

# **Strategi for fremtidens kommunale sygepleje 2010 – 2013**

**FRA HJEMMESYGEPLEJE I PRIMÆRSEKTOR TIL PRIMÆRSYGEPLEJE  
I DEN SAMLEDE SUNDHEDSSEKTOR**



# Indhold

<b>1. INDLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2. VISIONER OG MÅL – VÆRDI FOR BORGEREN.....</b>	<b>4</b>
<b>3. MÅLGRUPPE OG OPGAVER.....</b>	<b>5</b>
3.1 SYGEPLEJENS NUVÆRENDE MÅLGRUPPER OG OPGAVER.....	5
3.2 SYGEPLEJENS FREMTIDIGE MÅLGRUPPER OG OPGAVER.....	8
<b>4. ORGANISERING AF SYGEPLEJEN.....</b>	<b>14</b>
4.1 DEN NUVÆRENDE ORGANISERING .....	14
4.2 DEN FREMTIDIGE ORGANISERING .....	16
<b>5. KVALITETS- OG STYRINGSMODELLER FOR SYGEPLEJEN.....</b>	<b>26</b>
5.1 NUVÆRENDE KVALITETS- OG STYRINGSMODELLER.....	26
5.2 FREMTIDIGE KVALITETS- OG STYRINGSMODELLER .....	27
<b>6. VISITATION TIL SYGEPLEJE.....</b>	<b>31</b>
6.1 NUVÆRENDE VISITATIONSMODEL .....	31
6.2 FREMTIDIG VISITATIONSMODEL – STYRKET SAMARBEJDE MELLE SYGEPLEJE OG VISITATION .....	32
<b>7. SYGEPLEJENS KOMPETENCER I FREMTIDEN.....</b>	<b>39</b>
<b>8. ØKONOMISKE UDFORDRINGER .....</b>	<b>42</b>
<b>9. AFSLUTNING .....</b>	<b>45</b>

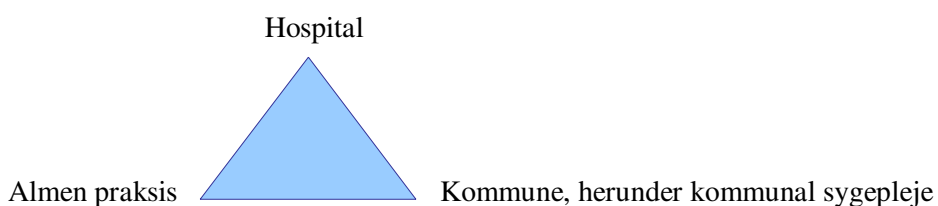
# 1. Indledning

## Kommunen - en del af det samlede sundhedsvæsen

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne en række nye sundhedsopgaver og kom formelt til at indgå som en del af sundhedsvæsenet sammen med hospitalerne og de praktiserende læger.

Dette gælder bl.a. i relation til den kommunale sygepleje, som fra 2007 er reguleret af Sundhedsloven.

**Figur 1: Kommunen som en del af sundhedsvæsenet**



Konsekvenserne af kommunalreformen er, at den kommunale sundhedsindsats – både for borgere i plejebolig og selvstændig bolig – fremover skal kunne afspejles i hele borgerforløbet fra tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, hjemtagning af færdigbehandlede borgere og opfølgning efter indlæggelse. Samtidig skal det forbyggende og sundhedsfremmende perspektiv være gennemgående i alle kommunale sundhedsindsatser.

Den kommunale sundhedsindsats skal varetages i tæt koordination med sekundær sektor og med tydeligt afsæt i forløbstænkning. Dette afspejles i formålet med hjemmesygepleje. I strategi for fremtidens sygepleje kaldes hjemmesygepleje blot sygeplejen, for at indikere at det gælder al sygepleje der leveres af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### **Formål og mål med hjemmesygepleje**

Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det.

Målet er, at patienten kan blive i eget hjem, når det ud fra en lægefaglig, sygeplejefaglig og social vurdering skønnes forsvarligt.

Kilde: Vejledning om hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, december 2006

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt er samtidig påvirket af, at hospitalerne udvikler sig i retning af en højere grad af specialisering, hvor bl.a. en stadig kortere liggetid giver andre trænings-, rehabiliterings- og sygeplejefaglige opgaver, og hvor der er stadig større viden om, og fokus på, forebyggelse og sundhedsfremme.

Fælles for de kommunale indsatser er det fortsatte fokus på forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig opsporing, og det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål at sikre, at

- borgerne forbliver raske så længe som muligt
- forværringer i en borgers tilstand opdages i tide
- der sættes ind med den rigtige sygeplejefaglige indsats i rette tid
- der følges op efter udskrivning fra hospital.

### Sundheds- og ældreområdet

Der er tæt sammenhæng mellem de nye sundhedsopgaver og opgaverne på det traditionelle ældreområde, eftersom en stor del af målgruppen for de to opgavesæt er ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer.

Ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer modtager typisk både sygepleje og andre kommunale ydelser og er samtidig den borgergruppe, der har flest indlæggelser. Det er derfor den borgergruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at påvirke sygehusforbruget via forebyggelse af indlæggelser.

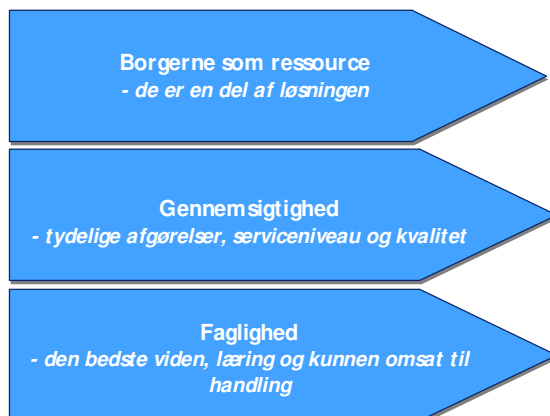
Der skal derfor ske en tydelig faglig og organisatorisk sammentænkning af ældre- og sundhedsområdet.

Samtidig er der behov for at sammentænke sygeplejen med de andre sundhedsydelser, som er under udvikling i kommunen og det udvidede og mere forpligtende samarbejde om forløb med hospitaler og almen praksis, som følger af Sundhedsaftalerne mellem region og kommune.

## 2. Visioner og mål – værdi for borgeren

Strategi for Fremtidens sygepleje tager afsæt i visioner og principper for organisering i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, som de er formuleret i ”Værdi for borgeren – visioner og resultater som grundlag for organisering og styring i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen”.

### Visionen



### Konkretisering

- **Understøtter sammenhængende forløb for borgere på tværs af ældre- og sundhedsområdet**
- **Sundhedsfremme og forebyggelse er integreret i opgaveløsningen**
- **Ensartet vurdering og målrettede tilbud**
- **Klar forventningsafstemning i mødet med borgeren**
- **Fælles fagligt grundlag implementeret i hele organisationen**
- **Stærke faglige miljøer**
- **Videndeling og samarbejde**

”Værdi for borgerne” er omsat til følgende mål for fremtidens sygepleje:

- Sygeplejen tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ressourcer, og borgerne inddrages i tilrettelæggelse af plejen.

- Sundhedsfremme og forebyggelse indgår som en integreret del af de sygeplejefaglige opgaver.
- Sygeplejen medvirker til at skabe sammenhænge og koordination på tværs af ældre- og sundhedsområdet og mellem kommunale ydelser og andre aktører
- Faglige vejledninger og instrukser baseret på nyeste viden tydeliggør det fælles faglige grundlag for sygeplejen
- Sygepleje ydes af medarbejdere, der har de rette kompetencer og anvender pleje- og behandlingsmetoder, som er i overensstemmelse med den nyeste viden.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er kendt som en arbejdsplads med højt fagligt niveau, stærke faglige læringsmiljøer, optimal udnyttelse af moderne teknologi, et godt arbejdsmiljø med mulighed for faglig og personlig udvikling – hvor man kender sine opgaver og beføjelser.

### 3. Målgruppe og opgaver

#### 3.1 Sygeplejens nuværende målgrupper og opgaver

”Hjemmesygepleje ydes til patienter i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet” (Vejledning om hjemmesygepleje, december 2006).

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen yder sygepleje til borgere, der

- bor i selvstændig bolig
- bor i plejebolig
- opholder sig på midlertidige døgntilbud
- opholder sig på specialpladser med sygeplejebemanding, fx palliative pladser.

I Strategi for fremtiden sygepleje anvendes begrebet ”sygepleje” som omfatter alle de sygeplejefaglige opgaver, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen varetager – uanset hvor i organisationen opgaverne varetages.

Målgruppen for sygepleje spænder fra borgere med lette sundhedsproblemer til borgere med komplekse sundhedsproblemer – i alle aldersgrupper.

Ca. 9 procent af de +65-årige, som bor i selvstændig bolig modtager sygepleje. Der er en tydelig tendens til, at behovet for sygepleje stiger med alderen. Således modtager godt 21 procent af de ældre over 80 år sygepleje mod 4 procent af borgerne mellem 65 og 79 år.

I tabel 1 og 2 fremgår det at den overvejende del af sygeplejemodtagerne er over 65 år og bosiddende både i selvstændig bolig og i plejebolig. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen yder desuden kommunal sygepleje til grupper af borgere under 65 år<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sundheds- og Omsorgsforvaltningen yder hjemmesygepleje til grupper af borgere i selvstændig bolig under 65 år, herunder terminale, cancer- og AIDS- patienter, borgere med demens, organisk såvel som alkoholrelateret, hvor demensen er den primære problemstilling, borgere, som udelukkende har behov for sygeplejeydelser uden behov for Socialforvaltningens hjemmepleje, og borgere med behov for midlertidig hjemmehjælp/sygepleje. Hertil kommer borgere under 65 år, der bor i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens plejeboliger.

**Tabel 1: Sygeplejemodtagere i selvstændig bolig – aldersfordeling**

Alder	2009 1. kvartal	
0-64	736	10%
65-79	2189	31%
Plus 80	4155	59%
<b>I alt</b>	<b>7080</b>	<b>100%</b>

Kilde: Data fra KOS, 25. maj 2009

**Tabel 2: Sygeplejemodtagere i plejebolig – aldersfordeling**

Alder	2009 1. kvartal	
0-64	145	5%
65-79	634	20%
Plus 80	2.408	75%
<b>I alt</b>	<b>3187</b>	<b>100%</b>

I Københavns Kommune er antallet af borgere i aldersgruppen 65-79 år stigende, mens antallet af +80-årige er faldende. Ser man alene på den demografiske udvikling, vil den medføre et fald i antal af sygeplejemodtagere, da +80-årige udgør ca. 60 % af sygeplejemodtagerne. Som beskrevet i afsnittet om sygeplejens fremtidig målgrupper og opgaver påvirkes omfanget af sygepleje ikke kun af demografiske faktorer, og der forventes samlet set en vækst i sygeplejens opgaver.

Som det fremgår af tabel 3, er der henover byen forskelle i dækningsgrad for sygepleje. I gennemsnit modtager borgerne ca. 50 minutters sygepleje om ugen, og det gennemsnitlige antal minutters sygepleje per uge varierer fra 45 minutter til 55 minutter.

**Tabel 3: Dækningsgrader og antal timer**

Lokalområde	Dækningsgrad			Gns. antal vis. timer syge-pleje pr. uge
	65-79 årige	+80-årige	+65-årige i alt	
Amager	4%	19%	8%	0,94
Bispebjerg/Nørrebro	6%	22%	11%	0,90
Indre By/Østerbro	3%	20%	7%	0,91
Vanløse/Brønshøj-Husum	4%	16%	8%	0,75
Vesterbro/Kgs. Enghave/Va	6%	22%	11%	0,80
<b>I alt</b>	<b>4%</b>	<b>20%</b>	<b>9%</b>	<b>0,86</b>

\* Dækningsgrad pr. 30.09.2009.

\*\* 'Gns. antal vis. timer sygepleje pr. uge' pr. uge 40, 2009.

Sammenholdes dækningsgrader med antal timers sygepleje ses en tendens til, at lokalområder med en høj dækningsgrad yder færre timers sygepleje pr. borger end lokalområder med lav dækningsgrad.

## Sygeplejens opgaver

Sundhedsstyrelsen definerer i ”Vejledning om hjemmesygepleje” fire opgaveområder for den primære sygepleje:

- Udføre sygepleje, lægeordnede behandlingsopgaver, rehabilitering og palliation samt yde sundhedsfremme og forebyggelse
- Planlægge og lede sygepleje-, behandlings-, rehabiliterings- og palliative forløb og indlæggelses- og udskrivningsforløb samt sikre sammenhæng til sociale ydelser
- Rådgive, vejlede og undervise borgere, patienter, pårørende og hjemmeplejens andre faggrupper, herunder elever og studerende.
- Udvikle og forbedre kvaliteten og patientsikkerheden via blandt andet dokumentation og kvalitetsudvikling.

Den udekørende sygepleje i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bruger ca. 48 % af den samlede ”tilstede-tid” på at yde visiterede sygeplejeydelser, dvs. besøg og vejtid. Den resterende tid anvendes til dokumentation, opfølgning, kontakt til samarbejdspartnere, telefontid, disponering, kompetenceudvikling med videre (KOS, januar 2009).

Ca. 60 % af den visiterede tid er relateret til kun tre ydelser: ”Medicinadministration”, ”medicindosering” og ”sårpleje”. Andre 30 % relaterer sig til kategorien, ”undersøgelse og behandling”, som dækker over en bred vifte af ydelser, herunder måling af blodsukker, puls og blodtryk, kompressionsforbinding, stomi- og kateterpleje samt lægeordnet hudpleje.

**Tabel 4: Visiteret tid til sygeplejeydelser**

Undersøgelse og behandling	1281	31%
Medicinadministration	1008	25%
Sår pleje	907	22%
Medicindosering	590	14%
Pleje af alvorligt syge	83	2%
Psykisk pleje og omsorg	83	2%
Andet	145	4%
<b>I alt</b>	<b>4096</b>	<b>100%</b>

Kilde: KOS-data, uge 49, 2009.

For borgere i plejebolig visiteres sygepleje i form af en ”pakke”, hvor der også indgår personlig og praktisk hjælp. Det er op til det enkelte plejehjem at tilrettelægge den hjælp og sygepleje ud fra borgerens behov. Indsatsen dokumenteres ikke systematisk.

Sygeplejefaglige medarbejdere – både i hjemmepleje og på plejehjem – er desuden ansvarlige for at rådgive og vejlede andre faggrupper, særligt SOSU-hjælpere. Sygeplejersker skal desuden varetage en væsentlig del af de opgaver, der er knyttet til kommunens uddannelsesforpligtigelse i forhold til sygeplejestuderende og social- og sundhedselever. På årsbasis omfatter det ca. 440 sygeplejestuderende og 1300 social- og sundhedshjælperelver.

