

# **Specielle plejeopgaver uden for sygehus – status og udfordringer**

**Eigil Boll Hansen  
Stine Hovgaard Vested  
Lars Engberg**

**April 2004**



# Forord

”Det kræver et godt helbred at blive indlagt på sygehus” er et folkeligt mundheld, men undersøgelser har faktisk også vist, at der hos nogle ældre kan opstå komplikationer som følge af indlæggelse på sygehus. Komplikationer, som opstår af selve det at blive indlagt, viser sig ved, at den ældre kan blive forvirret og utryk i hospitalsomgivelserne og derfor fungerer både fysisk, psykisk og socialt dårligere end denne ville gøre i eget hjem.

Ældre patienter har i mange tilfælde brug for behandling på sygehus, men de kan i andre tilfælde have bedre gavn af at undgå indlæggelse på sygehus, når der kan gives en hensigtsmæssig pleje og behandling i primærsektoren. Det kan endvidere være et led i bestræbelserne på at effektivisere sygdomsbehandlingen, at en så stor del som mulig af behandling og pleje udføres uden for sygehus, når de nødvendige faglige krav om kvalitet og service er sikret.

Denne rapport belyser plejen uden for sygehus, og der fokuseres på, hvordan mulighederne for at udføre en række specielle plejeopgaver i primærsektoren kan styrkes. Der gives ingen færdige opskrifter i rapporten, men der gøres status, og der afdækkes erfaringer fra ind- og udland. Rapporten retter sig primært mod beslutningstagere på social- og sundhedsområdet, og det er håbet, at rapporten kan tjene som inspirationskilde til diskussion og praktisk tilrettelæggelse af plejeopgaver i et samspil mellem sygehus og kommune.

Projektet bag rapporten har været udført i et samarbejde mellem AKF, Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut og DSI, Institut for Sundhedsvæsen, og det har været fulgt af en følgegruppe, som har bestået af:

adjunkt Ingrid Egerod, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning,  
leder af akutteamet Lis Hansen, Akutteamet, Helsingør,  
vicekontorchef Kirsten Jørgensen, Amtsrådsforeningen i Danmark,  
seniorkonsulent Kari Vieth, KL.

Følgegruppen har givet gode råd undervejs, og medlemmerne takkes for konstruktive kommentarer til undersøgelsens tilrettelæggelse og til udkast til manuskript. Ansvar for den endelige rapport er dog alene forfatterens.

Vi takker også de fagpersoner i Fuglebjerg, Helsingør og Næstved, der har stillet sig til rådighed for interview af projektgruppen, og de, der har besvaret det spørgeskema, som blev udsendt til et udvalg af kommuner.

Projektet har været gennemført af docent, cand.oecon. Eigil Boll Hansen, AKF samt sygeplejerske, sundhedsinformatiker, Stine Hovgaard Vested og mag.scient.soc., cand. polit., ph.d, Lars Engberg, DSI. Endvidere har stud.scient.soc. Brian Rimdal, AKF medvirket ved indsamling og bearbejdning af data i projektet. En litteratursøgning har været udført af ledende bibliotekar Ilse Schødt, DSI.

Projektet er finansieret af FOKUS.

København, april 2004

Eigil Boll Hansen

# Indhold

<b><u>1</u></b>	<b><u>KONKLUSIONER OG SAMMENFATNING</u></b>	<b>7</b>
1.1	KONKLUSIONER	7
1.2	SAMMENFATNING AF RESULTATER	9
<b><u>2</u></b>	<b><u>BAGGRUND, FORMÅL OG METODE</u></b>	<b>17</b>
2.1	BAGGRUND	17
2.2	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	19
2.3	AFGRÆNSNING OG METODE	20
<b><u>3</u></b>	<b><u>UDFØRELSE AF SPECIELLE PLEJEOPGAVER UDEN FOR SYGEHUS</u></b>	<b>25</b>
3.1	BEHANDLING OG PLEJE I HJEMMET	25
3.2	EKSEMPLER PÅ SPECIELLE PLEJEOPGAVER I HJEMMET	26
3.3	KOMMUNERNES UDFØRELSE AF SPECIELLE PLEJEOPGAVER	32
3.4	MULIGHEDER OG BEGRÆNSNINGER	37
3.5	SPILLER KARAKTERISTIKA VED KOMMUNEN EN ROLLE FOR UDFØRELSEN?	40
3.6	OPSAMLING	43
<b><u>4</u></b>	<b><u>KOMMUNERNES BEREDSKAB OG SAMARBEJDE OM SPECIELLE PLEJEOPGAVER</u></b>	<b>45</b>
4.1	KOMMUNERNES AKUTTE BEREDSKAB SAMT FÆLLES INDSATS OG INITIATIVER	45
4.2	INFORMATION, KOMMUNIKATION OG SAMARBEJDE	49
4.3	OPSAMLING	56
<b><u>5</u></b>	<b><u>RESULTATER FRA UDVALGTE DANSKE ORDNINGER</u></b>	<b>59</b>

<b>5.1</b>	<b>EKSEMPEL PÅ AKUTTEAM</b>	<b>59</b>
<b>5.2</b>	<b>EKSEMPLER PÅ UDKØRENDE TEAM</b>	<b>64</b>
<b>5.3</b>	<b>EKSEMPLER PÅ AKUTSTUER</b>	<b>65</b>
<b>5.4</b>	<b>OPSAMLING</b>	<b>72</b>
<b>6</b>	<b><u>LITTERATURSTUDIE OM BRITISKE ORDNINGER</u></b>	<b>73</b>
<b>6.1</b>	<b>GP BEDS/ SENGEPLADSER MED TILSYN AF PRAKTISERENDE LÆGER</b>	<b>75</b>
<b>6.2</b>	<b>HOME HAEMODIALYSIS/HJEMMEHÆMODIALYSE</b>	<b>77</b>
<b>6.3</b>	<b>EARLY DISCHARGE/ PROJEKT TIDLIG UDSKRIVNING</b>	<b>80</b>
<b>6.4</b>	<b>HOSPITAL AT HOME VERSUS IN-PATIENT HOSPITAL CARE (COCHRANE REVIEW)</b>	<b>83</b>
<b>6.5</b>	<b>OPSAMLING</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b><u>LITTERATUR</u></b>	<b>87</b>

# 1 Konklusioner og sammenfatning

Hovedformålet med denne undersøgelse har været at afdække mulighederne for at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus og dermed reducere behovet for indlæggelse og ophold på sygehus og at analysere mulighederne for, at udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus kan styrkes.

Der er flere træk i udviklingen, der gør denne problemstilling relevant. Der sker en fortsat koncentration af sygehusvæsenet, så flere borgere får langt til et sygehus og således kommer langt væk fra deres nærmiljø ved en indlæggelse. Koncentrationen af sygehusvæsenet på færre enheder skærper samtidig kravene til effektivitet på sygehusene, som kan føre til et behov for, at flere opgaver klares uden indlæggelse på sygehus eller til kortere indlæggelsestid på sygehus. Flere undersøgelser har endvidere vist, at indlæggelse på sygehus kan virke uoverskuelig for specielt ældre mennesker, og der er undersøgelser, der har påvist, at miljøskift i form af indlæggelse på sygehus kan medvirke til, at der opstår komplikationer. Mange foretrækker at blive behandlet i eget hjem, når det er muligt.

Arrangementer uden for sygehus, som kan forebygge indlæggelse på sygehus og/eller forkorte en indlæggelse, antages (mindst) at skulle indeholde følgende:

- kompetence hos personale uden for sygehus til at udføre specielle plejeopgaver,
- adgang til den nødvendige ekspertise ved komplikationer,
- et beredskab uden for sygehus, som kan etablere tilsyn med kort varsel ved akut sygdom eller svækkelse hos borgerne,
- mulighed for at kunne etablere et tilbud med hyppige tilsyn til syge og svækkede borgere.

## 1.1 Konklusioner

Hovedkonklusionerne fra undersøgelsen er følgende:

- Kommunerne er i stor udstrækning fagligt parate til at påtage sig specielle plejeopgaver, som drejer sig om fx smertebehandling, blodsuktermåling, sondeernæring, sårbehandling efter organkirurgi, iltterapi og dialyse. Udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus kan således være et alternativ til en sygehusindlæggelse,

men der kan være brug for oplæring af en kommunes personale i konkrete tilfælde og for et løbende samarbejde med sygehus, hvis der opstår problemer. Den nødvendige kompetence og rutine kan ikke altid forventes at være til stede ved specielle plejeopgaver.

- Det kan ikke konkluderes, at store kommuner alt i alt er mere parate til at påtage sig flere specielle plejeopgaver end små kommuner. Der er dog typer af specielle plejeopgaver, som store kommuner har mere erfaring med end små kommuner, fordi der forekommer flere tilfælde i en stor end i en lille befolkningsgruppe. Det er dog ikke givet, at den enkelte sygeplejerske i en stor kommune har større erfaring og rutine til at klare specielle plejeopgaver end den enkelte sygeplejerske i en lille kommune, fordi hjemmesygeplejersker i større kommuner typisk arbejder i mindre afgrænsede distrikter.
- Når det drejer sig om borgere, der er visiteret til hjemmeplejen i en kommune, er der et ganske højt beredskab til at træde til i akutte situationer, som ikke nødvendigvis handler om at udføre en speciel plejeopgave, men også kan dreje sig om fx at sikre, at en borger får tilstrækkelig væske i forbindelse med en infektionssygdom. Mange kommuner har imidlertid ikke det samme beredskab, når det drejer sig om borgere, som ikke i forvejen er visiteret til hjemmeplejen.
- Man kan nå langt med at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus gennem en løbende vedligeholdelse og udbygning af personalets kompetence i hjemmeplejen og med hurtig adgang til supervision eller støtte fra enten sygehus eller praktiserende læge, hvis der opstår komplikationer. Der kan imidlertid være brug for at supplere med særlige ordninger.
- Erfaringer fra forskellige ordninger i Danmark og i udlandet viser, at det er muligt at etablere tilbud om hurtig indsats i eget hjem eller en form for institution, som kan forebygge (akutte) indlæggelser på sygehus, hvor udredning og ekspertbehandling på sygehus er unødvendig. Udbyttet for borgerne er ofte lige så godt som ved en indlæggelse, og det vil ofte være økonomisk fordelagtigt for samfundet.
- Ældre borgere vil i mange tilfælde være bedst tjent med, at behandling og pleje kan foregå i deres eget hjem, så miljøskift og fremmedgjorthed undgås. Der kan imidlertid være tilfælde, hvor vilkårene i hjemmet ikke er betryggende for borgeren eller hensigtsmæssig for plejepersonalet af praktiske eller organisatoriske grunde, fordi der er brug for at aflægge hyppige tilsyn, eller fordi psykologiske og sociale grunde hindrer det. Det er imidlertid vanskeligt at give generelle retningslinjer for, hvornår der er brug for en sengeplads i akutstue eller lignende. Dette må bero på en vurdering i de enkelte tilfælde.
- De hidtidige erfaringer fra Danmark tyder på, at der kun er behov for begrænset kapacitet i akutstuer eller lignende, hvor alternativet er indlæggelse på sygehus. I de mindre kommuner synes en enkelt plads at kunne imødekomme behovet, mens to-tre pladser synes at kunne dække behovet i de større bykommuner (op til 50.000 indbyggere). Men kapacitetsbehovet beror naturligvis på kriterierne for at blive indlagt i en akutstue.

Denne rapport og dens konklusioner bygger på flere kilder:

- En kortlægning gennem en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne af deres udførelse af specielle plejeopgaver, af eksistensen af særlige ordninger, som har til formål at forebygge ophold på sygehus og af samarbejde mellem kommune og henholdsvis sygehus og praktiserende læger. Resultaterne herfra findes i kapitel 3 og 4.
- En opsamling af erfaringer fra danske ordninger, som har til formål at forebygge hovedsageligt ældres indlæggelse på sygehus. Opsamlingen baserer sig på foreliggende undersøgelser og interview af nøglepersoner i tilknytning til udvalgte ordninger. Disse erfaringer er indeholdt i kapitel 5.
- Et litteraturstudie af udenlandske erfaringer med ordninger, der har til formål at erstatte ophold på sygehus. Litteraturstudiet er rapporteret i kapitel 6.

## 1.2 Sammenfatning af resultater

Resultaterne af undersøgelsens enkelte dele er opsamlet i slutningen af hvert kapitel. Dette afsnit sammenfatter undersøgelsens resultater i sin helhed i forhold til dens problemstillinger.

### 1.2.1 Status for udførelse af specielle plejeopgaver

*I hvilket omfang kan kommunerne i dag udføre specielle plejeopgaver, og under hvilken form?*

Hovedtendensen fra kortlægning af kommunernes *udførelse af en række specielle plejeopgaver* er, at kommunerne i stor udstrækning er fagligt parate til at påtage sig specielle plejeopgaver, som drejer sig om fx smertebehandling, blodsuktermåling, sondeernæring, sårbehandling efter organkirurgi, ilterapi og dialyse. Der er dog enkelte opgaver, som mange kommuner ikke kan påtage sig. Det drejer sig fx om at anlægge venflon til intravenøs tilførsel af væske eller elektrolytter og dialysebehandling, som kun få kommuner har haft erfaring med inden for et halvt år. I mange kommuner vurderes det således, at de faglige krav i disse tilfælde er for store til, at hjemmeplejen kan påtage sig et ansvar for opgaven selv i et samarbejde med specialister på sygehus eller med praktiserende læge. Det kan endvidere være et spørgsmål, om den praktiserende læge vil påtage sig ansvaret over for specielle plejeopgaver i hjemmet.

En stor del af kommunerne vurderer, at der har været en stigning i udførelsen af specielle plejeopgaver inden for de seneste fem år. Godt halvdelen af dem, der vurderer, at der er blevet flere specielle plejeopgaver, vurderer, at nye behandlings- og plejemetoder har bidraget til, at kommunen har kunnet klare flere af de specielle plejeopgaver. Det synes dog lige så meget at være udviklingen af specielle tilbud i kommunerne eventuelt i samarbejde med amtet og udvikling af kompetencen i kommunernes hjemmepleje, der har bidraget til, at flere specielle plejeopgaver udføres uden for sygehus.

Det kan ikke konkluderes, at store kommuner alt i alt er mere parate til at påtage sig flere specielle plejeopgaver end små kommuner. Der er dog typer af specielle plejeopga-

ver, som store kommuner har mere erfaring med end små kommuner, fordi de forekommer oftere i en stor end i en lille befolkningsgruppe. Det betyder også, at der er større sandsynlighed for, at store kommuner har medarbejdere, der har opbygget en aktuell kompetence og rutine ved plejeopgaver, der ikke forekommer så hyppigt. Der er imidlertid enkelte opgavetyper, som store kommuner også oftere end mindre kommuner mener sig i stand til at udføre. Omvendt er der opgaver, som store kommuner ikke så ofte er indstillet på at udføre som mindre kommuner.

Når det drejer sig om borgere, der er visiteret til hjemmeplejen i en kommune, er der et ganske højt *beredskab* til at træde til i akutte situationer, som ikke nødvendigvis handler om at udføre en speciel plejeopgave, men også kan dreje sig om fx at sikre, at en borger får tilstrækkelig væske i forbindelse med en infektionssygdom. I næsten alle kommuner kan der på alle tider af døgnet efter tilkald aflægges et tilsynsbesøg inden for to timer og i hvert fald inden for fire timer, når man kender borgeren i forvejen. Mange kommuner har imidlertid ikke det samme beredskab, når det drejer sig om borgere, som ikke i forvejen er visiteret til hjemmeplejen. Nogle kommuner vurderer ikke at kunne aflægge tilsynsbesøg inden for samme vagt, og enkelte kommuner tager ikke akutte tilfælde og kræver dermed, at borgeren er visiteret af kommunen til praktisk bistand, personlig pleje eller sygepleje, før der kan aflægges tilsynsbesøg. Der er således kommuner, der ikke har et beredskab til at klare akutte plejebestanden hos borgere, der ikke har været igennem en visitation i dagtimerne til bistand eller pleje.

I nogle tilfælde er der brug for et hyppigere tilsyn, end det er organisatorisk og økonomisk hensigtsmæssigt at udføre i borgernes eget hjem. De kunne i stedet udføres på fx en akutplads i et plejecenter e.l., men sådanne ordninger er ikke særlig udbredte og findes kun i omkring en tredjedel af kommunerne. Der er en svag tendens til, at en større andel af de store kommuner end af de små har akutpladser eller lignende.

### 1.2.2 Muligheder og begrænsninger

*Hvad gør det muligt, og hvad forhindrer udførelse af specielle plejemuligheder uden for sygehus?*

Som nævnt er tilstedeværelse af den nødvendige kompetence naturligvis en forudsætning for, at en opgave kan udføres. Der er specielle plejeopgaver, som kommunerne kun sjældent bliver stillet over for, og det kan derfor være vanskeligt at vedligeholde en kompetence og den nødvendige rutine på en række felter. Der kan i konkrete tilfælde være brug for en oplæring af de medarbejdere, der skal udføre opgaven, fordi rutinen og kompetencen kan gå tabt fra gang til gang. Det er ganske udbredt, at en sådan oplæring finder sted på sygehus.

Vanskeligheder med at fastholde et højt kompetenceniveau på grund af personaleudskiftning blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter eller vanskeligheder med at rekruttere disse personalegrupper forekommer kun i et fåtal af kommunerne.

Denne undersøgelse peger ikke på, at en sammenlægning af kommuner til større kommuner i sig selv giver en øget kompetence i hjemmeplejen til at udføre specielle plejeopgaver. De større kommuner kommer oftere ud for at skulle påtage sig en speciel ple-

jeopgave og har samlet set en større rutine, men den berører næppe alle sygeplejersker i kommunen. Hjemmesygeplejerskerne i større kommuner arbejder normalt i afgrænsede distrikter, og det er ikke nødvendigvis sådan, at den enkelte sygeplejerske i den store kommune oftere kommer ud for en speciel plejeopgave end sygeplejersken i den mindre kommune. Sammenlægning af kommuner vil næppe føre til, at sygeplejerskerne kommer til at arbejde i større distrikter. Der kan være brug for oplæring i de enkelte tilfælde i både en stor og en lille kommune, og beredvilligheden synes at være lige stor i små og store kommuner. De større kommuner vil imidlertid have nogle potentielle muligheder for at organisere sig på en måde, så der opbygges en kompetence på særlige felter. Det kan fx ske ved at etablere enheder eller have specialister, som arbejder på tværs i kommunen.

Når kommunerne skal pege på, hvad der skal til, for at flere specielle plejeopgaver kan udføres uden for sygehus, nævner flest bedre kommunikation og samarbejde med sygehus, selv om der i alle kommuner er systemer til hurtig skriftlig kommunikation mellem sygehus og kommune, og at der supplerende udveksles information gennem telefonisk kontakt. Informationen er imidlertid ifølge svarpersonerne fra kommunerne i nogle tilfælde mangelfuld i forhold til borgere med behov for specielle plejeopgaver. Man mener, at der er brug for mere præcis, uddybende og detaljeret information fx ved at kunne kommunikere med en person på sygehus, der kender patienten og vilkårene i hjemmet og i hjemmeplejen.

Udførelse af specielle plejeopgaver forudsætter ofte et tæt samarbejde med specialister fra en relevant sygehusafdeling eller med en praktiserende læge, fordi der kan være brug for at rådføre sig, hvis der opstår komplikationer. Særligt når det drejer sig om terminal pleje uden for sygehus, er der ofte mulighed for, at kommunens personale kan kontakte den relevante sygehusafdeling, og der er i specielle tilfælde udgående team eller personale, som kan kontaktes. Disse udgående team dækker dog ikke alle typer opgaver eller alle kommuner, men hvis der opstår komplikationer, vil det i de fleste tilfælde – eventuelt gennem medvirken af praktiserende læge – være muligt at indlægge borgeren.

Et bedre samarbejde med praktiserende læger om udførelse af specielle plejeopgaver kunne styrke muligheden for at udføre specielle opgaver uden for sygehus. Der er en udbredt kontakt omkring konkrete patienter, men det er et spørgsmål, i hvilken udstrækning de praktiserende læger føler sig rustet til at tage ansvaret i forhold til specielle plejeopgaver, der fx indebærer intravenøs behandling.

I nogle kommuner vurderes det, at ressourcerne er utilstrækkelige til at udføre en række specielle plejeopgaver. Normeringerne er ikke indrettet på at udføre specielle plejeopgaver, der kræver hyppige tilsyn eller lang tids tilstedeværelse i hjemmet. Hjemmesygepleje ydes ganske vist efter lægehenvielse, men afgørelse om tildeling af hjemmesygepleje træffes af kommunen, som dermed kan sige fra over for at påtage sig en speciel plejeopgave.

### 1.2.3 Eget hjem eller et særligt center?

*I hvilke tilfælde kan specielle plejeopgaver mest hensigtsmæssigt ud fra borgernes ønsker og behov og ud fra økonomiske betragtninger varetages i hjemmet og i hvilke tilfælde i særlige centre?*

Både i Danmark og i andre lande er der etableret ordninger, som skal bidrage til at undgå unødige indlæggelser på sygehus og at afkorte sygehusophold specielt for ældre. Nogle ordninger har været etableret som forsøg og eventuelt senere overgået til en permanent ordning, mens andre fra begyndelsen er etableret som en permanent ordning. Sådanne ordninger er specielt relevante for ældre, dels fordi ældre oftere end unge og midaldrende er i en situation med komplekse plejebestande, der skyldes flere grundlidelser, og hvor der ikke kan forventes tilstrækkelig pasning af en ægtefælle eller anden familie, dels fordi ældre har vanskeligere ved at klare miljøskiftet til sygehus.

Der er ordninger, der retter sig mod plejeopgaver i eget hjem, og som rækker ud over, hvad der normalt kan klares af en kommunal hjemmepleje. I Danmark drejer det sig fx om "akutteam", som er etableret af amt og kommune i fællesskab, men som har base i kommunen og udfører opgaver efter lægehenvielse, når alternativet ville have været indlæggelse på sygehus. Det særlige ved akutteamet er, at det kan rykke hurtigt ud og kan yde en fleksibel indsats, som ligger ud over, hvad hjemmeplejen i mange kommuner kan leve op til. Det er ikke altid specielle plejeopgaver, der er brug for, men teamet, som dækker hele kommunen, kan også bruges til en række specielle plejeopgaver og har mulighed for at opbygge en kompetence og rutine hertil, fordi opgaverne vil være hyppigere for teamet end for den almindelige hjemmesygeplejerske. Mange kommuner vil mene, at de allerede i deres døgnhjemmepleje har indbygget et beredskab og en fleksibilitet, så de kan sætte ind over for akutte behov. Det kan her være et spørgsmål om kapacitet og kompetence til at udføre specielle plejeopgaver.

Mindre kommuner vil formodentlig have vanskeligt ved at udnytte kapaciteten i et akutteam, som må op på en vis minimumsbemanding for at kunne fungere. En sammenlægning af kommuner vil øge befolkningsunderlaget for et akutteam, men i geografisk vidtstrakte kommuner med en spredt befolkning kan der opstå problemer med store afstande, idet et akutteam kan komme ud for at skulle aflægge hyppige besøg hos den enkelte.

En pendant i udlandet til akutteam er de såkaldte "hospital in the home"-ordninger (HiH), hvor typisk personale, der er organiseret under et sygehuskonsortium, tager ud og yder specialiseret pleje i hjemmet. Der er tale om en service, hvor der tilbydes aktiv behandling af et professionelt plejepersonale i patientens hjem i en begrænset periode over for en tilstand, der ellers havde krævet akut hospitalsindlæggelse. En sådan ordning træder typisk i stedet for en sygehusindlæggelse, men kan også ligge i forlængelse af et sygehusophold.

De hidtidige erfaringer viser, at patienterne ofte er meget positive over for hjemmebehandling, ligesom det kliniske outcome er lovende og på højde med sygehusbehandling. Hjemmebehandling kan dog pålægge pårørende til patienterne i hjemmet et ansvar, som kan føles som en belastning.

Ressourcemæssigt er det svært at konkludere noget, men tendensen er, at pleje og behandling uden for sygehus kan tilrettelægges økonomisk fornuftigt med færre udgifter end til sygehusophold.

Der er i Storbritannien konstateret en vis modstand blandt praktiserende læger mod at støtte sådanne intermediære tilbud, og noget af modstanden skyldes, at de ikke ønsker ansvaret for "indlagte" patienter i hjemmet, hvilket ofte er årsagen til, at de netop er prak-

tiserende læger og ikke ansat på hospital. Udviklingen inden for praktiserende læger har de seneste år sigtet mod kronisk syge og forebyggelse, hvorfor det at tage sig af akut sygepatienter i hjemmet ikke hører inden for deres normale arbejdsområde. Lægerne udtrykker samtidig behov for oplæring inden for akutområdet og flere læger til at klare opgaven, hvis tendensen fortsætter. Der findes ikke tilsvarende undersøgelser af praktiserende lægers holdninger i Danmark, men det er vel tænkeligt, at de vil kunne genfindes her.

Denne undersøgelse har ikke beskæftiget sig specielt med begrebet sundhedscentre, som dækker over tilbud med meget forskelligt indhold. I stedet er undersøgelsen afgrænset til at opsamle erfaringer fra ordninger, der indeholder sengepladser til et midlertidigt ophold, som erstatter indlæggelse og ophold på sygehus. Der er også både i Danmark og i andre lande etableret sådanne ordninger. I Danmark går de som regel under betegnelsen ”akutstuer”, mens de fx i Storbritannien kaldes ”GP beds”, som er sengepladser, hvor den praktiserende læge har ansvaret, ligesom det er tilfældet ved akutstuer. De kan være etableret på plejehjem eller i de såkaldte ”community hospitals”.

Akutstuerne i Danmark skal tage sig af tilfælde, hvor der er brug for et tilsyn, som er tættere, end hvad der hensigtsmæssigt kan etableres i eget hjem, og hvor alternativet ville have været indlæggelse på sygehus. Henvisningen sker af praktiserende læge, vagtlæge eller i nogle tilfælde og under visse betingelser sygehuslæge. Når akutstuer kan være et bedre alternativ end sygehus, selv om de ældre også her bliver udsat for et miljøskift, er forklaringen, at omgivelserne i en akutstue er mere hjemlige og mindre institutionspræget, og miljøet er mere overskueligt.

Også i forhold til akutstuerne udtrykker patienterne tilfredshed med opholdet, og føler sig mindst lige så godt hjulpet som på sygehus. Praktiserende læger finder generelt tilbuddet velegnet for de patienter, som først og fremmest har brug for et tæt tilsyn ved sygdom eller svækkelse og ikke har brug for udredning og specialistbehandling på sygehus. Personalet på akutstuerne er dog også i stand til at udføre visse specielle plejeopgaver fx intravenøs tilførsel af væske eller medicin.

Flere egentlige undersøgelser peger i retning af, at akutstuer og lignende ordninger reducerer antal indlæggelser og sengedagsforbrug på sygehus, men der er ikke gennemført kontrollerede forsøg, der kan underbygge dette. Der er heller ikke gennemført kontrollerede forsøg af effekten på patienternes helbred af et ophold i akutstue eller lignende sammenlignet med indlæggelse på sygehus.

De ordninger, der er blevet gennemgået til denne undersøgelse, træder ind for at forebygge en indlæggelse på sygehus, mens der ikke foreligger undersøgelser, hvor et midlertidigt ophold på en plejehjem ligger i forlængelse af en indlæggelse på sygehus og altså indebærer endnu et miljøskift.

De hidtidige erfaringer fra Danmark tyder på, at der kun er behov for begrænset kapacitet i sådanne ordninger, hvor alternativet er indlæggelse på sygehus. I de mindre kommuner synes en enkelt plads at kunne imødekomme behovet, mens to-tre pladser synes at kunne dække behovet i de større bykommuner (op til 50.000 indbyggere). Men kapacitetsbehovet beror naturligvis på kriterierne for at blive indskrevet i en akutstue.

Borgerne vil i mange tilfælde være bedst tjent med, at behandling og pleje kan foregå i deres eget hjem, så miljøskift undgås. Der kan imidlertid være tilfælde, hvor vilkårene i hjemmet ikke er betryggende for borgeren eller hensigtsmæssig for plejepersonalet

af praktiske eller organisatoriske grunde, fordi der er brug for at aflægge hyppige tilsyn, eller fordi psykologiske og sociale grunde hindrer det. Det er imidlertid vanskeligt at give generelle retningslinjer for, hvornår der er brug for en sengeplads i akutstue eller lignende, på samme måde som der ikke kan udstedes generelle retningslinjer for, hvornår pleje på plejehjem er at foretrække for pleje i hjemmet. Dette vil i hvert tilfælde bygge på en faglig vurdering af de individuelle forhold og på borgerens ønsker.

