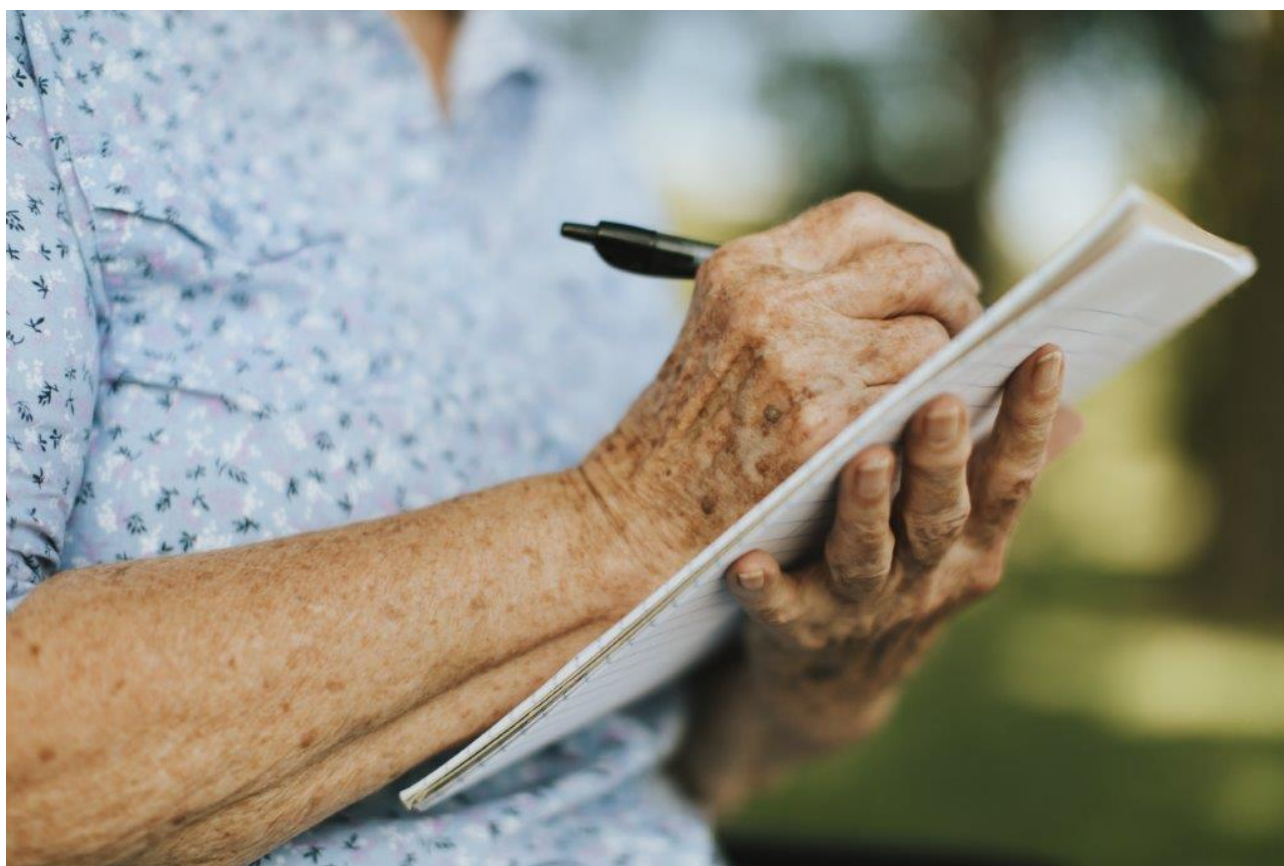


Temaanalyse – Sygepleje



Indhold

Beslutningstema/resumé	3
Analysedesign	3
Eksterne rammebetingelser.....	4
Konsekvenser af det nære sundhedsvæsen	4
Lovgivning	4
Ændringer i opgaven – øget kompleksitet	5
Henvendelser	6
Tabel 1 Henvendelser til Sygeplejen fra maj 2018 til og med marts 2020, antal gennemsnit pr. måned og pr. år for alle henvendere hhv. lægehenviisninger	7
Figur 1 Udviklingen af antal borgere, som har modtaget hjemmesygepleje i 2017 og 2018.....	7
Udgifter til bleer, kateter, stomi og sygeplejeartikler	7
Figur 2 Ydelsesmodtagere fra 2015 til 2019.....	8
Figur 3 Udgift til sygeplejeartikler fra 2015 til 2019	8
Interne rammebetingelser	9
Hvidovre Kommunes udgifter til hjemmesygepleje	9
Figur 4 Udgiftsniveau (mio. kr.) fra 2013-2019 pr. 65+ årige hhv. 80+ årige.....	9
Udviklingen i antal sygeplejemodtagere og leverede timer fra 2013-2019	10
Figur 5 Udvikling i årligt antal leverede timer til hjemmesygepleje pr. borger, som har modtaget hjemmesygepleje.....	10
Delegation og videredelegation	10
Figur 6 Udviklingen i antal sundhedslovsmodtagere i Sygeplejen og Hjemmeplejen fra juni 2018 til april 2020	11
Figur 7 Udviklingen af leverede timer til § 138 i forhold til det samlede leverede timer i Hjemmeplejen 2019	11
Tabel 2 Delegeringsgrad ydeshovedgrupper (§138), leverede timer 2019.....	12
Sygeplejeklinik	13
Tabel 3 Antal leverede borgere og timer, gennemsnit pr. uge 6-17 2020.....	14
Tabel 4 Andel borgere i Sygeplejeklinikken sammenlignet med samlede antal borgere i Sygeplejen, leveret i uge 6-17 2020.	15
