



Hjemmesygeplejen i Danmark

*Sidsel Vinge
Karen Kramhøft
Andreas Bøgh*

Februar 2006

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006

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

DSI Institut for Sundhedsvæsen

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 87-7488-421-2

Forord

Strukturreformen er genstand for megen opmærksomhed i disse tider – forskningsmæssigt såvel som politisk. Det samme kan ikke siges om hjemmesygeplejen. Dette kan synes paradoksalt, idet strukturreformen sætter fokus på den kommunale sundhedssektor, på forebyggelse og rehabilitering, hvilket netop er kerneopgaver i den nu snart 50 år gamle kommunale hjemmesygepleje.

Dette paradoks var baggrunden for nærværende udredningsarbejde om hjemmesygeplejen, som bl.a. viser, at der med hensyn til aktivitet, omfang, opgaver og kvalitet er tale om et (stærkt) underbelyst område i det danske sundhedsvæsen. Dette kan overraske, idet bl.a. de stærkt faldende liggetider på alle områder i sygehussektoren uden tvivl har konsekvenser for opgaverne i hjemmesygeplejen. Men den tilgængelige viden om hjemmesygeplejen og dens opgaver peger dog på, at mens opgaverne vokser i mængde såvel som i kompleksitet, er der samtidig sket en afprofessionalisering af hjemmesygeplejen kendetegnet ved en absolut såvel som relativ nedgang i antallet af sygeplejersker i hjemmesygeplejen til fordel for andet og lavere uddannet plejepersonale.

Formålet med denne publikation er først og fremmest at samle, skabe og formidle et overblik over den tilgængelige viden om hjemmesygeplejen i Danmark og dermed medvirke til at sætte fokus på et område af det danske sundhedsvæsen, som aldrig har været mere centralt, end det er i dag: Hvis strukturreformens ambitioner for den kommunale sundhedssektor, kombineret med ønskerne om en bedre kronikeromsorg samt mere sammenhængende forløb, skal lykkes, må vi erkende, at hjemmesygeplejen, der når helt ud til borgerne og er en del af deres hverdag, er et centralt og uomgængeligt element i sundhedsvæsenet, som i høj grad fortjener sundhedspolitisk såvel som forskningsmæssig bevågenhed.

Projektet er finansieret af DSI Institut for Sundhedsvæsen og Amtsrådsforeningen og gennemført af senior projektleder, ph.d. Sidsel Vinge med assistance af Karen Kramhøft og Andreas Bøgh.

Jes Søgaard
Direktør
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
1. Hjemmesygeplejen i fokus	7
2. Løbende registreringer af hjemmesygeplejen	11
2.1 Sundhedsstyrelsen.....	11
2.2 Danmarks Statistik	12
2.3 Dansk Sygeplejeråd	12
2.4 Forbundet af Offentlige Ansatte.....	13
2.5 Kommunernes Landsforening.....	13
2.6 Det fælleskommunale Løndatakontor.....	13
2.7 Afrunding	13
3. Udviklingen i hjemmesygeplejen	15
3.1 Hjemmesygeplejens historik i korte træk	15
3.1.1 Tiden før 1970'erne	15
3.1.2 Kommunalreformen og institutionaliseringen.....	16
3.1.3 Plejehjemskulturen og Integreerede ordninger.....	17
3.1.4 Integreerede ordninger	21
3.1.5 Liberalisering og markedsgørelse.....	23
3.2 Udviklingen i aktiviteten i hjemmesygeplejen	24
3.2.1 Udgifter til hjemmesygeplejen	27
3.3 Ændret personalesammensætning i hjemmesygeplejen.....	27
3.3.1 Sygeplejersker	28
3.3.2 Social- og sundhedsassistenter	28
3.3.3 Social- og sundhedshjælpere	28
3.3.4 Udviklingen i personalesammensætningen	29
3.3.5 Opsamling: Udviklingen i hjemmesygeplejen	36
4. Ændrede rammer for hjemmesygeplejen.....	37
4.1 Udviklingstendenser med relevans for hjemmesygeplejen.....	37
4.1.1 Flere ældre	37
4.1.2 Flere mennesker med kroniske lidelser	40
4.1.3 Holdningsmæssige ændringer: At dø i eget hjem.....	43
4.1.4 Sygehusenes aktivitet	45
5. Hjemmesygeplejen til debat	53
5.1 Opgaveglidning.....	53
5.2 Afprofessionalisering af hjemmesygeplejen.....	56
5.3 Behov for ”opgradering” af hjemmesygeplejen.....	56
5.3.1 En gammel diskussion – der stadig er aktuel	57
5.4 Forebyggelsen ud til kommunerne... igen.....	58

5.5	Liberaliseringen af hjemmesygeplejen	59
5.5.1	Samordning og sammenhæng: Det sømløse sundhedsvæsen?	60
5.6	Behov for mere viden om hjemmesygeplejen	64
5.6.1	Bedre og anderledes registrering af arbejdet	64
5.6.2	Flere analyser af arbejdet omkring borgeren i eget hjem i praksis	64
	Litteratur	65
	Anvendt litteratur	65
	Baggrundslitteratur	69
	Lovstof (kronologisk)	71
	Bilag	73
	Bilag 1 Supplerende tabeller	73
	Bilag 2 Oversigt over lovstof	79

1. Hjemmesygeplejen i fokus

I takt med en voksende sundhedssektor, specialisering af både funktioner og medarbejdere og en voksende andel af langvarigt syge og kronikere¹, bliver kontinuitet, sammenhæng og samordning i sundhedsvæsenet et stadig mere aktuelt tema. Udviklingen peger på to parallelle tendenser: Fortsat centralisering af sygehusdriften kombineret med øget lokal tilpasning af sundhedsvæsenet via bl.a. lokale sundhedstilbud og sundhedscentre. Samlet set betyder disse tendenser, at behovet for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet vil vokse fremover.

Den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (Enheden for Brugerundersøgelser 2002) peger samtidig på, at det netop er inden for områderne behandlingsforløb, koordination og kontinuitet, at de største problemer befinder sig. Dette bekræftes af den tidligere regerings høringer og borgerundersøgelser:

”Det, der klages meget over, det er den manglende varme hånd, og nok også den manglende faste hånd i ordets mest positive forstand, sådan at man som patient føler, at man ved, hvor man skal hen, at man ved, hvad der bliver gjort med en, at afdelinger kan snakke sammen, og at praksissektoren kan snakke sammen.” Regeringen (2000:38). (Citat fra unavngiven borgmester).

Helt i tråd hermed peger Sundhedsministeriet i en rapport om den ældre medicinske patient på følgende problematik:

”Trods mange væsentlige initiativer i amter og kommuner er der fortsat et betydeligt potentiale for at forbedre samarbejdet mellem sygehuse, de praktiserende læger, herunder vagtlæger, og den kommunale sektor omkring behandlingsforløbene for de ældre, medicinske patienter, som mere hensigtsmæssigt kunne have været behandlet ambulantly på sygehus, i praksissektoren eller i kommunalt regi.” (Sundhedsministeriet 2001a:6).

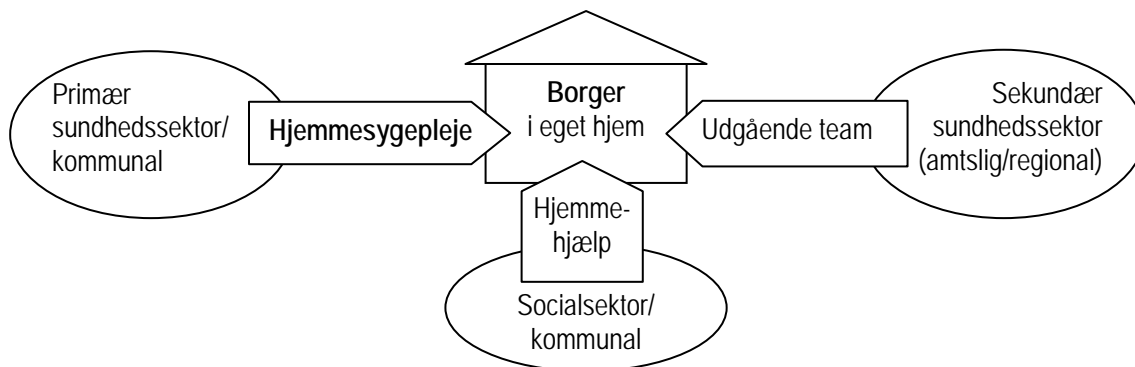
I takt med udbygningen og den både funktionelle og faglige specialisering af sundhedsvæsenet er sammenhæng og samordning ét blevet af de vigtigste temaer for den fortsatte udviklingen af væsenet.

Som konsekvens af ændringer i sygehussektoren i form af faldende liggetider, omlægning fra stationær til ambulantly virksomhed, kombineret med ændringer i demografien i form af flere ældre samt ændringer i sygdomsbilledet i retning af flere kronikere, vokser behovet for pleje og behandling i hjemmet. Disse tendenser kombineret med den løbende teknologiske udvikling – både den medicinske og den informationsteknologiske – skaber en situation, hvor det må formodes, at pleje og behandling i hjemmet bliver en mere central del af arbejdet i sundhedssektoren i fremtiden.

Nedenstående illustration viser centrale aktører i forhold til pleje og behandling i hjemmet set fra et perspektiv, der sætter borgeren i centrum.

¹ ”Mere end hver tredje voksne dansker lever med en langvarig sygdom og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom”. (Regeringen 2002b:32).

Figur 1.1 Centrale aktører i sundhedsvæsenet i forhold til pleje og behandling i hjemmet



Kilde: Egen tilvirkning.

Figuren viser de forskellige aktørers forankring i sektorer. Hjemmesygeplejen har i praksis tæt sammenhæng med de øvrige opgaver på ældreområdet, og set fra borgernes perspektiv udgør hjemmesygeplejen ofte en integreret del af ældreplejen (Strukturkommissionen 2004c:177). Imidlertid er der afgørende formelle forskelle: Hjemmesygeplejen hører under sundhedslovgivningen (og dermed det nuværende Indenrigs- og Sundhedsministerium). Til ældreområdets hjemmepleje hører også såkaldt 'personlig og praktisk hjælp', i daglig tale 'hjemmehjælp', som hører under sociallovgivningen under Socialministeriet (Bekendtgørelse af lov om social service 2003:§71). Således er hjemmeplejen formelt set delt mellem to sektorer – socialsektoren og sundhedssektoren – og ligeledes mellem to ministerier. Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er således to forskellige ting, om end de i praksis er integreret mange steder.

Figur 1.1 skitserer udelukkende de mest udbredte og centrale aktører, som kommer i hjemmet. Andre aktører i sundhedsvæsenet, fx den praktiserende læge, ergo- eller fysioterapeuter, fodterapeuter, udgående (sygehus)teams eller kommunale medarbejdere på forebyggende hjemmebesøg, arbejder også i varierende grad i borgernes hjem. Imidlertid fokuseres her på de aktører i sundhedsvæsenet, hvis primære funktion er at yde pleje og behandling i hjemmet. Set ud fra et samordningsperspektiv er det dog vigtigt at holde sig for øje, at mange andre typer af aktører også arbejder i hjemmene.

Alle aktører omkring borgeren i eget hjem er ganske centrale i forhold til udviklingen i pleje og behandling i hjemmet samt udfordringen med at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet for borgerne. Denne rapport sætter fokus på én af disse aktører i netværket omkring borgeren i eget hjem: *hjemmesygeplejen*. Den primære årsag til dette fokus er, at hjemmesygeplejen i høj grad har været underbelyst, og derfor er der behov for at skabe et grundlag for en mere præcis og indholdsdrævet debat om pleje og behandling i hjemmet.

Siden landsygeplejens fremkomst i slutningen af 1800-tallet, gennem transformationen af lokale sygeplejeordninger til en lovfæstet hjemmesygepleje i 1957, har hjemmesygeplejen løbende været til debat. Senest har arbejdet i forbindelse med Strukturkommissionen medvirket til at sætte fokus på hjemmesygeplejen, og bl.a. var myndighedsstrukturer til debat i form af en mulig flytning af hjemmesygeplejen fra dens nuværende forankring i kommunalt regi til en forankring i amtslig/regionalt regi – en diskussion der dog ikke resulterede i institutionelle ændringer i denne omgang. Et andet tema i debatten har været en diskussion om hjemmesygeplejens behov for såkaldt "opgradering". Specielt kommunerne har også fremdraget et andet tema, nemlig opgaveglidning fra sygehusene til hjemmesygeplejen.

Den strukturreform, som blev resultatet, kom ikke til at indebære direkte ændringer for hjemmesygeplejen, der fortsat kommer til at ligge i kommunalt regi. Imidlertid betyder reformen, at kommunerne får langt flere opgaver på sundhedsområdet (Regeringen 2004b, 2004c), og således peger udviklingen mod en udbygning af den kommunale social- og ældresektor i retning af en decideret kommunal sundhedssektor. Denne ændring må antages at kunne få konsekvenser for hjemmesygeplejen. Men fordi hjemmesygepleje ikke blev radikalt omorganiseret i forbindelse med strukturreformen, betyder det ikke, at debatten om hjemmesygeplejen, dens aktivitet, omfang, opgaver formål, indhold og rolle igen er blevet irrelevant. Hjemmesygeplejen er en central og voksende del af sundhedsvæsenet, som vi dog har beskæftiget os forbløffende lidt med og derfor også ved meget lidt om.

Formålet med denne rapport er at skabe et mere detaljeret og nuanceret fundament for en debat om hjemmesygeplejen i dag og i fremtiden. Men fordi hjemmesygeplejen er et underbelyst område, har det også været et selvstændigt formål med denne rapport at samle og skabe et overblik over den tilgængelige viden på området. Derfor er litteraturlisten omfattende, idet tanken er, at den også skal kunne fungere som referenceliste for andre, som ønsker et samlet overblik over aktuelle såvel som historiske og juridiske kilder om hjemmesygeplejen.

Rapportens struktur er som følger:

Kapitel 2 beskriver de nuværende statistikker og registreringer af hjemmesygeplejen og dens virksomhed.

Kapitel 3 analyserer udviklingen i hjemmesygeplejen fra tiden før lovgivningen frem til i dag – organisatorisk, lovgivningsmæssigt, indholdsmæssigt, økonomisk og personalemæssigt.

Kapitel 4 analyserer de ændringer i forudsætningerne for hjemmesygepleje, som vi står over for i form af den demografiske udvikling, ændringer i sygdomsbilledet, udviklingen i sygehusvæsenet, udviklingen i nye tiltag og ændringer i organiseringen af primærsektoren samt mere holdningsmæssige ændringer, fx til at dø i eget hjem.

På baggrund af analyserne i de foregående afsnit tages diskussion om hjemmesygeplejen op i *kapitel 5*. Der redegøres for nogle af temaer, som har præget debatten om hjemmesygeplejen, såsom diskussionen om opgaveglidning og behovet for opgradering. Formålet er ikke at lave en anbefaling eller en løsning, men i stedet at analysere de perspektiver, problemstillinger og dilemmaer, som de forskellige temaer rejser i forhold til at skabe et fundament for at kunne yde sammenhængende og kvalificeret pleje af borgere i eget hjem. Den afsluttende diskussion inddrager ikke kun de temaer, der har været fremme i debatten om hjemmesygeplejen, men diskuterer også de udfordringer og dilemmaer, som denne rapport finder mest centrale i forhold til hjemmesygeplejens fremtid.

2. Løbende registreringer af hjemmesygeplejen

Hjemmesygeplejen karakteriseret ved at være en underbelyst del af sundhedsvæsenet, selvom den debatteres flittigt. En af årsagerne til denne situation er de tilgængelige kilder.

I dette afsnit gennemgås de registreringer, der har mest relevans for hjemmesygeplejen. Gennemgangen har til hensigt at skabe overblik over tilgængelige kvantitative data og mulige kilder om hjemmesygeplejen og dens virksomhed. De beskrevne data er i de følgende afsnit anvendt i analyserne af hjemmesygeplejen.

2.1 Sundhedsstyrelsen

Kommunalbestyrelserne er forpligtet til at indberette oplysninger om hjemmesygeplejens virksomhed (jf. Lov om hjemmesygeplejerskeordninger 1973²). Siden 1962 er data om virksomheden i hjemmesygeplejen blevet indberettet til Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 1996:4), som løbende har foretaget publiceringer på baggrund heraf.

Indberetningen sker via et skema (Kommuneinformation 1997) og indeholder information om, hvorvidt kommunen har en integreret hjemmesygeplejeordning, og om antallet af modtagere af hjemmesygepleje fordelt på 3 alderskategorier (0-66 år, 67-79 år og 80+ år). Desuden indberettes nye modtagere af hjemmesygepleje fordelt på henvisningskategorierne: ”fra egen læge”, ”fra sygehus”, ”fra andre”, ”overførsel pga. intern flytning” eller ”overflytning til andre aldersgrupper”. Udskrevne patienter indberettes ligeledes fordelt på kategorierne: ”klar sig selv i eget hjem”, ”indlagt på sygehus”, ”plejehjem/center”, ”død”, ”anden årsag”, ”overført pga. intern flytning” og ”overflytning til andre aldersgrupper”.

Således indberettes data med hensyn til patienternes *alder*, hvor de er *henvist fra*, og hvor de *udskrives til*. Men der indberettes intet om opgaverne i hjemmesygeplejen, eller hvad patienterne fejler (fx diagnosegrupper).

Sundhedsstyrelsen har publiceret statistik på basis af de indberettede oplysninger, men der har ikke været publiceret tal siden 1997 (Sundhedsstyrelsen 1990, 1992b, 1993, 1995, 1996 og 1999b)³.

² Al lovgivning og regulering er listet separat i litteraturlisten, og opstillingen er foretaget kronologisk. Desuden rummer bilag 2 en oversigt over lovgivning og regulering med hovedindhold og ændringer.

³ Indberetningerne fra 2001 samt 2002 er nu tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk, under ”informatik og sundhedsdata”. DSI har valgt at se bort fra disse opgørelser, idet de for 2001's vedkommende er baseret på indberetninger fra 182 kommuner, mens de i 2002 er baseret på 144 kommuners indberetninger. Sundhedsstyrelsen har selv følgende kommentar til tallene fra disse to seneste årgange: ”Ikke alle kommuner har indberettet. Desuden er der fejl i indberetningerne fra flere kommuner. Det er derfor ikke muligt at give retvisende opgørelser på amts- eller landsplan” (www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik/Beskrivelse_af_registre/Kommunale_sundhedsordninger/hjemmesygepleje.aspx, senest opdateret 8. december 2004). Data for årene 1998-2000 er fortsat ikke tilgængelige i nogen form.

2.2 Danmarks Statistik

Danmarks Statistik (DST) registrerer data om personaleforbruget i kommunerne inden for samtlige sociale områder. Opgørelser, der vedrører hjemmesygeplejen, er en del af den sociale ressourceopgørelse.

Frem til 1999 blev disse oplysninger indhentet på baggrund af spørgeskemaer fremsendt til kommunerne. Spørgeskemaerne indeholdt oplysninger om antallet af fuldtidsbeskæftigede inden for forskellige områder af ældreomsorgen. Personaleforbruget var således opdelt på institutionstype eller arbejdsområde (fx plejehjem og hjemmesygepleje). Fra 2000 og frem er dataindsamlingen imidlertid baseret på elektroniske indberetninger af lønstatistik, hvilket indebærer, at der nu kun findes opgørelser over personaleforbruget inden for ældreområdet generelt.

Det er kun kommunerne, der er forpligtet til at foretage elektroniske indberetninger af lønstatistik, hvilket medfører, at private udbydere, der arbejder inden for ældreområdet, ikke optræder i de nyere opgørelser. I takt med øget udlicitering og privatisering bliver statistikken således i stigende grad upålidelig.

DST opgør medarbejdere i antal fuldtidsbeskæftigede, ikke i antallet af beskæftigede personer.

2.3 Dansk Sygeplejeråd

Sygeplejerskerne er organiseret i Dansk Sygeplejeråd (DSR), og herunder findes Fællessamslutningen FS6 for sygeplejersker i primærsektoren (dog ikke sygeplejersker i almen praksis). FS6's bestyrelse har været kontaktet i forbindelse med denne rapport med henblik på at tilvejebringe evt. analyser, data mv., men uagtet velviljen så har FS6 ikke analyser eller data på området.

DSR fører medlemsstatistik, og organisationen anslår, at den dækker 96 % af alle sygeplejersker i Danmark. Tallene i DSR's medlemsstatistik anses således for at være pålidelige. DSR skelner bl.a. mellem sygeplejersker ansat i "hjemmesygepleje", "plejehjem" og "integreret ordning". Således er tallene bedre egnet end DST's til at illustrere udviklingen blandt sygeplejersker i primærsektoren, herunder hjemmesygeplejen.

Imidlertid er der to alvorlige fejlkilder i forhold til at beskrive udviklingen i hjemmesygeplejens virksomhed ud fra DSR's medlemsstatistik. For det første arbejder andre end sygeplejersker i hjemmesygeplejen, og DSR's statistik kan hverken sige noget om deres relative eller absolutte andel. For det andet siger DSR's statistik kun noget om antallet af medlemmer i de forskellige sektorer – ikke hvorvidt de er fuldtidsbeskæftigede. Da ca. 40 % af alle sygeplejersker arbejder på deltid (Sundhedsministeriet 2001b:18), betyder det, at DSR's statistik er bedre egnet til at sige noget om den relative udvikling i antallet af sygeplejersker i hjemmesygeplejen og integrerede ordninger samt plejehjem, under forudsætning af at fordelingen af henholdsvis fuldtids- og deltidssygeplejersker er forblevet relativt konstant i opgørelsesperioden.

2.4 Forbundet af Offentlige Ansatte

De øvrige ansatte i hjemmesygeplejen, fx SOSU-assistenter og sygehjælpere, er organiseret i Forbundet af Offentlige Ansatte (FOA). Her foretages imidlertid ingen registrering med hensyn til disse gruppers ansættelsessteder, som kan danne baggrund for en sammenligning af fx udviklingen i disse personalegrupper sammenholdt med DSR's medlemsstatistik over udviklingen i sygeplejersker i hjemmesygeplejen og den øvrige ældrepleje.

2.5 Kommunernes Landsforening

Kommunernes Landsforening (KL) registrerer kommunernes udgifter til ældreservice. Disse udgifter kan ses af de kommunale budgetredegerelser. I budgetredegerelserne er udgifterne til hjemmesygepleje indeholdt i de generelle udgifter til pleje og omsorg, som dækker over udgifter til hjemmehjælp, tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, hjemmesygepleje samt forebyggende hjemmebesøg (Socialministeriet m.fl. 2003). På basis af KL's indberetninger til DST kan mere udspecificerede data trækkes fra det kommunale budget- og regnskabssystem, hvor det er muligt at få mere eksakte tal for hjemmesygeplejen specifikt.

2.6 Det fælleskommunale Løndatakontor

Det fælleskommunale Løndatakontor (FLD) indsamler løn- og personaledata for ansatte i hele den kommunale sektor. Disse data kan hentes i FLD's løn- og personalestatistik LOPAKS på www.fldnet.dk. I LOPAKS-systemet er det muligt at få overblik over antallet af ansatte og lønomkostninger inden for adskillige forskellige stillingskategorier fra 1998 og frem. Det er dog ikke muligt via den direkte internetadgang at sortere disse oplysninger med hensyn til, hvor de pågældende personer mere præcist er ansat inden for ældreområdet. En sådan beskrivelse kan dog fås fra FLD – baseret på de funktions-kontonumre, som kommunerne oplyser. Det er disse oplysninger, som DST siden 2000 baserer deres opgørelser på.

2.7 Afrunding

Som det vil fremgå af analyserne i det følgende, er det på basis af ovenstående kilder muligt at pege på overordnede udviklingstendenser i hjemmesygeplejen, dens personalesammensætning samt omfanget af aktiviteten. Angående indholdet i aktiviteten og en evt. udvikling i den kan ovenstående kilder dog ikke give andet end indirekte indikationer.

Denne fortolkning af de tilgængelige data kan genfindes mange steder blandt de centrale organisationer og aktører. Strukturkommissionen forholder sig naturligvis til hjemmesygeplejen og dens udvikling, men må gøre det på et begrænset grundlag, og det pointeres, at:

”Der findes på nuværende tidspunkt ikke opdaterede statistiske opgørelser for aktiviteten i hjemmesygeplejen”. (Strukturkommissionen 2004c:15).

Vi står således i den umiddelbart lidt paradoksale situation, at hjemmesygeplejens rolle, udvikling, fremtid og placering er til debat, samtidig med at vi har meget begrænset viden om hjemmesygeplejens virksomhed og indhold. Som lederen af Forskningsenheden for Almen Praksis ved Århus Universitet, professor dr.med. Frede Olesen udtrykker det:

[Kommunerne] "har 10.000 hjemmesygeplejersker og 18 millioner kontakter om året, og vi aner næsten ingenting om, hvad de går og laver!" (Steenberger 2003).

Årsagerne til denne situation er ganske sikkert mange og historiske. Mulige forklaringer er, at hjemmesygeplejen, ligesom resten af sygeplejen generelt set, i en lang årrække har været mere fokuseret på at yde pleje end på at registrere pleje. Grunden er muligvis, at sygeplejen er opstået ud fra et ganske andet paradigme end lægevidenskabens overvejende positivistiske og naturvidenskabelige tilgang, som har en helt anden tradition for at registrere og dokumentere og dermed også synliggøre aktiviteten. Dette kan også være med til at forklare, hvorfor sygeplejen i sygehusregi, hvor plejen er tættere på lægerne, i en årrække har arbejdet målrettet på at registrere, klassificere og dermed synliggøre sygeplejen. Behovet for synliggørelse af plejen over for læger, ledelser og politikere har her været større. Meget tyder imidlertid på, at denne udvikling ikke er slået igennem i hjemmesygeplejen.

En anden mulig forklaring på den meget begrænsede viden er hjemmesygeplejens forankring i den kommunale sektor, der kun i meget begrænset omfang har haft et sundhedsfagligt ansvar, og dermed heller ikke har været præget af en decideret sundhedsfaglig tradition. Kommunerne har i højere grad været præget af de overvejende sociale opgaver, som dette forvaltningsniveau har været udset til at håndtere. Den sundhedsfaglige tradition er mest fremherskende i den overvejende amtslige sundhedssektor, og denne tradition indebærer bl.a. stor fokusering på registrering og dokumentation af aktivitet og indhold.

I forbindelse med denne rapport har det kun i begrænset omfang været muligt at tilvejebringe nye data. Det har ikke inden for dette projekts rammer været muligt at finde eller tilvejebringe nye data baseret på registreringer af indholdet i hjemmesygeplejen.

3. Udviklingen i hjemmesygeplejen

Ifølge den gældende lov om hjemmesygeplejerskeordninger fra 1973 har kommunerne – efter lægehenviisning – pligt til at yde såkaldt vederlagsfri hjemmesygepleje til de borgere, som har behov for det. Trods den snævre sammenhæng mellem hjemmesygeplejen og kommunernes ældresektor generelt søger denne rapport alene at fokusere på hjemmesygeplejen – dog med blik for dens sammenhæng i praksis med den øvrige kommunale ældresektor.

Kapitlet er delt i tre afsnit: Først gennemgås hjemmesygeplejens historik med hovedfokus på udviklingen de sidste 20 år. I dette afsnit trækkes de overordnede udviklingstendenser op. På basis af de tilgængelige kvantitative data fokuseres der i de følgende afsnit på to konkrete aspekter af denne udvikling, henholdsvis udviklingen i aktiviteten og udviklingen i personale-sammensætningen.

3.1 Hjemmesygeplejens historik i korte træk

I dette afsnit gennemgås den historiske udvikling siden hjemmesygeplejens opståen frem til i dag. Hovedvægten lægges imidlertid på de sidste ca. 20 års udvikling, da denne er mest relevant for at forstå hjemmesygeplejens udformning og virke i dag.

3.1.1 Tiden før 1970'erne

Den moderne hjemmesygepleje tager sin begyndelse med oprettelsen af den danske Diakonissestiftelse tilbage i 1863. De danske diakonisser tog fat på hjemmesygeplejen, før der skete en egentlig professionalisering af sygeplejen som fagområde. Den tidlige hjemmesygepleje, kaldet meningsplejen, bygger således på et religiøst grundlag frem for et sygeplejefagligt (Uhrenfeldt 2001). I konkurrence med det religiøse paradigme fremkom imidlertid også en verdslig hjemmesygepleje, som ønskede at gøre pleje af syge til et samfundsmæssigt ansvar der ”i sin Grundvold støtter sig til Staten eller Kommunen”, som en af de tidligste pionerer for distriktssygepleje, Ida Johnsen, formulerede det (Clausen m.fl. 1990:53ff). Johnsen var tidligere diakonisse, men forlod den religiøse stiftelse og havde sit virke blandt de fattige på Amager i 1870'erne. Den verdslige sygepleje lagde langt mere vægt på uddannelse i decideret sygepleje.

I begyndelse af 1900-tallet blev der etableret uddannelser for hjemmesygeplejersker. De tidlige professionelle hjemmesygeplejersker påtog sig mange blandede arbejdsopgaver i hjemmene og fungerede som bindeled mellem lægen og de fattige borgere, der ikke havde råd til at være medlemmer af en sygekasse (Uhrenfeldt 2001)⁴. Den tidlige hjemmesygepleje var primært finansieret via religiøst forankrede institutioner (fx menighedsplejen, diakonissen, men også enkeltpersoner inden for kirken), via andre enkeltpersoner eller sygeplejeforeninger.

Først med Lov om hjemmesygepleje fra 1957 blev det lovpligtigt, at kommunerne etablerede hjemmesygeplejeordninger, evt. via fælleskommunale ordninger, og at der til sygeplejeopga-

⁴ Der findes ikke mange kilder om den tidlige hjemmesygepleje, men det er værd at nævne fhv. hjemmesygeplejerske Helga Berntsens erindringer (Olesen 1995). Hendes personlige erindringer fra 1950-1990 illustrerer i høj grad den udvikling, som her er beskrevet i mere generelle termer. Angående den tidligste periode fra 1863-1910 rummer kildefortegnelsen i (Clausen m.fl. 1990) den bedste oversigt.

verne kun måtte ansættes uddannede sygeplejersker. Hjemmesygeplejeordningen blev nu finansieret via sygekasserne, hjemmesygeplejeforeninger og for ikke-medlemmer via egenbetaling eller kommunerne. Staten ydede refusion på 70 % af de kommunale udgifter til hjemmesygepleje (Bekendtgørelse af lov om hjemmesygepleje 1970). På daværende tidspunkt var det ofte nødvendigt for flere sognekommuner at gå sammen om at løse opgaven med hjemmesygepleje, ganske enkelt fordi de var for små til at løse opgaven alene (Strukturkommissionen 2004b:19). For mange land- og hjemmesygeplejersker medførte dette, at deres distrikter blev udvidet, fordi de nu skulle dække flere sognekommuner. At hjemmesygeplejen blev gjort lovpligtig, var startskuddet til de forandringer, der skete i løbet af 1970'erne.

3.1.2 Kommunalreformen og institutionaliseringen

Med gennemførslen af kommunalreformen i 1970 og vedtagelsen af lov om hjemmesygepleje i 1973 blev både de institutionelle og lovgivningsmæssige rammer for hjemmesygeplejen i Danmark ændret. Disse ændringer danner grundlag for udviklingen af den hjemmesygepleje, vi kender i dag.

Kommunalreformen i 1970 betød, at de hidtidige sognekommuner, amtskommuner og købstadskommuner blev reduceret til 275 kommuner og 14 amter – en struktur, der grundlæggende er bevaret i dag⁵. Den strukturændring, som kommunalreformen udgjorde, medførte, at den administrative kapacitet i kommunerne blev forøget. Dette muliggjorde både en øget flytning af opgaver fra staten til kommuner, samt at kommunerne blev tildelt flere og nye opgaver. Derved blev det institutionelle fundament for den primærkommunale sundhedstjeneste og ældreomsorg skabt. Kommunalreformen afstedkom også en ændret finansiering: Sygekasserne og hjemmesygeplejeforeningerne blev nedlagt, og finansieringen sker nu i stedet via skatteoprævnningen i henholdsvis amter og kommuner.