#### 1.2.4 Organisering af specielle plejeopgaver

*Hvordan kan udførelse af specielle plejeopgaver organiseres eventuelt på tværs af sygehus og kommune under hensyntagen til udviklingen i strukturen i sundhedsvæsenet og i kommunerne?*

Det er ved denne rapport's tilblivelse ikke afgjort, hvordan fremtidens kommunale struktur kommer til at se ud, ligesom sygehusvæsenets organisatoriske placering ikke er afgjort. Uanset udviklingen i strukturen er det imidlertid givet, at der er behov for et samarbejde mellem den sekundære sundhedssektor (sygehus) og den primære sundhedssektor (hjemmepleje, plejecentre og praktiserende læger) om udførelsen af specielle plejeopgaver uden for sygehus. Personalet på sygehusene besidder en ekspertise, der er brug for at kunne trække på i den primære sektor ved udførelse af specielle plejeopgaver i hjemmet. Sygehuspersonalet har naturligvis også brug for den primære sektors kendskab til patienternes hjemlige forhold og formåen i hjemmet i vurderingen af muligheden af at udføre plejen i hjemmet.

Nogle kommuner vil opleve, at de får fysisk længere afstand til denne ekspertise, fordi den samles på færre sygehuse. Til gengæld vil de elektroniske kommunikationsmidler udvikle sig og gøre afstand mindre vigtige med hensyn til, hvor hurtigt informationer når modtageren. De hidtidige erfaringer peger på, at der er flere måder, hvorpå udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus kan organiseres, men der findes ikke en viden, der kan bruges til at afgøre, hvornår én fremgangsmåde er at foretrække for en anden. Meget tyder dog på, at set fra patienternes synsvinkel bør indsatsen så vidt muligt organiseres i borgernes hjem.

- Man kan nå langt med at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus gennem en løbende vedligeholdelse og udbygning af personalets kompetence i hjemmeplejen og med adgang til hurtig supervision eller støtte, når der opstår komplikationer. Der kan imidlertid være brug for at supplere med særlige ordninger.
- Der er eksempler på udgående funktioner fra sygehus, hvor specialister kører ud i det tilhørende distrikt for at udføre eller vejlede om udførelse af specielle plejeopgaver, og der er gode erfaringer med sådanne ordninger i relation til behandling og pleje. Ulempen er naturligvis, at det udgående personale kan komme til at bruge forholdsmæssig meget tid på at komme rundt i et sygehusdistrikt.
- Der er som beskrevet ovenfor også eksempler på særlige enheder, der er etableret i fællesskab mellem amt og kommune, til at tage sig af plejeopgaver uden for sygehus i eget hjem eller på særlige sengepladser. I udlandet er der erfaringer med at etablere "hjemmehospital" (Hospital in the Home (HiH)) og i Storbritannien fx

”GP beds”, hvor den praktiserende læge har ansvaret for patienterne. Fordelen ved sådanne enheder er, at de er etableret i det distrikt, de skal fungere i (nogle HiH-ordninger betjenes dog af hospitalsbaseret personale) og kan være en integreret del af andre plejeenheder i kommunen. Der vil i disse enheder kunne opbygges en ekspertise til at klare en række specielle plejeopgaver, men der vil være felter, hvor det kan være vanskeligt at fastholde en rutine, fordi opgaverne i mange kommuner er sjældent forekommende. Der skal også her være mulighed for at kunne trække på ekspertise fra sygehuset.

Kommunerne er ved at opbygge en struktur, som består af en myndighedsfunktion til at visitere til pleje og bistand samt private og kommunale leverandører af pleje. Dette vil ikke hindre, at sådanne særlige enheder kan etableres. Den særlige enhed måtte i givet fald etableres som en slags selvstændig leverandør af specielle plejeopgaver. Der kan endda vise sig et stigende behov for sådanne enheder, hvis plejeopgaverne i kommunerne bliver fordelt på flere leverandører, hvor det kan vise sig vanskeligere end i dag for personalet i mindre enheder at opretholde en rutine i specielle plejeopgaver.



## 2 Baggrund, formål og metode

### 2.1 Baggrund

Behandlingsmulighederne på og uden for sygehus er under stadig udvikling. Det samme gælder sygehusstrukturen og kommunernes organisering af pleje og bistand. Som følge heraf ændrer betingelserne sig for samarbejde og opgavefordeling mellem sygehus og kommuner, og de ændrede betingelser gør sig særligt gældende ved behandling og pleje af ældre.

Det har de seneste år været et træk i Danmark og andre vestlige lande, at der er sket en effektivisering af sygehusbehandling og -pleje, så patienter udskrives ”sicker and quicker”, og en større del af behandlingen og plejen i et behandlingsforløb ligger uden for sygehus. Det er en tendens, som i vid udstrækning imødekommer patienternes ønske, idet de fleste foretrækker at kunne opholde sig i hjemmet frem for på sygehus, når forholdene tillader det, og der er undersøgelser, der har påvist, at miljøskift i form af sygehusindlæggelse kan bidrage til, at der opstår komplikationer. Svækkede ældre har oftere brug for hospitalsbehandling end yngre patienter på grund af atypiske symptomer, hurtigere forværring af sygdom og flere sygdomme. Indlæggelse på sygehus har imidlertid som enhver medicinsk intervention bivirkninger så vel som gavnlige virkninger. Ældre patienter har mere at vinde ved mange behandlinger på grund af højere dødelighed, men rammes hyppigere af komplikationer som følge af behandlingen. Selv om mange af disse komplikationer kan forklares ved en interaktion mellem deres underliggende svækkelse og sygdomsforløb, har et studie været i stand til at afdække en målelig effekt, som kan henføres til miljøskift (Caplan m.fl. 1999).

Der er flere faktorer, der kan forklare en større tilfredshed med behandling hjemme. I deres hjem befinder patienterne sig i velkendte omgivelser, deres privatliv er beskyttet, deres søvn forstyrres mindre, og de kan spise deres sædvanlige mad. Det kan fx være umuligt for ældre med begrænsede kognitive funktioner og/eller nedsat syn at finde badeværelset om natten på et hospital. Derhjemme er patienterne mere aktive deltagere, ofte partnere, i deres behandling (Caplan m.fl. 1999).

Ny biomedicinsk, farmakoterapeutisk og teknologisk indsigt og muligheder har udvidet mulighederne for pleje uden for sygehus af patienter, som tidligere var henvist til sygehusbehandling. ”Hospital in Home” (HIH), ”admission avoidance home care scheme”,

”intermediate care”, ”Hospitalisation à Domicile” eller ”Extra-mural Hospital”, som omfatter pleje, medicinsk behandling og andre ydelser, der traditionelt tilbydes på sygehus, er ordninger, der har udviklet sig i flere lande for at erstatte pleje på sygehus og frigøre ressourcer på sygehusene (se fx Schaeffer & Ewers 2002). Ydelserne udføres typisk af sygehusansat personale, og ansvaret for ydelserne er placeret på sygehuset.

I Danmark er der kun på specielle felter ordninger, hvor sygehuspersonale kommer uden for sygehus fx geriatriske team, gerontopsykiatriske team, palliative team og iltsygeplejersker. Derudover er der eksempler på specielle ordninger, som ofte er etableret i et samarbejde mellem amt og kommune, og hvor kommunen med kort varsel kan tilbyde pleje i akutte situationer for at undgå indlæggelse fx akutstuer/pladser og akut plejeteam. En indsats, som skal forebygge eller afkorte en indlæggelse, kan således etableres i hjemmet eller i særlige centre, der har pleje og træning som hovedformål, og hvor opholdet er midlertidigt.

Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg (2003) giver ikke detaljerede anbefalinger af fremtidens sygehusstruktur, men udvalget foreslår en øget centralisering af specialeplanlægningen og fremhæver, at befolkningsgrundlaget for et bæredygtigt sygehus i dag er på 400.-700.000 indbyggere på grund af den lægelige specialisering. Ved kommunalreformen i 1970 blev befolkningsgrundlaget anslået til 200.-250.000 indbyggere. Udvalget peger også på den demografiske udvikling (flere ældre, færre i den arbejdsdygtige alder), som vil nødvendiggøre en strammere prioritering af sygehusopgaverne, en større opgave med pasning i eget hjem og et større samarbejde mellem sygehuset, den øvrige sundhedssektor og kommunerne. Disse betragtninger kan meget vel føre til en yderligere centralisering af sygehusvæsenet, hvor en lang række specialer samles på få sygehuse, mens små sygehuse nedlægges eller udelukkende skal tage sig af ”banale” sygdomme og lidelser og udføre planlagte, ”ukomplicerede” kirurgiske indgreb. Borgerne vil derfor ved en række sygdomme opleve, at de får længere til deres sygehus, hvilket kan øge ønsket om hurtigere udskrivning og pleje i hjemmet eller i hvert fald tæt på hjemmet, hvor det er nemmere at bevare en kontakt med pårørende.

En koncentration af sygehusvæsenet, og at borgere i specielt landområderne får langt til sygehus, opleves også i andre lande fx New Zealand: *“The increasingly specialised nature of clinical services, coupled with higher levels of technology now employed in medicine, mean that some services are best delivered through regional or national centres of excellence”* (Ministry of Health 1999, p. 19). Derfor eksperimenteres der med at finde former for pleje, der kan være et alternativ til sygehusophold: *“Provision of hospital-level care in the home may be an option for rural people in the future. A pilot project in Taranaki has commenced, which provides highly skilled nursing services to patients in their homes. Home-based care is being provided to patients who would normally be admitted to a hospital. This initiative is being trialled with patients relatively close to a base hospital. If it is successful, consideration could be given to whether this type of service could be used by rural people as long as skilled nursing, medical oversight and allied services are available”* (Ministry of Health 1999, p. 32).

Afstandene er større i New Zealand end i Danmark, men også i Danmark kunne en mulig løsning på relativt lange afstande til hospital således være at udbygge muligheder-

ne for at klare specielle sygeplejeopgaver i hjemmet gennem uddannelse eller/oplæring af sygeplejersker i distrikterne.

I Danmark kan der bygges på hjemmeplejen, der langt de fleste steder stadig udføres af kommunerne. Siden 1. juli 2002 har der imidlertid været mulighed for at etablere privat hjemmesygepleje, og fra 1. januar 2003 er der i kommunerne indført frit valg af leverandør af praktisk hjælp og personlig pleje, hvilket betyder, at der i en række kommuner kan være forskellige operatører på banen, når der skal udføres specielle plejeopgaver i et hjem. Der vil som regel være brug for en række understøttende funktioner til den egentlige sygepleje. Det stiller særlige krav til koordination af indsatsen. Kommunerne skal endvidere organisere sig i en afdeling, som har myndighedsopgaver, og som visiterer til praktisk hjælp og personlig pleje, og i en afdeling, som på linje med private leverandører, udfører de visiterede opgaver. For sygehusene betyder det, at der ved visitation samarbejdes med én organisation, og ved et eventuelt samarbejde om udførelse af plejen samarbejdes med en anden organisation.

## 2.2 Formål og problemstillinger

Udviklingstendenserne berører en række forhold i samarbejdet og opgavefordelingen mellem sygehus og kommune: fx opgavefordeling ved almindelige plejeopgaver, genoptræning, forebyggelse af indlæggelser af overvejende sociale årsager, samarbejde ved udskrivning og tilrettelæggelse af hjemkomsten efter udskrivning. Disse problemstillinger er imidlertid belyst gennem en række tidligere undersøgelser og udredningsarbejder (se fx Hansen m.fl. 1997; Amdtsrådsforeningen i Danmark 1995; Alban m.fl. 1988; Indenrigsministeriet 1985), ligesom der er udformet regler, indgået aftaler og udviklet strukturer til at håndtere disse problemstillinger. Der har hidtil været mindre fokus på udførelsen af mere specielle plejeopgaver, der omfatter en række instrumentelle sygeplejeydelser såsom blodsuktermåling, anlæggelse af duodenalsonde og venflon (intravenøs adgang), og som forudsætter en særlig sygeplejefaglig kompetence eller rutine. Udførelse af sådanne opgaver uden for sygehus er i en række tilfælde en forudsætning for, at liggetid på sygehus kan afkortes eller helt undgås.

Udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus stiller i mange tilfælde særlige krav til samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje, og betingelserne for at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus vil derfor i særlig grad være påvirket af en række af de strukturelle ændringer, som har fundet sted eller er undervejs i sygehusvæsenet og i kommunerne.

Der er næppe tvivl om, at pleje i hjemmet frem for på sygehus i mange tilfælde er en økonomisk fordel for samfundet og et gode for patienterne, men hvordan er mulighederne i dag, og hvordan kan pleje uden for sygehus styrkes?

Udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus kan i mange tilfælde ikke stå alene, som alternativ til ophold på sygehus. Der skal være mulighed for at etablere et tilsyn, der giver borgerne den fornødne tryghed til at kunne mestre et sygdomsforløb, og der kan være brug for, at et sådan tilsyn etableres med kort varsel. Der kan endvidere væ-

re brug for psyko-social og emotionel støtte samt undervisning af patienter for at overvinde og tilpasse sig plejebenhov og måske kroniske helbredstab.

Der kan være tilfælde, hvor der er brug for så hyppige tilsyn, at pleje i hjemmet som alternativ til sygehusophold ikke er hensigtsmæssig. Der kan endvidere være enlige, som er utrygge ved at opholde sig alene i hjemmet med et stort plejebenhov. Her kunne ordninger med sengepladser, der kan henvises til med kort varsel, og hvor der udføres specielle plejeopgaver og et tæt tilsyn, være et alternativ.

Udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus forudsætter antagelig i en del tilfælde en form for medvirken af specialuddannede læger eller sygeplejersker fra sygehus til fx supervision eller oplæring af plejepersonalet i primærsektoren. Spørgsmålet er, hvordan der organisatorisk kan etableres et samarbejde mellem sygehus og kommune omkring etablering af specielle plejeopgaver uden for sygehus?

*Hovedformålet med denne undersøgelse er således, at afdække mulighederne for at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus og dermed reducere behovet for indlæggelse og ophold på sygehus.*

Hovedproblemstillingen i undersøgelsen har været:

*Hvordan kan mulighederne for at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus styrkes?*

Dette er belyst gennem svar på bl.a. følgende spørgsmål:

I hvilket omfang kan kommunerne i dag udføre specielle plejeopgaver og under hvilken form? Hvad gør det muligt, og hvad forhindrer det?

I hvilke tilfælde kan specielle plejeopgaver mest hensigtsmæssigt ud fra borgernes ønsker og behov og ud fra økonomiske betragtninger varetages i hjemmet og i hvilke i særlige centre?

Hvordan kan udførelse af specielle plejeopgaver organiseres – eventuelt på tværs af sygehus og kommune – under hensyntagen til udviklingen i strukturen i sundhedsvæsenet og i kommunerne?

## 2.3 Afgrænsning og metode

Den overordnede model til at belyse de formulerede problemstillinger har været følgende:

- En kortlægning gennem en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne af deres udførelse af specielle plejeopgaver, af eksistensen af særlige ordninger, som har til formål et forebygge ophold på sygehus og af samarbejde mellem kommune og henholdsvis sygehus og praktiserende læger. Resultaterne herfra findes i kapitel 3 og 4.

- En opsamling af erfaringer fra danske ordninger, som har til formål at forebygge hovedsageligt ældres indlæggelse på sygehus. Opsamlingen baserer sig på foreliggende undersøgelser og interview af nøglepersoner i tilknytning til udvalgte ordninger. Disse erfaringer er indeholdt i kapitel 5.
- Et litteraturstudie af udenlandske erfaringer med ordninger, der har til formål at erstatte ophold på sygehus. Litteraturstudiet er rapporteret i kapitel 6.

De forskellige dele skal hver for sig og tilsammen belyse undersøgelsens problemstillinger.

### 2.3.1 Afgrænsning

Problemområdet er fokuseret på voksne borgere over 18 år med somatiske lidelser eller social-medicinske tilstande, og som enten har behov for plejeydelser, der kræver særlig kompetence, og/eller hurtig hjælp. Der skelnes ikke i fremstillingen konsekvent mellem hjemmesygepleje og hjemmepleje. Hjemmesygepleje kan opfattes som en del af hjemmeplejens ydelser og er ofte integreret med ydelsen af praktisk bistand og personlig pleje.

Ved beskrivelsen af danske og udenlandske ordninger har projektgruppen opstillet en række generelle indikatorer, der søges belyst i de forskellige undersøgelser i et forsøg på at gøre ordningerne sammenlignelige. Disse indikatorer er: Baggrund for ordningen, finansiering, organisatoriske forhold, visitation, personale (kræves særlig kompetence), patientkategori, opgavetyper, ressourcer/økonomi og subjektive vurderinger fra behandlere og patienter/pårørende.

Undersøgelsen har ikke beskæftiget sig specielt med begrebet sundhedscentre, som dækker over tilbud med meget forskelligt indhold. I stedet er undersøgelsen afgrænset til at opsamle erfaringer fra ordninger, der indeholder sengepladser til et midlertidigt ophold, som erstatter indlæggelse og ophold på sygehus.

### 2.3.2 Metode

#### *a) Spørgeskemaundersøgelse*

Til kortlægning af kommunernes udførelse af specielle plejopgaver gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse i et tilfældigt udvalg af kommuner<sup>1</sup>. Der sigtedes mod at udvælge 120-130 kommuner, altså omkring halvdelen af kommunerne. Kommunerne blev grupperet efter størrelse, og inden for hver gruppe valgtes halvdelen tilfældigt. I alt blev der udvalgt 133 kommuner, og alt i alt endte vi med at få svar fra 92% af kommunerne, hvoraf 3% dog ikke havde besvaret hele skemaet.

Undersøgelsen skulle afdække situationen, som den var på undersøgelsestidspunktet, herunder hvilke forudsætninger der skal være opfyldt, for at kommuner kan udføre specielle plejopgaver, som ofte forudsætter en særlig sygeplejefaglig kompetence eller rutine. Undersøgelsen omfattede i øvrigt særlige ordninger i kommunerne, samarbejde mellem sygehus og kommune, faglig udvikling i samarbejde mellem kommune og sygehus, kom-

---

<sup>1</sup> Spørgeskemaet kan udleveres ved henvendelse til forfatterne.

munernes samarbejde med praktiserende læger om specielle plejeopgaver og behov for nye foranstaltninger, for at kommunerne kan udføre flere specielle plejeopgaver. Undersøgelsen blev gennemført ved hjælp af et spørgeskema, som skulle udfyldes via internettet. Svar fra spørgeskemaerne blev kombineret med data om kommunernes indbyggertal, andel indbyggere over 67 år, befolkningstætheden, udgiftsbehov pr. indbygger, beskatningsgrundlag pr. indbygger (også efter udligning), bruttoudgifter til ældreomsorg pr. indbygger og ældreudgifter pr. hhv. 67+-årige og 75+-årige (brutto og netto).

København og Frederiksberg Kommuner samt Bornholms Regionskommune indgik ikke i undersøgelsen på grund af dels deres specielle struktur, dels de nylige organisatoriske ændringer på Bornholm. Blandt de øvrige kommuner blev indbyggertallet anvendt som udvælgelseskriterium for at sikre, at de udvalgte kommuner afspejler kommunernes størrelse målt på indbyggertal.

Som svarperson blev i hver kommune udvalgt en person, som både kunne svare for kommunen som helhed og samtidig havde en sygeplejefaglig viden, da besvarelse af mange af spørgsmålene i spørgeskemaet forudsatte en sådan viden. For de store kommuner, der ofte er delt op i flere områder, har vi forsøgt at finde en koordinerende person. Det kunne være en områdeleder, ældrechef eller ledende sygeplejerske, mens det for de mindre kommuner i hovedregelen var den ledende sygeplejerske, der var svarperson. Via Kommunelhåndbogen, internettet og telefonomstillingerne i de enkelte kommuner fandt vi frem til navnet på den relevante person, postadressen samt en e-mailadresse.

De udvalgte svarpersoner fik tilsendt et introduktionsbrev, som redegjorde kort for undersøgelsen, og som varslede, at der i den efterfølgende uge ville komme en e-mail med et link til et internetspørgeskema, som skulle besvares inden 14 dage. De 14 dage blev udvidet til 3 uger. Flere respondenter fik tilsendt en papirudgave af spørgeskemaet for at kunne involvere flere personer i besvarelsen af skemaet.

Analyser af spørgeskemadata har dels været beskrivende, dels bestået i bivariante og multivariate analyser af statistiske sammenhænge. Til bedømmelse af statistisk signifikans af sammenhænge har der generelt været anvendt et 95%-niveau, der angiver, at en funden sammenhæng med 95% sandsynlighed er sand. På grund af det beskedne antal observationer, er der dog i enkelte tilfælde refereret sammenhænge, der ikke helt lever op til dette niveau.

#### *b) Erfaringer fra danske ordninger*

I foråret 2003 blev der foretaget en rundringning til alle amter for at kortlægge aftaler mellem amter og kommuner om særlige ordninger, der er et alternativ til sygehusindlæggelse. Projektgruppen modtog materiale om de indgåede aftaler, som vedrørte akutstuer, akutteam, terminal pleje og genoptræning eller udskrivningspladser.

Projektgruppen har herefter foretaget semistrukturerede interview af repræsentanter for ledelse og plejegrupper fra udvalgte ordninger for at indhente erfaringer med "akutteam" og "akutstuer". Læger og sygeplejersker fra nogle tilhørende sygehusafdelinger og lægepraksis er interviewet om deres erfaringer med disse ordninger. Formålet med interviewene var at få indsigt i plejeopgaver på og uden for sygehus i dag. Hvad sker der, og hvad kan lade sig gøre? Formålet var endvidere at få nogle bud på, hvilke specielle pleje-

opgaver der vil kunne udføres uden for sygehus. Endelig var formålet at indhente erfaringer med særlige tiltag, der har ”flyttet” plejeopgaver uden for sygehus.

De udvalgte ordninger er:

- akutstuer i Næstved Kommune,
- akutstuer i Fuglebjerg Kommune,
- akutteam i Helsingør Kommune.

Der har i tilknytning hertil været gennemført interview med nøglepersoner på Næstved og Helsingør Sygehus samt med to praktiserende læger i Helsingør Kommune.

I interviewene indgik følgende hovedtemaer:

- Udviklingen i opgavefordeling af plejeopgaver.
- De særlige ordningers opbygning og funktionsmåde samt erfaringer med ordningerne.
- Muligheder og vilkår for at udføre særlige plejeopgaver uden for sygehus.

Samme interviewguide<sup>2</sup> er benyttet til alle interview, og vurderinger og synspunkter stammer fra disse interview. De udvalgte ordninger er beskrevet i kapitel 5, hvor der gives en kort beskrivelse af erfaringer fra ordningerne på grundlag af interview, samarbejdsaftaler, projektbeskrivelser og årsrapporter fra akutstuerne. Der er endvidere benyttet information fra tidligere undersøgelser af akutstuer.

### *c) Litteraturstudie af udenlandske ordninger*

Der har været søgt i danske og udenlandske søgemaskiner. Af danske søgeord er bl.a. benyttet: akut pleje, akut team, akutpladser, intensiv/speciel pleje uden for sygehus, undgå unødige indlæggelser mv. Af udenlandske søgeord er der brugt: Home hospital, Intensive care after care, Intermediate care, Hospital in home (HIH), hospital at home care, avoidance admission mv.

Søgninger er foretaget i Medline på følgende emner:

Home-Care-Services-Hospital-Based and  
Lung-Diseases-Obstructive/all  
Pulmonary-Disease-Chronic-Obstructive/all  
Kidney-failure  
Renal-Dialysis/all  
Terminal-Care/all  
Intermediate care  
Home-Care-Services and Diabetes-Mellitus-Non-Insulin-Dependent  
Hemodialysis-Home/all and meta-analysis.

---

<sup>2</sup> Interviewguide kan udleveres ved henvendelse til forfatterne.

Søgningen er begrænset til følgende lande: Storbritannien, Norge, Sverige, Finland og Danmark.

Desuden er der foretaget søgning i DSI's database indeholdende såvel bøger/rapporter som artikler på emneordene:

Kronisk sygdom og primær sundhedstjeneste  
Lungesygdomme  
Sukkersyge  
Nyresygdomme  
Fordøjelsessystemlidelser

Der er tillige søgt litteratur om emnet i fuldtekstdatabaserne:

Ugeskrift for læger  
Månedsskrift for Praktisk Lægegerning  
Sygeplejersken,

og der er via internettet søgt information om udgivelser om emnet hos relevante patientforeninger.

Resultatet af søgningen fremgår af litteraturlisten. I kapitel 6 og 7 er valgt udelukkende at referere eksempler fra Danmark og Storbritannien. Der gengives dog et enkelt review-studie, som er baseret på studier fra et bredere felt af lande. Man skal naturligvis være opmærksom på, at de britiske erfaringer er opnået under forhold, der afviger fra de danske. Fx er dækningen med offentlig finansieret hjemmehjælp betydeligt større i Danmark end i Storbritannien (se fx Pacolet m.fl. 2000).

Der er sideløbende fremskaffet referencer fra udvalgte artikler, bøger og rapporter.

En del af den udenlandske litteratur er alene anvendt som baggrundsviden, da litteraturen i de engelsktalende lande inden for ovennævnte begreber er meget omfattende. Dette har på et givet tidspunkt givet anledning til at afgrænse søgningen af den udenlandske litteratur til evalueringer og randomiserede undersøgelser som væsentligste datakilde.

Den danske litteratur er præget af en del "grå litteratur" i form af debatoplæg, artikler samt deskriptive rapporter om forskellige kommunale ordninger, der har til formål at undgå unødige indlæggelser.

### **3 Udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus**

Gennem en spørgeskemaundersøgelse til kommunerne ønskedes dannet et billede af, hvilke specielle plejeopgaver kommunerne i dag kan klare hos borgere i eget hjem eller på institution. Fokus er på de ydelser, som ofte kræver særlig sygeplejefaglig indsigt og kompetence med brug af instrumentel sygepleje og teknisk hjælpedstyr. En del af disse særlige ydelser udføres erfaringsmæssigt allerede i dag i mange kommuner, hvorfor formålet med spørgeskemaet dels har været at gøre status, dels at undersøge potentialet fremover.

Den primære sundhedssektor skal i princippet tage sig af behandling og pleje af alle tilstande og diagnoser og har således et bredt afsæt, og derfor afspejler de plejeopgaver, der indgår i undersøgelsen, en stor del af bredden. Relevansen og omfanget af de plejeopgaver, der indgår, har været drøftet med interviewpersonerne på de udvalgte cases og med projektets følgegruppe.

#### **3.1 Behandling og pleje i hjemmet**

Mange borgere ønsker at blive behandlet og plejet i egen bolig, hvis de føler sig trygge ved de muligheder, og også kan affinde sig med de begrænsninger, hjemmebehandling indebærer. Hjemmeplejens personale har på samme måde en række forudsætninger, som skal være opfyldt, før specielle plejeopgaver kan lade sig gøre på forsvarlig vis. Det drejer sig først og fremmest om etablering af et velfungerende samarbejde med egen læge, sygehus eller andre fagpersoner, der er behov for til at løfte opgaven. Dernæst kommer de sanitære forhold i hjemmet, indretningen (er der plads til en hospitalsseng, er der plads til eventuelle hjælpemidler og en hjælper på badeværelset...), hensynet til om patientens lidelse og psyke tillader det, hensynet til de pårørende osv. En række af de specielle plejeopgaver, der omtales, kan udføres af social- og sundhedsassistenter. Der tages ikke i denne fremstilling stilling til, hvilke plejeopgaver der kan eller bør udføres af sygeplejersker og hvilke af social- og sundhedsassistenter. Der er endda opgaver, som vil kunne delegeres til patienten selv eller dennes pårørende, hvis en opgave på den måde kan udføres på kompetent vis. Når der i teksten nævnes sygeplejersker, kan teksten lige så vel gælde social- og sundhedsassistenter med den relevante faglige kompetence.

Når de rette omstændigheder er på plads, vil det ofte være mest naturligt og praktisk, at sygeplejersken selv udfører ”den tekniske del” af en instrumentel plejeopgave af flere årsager:

- helhedspleje er sygeplejerskens ekspertiseområde
- lægen kan ikke nå det hele selv, men det vil altid være i et samarbejde med en læge
- sygeplejersken, der har den nære kontakt med patienten, opdager problemet først
- sygeplejersken får bedre forståelse for, hvordan teknikken virker, og opnår håndlag og rutine med den evt. nye teknologi
- der skabes kontinuitet for patienten (så få forskellige behandlere i hjemmet som muligt)
- det ofte tætte kendskab til patientens habituelle tilstand, vaner og psyke gør, at sygeplejersken, der observerer, bedre forstår patientens reaktion i den nye situation
- som udvikling af sygeplejefaget
- en koordinerende rolle i behandlesystemet.

Lovgrundlaget for uddelegering af opgaver mellem faggrupperne findes i Lægeloven og Lov om sygeplejersker. Der er både en central styrelseslov og speciallove om autoriserede sundhedspersoners opgaver. Lovgivningen er dog ret diffus, og grænserne flydende, men fælles for læger og sygeplejersker gælder det: *”at de både er selvstændigt ansvarlige for udførelsen af deres arbejdsopgaver efter god faglig standard og for kun at påtage sig opgaver, hvortil de har de fornødne kvalifikationer og om nødvendigt søge bistand af bedre kvalificerede”* (Amtsrådsforeningen i Danmark 1994; Sundhedsstyrelsen 1998).

I praksis betyder Lægeloven, at den ordinerende læge kan og ofte af hensyn til arbejdsbyrden bliver nødt til at uddelegere opgaver til andre faggrupper fx sygeplejersker. Lægen har ansvaret for, om opgaven er korrekt udført, hvilket dog ikke betyder, at lægen skal påse, hvordan opgaven udføres. Sygeplejersken er ifølge Lov om sygeplejersker selv ansvarlig for at sige fra over for opgaver og at sikre sig den nødvendige oplæring.

