sonder, katetre og IV-adgang (til ernæring og/eller medicinering)
- Dosisdispensering (opgaver i relation til medicinændringer og opfølgning)
- Samarbejde med geriatrisk team og andre aktører
- Koordinering omkring alle ambulante aftaler, tovholder (også transportbestilling)
- Samle op om udskrivinger omkring medicin og ambulante kontrol
- Forberede og følge op på ambulante besøg (bl.a. medicinændringer).

Hvad siger tallene om udviklingen i relation til den ældre medicinske patient?

Den overordnede udvikling i sygehusaktiviteten på det medicinske område fremgår af graferne herunder:

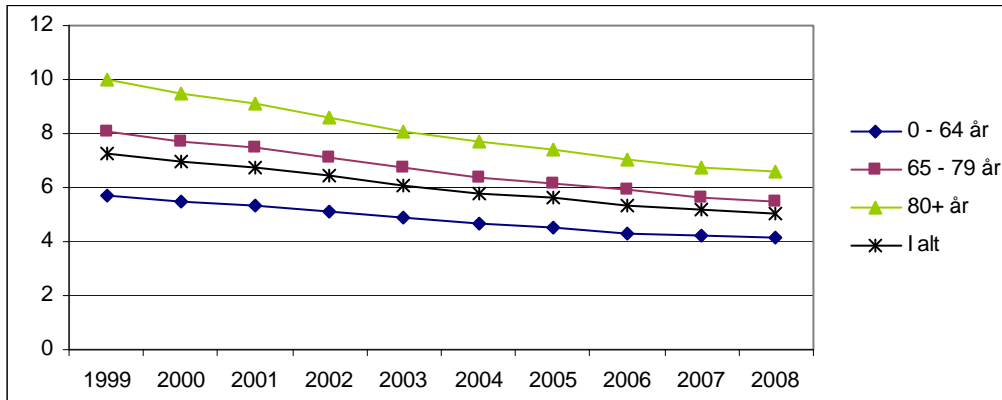
Figur 27: Antal patienter udskrevet fra en medicinsk afdeling i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

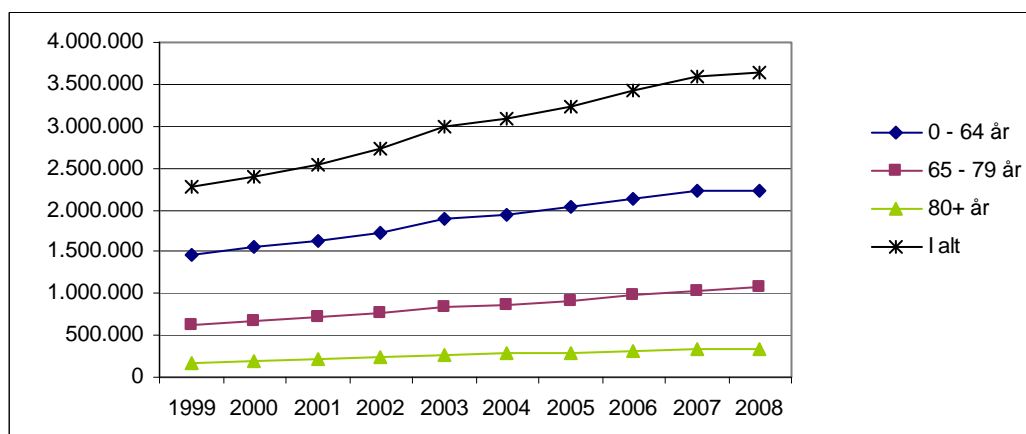
⁵³ PEG står for Percutan Endoskopisk Gastrostomi. En PEG-sonde kaldes også en gastrostomisonde, og en gastrostomi er en kirurgisk anlagt åbning til mavesækken. Længerevarende enteral ernæringsterapi administreres bedst gennem en PEG-sonde.

Figur 28: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra en medicinsk afdeling i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 29: Antal ambulante besøg på medicinske afdelinger i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

De tre grafer herover viser, at der generelt er sket en stigning i antallet af indlæggelser på 23 % over hele perioden, mens stigningen i antallet af ambulante besøg har været 61 % over perioden. Samtidig er den gennemsnitlige liggetid faldet i perioden, dog væsentligt mere jo ældre patienterne er.

Det medicinske område er som sagt en bred og broget kategori, og for at få et mere præcist billede af hvad ældre medicinske patienter indlægges for, er der i tabellen herunder vist de 10 hyppigste aktionsdiagnosegrupper for de +65-åriges indlæggelse i 2006, samt hvor stor en andel indlæggelserne inden for den enkelte gruppe udgør af alle indlæggelser for de +65-årige. Oversigten med de hyppigste diagnosegrupper er baseret på en samlet oversigt over alle indlæggelser i 2006 grupperet efter aktionsdiagnose (efter 99-grupperingen):

Tabel 30: De 10 hyppigste diagnosegrupper for indlagte patienter på 65 år og derover i 2006.

Diagnose	I alt	0-64	65-79	80+	andel af 65+ indlæggelser
	Antal	Antal	Antal	Antal	Andel i %
I ALT	1.190.569	775.706	255.802	159.061	100,00
Hjertepatienter	85.609	33.395	33.394	18.820	12,59
Ondartede svulster	85.060	45.256	30.709	9.095	9,59
Symptomer og mangelfuldt defineret tilstand	88.096	56.300	18.382	13.414	7,66
Observation/kræver ej behandling	87.512	56.430	19.631	11.451	7,49
Lungebetændelse	29.560	12.432	8.369	8.759	4,13
Patienter uden symptomer/sygdom I alt	54.778	38.197	9.138	7.443	4,00
Bronchitis og astma	32.870	17.541	10.208	5.121	3,69
Karsygdomme i hjerne	20.059	6.335	7.612	6.112	3,31
Slidgigt og beslægtede tilstande	20.311	8.530	9.048	2.733	2,84
Øvrige/uspecificerede skader ved ydre påvirkning	27.455	17.460	6.465	3.530	2,41
<i>De 10 diagnosegruppers andel af alle 65+ indlæggelser</i>					58 %

Kilde: Data fra Statistikbanken.dk, tabel UD11

Samlet set udgør de 10 hyppigste diagnoser 58 % af alle indlæggelser af ældre over 65 år. Som det fremgår af tabellen, er nogle af de største områder, patienter inden for de områder der er beskrevet i tidligere afsnit i denne rapport. Hjertepatienter er den største gruppe, der udgør 12 % af indlæggelserne hos patienter på 65 år eller derover, og også kræftpatienterne udgør en stor gruppe med næsten 10 % af indlæggelserne hos de +65-årige. Men som tabellen også viser, er der en stor gruppe patienter, som har været indlagt uden nogen sygdomsspecifik aktionsdiagnose. Disse patienter fordeles sig i de tre grupper: Patienter uden symptomer/sygdom, patienter med mangelfuld defineret tilstand og patienter til observation eller kræver ej behandling. Disse tre grupper udgør tilsammen over 20 % af indlæggelserne hos patienter over 65 år.

Sammenfatning af udviklingen i relation til ældre medicinske patienter

Sygeplejerskerne oplevede øgede plejeopgaver i forbindelse med ældre medicinske patienter generelt på mange områder, men de konkrete opgaver sygeplejerskerne beskriver, som fx sonder, katetre, IV-adgang (til ernæring og / el. medicinering), samt i høj grad samarbejds- og koordinationsopgaver i relation til alt fra koordinering af ambulante aftaler til opfølgning i forbindelse med sygehuskontakt (stationært såvel som ambulant) i relation til fx medicinændringer til øget samarbejde med geriatrisk team og andre specialister og aktører i de ældres forløb. Registerdata kan ikke sige noget om omfanget af disse specifikke opgaver i hjemmesygeplejen, men udelukkende belyse udviklingen i ældre medicinske patienters sygehuskontakter.

Generelt viser udtrækkene fra LPR, at der er flere indlæggelser og kortere liggetid og en stærk stigning i den ambulante aktivitet for alle tre aldersgrupper på det medicinske område generelt set.

Analysen peger imidlertid også på, at de 10 hyppigste diagnoser står for helt op til 58 % af alle indlæggelser blandt ældre over 65 år. Den ældre medicinske patient er således ofte kroniker indenfor særligt hjerte- og kræftområdet, og hertil kommer en stor andel af ældre, som indlægges enten med lungebetændelse, astma eller bronchitis (herunder KOL). Men den ældre medicinske patient er også præget af tre ikke-sygdomsspecifikke aktionsdiagnosegrupper, som tilsammen tegner sig for over 20 % af indlæggelserne i blandt ældre over 65 i 2006.

Inkontinens og katetre

Inkontinens er en bred betegnelse for tilstande, der gør, at man ikke kan holde på vandet. Visse sygdomme i blære, urinrør, bækkenbund, prostata eller nervesystemet kan medføre urininkontinens. Men symptomet kan også skyldes dårlig vane (stor væskeindtagelse, sjælden vandladning), overvægt og hoste.

Diagnosen stilles via grundig samtale (anamnese), undersøgelse hos læge, urinundersøgelse for bakterier, blod med mere og på basis af en vandladningsdagbog, hvor der over nogle dage føres regnskab med væskeindtag og urinmængden. Oftest stilles diagnosen i primærsektoren, men i vanskelige tilfælde kan det være nødvendigt at henvise til speciallæge til yderligere undersøgelse.

Behandlingen af urininkontinens afhænger af årsag og type. Det kan dreje sig om simple ændringer i levevis, optræning af bækkenbund eller medicinsk behandling. Endelig kan man for nogle typers vedkommende foretage kirurgisk behandling. Langt de fleste patienter kan bedres eller helbredes.⁵⁴

Patienter i hjemmet kan i forbindelse med nyre- og urinvejslidelser have forskellige former for **katetre**: Der findes både permanent anlagte katetre (fx topkatetre⁵⁵) og engangskatetre, som hjemmesygeplejerskerne foretager ren- eller steril⁵⁶ katerisation med. Disse typer af katetre tømmer blæren. Et nefrostomikateter⁵⁷ tømmer nyrene.

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til inkontinens og katetre?

Sygeplejerskerne oplever, at der er kommet langt flere patienter med behov for katerisering:

”For 10-15 år siden der skiftede man ikke så meget kateter på mænd, det gør man nu. Man skifter også topkateter ude i hjemmeplejen, det gjorde man heller ikke før.”

”Jeg har været på ambulatoriet tidligere, der kom de alle sammen ind på ambulatoriet og fik skiftet topkateter, og det var så mig, der stod og skiftede, så det kunne ligeså godt gøres hjemme. Det er en opgave, der er flyttet.”

Ifølge sygeplejerskerne er årsagen til denne udvikling primært, at man udreder og behandler langt flere:

”Patienterne var der før, men blev ikke behandlet. Der har jo været fokus på inkontinens i mange år efterhånden, og det kan vi mærke. For 10-15 år siden havde vi ikke alle de der udredninger, alle de henvendelser fra borgere eller borgeres pårørende om inkontinens.”

”Førhen lagde man en ble på, og så skiftede man en ble. Det gør vi ikke længere, de skal udredes og undersøges og opfølges. I dag prøver man med topkateter og blærekateter og forskellige former for katerisationer. Og i dag har vi kontinenssygeplejersker, der går ind og laver en udredning”.

”I dag tænker man mere på folks selvfølelse – de skal ikke gå rundt med sådan en pose”.

Udredningen betyder, at der skal foretages en del **observationer** såsom væske- og vandlednings-skema. For der kan ikke bevilges fx bleer, uden at der er stillet en diagnose.

⁵⁴ Baseret på information på netdoktor.dk af professor, dr.med. Gunnar Lose.

⁵⁵ Topkatetret sættes ned i blæren gennem et lille hul på maven.

⁵⁶ De to typer af katerisering kaldes RIK hhv. SIK. RIK betyder Ren Intermitterende Kateterisation, dvs. tømning af urinblæren ved anvendelse af et sterilt kateter og renskede hænder, mens SIK betyder Steril Intermitterende Kateterisation, som er tømning af urinblæren ved anvendelse af et sterilt kateter og sterile handsker.

⁵⁷ Et nefrostomikateter er et kateter, der er anlagt gennem en kanal i hud og muskel direkte ind i nyrebækkenet. Det er oftest anlagt for at sikre, at nyren har frit afløb for urin.

Sygeplejerskerne peger også på, at man nogle steder tidligere anlagde et såkaldt permanent "bekvemmelighedskateter", men det gør man ikke i dag:

"Man har fået mere viden – det er ikke så godt at lægge et permanent kateter, som det er at lægge et engangskateter."

"Det er beviseligt, at der er mindre infektion, men hvis vi skal ind og SIK'e fire gange i døgnnet eller i løbet af dagen og aftenen, så er det meget. For det tager da lidt tid, inden man kommer ind og får klædt folk af."

"Men det [RIK og SIK, red.] gjorde vi ikke for 15 år siden. Da havde man et kateter."

Den øgede udredning og den øgede viden og de forbedrede behandlingsmuligheder betegner sygeplejerskerne som en god udvikling. Men der er mere arbejde på kontinensområdet i hjemmesygeplejen, og mange kommuner har særlige kontinenssygeplejersker.

Ligesom der er kommet flere patienter såvel som typer af katetre på det urologiske område, er der også kommet flere nyrekatetre på det nefrologiske område, oplever sygeplejerskerne.

Nye opgaver i relation til inkontinens og katetre:

- Udredning af inkontinens (fx skema over vandladningsmønstre, vurdering af passende hjælpemiddel)
- Flere katetre, flere typer og flere kateteriseringer (både opgaver med patientopklæring, udførelse).
- Nefrostomi kateter – pleje i relation til kateter.

Hvad siger tallene om udviklingen på inkontinensområdet og i relation til katetre?

Der findes ikke relevante data i LPR, der kan belyse udviklingen i brugen af katetre. Desuden er inkontinens en diagnose, der i stigende omfang stilles i primærsektoren af egen læge, hvilket gør LPR-data mindre relevante. DSI har derfor søgt andre kilder, der kan medvirke til at belyse udviklingen på inkontinensområdet.

Inkontinens er ikke et højtprofileret sygdomsområde og der er meget sparsomme data på området. Imidlertid anslås det, at ca. 300.000⁵⁸ danskere – fortrinsvis ældre⁵⁹ – lider af inkontinens. Det er ikke lykket DSI at finde tal for udviklingen i hverken forekomsten eller antallet af nye sygdomstilfælde. Gennem det seneste årti er der imidlertid kommet mere fokus på området, blandt andet som følge af en række klaringsrapporter og kliniske vejledninger på området.

I 1999 udarbejdede Danske Selskab for Almen medicin en klinisk vejledning om udredning og behandling i almen praksis, som pegede på, at langt flere patienter kan udredes og behandles i almen praksis. Vejledningen til de praktiserende læger fremhæver desuden en norsk undersøgelse af udredning og behandling i almen praksis og peger på, at man "kunne opnå bedring hos 70 % ved ganske enkle procedurer, og kun 17 % af kvinderne blev visiteret til videre undersøgelse og behandling."⁶⁰

Året efter satte en svensk MTV om urininkontinens yderligere gang i debatten om de danske forhold på området. Det fremhæves bl.a., at der i Danmark har været en lang tradition for at udredning og

⁵⁸ "Blandt voksne danskere skønnes 15 % af kvinderne og 5 % af mændene – eller mindst 300.000 personer – at have urininkontinens. Hyppigheden tiltager med alderen" (Jensen & Lose, "Urininkontinens", Ugeskrift for Læger, 30/8 2004). Kontinensforeningen skønner at tallet i dag er 400.000, men det har ikke været muligt for DSI at få fat i undersøgelser eller af klinikere på området, som indenfor projektets tidsramme kunnen verificere dette tal.

⁵⁹ "Hos kvinder på plejehjem langtidsmedicinske og geriatriske afdelinger angives prævalensen ofte at være større en 50 % (Klaringsrapport nr.12 2001 om Urininkontinens hos kvinder (Lose, Andersen, Nielsen, Fischer-Rasmussen, Madsen & Walter, 2001).

⁶⁰ "Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis – Klinisk vejledning", Dansk Selskab for Almen Medicin 1999.

behandling primært er foregået på gynækologiske og urologiske afdelinger, og at en dansk undersøgelse har vist, at praktiserende læger viderehenviser ca. 2/3 af ukomplicerede tilfælde af urininkontinens, mens den norske undersøgelse, som den kliniske vejledning fra DSAM også fremhævede, viste, at omkring 85 % af patienterne kunne håndteres i almen praksis – og dermed i primærsektoren. På denne baggrund anbefales det, at en højere grad af udredningen bør foregå i almen praksis: *”Der er næppe tvivl om, at det vil være omkostningsbesparende i højere grad at foretage den basale udredning og behandling i almen praksis”*.⁶¹

I 2001 blev der udarbejdet en klaringsrapport om udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder,⁶² som blandt andet pegede på, at urininkontinens er en af de mest omkostningskrævende lidelser, og at denne udvikling må forventes at fortsætte grundet øget information om sygdommen og en stigende gennemsnitsalder blandt kvinder. Igen fremhæves den svenske MTV, som peger på, at udgifterne til inkontinens anslås at udgøre ca. 2 % af sundhedsudgifterne. Den svenske MTV peger desuden på, at ca. 90 % af udgifterne er ekstraudgifter indenfor ældreomsorgen og udgifter til hjælpemidler (fx bleer), mens udgifterne til udredning og behandling udgør ca. 10 %. Og hertil kommer, at udgifterne til netop hjælpemidler var tredoblet gennem de seneste 10 år op til MTV'en.⁶³

Samme år udkom endnu en klaringsrapport om udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter⁶⁴, som peger på, at fordi urininkontinens er en tabubelagt sygdom, er det nødvendigt, at sundhedsvæsenet aktivt opsporer sygdommen, idet mange patienter kan bedres eller helbredes.

Samlet set har faglige rapporter og vejledninger medvirket til at sætte fokus på inkontinens, særligt på fire forhold: At inkontinens er et stort, voksende og tabubelagt problem; at udgifterne til området er store og voksende, og at de primært går til ældreomsorg og hjælpemidler og ikke til udredning og behandling; at sygdommen kan udredes og behandles effektivt; og at dette kan gøres i primærsektoren.

Sammenfatning af udviklingen inkontinensområdet

Sygeplejerskerne oplever en stigning i opgaverne på inkontinensområdet (fx skema over vandladningsmønster i forbindelse med udredning og vurdering af passende hjælpemidler), som de selv primært tilskriver en generel udvikling i retning af, at man udreder og behandler langt flere for inkontinens. Desuden oplever de, at der er flere patienter i hjemmesygeplejen med forskellige former for katetre, og flere kateteriseringer som også giver opgaver i forbindelse med patientopklæring.

Denne oplevelse af udviklingen på området kan ikke hverken be- eller afkræftes, da det hverken har været muligt at skaffe valide data for udviklingen i prævalens eller sygehusenes aktivitet på området. Den serie af klaringsrapporter og kliniske vejledninger der kom om inkontinens fra 1999-2001 viser, at der i disse år blev sat fokus på området, herunder på at flytte en ikke ubetydelig del af udredningen ud fra sygehuse til almen praksis – og dermed til primærsektoren. Hvorvidt dette er sket og i hvilket omfang, kan denne undersøgelse imidlertid ikke vise statistisk. Den kan dog pege på, at sygeplejerskerne oplever en øget mængde af opgaver på området, særligt i relation til udredning.

⁶¹ ”Urinkontinens”, MTV nye, 2. årgang, nr 2, november 2000 af overlæge, dr.med. Gunnar Lose

⁶² Udarbejdet af et fællesudvalg nedsat af Dansk Urologisk Selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Klaringsrapport nr.12 2001 (Lose, Andersen, Nielsen, Fischer-Rasmussen, Madsen & Walter, 2001).

⁶³ ”Urinkontinens”, MTV nye, 2. årgang, nr 2, november 2000 af overlæge, dr.med. Gunnar Lose

⁶⁴ Udarbejdet af et udvalg nedsat af Danske Selskab for Geriatri, Klaringsrapport nr. 10, 2001 (Sansers, Krichhiff, Jensen m.fl., 2001).

Dialyse

Dialyse er en livsnødvendig og livslang behandling til patienter med svær kronisk nyresvigt. Dialyse betragtes traditionelt som hospitalsbehandling, men behandlingen foregår allerede i stor udstrækning i hjemmet.

Dialysebehandlingen opdeles i to forskellige metoder: hæmodialyse⁶⁵ (HD) og peritonealdialyse⁶⁶ (PD, også kaldet posedialyse). Peritonealdialyse foregår normalt i hjemmet, mens hæmodialyse foregår enten i et centralt dialysecenter eller i hjemmet. I de tilfælde, hvor dialysen foregår i hjemmet, er det i princippet patienten selv, der varetager de forskellige opgaver i forbindelse med dialysen – dog med undtagelse af assisteret automatisk peritonealdialyse (APD), der foregår om natten, hvor plejepersonale bistår patienten ved dialysebehandlingen.⁶⁷

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen på dialyseområdet?

Hjemmesygeplejerskerne peger på, at de oplever, at de har flere nyrepatienter i **hjemmedialyse**, og de peger primært på nye opgaver i relation til **posedialyse**:

”I dialyse der ligger jo dels at sætte apparatet til, og sørge for at der er de ting, der skal bruges: Poser og slanger, kateter, medicin. Det er vores opgave at sørge for, at tingene er der. Og vi skal som regel også sætte det til og koble det af igen.”

”Det [posedialyse, red.] fylder rigtigt meget. Når man har én om formiddagen, som man skal have koblet af, så skal man justere frem til næste gang, og der er man derude en time i hvert fald for at få det hele sprittet af og få fundet frem og sørge for, at der er til næste gang. Der skal tjekkes med blodtryk. Og der er bestillinger hele tiden.”

Sygeplejerskerne beskriver opgaverne som tiltagende inden for de sidste 10 år og mener, det handler om, at der er flere og flere patienter, der kommer hjem med dialyse, men som ikke selv kan håndtere den: *”Førhen kom de vel ikke hjem, med mindre de selv kunne.”* Men generelt synes sygeplejerskerne, at det er godt, at patienterne kan komme i hjemmedialyse:

”Der er et meget stort arbejde med at have dialysepatienter hjemme, for det er jo et stort indgreb at få dialyse. Men de er jo selvfølgelig gladere for at have det derhjemme end på sygehuset, så de ikke skal transporteres hver tredje dag.”

Hvad siger tallene om udviklingen på dialyseområdet?

Antallet af dialysepatienter er steget markant i perioden 1999 til 2008 – fra 1.718 dialysepatienter i 1999 til 2.699 dialysepatienter i 2008.⁶⁸ Stigningen skyldes hovedsagligt, at der er kommet flere ældre dialysepatienter: Antallet af 60-79-årige dialysepatienter er næsten fordoblet med en stigning fra 749 patienter i 1999 til 1.358 i 2008, mens antallet af dialysepatienter på 80 år eller derover er steget fra 45 patienter i 1999 til 309 patienter i 2008 svarende til en stigning på næsten 600 %.