## 3.2 Sygeplejens fremtidige målgrupper og opgaver

### Mål for sygeplejen

- Sygeplejen tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ressourcer, og borgerne inddrages i tilrettelæggelse af plejen
- Sundhedsfremme og forebyggelse indgår som integreret del af de sygeplejefaglige opgaver
- Faglige standarder og retningslinjer baseret på nyeste viden tydeliggør det fælles faglige grundlag for sygeplejen

### Pejlemærker for sygeplejefaglige opgaver

- Fra behandling til sundhedsfremme, forebyggelse og tidlig opsporing
- Fra enkeltydelser til koordination
- Fra monofaglighed til tværfaglighed

Tilrettelæggelse af fremtidens sygepleje skal ske med udgangspunkt i sygeplejens fremtidige målgruppe og opgavesæt. Dette kræver, at der løbende er fokus på:

- Udvikling i demografi og sygdomsmønstre, særligt i relation til kronisk sygdom
- Udvikling i det regionale sundhedsvæsen (hospitaller og almen praksis)
- Viden om effekt af den sygeplejefaglige indsats, herunder forebyggende indsatser.

### Ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer

Den primære målgruppe for fremtidens sygepleje er ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer. En stor del af disse borgere har en eller flere kroniske lidelser, særligt KOL, hjertesygdomme og diabetes samt demens og andre psykiske lidelser.

#### Ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer

Ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer er som regel karakteriseret ved følgende:

- De er over 65 år
- De har flere samtidige sygdomme
- De har sundhedsproblemer, der hyppigt ændres eller udvikler sig hurtigt
- De har nedsat funktionsevne og behov for hjælp i hjemmet
- De har svage sociale netværk eller andre sociale problemstillinger.

Der er i vidt omfang sammenfald mellem ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer og den målgruppe, der i Region Hovedstanden betegnes som Den ældre medicinske patient. At varetage sundhedstilbud for ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer er derfor en fælles opgave for region og kommune. Det betyder at ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer har særligt brug for, at både den praktiserende læge, kommunen og hospitalet indgår i et tæt samarbejde for at skabe sammenhængende forløb.

### Sundhedsfremme og forebyggelse

Kommunerne har med kommunalreformen fået ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse. Det betyder, at der skal være et stadigt og øget fokus på integration af borger-



rettet og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse i løsning af alle kommunale opgaver.

### **Borgerrettet forebyggelse**

Borgerrettet forebyggelse retter sig mod den raske del af befolkningen og har til formål at hindre sygdom i at opstå. Der skal være fokus på de risikofaktorer, som har særlig stor indflydelse på sundhed og udvikling af kroniske sygdomme, herunder rygning, kost og fysisk aktivitet.

For sygeplejen betyder det, at den borgerrettede forebyggelse skal være en integreret del af alle ydelser.

Endvidere skal sygeplejen have fokus på opsporing af tidlige tegn på funktionsbegrænsning, fx faldulykker, træthed ved daglig færden, uønsket vægttab, nedsat stemningsleje mv. Sygeplejen skal desuden sikre iværksættelse af en forebyggende indsats i samarbejde med borgeren eller pårørende.

Sygeplejen skal systematisk arbejde med implementering af sundhedsfremmeindsatser, som har betydning for ældres sundhed, livskvalitet og uafhængighed af hjælp. Det kan blandt andet ske gennem gruppebaserede indsatser som seniorkurser og udvikling af andre sundhedsfremmende tilbud i lokalområdet.

#### **Indsats:**

- Et styrket samarbejde mellem sygeplejen og de forebyggende medarbejdere

### **Borgere med kronisk sygdom**

En stor del af målgruppen for sygepleje har en eller flere kroniske sygdomme.

”Sundhedsprofil for region og kommuner 2008” viser, at 28 % af de 75-84-årige i Region Hovedstaden har tre eller flere kroniske sygdomme, mens andelen blandt de +85-årige er 39 %. De hyppigt forekommende kroniske sygdomme er hjertesygdomme, diabetes, KOL og kræft. Dertil kommer en høj forekomst af borgere med psykiske lidelser og demens.

**Tabel 5: Forekomst af kroniske sygdomme i København (Sundhedsprofil 2008)**

	<b>Alle %</b>	<b>75-84-årige %</b>	<b>+84 år %</b>
Hjertekarsygdomme	5	25	35
Diabetes	4	11	9
Kronisk lungesygdom	15	25	27
Kræft	4	12	12

Borgere med kronisk sygdom har generelt et større forbrug af sundhedsydelser end andre borgere, både på hospitaler og hos den praktiserende læge. De største patientgrupper i almen praksis er mennesker med kronisk sygdom. De er, for en stor dels vedkommende, over 65 år og i vid udstrækning identiske med de borgere, som benytter sig af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ældre- og sundhedstilbud. Der er derfor behov

for at styrke samarbejde mellem sygepleje, plejehjem og borgerens egen læge – til gavn for både borger, kommune og læge.

Andelen af borgere med kronisk sygdom er stigende. Da borgere med kronisk sygdom typisk modtager flere regionale sundhedsydelse og mere kommunal pleje end andre, vil en stigning af andelen af borgere med kroniske sygdom alt andet lige medføre en stigning i andelen af borgere med behov for sygepleje.

Samtidig er der kommet øget fokus på, og viden om sygeplejens opgaver i relation til borgere med kroniske sygdomme. Sygeplejens opgavesæt er udvidet, blandt andet i relation til patientrettet forebyggelse.

### **Patientrettet forebyggelse**

Patientrettet forebyggelse er rettet mod at give borgere med kroniske sygdomme bedre kompetence og evne til at leve med deres sygdom. Formålet er at sikre patienterne den bedst mulige livskvalitet og samtidig begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer, der kan opstå i forbindelse med deres sygdom.

Patientrettet forebyggelse skal være en integreret del af alle ydelser for borgere med kronisk sygdom.

Det betyder, at sygeplejen skal have fokus på tidlig opsporing af ændringer i borgerens sundhedstilstand. Dermed er der mulighed for at stoppe eller begrænse sygdomsudviklingen og sikre patientens funktionsevne og livskvalitet. Derudover skal sygeplejen have fokus på at styrke borgerens egenomsorg, så den enkelte borger sættes i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv.

Sygeplejen skal endvidere bidrage til at understøtte den rehabiliterende indsats for borgere med kronisk sygdom, som tilbydes på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens forebyggelsescentre. Der skal i sygeplejen være fokus på opsporing af borgere, der kan opnå fordel af et rehabiliteringsforløb, og som falder inden for forebyggelsescentrenes målgruppe. Desuden skal sygeplejen understøtte aktuelle indsatser i forebyggelsescentrene samt borgernes ændringer i blandt andet kost- og rygevaner efter et afsluttet forløb på forebyggelsescentrene.

#### **Indsats:**

- Sygeplejens opgaver skal tydeliggøres i forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom

### **Borgere med alvorlige sygdomme, bl.a. kræft**

Patientforløb bliver optimerede patientforløb og behandlingsmuligheder for patienter med alvorlig sygdom forbedres. Det medfører, at primærsektoren i stigende omfang skal kunne varetage komplekse opgaver inden for patientrettet forebyggelse, genoptræning og sygepleje.

Sygeplejen og plejehjem vil møde borgere, der som følge af alvorlig kræftsygdom og langvarig behandling har et stort behov for sygepleje. Målet er dels at skabe sammenhæng og koordination og dels at varetage komplekse kliniske opgaver inden for be-

handling og palliation af disse borgere. Ambulante behandlingsforløb og korte indlæggelsestider vil stille krav om en fleksibel og kompetent sygepleje, der i stigende omfang skal yde behandling og pleje til alvorligt syge og døende. Disse borgere vil som regel ikke være i stand til at benytte kommunens andre tilbud, forebyggelsescentre og genoptræningssteder.

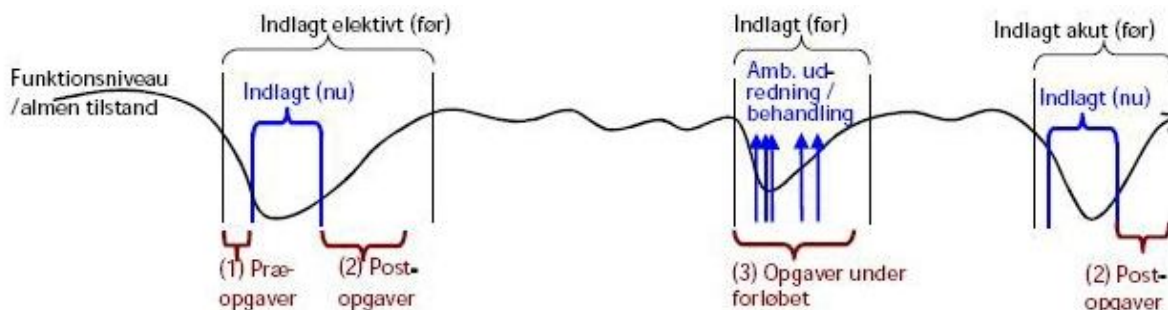
Sundhedscenter for Kræftramte varetager den del af den patientrettede forebyggelse, der ikke kræver en kompleks indsats eller samarbejde med speciallæge. Den patientrettede forebyggelse skal modvirke, at kræftsygdommen udvikler sig yderligere og samtidig begrænse og udskyde komplikationer. Forebyggelsescentret tilbyder rehabiliteringsforløb til patienter med alle kræftformer, der er diagnosticeret inden for de sidste 2 år.

### Opgavedeling mellem primær og sekundærsektor

En række pleje- og behandlingsopgaver, herunder sygepleje, flytter fra sekundær til primær sektor. Dette sker som følge af øget fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, stadig kortere indlæggelsestider på hospital og konvertering fra stationær til ambulante behandling.

Som det fremgår af nedenstående figur, sker der både flytning af opgaver før og efter indlæggelse samt opgaver under ambulante udrednings- og behandlingsforløb.

**Figur 3: Illustration af den generelle udvikling i opgavedeling mellem primær- og sekundærsektor**



Kilde: Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling, Dansk Sundhedsinstitut, maj 2009.

### Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Systematisk og tidlig opsporing af ændringer i borgernes sundhedstilstand er essentielt for forebyggelse af indlæggelser. Sygeplejen spiller en central rolle for tidlig opsporing af ændringer i borgernes sundhedstilstand. Sygeplejen kommer løbende i borgernes hjem og har dermed mulighed for at opdage tegn på akutte ændringer i borgerens sundhedstilstand samt at handle på det – fx ved en øget sygeplejefaglig indsats i hjemmet.

Dette kræver, at sygeplejen har et akutberedskab, der kan yde kvalificeret sygepleje til borgere med akutte og komplekse sundhedsproblemer. Sygeplejens indsats skal særligt fokusere på diagnoser, hvor den kommunale indsats kan påvirke frekvenserne for indlæggelses- og genindlæggelse – fx ved tryksår, blodmangel, forstoppelse, mave- tarminfektioner, blærebetændelse, lungebetændelse og dehydrering.

I 2007 blev i alt 4.294 københavnske borgere over 65 år indlagt med diagnoser, hvor en øget kommunal indsats kunne have påvirket indlæggelsesfrekvensen.

**Tabel 6: Brutto-tal for forebyggelige somatiske indlæggelser af +65årige københavnere i 2007**

Sygdom	Antal
Lungebetændelse	1.414
Brud	1.357
Dehydrering	545
Blærebetændelse	434
Forstoppelse	280
Mave-tarm-betændelse	116
Blodmangel	114
Tryksår	34
<b>I alt</b>	<b>4.294</b>

Kilde: Region Hovedstaden

#### **Indsats:**

- Der skal udvikles indikatorer for ændringer i borgerens sundhedstilstand, hvor en kommunal indsats kan påvirke indlæggelses- og genindlæggelsesfrekvensen

Som supplement til den udkørende sygepleje har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen etableret et antal midlertidige akutpladser, hvor borgere med behov for en særlig sygeplejefaglig indsats kan tilbydes et midlertidigt ophold som alternativ til hospitalsindlæggelse.

#### **Før-indlæggelse på hospital – tidlig opsporing**

Opgaver i relation til ”før-indlæggelse”, i figuren kaldet ”præ-opgaver”, er særligt knyttet til det kirurgiske område, fordi borgere i stigende omfang først indlægges på operationsdagen. Det betyder, at sygeplejen får flere opgaver i relation til klargøring og forskellige kliniske opgaver.

#### **Ambulante udrednings- og behandlingsforløb**

Konvertering fra indlæggelse til ambulante udrednings- og behandlingsforløb betyder, at sygeplejen får flere – og nye – opgaver i relation til observation og indsamling af data, ændret medicin, patientoplæring og koordination af ambulante aftaler for ressource-svage borgere.

#### **Hjemtagning af borgere fra hospital**

Tidligere udskrivninger af borgere fra hospital betyder, at sygeplejen får både flere, nye og mere komplekse opgaver. Det gælder særligt kliniske opgaver, fx pleje og behandling i forbindelse med tracheostomi, CVK, venekateter, smertepumper, sondeernæring, IV-behandling og palliation. Endvidere drejer det sig om opgaver i relation til opfølgning og

observation i forbindelse med ændringer i medicin og rådgivning og støtte til egenomsorg. Endelig medfører tidlig udskrivning en række koordinationsopgaver.

Udviklingen i opgavedelingen mellem hospital og sygepleje sker som en glidende proces. Det betyder, at der løbende er behov for at udvikle kompetencer og arbejdsgange for at sikre en kvalificeret opgavevaretagelse og i forhold til patientsikkerhed og arbejdsmiljø.

#### **Indsats:**

- I samarbejde med hospitalerne skal der skabes klarhed over, hvilke pleje- og behandlingsopgaver der kan overføres til kommunen som resultat af kortere indlæggelsestider. Der skal blandt andet skabes klarhed over fordeling af det lægelige ansvar mellem hospitalslæge og praktiserende læge og forhold i relation til patientsikkerhed og arbejdsmiljø

Tidligere udskrivinger af borgere fra hospital medfører desuden et øget behov for samarbejde og kommunikation mellem kommune og hospital i forbindelse med hjemtagning af færdigbehandlede borgere. Der skal særligt være fokus på systematisk overførsel af information om borgernes diagnoser og medicin, så sygeplejen kan tilrettelægge behandlings- og plejeforløb efter udskrivning på et fagligt kvalificeret grundlag.

At varetage opgaver i forbindelse med tidlig udskrivning kræver, at sygepleje og plejehjem har et akutberedskab, der kan yde kvalificeret sygepleje til borgere med akutte og komplekse sundhedsproblemer.

Som supplement hertil har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen oprettet en række akutte plejepladser med tilbud om særlig sygepleje, hvor borgere der udskrives med komplekse sygeplejefaglige behov kan tilbydes et midlertidigt ophold.

Derudover har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen iværksat et projekt for opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse. Formålet med opfølgende hjemmebesøg er at understøtte et struktureret samarbejde mellem sygeplejen og den praktiserende læge for at optimere den kommunale indsats efter udskrivning og forebygge genindlæggelser.

### **Kvalitet og udvikling**

Lovgivningen stiller klare krav til, at kommunerne skal arbejde med kvalitetsudvikling. På overordnet niveau fremgår af Sundhedslovens § 193, at kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser efter sundhedsloven.