### 3.2 Eksempler på specielle plejeopgaver i hjemmet

Ved udvælgelse af specielle opgaver til denne undersøgelse er der hentet inspiration fra Schaeffer & Ewers (2002), som opregner et bredt spektrum af ”teknikintensive” plejeydelser, som i dag vil kunne udføres i hjemmet (op.cit., p. 162). De kan kategoriseres under følgende:

1. Pleje ved åndedrætsbesvær
2. Sondeernæring
3. Intravenøs tilførsel af væske og medicin
4. Patientovervågning
5. Elektrostimulation<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Elektrostimulation anvendes til smertekontrol, muskelkontraktion eller til at stimulere genopbygning af knoglevæv. Elektrostimulation gives for at reducere kroniske eller postoperative smerter eller for at stimulere muskelkontraktion. Elektrostimulation anvendes også til at stimulere nydannelse af knoglevæv ved fx

6. Indsats med understøttende hjælpemiddel
7. Behandling og forebyggelse af liggesår.

Der er ikke enighed om en definition af, hvad der kan betegnes som ”hightech hjemmepleje”, men fra en amerikansk undersøgelse er der en række plejeopgaver, som et stort antal ledere af hjemmeplejetjenester betegnede som hightech ydelser: Intravenøs tilførsel af væsker og medicin, infusion af blodkomponenter, betjening af vejrtrækningsudstyr, sondeernæring, dialyse, smerteterapi og kardiologisk telemetri (op.cit., p. 162).

Med udgangspunkt heri er der udvalgt en række eksempler på specielle plejeopgaver med henblik på at afdække deres udførelse i danske kommuner. Eksemplerne (baseret på Lorenzen m.fl. 1999) udgør for hovedparten ydelser, som er et led i et behandlingsforløb, der er etableret på sygehus, og som skal fortsætte i hjemmet. Hjemmeplejen modtager på forskellig vis information om patienten, dennes behandlingsplan, tider for ambulans kontrol, tilsyn fra udkørende team mv. Sygeplejersken har en selvstændig kompetence til at udføre opgaverne, og i nogle tilfælde initierer sygeplejersken selv den særlige ydelse, som ved de udvalgte ydelsestyper dog altid forudsætter en fast eller ”efter behov-ordination” (en såkaldt p.n.-ordination). Sidstnævnte eksempler er markeret med kursiv. Sygeplejersken har pligt til at dokumentere sine handlinger. Ud over den instrumentelle udførelse af de specielle plejeopgaver kan sygeplejersken have en vejledende eller pædagogisk rolle over for patient og pårørende i forbindelse med udførelsen af plejen.

### **Ilterapi**

*Formål:* at styrke vejrtrækningen ved at tilføre ilt til lungerne, bedre luftskiftet og dermed iltningen af blodet.

Ved ilterapibehandling får patienten tilført ilt via et næsekateter med slange tilsluttet en iltbombe. Indstilling af ilttilførsel angives ved liter pr. minut og ordineres typisk af speciallæge.

Opgaven over for brugeren er dels pædagogisk, dels instrumentel. Sygeplejersken skal sikre, at patienten benytter apparaturet rigtigt og er tryk ved anvendelsen samt sikre, at hjælpemidlet fungerer og er korrekt indstillet. Udstyret skal renses og enkeltdele udskiftes efter forskrift.

### **Inhalationsmaske**

*Formål:* at styrke vejrtrækningen ved at udvide luftvejene med medicin for at bedre luftskiftet og iltningen af blodet.

En inhalationsmaske forstøver medicin i form af væske, således at patienten indånder medicinen direkte ned i luftvejene og derved styrker vejrtrækningen. Sygeplejersken optræder som hjælper, når patienten ikke selv er i stand til at administrere medicinen, samle inhalationsmasken og tage den på. Sygeplejersken har også en pædagogisk rolle,

---

komplicerede frakturer, medfødt pseudoartrose, som er en falsk betændelseslignende tilstand i led, eller ved dårligt helende brud.

da patienten ofte er i en angst tilstand på grund af åndenød. Udstyret skal renses og enkeltdele udskiftes efter forskrift.

*Eksempel på en "efter behov(p.n.)-ordination": Sygeplejersken i hjemmet observerer åndenød hos borgeren og iværksætter brug af ordineret medicin via en inhalationsmaske. Hændelsen konfereres efterfølgende med egen læge, når tilstanden kræver dette.*

### **Fasteblodsukker/blodsukker**

*Formål:* at kontrollere borgerens blodsukker som tegn på sukkersyge eller kontrol af kendt sukkersyge

Blodsukkerprøven tages i patientens fingerspids eller øre ved hjælp af en pen med nål i spidsen. Prøven analyseres straks af sygeplejersken ved hjælp af et blodsukkerapparat, hvor værdien aflæses som et decimaltal.

Sygeplejersken har en vejledende og pædagogisk rolle afhængigt af, hvor godt kendt patienten er med selve proceduren, diabetes, levevis og hygiejniske principper for blodsukkermåling.

*Eksempel a) Sygeplejersken foretager efter aftale med egen læge en prøve til at måle fasteblodsukker på begrundet mistanke om sukkersyge.*

*Eksempel b) Sygeplejersken foretager efter aftale med egen læge/speciallæge blodsukkermålinger ofte forud for ambulat kontrol for kendt sukkersyge.*

*Eksempel c) Sygeplejersken observerer, at sukkersygepatienten muligvis er ved at udvikle chok eller insulintilfælde og kontrollerer bl.a. blodsukkerværdien. Herefter konfereres med læge (efter behov-ordination).*

### **Duodenalsonde**

*Formål:* at sikre hel eller delvis ernæring, væske eller medicin til patienter, som har problemer med at indtage disse gennem munden.

En sonde føres gennem næsesvælget til mavesækken. Kontrol af, om sonden ligger i mavesækken, kan i hjemmet foretages ved at trække mavesaft op i en sprøjte via sonden og lytte med et stetoskop på maven samtidig med, at der blæses luft ned i sonden. (På sygehuset foregår kontrol af sondens placering med røntgen.) Sonden fikseres med plaster på patientens hud, så den ikke falder ud. Herefter kan flydende kost og knust eller flydende medicin suppleret med lunkent vand føres gennem sonden. Sonden skylles efter med lunkent vand, lukkes med en studs og fikseres til huden.

*Eksempel: Sygeplejersken har over nogle dage observeret, at patienten har problemer med at indtage selv flydende kost og/eller medicin, hvorfor sondeanlæggelse kan være en mulighed. Sygeplejersken aftaler med egen læge/speciallæge selv at påtage sig opgaven, som hun har kompetence til at udføre.*

### **Abdominal fødesonde (PEG-sonde)**

*Formål:* at give ernæring uden om tarmen til patienter, der ud fra bagvedliggende diagnose har behov for parenteral ernæring i mere end 14 dage.

PEG-sonden er første gang anlagt på sygehus ved hjælp af et kikkertindgreb direkte ind i mavesækken gennem bugvæggen (Perkutan endoskopisk gastronomi/PEG-sonde). Sonden er ofte syet fast til huden på maven for ikke at falde ud. Indstiksstedet efterses for betændelse og renses efter forskrift. Flydende kost og knust eller flydende medicin suppleret med lunkent vand føres gennem sonden. Sonden skylles efter med lunkent vand, lukkes med en studs og holdes ofte på plads med et plaster til huden.

### **Topkateter**

*Formål:* at tømme blæren for urin som en midlertidig eller permanent løsning for patienter med tømningproblemer ud fra bagvedliggende årsag.

Et topkateter skal første gang anlægges på sygehuset ved et kikkertindgreb direkte ind i blæren gennem bugvæggen. Ved udskiftning af topkateter kræves rene omgivelser og kateterspidsen holdes steril. En udskiftning foregår altid planlagt, idet det gamle kateter trækkes ud, hvorefter det nye kateter inden for få minutter føres gennem indstiksstedet i huden ind i blæren. Ellers risikerer man, at de forskellige hudlag lukker sig om indstiksstedet, og da vil det være yderst risikabelt at indføre kateteret af hensyn til alvorlige infektioner i bughulen.

Kateteret fikseres og indstiksstedet renses efter forskrift. Kateteret tilsluttes en urinpose med slange.

### **Anlæggelse af blærekateter på mænd**

Både mænd og kvinder kan få behov for anlæggelse af blærekateter i situationer, hvor patienten af flere årsager ikke er i stand til at komme af med urinen på normal vis. Anlæggelse af blærekateter på kvinder anses for en let og ukompliceret sygeplejeopgave pga. det korte urinrør, mens (ældre) mænds anatomi gør, at det kan være mere kompliceret. Med stigende alder ses hyppigere forstørret prostata, som bevirker, at passagen af kateteret bliver mere snæver med risiko for blødning og andre komplikationer. Dette er ligeledes tilfældet ved cancer af prostata, hvorfor man må være opmærksom på disse lidelser.

*Formål:* at tømme blæren for urin som en midlertidig eller permanent løsning for patienter med tømningproblemer ud fra bagvedliggende årsag.

Det sterile kateter føres ind efter forskrift og hygiejniske principper. Til fiksering fyldes en vandballon i kateterspidsen, som er placeret i blæren. Kateteret tilsluttes en urinpose med slange.

*Eksempel:* Sygeplejersken observerer, at patienten har en fyldt blære, som denne ikke kan tømme på normal vis, hvorfor engangskateter/blivende kateter efter aftale med egen læge anlægges.

### **Peritonealdialyse**

*Formål:* teknik ved kronisk nyreinsufficiens til erstatning af nyrenes funktion.

Der anvendes forskellige former i eget hjem. Kronisk ambulat peritonealdialyse (CAPD) også kaldet ”posedialyse” og kontinuerlig cyklisk peritonealdialyse (CCPD). Dialysekateteret anlægges på sygehus ved et kirurgisk indgreb. Dialysevæsken tilføres patienten via et sterilt kateter efter forskrift. Det største problem er risikoen for at påføre patienten bughindebetændelse.

CAPD udføres ved indhældning af 1-3 liter dialysevæske over 4-6 timer med udløb efter 4-6 timer. Dette gentages 4 gange i døgnet. CCPD udføres af en dialysemaskine i nattetimerne, mens patienten sover. Der ind- og udhældes 15-20 liter i 1-2 liters skift. Opgaven varetages typisk af specialtrænede sygeplejersker (nefrologisk sygeplejerske)<sup>4</sup>.

### **Hæmodialyse**

*Formål:* En relativ kompliceret teknologi ved kronisk nyreinsufficiens til erstatning af nyrenes funktion. En teknologi, som gør hjemmebehandling lettere, er under fortsat udvikling.

Dialysekateteret anlægges på sygehus ved et kirurgisk indgreb, hvor det at finde et egnet kar til dialysekateteret hos patienten ofte udgør et stort problem. I de fleste tilfælde er der behov for at dialysere 3-5 timer 3 gange ugentligt. Nogle patienter får blodtryksfald og ”muskelkramper” under dialysen, som dog ofte kan modvirkes af dialysevæskens indhold. Opgaven varetages typisk af specialtrænede sygeplejersker (nefrologisk sygeplejerske).

### **Sårbehandling efter organkirurgi**

*Formål:* optimal sårheling uden infektion efter operation.

Sygeplejersken behandler såret, men steril teknik er ikke nødvendig, da patienten er udsat for færre bakterier i eget hjem end på sygehus. Smertestillende medicin kan være nødvendig før et sårskift, hvorfor dette tidsmæssigt passes ind. De nødvendige forbindinger og skiftehyppighed vurderes ud fra viden om optimal heling til denne type sår samt under hensyntagen til mulighed for mobilisering af patienten.

### **Anlæggelse af venflon og observation af i.v. væskeindløb og medicin**

*Formål:* at tilføre tilstrækkelig væske og/eller medicin til patienter, som er ude af stand til at indtage disse gennem munden.

Sygeplejersken finder en egnet vene og fører ved steril teknik en nål ind i venen med et kateter vedhæftet. Herefter fikseres kateteret til huden med plaster. En venflon kan tilsluttes en kateterslange, der er forbundet til forskellige væsker (evt. indeholdende medicin), som patienten har brug for, også kaldet i.v. væske (intravenøs). Opgaven består efter anlæggelsen i at observere, om væsken løber ind som tegn på, at venflon ligger korrekt, samt at indstiksstedet er fri for betændelsesreaktion. Særlig i.v. medicin kan gives alene gennem venen (i.v.), hvor omhyggelig omgang med i.v.-kanylen og indstikssted efter forskrift og hygiejniske principper er nødvendig.

---

<sup>4</sup> I 1997 var der 1606 patienter i kronisk dialyse, hvoraf 30% var i peritonealdialyse fortrinsvis i hjemmet.

*Eksempel a): Sygeplejersken har gennem flere dage observeret, at patienten ikke indtager tilstrækkelig væske og heller ikke kan sluge tabletter. Duodenalsonde er forsøgt.*

*Eksempel b) Sygeplejersken observerer, at patientens venflon er faldet ud eller bør skiftes pga. infektionstegn.*

I begge tilfælde aftaler sygeplejersken med egen læge/speciallæge selv at påtage sig opgaven, som hun har kompetence til at udføre.

### **Centralt venekateter (CVK)**

*Formål:* at tilføre tilstrækkelig væske, ernæring og/eller medicin over en længere periode til patienter, som er ude af stand til at indtage disse gennem munden, og hvor en venflon ikke er hensigtsmæssig.

Central kateterteknik foregår via et kateter anlagt i en central vene under et kirurgisk indgreb. Der findes flere typer katetre, hvor valget af type afhænger af, hvor længe lægen regner med, at patienten skal have tilført ernæring og/eller medicin uden om tarmen. Ernæringsmidlerne er lægeordinerede og dækker enten helt eller delvist patientens ernæringsmæssige behov. Sygeplejersken tilfører de ønskede væsker via en kateterslange tilsluttet det centrale kateter. Indløbshastighed er vigtig at overholde, ligesom patientens tilstand og tilsyn af indstiksstedet på huden for betændelsesreaktion holdes under observation.

### **Epiduralt kateter**

*Formål:* en af flere måder at tilføre patienten smertestillende medicin på, når denne er ude af stand til at sluge tabletter, benyttes ofte i et terminalt forløb, hvor venflon ikke er hensigtsmæssig.

Et kateter er placeret mellem rygsøjlels hinder (dura) og knoglerne, anlæggelsen foregår på sygehus. Sygeplejersken kan indgive den ordinerede smertestillende medicin til epiduralt brug via en indstillelig pumpe. Omhyggelig omgang med pumpe og indstikssted efter forskrift og hygiejniske principper samt fiksering af kateter på patientens hud er nødvendig.

### **Subcutan pumpe**

*Formål:* en af flere måder at tilføre patienten smertestillende medicin på, når denne er ude af stand til at sluge tabletter, benyttes ofte i et terminalt forløb.

En tynd nål er placeret i mavens underhud Dette foregår første gang på sygehus. Nålen er fikseret til huden og indstiksstedet observeres efter forskrift. Nålen er forbundet til pumpen med en kateterslange og er indstillet til at levere den ordinerede mængde smertestillende medicin over tid.

En trænet sygeplejerske kan anlægge en subcutannål til pumpen i hjemmet.

### 3.3 Kommunernes udførelse af specielle plejeopgaver

I kortlægningen har været specificeret 18 specielle plejeopgaver, og de er eksempler på instrumentelle plejeopgaver, som man kan komme ud for at skulle udføre i kommunerne. Kommunernes udførelse af de udvalgte specielle plejeopgaver kan altså betragtes som en indikator for kommunernes parathed til at udføre specielle plejeopgaver, der i varierende grad forudsætter en vis sygeplejefaglig indsigt, kompetence og rutine.

I tabel 3.1 nedenfor er en oversigt over de specielle plejeopgaver, som indgår i undersøgelsen, og kommunernes angivelse af, om de har udført plejeopgaven inden for et halvt år eller uden videre kan udføre den, eller om kommunerne vurderer, at de ikke kan udføre opgaven.

Tabel 3.1 Specielle opgaver opgjort efter, hvor stor en *procentandel* kommuner, der angiver inden for et halvt år at have udført dem eller uden videre at kunne udføre dem, og efter hvor stor en *procentandel* kommuner, der angiver ikke at kunne udføre dem

	Har udført eller kan uden videre	Kan ikke/ved ikke
	Procentandele	
Kontrollere blodsukker	98	1
Yde pleje ved abdominal fødesonde	97	-
Sårbehandling efter organkirurgi	92	2
Assistere ved inhalationsmaske	91	3
Stå for ilterapibehandling	86	5
Måle fastebloodsukker	86	7
Forestå smerteterapi via epiduralkateter anlagt på sygehus	66	4
Passe centralt venekateter (CVK)	62	7
Anlægge blærekateter på mænd	62	11
Forestå smerteterapi via subcutanpumpe anlagt på sygehus	56	2
Anlægge duodenalsonde	57	15
Udskifte topkateter	48	25
Foretage indgift af intravenøs væske og elektrolytter	40	17
Forestå smerteterapi via centralt venekateter anlagt på sygehus	32	17
Forestå smerteterapi via intravenøs adgang	25	20
Foretage peritonealdialyse	23	35
Anlægge venflon	11	49
Foretage hæmodialyse	4	73

Anm.: Procentgrundlaget er 120 kommuner. Den procentandel, der mangler, for at tallene vandret summerer til 100, udgøres af kommuner, der har svaret ”under visse omstændigheder”.

Som det fremgår, er kontrol af blodsukker den opgave, som flest kommuner vurderer sig i stand til at udføre, mens kun ganske få kommuner vurderer at kunne foretage hæmodialyse.

For overskuelighedens skyld har vi i det følgende opdelt de specielle plejeopgaver i fire kategorier:

1. Specielle plejeopgaver, som mere end 75% af kommunerne angiver at have udført inden for det seneste halve år eller at kunne udføre uden videre.
2. Specielle plejeopgaver, som 51-75% af kommunerne angiver at have udført inde for det seneste halve år eller at kunne udføre uden videre.
3. Specielle plejeopgaver, som 26-50% af kommunerne angiver at have udført inden for det seneste halve år eller at kunne udføre uden videre.
4. Specielle plejeopgaver, som op til 25% af kommunerne angiver at have udført inden for det seneste halve år eller at kunne udføre uden videre.

Vi har ved denne kategorisering ikke skelnet mellem, om en kommune angiver, at den *har* udført opgaven, eller om den *ikke har* udført opgaven inden for et halvt år, *men mener sig i stand* til at udføre den uden videre. Det skyldes, at der kan være opgaver, som ikke opstår så hyppigt, at de forekommer i alle kommuner inden for et halvt år, men når der i en kommune angives, at opgaven kan udføres uden videre, må vi gå ud fra, at der er erfaring med at udføre den, og at den nødvendige kompetence er til stede. I kommuner, hvor bestemte opgaver forekommer sjældent, opnår personalet imidlertid ikke den samme rutine, som i kommuner, hvor opgaven forekommer med en vis regelmæssighed. Udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus fx i hjemmet forudsætter, at borgeren er i en stabil tilstand.

I tabel 3.2 er vist de opgaver, som langt hovedparten af kommunerne har udført i forskelligt omfang inden for et halvt år eller mener sig i stand til at udføre uden videre, altså uden at der kræves et tættere samarbejde med sygehus eller praktiserende læge, forudgående oplæring eller andre omstændigheder.

Tabel 3.2 Specielle plejeopgaver, som mere end 75% af kommunerne har udført eller kan udføre uden videre. Tallene angiver den procentvise fordeling af kommunerne

Opgave	Har udført	Kan uden videre	Kan under visse omstændigheder	Kan ikke/ved ikke	I alt	Antal
Kontrollere blodsukker	98	-	1	1	100	120
Yde pleje ved abdominal fødesonde	92	5	3	-	100	120
Sårbehandling efter organkirurgi	89	3	5	2	99	120
Assistere ved inhalationsmaske	86	5	7	3	101	120
Stå for ilterapibehandling	83	3	9	5	100	120
Måle fastebloodsukker	76	10	9	7	101	120

Der er tale om opgaver, som mindst 85% af kommunerne har udført eller angiver at kunne udføre uden videre. Det er samtidig de opgaver, kommunerne vurderer, er blandt de

fem, der kræver flest ressourcer. Så godt som alle kommuner har kontrolleret blodsukker hos diabetikere, hvilket typisk er sket i mere end 15 tilfælde i løbet af et halvt år, og næsten alle har ydet pleje til patienter med abdominal fødesonde, hvilket dog ikke sker så ofte, idet de fleste kommuner angiver, at det er sket 1-5 gange på et halvt år, og kun 3% angiver, at det er sket mere end 15 gange.

Det er ikke helt så almindeligt at måle fastebloodsukker som en del af en udredning ved mistanke om sukkersyge. Det sker typisk 1-5 gange på et år, men i knap 20% af kommunerne er det sket mere end 15 gange, og det er kun få kommuner, som ikke vurderer sig i stand til at gøre det. Der kan dog være andre omstændigheder, end at sygeplejerskerne har den nødvendige kompetence, der skal være opfyldt:

*Klare aftaler med praktiserende læger. Hvis vi skal hjælpe med opgaven, skal det være fordi, det er godt for borgeren, og ikke fordi den praktiserende læge synes, det er nemmest for ham/hende. (Kommentar fra kommune)*

*Praktisk problem med presset morgentid. Indkøb af materiale til blodsuktermålinger. (Kommentar fra kommune)*

En række specielle plejeopgaver vurderer 51-75% af kommunerne sig i stand til at udføre, men også en del vurderer, at det er muligt under visse omstændigheder fx efter oplæring på sygehus. Opgaverne fremgår af tabel 3.3.

Tabel 3.3 Specielle plejeopgaver, som 51-75% af kommunerne har udført eller kan udføre uden videre. Tallene angiver den procentvise fordeling af kommunerne

Opgave	Har udført	Kan uden videre	Kan under visse omstændigheder	Kan ikke/ved ikke	I alt	Antal
Forestå smerteterapi via epidural-kateter anlagt på sygehus	39	27	31	4	101	120
Passe centralt venekateter (CVK)	57	5	32	7	101	120
Anlægge blærekateter på mænd	61	1	28	11	101	120
Forestå smerteterapi via subcutanpumpe anlagt på sygehus	42	14	43	2	101	120
Anlægge duodenalsonde	37	19	29	15	100	120

De to opgaver, som hyppigst har været udført af de fem opgaver, er at anlægge blærekateter på mænd og at yde sygepleje til borgere med behov for pasning af centralt venekateter (CVK). Det er knap så udbredt, at sygeplejersker i kommunerne anlægger duodenalsonde, forestår smerteterapi via epiduralkateter eller via subcutanpumpe, men en del mener, at de kan udføre disse opgaver uden videre. I en del kommuner kan sådanne opgaver kun gennemføres under visse omstændigheder:

*Ingen adgang til vagtlæge eller sygehusafdeling døgnet rundt ved problemer. Altid oplæring idet der ofte går længere tid imellem disse opgaver. Derfor ikke den store rutine, men brug for at få viden ajourført. (Kommentar fra kommune til smerteterapi via epiduralkateter)*

Det typiske er, at disse opgaver er udført højst fem gange på et halvt år, og i mindre end 5% af kommunerne er det sket mere end fem gange på et halvt år. Den eneste undtagelse er anlæggelse af blærekateter på mænd, som er udført mere end fem gange i 14% af kommunerne. Kun en mindre andel af kommunerne vurderer, at de ikke vil være i stand til at udføre disse specielle plejeopgaver, hvor anlæggelse af duodenalsonde og blærekateter på mænd synes at være det mest problematiske.

*Denne opgave er primært en lægelig opgave. Vil kunne udføres af sygeplejerske, som har urologisk erfaring. (Kommentar fra kommune)*

I tabel 3.4 er vist specielle plejeopgaver, som mindre end halvdelen af kommunerne har udført inden for et halvt år – typisk fem eller færre gange – eller vurderer at kunne udføre uden videre. De fleste vurderer sig i stand til at udføre opgaverne, men det forudsætter nogle særlige omstændigheder.

Tabel 3.4 Specielle plejeopgaver, som 26-50% af kommunerne har udført eller kan udføre uden videre. Tallene angiver den procentvise fordeling af kommunerne

Opgave	Har udført	Kan uden videre	Kan under visse omstændigheder	Kan ikke/ved ikke	I alt	Antal
Udskifte topkateter	45	3	27	25	100	120
Foretage indgift af intravenøs væske og elektrolytter	35	5	44	17	100	120
Forestå smerteterapi via centralt venekateter anlagt på sygehus	22	10	51	17	100	120

Nå det gælder udskiftning af topkateter, forudsættes der først og fremmest forudgående oplæring af sygeplejerskerne, mens indgift af intravenøs væske og elektrolytter samt smerteterapi via centralt venekateter også ofte forudsætter et tættere samarbejde med praktiserende læge og/eller sygehus.

*Mulighed for kontakt til læge på sygehuset. (Kommentar fra kommune til smerteterapi via centralt venekateter)*

De rette omstændigheder i hjemmet skal imidlertid også være til stede:

*Tæt samarbejde med klient eller pårørende, som ligeledes læres op, da hjemmepleje må kunne forlade adressen, hvor klienten befinder sig. (Kommentar fra kommune til indgift af intravenøs væske og elektrolytter)*

Nogle kommuner vurderer, at udførelse af sådanne opgaver forudsætter tilførsel af flere ressourcer.

*Det er også et spørgsmål om sygeplejeressourcer i forbindelse med løbende observation. (Kommentar fra kommune til smerteterapi via centralt venekateter)*

Det er meget tænkeligt, at i de kommuner, hvor ovennævnte opgaver har været udført, er det sket efter oplæring og i et samarbejde med sygehuset.

I tabel 3.5 er vist specielle plejeopgaver, som kun et fåtal af kommunerne har udført eller kan udføre uden videre. I ingen kommuner udføres disse opgaver mere end fem gang på et halvt år.

Tabel 3.5 Specielle plejeopgaver, som op til 25% af kommunerne har udført eller kan udføre uden videre. Tallene angiver den procentvise fordeling af kommunerne

Opgave	Har udført	Kan uden videre	Kan under visse omstændigheder	Kan ikke/ved ikke	I alt	Antal
Forestå smerteterapi via intravenøs adgang	20	5	55	20	100	120
Foretage peritonealdialyse	20	3	43	35	101	120
Anlægge venflon	7	4	40	49	100	120
Foretage hæmodialyse	3	1	24	73	101	120

Hæmodialyse i hjemmet er sjældent forekommende, og en meget stor andel af kommunerne viger tilbage fra at udføre hæmodialyse. Som eksempel på, hvilke omstændigheder der skal være til stede, nævner en kommune:

*Tilstrækkelige personaleressourcer til oplæring og rutine af flere sygeplejersker. At en voksen samboende kan medvirke ved en del af behandlingen. Kommunen har tidligere være involveret i hjemmehæmodialyse. (Kommentar fra kommune)*

Også anlæggelse af venflon forekommer sjældent i hjemmet, og i omkring halvdelen af kommunerne vurderes, at der ikke kan anlægges en venflon. Det skyldes ikke altid alene personalets manglende kompetence:

*Vores praktiserende læger vil ikke medvirke til i.v. i eget hjem. (Kommentar fra kommune til anlæggelse af venflon)*

*Anlæggelse af venflon kræver rutine, som skal vedligeholdes. (Kommentar fra kommune til anlæggelse af venflon)*

Under visse omstændigheder kan en stor andel af kommunerne foretage peritonealdialyse og forestå smerteterapi via intravenøs adgang. Disse omstændigheder er især forudgående oplæring eventuelt på sygehus og for især smerteterapi via intravenøs adgang også et samarbejde med praktiserende læge og/eller sygehus.

*Vi har gjort det i enkelte tilfælde. Kræver tæt samarbejde. Hvem ordinerer? Hvem er ansvarlig behandlende læge? Sygehus eller praktiserende læge? (Kommentar fra kommune til smerteterapi via intravenøs adgang)*

*Samarbejde med palliativt team. (Kommentar fra kommune til smerteterapi via intravenøs adgang)*

Der kan imidlertid også være andre omstændigheder:

*Borgeren skal kunne samarbejde og selv kunne levere alle remedier til opgaven. (Kommentar fra kommune til peritonealdialyse)*

*Bruger skal være på plejehjemmet og skal under ingen omstændigheder selv kunne klare sig i eget hjem, eksempelvis en dement bruger. (Kommentar fra kommune til peritonealdialyse)*

### 3.4 Muligheder og begrænsninger

En stor del af kommunerne vurderer, at omfanget af de specielle plejeopgaver, som er gennemgået ovenfor, er steget inden for de seneste fem år. I godt tre fjerdele af kommunerne vurderes det, at der er blevet flere af sådanne opgaver, mens kun et par stykker vurderer, at der er blevet færre. Godt halvdelen af dem, der vurderer, at der er blevet flere specielle plejeopgaver, vurderer, at nye behandlings- og plejemetoder har bidraget til, at kommunen har kunnet klare flere af de specielle plejeopgaver. Der nævnes særligt hyppigt udviklingen i smertebehandlingen fx subcutanpumpe, centralt venekateter og smerteplaster samt nye metoder og produkter til sårbehandling.