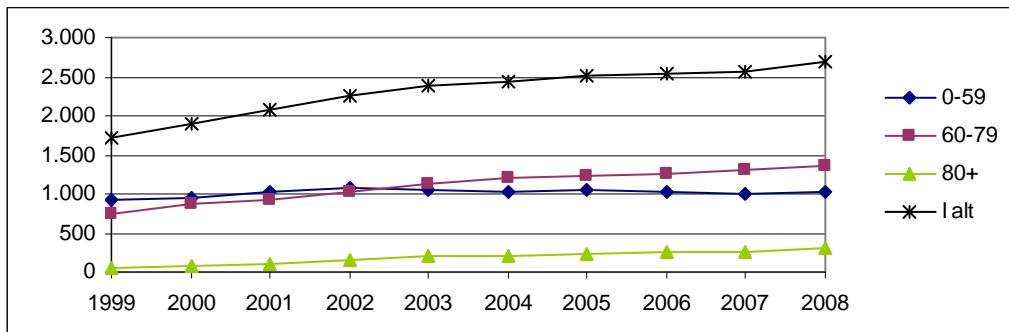
⁶⁵ Hæmodialyse foregår ved, at blodet via plasticslanger pumpes gennem en kunstig nyre på en dialysemaskine, som fjerner affaldsstoffer og væske fra blodet. Hæmodialyse kan foregå hjemme, hvor patienten oplæres i at behandle sig selv assisteret af en pårørende, der lærer op i dette (hjemme-hæmodialyse) (sundhed.dk – nyremedicinsk afdeling, Skejby).

⁶⁶ Peritonealdialyse foretages med væske, der sprøjtes ind i bughulen, og affaldsstoffer vandrer fra blodet over i dialysevæsken. Ved hjemmedialyse trænes patienterne til at varetage dialysen selvstændigt. Peritonealdialysen kan foregå som posedialyse fire gange i døgn (CAPD) eller behandling på natmaskiner (APD).

⁶⁷ ”Dialyse ved kronisk nyresvigt”, Medicinsk Teknologivurdering 2006;8 (3).

⁶⁸ Tallene for dialyse-patienter er ekskl. assisteret APD, da det ikke har været muligt at finde disse tal. Det vurderes af overlæge på Skejby Sygehus, at der på landsplan er ca. 100-120 assisteret APD.

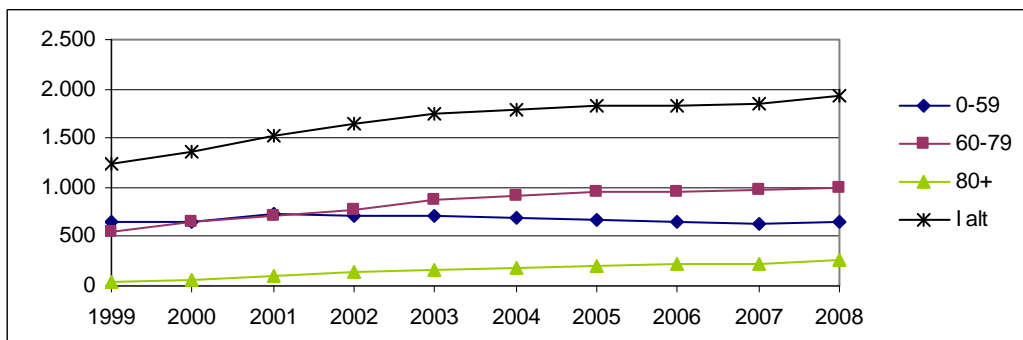
Figur 31: Antal dialysepatienter i perioden 1999-2008



Kilde: Data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister – ekskl. assisteret APD.

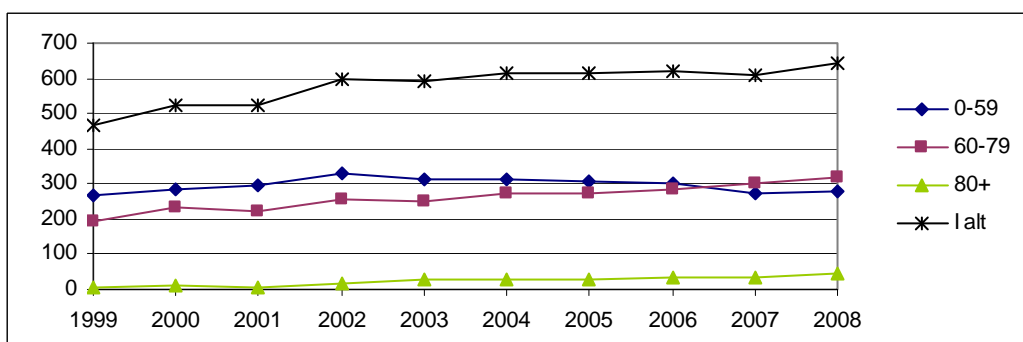
Stigningen i antal dialysepatienter fordeler sig på både hjemmedialyser og centerdialyser. Antal patienter i centerdialyse er steget med 55 % i perioden – fra 1.239 patienter i 1999 til 1.923 patienter i 2008. Antal patienter i hjemmedialyse er steget med over 60 % - fra 479 patienter i hjemmedialyse i 1999 til 776 patienter i 2008. Igen skyldes stigningen flere ældre dialysepatienter – både totalt og relativt. Hjemme-peritonealdialyse, hjemme-PD, udgør den største del af hjemmedialyserne, idet 641 patienter var i hjemme-PD i 2008, 115 patienter var i hjemme-hæmodialyse, og 20 patienter fik begge dialyseformer. Antal patienter i både hjemme-PD og hjemme-HD er steget i perioden. For hjemme-PD skyldes stigningen igen flere ældre dialysepatienter, mens det for hjemme-HD primært er patienter under 60 år, der står for størstedelen af stigningen.

Figur 32: Antal dialysepatienter i center-dialyse i perioden 1999-2008



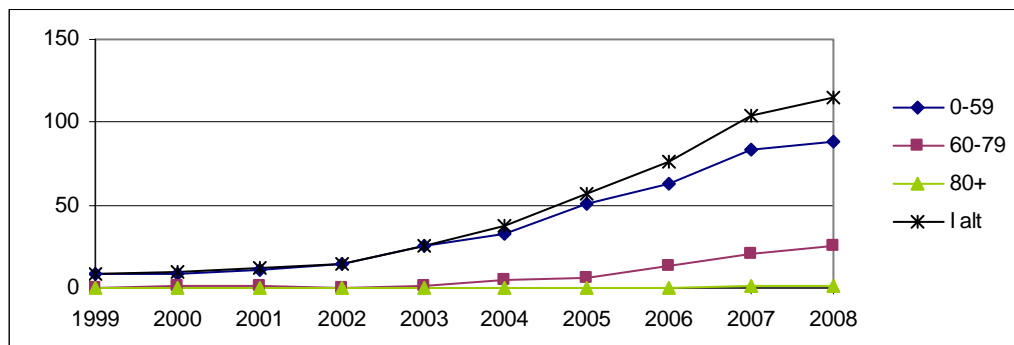
Kilde: Data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister – ekskl. assisteret APD.

Figur 33: Antal dialysepatienter i hjemme-PD i perioden 1999-2008



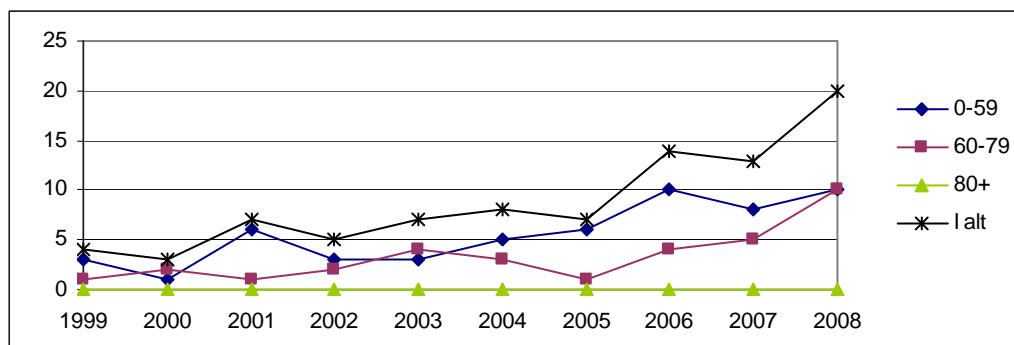
Kilde: Data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister – ekskl. assisteret APD.

Figur 34: Antal dialysepatienter i hjemme-HD i perioden 1999-2008



Kilde: Data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister – ekskl. assisteret APD.

Figur 35: Antal dialysepatienter i både hjemme-PD og hjemme-HD i perioden 1999-2008



Kilde: Data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister – ekskl. assisteret APD.

Sammenfatning af udviklingen på dialyseområdet

Sygeplejerskerne oplevede en stigning i antallet af patienter i hjemmedialyse og dermed også i deres opgaver på området. De peger desuden på, at dialyse er ret tidskrævende, så selv få dialysepatienter kan fylde meget, rent tidsmæssigt, efter sygeplejerskernes opfattelse.

Antallet af dialysepatienter er steget kraftigt de sidste 10 år. Stigningen skyldes hovedsageligt, at der er kommet flere ældre dialysepatienter. Det øgede antal patienter medfører øget pres på dialysecentre og dermed øget opmærksomhed på at flytte mere til hjemmedialyse. Tallene viser også, at antal patienter i både centerdialyse og hjemmedialyse er steget i perioden. Der er dermed sket en opgaveøgning på dialyseområdet. Det er i princippet patienten selv, der skal stå for behandlingen i hjemmet, men tallene viser, at der er kommet flere ældre dialysepatienter, hvilket muligvis medfører en øgning i opgaverne i hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejerskerne beskriver netop, at flere personer med posedialyse har brug for hjælp. Det samlede antal af hjemmedialysepatienter er dog i forhold til andre sygdomsgrupper ikke særlig stort: I gennemsnit er der således kun ca. otte hjemmedialysepatienter i hver kommune.

Dialyse er pr. definition en sygehusopgave og dermed også regionernes økonomiske ansvar. I forbindelse med analyse af udviklingen i antal dialysepatienter har det vist sig, at der i forbindelse med assisteret APD, hvor der er etableret et samarbejde med kommunens hjemmepleje, i nogle tilfælde afregnes særskilt for disse patienter. Det særlige ved assisteret APD er, at det er hjemmeplejen, der udfører dialysen, da assisteret APD typisk tilbydes ældre og virkelig dårlige patienter. Der er tilsyneladende forskellig praksis vedrørende betaling rundt om i landet, idet nogle steder afholder kommunen udgiften til hjemmeplejen, mens det andre steder er sygehuset, der finansierer assistancen på baggrund af særlige aftaler med de pågældende kommuner.⁶⁹ Det har dog ikke været muligt at opgø-

⁶⁹ Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? MTV 2006;8 (3).

re antallet af assisteret APD, men det vurderes af en overlæge på Skejby Sygehus, at der er ca. 100-120 patienter på landsplan. Det er ikke undersøgt generelt i forbindelse med undersøgelsen, hvad der ellers findes af lignende lokale aftaler.

Stomipleje

Når der opstår sygdom i tarmene eller blæren, kan det være nødvendigt at foretage en stomioperation. Ved et operativt indgreb anlægges en kunstig åbning – dette kaldes en stomi. Der er forskellige årsager til, at det kan være nødvendigt at få en stomi, fx kroniske tarmsygdomme eller kræft.

Der findes forskellige typer af stomier: En *kolostomi* er en åbning til tyktarmen, en *ileostomi* er en åbning til tyndtarmen, og en *urostomi* er til urinafledning. *Tracheostomi* er en åbning til luftvejene via struben. Stomien kan være permanent, dvs. for resten af livet, eller kun midlertidig.

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen i opgaverne i relation til stomipatienter?

Sygeplejerskerne oplever, at der er blevet flere stomipatienter, fordi man i dag kan operere langt flere. Derudover oplever de, at patienter efter denne type operation – ligesom på det kirurgiske område generelt – sendes tidligere hjem med de deraf følgende opgaver i hjemmesygeplejen:

”Før kom de jo ikke hjem, før det hele klappede. Der havde stomisygeplejerskerne fuldstændig styr på, hvad de skulle udskrives med. Suturene var fjernet. I dag kommer de hjem med suturer i huden fra stomierne. Og de er meget famlende over for det, når de kommer hjem. De er slet ikke klar til det hul i maven, når de kommer hjem.”

Ud over de **postoperative opgaver**, som er beskrevet tidligere, giver stomierne nye opgaver i hjemmesygeplejen relateret til **”tilpasning af poser og pleje af hud og alle de komplikationer det kan give.”**

Ved tracheostomierne, som sygeplejerskerne også oplever flere af, er der ingen pose, men til gengæld en kanyle som skal passes hos de borgere, der ikke magter det selv.

Hjemmesygeplejen har altid håndteret stomier, men sygeplejerskerne oplever, at der kommer nye opgaver grundet tidligere udskrivning, som ud over de mere kliniske opgaver også medfører opgaver omkring **oplæring** af patienterne i at leve med en stomi i hverdagen samt de mere **psykologiske** aspekter af denne proces:

”Før, når man fik lagt stomier, så blev man oplært og vejledt i at passe det, inden man blev sendt hjem, og man var sikker på, at man kunne passe den selv. Hvor i dag kommer mange hjem, mens de stadigvæk er i krise. Og vi skal lære dem at tage sig af det. Og så kommer vi bare og gør det. Man lægger ikke en forventning til folk om, at det faktisk er en opgave, du sagtens selv kunne varetage på sigt. Men det er bare så nemt, hvis vi lige kommer ind i billedet, uden at der er nogen, der har sagt: ’Det her, det kunne du godt lære selv’. Der sparer de et par dage på sygehuset. Men så skal man bruge rigtig lang tid på at overbevise dem om, at det kan de selv lære. Det lyder nemlig meget let som om, at det gider vi ikke tage os af. Det er meget nemmere for os at levere opgaven, hvis sygehuset sagde som udgangspunkt, at vi kommer for at lære dem op.”

Desuden oplever sygeplejerskerne, at det er tungere og dårligere stomipatienter, som passes i hjemmet i dag: **”De er dårlige, rigtigt dårlige, og dem havde vi slet ikke før i tiden.”**

Nye opgaver omkring stomipleje:

- Postoperativ pleje

- Tilpasning af poser
- Pleje af sår og hud omkring stomi
- Psykologisk pleje i relation til det at leve og fungere i hverdagen med en stomi
- Oplæring af patienter
- Tracheal kanyle (pleje, skifte)
- Posebestilling.

Hvad siger tallene om udviklingen på stomiområdet?

Der findes operationskoder for anlæggelse af stomi, men af disse koder fremgår det ikke, om der er tale om en midlertidig stomi (på 3-18 måneder) eller en permanent stomi. Desuden peger overlæge på området, Søren Meisner,⁷⁰ på, at mange stomier 'gemmer' sig under andre operationskoder, og at LPR derfor ikke er egnet til at opgøre antallet af stomier og dermed udviklingen i antallet. DSI har derfor valgt ikke at bruge tal fra LPR, da de af disse årsager vil være misvisende.

Der findes ikke andre former for systematiske registreringer eller opgørelser over stomipatienter i Danmark. Men i en artikel fra 2002⁷¹ citeres følgende tal for forekomsten af stomier i Danmark: Der findes ca. 10.000 mennesker (+/- 1000) med en stomi. Heraf udgør kolostomierne hovedparten, ca. 7.500, mens ileostomier udgør ca. 2.500. Urin-stomi eller urostomier udgør ca. 500. Overlæge Søren Meisner bekræfter disse tal i 2009 og understreger, at der er tale om et "bedste skøn". Angående udviklingen i antallet af stomier vurderer Søren Meisner, at der ikke har været en stigning i antallet af nye stomier, men at der evt. er en svag stigning i antallet af personer, der lever med en stomi grundet en forbedret overlevelse.

Sammenfatning af udviklingen på stomiområdet

Ud fra det tilgængelige datamateriale er det ikke muligt at fremkomme med andet end skøn over udviklingen i antallet af stomipatienter. Dermed kan omfanget af opgaver ikke belyses yderligere på det foreliggende datagrundlag.

Sygeplejerskerne oplevede, at de havde flere opgaver i relation til stomipleje og oplæring af patienter, blandt andet fordi de oplever, at patienterne kommer tidligere hjem – med suturer – hvilket de ikke oplevede, var tilfældet tidligere. Dette giver flere opgaver i relation til pleje af sår og hud omkring stomien, men også mere psykologisk pleje og oplæring af patienter i relation til det at leve og fungere med en stomi i hverdagen.

Det kirurgiske område

Hvad siger hjemmesygeplejerskerne om udviklingen på det kirurgiske område?

Hjemmesygeplejerskerne har oplevet, at der generelt set er kommet kortere indlæggelsestider på det kirurgiske område. En operation har både en præ- og en postoperativ fase, og disse foregår i stigende grad i primærsektoren, oplever hjemmesygeplejerskerne. Samtidig er der kommet nye teknologier, som har medført, at nogle operationer foretages ambulantly og ofte med mindre invasive metoder (fx som kikkertoperationer). Men derudover oplever sygeplejersker også, at man er blevet bedre til at behandle, og derfor opererer flere end tidligere – særligt flere ældre. Der er således flere forskellige udviklingstendenser, som har forandret det kirurgiske område og dermed også hjemme-

⁷⁰ Søren Meisner er overlæge på Kirurgisk afdeling K, Bispebjerg Hospital. Oplysningerne stammer fra telefonsamtale d.24. marts 2009.

⁷¹ "Pasning af stomi" af overlæge Søren Meisner, Ugeskrift for læger, 2002;164(07):0.

sygeplejerskernes opgaver, og som det påpeges, så er årsagerne blandt andet – men ikke udelukkende – opgaveglidning fra sygehussektor til kommunal sektor:

”Mange af de opgaver, vi har, hænger også sammen med, at man er blevet dygtigere. Når der er flere behandlinger, og man er dygtigere på lægesiden, så giver det nogle flere opgaver. Så det er ikke kun opgaveglidning.”

Det skal desuden bemærkes, at mange af disse opgaver på det kirurgiske område ikke blot gælder det, lægfolk forstår ved operationer i gængs forstand, men også kikkertundersøgelser.

Ændringer i det præoperative forløb

Tidligere blev patienter indlagt i den præoperative fase, hvor de skulle klargøres til operationen. Typiske opgaver i denne fase, som sygeplejerskerne pegede på, var: **Udrensning** af tarmsystemet, ændringer i **medicinering** ofte relateret til blodfortyndende behandling (fx skift fra tabletbehandling til injektion i dagene op til operationen, og injektionerne kræver en sygeplejerske). Andre skal have **dryppet øjne** inden fx en øjenoperation.

Sygeplejerskerne oplever, at de er blevet mere involveret i det præoperative forløb, fordi patienterne først indkaldes på selve operationsdagen, og alting derfor skal være klar hjemmefra. En del patienter kan godt selv håndtere klargøringen, men sygeplejerskerne oplever, at man i dag opererer flere ældre, og at denne gruppe har sværere ved selv at klare den præoperative fase, og derfor involveres hjemmesygeplejen mere i den præoperative fase for denne gruppe:

”Hvis man er 95 år, så skal man stæropereres – det er jo fantastisk! De får et brev fra sygehuset, hvor der står, hvad det er, de skal gøre. Men de forstår ikke altid, hvad der står i brevene, og så henvender de sig til os.”

Nogle sygeplejersker beskriver også opgaver af en mere **oplysende** og **vejledende** karakter i det præoperative forløb. Det gælder både i forhold til selve indgrebet og borgernes spørgsmål, men også i relation til rygestop som der er kommet betydeligt mere fokus på – også i relation til operationer.

Ændringer i det postoperative forløb

Patienter, der kommer hurtigere hjem, har for det første et **operationssår**, som skal plejes. Sygeplejerskerne peger på, at sårpleje generelt – både de kroniske sår og operationssår – er blevet stærkt forbedret gennem tiden som følge af blandt andet en stærk medicinsk teknologisk udvikling. Sygeplejerskerne beskriver pleje af postoperative patienter med sår i **V.A.C.⁷² behandling** som en ny og ofte tidskrævende opgave. De tidligere udskrivelser betyder også, at problemer i forhold til cicatriser, der lækkede eller blev **inficerede**, oftere skete og blev håndteret i sygehusregi, mens det i dag i højere grad foregår i hjemmesygeplejen. Flere patienter kommer i dag hjem med **dræn** i sårene, som kræver hjemmesygepleje: *”mange kommer hjem med aktive dræn, som skal skylles og passes – det gjorde de ikke for bare tre år siden”*.

Nogle af sygeplejerskerne oplever også, at der er sket ændringer i sygehusenes praksis i forhold til brug af egen læge hhv. hjemmesygeplejen:

”Hvor sygehusene før sendte folk hjem med besked om at reagere, hvis der er noget, og ellers gå til egen læge om 10 dage og få fjernet trådene, så sender de en henvisning til hjemmesygeplejen nu, at vi skal komme ud at kigge på det.”

En anden type patienter er de øjenopererede (efter fx stæroperationer), som skal have **dryppet øjnene**. En sygeplejerske forklarer:

⁷² V.A.C. er en forkortelse af Vacuum assisted closure, som er en metode til sårbehandling, der via en pumpe skaber et sug omkring såret, som giver undertryk (vacuum).

"I gamle dage var de indlagt og fik lært at dryppe deres øjne. Mange gange er der ikke lavet vurdering på, om de selv kan, og så tror borgerne ikke, at de selv kan dryppe deres øjne, når de kommer hjem i de der tre uger efter operationen, fordi det skal der en sygeplejerske til. Så står man og har mange diskussioner."

Desuden nævner sygeplejerskerne fx **pinpleje**⁷³ på patienter, som har fået indsat et antal 'pinne' efter en fraktur. En del patienter kan selv håndtere plejen, men ikke alle – og her fremhæver sygeplejerskerne igen særligt de ældre, som i dag bliver opereret i større omfang end tidligere.

En anden ny opgave er **fjernelse af agraffer**,⁷⁴ der ikke kræver udstyr på samme måde som fjernelse af sting. Patienterne får en "tang" med hjem ved udskrivelsen, og det er meningen, at de selv skal kunne fjerne agraffer. Men igen oplever sygeplejerskerne, at de svageste patientgrupper ikke kan selv, og derfor bliver hjemmesygeplejen bedt om det. Der er forskel blandt kommunerne – nogen henviser til egen læge, andre til sygeplejeklinik, mens andre igen gør det i hjemmesygeplejen.

Derudover skal patienterne også **mobiliseres** efter en operation, de skal i gang med at spise igen, og **tarmsystemet** skal fungere.

Smertebehandling efter operation foregår også i større omfang i hjemmet, som denne sygeplejerske forklarer:

"De kommer hjem dagen efter eller to dage efter, hvor de før lå en uge på sygehuset. Det betyder, at sygehuspersonalet ser, at de er vågnet op, at de har det nogenlunde – og så har vi dem. Og de har måske stadigvæk rigtig ondt, det er aftagende, men der er fx aftrapning af en smertebehandling fra morfin nogle gange om dagen, til de ender ud i nogle panodiler og ingenting. Den synes jeg vi har rigtig tit."

Også den postoperative **medicinering** foregår i hjemmet, og det er særligt blodfortyndende behandling, sygeplejerskerne fremhæver:

"Der hvor de førhen gav heparin⁷⁵ inde på sygehuset i 10 dage postoperativt, det gør vi så ude i hjemmeplejen."

"Hvis kræftpatienter er på maravanbehandling,⁷⁶ så går de også typisk over på en sprøjte [heparin injektioner, red.] i den periode."

En sygeplejerske opsummerer den postoperative opgave for hjemmesygeplejen som konsekvens af tidligere udskrivelser således:

"At holde styr på om de er smertedækket, og om de er startet på ny medicin og få det hjembestilt, sikre at der er gang i maven, får de noget at spise? Og hele mobiliseringsdelen."