1973 blev Lov om hjemmesygeplejerskeordninger vedtaget. Loven præciserede kravene til kommunerne med hensyn til hjemmesygeplejerskernes formål og arbejdsopgaver. I 1979 specificeres hjemmesygeplejens opgaver som værende *sygepleje (herunder almen sundhedsvejledning), barselspleje samt vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde* (Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger 1979). Hjemmesygeplejen gives således et klart forebyggende og sundhedsfremmende sigte og indhold. I 1987 tilføjes det, at hjemmesygeplejen også bør yde terminal pleje i hjemmet (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987).

Med kommunalreformen blev sygekasserne nedlagt, og hjemmesygeplejen blev nu finansieret af kommunerne med en 50 % statsrefusion. I 1985 blev finansieringsgrundlaget ændret, således at kommunerne betaler alle udgifter til hjemmesygepleje for personer, der er fyldt 67 år. For personer under 67 år betaler amter og kommuner hver 50 % af udgifterne. Dog er det stadig kommunerne, der betaler administrationsomkostningerne uanset borgerens alder (Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger mv. 1985). Selvom andre administrative niveauer, amtskommunerne og staten i varierende grad har medfinansieret hjemmesygeplejen, er den et rent primærkommunalt ansvarsområde, og hjemmesygeplejerskerne ansættes af kommunerne.

⁵ Med sammenlægningen af kommunerne på Bornholm består Danmark i dag af 271 kommuner og 13 amter. Ud over de 5 nye regioner vil strukturreformen medføre en kraftig reduktion i antallet af kommuner.

Siden den første lovgivning i 1957 var udgangspunktet for hjemmesygeplejen, at plejen blev varetaget af autoriserede sygeplejersker. Men i 1979 ændredes loven, så kommunerne fik mulighed for at ansætte sygehjælpere i hjemmesygeplejerskeordningerne (Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 1979). Sygehjælpernes arbejde skal dog tilrettelægges og tilses af en hjemmesygeplejerske (Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger 1979). Hjemmesygeplejerskens arbejdsopgaver falder således inden for to forskellige hovedområder: Almindelige sygepleje og forebyggelse mv., som de selv udfører, samt vejledning og bistand af andre faggrupper og patienter, herunder uddannelse af sygeplejeelever⁶.

Af Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger fra 1987 fremgår det, at hjemmesygeplejen som udgangspunkt primært omfatter dagtimerne, men det er kommunalbestyrelsen, der beslutter, om hjemmesygeplejen også skal omfatte aften- eller døgndækning. Det første forsøg med døgnpleje blev etableret i 1978 i Viborg⁷. I 1983 havde 39 kommuner oprettet døgn- og aftenpleje; i 1989 havde 115 kommuner døgnpleje og 75 kommuner aftenpleje, og i 1995 havde 269 kommuner døgnhjemmepleje (Dansk Sygeplejeråd 1989 og Uhrenfeldt 2001:129). Kommunens valg af ordning skal dog være styret af aktuelle og forventede behov hos kommunes borgere (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987:kap.3). At hjemmesygeplejen skal tilrettelægges efter patienternes behov, giver patienterne mulighed for at blive i deres eget hjem, hvis det ud fra en lægelig, social og sygeplejefaglig vurdering skønnes forsvarligt.

3.1.3 Plejehjemskulturen og Integreerede ordninger

Efter kommunalreformen og de ovenfor skitserede lovgivningsmæssige ændringer sker der løbende forandringer af ældreområdet og hjemmesygeplejen. Plejehjemmene vokser hastigt for senere at blive ændret til plejeboliger. Men holdninger, værdier og forventninger i forhold til ældrepleje ændres også, ligesom den kommunale organisering af hjemmesygeplejen forandres. Disse forandringer beskrives i det følgende efter tur, men det er vigtigt at holde sig for øje, at disse udviklingstendenser ikke er foregået uafhængigt af hinanden, men i høj grad sideløbende og sammenhængende.

Udbygning af ældreomsorgen: Plejehjemskulturen

Gennem 1970'erne og særligt 1980'erne skete der en udbygning af ældreomsorgen generelt, hvor ældreomsorgen udgjorde en stadig større del af de kommunale udgifter. Denne udvikling var dog særligt fremtrædende fra 1980 og frem, hvor social- og sundhedsudgifterne var støt stigende (Strukturkommissionen 2004b:35). Frem til midten af 1980'erne skete udviklingen primært i form af en udbygning af antallet af plejehjem, men også omfanget af hjælp til ældre i hjemmet øges.

Eksempelvis steg antallet af hjemmebesøg foretaget af hjemmesygeplejersker voldsomt i denne periode: I 1970 var antallet af aflagte besøg på knap 4,5 mio.; i 1981 var tallet vokset til knap 6,5 mio., hvorefter væksten accelererede, og i 1995 var besøgstallet nået op på godt 15,7 mio. De ældre patienter udgjorde dengang som nu langt størstedelen af patientgruppen. De nyeste tal viser, at andelen af patienter over 67 år har været støt stigende (fra 74 % i 1990 til

⁶ Sygeplejeelever fik obligatorisk praktik i hjemmesygeplejen, da sygeplejerskeuddannelsen blev revideret i 1979 (Uhrenfeldt 2001:129).

⁷ Det bør bemærkes, at de tidlige hjemmesygeplejeordninger – specielt før 1957 – var langt mindre formaliserede med hensyn til dækning, opgaver og arbejdstider. Det fremgår af beskrivelserne af disse tidlige hjemmesygeplejerskers arbejde, at den tidlige pleje også stort set var døgndækkende i praksis (se fx ”En hjemmesygeplejerskes erindringer” fra 1950-90 (Olesen 1995), (Uhrenfeldt 2001) eller (Clausen m.fl. 1990).

78 % i 1997), og hertil kommer, at besøgsfrekvensen hos de ældre ligeledes er stigende (fra 48 besøg/patient i 1990 til 59 i 1995)⁸. Både de ældres andel af patientmassen såvel som deres relative vægt i hjemmesygeplejens aktivitet er således stigende og har været det konstant siden 1970.

Udbygningen i antallet af plejehjem betød, at stadig flere sygeplejersker blev ansat på plejehjem, og derved opstod to grupper af sygeplejersker i primærkommunerne, der varetog henholdsvis hjemmesygeplejen og institutionssygeplejen på plejehjemmene. Denne udbygning af plejehjemmene skal senere vise sig at få konsekvenser for, hvordan hjemmesygeplejen organiseres.

Plejen på plejehjemmene var mange steder karakteriseret ved det, der kan kaldes en servicefilosofi: Plejehjemmene var institutioner, hvor alle elementer af praktisk hjælp og pleje blev ydet, og den enkelte beboer kunne forholde sig relativt passivt. Eksempelvis fik de ældre udbetalt lommepenge fra plejehjemmet i stedet for at få udbetalt pension⁹. Et andet eksempel på institutionsfilosofien er, at den enkelte beboer ikke fik tilsendt post direkte til sig selv, men det i stedet blev sendt til institutionen og dernæst udleveret af personalet. Men bagsiden af denne servicefilosofi var, at de ældre i nogen grad også blev umyndiggjort og pacificeret.

Længst muligt i eget hjem

I løbet af 1980'erne skete der et generelt holdnings- og værdiskift i den danske socialpolitik, som også påvirkede holdningen til pleje af ældre. Der skete en bevægelse væk fra den klassiske socialhjælp, hvor klienten passivt modtager ydelser fra velfærdsstaten. I stedet blev ideer om *'borgerens aktive medvirken'* og *'hjælp til selvhjælp'* fremtrædende i debatten om velfærdsstatens hjælpeforanstaltninger. Det blev centralt, at den enkelte borger ikke blot skulle modtage hjælp, men at den enkeltes ressourcer også skulle inddrages, når velfærdssystemet skulle træde til. Kvalitet i fx den sociale hjælp blev således sidestillet med at hjælpe de enkelte mennesker til at hjælpe sig selv og at inddrage den enkelte borger (se fx Andersen 2003, Villadsen 2003, Vieth og Nielsen 1993). I løbet af 1980'erne kritiseres plejehjemstankegangen derfor også for at passivere, umyndiggøre og sygeliggøre ældre borgere (Uhrenfeldt 2001).

Sidst i 1980'erne sker der også et skift i den politiske holdning til plejen af og hjælpen til den ældre del af befolkningen. Det blev en politisk prioritet, at de ældre skulle være *'længst muligt i eget hjem'* frem for at komme på institution (plejehjem). I tråd med den generelle debat var grundtanken, at ældre bliver fremmed- og sygeliggjort i institutionerne, og bl.a. derfor burde de være længst muligt i eget hjem (Uhrenfeldt 2001:131). Denne filosofi fremgik også af verdenssundhedsorganisationen WHO's europæiske strategi "Sundhed for alle" (World Health Organization 1986).

Det er også i denne periode, at *'egenomsorgsprincippet'* vinder indpas. Princippet indebærer, at der lægges vægt på den ældres egen medvirken i den hjælp, der ydes. De ældre skal opmuntres og støttes til at gøre de ting, de stadig selv kan, for både at styrke og vedligeholde deres egne ressourcer. Samtidig skal den enkelte ældres ressourcer (*'egenomsorgskapacitet'*) være en del af grundlaget for tildeling af hjælp (Knudsen m.fl. 1999). Denne holdningsændring fører til en grundlæggende omstilling af ældreområdet.

⁸ Alle tallene kan læses i Tabel 3.1 s. 25.

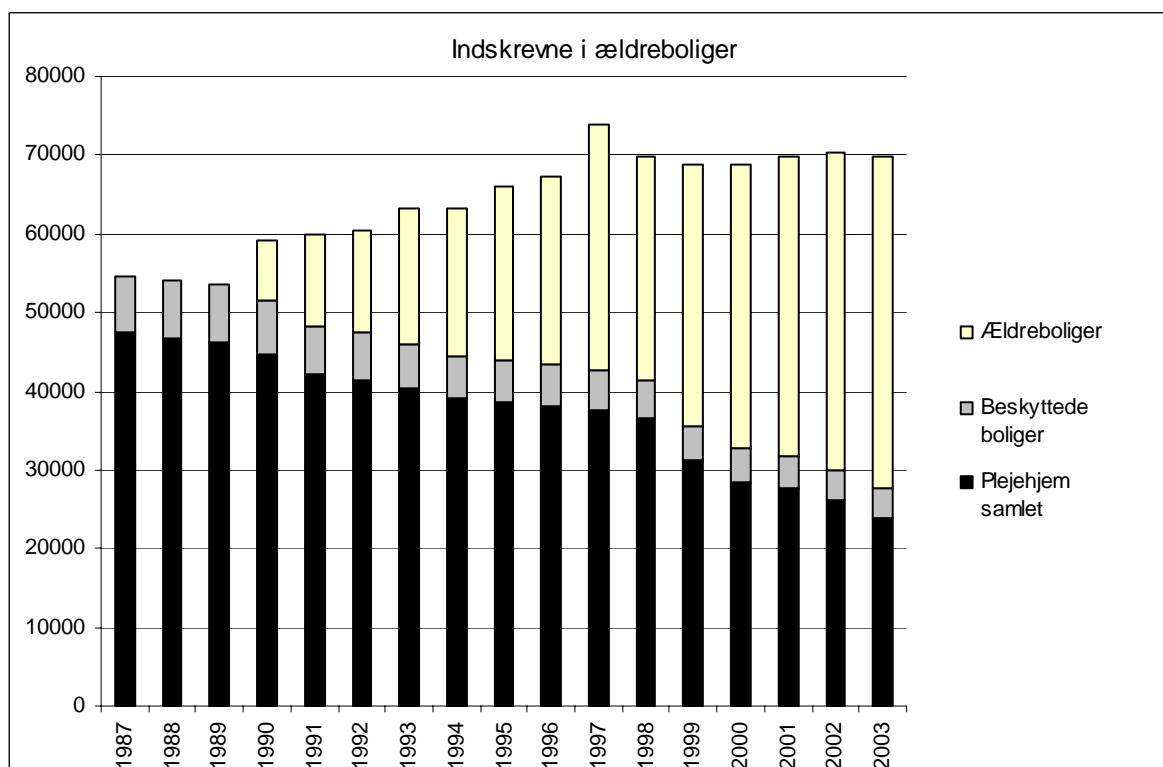
⁹ §84 i Bistandsloven (lov nr. 829 af 01.01.1992, historisk) slår fast, at beløbet, som udbetales til "personlige fornødenheder", udgør 7.452 kr. årligt, "medens resten af pensionen benyttes til betaling for opholdet".

Fra plejehjem til ældreboliger

Med ældreboligloven i 1987 sættes en stopper for opførelsen af plejehjem og beskyttede boliger (Lov om boliger for ældre og personer med handicap 1987 og Lov om social bistand 1987 (begge historiske)). Boliger til ældre kommer nu ind under loven om almene boliger, og der kan opføres ældreboliger eller plejeboliger (ældreboliger med tilknyttet omsorgs- og servicefunktioner) (se evt. Arbejdsgruppen om sammenlignelig brugerinformation 2000). Derved blev en stor del af plejehjemmene enten nedlagt eller ombygget til ældreboliger. Samtidig med denne lov blev foranstaltninger for ældre i eget hjem udbygget, fx øgede muligheder for hjemmehjælp.

Folketinget vedtog i 2002 en lov om overførsel af tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger til boliglovgivningen¹⁰. Loven giver kommunerne pligt til at omdanne tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger til ældreboliger inden udgangen af 2004 (Kommunernes Landsforening 2003). Samlet set har udviklingen i boliger til ældre formet sig således:

Figur 3.1 Boliger til ældre fordelt på plejehjem, beskyttede boliger og ældreboliger 1987-2003



Kilde: Statistikbanken (tabel RES4) og egne beregninger.

Note: "Plejehjem samlet" er summen af kategorierne "særlige plejehjem" og "pleje- og daghjem".

Kommunerne forventer at give tilsagn til ca. 3.400 nye ældreboliger i 2004. Samtidig forventer de at nedlægge ca. 2.800 plejehjemspladser (Kommunernes Landsforening 2003). Dermed fortsætter den udvikling, som har været i gang i en årrække, hvor plejehjemspladser omdannes til mere tidssvarende ældre- og plejeboliger, og hvor der generelt set over perioden har

¹⁰ I Lov om overførsel af tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger til boliglovgivningen §7, stk. 2 (2002) står: "Kommunalbestyrelsen skal senest den 31. december 2004 træffe beslutning om, at tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger i kommunen omdannes til ustøttede almene plejeboliger, støttede private andelsboliger eller ustøttede private plejeboliger".

været er en stigning i antallet af offentligt regulerede boliger til ældre. Stigningen er dog bremset i de seneste år.

Opgøret med institutionstanken ses også af det skred, der er sket i måden, hvorpå pensioner udbetales. Allerede med ændringen af bistandsloven i 1987 blev der åbnet mulighed for, at kommunerne kunne vælge, at beboere på plejehjem fik udbetalt sociale pensioner i stedet for lommepenge. De ældre betalte så til gengæld for de serviceydelser, de modtog på plejehjemmet. Med en efterfølgende ændring af bistandsloven og loven om social pension i 1993 (§85) blev muligheden for at inddrage pensionen og udbetale lommepenge til plejhjemsbeboere fjernet, og det blev gjort lovpligtigt, at beboerne fik udbetalt hele deres pension og selv (delvist) betalte for opholdet på plejehjemmet.

Alt i alt er der tale om et brud med institutionstanken, som netop er karakteriseret ved, at bosted og ydelser er integrerede. I stedet skilles boform og tildelte ydelser ad, og der differentieres således i mindre grad mellem den aktuelle boform, når borgerne har brug for sociale ydelser, såsom fx praktisk hjælp eller hjemmesygepleje (se evt. Arbejdsgruppen om sammenlignelig brugerinformation 2000, s. 83ff).

Forebyggende hjemmebesøg

Den politiske prioritering af, at ældre borgere skal blive længst muligt i eget hjem, har affødt et øget fokus på den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Det illustreres bl.a. af, at lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre blev vedtaget i 1995. Hermed blev kommunerne forpligtet til at gennemføre forebyggende hjemmebesøg hos ældre over 80 år. Pr. 1. juli 1998 skal de dog tilbydes til alle ældre over 75 år.

Vejledningen til lovgivningen fastslår, at hjemmebesøgene bør udføres af personer, der har grundigt kendskab til såvel sociale som sundhedsmæssige forhold i bred forstand (Vejledning om sociale tilbud til ældre 1998). Det er dog kommunalbestyrelsen, som fastlægger, hvem der skal forestå hjemmebesøgene. Det er således ikke en opgave, der *kun* varetages af kommunalt ansatte sygeplejersker, men i en stor del af kommunerne er de forebyggende hjemmebesøg organisatorisk placeret i samspil med den øvrige hjemmepleje (Den Sociale Ankestyrelse 2002).

Det bør bemærkes, at der allerede i de tidligere retningslinier (Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger 1974, 1979 og Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987 (gældende)) var givet hjemmesygeplejen en opsøgende og sundhedsfremmende og forebyggende rolle. Formålet var at *"udnytte hjemmesygeplejerskeordningens faglige ressourcer hensigtsmæssigt til en væsentlig indsats i sygdomsforebyggelse, rehabilitering og sundhedsfremme i kommunen"* (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987). Når forebyggelse og sundhedsfremme nu relanceres en generation senere, og når det bl.a. gøres ved at indføre lovpligtige forebyggende hjemmebesøg, så kunne det indikere, at den oprindelige tanke om opsøgende forebyggelses- og sundhedsfremmende arbejde i hjemmesygeplejen ikke slog rod i praksis.

Afrunding

På baggrund af skiftet fra 'plejehjemskultur' til en filosofi om 'længst muligt i eget hjem' er det sandsynligt, at hjemmesygeplejerskerne får både flere og mere komplicerede opgaver. Den øgede hjælp i hjemmet betyder, at grænsen for, hvornår ældre har behov for at flytte i pleje- eller ældrebolig, rykkes. Der er således flere svage ældre i eget hjem, og de ældre i plejeboliger er endnu svagere end tidligere (Kjeldsen 2000a).

3.1.4 Integrerede ordninger

Betegnelsen *integrerede ordninger* dækker over varierende grader af integration af de to parallelle systemer, der var vokset frem i den primærkommunale ældresektor: Hjemme(syge)plejen og plejehjemsplejen. Ældresektoren var således også organisatorisk og personalemæssigt delt af det tidligere skarpe skel mellem eget hjem og ældreplejeinstitutioner.

De første integrerede ordninger indføres i Danmark i slutningen af 1980'erne. I perioden 1984-89 blev 23 integrerede ordninger etableret på forsøgsbasis i samarbejde mellem de involverede kommuner og DSR. Men først i slutningen af 1980'erne blev der etableret overenskomst- og lovgivningsmæssige rammer for, at integrerede ordninger kunne oprettes på permanent basis (Dansk Sygeplejeråd 1991).

Med de integrerede ordninger blev det skarpe skel mellem plejehjem og eget hjem i nogen grad ophævet. Tidligere adskilte enheder som plejehjem, praktisk hjælp og hjemmesygeplejersker blev samlet i én organisation. Sygeplejersker, sygehjælpere, hjemmehjælpere og andre faggrupper blev organiseret i teams, der fik til opgave at varetage *alle* pleje- og praktiske opgaver i oftest geografisk opdelte distrikter. Disse teams organiseres oftest som selvstyrende grupper med eller uden gruppeledere.

Et eksempel på en sådan ordning er Skævinge Kommune i Frederiksborg Amt, hvor der blev etableret en integreret sundhedsordning: Hjemmeplejen blev organiseret i fem selvstyrende grupper uden formelle gruppeledere. Tre af de selvstyrende grupper blev inddelt på baggrund af distrikter, mens de to øvrige varetog henholdsvis aften- og natpleje. Grupperne udførte opgaver inden for hjemmehjælp, sygepleje og forebyggende hjemmebesøg (Knudsen m.fl. 1999: 21-22). I denne type integreret ordning arbejdede hjælpere og sygeplejersker således både i hjemmet og på institutionen. I mange ordninger havde sygeplejerskerne primært et klinisk ansvar, idet de fungerede som konsulenter for de andre faggrupper, mens det personalemæssige ansvar var overladt til en gruppeleder (Kjeldsen 2000b).

Udgangspunktet for at organisere den primærkommunale sygepleje i integrerede ordninger var et ønske om effektiv udnyttelse af kommunernes ressourcer. En af årsagerne til integrationen af de to plejesystemer var et ønske i kommunerne om en øget effektivitet og fleksibilitet i udnyttelsen af de to gruppers ressourcer. Eksempelvis gav integrerede ordninger mulighed for i højere grad at udnytte ressourcerne blandt de aften- og natsygeplejersker, der var på plejehjemmene (Dansk Sygeplejeråd 1991). Ønsket om at etablere integrerede ordninger bør imidlertid også ses i lyset af ønsket om at få ældre til at blive længst muligt i eget hjem.

På baggrund af kommunernes ønske om at samordne pleje- og omsorgsopgaverne på plejehjemsområdet og hjemmesygeplejen kom der i 1989 et supplement til retningslinierne om hjemmesygeplejeordninger fra Sundhedsstyrelsen (Supplement til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987 (1989)). Af dette fremgår, at Sundhedsstyrelsen ikke ser nogen hindring for, at sygeplejeopgaver for personer, der bor på institutioner og personer i eget hjem, samordnes og varetages efter principper gældende for hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen kan således omfatte alle uanset bopæl. Når hjemmesygeplejeordningen samordnes med andre områder, betyder det imidlertid også, at der kan ansættes andet plejepersonale, blot de har en uddannelse, der mindst svarer til en sygehjælper, fx plejehjemsassistenter (Supplement til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987 (1989)). Indførelsen af de integrerede ordninger understøttes yderligere af, at der i 1989 blev indgået en samlet overens-

komst mellem KL og DSR for syge- og sundhedsplejersker i kommunerne, så det blev muligt for sundhedspersonalet at arbejde både i institutioner og hjem¹¹. Samtidig understøttedes de integrerede ordninger af de tidligere nævnte ændringer af lovgivningen om boliger til ældre.

Nye personalegrupper via integrerede ordninger

De integrerede ordninger vandt herefter stor udbredelse landet over. I 1989 var der ca. 10 fuldt integrerede ordninger, og i 1991 var dette tal steget til ca. 95 (Dansk Sygeplejeråd 1991). Det medførte to grundlæggende ændringer i hjemmesygeplejerskernes arbejde. For det første skulle de nu både arbejde i borgernes hjem og på institutioner. Men derudover betød de integrerede ordninger også, at hjemmesygeplejersken kom til at indgå i samarbejde med flere faggrupper, der ikke tidligere havde været en del af hjemmesygeplejeordninger (Dansk Sygeplejeråd 1991). En del hjemmesygeplejersker blev ledende sygeplejersker med sygeplejefagligt ansvar for en flerfaglig gruppe. De integrerede ordninger medførte således ikke direkte ændringer i den enkelte hjemmesygeplejerskes arbejdsopgaver, men snarere ændringer i måden arbejdet blev udført på i det daglige. Det øgede samarbejde mellem hjemmehjælpere og sygeplejersker er netop én af de fordele ved integrerede ordninger, som ofte fremhæves. Erfaringen fra Skævinge Kommune er, at det tværfaglige samarbejde giver en øget fleksibilitet og tæthed i det daglige arbejde inden for de enkelte selvstyrende grupper (Knudsen m.fl. 1999).

Problemer i de integrerede ordninger

I sidste halvdel af 1990'erne begyndte mange kommuner dog at bevæge sig væk fra de integrerede ordninger igen. Groft sagt gav de fuldstændig integrerede ordninger effektivitet og fleksibilitet, men kostede i kvalitet af plejen af de svageste ældre. Erfaringen i mange kommuner var, at de ældre i eget hjem vandt ved, at hjemmesygeplejen blev organiseret i integrerede ordninger, hvorimod ældre i plejeboliger (eller på plejehjem) tabte. De manglede den tryghed og kontinuitet, som et fast personale kunne give. For pårørende til ældre på institutioner var det alt andet lige vanskeligere at få kontakt med en sygeplejerske, fordi sygeplejersken nu også kørte rundt til ældre i eget hjem. Samtidig var det vanskeligt at etablere et socialt miljø omkring de svageste ældre på plejehjemmene, når der ikke var fast personale tilknyttet. Og netop disse svageste ældre havde brug for den mere sociale pleje, fordi de ikke længere selv var i stand til at skabe et socialt miljø (Kjeldsen 2000a).

Erfaringer med de integrerede ordninger viser yderligere, at samarbejdet på tværs af de selvstyrende grupper kan være vanskeligt. Der kan være konflikter omkring holdninger til pleje grupperne imellem, som der ikke er nogen overordnet koordinerende ledelse til at håndtere. Medarbejderne føler et stort ansvar for deres egen gruppe, hvilken kan føre til manglende opbakning til at dække andre grupper ind under sygdom og lignende. Samtidig betyder opdelingen i distrikter, at der kan være meget stor variation i de enkelte gruppers plejetyngde (Knudsen m.fl. 1999).

Gradvis disintegration af de integrerede ordninger

I flere kommuner gik man derfor tilbage til en ordning, hvor hjemmesygeplejen og institutionssygeplejen ikke er fuldt integrerede. Der arbejdes med modeller, hvor alle faggrupper arbejder fast enten i hjemmene eller på institutioner, men hvor der er fleksibilitet mellem grupperne ved sygdom eller omprioritering af ressourcer. Flere kommuner har ansat såkaldte ”springere”, der fungerer som afløsere på tværs af grupperne og sættes ind i de grupper, hvor behovet er størst (Kjeldsen 2000a, 2000b, 2000c). Man har således fra kommunerne priorite-

¹¹ I daglig tale ”primæroverenskomsten”. (Vieth og Nielsen 1993:14) og (Dansk Sygeplejeråd 1991).

ret, at der igen kommer fast personale på plejehjemmene for at skabe den ønskede tryghed og stabilitet. Samtidig er der lagt vægt på, at det tværfaglige samarbejde mellem hjemmehjælpere og sygeplejen bevares.

Denne måde at organisere hjemmeplejen på betegnes stadig som integrerede ordninger, om end det har en anden karakter end de tidlige (ofte fuldt) integrerede ordninger. Det der i dag omtales som integrerede ordninger, indeholder således både fuldt integrerede løsninger og løsninger, hvor hjemmesygepleje og institutionspleje kun er delvist integreret. Derfor er integrerede ordninger en meget bred betegnelse og følgelig også en meget udbredt måde at organisere hjemmeplejen på. Således oplyser 250 kommuner, at de har integrerede ordninger, og i 248 af disse kommuner indgår hjemmesygeplejen i en integreret ordning (oplysninger fra DST v. fuldmægtig Steffen Hovgaard, baseret på tal fra 2003). Den samme tendens illustreres af, at 73 % af sygeplejerskerne i den kommunale primærsektor (integrerede ordninger + plejehjem + hjemmesygeplejen) er ansat i integrerede ordninger (se Tabel B 3 s. 74).

3.1.5 Liberalisering og markedsføring

Ligesom den øvrige offentlige sektor er sundhedsvæsenet – og dermed også hjemmesygeplejen – præget af nye typer styringsfilosofier. Eller rettere sagt: Der er sket et skift fra en *administrations-* til en *styringsfilosofi*. Denne nye styringsfilosofi eksisterer ikke som én klart formuleret tankegang, men manifesterer sig i konkrete tiltag og politikker som en tendens med et sæt af mere eller mindre sammenhængende teser om offentlig forvaltning, eller måske rettere: offentlig *virksomhed*. Tendensen har fået navnet New Public Management, NPM (se fx (Vrangbæk 1999) eller (Jespersen 1999)), og er karakteriseret ved et skift fra en tro på rationel planlægning af den offentlige sektor til en tro på, at markedsmekanismer er bedre til at styre den offentlige sektor. En forudsætning for markedsmekanismer er for det første eksistensen af henholdsvis købere og sælgere og for det andet reelle valgmuligheder for køberen, hvilket kræver, at der er flere sælgere, og at deres varer til en vis grad er sammenlignelige (også kaldet markedsgennemsigtighed). Tendenserne i retning af NPM kan aflæses af mange forskellige typer af udviklinger, bl.a. den lovgivningsmæssige liberalisering af området, som beskrives i det følgende.

Der er løbende gennem rapporten blevet henvist til de lovgivningsmæssige rammer for hjemmesygeplejen. I det følgende gennemgås lovgivningen kort, idet sigtet er at vise, hvordan de lovgivningsmæssige rammer omkring hjemmesygeplejen er blevet gradvist liberaliseret siden etableringen.

Den første lov om hjemmesygepleje fra 1957 fastslår, at der ”til den egentlige sygepleje kun anvendes statsautoriserede sygeplejersker”. I 1979 blev der imidlertid åbnet mulighed for at ansætte sygehjælpere under hjemmesygeplejerskeordningen (Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 1979). I 1989 præciserer Sundhedsstyrelsen muligheden for integration af plejehjem og hjemmesygepleje, og dermed også at andre faggrupper end sygehjælpere kan indgå i hjemmesygeplejen, fx plejehjemsassistenter (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987; Supplement til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987, 1989). Med oprettelsen af de nye social- og sundhedsuddannelser i 1991 blev der ligeledes åbnet mulighed for, at de nye personalegrupper – social- og sundhedsassistenter samt hjælpere – kunne arbejde i hjemmesygeplejen eller integrerede ordninger (Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet m.v. 1990; Notat

om funktions-, kompetence- og tilsynsforhold for de nye grundlæggende social- og sundhedsuddannelser 1991).

Samtidig sker der en decentralisering af selve kompetencevurderingen: Fra den tidligere centrale fastlæggelse af et uddannelsesmæssigt minimumsniveau lægges der nu i højere grad op til, at ”*afgørelser om opgavevaretagelse må ske lokalt*”, og at ”*det er de lokale myndigheders ansvar at sikre en arbejdstilrettelæggelse, hvor der kan ske en forsvarlig varetagelse af opgaverne ud fra klienters/patienters behov for sygepleje*” (Notat om funktions-, kompetence- og tilsynsforhold for de nye grundlæggende social- og sundhedsuddannelsen 1991). De nye personalegruppers kvalifikationer er rettet mod funktioner og opgaver – ikke mod bestemte ordninger eller institutionstyper (som fx plejehjemsassistenterne).

Ved en lovændring i 1992 blev det muligt for kommunerne at overlade beføjelserne efter hjemmesygeplejerskeloven til en selvejende institution, der har driftsoverenskomst med kommunen (Datasammenskrivning af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 1993: Lov nr. 1023 af 19. december 1992). I 2002 blev der indført mulighed for privat hjemmesygepleje (Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 2002).

Ændringerne i de lovgivningsmæssige rammer beskriver samlet set en udvikling fra en situation, hvor kommunerne var ansvarlige for, gennem ansættelse af sygeplejersker, at yde vederlagsfri hjemmesygepleje, til en situation hvor kommunalbestyrelserne kun er ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje. I bekendtgørelse om hjemmesygepleje beskrives kommunernes råderum således:

”Kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge hjemmesygeplejen ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet personale eller ved at indgå aftaler med private leverandører om varetagelse af opgaver i hjemmesygeplejen. Kommunalbestyrelsen kan endvidere beslutte at tilrettelægge hjemmesygeplejen, således at kommunen både anvender egne ansatte og private leverandører ved udførelsen af opgaverne”. (Bekendtgørelse om hjemmesygepleje 2002:§3).

Alt i alt vidner de mange på hinanden følgende lovændringer om liberalisering på to forskellige dimensioner:

- ◆ En liberalisering af kravene til *personalet*: Sygeplejerskernes monopol på hjemmesygeplejen er brudt, nye faggrupper er opstået, og kompetencevurderingen er blevet decentraliseret og i højere grad lagt ud til det lokale niveau.
- ◆ En liberalisering af *driftsformen*: Det er nu muligt at overdrage driften til en selvejende institution eller udlicitere hele hjemmesygeplejen.