*Plejen af terminale borgere er meget tidskrævende. Smertebehandlingen foregår mest som smerteplastre og subkutane injektioner af smertestillende medikamenter. Der bruges næsten ikke epiduralkatetere og pumpe til smertebehandling af borgere i eget hjem. (Kommentar fra kommune)*

Andre forhold end en teknologisk udvikling kan have bidraget til en overflytning fra sygehus til den primære sektor:

*Det var ikke opfattelsen hos de to interviewede, at teknologiske ændringer i sig selv har ført til, at visse plejeopgaver i de senere år er flyttet fra sygehus til akutstuer eller eget hjem. Årsagen er snarere, at kapaciteten til at give et godt tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse er fremkommet med etableringen af akutstuerne. Samtidig hermed har Centralsygehuset i Næstved stået for forskellig uddannelse af personale tilknyttet akutstuerne (og dele af hjemmeplejen) med henblik på, at de kunne løfte visse opgaver. (Interview i Næstved Kommune)*

*Der blev spurgt, om der havde været en teknologisk udvikling af især plejemetoderne, således at især hjemmeplejen kunne overtage plejefunktioner fra sygehuset og dermed reducere indlæggelsestid/indlæggelser. Der blev svaret, at såfremt de nødvendige kompetencer var til stede i kommunerne, var det muligt at overdrage en række plejeopgaver til kommunerne. Men det var ikke opfattelsen, at der de senere år havde været afgørende ændringer i teknologien, som muliggjorde en væsentlig overflytning af plejeopgaver. (Interview på Helsingør Sygehus)*

Alt i alt kan der gennem spørgeskemaundersøgelsen konstateres en beredvillighed til i kommunerne at udføre en stor del af de udvalgte specielle opgaver, og under de rette omstændigheder, fx oplæring på sygehus og samarbejde med sygehus og eventuelt praktiserende læge om opgaverne, er det altså muligt at undgå eller afkorte sygehusophold ved, at plejeopgaven udføres uden for sygehus.

*Vi kan her i kommunen klare langt de fleste specielle plejeopgaver, hvis bare vi får det vist på sygehuset først. (Kommentar fra kommune)*

*Jeg oplever en generel velvilje hos personalet til at varetage nye opgaver, når der følger oplæring med. Som leder vil jeg påpege, at der skal være klare retningslinjer for ansvarsfordeling mellem sygehus og praktiserende læger. (Kommentar fra kommune)*

Der er imidlertid også tilfælde, hvor kommunen siger fra:

*I forbindelse med diskussionen om opgaveglidning, har NN kommune været meget bevidst om at sige fra, der hvor kompetencen til at udføre særlige opgaver ikke er til stede. (Kommentar fra kommune)*

De mest problematiske opgaver at udføre uden for sygehus synes at være hæmodialyse, anlæggelse af venflon, peritonealdialyse og udskiftning af topkateter. Det skal bemærkes, at et samarbejde med en praktiserende læge ikke altid vil være en tilstrækkelig forudsætning for at kunne udføre en række af de udvalgte specielle opgaver. Den praktiserende læge er generalist og har i mange tilfælde ikke den nødvendige ekspertise eller rutine i at varetage eller supervisere ved opgavens udførelse.

*Der er en række opgaver, som hører hjemme på sygehus, fx i.v. og dialyse. Praktiserende læger har ikke forstand på dialyse. Det kræver en udfarende enhed fra sygehuset. Når det*

*drejer sig om specielle ting, som kræver en særlig indsigt, er det et spørgsmål om ansvarsplacering, hvis de udføres uden for sygehus. Det er ikke realistisk med specialiserede opgaver, som praktiserende læge skal tage sig af. (Interview med praktiserende læge)*

Der er imidlertid også praktiserende læger, der ikke viger tilbage fra de mere specielle opgaver:

*Jeg ser ingen problemer i under forsvarlige omstændigheder at udføre i.v.-behandling. Det kan fint udføres i hjemmet, hvis de nødvendige remedier er til stede og er totalt ufarligt. (Interview med praktiserende læge)*

Det kunne eventuelt spille ind på kommunernes udførelse af specielle plejeopgaver, om der er vanskeligheder med at fastholde et højt kompetenceniveau i hjemmeplejen på grund af personaleudskiftning og/eller vanskeligheder med at rekruttere personale med de relevante forudsætninger. Det vil ofte være sygeplejersker, men visse specielle sygeplejeopgaver kan også udføres af social- og sundhedsassistenter. Det er imidlertid kun ganske få af kommunerne, hvor det angives, at der i høj grad er sådanne vanskeligheder, jf. tabel 3.6.

Tabel 3.6 Kommuner procentvis fordelt efter, om de har vanskeligt ved at fastholde et højt kompetenceniveau i hjemmeplejen på grund af personaleudskiftning og/eller vanskeligheder ved at rekruttere henholdsvis sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
I høj grad	2	3
I nogen grad	21	29
Nej	77	68
I alt	100	100
Antal	114	113

I godt tre fjerdedele af kommunerne opleves ingen vanskeligheder i forhold til sygeplejersker og i godt to tredjedele ingen vanskeligheder i forhold til social- og sundhedsassistenter. Det er altså en lidt større andel kommuner, der oplever vanskeligheder med at fastholde eller rekruttere social- og sundhedsassistenter end sygeplejersker. Når vi betragter forskellige kommunetyper, er det mest markante, at kommuner i det østlige Jylland er overrepræsenteret blandt de kommuner, hvor det vurderes, at der i nogen grad er vanskeligheder med at fastholde og rekruttere sygeplejersker. De angivne vanskeligheder med at fastholde og rekruttere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter viser ingen sammenhæng med kommunernes udførelse af specielle plejeopgaver.

Når svarpersonerne har skullet angive, hvad der først og fremmest skal til, for at flere specielle plejeopgaver kan udføres uden for sygehus, så angiver 31% bedre kommunikation og samarbejde mellem sygehus og kommune. Knap 20% angiver, at der skal en større kompetence til blandt kommunens personale, mens knap 15% peger på, at der først og fremmest er brug for et tættere samarbejde med praktiserende læge henholdsvis flere

udgående funktioner fra sygehus. Godt 20% har angivet et svar under kategorien ”andet”, og det drejer sig først og fremmest om, at der er brug for flere ressourcer til feltet, for at flere specielle plejeopgaver kan klares uden for sygehus. Det kunne antages, at en større andel ville have peget på behovet for flere ressourcer, hvis dette havde været en selvstændig svarkategori. Det var det imidlertid ikke, fordi formålet hovedsageligt var at af-dække personalemæssige og organisatoriske forudsætninger.

*Hjemmesygeplejerskerne kan oplæres i de fleste opgaver, men det skal jo kunne klares inden for normeringen, ellers skal der følge penge med. (Kommentar fra kommune)*

*Det handler om økonomiske ressourcer, og følger disse muligheder med, kan meget lade sig gøre i hjemmeplejen til borgerens absolutte fordel. (Kommentar fra kommune)*

*Det er problematisk med opgaveglidning fra amt til kommune, uden at der følger økonomi med. Ca. 20% af sygeplejerskenormeringen bruges til borgere under 67 år. Den største opgave i de senere år er de unge døende, der vil dø hjemme. (Kommentar fra kommune)*

### 3.5 Spiller karakteristika ved kommunen en rolle for udførelsen?

I en tid, hvor en kommunale struktur med større kommuner er under overvejelse, er det interessant at undersøge, om kommunestørrelse spiller en rolle for udførelse af specielle plejeopgaver. Er der større kompetence og muligheder i de store kommuner?

Som det fremgik af foregående afsnit er der specielle plejeopgaver (tabel 3.2), som næsten alle kommuner har udført, og der er specielle plejeopgaver, som kun få kommuner har udført (tabel 3.5). I disse tilfælde er der ingen sammenhæng med kommunens størrelse og kommunens befolkningstæthed på den ene side og hyppigheden af *at have udført* de specielle plejeopgaver. Derimod viser kommunestørrelse en sammenhæng med hyppigheden af *at have udført* specielle plejeopgaver, som en større eller mindre andel af kommunerne har udført. Det gælder fx hyppigheden af at udskifte topkateter, anlægge blærekateter på mænd, foretage indgift af intravenøs væske og elektrolytter, passe centralt venekateter samt forestå smerteterapi via epiduralkateter, subcutanpumpe eller via centralt venekateter. Det er næppe overraskende, at kommuner med over 16.000 indbyggere<sup>5</sup> har haft flest af den slags specielle plejeopgaver, idet alene befolkningsstørrelsen har indflydelse på sandsynligheden for, at behovet er til stede.

Spørgsmålet er, hvordan tendensen er, når vi ser på, om en kommune *har udført en opgave inden for det seneste halve år eller mener sig i stand til at udføre opgaven uden videre*. Her spiller det i højere grad ind, om den nødvendige viden og rutine er til stede. I

---

<sup>5</sup> De kommuner, der indgår i undersøgelsen, er grupperet efter størrelse: under 8.000 indbyggere, 8.000-15.999 indbyggere, 16.000-23.999 indbyggere og 24.000 eller flere indbyggere.

dette tilfælde viser sammenhængen med kommunestørrelse forskellige tendenser<sup>6</sup>. I kommuner med 24.000 indbyggere eller flere angives det sjældnere end i andre kommuner, at man uden videre kan måle fastblodsukker eller anlægge blærekateter på mænd. Udskiftning af topkateter, smerteterapi via epiduralkateter og smerteterapi via centralt venekateter er blevet udført eller kan uden videre udføres især i kommuner med 16.000-24.000 indbyggere. Endelig er der en markant tendens til, at peritonealdialyse, sygepleje i forbindelse med centralt venekateter og smerteterapi via subcutanpumpe hyppigst kan udføres i kommuner med 24.000 indbyggere eller flere. Ved de øvrige specielle plejeopgaver er der ingen markant forskel mellem kommuner af forskellig størrelse.

Tilsvarende er der ikke noget klart mønster, når opgaveudførelsen ses i relation til befolkningstæthed. Måling af fastblodsukker er udført eller kan uden videre udføres hyppigst i de tyndest befolkede kommuner (den fjerdedel af kommunerne med den laveste og med den næstlaveste befolkningstæthed (1. og 2. kvartil)). Kommuner i 2. kvartil med hensyn til befolkningstæthed skiller sig ud ved, at der i relativt færre kommuner kan anlægges en venflon, og ved at der kun i et par af kommunerne kan udføres peritonealdialyse. I kommuner i 3. kvartil (den fjerdedel af kommunerne med næsthøjst befolkningstæthed) er man særligt gode til at anlægge blærekateter på mænd, mens kommunerne i de to kvartiler med højst befolkningstæthed særligt ofte er i stand til at foretage indgift af intravenøs væske og elektrolytter samt give sygepleje i forbindelse med centralt venekateter.

Der er til analysen etableret en skala, der angiver, hvor mange af de forskellige plejeopgaver en kommune har udført inden for et halvt år eller kan udføre uden videre. Det giver en skala fra 0 (ingen af de 18 opgaver er udført eller kan uden videre udføres) til 18 (alle opgaver er udført eller kan udføres). Kommunernes fordeling på skalaen er vist i tabel 3.7.

Tabel 3.7 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvor mange af 18 forskellige specielle plejeopgaver, der er udført i kommunen inden for det seneste halve år, eller som kan udføres i kommunen uden videre

Antal opgaver	Procent
2-5	5
6-10	48
11-16	47
I alt	100
Antal	115

Kun 5% af kommunerne angiver at have udført eller uden videre at kunne udføre 2-5 af de 18 specielle plejeopgaver. Knap halvdelen har udført eller kan uden videre udføre 6-10 opgaver, mens ligeledes knap halvdelen har udført eller kan uden videre udføre mere end 10 af opgaverne. Det højeste antal er 16 ud af 18 opgaver, som to kommuner angiver. Der kan ikke findes nogen sammenhæng mellem kommunestørrelse eller befolknings-

<sup>6</sup> Det skal bemærkes, at der ikke i alle tilfælde er tale om sammenhænge, der er signifikante på 95%-niveauet, men sammenhænge hvor der ser ud til at være en markant tendens.

tæthed, og hvor mange af de 18 opgaver en kommune har udført eller kan udføre. Derimod hænger udførelsen sammen med, hvor ofte det sker, at en kommunes medarbejdere oplæres i specielle plejeopgaver på sygehus. Hvis det sker tre gange eller mere årligt (35% af kommunerne), stiger antal specielle plejeopgaver, en kommune har udført eller uden videre kan udføre. En særlig oplæring må således i mange tilfælde antages at have ligget forud for udførelse af en speciel plejeopgave.

Det betyder, at det måske er særligt interessant at se på, hvad der har betydning for, om en kommune vurderer, at der er mange eller få af de specielle opgaver, de *ikke kan udføre (heller ikke under visse omstændigheder)*. Det er opgjort i tabel 3.8.

Tabel 3.8 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvor mange af 18 forskellige specielle plejeopgaver, der *ikke* kan udføres i kommunen<sup>1</sup>

Antal opgaver	Procent
0	14
1-2	40
3-5	35
6-15	11
I alt	100
Antal	115

1. Inkluderer også opgaver, hvor kommunen har svaret "ved ikke" til, om en opgave kan udføres.

I 14% af kommunerne er der ingen af de specielle plejeopgaver, som ikke kan udføres, men i nogle tilfælde er det kun under visse omstændigheder. En enkelt kommune siger fra over for 15 af opgaverne, men ellers er det højeste 9 (ligeledes en enkelt kommune), og mere end halvdelen siger højst fra over for to af opgaverne. En lineær regression finder, at der er en tendens til, at kommuner i intervallet 8.000-24.000 indbyggere siger fra over for færrest specielle opgaver. Tendensen er dog ikke signifikant.

*Der er stor politisk og personalemessig opbakning til at yde flere komplicerede sygeplejeopgave i kommunen. Vi er en yderkommune, hvor der er et ønske om at sikre borgerne en tryghed i nærmiljøet.* (Kommentar fra kommune)

Der er også på sygehus en oplevelse af fleksibilitet i mindre kommuner:

*Patienter kan få anlagt en venflon i den akutte modtageafdeling, men kommunerne siger fra over for i.v. I Næstved Kommunes akutstue kan de anlægge en venflon, men patienter kommer normalt ikke hjem med i.v.-væske. Det er dog, som om mindre kommuner er mere fleksible med hensyn til at påtage sig opgaver, og de kommer oftere ind på sygehuset til oplæring i en ny funktion. Det er lettere at få arrangeret, men mindre kommuner mangler kompetence til bredden af opgaver. Opgaveudførelsen uden for sygehus er personafhængig, men der er mulighed for undervisning på sygehus i plejeopgaven i konkrete tilfælde.* (Interview på Næstved Sygehus)

Antallet af opgaver, der siges fra overfor, viser også sammenhæng med, om der finder oplæring sted. Finder der oplæring sted på sygehus, siges der fra over for færre opgaver. Det er sandsynligt, at der i de fleste tilfælde har fundet oplæring sted, fordi personalet i en kommune har stået over for at skulle udføre en speciel plejeopgave i et konkret tilfælde, snarere end at der har fundet oplæring sted, for at kommunens personale har skullet have den fornødne kompetence i fald, der skulle komme en borger med et specielt plejebehov.

### 3.6 Opsamling

Hovedindtrykket fra kortlægning af kommunernes udførelse af en række specielle plejeopgaver er, at kommunerne i stor udstrækning er villige til at påtage sig specielle plejeopgaver. Der er dog kommuner, som kun har få eller ingen erfaringer med nogle af de specielle plejeopgaver inden for det seneste halve år. Der kan derfor være brug for oplæring af den eller de personer, der skal udføre opgaven, fordi rutinen og kompetencen kan gå tabt fra gang til gang. I andre tilfælde forudsættes der endvidere et samarbejde med en relevant sygehusafdeling eller med en praktiserende læge, fordi der kan være brug for at rådføre sig, hvis der opstår komplikationer. I nogle kommuner vurderes det, at bemandingen er utilstrækkelig til at udføre visse specielle plejeopgaver, der kræver et tæt tilsyn, og her vil kommunen nok i mange tilfælde sige fra over for at påtage sig en speciel plejeopgave.

Der er enkelte opgaver, som mange kommuner ikke kan påtage sig. Det drejer sig fx om at anlægge venflon og hæmodialyse, som kun få kommuner har haft erfaring med inden for det seneste halve år, men også i en del tilfælde peritonealdialyse. I mange kommuner vurderes det således, at de faglige krav i disse tilfælde er for store til, at hjemmeplejen kan påtage sig et ansvar for opgaven selv i et samarbejde med specialister på sygehus eller med praktiserende læge, som også i nogle tilfælde siger fra over for at påtage sig ansvaret over for specielle plejeopgaver i hjemmet.

En stor del af kommunerne vurderer, at der har været en stigning i udførelsen af specielle plejeopgaver inden for de seneste fem år. Godt halvdelen af dem, der vurderer, at der er blevet flere specielle plejeopgaver, vurderer, at nye behandlings- og plejemetoder har bidraget til, at kommunen har kunnet klare flere af de specielle plejeopgaver. Det synes dog lige så meget at være udviklingen af specielle tilbud i kommunerne eventuelt i samarbejde med amtet og udvikling af personalets kompetence i kommunerne, der har bidraget til, at flere specielle plejeopgaver udføres uden for sygehus.

Vanskeligheder med at fastholde et højt kompetenceniveau på grund af personaleudskiftning blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter eller vanskeligheder med at rekruttere disse personalegrupper forekommer kun i et fåtal af kommunerne. Når kommunerne skal pege på, hvad der skal til, for at flere specielle plejeopgaver kan udføres uden for sygehus, nævner flest bedre kommunikation og samarbejde med sygehus, mens færre angiver, at der er brug for større kompetence blandt kommunens personale, bedre samarbejde med praktiserende læge, udgående funktioner fra sygehus eller flere ressourcer.

Det kan ikke konkluderes, at store kommuner alt i alt er mere villige til at påtage sig at udføre flere specielle plejeopgaver end små kommuner. Der er dog typer af specielle plejeopgaver, som store kommuner har mere erfaring med end små kommuner, fordi de forekommer oftere i en stor end i en lille befolkningsgruppe. Det betyder ikke nødvendigvis at den enkelte sygeplejerske i en stor kommune har større erfaring end den enkelte sygeplejerske i en lille kommune, fordi sygeplejerskerne i store kommuner typisk arbejder i afgrænsede distrikter, hvor befolkningsgrundlaget ikke nødvendigvis er meget større end for sygeplejersker i små kommuner. Den store kommune har imidlertid bedre mulighed for at oprette enheder, der kan tage sig af specielle funktioner, og som kan opbygge en aktuel kompetence og rutine i plejeopgaver, der ikke forekommer så hyppigt. Der er enkelte opgavetyper, som store kommuner oftere end mindre kommuner mener sig i stand til at udføre, fx peritonealdialyse, sygepleje i forbindelse med centralt venekateter og subcutan smerteterapi. Omvendt er der opgaver, som store kommuner ikke så ofte er indstillet på at udføre som mindre kommuner, fx måling af fastebloodsukker og anlæggelse af blærekateter på mænd.

## 4 **Kommunernes beredskab og samarbejde om specielle plejeopgaver**

Der er flere betingelser, der må være opfyldt, hvis en stor del af plejen i forbindelse med sygdom skal kunne foregå uden for sygehus. Der kan fx være brug for, at der i borgerens hjem kan etableres tilsyn og pleje med kort varsel som alternativ til indlæggelse på sygehus. I nogle tilfælde er der imidlertid brug for et tættere tilsyn, end der normalt kan udføres i en døgnhjemmepleje, men uden at der er brug for udredning eller specialistbehandling på sygehus. Her kan midlertidige akutpladser eller lignende i et kommunalt plejecenter være et alternativ til sygehusindlæggelse. Behandlings- og plejeforløb, der involverer både sygehus og kommunal hjemmepleje eller plejehjem, forudsætter naturligvis et mere eller mindre tæt samarbejde mellem sygehus og kommune og i nogle tilfælde også praktiserende læge. Det gælder specielt, når der er brug for at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen til kommunerne gives i det følgende en beskrivelse af kommunernes beredskab som alternativ til indlæggelse på sygehus og samarbejdet mellem kommune og henholdsvis sygehus og praktiserende læge set fra kommunernes side.

### 4.1 **Kommunernes akutte beredskab samt fælles indsats og initiativer**

Det har gennem flere år været kendt, at nogle ældre indlægges på sygehus, fordi deres sociale situation gør, at de har vanskeligt ved at klare sig i deres hjem med selv en banal sygdom fx en infektion. Selv om de fleste kommuner har opbygget et døgnberedskab i hjemmeplejen, er sikkerhedsnettet tilsyneladende ikke fintmasket nok til at opfange alle sådanne tilfælde:

*Man har oplevet, at der både fra plejehjem og hjemmeplejen kommer patienter med basale plejebehov. Det giver ind imellem anledning til undren over, at kommunerne tilsyneladende ikke er i stand til at håndtere disse patienter. Man formodede, at plejepersonalet i en række tilfælde bliver usikre og kontakter en læge, som i en række tilfælde – formoder*

man – telefonisk indlægger patienten. Det kan dreje sig om patienter med forstoppelse, med en kendt epilepsi, med urinvejsinfektion, diarré, ernæringsproblemer eller dehydrering. Der kommer også respiratoriske patienter på sygehuset. I mange tilfælde er lungepatienten angst, og plejepersonalet er også blevet urolige, og det betyder, at patienten kommer på sygehuset og får en iltmaske og udskrives dagen efter. (Interview på Helsingør Sygehus)

Det er oplevelsen, at der kommer patienter på sygehuset med banale problemer som fx dehydrering, som burde være klaret i hjemmeplejen. Måske er der brug for et tilbud, der minder om tidligere tiders alderdomshjem. ... Problemet vil være på de medicinske afdelinger i fremtiden. Problemerne burde fanges noget før derhjemme, men hjemmeplejen kender ikke borgerne godt nok til at kunne være opmærksom på problemerne. (Interview på Næstved Sygehus)

De ville formodentlig i mange tilfælde kunne være derhjemme, hvis der var nogen til at passe dem, men det skal siges, at man på sygehus ikke kan have en fornemmelse af, hvor mange patienter det faktisk lykkes for hjemmeplejen at passe i hjemmet.

Der er inden for de seneste ti år gennemført flere undersøgelser af, i hvilken udstrækning borgere indlægges uhensigtsmæssigt på sygehus. Den seneste er gennemført i 2003 og har specielt set på, hvor stor en andel af patienterne på et medicinsk center, der kunne være overført til en form for sundhedscenter (Rasmussen og Gjørup 2003). De forskellige undersøgelser når frem til et noget forskelligt resultat, og andelen varierer mellem 11% og 24%. Forekomsten af indlæggelser af patienter, der strengt taget ikke kræver sygehusbehandling, kan næppe helt undgås, men tilstedeværelsen af relevante tilbud i primærsektoren, kan formodentlig begrænse problemet. Det kan fx være, at en kommune er i stand til med kort varsel at aflægge et tilsyn og etablere pleje hos ældre med en banal lidelse, hvor der ikke er en ægtefælle eller andre pårørende, der kan tage sig af den ældre. I tabel 4.1 og 4.2 er vist, hvor hurtigt kommunerne kan aflægge et tilsyn ved henvendelser om et akut opstået plejeb behov.

Tabel 4.1 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvor hurtigt de på forskellige tidspunkter normalt kan aflægge et tilsyn ved en henvendelse om et akut opstået plejeb behov hos en borger. *Borgere, der allerede er kendt af hjemmeplejen*

	Kl. 7-15	Kl. 15-23	Kl. 23-7
Inden for 2 timer	88	91	90
Inden for 4 timer	8	5	7
Inden for 8 timer	4	4	3
Senere end 8 timer	-	-	1
Ved ikke	-	-	-
I alt	100	100	101
Antal	114	114	114

Når det drejer sig om borgere, som i forvejen er kendt i hjemmeplejen<sup>7</sup>, er der et akutberedskab, idet næsten alle kommuner med kort varsel kan aflægge et tilsyn hos en borger, hvor der akut er opstået et plejebenhov, og der er ikke den store forskel på, hvornår på døgnet henvendelsen kommer. Der er imidlertid enkelte kommuner, som har en relativ lang reaktionstid, og hvor kommunens tilsyn derfor næppe kan bidrage til, at en indlæggelse undgås.

Beredskabet er i mange kommuner anderledes, når det drejer sig om borgere, som kommunens hjemmepleje ikke kender i forvejen. I dagtimerne er det kun godt halvdelen af kommunerne, der kan aflægge et tilsyn inden for to timer, mens tre fjerdedele angiveligt kan gøre det inden for fire timer.

Tabel 4.2 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvor hurtigt de på forskellige tidspunkter normalt kan aflægge et tilsyn ved en henvendelse om et akut opstået plejebenhov hos en borger. *Borgere, der henvises af læge, og som ikke er kendt af hjemmeplejen*

	Kl. 7-15	Kl. 15-23	Kl. 23-7
Inden for 2 timer	54	69	71
Inden for 4 timer	21	13	12
Inden for 8 timer	12	7	4
Senere end 8 timer	9	8	11
Ved ikke	4	3	2
I alt	100	100	100
Antal	114	114	114

Det er måske overraskende, at en større andel kommuner kan aflægge tilsyn inden for to timer i aften- og nattetimerne, men det kan skyldes, at plejen i disse tidsrum i højere grad er organiseret efter at udføre ikke planlagte opgaver.

Der er kommuner, som har en ganske lang reaktionstid i forhold til borgere, der ikke er kendt af hjemmeplejen, og der er kommuner, der faktisk ikke har et akut beredskab over for borgere, der ikke i forvejen er visiteret til bistand. Beredskabet til at substituere en indlæggelse med pleje i hjemmet er således i disse tilfælde begrænset. Det er fx tilfældet i såkaldte ”lukkede ordninger”, hvor beredskabet i aften og nattetimerne kun omfatter borgere, der er visiteret til praktisk bistand, personlig pleje eller sygepleje, og hvor der normalt ikke tages akutte tilfælde ind i ordningen, jf. følgende eksempler:

*Ældresektoren dækker tre plejecentre og tre hjemmeplejeområder med i alt 600 ansatte, dvs. vilkårene er meget forskellige, og hjemmeplejen yder generelt kun punktbesøg. Ydermere er hjemmeplejen en lukket ordning – dvs. der tages normalt ikke akutte tilfælde. (Kommentar fra kommune)*

*Hjemmeplejen har en lukket visitation, der foregår i dagvagten. Derfor kan lægen ikke indlægge brugere, der ikke er kendt af hjemmeplejen. Dette pga. manglende personaleressourcer (besparelser). (Kommentar fra kommune)*

<sup>7</sup> Herved forstås, at en borger af kommunen er visiteret til praktisk bistand, personlig pleje eller sygepleje.

Kommunestørrelsen viser ingen tydelig sammenhæng med, om kommunerne inden for to timer kan aflægge besøg hos borgere, der er kendt af hjemmeplejen. Det samme gælder i dagtimerne for borgere, der *ikke* er kendt af hjemmeplejen. Derimod er der en mindre andel af kommunerne med under 8.000 indbyggere, der i aften- og specielt nattetimerne inden for to timer kan aflægge et tilsyn hos borgere, der ikke er kendt af hjemmeplejen.

Nødkald kan betragtes som en del af en kommunes akutte beredskab, og det bevilges typisk til borgere med fx faldtendens, men nødkald kan også være en tryghedsfaktor for borgere, der er i terminal pleje i hjemmet. Det er imidlertid helt usædvanligt, og det er kun en enkelt kommune, der angiver, at kommunen kan tilbyde nødkald til borgere i terminal fase.

En kommunes muligheder for at udføre specielle plejeopgaver er større, hvis der i kommunerne eventuelt i et samarbejde mellem amt og kommune er oprettet særlige ordninger, der supplerer den almindelige hjemmepleje. Der er her mulighed for, at personalet oparbejder en kompetence og rutine til at tage sig af specielle plejeopgaver.

I tabel 4.3 er vist, hvor stor en andel af kommunerne, der har angivet, at de har en særlig ordning, som har til formål at forebygge indlæggelse eller afkorte indlæggelsestid på sygehus.

Tabel 4.3 Procentandel kommuner, der har angivet, at de har en særlig ordning, som har til formål at forebygge indlæggelse eller afkorte indlæggelsestid på sygehus

Type ordning:	Procentandel	Procentgrundlag
Akutstue, akutpladser e.l.	35	115
Særlige pladser til midlertidigt ophold i plejebolig	74	115
Andet	32	115

Omkring en tredjedel af kommuner har en ordning, som kan betegnes som akutstue eller akutplads. Der er flere eksempler på, at sådanne ordninger er etableret i et samarbejde mellem amt og kommune, men der er tilsyneladende kommuner, der har etableret ordninger uden amtets medvirken, idet en rundringning til alle amter gav som resultat, at fem amter har indgået aftale med kommuner, hvor der indgår akutstuer. Det giver imidlertid ikke det antal, som spørgeskemaundersøgelsen afdækker. Der er ikke en markant forskel mellem store og små kommuner, men der er en svag tendens til, at en større andel af kommuner over 16.000 indbyggere end af kommuner under 8.000 indbyggere har akutstuer eller akutpladser.