Sygeplejerskerne beskriver også en del **opfølgende opgaver**, som vedrører alt fra at få **organiseret transport** til efterfølgende indkaldelse til fx mikroskopisvar over **genoptræning, medicinændringer** og opfølgning på mangelfuld information om, hvilke opgaver der skal udføres postoperativt. Tre sygeplejersker beskriver tre forskellige eksempler således:

"Det er ikke altid, at overlægen vurderer, at der skal være noget genoptræning. Så tænker hjemmesygeplejersken, når hun kommer i hjemmet, 'hvorfor skal du ikke til noget træning?', 'Nej det

⁷³ Pin-pleje efter operation: Så længe der er blødning fra pinhullerne, foretages pinpleje to gange dagligt. Når blødningen er ophørt efter operationen, foretages pinpleje en gang dagligt. Der skal altid være frit afløb fra pinnene, og pinhullerne må aldrig dækkes med vaselinegaze eller lignende. Pin-pleje foretages således: Vask hænderne. Huden omkring pinnen masseres let og trækkes lidt væk fra pinnen, så der kan renses grundigt hele vejen rundt. Hver pin renses med en ny vatpind. Først med sæbevand (almindelig hudneutral sæbe) derefter almindeligt vand. Alle tørre sårkorper skal fjernes. Eventuelt gevind på pinnen over hudniveau renses grundigt. Tør derefter omkring hver pin med en ren vatpind. Barren aftørres med en ren klud. Ved svinning fra pinhuller anlægges en tør, sugende forbindelse. (Herlev og Glostrup Hospital, ort. kir. afdeling).

⁷⁴ Agraffer er en form for clips; anvendes som alternativ til sting.

⁷⁵ Heparin er blodfortyndende medicin, som blandt andet anvendes forebyggende i forbindelse med operationer.

⁷⁶ Maravan anvendes til forebyggelse og behandling af blodpropper og indtages som tabletter. Maravan virker ved at hæmme blodets evne til at størkne, og er således en antikoagulant. Behandlingen omtales vanligtvis som AK-behandling.

har jeg ikke hørt om', siger borgeren. Det må jeg hellere få undersøgt: Og så ringer man så til forskellige steder og finder ud af, om borgeren skal eller ikke skal. Det er der også noget forebyggende i, at man ikke skal ende med bare at sidde i sin lænestol. Og det er jo os, der kommer ud og ser de borgere".

"Borgerne er væsentligt dårligere, og de er ikke velinformerede om deres forløb. De kommer måske hjem og ved ikke, hvad de skal tage, hvis de får ondt. Jeg synes, vi har fået en meget større vejledningsopgave i forhold til, når de kommer hjem med forkert medicin, i forhold til det de er blevet indlagt med. Det kræver en masse telefonopringninger både til sygehus og læge."

"For nylig fik vi en dame hjem, hun havde fået incideret en absces.⁷⁷ Og da jeg kommer derned, så vidste jeg ikke, hvor den sad henne. Den viste sig at sidde i ryggen, og der var så et hul og to suturer.⁷⁸ Hun havde ingen papirer med hjem fra sygehuset. Jeg havde bare fået at vide, at jeg skulle fjerne de tråde. Og så var det åbent på midten, og jeg skulle skylle det, og jeg vidste faktisk ikke helt, hvor jeg skyllede hen. Så måtte vi have kontakt til sygehuset, og det viste sig så, at hun havde fået fjernet en absces, der sad lige inde ved nyren. Ingen papirer med hjem. Hvis bare de havde skrevet, hvad det var, de havde gjort, og hvad jeg skulle gøre, så var der ingen problemer i det, så kan jeg godt udføre opgaven. Det her tager straks længere tid, for så skulle jeg finde ud af, hvad det handler om, og så skulle jeg jo også tilbage og have nogle andre forbindelsesmaterialer. Hvis man bare ved, hvad man skal, så skal vi nok gå ud og gøre det."

Sidst men ikke mindst har patienter, som er hurtigt udskrevet efter en operation, ofte en række spørgsmål, som de retter til hjemmesygeplejen, der dog ikke altid kan svare, eller som må bruge tid på at skaffe information for at kunne svare.

Nye opgaver på det kirurgiske område:

- Præoperativt
 - Information til patienten om undersøgelser og operationer
 - Udrensning
 - Ændret medicinering: Ophør af tabletbehandling, injektioner
 - Dryppe øjne før øjenoperationer.
- Postoperativt
 - Sårpleje (dræn, behandling, skifte)
 - Øjendryp efter øjenoperation
 - Pin pleje (ved frakturer)
 - Fjernelse af agraffer (clips)
 - Aftrapning af smertebehandling
 - Mobilisering, sikre mave-tarmfunktion
 - (Ændret) medicinering
 - Opfølgning på selve indgrebet over for borgeren
 - Opfølgning på koordinerende opgaver.

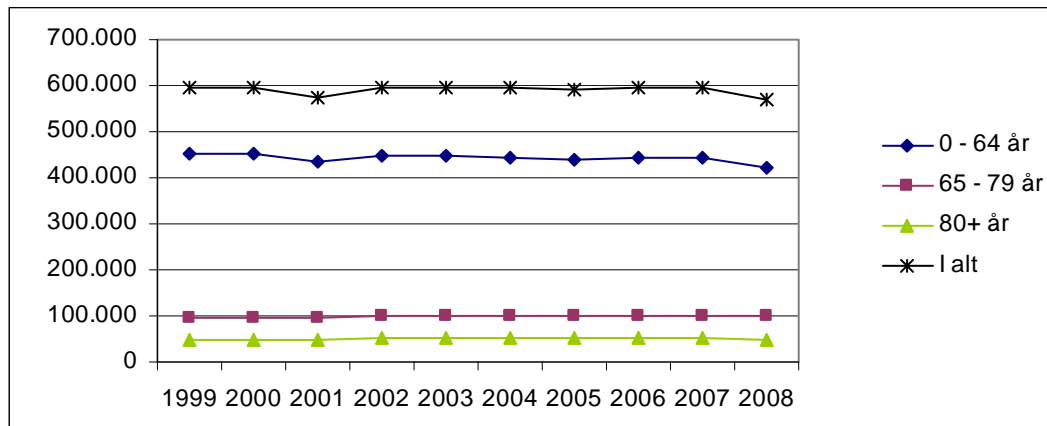
Hvad siger tallene om udviklingen på det kirurgiske område?

Graferne herunder viser udviklingen i aktiviteten på de kirurgiske afdelinger. Antallet af patienter udskrevet fra kirurgiske afdelinger har ligget relativt stabilt, men er faldet samlet set 4 % over hele perioden. Antal udskrevne patienter fra kirurgiske afdelinger er faldet 7 % for de 0-64-årige, mens tallet er steget 4 % for de 65-79-årige og 8 % for de +80-årige.

⁷⁷ Stukket/skåret hul på en byld.

⁷⁸ Sting.

Figur 36: Antal patienter udskrevet fra kirurgiske afdelinger i perioden 1999-2008

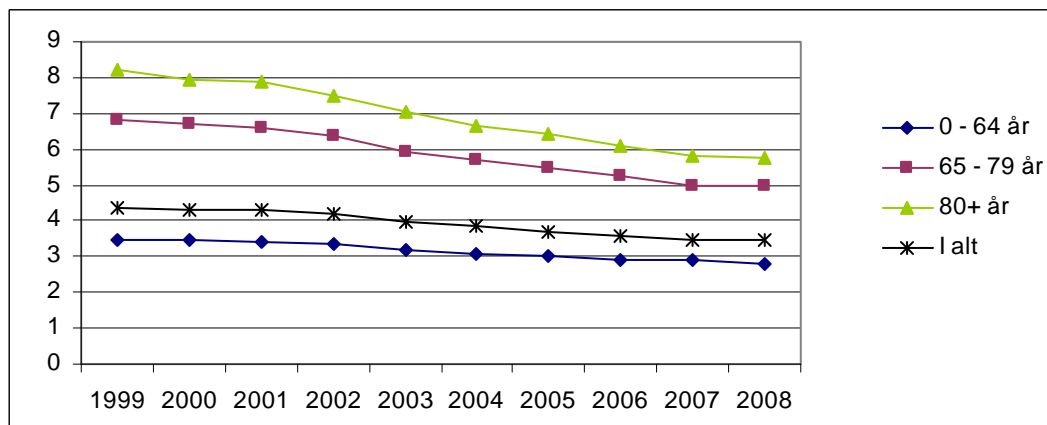


Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Note: For både udskrevne og ambulante patienter er der et fald fra 2007 til 2008, som sandsynligvis skyldes sygeplejestrækken i foråret 2008, hvor den ikke-akutte aktivitet blev sat på stand by i strejkeperioden. Dette har tilsyneladende betydet et lille fald i aktiviteten på det kirurgiske område i 2008, som sandsynligvis er af midlertidig karakter.

Den gennemsnitlige liggetid på de kirurgiske afdelinger er samlet set faldet 21 % i perioden, og faldet har været størst for de +80-årige (30 %) mens det har været lidt mindre for de 65-79-årige (27 %).

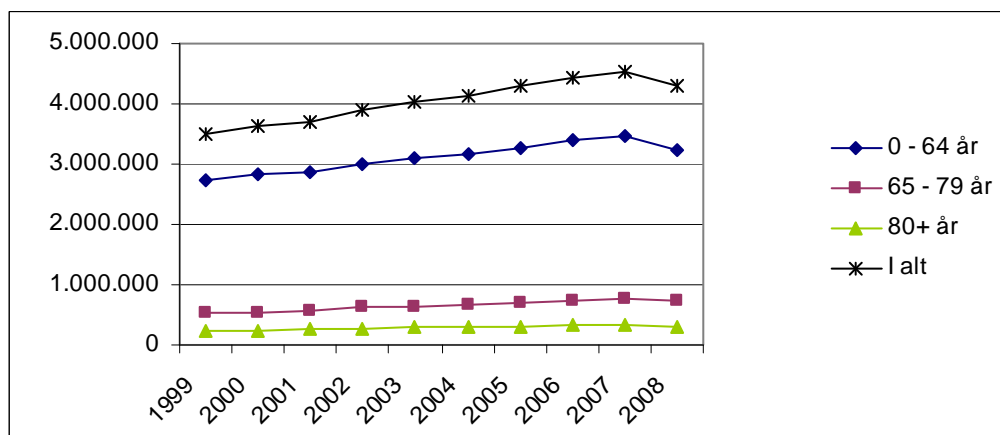
Figur 37: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra kirurgiske afdelinger i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Den ambulante aktivitet er generelt steget markant i perioden – i alt 23 %. Den relative stigning har dog været størst for de ældre, idet antallet af ambulante kirurgiske kontakter er steget 36 % for de +80-årige, mens den er steget 40 % for de 65-79-årige.

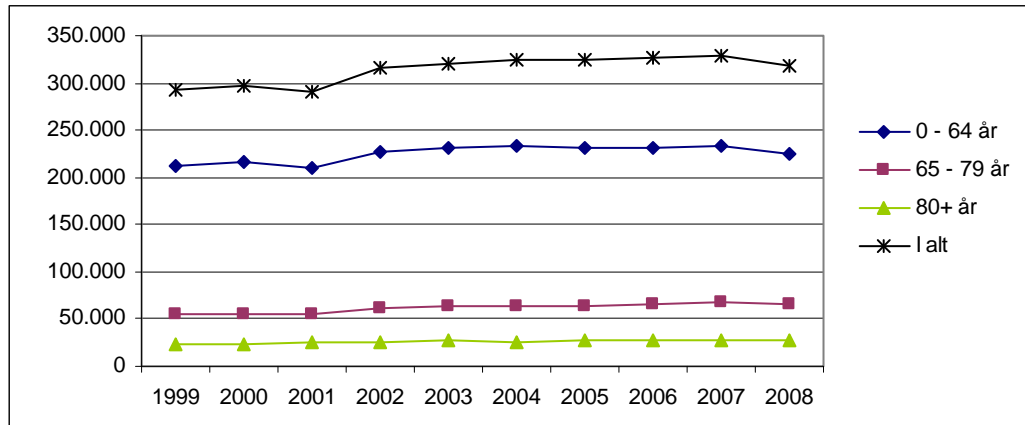
Figur 38: Antal ambulante besøg på kirurgiske afdelinger i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Nedenstående figurer viser udviklingen i selve operationsaktiviteten, og den følger i høj grad udviklingen i udskrivninger og ambulante besøg på de kirurgiske afdelinger. Der er registreret en primær operation for 68 % af de indlagte patienter på kirurgiske afdelinger. For de indlagte patienter stiger antallet af operationer 9 % i perioden, og stigningen er størst for +65-årige, som dog kun udgør ca. 29 % af de opererede patienter.

Figur 39: Antal primære operationer^{a)} på stationære patienter i perioden 1999-2008

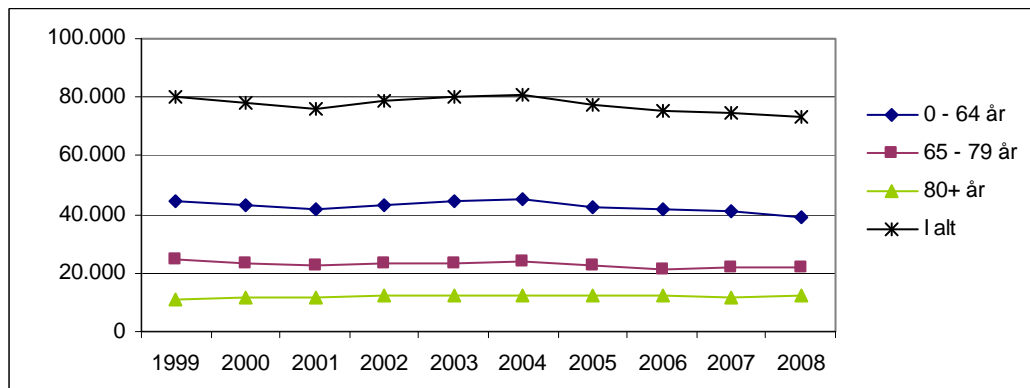


^{a)} Antal primære operationer baseret på Kapitel A – Q i operationsklassifikationen, som anvendes ved kodningen af operationer i Landspatientregistret. Tallene er ekskl. deloperationer.

Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Samtidig ses et fald på 5 % i antallet af mindre operationer, som punkturer, punkturbiopsier og endoskopier gennem naturlige åbninger mm.

Figur 40: Antal mindre primære operationer^{a)} på stationære patienter i perioden 1999-2008

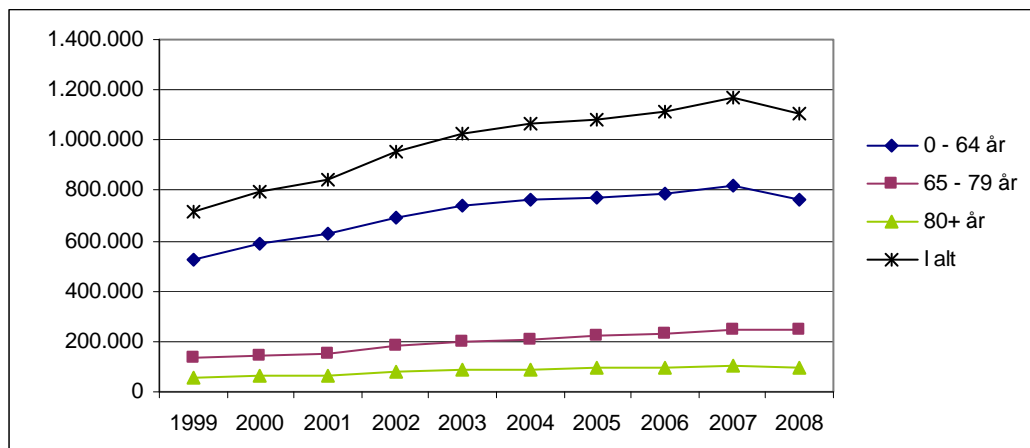


^{a)} Kapitel T i operationsklassifikationen, som anvendes ved kodningen af operationer i Landspatientregistret, omfatter punkturer, punktionsbiopsier og mindre operationer. Kapitel U omfatter endoskopi gennem naturlige åbninger, og Kap. Y omfatter udtagning af væv til transplantation. Tallene er ekskl. deloperationer.

Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Udviklingen i ambulante operationer ses herunder og viser en klar stigning i perioden på 57 % samlet set for både egentlige operationer og mindre operationer som punkturer, punkturbiopsier og endoskopier gennem naturlige åbninger mm. I begge tilfælde er det de 0-64-årige, der står for den antalmæssige største stigning, mens den procentvise stigning er størst for de +65-årige, som modtager godt en tredjedel af ambulante operationer. Der er registreret en primær operation for knap halvdelen af de ambulante besøg på kirurgiske afdelinger.

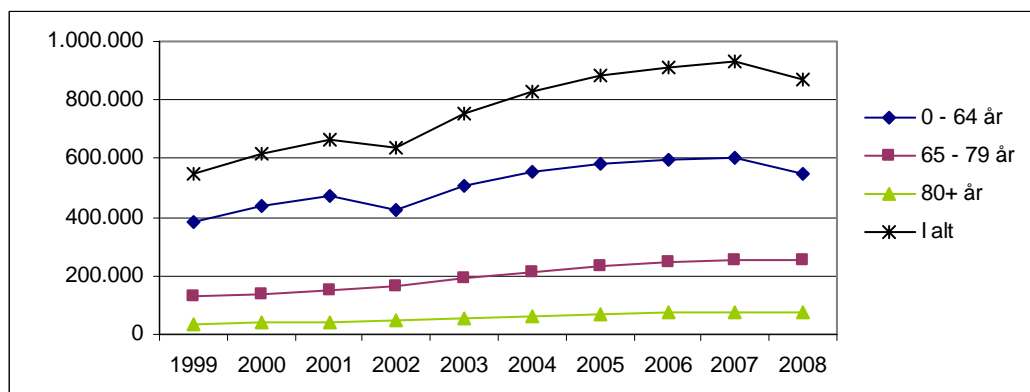
Figur 41: Antal primære operationer^{a)} på ambulante patienter i perioden 1999-2008



^{a)} Antal primære operationer baseret på Kapitel A – Q i operationsklassifikationen, som anvendes ved kodningen af operationer i Landspatientregistret. Tallene er ekskl. deloperationer.

Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Figur 42: Antal mindre primære operationer^{a)} på ambulante patienter i perioden 1999-2008

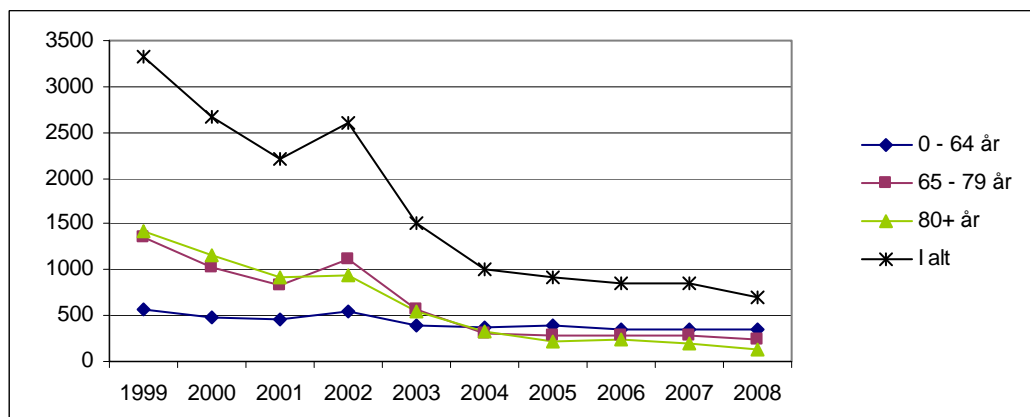


^{a)} Kapitel T i operationsklassifikationen, som anvendes ved kodningen af operationer i Landspatientregistret, omfatter punk-turer, punktionsbiopsier og mindre operationer. Kapitel U omfatter endoskopi gennem naturlige åbninger, og Kap. Y omfatter udtagning af væv til transplantation. Tallene er ekskl. deloperationer.

Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Hjemmesygeplejerskerne pegede flere steder i interviewanalysen på, at de oplevede en øgning i opgaverne i forbindelse med øjenopererede, som ikke selv kan dryppe øjne efter og evt. også før operationer. Derfor har vi medtaget udviklingen i operationsaktiviteten for grå og grøn stær i det følgende:

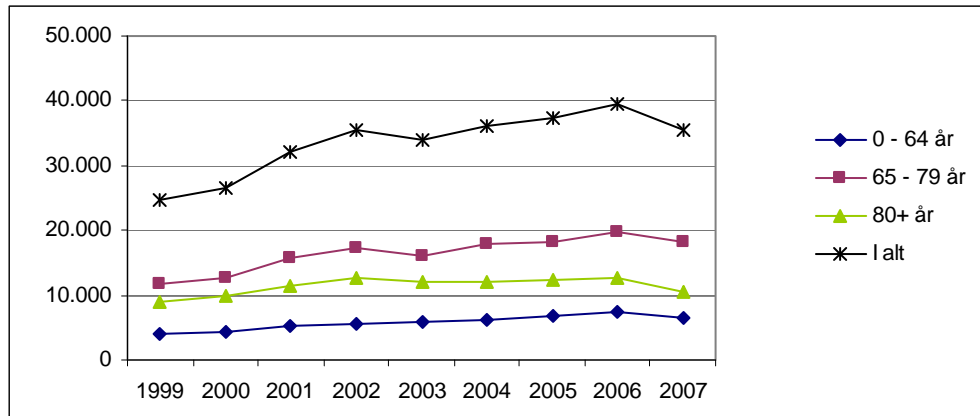
Figur 43: Antal grå stær operationer på indlagte patienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Note: Antal primære operationer i Landspatientregistret. Tallene er ekskl. deloperationer og sekundære operationer.

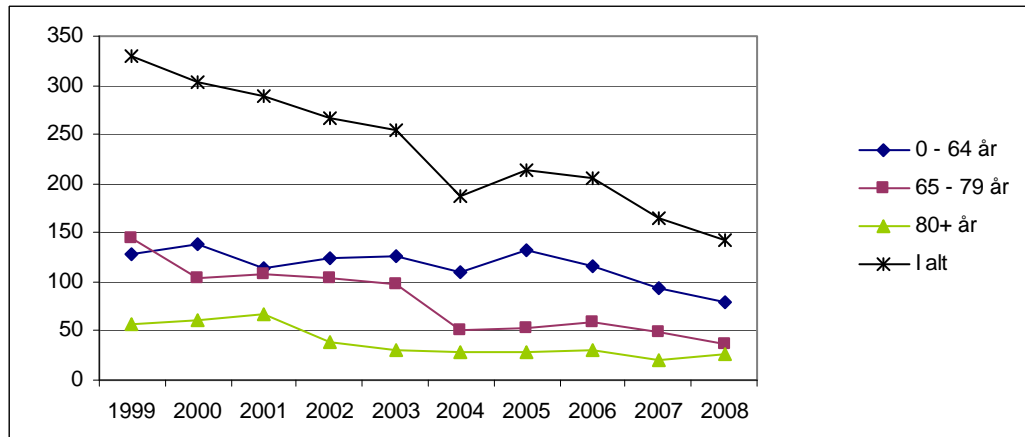
Figur 44: Antal *grå stær* operationer på *ambulante* patienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Note: Antal primære operationer i Landspatientregistret. Tallene er ekskl. deloperationer og sekundære operationer.