3.2 Udviklingen i aktiviteten i hjemmesygeplejen

Som gennemgangen af de løbende registreringer af hjemmesygeplejens virksomhed viste i kapitel 2, så findes der kun sparsom og ikke opdateret viden om aktiviteten i hjemmesygeplejen og udviklingen i denne. Dette gælder ikke blot registreringer af kvantitative data, men også kvalitative analyser. I det omfang, det er muligt, søger dette afsnit at pege på hovedtræk i udviklingen på basis af de tilgængelige data.

Nedenstående Tabel 3.1 er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens publikationer af de indberettede data fra kommunerne, og den viser udviklingen fra 1970 frem til 1997 (hvor de sidste valide tal findes) i antallet af patienter, aflagte besøg, antal besøg pr. patient, samt hvor stor en del af de aflagte besøg/patienter der vedrørte ældre over 67.

Tabel 3.1 Aktiviteten i hjemmesygeplejen 1970-1997

År	Patienter	Besøg	Besøg pr. patient ^a	Besøg pr. +67 ^b	Patienter +67 ^b
1970	187.800	4.487.900	24	64 %	-
1971	177.200	4.437.100	25	64 %	-
1972	176.800	4.811.200	27	66 %	-
1973	169.800	4.831.200	28	66 %	-
1974	169.000	4.970.100	29	66 %	-
1975	164.000	5.111.800	31	67 %	-
1976	159.900	5.178.700	32	68 %	-
1977	158.600	5.426.900	34	69 %	-
1978	159.300	5.709.400	36	70 %	-
1979 ^c	-	-	-	-	-
1980 ^c	-	-	-	-	-
1981	170.455	6.479.602	38	70 %	-
1982	178.879	6.837.875	38	73 %	-
1983	186.905	7.161.539	38	74 %	-
1984	172.200	7.396.400	43	76 %	-
1985	172.152	7.521.606	44	75 %	-
1986 ^c	-	-	-	-	-
1987	202.098	8.921.672	44	76 %	68 %
1988	216.582	9.433.733	44	77 %	70 %
1989	222.231	10.124.004	46	79 %	-
1990	237.377	11.306.971	48	81 %	74 %
1991	244.452	12.932.179	53	83 %	75 %
1992	255.411	14.501.308	57	84 %	75 %
1993	258.646	14.997.633	58	84 %	75 %
1994	268.200	15.793.420	59	84 %	76 %
1995	265.954	15.704.848	59	84 %	76 %
1996	276.527				76 %
1997	313.735				78 %

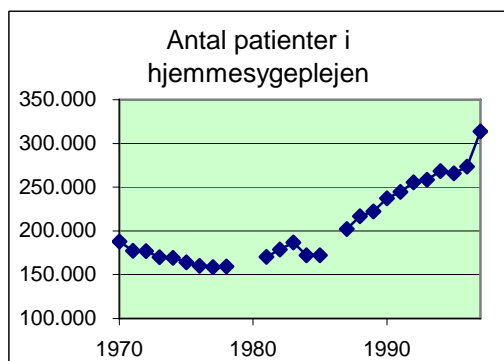
Kilde: Talmateriale fra Sundhedsstyrelsen (1995), (1996) og (1999b).

- a) Besøgsfrekvensen, besøg pr. patient, er udregnet som antallet af besøg/antallet af patienter i alt.
- b) 67+ årige: Tabellen har to typer af mål for de ældres andel af hjemmesygeplejen: De 67+ åriges del af besøgene og deres andel af den samlede patientmasse. Besøgsandelen er en mere præcis indikation end patientandelen. Men fordi besøgsregistreringen slutter i 1995, er det ikke muligt at beregne de 67+ åriges andel af besøgene. Som alternativt mål for de 67+ åriges samlede vægt i patientmassen er i stedet beregnet de 67+ åriges andel af det samlede antal patienter (for det antal år, hvor antallet af 67+ årige er opgivet i de citerede kilder). Dette tal er udregnet tilbage fra 1987 og frem (undtagen 1989). I takt med indførelsen af integrerede ordninger voldte besøgsregistreringen stigende problemer. For når hjemmesygeplejen også dækker plejehjemmene, bliver det forbundet med stor usikkerhed at registrere antallet af 'besøg' hos den enkelte beboer. Sundhedsstyrelsen vedtog derfor fra og med 1996, at besøgsregistreringen ophørte (Sundhedsstyrelsen (1996).
- c) Sundhedsstyrelsen har ikke udarbejdet statistikker for 1979, 1980 og 1986.

Tabellen indikerer flere forskellige udviklingstendenser i hjemmesygeplejens virksomhed. For det første er der, som illustreret i Figur 3.2 s. 26, en stigning i antallet af patienter. Denne stigning må selvfølgelig ses i sammenhæng med etableringen af integrerede ordninger, som i praksis udvider hjemmesygeplejens virke til også at omfatte plejehjemsbeboere. Antallet af

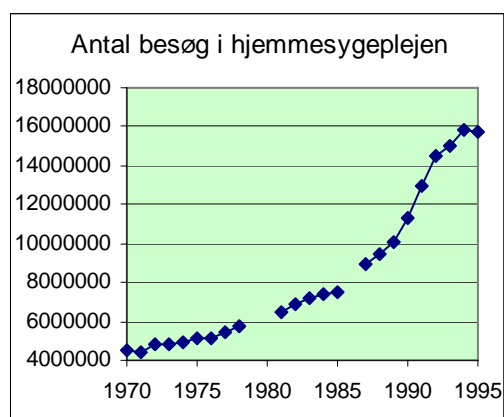
patienter har været støt stigende siden 1980'erne og er i alt blevet fordoblet i løbet af de sidste 20 år.

Figur 3.2 Antallet af patienter i hjemmesygeplejen 1970-1997



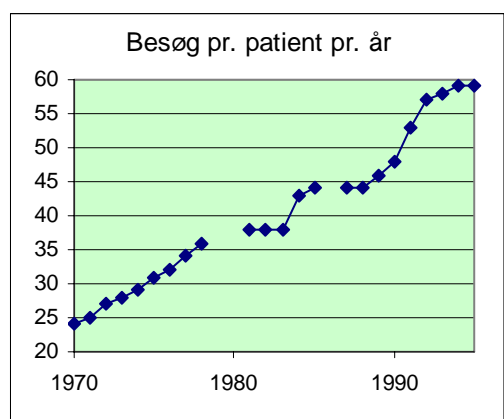
Inden den voldsomme stigning de sidste 20 år er der imidlertid et fald i antallet af patienter i 1970'erne. Dette tilskrives til dels faldet i barselsbesøg i regi af hjemmesygeplejen som konsekvens af sundhedsplejerskernes¹² indtog: I 1963 blev 37 % af alle barselskvinder tilset af en hjemmesygeplejerske, mens tallet kun var 2 % i 1981 (Sundhedsstyrelsen 1995:11). I 1981 var der i alt kommet 75.500 børn under sundhedsplejersketilsyn (Sundhedsstyrelsen 1983).

Figur 3.3 Antallet af besøg i hjemmesygeplejen 1970-1995



Trods faldet i antallet af patienter i 1970'erne er der sket en konstant stigning i antallet af besøg – dog kraftigst fra 1985 som vist i Figur 3.3. Sammenstillingen af udviklingen i antallet af patienter (Figur 3.2) og i antallet af besøg (Figur 3.3) vidner således om en stærk forøgelse af besøgsfrekvensen for patienter i hjemmesygeplejen. Og som Figur 3.4 nedenfor viser, er besøgsfrekvensen mere end fordoblet (fra 24 til 59 i gennemsnit) i perioden.

Figur 3.4 Besøgsfrekvensen i hjemmesygeplejen 1970-1995



Som tidligere pointeret er det ikke på baggrund af denne type data muligt at sige noget direkte om *indholdet* i hjemmesygeplejen. Dog kunne den stærkt forøgede besøgsfrekvens indirekte tyde på, at patienterne i hjemmesygeplejen generelt har brug for mere intensiv pleje end tidligere. Dette må dog betegnes som en tese, der nok er sandsynlig, men hverken kan be- eller afkræftes på baggrund af disse data. Integrede ordninger betyder desuden, at hjemmesygeplejens virke så at sige rykkes ind på plejehjemmene, hvilket også må formodes at have konsekvenser for besøgsfrekvensen.

Kilde til Figur 3.2, 3.3 og 3.4: Egen tilvirkning på baggrund af Sundhedsstyrelsens publikationer, jf. Tabel 3.1 s. 25.

¹² Sundhedsplejerskeordningen formaliseres, ligesom hjemmesygeplejen, efter kommunalreformen i 1970. I 1973 vedtager Folketinget, at kommunerne ved ansættelse af sundhedsplejersker har pligt til at yde vederlagsfri vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn, der er under den undervisningspligtige alder (Sundhedsstyrelsen 1983; Lov om Sundhedsplejerskeordninger 1973).

Trods skiftet i opgørelsesmetode (fra andel af besøg, til andel af patienter) er der heller ingen tvivl om, at de ældre (over 67) udgør en voksende andel af patienterne i hjemmesygeplejen. Denne udvikling er ikke overraskende, idet den demografiske udvikling betyder, at de ældre udgør en voksende del af befolkningen, samtidig med at de generelt lever længere, og samtidig har perioden været præget af en filosofi om, at ældre bør blive længst muligt i eget hjem.

3.2.1 Udgifter til hjemmesygeplejen

Et andet mål for aktiviteten i hjemmesygeplejen end opgørelser af konkrete aktiviteter er omfanget af ressourcer, som samfundet anvender på hjemmesygeplejen. Hvor det ovenstående talmateriale omhandlede det, man kunne kalde 'output' – altså konkrete ydelser, giver opgørelser af ressourcer et indblik i 'input' til denne del af sundhedssektoren.

Nedenstående Tabel 3.2 er fremstillet på basis af det kommunale regnskab og viser, at de samlede udgifter til hjemmesygepleje har været stigende siden 1995 (= ældste tal i Statistikbanken), og at kommunerne i dag bruger små 2 mia. kr. på hjemmesygepleje. De ved lovgivning indførte forebyggende hjemmebesøg koster til sammenligning 'kun' 83 mio. kr.

Tabel 3.2 Driftsregnskab (social- og sundhed) efter område, gruppering, art og tid 1995-1998 /2003

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1) Plejeforanstaltninger i hjemmet: Hjemmehjælp (-98)	3.501.034	3.112.255	3.041.228	2.875.931	0	0	0	0	0
2) Plejeforanstaltninger i hjemmet: Hjemmesygepleje (-98)	1.000.594	900.297	888.501	778.844	0	0	0	0	0
3) Hjemmesygepleje	1.187	1.603	1.642	133.602	1.619.005	1.752.607	1.856.757	1.846.387	1.887.765
Hjemmesygepleje i alt (2+3)	1.001.781	901.900	890.143	912.446	1.619.005	1.752.607	1.856.757	1.846.387	1.887.765
Forebyggende hjemmebesøg	0	17.237	23.061	5.042	56.962	58.328	70.485	76.986	83.709

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken. Tabel over: Offentlige Finanser, tabel nr. REG53 (Data stammer oprindeligt fra det kommunale budget- og regnskabssystem).

Note: Beløbene er i 1.000 kr. Danmarks Statistik. (Springet fra 1998-99 har ikke kunnet forklares).

Udviklingen i udgiftsniveauet bør ses i lyset af udgifterne til ældreområdet generelt. Derfor er udviklingen i kommunernes udgifter på ældreområdet medtaget i bilag: Fra 1995 til 2001 var der her en samlet stigning på 36 % (se Tabel B 1 s. 73), mens stigningen derefter er stagneret, og fra 2001-2005 budgettet er der alt i alt sket en stigning på små 3 % (se Tabel B 2 s. 73). Således er stigningen i ældreudgifter bremsset så meget, at udgifterne pr. ældre over de sidste 5 år samlet set har været nul.

3.3 Ændret personalesammensætning i hjemmesygeplejen

Som beskrevet i afsnittet om den historiske udvikling af hjemmesygeplejen er det ikke kun sygeplejersker, der er beskæftiget i hjemmesygeplejen. For at få et retvisende billede af udviklingen i hjemmesygeplejen er det derfor ikke tilstrækkeligt at se på antallet af sygeplejersker i den primærkommunale sektor alene. Der er opstået andre typer af uddannelser, samtidig med at der er sket en generel ændring i personalesammensætningen i kommunerne.

Af Sundhedsstyrelsens retningslinier fremgår, at personale med minimum samme uddannelsesniveau som sygehjælpere kan ansættes i hjemmesygeplejen (Supplement til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987, 1989). I det følgende gives en kort gennemgang af de faggrupper, der er repræsenteret i hjemmesygeplejen.

3.3.1 Sygeplejersker

Uddannelsen som sygeplejerske er en professionsbachelor, der tager 3½ år. Størstedelen af sygeplejerskerne i Danmark er organiseret i DSR. I dag er der 52.500 sygeplejersker i Danmark. Heraf er ca. 11.250 ansat i primærkommunerne enten i integrerede ordninger, på plejehjem eller i hjemmesygeplejen (se evt. Tabel B 3, s. 74). Sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen arbejder således enten udelukkende i borgernes eget hjem eller på både institutioner og i hjemmene. Sygeplejerskerne har det overordnede sygeplejefaglige ansvar og er således også ansvarlige for arbejdsdelingen med de andre faggrupper. Nogle sygeplejersker er ansat som ledende sygeplejersker og har dermed personaleansvar for de øvrige medarbejdere.

3.3.2 Social- og sundhedsassistenter

Social- og sundhedsassistent uddannelsen blev etableret i 1991. SOSU-assistenterne erstatter de tidligere sygehjælpere og plejere på hospitaler og overtager visse sygeplejeopgaver i eksempelvis hjemmesygeplejen. SOSU-assistent uddannelsen er en overbygning på SOSU-hjælper uddannelsen, som varer 1 år og 8 måneder.

SOSU-assistenterne har større kompetence end de tidligere sygehjælpere og er derfor en oplagt personalegruppe at anvende i hjemmesygeplejen, hvor personalet arbejder mere selvstændigt og uden de samme muligheder for tæt og løbende supervision og sparring som i institutionerne – hvad enten det er i ældresektoren eller på hospitaler. SOSU-assistenterne kan varetage medicindosering samt opgaver omkring sårpleje, som sygehjælperne ikke havde kompetence til. Samtidig lægger uddannelsen op til et mere selvstændigt arbejde end tidligere, bl.a. i forhold til vurdering af hvilken hjælp der skal ydes til den enkelte borger. En stor del af de tidligere sygehjælpere er blevet omskoleet til SOSU-assistenten.

Da SOSU-assistenterne har et bredt og meget varieret kompetenceområde, eksisterer der ikke udspecificerede retningslinier for anvendelsen af deres kompetencer. Det er en lokal ledelsesopgave at definere, hvilke ansvars- og kompetenceområder SOSU-assistenten skal have (Amtsrådsforeningen 2001a). Sundhedsstyrelsen understreger, at SOSU-assistenterne kan arbejde selvstændigt, således at de selv kan tage initiativer inden for eget arbejdsområde, selv har ansvaret for at opgaverne bliver gennemført, og selv kan søge den fornødne viden for at kunne varetage opgaverne (Sundhedsstyrelsen 1994).

3.3.3 Social- og sundhedshjælpere

Uddannelsen som social- og sundhedshjælper (SOSU-hjælper) blev ligeledes etableret i 1991. SOSU-hjælperne erstatter hjemmehjælpere, beskæftigelsesassistenter og overtager visse sygehjælperopgaver på plejehjem. Uddannelsen varer 14 måneder. SOSU-hjælperne har mulighed for at videreuddanne sig til SOSU-assistenten.

SOSU-hjælpernes arbejdsopgaver er omsorgsrettede og kan være meget blandede. Hovedvægten ligger på praktisk og personlig hjælp til borgerens daglige liv, eksempelvis påklæd-

ning, personlig hygiejne, aktivering, rengøring, indkøb og madlavning. Derudover varetager SOSU-hjælperne også elementære sygeplejeopgaver og har eksempelvis kompetence til at udlevere medicin, der er doseret på forhånd. SOSU-hjælpere indgår primært som en del af hjemmesygeplejen, når denne er organiseret i integrerede ordninger.¹³

3.3.4 Udviklingen i personalesammensætningen

Det er af flere årsager vanskeligt at opgøre den præcise fordeling af faggrupperne i hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen er som tidligere nævnt oftest organiseret i integrerede ordninger, hvorfor det er vanskeligt at opgøre, hvilke personalegrupper der varetager udkørende hjemmesygepleje, og hvilke der varetager andre opgaver inden for hjemmeplejen på de tidligere plejehjem. Desuden er skellet mellem decideret sygepleje og andre typer af (pleje)opgaver i hjemmeplejen til tider flydende.

Sundhedsstyrelsen har præciseret kompetencefordelingen mellem sygehjælpere og sygeplejersker (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987): Det er hjemmesygeplejerskens opgave at vurdere, hvilke opgaver sygehjælperen kan varetage på grundlag af vedkommendes uddannelse og erfaring. Formålet med at ansætte sygehjælpere i hjemmesygeplejen er, at sygeplejersken kan overdrage nogle af de mere rutineprægede opgaver, særligt i forbindelse med pleje af ældre borgere samt kroniske patienter. Sygeplejersken har således det sygeplejefaglige ansvar og skal føre tilsyn med sygehjælperens arbejde.

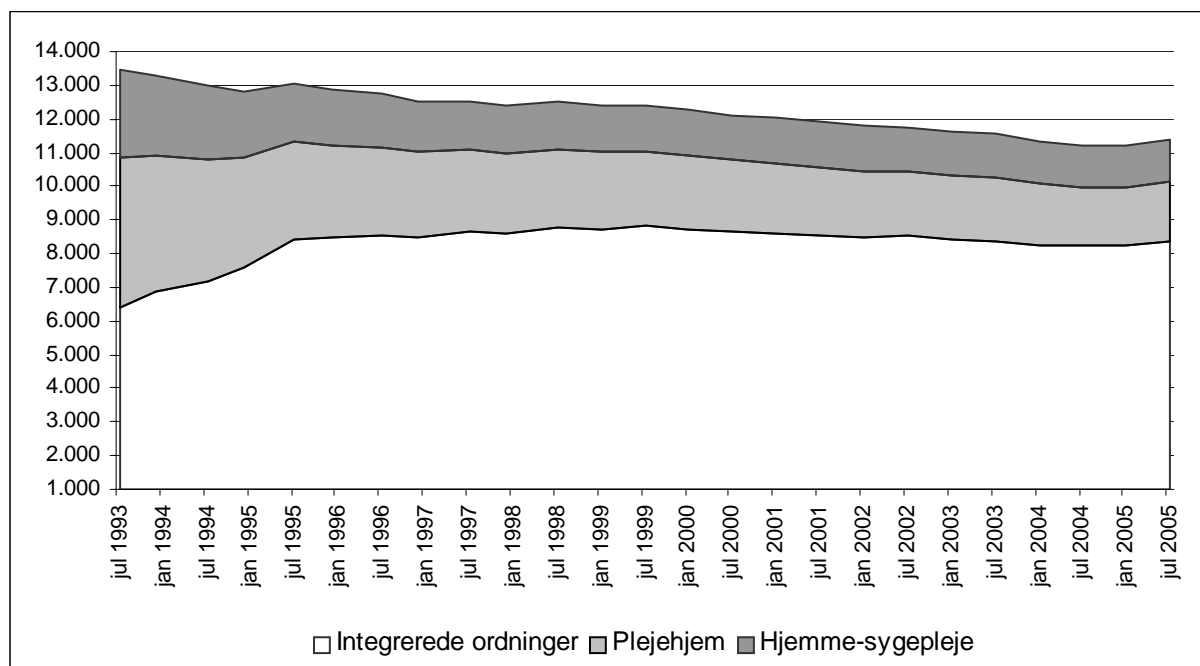
Siden udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens retningslinier er der kommet flere og nye faggrupper til i hjemmesygeplejen. Dette er sket både som følge af oprettelsen af integrerede ordninger og oprettelsen af SOSU-uddannelserne. Særligt SOSU-assistenterne får betydning for arbejdsdelingen i hjemmesygeplejen, fordi de har kompetence til at varetage flere og mere komplekse arbejdsopgaver end de tidligere sygehjælpere.

Udviklingen i antallet af sygeplejersker

Data om udviklingen i antallet af sygeplejersker i hjemmesygeplejen kan fås både via opgørelser fra DST og DSR. I det følgende anvendes begge kilder. Figur 3.5 viser antallet af (ikke nødvendigvis fuldtidsbeskæftigede) sygeplejersker, som er medlem af DSR, i henholdsvis hjemmesygeplejen, på plejehjem og i integrerede ordninger. Når alle tre grupper medtages, skyldes det den tidligere beskrevne substitution, der er sket mellem disse.

¹³ For yderligere information se evt. www.sosu.dk samt www.foa.dk (Forbundet af Offentlige Ansatte).

Figur 3.5 Antallet af sygeplejersker i hjemmesyge- og ældreplejen 1993-2005



Kilde: Egen tilvirkning på basis af Dansk Sygeplejeråds medlemsstatistik. Egne beregninger, se evt. Tabel B 3, s. 74, samt supplerende figur over den relative udvikling af størrelsesforholdet områderne imellem.

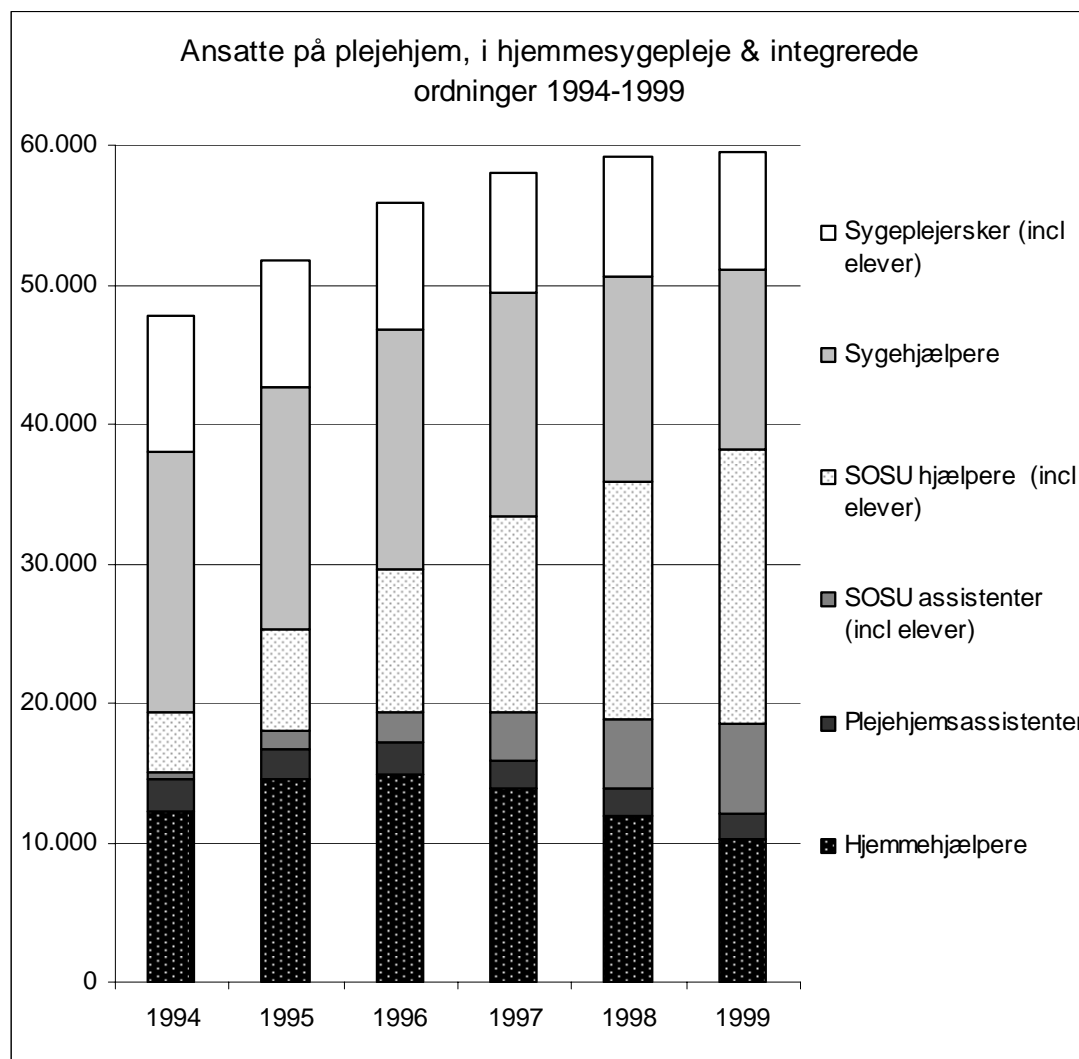
Note: Figuren viser antal medlemmer i Dansk Sygeplejeråd og *ikke* antal fuldtidsbeskæftigede. Mange sygeplejersker er deltidsansatte (ca. 40 %). (Sundhedsministeriet 2001b:18).

Af Figur 3.5 ses substitutionen mellem plejehjem, hjemmesygepleje og integrerede ordninger tydeligt, men samtidig er den overordnede tendens, at det samlede antal sygeplejersker ansat i de tre grupper har været faldende fra 1993 til i dag. DSR's medlemsstatistik er dog som nævnt ikke baseret på fuldtidsansatte, men i stedet på antal medlemmer. Imidlertid er der ikke umiddelbart grund til at antage, at der skulle være sket væsentlige ændringer i den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid, altså beskæftigelsesgraden, i perioden. Derfor burde medlemsstatistikens bias udelukkende bestå i en forskydning af antallet, hvilket ikke bør have nogen indflydelse på den relative substitutionstendens, som aflæses af figuren.

Udviklingen i fordelingen mellem faggrupperne i ældresektoren

Den følgende beskrivelse af udviklingen i fordelingen mellem faggrupperne er baseret på den sociale ressourceopgørelse fra DST. Fra 2000 og frem blev opgørelsen ikke længere lavet på basis af de forskellige arbejdsområder (plejehjem, hjemmesygepleje mv.), men i stedet laves én samlet opgørelse inden for ældreomsorgen. Derfor fremstilles tallene fra 1994-1999 og fra 2000-2003 separat og er ikke umiddelbart sammenlignelige. (De tal, der ligger til grund for Figur 3.6 og Figur 3.7 på næste side, er gengivet i Tabel B 4, s. 76, og Tabel B 5, s. 77).

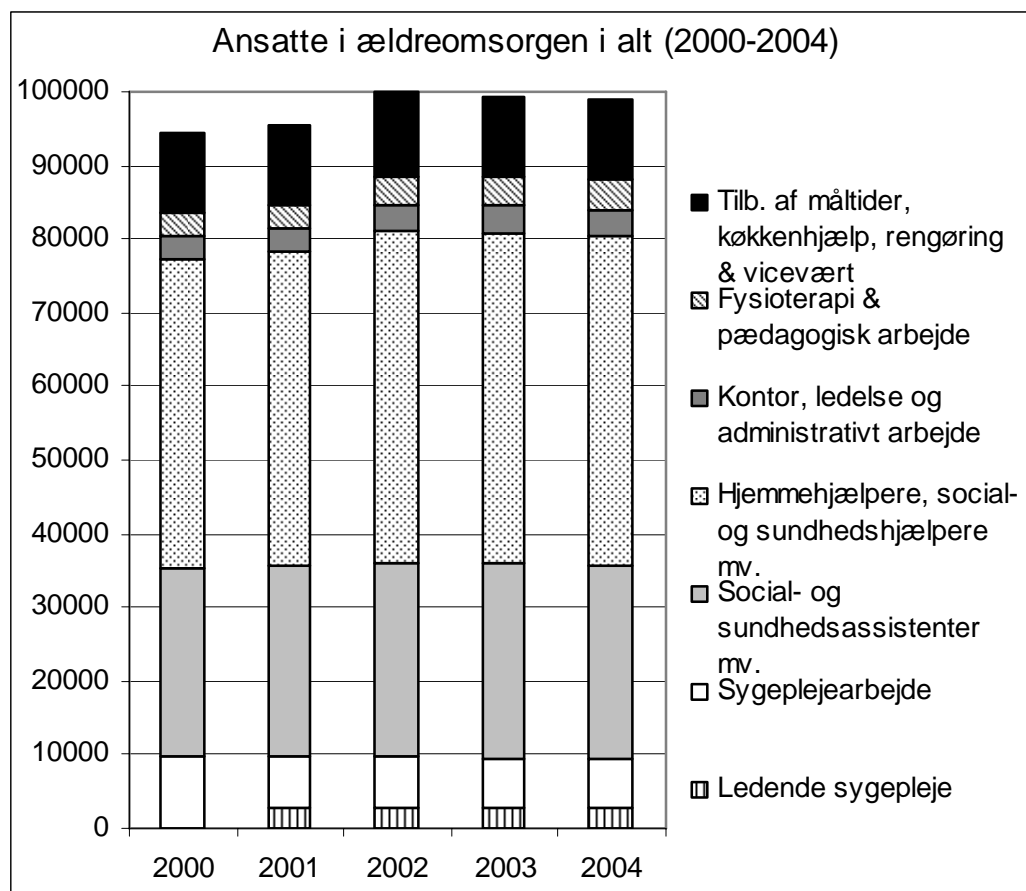
Figur 3.6 Fuldtidsbeskæftigede i plejehjem, hjemmesygepleje og integrerede ordninger i alt fordelt på udvalgte faggrupper 1994-1999



Kilde: Danmarks Statistik, specialkørsel, egne beregninger.

Note: Frem til 1998 har de enkelte institutioner i kommunerne selv indberettet til den sociale ressourceopgørelse. Det betyder, at tallene frem til 1998 er behæftet med en vis usikkerhed, fordi der ikke nødvendigvis har været overensstemmelse mellem alle institutionernes indberetninger. Fra 1999 indberetter kommunerne samlet oplysningerne om ressourceforbrug. Dette betyder formodentlig større ensartethed i indberetningerne. De typer af ordninger, der indberettes om, ændres i 1999. De tre kategorier, der i spørgeskemaet fra 1998 hed "plejehjem", "plejehjem med daghjem" og "daghjem", er fra 1999 samlet i én kategori benævnt "plejehjem med daghjem". Yderligere er kategorien "ældreboliger" tilføjet i 1999. Frem til 1998 har ansatte i ældreboliger også været med i opgørelsen, men været placeret under en anden kategori. DST oplyser, at af de 1.283, der i 1999 var ansat i ældreboliger, var 621 fra Københavns Kommune. Disse 621 var i 1998 registreret under enten plejehjem eller daghjem. Derfor placeres kategorien "ældreboliger" under plejehjem og daghjem for at sikre størst mulig sammenlignelighed mellem tallene fra før 1998 og fra 1999. De er dog behæftet med en vis usikkerhed, da det ikke er muligt at afgøre, om alle kommunerne i praksis også har indberettet ansatte i ældreboliger under pleje-/daghjem. Tages den generelle udvikling fra plejehjem til ældreboliger i betragtning, mener vi dog, at det er mest meningsfuldt at placere de ansatte i ældreboliger i kategorien pleje-/daghjem. Samtidig understreger DST, at det er vanskeligt at sammenligne ressourceopgørelserne fra år til år, da der løbende sker mange omstruktureringer på området.