Endvidere har regeringens kvalitetsreform for alvor sat fokus på kvalitetsudvikling i kommunerne. Kvalitetsreformen sætter fokus på tre områder:

- fysiske rammer, for eksempel forbedring af rammerne for det daglige arbejde
- ledelse og faglighed, herunder udbredelse af sammenhængende patientforløb
- konkrete serviceløft, som eksempelvis sammenhængende forløb for patienter med kronisk sygdom.

Samtidig er der et øget fokus på samarbejdet mellem kommune, hospital og praktiserende læger. Dermed er der et øget krav om harmonisering af modeller for kvalitetsudvikling på tværs af sektorerne.

I regi af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet er udviklet Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Den Danske kvalitetsmodel er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet, som skal:

- fremme samarbejde mellem sektorerne
- skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- skabe løbende kvalitetsudvikling
- inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis
- dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet
- sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer
- forebygge, at den dybe kvalitetstallerken skal opfindes forfra gang på gang
- gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden
- forebygge fejl som koster livskvalitet, ressourcer og i værste fald menneskeliv.

Det er frivilligt om kommunerne vil bruge kvalitetsudviklingsmodellen, og om kommunerne vil lade sig akkreditere efter modellen. Kommunerne har mulighed for at følge alle faglige standarder i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet eller blot dem, som kommunen finder væsentligst. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil ikke på nuværende tidspunkt lade sig akkreditere efter modellen, men vil, i det omfang det er hensigtsmæssigt, bruge modellen til at strukturere udvikling og implementering af standarder.

Ændring af lovgivning vedr. patientsikkerhed betyder, at kommunerne, i lighed med hospitalerne, fremover skal også rapportere utilsigtede hændelser. Rapporteringspligten træder i kraft, når en elektronisk rapporteringsdatabase er færdigudviklet i Sundhedsstyrelsen. Ændringer i lov om Patientsikkerhed medfører, at sygeplejen får nye opgaver i relation til systematisk arbejde med registrering og opfølgning på utilsigtede hændelser.

### **Studerende**

Ændringerne i ”Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje” fra januar 2008 og den deraf følgende studieordning medfører bl.a., at modulet i den kliniske praksis i kommunerne skal afsluttes med en intern klinisk prøve. Ændringer i studieordningen fordrer en kvalificeret og tidskrævende indsats fra de medarbejdere, der er involveret i uddannelsesopgaven.

## **4. Organisering af sygeplejen**

### **4.1 Den nuværende organisering**

For borgere i *selvstændig bolig* er sygeplejen organiseret som en del af hjemmeplejen. Den kommunale sygepleje har i nogle lokalområder en selvstændig ledelse, der refererer til hjemmeplejelederen. I andre lokalområder ledes sygeplejen af ”gruppetedere”, der har ledelsesmæssigt ansvar for både hjemmepleje og sygepleje.

Den kommunale sygepleje er i alle lokalområder opdelt i sygeplejegrupper. Størrelsen af sygeplejegrupperne varierer fra fire til mere end tyve medarbejdere. De små sygeplejegrupper dækker typisk et geografisk område, som er identisk med distriktet for en hjemmehjælpsgruppe. Personalesammensætningen i de enkelte sygeplejegrupper varierer. Nogle grupper har få eller ingen sosu-assistenters ansat, mens de udgør op til halvdel i andre grupper.

Der er på tværs af byen en tendens til, at der etableres en selvstændig sygeplejeledelse med reference til hjemmehjælpelederen, og at sygeplejegrupper sammenlægges til større grupper.

Fokusgruppeinterviews med repræsentanter for sygeplejen viser, at

- fælles ledelse for hjemmehjælp og sygepleje understøtter sammenhæng mellem de to områder – både på borger- og medarbejderniveau
- hjemmehjælpen er en stor og kompleks organisation, hvilket betyder at ledelsen overvejende har fokus på mere administrative forhold og ikke specifikt på kvalitet og faglig udvikling i sygeplejen
- mange medarbejdere oplever, at der i langt overvejende grad er fokus på administration og økonomi i alle ledelseslag – og de efterspørger mere faglig ledelse
- ”små” sygeplejegrupper begrænser muligheden for udvikling af faglige miljøer og strategisk anvendelse af sygeplejefaglige ressourcer – herunder medarbejdere med særlige kompetencer.

I alle lokalområder er der sygeplejersker med kompetencer på specialistniveau. Der er dog ikke et ensartet krav til, hvilke kvalifikationer den enkelte skal have for at blive specialist, eller hvordan de erhvervede specialistkompetencer nyttiggøres

For borgere på *plejehjem* ydes sygepleje ved plejehjemmets eget personale. Antallet af sygeplejersker ansat på plejehjem er forholdsvis begrænset. På en tredjedel af plejehjemmene er det kun forstanderen, der er uddannet sygeplejerske. På de øvrige plejehjem er der typisk ansat 1-2 sygeplejersker ud over forstanderen. Enkelte plejehjem har ansat op til 10 sygeplejersker, herunder ”udviklingssygeplejersker”. Nogle plejehjem supplerer egne sygeplejeressourcer og kompetencer ved ”køb af ” sygeplejeydelser fra hjemmehjælpen, blandt andet i aftentimer og weekends.

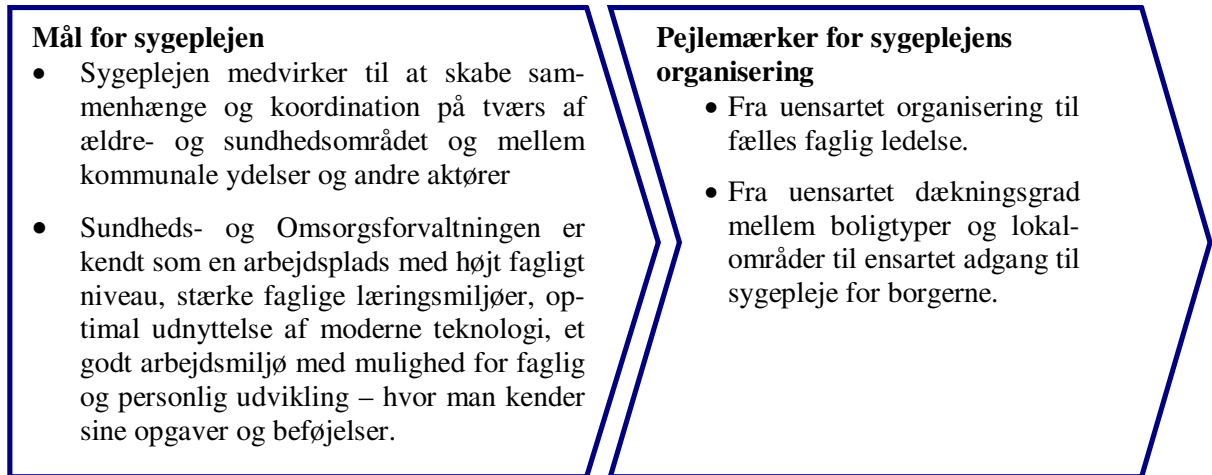
Den uensartede og på nogle plejehjem mangelfulde sygeplejedækning skal ses i sammenhæng med at borgere, der er bosiddende på plejehjem ofte er særligt plejekrævende og ofte har særligt komplekse sundhedsudfordringer og plejebestanden. Borgere på plejehjem har derfor de samme behov for indsatser ved sår og kronisk sygdom som borgere, der bor i selvstændig bolig.

Sygeplejens organisering på plejehjem medfører, at

- den sygeplejefaglige dækning er lavere for borgere i plejebolig end for borgere i selvstændig bolig. Der er samtidig variation i det faglige indhold af den sygeplejefaglige ydelse
- grundlaget for at etablere faglige miljøer for sygeplejersker er begrænset på mange plejehjem

- sosu-hjælpere og -assistenter på mange plejehjem har en mere begrænset adgang til supervision fra sygeplejerske – ikke mindst i aften/nat og weekendvagter.

## 4.2 Den fremtidige organisering



### Organisering af sygeplejen

Der er stigende krav til sygeplejen, en øget kompleksitet i det kommunale opgavesæt samt øgede krav til samarbejde og koordination mellem kommunale og regionale aktører. Dette stiller krav til organiseringen af sygepleje til borgere i selvstændig bolig og på plejehjem.

Organisering af sygeplejen skal på en og samme gang understøtte en række forskellige forhold:

- Udvikling af sygeplejens faglighed og opgavesæt med fokus på forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig opsporing.
- Sammenhæng på tværs af ældre- og sundhedsområdet. Der skal her være særlig fokus på snitflader og samarbejde mellem sygepleje og hjemmepleje, fordi ca. 90 % af borgere over 65 år, der modtager sygepleje, samtidig modtager hjemmepleje.
- Udvikling af et effektivt akuteredskab, som kan yde kvalificeret sygepleje til borgere med akutte og komplekse sundhedsproblemer i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser og hjemtagning af borgere fra hospital.
- Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, herunder samarbejdet mellem sygeplejen og forebyggende hjemmebesøg.
- Sammenhæng og koordination mellem sygeplejen og andre kommunale sundhedstilbud, særligt sundheds- og træningscentre.
- Sammenhæng og koordination mellem sygeplejen, almen praksis og hospital – både i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser og indlæggelsesforløb samt pleje og behandling ved ambulante behandlingsforløb, patientforløb for kronisk sygdom, kræft med videre.
- Hensigtsmæssig brug af både sygeplejefaglige og administrative ressourcer.



Organiseringen af sygeplejen skal altså på samme tid skabe de bedst mulige rammer for udvikling af sygeplejens særlige faglighed og opgavesæt og også understøtte sammenhænge på tværs af ældre- og sundhedsområdet på tværs af sektorer.

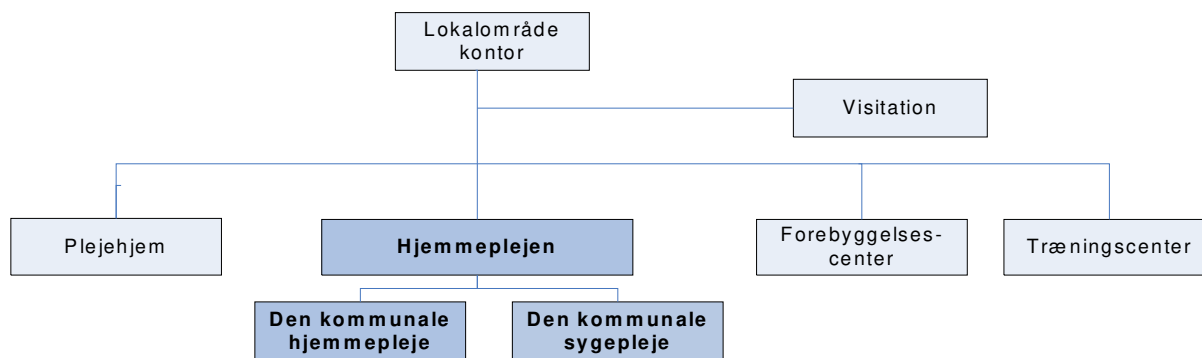
### Den kommunale sygepleje

Sygeplejen i lokalområderne organiseres som én samlet enhed kaldet Den kommunale sygepleje. Konkret betyder det, at der skal etableres én sygeplejeenhed i hvert lokalområde – i alt fem sygeplejeenheder, med én faglig leder i hver enhed.

Den kommunale sygepleje skal yde sygepleje til borgere i selvstændig bolig, enten på sygeplejeklinik eller i borgers hjem, samt supplere den sygeplejefaglige indsats på plejehjem.

Som udgangspunkt vil Den kommunale sygepleje og Den kommunale hjemmepleje være to selvstændige enheder, men de udgør én samlet organisatorisk enhed – hjemmeplejen jf. figur 1.

**Figur 1: Organisering af Den kommunale sygepleje**



#### Indsats:

- Sygeplejen i lokalområderne organiseres som én samlet enhed kaldet Den kommunale sygepleje – med en *selvstændig faglig ledelse*

I takt med udvikling af det borgernære sundhedsvæsen, herunder etablering af Sundhedshuse, skal det vurderes hvor det vil være hensigtsmæssigt at have sygeplejen forankret i fremtiden.

I hver af de fem sygeplejeenheder har én sygeplejefaglig leder ansvaret for:

- Faglig ledelse, herunder kvalitet i de leverede ydelser i forhold til fastlagte kvalitetskrav.
- Faglig controlling, herunder ansvarlig for den faglige planlægning, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling samt for den strategiske kompetenceudvikling.
- Udvikling af samarbejdsrelationer med andre kommunale aktører på sundheds- og ældreområdet samt tilrettelæggelse og udvikling af uddannelsesopgaven i samarbejde med Studie Units/Koordinerende kliniske vejledere.

**Indsats:**

- Beskrivelse af, hvad faglig ledelse indeholder

Sygeplejens organisering i én samlet enhed med selvstændig faglig ledelse skaber et selvstændigt fokus på sygeplejens opgavesæt og faglighed. Samtidig giver det gode muligheder for en strategisk og fleksibel anvendelse af lokalområdets samlede sygeplejefaglige kompetencer og ressourcer.

Desuden understøtter modellen sammenhæng på tværs af ældre- og sundhedsområdet via en organisatorisk kobling mellem sygepleje og hjemmepleje og dermed samarbejde og koordination mellem de faggrupper, der i det daglige kommer i borgernes hjem.

Der skabes et godt organisatorisk grundlag for sygeplejens generelle supervisionsforpligtigelse over for hjemmeplejen med konkret udgangspunkt i den daglige opgavevaretagelse, herunder observation af ændringer i borgerens sundhedstilstand og opfølgning herpå.

Derudover giver den organisatoriske kobling mellem Den kommunale sygepleje og Den kommunale hjemmepleje mulighed for en hensigtsmæssig anvendelse af administrative ressourcer.

Endelig sikrer modellen borgerne én samlet indgang i den daglige kontakt med hjemmepleje og sygepleje, fx i forbindelse med praktiske oplysninger.

**Opmærksomhedsområder ved etablering af Den kommunale sygepleje**

For at sikre at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen opnår den ønskede effekt af etableringen af sygeplejen som en selvstændig enhed under hjemmeplejen, skal der være særligt fokus på følgende områder:

- Sygeplejen skal synliggøres og udvikles som et selvstændigt fagområde og ydelsesområde på linje med hjemmepleje, træning osv. Det fordrer, at alle lokalområder har én sygeplejeleder med ansvar for faglige udvikling og kvalitet i sygeplejen. Det anbefales, at de sygeplejefaglige ledere indgår i relevante lederfora på lige fod med hjemmeplejeledere, træningscenterledere mv.
- Hjemmeplejens organisering varierer mellem lokalområderne, bl.a. fordi der i nogle lokalområder er mere end en hjemmeplejeleder. Derfor skal der skabes klarhed over ledelsesmæssige referencer og formelle samarbejdsstrukturer, herunder MED-udvalg.
- Alle sygeplejefaglige medarbejdere i lokalområderne indgår i sygeplejefaglige miljøer og har adgang til faglig supervision. Det kræver bl.a., at små sygeplejegrupper sammenlægges, og at der skabes de nødvendige rammer for, at medarbejdere ansat på plejehjem indgår i sygeplejefaglige miljøer på lokalområdeniveau.
- Der er lokalt behov for at fastholde eller etablere sygeplejestationer, hvor udekørende sygeplejersker har adgang til telefon, computer samt spise- og toiletfaciliteter. Dette skal begrænse de udekørende sygeplejerskers vejtid.