En stor andel af kommunerne angiver, at de har særlige pladser til midlertidigt ophold i plejebolig. Der kan være stor forskel på, hvordan sådanne pladser bliver brugt, og det er nok i de færreste tilfælde, at de bliver brugt som et umiddelbart alternativ til indlæggelse. Nogle bliver brugt til aflastningsophold og kan dermed i nogle tilfælde forebygge en indlæggelse. Andre bliver brugt til plejekrævende ældre, som har været indlagt på sygehus, indtil et mere permanent plejetilbud er etableret.

*I XX Kommune har vi velfungerende akutpladser, rehabiliteringspladser og mobillaboratoriefunktion, der tager blodprøver på alle henviste borgere i deres eget hjem. Tæt dagligt samarbejde med lægerne. (Kommentar fra kommune)*

*I kommunen, som har 5.000 borgere er der et antal på i alt ni midlertidige pladser, hvilket er et relativt stort antal. Disse pladser benyttes flittigt, hvis borgeren kan undgå indlæggelse, og hvis borgeren i perioder har brug for tæt observation. (Kommentar fra kommune)*

I 18% af kommunerne er der truffet politisk beslutning om at øge antallet af midlertidige døgnpladser i plejecenter, ældrecenter eller lignende i forhold til det antal, som fandtes pr. 1. august 2003.

Omkring en tredjedel af kommunerne har angivet, at de har en anden type ordning. Der har her været vide muligheder for svarpersonerne for at fortolke, hvilke ordninger der forebygger indlæggelse på sygehus eller afkorter indlæggelsestiden, og der nævnes derfor meget forskellige ordninger. En del nævner aflastningsophold, men ellers nævnes mange forskellige typer af indsats: en velfungerende hjemmepleje, døgnberedskab, forebyggende og opsøgende besøg, nathjemsplads, central visitation, intensiv hjælp i hjemmet over en kortere periode, hurtigt nødkald, fast vagtordning til terminale patienter, tryghedspladser uden visitation, genoptræning og et mobillaboratorium. Nogle af disse ordninger er ret almindelige, men er ikke nævnt af mange kommuner i denne sammenhæng, mens andre ordninger kan være mere specielle.

## 4.2 Information, kommunikation og samarbejde

Et centralt element er kommunikationen mellem sygehus og kommune om borgernes tilstand ved indlæggelse på og udskrivning fra sygehus. Det er ikke ualmindeligt, at der er en mundtlig kommunikation, og det er helt almindeligt ved udskrivning af borgere med komplicerede behov. I sådanne tilfælde kan der endvidere være tilrettelagt en udskrivningskonference med deltagelse af personale fra både sygehus og hjemmepleje. Der er imidlertid også brug for information i skriftlig form, da flere personer ofte er involveret i den samme borger, og alle skal have adgang til information om borgeren. Hvis informationen skal være nyttig, er det som regel en forudsætning, at informationen er til stede på sygehuset ved en indlæggelses begyndelse og i hjemmeplejen umiddelbart efter udskrivningen, så pleje og bistand kan tilrettelægges hensigtsmæssigt.

I undersøgelsen er kommunernes angivelse af anvendte dokumenter ved både indlæggelse og udskrivning belyst, men der har været mere fokus på information fra sygehus til kommune, fordi emnet har været udførelse af specielle plejeopgaver uden for sygehus, som ofte ligger i forlængelse af et sygehusophold, og hvor information fra sygehus til kommune først og fremmest er relevant.

Der findes forskellige dokumenttyper til dokumentation af plejebestand og plejeindsats, og som kan bruges til kommunikation mellem sygehus og kommune. I tabel 4.4 er

vist de mest almindelige dokumenttyper ved *indlæggelse* på sygehus, og hvornår de følger patienten.

Tabel 4.4 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvilke dokumenttyper der normalt følger borgeren<sup>1</sup> ved *indlæggelse* på sygehus og skønsmæssigt hvornår

	Inden for samme døgn	Inden for tre dage	Følger normalt ikke eller uoplyst	I alt	Antal
Dagbog, borgerhæfte e.l.	58	1	41	100	115
Sygeplejerapport	57	3	39	99	115
Cardexpapirer	6	1	93	100	115
Særligt indlæggelsesark	25	3	71	99	115

Anm.: Der var i spørgeskemaet en kategori "andet", men de eksempler, der blev nævnt her, drejede sig stort set om de typer dokumenter, der er nævnt i tabellen, men med andre "lokale" betegnelser. Et par kommuner har dog nævnt, at medicinskema følger borgeren.

1. Det er her underforstået, at der er tale om borgere, der er kendt i hjemmeplejen.

De mest anvendte dokumenttyper er dagbog, borgerhæfte eller lignende og sygeplejerapport, og de følger ifølge kommunerne normalt borgerne inden for samme døgn. I ca. halvdelen af kommunerne følger både dagbog eller borgerhæfte og sygeplejerapport borgeren ved en indlæggelse, og kun i 10% af kommunerne følger hverken dagbog, borgerhæfte eller sygeplejerapport borgeren ved en indlæggelse. Omkring en fjerdedel af kommunerne bruger et særligt indlæggelsesark, mens cardexpapirer kun sjældent følger borgeren ved en indlæggelse på sygehus. Med en enkelt undtagelse angiver alle kommuner, at mindst én dokumenttype følger borgeren inden for samme døgn ved indlæggelse på sygehus.

Kommunernes angivelse af, hvilke dokumenttyper de modtager ved *udskrivning* af borgere fra sygehus og hvornår, fremgår af tabel 4.5.

Tabel 4.5 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvilke dokumenttyper der normalt følger borgeren<sup>1</sup> ved *udskrivning* fra sygehus og skønsmæssigt hvornår

	Inden for samme døgn	Inden for tre dage	Inden for en uge	Følger normalt ikke eller uoplyst	I alt	Antal
Dagbog, borgerhæfte e.l.	39	4	1	56	100	115
Sygeplejerapport	86	4	1	9	100	115
Cardexpapirer	3	-	-	97	100	115
Særligt udskrivningsark	32	1	1	66	100	115
Epikrise	3	3	3	92	101	115

Anm.: Der var i spørgeskemaet en kategori "andet", men kun ganske få har angivet, at de modtager andre end de nævnte dokumenttyper, og det drejer sig om de typer dokumenter, der er nævnt i tabellen, men med en anden "lokal" betegnelse.

1. Det er her underforstået, at der er tale om borgere, der udskrives til hjemmepleje.

Næsten alle kommuner angiver, at de modtager en sygeplejerapport ved udskrivning af borgere fra sygehus, og at det sker inden for samme døgn. Det er også relativt udbredt, at dagbog, borgerhæfte eller særligt udskrivningsark følger borgeren ved udskrivningen. Også i disse tilfælde sker det stort set altid inden for samme døgn. Det er helt usædvanligt, at kommunen modtager cardexpapirer eller epikrise. Sidstnævnte dokumenttype sendes typisk til praktiserende læge. Alle kommuner angiver, at de normalt får en form for skriftlig information inden for samme døgn som udskrivningen.

I spørgeskemaundersøgelsen blev kommunerne bedt om at vurdere den information, de får fra sygehuset. Der er ikke spurgt specifikt til informationen i de dokumenttyper, som er nævnt ovenfor, men om informationen ved modtagelse af borgere med behov for specielle plejeopgaver. Kommunernes vurdering af, hvordan denne information som hovedregel er, fremgår af tabel 4.6.

Tabel 4.6 Kommunerne fordelt efter antal indbyggere og procentvis efter, hvordan de som hovedregel vurderer den information, kommunen får fra sygehuset ved modtagelse af borgere med behov for specielle plejeopgaver

	Kommuner med under 8.000 indbyggere	Kommuner med 8.000-15.999 indbyggere	Kommuner med 16.000 indbyggere eller mere	Alle kommuner
Informationen er tilstrækkelig	26	37	37	33
Informationen er nogenlunde	68	48	43	54
Informationen er utilstrækkelig	5	15	20	13
I alt	99	100	100	100
Antal	38	46	30	114

Kun en mindre andel af kommunerne vurderer, at den information, de som hovedregel får fra sygehuset ved modtagelse af borgere med behov for specielle plejeopgaver, er utilstrækkelig, men godt halvdelen vurderer, at den kun er nogenlunde og altså har visse mangler. Der er en tendens til, at andelen af kommuner, der vurderer informationen fra sygehuset som utilstrækkelig, stiger med indbyggertallet, og at den mindste andel af kommuner, der vurderer informationen som tilstrækkelig, findes blandt de små kommuner<sup>8</sup>.

Mange vurderer altså, at der er plads til forbedringer i den information, der modtages, og der er to temaer, som går igen i besvarelserne. *Det ene* handler om sygehuspersonalets kendskab til borgeren samt til forholdene i hjemmet og kommunens muligheder. Nogle efterlyser at kommunikere med personale på sygehus, der kender den borger, der udskrives, ligesom det angives, at personalet på sygehus, kan have svært ved at vurdere, hvordan en borger kan klare sig i hjemmet, og hvad kommunen kan tilbyde.

På et spørgsmål i spørgeskemaet om, hvordan informationen fra sygehus kunne være bedre, er bl.a. svaret:

<sup>8</sup> Forskellene er ikke signifikante på 5%-niveauet.

*At medarbejderen, der forestår udskrivningen, har et grundigt kendskab til borgeren.*

*Hvis sygehuspersonalet ved udskrivningssamtalen kendte borgeren.*

*Ofte er der divergens mellem funktionsniveau på sygehus og i hjemmet.*

*Personalet evner ikke at se, hvordan brugeren kan klare sig hjemme.*

*Større gensidig viden om arbejdsområderne og betingelserne.*

*(Kommentarer fra kommuner)*

Det andet tema kan siges at ligge i samme boldgade som det første, men er formuleret, som et behov for mere præcis, uddybende og detaljeret information:

*Målrettet, klar og formuleret på fagligt præcist niveau.*

*Mere detaljeret og direkte besked og rapport ved udskrivelse.*

*Lidt mere detaljeret og gerne information i god tid inden udskrivelse.*

*Mangler ofte oplysninger, som ikke fremgår af sygeplejerapport fra sygehuset.*

*(Kommentarer fra kommuner)*

Nogle efterlyser en tidligere kontakt med sygehuset før udskrivningen, og andre peger på behovet for it-løsninger, som gjorde det muligt at formidle information elektronisk mellem kommune og sygehus.

Nogle kommuner har – eventuelt i samarbejde med amtet – oprettet en stilling som koordinerende sygeplejerske, der kommer ind på sygehuset for det optageområde, som kommunen hører til. En sådan sygeplejerskes opgave er typisk at bidrage til at forbedre kommunikationen mellem sygehus og kommune samt til at tilrettelægge udskrivninger, hvor der er et plejebestov efter udskrivningen. Kun en mindre andel af kommunerne (13%) angiver, at de har en koordinerende sygeplejerske, og der er ikke i disse kommuner en mere positiv bedømmelse af den information, der modtages ved udskrivning af borgere med behov for specielle plejeopgaver.

#### **4.2.1 Samarbejde mellem sygehus og kommune**

Et velfungerende og tæt samarbejde mellem kommune og sygehus generelt og i konkrete tilfælde kan bidrage til, at specielle plejeopgaver kan udføres uden for sygehus.

Den mest generelle form for samarbejde mellem sygehus og kommune er møder på et overordnet niveau om fælles anliggender. I tabel 4.7 er vist, hvor ofte der ifølge kommunerne årligt afholdes møder mellem afdelingsledere på sygehus og ledere fra hjemmeplejen, plejehjem mv.

Tabel 4.7 Kommunerne procentvis fordelt efter, a) hvor ofte der årligt afholdes møder mellem afdelingsledere på sygehus og ledere fra hjemmeplejen, plejehjem mv. samt efter, b) hvor ofte sygehus årligt arrangerer fælles uddannelse for kommunens sygeplejersker og sygehussygeplejersker

	a) Møder mellem ledere	b) Fælles uddannelse
Ingen	17	47
1-2 gange	36	42
3 gange eller mere	46	11
I alt	99	100
Antal	110	102

Ekskl. uoplyste.

I knap en femtedel af kommunerne holder ledere i hjemmeplejen eller på plejehjem ikke regelmæssigt møder med afdelingsledere på sygehus, men det mest almindelige er, at der afholdes sådanne møder flere gange om året. Det typiske er to eller fire gange om året. Ledere fra små kommuner deltager lige så ofte som ledere fra store kommuner i møder med afdelingsledere på sygehus.

Uddannelsesaktiviteter på sygehus er et naturligt led i udviklingen af personalets kompetence, og det synes oplagt, at relevante uddannelsesaktiviteter også er åbne for sygeplejersker, der arbejder i hjemmeplejen eller på plejehjem.

*Løbende tilbud om oplæring i specielle opgaver ønskes – for at få paratviden.* (Kommentar fra kommune)

Godt halvdelen af landets kommuner angiver, at sygehuse afholder fælles uddannelse for kommunens sygeplejersker og sygehussygeplejersker<sup>9</sup>. Det mest almindelige er, at det sker en til to gange årligt. Der er heller ikke her nogen forskel på svarene fra små og store kommuner.

Ud over generel undervisning i forskellige emner vedrørende behandling og pleje kan der være brug for en oplæring i specielle plejeopgaver i konkrete tilfælde, hvor en patient udskrives, og den fortsatte pleje skal udføres i hjemmet. I tabel 4.8 er vist, hvor ofte kommunerne angiver, at deres medarbejdere oplæres i specielle opgaver på sygehus.

<sup>9</sup> Andelen er formodentlig lidt overvurderet, idet det kan antages, at de 13 kommuner, der ikke har angivet antal gange, for de flestes vedkommende ikke har deltaget i fælles undervisning.

Tabel 4.8 Kommunerne fordelt efter antal indbyggere og procentvis efter, hvor ofte årligt kommunens medarbejdere oplæres i specielle opgaver på sygehus

Antal gange årligt	Mindre end 8.000 indbyggere	8.000-15.999 indbyggere	16.000 indbyggere eller derover	Alle kommuner
Ingen	20	7	3	10
1-2	66	58	37	55
3 eller mere	14	36	60	36
I alt	100	101	100	101
Antal	35	45	30	110

Ekskl. uoplyste.

I langt de fleste kommuner sker det mindst en gang årligt, at kommunens medarbejdere oplæres i specielle plejeopgaver på sygehus, og i mere end en tredjedel af kommunerne sker det tre eller flere gange årligt. Det tyder på et udbredt samarbejde mellem sygehus og kommune om at udføre specielle plejeopgaver uden for sygehus i konkrete tilfælde. I de mindste kommuner sker det ikke så ofte som i de store kommuner. Det kan ikke jf. foregående kapitel tolkes på den måde, at mindre kommuner generelt er mindre villige til at påtage sig specielle plejeopgaver, men er snarere et udtryk for, at forekomsten af et behov for at udføre specielle plejeopgaver hænger sammen med befolkningstallet.

Det forekommer meget sjældent, at der udveksles job mellem personale på sygehus og i kommunen, hvilket ellers kunne bidrage til at vedligeholde og styrke kompetencen hos kommunens sygeplejersker og at give sygehussygeplejerskerne indsigt i muligheder og vilkår for pleje i hjemmet. Det er kun 6% af kommunerne, der angiver, at det sker.

Der kan alt i alt konstateres et udbredt samarbejde og hyppig kontakt mellem sygehus og de fleste kommuner, men det følgende udsagn illustrerer, at kontakten i hvert fald nogle steder ikke har forplantet sig ud i hele organisationen:

*Det er et problem, at de forskellige personalegrupper ikke trækker på hinanden på tværs af systemerne. Man skal blive bedre til at bruge hinanden. Man kunne forstille sig, at sygeplejersker på sygehus fik nogle udkørende funktioner eller udkørende team, men det er et problem med spildtid på landevejene. Der kunne også være nogle flere møder mellem sygehusets og kommunernes personale. De få møder, der er, bliver let til "hakkemøder."*  
(Interview på Næstved Sygehus)

#### 4.2.2 Samarbejde mellem praktiserende læge og kommune

Den praktiserende læge kan være en lige så relevant samarbejdspartner som sygehus ved udførelse af specielle plejeopgaver, om end det ikke kan forventes, at praktiserende læger har samme ekspertise på de enkelte felter som sygehusets specialister.

Samarbejdet mellem praktiserende læger og kommunens sygeplejersker kan antage forskellige former, og én form kan være fælles møder af generel karakter. Hvor ofte sådanne møder ifølge kommunerne skønsmæssigt holdes fremgår af tabel 4.9.

Tabel 4.9 Kommunerne fordelt efter antal indbyggere og procentvis efter, hvor ofte der årligt afholdes fælles møder mellem kommunens sygeplejersker og praktiserende læger af generel karakter

Antal gange årligt	Mindre end 8.000 indbyggere	8.000-15.999 indbyggere	16.000 indbyggere eller derover	Alle kommuner
Ingen	30	41	53	41
1-2	41	33	37	36
3 eller flere	30	26	10	23
I alt	101	100	100	100
Antal	37	46	30	113

Ekskl. uoplyste.

Der afholdes møder mellem kommunens sygeplejersker og praktiserende læger af generel karakter i knap 60% af kommunerne, og det er mest almindeligt at holde sådanne møder en gang om året. I de store kommuner er det imidlertid i mindre end halvdelen af kommunerne, der afholdes sådanne møder. Kontakten mellem kommunens sygeplejersker og de praktiserende læger er større i de små kommuner, hvor der oftere afholdes møder af generel karakter. Forskellen mellem små og store kommuner er dog ikke statistisk signifikant, og det kan derfor ikke udelukkes, at en undersøgelse, der omfatter alle kommuner, vil vise et andet resultat. Det er dog meget tænkeligt, at det er nemmere at afvikle fælles arrangementer i mindre kommuner, hvor vilkår og behov for formelt og uformelt samarbejde er større. I store kommuner er brugerne af kommunens hjemmepleje spredt på et større antal praktiserende læger end i de små kommuner. Der findes en tilsvarende tendens, når det drejer sig om at afholde fælles uddannelse mellem kommunens sygeplejersker og praktiserende læger, jf. tabel 4.10.

Tabel 4.10 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvor ofte årligt der skønsmæssigt afholdes fælles uddannelse mellem kommunens sygeplejersker og praktiserende læger

Antal gange årligt	Mindre end 8.000 indbyggere	8.000-15.999 indbyggere	16.000 indbyggere eller derover	Alle kommuner
Ingen	71	71	93	77
1 eller flere	29	30	7	23
I alt	100	101	100	100
Antal	35	44	29	108

Ekskl. uoplyste.

I langt de fleste kommuner afholdes der ikke fælles uddannelse mellem kommunens sygeplejersker og praktiserende læger, og det forekommer særligt sjældent i de store kommuner sammenlignet med de mindre kommuner. I de kommuner, hvor der afholdes fælles uddannelse, sker det typisk en eller to gange om året.

Samarbejdet mellem kommune og praktiserende læger synes tættest i relation til behandling og pleje af den enkelte borger. Det er illustreret i tabel 4.11, der viser, hvor ofte der arrangeres møde med praktiserende læge om pleje og behandling i enkeltsager. Mødet kan foregå i lægens praksis, men kan også foregå hos borgeren. Derudover er der na-

turligvis mulighed for at kommunikere telefonisk eller skriftligt, og et personligt møde må antages især at finde sted ved komplicerede tilfælde.

Tabel 4.11 Kommunerne procentvis fordelt efter, hvor mange gange årligt der skønsmæssigt arrangeres møde med praktiserende læge om pleje og behandling i enkeltsager

Antal gange årligt	Mindre end 8.000 indbyggere	8.000-15.999 indbyggere	16.000 indbyggere eller derover	Alle kommuner
Ingen	11	22	7	14
1-5	38	39	27	35
6-10	32	11	23	21
11 eller flere	19	28	43	29
I alt	100	100	100	99
Antal	37	46	30	113

Ekskl. uoplyste.

I langt de fleste kommuner arrangeres der hvert år møder med praktiserende læge om pleje og behandling i enkeltsager, og det er faktisk mest almindeligt, at det sker adskillige gange. Denne undersøgelse kan ikke give en forklaring på, hvorfor der er en større andel kommuner med 8.000-15.999 indbyggere, hvor der ikke arrangeres sådanne møder, mens der ingen forskel er på de mindste kommuner og de største kommuner med hensyn til, hvor stor en andel der ikke arrangerer møder med praktiserende læge om pleje og behandling i enkeltsager. Blandt de store kommuner er der den største andel, som i mere end ti tilfælde har arrangeret sådanne møder, og det skal formodentlig igen forklares med, at forekomsten af tilfælde, hvor der kan være behov for det, er større i store end i små kommuner.

## 4.3 Opsamling

Når det drejer sig om borgere, der er visiteret til hjemmeplejen i en kommune, er der et ganske højt beredskab til at træde til i akutte situationer. I næsten alle kommuner kan der på alle tider af døgnet efter tilkald aflægges et tilsynsbesøg inden for to timer og i hvert fald inden for fire timer, når man kender borgeren i forvejen. Fire timer kan synes som lang tid, men står vel mål med reaktionstiden i vagtlægesystemet. Mange kommuner har imidlertid ikke det samme beredskab, når det drejer sig om borgere, som ikke i forvejen er visiteret til hjemmeplejen. Nogle kommuner vurderer ikke at kunne aflægge tilsynsbesøg inden for samme vagt, og enkelte kommuner kræver, at borgeren er visiteret til hjemmeplejen, før der kan aflægges tilsynsbesøg. Denne visitation foregår normalt i dagtimerne og kan dermed i dagtimerne i princippet ske med kort varsel. Der er imidlertid kommuner, der ikke har indrettet sig på at tage akutte tilfælde, og som dermed ikke har et beredskab til at tage sig af akutte plejeopgaver hos borgere, der ikke allerede er visiteret til bistand eller pleje. Omkring tre fjerdedele af kommunerne vurderer dog, at de kan aflægge et tilsynsbesøg inden for fire timer.

Det er især i dagtimerne, at det i mange kommuner kniber med den helt hurtige reaktion inden for to timer. Det kunne tyde på, at arbejdet især i dagtimer ikke er organiseret efter at klare akutte opgaver hos borgere, som ikke er kendt i forvejen. I aften- og nattetimerne er kapaciteten i højere grad indrettet herpå. Det kan imidlertid undre, at en mindre andel af de små kommuner end af de store kommuner har en reaktionstid på under to timer i nattetimerne i forhold til borgere, der ikke er kendt i forvejen. Man kunne forvente, at det var vanskeligere at udnytte kapaciteten fuldt ud i nattetimerne i små end i store kommuner, og at man således ville have nemmere ved at klare uforudsete opgaver. Forklaringen kan eventuelt være, at kapaciteten i beredskabet i nattetimerne i små kommuner er udnyttet ved, at det også dækker plejeboliger.

Det er helt usædvanligt, at en kommune tilbyder nødkald til borgere i terminal fase. Det er faktisk kun en enkelt af undersøgelsens kommuner, der gør det.

I nogle tilfælde er det ikke tilstrækkeligt for at undgå indlæggelse på sygehus, at fx hjemmeplejen kan aflægge tilsynsbesøg i hjemmet. Der er brug for en mere intens overvågning, som kunne ske på fx en akutplads i et plejecenter e.l. Sådanne ordninger er imidlertid ikke særlig udbredt, og findes kun i omkring en tredjedel af kommunerne. Der er en svag tendens til, at en større andel af de store kommuner end af de små har akutpladser eller lignende.

Med en enkelt undtagelse angiver alle kommuner, at en form for skriftlig information om borgere, der er visiteret til hjemmepleje, følger borgeren inden for samme døgn ved indlæggelse på sygehus. På samme vis angiver alle kommuner, at de inden for samme døgn får information om borgere, der udskrives fra sygehus. Sygeplejerapport er den mest almindelige dokumenttype ved udskrivning, mens sygeplejerapport eller dagbog, borgerhæfte eller lignende er det ved indlæggelse.

Alt i alt kan det konkluderes, at alle har systemer til hurtig skriftlig kommunikation mellem sygehus og kommune, og at der supplerende udveksles information gennem personlig kontakt. Informationen er imidlertid ifølge svarpersonerne fra kommunerne i nogle tilfælde mangelfuld i forhold til borgere med behov for specielle plejeopgaver. Man mener, at der er brug for mere præcis, uddybende og detaljeret information fx ved at kunne kommunikere med en person på sygehus, der kender patienten og vilkårene i hjemmet og i hjemmeplejen.

Der er på mange måder et tæt samarbejde mellem kommuner og sygehus, først og fremmest i form af fælles uddannelse af sygeplejersker og oplæring på sygehus af kommunens sygeplejersker i specielle plejeopgaver, men også i form af generelle møder mellem afdelingsledere på sygehus og ledere i hjemmeplejen og på plejehjem. Samarbejdet med praktiserende læger er i de fleste kommuner omkring enkeltsager, mens andre former for samarbejde ikke er så udbygget.



## 5 Resultater fra udvalgte danske ordninger

Dette kapitel beskriver kort to typer ordninger fra Danmark, der er udvalgt som eksempler på måder at organisere et tilbud om pleje og behandling enten i borgerens eget hjem eller på en kommunal institution som et alternativ til sygehusindlæggelse.

”Akutstuer” er den ene type, der er udvalgt, da de repræsenterer en institutionsform med sengepladser til at klare akutte behov og derved undgå hospitalsindlæggelse. Akutstuer er kendetegnet ved, at borgeren indlægges via læge til et midlertidigt ophold. Dette skal ses til forskel fra langtidspleje eller genoptræning.

Akutstuer kan sammenlignes med britiske ordninger uden for sygehus, der varetager pleje og behandling (i) på institution i stil med ”GP beds” eller ”Community hospitals” mv.

”Akutteam” er den anden type, som er udvalgt, da ordningen ligeledes klarer akutte behov som alternativ til sygehusindlæggelse, men udførelsen foregår i hjemmet som en udbygning af den kommunale døgnhjemmepleje. Akutteam er kendetegnet ved, at pleje og behandling tilbydes i borgerens eget hjem i en midlertidig periode, men også som en indlæggelsesform via lægehenvielse.

Denne ordning kan sammenlignes med de britiske ordninger med pleje og behandling (ii) i hjemmet, der i Storbritannien går under betegnelser som ”Hospital at home”, ”Early Discharge” mv.

Erfaringer fra de britiske ordninger beskrives ud fra et litteraturstudie i kapital 6.

### 5.1 Eksempel på akutteam

I en telefonisk rundspørge foretaget af projektgruppen i april 2003, viste det sig, at der kun var to amter, der havde egentlige akutteam som alternativ til sygehusindlæggelse. Et amt forklarer, at man i højere grad har prioriteret videreuddannelse af personalet i den eksisterende hjemmepleje, således at hjemmeplejen i større udstrækning kan klare flere opgaver. Akutteam eller vagtberedskab er navne på ordninger, der bygger på en fælles amtslig og kommunal aftale om hurtigt at kunne yde pleje og behandling i patientens eget hjem. I en vis udstrækning også speciel pleje, der kræver særlig sygeplejefaglig kompetence.

### 5.1.1 Akutteam i Helsingør

Akutteamet består af et udkørende plejeteam med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som kan tilbyde sygepleje i borgerens eget hjem. Organisatorisk er enheden placeret i kommunen, men mere fleksibel end hjemmeplejen i forhold til, hvor hurtigt det enkelte besøg kan tilrettelægges, og hvor hyppigt der kan aflægges besøg.

Akutteamet tilbyder observation, pleje og behandling i eget hjem efter lægehenvi-ning, typisk egen læge, men også vagtlæge eller sygehuslæge kan henvise til ordningen.

#### **Baggrund, finansiering og formål**

Projektet startede i november 1997. Først som et halvårligt forsøg, som blev forlænget med yderligere ½ år, og derefter forlænget med endnu et år. Derefter har det været i fast drift lige siden.

Projektet blev fra starten etableret som et samarbejdsprojekt mellem amt, sygehus og kommune. Driftsbudgettet deles 50/50 mellem amt og kommune. I 2000 var driftsbud- gettet på 2,4 mio. kr.

Der er nedsat en styregruppe for akutteamet. Styregruppen har seks medlemmer, be- stående af repræsentanter for amtet, kommunen, sygehuset og praktiserende læger.

Akutteamet blev dannet med det formål:

- at reducere antallet af ”svingdørspatienter”,
- at reducere overbelægningen på medicinske afdelinger,
- at forberede subakutte på sygehusindlæggelse eller evt. helt undgå denne.<sup>10</sup>

#### **Akutteamets drift**

Akutteamet besøger borgerne i deres eget hjem og altså ikke på institution/plejehjem.

I akutteamet er der ansat, hvad der svarer til 4½ fuldtidssygeplejersker og 3½ fuld- tids social- og sundhedsassistenter. Arbejdsmonstret er, at man arbejder i syv dage og holder fri i syv dage. Akutteamet har åbent fra kl. 7.30 til 23.00 ugens syv dage.

Teamet råder over to biler. I nogle tilfælde kører teamets personale alene ud til bor- geren, mens det typiske er, at der kører to ud til terminale patienter. De to vil typisk være en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.

Den daglige leder af akutteamet har oplyst, (i) at teamets kvalifikationsniveau er forholdsvis højt, da det alene er sammensat af sygeplejersker og social- og sundhedsassi- stenter, og (ii) at det er bedre normeret end hjemmeplejens normale normering. Inter- viewede på sygehuset oplyste, at sygehuset kan udskrive dårligere patienter til akuttea- met end til hjemmeplejen.