Figur 3.7 Fuldtidsbeskæftigede i ældreomsorgen i alt 2000-2004

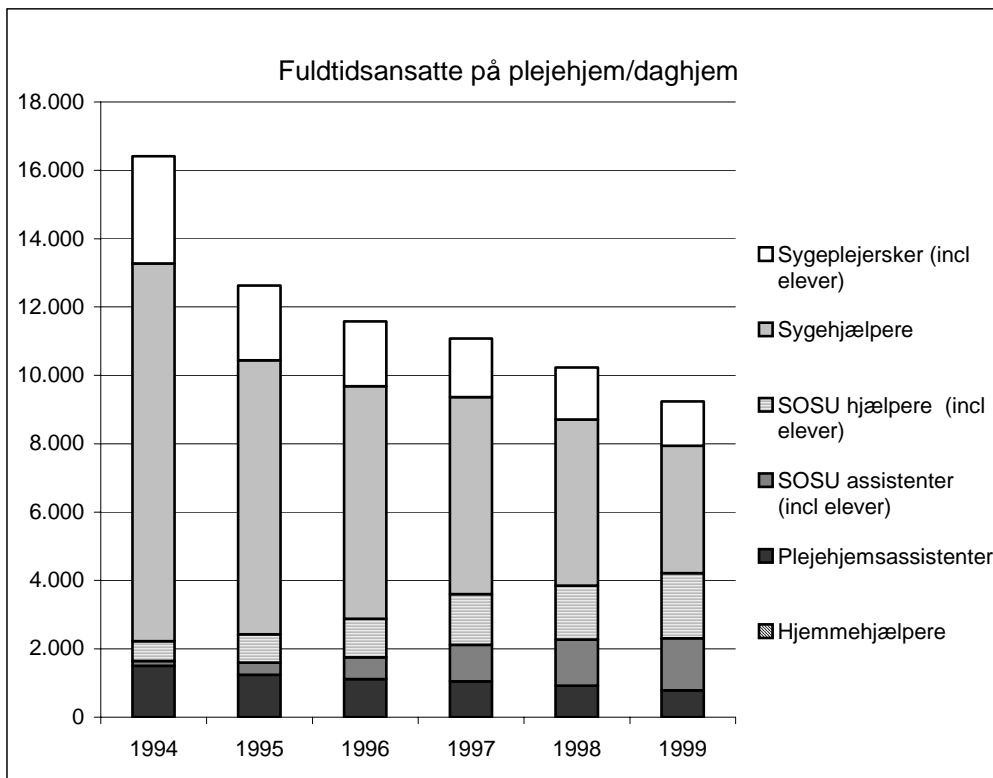


Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, RES10.

Note: I 2003 skønnes det, at 3-500 visiterende medarbejdere er overført fra ældreomsorg til administration i en række kommuner. Det er for at adskille visiterende og udførende personale i forbindelse med, at der blev indført frit valg på ældreområdet. Personale ansat hos private leverandører er ikke med i opgørelsen. I 2000 og 2001 er tallene beregnet for følgende 6 kommuner: 433, 627, 765, 803, 829 og 861. I 2000 findes ikke særskilt opgørelse af ledende sygepleje, denne er indeholdt i sygeplejearbejde.

Som det fremgår ved en sammenligning mellem Figur 3.6 og Figur 3.7, er der en uoverensstemmelse mellem perioderne. I 1999 var der totalt set 59.455 ansatte, mens der var 77.397 i 2000. Forskellen i disse tal skyldes, at Figur 3.6 ikke medtager alle ansatte i ældreomsorgen (som i Figur 3.7); fx medtager Figur 3.6 ikke ansatte i hjemmehjælpen samt diverse dagcentre mv. Begge grafer viser dog den samme generelle tendens, nemlig et stigende antal ansatte. Den primære stigning ses blandt social- og sundhedshjælperne, som i dag er den største faggruppe inden for ældreområdet. Også antallet af social- og sundhedsassistenter er stigende. Samtidig ses i begge figurer en svag tendens til et faldende antal sygeplejersker. I 1994 var der 9.688 fuldtidsansatte sygeplejersker mod 8.341 i 1999. Trods skiftet i opgørelsesmetode fra 2000 fortsætter den faldende tendens, om end noget vagere i årene herefter: fra 9.756 i 2000 til 9.290 i 2004.

Figur 3.8 Fuldtidsbeskæftigede på pleje- og daghjem fordel på faggrupper 1994-1999



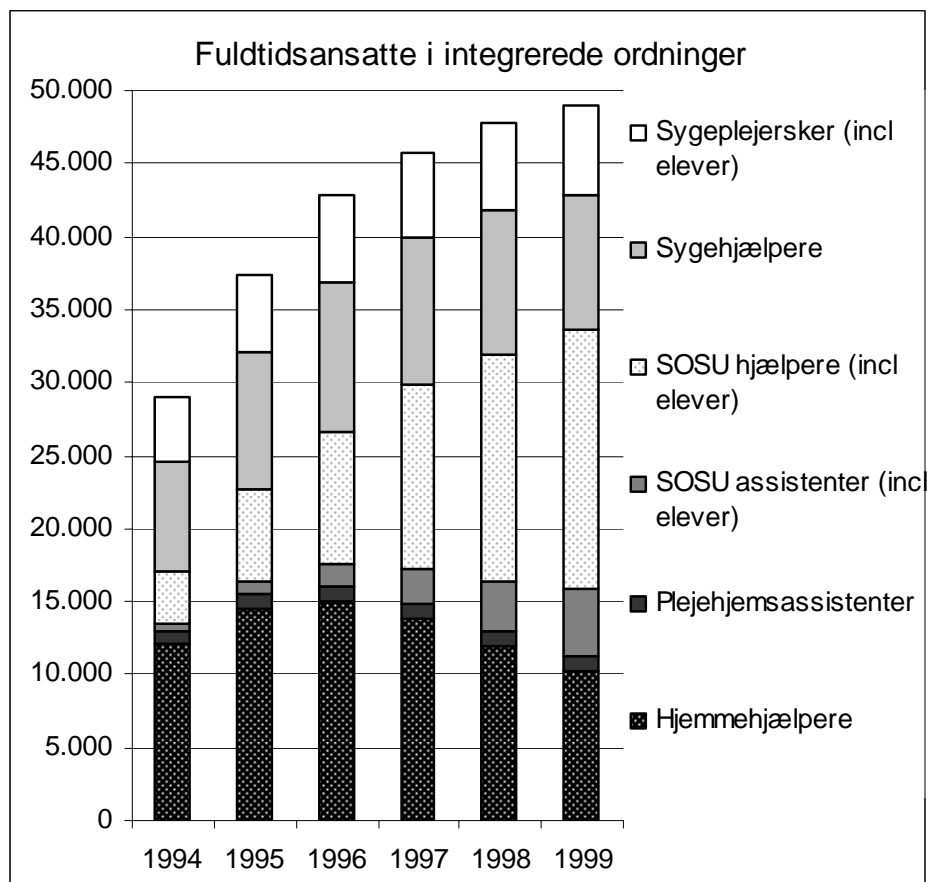
Kilde: Danmarksstatistik, specialkørsel, egne beregninger.

Note: Hjemmehjælpere er ikke medtaget, da der ingen hjemmehjælpere er ansat på pleje-/daghjem.

Tallene fra 1994-1999 kan illustrere udviklingen inden for henholdsvis pleje-/daghjem, integrerede ordninger og hjemmesygepleje. Figur 3.8 viser, at antallet af ansatte på pleje- og daghjem er faldet, dog kraftigst for sygehjælperne. Dette skal ses i lyset af skiftet til integrerede ordninger, og af at sygehjælperne til dels substitueres af SOSU-assistenter og -hjælpere.

Figur 3.9 næste side viser den tilsvarende udvikling for de integrerede ordninger, og her ses en markant stigning i antallet af ansatte.

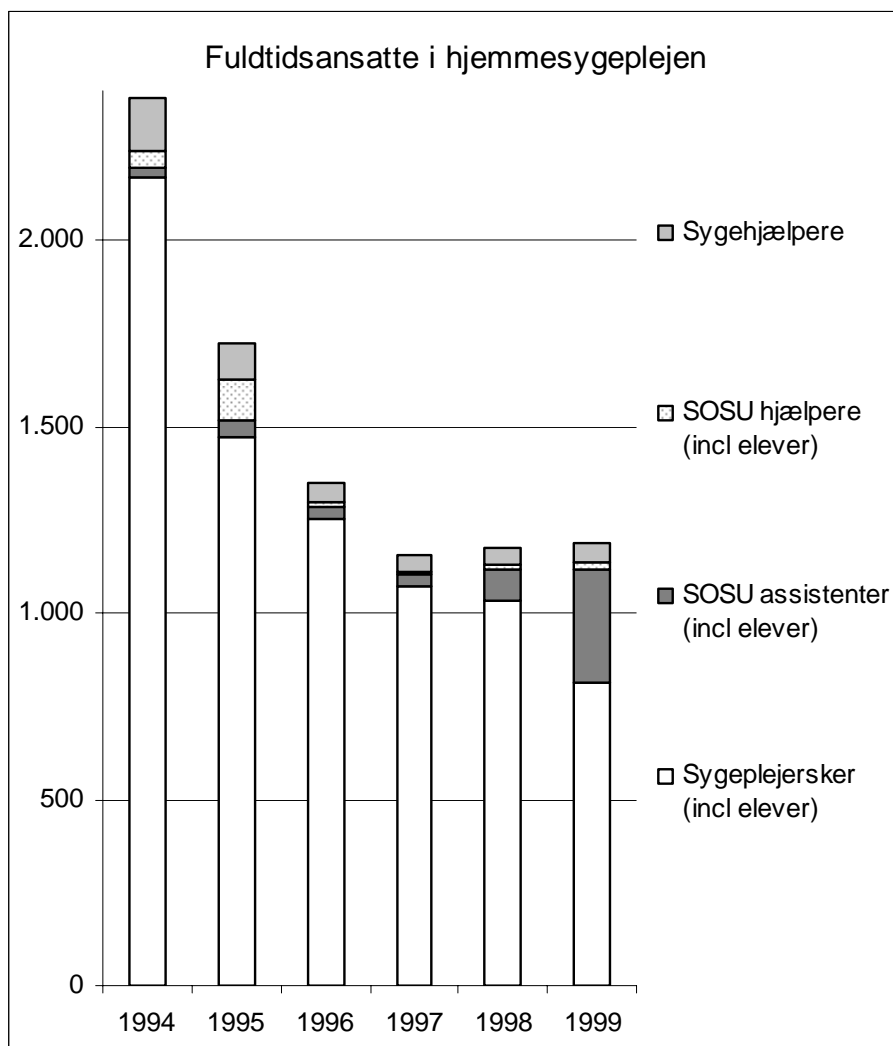
Figur 3.9 Fuldtidsbeskæftigede i integrerede ordninger fordel på faggrupper 1994-1999



Kilde: Danmarks Statistik, specialkørsel, egne beregninger.

Samlet set illustrerer Figur 3.8 og Figur 3.9 substitutionen mellem de to organiseringsformer. Antallet af sygeplejersker inden for de to områder er konstant i perioden. I 1994 er der således 7.522 sygeplejersker, mens der i 1999 er 7.525. Som det fremgår af diagrammerne, har stigningen i antallet af ansatte i de integrerede ordninger primært omfattet SOSU-assistenter og -hjælpere.

Figur 3.10 Fuldtidsbeskæftigede i hjemmesygeplejen fordelt på faggrupper 1994-1999



Kilde: Danmarksstatistik, specialkørsel, egne beregninger.

Note: I figuren er kategorierne *plejehjemsassistent* og *hjemmehjælper* ikke medtaget, idet de ikke er ansat i hjemmesygeplejen.

Det fald vi tidligere så i det samlede antal sygeplejersker inden for de tre områder forklares således primært af, at antallet af sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen falder, hvilket også kan ses af Figur 3.10.

I 1994 var der 2.166 sygeplejersker mod 816 i 1999. Generelt er der et fald i antallet af ansatte i hjemmesygeplejen, som til dels forklares af de integrerede ordninger. Det er dog interessant at se, at antallet af ansatte i hjemmesygeplejen ligger nogenlunde konstant fra 1997 til 1999, mens antallet af social- og sundhedsassistenter stiger kraftigt i denne periode. Social- og sundhedsassistenterne udgør en større gruppe, end sygehjælperne tidligere gjorde. Når SOSU-assistenternes faglige kompetencer tages i betragtning, kunne udviklingen tyde på, at de i dag varetager nogle af de arbejdsopgaver, som sygeplejerskerne tidligere har varetaget. Sygeplejerskerne udgør dog stadig langt størstedelen af de ansatte i hjemmesygeplejen.

Som tidligere vist er der generelt et stigende aktivitetsniveau i hjemmesygeplejen, eksempelvis et stigende antal besøg (se evt. Tabel 3.1, s. 25). Udviklingen i personalesammensætning-

gen tyder på, at denne vækst i nogen grad er skabt ved at substituere sygeplejersker for andre og mindre uddannede medarbejdere.

Afslutningsvis er det interessant at sammenligne den her illustrerede udvikling i personale-sammensætning i primærsektoren med udviklingen i sekundærsektoren. Her er der foregået en diametralt modsat udvikling: Personalesammensætningen på sygehusene har i perioden 1990-1999 ændret sig markant. Antallet af sygeplejersker (opgjort i fuldtidsstillinger) er steget med 19 %, mens der var været et tilsvarende fald i andet plejepersonale svarende til 20 % (Amtsrådsforeningen 2001a:26).

3.3.5 Opsamling: Udviklingen i hjemmesygeplejen

Hjemmesygepleje indføres ved lov i 1957, men den udbredes først til hele befolkningen og gøres vederlagsfri kort efter kommunalreformen i 1973. Opgaverne var fra starten hjemmesyge- og barselspleje samt opsøgende forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Plejehjemskulturens fremvækst skaber et kommunalt plejesystem parallelt til hjemmesygeplejen, men de to smeltes gradvist sammen via indførelsen af integrerede ordninger. Plejehjemskulturens servicefilosofi og det institutionelle totalkoncept kommer på retur, og i 1980'erne og 1990'erne vinder myndiggørelse af borgerne, med begreber som 'egenomsorg' og 'længst muligt i eget hjem', frem.

Fra begyndelsen af 1980'erne og frem til i dag er der via lovgivningen sket en gradvis liberalisering af hjemmesygeplejen på to dimensioner:

- ◆ En liberalisering af *personalet*: Sygeplejerskernes monopol på hjemmesygeplejen er brudt, nye faggrupper er opstået, og kompetencevurderingen er i stigende grad blevet lagt ud til det lokale niveau.
- ◆ En liberalisering af *driftsformen*: Det er nu muligt at overdrage driften til en selvejende institution eller udlicitere hele hjemmesygeplejen.

Udviklingen i aktiviteten i hjemmesygeplejen peger på en kraftig øgning i antallet af besøg samt besøgsfrekvensen hos den enkelte modtager af hjemmesygepleje (delvist forklaret ved at flere og flere af de tunge ældre, som bor på plejehjem, overgår til hjemmeplejen qua integrationen af de to typer af ordninger).

Samtidig er der foregået en ændring af personalesammensætningen i retning af en substitution af sygeplejersker for forskellige typer af kortere uddannet sundhedspersonale. Samlet set er der sket en stigning i antallet af ansatte i ældreomsorgen (hjemmesygepleje, de integrerede ordninger og plejehjemmene tilsammen), men samtidig er der også sket både et relativt (set i forhold til de øvrige personalegrupper) såvel som et absolut fald i antallet af sygeplejersker i hjemmesygeplejen og i den samlede ældreomsorg i kommunerne.

4. Ændrede rammer for hjemmesygeplejen

I dette kapitel zoomer vi ud af selve hjemmesygeplejen og sætter i stedet fokus på centrale eksterne udviklingstendenser, der har konsekvenser for hjemmesygeplejen. At nedenstående udviklingstendenser har konsekvenser for hjemmesygeplejen, er der ikke tvivl om, men det er ikke noget entydigt billede af, *hvilke* konsekvenser der er tale om. Nedenstående kan derfor kun betragtes som kvalificerede bud på de konsekvenser, som udviklingen kan føre med sig. Omfanget af disse konsekvenser kan der på baggrund af det her tilgængelige datagrundlag ikke siges noget eksakt om. Ud over at analysere tendenser i rammebetingelserne for hjemmesygeplejen er formålet også at pege på nye perspektiver og muligheder for hjemmesygeplejens udvikling i fremtiden.

4.1 Udviklingstendenser med relevans for hjemmesygeplejen

Der har gennem en årrække været en række udviklingstendenser af forskellig karakter, som har konsekvenser for hjemmesygeplejen og for de opgaver af plejemæssig art, der skal løses i borgerens eget hjem.

Blandt de vigtigste er *den demografiske udvikling* i Danmark, som medfører, at vi får et stigende antal ældre i de kommende år. Samtidig lever vi i gennemsnit længere og længere. Begge tendenser peger på et øget behov for pleje og behandling i hjemmet.

En anden væsentlig tendens er *ændringen i sygdomsbilledet*: Flere og flere af os lider af kroniske eller langvarige sygdomme, og mange af disse er de såkaldte folkesygdomme. Det giver et andet behov for pleje, idet der bliver en voksende gruppe af kronikere, som har brug for hjælp. Denne udvikling rejser spørgsmålet, om det skal være hjemmesygeplejen, der løfter denne opgave, eller det i højere grad skal være sygehusenes ambulatorier og udgående specialistsygeplejersker (fx KOL-sygeplejersker, diabetessygeplejersker osv.).

En tredje tendens er et *holdningsmæssigt skift* i befolkningen, som peger i retning af, at flere og flere vælger at dø hjemme, og at behovet for og kravene til terminal pleje i hjemmet stiger.

En sidste tendens handler ikke om ændringerne i befolkningen, men om *ændringer i det øvrige sundhedsvæsen*, herunder specielt sygehusenes aktivitet, der er præget af faldende liggetider og omlægning fra stationær til ambulant aktivitet. Udviklingen i medicinsk teknologi og det øgede fokus på, hvorvidt patienterne reelt er behandlings- og dermed indlæggelseskrævende (eller om der er tale om et plejemæssigt behov, som kunne løses i hjemmet), er begge tendenser, som peger i retning af flere, tungere og mere fagligt specialiserede opgaver i hjemmesygeplejen.

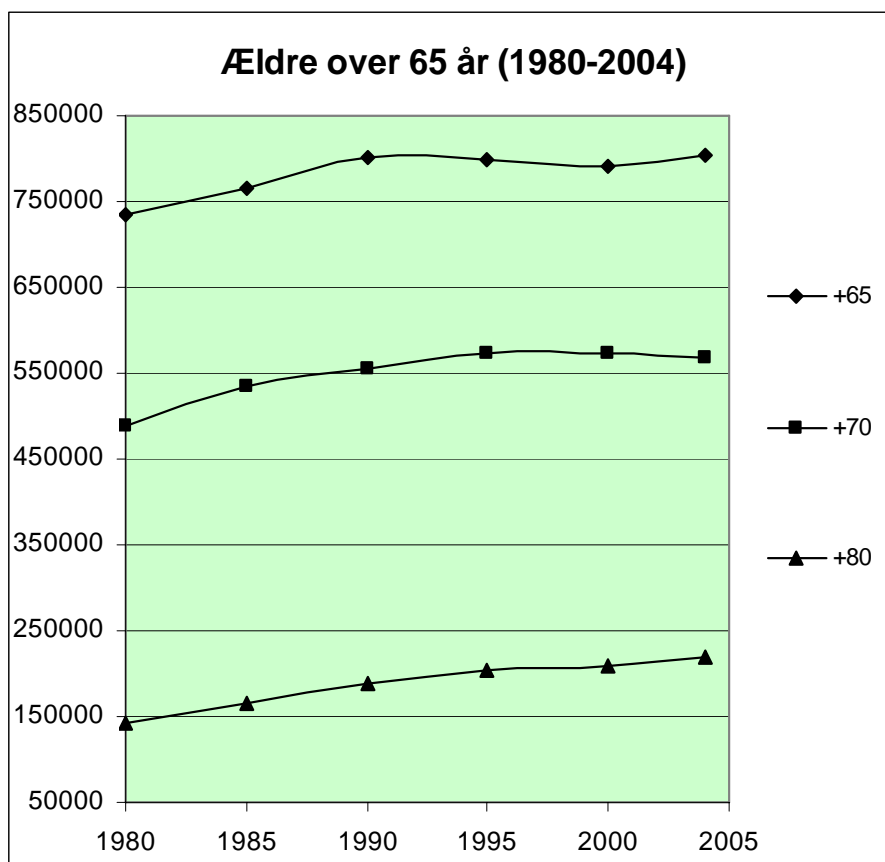
Dette var blot nogle af de spørgsmål, som udviklingen i vilkårene for hjemmesygepleje rejser.

4.1.1 Flere ældre

Den demografiske udvikling viser et stigende antal ældre i befolkningen. I 2002 udgjorde de 65+ årige således 14,8 % af befolkningen, og det forventes at stige til 23 % i år 2040 (Sund-

hedsministeriet 2001a). Den nominelle udvikling i antallet af ældre over de sidste årtier er afbilledet i Figur 4.1 herunder.

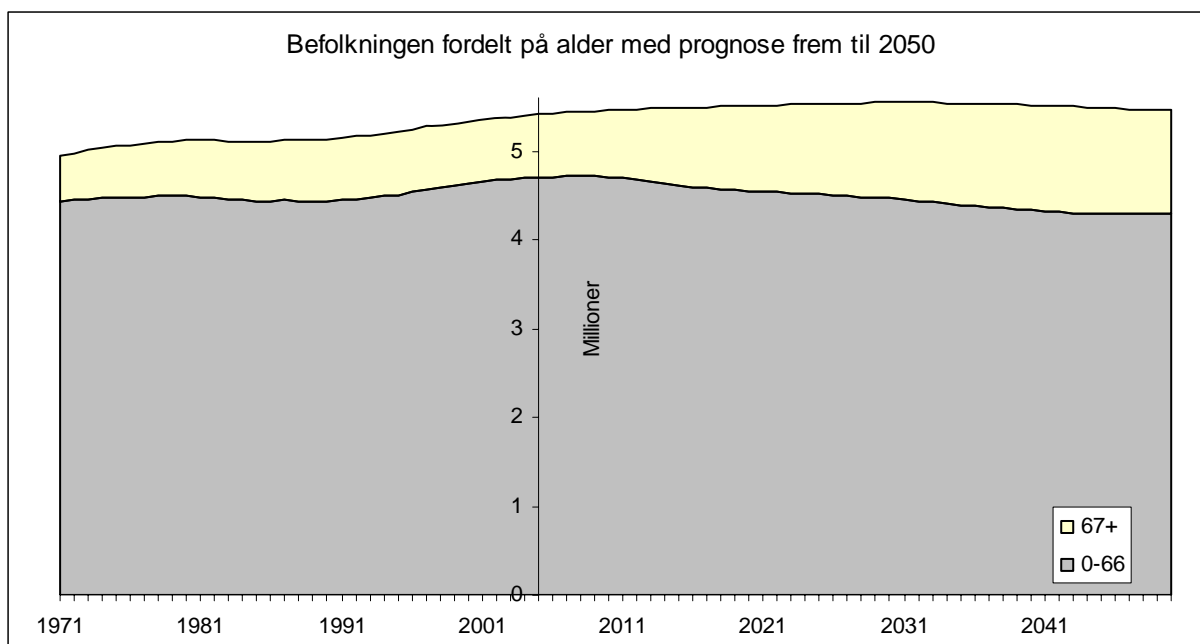
Figur 4.1 Udviklingen i antallet af ældre over 65 år (1980-2004)



Kilde: Statistikbanken (Danmarks Statistik): Tabel BEF1A: Folketal pr. 1. januar efter kommune/amt, civilstand, alder og køn.

Som det ses, er antallet af ældre i de tre aldersgrupper steget, og det svarer til en stigning i de +65 årige på 9 %, de +75 årige på 14 % og de +80 årige på 35 %. Den demografiske udvikling i sig selv vil således få konsekvenser for hjemmesygeplejen, idet de ældres andel af patienterne både er meget høj og stadigt stigende. Der tales og skrives meget om den såkaldte 'ældrebyrde' og den hastigt voksende mængde ældre, i takt med at de store krigsgenerationer bliver ældre. Som Figur 4.2 s. 39 illustrerer, er der dog tale om en nominel vækst, som måske ikke altid matcher det billede, der ofte tegnes af en eksplosion i antallet af ældre.

Figur 4.2 Befolkning over og under 67 fra 1971-2050 (prognose)



Kilde: Statistikbanken, tabel 1 og 1a og PROG7A og egne beregninger.

Note: Y-aksen skærer i 2004 for at indikere, hvor data ender, og prognose begynder. Det er klart, at en 50-årig fremskrivning af en befolkningsprognose vil være behæftet med endog betydelig usikkerhed.

Det interessante for den samfundsmæssige udvikling er da heller ikke i så høj grad selve antallet af ældre eller deres relative andel af den samlede befolkning, som det er den såkaldte 'forsørgerbrøk' (også kaldet 'forsørgerbyrde'), altså størrelsen af de grupper, som henholdsvis forsøger eller bliver forsørget. I Danmark har der været tradition for at indkomstdifferentiere overførselsindkomster for de erhvervsaktive grupper, men i langt mindre omfang for de erhvervsinaktive såsom børn (fx børnepenge), studerende (fx SU) og ældre (fx folkepension og ældrecheck).

Den rent demografiske udvikling i antallet af ældre i fremtiden er selvfølgelig behæftet med en usikkerhed, bl.a. som konsekvens af udviklingen i fødselstallet. Udviklingen i forsørgerbyrden er imidlertid behæftet med en betydeligt større usikkerhed, idet den er afhængig af mange flere variable – fx den gennemsnitlige uddannelsestid, beskæftigelsessituationen, pensionsalder osv. Derfor er der også langt fra enighed om fortolkningerne af de politiske og velfærdsmæssige konsekvenser af udviklingen, og hvad udviklingen overhovedet indeholder. Det står imidlertid klart, at både ældre- og forsørgerbrøken bliver større – både fordi befolkningens demografiske profil samt alderen for ind- og fratrædelse på arbejdsmarkedet ændrer sig. Uanset om man mener, at ændringerne er signifikante eller ej, står det også klart, at den herskende *fortolkning* af situationen har givet anledning til at diskutere nye veje i organiseringen af sundhedstilbud til ældre, eftersom det er en ressourcekrævende gruppe med mange akutte indlæggelser.

Kommunernes Landsforening mener således, at der i 2015 vil være ca. 30 % flere ældre end i 2003, og kombineret med de snævre vækstrammer for den kommunale service betyder det, at mange kommuner vil være nødt til at sænke udgifterne pr. ældre i det kommende år (Kommunernes Landsforening 2003:52f). KL peger selv på, at denne udvikling skal ses i lyset af, at mange ældre har betydelige formuer, og at kun en meget lille del af de ældre tilhører de øko-

nomisk svagest stillede, hvilket en analyse af ældres økonomiske vilkår peger på (Socialministeriet m.fl. 2003).

For hjemmesygeplejen betyder denne udvikling for det første, at behovet for hjemmesygepleje vil stige alene som konsekvens af den demografiske udvikling – ved en uændret opgavefordeling mellem sundhedsvæsenets grundlæggende institutioner. Efter alt at dømmes betyder det også, at nogle af de ydelser, som i dag leveres vederlagsfrit i integrerede ordninger, i et vist omfang kan tænkes at blive indkomst- og formueafhængige. Hvilke konsekvenser det kan tænkes at få for hjemmesygeplejens arbejde, er ikke entydigt.

Én tese er, at udviklingen vil gå i retning af en ændring i vilkårene for tildeling af ydelser, som i højere grad vil ske på basis af den enkeltes økonomiske vilkår, altså evnen til brugerbetaling. En øget brugerbetaling er mest sandsynlig for den del af den praktiske hjælp, som ydes efter sociallovgivningen (hjemmehjælpen), men langt mindre sandsynlig for selve hjemmesygeplejen, der ydes på basis af sundhedslovgivning. Begrundelsen for denne antagelse er, at princippet om fri og lige adgang til et offentligt finansieret sundhedsvæsen er stærkt rodfæstet i den danske velfærdsmodel, og fremvæksten af et privat marked i form af forsikringer såvel som udbydere i høj grad sker som supplement til det offentlige sundhedsvæsen, der stadig er baseret på idealer om fri og lige adgang. Det er langt lettere at forestille sig en øget indkomstafhængig brugerbetaling på praktisk hjælp mv. end på lægeordnede sundhedsydelser såsom hjemmesygepleje. Hvis denne tese er korrekt, kan det komme til at betyde en adskillelse af den deciderede hjemmesygepleje på basis af lægeordination (som fortsat antages at være vederlagsfri i samme omfang som sygepleje i sekundærsektoren), og de andre typer af pleje og hjælp, som de ældre modtager. I praksis kan det få konsekvenser for organiseringen af hjemmeplejen, som i varierende grad løser begge opgaver uden en så klar opdeling¹⁴. Den integration, som er sket, kan imidlertid være særdeles hensigtsmæssig set ud fra borgernes perspektiv, idet det i praksis ikke altid er så let at skelne sociale fra sundhedsmæssige behov og ydelser. Et tæt samarbejde og integration af de to systemer rummer derfor mange fordele.

Det er dog som sagt behæftet med megen usikkerhed at pege på konsekvenserne af den nuværende udvikling i demografi og forsørgerbrøk. Imidlertid er det vigtigt at holde fast i, at udviklingen peger på andet og mere end et rent dimensioneringsproblem i forhold til at møde den øgede efterspørgsel. Udviklingen kan tænkes at trække i retning af en øget adskillelse af de sundhedsfaglige ydelser (under Indenrigs- og Sundhedsministeriet) og de såkaldte serviceydelser (under Socialministeriet – Lov om Social Service 2003), og en sådan vil have mange typer af tilsigtede og ikke mindst utilsigtede konsekvenser.

4.1.2 Flere mennesker med kroniske lidelser

Udviklingen i sygdomsmønstret peger i retning af, at befolkningen i fremtiden vil være præget af kroniske sygdomme i højere grad end i dag. Eksempelvis er der i de seneste 15 år sket en stigning i forekomsten af sygdomme som kroniske lungesygdomme (herunder KOL, også

¹⁴ I og med indførelsen af frit valg af leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp lægges der allerede nu op til en adskillelse fra hjemmeplejen på nogle områder. I ”Vejledning om supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre efter lov om social service 2004” står således: ”Lovgivningen om frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp omfatter ikke hjemmesygeplejeydelser. Den enkelte kommunalbestyrelse afgør, om modtagerne af hjemmesygepleje skal have muligheder for at vælge mellem forskellige leverandører af sygeplejeydelser. Når kommunalbestyrelsen skal fastsætte kvalitets- og priskrav for personlig og praktisk hjælp, er det en forudsætning, at kommunalbestyrelsen skelner mellem ydelser efter §71 [om hjemmehjælp, red.] i lov om social service og andre ydelser som fx hjemmesygeplejerskeydelser”.

kaldet 'rygerlunger') og muskel- og skelettsygdomme (Sundhedsministeriet 1999). Et andet eksempel er diabetes, som er i kraftig vækst, og både incidens og prævalens er stigende: Prævalensen af type 2 diabetes for personer over 60 år er omkring 10 %. Det anslås, at den i 2010 vil være mellem 4 og 5 % for den samlede befolkning (Beck-Nielsen et al. 2000). Det antages også, at mellem 200.000 og 300.000 danskere lider af sygdommen (Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering 2003). Andre livsstilssygdomme i vækst er fx hjerte-karsygdomme, skrumpelever og det metaboliske syndrom. I alt lever mere end hver tredje voksne dansker med en langvarig sygdom, og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom (Regeringen 2002).

Der kan fremhæves to primære årsager til denne udvikling: I takt med den teknologiske udvikling overlever flere og flere syge, fx efter en blodprop, og har herefter behandlingskrævende kroniske sygdomme. Desuden betyder den øgede velstand, at kost og motionsvaner ændrer sig i en ugunstig retning – set ud fra et folkesundhedsperspektiv, hvilket har den konsekvens, at livsstilssygdommene er i vækst. Derudover har en stor del af de patienter, der har kroniske lidelser, ofte også sociale problemer (Institut for Fremtidsforskning 1999).

Udviklingen i kroniske sygdomme medfører, at der er behov for øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, på patienternes livsstil, egenindsats (egenomsorg) samt patientrådgivning, -støtte og -rehabilitering (Regeringen 2002).