- Den kommunale sygepleje yder en tæt og strategisk supervision af hjemmeplejens personale. Det kræver klare samarbejdsaftaler, ledelsesreferencer og tydelighed omkring ansvar. Desuden skal hjemmeplejen opgaver og ansvar indgå i forløbsbeskrivelser, når det er relevant.
- Borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp fra private leverandører, skal sikres sammenhæng og koordination på samme niveau som borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp fra kommunale leverandører. Det kræver, at der etableres et systematisk samarbejde mellem sygeplejen og private leverandører af personlig hjælp i relation til de enkelte borgerforløb.
- Der sikres sammenhæng og koordination mellem Den kommunale sygepleje og andre kommunale sundhedstilbud, særligt sundheds- og træningscentre. Det kræver, at der udarbejdes samarbejdsaftaler mellem parterne samt at Den kommunale sygepleje indgår i forløbsbeskrivelser, når det er relevant.
- Den kommunale sygepleje bidrager til faglig udvikling af det kommunale sundhedsområde i tværfagligt samarbejde med andre kommunale aktører. Det anbefales derfor, at der lokalt etableres tværfaglige miljøer på MVU-niveau, dvs. mellem sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og andre faggrupper som eksempelvis ernæringsuddannede.

### **Sygepleje i plejebolig**

Borgere der bor i plejebolig har ofte mere komplekse sundhedsudfordringer og plejebestbehov end borgere i selvstændig bolig. Samtidig vil vækst i kroniske sygdomme og kortere indlæggelsestider på hospital medføre, at borgere i plejebolig vil få stadig mere komplekse sundhedsproblemer. Kravene til den sygeplejefaglige indsats i plejebolig vil derfor være stigende.

Den sygeplejefaglige indsats i plejeboliger skal leve op til det fælles faglige grundlag for sygeplejen, som i fremtidens sygepleje beskrives i faglige vejledninger og instrukser.

Borgere i plejebolig har dermed krav på samme sygeplejefaglige dækning og kvalitet i sygeplejen, som borgere i selvstændig bolig. Forudsætningen for at opnå dette er, at der på alle plejehjem er adgang til sygeplejefaglige kompetencer, der sikrer borgerne en højt kvalificeret ”basissygepleje”.

#### **Indsats:**

- Det skal afklares, hvilke sygeplejefaglige opgaver, der betegnes som ”basissygepleje”, og dermed hvilke basiskompetencer der skal være til rådighed på plejehjem

Den kommunale sygepleje har en særlig opgave i forhold til at støtte plejehjem, som ikke har egen basissygepleje. Herudover har Den kommunale sygepleje en særskilt opgave i relation til at supplere med specialistkompetencer til borgere med behov for det.

Den kommunale sygepleje kan i plejeboliger bl.a. bidrage til at:

- udarbejde pleje- og behandlingsplaner
- supervisere plejehjemmets personale
- udføre pleje- og behandlingsopgaver, der kræver særlige kompetencer, som ikke er til rådighed på det enkelte plejehjem
- understøtte sygeplejefaglig dækning i aften- og nattetimerne samt i weekends, hvor der ikke er sygeplejersker i vagt på plejehjemmene.

Der skal etableres et systematisk samarbejde mellem Den kommunale sygepleje og plejeboliger, så de enkelte plejehjem kan tilkøbe sygepleje i Den kommunale sygepleje efter behov.

**Indsats:**

- Den kommunale sygeplejes opgavevaretagelse på plejehjem skal defineres, og der skal udarbejdes forpligtigende og konkrete aftaler mellem plejehjem og Den kommunale sygepleje

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har iværksat en analyse af BUM på plejehjem, med henblik på at afklare, i hvilket omfang BUM understøtter den sygeplejefaglige indsats på plejehjem. Der vil i analysen blandt andet være fokus på at undersøge, hvorledes sygeplejefaglige problemstillinger beskrives af hhv. visitationen og sygeplejefaglige medarbejdere på plejehjem. På baggrund af analysen udarbejdes forslag til, hvorledes beskrivelser af borgernes sygeplejefaglige problemstillinger kan kvalificeres og konkretiseres, så det bliver muligt at identificere og følge op på den sygeplejefaglige indsats.

### **Sygepleje til borgere i sygeplejeklinikker**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ved udgangen af 2009 etableret fem sygeplejeklinikker. Der vil i løbet af 2010/11 blive etableret sygeplejeklinikker i alle lokalområder.

Sygeplejeklinikkerne skal bl.a. skabe større fleksibilitet og kvalitet for borgerne, understøtte princippet om ”hjælp til selvhjælp” og styrke den faglige udvikling af sygeplejen og det fysiske arbejdsmiljø.

Borgere, der er i stand til at komme på sygeplejeklinik ved egen hjælp, skal fremover modtage visiteret sygepleje på klinik. Dermed er etableringen af klinikkerne et opgør med princippet om, at kommunal sygepleje altid leveres i borgerens hjem.

Ifølge konceptet for sygeplejeklinikker (Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 2008) ydes al sygepleje som udgangspunkt på sygeplejeklinik. Undtaget er dog sygepleje til borgere, hvis fysiske og/eller psykosociale funktionsniveau gør, at de ikke er i stand til at modtage ydelser på sygeplejeklinik.

Følgende kriterier gør sig gældende for borgere, der ikke kan modtage sygeplejeydelser på klinik:

- Borgere, der af fysiske, eller behandlingsmæssige årsager ikke i stand til at møde i klinik ved egen hjælp.
- Borgere, der på grund af psykosociale forhold ikke regelmæssigt kan møde op på sygeplejeklinik ved egen hjælp.
- Borgere med multiresistente infektioner.
- Borgere i terminalfasen.

Den kommunale sygepleje har ansvar for at vurdere, om den enkelte borger skal henvises til at modtage sygeplejeklinik, og for at motivere borgeren til det. Det bygger altså i øjeblikket på et frivillighedsprincip, om den enkelte borger i sidste ende skal modtage sygepleje i klinik eller i hjemmet.

Sygeplejeklinikkerne blev evalueret i jan./feb. 2009<sup>2</sup>. Evalueringen viser, at de borgere, der modtager sygepleje på en sygeplejeklinik, gennemgående er tilfredse, trygge og oplever en høj kvalitet. Kliniksygeplejerskerne oplever, at klinikfaciliteterne giver dem bedre mulighed for at yde god sygepleje – at der med andre ord er et godt afsæt for et godt arbejdsmiljø og en høj kvalitet i arbejdet. Evalueringen viser også, at det er afgørende for borgerne, at klinikkerne placeres i umiddelbar nærhed af gode transportforbindelser og i forbindelse med eksempelvis sundheds- og træningscentre.

Evalueringen af sygeplejeklinikker viser desuden, at ”frivillighedsprincippet” har betydning for henvisningen af borgere til sygeplejeklinik, fordi det kan være vanskeligt at motivere borgere, der falder inden for målgruppen til at modtage sygepleje på klinik frem for i hjemmet.

**Indsats:**

- Fremover skal borgere indenfor målgruppen, som er henvist til sygepleje på en sygeplejeklinik, ikke kunne fravælge sygeplejeklinikken og i stedet kræve at modtage sygepleje i hjemmet. Fravælger borgeren at modtage sygepleje i sygeplejeklinik er konsekvensen derfor, at borgeren ikke får de henvisede sygeplejeydelser. Dette gælder uagtet, om hjemmesygepleje er ”visiteret” efter henvisning fra læge eller ved visitation fra kommunen.

”Efter Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opfattelse udelukker bestemmelserne iht. sundhedslovens § 138 ikke, at kommunen pålægger en borger at modtage hjemmesygepleje ved en særlig hjemmesygeplejeklinik, idet en forudsætning herfor er, at transport til og fra klinikken efter lægelig vurdering ikke vurderes at ville forringe den pågældende borgers helbredssituation og/tilstand”. (Skrivelse fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse den 2. december 2008).

**Forebyggende hjemmebesøg**

Forebyggende hjemmebesøg er en lovbestemt ydelse. Formålet med forebyggende hjemmebesøg er at skabe tryghed og trivsel, at hjælpe de ældre til bedre at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsevnen længst muligt samt at rådgive og vejlede om akti-

---

<sup>2</sup> Evaluering af sygeplejeklinikker, Dokumentationsstaben, april 2009

viteter og støttemuligheder. Derudover skal det styrke de ældres muligheder for at øge deres sociale netværk og deltagelse i samfundslivet.

Det fremgår af loven, at alle ældre på 75 år og derover tilbydes to forebyggende hjemmebesøg årligt. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere, der modtager både personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service. Borgere, der kun modtager praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service, vil fortsat have ret til at få tilbud om forebyggende hjemmebesøg.

Formålet er at give kommunalbestyrelsen større mulighed for at målrette den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunen, så indsatsen bedre kan tilrettelægges efter lokale behov og andre tiltag på forebyggelsesområdet.

**Indsats:**

- Forebyggende hjemmebesøg skal fremover udvikles som et særskilt opgavesæt, under Den kommunale sygeplejes organisatoriske ramme

Den organisatoriske kobling mellem sygepleje og forbyggende hjemmebesøg bidrager til at skabe faglig synergi og kobling mellem sygeplejen og forebyggende hjemmebesøg og dermed et øget fokus på – og større sammenhæng i – den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Forebyggende hjemmebesøg skal fortsat udvikles som et selvstændigt fagområde, inden for forebyggelse og sundhedsfremmede metoder og tilbud. Der skal blandt andet være fokus på at sikre ensartede tilbud på tværs af byen, under hensyn til de særlige sundhedsmæssige problemer som præger ældrebefolkningen i de forskellige lokalområder.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder med udvikling af en ny strategi for de forebyggende hjemmebesøg. Forskellige forskere inden for forebyggelse og sundhedsfremme deltager i arbejdet for at sikre, at det forebyggende hjemmebesøg bygger på den nyeste viden om området og får mest mulige effekt for borgerne. Der vil være fokus på at beskrive, hvor der er sammenfald i den forebyggende indsats der ydes i forbindelse med hhv. sygepleje og forebyggende hjemmebesøg, og hvor den forebyggende indsats der ydes i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg udgør et særskilt opgavesæt.

Strategi for de forebyggende hjemmebesøg vil danne basis for den videre udvikling af forebyggende hjemmebesøg, herunder sammenhæng med den sygeplejefaglige indsats.

**Samspil mellem Den kommunale sygepleje og andre organisatoriske enheder/funktioner med sygeplejebemanding**

For at sikre den rette faglighed har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen etableret en række organisatoriske enheder og funktioner, som er kendetegnet ved stor sygeplejefaglig dækning og ansættelse af medarbejdere med specifikke sygeplejefaglige kompetencer.

**Indsats:**

- Der skal etableres et systematisk samarbejde, eksempelvis i et forpligtigende netværk, mellem sygeplejefaglige medarbejdere ansat i Den kommunale sygepleje og andre organisatoriske enheder, herunder akutte plejepladser. Dette samarbejde skal blandt andet understøtte sammenhængende forløb og sikre en gensidig videndeling.

Nedenfor følger en beskrivelse af de forskellige organisatoriske enheder/funktioner med sygeplejebemanding, som Den kommunale sygepleje skal samarbejde med.

**Visitationen**

Visitation har ansvar for at tildele sygepleje og servicelovsydelser, herunder personlig og praktisk hjælp, genoptræning, hjælpemidler samt rehabilitering og plejebolig. Visitationen indgår således i prioriteringen af borgernes sundheds- og servicetilbud. Desuden deltager visitationen i udskrivningsforløb og samarbejde med praktiserende læger og hospital.

Visitationen er tværfagligt sammensat, dog med en overvægt af sygeplejersker. Medarbejdere i visitationen har særligt kendskab til hospitalernes organisering og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens servicetilbud for ældre.

**Udskrivningskoordinatorer**

I efteråret 2007 ansatte Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 11 udskrivningskoordinatorer. De koordinerer udskrivning af svækkede ældre borgere, med henblik på at understøtte hjemtagning af færdigbehandlede borgere. Udskrivningskoordinatorerne er forankret i Myndighedscenteret. Det er primært sygeplejersker med særligt kendskab til hospitalernes organisering samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningens servicetilbud for ældre.

**Demenscentre**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har 169 plejeboliger til borgere med demens, 62 højt specialiserede pladser til borgere med alkoholdemens, Huntingtons Chorea og frontotemporal demens samt 28 midlertidige pladser (vurderingspladser og aflastningspladser).

De sygeplejefaglige medarbejdere på demenscentrene har særlige kompetencer i relation til pleje og behandling af borgere med demens.

**Akutte plejepladser**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i de seneste år etableret et antal akutte plejepladser. Pladserne er placeret på Gammel Kloster og Fælledgården. De akutte plejepladser skal understøtte hjemtagning af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne med henblik på at forfølge de politiske målsætninger om, at der i gennemsnit må være 11 færdigbehandlede borgere på hospital. Pladserne skal endvidere medvirke til at forbygge unødvendige indlæggelser af hjemmeboende borger på hospital.

De primære målgrupper for akutte plejepladser er:

- Borgere over 65 år, der er indlagt på hospital, og som er lægeligt færdigbehandlede, men hvor der efter udskrivelse fra hospital er behov for en særlig sygeplejefaglig indsats, som ikke kan varetages i borgerens hjem. Borgeren vil ofte befinde sig i en overgangssituation – i tiden mellem et hospitalsophold og indflytning i plejebolig eller rehabiliteringsforløb på en kommunal rehabiliteringsafdeling
- Hjemmeboende borgere over 65 år, hvor er sket en forværring i borgerens helbreds-situation eller funktionsniveau. Det er en tilstand som kræver, at der er mulighed for sygepleje og/eller omsorg 24 timer i døgnet. Formålet med forløbet er at forebygge en hospitalsindlæggelse eller genoprette habituel sundhedstilstand.

### **Rehabiliteringspladser**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ca. 200 rehabiliteringspladser. Borgerne kan tildeles tre typer ophold på en rehabiliteringsplads:

- Kort ophold med henblik på at aflaste fx en rask ægtefælle eller i forbindelse med boligændringer.
- Vurderingsophold, hvor det vurderes, hvorvidt borgere har behov for efterfølgende rehabiliteringsforløb.
- Rehabiliteringsforløb.

På rehabiliteringspladserne er der ikke nødvendigvis sygeplejedækning 24 timer i døgnet.