Akkutteam Brøndby-Hvidovre	15
Organisering af Hjemmesygeplejen	16
Personalesammensætning.....	17
Tabel 5 Antal ansatte i Sygeplejen.....	17
Tabel 6 Udviklingen i antal "varme hænder" i Sygeplejen	17
Personalerekuttering	17
Figur 8 Udgiftsniveau i forhold til vikarforbruget 2013-2019, Hjemmeplejen og Sygeplejen	18
Normering og aktivitet.....	18
Tabel 7: Sygeplejemodtagere pr. normering med og uden delegeret hjemmesygepleje, 2019.....	19
Sygefravær	19
Tabel 8: Sygefravær i sygeplejen fra 2015-2019, fravær% er sammenlignet med Center for Sundhed og Ældre.....	20
Konklusion.....	20

Beslutningstema/resumé

Økonomiudvalget har i lyset af den politiske budgetaftale for 2019 ønsket et målrettet analysearbejde på udvalgte fagområder. Fagområderne er udvalgt med udgangspunkt i økonomisk potentiale eller behov for økonomisk genopretning. Arbejdet med analyserne vil blive organiseret med inddragelse af såvel medarbejdere som ledelse. Sygeplejen er ét af disse fagområder.

Sygeplejeområdet er underlagt en række eksterne rammebetingelser, som begrænser kommunens handlemuligheder i forhold til økonomistyring og ressourceudnyttelse. Dette kan fx være lovgivning og befolkningens alderssammensætning og -uddannelsesniveau.

Temaanalysen viser dog også, at der er områder, hvor det er muligt at foretage en målrettet indsats med henblik på at få en bedre ressourceudnyttelse. Særligt skal fremhæves tre områder:

Medicinadministration, øget anvendelse af sygeplejeklinikker og øget fokus på styrket rekruttering, nærvær og sygefravær.