Set i hjemmesygeplejens perspektiv peger udviklingen inden for kronisk sygdom på flere mulige scenarier, som rejser forskellige typer af udfordringer for hjemmesygeplejen. Det øgede fokus på kroniske lidelser – folkesygdomme – kan betyde, at håndteringen af disse sygdomme i det øvrige sundhedsvæsen styrkes, og at hjemmesygeplejen således vil få *mindre* med denne gruppe at gøre.

Imidlertid er der klare intentioner om, at kronikerhåndteringen skal foregå i et langt tættere samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, og at primærsektoren via forskellige former for *shared care*-ordninger i langt højere grad skal kunne håndtere kronikerbehandlingen for de mange ukomplicerede patienter. I praksis har det dog vist sig overordentligt vanskeligt at få vendt udviklingen og skabt øget *shared care*, og resultatet er bl.a. en meget voldsom vækst i sekundærsektorens ambulante aktivitet. Hvis det i årene fremover lykkes at lave en langt højere grad af *shared care* og dermed udlægning af kronikerhåndteringen til primærsektoren, kunne det pege i retning af, at hjemmesygeplejen i langt højere grad kommer til at blive involveret i kronikerforløbene.

Andre incitament, som også peger i retning af en øget involvering af hjemmesygeplejen i kronikerhåndteringen, er, at strukturreformen giver kommunerne ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse, og at kommunerne skal medfinansiere sygehusindlæggelser. Og den del af kronikernes indlæggelser, som skyldes dårlig regulering af sygdommen (med akutte forværringer til følge), kan i et vist omfang undgås via tertiær forebyggelse.

I dag forholder det sig sådan, at en meget stor del af sundhedsudgifterne til kroniske livsstilssygdomme går til sygehusindlæggelser på grund af delvist forebyggelige komplikationer og forværringer i tilstanden som konsekvens af en for dårlig håndtering af den kroniske sygdom.

Således har Diabetesforeningen beregnet de årlige udgifter til diabetesbehandlingen til ca. 2,4 mia. kr.¹⁵ Ca. 80 % af disse går til sygehusindlæggelser og kun ca. 20 % til kontrol og profylaktiske foranstaltninger (Diabetesforeningen 2001:2). En klaringsrapport om type 2 diabetes estimerer, at det – udover at være en fordel for patienterne at undgå indlæggelser og senkomplikationer – også er omkostningseffektivt at intensivere diabetesbehandlingen, idet det vil kunne nedbringe ressourcetrækket i forbindelse med forebyggelige og undgåelige indlæggelser (Beck-Nielsen et al. 2000:10).

Situationen på KOL-området er sammenlignelig på dette punkt: I Danmark har ca. 200.000 mennesker KOL. Sygdommen fører årligt til ca. 23.000 indlæggelser fordelt på ca. 13.000 personer og ca. 150.000 sengedage. Omkring 25 % af de udskrevne patienter genindlægges inden for den første måned (Sundhedsstyrelsen, Viden- og Dokumentationsenheden 2003; Danmarks Lungeforening 2004; Stevnshøj 2003). KOL er den hyppigste årsag til indlæggelse på medicinske afdelinger (Ringbæk, Eriksen og Vestbo 2003). Siden 1990 er der sket en fordobling i antallet af KOL-indlæggelser blandt mænd og en tredobling blandt kvinder. De indlagte er i høj grad ældre: Aldersgruppen 65-74 år tegner sig således for ca. 38 % af indlæggelserne, mens 85 % er over 55 år (Juel & Døssing 2004).

Kommunerne står således i en situation, hvor de har store og voksende grupper af borgere, som set i et rent økonomisk perspektiv udløser store og voksende udgifter i både sekundær- og socialektoren, og som de vil have et klart økonomisk incitament til at begrænse udgifterne til. Samtidig findes der viden, som dokumenterer, at en bedre håndtering af kronisk sygdom (også kaldet tertiær forebyggelse) ikke blot er en stor fordel for patienterne, men også er økonomisk rationelt¹⁶. Her er det vigtigt at slå fast, at det ikke blot drejer sig om det langsigtede perspektiv (primær og sekundær forebyggelse), men også om det helt korte. Strukturreformen lægger op til, at kommunerne vil få en større andel af sundhedssektoren, men i praksis har kommunerne i dag ikke en sundhedsfaglig tradition. Kernepersonalet i den kommunale sundhedssektor er hjemmesygeplejen, som kommer i borgernes hjem. Det er selvfølgelig tænkeligt, at kommunerne på længere sigt bl.a. vil bruge opbygning af forskellige former for sundhedscentre og de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg som løftestænger til at ændre situationen på kronikerområdet. Men det vil også være meget nærliggende at inddrage det sundhedsfaglige personale, som kommunerne allerede har, og som kommer ude i hjemmene, langt mere målrettet og fokuseret i indsatsen på kronikerområdet, hvor udfordringerne er store, og hvor der er meget at vinde – både for borgerne og for kommunerne.

Under alle omstændigheder vokser antallet af kronikere kraftigt, og såvel deres absolutte som relative andel af hjemmesygeplejens virke må antages at stige. Denne udvikling vil medføre et øget behov for mere specialiseret og løbende opdateret viden i hjemmesygeplejen om håndteringen af kronisk sygdom generelt og om de enkelte sygdomme specifikt. De nye storkommuner, den voksende mængde kronikere og behovet for kvalificeret håndtering af kronikerne vil åbne nye organisatoriske muligheder i kommunerne, hvor nye måder at samle og vedligeholde viden og kompetencer kan danne grundlag for en udvikling i retning af en mere funktionel (frem for geografisk) opdeling af hjemmesygeplejens virke.

¹⁵ Det er vanskeligt præcist at opgøre alle direkte og afledte omkostninger. Klaringsrapporten fra 2000 skønner, at tallet er ca. 2 mia. kr. (Beck-Nielsen et al. 2000), mens Diabetesforeningens rapport nr. 1 fra 1998 skønner, at udgifterne snarere er 2,5 mia. kr. (Diabetesforeningen 1998). I 2003 skønner foreningens formand imidlertid, at de samlede udgifter inkl. sociale pensioner mv. beløber sig til 6-8 mia. kr. (Flyvbjerg 2003).

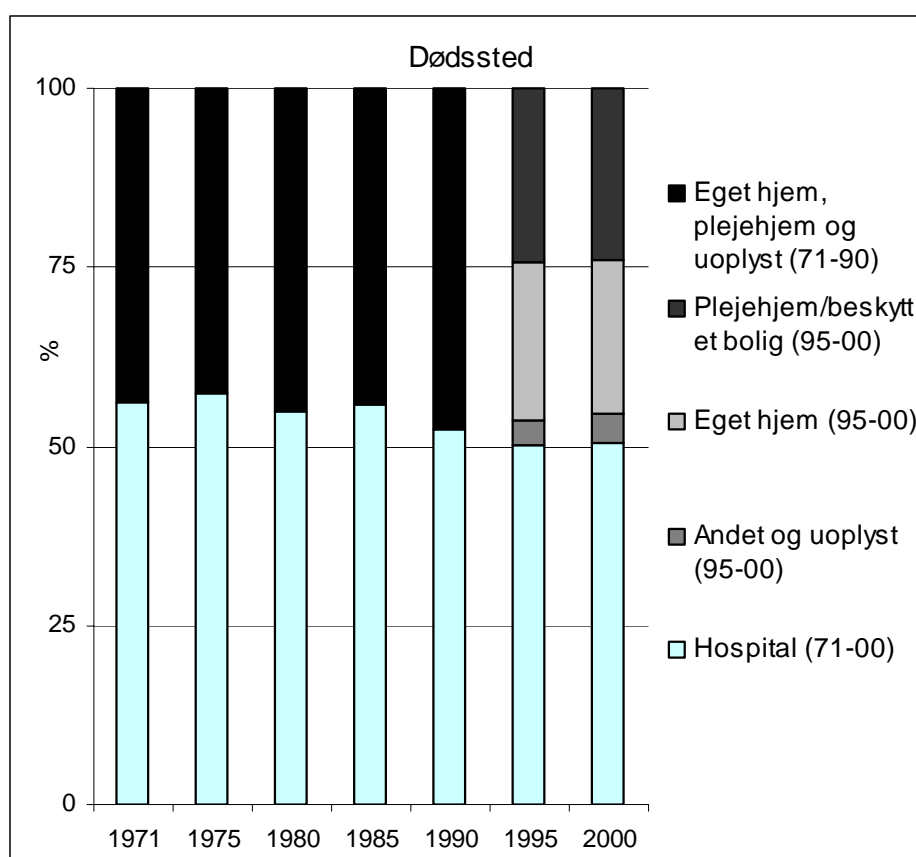
¹⁶ Se bl.a. følgende, der fokuserer på to af de store kronikerlidelser, diabetes og KOL: Jacobsen et al. 2002, de Fine Olivarius et al. 2001, Hermiz et al. 2002, Bodenheimer et al. 2002.

4.1.3 Holdningsmæssige ændringer: At dø i eget hjem

En anden tendens med stor relevans for hjemmesygeplejen er af mere holdningsmæssig og bredere kulturel art. Institutioner har fået en anden rolle i vores bevidsthed over de sidste årtier. Flere og flere ønsker at blive længst muligt i eget hjem, og det betyder også, at flere vælger at dø hjemme. Både nationale og internationale undersøgelser tyder på, at størstedelen af de alvorligt syge og døende ønsker at dø i eget hjem, såfremt det er muligt (Sundhedsstyrelsen 1999a).

I Danmark dør ca. 60.000 mennesker om året, heraf omkring 16.000 patienter med kræft. Det er primært disse, som den palliative¹⁷ indsats er rettet mod, selvom palliation kan anvendes over for patienter med alle sygdomme i den sidste del af livet (Sundhedsstyrelsen 1999a). Nedenstående Figur 4.3 viser udviklingen i hvor dødsfaldene finder sted.

Figur 4.3 Dødssted 1971-2000



Kilde: *Dødsårsager 1992*, Sundhedsstatistik 1994:2, Sundhedsstyrelsen 1994, *Dødsårsager 1993*, Sundhedsstatistik 1995:6, Sundhedsstyrelsen 1995, *Dødsårsager 1994 og 1995*, Sundhedsstatistik 1997:3, Sundhedsstyrelsen 1997, *Dødsårsagerne 1990*, Vitalstatistik I:32:1992, Sundhedsstyrelsen 1992, *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, Årgang 8. nr. 1, januar 2004, Sundhedsstyrelsen 2004.

Note: Frem til og med 1990 var dødssted kun opdelt på 'hospital' og 'andre steder'.

¹⁷ 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 (Sundhedsstyrelsen 1999a)).

Overordnet set viser udviklingen i figuren et relativt svagt fald i andelen af mennesker, som dør på hospital. Denne tendens skaber et øget behov for terminal pleje og palliation i hjemmet.

Ud over her nævnte dødssteder har der i de seneste år været stigende fokus på etableringen af hospicer. Der er i dag 5 hospicer i Danmark (2 i København, 1 i Vejle, 1 i Århus og 1 i Aalborg, mens endnu et hospice forventes at åbne i Odense i løbet af et års tid). Alle hospicer er etableret i løbet af de sidste 10 år. De nuværende hospicer har en samlet kapacitet på 57 pladser (Hospiceforum 2004), og der var 571 indlagte i 2000 (ARF, Sundhedsministeriet og KL 2001:18). Således døde ca. 1 % på hospice i år 2000. Selvom det forventes, at antallet af hospicepladser vil stige fremover, er der stadig tale om en meget lille del af dødsfaldene, som sker på hospice.

Imidlertid er der også sket andre samfundsmæssige ændringer, som har indflydelse på behovet for terminal pleje i hjemmet. Tidligere tiders hjemmegående kvinder, som kunne pleje døende i hjemmene, er på retur, og det samme gælder de strukturer, som gik på tværs af den enkelte familie, såsom vågekonerne¹⁸. Samtidig er forventningerne til, at det offentlige kan træde til, når vi har brug for det, ikke på retur; måske snarere tværtimod. Disse tendenser betyder, at behovet for at yde terminal pleje og palliation i hjemmet er voksende.

Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger fra 1987 slår fast, at hjemmesygeplejen bør kunne løfte denne opgave:

”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”. (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987).

Denne grundholdning fastholdes 12 år senere, hvor Sundhedsstyrelsen beskriver situationen og hjemmesygeplejens rolle i den forbindelse 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”. (Sundhedsstyrelsen 1999a:10).

Trods de mange nye initiativer, som er opstået inden for det palliative område – fx udgående palliationssygeplejersker og palliative teams/smerteteams – er der således ingen tvivl om, at hjemmesygeplejen er tiltænkt en helt central rolle i forhold til pleje af døende i eget hjem, samt at denne opgave i de kommende år vil vokse.

Den øgede fokus på området førte i 2000 bl.a. til, at regeringen sammen med ARF og KL nedsatte en arbejdsgruppe, som i 2001 fremkom med rapporten *”Hjælp til at leve til man dør”*

¹⁸ En frivillig vågekoneordning er blevet etableret i løbet af de sidste år i Hanstholm, men dette eksempel er endnu enkeltstående, og Hanstholm på den yderste vestkyst er på mange måder et atypisk miljø, bl.a. på grund af en stærkere religiøs tradition end i resten af landet.

om den palliative indsats i amter og kommuner. Her peges der ligeledes på hjemmesygeplejens helt centrale rolle i forhold til den palliative indsats:

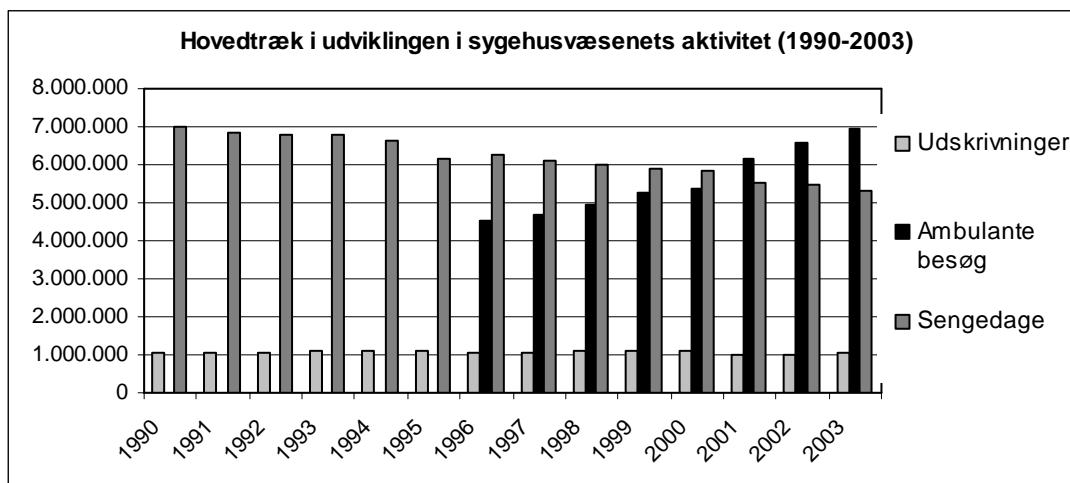
”Det er hjemmesygeplejen, der er basis for den kommunale indsats over for døende. Sygeplejerskerne er typisk faglige tovholdere og bindeleddet til de øvrige faggrupper i hjemmeplejen samt praktiserende læge, hospital m.v.” (ARF, Sundhedsministeriet og KL 2001:18).

Alt i alt er der således også på dette område udsigt til øget aktivitet og behov for hjemmesygepleje – og igen må stigningen forventes at være stærkere end den, der forårsages af den rent demografiske udvikling, idet andre udviklingstendenser spiller ind: både holdningsmæssige og samfundsmæssige ændringer såvel som udviklingen i sygdomsbilledet. Udviklingen rejser derfor spørgsmålet om hjemmesygeplejens fremtidige rolle i forhold til den terminale pleje i hjemmet, og såvel som ved den øgede forekomst af kroniske sygdomme rejser denne udviklingstendens også spørgsmålet om muligheden for en højere grad af funktionel specialisering inden for nye og større kommuner: Bør alle i hjemmesygeplejen kunne håndtere alle typer af terminale patienter, eller er der basis for at viden og kompetence – og dermed plejen – bliver bedre ved en form for specialisering? Palliation udvikler sig og vinder frem som selvstændig disciplin på sundhedsområdet, og spørgsmålet bliver, hvilken rolle hjemmesygeplejen og dermed også kommunerne skal spille i relation den palliative indsats, og hvilken rolle sygehusenes udgående funktioner skal spille, fx palliationssygeplejersker eller tværfaglige palliative teams. Denne rapport kan ikke på baggrund af de tilgængelige data komme med nogen anbefaling, men må pege på vigtigheden af at tage højde for og aktivt forholde sig til den igangværende udvikling – også på dette område.

4.1.4 Sygehusenes aktivitet

En anden central udviklingstendens er ændringerne i sygehusenes aktivitet. Gennem de sidste årtier er liggetiderne faldet støt, og der er samtidig sket en omlægning fra stationær behandling til ambulante aktiviteter og samedagskirurgi. Omstående Figur 4.4 viser helt overordnede træk i udviklingen i sygehusvæsenets aktivitet med henblik på at illustrere forskydningen fra stationær til ambulante aktiviteter.

Figur 4.4 Hovedtræk i udviklingen i sygehusvæsenets stationære og ambulante aktivitet 1990-2003

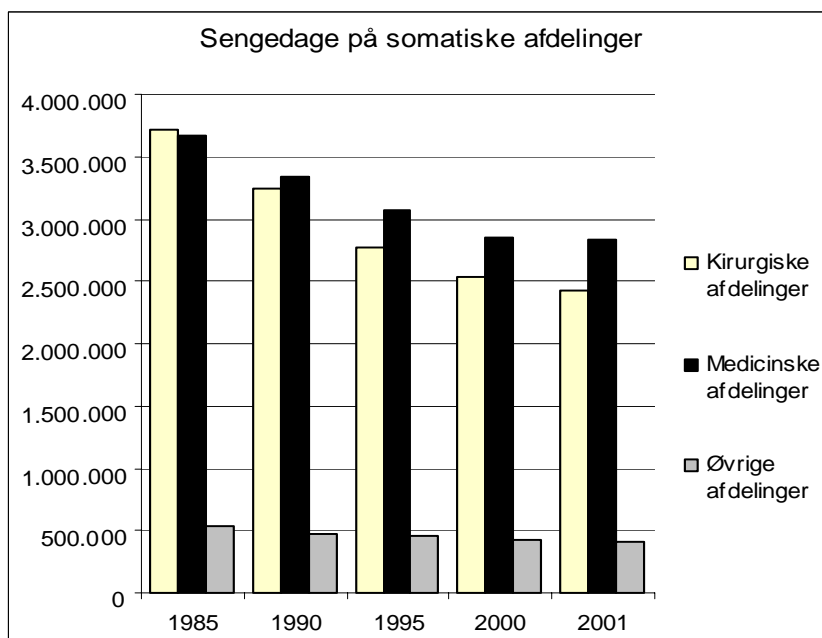


Kilde: Amternes statistikbase (www.arf.dk /vidensbank) baseret på Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

Note: I 1996 ændres opgørelsesmetoden for ambulante besøg, og det er ikke retvisende at medtage disse før 1996.

Figur 4.4 viser en markant udvikling præget af omlægning fra stationær til ambulante virksomhed trods et næsten uændret antal indlæggelser (udskrivninger), hvilket forklares af et tilsvarende markant fald i liggetiden. Faldet i sengedage har imidlertid ikke været lige markant inden for de to hovedområder kirurgi og medicin, sådan som Figur 4.5 viser:

Figur 4.5 Forbruget af sengedage på kirurgiske, medicinske og øvrige afdelinger, 1985-2001



Kilde: *Virksomheden ved sygehuse 2001*, Sundhedsstatistikken; 2003:2, Sundhedsstyrelsen 2003, *Virksomheden ved sygehuse 2000*, Sundhedsstatistikken; 2002:2, Sundhedsstyrelsen 2002, *Virksomheden ved sygehuse 1995*, Sundhedsstatistikken; 1997:2, Sundhedsstyrelsen 1997, *Virksomheden ved sygehuse 1990*, Sygehusstatistik II: 53:1992, Sundhedsstyrelsen 1992.

Aktiviteten i sygehusvæsenet 1985. Sygehusstatistik II:32:1986, Sundhedsstyrelsen 1986.

Faldet i forbruget af sengedage har været mere markant på det kirurgiske område end på det medicinske. Forskydningen fra stationær til ambulans virksomhed på det kirurgiske område kan også tænkes at have konsekvenser for hjemmesygeplejen. Hvor mange af de medicinske patienter, som indlægges og efterfølgende har behov for pleje, er ældre, kan det samme ikke i samme grad antages at gælde for de kirurgiske patienter. Der er en tendens til at betragte hjemmesygeplejen som et stort set rent ældresektor-anliggende. Dette ses både af de klassifikationer, som findes i kommunerne, samt i rapporter og betænkninger der behandler hjemmesygeplejen. Tabel 3.1 (s. 25) viste da også, at de ældres andel af både patientmassen og i endnu højere grad af besøgene er meget høj. Imidlertid peger udviklingen på, at der bliver lavet mere og mere sammedagskirurgi, og at der omlægges fra stationær til ambulans virksomhed, og disse forskydninger handler langt fra kun om ældre patienter. Det kunne derfor tænkes, at hjemmesygeplejen får flere og flere yngre (kirurgiske) patienter (som de fx skal lave sårskift på) som konsekvens af den faldende liggetid på det kirurgiske område. Billedet ikke dog ikke entydigt, og det vil kræve nærmere analyse at fastlægge, hvilke konsekvenser ændringerne inden for kirurgien har for hjemmesygeplejen.

Vender vi blikket fra den kirurgiske til den medicinske del af sygehusenes aktivitet, er der to områder, som er af høj relevans for ældre med behov for pleje i hjemmet: geriatrien og apopleksien.

Geriatrien og den ældre medicinske patient

Efter en periode med fokus på specialiserede områder – fx via hjerfteplan, kræftplan og psykiatriområdet – er der nu i stigende grad kommet fokus på denne patientgruppe (se fx *Ældresagen 2003*). Opmærksomheden er bl.a. skabt via en række folkehøringer i 2000 (Regeringen 2000) og mandede ud i, at Sundhedsministeriet udarbejdede en rapport med fokus på den ældre medicinske patient (Sundhedsministeriet 2001a).

Rapporten peger på, at de ældres sygdomsbillede i de fleste tilfælde ikke adskiller sig væsentligt fra andre patienter. De ældre medicinske patienter indlægges dog ofte med mere komplekse og sammensatte sygdomsbilleder. Kombineret med kortere og mere intensive behandlingsforløb vurderes det at give en øget pleje og efterbehandling i kommunalt regi. Samtidig skaber det behov for bedre koordination og samarbejde mellem sekundær- og primærsektor.

Det vurderes dog, at 10-20 % af de ældre medicinske patienter (ca. 10-25.000) af forskellige årsager hører hjemme i gruppen af svage ældre, og at denne gruppe i højere grad har behov for at få etableret behandlingsforløb på baggrund af en bredere vurdering, der inddrager både økonomiske, sociale og medicinske såvel som plejemæssige hensyn (Sundhedsministeriet 2001a). Et sådan behandlingsforløb foregår på tværs af sektorer, og hjemmesygeplejen vil meget ofte være involveret.

Det øgede fokus på ældres sygdomme er sket delvis parallelt med omdannelsen af blandede inter- og såkaldt langtidsmedicinske senge til specialafdelinger inden for geriatri. Langtidsmedicin og geriatri blev godkendt som lægeligt speciale allerede tilbage i 1972 (Valgård

Kort om geriatri

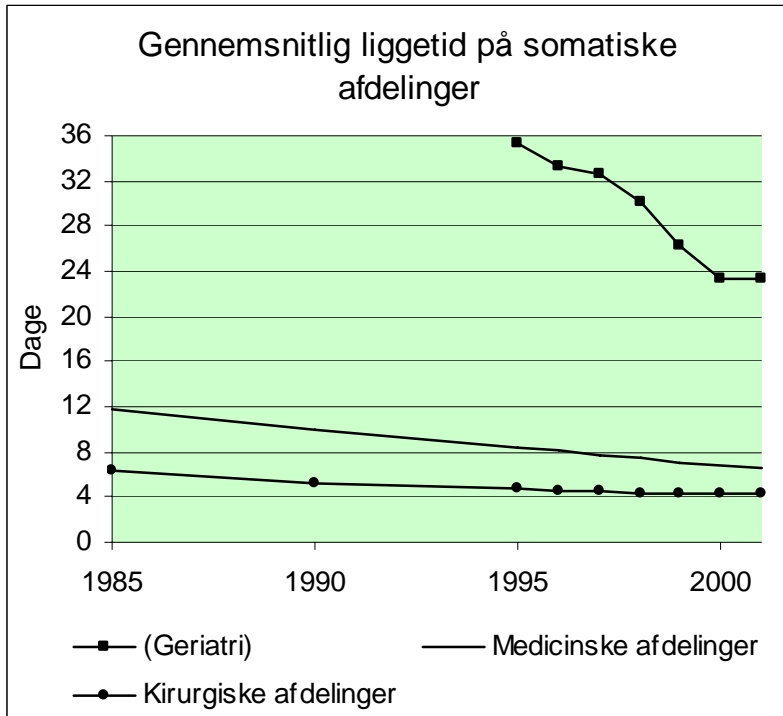
Geriatrici er et speciale inden for intern medicin. Geriatrici betyder læren om alderdommen og dens sygdomme. En arbejdsdefinition af en geriatricisk patient er: Et menneske på over 65 år, som har flere konkurrerende lidelser. Hos den geriatriciske patient er der ofte flere forskellige forhold, som påvirker sygdomsbilledet. Det kan være både akutte og kroniske sygdomme samt normale aldersforandringer, som i samspil påvirker den ældres tilstand.

Kilder: Geriatricisk klinik, Frederiksberg Hospital og Geriatricisk afsnit, Haderslev Sygehus.

1992:325). Imidlertid er det langt fra alle ældre, der lider af sygdomme inden for det geriatriske speciale, og det er langt fra alle sygehuse, der har speciallæger i geriatri.

For at give en mere præcis indikation af udviklingen i sygehusvæsenet på dette område vises her både den gennemsnitlige liggetid fordelt på diagnostiske hovedområder med geriatrien skilt ud (Figur 4.6) og fordelt på alder (Figur 4.7 s. 49).

Figur 4.6 Gennemsnitlig liggetid pr. indlæggelse fordelt på områder 1985-2001

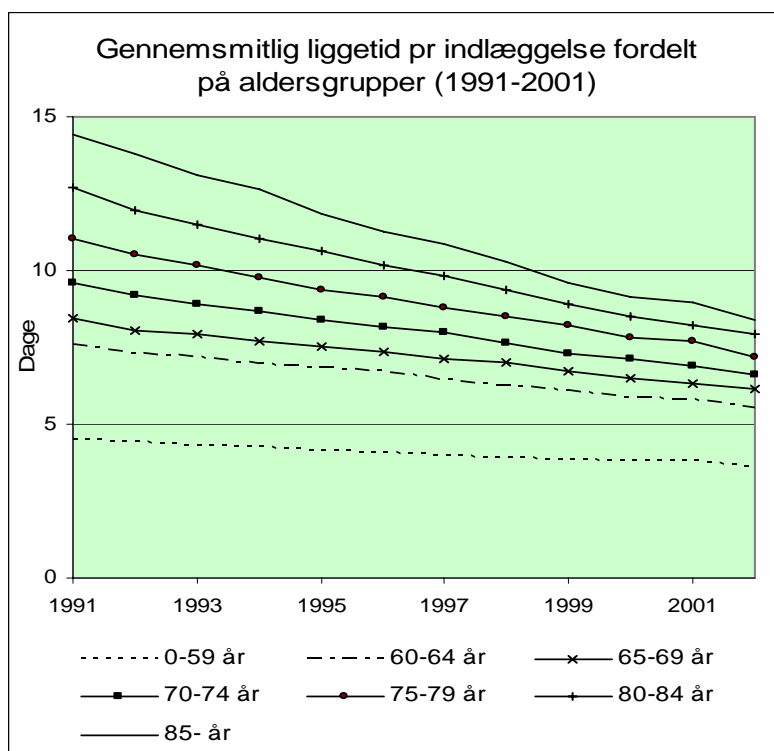


Kilde: Diverse årgange af Sundhedsstyrelsens "Virksomheden ved sygehuse" og "Aktiviteten i sundhedsvæsenet".

Note: Geriatrien er indeholdt i de medicinske afdelingers liggetid over hele tidsserien. Der findes ikke særskilte tal for geriatrien før 1995.

Figur 4.6 viser, at den mest markante udviklingstendens er det store fald i liggetiden på de geriatriske afdelinger. På de øvrige områder er liggetiden ligeledes faldet, men faldet har været større på det geriatriske område. Imidlertid indlægges mange af de patienter, som vejer mest i hjemmesygeplejen – nemlig de ældre – ikke på geriatriske afdelinger.

Figur 4.7 Gennemsnitlig liggetid pr. indlæggelse fordelt på aldersgrupper, 1991-2001



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, Tabel UD3, opdateret maj 2004.

Note: For årene 1991-1994 omfatter tabellen kun indlæggelser for personer, der havde bopæl i Danmark pr. 1. januar pågældende år, dvs. at indlæggelser for personer født eller indvandret i løbet af året ikke er medtaget. Fra 1995 er indlæggelser for disse personer medtaget.

Figur 4.7 viser imidlertid, at selvom vi ser på samtlige indlæggelser – ikke kun de geriatriske, så gør samme tendens sig gældende, nemlig at faldet i liggetid bliver større, jo ældre en patientgruppe der er tale om. Med til dette billede hører også en stigning i indlæggeshyppigheden – altså antallet af indlæggelser pr. patient pr. år.

Tabel 4.1 Antal udskrivinger pr. person (somatisk indlæggelsesfrekvens) 1995-2001

	I alt	65+ år	15-64 år	0-14 år
1995	1,58	1,84	1,53	1,36
1996	1,59	1,86	1,53	1,37
1997	1,61	1,88	1,55	1,39
1998	1,63	1,90	1,56	1,40
1999	1,64	1,92	1,58	1,40
2000	1,65	1,95	1,57	1,42
2001	1,65	1,98	1,57	1,40
Stigning i procent	4,4 %	7,6 %	2,6 %	2,9 %

Kilde: Sundhedsstyrelsen: "Virksomheden ved sygehuse" ("Oversigtstabel 9"). Årgangene 1995-2001.

Fra 1995 til 2001 er indlæggelsesfrekvensen for det samlede somatiske område således steget 4,4 %, hvilket imidlertid dækker over en noget højere stigning i frekvensen for de +65 årige på 7,6 %, mens stigningen i frekvens for de øvrige grupper er under 3 %.

Kort sagt: De ældre indlægges hyppigere, men i betydeligt kortere tid end tidligere. Stigningen i indlæggelsesfrekvens og faldet i liggetiden er betydeligt mere markant for de ældre end for den øvrige befolkning.

Faldene i liggetid på det medicinske og det kirurgiske område har sandsynligvis ikke samme generelle konsekvenser for primærsektoren, herunder hjemmesygeplejen. De kortere liggetider på det medicinske område betyder, at diagnostik og behandling foregår på kortere tid. Det har som konsekvens, at patienter hurtigt bliver såkaldt 'lægeligt færdigbehandlede', men der vil i nogle tilfælde stadig være et behov for pleje, mens patienterne så at sige 'kommer til kræfter igen' efter fx en lungebetændelse, væskemangel mv.

Det kirurgiske område har undergået store og i vid udstrækning teknologidrevne ændringer. Forbedret teknologi og specielt skopi-operationer betyder langt mindre invasive metoder, og dermed også at patienterne så at sige bliver mindre medtaget af mange (men ikke alle) typer af operationer. Udviklingen inden for anæstesen har betydet langt bedre muligheder for kortvarig og for lokal bedøvelse, hvilket igen gør, at patienterne vågner hurtigere og har mindre ubehag. Der er kommet fokus på sengelejts negative effekt: det drejer sig ikke bare om at ligge stille og komme til kræfter, men om at få patienterne gjort mobile så hurtigt som muligt, og her har udviklingen i smertebehandling betydet, at man hurtigere kan mobiliseres. Så trods faldet i den gennemsnitlige liggetid er der meget, der peger på, at alle de kirurgiske patienterne ikke nødvendigvis er tilsvarende dårligere ved den tidligere hjemsendelse.