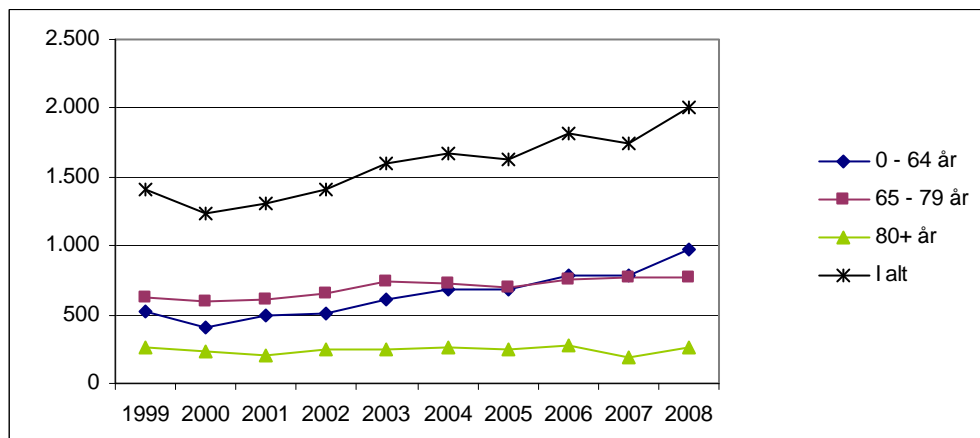
Figur 45: Antal *grøn stær* operationer på *indlagte* patienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Kilde: Antal primære operationer i Landspatientregistret. Tallene er ekskl. deloperationer og sekundære operationer.

Figur 46: Antal *grøn stær* operationer på *ambulante* patienter i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR jf. udtræksspecifikation i bilag 4.

Kilde: Antal primære operationer i Landspatientregistret. Tallene er ekskl. deloperationer og sekundære operationer.

Figurene viser, at grå stær er langt hovedparten af alle stæroperationer – godt 94 % i 2008. For både grå stær og grøn stær operationer følger udviklingen den generelle udvikling på det kirurgiske område: Den stationære aktivitet falder for alle aldersgrupper, mens den ambulante aktivitet er steget med samlet set 51 % over perioden. Mens det i 1999 var 87 % af alle stæroperationer, der foregik ambulant, er det i 2008 98 %, der foregår ambulant. Dette er væsentligt i forhold til bedømmelsen af konsekvenserne af de meget markante fald i den stationære aktivitet: De stationære stær-opererede udgør således kun en meget lille andel, og det markante fald, figurene viser, repræsenterer således en meget lille andel af patienterne.

Der foretages alt i alt 34 % flere stæroperationer i 2008 end i 1999. Stigningen har imidlertid samlet set været langt størst for de 0-64-årige (63 %), mens den for de 65-79-årige har været 43 % og for de +80-årige 9 %.

Sammenfatning af udviklingen på det kirurgiske område

Hjemmesygeplejerskerne oplever, at både præoperative opgaver, fx information om undersøgelser og operationer, ændret medicinering og drypning af øjne, og postoperative opgaver, som fx sårpleje, øjendryp, pin pleje, aftrapning af smertebehandling og opfølgning på selve indgrebet, er øget.

Data for det kirurgiske område kan indirekte bekræfte hjemmesygeplejerskernes oplevelse af, at der er kommet flere opgaver inden for det kirurgiske område. LPR-tallene viser helt overordnet, at indlæggelsestiden på det kirurgiske område falder i perioden, og samtidig er det samlede antal opererede patienter steget. Stigningen i operationsaktiviteten kan stort set forklares ved en øget ambulant operationsaktivitet. Dette viser sig både på det kirurgiske område generelt og på grå/grøn stær området specifikt. Der er dermed samlet set sket en opgaveøgning på det kirurgiske område inden for alle aldersgrupperne, hvilket muligvis har medført en øgning i opgaverne i hjemmesygeplejen.

Opsamling og diskussion

Denne opsamling beskriver de overordnede udviklingstendenser på tværs af de analyserede områder. Der opsamles først på interviewanalysen, derefter på de statistiske analyser. Til sidst en kort diskussion af datamaterialets forklaringskraft i forhold til det overordnede spørgsmål om de kommunale konsekvenser af ændringer i sygehusenes aktivitet.

Opsamling på interviewanalysen

På tværs af de enkelte områder peger hjemmesygeplejerskerne på tre typer nye eller væsentligt ændrede opgaver:

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

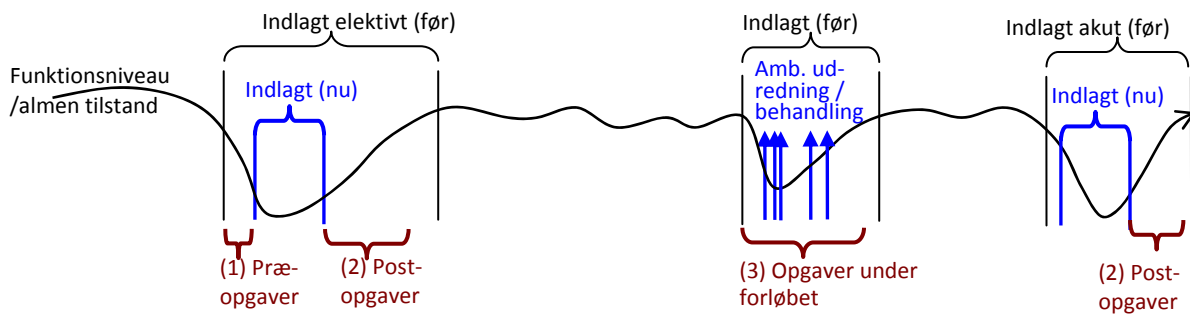
Dernæst opstår en række **koordinerende og logistiske opgaver** i relation til ambulante udrednings- og behandlingsforløb. Blandt andet i forhold til uklarhed i relation til medicinændringer efter operation, koordinering af undersøgelser rent tidsmæssigt og transportmæssigt, samt samarbejde med en række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

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

De kliniske opgaver er ofte meget synlige, mens de andre opgaver ikke har samme grad af synlighed – muligvis fordi de ikke i samme omfang er konkrete og let kvantificerbare. Ifølge sygeplejerskerne er det imidlertid i høj grad disse mindre synlige og ikke så kvantificerbare opgaver i relation til koordination og psykosocial støtte, som er tidskrævende i forbindelse med opgaveglidningen. Der må dog tages forbehold for at anvende sygeplejerskernes kvalitative udsagn om, hvad der er tidskrævende, til at drage kvantitative konklusioner om hvilke opgaver der fylder mest – altså opgavernes omfang. Det kræver helt andre metoder at undersøge, hvilke opgaver der rent tidsmæssigt – og generelt set – tager mest tid i hjemmesygeplejen.

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

Figur 47: Illustration af den generelle udvikling i opgavedelingen mellem primær- og sekundærsektor



Kilde: Egen tilvirkning på basis af projektets interviewdata

Figuren viser tre situationer, hvor indlæggelserne er blevet kortere: Til venstre en stationær elektiv indlæggelse, i midten en stationær indlæggelse konverteret til et ambulante forløb og til højre et forløb med en akut indlæggelse. De tre situationer gennemgås efter tur herunder. Det skal bemærkes, at figuren udelukkende er en illustration af generelle sammenhænge, og at den fx ikke tager højde for, at kurven over patienternes funktionsniveau og almentilstand ikke nødvendigvis er den samme ved lange indlæggelser, som den er under accelererede og ambulante forløb.

Til venstre i figur 1 illustreres et **stationært elektivt forløb**, hvor en patient i før-situationen var indlagt i længere tid, mens patienten nu er indlagt i kortere tid. Til gengæld kom sygeplejerskerne i undersøgelsen med eksempler på konkrete opgaver både før og efter elektive indlæggelser, som i dag varetages i primærsektoren, hvilket de ikke gjorde tidligere, fordi patienterne var indlagt i længere tid. Særligt i relation til det kirurgiske område er der megen elektiv aktivitet, og her nævnte sygeplejerskerne eksempler på opgaver før og efter indlæggelse, som er flyttet fra sekundær til primær sektor som konsekvens af, at patienter i dag først indkaldes på selve operationsdagen og udskrives meget kort efter operation.

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

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

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

Opsamling på de statistiske analyser

Det statistiske materiale kan ikke direkte belyse udviklingen i omfanget af hjemmesygeplejens opgaver på de områder, der er belyst i denne rapport.

Det statistiske materiale viser på nogle områder en klar vækst i antallet af patienter over de sidste ca. 10 år, fx diabetes, kræft og dialyse, hvilket sandsynligvis har ført til en øgning i opgaverne i hjemmesygeplejen.

På de undersøgte områder er der en markant vækst i den ambulante aktivitet de sidste ca. 10 år samtidig med, at liggetiderne er faldet. Dette kan ligeledes muligvis have konsekvenser for omfanget af opgaver i hjemmesygeplejen.

Endelig er der områder, hvor det ikke har været muligt at belyse udviklingen, da det ikke har været muligt at fremskaffe valide data. Dette er fx tilfældet for demens, kroniske sår og inkontinens.

De statistiske analyser viser både en stigende forekomst af sygdom på så godt som alle områder, og en stigende sygehusaktivitet, som er kendetegnet ved kraftig vækst i ambulante aktivitet og faldende liggetider, mens den stationære aktivitet enten stiger mindre kraftigt end den ambulante, eller direkte falder på flere områder. Samlet set er der således flere forhold, der tyder på en øgning af opgaverne i hjemmesygeplejen. Det er dog ikke muligt på baggrund af det statistiske materiale direkte at belyse omfanget af opgaver i hjemmesygeplejen – og dermed heller ikke af opgaveglidning. Hertil kommer, at det ikke har været muligt at belyse udviklingen i aktiviteten i almen praksis, da de registrerede ydelser ikke kan opgøres på diagnosegrupper.

Diskussion

Sygeplejerskerne beskriver en lang række opgaver, som de enten oplever som nye eller som væsentlig ændrede eller øgede gennem de sidste ca. 10 år. En del af disse opgaver har ifølge hjemmesygeplejerskerne relation til ændringer i sygehusaktiviteten, særligt de kortere indlæggelser samt konverteringen af stationær til ambulante aktivitet.

De statistiske analyser af sygehusaktiviteten har vist faldende liggetider, kraftigt øget ambulante aktivitet, mens udviklingen i indlæggelser ikke har været nær så kraftig, og nogen steder er direkte faldet. Alt i alt vidner det om kortere indlæggelser og konvertering fra stationær til ambulante aktivitet på de områder, hjemmesygeplejerskerne oplevede de største ændringer på.

Men på baggrund af statistiske data om sygehusaktiviteten er det ikke muligt at konkludere noget entydigt om konsekvenserne af den øgede aktivitet uden nærmere undersøgelse af, hvad der ligger bag udviklingen: Betyder flere ambulante besøg på et sygdomsområde fx en aflastning af hjemmesygeplejen, fordi sygehusene øger aktiviteten? Eller betyder det snarere merarbejde, fordi der er mere at følge op på for hjemmesygeplejerskerne? Sådanne spørgsmål kan ikke besvares generelt på tværs af sygdomsområder, og de kan ikke besvares ud fra statistiske data om sygehusaktiviteten og interview med hjemmesygeplejersker alene.

Det store spørgsmål er således, i hvor høj grad disse ændringer i rammebetingelser er en indikator for udviklingen i hjemmesygeplejen. Der findes ikke noget entydigt svar på dette spørgsmål, som også vil variere fra område til område. DSI's vurdering er, at de præsenterede data og analyser giver et godt og bredt indblik i en repræsentativ gruppe af erfarne hjemmesygeplejerskers oplevelse af ændringerne i deres opgaver. Det er værd at bemærke, at der var meget stort sammenfald i indholdet af de fire gruppeinterviews på tværs af landet. Analyserne giver også et mere præcist, detaljeret og sammenligneligt billede af udviklingen i indlæggelsesmønstret, liggetiden og den ambulante aktivitet på de udvalgte områder, som giver et bedre grundlag for at foretage en mere præcis og nuanceret diskussion af udviklingen i sygehusvæsenet og de kommunale konsekvenser heraf. Rapporten udgør således et godt og bredt udgangspunkt for en dialog sektorerne imellem – både lokalt, regionalt og nationalt – om, hvordan sektorgrænsen og udviklingen i den kan håndteres mere hensigtsmæssigt.

Perspektivering

Denne rapport har søgt at belyse udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver ud fra en kombination af hjemmesygeplejerskernes egne udsagn om opgaveændringer kombineret med statistiske analyser af tilgængelige data, primært fra LPR om sygehusenes aktivitet på udvalgte områder. Men som det er fremgået af rapporten, har et grundlæggende problem været, at der ikke eksisterer sammenlignelige registerdata om hjemmesygeplejens aktivitet – og om aktiviteten i den kommunale plejesektor generelt. Spørgsmålet er imidlertid, om sådanne kommunale data – i fald de eksisterede – ville kunne bruges til direkte at vise omfanget af opgaveglidning. En forudsætning for at svare på det spørgsmål er at undersøge, hvad der egentlig påvirker udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver.

I denne perspektivering diskuteres dette sidste spørgsmål, som ligger udenfor rapportens umiddelbare formål, som var at undersøge udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver – både med hensyn til hvilke opgaver, der er nye og ændret, men også med hensyn til omfanget af opgaveændringer ved hjælp af eksisterende registerdata.

I denne perspektivering præsenteres først tre forskellige typer af forandring i hjemmesygeplejen: Opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning.

Til sidst diskuteres opgaveglidning som fænomen med særligt fokus på opgaveglidningens funktion i relation til at muliggøre udviklingen i det samlede sundhedsvæsen, og de dilemmaer det giver anledning til i praksis.

Tre typer forandring: Opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning

Sundhedsvæsenet er i forandring i disse år – og det er hjemmesygeplejen dermed også. Mange faktorer spiller ind. Men for at kvalificere og præcisere debatten, kan det være hensigtsmæssigt at skelne mellem tre grundlæggende forskellige typer af forandring, som også har forskellige årsager. Der kan overordnet set skelnes mellem *opgaveændring*, *opgaveøgning* og *opgaveglidning*. Disse tre forandringstyper præsenteres efter tur:

Opgaveændring udspringer primært af den videnskabelige og teknologiske udvikling på det medicinske felt, som hele tiden muliggør flere og bedre behandlinger og ofte også mere skånsomme teknikker som fx kikkertoperationer. Sygeplejerskerne er kommet med mange eksempler igennem denne analyse på, hvordan de øgede og forbedrede behandlingsmuligheder ændrer deres arbejdsopgaver. Deres oplevelse af opgaveændring opsummeres ganske godt af denne sygeplejerske:

”Mange af de opgaver, vi har, hænger også sammen med, at man er blevet dygtigere. Når der er flere behandlinger, og man er dygtigere på lægesiden, så giver det nogle flere opgaver. Så det er ikke kun opgaveglidning.” (hjemmesygeplejerske fra interviewundersøgelsen).

Opgaveøgning rammer hele sundhedsvæsenet i disse år, og den primære årsag er en stigende efterspørgsel, som bl.a. skyldes flere kronikere og flere ældre. Men det skyldes også, at den medikotekniske udvikling muliggør effektiv behandling af flere sygdomme – og at de mere skånsomme metoder muliggør behandling af svagere patienter end tidligere. Som en sygeplejerske udtrykte det:

”Man kan behandle meget mere, end man kunne førhen. Der er jo ikke nogen, der går med noget som helst, der kan blive gjort noget ved.” (hjemmesygeplejerske fra interviewundersøgelsen).

I denne analyse er der imidlertid også blevet peget på kulturelle ændringer i vores syn på sygdom og vores forventninger til det offentlige system, som medvirker til at skabe opgaveøgningen. Særligt i relation til behandlingen af demente kom dette til udtryk, men også i relation til de ældre medicinske patienter og ikke mindst deres børns forventninger til behandling.

Opgaveøgningen skyldes således både, at flere har behov for behandling, flere kan behandles med nye og mere skånsomme teknologier, og at mere kulturelt betingede forventninger om behandling øges.

Opgaveglidning skabes af en kombination af faktorer og kan have forskelligt indhold. For det første har det øgede pres på sundhedsvæsenet intensiveret sygehussektorens fokus på optimering og effektiv udnyttelse af ressourcerne. Der er kommet fokus på kerneydelsen – pleje og behandling på specialistniveau – og dermed også på, at patienterne kun skal være indlagt så længe, de har behov for specialister, og så længe ydelserne ikke kan gives ambulant. Samtidig er der fokus på at undgå spildtid i interne processer, og begreber som LEAN og accelererede patientforløb har medvirket til at sætte fokus på procesoptimering. Dette fokus på kerneydelsen og på procesoptimering har medvirket til at flytte opgaver, som tidligere lå i sygehussektoren, ud i primærsektoren.

Der er således tale om tre sammenhængende udviklingstendenser, som ikke kan analyseres isoleret, idet de foregår samtidigt, og fordi de påvirker og betinger hinanden gensidigt. Der er både tale om **opgaveøgning** som konsekvens af ændringer i befolkningens sygdomsbillede, demografi, kulturelle værdier, og om **opgaveændringer** der primært er konsekvens af forskning og udvikling, der forbedrer behandlingsteknologier og -muligheder. Disse forhold skaber mere arbejde i sundhedsvæsenet generelt set – ikke blot i hjemmesygeplejen. Men derudover sker der også en **opgaveglidning** som konsekvens af de to foregående tendenser kombineret med sengelukninger, kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulant aktivitet. En del af disse bevidst accelererede forløb, som har et klart kvalitetsforbedrende sigte, skaber ikke nødvendigvis nogen opgaveglidning. Faktisk tyder meget på, at nogle patientgrupper har mindre behov for hjælp efter accelererede forløb.⁷⁹ Men ikke alle forkortede forløb er nødvendigvis et resultat af bevidste kvalitetsforbedringstiltag i sekundærsektoren, hvor man har sat noget i stedet, som skal sikre, at hurtigere udskrivinger ikke blot efterlader patienterne i et ingenmandsland eller med uplanlagt opgaveglidning til følge.

Skemaet herunder illustrerer de tre typer af forandring og deres primære drivere:

Forandringstyper	Primære drivere
Opgaveændring	Nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi
Opgaveøgning	Demografi, sygdomsbillede, behandlingsmuligheder, flere med multiple sygdomme
Opgaveglidning	Kortere indlæggelser, konvertering til ambulant aktivitet

Opgaveglidning som forudsætning for udvikling i sundhedsvæsenet

Opgaveglidning er et tema som har været diskuteret gentagne gange i relation til sektorgrænser i sundhedsvæsenet. En af årsagerne er givet, at der ikke findes nogen præcis eller operationel definition på, hvad hospitalernes opgaver egentlig er – hverken i den nuværende sundhedslov eller i den tidligere sygehuslov. Men baggrunden for dette handler også om behovet for at bevare en fleksibilitet i opgavevaretagelsen i hele det samlede sundhedsvæsen, således at det bliver muligt hele tiden at ændre opgaver og optage nye opgaveområder, efterhånden som forskningen og udviklingen muliggør flere og bedre behandlinger. Allerede Samordningsbetænkningen pegede på dette grundlæggende dilemma tilbage i 1985. Man pegede på en principiel målsætning:

⁷⁹ Madsen MH. "Hurtig og effektiv behandling på sygehusene – har det konsekvenser for kommunerne?" Litteraturgennemgang af afledte konsekvenser for kommunerne. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

”Sygehusene træder til, når det efter patientens tilstand skønnes hensigtsmæssigt under hensyn til behovet for indsats af specialkundskab, anvendelse af kostbart apparatur samt pleje i forbindelse med indlæggelse”... ”Men samtidigt med er det værd at fremhæve, at man har at gøre med et funktionsområde, hvis vilkår ændrer sig løbende under påvirkning af en række faktorer, fx den hastige udvikling inden for den medicinske teknologi. Dette taler for, at man er opmærksom på, at der også sker en kontinuerlig tilpasning af opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen inden for den nævnte principielle målsætning.”⁸⁰

På den ene side er der behov for at definere en sektorgrænse. Både så medarbejdere i de to sektorer har de fornødne kompetencer og den fornødne viden, kapacitet og tilgængelighed, så sektorovergangen kan forløbe hensigtsmæssigt for patienterne og også for at kunne styre økonomien i et system, hvor pengene ikke følger patienterne.

Patienter skal indlægges indenfor rammerne af den nævnte principielle målsætning – ”når det efter patientens tilstand skønnes hensigtsmæssigt under hensyn til behovet for indsats af specialkundskab, anvendelse af kostbart apparatur samt pleje” – og udskrives når de er færdigbehandledede. Men hvad vil det sige sig at være ”færdigbehandlet”, og hvem er det, der skønner, om indlæggelse er hensigtsmæssigt, og ud fra hvilke kriterier? Disse spørgsmål er der langt fra konsensus om i de to sektorer, og dette er givet en væsentlig del af baggrunden for den vedvarende diskussion omkring opgaveglidning.

I bestræbelserne på at få en mere velfungerende sektorgrænse og dermed komme problemstillingerne i relation til opgaveglidning til livs, er det imidlertid vigtigt at holde det grundlæggende dilemma for øje: På den ene side er der behov for at fastlægge en klarere sektorgrænse, som kan medvirke til at forbedre sektorovergangene for patienterne, men på den anden side er hele udviklingen i sundhedsvæsenet og indoptagelsen af nye opgaver og behandlingsformer afhængig af, at der sker en kontinuerlig tilpasning af opgavefordelingen mellem sektorerne, som samordningsbetænkningen kalder det – m.a.o. en løbende opgaveglidning så der bliver frigjort kapacitet til både nye og flere patienter, men også nye og flere behandlingsmuligheder.

Dette peger på, at opgaveglidning i sig selv ikke er hovedproblemet, men snarere det faktum at det i nogen tilfælde sker uplanlagt og ad hoc, fordi det kan give både koordinationsmæssige, kompetencemæssige og ressourcemæssige problemer. Men en løbende tilpasning af opgavefordelingen – herunder opgaveoverdragelse mellem sektorerne – er stadig væsentlig for at sikre den fremtidige udvikling i det samlede sundhedsvæsen.

⁸⁰ ”Samordning i sundhedsvæsenet”. Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte samordningsudvalg for sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 1044 af 1985.

Bilag 1: Oversigt over deltagende kommuner

Kommune	Stilling	Anciennitet
Favrskov	Primærsygeplejerske	27 år
Ringkøbing-Skjern	Hjemmesygeplejerske	16 år
Hedensted	Primærsygeplejerske	9 år
Hjørring	Hjemmesygeplejerske	11 år
Vesthimmerland	Udviklingssygeplejerske	17 år
Aalborg	Sygeplejefaglig konsulent	14 år
Silkeborg	Hjemmesygeplejerske	13 år
Tønder	Hjemmesygeplejerske	30 år
Sønderborg	Hjemmesygeplejerske	12 år
Syddjurs	Hjemmesygeplejerske	18 år
Assens	Hjemmesygeplejerske	11 år
Horsens	Hjemmesygeplejerske	7 år
Guldborgsund	Hjemmesygeplejerske	25 år
Svendborg	Hjemmesygeplejerske	22 år
Ringsted	Hjemmesygeplejerske	8 år
Gladsaxe	Hjemmesygeplejerske	15 år
Høje Taastrup	Hjemmesygeplejerske	22 år
Furesø	Hjemmesygeplejerske	7 år
Frederiksberg	Hjemmesygeplejerske	12 år
Hørsholm	Hjemmesygeplejerske	10 år
Albertslund	Hjemmesygeplejerske	7 år
Gennemsnitlig anciennitet i hjemmesygeplejen		15 år

Bilag 2: Invitation til deltagelse

Invitation til gruppeinterview om udviklingen i opgavevaretagelsen i hjemmesygeplejen gennem 10 år

Kære ældrechefer/ledere af hjemmesygeplejen

KL søger erfarne hjemmesygeplejersker med minimum 7 års erfaring til gruppeinterviews om opgaveændringer i hjemmesygeplejen. Formålet er at belyse:

1. Hvilke nye opgaver er kommet til kommunerne som konsekvens af ændret opgavevaretagelse på sygehusene gennem de sidste ca. 10 år? Det være sig både konkrete kliniske opgaver, fx som konsekvens af tidligere udskrivning indenfor bestemte diagnosegrupper eller nye behandlingsmetoder, såvel som ændringer i plejetyngden mere generelt.