### **Midlertidige pladser**

Rehabiliteringspladser og akutte plejepladser udgør Sundheds- og Omsorgsforvaltningens særlige midlertidige pladser. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder målrettet med at optimere indsatser, som kan medvirke til at nedbringe antallet af færdigbehandlede borgere på hospital, forebygge indlæggelser og genindlæggelser samt styrke sammenhængende forløb. På den baggrund udarbejdes i efteråret en masterplan for organisering, kapacitet og placering af midlertidige døgnpladser, som omfatter rehabiliteringspladser og akutte pleje pladser.

### **Palliative pladser**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har 22 palliative pladser på Håndværkerforeningens Plejehjem.

De sygeplejefaglige medarbejdere har særlig kompetencer i relation til palliativ sygepleje, herunder pleje af døende borgere med særlige sociale og psykiske problemstillinger. Her er der sygeplejedækning 24 timer i døgnet.

### **Sundhedshuse**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har udarbejdet en strategi for det borgernære sundhedsvæsen. Det er strategiens mål at sikre

- at borgerne i Københavns Kommune forbliver raske og velfungerende
- at forværringer i en borgers tilstand opdages i tide
- at der følges op efter udskrivelse.



Sundhedshuse er et omdrejningspunkt for udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen. Borgernes adgang til sundhedsvæsenet skal lettes gennem etablering af sundhedshuse, der rummer både offentlige og private sundhedstilbud. Sundhedshuse er en ny måde at organisere de borgernære sundhedstilbud på, hvor tilbuddene samles et sted, og der skabes en platform til at drive udviklingen af det primære sundhedsvæsen i et lokalområde.

Blandt de kommunale sundhedstilbud, der skal være lokaliseret i sundhedshuse, er sygeplejeklinikker (sygeplejecentre), træningscentre og forebyggelsescentre. Sundhedshusene vil også rumme lægepraksis for almen praksis, speciallæger, hospitalsfunktioner med videre, og de giver dermed en ny ramme for at arbejde med forløb og etablere nye samarbejdsmodeller.

På sigt kan der i Sundhedshuse skabes synergi mellem de sygeplejefaglige opgaver på tværs af enhederne og etableres nye samarbejdsformer i samarbejdet mellem sygeplejen og praktiserende læger.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen åbner i efteråret 2009 to Sundhedshuse på henholdsvis Vesterbro og Amager. Det er i Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtaget, at der på sigt etableres et sundhedshus i alle bydele, dvs. i alt 10 Sundhedshuse. Det næste Sundhedshus etableres i Vanløse/Brønshøj/Husum.

### **Forebyggelsescentre – indsat ved kronisk sygdom**

Den kommunale rehabiliteringsindsats i forhold til kronisk syge tænkes ind i udbygningsplanen for sundhedshuse. Den rehabiliterende indsats for kronisk sygdom tilbydes borgere med KOL, type 2-diabetes, hjertesygdomme eller fald- og balanceproblemer. Rehabiliteringen indebærer tilbud om fysisk træning, diætvejledning, undervisning om sygdommen og hjælp til rygestop.

Endvidere har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen etableret et Sundhedscenter for Kræftframte. Sundhedscenteret er bydækkende og varetager rehabilitering og rådgivning til patienter med alle typer kræftsygdomme. Rehabilitering indebærer tilbud om fysisk aktivitet, kostvejledning, rygestop samt undervisning i at håndtere kræftsygdommen, både fysisk, psykisk, socialt og eksistentielt. Formålet med rehabiliteringsforløbet er fysisk, psykisk og social tilpasning til det hverdags- og arbejdsliv patienten ønsker på trods af de begrænsninger, som sygdom og/eller behandling kan medføre. Rehabiliteringsforløbet bør derfor påbegyndes, når diagnosen er stillet og fortsætte sideløbende med behandlings- og/eller kontrolfasen.

Forløbet skal være baseret på den enkelte patients hele livssituation og have fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og mestring af de situationer, der uvilkårligt opstår som følge af den ændrede livssituation. Interventionen tilrettelægges, så patientens selvstændighed understøttes i størst muligt omfang. Målet er, at patienten mobiliserer ressourcer, erhverver handlegkompetencer og styrkes i egenomsorg og selvstændighed.

Rehabilitering er en tværfaglig og tværsektoriel samarbejdsproces, og rehabiliteringsindsatsen foregår i et tæt samarbejde med både de hospitalsafdelinger, patienten behandles på, og den praktiserende læge. Pårørende inddrages naturligt i forebyggelsescentrets tilbud.

## 5. Kvalitets- og styringsmodeller for sygeplejen

### 5.1 Nuværende kvalitets- og styringsmodeller

#### Kvalitetsdokumenter

Kvalitetskrav til sygeplejen er beskrevet i ”Katalog over visitationskriterier og ydelser”. Kataloget er bygget op over en række indsatsområder. I relation til kommunal sygepleje indeholder kataloget følgende indsatsområder:

- undersøgelse og behandling
- akut indsats
- målrettede pædagogiske opgaver (sundhedslov)
- psykisk pleje og omsorg (observationsbesøg)
- ernæringsterapi.

For hvert indsatsområde er følgende beskrevet: formål, målgruppe, mål for indsatsområdet (faglige, borgerens og organisatoriske kvalitetsmål) og visitationskriterier.

Hvert indsatsområde indeholder en række ydelser. I relation til den enkelte ydelse er det beskrevet, hvad opgaven typisk omfatter og hyppighed.

”Katalog over visitationskriterier og ydelser” understøtter kun i meget begrænset omfang et fælles fagligt grundlag for opgaveløsningen. Endvidere er de beskrevne kvalitetsmål ikke konkrete og vanskelige at måle på.

#### Sygeplejefaglig dokumentation

Sygeplejefaglig dokumentation foretages i KOS, som er baseret på Fælles Sprog 1. Fælles sprog 1 er primært udviklet til at understøtte ydelser under Serviceloven, og der er særligt fokus på visitationens dokumentations-, informations-, og kommunikationsbehov.

De lovgivningsmæssige krav til den sygeplejefaglige dokumentation giver en række udfordringer for de sygeplejefaglige medarbejdere. Der ofte er usikkerhed om såvel det påkrævede som ønskelige dokumentationsniveau. Resultatet af denne usikkerhed er uvist, men det må antages, at der er tilfælde af både mere og mindre omfattende dokumentationspraksis end påkrævet af lovgivningen. Samtidig er det muligt, at der er information, som kunne være hensigtsmæssig at have til rådighed i hverdagen, men som ikke er foreskrevet af lovgivningen.

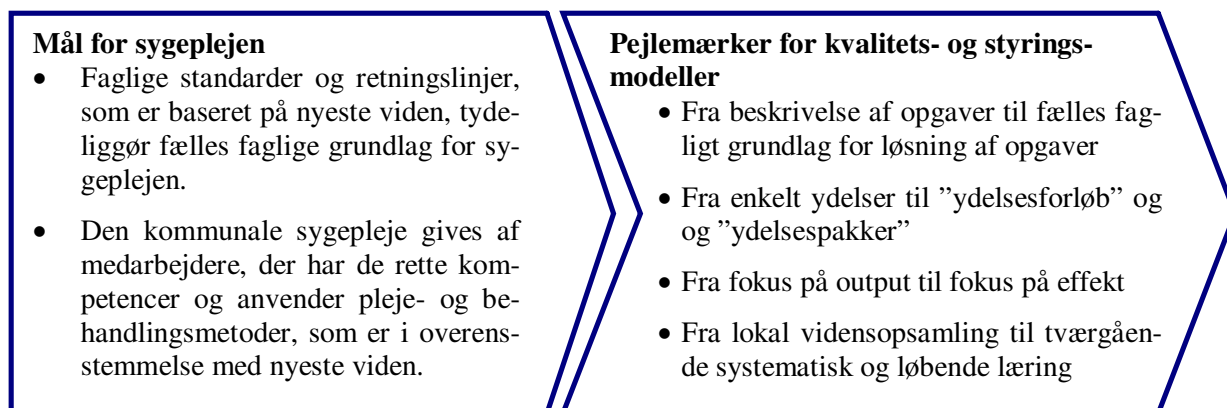
#### Styringsmodel

Sygeplejen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er organiseret efter BUM-modellen og er dermed underlagt de samme styringsmæssige rammer som de, der gælder for personlig og praktisk hjælp.

Det er ikke et lovgivningsmæssigt krav for sygeplejen at være organiseret efter BUM modellen idet sygeplejen ikke er omfattet af lovgivningen vedr. Frit Valg, og der ikke er samme krav til afgørelser på sygeplejeområdet som de der gælder for personlig og praktisk hjælp. Endvidere er der ikke krav om en årlig politisk godkendelse af kvalitetsstandarder på området.

Sygepleje skal endvidere ydes efter henvisning fra læge og hospital, eller ved ”intern henvisning” til sygepleje. Antallet af ”nyhenviste borgere” fra læge og hospital udgør ca. 70 %. Ser man derimod på den samlede gruppe af borgere, der modtager sygepleje, udgør de læge- og hospitalshenviste ca. 45 %. Dette skyldes primært, at borgere henvist fra hospital og læger oftere får midlertidig pleje, mens borgere, der henvises internt ofte får en mere varig hjælp.

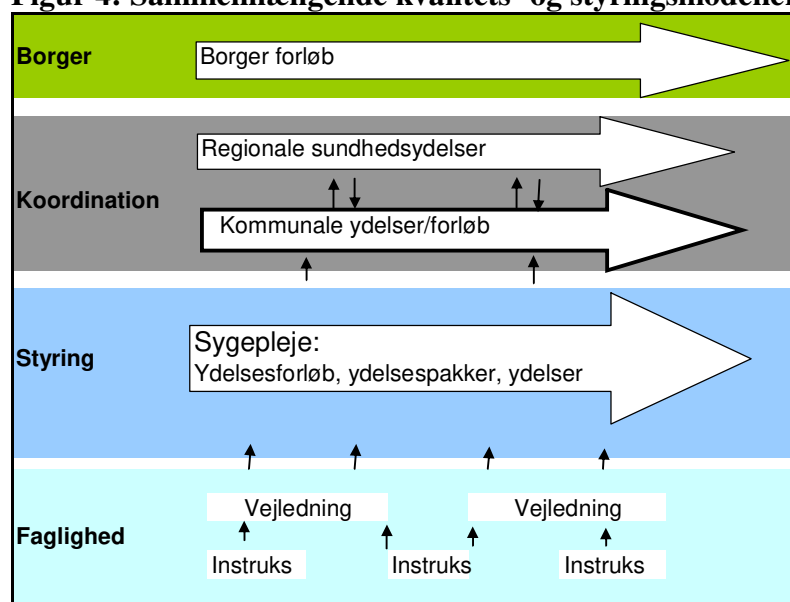
## 5.2 Fremtidige kvalitets- og styringsmodeller



Kvalitets- og styringsmodeller for sygeplejen skal tage afsæt i forløbstænkningen og understøtte samarbejde og koordination med sekundær sektor. Endvidere skal modellerne understøtte sammenhængen mellem produktivitet (målt i omkostninger pr. enhed) resultater og effekt. Dette fordrer, at der er sammenhæng mellem de faglige krav til opgaveløsningen og ressourcetildelingen.

Nedenstående figur illustrerer, hvorledes der skabes sammenhæng mellem faglige krav og ressourcetildeling via sammenhængende kvalitets og styringsmodeller.

**Figur 4: Sammenhængende kvalitets- og styringsmodeller**



Faglighed: Faglige krav til sygeplejens opgaveløsning beskrives i vejledninger og instrukser.

Styring: Med udgangspunkt i faglige krav til opgaveløsningen, fastsættes de ressource-mæssige rammer for opgaveløsningen. Konkret tildeles sygeplejen ressourcer i form af enkelttydelser, ydelsespakker og ydelsesforløb, hvis indhold er beskrevet i vejledninger og instrukser.

Koordination: Koordination af forløb, fx i relation til borgere med kroniske sygdomme, sikres, ved at sygeplejens opgaver tydeliggøres i forløbsprogrammer for kronisk syge.

### **Faglige standarder - vejledninger og instrukser**

Sygeplejen skal arbejde ud fra et fælles fagligt grundlag, så der sikres et ensartet og højt kvalitetsniveau i opgaveløsningen på tværs af boligform og lokalområder.

#### **Indsats:**

- Kvalitetsudvikling i fremtidens sygepleje skal fremover sikres ved udvikling og implementering af faglige standarder (vejledninger og instrukser), som bygger på den bedste viden nationalt

Sygeplejefaglige opgaver varetages, både af sygeplejersker og SOSU-assistenten.

#### **Indsats:**

- Der skal formuleres overordnede retningslinier for hvilke sygeplejefaglige opgaver der som udgangspunkt skal varetages af sygeplejersker, og hvilke opgaver der som udgangspunkt skal varetages af SOSU-assistenten

### **Dokumentation**

Systematisk og målrettet dokumentation er essentiel for sikring af faglighed, kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i sygeplejens opgaveløsning.

Den sygeplejefaglige dokumentation skal

- være i overensstemmelse med lovgivning og gældende politikker
- være på forkant med kommende eksterne krav, herunder principperne i Den Danske Kvalitetsmodel
- opleves som meningsfuld og enkel af frontmedarbejderne og dermed understøtte opgaveløsningen
- understøtte sammenhængende forløb på tværs af ældre- og sundhedsområdet
- understøtte en systematiseret måling af effekt og resultater i relation til den enkelte borgerindsats
- understøtte systematisk opsamling af ledelsesinformation (LIS)
- understøtte systematisk opsamling af registrering af utilsigtede hændelser (UTH).

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen påbegynder i efteråret 2009 implementering af nye retningslinjer for sygeplejefaglig dokumentation, hvilket forventes at øge kvalitet og ensartethed i den sygeplejefaglige dokumentation.

## **ICF - International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand**

Hensigten med ICF er at imødekomme det stigende behov for en fælles og ensartet klassifikation af borgere med funktionsevnenedsættelse – på tværs af fag og sektorer. Samtidig skal ICF give mulighed for at identificere og beskrive konsekvenserne af funktionsevnenedsættelse.

ICF beskriver borgerens funktionsevne som følge af sygdom eller helbredstilstand i et dynamisk og helhedsorienteret perspektiv, hvor ikke kun kroppens funktioner og anatomi, men også aktivitet, deltagelse, personlige faktorer og omgivelsernes betydning indgår. ICF flytter altså fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet. ICF integrerer det medicinske, naturvidenskabelige og det psyko-sociale, humanistiske menneskesyn.

”Kroppens funktioner og anatomi beskrives bl.a. i struktureret data ved brug af ICD-10 koder, som er den diagnosekoder, der anvendes på de danske hospitaler. ICD-10 og ICF supplerer således hinanden” (Uddrag fra: ICF- Den danske vejledning og eksempler fra praksis, Sundhedsstyrelsen 2005).