Alt i alt må faldet i liggetid – specielt for de ældre medicinske patienter – formodes at flytte plejearbejde fra sygehussektoren til hjemmet i et eller andet ukendt omfang. Således peger Sundhedsstyrelsen på, at stigningen i antallet af patienter i hjemmesygeplejen op gennem 1980'erne og 1990'erne skyldes, at flere ældre over 65 år modtager hjemmesygepleje, og at denne udvikling ”...blandt andet skyldes, at liggetiden på sygehusene er blevet forkortet, hvorved flere plejekrævende patienter er blevet overført til hjemmesygeplejen” (Sundhedsstyrelsen 1995:14).

Det er muligt, at meget af dette plejearbejde løses på anden vis, og det er ikke sikkert, at det nødvendigvis kræver hjemmesygepleje. Det er også muligt, at patienterne kommer sig hurtigere i hjemmet, hvor de er vant til at færdes, og det er ligeledes muligt, at ægtefæller og familie hjælper til i et eller andet omfang. Billedet er således ikke entydigt. Men at de ændringer i de ældre patienters indlæggelsesmønster, som er beskrevet her, har konsekvenser for hjemmesygeplejen, må anses for at være meget sandsynligt.

Apopleksi

Inden for apopleksien er patientforløbene karakteriseret ved at være langvarige, og der er et stort behov for genoptræning. Dermed er apopleksien et område, hvor der er behov for samarbejde mellem sekundær og primær sektor. Apopleksien er et af de områder, der i de senere år er kommet mere fokus på, og der er oprettet dedikerede apopleksiafsnit i næsten alle amter (HjerneSagen 2001), samtidig med at der er kommet fokus på muligheden af udgående funktioner, også kaldet 'hjemmetræning', hvilket gør apopleksien specielt relevant ud fra hjemmesygeplejens perspektiv.

Ifølge ledende overlæge Per Hübbe, Neurologisk Afdeling¹⁹, Bispebjerg Hospital, er der p.t. ikke udgående apopleksifunktioner i Danmark, men der er i H:S planer om at indføre en forsøgsordning med hjemmetræning inden for en overskuelig tidshorisont (formodentlig i løbet af få år)²⁰.

Der er ingen tvivl om, at der er ved at komme øget fokus på hele genoptrænings- og rehabiliteringsområdet – og ikke blot for apopleksipatienter²¹. Den samlede overdragelse af (finansierings)ansvaret for genoptræningen til kommunerne som led i strukturreformen sker også med et ønske om at styrke dette område. Apopleksipatienter er relevante for hjemmesygeplejen, fordi de udover genoptræning har et stort behov for pleje og øget rehabilitering i hjemme. Denne udvikling kan således også tænkes at få konsekvenser for hjemmesygeplejen.

Primærsektoren i udvikling

De tendenser, som præger udviklingen i de her beskrevne rammebetingelser for hjemmesygeplejen, har allerede sat sig spor i sundhedsvæsenets indretning. De sidste år har mange nye typer af specielt udgående specialistfunktioner set dagens lys. Oftest er de udgående funktioner forankret i sygehusafdelinger, men ikke udelukkende. Blandt eksemplerne er gero- og geriteams, de forebyggende hjemmebesøg, udgående KOL- og iltsygeplejersker, udgående palliative teams og sygeplejersker. Disse nyskabelser må alle ses i lyset af ovenstående udviklingstræk. Amtsrådsforeningen foretog i efteråret 2003 en undersøgelse af lokale sundhedstilbud²², som indeholder over 250 eksempler på lokale tilbud og ordninger. Den udvikling, som eksempelsamlingen vidner om, er hverken entydigt god eller dårlig. På den ene side vidner den om en løbende lokal tilpasning og udvikling, og på den anden side peger den i retning af en yderligere specialisering og fragmentering af ydelserne, hvilket skaber et yderligere behov for samordning og koordination.

Kort om apopleksi

Apopleksi (slagtilfælde) opstår som følge af en blodprop eller blødning i hjernen. Herved bliver hjernen skadet, og det giver forskellige funktionsforstyrrelser. Det kan dreje sig om halvsidige lammelser, sproglige problemer (afasi), koncentrations- og hukommelsesbesvær, manglende situationsfornemmelse og sygdomserkendelse, føle-, syns- og koordinationsforstyrrelser, stor træthet og mange andre vanskeligheder.

Det er en alvorlig sag at få en skade på hjernen, menneskets mest vitale organ. 10.000 - 15.000 mennesker rammes årligt i Danmark, og vi regner med, at ca. 40.000 lever med følgerne af apopleksi. Hertil skal så lægges lige så mange pårørende, som med ét slag har fået ændrede livsbetingelser.

Kilde: Hjernesagens hjemmeside, www.hjernesagen.dk

¹⁹ Som på konferencen "The Challenges of Chronic Diseases" den 26. maj 2003 holdt et oplæg om "Home-based Rehabilitation of Stroke Patients" (se Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse 2003).

²⁰ Oplyst ved telefonsamtale den 3. november 2003.

²¹ Se fx: (Hede & Højgaard 2004) og (Sundhedsministeriet 1994).

²² Eksempelsamlingen er at finde på Amtsrådsforeningens hjemmeside: www.arf.dk – se: "Eksempelsamling: Udgående teams og lokale sundhedstilbud" (Amtsrådsforeningen 2004).

Set ud fra hjemmesygeplejens perspektiv betyder denne udvikling både, at flere specialister varetager opgaver i hjemmene, samtidig med at persongalleriet og dermed koordinationsopgaven omkring borgerne i hjemmet er vokset.

5. Hjemmesygeplejen til debat

I dette afsluttende kapitel diskuteres de tendenser, som analyserne af udviklingen i hjemmesygeplejen og ændringerne i rammebetingelserne tilsammen peger på, og udviklingen såvel som fremtidens udfordringer sættes til debat.

Udviklingen i rammebetingelserne peger bl.a. på:

- ◆ Flere ældre
- ◆ Flere kronikere
- ◆ Flere ønsker at dø hjemme
- ◆ Kortere indlæggelser.

Samlet set påvirker disse udviklingstræk efterspørgselssiden i samme generelle retning: Flere, mere specialiserede og tungere opgaver til hjemmesygeplejen, som da også har udvidet sin aktivitet voldsomt gennem årene og både antallet af besøg/tydelser stiger.

Imidlertid peger udviklingen i hjemmesygeplejen også på følgende overordnede tendenser:

- ◆ Et fald i antallet af sygeplejersker i hjemmesygeplejen og i den samlede ældreomsorg under ét.
- ◆ En stigning i antallet af ansatte i den samlede ældreomsorg.
- ◆ En afprofessionalisering af hjemmesygeplejen (og den samlede ældreomsorg), i og med at sygeplejerskernes absolutte antal såvel som relative andel af de ansatte falder.

Denne situation kan synes paradoksalt: Flere, tungere og mere fagligt krævende plejeopgaver i hjemmene kombineret med en afprofessionalisering af den kommunale sundhedssektor, herunder hjemmesygeplejen.

5.1 Opgaveglidning

Kapitel 4 har beskrevet forskellige typer af tendenser, som alle påvirker behovet for sygepleje i hjemmet i samme retning, nemlig at der bliver flere, tungere og mere specialiserede opgaver. Denne tendens har i debatten ofte fået samlebetegnelsen 'opgaveglidning'. Betegnelsen er ikke helt dækkende for de konsekvenser af ændrede rammebetingelser, der er beskrevet her, idet der kun i nogle tilfælde er tale om opgaver, som så at sige 'glider' fra én sektor til en anden. Mange opgaver opstår og vokser som konsekvens af andre udviklingstendenser i befolkningen, dens sygdomsprofil og mere kulturelle ændringer.

Der findes som beskrevet i rapporten i øjeblikket ikke samlede analyser eller opgørelser over tydelser i hjemmesygeplejen. Til Sundhedsstyrelsen indberettes alene aldersfordeling samt henvisningsmønstre, og disse er ikke offentliggjort siden 1997. Der tales og skrives imidlertid meget om ændrede opgaver i hjemmesygeplejen. Flere forskellige kilder peger på denne tendens. Strukturkommissionens sektoranalyse på sundhedsområdet påpeger således at:

”Et stigende antal patienter behandles og plejes uden for sygehusvæsenet – blandt andet med ydelser fra den kommunale hjemmesygepleje. Det skyldes dels udviklingen i behandlingsteknologien og i sygehusvæsenets struktur, dels den socialpolitiske målsætning om at de ældre skal blive længst muligt i eget hjem”. (Strukturkommissionen 2004c:15).

KL's ledelse skriver blandt andet følgende:

”Den hurtigere udskrivning eller ambulante behandling betyder, at en del af den efterfølgende behandling og pleje i højere grad placeres i kommunernes ældrepleje. Sammenlign blot hjemmesygeplejens opgaver i dag med situationen for 10 år siden”. (...)”Den kommunale hjemmesygepleje varetager langt flere behandlingsopgaver end tidligere”. (Rasmussen & Boye 2003).

Det er ikke blot kommunerne, der peger på opgaveglidning mellem sektorerne – og specifikt til hjemmesygeplejen. Også amterne peger på denne udvikling, som fx i denne analyse fra Ringkøbing Amt:

”Faldende gennemsnitlige liggetider, flere kroniske og ældre patienter, flere patienter med psykosociale problemer, den hastige teknologiske udvikling herunder øgede medicotekniske muligheder, trækker i retning af, at mere behandling og flere efterforløb og kontroller foregår i almen praksis og i den kommunale plejesektor”. (...)”En lang række af de nuværende sundhedsydelse vil kunne ydes i patienternes eget hjem. Dette er en udfordring, som allerede er aktuel i dag i kraft af de senere års udvikling teknologisk og medicinsk, f.eks. behandling af sukkersyge, astma, apopleksi og demens. Det afspejler sig også i, at den kommunale hjemmesygepleje varetager langt flere behandlingsopgaver end tidligere”. (Ringkøbing Amt 2004).

En analyse lavet af Amdsrådsforeningen om fremtidens plejeprofili peger også på at:

”En intensivering af behandlingsindsatsen og en øget anvendelse af ambulante behandling” har medført, at ”en række pleje- og omsorgsopgaver dermed er flyttet ud i kommunerne”. (Amdsrådsforeningen 2001a).

Det faktum, at der mangler registreringer af systematiske data om indholdet i hjemmesygeplejens aktivitet, gør det selvfølgelig umuligt at dokumentere udviklingen med netop denne type data. Måske derfor er der langt fra enighed om, hvorvidt og i hvilket omfang en opgaveglidning finder sted samt inden for hvilke patientgrupper. På baggrund af de fremlagte data og analyser er det imidlertid sandsynliggjort, at en markant forøgelse af behovet for pleje i hjemmet samt en forøgelse af hjemmesygeplejens opgaver finder sted, og at denne udvikling vil forstærkes fremover. Forøgelsen finder både sted som konsekvens af en generelt øget mængde opgaver samt flytning af opgaver fra specielt sygehusregi til hjemmet. Som påpeget betyder udviklingen ikke blot ’flere af de samme opgaver’, men også en ændring i opgavernes kompleksitet – bl.a. i retning af flere behandlingsopgaver.

Man kan dog ikke automatisk herfra slutte, at hjemmesygeplejen nødvendigvis løfter alle de opgaver i hjemmet, som udviklingen producerer. Det kan meget vel tænkes, at andre aktører, inkl. patienterne selv og deres pårørende samt nye typer af udgående funktioner, løser en del af opgaverne.

Strukturreformen valgte at bibeholde hjemmesygeplejen i den kommunale sektor og sygehusbehandlingen i den regionale. Og uanset hvilken struktur for den samlede offentlige sundheds-

og socialektor der laves, vil arbejdsdelinger mellem institutioner og sektorer altid finde sted og snitfalder opstå. Selvfølgelig er det et mål at placere snitfladerne så hensigtsmæssigt som muligt, men disse problematikker vil aldrig kunne udraderes helt ved omstrukturering. Opgaveglidningsproblematikken mellem den regionale og den kommunale sektor eksisterer derfor fortsat efter strukturreformen.

Opgaveglidning opstår hovedsagelig som problem fordi opgaver (= udgifter) og finansiering (= indtægter) ikke altid er mulige at koble tæt, og således er det i virkeligheden finansieringen, som bliver problemet snarere end selve opgaveglidningen. Derfor tales der da også om ufinansieret opgaveglidning. Den historiske udvikling i finansieringen af hjemmesygeplejen har været, at kommunerne i 1973 fik 50 % statsrefusion, hvilket i 1985 blev ændret til en model, hvor kommunerne afholdt alle udgifter til borgere over 67 år, men kommuner og amter havde delt finansiering af udgifterne til borgere under 67 år. Fra 2001 ændres den delte finansiering for borgere under 67 år til en grundtakstmodel. Kommunerne har i hele perioden afholdt administrationsudgifterne forbundet med hjemmesygeplejen. Således er det i dag kommunerne, der i al væsentlighed afholder udgifterne til hjemmesygeplejen (Lov om hjemmesygepleje 1973; Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 1985; Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 2001).

Et middel, som er blevet anvendt i strukturreformen til bl.a. at skabe fælles ansvarlighed hen over grænsefaldet, har været indførelse af forskellige former for fælles finansieringsansvar – eller rettere medfinansiering. I ”Aftale om strukturreform” står:

”Kommuner og regioner forpligtes i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Obligatoriske sundhedsaftaler skal blandt andet indeholde aftaler om udskrivningsforløb for svage ældre patienter samt aftaler om forebyggelse og genoptræning. (...) Kommunerne betaler et bidrag til finansiering af sundhedsvæsenet, hvilket giver kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. (...) Den kommunale medfinansiering består af et grundbidrag pr. indbygger og et aktivitetsafhængigt bidrag”. (Regeringen 2004c:33).

Kommunernes medfinansiering af sygehusudgifterne kan således i et vist omfang tænkes at få en neutraliserende virkning af en evt. opgaveglidning, men ikke af den generelle opgavestigning, som har helt andre årsager.

Alle data peger på, at der foregår en netto opgaveforøgelse i hjemmesygeplejen. Den er muligvis kombineret med en ikke nærmere konkretiseret mængde og type af opgaveglidning fra sygehusene til hjemmesygeplejen. Men så længe hverken omfanget af eller de mere præcise årsager til en opgaveglidning fra sygehuse til hjemmesygepleje er klart, mangler der et fundament for evt. håndtering af denne problemstilling.

Der er ingen tvivl om, at opgaveløsningen i sygehussektoren influerer på behovet for pleje i hjemmet og dermed på den kommunale hjemmesygepleje. Men det omvendte er også tilfældet: Opgaveløsningen i hjemmesygeplejen, herunder forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver, påvirker også behovet for sygehusindlæggelser. Strukturkommissionen beskriver situationen således:

”Opgaveløsningen på sundhedsområdet – f.eks. ventetider i sundhedsvæsenet og den praktiserende læges indsats – har således indflydelse på kommunernes udgifter til sygedagpenge og plejeområdet, hvor amterne ikke har noget finansieringsansvar, ligesom kommunernes løs-

ning af opgaverne på f.eks. forebyggelses-, pleje- og hjemmesygeplejeområdet påvirker amternes udgifter til sygehusene, hvor kommunerne ikke har noget finansieringsansvar”. (Strukturkommissionen 2004c:12-13).

Der er ingen tvivl om, at en ændring af opgaverne i hjemmesygeplejen finder sted. Den må dog ses i lyset af det faktum, at opgaverne og organiseringen i hele sundhedsvæsenet er under forandring (se fx Figur 4.4 s. 46).

5.2 Afprofessionalisering af hjemmesygeplejen

Opgaveglidning og opgaveforøgelse til trods er der samtidig sket et både relativt og absolut fald i antallet af sygeplejersker i hjemmesygeplejen og den samlede ældre omsorg – altså en afprofessionalisering.

Mens sekundærsektoren er præget af en udvikling, hvor sygeplejersker substituerer andet og mindre uddannet plejepersonale, sker der præcis det modsatte i hjemmesygeplejen. I lyset af ændringen i både mængden af opgaver i hjemmesygeplejen samt i opgavernes kompleksitet kan denne udvikling synes modstridende. Hjemmesygeplejen er desuden karakteriseret ved den åbenlyse forskel fra hospitalsarbejde, at arbejdet udføres hos borgerne og derfor udføres langt mere selvstændigt, og muligheden for at konsultere andet og højere uddannet personale kan ikke foregå *'bedside'* i hverdagen, sådan som det kan på et hospital. Forudsætningerne for at bruge andet plejepersonale i hjemmesygeplejen er således ganske anderledes end i sekundærsektoren. Hermed ikke sagt, at andet personale ikke bør anvendes i hjemmesygeplejen. Men forudsætningerne for at anvende mindre uddannet personale er ganske anderledes end i sekundærsektorens ofte store organisationer præget af tæt interaktion og supervision mellem mere og mindre uddannet plejepersonale.

Afprofessionaliseringen af hjemmesygeplejen og den stigende anvendelse af mindre uddannet personale ændrer desuden forudsætningerne for at løfte den forebyggende og sundhedsfremmende opgave, som hjemmesygeplejen har. Muligvis har den også en betydning for debatten om behovet for en såkaldt faglig opgradering af hjemmesygeplejen.

5.3 Behov for ”opgradering” af hjemmesygeplejen

Et andet tema i debatten om hjemmesygeplejen er behovet for opgradering af hjemmesygeplejen. Tesen er grundlæggende set, at der i takt med de mange nye opgaver og det øgede behov for pleje i hjemmet er opstået et behov for en faglig opgradering af hjemmesygeplejen. I forbindelse med strukturdebatten blev dette behov til tider kædet sammen med en ændring af myndighedsansvaret, som kunne knytte hjemmesygeplejen tættere til sygehusene, evt. ved at lægge hjemmesygeplejen *'ind under'* sygehusene.

I debatten er behovet for opgradering er blandt andet formuleret således:

”Kommunerne har en meget stor sektor for hjemmesygepleje. Denne sektor har mange samarbejdslinjer mod almen praksis og mod sygehusregionen, og en tættere tilknytning af hjemmesygeplejen til regionerne vil være naturlig. Alternativt skal der etableres strukturer, som bedre søger at koordinere hjemmesygeplejens indsats med indsatsen i det øvrige sundhedsvæsen, og som sikrer en relevant udvikling af hjemmesygeplejen. Som led i en sådan udvikling er der behov for en langt mere målrettet uddannelses-, udviklings- og forskningsindsats for

hjemmesygeplejen. Hvis man lytter til den centralpolitiske debat, kan man fx få indtryk af, at en forbedret palliativ indsats er ensbetydende med etableringen af hospicer og lignende institutioner. Det er helt forkert. Forbedring af den palliative indsats vil i langt de fleste tilfælde være afhængig af en forbedring af den primærkommunale hjemmepleje". (Olesen 2004).

Olesen peger på et generelt behov for opgradering, men nævner specifikt det palliative område som eksempel. I stedet for at satse smalt på nye typer af specialister og specialinstitutioner²³ peger Olesen på behovet for opgradering af den eksisterende hjemmepleje. Denne holdning deles af en arbejdsgruppe under de centrale myndigheder:

"Pleje af døende i den enkelte kommune er et område med meget specialiserede opgaver, og en patient, som ønsker at dø hjemme, er afhængig af kvalificeret hjælp fra hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen udgør sammen med den praktiserende læge basis for den kommunale indsats i forhold til døende. Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i kommunernes tilbud til døende. Arbejdsgruppen anbefaler, at alle kommuner tager nærmere stilling til, hvordan god pleje sikres i kommunen med sigte på en sammenhængende palliativ indsats, herunder om behovet for uddannelse og efteruddannelse af det sundhedspersonale, der deltager i den palliative indsats, og kommunikation mellem hjemmesygepleje og den praktiserende læge". (ARF, Sundhedsministeriet og KL 2001).

Eksemplet med den terminale pleje og palliation omhandler et specifikt område, hvor der argumenteres for et behov for opgradering. Men ofte ekspliciteres de konkrete problemer eller områder, hvor der ønskes en 'opgradering' af hjemmesygeplejen, ikke, og der tales blot om, at opgaverne har ændret sig, og at der derfor er behov for 'opgradering'. Det er således ikke altid klart, *hvilke* helt konkrete kompetencer hjemmesygeplejen mangler, og hvorvidt det skyldes ændret personalesammensætning, ændrede opgaver eller en kombination. Denne uklarhed hænger ganske givet sammen med vores viden om indholdet af hjemmesygeplejens virksomhed, hvor det som tidligere nævnt ikke er muligt at følge udviklingen i indholdet særligt præcist.

Imidlertid er det ganske naturligt, at der i lyset de mange nye og mere komplicerede opgaver i hjemmesygeplejen, kombineret med det konstante og løbende udvikling i pleje- og behandlingstilbud i sygehusvæsenet og den medicinske teknologiske udvikling, selvfølgelig er et behov for løbende opgradering af viden og kompetencer i hjemmesygeplejen. Den skitserede udvikling gør kun denne opgradering mere aktuel, og behovet for at systematisere og sikre kompetenceudvikling vokser.

5.3.1 En gammel diskussion – der stadig er aktuel

Som afrunding på diskussionen af uddannelsesniveaue i hjemmesygeplejen – herunder hvem der bør udføre hjemmesygepleje, og hvorvidt der er behov for opgradering – er det værd at bemærke, at der ingenlunde er tale om nogen ny diskussion. Helt tilbage i slutningen af 1800-tallet og begyndelsen af 1900-tallet, hvor hverken uddannelsen til sygeplejerske eller hjemmesygeplejerskeordningerne var formaliserede endnu, førtes den samme grundlæggende debat. Allerede dengang havde man blik for, at landsygeplejen (den senere hjemmesygepleje) stiller helt andre krav om selvstændighed og alsidighed (faglig såvel som social) i forhold til hospi-

²³ Som tidligere nævnt er der 5 hospicer i Danmark med i alt 57 pladser, og således er der meget langt til et generelt og bredt løft af hele området ved at udbygge hospicefunktionerne, hvilket i sig selv ikke er noget argument mod at gøre det. Det er blot en påpejning af, at der skal andre og bredere indsatser til for at løfte hele området – og ikke blot et lille og meget begrænset hjørne.

talsplejen. Clausen m.fl. undrer sig således over, at landsygeplejerskerne skulle have en kortere uddannelse end fx Røde Kors' egne sygeplejersker: "...i betragtning af at de ville komme til at fungere under vanskelige forhold på landet, hvor der var meget langt til nærmeste hospital og den praktiserende læge" (Clausen m.fl. 1990:83). Cecilie Lütken fra DSR var i 1905 en varm fortaler for længerevarende specialuddannelse af landsygeplejerskerne, og hun fandt det forkasteligt, at den gængse opfattelse var, at landsygeplejersker kun behøvede et minimum af uddannelse og erfaring, og at de dårligst uddannede var gode nok til landbefolkningen: "*Her kan en Bondepige lige fra Landarbejdet, naar hun i 6 Maaneder har vasket de forskellige Afdelingers Sengeben paa Kommunehospital, meget godt betros Plejen af svære kirurgiske og medicinske Tilfælde paa Landet ofte langt fra Lægen, og med meget sjældent Tilsyn af ham*" (Lütken citeret i Clausen m.fl. 1990:115). Grundet de meget anderledes forhold, som hjemmesygeplejerskerne skulle virke under set i forhold til hospitalsplejen, mente Lütken da også, at der krævedes "...ældre og selvstændigt anlagte Sygeplejersker" (Lütken citeret i Clausen m.fl. 1990:122). En anden markant personlighed omkring hjemmesygeplejens opståen er praktiserende læge T.M. Traunter, og i 1880'erne argumenterede han for, at uddannelsen af sygeplejersker til private hjem på landet ikke behøvede at være så fyldestgørende som den, der blev krævet til sygeplejersker, der skulle arbejde på hospitaler (Clausen m.fl. 1990:67).

I 195 var situationen selvfølgelig en ganske anden, end den er i dag, men argumenterne om, hvorvidt hjemmesygeplejen nødvendigvis stiller andre krav til sygeplejen end hospitalsorganisationen, og måske specielt hvori de væsentlige forskelle består, findes allerede på daværende tidspunkt. Grundlæggende set er diskussionen den samme i dag: Stiller virket som hjemmesygeplejerske højere, lavere eller måske i særdeleshed anderledes krav til personalets uddannelse og kompetencer end hospitalssygeplejen? Og hvordan harmonerer svarene på dette spørgsmål med den personaleudvikling, vi har set i de sidste 10-15 år i henholdsvis hospitalssektoren og hjemmeplejen?

5.4 Forebyggelsen ud til kommunerne... igen

Med strukturreformen beholder kommunerne ansvaret for hjemmesygeplejen, men gives samtidig det samlede ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme – en opgave, der tidligere var placeret som et delt ansvar mellem amter, stat og kommuner (Regeringen 2004b). Målet har været at opnå en entydig placering af ansvaret og en lokal placering så tæt på borgerne som muligt.

Der knytter sig mange forhåbninger og forventninger til den kommende strukturreform, og der er ingen tvivl om, at det er et ønske at styrke forebyggelse og sundhedsfremme. Imidlertid er det vigtigt at være sig historikken bevidst, hvis de ønskede virkninger på sundhedsområdet skal blive til virkelighed.

Som gennemgangen af hjemmesygeplejens udvikling har påpeget, har det siden bekendtgørelsen af hjemmesygeplejerskeordningen efter kommunalreformen (Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger 1974) været intentionen, at hjemmesygeplejen ud over sygepleje og barselspleje også skulle yde "*almen sundhedsvejledning*", "*vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde*" (Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger 1979). Senere blev det præciseret, at formålet er at "*udnytte hjemmesygeplejerskeordningens faglige ressourcer hensigtsmæssigt til en væsentlig indsats i sygdomsforebyggelse, rehabilitering og sundhedsfremme i kommunen*" (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerske-

ordninger 1987). Således formuleres selve formålet med hjemmesygeplejerskeordningen på følgende vis:

”Formålet med hjemmesygeplejerskeordningen er at forebygge sygdom, fremme sundhed og imødekomme behovet for hjemmesygepleje i tilslutning til sygdomsbehandling og optræning. (...) Det tilsigtes endvidere, at hjemmesygeplejerskeordningen deltager i forebyggende og sundhedspædagogisk virksomhed til fremme af befolkningens sundhedstilstand”. (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987, Gældende).

Kommunerne har således via lovgivningen på hjemmesygeplejeområdet haft en forebyggelsesopgave. Hvordan og hvorvidt denne opgave har været løftet, har det ikke været muligt at finde specifik viden om, idet kilderne om indholdet i hjemmesygeplejens virksomhed som sagt er meget sparsomme (jf. kapitel 2 og 3). Den tilgængelige viden tyder imidlertid ikke på, at hjemmesygeplejen generelt set ikke har været brugt til at bedrive opsøgende vejledning, sundhedsfremme eller forebyggelse. Indførelsen ved lov af de forebyggende hjemmebesøg i 1998 peger da også på, at der har været et ikke opfyldt behov for forebyggelse inden for den gruppe af borgere – de ældre, hvor hjemmesygeplejen i forvejen har sit virke.

Påpegningen af disse forhold er ingenlunde kritik over for hjemmesygeplejerskernes virke. Interviews med et mindre antal hjemmesygeplejersker med mange års erfaring i to forskellige amter²⁴ peger på, at hjemmesygeplejerskerne i overensstemmelse med deres faglige identitet søger at bedrive forebyggelse og fremme sundheden hos borgere, i det omfang det er muligt inden for de givne rammer. Og disse rammer er oftest karakteriseret ved, at den direkte årsag til hjemmesygeplejerskernes besøg i hjemmet er at levere konkrete og ofte lægeordnede sygeplejefaglige ydelser. Der er selvfølgelig lokale variationer i ordningerne, men hjemmesygeplejerskernes individuelle bestræbelser på også at bedrive forebyggelse og sundhedsfremme er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der generelt og på landsplan er tale om nogen væsentlig indsats i sygdomsforebyggelse endsige om decideret opsøgende arbejde.

5.5 Liberaliseringen af hjemmesygeplejen

Den mest markante intenderede forandringstendens på hjemmesygeplejeområdet er liberaliseringen og herunder markedsgørelsen. Markedsgørelse har to centrale elementer: Konstruktion af købere og sælgere og muligheden for, at køber kan vælge mellem sælgere. Derfor står diskursen omkring ”frit valg” stadig mere centralt i debatten om den offentlige sektors indretning i Danmark. Den kommunale budgetredegørelse fra 2004 slår fast:

”Der er i disse år meget fokus på borgernes frie valg. Det skyldes blandt andet, at frit valg er et centralt element i det regeringsgrundlag, som blev fremlagt efter regeringens tiltræden i 2001”. (...) ”Ældreområdet er det kommunale sektorområde, hvor regeringens tanker om øget frit valg er ført længst ud i livet”. (Kommunernes Landsforening 2003).

Liberaliseringen af de formelle lovgivningsmæssige rammer er dog ikke ensbetydende med en samtidig liberalisering af området i praksis. Som det er i dag, kan kommunerne som tidligere nævnt vælge at bruge privatansatte hjemmesygeplejersker til at leve op til lovens krav om at yde vederlagsfri hjemmesygepleje, men der er ikke noget krav om, at de skal skabe konkurrence (Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger 2002).

²⁴ Interviewrunden er gennemført i november-december 2003 blandt i alt 6 hjemmesygeplejersker fordelt på 2 danske amter. Der er tale om 1-2 timers bandede interviews gennemført af forfatteren.

Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen samt en række ministerier har således lavet undersøgelsen *"Friere valg på de kommunale serviceområder"* i 1999, der slår fast, at brugerne af hjemmesygeplejen kun har mulighed for selv at vælge bestemte medarbejdere fra hjemmesygeplejen i 6 % af kommunerne (= 15 ud af 244, som deltog i undersøgelsen). Konklusionen er, at frit valg på området er *"yderst begrænset"*, og at *"det frie valg består i, at brugerne i disse kommuner kan fravælge den sygeplejerske, der er blevet tildelt"*. (Kommunernes Landsforening 2003; Kommunernes Landforening m.fl. 1999). Undersøgelsen er fra 1999, men i 2003 vurderede en rapport fra Finansministeriet at:

"På hjemmesygeplejeområdet er der med ændringen i loven om hjemmesygeplejen åbnet bedre muligheder for at inddrage private leverandører og opnå større synergi på det samlede plejeområde. Dette må i sig selv forventes at fremme markedsopbygningen på ældreområdet m.m., om end det vurderes, at der foreløbig ikke er mange udbydere af privat hjemmesygepleje". (Finansministeriet 2003).

Selvom der i dag ikke findes mange konkurrerende og private udbydere af hjemmesygepleje, er der grund til at tro, at ordningen vil vinde frem i årene, der kommer. En årsag er den massive politiske bevågenhed omkring at skabe frit valg; en anden er indførelsen af frit valg af hjemmehjælp, der gør det mere attraktivt for leverandører også at komme ind på hjemmesygeplejemarkedet. Således er det da også netop den begrænsede adgang til dette marked, som leverandørerne peger på er problematisk:

"De private leverandører oplever, at det kun er et fåtal af kommunalbestyrelser, der har etableret valgfrihed i hjemmesygeplejen. Flere private leverandører oplever det som hæmmende for udviklingen af markedet, herunder for leverandørernes adgang til markedet for personlig pleje, at hjemmesygeplejen ikke er omfattet af valgfrihed. (...) Flere af de private leverandører foreslår derfor, at hjemmesygeplejen obligatorisk skal være omfattet af valgfrihed i alle kommuner." (Ankestyrelsen 2004).