- I 2019 udgjorde medicinadministration 45 pct. af de samlede leverede sundhedsydelser, omregnet svarer det til knap 13 fuldtidsansatte.
- Anvendelse af sygeplejeklinikker har både økonomiske og faglige fordele, men kun 10 pct. af sygeplejemodtagerne bliver behandlet i sygeplejeklinikken. I Hillerød er det til sammenligning 30 pct.
- Det er en stor udfordring at rekruttere social- og sundhedshjælpere og -assistenter, hvilket har medført en stigende anvendelse af vikarer gennem årene. Men med fokus på styrket rekruttering, nærvær og sygefravær samt effektiv udnyttelse af eksisterende ressourcer, er det forventningen at vikarforbruget kan nedbringes.

Økonomirapporteringen pr. 31. marts 2020 viser, at hjemmesygeplejen har et budgetunderskud på 2 mio. kr. Fra 2021 mangler der yderligere 5 mio. kr. dvs. i alt har hjemmesygeplejen et behov for en budgettilførsel på minimum på 7 mio. kr.

Konklusionen fra Afdækning – Hjemmesygeplejen viser, at Hvidovre Kommune har budgetteret med 11 mio. kr. mindre end sammenligningskommunerne.

Analysedesign

I mange sammenhænge sættes lighedstegn mellem udgiftsniveau og serviceniveau, men eksterne og interne rammebetingelser påvirker muligheden for at realisere de politisk fastsatte målsætninger og dermed serviceniveauet.

Temaanalysen er bygget op omkring de eksterne og interne rammebetingelser, der belyser kompleksiteten på sygeplejeområdet.

De eksterne rammebetingelser på sygeplejeområdet er defineret som de rammer, som Hvidovre Kommune ikke har mulighed for at ændre dvs. sundhedsloven, økonomiaftaler, befolkningens alderssammensætning og -uddannelsesniveau, antallet og indholdet af lægehenviisninger, de nationale kliniske retningslinjer og "opgaveglidning" fra region til kommune.

De interne rammebetingelser på sygeplejeområdet er defineret som den kommunalpolitisk besluttede økonomiske ramme og øvrige kommunalpolitiske beslutninger, såsom etablering af sygeplejeklinikker, og Akutteam, den interne organisering af Sygeplejen, personalerekuttering og -sammensætning og ledelsesstruktur. Herunder Sygeplejens produktivitet og effektivitet i opgaveløsningen.

Produktiviteten kan kort forklares med forholdet mellem det Sygeplejen producerer (output) og de ressourcer, der er anvendt til produktionen (input). Effektiviteten er produktiviteten sammenlignet med målet. Dvs. om ressourceanvendelsen har haft en tilfredsstillende målopfyldelse. Fx er såret helet, eller skal borgeren genindlægges.

Denne temaanalyse omhandler både ikke-delegeret og delegeret sygepleje i Hvidovre Kommune, dvs. den aktivitet der foregår i Sygeplejen, og den aktivitet, der er delegeret til hjemmehjælpsleverandørerne. Disse begreber bliver forklaret nærmere på side 10.

Eksterne rammebetingelser

I 2012 kom KL med udspillet om "Det nære sundhedsvæsen"¹. Motivationen herfor var:

1. *Behovet for at løse opgaver på lavest effektive omkostningsniveau*

Som følge af blandt andet den demografiske udvikling, det stigende antal kronikere m.v. vil der i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Med den aktuelle samfundsøkonomiske situation vil der imidlertid ikke være mulighed for at imødegå udgiftspreset med udgiftsstigninger i sundhedsvæsenet i samme omfang som tidligere. Derfor vil der være et stort behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på lavest effektive omkostningsniveau (LEON) og på at forebygge indlæggelser

2. *Udspillet fokuserer på de patientrettede indsatser, og på hvordan borgeren kan hjælpes derhjemme i det nære*

Formålet med udspillet er at skitsere en strategi for etableringen af et stærkt nært sundhedsvæsen. For at sikre mest mulig sundhed for pengene foreslår KL, at der gennemføres en ny satsning på at forebygge indlæggelser. Derfor skal der langt mere fokus på den rehabiliterende og patientrettede forebyggelse og på at styrke den specialiserede sygeplejeindsats. Det vil betyde, at flere kan hjælpes derhjemme og i det nære, og at færre får behov for at blive indlagt eller genindlagt. Det frigør ressourcer i hospitalsvæsenet. Det handler derfor om langt mere end borgerrettet forebyggelse. Med flere ældre og flere med kroniske sygdomme, vil der i stigende omfang være behov for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. Udspillet fokuserer derfor i særlig grad på de patientrettede indsatser.