2. Hvilke konsekvenser har denne udviklingen i opgaverne har haft for kommunerne? Det være sig både konsekvenser for sygeplejerskernes kontakt med patienterne, deres samarbejde med hjælpere og assistenter, såvel som sygeplejerskernes kontakt med sekundærsektoren, almen praksis, samt andre relevante områder.

Vi skal bruge i alt 24 sygeplejersker fordelt over hele landet og afholder gruppeinterviewene 4 steder i landet:

i Karup den 21. januar 2009 kl. 13-15 for 6 sygeplejersker fra kommuner i det nordlige Jylland og Midtjylland

i Grindsted den 22. januar 2009 kl. 13-15 for 6 sygeplejersker fra kommuner i det sydlige Jylland og på Vestfyn

i Slagelse den 23. januar 2009 kl. 13-15 for 6 sygeplejersker fra kommuner på Østfyn og i Syd-, Midt- og Vestsjælland

i Farum 27. januar 2009 kl. 13-15 for 6 sygeplejersker fra kommuner i Hovedstadsområdet

Har din kommune mulighed for at sende en sygeplejerske til gruppeinterviewet i jeres region, skal du give besked til Thilde Lydiksen på thu@kl.dk.

Der ønskes kun én sygeplejerske fra hver kommune, for at sikre så stor spredning som muligt. Det er vigtigt, at sygeplejersken har minimum 7 års erfaring som hjemmesygeplejerske.

SELVE INTERVIEWET

Alle interviews optages, men der vil ikke blive citeret ved hverken navns- eller kommunes nævnelse. Der vil alene blive citeret fra "fokusgruppeinterview med hjemmesygeplejersker". Interviewene gennemføres af senior projektleder i Dansk Sundhedsinstitut, Sidsel Vinge, som også forestår den videre bearbejdning.

FORBEREDELSE

Som forberedelse til interviewet beder vi alle deltagende hjemmesygeplejersker om at søge input og synspunkter fra kollegaer i det omfang det er muligt, for også at inddrage deres oplevelser af nye opgaver i kommunerne og konsekvenserne af disse: Hvilke nye opgaver er kommet til de seneste ca. 10 år? Og hvad har det betydet for arbejdet i hjemmesygeplejen?

BAGGRUND

Gruppeinterviewene er del af et projekt om ændret opgavevaretagelse i kommunerne - som konsekvens af ændret opgavevaretagelse på sygehusene. Der er talt og skrevet meget om opgaveglidning,

ikke mindst i kommunerne, men der findes meget lidt dokumentation. Interviewene er første led i et større projekt som undersøger problemstillingen ud fra flere vinkler: Interviewundersøgelsen skal lede til en bruttoliste over konkrete kliniske opgaver, der er kommet til hjemmesygeplejen de seneste ca. 10. år. Herefter foretages historiske registerbaserede undersøgelser (via Landspatientregistret og kommunale registreringer i Fælles Sprog II) for at kunne bestemme omfanget af opgaverne mere præcist. Interviewene skal således pege på hvilke opgaver, der er kommet til kommunerne, og betydningen af dem, mens de efterfølgende analyser skal sige noget om omfanget af de enkelte opgaver.

Med venlig hilsen

Thilde Lydixen
Konsulent
KL, Kontoret for Social- og Sundhedspolitik (V-SP)
Tlf. 3370 3852
E-mail: thu@kl.dk

Bilag 3: Tabeller

Bilaget indeholder tabeller med de tal, som ligger bag graferne i rapporten. Til alle tabeller er tilføjet stigningen i procent over hele perioden for hver aldersgruppe.

Tabel til: Figur 1: Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	4,14	4,09	4,07	3,94	3,79	3,64	3,53	3,42	3,37	3,33	-20 %
65-79 år	7,54	7,28	7,10	6,79	6,42	6,09	5,90	5,67	5,42	5,31	-30 %
80+ år	9,21	8,78	8,61	8,15	7,70	7,31	7,06	6,71	6,41	6,31	-31 %
I alt	5,43	5,31	5,26	5,07	4,83	4,62	4,48	4,31	4,20	4,15	-24 %

Tabel til: Figur 2: Antal somatiske udskrivelser fra sygehusene i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	749.961	754.121	745.685	762.390	771.351	777.488	785.069	800.192	803.816	783.128	4 %
65-79 år	237.535	239.281	240.568	248.764	249.225	252.007	255.225	259.647	261.371	264.195	11 %
80+ år	124.987	130.277	134.721	141.472	142.748	144.412	149.349	152.168	154.870	155.858	25 %
I alt	1.112.483	1.123.679	1.120.974	1.152.626	1.163.324	1.173.907	1.189.643	1.212.007	1.220.057	1.203.181	8 %

Tabel til: Figur 3: Antal ambulante somatiske besøg i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	4.644.707	4.835.684	5.116.589	5.793.879	6.172.790	6.456.103	6.744.815	7.008.184	7.111.149	7.058.121	52 %
65-79 år	1.186.556	1.252.940	1.358.204	1.580.689	1.751.373	1.850.779	1.945.644	2.030.459	2.074.585	2.160.583	82 %
80+ år	420.644	452.905	500.073	583.335	660.937	691.151	726.013	729.786	736.609	754.553	79 %
I alt	6.251.907	6.541.529	6.974.866	7.957.903	8.585.100	8.998.033	9.416.472	9.768.429	9.922.343	9.973.257	60 %

Tabel til: Figur 4: Antal hjertepatienter udskrevet fra sygehusene i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	32.274	34.009	34.251	35.142	34.620	34.243	35.502	34.927	34.061	33.295	3 %
65-79 år	34.279	35.267	36.272	36.671	35.294	33.965	34.583	33.754	32.377	32.477	-5 %
80+ år	15.715	16.962	17.525	17.873	18.096	17.918	18.525	17.828	17.784	17.700	13 %
I alt	82.268	86.238	88.048	89.686	88.010	86.126	88.610	86.509	84.222	83.472	1 %

Tabel til: Figur 5: Gennemsnitlig liggetid for udskrevne hjertepatienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	4,06	3,95	3,88	3,72	3,55	3,42	3,22	3,20	3,26	3,14	-23 %
65-79 år	5,43	5,25	5,15	4,93	4,70	4,51	4,17	4,30	4,20	4,04	-26 %
80+ år	6,90	6,68	6,29	5,96	5,86	5,65	5,34	5,38	5,21	5,06	-27 %
I alt	5,17	5,02	4,89	4,66	4,49	4,32	4,03	4,08	4,03	3,90	-25 %

Tabel til: Figur 6: Antal ambulante besøg til hjertepatienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	112.291	120.703	126.168	133.790	140.071	139.777	141.788	147.544	156.731	150.545	34 %
65-79 år	106.440	112.675	120.564	127.657	129.728	128.398	129.324	135.016	141.691	141.728	33 %
80+ år	30.929	35.256	38.693	41.019	43.273	45.458	47.140	49.635	50.564	49.496	60 %
I alt	249.660	268.634	285.425	302.466	313.072	313.633	318.252	332.195	348.986	341.769	37 %

Tabel til: Figur 7: Antal patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som aktionsdiagnose i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	4.888	4.739	4.781	4.673	4.368	4.342	4.336	4.162	4.318	4.324	-12 %
65-79 år	12.155	12.016	12.179	11.338	10.310	9.571	9.401	8.975	8.541	8.734	-28 %
80+ år	3.282	3.465	3.857	3.478	3.641	3.628	3.772	3.930	3.947	3.956	21 %
I alt	20.325	20.220	20.817	19.489	18.319	17.541	17.509	17.067	16.806	17.014	-16 %

Tabel til: Figur 8: Antal patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som bidiagnose i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	2.127	2.724	3.201	3.826	4.068	4.290	4.473	4.515	4.897	4.964	133 %
65-79 år	5.749	7.740	9.239	10.613	11.066	11.569	11.465	11.285	11.726	11.518	100 %
80+ år	2.103	2.998	3.660	4.366	4.814	5.164	5.395	5.892	6.507	6.670	217 %
I alt	9.979	13.462	16.100	18.805	19.948	21.023	21.333	21.692	23.130	23.152	132 %

Tabel til: Figur 9: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som aktionsdiagnose i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	6,27	5,81	5,9	5,21	4,79	4,60	4,79	4,31	4,01	3,98	-37 %
65-79 år	7,81	7,39	7,05	6,82	6,50	6,30	5,78	5,81	5,56	5,31	-32 %
80+ år	8,21	7,52	7,41	7,17	6,75	6,43	6,49	5,99	6,33	5,85	-29 %
I alt	7,51	7,04	6,85	6,49	6,14	5,91	5,69	5,48	5,34	5,10	-32 %

Tabel til: Figur 10: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som bidiagnose i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	7,70	7,26	7,21	6,76	6,99	6,57	6,90	6,30	6,01	6,20	-19 %
65-79 år	9,33	9,25	8,99	8,59	8,43	7,93	7,75	7,61	7,42	7,35	-21 %
80+ år	10,73	10,37	10,18	9,29	8,73	8,72	8,74	8,46	7,84	7,89	-26 %
I alt	9,28	9,10	8,91	8,38	8,21	7,85	7,82	7,57	7,24	7,26	-22 %

Tabel til: Figur 11: Antal ambulante besøg for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som aktionsdiagnose i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	14.610	14.657	15.434	16.183	17.395	17.697	19.275	21.445	22.156	19.881	36 %
65-79 år	24.861	25.544	26.922	27.281	28.911	29.151	32.486	36.523	34.959	32.211	30 %
80+ år	5.331	5.732	6.530	6.209	7.239	7.659	8.578	9.782	10.094	9.449	77 %
I alt	44.802	45.933	48.886	49.673	53.545	54.507	60.339	67.750	67.209	61.541	37 %

Tabel til: Figur 12: Antal ambulante besøg for patienter udskrevet fra sygehusene med KOL som bidiagnose i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	6.381	8.531	9.356	11.042	11.677	12.653	13.003	13.196	13.474	13.510	112 %
65-79 år	11.424	16.023	18.972	22.174	24.401	26.058	25.532	25.538	26.348	24.817	117 %
80+ år	3.237	4.677	5.886	6.752	7.977	8.427	9.275	10.773	11.160	11.185	246 %
I alt	21.042	29.231	34.214	39.968	44.055	47.138	47.810	49.507	50.982	49.512	135 %

Tabel til: Figur 14: Antal indlæggelser med diabetes som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) fra 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	6.940	6.617	6.494	6.481	6.154	5.985	5.511	5.707	5.987	5.944	-14 %
65-79 år	3.506	3.377	3.375	2.985	2.732	2.768	2.606	2.499	2.435	2.472	-29 %
80+ år	1.442	1.393	1.401	1.229	1.355	1.237	1.235	1.259	1.191	1.065	-26 %
I alt	11.888	11.387	11.270	10.695	10.241	9.990	9.352	9.465	9.613	9.481	-20 %

Tabel til: Figur 15: Gennemsnitlig liggetid for indlæggelser med diabetes som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) fra 1999-2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	6,37	6,25	6,28	6,03	5,93	5,79	5,74	5,26	5,04	5,22	-18 %
65-79 år	9,41	8,99	8,85	8,63	8,46	8,39	8,20	7,82	7,40	7,57	-20 %
80+ år	9,45	9,99	9,23	9,56	8,97	9,07	8,53	8,28	7,50	8,13	-14 %
I alt	7,64	7,52	7,41	7,16	7,01	6,91	6,8	6,34	5,94	6,16	-19 %

Tabel til: Figur 16: Antal ambulante besøg med diabetes som primær årsag (aktionsdiagnose) fra 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	132.548	144.357	155.292	161.821	182.444	192.239	190.534	191.604	196.144	186.330	41 %
65-79 år	36.002	40.547	43.831	44.897	52.744	54.936	54.718	56.956	56.289	52.912	47 %
80+ år	5.046	5.756	6.944	6.933	8.351	7.962	7.969	9.158	8.654	8.284	64 %
I alt	173.596	190.660	206.067	213.651	243.539	255.137	253.221	257.718	261.087	247.526	43 %

Tabel til: Figur 17: Antal diabetikere i perioden 1998-2007 (prævalens)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	98-07
0-59 år	54.005	58.287	62.511	67.015	71.351	75.877	79.580	82.084	84.532	87.526	62 %
60-79 år	58.393	62.664	66.887	71.764	78.540	86.562	95.093	102.854	111.128	119.937	105 %
80+ år	18.358	19.410	20.980	22.528	24.167	25.799	27.877	29.633	31.257	32.895	79 %
I alt	130.756	140.361	150.378	161.307	174.058	188.238	202.550	214.571	226.917	240.358	84 %

Tabel til: Figur 18: Antal nye diabetikere (incidens) i perioden 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	98-07
0-59 år	7.360	7.807	8.076	8.723	9.475	10.271	10.033	9.376	9.682	10.230	39 %
60-79 år	7.515	7.902	8.242	8.620	9.979	11.021	11.312	10.302	10.796	11.532	53 %
80+ år	1.919	2.087	2.141	2.281	2.617	2.654	2.787	2.537	2.467	2.538	32 %
I alt	16.794	17.796	18.459	19.624	22.071	23.946	24.132	22.215	22.945	24.300	45 %

Tabel til: Figur 19: Antal indlæggelser med kræft som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	44.618	43.994	45.432	44.149	43.395	45.204	46.298	46.766	43.788	43.590	-2 %
65-79 år	31.566	30.041	30.257	30.562	29.916	29.458	29.799	30.456	29.566	31.208	-1 %
80+ år	9.562	9.344	9.003	9.199	8.979	8.532	8.391	8.511	8.040	8.015	-16 %
I alt	85.746	83.379	84.692	83.910	82.290	83.194	84.488	85.733	81.394	82.813	-3 %

Tabel til: Figur 20: Gennemsnitlig liggetid for indlæggelser med kræft som indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	6,27	6,08	5,86	5,86	5,66	5,38	4,94	4,65	4,75	4,58	-27 %
65-79 år	8,35	8,30	7,92	7,80	7,40	6,88	6,63	6,12	6,00	5,81	-30 %
80+ år	9,50	9,32	9,36	9,10	8,67	8,39	8,14	7,47	7,31	7,22	-24 %
I alt	7,40	7,24	6,97	6,92	6,62	6,22	5,85	5,46	5,46	5,30	-28 %

Tabel til: Figur 21: Antal ambulante kontakter med kræft som primær årsag (aktionsdiagnose) (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	269.320	282.852	300.310	307.562	334.653	350.879	368.404	398.211	426.120	447.649	66 %
65-79 år	152.456	158.181	166.986	179.610	197.938	211.885	230.622	256.603	281.454	319.813	110 %
80+ år	34.623	34.566	36.936	38.948	43.721	44.491	45.301	50.295	55.603	61.405	77 %
I alt	456.399	475.599	504.232	526.120	576.312	607.255	644.327	705.109	763.177	828.867	82 %

Tabel til: Figur 22: Forekomst (prævalens) af alle kræftformer undtagen almindelighudkræft (1997-2006)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	97-06
0-64 år	61.561	63.791	65.853	67.912	70.198	72.279	74.491	76.786	79.197	81.895	33 %
65-79 år	56.885	57.455	58.534	58.992	59.608	61.121	62.669	64.777	67.326	70.085	23 %
80+ år	25.838	27.076	27.818	29.119	30.307	31.124	32.025	33.369	34.802	35.772	38 %
I alt	144.284	148.322	152.205	156.023	160.113	164.524	169.185	174.932	181.325	187.752	30 %

Tabel til: Figur 23: Incidens for alle kræftformer undtagen almindelig hudkræft (1997-2006)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	97-06
0-64 år	9.911	10.363	10.559	10.756	10.924	11.131	11.307	12.022	12.390	12.885	30 %
65-79 år	10.764	10.817	10.933	10.857	10.807	11.071	11.224	11.730	12.157	12.482	16 %
80+ år	4.236	4.521	4.484	4.613	4.780	4.830	4.858	5.192	5.203	5.381	27 %
I alt	24.911	25.701	25.976	26.226	26.511	27.032	27.389	28.944	29.750	30.748	23 %

Tabel til: Figur 24: Antal døde - alle kræftformer undtagen almindelighudkræft (1997-2006)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	97-06
0-64 år	4.452	4.143	4.313	4.342	4.256	4.270	4.127	4.229	4.204	4.278	-4 %
65-79 år	6.914	7.047	6.931	6.942	6.861	6.494	6.580	6.502	6.623	6.679	-3 %
80+ år	3.991	4.082	4.278	4.253	4.416	4.270	4.292	4.549	4.517	4.736	19 %
I alt	15.357	15.272	15.522	15.537	15.533	15.034	14.999	15.280	15.344	15.693	2 %

Tabel til: Figur 27: Antal patienter udskrevet fra en medicinsk afdeling i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	205.791	209.316	215.605	219.178	224.147	231.889	235.940	246.646	248.395	249.204	21 %
65-79 år	137.713	140.048	142.227	144.635	145.928	148.730	152.111	154.651	156.492	162.204	18 %
80+ år	75.140	78.380	82.579	87.369	88.661	91.081	96.451	98.737	101.620	104.030	38 %
I alt	418.644	427.744	440.411	451.182	458.736	471.700	484.502	500.034	506.507	515.438	23 %

Tabel til: Figur 28: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra en medicinsk afdeling i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	5,70	5,46	5,34	5,14	4,91	4,64	4,53	4,31	4,25	4,13	-28 %
65-79 år	8,11	7,74	7,45	7,11	6,71	6,35	6,16	5,89	5,66	5,45	-33 %
80+ år	10,03	9,50	9,13	8,60	8,11	7,71	7,43	7,05	6,75	6,58	-34 %
I alt	7,27	6,95	6,73	6,44	6,10	5,77	5,62	5,34	5,19	5,04	-31 %

Tabel til: Figur 29: Antal ambulante besøg på medicinske afdelinger i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	1.470.930	1.545.119	1.626.914	1.733.984	1.896.465	1.952.051	2.033.843	2.130.357	2.236.637	2.225.579	51 %
65-79 år	620.008	666.608	707.695	760.197	832.041	871.017	915.162	974.487	1.021.595	1.071.755	73 %
80+ år	176.681	192.527	212.119	235.537	260.987	276.022	295.068	315.342	327.688	341.999	94 %
I alt	2.267.619	2.404.254	2.546.728	2.729.718	2.989.493	3.099.090	3.244.073	3.420.186	3.585.920	3.639.333	60 %

Tabel til: Figur 31: Antal dialysepatienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-59 år	924	948	1.034	1.066	1.058	1.033	1.043	1.032	1.001	1.032	12 %
60-79 år	749	875	927	1.037	1.122	1.208	1.229	1.249	1.303	1.358	81 %
80+ år	45	72	105	161	196	203	234	253	262	309	587 %
I alt	1.718	1.895	2.066	2.264	2.376	2.444	2.506	2.534	2.566	2.699	57 %

Tabel til: Figur 32: Antal dialysepatienter i center-dialyse i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-59 år	643	655	722	718	716	681	678	657	639	657	2 %
60-79 år	556	641	702	780	864	924	946	947	976	1.006	81 %
80+ år	40	61	97	146	170	177	203	219	225	260	550 %
I alt	1.239	1.357	1.521	1.644	1.750	1.782	1.827	1.823	1.840	1.923	55 %

Tabel til: Figur 33: Antal dialysepatienter i hjemme-PD i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-59 år	270	283	295	330	314	314	308	302	271	277	3 %
60-79 år	192	231	223	255	253	276	276	285	302	316	65 %
80+ år	5	11	8	15	26	26	31	34	36	48	860 %
I alt	467	525	526	600	593	616	615	621	609	641	37 %

Tabel til: Figur 34: Antal dialysepatienter i hjemme-HD i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-59 år	8	9	11	15	25	33	51	63	83	88	1.000 %
60-79 år	0	1	1	0	1	5	6	13	20	26	-
80+ år	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	-
I alt	8	10	12	15	26	38	57	76	104	115	1.338 %

Tabel til: Figur 35: Antal dialysepatienter i både hjemme-PD og hjemme-HD i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-59 år	3	1	6	3	3	5	6	10	8	10	233 %
60-79 år	1	2	1	2	4	3	1	4	5	10	900 %
80+ år	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
I alt	4	3	7	5	7	8	7	14	13	20	400 %

Tabel til: Figur 36: Antal patienter udskrevet fra kirurgiske afdelinger i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	453.987	452.856	432.723	446.952	447.946	443.518	439.123	442.708	442.385	423.796	-7 %
65-79 år	94.691	93.717	93.561	99.265	98.500	99.278	99.464	100.794	101.015	98.127	4 %
80+ år	45.941	47.727	49.001	51.074	51.057	50.874	50.642	50.880	51.114	49.696	8 %
I alt	594.619	594.300	575.285	597.291	597.503	593.670	589.229	594.382	594.514	571.619	-4 %

Tabel til: Figur 37: Gennemsnitlig liggetid for patienter udskrevet fra kirurgiske afdelinger i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	3,44	3,45	3,43	3,34	3,21	3,10	3,00	2,93	2,88	2,82	-18 %
65-79 år	6,83	6,73	6,59	6,35	5,95	5,72	5,46	5,27	4,98	4,98	-27 %
80+ år	8,19	7,94	7,87	7,49	7,02	6,67	6,41	6,11	5,80	5,77	-30 %
I alt	4,35	4,32	4,32	4,20	3,98	3,85	3,71	3,60	3,49	3,45	-21 %

Tabel til: Figur 38: Antal ambulante besøg på kirurgiske afdelinger i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	2.732.930	2.826.827	2.880.766	3.015.327	3.097.859	3.168.975	3.271.342	3.389.848	3.452.772	3.236.182	18 %
65-79 år	534.806	548.079	572.547	618.748	645.619	674.777	703.889	737.453	759.228	746.894	40 %
80+ år	229.961	244.043	260.776	280.655	293.574	301.957	309.479	318.634	323.586	312.166	36 %
I alt	3.497.697	3.618.949	3.714.089	3.914.730	4.037.052	4.145.709	4.284.710	4.445.935	4.535.586	4.295.242	23 %

Tabel til: Figur 39: Antal primære operationer^{a)} på stationære patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	212.672	217.086	210.710	227.679	231.900	233.679	232.176	232.094	234.248	225.155	6 %
65-79 år	56.171	56.000	55.755	62.230	62.937	64.094	64.616	66.527	67.197	65.685	17 %
80+ år	23.577	24.039	24.414	26.225	26.525	26.483	26.786	27.074	27.203	26.664	13 %
I alt	292.420	297.125	290.879	316.134	321.362	324.256	323.578	325.695	328.648	317.504	9 %