Der sker en vis oplæring af teammedlemmerne. Sygeplejerskerne bliver typisk op- lært i teamet, mens social- og sundhedsassistenterne kan tage supplerende kurser på

---

<sup>10</sup> Samarbejdsaftale af januar 2000 angiver formålet således: ”Akut-teamordningen etableres med det for- mål at forebygge indlæggelse af ældre borgere ved gennem en koordineret indsats mellem de tre sektorer, amt, kommune og praktiserende læger at tilbyde voksne syge borgere med akut opstået ikke livstruende sygdom observation, pleje og behandling i borgerens hjem”.

AMU<sup>11</sup> inden for pleje af udvalgte patientgrupper, fx diabetes eller terminale patienter. Endelig deltager teammedlemmer og hjemmeplejen i kurser om terminalpleje. Kun i begrænset omfang er der mellem akutteamet og Helsingør Sygehus blevet aftalt uddannelsesforløb. De interviewede på sygehuset ser dog dette som en mulighed, der efter aftale kan gøres brug af.

Den daglige leder af akutteamet oplyste, (i) at set fra et personalesynspunkt er det attraktivt at arbejde i akutteamet, fordi man får lov at bruge sig selv og sine kompetencer i sit arbejde, og (ii) set fra et ledersynspunkt er akutteamet attraktivt, fordi der er tale om engagerede og kvalificerede medarbejdere i teamet.

### **Målgruppe ved projektstart og i dag**

Til at begynde med var målgruppen planlagt til at være over 67 år. Det var endvidere planen, at borgerne kun skulle håndteres af akutteamet i tre-fem dage.

I løbet af den periode, hvor akutteamet er i kontakt med borgeren, skal der bl.a. tages stilling til, om borgeren skal fortsætte med uændret hjælp fra kommunen, om indsatsen fra hjemmeplejen skal øges, eller om borgeren skal indlægges.

Målgruppen har ændret sig, siden teamet startede. Akutteamet har i dag også en del borgere, som er under 67 år, og borgere, som er henvist fra skadestuen (altså typisk kirurgiske patienter). Endelig gælder, at varigheden af den gennemsnitlige kontakt, som akutteamet har til borgeren, er seks dage.

I 1999 kom den landsdækkende kræftplan. Der blev nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter for sygehus og kommune. Med tiden har der udviklet sig en løsning, hvorefter akutteamet i stigende grad tager sig af palliative (kræftramte) patienter og også giver forskellige former for støttefunktioner til hjemmeplejen.

Den daglige leder af akutteamet vurderer, at akutteamet formentlig har en lavere andel af socialmedicinske patienter, end der findes i hjemmeplejen. En gang imellem har man alkoholikere – måske en 15 stykker om året. Akutteamet sætter ind, hvis det hele er ”sandt til”. Akutteamet har få psykiatriske klienter.

### **Visitation**

Alle klienter er henvist til akutteamet af en læge, som også har skrevet en henvisning. Lægen kan være borgerens egen læge, skadestuelæge, vagtlæge eller en læge fra en sygehusafdeling. Når en borger er henvist til akutteamet, bliver borgeren kontaktet inden for en time.

Henvisningen fra lægen kan komme ind på en fax og skal komme i skriftlig form. Men akutteamet beder ofte om også at få en telefonopringning. Det sikrer en hurtigere kommunikation, ligesom det giver akutteamet mulighed for at spørge, hvad det drejer sig om. Interviewede praktiserende læger har tilkendegivet, at det er en stor fordel at supplere den skriftlige henvisning med en telefonisk orientering af akutteamet.

---

<sup>11</sup> AMU står for arbejdsmarkedsuddannelser og henviser på hjemmesiden [www.amu.dk](http://www.amu.dk) videre til efteruddannelser herunder kurser for social- og sundhedsassistenter i pleje af diabetes, terminale patienter mv.

Det er i størrelsesordenen fem gange om året, at akutteamet har måttet sige nej til at få nye akutte klienter. Begrundelsen er oftest, at teamet har forholdsvis mange terminale klienter.

### **Ydelser og patientkategori**

Generelt er akutteamets ydelser karakteriseret af, at teamet kan rykke ud med meget kort varsel (en time efter henvisningen), og at ydelserne er individuelle og situationsbestemte.

Der er således den forskel i kommunen, at hjemmeplejen – sammenlignet med akutteamet – giver deres ydelser i et forholdsvis stramt skema. For hjemmeplejens vedkommende er det nøje afmålt, hvor lang tid der skal bruges hos den enkelte borger, og i hvilket ugeskema dette skal foregå. Hvis der opstår noget akut, kan hjemmeplejen foretage ændringer, men de har ikke samme råderum som akutteamet.

### ***Hightech sygepleje***

Erfaringerne viser, at hjemmeplejen i Helsingør ikke hidtil har stået for intravenøs væskegivning (ernæring og medicin). Akutteamet derimod har lige fra starten foretaget sondeernæring og intravenøs behandling. I 2002 havde akutteamet ca. fem klienter, som fik intravenøs behandling. I forhold til disse borgere gav det ikke problemer i relation til de praktiserende læger. Med hensyn til intravenøs væskegivning har de praktiserende læger stillet sig forskelligt. Nogle har sagt nej til at blive involveret, mens andre har medvirket uden problemer.

Mange kræftsyge begynder med at blive plejet i hjemmeplejen. På et tidspunkt kommer de pågældende i den terminale fase. Her inddrages akutteamet. Det skyldes, at tingene bliver mere komplekse og akutte, og fordi det også ofte involverer pårørende, der skal tages hånd om. Akutteamet rådgiver i et vist omfang hjemmeplejen og aftaler en fornuftig arbejdsdeling med denne. Akutteamet samarbejder også i et vist omfang med amtets palliative team (hvilket i praksis vil sige, at man samarbejder med den person på sygehuset, som har denne funktion).

Som hovedregel deltager akutteamet kun i udskrivningskonferencer på sygehuset om terminale patienter. I 2002 havde teamet 25 terminale borgere, og i 2003 har akutteamet haft 40. De terminale (kræftsyge) klienter fylder meget i akutteamet. Det er en kombination af både tidsforbrug og den psykologiske påvirkning af teamet.

Akutteamet har ”lukket” fra kl. 23 til kl. 07.30. Især i forbindelse med de terminale patienter kan der være tale om, at hjemmesygeplejen kommer til disse klienter om natten. I akutteamet har man gjort op, at for hele kommunen har hjemmeplejen i forhold til akutteamets brugere i gennemsnit et forbrug på ¼-½ time pr. nat.

Den daglige leder af akutteamet oplyste, at man de senere par år har set nogle nye typer af klienter, som kommer til akutteamet:

- henviste fra skadestuen med brud
- der er flere, som dør hjemme nu end tidligere
- ældre konfuse, som tidligere havde flere ”svingdørsindlæggelser”, end de har i dag
- der er flere med alvorlig lungebetændelse og influenza, og som er afkræftede
- et stigende antal klienter med blærebetændelse.

## **Fagpersoners synspunkter på ordningen**

### ***Hvad kan gøres bedre?***

Den daglige leder af akutteamet konstaterede, at en del af de vagtlæger, som arbejder i kommunen, kommer udefra, hvorfor de ikke altid kender til akutteamet. Det var derfor ønskværdigt, at de vagtlæger, som ikke kommer fra området, får kendskab til akutteamets eksistens og muligheder. Der var også tilfælde, hvor den praktiserende læge henviste til sygehusets akutte modtageafdeling, hvor den pågældende læge måske ikke var opmærksom på akutteamets tilbud. Dette synspunkt blev delt af en af de praktiserende læger, der blev interviewet, og som også arbejdede som vagtlæge.

Informanterne fra Helsingør Sygehus mente, at fordelene ved ordningen er, at akutteamet reagerer her og nu, at det er patientstøttende, og at det giver et individuelt tilpasset og fleksibelt tilbud. Samtidig var de af den opfattelse, at sygehuset ikke gjorde fuldt og helt brug af den kompetence, som akutteamet råder over. Man burde derfor – sygehus, akutteam og kommune – sætte sig sammen og snakke om, hvordan sygehuset kunne komme til at bruge akutteamet noget mere.

En praktiserende læge foreslog, at der sker en eller anden form for skriftlig tilbagemelding til praktiserende læge, når akutteamet afslutter et forløb. Det blev udtrykt, at de kroniske patienter og ældre borgere fylder meget, og de skal have meget hjælp i hjemmet.

### ***Brugernes tilfredshed***

Akutteamet har i 1999, 2000 og 2001 foretaget brugerundersøgelser. I 2001 er der i april og maj måned gennemført interview ud fra 25 parametre som 13 brugere har svaret på. Konklusionen er, at brugerne generelt har været meget tilfredse med ordningen.<sup>12</sup>

### **Nøgletal fra akutteam**

Tilsendt materiale indeholder en række nøgletal for akutteamets arbejde i 2002. De er vist i boks 5.1.

---

<sup>12</sup> Helsingør Kommunes socialforvaltning bemærker dog, at undersøgelsen hverken er kvalitativ eller kvantitativ valid. {Kilde: Helsingør Kommune. Socialforvaltningen. Ældre og sundhed. 12.09.01 Akutteam. Resultat af de foretagne interview, udført i april/måned 2001.}

## Boks 5.1 Nøgletal fra akutteamet 2002

### Nogle talstørrelser for akutteamets aktivitet

*Af tilsendt materiale fra akutteamets leder fremgår, at akutteamet i 2002 havde 430 klienter, heraf 293 kvinder og 137 mænd. Heraf var 20% under 67 år, 33% var 67-79 år, og 47% var 80 år eller derover. 38% blev henvist til akutteamet fra egen læge, 11% fra vagtlæge, 39% fra en sygehusafdeling, heraf flest fra skadestue og akut modtageafdeling, mens 12% blev henvist fra andre.*

*Varigheden af den gennemsnitlige kontakt til de 430 klienter i 2002 var på 7,8 dage. Der er betydelige månedlige svingninger i varigheden af kontakten. I marts 2002 var den 4,1 dage, mens den i december 2002 var 16,1 dage. I hele 2002 blev der aflagt 4.675 besøg, heraf 2.456 om dagen og 2.219 om aftenen. Således var det gennemsnitlige besøgstal pr. klient i 2002 på knap 11 besøg fordelt over gennemsnitlig 7,8 dage.*

*Efter udskrivning fra akutteamet i 2002 skete følgende: 14% kunne klare sig selv, 20% blev indlagt på sygehus, 1% flyttede på plejehjem, 6% var døde, mens 59% blev visiteret til den sædvanlige hjælp eller til yderligere hjælpeforanstaltninger (madudbringning, hjælpemidler mv.).*

*De fem største klientgrupper er følgende, nævnt med den største gruppe først: neurologi 12%, fraktur 11%, bevægeapparat 10%, infektionssygdomme 10% og tarm-sygdomme/hepatologi 9%. Terminale og alvorligt syge og døende udgjorde 8% af klienterne. Det blev oplyst, at denne gruppe får flere besøg end gennemsnittet, ligesom den også fylder meget på anden måde.*

## 5.2 Eksempler på udkørende team

I det følgende gives nogle eksempler på udkørende team fra sygehus med specialuddannet personale, der tilbyder pleje og behandling hjemme hos borgeren. Det er ofte sygeplejersker, men også andre faggrupper inkl. læger har udkørende funktioner til varetagelse af særlige patientgrupper. Ordningerne inden for det somatiske område for voksne, går typisk under betegnelser som:

”Geriatrisk team” tilbyder pleje og behandling af ældre medicinske patienter. Nogle af formålene er at (i) undgå uhensigtsmæssige genindlæggelser og at (ii) forebygge/udskyde plejehjemsplads. Plejen bygger på en helhedstankegang. Der er i alt 18 geriatriske team tilknyttet 9 sygehuse (findes i fx Roskilde Amt, H:S, Nordjyllands Amt og Århus Amt).

”Palliativt team” til terminale patienter. Teamets funktionsområde er (i) vejledning, rådgivning og supervision af personale i primær og sekundær sektor. At fungere som (ii) bindeled mellem sektorer samt tværfagligt. At fungere som (iii) støtteperson i konkrete patientforløb af kompleks karakter (findes i fx Frederiksborg Amt) (Olsen m.fl. 2003). Et af formålene er at kvalificere behandlerteamet omkring den terminale patient.<sup>13</sup>

”Iltsygeplejerske” tilbyder pleje og behandling af kronisk lungesyg patienter (findes i fx Københavns, Viborg og Århus Amter). Nogle af formålene er at (i) undgå akutte indlæggelser og (ii) yde specialiseret sygepleje i patientens egen bolig til en skrøbelig patientgruppe, der dårligt tåler indlæggelse.

Ovenstående udkørende team er eksempler på hjemmebehandling, der er implementeret som et tilbud om specialtilsyn i patientens eget hjem, men som organisatorisk hører under en specialafdeling på sygehuset. Disse ordninger vil ikke blive nærmere belyst i denne rapport, men er nævnt som samarbejdspartnere i det samlede sundhedstilbud i nærmiljøet.

### 5.3 Eksempler på akutstuer

Akutstuer er navnet på en ordning, der har til formål at være et alternativ til en sygehusindlæggelse.

Akutstuer er fortrinsvist et tilbud til kommunernes ældre borgere, som har behov for pleje og behandling, og hvor det vurderes, at behandlingen kan foretages i hjemkommunen frem for på et sygehus. Baggrunden for at indføre akutstuer har været som et alternativ til indlæggelse på sygehus, men er samtidig flersidet:

- Hensynet til den ofte skrøbelige ældre, socialmedicinske borger med behov for tilsyn, behandling og pleje, der erfaringsmæssigt ofte bliver mere både fysisk og psykisk skrøbelig under og efter en hospitalsindlæggelse.
- Det økonomiske hensyn for at spare omkostninger til hospitalsindlæggelser samt efterfølgende mobilisering af borgeren efter udskrivning.

I rapporten “ældrevenlige behandlingsforløb – en analyse af fem indsatsstyper” (Hansen m.fl. 1997) beskrives målgruppen som “i princippet alle borgere,

- hvor praktiserende læge i en akut sygdomsfase finder behov for indlæggelse til observation, pleje eller behandling ud over, hvad der normalt kan tilbydes i borgers eget hjem,
- men hvor akut sygdomsdiagnostik og -behandling ikke findes fornøden, og
- hvor den akutte fase kan forventes overstået inden for normalt 8 dage, og udskrivning kan ske inden for 14 dage”.

---

<sup>13</sup> Ca. 20% af det samlede antal terminale kræftpatienter ønsker at dø i eget hjem.

### 5.3.1 Udbredelsen af akutstuer

Ved AKF/DSI's telefonkontakt med amterne i april 2003, var der fem amter, der havde aftaler med kommuner, hvori der indgik akutstuer.

Nogle amter havde flere akutstuemodeller, som kommunerne kan vælge imellem. Forskellene mellem modellerne er hovedsagelig finansieringsformen – kommunen kan vælge et fast grundbeløb eller modtage betaling pr. patient. De fleste amter har indgået aftaler, hvor finansieringen mellem amt og kommune deles 50/50.

I det følgende beskrives kort erfaringer med akutstuer fra tidligere evalueringer.

### 5.3.2 Akutstuer i Rødning Kommune

Rødning Kommune var den første kommune i landet til i samarbejde med Sønderjyllands Amt at etablere en akutstue, hvor pleje og observation kan iværksættes straks ved akut sygdom eller svækkelse, som ellers ville have krævet indlæggelse på sygehus. Erfaringer fra ordningen er opgjort i en rapport fra 1997 (Hansen m.fl. 1997), som denne fremstilling bygger på. Der er tale om en mindre kommune, og kun godt 20 personer blev årligt henvist til akutstuen, som etableredes ved behov på et af kommunens plejecentre eller i hjemmet eventuelt ved at indkalde ekstra mandskab.

Årsagerne til henvisning til akutstue var meget forskellige, men de ældre, som blev henvist, var tilfredse med tilbuddet og den hjælp, de fik. De var specielt glade for at blive hjulpet gennem en akut krise og for, at det kunne ske i deres hjem eller tæt på hjemmet frem for at skulle indlægges på sygehus, som i dette tilfælde ville sige mange kilometer borte. Ældre i akutstuen har adgang til ambulante undersøgelser og behandling på sygehus under opholdet. Der foreligger ikke information om udviklingen i de henvistes helbred.

Ældre i Rødning Kommune indlægges ikke så hyppigt på sygehus som ældre i en af nabokommunerne, og forskellen blev større efter etablering af akutstuen. Denne udvikling kan imidlertid ikke med sikkerhed tilskrives akutstuen.

Konsekvenserne af akutstuen i Rødning er usikre, fordi der er tale om en ordning i lille skala, som ikke har været evalueret over en længere periode.

### 5.3.3 Akutstuer i Vestsjællands Amt

Et projekt om akutstue på plejehjem og akutvagt i eget hjem blev afprøvet i tre kommuner i Vestsjællands Amt på baggrund af en øget belastning på sygehusenes medicinske afdelinger. Projektet blev gennemført fra 2000-2002 i Fuglebjerg, Kalundborg og Sorø Kommuner, og erfaringer herfra er beskrevet i en rapport (Pagh 2002). Ordningen er i dag permanent og søges udbredt til andre interesserede kommuner. Der blev oprettet en akutstue i Fuglebjerg, to i Kalundborg og to i Sorø.

#### **Patienternes tilfredshed**

Patientgruppen vurderede selv akutstuen som et bedre tilbud end indlæggelse på sygehus på grund af overskuelighed, nærhed, tryghed, optimale fysiske rammer og en positiv atmosfære. 95% af de adspurgte akutstuepatienter ønskede indlæggelse på akutstue frem

for på sygehus. Der er ikke foretaget opgørelser af udviklingen i patienternes helbred, og der er ingen sammenligningsgruppe.

### **Synspunkter fra de praktiserende læger**

De praktiserende læger, som blev interviewet, oplevede akutstuerne som en forbedring af det eksisterende tilbud til ældre; især til den gruppe patienter, som har et mindre akut medicinsk problem ”som kan løses med et skud penicillin og efterfølgende tabletbehandling”. Det kan også dreje sig om patienter, der er faldet eller er dehydrerede. De praktiserende læger var enige om, at de oplever, at det er et dårligt tilbud at indlægge et svagt gammelt menneske på sygehuset, ligesom det er deres indtryk, at de fleste gamle er meget kede af at blive indlagt på sygehus. De vurderer, at kvaliteten af tilbuddet er bedre på akutstue end ved indlæggelse på sygehus til netop den gruppe patienter, der har benyttet akutstue eller akutvagt. De oplever ro og kontinuitet i forløbene og ser en fordel i at kunne følge disse patienter tæt og i bedre at kunne følge op efter udskrivelse fra akutstuen, da de har behandlet patienterne. Det kan være nødvendigt at indlægge enkelte patienter på sygehus for at få kontrolleret bl.a. væsketal, da denne funktion ikke for alles vedkommende kan foretages i praksis.

Arbejdsbyrden var ikke blevet øget, og en enkelt oplevede en lettelse, da der kunne opnås kontinuitet.

Styregruppen og koordinationsgruppen bag projektet var enige om, at tilbuddet kvalitativt og økonomisk var optimalt, og ”*muligheden for indlæggelse på akutstue bør fortsætte i de kommuner, der er interesserede*” (Pagh 2002).

#### **5.3.4 Akutstuer i Næstved og Fuglebjerg Kommuner**

I det følgende præsenteres to cases fra en stor og fra en lille kommune.

##### **Baggrund, finansiering og formål**

Den ene case repræsenterer Næstved Kommune, hvor der for et par år siden blev indført to akutstuer på plejecentret i et projektforb. Ordningen er i dag permanent og finansieres med 50/50 til henholdsvis amt og kommune.

Der blev formuleret to overordnede formål med akutstuerne:

1. at reducere både den generelle belastning af de indlagte patienter og iværksætte en hurtigere mobilisering, end tilfældet ville have været ved sygehusindlæggelse,
2. at spare ressourcer gennem den hurtigere mobilisering af de ældre.

Den anden case repræsenterer en lille kommune, hvor der i forbindelse med det foran nævnte projekt i tre kommuner, Fuglebjerg, Kalundborg og Sorø i Vestsjællands Amt, blev etableret akutstuer i perioden 1. september 2000 til 31. august 2002. Formålene med akutstuerne blev formuleret således:

- tilbud om ophold på akutstue på plejecenter er et kvalificeret alternativ til indlæggelse på sygehus for akut syge, som har brug for observation, pleje og lettere behandling,
- behandling af borgeren i nærmiljøet,

- et tættere samarbejde med borgeren,
- det er tæt på de pårørende, der kan komme og gå,
- borgerne bliver mindre forvirret, end hvis de skal på sygehus.

Akutstuen i Fuglebjerg og akutstuerne i Næstved Kommune er i det følgende beskrevet samlet som en case ud fra interview af plejepersonalet i disse ordninger. I slutningen af afsnittet videregives nogle indtryk fra interview af sygehuspersonalets holdninger til akutstuer fra udvalgte samarbejdsafdelinger.

### **Akutstuernes drift**

Plejepersonalet består af sygeplejersker og hjælpergrupper. Sygeplejerskerne har det overordnede ansvar for plejen og tilser patienterne dagligt samt står for de mere specielle sygeplejelogninger, mens hjælpergrupperne selvstændigt varetager opgaver inden for deres kompetenceområde.

### ***Praktiserende lægers rolle***

Hvis borgeren er indlagt på akutstuen via vagtlæge eller læge på sygehuset, adviseres egen læge senest første hverdag efter indlæggelsen. Praktiserende læge besøger egne patienter efter behov og tager del i ansvaret for den lægelige behandling. Ligesom egen læge bliver orienteret om borgerens udskrivning fra akutstue.

Der er ikke udarbejdet en samarbejdsaftale med de praktiserende læger.

### ***Sygehusets rolle***

Ifølge samarbejdsaftalen fra Næstved, kan sygehuset visitere til en akutstue i samarbejde med patient og eventuelle pårørende inden for 48 timer. Når borgeren overføres, skal sygeplejerapport og evt. rapport fra ergo- og fysioterapeut medsendes. Sygehuset tager hånd om medicin i fornødent omfang. Sygehuset skal endvidere efter behov foretage blodprøve, røntgen og anden ambulant aktivitet. Det blev under interviewet oplyst, at for borgere, der er indlagt på en akutstue, står egen læge for booking af eksempelvis røntgen og blodprøve på sygehuset, mens akutstuerne sørger for transport.

### **Målgruppe, ydelser og patientkategori**

Målgruppen er ældre, skrøbelige borgere, der som følge af sygdom er i en ustabil tilstand, hvor der er behov for mere indgående sygeplejefaglig observation, pleje og behandling i en kortere periode. Den ene ordning betonedes, at meget ustabile borgere med et evt. behov for hurtig indgriben ikke tilhører målgruppen for akutstuerne.

Opblussen af kronisk sygdom, dehydrering, lungebetændelse og urinvejsinfektion er nogle af de tilstande, akutstuerne behandler og plejer.

### ***Hightech sygepleje***

På akutstuerne har man på den ene case erfaring med intravenøs behandling, men generelt søger man at tilskynde borgerne til selv at drikke frem for at få væske tilført intravenøst. Her er der også eksempler på, at oplæring af personalet fra kommunen fandt sted på

sygehuset i i.v.-administration og sondeernæring samt for sygeplejerskegruppens vedkommende oplæring i brug af smertepumper til terminale borgere.

### **Visitation**

For begge cases foregår visitationen via egen læge eller vagtlæge. I Næstved meldte akutstuerne desuden hver dag til sygehuset om antallet af ledige pladser, og ca. 25% af borgerne blev visiteret herfra. I Fuglebjerg forekom denne procedure ikke, og der kom ingen patienter fra sygehus til akutstue (citat fra en medarbejder: ”*sygehuset tænker ikke på, at muligheden er der*”). Samtidig er der en regel om, at sygehuspatienter skal visiteres til akutstuen inden for 48 timer efter indlæggelsen, hvilket medfører, at det kan være svært at nå at udrede patienten inden for dette tidsrum og dermed sende patienten videre til akutstuen.

Sygeplejersken har det overordnede faglige ansvar også for visitationen, men man hjælper hinanden i selve plejen. Akutstuerne kan modtage patienter døgnet rundt.

Ifølge samarbejdsaftalen mellem Næstved Kommune og sygehus, skal der på akutstuerne generelt og med kort varsel ydes observation, pleje og behandling på akutstuerne. Behandling iværksættes efter aftale med henvisende læge/egen læge. Sygeplejerskerne har bl.a. ansvaret for, at der udarbejdes handleplan for borgerens ophold på akutstuen, herunder sikring af ernæringstilstand, og at der efter behov foretages en ergo- og fysioterapeutisk vurdering og evt. behandling uden ventetid.

### **Fordele og ulemper ved ordningen ifølge fagpersoner**

#### ***Plejepersonalet på akutstuerne***

Disse udtrykte, at i en kommune med tilsvarende ordning havde nogle af de praktiserende læger den holdning, at de ikke ville være med til, at sygehuset kunne indlægge patienter på kommunens akutstuer og derved komme til at passe sygehusets patienter. Desuden refererede personalet til den mediedebate, der har været fra lægeside om akutstuer, at de ældre blev udsat for en discountløsning på akutstuerne. Efter projektets gennemførelse har disse læger dog været meget tilfredse med forløbene.

Det blev pointeret, at indlæggelse på akutstue er et alternativ til sygehusindlæggelse. Det var personalets opfattelse, at det er mindre belastende for borgeren at komme på en akutstue end på sygehuset.

Plejepersonalet udtrykte det ene sted, at nogle borgere aktivt ønsker indlæggelse på akutstue frem for på sygehus og presser på for at opnå dette

Plejepersonalets indtryk var, at de borgere, som blev visiteret til akutstuerne, fik et bedre tilbud, end hvad sygehuset kunne tilbyde, og kom sig hurtigere. Dette indtryk baserede de i den ene case på de tilbagemeldinger, som henholdsvis brugerne og de praktiserende læger havde givet siden akutstuerne startede. Der blev desuden skabt et tættere samarbejde med de praktiserende læger, hvilket har medført en øget gensidig respekt.

I den ene case blev det fremført, at udskrivning fra sygehus til hjemmepleje ikke foregik helt så gnidningsløst som fra akutstue til hjemmepleje, idet de to sidstnævnte ”instanser” tilhørte samme organisation. Dette gjorde kommunikationen lettere, herunder

også information fra hjemmeplejen, om hvorledes borgeren fungerede i eget hjem før indlæggelsen på akutstuen.

Det blev også anført, at kulturen var mere "hjemlig" på akutstuen end på sygehuset. Bl.a. bærer personalet på akutstuen eget tøj, ligesom indretning mv. er mindre institutionspræget. Det blev nævnt, at pleje og omsorg er mere i fokus på akutstuen end på sygehuset. Endelig blev det anført, at man på stedet hurtigt kan inddrage ergo- og fysioterapien, når der er behov herfor.

Det blev fremhævet, at det i vidt omfang var lykkedes at fastholde plejepersonalet (også sygeplejerskerne) på akutstuerne. Dette havde været medvirkende til, at de praktiserende læger havde udviklet tillid til, at de ydelser, som de forventede blev givet på akutstuerne, også blev givet. En forklaring på at plejepersonalet var forblevet på akutstuerne – til forskel fra hjemmeplejen, hvorfra der er en forholdsvis stor søgning over på sygehuse – kunne være, at der også var indlagt nogle mere krævende plejeopgaver, end der traditionelt har været uden for sygehusene. Den eneste ulempe er ifølge ledelsen af akutstuen, at sygehuset ikke henviser, selv om der er ledig kapacitet i akutstuen. Det skyldes, at personalet på sygehuset i perioder glemmer muligheden.

### ***Sygehuset***

Fra sygehusets side blev det udtrykt, at der er mere ro på akutstuen og ikke et så stresset miljø som på sygehus. Der er ingen ulemper, men akutstuen skal have en anden funktion, dette uddybes i næste afsnit.

## **Hvad kan gøres bedre**

### ***Plejepersonalet på akutstuerne***

Den ene case anførte, at den løbende kommunikation mellem sygehus og kommune kunne gøres bedre, og udtrykte ønske om, at ved henvisning fra egen læge beskrev lægen årsagen til og formålet med indlæggelsen på akutstuen. Samtidig blev det anført, at rekrutteringen af sygeplejersker kunne styrkes, hvis der kunne lægges fagligt spændende opgaver i akutstuefunktionen.

Der var i den ene case tale om et fald fra 1. til 2. driftsår på 3% på antallet af brugere henvist fra sygehus. Forespurgt oplyste plejepersonalet, at dette fald gav anledning til undren, men at man ikke havde nogen forklaring på faldet.

### ***Sygehuset***

Det er for småt til at opretholde kompetence til bredden af opgaver. Der er således brug for en større kapacitet i akutsstuen, så fx bronkitispatienter kunne komme lidt før i akutstue. Der kunne derudover etableres nogle ambulante funktioner, fx sygeplejeambulatorium, diabeteskontrol.