3. *Omprioritering af ressourcerne*

En sådan omstilling og udvikling af det nære sundhedsvæsen forudsætter en omprioritering af ressourcerne og en nyindretning af incitamentene.

Finansiering af det nære sundhedsvæsen

Fra 2013 og 2014 er der i hvert af årene afsat 300 millioner kroner om året til at udbygge det nære sundhedsvæsen. Desuden har kommunerne i forbindelse med økonomiaftalerne fået midler til forskellige målrettede indsatser som: Kompetenceløft til den ældre medicinske patient, Forløbsplaner for borgere med kronisk sygdom, Udmøntning af det nationale lungesatsningsprogram, Handlingsplan for demens og Kræftplan.

Med aftalen om Sundhedsreformen, der blev indgået i marts 2019 afsætte 8,5 mia. kr. i alt i 2020-2025 til en Nærhedsfond. Desuden prioriteres 0,3 mia. kr. 2019-2025 til styrkede patientrettigheder og knap 0,2 mia. kr. 2019-2025 til flere hænder. De samlede udgifter på knap 9 mia. kr. finansieres bl.a. gennem afsatte midler på finansloven, de administrative besparelser, der muliggøres gennem reformen og videreførte puljemidler.

Med økonomiaftalen for 2020 løftes det regionale udgiftsniveau på sundhedsområdet med 1,5 mia. kr. i 2020, hvilket svarer til en vækst på 1,35 pct.

Konsekvenser af det nære sundhedsvæsen

Temaanalysen vil forsøge at kortlægge konsekvenserne af det nære sundhedsvæsen for Sygeplejen og Hjemmeplejen så vidt angår sundhedslovsydelsene.

Lovgivning

Det overordnede formål med sundhedsloven er:

¹ https://www.kl.dk/media/10485/kl-udspil_det_n-re_sundhedsv-sen_-2012.pdf

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

Sammenhængende patientforløb er også et af hovedformålene i Sundhedsloven, og hjemmesygeplejen ses som et vigtigt led for at skabe kontinuitet, kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Dermed skal den kommunale hjemmesygepleje ses som en integreret del af både det samlede sundhedsvæsen og den kommunale forvaltning, og på denne måde være medvirkende til at sikre borgerne en sammenhængende indsats både i forbindelse med modtagelse af regionale sundhedsydelser og i forbindelse med modtagelse af kommunale sociale og sundhedsmæssige ydelser.

I § 138 i sundhedsloven står der om hjemmesygeplejen:

”Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi- sning til personer med ophold i kommunen.”

Hjemmesygeplejens indhold

Den kommunale hjemmesygepleje retter sig mod alle personer uanset alder og boform med behov for sygepleje. Nedenfor beskrives generelle funktioner, der varetages i Hjemmesygeplejen:

Hjemmesygeplejen udfører sygepleje, bl.a.:

- Udfører sygepleje, rehabilitering og palliation i forløb af forskellig varighed, bl.a. til borgere med kroniske lidelser, alvorligt syge og døende mv.
- Udfører lægeordnede behandlingsopgaver
- Observerer patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling
- Yder borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at bevare og styrke den enkelte borgers og grupper af borgers sundhed

Hjemmesygeplejen planlægger og leder sygepleje, bl.a.:

- Planlægger og leder sundhedsfremme og forebyggelse, sygepleje-, rehabiliterings- og palliative forløb samt lægeordnede behandlingsopgaver
- Planlægger og leder indlæggelses- og udskrivningsforløb med henblik på at skabe kontinuitet, sammenhængende patientforløb, høj kvalitet og patientsikkerhed
- Sikrer sammenhæng i forhold til sociale ydelser

Hjemmesygeplejen formidler sygepleje, bl.a.:

- Rådgiver, vejleder og underviser borgere, patienter, pårørende og hjemmeplejens øvrige faggrupper, herunder elever og studerende
- Medvirker til at bevare og styrke borgernes sundhed via borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse

Hjemmesygeplejen udvikler sygepleje, herunder bl.a.:

- Udvikler og forbedrer kvaliteten og patientsikkerheden, bl.a. via dokumentation og kvalitetsudvikling
- Medvirker i relevant regionalt udviklings- og forskningsarbejde
- Medvirker i analyse af lokale sundhedsbehov og rådgiver om det lokale sundhedsvæsens udvikling, bl.a. når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse, rehabilitering, palliation og sammenhæng mellem sundheds- og sociale tilbud mv.

Ændringer i opgaven – øget kompleksitet

Opgaverne og måden at arbejde på har ændret sig løbende siden udspillet om Det nære sundhedsvæsen, så der er langt mere fokus på den rehabiliterende og patientrettede forebyggelse og på at styrke den specialiserede sygeplejeindsats.

Udviklingen i opgavemængden og -karakteren skyldes dels udviklingen i det regionale sundhedsvæsen og dels at der er tale om en betydelig opgaveglidning, fordi patientforløbene på hospitalerne er accelererede, og patienter udskrives med stadig flere komplekse behov for pleje og behandling, hvilket giver et øget opgavepres i kommunerne.

Det er vanskeligt entydigt at vurdere, i hvilket omfang ovenstående udvikling i efterspørgslen efter sygepleje alene er et udtryk for opgaveglidning mellem det regionale sundhedsvæsen og kommunerne, eller om der også er sket andre enten tilsigtede ændringer i opgaveportefølje og kvalitetsstandarder eller utilsigtede ændringer i visitationspraksis. Fx skyldes udviklingen mod flere, nye og mere komplekse opgaver også forbedrede behandlingsmuligheder, som betyder, at flere behandlingsopgaver kan varetages i hjemmet.

Der bliver leveret væsentlig flere timer til sundhedslovsydelser i Hvidovre Kommune end tidligere. Den generelle demografiske udvikling har indvirkning på behovet for sygeplejeindsatser og særligt i kombination med den generelle sundhedsprofil for Hvidovre Kommune, hvor der kommer flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme.

Opgaveglidning fra hospital til kommune har været kendt og problematiseret i flere år af kommunerne og KL. I modsætning til opgaveflytning, hvor hjemmesygeplejen systematisk klædes på til opgaverne, og hvor pengene følger med opgaven, så er opgaveglidning ikke aftalt, og der er ikke fulgt ikke penge med.

Sundheds- og plejeudgifter i regioner og i kommuner er procentuelt steget ens siden strukturreformen. Stigningen i regionerne er finansieret af øgede statslige bevillinger og stigende kommunal medfinansiering. Kommunernes sundhedsvækst er finansieret ved nedprioritering af anden velfærd (hjemmehjælp, daginstitutioner, folkeskole m.v.) suppleret af få, mindre løft i økonomiaftalerne, men rammen har været næsten konstant i 11 år.²

Statens Institut for Folkesundhed beregnede for tre år siden, at behovet for KOL- og diabetesbehandlinger på hospitalerne vil fordobles inden 2030.³ Behandlinger som i stigende grad skal foretages i kommunerne.

Samlet set kan der forventes flere udgifter til sundhedslovsopgaverne, end det vi oplever pt.

Henvendelser

Som det fremgår af sundhedslovens § 138 skal den kommunale sygepleje sikre, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen.