Tabel til: Figur 40: Antal mindre primære operationer^{a)} på stationære patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	44.212	43.090	41.485	43.070	44.347	45.012	42.766	41.543	41.060	39.381	-11 %
65-79 år	24.772	23.322	22.637	23.487	23.461	23.689	22.356	21.433	21.825	22.039	-11 %
80+ år	11.053	11.515	11.751	12.078	12.068	12.354	12.129	12.055	11.709	12.005	9 %
I alt	80.037	77.927	75.873	78.635	79.876	81.055	77.251	75.031	74.594	73.425	-8 %

Tabel til: Figur 41: Antal primære operationer^{a)} på ambulante patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	528.144	587.161	624.473	693.649	743.269	765.048	770.783	789.518	818.702	765.326	45 %
65-79 år	131.833	142.407	149.680	181.338	196.979	207.176	219.574	227.211	246.213	243.392	85 %
80+ år	57.877	62.947	66.782	80.064	88.018	90.145	94.092	96.218	102.651	99.383	72 %
I alt	717.854	792.515	840.935	955.051	1.028.266	1.062.369	1.084.449	1.112.947	1.167.566	1.108.101	54 %

Tabel til: Figur 42: Antal mindre primære operationer^{a)} på ambulante patienter (kap. T-Y) i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	384.954	441.614	470.678	426.277	504.523	553.974	580.690	594.159	600.935	548.863	43 %
65-79 år	128.046	138.528	148.355	163.626	195.050	214.958	231.052	245.359	254.182	250.591	96 %
80+ år	35.062	38.459	42.752	45.209	56.038	62.214	68.671	73.238	74.454	73.807	111 %
I alt	548.062	618.601	661.785	635.112	755.611	831.146	880.413	912.756	929.571	873.261	59 %

Tabel til: Figur 43: Antal *grå* stær operationer på *indlagte* patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	569	489	460	551	394	374	402	344	358	349	-39 %
65-79 år	1.352	1.026	834	1.118	560	312	287	278	295	236	-83 %
80+ år	1.412	1.157	909	941	552	323	224	239	192	125	-91 %
I alt	3.333	2.672	2.203	2.610	1.506	1.009	913	861	845	710	-79 %

Tabel til: Figur 44: Antal *grå* stær operationer på *ambulante* patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	3.708	4.025	4.284	5.122	5.631	5.763	6.219	6.667	7.359	6.633	79 %
65-79 år	11.397	11.857	12.624	15.620	17.156	16.202	17.799	18.232	19.614	18.275	60 %
80+ år	8.371	8.918	9.785	11.269	12.706	12.124	12.025	12.325	12.622	10.596	27 %
I alt	23.476	24.800	26.693	32.011	35.493	34.089	36.043	37.224	39.595	35.504	51 %

Tabel til: Figur 45: Antal *grøn* stær operationer på *indlagte* patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	129	139	113	124	127	109	133	115	94	79	-39 %
65-79 år	145	103	108	104	97	51	52	60	49	36	-75 %
80+ år	56	61	67	38	30	28	29	31	21	27	-52 %
I alt	330	303	288	266	254	188	214	206	164	142	-57 %

Tabel til: Figur 46: Antal *grøn stær* operationer på *ambulante* patienter i perioden 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	99-08
0-64 år	521	412	493	505	608	679	682	786	790	979	88 %
65-79 år	618	590	611	654	745	731	701	750	766	773	25 %
80+ år	268	233	205	250	245	259	251	282	188	260	-3 %
I alt	1.407	1.235	1.309	1.409	1.598	1.669	1.634	1.818	1.744	2.012	43 %

Bilag 4: Specifikation af dataudtræk fra LPR med anvendte koder

I forbindelse med projektet er der via Forskerservice i Sundhedsstyrelsen anmodet om følgende statistik fra LPR:

Antal udskrivninger per år i perioden 1999-2008 – totalt og opdelt på medicinsk, kirurgisk og andet – opgjort for aldersgrupperne 0-64, 65-79, 80+

Gennemsnitlig liggetid per år i perioden 1999-2008 – totalt og opdelt på medicinsk, kirurgisk og andet – opgjort for aldersgrupperne 0-64, 65-79, 80+

Antal ambulante besøg per år i perioden 1999-2008 – totalt og opdelt på medicinsk, kirurgisk og andet – opgjort for aldersgrupperne 0-64, 65-79, 80+

For udvalgte diagnosegrupper (aktionsdiagnose) beskrevet nedenfor anmodes om:

Antal udskrivninger, gennemsnitlig liggetid og ambulante besøg per år i perioden 1999-2008 – opgjort for aldersgrupperne 0-64, 65-79, 80+

Udvalgte diagnosegrupper (på aktionsdiagnose):

1. KOL-patienter – DJ44*
2. Akut hjerteinfarkt – DI21-DI24
3. Andre iskæmiske hjertesygdomme – DI20; DI25
4. Symptomatisk hjertesygdom – DI44-DI50
5. Andre hjertesygdomme – DI30-DI43; DI51-DI52
- 5b. Hjertesygdom Samlet – DI20-DI25; DI30-DI52
6. Kræft, Ondartet – DC*
7. Kræft, Godartet – DD00-DD48
8. Diabetes – DE10-DE14
9. Karsygdomme i hjerne – DI60-DI69
10. Lungebetændelse – DJ12-18
11. Bronchitis og astma – DJ20-DJ22; DJ40-DJ46
12. Brud af lårbenshals – DS720-DS722
13. Sår – DL97*
14. Diabetes fodsår – DE105B, DE115B, DE125B, DE145B
15. Apopleksi – DI60*-DI64*

Udvalgte diagnosegrupper (på bidiagnose) – opgjort særskilt fra aktionsdiagnoserne ovenfor:

1. KOL-patienter – DJ44*
8. Diabetes – DE10-DE14

Antal operationer (primære operationer) per år i perioden 1999-2008 opdelt på stationære og ambulante patienter – opgjort for kapitel A-Q, T, U – opgjort for aldersgrupperne 0-64, 65-79, 80+ og gennemsnitlig liggetid for stationære patienter.

Antal operationer (primære operationer) om året i perioden 1999-2008 – opdelt på stationære og ambulante patienter – opgjort for aldersgrupperne 0-64, 65-79, 80+ og gennemsnitlig liggetid for stationære patienter. *For udvalgte operationer* beskrevet nedenfor:

Udvalgte operationer (primære operationer):

- a. Grå stær operationer – KCJB*, KCJC*, KCJD*, KCJE*, KCJW
- aii. Grå stær operationer (sekundære op) – KCJF*
- b. Grøn stær operationer – KCHB*, KCHC*, KCHD*, KCHW*
- c. Knæalloplastikker – KNGB*
- cii. Knæalloplastikker (sekundære op) – KNGC*
- d. Hoftealloplastikker – KNFB*
- dii. Hoftealloplastikker (sekundære op) – KNFC*
- e. Lårbensbrud-operationer – KNFJ*
- f. Anlæggelse af stomi – KJFB60, KJFB61, KJFB63, KJFB64, KJFC00, KJFC01, KJFC10, KJFC11, KJFC20, KJFC21, KJFC30, KJFC31, KJFC40, KJFC41, KJFC50, KJFC51, KJFF00, KJFF01, KJFF10, KJFF11, KJFF13, KJFF16, KJFF20, KJFF21, KJFF23, KJFF24, KJFF26, KJFF27, KJFF30, KJFF31, KJFF40, KJFF40A, KJFF41, KJFH00, KJFH01, KJFH10, KJFH11, KJFH20, KJFH21, KJFH30, KJFH33, KJFH40, KJGB10, KJGB11, KJGB31A, KJGB40

Bilag 5: Hvad sagde sygeplejerskerne om de ikke-somatiske områder?

Hovedrapporten har fokuseret på udviklingen i hjemmesygeplejerskernes opgaver på det somatiske område. Imidlertid pegede interviewundersøgelsen blandt hjemmesygeplejersker på to andre områder, som efter ønske fra opdragsgiver ikke er behandlet i hovedrapporten: Udviklingen på psykiatri- og misbrugsområdet, og udviklingen i organiseringen af hjemmesygeplejen, herunder i kommunikations- og dokumentationspraksis.

Dette bilag indeholder resultaterne af interviewanalysen på disse to områder. Bilaget supplerer således hjemmesygeplejerskernes perspektiv på udviklingen på det somatiske område, som er præsenteret i hovedrapporten. Der er dog ikke foretaget statistiske analyser på disse områder, da opdragsgiver ønskede at fokusere på det somatiske område.

Hvad sagde sygeplejerskerne om det psykiatriske område og misbrugsområdet?

Sygeplejerskerne gav meget kraftigt udtryk for, at de oplever store problemer på det psykiatriske område, særligt når problemerne er kombineret med misbrug. Andre patientgrupper er, som analysen har vist, også blevet både større og tungere. Forskellen er imidlertid, at sygeplejerskerne i højere grad oplever, at disse andre grupper ligger mere direkte indenfor deres kompetenceområde. Således oplever de fx, at kræft- og det palliative område rummer store udfordringer i relation til de terminale forløb i hjemmet, men sygeplejerskerne oplever, at det er dér, deres kompetencer kommer i anvendelse. Indenfor det psykiatriske område, særligt når det er kombineret med misbrug, oplever sygeplejerskerne både, at de ofte kommer til kort, og også at der mangler tilbud og samarbejdsparter, hvilket ikke er tilfældet på det palliative område, hvor både palliative teams, sygehusafdelinger og hospicefunktioner kan støtte og træde til.

På de somatiske områder pegede sygeplejerskerne samstemmende på, at de oplever, at der er sket forbedringer af behandlingen de seneste år. Mange af forbedringerne har ført mere arbejde med sig, men alt i alt er forholdene forbedret, og som eksempler nævner de, at flere demente, diabetikere, KOL-patienter og inkontinente udredes og sættes i relevant behandling.

Det psykiatriske område var markant anderledes på dette punkt: Her oplevede sygeplejerskerne, at der, ligesom på mange somatiske områder, er lukket senge, men der var ikke én sygeplejerske, som oplevede, at behandlingen på det psykiatriske område var blevet forbedret i perioden. Generelt oplevede sygeplejerskerne, at der er blevet **flere psykisk syge i hjemmesygeplejen** som følge af senge-lukninger:

”Jeg oplever meget at der bliver flere og flere psykiatriske klienter i hjemmeplejen, fordi sygehuse simpelthen lukker de psykiatriske senge. De var mere indlagt i den dårlige fase. Der er de altså hjemme nu, og vi kommer tit til kort, synes jeg.”

”Folk skal være ret psykotiske, før de bliver indlagt. Det betyder, at besøg må optrappes i de perioder, hvor borgerne har det dårligt. Borgerne bliver udskrevet inden medicinen har en virkning – dvs. de er stadig ofte ret psykotiske, når de kommer hjem.”

”Disse patienter fylder meget, fordi de har så svære problematikker, og de vil ikke altid hjælpes. Der bruges mange ressourcer på at forsøge at motivere dem til at leve et andet liv, end de gør.”

Sygeplejerskerne peger på, at de kliniske opgaver primært består i **medicinering** i form af udlevering af døgndosis, men det er ikke en helt uproblematisk opgave for sygeplejerskerne:

”I forhold til trusler og vold har det betydning, at hjemmesygeplejerskerne har fået ansvar for medicineringen og har fået til opgave at opbevare medicinen. Tidligere var patienter, der var så dårlige, at deres medicin måtte opbevares, ikke hjemme. I distriktspsykiatrien doserer personalet ikke.”

Sygeplejerskerne oplever samtidig, at der ikke er kommet tilstrækkeligt med nye relevante tilbud til denne gruppe:

”Vores opgaver består både i medicindosering og i at følge dem og finde ud af, hvad der er af tilbud til dem. Jeg synes, der er rigtigt mange, der er overladt til sig selv i hjemmeplejen.”

”Der er ligesom ikke kommet noget i stedet for de sengepladser, der er lukket.”

Og i den forbindelse påpeger mange af dem, at **distriktspsykiatrien** set fra deres perspektiv ikke fungerer som et reelt alternativ, og at mange af borgerne derfor kun har hjemmeplejen – særligt hvis de også er **misbrugere**:

”Hvis de er aktive misbrugere, så er der ikke særlig mange i det psykiatriske system, der vil røre dem. De rører dem ikke med en ildtang, hvis de har et misbrug i forvejen. Og det er der jo mange af dem, der har.”

”Vi har fået mange flere inden for de sidste 10 år af misbrugere eller psykiatriske. Mange gange har de psykiatriske [patienter, red.] også et misbrug – og der er ingen, der vil røre dem.”

”Vi har ikke så gode erfaringer med distriktspsykiatrien. Vi har et sted, de ikke vil komme, fordi damen ikke tager antabus. Hun er skingrende skør, men de kommer ikke, når hun ikke tager antabus. Hvad gør man så? Den hænger på os stadigvæk. Hvor er min livline? Hvem skal jeg ringe til, når jeg bare ikke magter det? Når opgaven er for stor for mig?”

Sygeplejerskerne **efterlyser backup** – fx i form af ”livliner” til kompetente fagfolk, som de kan spørge til råds – når de enten kommer fagligt til kort eller bare ikke magter opgaverne med denne gruppe. Flere af dem nævner i denne sammenhæng **politiet** som deres reelt set eneste mulighed for at få hjælp og backup, men samtidig peger de på, at det er meget begrænset, hvad politiet kan gøre:

”Vi følte os måske lidt mere trygge i sygeplejen, hvis vi havde mulighed for faglig sparring døgnet rundt omkring de her borgere, men det har vi ikke. Der er ikke nogen, vi kan henvende os til. Havde vi så bare den der sparring, hvor man kunne sige: ’Vi ved godt, vedkommende ikke kan blive indlagt, men hvad gør vi?’ For det er jo rigtigt, at de skal begå noget meget voldsomt, før de kan blive indlagt. Og det er jo helt grotesk, at man skal stå og vente på, at enten de selv kommer til skade, eller nogle andre kommer til skade. Man kan ringe efter politiet. Det er næsten den eneste samarbejdspartner, man har. Og så står de med det, men hvad skal de gøre – for der er jo ikke rigtigt sket noget. Men det er næsten den eneste samarbejdspartner, man har uden for lukketid.”

Denne gruppe tager også mange ressourcer, fordi sygeplejerskerne til tider af **sikkerhedsmæssige** årsager bliver nødt til at have dobbelt dækning på besøgene, og de oplever, at de ikke kan tage hjælperne med ud til denne gruppe:

”De kan ofte ikke tage vare på sig selv, de lader alting stå til omkring dem, så det er også et spørgsmål om at få fat på deres sagsbehandler, om at få noget konkret hjælp og støtte til hjemmet. Der kan også være nogen af dem, som er psykisk dårlige, som færdes i miljøer, hvor der kan være vold indblandet, og hvor vi af hensyn til vores egen sikkerhed er nødt til at gå to personer derud. Det er ikke altid nok at have en hjælper med. De bliver skræmt fordi de ikke kender baggrunden for, hvorfor borgeren reagerer, som han gør. Så derfor vælger vi oftest at tage en kollega, der er uddannet, med.”

Generelt set oplever sygeplejerskerne, at de udgør et sidste sikkerhedsnet under denne gruppe, som de oplever, at mange andre aktører i systemet siger fra overfor. Det genererer en stor frustration hos mange af sygeplejerskerne at stå med disse ofte meget svære problemstillinger, som ofte handler om alt muligt andet end sygepleje. Der er således også mange sociale problematikker involveret, og der kan i nogle tilfælde også være et sikkerhedsspørgsmål at tage hensyn til. Hertil kommer, at sygeplejerskerne hverken oplever, at de slår til, eller at de kan hente den ønskede hjælp eller sparring nogen steder i det kommunale eller det regionale system.

Nedenstående række af citater, sammensat på tværs af de fire interviews, giver et indblik i, hvilke typer af problemstillinger sygeplejerskerne står overfor på dette område, samt af hvor massive problemerne opleves af sygeplejerskerne:

”Jeg har et grelt eksempel på én, som var truende, men som kom ned til os. Vi ville gerne trække os, fordi han havde en truende adfærd. Så skulle han op til lægen, lægen ville heller ikke. Så ringede vi til distriktspsykiatrien, de ville heller ikke. Kan han ikke komme ud i psykiatrisk skadestue? Nej. Han må først blive så dårlig, så han bliver indlagt. Hvis de andre ikke kan eller vil, så skal vi tage dem. Distriktspsykiatrien fanger dem ikke. Det skal ikke være nogen klagesang. Men vi er sådan set det net, der prøver at holde dem.”

”Generelt oplever jeg, at det er os, der er netværket, der hvor alle andre siger nej. Så skal vi tage dem, fordi vi er sidste led i den kæde, og der må ikke ske omsorgssvigt. Så vi har bare det hele, revl og krat.”

”Det giver masser af sociale problemer, som vi så også bliver blandet ind i på en eller anden måde. For eksempel: Hjemmehjælperen kan ikke komme ind, vi har ikke hørt fra ham i tre dage. Skal vi så tager derud og gå ind, eller hvad skal vi? Så kommer vi derud, og det viser sig, han har ingen penge, han har ingen mad, han har ingen medicin. Alt sammen kommer ind over sygeplejen.”

”Jeg kommer ved én, jeg giver antabus hver morgen. Så synes hun ikke, hun kan sove, og så drikker hun alligevel for at sove. Det er jo spiritus, og hvis det ikke hjælper, så kan hun tage 20 Pamo-ler oveni. Og jeg ringer jo og siger det til hendes læge, og så kommer hun på sygehuset engang i mellem og bliver pumpet ud, og kommer hjem igen, og så køber hun nogle flere. Det er svære situationer. Det er sådan nogen, man tidligere havde ladet være indlagt, indtil de havde styr på det. Så er hun diabetiker oveni og får ikke sin insulin. Hun er kun 44, så man tænker, hvad er det lige, du skal lave der? Vi kender dem alle sammen.”

”Jeg synes der er en tendens til, at der måske er nogen, som ligesom er opgivet af systemet, og så er det os, der kommer og giver dem medicin, fordi der ikke er andre, der vil komme hos dem. Der er ikke nogle hjemmehjælpere, der tør komme hos dem, fordi de måske er sure eller aggressive. Så kan sygeplejersken gøre det. Og så er det nogle ulækre hjem, eller hvad man skal sige. Hvor man kan sige, jamen hjemmehjælpen kan ikke komme der, fordi de skal have APV⁸¹ og det ene og det andet. Men hjemmesygeplejersker har omsorgspligt, så de skal komme der en gang i døgn-
net og kigge, om vedkommende er i live. Jeg ved ikke, om man gør en forskel, men man kommer da og konstaterer, at de er der. Det er jo frygteligt, men dem er der mange af.”

”Vi havde en, som var så uheldig at brække armen. Så er vi nødt til at gå ind og give hjælp, man kan jo ikke lade folk ligge. Og det er jo et mareridt, der er jo ingen hjælpere, der tør at gå ind. Og hvis det er en sygeplejerske eller en hjælper, så bliver faren jo ikke mindre. Det er nogen frygtelige og underlige situationer, vi kommer ud i. Sagsbehandlere der ringer og spørger, hvad de skal gøre. Egen læge vil ikke tage ud. Psykiatrien tillader sig at trække på skuldrene. De vil ikke modtage behandling, og så kan de ikke hjælpe. Men hjemmeplejen skal.”

”Jeg synes ikke man gør nok for dem og jeg føler mig ikke altid i stand til at hjælpe dem sådan, som de har brug for at få hjælp. Og jeg synes det er svært at hente kvalificeret hjælp til dem. Og der synes jeg mange gange, at den varme kartoffel, den ender hos os, og så er det os, der sim-

⁸¹ Arbejdspladsvurdering.

pelthen skal prøve på alle mulige måder at få fat i den hjælp, som de har brug for. Det er så svært. Virkelig svært.”

Samlet set gav sygeplejerskerne udtryk for, at problemerne på psykiatri- og misbrugsområdet var langt større end på de somatiske områder, at mulighederne for samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen var meget ringe, samt at sygeplejerskerne ikke oplevede, at deres kompetencer var tilstrækkelige i forhold til de udfordringer, de møder på psykiatri- og misbrugsområdet.

Hvad sagde sygeplejerskerne om udviklingen i organisering og dokumentation?

Selvom alle interview var fokuseret på ændringer i opgavevaretagelsen på kliniske områder, fandt sygeplejerskerne alligevel anledning til at pege på en lang række ændringer i deres arbejde, og dermed de opgaver de udfører i hverdagen, som var mere relateret til ændret organisering og ændrede (sam)arbejdsformer end til udviklingen på kliniske områder. Disse temaer behandles i denne afsluttende del og omhandler særligt ændringer i relation til **dokumentation**, indførelse af ny **teknologi** og de ændringer nye **specialiserings-** og **organiseringer** skaber i forhold til blandt andet **kommunikation** og **samarbejde** både internt i kommunen og i relation til eksterne samarbejdspartner.

Dokumentation, it og ny teknologi

Dokumentation er et tema, som sygeplejerskerne oplever, at de bruger betydeligt mere tid på i dag – herunder ikke mindst indførelsen af ny it-teknologi i relation til dokumentation:

”Dokumentation som sådan er jo ikke nyt i sygeplejen. Men at det fylder så meget, som det gør, det er noget nyt. Det har aldrig fyldt så meget, men det er også it-systemernes skyld.”

Så godt som alle sygeplejerskerne gav udtryk for, at de oplevede, at dokumentation fylder mere i hverdagen, end det gjorde tidligere. Men årsagerne er forskellige og mangeartede. Og som det påpeges af sygeplejerskerne selv, så er dokumentation ikke noget nyt i sig selv. Men både **it-delen** og et mere eksplicit **juridisk aspekt** er nogle af de faktorer, som gør, at sygeplejerskerne oplever, at det fylder mere i deres hverdag:

”Lovgivningsmæssigt har reglerne for journalføring ændret sig. Der har ikke altid været så skrappe regler for dokumentation som i dag. Det er også et spørgsmål om hele holdningen i samfundet, om de stadig har tillid sygeplejersken, eller om vi skal dokumentere, hvorfor vi gør tingene, og hvornår vi har gjort det og på hvilket grundlag. Både for vores egen sikkerheds skyld, for borgernes skyld og for det retslige aspekt i det. Altså, der er kommet jura ind i sygeplejen, simpelt hen.”

Dokumentation er ikke nogen lille opgave: Ingen sætter præcise tal på, men flere af sygeplejerskerne peger på, at de bruger 25-50 % af deres tid på de opgaver, som de under ét kalder dokumentation. Hermed mener flere af dem alle de opgaver, som ikke er A-til-A tid,⁸² for eksempel også de skriveopgaver, som ikke er egentlig dokumentation af klinisk praksis, men som er kommunikation med andre social- og sundhedsfaglige:

”Hvis du presser nogen, så siger de jo faktisk, at vores tid den skal ligge på 50/50: 50 % A-til-A tid og 50 % til dokumentation. Og det får du ikke nogen til at skrive ned på et stykke papir.”

”Jeg synes, det er så voldsomt. Når vi måler vores A-til-A tid, så er den jo så lille – men det er det, jeg holder mest af”.

⁸² ”A-til-A tid” er et udtryk, der bruges om den tid, sundhedsfaglige er ansigt til ansigt med patienter/borgere/klienter.