For den kommunale sygepleje vil brug af et dokumentationssystem, der bygger på ICF, bidrage til at

- skabe sammenhæng og koordination på tværs af ældre og sundhedsområdet og mellem sektorer ved brug af standardiseret sprog
- understøtte fagligheden i forbindelse med vurdering af borgeres behov og tildeling af indsats
- styrke fokus på den sundhedsfremmende og forbyggende indsats
- understøtte systematiserede målinger af den samlede effekt af en given pleje- og behandlingsindsats.

Registrering af en borgers funktionsevne ved hjælp af ICF vil altså understøtte sygeplejen. Dette både i forbindelse med af opstart af den sygeplejefaglige indsats, dvs. ved visitation og udarbejdelse af plejeplaner, men også ved skift mellem sektorer og ved afslutning af et forløb med henblik på at dokumentere resultat og effekt af indsatsen.

## **Fælles Sprog II, version II**

Kommunernes Landsforening udvikler i disse år en ny version af Fælles Sprog, kaldet Fælles Sprog II, version II. Fælles Sprog II, version II bygger på ICF og er en videreudvikling af Fælles Sprog I.

Fælles sprog II, version II bidrager med:

- integration af sundhedsområdet – og lovgivning
- koordination og sammenhæng i indsatsen
- øget fokus på effektmåling og kvalitetsudvikling
- struktur fra ICF
- mulighed for systematisk registrering af symptomer med afsæt i ICPC.

Samtidig giver Fælles Sprog II, version II, et overblik over:

- borgerens aktuelle tilstand
- sammenhæng mellem formål, mål og delmål
- iværksatte indsatser og involverede aktører
- resultater.

Endelig understøtter Fælles Sprog II de udførendes medarbejders dokumentationsbehov i langt højere grad end Fælles Sprog I.

**Indsats:**

- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal arbejde hen mod implementering af Fælles Sprog II, version II

**Ledelsesinformation (LIS)**

Dokumentationen skal danne basis for generering af strategisk ledelsesinformation. Der skal blandt andet dannes LIS i forhold til:

- økonomistyring
- udvikling i efterspørgsel
- produktivitet (bestilte og leverede ydelser)
- effekt og resultater
- udvikling i sygdomsmønstre.

**Indsats:**

- Der skal arbejdes frem imod en IT-løsning, der understøtter LIS på sundhedsområdet, herunder udvikling i sygdomsmønstre, effekter af iværksatte indsatser og data for hjemtagning af borgere fra hospital

Bevægelse fra enkelttydelser til ”pakker og forløb” kan medføre et ”tab” af detaljerede data i forhold til sygeplejens opgaver, fordi tildeling og planlægning af et ydelsesforløb ikke i sig selv danner data på ydelsesniveau. For at imødegå dette problem skal ”ydelsepakker” sammensættes af relevante ydelser (medicinindocering, sårpleje mv.). Dermed er det fortsat muligt at generere data på ydelsesniveau. Det bør i den forbindelse vurderes, om den eksisterende liste over enkelttydelser bør revideres for at gøre det muligt at følge udviklingen i opgavesættet – herunder væksten i relation til udvalgte opgaver, fx IV-behandling.

**IT-understøttelse**

De sygeplejefaglige medarbejdere har kun adgang til KOS (og dermed borgernes elektroniske journal) på kontoret. Derfor er medarbejderne nødt til at notere i hånden under besøget hos borgeren for senere at registrere oplysningerne i KOS og endelig medbringe en kopi af fx medicinskema til borgeren ved næste besøg. De manuelle efterregistreringer er ikke kun unødigt ressourcekrævende, men øger også risikoen for menneskelige fejl.

Samtidig skal fastansatte medarbejdere foretage den elektroniske registrering af sygepleje, som er udført af vikarer, da de ofte ikke har adgang til KOS eller forudsætninger for selv at bruge systemet.

ABT-fonden har bevilget midler til et demonstrationsprojekt, hvor sygeplejen på Nørrebro/Bispebjerg og Amager (ca.100 udekørende medarbejder) anvender en lille bærbar PC (Netbook). Det betyder, at medarbejderne har fuld adgang til borgerens journal i dennes hjem og dermed kan orientere sig i journalen, dokumentere og kommunikere under besøget.

KOS kan i det eksisterende system generere data og statistik i forhold til produktivitet og økonomi. Der er med den nuværende anvendelse af systemet kun begrænsede muligheder for at generere data i relation til effekter og resultater og udvikling i sygdomsmønstre

## 6. Visitation til sygepleje

### 6.1 Nuværende visitationsmodel

#### Borgere i selvstændig bolig

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede budget til sygepleje fordeles mellem lokalområderne.

Budgetfordelingsmodellen tager primært udgangspunkt i demografiske forhold. Der er i den nuværende budgetfordelingsmodel ikke taget hensyn til de meget forskellige sundhedsprofiler lokalområderne imellem – på trods af at forekomsten af kronisk sygdom varierer meget på tværs af kommunen.

#### **Indsats:**

- Der skal vurderes, hvorvidt budgetfordelingsmodellen skal revideres i takt med øget tilgængelighed til sundhedsprofiler for de forskellige lokalområder

Lokalområdernes sygeplejebudgetter udmeldes til områdekontorerne (visitationen). Visitationen har ansvar for at visitere til sygepleje, dvs. at vurdere, hvilke sygeplejeydelser den enkelte borger har behov for samt at bestille de relevante ydelser hos sygeplejen. Visitationen budgetterer lokalt med ”antal timers sygepleje”, og på baggrund af det fortages der månedlige budgetopfølgninger.

En undersøgelse af visitationspraksis viser, at

- visitationen almindeligvis tildeler sygepleje på basis af information fra hospital/læge eller sygeplejen. Dette medfører en række administrative arbejdsgange, både for visitation, sygepleje og henviser – arbejdsgange, der ikke medfører nogen værdi for borgeren
- visitators opfølgning på effekt af sygeplejen ikke har fokus på kvaliteten af den leverede sygepleje, men begrænser sig til opfølgning på ressourceforbrug (visiteret tid).

#### Borgere i plejebolig

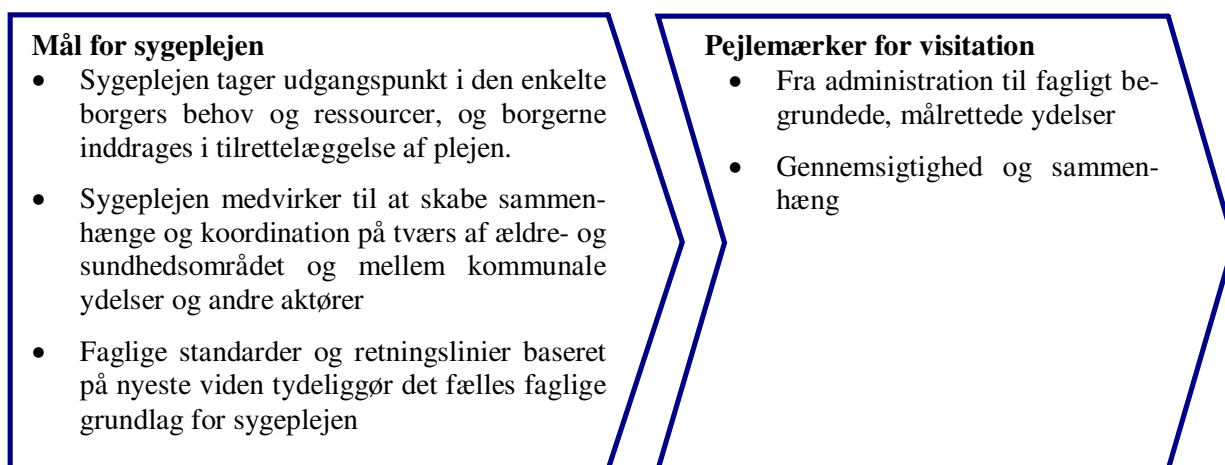
I Sygeplejebudgettet for borgere i plejebolig indgår sygepleje i det samlede ”pakkebudget”, og der er således ikke et særskilt budget til sygepleje.

Pakkebudget til plejehjem udmeldes til den centrale visitation, som varetager køb af pakker på plejehjem.

For borgere i plejebolig visiteres sygepleje i form af en ”pakke” eller ressourcetildeling, hvor der også indgår personlig og praktisk hjælp. Det er op til det enkelte plejehjem at tilrettelægge den hjælp og sygepleje efter borgerens behov. Den sygeplejefaglige indsats i plejeboliger er dermed op til den enkelte plejebolig – og indsatsen dokumenteres ikke systematisk.

På specialenheder (demenscentre og midlertidige pladser) udmeldes budgettet som et rammebudget pr. plads.

## 6.2 Fremtidig visitationsmodel – styrket samarbejde mellem sygepleje og visitation



### Den fremtidige visitationsmodel

I takt med øget tilgængelighed af data og mulighed for at foretage nærmere analyser af sundhedsprofiler i de forskellige lokalområde skal det vurderes, hvorvidt budgetfordelingsmodellen skal revideres.

Den fremtidige model for visitation til sygepleje skal understøtte:

- en klar individuel og faglig vurdering af borgerens behov
- et ensartet vurderings og tildelingsgrundlag og dermed et ensartet serviceniveau
- mulighed for fleksibilitet og individuel tilpasning af sygepleje i den konkrete situation
- sammenhængende forløb på tværs af ældre- og sundhedsområdet
- hensigtsmæssig ressource anvendelse
- effektiv økonomistyring
- en samlet indgang til kommunen.

Overordnet set består visitationsmodellen af to dele:

- Standardiserede ydelsesforløb, ydelsespakker og enkelt ydelser
- Visitation til sygepleje, samarbejde og procedurer



## **Standardiserede ydelsesforløb, ydelsespakker og enkelte ydelser**

Skal ovenstående krav kunne imødekommes skal der være fokus på valg af ydelsestyper og dermed model for tildeling og afregning af sygepleje.

Sygepleje tildeles og afregnes i form af standardiserede enkeltydelser og ydelsespakker samt ydelsesforløb.

### **Enkeltydelser og ydelsespakker**

Blandt borgere, der modtager sygepleje, får 56 % kun én sygeplejeydelse, mens 27 % modtager to ydelser. Der er derfor fortsat behov for at kunne tildele ”enkeltydelser” i form af ydelsespakker og tidsfastsatte enkeltydelser.

Ydelsespakker er relevant i relation til ydelser, hvor behovet for tildelt tid (antal minutter og hyppighed) ændres under forløbet, som eksempelvis ved sårbehandling. Ydelsespakker er tilknyttet en samlet ressourcemæssig ramme til løsning af én opgave. Sygeplejen kan planlægge besøgene fleksibelt i overensstemmelse med borgerens behov.

Enkeltydelser er relevante i relation til ydelser, hvor den tildelte tid typisk er konstant, som eksempelvis ved medicindosering. Der er til enkeltydelser knyttet en på forhånd fastsat ressource (antal minutter og besøgs hyppighed).

Indførelse af ydelsesforløb, ydelsespakker og enkelt ydelser understøtter:

- mulighed for fleksibilitet og individuel tilpasning af den leverede sygepleje i den konkrete pleje og behandlingssituation
- hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer til visitation, da antallet af (re)visitationer begrænses.

### **Ydelsesforløb**

For borgere med komplekse sundhedsproblemer tildeles en samlet ressourcemæssig ramme til løsning af alle sygeplejefaglige opgaver. Sygeplejeforløb kan indeholde:

- Medicinadministration og dosering
- Evt. sårbehandling
- Kontrol og forebyggelse (måling af fx blodsukker og puls- og blodtryk mv.)
- Rådgivning og vejledning
- Koordination af borgerforløb (casemanager), herunder kontakt til praktiserende læge, koordination med hospital og overgange, sammenhæng mellem forskellige kommunale service- og sundhedsydelser samt udarbejdelse af plejeplaner.

Ydelsesforløb tildeles borgere, som har komplekse sundhedsproblemer og kontakt til mange sundhedsaktører, herunder borgere med kronisk sygdom. Det vil typisk være de borgere, der i dag modtager tre eller flere sygeplejeydelser.

Målet med ydelsesforløb er at:

- give medarbejderne mulighed for at tilrettelægge behandling og pleje med udgangspunkt i den enkeltes borgers behov og samlede sundhedsproblemer
- styrke fokus på den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

**Indsats:**

- Der udarbejdes enkeltydelser, ydelsespakker og ydelsesforløb og foretages økonomiske konsekvensberegninger i relation hertil. Faglige krav til opgaveløsningen i relation til de enkelte ydelsesforløb, ydelsespakker og enkeltydelser beskrives i vejledninger og instrukser

**Visitation til sygepleje – samarbejde og procedurer mellem visitation og sygepleje**

Med indførelse af lokalområder er ansvaret for myndighed og drift blevet koblet, og der er skabt grundlag for tilrettelæggelse af borgerforløb på tværs af sundheds- og ældreområdet og i samarbejde mellem drift og myndighed.

**Indsats:**

- Visitation til sygepleje skal baseres på et systematisk samarbejde mellem visitation og sygepleje, og der skal udarbejdes procedurer som understøtter samarbejde mellem visitation og sygepleje.

Procedurer skal understøtte:

**De rette ydelser på det rigtige tidspunkt**

Sygeplejen har via hyppige besøg hos borgerne et godt og opdateret kendskab til borgernes sundhedstilstand. Denne viden skal systematisk anvendes og bidrage til, at borgerne ”får tildelt den rette ydelse på det rigtige tidspunkt”. Dette gælder særligt borgere, hvis sundhedstilstand er ustabil og i risiko for indlæggelse, hvor en målrettede kommunal indsats kan forebygge indlæggelse.

**Samarbejde med hospitaler ved udskrivningsforløb**

Sygeplejen oplever, at mange udskrivningsforløb kompliceres ved dårlig eller mangelfuld kommunikation i forbindelse med udskrivinger. Dette skyldes, at udskrivningsrapporter kan være mangelfulde, samt at visitationen ved kontakt til hospitaler ikke har fokus på systematisk at indhente oplysninger i relation til sygepleje. Sygeplejen må derfor ofte kontakte hospitalet med henblik på supplerende oplysninger, og det komplicerer iværksættelse af sygeplejeydelser. Desuden betyder det, at der ofte sker flere henvendelser fra kommune til hospital og dermed et u hensigtsmæssigt ressourceforbrug, både for hospitalet og kommunen.

Der skal derfor etableres et struktureret samarbejde mellem visitation, udskrivningskoordinatorer og sygepleje, så det sikres, at sygeplejen systematisk får den nødvendig information til iværksættelse af sygeplejen, eksempelvis faglige årsager til henvisning, diagnoser og symptomer. Dette kan for eksempel ske ved udvikling af vejledninger for udskrivningsforløb.

**Styrket samarbejde med den praktiserende læge**

Sygeplejen oplever, at henvisninger til kommunal sygepleje fra den praktiserende læge ofte er mangelfuld. Dette på trods af at visitationen i nogle tilfælde har kontaktet lægen med henblik på at indhente supplerende oplysninger.

Der skal derfor etableres et struktureret samarbejde mellem visitation og sygepleje, så det sikres, at al nødvendig information indhentes ved kun én kontakt.