Tabel 1 viser alle henvendelser til Sygeplejen gennem de seneste par år, heraf er mellem 41 – 43 pct. lægehenviste. Det gennemsnitlige antal henvendelser pr. måned fra læge og hospital er steget fra 11,9 i 2018 til 19,1 i 2020.

²Jes Søgaard: Den ufinansierede og uplanlagte opgaveglidning til kommunerne kan ikke fortsætte, Politiken Sundhed 6. februar 2020.

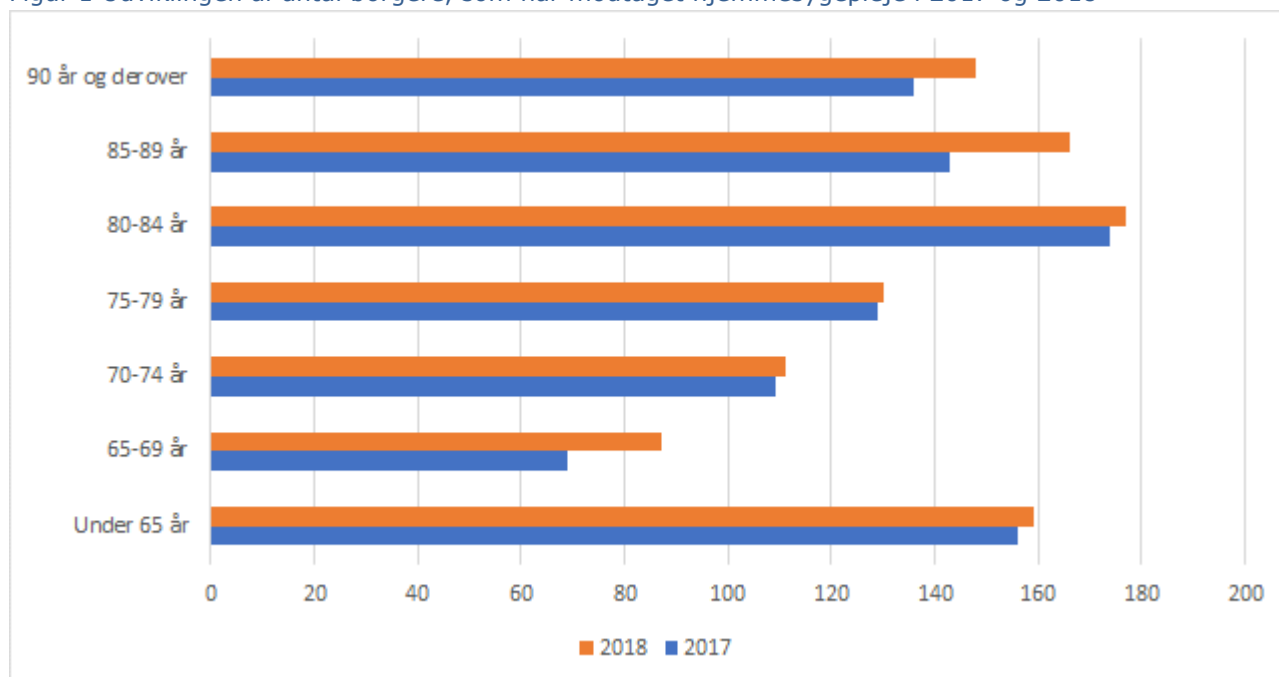
³ Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030, KOL og type 2-diabetes, STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED, 2017, Heidi Amalie Rosendahl Jensen Lau Caspar Thygesen Michael Davidsen

Tabel 1 Henvendelser til Sygeplejen fra maj 2018 til og med marts 2020, antal gennemsnit pr. måned og pr. år for alle henvendere hhv. lægehenvisninger