Sygeplejerskerne oplever, at den dokumentation, de foretager, **ikke er klinisk dokumentation**, som de og deres kollegaer i deres daglige praksis har behov for, men snarere har karakter af **indberetning af data** til andre systemer, som arbejder med opgaver, der ligger fjernt fra sygeplejerskernes hverdag såsom overordnet **økonomisk styring og frit valg**:

”Vi har altid skullet dokumentere, men kravene for dokumentation har været voldsomt stigende, og de har været meget påvirket af embedslægens tilsyn. Plus at meget af vores dokumentation er jo egentlig statistikmateriale, der skal bruges til frit valg. Så egentlig er det grundlæggende mest statistik, man udvikler tingene for. Det er i hvert fald min kritik i forhold til mange af de systemer, der bliver sat i værk. Når man kigger på indholdssiden og handlingsplanerne og sådan noget, så er det ikke der, man har udviklet massivt. Det er de områder, hvor man kan lave noget statistik, hvor man kan regne ud, hvad giver det i enheder, frit valg og kroner og ører.”

Og sygeplejerskernes syn på dokumentation er – ligesom andre sundhedsfagliges – præget af, hvor brugbar og relevant dokumentationen er for dem selv i hverdagen. Men flere kommer også med eksempler på, hvordan de oplever, at nye og oftest IT-baserede systemer har haft **positive effekter** på deres arbejde. Nogle sygeplejersker peger også på, at dokumentation i IT-baserede omsorgssystemer har ændret deres måde at arbejde på, blandt andet ved at det skaber et øget fokus på **handleplaner**:

”Tidligere lavede man slet ikke handleplaner. Da jeg startede for 10 år siden i denne kommune, da skulle vi ned og rode efter gamle papirjournaler, og måske stod der et notat for nogle uger eller nogle måneder siden. Og så har vi jo så fået omsorgssystemet inden for de sidste fem år og har selvfølgelig skullet lære at bruge det. Men en af de ting, som er rigtig godt ved det, er, at du kan bruge en handleplan, hvor du sætter et mål og en behandling, og du evaluerer på det. Og det skaber også meget mere kontinuitet, dels hvis der er mange forskellige, som kommer i hjemmet – så kan man skrive i og se handleplanen, følge den. Det bliver meget mere ensartet service eller behandling”.

Andre beskriver, hvordan IT har været med til at **synliggøre sygeplejerskernes arbejde** – både over for dem selv og for deres kollegaer – og hvordan det i sig selv har været en god anledning til en mere aktiv stillingtagen til, hvilke opgaver sygeplejerskerne udfører og ikke mindst en anledning til **uddelegering**:

”Da vi fik IT og kørelisterne, blev det synligt, hvilke opgaver man kørte ud og varetog. Før havde vi det sådan ligesom en privatpraktiserende virksomhed, og man tog sin kørebog med sig hjem efter arbejde. Så der var ikke nogen, der kunne se noget. Vi havde jo alle været på arbejde, det var ikke det, men hvad vi egentligt konkret havde lavet, det blev meget synligt, da vi fik kørelister. Og der kunne vi pludselig se, at det var meget forskelligt, bare i en lille gruppe, hvad man lavede, hvor meget tid man brugte på det og sådan noget. Og det førte til en diskussion af, hvad lægger du i sådan et besøg? Hvad gør du? Og hvad er det, der er forskel på? Så begyndte vi at se på, vi er nødt til at have defineret, hvad er det, sygeplejerskerne hos os skal tage sig af? Og hvis ikke vi skal tage os af det, hvem skal så? Og så kom vi til at se på de andres kompetencer, for hjælperne og assistenterne har jo kompetencer, og dem kunne vi se, de var måske blevet glemt lidt. Vi begyndte at få beskrevet sygepleje på de tre niveauer, sådan så vi fik beskrevet det elementære, det grundlæggende og den komplekse sygepleje. Det blev et redskab til uddelegering og til at holde de forskellige faggrupper fast på deres kompetencer, så de får opgaver, der svarer til deres kompetencer. Så har vi så lavet nogle punkter under kompleks sygepleje, som godt kan uddelegeres til assistenter. Og under sosu-assistenten har vi også nogle opgaver, der kan uddelegeres til sosu-hjælpere efter oplæring naturligvis. Men det har været en meget god proces at prøve at se, hvad er det egentlig vi gør?”

Dokumentationen har ændret sig med den tekniske udvikling i retning af IT-systemer, hvilket skaber problematikker omkring **teknik, der ikke er up-to-date** eller **ikke fungerer**, og personalegrupper der ikke ønsker at lære at anvende it. I det hele taget oplever sygeplejerskerne, at der kommer megen ny teknologi – både i form af **telemedicin, PDA'ere, mobiltelefoner**, men også mere teknologi hos borgerne for eksempel **nødkald**:

”Det er ligesom om vi skal være små teknikere. Jo det giver os noget viden, når det virker. Hvis det går i stykker og bryder ned, så er der ingen livliner. Det er jo os, der har været ude og skifte batterier i nødkald og telefoner, og det går jo i stykker og sådan noget. Og det synes jeg egentlig, vi bruger meget tid på: Opgaver, man kan sætte gud og hver mand til!”

Sygeplejerskerne nævner andre eksempler på, hvilke konsekvenser den øgede brug af maskiner og teknik i hjemmet har for dem. Både i relation til for eksempel KOL og dialysepatienter peger flere af sygeplejerskerne på, at de oplever mange opgaver, som handler om at være **praktisk og teknisk problemløser**, når noget af den megen teknik ude i hjemmene gør vrøvl:

”Den nye opgave, det er den med støtte og vejledning og guidning. Og alt det der teknik som også kan bryde sammen og sige mærkelige lyde, og hvad gør de så? Så ringer de til hjemmesygeplejersken.”

Også i relation til hjemmedialyse peger flere sygeplejersker specifikt på dette aspekt:

”Så er der problemer med maskinen, så alarmerer den, så bliver vi kaldt. Og så ringer man ind til sygehuset: ’Hvad er det lige den piver for?’ De er søde at snakke med, og der er et godt samarbejde med sygehuset, men der er meget arbejde ved det.”

Også **manglende it-hardware** giver problemer nogen steder, som opleves som spild af tid:

”Dokumentation fylder meget, og jeg synes vi er blevet påduttet rigtig meget dokumentation uden at have redskaberne. Vi sidder seks sygeplejersker, og vi startede med to computere. Så kunne vi så sidde og vente på hinanden, så vi kunne komme ind og dokumentere og skrive medicinskemaer ud, som sådan set var et krav. De har ikke givet os redskaberne til at gøre det på en god måde.”

Sygeplejerskerne giver også andre eksempler på, hvordan IT-hardware skaber problemer i hverdagen:

”Det gode ved det [*mobile løsninger, som fx PDA’er, red.*] er, at du har oplysningerne med dig, du skal ikke tilbage på et kontor og hente det. Du har ikke en tung taske, du skal slæbe rundt på, hvor vi jo før havde lister og kørelister og alt muligt. Så jeg kan godt se fremtiden i det. Men kommunerne har ikke været – jeg kan kun tale for de 4-6 stykker jeg kommer i – dygtige nok til at forudse, hvilke ressourcer, der har været nødvendige. Få trukket kabler: Der er simpelthen nogle døde områder, hvor PDA’er ikke kan åbnes, hvor de ikke fungerer. Og det dur bare ikke i en presset situation. Men så handler man – altså en sygeplejerske kan altid fungere, og så finder man jo løsninger. Men det er ikke tilfredsstillende.”

Et sidste problemfelt i relation til IT handler ikke om teknikken, men om de sygeplejersker der skal betjene den og deres **IT-kompetencer**:

”Der er jo rigtig mange, der ikke har de fornødne IT-kundskaber. Vi er sygeplejersker, vi har taget en sygeplejeuddannelse, fordi vi gerne vil det. Nu skal du nærmest have en mindre IT-grad også, fordi at det kræver det bare, hvis du skal være hos os.”

Flere af sygeplejerskerne i interviewrunden gjorde opmærksom på, at de på netop dette punkt ikke er repræsentative for hjemmesygeplejersker som sådan, fordi de alle er relativt erfarne sygeplejersker. Og således oplever de heller ikke overraskende, at deres yngre kollegaer ofte har lettere ved IT-delen:

”Det har fyldt hos os, som ikke er sprit nyuddannede, for man kan jo se de nye sygeplejersker, de kører jo bare med klatten: Det kan de jo bare! Det vælter jo bare ud af hænderne på dem, man bliver jo helt forlegen, når man sidder ved siden af dem.”

”Vi har haft ældre sygeplejersker, der har sagt, jeg tager i fisken og skærer fisk, fordi det her det kan jeg ikke. Hvor man siger, ’Du er jo en god sygeplejerske, hold nu fast i det, så må vi få dig lært det her.’ Men det er da sørgeligt, at man er nødt til det.”

Ny teknologi og øget dokumentation har også sat mere fokus på, hvad det egentlig er, sygeplejerskerne skriver og hvorfor. Og sygeplejerskerne peger selv på, at de ikke altid og alle steder er lige gode til at få styr på deres skrive-kultur, og at nye dokumentations- og kommunikationssystemer er kommet til, uden at de har været tilstrækkeligt konsekvente med at **få ryddet ud i de gamle kommunikationssystemer**. Så den øgede dokumentation handler ikke udelukkende om eksterne krav. Det handler også om sygeplejerskerne og særligt deres ledelses vilje og evner til at få lavet gode dokumentations- og kommunikationssystemer:

”Men man skal holde fast i, hvad er det så, der skal dokumenteres, for der bliver dokumenteret alt for meget. Hvis vi gennemgår sygeplejefaglige optegnelser, så står der mange ting, der ikke skulle stå der. Mange gange er det blevet dagbogsnotater i stedet for data, og sygeplejefaglige optegnelser skal være data, der skal bruges.”

Nedenstående eksempel illustrerer, hvad der kan ske i praksis, når man i en kommune ikke får ryddet ud i dokumentations- og kommunikationssystemerne efterhånden, som man indfører nye. Det har medført, at skriveopgaverne er blevet mangedoblet, men årsagen er ikke nye eksterne krav – snarere den udvikling i organiseringen som medarbejderne har forsøgt at tilpasse deres kommunikationsbehov til. For at lette læsningen af eksemplet, er de i alt fem forskellige steder, sygeplejerskerne dokumenterer, understreget i citatet:

”Hvis det er en borger i en ustabil fase, så kræver det, med de der meget store berøringsflader vi har, at man ofte dokumenterer flere steder, for at man er sikker på, at det, der sker hos borgeren, kommer derud, hvor det skal. Vi skriver fem steder. For eksempel hvis jeg har en borger, der har fået lungebetændelse: Så bliver vi for eksempel nødt til at dokumentere, vi skal have skrevet i **bogen** som ligger på kontoret, og som der bliver læst højt fra ved vagtskifte, det vil sige et internt rapport- og kommunikationssystem, hvor der noteres oplysninger, som kan influere på kommende opgaver. For eksempel ville jeg i lungebetændelseseksemplet skrive, at hjælpere, der kommer i hjemmet om aftenen, skal være obs. på, hvordan borgerens situation er, at der muligvis skal føres ekstra tilsyn, at borgeren muligvis skal have hjælp med penicillin og støtte til at komme i seng. Bogen læses op for hele sygeplejegruppen, når man møder ind i for eksempel en dagvagt. Aften- og nattevagten skriver i bogen, hvad de har oplevet, hvis der skal tages højde for det i dagvagten. Så har vi også et **it-system**, hvor vi går ind og dokumenterer, hvad det er, vi har gjort, og derfra sender vi også besked til visitationen, hvis der for eksempel skal bruges mere tid. Det gør jeg elektronisk. Derudover skriver jeg det i en **sygeplejekalender**, som sygeplejerskerne læser op. Der skriver jeg, at hos denne borger skal vi være opmærksomme på, at der skal være sygebesøg formiddagen efter. I sygeplejekalenderen kommunikerer vi fra sygeplejerske til sygeplejerske. Bogen læses kun op et døgn tilbage, mens kalenderen bruges til at planlægge længere frem. Og så er der et **kladdehæfte til disponenten**. Vi har en disponent, der sidder og laver vores kørelister, og som tager de ting, som er visiteret, og som visitationen sender til hende via it. Og det skal hun jo have ned på en køreliste tidsmæssigt, så det passer til os. Og så hvis der er ændringer, det kan være en fredag eftermiddag, hvor han bliver syg med lungebetændelse, så kan de ikke nå at visitere tiden til os. Så er vi nødt til at skrive til hende i en kalender, at han skal have mere tid, så hun kan lave nogle akutte ydelser og sætte over på kørelisten. Endelig skriver vi i **borgerbogen** – der dokumenterer vi jo alt først. Sygeplejerskerne har ikke pligt til at dokumentere her, men vi gør det af god vilje. Bogen henvender sig til borgeren, pårørende og hjælpere der kommer i hjemmet. På grund af opdelingen i teams hører ikke alle hjælpere, hvad der bliver læst op fra bogen om morgenen – de fire teams læser nemlig op af hver deres teambog. Derfor er vi nødt til også at skrive beskeder til hjælperne i borgerbogen. Bogen virker også som dokumentation for, at hjemmesygeplejersken har været der, og hvad der er gjort under besøget, for PDA’erne virker ikke altid.”

Eksemplet illustrerer, hvor stort og komplekst et kommunikationsbehov der let kan opstå i en hjemmepleje med store enheder og organisatoriske skel og mange aktører involveret i de samme borgerforløb. Det giver et indblik i, hvor mange kommunikationsdetaljer der skal gennemtænkes, samt hvor let der bliver skabt parallelsystemer og dobbeltregistrering, som alt sammen tager tid, men som også

øger risikoen for fejlkommunikation og misforståelser. Men selv i de kommuner, som forsøger at gå konsekvent over til it-baseret dokumentation og kommunikation, er det ikke helt uproblematisk:

”Vi er gået helt over til it. Men det giver nogle ulemper på den måde, at hvis jeg så kommer ud i et hjem, eller hjemmehjælperen kommer ud i et hjem, og jeg lige har skrevet et eller andet eller har bedt hende ’Kan du ikke lige være opmærksom på sådan og sådan, for hun har fået noget andet medicin’ – så skal hjælperen ind og kigge på sin PDA’er. Men det er ikke sikkert, det er en fast hjemmehjælp, det kan være, det er en afløser, der er der. Hun er måske uuddannet – hun har måske slet ikke nogen PDA’er. Den kommunikation vi har i dag gør også, at det er mere besværligt. Det er nemmere lige at kigge på den opslåede bog, som ligger her: ’Hov, det skal jeg være opmærksom på!’ I stedet for at man skal ind på sin computer og kigge.”

Men it-teknologi og -kommunikation er ikke bare noget, der foregår internt i kommunerne: Også i relation til **samarbejdsparter i det øvrige sygehusvæsen** er der udfordringer, når de kommunale systemer ikke kan kommunikere med sygehusene, egen læge og apotekerne, og så oplever sygeplejerskerne igen, at det forøger deres dokumentations- og kommunikationsarbejde:

”Dobbelt-dokumentation handler om, hvorvidt man kan skrive i samme borgersystem. I forbindelse med kommunesammenlægningen er hjemmesygeplejen i min kommune gået tilbage til et it-system, der ikke kan kommunikere med andre it-systemer i sundhedsvæsenet – hverken sygehusets, egen læges eller apotekernes”.

Samlet set oplever sygeplejerskerne at bruge væsentligt mere tid på dokumentation. Det kan give anledning til nye muligheder for arbejdsorganisering, uddelegering og udvikling af sygeplejearbejdet via den synlighed, dokumentationen skaber. Men det rummer også farer for, at kommunikationsinfrastrukturen bliver meget kompleks, fordi ingen systemer – hverken papirbårne eller elektroniske – sikrer alle formål, hvilket kan føre til en hel del dobbeltregistrering.

Specialisering, uddelegering og samarbejde

Et sidste emne, som fyldte for hjemmesygeplejerskerne i relation til udviklingen i deres arbejde, var udviklingen i organiseringen. Særligt specialiseringen i kommuner og på sygehuse, den ændrede personalesammensætning i kommunerne, den medfølgende uddelegering til andre personalegrupper og de mange samarbejdsrelationer som både specialisering og uddelegering medfører.

Sygeplejerskerne oplevede en tiltagende specialisering af sygeplejen i kommunerne. Som det er fremgået af rapporten, oplever sygeplejerskerne fordele ved, at der er kommet flere specialister på områder som fx demens, inkontinens, KOL og sår. Men sygeplejerskerne peger også på, at udviklingen ikke er helt uproblematisk, og at der er mere eller mindre hensigtsmæssige måder at bruge specialister på i den kommunale sygepleje. Sygeplejerskerne nævner således flere bivirkninger ved specialiseringen:

Den første bivirkning handler om, at **specialiseringen ofte sker på bekostning af generalisterne** i basisplejen, og de ressourcer der er til rådighed her:

”Vi var inde på det med diabetes, og det kommer på sår[-området, red.]. I det hele taget så har vi set en udvikling i kommunerne, hvor vi har uddannet flere og flere sygeplejersker med specialer. Og det har vel også været en nødvendighed, fordi vi får flere af de komplekse borgere. Men prisen for det er, at vi ikke har så mange ressourcer til den basale sygepleje.”

”Jeg synes, det er fint, der er en sårsygeplejerske. Men hun har jo akkurat det samme arbejde, som vi andre har, men så har hun den uddannelse ved siden af, og så skal vi have hende over i et andet distrikt, og vi skal have nogle arbejdsfordelinger lavet om. Det betyder også, at jeg kan få en hjælp, hvis jeg har behov for det, lige præcis til dét sår. Hun går med mig ud, og er konsulent for mig, og det er de andre specialister også. Og det er jo fint, men så kniber med at få ressourcer til at udføre de andre basale ting, som hun jo havde. Det har vi ikke fået kompensation for. For de

piger vi uddanner til at have specialer, det går ofte af ressourcerne til normeringstimerne. Og de bruger jo tiden på meget andet end at køre ud og lave basissygepleje, og det er fint inden for de områder, men der er det, jeg synes, det er lidt på bekostning af de øvrige opgaver. Der følger også noget med at have et specialeområde: Så har du en funktionsdag, så render du til en masse møder, og det går alt sammen fra den tid, vi skulle have ude hos borgerne, og der er ikke kommet nogen i stedet for.”

”Så sidder der en demenssygeplejerske og en KOL-sygeplejerske, og næsten alle har en eller anden form for speciale. Ikke fordi jeg ikke synes, det er rigtigt godt – og det er dejligt, at man kan spørge. Men i det daglige kan det godt være lidt belastende. For hvem er det så lige, vi har nede på gulvet til at lave de almindelige opgaver, som der også er? At være generalister er vores fornemste opgave.”

En anden bivirkning handler om, at **specialiseringen kan medføre et kompetencedræn blandt generalisterne** i basisplejen, som sygeplejerskerne her påpeger:

”Jeg ved da i hvert fald fra mig selv, at når jeg nu har en kollega, som er diabetessygeplejerske, én som er sårplejerske og så videre, så ajourfører jeg mig ikke på samme måde, fordi jeg kan rådføre mig og få supervision – og det kan faktisk også være lidt farligt, synes jeg.”

”Når jeg ved, at nu kan jeg spørge om det og det, kan jeg mærke på mig selv, at jeg ikke holder mig så meget ajour på samme måde. Nu læser jeg stadigvæk *Sygeplejersken*, men tidligere læste jeg artikler om forskellige ting og sager på nettet, hvis der var noget, jeg undrede mig over. Sådan noget gør jeg ikke ret meget mere. Det sidste nye, det kan jeg altid få, fordi sårplejersken har det sidste nye inden for sår, og diabetessygeplejersken hun har det sidste nye der. Det er både godt og ondt.”

Specialiseringen betyder, at generalistsygeplejerskerne alt andet lige har færre af de specialiserede opgaver, end de ellers ville have, og dermed er deres incitament til selv at søge viden for at holde sig opdateret på disse områder også generelt set mindre. Til gengæld har de nu mulighed for at få viden fra specialisterne – men det afhænger helt af, hvordan specialisterne bruges i praksis: Tager de over fra generalisterne? Eller fungerer de som vejledere og supervisere?

En tredje bivirkning handler om, at **specialiseringen alt andet lige giver en mere fragmenteret pleje**:

”Borgerne møder for mange personer i det hele taget. Nu er det jo meget oppe i tiden med kontaktsygepleje, og det synes jeg egentlig, vi har haft i mange år. Altså, man har haft et fast distrikt, man kørte i, og så tog man sig af alt omkring borgerne. Men nu er det sårplejersken, der skal tage sårene og så videre. Så det med at der var den faste sygeplejerske, den misser vi på en eller anden måde, og den var virkelig værdifuld.”

”Det giver en mere fragmenteret pleje. Det giver mere koordinering, og borgerne er ikke lige trygge ved alle. Det er ikke altid, de lige melder ud, så man får det reelle billede af deres situation, når der er så mange, der skal tage sig af det.”

”Og så er der mange meninger, der skal koordineres, så man får en fælles holdning.”

Men som både dette afsnit om bivirkninger samt analyserne i selve rapporten af udviklingen på de forskellige kliniske områder har vist, så oplever sygeplejerskerne også, at specialiseringen rummer fordele:

”Jeg synes, der er mange gode sider ved specialisering ude i kommunerne, for jeg kan simpelthen ikke nå at følge op på alting. Jeg kan ikke både nå at have styr på vakuumbehandling, posodialyse og de sidste nye nåle til insulininjektion. Det kan jeg simpelthen ikke nå! Jeg synes, det er fedt at have nogle kollegaer, der kan komme med nogle input. De skal ikke nødvendigvis tage alle sårene, for så bliver jeg ikke god til det. Men de skal støtte mig i det og sørge for, at jeg har den sidste nye viden.”

Spørgsmålet om specialisering handler for sygeplejerskerne således meget om, *hvordan* specialiseringen sker: Hvis specialisterne tager ressourcerne fra generalisterne, og samtidig kun overtager de specialiserede opgaver, så plejen af borgerne fragmenteres, så oplever de, at det er problematisk. Hvis specialisterne er tænkt som et kvalitetsløft, der ikke sker på bekostning af basisnormeringen og som vejleder og superviserer i stedet for at tage over, så er sygeplejerskerne generelt set mere positive.

Monofaglig organisering af sygeplejen i kommunerne

En anden specialiseringstendens, der ses i kommunerne, og som mange af sygeplejerskerne omtaler, er den stigende tendens til, at sygeplejen organiseres monofagligt og dermed adskilles strukturelt, organisatorisk og ledelsesmæssigt fra hjælpergrupperne. Denne samtale blandt en gruppe sygeplejersker illustrerer dilemmaet:

Monofaglig organisering af sygeplejen ”kan både have fordele og ulemper. Ulempen er selvfølgelig, at vi ikke har pulsen på alt, og vi ved ikke alt. Tidligere var det jo os, der havde det hele. Da jeg startede, skulle vi både koordinere med rengøring og hjemmehjælpere, og hvad ved jeg, og nu er det kun sygeplejen. Og i forhold til sygeplejen, der gør vi rigtig meget i alle de her specielle ting, sondemad for eksempel. Det er rene sygeplejeopgaver, vi har med at gøre. Det er det, der har gjort, at det er en fordel. Ulempen er, at jeg ikke ved alting mere. Jeg føler sommetider, at der bliver tabt nogle ting på gulvet, fordi der ikke er en sygeplejerske til at samle trådene på helt samme måde.”