## **Nøgletal fra akutstuer**

Af det tilsendte materiale fra det tidligere omtalte projekt i Vestsjællands Amt, hvoraf Fuglebjerg udgør en af kommunerne, findes en række taleksempler om projektet, der

dækker perioden 1. september 2000 til 31. august 2002. Lignende data er fremkommet fra Næstved Kommune. Nogle af disse tal fremgår af boks 5.2.

## **Boks 5.2 Nøgletal fra akutstuerne i Vestsjællands Amt og Næstved Kommune**

### **Nogle talstørrelser for aktivitet i akutstuer**

#### **Akutstuer i tre kommuner i Vestsjællands Amt**

Af tilsendt materiale fremgår det, at der i projektperioden blev indlagt 132 patienter i akutstue, og 7 patienter har haft akut vagt. Kun i Fuglebjerg har sygehuset kunnet henvise til akutstuen, men det er ikke sket.

Gennemsnitsalderen for de indlagte var 81 år. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var 9½ dag for alle patienter under ét. Belægningsprocenten var 31% i Fuglebjerg, 68% i Kalundborg og 43% i Sorø.

60% af patienterne blev udskrevet til eget hjem, mens 20% kom på sygehuset. De praktiserende læger aflagde 1,25 besøg pr. patient. Indlæggelsesårsagerne var flere, hvor 45% havde sociale årsager, 54% havde psykiske årsager, og 88% havde fysiske årsager. Hver tredje patient blev indlagt på grund af fald, mens de lægelige hoveddiagnoser var meget spredte. I forsøgsperioden var der 35 patienter til akutstuen, som blev afvist. Heraf var de 33 på grund af manglende plads, mens to selv foretrak at blive indlagt på sygehus. Selv om belægningsprocenten har været relativt lav, har der altså i perioder været pladsproblemer.

Antallet af sengedage på sygehus faldt for de 75+-årige med 7% for de tre kommuner i perioden. Antallet af akutte medicinske indlæggelser steg kun med 2% for de tre projektkommuner i perioden sammenlignet med 9% for resten af Vestsjællands amt. Det må understreges, at det ikke med sikkerhed kan siges, at forskellen skyldes akutstuerne.

Patienterne vurderede, at tilbuddet var bedre end indlæggelse på sygehus, 95% ønskede indlæggelse på akutstue frem for hospital. Dette skyldtes bl.a. en positiv atmosfære, nærhed, de fysiske rammer og tryghed.

De praktiserende læger og medarbejderne var ligeledes positive. Fra sygehusets side var erfaringerne få, men positive. Evalueringen finder, at den gennemsnitlige pris for indlæggelse i akutstue er lavere end den gennemsnitlige pris for en tilsvarende medicinsk patient på sygehus. Akutstuerne er i dag et permanent tilbud.

Kilde: (Pagh 2002)

#### **Akutstuer i Næstved Kommune**

Af den første Årsrapport fremgår, at 71 ud af 84 borgere har følgende symptomer/"diagnose":

15 faldtendens, 15 sociale årsager, 10 væskemangel, 8 lungebetændelse, 5 diarré, 3 opkastning, 3 knoglebrud, 2 konfus, 1 depression, 1 urinvejsinfektion, 1 demens, 1 dårligt hjerte, 1 døende, 1 smerter, 1 alkoholmisbrug, 1 medicinforgiftning, 1 influenza.

Det oplyses endvidere, at der er følgende gennemsnit i 1. driftsår: alder 86,5 år; liggetid 9,6 dage og belægningsprocent 75.

Af en tabel, der ligger som bilag til 1. Årsrapport, fremgår det, at 19 (ud af de 84) er indlagt mere end én gang.

Ordningen er i dag et permanent tilbud.

{Kilde: Årsrapport for drift af akutstuer i Næstved Kommune. 03.09.2002}

## 5.4 Opsamling

Akutteam og akutstuer forekommer som relevante ordninger i det samlede sundhedstilbud. Begge ordninger er i stand til at etablere hurtig pleje og behandling enten i borgers eget hjem i form af akutteam eller på et plejecenter i en akutstue. Ved at tilbyde en hurtig indsats med hyppige tilsyn, kan borgeren i mange tilfælde undgå sygehusindlæggelse eller få afkortet en sådan. Samtidig kan borgeren, som er visiteret af en læge, modtage pleje og behandling i trygge omgivelser på et fagligt forsvarligt niveau. Det vil dog ikke være alle patienter, der er egnede til hjemmebehandling. Overvejelser herom må i det enkelte tilfælde bygge på en individuel sundhedsfaglig vurdering.

I de undersøgte cases erfares fordele, både set fra patientens side, fra primær og sekundær side samt muligvis økonomisk. Dette er dog svært at opgøre. Ulemperne har mest karakter af, at ordningerne ikke benyttes nok eller kunne udbygges med flere funktioner.

## 6 Litteraturstudie om britiske ordninger

Dette afsnit beskriver kort nogle britiske erfaringer ud fra et litteraturstudie (se søgekriterier i afsnit 2.3). Som nævnt i afsnit 2.3 må der tages forbehold for forskelle i det britiske og det danske social- og sundhedssystem, bl.a. den større andel, der modtager hjemmehjælp i Danmark. Det kan betyde, at ikke alle erfaringer fra Storbritannien kan overføres til danske forhold.

I Storbritannien er der fra de centrale myndigheder stor opmærksomhed på problemer med indlæggelse på akutte hospitalsafdelinger og udskrivning herfra, da mønstret er, at ældre borgere ofte må vente længe på en akut sygehusafdeling, før de kan komme videre i behandlings- og plejesystemet (Department of Health 2003a; Department of Health 2003b).

En nylig udkommet rapport fra the Committee of Public Accounts, som hører under the House of Commons i det britiske parlament, viser, at ældre patienter optager ca. to tredjedele af alle sengepladser på de britiske akutsygehuse, og at patienter over 75 år udgør 77% af alle, hvis udskrivning er forsinket. Antallet af forsinkede udskrivinger for ældre patienter er dog blevet halveret siden 1997, men er stadig for højt, og mange ældre venter stadig i længere tid end nødvendigt på at blive udskrevet, konkluderer rapporten (House of Commons & Committee of Public Accounts 2003).

For at reducere antallet af forsinkede udskrivinger må sygehusene bl.a. påbegynde planlægningen tidligere og samarbejde såvel internt som med de relevante eksterne lokale socialmyndigheder og private plejeudbydere.

Mange af de forsinkede udskrivinger varer få dage, men ca. én tredjedel mere end 28 dage. Sundhedsministeriet estimerer, at de forsinkede udskrivinger koster sundhedsvæsenet ca. 1,7 millioner mistede liggedage og ca. 170 millioner pund om året (ca. 1,8 milliarder danske kroner). Det fremgår, at det er Sundhedsministeriets mål, at der ved udgangen af 2004 kun er ca. 3.000 forsinkede udskrivinger, og at antallet er faldet til mellem 2.000-2.500 ved udgangen af 2005.

De mest almindelige årsager til forsinkelser er problemer med at overføre patienten til videre behandling eller pleje inden for sundhedsvæsenet: Nogle patienter venter på en egnet plejehjemsplads, andre afventer vurdering af deres behandlingsmæssige, funktionelle, sociale og psykologiske behov. For at mindske antallet af forsinkede udskrivinger er der derfor behov for effektiv koordinering såvel inden for de enkelte sygehusforvalt-

ninger som mellem sygehusforvaltningerne, forvaltningerne i primærsektoren, de lokale socialmyndigheder og plejeudbydere i den private sektor. Komiteen understreger også, at det er essentielt at involvere patienterne og deres pårørende i beslutninger om udskrivning. Endvidere peger rapporten på, at mangel på fysio- og ergoterapeuter spiller en rolle i udarbejdelsen af patientvurderinger og dermed for udskrivningsforsinkelser.

Sundhedsministeriet udgav i 1994 "Hospital Discharge Workbook" med anbefalinger rettet mod den primære og sekundære sektor (Department of Health & Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team 2003).

Siden er der udkommet en opdatering med anbefalinger. En af disse anbefalinger er, at sygehusene gør brug af midlertidige plejeordninger for at sikre, at den eksisterende akutte sygehuskapacitet bliver udnyttet bedst muligt. På den baggrund giver Workbook'en detaljerede retningslinjer til best practice inden for fire hovedområder: Involvement af patienter og pårørende, koordination af patientforløb samt midlertidige og langsigtede plejeordninger, hvor begrebet intermediate care benyttes bredt.

En række sundhedspolitiske initiativer er således igangsat i Storbritannien, og de skal sikre, at hospitalskapaciteten bruges mest hensigtsmæssigt, og at patienterne opnår det mest optimale udbytte.

NHS har opstillet et program, der har til hensigt, at gøre de ældre mindre afhængige ved at udvikle en række nye tilbud bl.a. samarbejdsordninger mellem den primære og sekundære sektor. Disse har til formål at:

- patienterne hurtigere skal komme sig efter sygdom,
- udgå unødige indlæggelser på akutte sengepladser,
- understøtte en rettidig udskrivning,
- reducere langtidsindlæggelser,
- maksimere uafhængig levevis

(Department of Health & Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team 2003).

National Service Framework for Older People (NSF) er en vigtig komponent i NHS' program og lancerede i 2001 nationale standarder for bl.a. bedre pleje for ældre på tværs af sektorer.

NSF støtter udbygningen af intermediate care. I den nævnte Workbook lægges der vægt på at definere indholdet af ordninger, og der angives veje og mål med pleje og behandling uden for sygehus. Et af flere succeskriterier er, at pleje og behandling skal være fleksibelt og tilrettelægges ud fra den enkelte patients behov enten i eget hjem, på en "sengeplads" eller i et dagtilbud (Department of Health & Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team 2003).

"Intermediate care" (og sommetider begrebet "Admission Avoidance Schemes") benyttes i den forbindelse som et samlebegreb, der dækker en del af de nye samarbejdsordninger. Man kan sige, at der er to hovedtyper af ordninger:

1. Borgeren er indlagt i eget hjem og modtager pleje og behandling. Som eksempler på navne på disse ordninger kan nævnes "Hospital at Home", "Hospital in Home care", "Early Discharge" mv.

2. Patienten er indlagt på en institution i lokalområdet til pleje og behandling med tilsyn af en læge. Som eksempler på navne på ordninger kan her nævnes "GP beds", "Community Hospital" og "Nursing Homes".

Intermediate care-ordninger retter sig enten bredt mod mange diagnoser og tilstande eller mod et specifikt sygdomsområde fx nyresvigt, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, terminal pleje osv. De sygdomsspecifikke ordninger refererer typisk organisatorisk til en specialafdeling på sygehuset.

Lokale institutioner med sengepladser til korttidsindlæggelser kan være private eller kommunale og går under betegnelser som "GP beds" eller "Community hospitals".

### **Konkrete casebeskrivelser**

Nogle tendenser og resultater fra fem typer af indsats i Storbritannien, der bl.a. har til formål at undgå unødige indlæggelser eller spare indlæggelsesdage på sygehus, gengives i korte træk.

Ordningerne er udvalgt med det formål at beskrive eksempler på forskellige typer af indsats, hvor nogle har stor bredde i patientkategori og udbredelse, mens andre repræsenterer den specielle sygepleje indenfor en bestemt patientkategori, hvor der kræves særlig sygeplejefaglig kompetence. En afgrænsning af datamaterialet fra litteraturstudiet er foretaget ved, at det er pleje og behandling af voksne over 18 år indenfor det somatiske område, der belyses.

## **6.1 GP beds/sengepladser med tilsyn af praktiserende læger**

"GP beds" (General Practitioner = praktiserende læge) er navnet på en ordning, der består i, at de praktiserende læger i et lokalområde kan visitere til sengepladser ofte på et lille hospital ("Community hospital") og der behandle egne patienter som alternativ til indlæggelse på et større sygehus længere væk.

En litteratursøgning på GP beds giver dog kun få resultater med undersøgelser eller evalueringer af disse ordninger, men det tilgængelige materiale fra engelske og skotske undersøgelser viser nogle tendenser om praktiserende lægers brug af sygehussenge med eller uden adgang til GP beds.

Der var i 2002 85 "Community hospitals" i Skotland, og med deres tilbud og praksis må de anses som en form for intermediate care. I en rapport fra Clinical Standards Board for Scotland under NHS Scotland defineres intermediate care som:

*The services that do not require the resources of a general hospital, but which are beyond the scope of the traditional Primary Care Team; including substitutional care (care substituting for elements of hospital care) and complex care (integrated services for patient health needs which are complex or in transition).*

Visitationen styres som regel af lokale praktiserende læger, som vælger specifikt at bruge faciliteterne på det lokale Community hospital og at tage sig af deres patienter under og efter indlæggelsen. Beslutningen om at indlægge på et Community hospital er baseret på den vurdering, at pleje ikke fortsat kan gives i patientens aktuelle boligmiljø (Clinical Standards Board for Scotland 2002).

I et engelsk studie fra 1992 har man ønsket at skabe et datagrundlag for brugen af GP-senge i "Leicestershire Community Hospitals" (LCH). Undersøgelsen blev gennemført som et tremåneders observationsstudie i perioden 17. februar til 17. maj 1992 og omfatter alle indlæggelser på i alt otte LCH-hospitaler med GP beds.

LCH blev defineret som "hospitaler", der ikke udgør en del af det generelle hospitalskompleks i distriktet, men i stedet tilbyder pleje og behandling samt rehabilitering af patienter, som bor i lokalområdet, og som ikke har brug for specialistbehandling på sygehus. Patienterne tilses primært af praktiserende læger, men tilsyn af hospitalsspecialister forekommer også.

Ved indlæggelsen blev patienter i studiet grupperet i fem plejekategorier:

1. Akut behandling – behandling af en patient med et akut sygdomsanfald, der ikke kræver medicinsk indgreb på højt niveau.
2. Aflastning – en patient, der bliver indlagt for at aflaste en hjælper.
3. Rehabilitering (genoptræning) – en patient, der indlægges for at blive genoptrænet og modtage sygepleje, eller en patient, der bliver overført fra en akut enhed til genoptræning som forberedelse til udskrivning.
4. Terminal/palliativ behandling – pleje af en døende patient.
5. Alle andre indlæggelser i GP-senge.

Samlet fordelte indlæggelserne sig som følger:

Akut behandling	34,7%
Aflastning	31,4%
Genoptræning	21,8%
Terminal pleje	7,3%
Andet	4,8%
I alt	100.0%
Antal patienter	685

De hyppigst forekomne lidelser var kredsløbsforstyrrelser, hjertesygdom, terminale forløb, luftvejslidelser, fald, neurologiske lidelser og bindevævssygdom.

Ved indlæggelsen blev den praktiserende læge spurgt, hvorvidt særlige sociale og medicinske faktorer havde bidraget til, at patienten havde brug for indlæggelse. Medicinsk forværring af en underliggende tilstand betragtedes som en medvirkende faktor i 328 tilfælde (48%). Pres fra familie eller omsorgsperson på den praktiserende læge/manglende evne til at klare situationen blev anset som en faktor i 304 tilfælde (44%). I alle plejekategorier bidrog disse to faktorer hver til omkring halvdelen af indlæggelserne. Et medicinsk problem, som var stødt til, blev betragtet som en medvirkende faktor i 18%

af tilfældene, anmodning fra patienten om at blive indlagt i 14% af tilfældene, vanskeligheder for det formelle omsorgssystem (fx hjemmesygeplejen) med at pleje patienten i 8% af tilfældene og problemer med anden social støtte i 8% af tilfældene. Endelig blev der angivet ”anden årsag” ved 13% af indlæggelserne.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid på LCH var 14 dage.

### **Særligt for kroniske patienter og terminalt syge**

For kronisk syge og terminalt syge patienter er problemerne fokuseret omkring at håndtere den syges symptomer og længerevarende pres på omsorgspersoner. For personer, der er terminalt syge, er de to hovedårsager til hospitalsindlæggelse kontrol af symptomer og omsorgspersonens vanskeligheder ved at klare situationen. Pres fra familien på den praktiserende læge og omsorgspersonens manglende evne til at håndtere situationen var væsentlige medvirkende faktorer til indlæggelse i undersøgelsen.

De fleste Community Hospitals findes i mindre byer og landområder, så praktiserende læger i større byer har ikke denne mulighed. I fremtiden vil GP beds muligvis blive stillet til rådighed af udbydere af akut behandling og af plejehjem drevet af private eller frivillige organisationer, hvilket delvist vil afhjælpe problemet i de større byer.

Konklusionen var, at før ordningen udbredes yderligere, bør de nuværende GP beds benyttes mere hensigtsmæssigt og vise, at de er effektive i forhold til omkostningerne (Tomlinson m.fl. 1995).

I en skotsk undersøgelse blev der fra december 1995 til april 1997 gennemført registrering af de praktiserende lægers indlæggelse af medicinske, kirurgiske, geriatriske og ”andre” patienter. Resultatet viste at for de praktiserende læger med adgang til GP beds faldt sengedagene på sygehuset.

For de medicinske patienter sås et fald på 39,4% og for de kirurgiske patienter 18%, for de geriatriske patienter 34,5% og 4,9% for ”andre tilstande”. Det lidt mindre fald i brug af sengedage for geriatriske patienter afspejler muligvis en større sygdomskompleksitet for denne patientgruppe, hvor de praktiserende læger har et øget behov for det geriatriske speciale til vurdering.

Hvis man medregner GP bed-indlæggelser viser det sig, at antallet af indlæggelser for de praktiserende læger (med adgang til GP beds) havde 6,4% flere indlæggelser end steder uden GP beds.

Der opnås ikke nogen klar forståelse af de praktiserende lægers overvejelser om, hvornår de vælger GP beds, og hvornår de indlægger patienten på et egentligt hospital. Ligeledes mangler der et billede af omkostningseffektivitet og klinisk effekt (Stark m.fl. 2000).

## **6.2 Home Haemodialysis/hjemmehæmodialyse**

Denne case er et eksempel på et udviklingsprojekt rettet mod en mindre patientgruppe i Storbritannien med nyresvigt og behov for dialyse. Formålet med projektet er oplæring af

patienterne til i vid udstrækning selv at kunne varetage hjemmedialysen under supervision af specialuddannet personale.

Dialysebehandling er en specialistopgave, der styres fra en specialafdeling på et hospital, desuden kræves der særlig sygeplejefaglig kompetence for at assistere ved denne terapiform. Behovet for hjemmehæmodialyse (HHD) i Storbritannien er faldet dramatisk inden for de seneste 20 år fra 43% af patienterne i 1983 til 3,2% i 1998, da nyretransplantation generelt er den bedste løsning for patienten, efterfulgt af dialysebehandling. Alligevel udgør denne patientgruppe en pleje- og behandlingsmæssig tung opgave med mange menneskelige og økonomiske omkostninger.

## **Baggrund**

Behandlingsmæssigt har hjemmeterapi vist at give det bedste resultat for nyrepatienter i de tidlige stadier af nyresvigt.

En survey blandt dialysepersonale i Storbritannien i 1998 viste, at problemerne med hæmodialyse var at få egnede patienter, at familien følte, at dialysebehandling var belastende, samtidig med at udgifter til udstyr og oplæring var et problem. Desuden var manglende kendskab til behandlingen også en vigtig årsag til, at den ikke blev benyttet.

Dette udviklingsprojekt havde til formål, at Home Haemodialysis (hjemmehæmodialyse) skulle blive en del af behandlingstilbuddet til nyreinsufficente patienter pga. udsigten til bedre outcome for patienten (Lunts 2001).

## **Organisering**

Tidligere var HHD struktureret på samme måde, som når behandlingen foregik på centre, således at patienterne forventede at lære alt om sjældent opståede situationer, og hvordan de skulle håndtere disse. Antallet af egnede patienter øges i projektet ved at gøre oplæringen enklere ligesom ved peritonealdialyse trods behovet for mere kompliceret teknik ved hæmodialyse. Det var sygeplejersken fra hæmolyseafdelingen, der fungerede som koordinator for det tekniske og sygeplejemæssige.

Studier inden for andre specialer har vist, at struktureret støtte i hjemmet var afgørende ved langtidsbehandling både for patient og hjælper, hvorfor dette projekt gjorde meget ud af dette aspekt.

## ***Hightech sygepleje***

Selvom hæmodialyse er mere kompliceret end peritonealdialyse, kommer situationer, der kan opstå mindre end en gang om måneden, ikke med i træningsprogrammet, medmindre situationen kan være livstruende. I stedet er der mulighed for telefonsupport døgnet rundt, og der er guidelines i hjemmet, der beskriver andre sjældne situationer, man kunne komme ud for.

Installationen af apparatur blev reduceret til et minimum, og udskiftning af særlige filtre blev foretaget af personalet, således at patient og pårørende eller hjælper ikke behøvede oplæring i disse procedurer. Selve oplæringen foregik som eneundervisning i et lokale væk fra afdelingen for at skabe ro om behandlingen. Samtidig var oplæringen struk-

tureret og standardiseret så det var muligt for andre sygeplejersker at overtage undervisningen og sikre konsistens.

Undervisningen var modulopbygget og begyndte, når patienten var parat. Dermed undgik personalet at spille ressourcer på et for patienten forkert tidspunkt. Hele personalegruppen var informeret om, at træningsprocessen var i gang, og kunne yde støtte hjemme hos patienten. Når patienten blev udskrevet, fortsatte oplæring og træning intensivt i de følgende måneder med hjemmebesøg, ofte hver gang hæmodialysen skulle tilsluttes. Formålet var at sikre, at patient og hjælper følte sig trygge i egne omgivelser.

Der blev planlagt besøg hver 14. dag, hvor oplæring var en vigtig del af besøget. De kliniske parametre blev vurderet sammen med formål og effekten af hjemmebesøg i form af audit.

## **Resultater**

Udgangspunktet var at få oplært patienten inden for 34 dage fordelt på 2 måneder. Gennemsnittet blev 19 dage.

### ***Patientkategori***

80% af patienterne havde erfaring med hæmodialyse på sygehus, før de valgte hjemme-hæmodialyse, hvilket kunne skyldes en ophobning af patienter med ønske om denne mulighed. Andre patienter, hvor peritonealdialyse ikke var en mulighed enten af kliniske årsager eller på grund af patientens egne ønsker, fik muligheden for hjemmebehandling. Erfaringerne viste, at:

- 30% af hjemmedialysepatienterne havde prøvet peritonealdialyse,
- 30% af patienterne ikke var egnede til peritonealdialyse af kliniske årsager,
- 43% af hjemmedialysepatienterne var over 65 år.

Således argumenteres der for, at HHD opfylder et behov også for ældre, hvor peritonealdialyse af flere årsager ikke er en mulighed.

### ***Kliniske patientresultater***

Det var svært at sammenligne de hjemmebehandlede patientresultater på grund af variation i patientgrundlag. Nogle tendenser var dog påviselige. HHD-patienter var yngre end hæmodialysepatienterne på sygehus, behovet for blodtrykssænkende medicin faldt for HHD-gruppen, og andre kliniske parametre viste positive resultater.

### ***Oplevet patienttilfredshed***

Alle patienter opnåede bedre velbefindende med hjemmehæmodialyse, og der var en tendens til færre komplikationer end ved hæmodialyse på sygehus.

### ***Ressourcer***

Sygeplejerskesupport bestod tidligere af én sygeplejerske om fire patienter på sygehusafdelingen, mens der i hjemmeordningen var én sygeplejerske til træning og support af 20 patienter.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for hjemmehæmodialysepatienter var i 2000 på fire dage, mens den var 16 dage for samme patientgruppe på sygehus. Antallet af HHD var på et år steget med 3%.

Af ikke-medicinske fordele fremkom det, at HHD-patienter funktionsmæssigt var bedre, således at 12,5% var i arbejde, mens det for de sygehusbehandlede patienter kun var 8%. Livskvaliteten forbedredes generelt, hvilket forventedes at give en afsmittende effekt med mindre efterspørgsel efter samfundsytelser.

Der var statistisk signifikans med hensyn til, at patienter i hjemmehæmodialyse undgik mange transportomkostninger (10000 miles om året pr. patient), hvilket svarer til 13 hele dages transporttid (Lunts 2001; Mowatt m.fl. 2003).

## **Review**

I en omfattende systematisk review om effekten af HHD ud fra 27 studier findes lignende konklusioner. Patienterne, der fik hjemmedialyse, oplevede bedre livskvalitet, de var sjældnere indlagt på sygehus, havde en tendens til at leve længere og arbejdede oftere på fuld tid end hæmodialysepatienter behandlet på sygehus. Samtidig var der dog en tendens til, at de pårørende var mindre tilfredse med det større ansvar, der blev placeret hos dem. I nogle undersøgelser var der statistisk signifikans i forskellene til fordel for HHD, i andre mere moderate forskelle (Mowatt m.fl. 2003).

## **6.3 Early discharge/Projekt tidlig udskrivning**

### **Baggrund**

Denne case beskriver den specielle sygepleje til en bestemt patientkategori Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), der, ligesom i Danmark, er en meget udbredt folkesygdom, i de fleste tilfælde forårsaget af rygning. KOL er skyld i stor sygelighed og dødelighed og lægger stort beslag på såvel hospital som praktiserende læger. Opblussen i kronisk obstruktiv lungesygdom er en af de hyppigste årsager til akut indlæggelse på sygehus. Lungelidelser udgør ca. 25% af de medicinske indlæggelser i Skotland, hvoraf KOL udgør ca. halvdelen af disse. Der er foretaget beregninger, der viser, at omkostningerne fra indlagte patienter svarer til 70% af de samlede sundhedsmkostninger for KOL (Skwarska m.fl. 2000).

Der er derfor også i Storbritannien foretaget flere undersøgelser med hjemmebehandling af patienter, der lider af kronisk obstruktiv lungesygdom, hvor en opblussen af grundsygdommen næsten altid kræver hospitalsindlæggelse eller hospitalslignende forhold. Der er ofte behov for teknisk udstyr til at lette vejrtrækningen foruden den medicinske behandling samt pleje og støtte for at berolige de ofte angstede patienter, der har svært ved at trække vejret.

I Danmark kender man begrebet "iltsygeplejerske", som er en specialuddannet sygeplejerske, der besøger patienter med lungeinsufficiens i eget hjem, og som kan afhjælpe og vejlede omkring vejrtrækningsproblemer.

## **Patientkategori**

Patientgruppen er kendetegnet ved at være ældre (over 65 år), ofte skrøbelige borgere, der trods behovet har svært ved at klare en hospitalsindlæggelse psykisk og fysisk, og som erfaringsmæssigt er mere tilfredse med et behandlingstilbud i hjemmet.

Ved at etablere et korps af udkørende specialuddannede sygeplejersker, kan meget behandling foregå i patientens eget hjem.

Flere undersøgelser har vist, at det er muligt at skabe trygge behandlingsmæssige rammer for patienten i eget hjem ved brug af sådanne udkørende specialsygeplejersker, således at akut hospitalsindlæggelse helt kan undgås eller et indlæggelsesforløb afkortes.

## **Casebeskrivelse**

I en randomiseret undersøgelse med kontrolgruppe i Edinburgh var resultaterne ligeledes positive i forhold til behandlingsresultater, økonomi og patienttilfredshed (Skwarska m.fl. 2000). I alt 122 patienter indgik i undersøgelsen med hjemmebehandling, mens kontrolgruppen på sygehus udgjorde 62 patienter.

Der blev etableret et team kaldet ARAS (Acute Respiratory Assessment) bestående af specialuddannede sygeplejersker. Undersøgelsen løb over 18 måneder, de fleste patienter var henvist af egen læge, kun i 1% af tilfældene henviste patienterne sig selv til indlæggelse på sygehus på grund af akut opblussen af sygdommen. Studiet var designet til at besvare fire hovedspørgsmål:

1. Hvilken patientpopulation kan på betryggende vis behandles hjemme?
2. Er der forskel på, hvordan patienten kommer sig målt på genindlæggelser og livskvalitet i forhold til en sammenlignelig patientgruppe indlagt på sygehus?
3. Er patienttilfredsheden med støtte i hjemmet lige så god som for indlagte patienter?
4. Er ordningen med støtte ved udskrivning økonomisk rentabel?

## **Organisatorisk**

ARAS-teamet var at træffe på hverdage mellem kl. 09.00 og kl. 17.00. Patienter med yderligere behov kunne komme på hospitalsafdelingen, hvor deres grundsygdom blev vurderet på 13 parametre. De praktiserende læger, hvis patienter blev randomiserede til undersøgelsen, fik tilsendt protokollen og skulle godkende den enkelte patients deltagelse, ligesom patienten selv skulle underskrive en samtykkeerklæring.

## ***Hightech sygepleje***

Det udkørende personale, ARAS, blev udstyret med antibiotika, corticosteoid, bronkodiaterende medicin og ilt, hvis det var nødvendigt. Patienterne blev besøgt dagen efter udskrivning og herefter i intervaller med 2-3 dages mellemrum for at monitorere behandlingsbehovet. Patienternes bedring blev målt ugentligt sammen med to ARAS-sygeplejersker og den ansvarshavende læge. Medicinsk rådgivning var mulig dagligt via et respiratorisk (vejrtræknings) vagthold, og ændring af ordinationer kunne foretages af egen læge.