Liberaliseringen i form af frit valg af hjemmehjælp kan således meget vel komme til at virke som en katalysator for flere private leverandører af hjemmesygepleje. Et relevant spørgsmål i den sammenhæng er, hvordan en 'ydelse' for forebyggelse vil fungere i takt med, at der kommer flere udbydere i konkurrence med hinanden. Et andet spørgsmål handler om at skabe sammenhængende patientforløb og bedre koordination og samordning i sundhedsvæsenet. Og her går udviklingen i den sekundære sundhedssektor i den modsatte retning – altså mod færre udbydere, mens man i den primærkommunale sundhedssektor i langt højere grad satser på flere udbydere via øget konkurrence. Begge udviklingstendenser har imidlertid ønsket om bedre kvalitet og mere rationel ressourceanvendelse som rationale.

5.5.1 Samordning og sammenhæng: Det sømløse sundhedsvæsen?

Når hjemmesygeplejen har været til debat, har den underliggende dagsorden som sagt ofte været såkaldte snitfladeproblematikker – et fænomen, som er en del af hele den overordnede sammenhængs- og samordningsproblematik, der præger debatten om sundhedsvæsenet. I dette afsnit ses der derfor nærmere på mere grundlæggende problemstillinger i relation til at skabe samordning og sammenhæng i ydelserne – ikke mindst fordi der i tidligere afsnit er blevet sat spørgsmålstegn ved, om målet kan nås via en administrativ flytning, altså en strukturel løsning.

I de ovenstående afsnit har udgangspunktet været, at der findes adskilte administrative niveauer og sektorer. Dette perspektiv er i overensstemmelse med de niveauer, man ledelses- og styringsmæssigt arbejder med. Imidlertid må man ikke glemme, at ikke alle ser sundhedsvæsenet gennem disse briller:

“Begreber som primær- og sekundærsektor giver (...) ikke mening for patienten. Det der tæller er, at patienten fra første henvendelse til egen læge til udskrivelse fra sygehus og eventuel genoptræning i kommunalt regi oplever, at praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter og alle andre, som han møder på sin vej igennem sundhedsvæsenet, hver især har sat sig ind i den konkrete sag, og at de handler i samarbejde med de øvrige involverede.” (Amtsrådsforeningen 2001b).

Udtrykket 'det sømløse sundhedsvæsen' er blevet brugt som metafor for det ideelle patientforløb, hvor overdragelser og sammenhæng mellem aktører, institutioner og sektorer fungerer gnidningsfrit – *sømløst* – for patienterne.

I takt med det øgede fokus på ledelse i sundhedsvæsenet er der kommet et øget fokus på den enkelte organisatoriske enhed: De mange nye ledere, som har afløst tidligere tiders mere rene administratorer, skal nu sætte deres præg på de enkelte organisationer, og ikke mindst skal de sørge for budgetoverholdelse inden for hver enkelt enhed. Opbyggelsen af deciderede ledelsesstrukturer har betydet øget fokus på at måle resultaterne af disse lederes formåen, og ud over budgetoverholdelse søges også kvalitetsmål for den enkelte enheds produktion. Denne logik har imidlertid flere indbyggede problemer.

Det problem, der melder sig, er naturligvis, hvad den relevante enhed for brugbare og fornuftige kvalitetsmålinger egentlig er. Kan hospitaler måles op mod hinanden? Alle ved, at samme hus kan rumme gode såvel som dårlige afdelinger, så hvis dette mål skal bruges til fx at vælge hospital ud fra, er det mindre egnet. Men kan afdelingerne så rates? Det er klart, at samme afdeling rummer professionelle, som er på forskellige niveauer. Men kan den enkelte – fx overlæge eller kirurg – så ikke måles? Mange læger kan berette om både evigt taknemmelige patienter og om patientklagesager. Desuden kan man ikke automatisk antage, at alle afdelinger eller læger arbejder med lige komplicerede sygdomstilfælde. Pointen er, at der sjældent opnås mindre usikkerhed, større overblik eller klarhed ved at dissekere systemet. Det fragmenterer blot informationen. Problemet i den logik, der lægges for dagen i ovenstående, er, at der tages udgangspunkt i systemets organisationsstruktur og ikke i produktionsprocessen. Med andre ord: Man kunne hævde, at den mest relevante enhed for kvalitetsmålinger var faktiske patientforløb. Sådanne har imidlertid den egenskab, at de hverken respekterer faggrænser, organisations- eller sektorgrænser.

Forløbsmålinger af den ene eller den anden art kan ikke erstatte enhver form for forsøg på at måle kvalitet i organisatoriske enheder, men de er en meget vigtig brik. Problemet med konstant at måle og veje ledere (og deres enheder) ud fra netop det bidrag, de yder, er, at ingen af dem bliver ansvarlige for sammenhængen i patientforløbet – altså for relationen mellem de organisatoriske enheder. Samordning er i dag ofte et ønske; det er ikke et formelt ledelsesansvar.

Dette er helt i tråd med den traditionelle bureaukratiske tankegang, hvor hver enkelt leder en velafgrænset enhed, og hvor koordinationen er tænkt indbygget i selve det organisatoriske designs opdeling i enheder. Når der er tale om patienter, bliver sammenhængen på tværs, overgangen fra én enhed til en anden, af meget stor vigtighed for den samlede kvalitet og res-

sourceanvendelse. Tendensen er, at indførelsen af decideret ledelse i det samlede sundhedsvæsen har skabt øget fokus på måling og optimering inden for de enkelte enheder isoleret set. Ansvar for relationerne mellem enheder kan ikke på samme måde deles, individualiseres, måles og vejes, og således kan det ikke undre, at sammenhæng, koordination og samordning forbliver nogen af de mest sejlivede og alvorlige problemstillinger – både for kvalitet og for ressourceudnyttelse (for ikke også at nævne patienterne).

Samordning og kontinuitet har været på dagsordenen lige så længe som det specialiserede sundhedsvæsen, og det kan dårligt undre: Specialisering og arbejdsdeling er fænomener, der på den ene side producerer specialiseringsfordele, men på den anden side også skaber et øget behov for koordination og samordning – et velbeskrevet og kendt dilemma i organisationsforskningen (se fx Mintzberg 1979 og 1983). Imidlertid er sagen den, at der altid vil være organisatoriske grænser i sundhedsvæsenet: Mellem sektorer, institutioner og administrative enheder vil der altid være forskelle. Dette er et vilkår, som ikke blot rummer ulemper, men også fordele: Decentralisering og uddelegering skaber mange enheder og dermed et øget behov for koordinationsarbejde, men giver også teoretisk set mulighed for nærhed og en højere grad af demokratisk indflydelse. Det pragmatiske udgangspunkt er derfor, at samordning ikke er et problem, der kan *løses* én gang for alle, men i stedet et grundlæggende vilkår og en central opgave, som må *håndteres* kontinuerligt af sundhedsvæsenets aktører.

Dette kræver imidlertid, at der er ledelsesmæssige såvel som politisk fokus på vigtigheden af at tænke, handle og lede med udgangspunkt i kerneprocesser (altså patientforløb) frem for organisatoriske opdelinger i enheder. De fleste, der beskæftiger sig med sundhedsvæsen, vil nok have en fornemmelse af, at samarbejde og sammenhæng er temaer, som vi i stigende grad er blevet bevidste om vigtigheden af, og at der derfor er kommet øget fokus på disse emner. Imidlertid forholder det sig næsten omvendt, når man ser på udviklingen i retningslinierne for hjemmesygeplejens virksomhed. Der er lavet retningslinier for hjemmesygeplejen i henholdsvis 1974 og 1987 (gældende), og i denne periode er der sket et markant skift i fokus, som følgende uddrag af stk.1.1 (Formålet med hjemmesygeplejerskeordningen) fra begge sæt retningslinier viser:

”Formålet med hjemmesygeplejerskeordningen er at imødekomme behovet for hjemmesygepleje i tilslutning til sygdomsbehandling og optræning, således at patienten – i det omfang det er medicinsk og socialt forsvarligt – kan forblive i deres hjem under sygdom. Det tilsigtes herved tillige at aflaste sygehusvæsenet og gennem et udbygget samarbejde mellem læge/sygehus og hjemmesygeplejerske at opnå behandlingsmæssige og samfundsøkonomiske fordele” (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1974).

”Formålet med hjemmesygeplejerskeordningen er at forebygge sygdom, fremme sundhed og imødekomme behovet for hjemmesygepleje i tilslutning til sygdomsbehandling og optræning. (...) Der skabes herved mulighed for forbliven i eget hjem, (...) såfremt dette ud fra en lægelig, social og sygeplejefaglig vurdering skønnes forsvarligt. Det tilsigtes endvidere, at hjemmesygeplejerskeordningen deltager i forebyggende og sundhedspædagogisk virksomhed til fremme af befolkningens sundhedstilstand” (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987 (gældende)).

Retningslinierne er omfattende og citaterne korte. Men det skifte i fokus, som de to citater fra retningslinierne formålsbeskrivelser vidner om, går igen som en rød tråd i begge sæt retningslinier. I 1974 var der meget stor vægt på samarbejde og konkrete samarbejdsformer mellem aktører og sektorer, bl.a. med fokus på at skabe kontinuitet i patientforløbere. I 1987 er

alle afsnit om "Samarbejde med læger i den primære sundhedstjeneste", "Samarbejde med sygehuse", "Samarbejde med jordemoder, fødeafdeling og sundhedsplejersker", "Samarbejde med hjemmehjælpere, omsorgsmedarbejdere og rådgivergrupper" fjernet. Det pointeres dog, at det er "væsentligt, at der er et tæt og smidigt samarbejde mellem hjemmesygeplejerskeordningen og de kommunale sundhedsordninger og sociale foranstaltninger i øvrigt, herunder særligt sundhedsplejerskeordningen og hjemmehjælpsordningen", og at det ville være ønskeligt med "en overordnet social- og sundhedspolitisk målsætning for kommunen, de praktiserende læger og amtskommunen, herunder jordemodervæsen og sygehusvæsen" (Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger 1987). Men fokus og vægt på konkret samarbejde, samordning og koordinering omkring patientforløb har ikke nær den samme centrale plads længere. Til gengæld gives forebyggelse, sundhedsfremme og sundhedspædagogisk virksomhed en langt mere central rolle.

Hvorvidt dette skift i fokus i de regulerende myndigheders holdning til hjemmesygeplejen har haft reelle konsekvenser for organiseringen af hjemmesygeplejen, er ikke klart. Men den markante nedtoning i retningslinierne for hjemmesygeplejen i Danmark af samarbejdet i sundhedsvæsenet er overraskende set i lyset af de mange og mere generelle politiske udmeldinger om vigtigheden af og behovet for at skabe sammenhæng i den offentlige sektor, herunder ikke mindst sundhedssektoren.

Én mulig strategi ud af fragmenteringen kunne være at udvide formålet med de enkelte ordninger, institutioner og instanser – og dermed også det formelle ledelsesansvar – til ikke blot at fokusere på de enkelte enheder isoleret set, men også indeholde konkrete krav til den *relationelle* ansvarlighed. Med relationel ansvarlighed menes i dette tilfælde ansvaret for relationen mellem enheder (som deler produktionsprocesser, altså patientforløb). Det siger sig selv, at ansvaret for en relation nødvendigvis må placeres på mere end ét sæt skuldre, hvilket ikke er i tråd med den drejning hen imod entydig ledelse og entydig placering af ansvar, som præger styringsfilosofierne i sundhedsvæsenet. Konkret kunne man forestille sig langt mere eksplicite, konkrete og formelle krav (i alt fra retningslinier, stillingsbeskrivelser til strategier, handleplaner, mødestrukturer²⁵, benchmarks og evalueringskriterier for ledere i sundhedsvæsenet), til hvordan det relationelle ledelsesansvar skal varetages. For hjemmesygeplejens vedkommende rummer de historiske retningslinier fra 1974 mange gode bud på, hvordan samarbejde og netværk kan sættes i fokus og kan konkretiseres.

Det grundlæggende dilemma, som er i spil her, handler om forholdet mellem arbejdsdeling og koordination: Arbejdsdeling kan skabe specialiseringsfordele og giver mulighed for decentral tilpasning og styring, men betyder også, at der skabes grænseflader, som kræver håndtering i form af koordinering og samarbejde på tværs. Der er ingen tvivl om, at grænserne kan trækkes mere eller mindre hensigtsmæssigt – alt afhængigt af hvilket perspektiv der anlægges: Ofte vil det i praksis være sådan, at en strukturel løsning på ét problem (fx for én type patienter) skaber nye problemer for andre typer af patienter. Men det forhold, at strukturer kan forbedres, ændrer ikke ved det faktum, at der altid vil være koordineringsproblematikker knyttet til enhver form for arbejdsdeling. Håndtering af snitflader – med alt hvad dertil hører af kasse-

²⁵ Der er i dag en voldsom kontrast mellem den relativt høje mødefrekvens, som kan observeres blandt ledere indenfor samme hospital, center mv., i forhold til at der ofte ikke findes nogen form for mødefrekvens endsige noget egentligt fungerende samarbejdsforum for de samme ledes relation til de aktører, som patienterne kommer fra og udskrives til i primærsektoren. Praksiskonsulenter er det nærmeste, man kommer vedvarende samarbejdsrelationer. Tendensen kan ikke overraske: Der tænkes, ledes og styres ud fra en tankegang, der tager udgangspunkt i organisatoriske strukturer som separate enheder – ikke i en tankegang, som grundlæggende ser disse som dele af et distribueret produktionsnetværk (Feltarbejdet til (Vinge 2003)).

tækningsproblemer, opgaveglidning, kulturforskelle osv. – er en udfordring, vi ikke kan (re)strukturere os ud af. At appellere til ledernes gode vilje er absolut ikke nok, uagtet at den gode vilje måtte findes. Ledere måles og vejes, og så længe relationel ansvarlighed ikke er en meget eksplicit del af den måde, hvorpå de måles og vejes – helt på lige med budgetoverholdelse, kan vi ikke forvente, at væsenet bliver mere sømløst.

5.6 Behov for mere viden om hjemmesygeplejen

Denne rapport har været karakteriseret ved at rejse flere spørgsmål, end den har besvaret. Analyser og konklusioner omkring udviklingen i hjemmesygeplejen – både med hensyn til aktivitet og organisering – har bygget på det eksisterende, men også relativt begrænsede datagrundlag. Hovedårsagen er, at vi i dag mangler registreringer og andre typer af kilder, som kan belyse dette.

5.6.1 Bedre og anderledes registrering af arbejdet

Det er vigtigt, at registrering ikke tager overhånd. Både fordi det kan virke som kontrol og dermed installere en fundamental mistillidskultur hos de professionelle, som ikke er hensigtsmæssig for de professionelle ansvarfølelse eller for fleksibilitet og samarbejde, og også fordi der kan bruges så megen energi på registrering og kontrol via systemer, at det ikke står mål med den viden, man reelt får ud af det. Det grundlæggende dilemma er, at man kan ende i en situation, hvor det kvalitetsløft, som fås ved at registrere og kontrollere, ikke står mål med det kvalitetsløft, som kunne opnås ved at anvende de samme ressourcer i patientarbejdet. Men med dette dilemma for øje mener vi dog, at der via en ændret registreringspraksis kan og bør skabes et meningsfyldt datagrundlag for at analysere hjemmesygeplejens virksomhed.

5.6.2 Flere analyser af arbejdet omkring borgeren i eget hjem i praksis

Den største mangelvare er analyser, beskrivelser eller redegørelser af arbejdet i hjemmesygeplejen. Trods ihærdig søgning er det kun i meget begrænset omfang lykkes at finde kilder, som overhovedet beskæftiger sig med arbejdet i hjemmesygeplejen. Litteraturlisten røber undtagelser såsom antologien *Landsygeplejens historie 1863-1910* (Clausen et al. (red.) 1999), antologien *På arbejde i hjemmet* (Nielsen & Lomborg (red.) 2001) og Helga Berntsens erindringer fra tiden som hjemmesygeplejerske på landet fra 1950-1990 (i Olesen 1995).

Én god forklaring på denne mangel på kildemateriale er selvfølgelig, at hjemmesygeplejerskerne selv er et arbejdende folkefærd – ikke et skrivende! Imidlertid forklarer det ikke, hvorfor andre i så begrænset grad har interesseret sig for hjemmesygeplejen. Der kan opstilles mange teser om, hvorfor vi ved så lidt om hjemmesygeplejen. Denne rapport håber både at have samlet, syntetiseret og analyseret en reflekteret og brugbar viden af forskellige type om hjemmesygeplejen i Danmark.

Litteratur

Anvendt litteratur

Amtsrådsforeningen (2001a). *Fremtidens plejeprofil. Rapport fra udvalget vedrørende den fremtidige plejeprofil*. København: Amtsrådsforeningen.

Amtsrådsforeningen (2001b). Praksissektor og sygehuse skal ses under et. [Leder]. *Danmarks Amtsråd*, 32(1), s. 3.

Amtsrådsforeningen (2004). *Eksempelsamling: Udgående teams og lokale sundhedstilbud*. Sidst opdateret: 28-3-2004. Udskrevet: 2-6-2004, fra URL: www.arf.dk/Strukturkommissionen/Sundhed/Analyser/UdgaaendeTeamsOgLokaleSundhedstilbud.htm.

Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Kommunernes Landsforening (2001). *Hjælp til at leve til man dør. Rapport fra arbejdsgruppe om palliativ indsats i amter og kommuner*. København: Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Kommunernes Landsforening.

Andersen, N.Å. (2003). *Borgerens kontraktliggørelse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Ankestyrelsen (2004). *Frit valg i ældreplejen – 22 private leverandørers erfaringer*. København: Ankestyrelsen.

Arbejdsgruppen om sammenlignelig brugerinformation (2000). *Sammenlignelig brugerinformation – Bilagsdel* (Betænkning nr. 1399). København: Indenrigsministeriet.

Beck-Nielsen, H., Henriksen, J.E., Hermansen, K., Dudal Madsen, L., de Fine Olivarius, N., Mandrup-Poulsen, T.R., Borbye Pedersen, O., Richelsen, B., & Schmitz, O.E. (2000). *Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom - diagnostik og behandling. Fra en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Intern Medicin i samarbejde med Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk selskab for almen medicin*. København: Lægeforeningens Forlag.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15), s. 1909-1914.

Clausen, I., Larsen, V., Lund-Jensen, E., & Müller, K. (1990). *Landsygeplejens historie 1863-1910*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Danmarks Lungeforening (2004). Fokus på KOL i Danmark. *Lungenyt*, 12(Særnummer), s. 1-4.

Dansk Sygeplejeråd (1989). *Hjemmesygeplejen i en omstillingstid*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Dansk Sygeplejeråd (1991) *Længst muligt i eget hjem – den integrerede ordning*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Dansk Sygeplejeråd (2004). *DSR's medlemsstatistik*. Udskrevet: 19-8-2004, fra URL: www.sygeplejersken.dk/dsr/tekstlink.asp?DokType=1150&menu=273

de Fine Olivarius, N., Beck-Nielsen, H., Helms Andreasen, A., Hørder, M., & Pedersen, P.A. (2001). Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ*, 323, s. 970-975.

- Den Sociale Ankestyrelse (2002). *Kommunernes administration af reglerne om forebyggende hjemmebesøg til ældre*. København: Den Sociale Ankestyrelse, Analysekontoret.
- Diabetesforeningen (1998). *Sukkersyge - en sygdom i eksplosiv vækst* (Rapport nr. 1). Odense: Diabetesforeningen.
- Diabetesforeningen (2001). *Diskussion af sammenhængen mellem behandling, patientantal og ressourcer på sygehusene*. Odense: Diabetesforeningen.
- Finansministeriet (2003). *Fra få til mange leverandører. 21. maj 2003*. København: Finansministeriet.
- Flyvbjerg, A. (2003). Nytænkning i diabetesbehandlingen. *Læge-Helse*, (6), s. 12-13.
- Hastrup, B. (1998). Tænk nye tanker og nye systemer. I: *Opgavekommissionen. Fordelingen af opgaver i en den offentlige sektor. Debatindlæg*. København: Indenrigsministeriet. (Bjarne Hastrup er Direktør i Ældresagen).
- Hede, A. & Højgaard, J.A. (2004). *Genoptræning - fra problem til princip*. København: Huset Mandag Morgen.
- Hermiz, O., Comino, E., Marks, G., Daffurn, K., Wilson, S., & Harris, M. (2002). Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*, 325, s. 938-940.
- HjerneSagen (2001). *Amternes behandling af apopleksipatienter*. Hvidovre: HjerneSagen.
- Hospiceforum (2004). *Hospicer i Danmark*. Udskrevet: 23-8-2004, fra URL: www.hospiceforum.dk/page20.aspx.
- Jacobsen, E.T., Rasmussen, F.V., & Kürstein, P. (2002). *Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet* (DSI rapport 2002.03). København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Juel, K. & Døssing, M. (2004). Kronisk obstruktiv lungesygdom - en overset folkesygdom. *Ugeskrift for Læger*, 166(14), s. 1308-1310.
- Kjeldsen, S.B. (2000a). Den sociale sygepleje mangler. *Sygeplejersken*, 100(17), s. 14-17.
- Kjeldsen, S.B. (2000b). Ældre i eget hjem høster fordele. *Sygeplejersken*, 100(18), s. 6-8.
- Kjeldsen, S.B. (2000c). Fast personale giver størst tryghed. *Sygeplejersken*, 100(18), s. 9-11.
- Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse (2003). *The Challenge of Chronic Diseases – can we do better? Workshop, 26. maj 2003*. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.
- Knudsen, M.S., Christensen, J.K., Friis, S., Wagner, L. (1999). *Skævingeprojektet 10 år efter – undersøgelse af en integreret sundhedsordning* (DSI rapport 99.03). København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Kommuneinformation (1997). *Skema til Årsberetning for hjemmesygeplejeordningen. HS460_F/ KLJ 16.20.460 (04/97)*. København: Kommunernes Landsforening.
- Kommunernes Landforening (2003). *Kommunal budgetredegyrelse 2004*. København: Forlaget Kommuneinformation.
- Kommunernes Landforening, Amtsrådsforeningen, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Finansministeriet, Forskningsministeriet, Indenrigsministeriet, Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Økonomiministeriet (1999). *Friere valg på de kommunale serviceområder*. København: Finansministeriet.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. London: Prentice-Hall.

- Mintzberg, H (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. London: Prentice-Hall.
- Olesen, F. (1995). Hjemmesygeplejen 1950-90: En hjemmesygeplejerskes erindringer. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 73(7), s. 877-881.
- Rasmussen, E.W. & Boye, A. (2003). *Kommunerne og fremtidens sundhedsopgaver*. Kommunernes Landsforening. Udskrevet: 19-8-2004 fra URL: www.kl.dk/284895.
- Regeringen (2002b). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Regeringen (2004a). *Det nye Danmark*. København: Regeringen.
- Regeringen (2004b). *Det nye Danmark – bilag om opgaveplacering*. København: Regeringen.
- Regeringen (2004c). *Aftale om Strukturreform* København: Regeringen.
- Ringbæk, T.J., Eriksen, N., & Vestbo, J. (2003). Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom. Fremskyndet udskrivelse til fortsat behandling, monitorering og pleje i eget hjem varetaget af lungesygeplejerske. *Ugeskrift for Læger*, 165(20), s. 2091-2095.
- Ringkøbing Amt (2004). *Grænsedragning mellem stationær og ambulans aktivitet og forholdet til primærsektor. Intern analyse for Sundhedsudvalget i Ringkøbing Amt*. Udskrevet: 13-3-2006, fra URL: <http://www.ringamt.dk/Internet/RingAmtP1.nsf/0eb2d7b8020a6b424125671b0060e58b/5dda3d3fa3a80041256cde00375ab0?OpenDocument>.
- Socialministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet (2003). *Ældres økonomiske vilkår*. København: Socialministeriet.
- Steenberger, A. (2003). Dårlig idé at skille sygehuse og praksislæger. [Et interview med dr.med. Frede Olesen]. *Mandat: Amternes politiske magasin*, 1(10), s. 12-14.
- Stevnhøj, A.L. (2003). KOL-retningslinjer på vej. *Ugeskrift for Læger*, 165(25), s. 2588-2589.
- Strukturkommissionen (2004a). *Strukturkommissionens betænkning: Bind I: Hovedbetænkningen* (Betænkning nr. 1434). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Strukturkommissionen (2004b). *Strukturkommissionens betænkning: Bind II: Bilag - Baggrundskapitler* (Betænkning nr. 1434). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Strukturkommissionen (2004c). *Strukturkommissionens betænkning: Bind III: Bilag - Sektor kapitler* (Betænkning nr. 1434). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (1994). *Mellem to stole. Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (2001a). *Den ældre medicinske patient. Rapport*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (2001b). *Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (1983). *Statistik om sundhedsplejerskernes virksomhed 1981* (Primær sundhedstjenestestatistik III:2:1983). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1990). *Statistik om virksomheden i hjemmesygeplejen 1988 og skolesundhedstjenesten 1987/88* (Primær sundhedstjenestestatistik III:12:1990). København: Sundhedsstyrelsen.

- Sundhedsstyrelsen (1992a). *Statistik om sundhedsplejerskernes virksomhed 1990 (1989)* (Primær sundhedstjenestestatistik III:14:1992). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1992b). *Hjemmesygeplejen 1991 – En stikprøve* (Primær sundhedstjenestestatistik III:15:1992). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1993). *Kommunale sundhedsordninger. Hjemmesygeplejen 1991 (1990) og småbørnssundhedsplejen 1991* (Primær sundhedstjenestestatistik III:16:1993). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1994). *Vejledning til ansættelsesmyndigheder om muligheder for at anvende social- og sundhedsassistentens kvalifikationer*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1995). *Kommunale sundhedsordninger. Hjemmesygeplejen 1992 og 1993. Småbørnssundhedsplejen 1992 og 1993* (Sundhedsstatistikken 1995:3). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1996). *Kommunale sundhedsordninger. Småbørnssundhedsplejen 1994 og 1995, Hjemmesygeplejen 1994 og 1995* (Sundhedsstatistikken 1996:4). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1999a) *Faglige retningslinier for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1999b). *Kommunale sundhedsordninger. Hjemmesygeplejen 1996 og 1997* (Sundhedsstatistikken 1999:1). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden (2003). *Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Notat fra Sundhedsstyrelsen, Viden- og Dokumentationsenheden december 2003*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt (2002). *Evaluering af Projekt Geroteam Skagen Sygehus*. [Aalborg]: [Nordjyllands Amt].
- Uhrenfeldt, L. (2001). Fra barmhjertighed til sundhedsfremme – træk af hjemmesygeplejens historiske udvikling i Danmark. I: E.S. Nielsen & K. Lomborg (red.), *På arbejde i hjemmet*. København: Gyldendal.
- Vallgård, S. (1992). *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark*. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- Vieth, K. & Nielsen, L.K. (1993). *En pjece om integrerede ordninger i kommunerne*. København: Kommunernes Landsforening.
- Villadsen, K. (2003). Det sociale arbejde som befrielse. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.), *At skabe en klient*. København: Hans Reitzels Forlag.
- World Health Organization (1986). *Mål for sundhed for alle – Den europæiske sundhedspolitik. Dansk oversættelse udgivet af Dansk Sygeplejeråd, Den Almindelige Danske Lægeforening & Sundhedsministeriet*. København: Dansk Sygeplejeråd, Den Almindelige Danske Lægeforening & Sundhedsministeriet.
- Ældresagen (2003). Temanummer om den ældre medicinske patient. *Ældre og Sundhed*, (2), s. 1-24.

Baggrundslitteratur

- Andersen, N.Å. (1996). *Udlicitering – Når det private bliver politik*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Andersen, N.Å. (1997). *Udlicitering – Strategi og historie*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Dansk Sygeplejeråd (2000). Hjemmesygepleje skal kortlægges. *Sygeplejersken*, 100(2), s. 23.
- Dansk Sygeplejeråd (1986b). *Den primære sundhedstjeneste. Aften- og døgnhjemmepleje* (2. rev. udg., Rapport nr. 4). København: Dansk Sygeplejeråd.
- Dansk Sygeplejeråd (1996). *Perspektiver for udviklingen i den primære sundhedstjeneste. Debatoplæg*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Den Sociale Ankestyrelse (2003). *Frit valg i ældreplejen: 15 kommuners erfaringer og idéer*. København: Den Sociale Ankestyrelse, Analysekontoret.
- Enheden for Brugerundersøgelser (2002). *Patienters vurdering af landets sygehuse 2002*. København: Amterne, H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Finansministeriet (2000). *Hvad sagde de - Høringer og borgerundersøgelse 2000*. København: Finansministeriet.
- FOKUS (2000). *At arbejde med patientforløb & kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Rapport fra Sundhedsstyrelsens og Amtsrådsforeningens Temadag 20. januar 2000*. København: FOKUS FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service.
- Frederiksborg Amt (2003). *Sundhedsvision Nordsjælland – forslag til omlægning af medicinsk basisbehandling. Notat fra Frederiksborg Amt, Planlægnings- og Økonomiafdelingen, 27. juni*. Hillerød: Frederiksborg Amt.
- Hastrup, B. (1998). Tænk nye tanker og nye systemer. I: Opgavekommissionen, *Fordelingen af opgaver i en den offentlige sektor. Debatindlæg*. København: Indenrigsministeriet. (Bjarne Hastrup er Direktør i Ældresagen).
- Hornemann, J. (1998). Så vil vi hellere bære gamle sorger, end gå til nye, som vi ikke kender (Hamlet, 3.akt). I: Opgavekommissionen, *Fordelingen af opgaver i en den offentlige sektor. Debatindlæg*. København: Indenrigsministeriet.
- Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg (2003). *Sundhedsvæsenets Organisering: Sygehuse, incitament, amter og alternativer*. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet.
- Institut for Fremtidsforskning (1999). *Sundhedsvæsenet i fremtiden. Rapport udarb. for Sundhedsministeriet*. København: Sundhedsministeriet.
- Institut for Serviceudvikling & Incitare A/S (2002). *Afgørelse om ældrepleje – Afdækning af praksis i kommunerne*. København: Socialministeriet.
- Jespersen, P.K. (1999). New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Kjær Andersen, A. (1996). *Social- og sundhedsassistenten – uddannelse og arbejdsområde* (FoU-publikation nr. 21/1996). København: Undervisningsministeriet.

Kommunernes Landforening (2004). *Kommunal budgetredegørelse 2005*. København: Forlaget Kommuneinformation.

Kommunernes Landforening, Amdtsrådsforeningen, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet. Finansministeriet (2002). *Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod 2010*. København: Finansministeriet.

Lund Nielsen, M. & Vinge, S. (2004). *Lokale sundhedstilbud – fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Olesen, F. (2004). Fastholdelse og udbygning af et sammenhængende sundhedsvæsen. I: FOKUS, *Brudstykker eller sammenhæng? - En antologi om forudsætningerne for en offentlig strukturreform*. København: FOKUS FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service.

Opgavekommissionen (1998a). *Fordeling af opgaver i den offentlige sektor. Regelsamling*. København: Indenrigsministeriet.

Opgavekommissionen (1998b). *Fordeling af opgaver i en den offentlige sektor. Debatindlæg*. København: Indenrigsministeriet.

Opgavekommissionen (1998c). *Fordelingen af opgaver i en den offentlige sektor. Bind 1 (Betænkning nr. 1366)*. København: Indenrigsministeriet.

Reff Pedersen, A. (1999). *Den udfoldende praksis – policyfortællinger om pleje og behandling af svage gamle i social- og sundhedssektoren. Ph.d. afhandling Roskilde Universitetscenter, Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi*. Roskilde: Roskilde Universitetscenter.

Regeringen (2000a). *Hvad sagde de?: Høringer og borgerundersøgelse 2000*. København: Regeringen.

Sundhedsministeriet (1999). *Sundhedssektoren – status & fremtidsperspektiver*. København: Sundhedsministeriet.

Sundhedsministeriet (2001c). *Sundhedssektoren i tal 2001/2002 (Sundhedsanalyser 2001:2)*. Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsstyrelsen (2002). Sygehusenes virksomhed 2001. (Foreløbig opgørelse). *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, 6(9), s. 1-17.

Sundhedsstyrelsen (2003a). Sygehusenes virksomhed 2002. (Foreløbig opgørelse). *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, 7(15), s. 1-14.