”Hjælperne og assistenterne har ikke uddannelsen til at samle trådene på samme måde.”

”Somme tider så hører vi først om tingene, når det er et mega problem.”

”Det kan være nogle signaler, som nogle borgere sender ud om, at de har det dårligt fysisk eller psykisk eller noget, hvor de [*hjælperne og assistenterne, red.*] ikke er opmærksomme på det, fordi de ikke har uddannelsen til at lave de observationer. Hvis det er hjem, hvor vi ikke kommer, og der ikke bliver snakket om det, er det et problem. Mange af dem er rigtig gode til at komme med små observationer – røde knopper og hvad ved jeg. Men vi hører ikke så meget mere, som vi gjorde tidligere, så det er først, når det er blevet et stort problem, at vi bliver involveret.”

Nogle sygeplejersker peger på, at den monofaglige organisering også kan være svær for hjælperne, der har brug for sygeplejerskernes viden:

”Vi er også en monofaglig sygeplejegruppe. Men det gør også, at det er svært at være ny som hjemmehjælper, fordi der ikke lige er en sygeplejerske, man kan spørge, og det forventes, at man kan rimelig meget, når man træder ind. Der er ikke nogen at læne sig op ad. Hjemmehjælpsgrupperne føler sig rigtig meget ladt alene, synes jeg. Det er kunsten: Vi synes, at de godt kan klare sig, men de har brug for at have ryggen fri: ’Det kan være at hun har røde knopper, og nu har jeg i hvert fald sagt det til dig, hej’.”

Flere sygeplejersker beskriver, at de tidligere havde et tættere dagligt samarbejde med hjælperne, som gav dem en bedre fornemmelse af, hvad der foregik i de hjem, de ikke selv kom i:

”Vi havde et tæt dagligt samarbejde med hjælperne dengang, i de hjem de kom i, og vi kom der også selv. Men nu er det [*arbejdet, red.*] ude ved nogle hjælpere, vi måske ikke ser og ikke snakker med, og nogle assistenter som vi heller ikke ser. Vi kommunikerer via vores vældigt fine elektroniske system. For 10 år siden mødtes vi hver eneste morgen, det var ikke så lang tid, for lige at høre: Har vi nogen problemer i dag? Hvordan ser det ud med dem og dem? De var lidt sløje i sidste uge, hvordan ser det ud i dag? Også de hjem jeg ikke kom i. Det var mit kollektiv, det var mine hjælpere. Vi havde hvert vores kollektiv, som vi samarbejdede med meget tæt. Og det var os, der visiterede opgaverne til praktisk hjælp og hjælpemidler for 10 år siden.”

”Vi er taget ud af gruppen og mangler overblik over de klienter, der er i det område, hvor vi egentlig er. Vi har mere den der rådgivende rolle i forhold til hjemmehjælperne. Derved mener jeg, at vi har mistet og mangler overblik over, hvad der ligger. Hvad rører der sig her? Er der nogen, der er på vej ud i noget, en sygdom eller? Det overblik har vi slet ikke mere.”

En enkelt sygeplejerske peger på, at strukturen så godt som alle steder er ændret i retning af en mere monofaglig organisering af sygeplejerskerne. Men hun rejser samtidig spørgsmålet om, hvorvidt man ikke inden for den nye monofaglige struktur stadig kunne arbejde for at opnå de fordele, som sygeplejerskerne oplevede, at det tætte samarbejde med hjælpergrupperne gav dem tidligere:

”Jeg tror ikke altid, det er organisationsopbygningen, der gør forskellen, men i stedet at man er kreativ og finder de løsningsmuligheder, hvor man kan få samarbejdet op at stå. For jeg tror, hvis man vil det samarbejde – og det er meget op til sygeplejerskerne at sige, vi vil samarbejde – så er vi nødt til at finde en form, hvor det kan lade sig gøre. Og det kan godt lade sig gøre, uden at vi behøver sidde for bordenden hver morgen. Ikke at det ikke var godt, vi må bare konstatere, at det ikke altid kan lade sig gøre i dag, og så må man finde andre måder at samarbejde på.”

Uddelegering i hjemmeplejen og sygeplejerskernes ændrede rolle

Personalesammensætningen har ændret sig meget på det kommunale område. Der er kommet flere SOSU-assistenten og -hjælpere, og der er færre sygeplejersker end for 10 år siden.⁸³ Det er en af de væsentligste årsager til, at hjemmesygeplejerskerne i højere grad må uddelegere opgaver til andre faggrupper, og følgelig oplever sygeplejerskerne, at de i dag bruger mere tid på oplæring og supervision i relation til uddelegerede opgaver, end de gjorde tidligere. Som en sygeplejerske udtrykte det: *”Den sygepleje vi laver, den foregår jo også via otte andre!”*

Sygeplejerskerne peger på, at man i dag har **uddelegeret langt flere kliniske opgaver** til andet personale end tidligere:

”Man uddelegerer flere ting, hvor man for nogle år siden havde tænkt, ’Nå men de skal tre ting, så det er alt for svært for hjælperne’. Men i dag så skal opgaverne bare ud, for ellers kan man ikke nå det.”

”Før når man smurte med hormoncreme, så var det sygeplejersken, der tog ud og gjorde det og havde styr på det. I dag oplærer vi personalet i det. Det er nogle helt andre opgaver: Vi oplærer dem i øjendryp ved nyopereret grå stær. De skal varetage flere opgaver, end de skulle før. Der var det den basale pleje, de havde, i dag skal de også have nogle flere kliniske opgaver.”

”Men den der flytning til assistenterne, det gør jo også, at de opgaver, der er tilbage til os, det er de specialiserede. De der rutineopgaver de er det ikke mere. De findes stort set ikke længere. Stabile diabetespatienter de kører på assistenthænder, og det samme gælder stabil medicindosering, som ikke kan overgå til dosisdispensering. Førhen sad vi og doserede meget medicin, det gør vi jo ikke længere, de er dosisdispenseret, og dem der måske er, de kører ved assistenterne ligesom små sårskift og stomi.”

Sygeplejerskerne peger imidlertid på, at uddelegeringen til andet personale også medfører nogle nye opgaver for sygeplejerskerne, ikke mindst fordi andet personale læres op:

”Der ligger en stor pædagogisk opgave for vores hjælper, fordi det er dem, der skal oplæres i, hvordan de skal gøre ved en borger, der ikke kan holde til så meget – hvor man er nødt til at tilrettelægge og koordinere mere, og hvad gør de, når han går i panik? Et bad hos en KOL-patient det tager måske 45 min.”

⁸³ Se evt. statistiske data for udviklingen i medarbejdersammensætningen i ”Hjemmesygeplejen i Danmark” (Vinge m.fl., DSI 2006).

”Vi har så mange diabetespatienter nu, at vi ikke har mulighed for at køre ud til alle, så vi lærer social- og sundhedshjælpere op til det: Hjælperne skal lære hvilke tegn, de skal reagere på, og hvornår de skal tilkalde hjemmesygeplejerskerne og være klar over deres kompetence. De skal have separat tilladelse til at udføre injektioner for hver enkelt borger.”

På demensområdet oplever sygeplejerskerne, at de bruger mere tid på oplæring af hjælperne i pleje af demente og i, hvordan man får udført plejeopgaver i dag, hvor de demente er langt mindre medicineret:

”Vi skal lære vores hjælpere, hvordan man taler. Man skal ikke sige, ’Vil du med ud i bad?’ Altså, man skal lære hjælperne at få dem i bad pædagogisk rigtigt. Man skal ikke nævne vand. Netop det med at vaskes og vand, det kan mange demente slet ikke have. Man kan sige: ”Vi skal på badeværelset.” eller ”Du skal ind og nusses lidt.” Man skal kende dem. Det er en opgave helt i sig selv.”

”Før brugte man enten tvang eller medicinerede dem, dopede dem så de var lette at håndtere eller accepterede, at de var beskidte.”

Men undervisningen og oplæringen af hjælperne handler også om viden om de forskellige demens typer, om demens og aggressivitet, om behandling af demens, pleje og pasning, de sociale aspekter ikke mindst i relation til magtanvendelse: ”*hvad kan man, hvad må man, og hvad må man ikke?*” Sygeplejerskerne oplever, at oplæring og supervision af hjælpere er en stor opgave på demensområdet i dag.

Men som det antydes, betyder uddelegeringen ofte en oplæring i hvert enkelt tilfælde, da mange opgaver ikke kan uddelegeres generelt, men kun specifikt i forhold til den enkelte patient, og det er under alle omstændigheder stadig hjemmesygeplejerskens ansvar at **følge op og sikre kvaliteten** af de uddelegerede opgaver.

I relation til **oplæring** – særligt af ufaglærte og hjælpere – peger flere af sygeplejerskerne på, at det ikke blot handler om at lære kliniske opgaver og plejeopgaver fra sig. Nogle sygeplejersker peger også på, at gruppen af fortrinsvis unge, de får ind som hjælpere eller ufaglærte, er anderledes klædt på til at begå sig i et fremmed hjem blandt ældre, og at sygeplejerskerne derfor føler, at de skal bruge mere tid på oplæring:

”Det er hjælpere og ufaglært personale, man også skal tage hånd om på en eller anden måde og fortælle, hvordan man gebærder sig, hvordan man opfører sig, og hvordan man laver nedre toilette, hvis de kommer og spørger. Nogle gange kommer de næsten lige fra gaden, synes jeg. De skal have introduktion til, hvad det er at være gammel, hvad er det for noget hjælp, vi skal give dem: Når de har tabt en potteplante, så skal du lige støvsuge det op. Den oplæring var ikke nær så massiv tidligere.”

”Jeg tænker, at det nogle gange er dem, som ikke kan blive andet: Så kan man blive hjemmehjælper. Før var det et aktivt valg. Og det var nogle mere modne mennesker. Man havde en idé om, hvordan man gør. Jeg snakkede med en fysioterapeut om det, og hun sagde: Første skridt det er ’Du må ikke stå og sms’e, når jeg snakker til dig!’ Altså samværsregler. Der er nogen, der er rigtig gode, det er der heldigvis. Men der er også nogen, som er store børn.”

Flere af sygeplejerskerne peger på, at der er massive rekrutteringsproblemer i hjælpergrupperne, hvorfor ansøgerne er af en anden kvalitet og støbning end tidligere, og derfor oplever sygeplejerskerne, at deres arbejde med at oplære hjælperne og få dem til at fungere i hverdagen er vokset. Ikke bare fordi der er kommet flere hjælpere relativt set i forhold til sygeplejersker, men også fordi hjælperne kræver mere oplæring – også i meget andet end plejeopgaver.

Både den ændrede sammensætning af medarbejdergruppen i hjemmeplejen, den deraf følgende uddelegering og den mere monofaglige organisering af sygeplejen har **ændret sygeplejerskernes**

rolle i retning af at fungere mere som **konsulenter, undervisere og vejledere** samtidig med, at de føler, at de selv er kommet længere væk fra opgaverne omkring den egentlige personlige pleje:

"Jeg vil sige, at man i højere grad også fungerer som konsulent end bare som sygeplejerske. For vi har hjælpere, der for eksempel bliver oplært i at skifte små sår. Så har vi en aftale om, at vi tilser dem en gang om ugen, eller hvad der nu er nødvendigt, og assistenterne klarer mange sygeplejeopgaver selv. Der er nogle sår, vi har tilsyn med, og ellers kalder de os, hvis de har brug for supervision eller assistance."

"Jeg er kommet længere og længere væk fra at have fingrene i den personlige pleje. Det prøvede jeg her i en periode, fordi jeg var fast nattevagt, og det var da guf at komme helt ind der, hvor man egentlig startede. Det kan jeg godt lide: at være med i den personlige pleje og være tættere på i nogle af de der helt basale ting. Det er der ikke tid til nu som sygeplejerske. Det giver en nærhed og en tilfredshed. Der er en fornøjelse i det – det er det håndværk, vi kan!"

"Man kan sige, at sygeplejen udvikler sig fra det meget kliniske, hvor det er nogle helt konkrete ting, man går ud og gør ved borgerne. Så er man meget mere den undervisende, og vejledende og koordinerende – man er på en eller anden måde længere væk fra patienten, men man skal stadig trække i alle trådene."

Uddelegeringen – *"sygepleje via otte andre"* – kræver imidlertid et tæt samarbejde for løbende at kunne sikre kvaliteten af udførelsen af de uddelegerede opgaver og følge med i uforudsete udviklinger, manglende virkninger og bivirkninger:

"En forudsætning for at vores assistenter arbejder, som de gør, det er, at det er i et tæt samarbejde med sygeplejerskerne. Vi kan gøre det, fordi vi er fem distrikter, og der er to dagsygeplejersker tilknyttet et distrikt med 3-4 assistenter. Så vi har et tæt samarbejde og ser hinanden ved fast mødeaktivitet."

Men langt fra alle sygeplejersker oplevede et tæt samarbejde med hjælpere og assistenter. Og set i dette lys er kombinationen af øget uddelegering af kliniske opgaver og mere monofaglig organisering af sygeplejen med større afstand til hjælpergrupperne ikke helt uproblematisk.

Større enheder i kommunerne – konsekvenser for kontinuitet og kommunikation

Ændringerne i personalesammensætningen i retning af flere hjælpere og assistenter og færre sygeplejersker kombineret med en tendens til mere monofaglig organisering af sygeplejen er imidlertid ikke de eneste to udviklingstendenser, der præger kommunerne og dermed sygeplejerskernes arbejde. En sidste faktor er en tendens til at skabe stadigt større medarbejderenheder i kommunerne, som stort set alle sygeplejersker har oplevet. Ikke blot som konsekvens af kommunesammenlægningerne, men også som konsekvens af at enhederne i kommunerne er blevet større. Sygeplejerskerne peger her på, at det både har konsekvenser for kontinuiteten, men også for kommunikationen og behovet for dokumentation:

"Før i tiden, da var der en sygeplejerske og fire hjælpere til et område. Nu sidder vi i nogle kæmpe teams. Vi sidder 20-30 mennesker om morgenen og rigtig mange borgere. Det kræver mere af kommunikationen. Og der er meget af det, vi skriver ned, som ikke er noget, vi skriver ned, fordi vi skal. Men det er noget, vi skriver ned, fordi vi ikke lige ved, hvem der kommer i morgen."

"Det er nyt, at man er store teams. Førhen mødte måske 8-10 hjemmehjælpere ind om morgenen, og de kørte i et lille distrikt og havde hver deres borgere. Og hvis den ene er syg, eller de skal hjælpe hinanden, så er der ikke så mange kombinationsmuligheder, når man ikke er så mange. Men når der er et stort team – hvem har så tid til at hjælpe? Det kan være 10 forskellige, på 10 forskellige dage. Så der kommer mange flere forskellige mennesker ind i det enkelte hjem. Og det er det samme med sygeplejerskerne: Førhen sad vi tre sammen på et kontor. Nu sidder vi 11-12 stykker, så hvis vi skal hjælpe hinanden, så er der mange flere, der kan byde ind i stedet for de

to kolleger. Og fordi du ikke altid ved, hvem der kommer i morgen, så er det altså vigtigt at skrive tingene ned.”

Specialister og udgående funktioner fra sygehussektoren

Men de ændringer, sygeplejerskerne fremhæver, rækker ud over kommunernes grænser. Stort set alle beretter om en højere grad af specialisering i sygehussektoren – og særligt om flere udgående funktioner af forskellig art. Som analysen af de kliniske områder i rapporten har vist, så er sygeplejerskerne særligt glade for udgående palliative teams og hjemmehospice. Men samtidig peger de også på at de gode intentioner til trods, så har de mange **udgående teams generelt set en fragmenterede effekt** på pleje og behandling i hjemmet, fordi der introduceres så mange nye aktører. Hvis sammenhængen skal sikres bare nogenlunde, så kræver det mere tid til koordination af alle involverede parter, og den tid går fra patienterne:

”Der er kommet flere teams, men det er der jo generelt omkring mange patientgrupper. Førhen da var det den medicinske eller kirurgiske afdeling eller et ambulatorium. I dag er der så mange teams, uanset om man snakker demens eller kræftsyege eller psykiatri.”

”Vi skal sætte tid af til møder med dem [*udgående teams, red.*]. For hver gang der er en borger, der er et specielt forløb omkring, så ønsker de, at en hjemmesygeplejerske, som har kontakt til hjemmet, skal deltage. Altså, det er os, der er tovholderen tit.”

Sammenhængen der blev væk: Hvem har overblikket?

Der er således mange forskellige faktorer, som alle er medvirkende til, at behandlingen, men også plejen, bliver spredt på flere hænder og dermed risikeres at blive mere fragmenteret. For det første **specialiseringen blandt sygeplejerskerne internt i kommunerne** som gør, at der kommer flere specialisygeplejersker. For det andet de organisatoriske omlægninger som gør, at **både sygeplejersker og hjælpere fungerer i større enheder (teams)**, og at **sygeplejen er blevet monofagligt organiseret** og dermed ikke er så tæt på plejegrupperne længere. Og for det tredje den **voksende mængde af udgående teams og specialteams i sygehusregi** som alt andet lige betyder, at der er flere samarbejdspartner at forholde sig til, kommunikere og koordinere med.

Disse udviklingstendenser er ikke lige udbredte i alle kommuner, men ifølge sygeplejerskerne går tendenserne i samme retning. Årsagerne til disse udviklingstendenser er blandt andet et ønske om større fleksibilitet i større enheder, bedre kvalitet i en monofagligt organiseret sygepleje og et ønske om at højne pleje og behandling på særlige områder via specialister og specialteams. Ifølge sygeplejerskerne udebliver de positive effekter heller ikke nødvendigvis. Det, de påpeger, er imidlertid, at billedet er mere nuanceret, og at denne udvikling ikke sker uden omkostninger. Kort sagt: Forbedringerne sker ofte på enkeltområder isoleret set, og de sker på bekostning af kontinuiteten, overblikket og basisplejen:

”Problemet er, at ingen rigtigt ved noget om den enkelte borger, når der er mange forskellige personer til at tage sig af plejen. Der er både forskellige personer i løbet af ugen og forskellige personer i løbet af dagen. Det er fordi, det er nogle store systemer. Og når der er så mange mennesker omkring, som arbejder 24 timer i døgnet, så er der meget mere flow igennem hjemmet. Og det gør faktisk, synes jeg, vi har en meget dårligere pleje af de borgere, vi passer.”

Nogle sygeplejersker peger på, at fragmenteringen i sig selv giver dem nye opgaver, fordi det genererer så meget mere koordinations- og opfølgingsarbejde:

”Jeg synes ikke så meget, det er dokumentationen og alt det tekniske, der tager tiden, som det er alt det tovholderi med at få fat i alle samarbejdspartnere. Det tror jeg tager op imod halvdelen af min tid. Systemet gør, at der ikke er én, man kan spørge om denne her patient – der er ikke én,

der er tovholder på denne patient. Men det er mit personlige ansvar, hvor meget tid jeg vil bruge på at finde ud af, hvad han skal have af medicin. For jeg kan bare lade være – der er ikke én, der vil opdage, at jeg lader være, før han bliver syg. Og der føler jeg, at det er lidt mod systemet – for jeg har så og så meget tid, og hvis jeg skal gøre det på den måde, jeg synes er forsvarlig, så kan jeg ikke nå det inden for den tid. Så det er det, jeg mener med 'imod systemet'."

Andre peger på, at opgaverne tager længere tid, når der ikke er kontinuitet, fordi alting gøres for første gang, og man opnår ikke rutine, når man hele tiden skal ud til nye borgere:

"Det giver en dårligere pleje, for det er forskellige mennesker, der udfører den. Man kan næsten sige sig selv, at hvis der kommer fire eller fem forskellige i løbet af en uge og skal tage fru Hansen op, så skal man starte forfra med at finde ud af, hvordan er det lige, vi gør det her, og hvor er tingene, og man skal måske spørge hende, hvordan hun vil have det. Hvis man kommer ind og lige kender hinanden, og ved at hun skal sidde der og have det her creme på – så er hun klar, og så går man ud og laver morgenmaden. Nu snakker jeg hjemmehjælp, men det kunne lige så godt være sygeplejen, det er bare nogle andre opgaver. Tingene tager ikke nær så lang tid, så man har meget bedre tid, når man er vant til at komme i et hjem. Hvis opgaverne hurtigt er løst, har man måske også tid til at snakke."

Men kontinuiteten og overblikket handler også om at kunne reagere på observationer af ændringer i borgernes tilstand:

"Folk kan have ligget i deres seng og dårligt have spist og drukket i flere dage, uden at man egentlig lægger mærke til det. For når det hele tiden er skiftende personale, så er der ingen, der lægger mærke til, at – hov, der står et glas vand, der ikke er blevet drukket igen. Hvis det er de samme, der kommer igen og igen, så begynder man at lægge mærke til – hov, det svinder faktisk ikke i det glas, og vi sætter nyt frem, men det svinder heller ikke. Og så kan man få sporet sig ind på, hvis man kommer igen og igen, at der er altså et eller andet problem her. Men man mister overblikket, når det er forskellige, der kommer. Det kan også være én, der for eksempel har fået en blodprop: Hvis der kommer nye hele tiden, så reagerer man måske ikke på, at borgeren pludselig ikke kan løfte et glas – og det ville du have gjort, hvis du var der kl. 12 og så, at denne borger kunne altså godt løfte glasset, og du så kom kl. 14, og han lige pludselig ikke kan samarbejde om at få fat på det glas. De informationer mistes."

Her fremhæves bl.a. sårsygeplejerskerne som nogen, der har løftet den faglige kvalitet – ikke bare fordi de er faglige specialister, men netop fordi de har mulighed for at levere den kontinuitet, som hjemmesygeplejerskerne oplever, går tabt mange andre steder:

"Det er vigtigt, at det er de samme øjne, der ser. Hun [*sårsygeplejersken, red.*] lægger behandlingsplanen, og der kommer ikke fire forskellige i hjemmet i løbet af en uge. Det er en fordel at én person har ansvaret."

Såret får således en mere kontinuerlig og dermed bedre pleje, oplever sygeplejerskerne. Men det spørgsmål, som flere af hjemmesygeplejerskerne rejser, er, om den Fru Jensen, som såret sidder på, også får en mere kontinuerlig pleje? Og det svarer mange af dem nej til.

Som dette afsnit har antydnet, så fylder udfordringerne i relation til ændret organisering – særligt mere teknologi, dokumentation, kommunikation og specialisering – meget hos sygeplejerskerne. Organisering var ikke fokus for interviewundersøgelsen, men alligevel havde sygeplejerskerne mange observationer og kommentarer i relation til de konsekvenser, ændringerne i organisering har for deres arbejde, og dermed i sidste ende også for de borgere de tager sig af.

Afrunding

Samlet set har dette bilag nuanceret det billede af udviklingen på det somatiske område, som er tegnet i rapporten, ved at inddrage hjemmesygeplejerskernes oplevelse af udviklingen på psykiatri- og misbrugsområdet, hvor sygeplejerskerne oplever betydeligt større problemer i forhold til nye og væsentligt ændrede opgaver, end de gør på de somatiske områder. Desuden er udviklingen i de mere organisatoriske rammer også behandlet, og sygeplejerskerne er kommet med talrige eksempler på, hvordan ændringer i alt fra organisering over dokumentation til personalesammensætning har konsekvenser for udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver.

Bilaget har præsenteret data om udviklingen på to områder af hjemmesygeplejens arbejde, som i høj grad peger på behovet for yderligere og mere dybtgående analyser i fremtidige projekter.