**Indsats:**

- Ansvar for kontakt til den praktiserende læge om lægehenvist sygepleje forankres hos sygeplejen, så den sygeplejerske, der har ansvaret for at levere ydelsen, også har kontakten til lægen

Erfaringen viser, at der sker der ”tab af information”, når oplysninger videregives fra visitation til sygepleje. Problemer omkring kommunikation mellem kommune, hospital og praktiserende læger vil på sigt reduceres, fordi kommunikationen i fremtiden vil ske elektronisk. Konkret betyder det, at udskrivningsrapport, ”tidlig varsling” og ”medicinkort” knyttes til borgerens sag og bliver tilgængelige for relevante parter.

### **Forskellige sagstyper – forskellige visitationsprocedurer**

Visitation til sygepleje skal ske med udgangspunkt i en klar individuel og faglig vurdering af borgerens behov og under hensyn til en hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Det betyder, at omfang og indhold af den faglige vurdering af borgernes behov skal være i overensstemmelse med sagens kompleksitet, herunder behov for koordination mellem forskellige aktører.

**Indsats:**

- Der skal udarbejdes differentierede procedurer for visitation til sygepleje, afhængig af sagens karakter

#### ***1. Observationsbesøg efter anmodning fra hjemmeplejen***

En del henvendelser om sygepleje kommer fra hjemmeplejens medarbejdere. Dette er tilfældet, fordi hjemmeplejen ved ændringer i borgerens tilstand kan anmode om besøg fra Den kommunale sygepleje for at få en sygeplejefaglig vurdering af borgeren.

Den kommunale sygepleje har kompetence til tildeling af ydelsen observationsbesøg.

#### ***2. Sager, der alene vedrører henvisninger til sygepleje fra praktiserende læger***

Ca. 10 % af sygeplejemodtagerne er over 65 år, og ca. 80 % af borgere under 65 år modtager kun sygepleje. Det vil sige, at borgerne ikke samtidig modtager personlig og praktisk hjælp. Disse borgere tildeles ofte sygepleje efter henvisning fra praktiserende læge, de har lette sundhedsproblemer og modtager kun sygepleje i en begrænset periode.

Eftersom tildeling af sygepleje sker på basis af en henvisning fra læge/hospital, skal der ikke foretages en vurdering af, hvorvidt borgeren skal modtage sygepleje, men alene hvilken ydelse.

Den kommunale sygepleje har kompetence til at tildele ydelser på basis af henvisning fra læge eller hospital.

Er der behov for at indhente supplerende oplysninger fra lægen i forbindelse med tildeling af ydelse eller iværksættelse af behandling, indhentes de af sygeplejen eller af den medarbejder, der er ansvarlig for behandlingen.

### 3. Komplekse sager ved henvisning til sygepleje og personlig og praktisk hjælp fra hospital

I sager, hvor borgere både modtager personlig og praktisk hjælp samt sygepleje, vil der normalt være behov for en vurdering af den samlede ydelsestildeling. Det gælder bl.a. i forbindelse med udskrivning af borgere fra hospital, hvor udskrivningsrapporten ofte indeholder oplysninger om borgerens funktionsniveau og dermed behov for personlig og praktisk hjælp og henvisning til sygepleje.

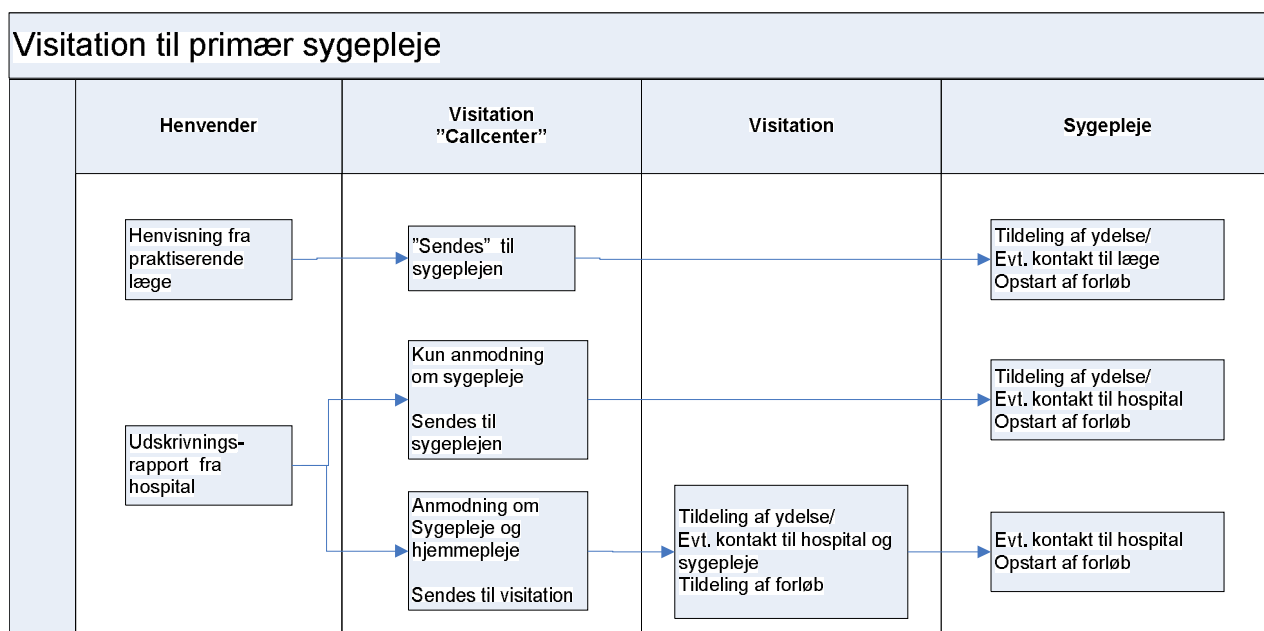
I denne type sager er der behov for et struktureret samarbejde mellem visitation og sygepleje. Blandt andet i forbindelse med indhentning af oplysninger fra hospital og koordination af det samlede forløb.

Visitationen har ansvar for den samlede tildeling af ydelser i form af både personlig og praktisk hjælp samt sygepleje.

### 4. Borgere med særlige behov for koordination

En begrænset gruppe borgere, hvis sundhedssituation er både kompleks og ustabil, kan have behov for en særlig indsats i relation til koordination og løbende ændringer i tildelte ydelser. Denne indsats beskrives på næste side i afsnittet "Forløbskoordination". Nedenstående figur er en skematisk oversigt over procedurer for typiske "sagstyper".

**Figur 5: Visitation til sygepleje**



Figuren er en simplificeret oversigt. Der er derfor behov for yderligere præciseringer, for eksempel i forhold til:

- Borgere, der er kendt/ukendt af kommunen (herunder oprettelse af borgere og evt. behov for et "første besøg" med henblik på at indsamle data)

- Borgere, der efter udskrivelse kun skal sikres ”opstart af ydelser” efter berosætning, og borgere, hvis funktionsniveau og sundhedsproblemer er ændret og dermed har behov for ”opstartspakke” med henblik på revisitation.

Figuren bygger på de forskellige strukturer, der i dag findes i henholdsvis visitation og sygepleje.

Visitationsenhederne har i dag forskellige ”callcenter-funktioner”, som er ansvarlige for at modtage og behandle sager, enten i form af ”straks-behandling” eller videresendelse til relevant visitorator/hjælpemiddelsagsbehandler. ”For-visitationen” er altså en udbygning af eksisterende funktioner.

Sygeplejeenhederne har forskellige ”planlægger-funktioner”, som er ansvarlige for planlægning og disponering af sygeplejebesøg, herunder at vurdere opgavens kompleksitet og dermed, hvilken medarbejder- eller medarbejdergruppe der skal løse opgaven. Den funktion kan udvides til at omfatte ”tildeling af sygepleje”.

Tildeling af sygepleje skal foretages af uddannede sygeplejersker, fordi der i tildelingen indgår en række faglige vurderinger og evt. kontakt til praktiserende læge og hospital.

### **Forløbskoordination**

Begrebet ”case management” anvendes ofte i relation til borgere med kronisk sygdom. Formålet med case management er at sikre intensiveret, personligt tilrettelagt støtte til patienter med svære komplekse behov. En case manager arbejder typisk på tværs af afdelinger og sektorer (hospital, almen praksis og kommune). Case management er et supplement til den praktiserende læges tovholderfunktion, for borgere i fremskredne sygdomsstadier med behov for supplerende koordination, fastholdelse og understøttelse.

Erfaringer fra Sundheds- og Omsorgsforvaltninger viser, at borgere i ustabile forløb og borgere med flere kroniske sygdomme, som har kontakt til mange sundhedsaktører, også kan have behov for en særlig koordinerende indsats.

#### **Indsats:**

- Der skal udarbejdes og implementeres en ny sygeplejeydelse, som kaldes ”forløbskoordination”. Forløbskoordination kan enten tildeles som en ydelsepakke eller indgå i et ydelsesforløb. Forløbskoordination skal som hovedregel varetages af sygeplejersker.

Formålet med ydelsen forløbskoordination er, at

- inddrage borgerne systematisk i tilrettelæggelse af deres forløb med udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer
- fastholde borgeren i forløbet og styrke motivation og egenomsorg
- støtte og vejlede borgeren i kontakten til kommunale og regionale aktører og sikre sammenhæng i ydelser og aktiviteter
- sikre opsamling og formidling af observationer om borgernes sundhedstilstand
- bidrage til forebyggelse af indlæggelser.

Skal ovenstående formål kunne indfries, kræver det et tæt samarbejde mellem den sygepleje, der har ansvar for ydelsen samt andre kommunale og regionale aktører, borger og eventuelle pårørende. Det er derfor centralt, at der etableres et kontinuerligt og tværfagligt samarbejde, fx. via koordinationsmøder mellem relevante parter.

Målgrupper for forløbskoordination er:

### ***1. Borgere i ustabile forløb***

En del borgere oplever ”ustabile forløb”, særligt efter udskrivning af hospital. Dette gælder især ældre borgere med komplekse sundhedsproblemer, som modtager omfattende sygepleje og hjemmepleje samt andre kommunale og regionale sundhedstilbud.

For borgere med komplekse sundhedsproblemer vil der ofte være øget behov for observation af sundhedstilstand og prioritering og koordinering af indsatser ved udskrivning fra hospital. Endvidere er der behov for løbende ændringer i tildelingen af hjemme- og sygepleje.

### ***2. Borgere med kroniske lidelser, som har kontakt til mange sundhedsaktører og vanskeligt ved kontinuerligt at indgå i behandlingsforløb***

For denne målgruppe kan forløbskoordination ydes midlertidigt med henblik på at etablere hensigtsmæssige og for borgerne overskuelige forløb, som de vil kunne indgå i uden særlig støtte.

For ganske få borgere i målgruppen, der har særligt komplekse sundheds- og sociale problemer og ikke har ressourcer til at fastholde et behandlingsforløb, kan der være behov for længerevarende eller varig forløbskoordination.

## **Organisatorisk forankring af visitationsansvaret**

Det formelle ansvar for tildeling af sygeplejeydelser, hvilket vil sige ”det juridiske” ansvar i relation til ydelsestildeling samt budgetansvar forbliver som udgangspunkt hos visitationen. Den fortsatte forankring af det formelle visitationsansvar i visitationen understøtter, at:

- der for borgere og samarbejdsparter er én indgang til kommunen, for så vidt angår anmodning om servicelovsydelser og sygepleje
- sammenhæng og tværfaglighed på tværs af sygepleje og ældreområde, fordi visitationen har ansvar for tildeling af både hjemmepleje og sygepleje.
- budgetansvar i relation til tildeling af ”køb” af alle ydelser lokalt er forankret i den samme organisatoriske enhed, nemlig visitationen, og at der dermed er fokus på budgetstyring.

Der skal i forbindelse med implementering af ny visitationsmodel for sygepleje være fokus på visitatorernes kompetencer, fordi en klar individuel og faglig vurdering af borgernes behov samt et ensartet vurderings- og tildelingsgrundlag kræver en skærpet opmærksomhed på borgerens sundhedsproblemer og diagnoser

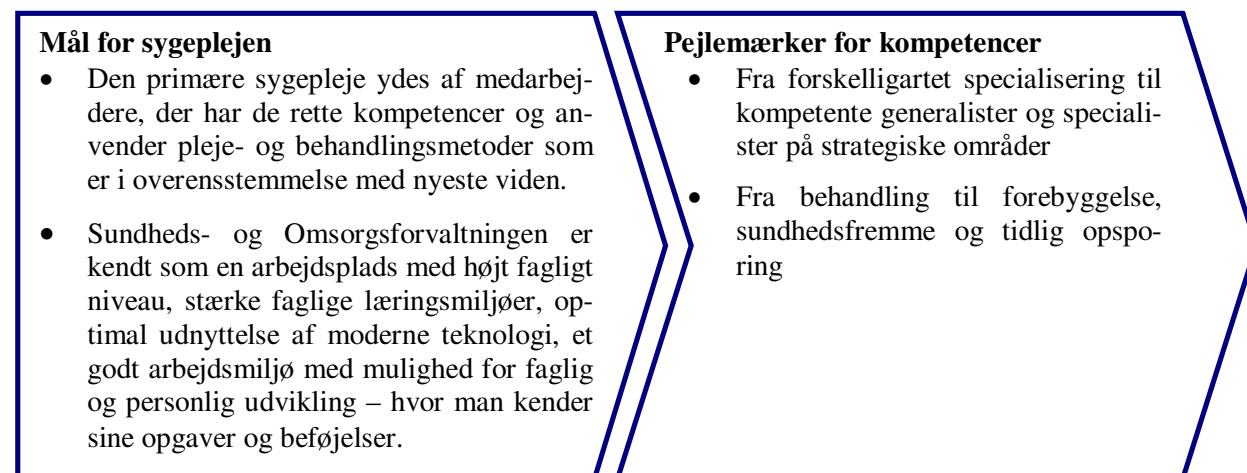
## Visitation af sygepleje til borgere i plejebolig

Det er den centrale myndighedsfunktion, der har ansvar for visitation af ”pakker” til borgere i plejebolig, og dermed sygepleje, da sygepleje indgår som et indsatsområde i ”pakkerne”. Det er op til det enkelte plejehjem at tilrettelægge den sygeplejefaglige indsats. De styringsmæssige rammer adskiller sig således væsentligt fra dem, der gælder sygepleje til borger i selvstændig bolig.

Visitation til sygepleje til borgere i plejebolig skal leve op til samme faglige krav, som de, der gælder for borgere i selvstændig bolig. Det betyder, at visitation til sygepleje skal baseres på en klar individuel og faglig vurdering af borgernes behov. Endvidere skal borgerne sikres et ensartet og gennemsigtigt vurderings- og tildelingsgrundlag og dermed et ensartet serviceniveau.

Som tidligere beskrevet har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen iværksat en analyse af BUM på plejehjem med henblik på at afklare, i hvilket omfang BUM understøtter den sygeplejefaglige indsats på plejehjem. Der vil i undersøgelsen blandt andet være fokus på at undersøge, hvordan sygeplejefaglige problemstillinger og mål beskrives af visitationen.