Sundhedsstyrelsen (2003b). *Virksomheden ved sygehuse 2001 (Sundhedsstatistikken 2003:2)*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sygehuskommissionen (1997). *Udfordringer i sygehusvæsenet – betænkning fra Sygehuskommissionen (Betænkning nr. 1329)*. København: Sundhedsministeriet.

Uddannelsesstyrelsen (2001). *Fakta om sosu-reformen 2001 (Uddannelsesstyrelsens temahæfteserie nr. 27 2001)*. København: Undervisningsministeriet.

Vallgård, S. & Krasnik, A. (1995). *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik*. København: Munksgaard.

Vrangbæk, K. (1999). New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Lovstof (kronologisk)

Love, bekendtgørelser mv. kan (med enkelte historiske undtagelser) findes på www.retsinfo.dk

- 1957: Lov om hjemmesygepleje: LOV nr. 79 af 29/03/1979. (Historisk).
- 1970: Bekendtgørelse af Lov om hjemmesygepleje: LBK nr. 35, 29/01/1970 (bekendtgørelse af LOV nr. 79 af 29/3/1957) (Historisk).
- 1973: Lov om hjemmesygeplejerskeordninger: LOV nr. 408 af 13/06/1973. (Gældende).
- 1973: Lov om Sundhedsplejerskeordninger: LOV nr. 409 af 13/06/1973. (Gældende).
- 1974: Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger: BEK nr. 161 af 27. marts. (Historisk).
- 1974: Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger: juli 1974 (Historiske).
- 1979: Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger: LOV nr. 143 af 04/04/1979.
- 1979: Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger: LBK nr. 198 af 17/05/1979.
- 1985: Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger mv.: LOV nr. 254 af 06/06/1985. (Gældende).
- 1987: Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger: RTL nr. 15955 af 31/03/1987. (Gældende).
- 1987: Lov om boliger for ældre og personer med handicap (Ældreboligloven): LOV nr. 378 af 10/06/1987. (Gældende).
- 1987: Lov om ændring af lov om social bistand: LOV nr. 391 af 10/06/1987. (Historisk).
- 1989: Supplement til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987: RTL nr. 15830 af 30/11/1989 (Åbner op for at integrerede ordninger kan etableres).
- 1990: Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet m.v.: Lov nr. 432 af 13/06/1990. (Historisk).
- 1991: Notat om funktions-, kompetence- og tilsynsforhold for de nye grundlæggende social- og sundhedsuddannelsen, Socialministeriet & Sundhedsministeriet, 13. december 1991
- 1993: Datasammenskrivning af lov om hjemmesygeplejerskeordninger: DSK nr. 1510 af 01/02/1993. Sammenskrivning af Lov nr. 408 af 13/06/1973, Lov nr. 224 af 12/06/1975, Lov nr. 143 af 04/04/1979 og Lov nr. 254 af 06/06/1985, Lov nr. 1023 af 19/12/1992 og Lov nr. 1024 af 19/12/1992.
- 1995: Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv.: LOV nr. 1117 af 20/12/1995. (Gældende).
- 1998: Vejledning om sociale tilbud til ældre: VEJ nr. 59 af 06/03/1998. (Gældende).
- 2001: Lov om ændring af lov om social service og lov om hjemmesygeplejerskeordninger: LOV nr. 489 af 07/06/2001. (Gældende).
- 2002: Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger: LOV nr. 242 af 01/05/2002. (Gældende).
- 2002: Bekendtgørelse om hjemmesygepleje (2002): BEK nr. 469 af 16/06/2002. (Gældende).

- 2002: Lov om overførelse af tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger til boliglovgivningen (populærtitel) Egentlig: ”Lov om ændring af lov om leje af almene boliger, lov om leje, lov om midlertidig regulering af boligforholdene, lov om individuel boligstøtte, lov om social service og lov om almene boliger samt støttede private andelsboliger m.v.”: LOV nr. 402 af 06/06/2002. (Gældende).
- 2003: Bekendtgørelse af lov om social service: LBK nr. 764 af 26/08/2003. (Gældende). Lovgrundlag for hjemmehjælp mv.
- 2004: Vejledning om supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter lov om social service (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp): Socialministeriets vejledning nr. 77 af 31/08/2004. (Gældende).

Se desuden: Andersen, J. (1994). *Juridiske regler i den primære sundhedssektor*. Frederiks-
havn: Dafolo Forlag.

Bilag

Bilag 1 Supplerende tabeller

Tabel B 1 Udviklingen i de kommunale udgifter på ældreområdet 1995-2001

R = regnskab), (B = budget)	R1995	R1996	R1997	R1998	R1999	R2000	B2001
Serviceudgifter	16,3	17,7	18,2	19,2	22,2	22,5	22,3
Anlægsudgifter	1,2	1,3	1,6	1,4	1,2	1,2	1,5
I alt	17,5	19,0	19,8	20,6	23,4	23,7	23,8

Kilde: Kommunernes Landsforening (<http://www.kl.dk/253473> opdateret 18/2 2004).

Note: Beløbene er reguleret til 2001-priser og er i 1000 kr. Tallene fra 1995 til 2000 er regnskabstal, mens tallene fra 2001 er budgettal.

Tabel B 2 Udviklingen i udgifter til ældreservice 2001-2005

År (R = regnskab), (B = budget)	R2001	R2002	R2003	B2004	B2005
Nettodriftsudgifter, mia. kr.	24,3	24,4	24,5	24,3	24,7
Realvækst i forhold til året før, procent		0,6	0,4	-0,9	1,4
Nettodriftsudgifter, mia. kr. (inkl. myndighedsopgaver)	24,3	24,4	24,7	24,5	25,0
Realvækst i forhold til året før, procent		0,6	1,2	-0,9	2,0
Udgifter pr. 67-årig og derover (i 1.000 kr.)	38,9	38,9	39,2	38,5	38,9

Kilde: Den kommunale budgetredegørelse 2005 (Kommunernes Landsforening 2004).

Note: Beløbene er angivet i 2005-priser og er i 1.000 kr. (hvilket forklarer forskydningen af niveauet i forhold til ovenstående Tabel B 1). Tallene vedrører kun udgifter for 67+-årige. Tallene fra 2001 til 2003 er korrigerede for udgifter til under 67-årige. Tallene er endvidere korrigeret for en konteringsændring vedrørende kapitaludgifter til ældreboliger. Nettoudgifter opgøres både inkl. og ekskl. myndighedsopgaver, fordi indførelsen af frit leverandørvalg har medført en skarpere opdeling i myndighedsopgaver og leverandøropgaver, hvilket har betydet, at kommunerne har flyttet udgifter til visitation mv. væk fra ældreområdet. Kommunerne skønner, at der fra regnskab 2001 til 2003 er omkonteret ca. 220 mio. kr., og at der i 2004 vil blive omkonteret yderligere 150 mio. kr. Tabellen korrigerer for denne udvikling ved både at angive udgifter til egentlig ældreservice og til myndighedsopgaverne forbundet hermed (visitation mv.).

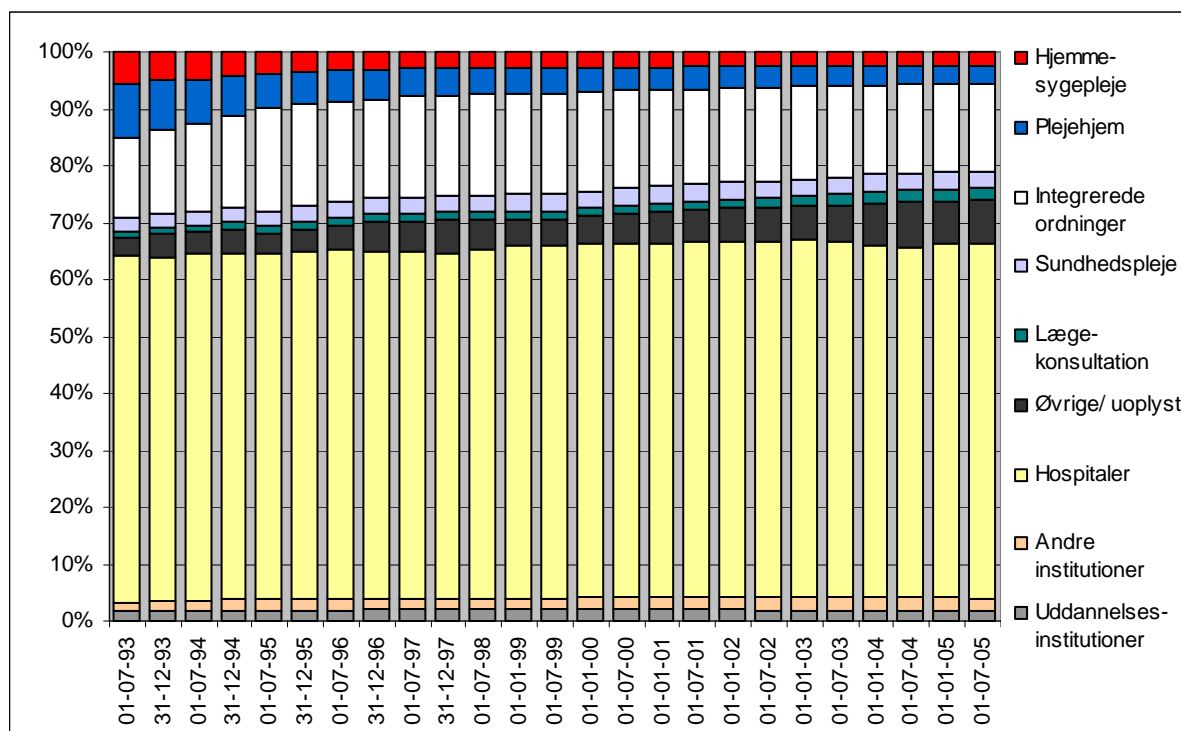
Tabel B 3 DSR's medlemsstatistik fra 1/7-1993 til 1/1-2005

	Ho- spi- taler	Udd. inst.	Integr. ordn.	Pleje- hjem	Hj.syge- pleje	Integr. + plejehj. + hj.sygepl.	Sund- heds- pleje	Læge- kons.	Andre inst.	Øvrige/ uoplyst	I alt
01-07-93	28.190	847	6.403	4.476	2.565	13.444	1.169	554	695	1.519	46.418
31-12-93	28.330	855	6.869	4.023	2.373	13.265	1.166	555	738	1.882	46.791
01-07-94	28.226	839	7.154	3.613	2.232	12.999	1.157	568	869	1.796	46.454
31-12-94	28.412	844	7.615	3.217	1.957	12.789	1.201	578	910	1.962	46.696
01-07-95	28.302	860	8.411	2.902	1.759	13.072	1.267	602	990	1.646	46.739
31-12-95	28.814	905	8.486	2.753	1.633	12.872	1.281	614	994	1.904	47.384
01-07-96	29.486	923	8.556	2.616	1.561	12.733	1.301	637	1.005	2.056	48.141
31-12-96	29.588	938	8.501	2.525	1.477	12.503	1.361	648	924	2.533	48.495
01-07-97	29.773	974	8.641	2.426	1.433	12.500	1.398	656	959	2.633	48.893
31-12-97	29.960	985	8.596	2.378	1.426	12.400	1.424	681	887	2.917	49.254
01-07-98	30.542	1.016	8.790	2.323	1.395	12.508	1.465	713	951	2.505	49.700
01-01-99	30.654	1.017	8.736	2.324	1.338	12.398	1.471	741	926	2.267	49.474
01-07-99	30.808	1.012	8.817	2.240	1.360	12.417	1.499	749	977	2.289	49.751
01-01-00	31.230	1.002	8.716	2.201	1.336	12.253	1.508	763	1.032	2.390	50.178
01-07-00	31.514	998	8.656	2.116	1.339	12.111	1.521	778	1.086	2.605	50.613
01-01-01	31.724	986	8.606	2.074	1.353	12.033	1.528	804	1.133	2.697	50.905
01-07-01	32.027	993	8.538	2.037	1.342	11.917	1.533	830	1.198	2.761	51.259
01-01-02	32.210	996	8.472	1.978	1.331	11.781	1.539	849	1.226	2.928	51.529
01-07-02	32.365	989	8.533	1.926	1.300	11.759	1.572	913	1.244	3.110	51.952
01-01-03	32.662	968	8.437	1.889	1.282	11.608	1.583	916	1.221	3.032	51.990
01-07-03	32.682	969	8.381	1.871	1.289	11.541	1.582	991	1.258	3.425	52.448
01-01-04	32.394	950	8.252	1.825	1.261	11.338	1.575	1.029	1.269	4.042	52.597
01-07-04	32.485	948	8.244	1.747	1.248	11.239	1.570	1.073	1.250	4.310	52.875
01-01-05	32.962	936	8.232	1.731	1.236	11.199	1.591	1.086	1.225	4.041	53.040
01-07-05	33.675	963	8.380	1.748	1.238	11.366	1.601	1.152	1.208	4.048	54.013
% fordeling	62,3 %	1,8 %	15,5 %	3,2 %	2,3	21,0	3,0	2,1	2,2	7,5	100,0

Kilde: DSR (www.sygeplejersken.dk/dsr/tekstlink.asp?DokType=1150&menu=273).

Note: Tabellen viser antal medlemmer, ikke antal fuldtidsbeskæftigede. Omkring 40 % af alle sygeplejersker arbejder ikke fuldtid (Sundhedsministeriet 2001b:18).

Figur B 1 Relativ fordeling af DSR's medlemmer på beskæftigelsesområder 1993-2005



Kilde: DSR (www.sygeplejersken.dk/dsr/tekstlink.asp?DokType=1150&menu=273).

Note: Tabellen viser antal medlemmer, ikke antal fuldtidsbeskæftigede. Omkring 40 % af alle sygeplejersker arbejder ikke fuldtid (Sundhedsministeriet 2001b:18).

I 1993 var 5,5 % af medlemmerne ansat i hjemmesygeplejen; i 2005 var tallet 2,3 %.

I 1993 var 29 % af medlemmerne ansat inden for det samlede hjemmeplejeområde (hjemmesygepleje, integrerede ordninger og plejehjem); i 2005 var tallet 21 %.

Tabel B 4 Ansatte på plejehjem/daghjem, i hjemmesygeplejen og integrerede ordninger 1994-1999

I alt plejehjem/daghjem, hjemmesygepleje og integrerede ordninger	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hjemmehjælpere	12.193	14.503	14.934	13.871	11.953	10.211
Plejhjemsassistenter	2.286	2.268	2.286	2.046	1.998	1.842
Social- og sundhedsassistenter (inkl. elever)	633	1.323	2.112	3.490	4.837	6.489
Social- og sundhedshjælper (inkl. elever)	4.180	7.130	10.204	14.024	17.085	19.640
Sygehjælpere	18.775	17.502	17.166	15.942	14.735	12.932
Sygeplejersker (inkl. elever)	9.688	9.011	9.102	8.637	8.553	8.341
Total	47.755	51.737	55.804	58.010	59.161	59.455

Plejehjem/daghjem	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hjemmehjælpere	0	0	0	0	0	0
Plejhjemsassistenter	1.504	1.245	1.120	1.049	927	790
Social- og sundhedsassistenter (inkl. elever)	139	353	629	1.070	1.349	1.516
Social- og sundhedshjælper (inkl. elever)	581	831	1.133	1.485	1.573	1.912
Sygehjælpere	11.050	8.012	6.803	5.764	4.863	3.727
Sygeplejersker (inkl. elever)	3.135	2.191	1.896	1.713	1.524	1.293
Total plejehjem/daghjem	16.409	12.632	11.581	11.081	10.236	9.238

Hjemmesygepleje	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hjemmehjælpere	0	0	0	0	0	0
Plejhjemsassistenter	0	0	0	0	0	0
Social- og sundhedsassistenter (inkl. elever)	27	44	34	31	83	299
Social- og sundhedshjælper (inkl. elever)	45	112	15	6	11	18
Sygehjælpere	142	99	47	43	47	57
Sygeplejersker (inkl. elever)	2.166	1.469	1.251	1.073	1.032	816
Total hjemmesygepleje	2.380	1.724	1.347	1.153	1.173	1.190

Integrerede ordninger på ældreområdet	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hjemmehjælpere	12.193	14.503	14.934	13.871	11.953	10.211
Plejhjemsassistenter	782	1.023	1.166	997	1.071	1.052
Social- og sundhedsassistenter (inkl. elever)	467	926	1.449	2.389	3.405	4.674
Social- og sundhedshjælper (inkl. elever)	3.554	6.187	9.056	12.533	15.501	17.710
Sygehjælpere	7.583	9.391	10.316	10.135	9.825	9.148
Sygeplejersker (inkl. elever)	4.387	5.351	5.955	5.851	5.997	6.232
Total integrerede ordninger	28.966	37.381	42.876	45.776	47.752	49.027

Kilde: Danmarks Statistik. Specialkørsel baseret på Den sociale ressourceopgørelse.

Tabel B 5 Ansatte i den samlede ældreomsorg 2000-2004

Personale i ældreomsorgen	2000	2001	2002	2003	2004
1) Ledende sygepleje	0	2.728	2.762	2.813	2.691
2) Sygeplejearbejde	9.756	7.118	7.002	6.644	6.599
Sygeplejearbejde i alt (1+2)	9.756	9.846	9.764	9.457	9.290
3) Social- og sundhedsassistenter mv.	25.442	25.951	26.141	26.639	26.436
4) Hj.hjælpere, social- og sundhedshjælpere mv.	42.199	42.422	45.101	44.628	44.537
Delsum af mest sammenlignelige med årene 1994-1999 (1-4)	77.397	78.219	81.006	80.724	80.263
5) Kontor, ledelse og administrativt arbejde	3.002	3.148	3.704	3.719	3.580
6) Fysioterapi og pædagogisk arbejde	3.054	3.277	3.894	4.105	4.442
7) Tilberedning af måltider, køkkenhjælp, rengøring og vicevært	10.971	10.947	11.231	10.909	10.721
Total, alle personalegrupper (1-7)	94.424	95.591	99.835	99.457	99.006

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken: Den sociale ressourceopgørelse. Tabel RES10.

Note: I 2003 skønnes det, at 300-500 visiterende medarbejdere er overført fra ældreomsorg til administration i en række kommuner. Det er for at adskille visiterende og udførende personale i forbindelse med, at der indførtes frit valg på ældreområdet. Personale ansat hos private leverandører er ikke medtaget. I 2000 og 2001 er tallene beregnet for 6 kommuner.

Bilag 2 Oversigt over lovstof

Forskriftens år, navn, nummer & dato	Bemærkninger om indhold
<p>1957: Lov om hjemmesygepleje. LOV nr. 79 af 29/3/1957 (historisk – ophæves med Lov nr. 408 af 13/6-1993)</p>	<p>Kommunalbestyrelserne får ansvaret for, at der eksisterer hjemmesygeplejerske-ordninger udelukkende med autoriserede sygeplejersker (§ 2), hvis ydelse gives på baggrund af lægehenvi-ning (§ 1).</p> <p>Embedslægen skal føre tilsyn med ordningerne (§ 2).</p> <p>Finansiering/betaling kan enten ske via sygekasser, hjemmesygeplejeforeninger eller via egenbetaling. I tilfælde med særligt behov ("trangstilfælde") ydes refusion (§ 3).</p>
<p>1958: Indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 om hjemmesygepleje og socialministeriets cirkulære af s.d. om de anerkendte sygekassers ydelse af hjemmesygepleje. CIR 56 + 57 af 10/4-1958</p>	<p>Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejeordninger. Lægger vægt på, at hjemmesygeplejen overgår fra forsorsloven, som kun omfatter "trængende", til at være "et led i det almindelige sundhedsvæsen".</p> <p>Fire organiseringsformer er mulige: Hjemmesygeplejeforeninger, herunder menighedsplejer, (1) med eller (2) uden samarbejde med sygekasser, (3) sygekasser med selvstændig hjemmesygepleje eller (4) rent kommunal hjemmesygepleje.</p> <p>Dispensation fra kravet om autoriserede sygeplejersker gives fortrinsvis ved (1) overgangsordninger "for de ret fåtallige ikke-autoriserede sygeplejersker", og (2) hvor forholdene tilsiger det, fx på mindre øer.</p>
<p>1970: Bekendtgørelse af Lov om hjemmesygepleje (= lov nr. 79 fra 1957), LBK nr. 35, 29/1-1970</p>	<p>Som lov nr. 79 fra 1957 – dog er § 6, som omhandlede muligheden for særligt statstilskud til kommuner med meget spredt befolkning, fjernet.</p>
<p>1973: Lov om hjemmesygeplejerskeordninger. LOV nr. 408 af 13/6-1973 (gældende)</p>	<p>Kommunerne skal nu ikke blot sikre, at der eksisterer en form for hjemmesygeplejerskeordning, men skal nu selv forestå organiseringen "ved ansættelse af hjemmesygeplejersker" (§ 1). Hermed udelukkes de tidligere former for organisering (se evt. cirkulære af 10/4-1958).</p> <p>Præciserer at ordningen er vederlagsfri (§ 1).</p> <p>Indfører 50 % statsrefusion (bortset fra administrationsudgifter) (§ 5). (Ellers som ovenstående).</p>
<p>1973: Lov om sundhedsplejerskeordninger. LOV nr. 409 af 13/06-1973</p>	<p>I sin formulering er loven parallel til ovenstående nr. 408. Nøgleord er "ved ansættelse af sundhedsplejersker", "vederlagsfri" og "vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn, der er under den undervisningspligtige alder" (§ 1).</p>
<p>1974: Bekendtgørelse nr. 161 af 27. marts om hjemmesygeplejerskeordninger (historisk)</p>	<p>Omfanget af plejen specificeres og omfatter: sygepleje, barselspleje, "sundhedsvejledning", vejledning og bistand, herunder "opsøgende arbejde". Hjemmesygeplejen gives således et klart forebyggende og sundhedsfremmende sigte (§ 2).</p>
<p>1974: Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger, juli 1974</p>	<p>Retningslinierne er udførlige og omhandler formål, ordningens omfang og tilrettelæggelse, indberetningssystemet samt amternes og statens opgaver (i relation til amtssundhedsplejerske og embedslægens tilsynspligt). Sammenlignes med senere retningslinier (1987), er grundstrukturen ens, men 1974-versionen lægger meget vægt på samarbejdet med henholdsvis praktiserende læger, sygehuse, jordemødre og hjemmehjælpere. Dette samarbejde beskrives detaljeret med forslag til konkrete ordninger og tiltag. Samarbejdet kobles til behandlingsmæssige såvel som samfundsøkonomiske fordele.</p> <p>Det nævnes, at der i enkelte ordninger "forsøgsvis er ansat sygehjælpere, der ynder hjemmesygeplejerskens ledelse bistår ved plejen"</p>
<p>1979: Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger. LOV nr. 143 af 4/4-1979</p>	<p>Åbner mulighed for at ansætte sygehjælpere i hjemmesygeplejen (§ 1, stk. 2: "Kommunerne kan ansætte sygehjælpere under hjemmesygeplejerskeordningen").</p>

Forskriftens år, navn, nummer & dato	Bemærkninger om indhold
<p>1979: Bekendtgørelse om hjemmesygeplejerskeordninger (af Lov nr. 408 fra 1973, ændret ved lov nr. 143 fra 1979), LBK nr. 198 af 17/05-1979</p>	<p>Omfanget af plejen specificeres og omfatter: sygepleje, barselspleje, ”sundhedsvejledning”, vejledning og bistand, herunder ”opsøgende arbejde”. Hjemmesygeplejen gives således et klart forebyggende og sundhedsfremmende sigte (§ 2).</p> <p>Med hensyn til arbejdsdelingen internt slås det fast, at sygehjælperne arbejder under sygeplejerskernes tilsyn og arbejdstilrettelæggelse (§ 6),</p>
<p>1985: Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger mv. LOV nr. 254 af 06/06-1985 (gældende).</p>	<p>Finansieringen ændres fra den tidligere 50 % statsrefusion (se 2) til en ordning, hvor kommunerne betaler for personer over 67, mens kommune og amt deler udgifterne til personer under 67 (§ 5).</p>
<p>1987: Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger (1987), RTL nr. 15955 af 31/03-1987 (gældende)</p>	<p>Retningslinierne er omfattende.</p> <p>Decideret nyt er, at hjemmesygeplejens ”bør” yde terminal pleje i hjemmet (afs. 2.1.).</p> <p>Hjemmesygeplejens opsøgende og forebyggende arbejde uddybes (afs. 2.1.). Omfanget præciseres til ”dagtimerne”, men kommunalbestyrelsen kan træffe beslutning om at udvide til aftentimer eller hele døgnet (afs.3).</p> <p>Den daglige ledelse bør forestås af en sygeplejerske (afs. 3.3).</p>
<p>1987: Lov om boliger for ældre og personer med handicap (Ældreboligloven). LOV nr. 378 af 10/06-1987 (gældende)</p>	<p>Ældreboliger flyttes ind under alment boligbyggeri, og muligheden for at opføre plejehjem ophører.</p>
<p>1987: Lov om ændring af lov om social bistand (1987). LOV nr. 391 af 10/06/1987 (historisk)</p>	<p>Loven forbyder opførelse af plejehjem eller beskyttede boliger efter denne lov efter 1988.</p> <p>Loven muliggør desuden, at beboere i eksisterende plejehjem får udbetalt social pension, hvorefter de betaler for ydelserne, de modtager som led i plejehjemsopholdet.</p>
<p>1989: Supplement til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987, RTL nr. 15830 af 30/11-1989</p>	<p>Supplementet er en præcisering af, at de gældende regler ikke hindrer integre rede ordninger.</p> <p>Der kan ansættes andet plejepersonale, hvis uddannelse mindst svarer til en sygehjælper. Fx kan plejehjemsassistenter ansættes i hjemmesygeplejen.</p>
<p>1990: Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet m.v. (historisk). LOV nr. 432 af 13/6-1990</p>	<p>Etablering af to nye uddannelser (og hermed også personalekategorier): Grunduddannelsen til social- og sundhedshjælper (ofte forkortet SSH eller SOSH) og overbygningsuddannelsen til social- og sundhedsassistent (ofte forkortet SOSU-assistent eller SOSA).</p>
<p>1991: Notat om funktions-, kompetence- og tilsynsforhold for de nye grundlæggende social- og sundhedsuddannelser. Socialministeriet og Sundhedsministeriet, 13/12-1991</p>	<p>Notatet omhandler SOSH og SOSA, som erstatter de tidligere uddannelser til hjemmehjælper, hjemmehjælpsleder, sygehjælper, plejer, beskæftigelsesvejleder og plejehjemsassistent. De nye uddannelser er i modsætning til de gamle <i>ikke</i> institutionsrettede. Notatet slår derfor fast, at afgørelser om konkret opgavevaretagelse må ske lokalt.</p>
<p>1992: Bekendtgørelse af lov om social bistand. LBK 829 af 01/01-1992 (historisk)</p>	<p>§ 84 specificerer det såkaldte lomme pengebeløb, som plejehjemsbeboere får udbetalt til ”personlige fornødenheder”, efter pensionen er inddraget til betaling for institutionsopholdet. Beløbet er 7.452 kr.</p>

Forskriftens år, navn, nummer & dato	Bemærkninger om indhold
<p>1993: Datasammenskrivning af lov om hjemmesygeplejerskeordninger. DSK nr. 1510 af 01/02-1993:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lov nr. 408 af 13/6-1973 • lov nr. 224 af 12/6-1975 • lov nr. 143 af 4/4-1979 • lov nr. 254 af 6/6-1985 • lov nr. 1023 af 19/12-1992 • lov nr. 1024 af 19/12-1992 	<p>Præciserer, at kommunerne kan lade en selvejende institution, som har driftsoverenskomst med kommunen, varetage hjemmesygeplejen. Kravet om, at kommunerne selv skal ansætte hjemmesygeplejersker, modificeres således (§ 1).</p>
<p>1993: Lov om ændring af lov om social bistand og lov om social pension mv. LOV nr. 1132 af 22/12-1993</p>	<p>Loven omhandler udbetaling af pension til beboere på plejehjem og ophæver den bestemmelse i den tidligere lov om social bistand (§ 84), som muliggjorde udbetaling af lommepenge til plejehjemsbeboere til såkaldte personlige fornødenheder (et beløb på ca. 7.500 kr. årligt). I stedet gøres det nu lovpligtigt, at beboerne selv betaler for de ydelser, den enkelte modtager som led i plejehjemsopholdet (§ 85).</p>
<p>1994: Vejledning til ansættelsesmyndigheder om muligheder for at anvende social- og sundhedsassistentens kvalifikationer. Sundhedsstyrelsen 28/2-1994</p>	<p>Omhandler i lighed med ministeriernes notat af 13/12-1991 de nye personalegrupper (specifikt SOSA'er). Det præciseres, at kvalifikationerne er rettet mod funktioner og opgaveområder mere end mod bestemte social- og sundhedsordninger eller institutionstyper.</p>
<p>1995: Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv. LOV nr. 1117 af 20. december 1995 (gældende)</p>	<p>Loven forpligter kommunerne til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle over 75 mindst 2 gange årligt (§ 1). (I en overgangsperiode frem til 1. juli 1998, er aldersgrænsen dog 80 år).</p>
<p>1997: Lov om social service. LOV nr. 454 af 10/06-1997 (historisk). For den gældende version se LBK 764 af 26/08-2003</p>	<p>Loven udgør grundlaget for hjemmehjælp mv. Kommunalbestyrelserne har således pligt til at tilbyde personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet (§ 71), samt sikre at disse opgaver i fornødent omfang kan varetages hele døgnet (§ 74).</p>
<p>2001: Lov om ændring af lov om social service og lov om hjemmesygeplejerskeordninger. LOV nr. 489 af 07/06-2001 (gældende)</p>	<p>Ændring af finansieringsformen: Indførelse af en grundtakstmodel for visse sociale ydelser – herunder hjemmesygepleje for personer under 67 år – i stedet for delt finansiering mellem kommuner og amt. Kommunen afholder (stadig) alle administrationsomkostninger.</p>
<p>2002: Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordninger. LOV nr. 242 af 01/05-2002 (gældende)</p>	<p>Loven indfører mulighed for privat hjemmesygepleje, idet kommunalbestyrelsen nu udelukkende er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse, men ikke at det nødvendigvis skal ske ved ansættelse af hjemmesygeplejersker eller ved overdragelse af driftsansvaret til en selvejende institution (§ 1).</p>
<p>2002: Bekendtgørelse om hjemmesygepleje. BEK nr. 469 af 16/06-2002 (gældende)</p>	<p>Mulighederne for alternative organiseringsformer uddybes: "Kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge hjemmesygeplejen ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte sygeplejersker, SOSA'er og andet personale eller ved at indgå aftale med private leverandører om varetagelsen af opgaver i hjemmesygeplejen" (§ 3). Barselsplejen fjernes i beskrivelsen af hjemmesygeplejens virksomhed (ud af § 2).</p>
<p>2002: Lov om overførelse af tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger til boliglovgivningen (populærtitel). LOV nr. 402 af 06/06-2002 (gældende)</p>	<p>Omhandler omdannelsen af institutioner – plejehjem – til almindelige boliger (omfattet af den hertil hørende lovgivning). Kommunalbestyrelserne skal senest med udgangen af 2004 træffe beslutning om, at plejehjem og beskyttede boliger omdannes til ustøttede almene plejeboliger eller ustøttede private plejeboliger (§ 7).</p>

Forskriftens år, navn, nummer & dato	Bemærkninger om indhold
<p>2003: Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr. 764 af 26/08-2003 (gældende)</p>	<p>Indeholder lovgrundlaget for hjemmehjælp i kapitel 14: "Personlig hjælp, omsorg og pleje m.v.).</p>
<p>2004: Vejledning om supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter Lov om social service (frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp). Socialministeriets vejledning nr. 77 af 31/8-2004</p>	<p>Vejledning der præciserer lov om frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp, herunder at denne <i>ikke</i> gælder for hjemmesygeplejen, hvor kommunalbestyrelserne selv afgør, om der skal gives mulighed for at vælge mellem forskellige leverandører af hjemmesygepleje.</p>