## **Opfølgning**

Når projektsygeplejersken vurderede, at patienterne var kommet sig tilstrækkeligt til ikke at behøve hjemmebesøg, blev de udskrevet fra ARAS-teamet og fik udleveret et kort spørgeskema vedrørende tilfredshed med ARAS. Otte uger efter den første monitorering blev hele patientgruppen målt hjemme på følgende parametre: spirometri (lungefunktion), livskvalitet ud fra et spørgeskema, Chronic Respiratory Questionnaire, og patienterne blev udspurgt om den yderligere pleje og behandling, de måtte have modtaget fra egen læge, socialområdet, eller privat hjælp efter udskrivning fra ARAS eller sygehusafdeling. De praktiserende læger blev ligeledes spurgt om deres tilfredshed med ordningen via et tilsendt spørgeskema.

## **Fagpersoners synspunkter**

### ***De praktiserende læger***

50% af lægerne svarede på tilfredshedsundersøgelsen, som viste at alle var tilfredse med ARAS-ordningen. 65% mente ikke, at plejen af patienter hjemme havde øget efterspørgslen på deres ydelser, 33% meldte om mindre efterspørgsel og kun 2% meldte om øget efterspørgsel.

### ***Patienterne***

Af de hjemmebehandlede patienter svarede 69% på tilfredshedsundersøgelsen, hvoraf 95% udtrykte meget tilfredshed og 90% følte, at de var blevet plejet lige så godt som på sygehus.

## **Resultater**

Opgørelsen efter otte uger viste ingen forskel på de kliniske data mellem de to patientgrupper.

### ***Ressourcer***

De gennemsnitlige omkostninger pr. patient var for hjemmegruppen 877 £ og for hospitalgruppen 1753 £. Disse omkostninger skal endvidere ses i lyset af de hjemmebehandlede patienters tilfredshed.

I en lignende undersøgelse med hjemmebehandling af KOL-patienter fandt man besparelser på indlæggelsesdage, antibiotikakure, færre kontakter til de praktiserende læger og 95% brugertilfredshed (Gordois m.fl. 2002).

## 6.4 Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane review)

### Baggrund

Baggrunden for at iværksætte Hospital at home (hjemmehospital) i Storbritannien er den øgede efterspørgsel efter akutte sengepladser på sygehuse, som tidligere beskrevet. En nedsættelse af udgifterne ved at undgå indlæggelse eller forkorte indlæggelsesforløb er nogle af de overordnede formål med ordninger af denne art.

Der har dog været tvivl om resultatet af hjemmebehandling sammenlignet med hospitalsbehandling i forhold til patientoutcome, tilfredshed, antallet af genindlæggelser mv. Det har ligeledes været uvist, om hjemmebehandling er dyrere eller billigere for sundhedsvæsenet.

### Review

En review inkluderede 16 randomiserede, kontrollerede undersøgelser om "Hospital at home"-ordninger for at måle effekten med disse i forhold til hospitalsindlæggelse (Shepherd & Iliffe 2003). Der blev opstillet 13 måleparametre bl.a. dødelighed, kliniske komplikationer, genindlæggelser, udgifter for patient og pårørende, praktiserende læge, hospital og kommune.

Deltagerne var over 18 år. Hospital at home blev defineret som "en service, der tilbyder aktiv behandling af et professionelt plejepersonale i patientens hjem i en begrænset periode over for en tilstand, der ellers ville have krævet akut hospitalsindlæggelse". Andre benævnelser fra rapporten er "Community based hospital at home", "Hospital based hospital at home", "Hospital at home", "Early discharge hospital at home" og "Admission avoidance hospital at home".

### Organisatorisk

Hospital at home kan enten være en kommunal baseret ordning eller hospitalsbaseret. De kommunale ordninger er opbygget ud fra de eksisterende kommunale ressourcer, mens de hospitalsbaserede ordninger virker som en ekstra service med hospitalsansatte som udkørende personale.

### Patientkategori

Patientgruppen og brugen af teknologi varierede med de forskellige ordninger. Nogle ordninger henvendte sig til langtidsbehandling af lungepatienter, patienter med behov for intravenøs antibiotika eller parenteral ernæring. Andre ordninger rettede sig mod patienter, der skulle udskrives tidligt og følges i eget hjem.

### Resultater

#### Review

To reviewere udtrak data og målte kvaliteten af de 16 kontrollerede undersøgelser med forskellige typer af hjemmeordninger (Hospital at home).

Der var ikke baggrund for at konkludere, at hjemmebehandling er et billigere alternativ til hospitalsindlæggelse i områder med en velfungerende primær sektor. Det fremgår ikke, hvad der mere præcist skal forstås hermed, men på den anden side var der heller ikke baggrund for at konkludere, at hjemmeordninger er så risikable eller dyre, at de eksisterende ordninger for de ældre medicinske patienter, elektiv kirurgiske patienter og terminale patienter burde ophøre.

Tendensen er, at hvis udgifterne til hospitalet er høje (fx for universitetshospitaler), så er Hospital at home-ordninger et omkostningseffektivt alternativ til akutte indlæggelser.

### *Patient outcome*

De ældre patienter, der havde flere medicinske diagnoser, og de, der restituerede sig efter elektiv kirurgi, kunne i en hjemmeordning tage presset fra de akutte hospitalsindlæggelser. For disse patientgrupper mindskes indlæggelsestiden på sygehus, som dog modvejes af indlæggelsestiden i den udkørende ordning. De pårørende/hjælpere var dog mindre tilfredse med hjemmeordninger.

For patienter, der blev behandlet hjemme efter hjerteproblemer, var resultatet ikke klart. Dette kræver yderligere undersøgelser, men noget tyder på, at hjemmebehandling er billigere end hospitalsindlæggelse.

De hjemmebehandlede patienter udtrykte større tilfredshed med plejen end de sygehusindlagte, mens hjælpere/pårørende udtrykte mindre tilfredshed med hjemmeordninger end sygehusindlæggelse. Hospitalsindlæggelserne blev kortere, men plejelængden var øget ved ordninger med hjemmebehandling (Shepherd & Iliffe 2003).

## 6.5 Opsamling

En del rapporter beskriver således forskellige forsøg på at finde alternativer til akut hospitalsindlæggelse især for de skrøbelige ældre i Storbritannien. Behovet for at finde andre veje er opstået inden for de sidste 20 år, og der er fra central side opstillet mål for udvikling af services under NHS Plan (National Health Service 2000). Planen foreslår, at der skal etableres 5.000 ekstra "Intermediate care beds" fra 2004, herunder lokale hospitaler, specielt byggede faciliteter/institutioner og flere "nursing homes", som især benyttes til langtidspleje, men dog også i nogle tilfælde rummer GP beds. Derudover er der planer om yderligere 1.700 intermediate care-pladser, som er uden for institution (Department of Health 2003).

De tre hovedformål beskrevet af Sundhedsministeriet er:

1. at undgå indlæggelse,
2. at støtte ved udskrivning,
3. intensiv rehabilitering.

Til at opfylde disse formål er der flere modeller:

- Hurtig udskrivning med opfølgning i hjemmet

- Hjemmehospital
- Institutionsindlæggelse.

### **Intermediate care**

Intermediate care ses som et samlebegreb for to hovedtyper af ordninger med pleje og behandling uden for sygehus. Begge typer er alternativ til akutte hospitalsindlæggelser og kræver lægehenviisning. Den ene type ordninger tilbyder behandling og pleje i patientens eget hjem, mens den anden type ordninger er en sengeplads på en lokal institution.

På planlægningsniveau er de praktiserende lægers støtte afgørende i udvikling og opfølgning af Intermediate care-ordninger, som medlemmer af Primary Care Trusts. NHS understreger, at Intermediate care-ydelser skal integreres på tværs af andre ydelser, inklusive primær pleje.

Organisationer bag praktiserende læger tilkendegiver en forsigtig støtte til intermediate care. Mulighederne synes at være pleje og behandling på tværs af primær og sekundær sektor, socialvæsenet, en udvidelse af valgmuligheder for patienterne og potentialet i at benytte de praktiserende læger i større udstrækning.

Noget af modstanden mod Intermediate care skyldes hos en del af de praktiserende læger, at de ikke ønsker ansvaret for "indlagte" patienter i hjemmet, hvilket ofte er årsagen til, at de netop er praktiserende læger og ikke ansat på hospital. Udviklingen blandt praktiserende læger har de seneste år sigtet mod kronisk syge og forebyggelse, hvorfor det at tage sig af akut syge patienter i hjemmet ikke hører inden for deres normale arbejdsområde. Lægerne udtrykker samtidig behov for oplæring inden for akutområdet og flere læger til at klare yderligere opgaver.

Patienterne er ofte meget positive over for hjemmebehandling, ligesom det kliniske outcome er lovende. De pårørende/hjælperne til især hæmodialysepatienter føler et meget stort ansvar, når behandlingen foregår i hjemmet.

Ressourcemæssigt er det svært at konkludere noget, men tendensen er, at pleje og behandling i hjemmet kan tilrettelægges økonomisk fornuftigt med færre udgifter til hospitalssenge, høj patienttilfredshed og gode patientresultater. Effekten af ophold i "GP beds" er dårligt belyst. Der savnes dokumentation for de praktiserende lægers kriterier for indlæggelse i "GP beds", ligesom de økonomiske og kliniske effekter er usikre.

NSF (National Service Framework) for ældre har formuleret nationale standarder for pleje til ældre. En udbygning af intermediate care støttes af NSF. Pleje og behandling uden for sygehus skal udgøre et fleksibelt tilbud, der tilrettelægges ud fra den enkelte patients behov enten i eget hjem, en midlertidig plads på institution eller et dagtilbud (D Department of Health & Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team 2003).



# 7 Litteratur

## Anvendt samt supplerende litteratur:

*Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen den 15. juni 2001 om amternes økonomi i 2002.* 1-10. 2001. København.

Alban, A.; Hansen, E.B. og Christensen, U. 1988. *Opgaveglidning mellem sygehuse og kommuner.* København: AKF og DSI (DSI rapport 88.05).

Amtsrådsforeningen. 1994. *Sygehusdrift og overenskomster. Myter og realiteter om overenskomster og aftaler på sygehusområdet.* København: ARF.

Amtsrådsforeningen. 1995. *Fokus på behandlings- og plejeforløb for den medicinske patient.* København: ARF.

Amtsrådsforeningen. 2001. *Fremtidens plejeprofil – rapport fra udvalget vedrørende den fremtidige plejeprofil.* København: Amtsrådsforeningen.

Amtsrådsforeningen. 2003. *Otte danske plejestafetter – ideer til udvikling af fremtidens pleje.* København: Amtsrådsforeningen.

Anderhub, H.P. og Russi, E.W. 1999. Modern long-term oxygen therapy – practical aspects. *Ther Umsch*; 56(3):136-141.

Aristides, M. og Shiell, A. 1993. The effects on hospital use and costs of a domiciliary palliative care nursing service. *Aust Health Rev*; 16(4):405-413.

Arras, J.D. 1996. Bringing the hospital home. Ethical and social implications of high-tech home care (Book Review). *BMJ*; 312(7030):587-588.

Arras, J.D. og Dubler, N.N. 1994. Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care. *Hastings Cent Rep*; 24(5 Suppl):S19-S28.

Axelsson, B. og Christensen, S.B. 1998. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliat Med*; 12(1):41-49.

Barley, P. og Oliver, D.J. 1995. The impact on community palliative care services of a hospital palliative care team. *Palliat Med*; 9(3):256-258.

*Bekendtgørelse af lov om sygehusvæsenet.* §12 stk 3. LBK nr 766 af 28.08.2003. 28-8-2003.

Bennett, M. og Corcoran, G. 1994. The impact on community palliative care services of a hospital palliative care team. *Palliat Med*; 8(3):237-244.

Bickham, H. 1994. *Sygehusdrift og overenskomster. Myter og realiteter om overenskomster og aftale på sygehusområdet.* København: Amtsrådsforeningen i Danmark.

Bloch Kjeldsen, S. *Fast personale giver størst tryghed.* www.sygeplejersken.dk Download den 26-9-2003.

Brunier, G.M. og McKeever, P.T. 1993. The impact of home dialysis on the family: literature review. *ANNA J*; 20(6):653-659.

Cacho, C.; Ferrara, K., Guthrie, B., Priestler, A., Murray, E. og Newman, L. 2000. Slow Intensive Home Hemodialysis (SIHD): the University Hospitals of Cleveland experience. *Nephrol News Issues*; 14(4):36-41.

Caplan G.A.; Ward, J.A., Brennan, N.J., Coconis, J., Board, N. og Brown, A. 1999. Hospital in the home: a randomised controlled trial. *Med J Aust*; 170(4):156-160.

Challis, D.; Darton, R., Hughes, J., Stewart, K. og Weiner, K. 2001. Intensive care-management at home: an alternative to institutional care? *Age Ageing*; 30(5):409-413.

Clinical Standards Board for Scotland, CSBS, NHS. 2002. *Draft Clinical Standards Community Hospitals.* Edinburgh: CSBS.

Coast, J.; Hensher, M., Mulligan, J.A., Shepperd, S. og Jones, J. 2000. Conceptual and practical difficulties with the economic evaluation of health services developments. *J Health Serv Res Policy*; 5(1):42-48.

Coast, J.; Richards, S.H., Peters, T.J., Gunnell, D.J., Darlow, M.A. og Pounsford, J. 1998. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ*; 316(7147):1802-1806.

Corbett, C.F.; Cook, D. og Setter, S.M. 2003. OASIS and beyond: improving outcomes for home health patients. *Diabetes Educ*; 29(1):83-89.

Cotton, M.M.; Bucknall, C.E., Dagg, K.D., Johnson, M.K., MacGregor, G. og Stewart, C. 2000. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Thorax*; 55(11):902-906.

Danneskiold-Samsøe, B.; Lipczak, H. og Engberg, L. 2003. *Det finske sundhedsvæsen. Udarbejdet af DSI Institut for Sundhedsvæsen for Amtsrådsforeningen*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Davies, L.; Wilkinson, M., Bonner, S., Calverley, P.M. og Angus, R.M. 2000. Hospital at home versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ*; 321(7271):1265-1268.

Day, L.M. 1998. Rediscovering method II as a reimbursement option. *Nephrol News Issues*; 12(10):22-25.

Delano, B.G. 1996. Home hemodialysis offers excellent survival. *Adv Ren Replace Ther*; 3(2):106-111.

Department of Health. 2003a. *National Service Framework for older People. A report of progress and future challenges*. London: Department of Health.

Department of Health. 2003b. *Shaping the future NHS: Long Term Planning for Hospitals and Related Services*. Response to the Consultation Exercise on the Findings of the National Beds Inquiry.

Department of Health, Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team. 2003. *Discharge from hospital: Pathway, process and practice*. London: Department of Health.

Edwards, P. 2001. *Health and Ageing. A discussion Paper*. Geneva: World Health Organization.

Fahey, T.; Montgomery, A.A., Barnes, J. og Protheroe, J. 2003. *Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study*. *BMJ*; 326(7389):580.

Farrero, E.; Escarrabill, J., Prats, E., Maderal, M. og Manresa, F. 2001. Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest*; 119(2):364-369.

*Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet*. L 210. 2-4-1997. Folketingstidende 1996-97, Tillæg A s.4437-42.

Glendinning, C. 2003. Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*; 65(2):139-151.

Gmelin, M.; Schochlin, J. og Bolz, A. 2002. The Karlsruhe Tele Home Care Concept. *Biomed Tech (Berl)*; 47 Suppl 1 Pt 2:963-965.

Gordois, A.; Scuffham, P. og Gibbons, D. 2002. The cost-effectiveness of outreach respiratory care for COPD patients. *Prof Nurse*; 17(8):504-507.

Griffiths, P. 2002. Nursing-led in-patient units for intermediate care: a survey of multi-disciplinary discharge planning practice. *J Clin Nurs*; 11(3):322-330.

Griffiths, P. og Wilson-Barnett, J. 2000. Influences on length of stay in intermediate care: lessons from the nursing-led in-patient unit studies. *Int J Nurs Stud*; 37(3):245-255.

Griffiths, P.; Wilson-Barnett, J., Richardson, G., Spilsbury, K., Miller, F. og Harris, R. 2000. The effectiveness of intermediate care in a nursing-led in-patient unit. *Int J Nurs Stud*; 37(2):153-161.

Griffiths, P.; Harris, R., Richardson, G., Hallett, N., Heard, S. og Wilson-Barnett, J. 2001. Substitution of a nursing-led in-patient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age Ageing*; 30(6):483-488.

Griffiths, P.D.; Edwards, M.E., Forbes, A., Harris, R.L. og Ritchie, G. 2003. *Intermediate care in nursing-led in-patient units: effects on health care outcomes and resources*. Protocol for a Cochrane Review. Cochrane Library; (3).

Guyatt, G.H.; McKim, D.A., Austin, P., Bryan, R., Norgren, J. og Weaver, B. 2000. Appropriateness of domiciliary oxygen delivery. *Chest*; 118(5):1303-1308.

Hansen, E.B.; Eskelinen, L., Sejr, T. og Wagner, L. 1997. *Ældrevenlige behandlingsforløb – en analyse af fem indsatsstyper*. København: AKF og DSI (DSI rapport 97.03).

Havemann, L. 2003. Akut plejeteam i Helsingør sparer indlæggelser. *Sygeplejersken*; 103(12):6-9.

Henriksen, H.T.; Riis, J. og Leikersfeldt, G. 2002. Terminally ill cancer patients at home. Experiences with a hospice-based palliative care. *Ugeskrift for Læger*; 164(4):465-467.

Hernandez, C.; Casas, A., Escarrabill, J., Alonso, J., Puig-Junoy, J. og Farrero, E. 2003. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*; 21(1):58-67.

*Hjemmeplejen bobler* www.sygeplejersken.dk 26-9-2003 www.sygeplejersken.dk.

Honkanen, E.; Muroma-Karttunen, R., Taponen, R.M. og Gronhagen-Riska, C. 2002. Starting a home hemodialysis program: single center experiences. *Scand J Urol Nephrol*; 36(2):137-144.

House of Commons, Committee of Public Accounts. 2003. *Ensuring the effective discharge of older patients from NHS acute hospitals*. Thirty-third Report of Session 2002-03. Report, together with formal minutes, oral and written evidence. London: House of Commons.

Hughes, S.L.; Ulasevich, A., Weaver, F.M., Henderson, W., Manheim, L. og Kubal, J.D. 1997. Impact of home care on hospital days: a meta analysis. *Health Serv Res*; 32(4):415-432.

Hyde, C. 1998. Quality of life and coping in home haemodialysis patients. *EDTNA ER-CA J*; 24(3):10-12.

Indenrigsministeriet. 1985. *Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning fra det af indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for Sundhedsvæsenet*. København: Indenrigsministeriet (Betænkning nr. 1044).

Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg. 2003. *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer*. København: IM/SUM.

Initiation of insulin therapy at home. 1995. *Br J Nurs*; 4(11):627-630.

Jaarsma, T.; Abu-Saad, H.H., Halfens, R. og Dracup, K. 1997. Maintaining the balance – nursing care of patients with chronic heart failure. *Int J Nurs Stud*; 34(3):213-221.

Jensbo, M. 2002. *Ældrepleje – styring som forudsætning for kvalitet*. København: FOKUS (FOKUS-NYT nr.18).

Johansson, B.; Berglund, G., Glimelius, B., Holmberg, L. og Sjoden, P.O. 1999. Intensified primary cancer care: a randomized study of home care nurse contacts. *J Adv Nurs*; 30(5):1137-1146.

Jones, J.; Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C. og Spiers, N. 1999. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*; 319(7224):1547-1550.

Jørgensen, F. 2002. *Ret og regler i sundhedslovgivningen – håndbog for sundhedspersonale*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Knowelden, J.; Westlake, L., Wright, K.G. og Clarke, S.J. 1991. Peterborough Hospital at Home: an evaluation. *J Public Health Med*; 13(3):182-188.

Kommunernes Landsforening. 2000. *Ældrevenlige behandlingsforløb. Om samarbejde mellem kommunerne, sygehusene og de praktiserende læger*. København: Kommunernes Landsforening.

Leick, C. 1998. Flere penge gør det ikke alene. *Sygeplejersken*; 98(24):10-11.

Lind, L. og Karlsson, D. 2002. *IT-stöd för avancerad hemsjukvård – förbättrad symtom- och statuskontroll hos patienten i hemmet*. Projektbeskrivning. 1-5. Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för medicinsk teknik.

Lindhardt, T. 2003. Klare krav til kompetencen. *Sygeplejersken*; 103(1):18-21.

Lorenzen, I.; Bendixen, G. og Hansen, N.E. 1999. *Medicinsk kompendium*, 15.udg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Lunts, P. 2001. 21st century home haemodialysis: a new approach to an old treatment. *EDNA ERCA J*; 27(2):77-80.

Maschinelle Beatmung von der Intensivstation nach Hause. April 1997. [Artificial respiration from intensive care unit to home]. Proceedings of a conference, April 1997. *Med Klin* 1999; 94 (1 Spec No):1-111.

McComb, J.; Morton, A.R., Singer, M.A., Hopman, W.M. og MacKenzie, T. 1997. Impact of portable APD on patient perception of health-related quality of life. *Adv Perit Dial*; 13:137-140.

McDonald, M.; McPhee, P.D. og Walker, R.J. 1995. Successful self-care home dialysis in the elderly: a single center's experience. *Perit Dial Int*; 15(1):33-36.

McGregor, D.; Buttimore, A., Robson, R., Little, P., Morton, J. og Lynn, K. 2000. Thirty years of universal home dialysis in Christchurch. *N Z Med J*; 113(1103):27-29.

Milberg, A. og Strang, P. 2000. Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliat Med*; 14(6):533-534.

Ministry of Health. 1999. *Rural Health Policy. Meeting the needs of rural communities*. Wellington: Ministry of Health.

Mowatt, G.; Vale, L., Perez, J., Wyness, L., Fraser, C. og MacLeod, A. 2003. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of home versus hospital or satellite unit haemodialysis for people with end-stage renal failure. *Health Technol Assess*; 7(2):1-174.

Murphy, N.M.; Byrne, C.C., O'Neill, S.J., McElvaney, N.G. og Costello, R.W. 2003. An outreach programme for patients with an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Ir Med J*; 96(5):137-140.

Møller, M.L. *Sundhedsvæsenet i en brydningstid. Storstrøms Amtskreds*.  
www.sygeplejersken.dk Download den 26-9-2003.

National Audit Office. *Ensuring the effective discharge of older patients from NHS acute hospitals*. Report by the Comptroller and Auditor General. Session 2002-2003: 12 February 2003. London: House of Commons (HC 392).

National Health Service. 2000. *The NHS Plan. A Plan for investment: A Plan for reform*. Department of Health.

Nehm, J.; Thorning, S. og von Magnus, M. 1990. *Lægeloven. Lov om udøvelse af lægegerning med kommentarer*. 2. rev. udgave. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Nerving, D. 1997. Nye funktioner for sygeplejersker i primær sektor. *Sygeplejersken*; 97(18):8-10+31.

Næstved Kommune. 2002. *Årsrapport for drift af akutstuer i Næstved kommune*. 3-9-2002.

Olsen, M.-H.; Vinter, K. og Grøndahl, L.-M. 2003. *Det palliative team Frederiksborg Amt*. Årsberetning 1. november 2001 til 1. november 2002. Hillerød: Frederiksborg Amt.

Orton, P. 1994. Shared care. *Lancet*; 344(8934):1413-1415.

Pacolet, J.; Bouten, R., Lanoye, H. og Versieck, K 2000. *Social Protection for Dependency in Old Age. A study of the fifteen EU Member States and Norway*. Ashgate.

Pagh, A.G. 2002. *Akut stue på plejehjem og akut vagt i eget hjem. Evaluering af projekt. Fuglebjerg Kommune, Kalundborg Kommune og Sorø Kommune*. Fuglebjerg: Vestsjællands Amt.

Palsbo, S. 2003. Hjemmesygeplejens sandsynlige fremtid. *Sygeplejersken*; 103(18):12-13.

Parker, G. 2002. *What works and what doesn't in intermediate care*. Paper presented at the BMA conference Intermediate Care – Options & Opportunities 18 March 2002.

Pilling, A.; Bassett, C. og Wolstenholme, R.J. 2003. A nurse-led service for acute exacerbation of COPD. *Nurs Times*; 99(26):32-34.

Rasmussen, J.H. og Gjørup, T. 2003. Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital? *Ugeskrift for Læger*; 265(48):4640-4645.

Richards, S.H.; Coast, J., Gunnell, D.J., Peters, T.J., Pounsford, J. og Darlow, M.A. 1998. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *BMJ*; 316(7147):1796-1801.

Richardson, G.; Griffiths, P., Wilson-Barnett, J., Spilsbury, K. og Batehup, L. 2001. Economic evaluation of a nursing-led intermediate care unit. *Int J Technol Assess Health Care*; 17(3):442-450.

Ringbæk, T.J.; Eriksen, N. og Vestbo, J. 2003. Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom. Fremskyndet udskrivelse til fortsat behandling, monitorering og pleje i eget hjem varetaget af lungesygeplejerske. *Ugeskrift for Læger*; 165(20):2091-2095.

Rosenkilde Johansson, I. *Et sundhedshus eller et sundhedscenter*. Storstrøms Amtskreds. [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk), download den 26-9-2003.

Rosenquist, A.; Bergman, K. og Strang, P. 1999. Optimizing hospital-based home care for dying cancer patients: a population-based study. *Palliat Med*; 13(5):393-397.

Sala, E.; Alegre, L., Carrera, M., Ibars, M., Orriols, F.J. og Blanco, M.L. 2001. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. *Eur Respir J*; 17(6):1138-1142.

Schaeffer, D. og Ewers, M. 2002. *Ambulant vor Stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Verlag Hans Huber.

Selin-Törnqvist, M. 1998. *I behov av intensiv omvårdnad*. Stockholm: Natur och Kultur.

Shepperd, S. og Iliffe, S. 2003. *Hospital at home versus in-patient hospital care*. Cochrane Review. Cochrane Library; (3).

Shepperd, S.; Harwood, D., Gray, A., Vessey, M. og Morgan, P. 1998. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis. *BMJ*; 316(7147):1791-1796.

Shepperd, S.; Harwood, D., Jenkinson, C., Gray, A., Vessey, M. og Morgan, P. 1998. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *BMJ*; 316(7147):1786-1791.

Skwarska, E.; Cohen, G., Skwarski, K.M., Lamb, C., Bushell, D. og Parker, S. 2000. Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*; 55(11):907-912.

Solomon, G. 2001. A primary care perspective. *Age Ageing*; 30 Suppl 3:43-45.

Stark, C.; Oliver, K. og Hopkins, P. 2000. Effect of general practitioner hospitals on district general hospital bed use in the Highlands of Scotland. *Health Bull (Edinb.)*; 58(5):385-389.

Steinel, J.A. og Madigan, E.A. 2003. Resource utilization in home health chronic obstructive pulmonary disease management. *Outcomes Manag*; 7(1):23-27.

Stevnhøj, A.L. 1998. Uenighed om akutstuer. *Ugeskrift for Læger*; 160(49):7150-7152.

Strang, P. 2002. Most of the terminally ill patients want to die at home. Advanced home care services can often replace palliative hospital care. *Läkartidningen*; 99(8):742-3, 746.

Strang, P. og Beck-Friis, B. 1999. Twisted study on home care – final reply. *Läkartidningen*; 96(35):3650.

Sundhedsministeriet. 2003. *Rapport om den ældre medicinske patient*. København: Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen. 1998. *Vejledning om medicinadministration og patienters selvadministration af medicin*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thune Jacobsen, E. og Frølich, A. 2000. *Forebyggelse af indlæggelser på medicinske afdelinger – evaluering af tre omstillingsforsøg*. København: DSI. Institut for sundhedsvæsen.

Tomlinson, J.; Raymond, N.T., Field, D. og Botha, J.L. 1995. Use of general practitioner beds in Leicestershire community hospitals. *Br J Gen Pract*; 45(397):399-403.

Turrell, A. 2001. Nursing homes: a suitable alternative to hospital care for older people in the UK? *Age Ageing*; 30 Suppl 3:24-32.

Whitlock, W.L.; Brown, A., Moore, K., Pavliscsak, H., Dingbaum, A. og Lacefield, D. 2000. Telemedicine improved diabetic management. *Mil Med*; 165(8): 579-584.

Wilde C, og Macefield, J. 2001. Improvement in care: a collaborative approach to rehabilitation. *EDTNA ERCA J*; 27(2):69-71.

Wilson, A. og Parker, H. 2003. *Intermediate care and general practitioners: an uncertain relationship*. Guest editorial. *Health and Social Care in the Community*; 11(2):81-84.

Wilson, A.; Wynn, A. og Parker, H. 2002. Patient and carer satisfaction with "hospital at home": quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*; 52(474):9-13.

Wilson, A.; Parker, H., Wynn, A. og Spiers, N. 2003. Performance of hospital-at-home after a randomised controlled trial. *J Health Serv Res Policy*; 8(3):160-164.

Wilson, A.; Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N. og Jones, J. 1999. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ*; 319(7224):1542-1546.

Wilson-Barnett, J.; Davis, T., Griffiths, P., Harris, R. og Heard, S. 2001. Evaluating nurse-led inpatient units. *Nurs Stand*; 15(37):40-42.

Winkelmayer, W.C.; Weinstein, M.C., Mittleman, M.A., Glynn, R.J. og Pliskin, J.S. 2002. Health economic evaluations: the special case of end-stage renal disease treatment. *Med Decis Making*; 22(5):417-430.