## 7. Sygeplejens kompetencer i fremtiden



### Kompetente generalister

Sygeplejefaglige medarbejdere ansat i Den kommunale sygepleje, i plejeboliger og midlertidige døgnpladser skal have et højt kompetenceniveau i relation til at varetage sygeplejefaglige opgaver for ældre borger med komplekse sundhedsproblemer. Krav til sygeplejefaglige kompetencer skal udvikles i takt med udvikling af opgavesættet.

**Indsats:**

- Sygeplejen baseres på kompetente generalister, som besidder et højt kompetenceniveau i relation til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt

Kompetente generalister medfører, at alle sygeplejefaglige opgaver i forhold til den enkelte borger typisk kan varetages af én og samme medarbejder og understøtter dermed personkontinuitet omkring borgerne. Dette giver tryghed og tilfredshed for borgerne.

Endvidere understøtter det koordination og sammenhæng, herunder samarbejde med praktiserende læger, og fremmer den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Som udgangspunkt skal generalisterne have et højt kompetenceniveau inden for gerontologi og geriatri (se faktaboks), forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing, sårbehandling og medicin.

Gerontologi er læren om aldring. Aldring er de komplekse sociale, kulturelle, psykologiske og biologiske forandringer, der sker med det enkelte individ gennem livet. Selv hos friske og raske mennesker indebærer aldring en potentiel skrøbelighed, når man bliver gammel – samtidig med at også syge og svækkede ældre som oftest har uudnyttede ressourcer. Aldring giver mulighed for vækst – hele livet.

Geneatri er læren om alderdommens komplekse sygdomme, deres årsager, behandling, forebyggelse samt rehabilitering af syge, ældre mennesker.

**Indsats:**

- Det skal afklares, hvilke kompetencer der indgår i det grundlæggende, fælles kompetenceniveau

**Videnspersoner**

Der er behov for medarbejdere med særlige kompetencer til at løse særlige opgaver, supervision af kollegaer generelt og i relation til konkrete borgerforløb. Det gælder i forhold til opgaver, som i kraft af deres omfang er strategisk vigtige. Det gælder ligeledes opgaver, som ikke forekommer hyppigt, og som kræver kompetencer, der ligger udenfor de kompetente generalisters kompetencefelt.

**Indsats:**

- De kompetente generaliser suppleres med ”videnspersoner” inden for strategiske områder

Da specialisering i sygeplejen øger behovet for koordination og giver mindre fleksibilitet og overblik, skal der kun være videnspersoner inden for områder, hvor dette er en forudsætning for, at der kan ydes og udvikles sygepleje af høj faglig kvalitet.

**Indsats:**

- Det skal afklares, indenfor hvilke områder der er behov for videnspersoner

Som udgangspunkt vurderes det, at der er behov for videnspersoner inden for:

- Sårpleje
- Palliation
- KOL, diabetes, hjerte-karsygdomme og kræft.
- Psykiatri og demens
- Inkontinens
- Hygiejne.



De sygeplejefaglige videnspersoner skal ses i sammenhæng med andre sundhedsfaglige professioner som eksempelvis diætister og terapeuter.

Videnspersoner kan være ansat i Den kommunale sygepleje, på plejehjem og i organisatoriske enheder og funktioner, hvor der er ansat medarbejdere med særlige sygeplejefaglige kompetencer.

Som udgangspunkt skal videnspersonernes særlige kompetencer komme alle borgere og sygeplejefaglige medarbejdere i det enkelte lokalområde til gavn, uagtet hvilken organisatorisk enhed videnspersonen er tilknyttet. Det betyder, at videnspersoner skal bidrage til at løse særlige sygeplejefaglige opgaver og yde supervision på tværs af lokalområdernes enheder.

**Indsats:**

- Der skal etableres samarbejde, herunder konkrete samarbejdsaftaler og forpligtigende netværk, mellem sygeplejefaglige medarbejdere ansat i Den kommunale sygepleje og andre organisatoriske enheder.

## Kompetenceudviklingsplan

**Indsats:**

- Der skal udvikles en samlet kompetenceudviklingsplan, herunder formelle og fælles krav, for kompetente generalister og videnspersoner.

Der skal i forbindelse med udvikling af kompetenceudviklingsplanen sikres, at uddannelse af sygeplejefaglige medarbejdere både har en høj kvalitet og offentlig anerkendelse. Der skal endvidere tages udgangspunkt i bekendtgørelserne for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og skabes rammer for, at begge faggrupper tilbydes kompetenceudvikling.

**Indsats:**

- Det skal vurderes, hvorvidt det eksisterende uddannelsesstilbud for sosu-assistenter (sundhedspraksis på akademisk niveau) er dækkende, eller hvorvidt der skal udvikles supplerende tilbud

**Indsats:**

- Der skal udvikles sammenhængende uddannelsesforløb for medarbejdere med en mellemlang videregående uddannelse i regi af den sundhedsfaglige diplomuddannelse

Der skal være fokus på at skabe tydelige karriere- og uddannelsesveje for sygeplejersker i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, så det bliver meritgivende for en sygeplejerskes karriere at arbejde i kommunen. Karrierevejene skal skabes både for generalisten og specialisten og indeholde muligheden for uddannelse og ansættelse som klinisk ekspertsygeplejerske.

### **Database over kompetencer**

I forbindelse med udvikling af en kompetenceudviklingsplan er der behov for systematisk viden om de sygeplejefaglige medarbejders kompetencer. På samme måde vil en strategisk brug af medarbejderens kompetencer kræve en løbende og opdateret viden om, hvor i organisationen, hvilke kompetencer findes.

#### **Indsats:**

- Det skal vurderes, hvorvidt der skal etableres en fælles database over de sygeplejefaglige medarbejders kompetencer

### **Forskning og udvikling**

Den kommunale sygepleje skal, jf. Vejledning om hjemmesygepleje, udvikle og forbedre kvaliteten og patientsikkerheden og medvirke i relevante udviklings- og forskningsarbejder. Der er behov for at fastsætte, hvilke organisatoriske enheder, der fremadrettet skal bidrage til udviklings- og forskningsarbejde. Ligeledes skal det vurderes, hvilke kompetencer det kræver at indgå i forskellige forsknings- og udviklingsopgaver.

## **8. Økonomiske udfordringer**

Udviklingen i sygeplejens opgavesæt følger udviklingen i sygdomsmønstre og en ændret opgavedeling mellem primærsektor og sekundær sektor – og den forventes at medføre merudgifter i sygeplejen. Grundlæggende er der tre scenarier, som kan medføre et servicepres og dermed påvirke kommunens økonomi i forhold til den kommunale sygepleje:

- Ændringer i sygdomsmønstre, særligt en stigning af antallet af borgere med kronisk sygdom
- Kortere indlæggelsestider på hospitalerne, særligt pga. tidligere udskrivninger.
- Kommunale initiativer med henblik på at reducere antallet af indlæggelser jf. sundhedsaftaler mv.

Endvidere kan øgede krav til kvalitet og udvikling som følge af ny lovgivning medføre merudgifter i sygeplejen.

Hertil kommer, at interne indsatsområder, som beskrevet i Strategi for fremtidens sygepleje, fx organisationsændringer og øgede krav til kvalitet og kompetencer, kan få økonomiske konsekvenser.

Som udgangspunkt skal implementering af Strategi for fremtidens sygepleje være udgiftsneutral. Det vil sige, at eventuelle omstillinger skal ske indenfor de nuværende økonomiske rammer.

Nedenfor følger en gennemgang af de hovedområder, som må forventes at have økonomiske konsekvenser.

#### **Ændringer i sygdomsmønstre og kortere indlæggelsestider**

Fremtidens sygepleje står over for ændrede sygdomsmønstre, nye behandlingstilbud og kortere indlæggelsestider. Som en konsekvens er der risiko for, at kommunerne får stadig flere og mere komplekse opgaver i relation til pleje og behandling af borgere.

Dette giver alt andet lige en risiko for, at der kommer et øget udgiftspres på den kommunale sygepleje. Det er afgørende, at kommunen løbende bliver i stand til at dokumentere en sådan udvikling. Det gælder både antallet af kroniske syge, som modtager service- og sundhedsydelse fra kommunen, og ændringer i udskrivningspraksis. I sidste ende vil det selvsagt også være væsentligt at kunne dokumentere eventuelle udgifter forbundet med en given aktivitetsudvikling. Dokumentation er en væsentlig understøttende faktor i forhandlinger med regionen, KL og staten om forudsætninger for finansiering.

### **Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder sammen med Region Hovedstaden og praktiserende læger om at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og understøtte sammenhænge i patientforløb på tværs af sektorer. Denne opgave kan have en besparende effekt samfundsmæssigt set. Isoleret set kan det for kommunen dog medføre øgede driftsudgifter til eksempelvis etablering af akutpladser, udvikling af akutberedskab, opfølgende hjemmebesøg mv. I forhold til kommunale initiativer bør der altid foreligge en cost-benefitanalyse i relation til beslutningsoplægget, herunder klare og præcise målsætninger, som det er muligt at følge op på. Initiativer, som ikke opfylder målsætningerne, bør nedlægges.

### **Øget kvalitet og udvikling**

Med indførelse af Den Danske Kvalitetsmodel og Lov om patientsikkerhed i kommunerne i 2010 vil sygeplejen skulle løse en række opgaver i relation til både udvikling og drift – herunder registrering af utilsigtede hændelser. Driftsudgifter i forbindelse med en given aktivitetsudvikling skal følges tæt.

### **Organisering af sygeplejen**

Organisering af sygeplejen i én samlet enhed i lokalområderne, 'Den Kommunale Sygepleje', kan medføre engangsudgifter, hvis den organisatoriske sammenlægning medfører fysisk sammenlægning af sygeplejegrupper i nogle lokalområder. Før der gennemføres sammenlægninger, skal de økonomiske konsekvenser beregnes. Etablering af én samlet sygeplejeenhed i hvert lokalområde forventes ikke at føre til stigende driftsudgifter, men i derimod til en bedre og mere smidig udnyttelse af personaleressourcerne.

Det fremgår af Strategi for fremtidens sygepleje, at borgere i plejebolig har krav på samme sygeplejefaglige dækning som borgere i selvstændig bolig. Konkret skal det defineres, hvilke krav der bliver stillet til basissygepleje på plejehjem. Der skal i den forbindelse være fokus på eventuelle økonomiske konsekvenser, hvis det medfører et serviceløft. Det fremgår også, at nogle plejehjem skal indgå samarbejdsaftaler med Den kommunale sygepleje, med henblik på køb af sygepleje til at løse den sygeplejefaglige opgave. Alternative modeller for betaling af Den kommunale sygeplejes indsats skal vurderes.

Forslaget om at forankre forebyggende hjemmebesøg i Den kommunale sygepleje må forventes at medvirke til en bedre og mere smidig udnyttelse af personaleressourcerne. Forslaget må forventes at være udgiftsneutralt eller besparende. I forbindelse med implementeringen af ændringen kan der forekomme engangsudgifter i form af teambuil-

ding og/eller behov for individuel videreuddannelse. Udgifter til dette formål bliver formodentligt dækket gennem eksisterende HR-puljer og uddannelsesmidler.

Et forpligtende netværk, som ønskes etableret i forbindelse med et samarbejde mellem sygeplejefaglige medarbejdere på tværs af lokalområder, må forventes at medføre et øget timeforbrug. Det må forventes at kunne holdes inden for nuværende budgetrammer, da lignende eller tilsvarende aktiviteter allerede finder sted i et vist omfang. Herunder har det karakter af læring og kompetenceudvikling som allerede finder sted.

### **Kvalitets- og styringsmodeller for sygeplejen**

Anbefalingen om, at kvalitetsudvikling i fremtidens sygepleje bør sikres ved udvikling og implementering af vejledninger og instrukser vil medføre et relativt omfattende ressourcetræk. Der er udgifter i forbindelse med udvikling og ikke mindst implementering af instrukser og vejledninger – både for medarbejdere i centralforvaltningen og lokalområderne.

I forbindelse med udarbejdelse og godkendelse af vejledninger og instrukser skal der altid foretages økonomiske konsekvensberegninger for hver ændring, fordi en ny praksis kan indebære et ikke-intenderet serviceløft. Ændringer i den sygeplejefaglige praksis kan dog også have den modsatte effekt i forhold til den nuværende praksis, herunder føre til effektiviseringer.

### **Visitation til sygepleje**

En ændring fra tidsfastsatte enkelttydelser til standardiserede enkelttydelser, ydelsespakker og ydelsesforløb må forventes at være omkostningsneutral. Ændringen alene forventes at medføre en omallokering af ydelser. Udvikling af nye ydelsestyper vil medføre et anseeligt ressourcetræk, både i centralforvaltningen og lokalområderne.

Visitation af sygepleje til borgere i plejebolig skal leve op til samme faglige krav, som gælder for visitation af sygeplejeydelser til hjemmeboende borgere. I forhold til nuværende praksis vil det betyde en ændring i planlægning af arbejdsrutiner og -indsatser, og de økonomiske konsekvenser skal beregnes. Der er i øjeblikket en analyse af BUM-plejehjemskonceptet i gang. I denne analyse vil der blandt andet være fokus på at undersøge, hvordan borgeren bør modtage sygeplejeydelser i relation til visitationens oprindelige vurdering.

### **Sygeplejens kompetencer**

Det bør afklares, hvilke kompetencer der indgår i det grundlæggende og fælles kompetenceniveau. Der skal i denne forbindelse udvikles en samlet kompetenceudviklingsplan, herunder formelle og fælles krav for kompetente generalister og videnspersoner.

I dag indgår kompetenceudvikling i Center for Organisations arbejdsområde og derfor er der afsat budgetmidler til at varetage denne opgave. Det må forventes, at udgifter til at følge kompetenceudviklingsplanerne er dækket af det nuværende budget til kompetenceudvikling.

## 9. Afslutning

Med strategi for Fremtidens sygepleje er der skabt et strategisk grundlag for udvikling af sygeplejen.

Strategi for Fremtidens sygepleje indeholder en række mål, som skal opnås gennem fire strategiske indsatsområder:

- organisering af fremtidens sygepleje
- kvalitet og styring af fremtidens sygepleje
- visitation til sygepleje
- kompetenceudvikling.

Følgende indsatsområder får særlig prioritet i det videre arbejde:

- Beregning af økonomiske konsekvenser for udvikling og implementering af indsatsområder i Strategi for Fremtidens sygepleje
- Udarbejdelse af vejledninger og instrukser
- Visitation til sygepleje
- Kompetenceudvikling.

Efter godkendelse af Strategi for fremtiden sygepleje vil der blive udarbejdet en detaljeret og prioriteret implementeringsplan.

**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
**Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**  
Center for Politik og ledelse

Sjællandsgade 40  
2200 København N.  
Telefon: 35303530  
E-mail: [suf@suf.kk.dk](mailto:suf@suf.kk.dk)