Henvender	2018	2019	2020
Anden kommune	4,0	2,9	2,3
Andre	43,3	39,3	37,0
Borger	8,1	25,2	43,3
Egen læge/vagtlæge	16,0	29,8	30,0
Hjemmeplejen	6,9	10,8	12,0
Hjemmesygeplejen	20,6	48,0	50,7
Pårørende	6,3	13,3	11,0
Sagsbehandler, anden forvaltning	1,0	1,0	1,3
Speciallæge	5,9	10,5	10,0
Sundhedsfremme og forebyggelse	5,6	4,3	4,0
Hospital - akutmodtagelse	1,3	3,2	3,3
Hospital - kirurgisk	13,1	19,3	25,3
Hospital - medicinsk	35,0	35,5	44,7
Hospital - psykiatrisk		1,5	1,0
Træning	1,0		
I alt gennemsnit pr. måned	163,9	243,8	275,3
Lægehenvisninger - andel	43%	41%	42%
Gennemsnit lægehenvisninger	11,9	16,6	19,1

Kilde: CURA BI

Figur 1 Udviklingen af antal borgere, som har modtaget hjemmesygepleje i 2017 og 2018



Kilde: Statistikbanken, HJEMSYG

Figur 1 viser, at der er flere hjemmesygeplejemodtagere i alle aldersgrupper. Der er flest modtagere i gruppen af 80-84 år, mens stigningen i antallet af modtagere fra 2017 til 2018 er størst i aldersgruppen 85-89 år.

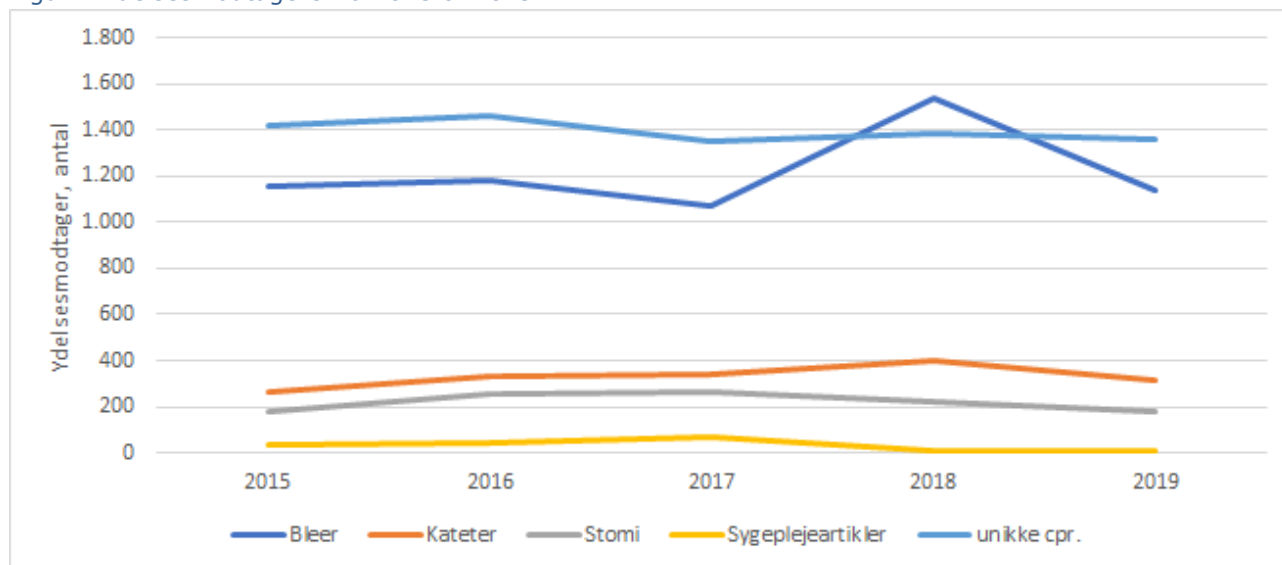
Udgifter til bleer, kateter, stomi og sygeplejeartikler

Kommunalbestyrelsen skal sikre, at der i forbindelse med opgavevaretagelsen i Hjemmesygeplejen er adgang til almindeligt anvendte plejehjælpemidler, herunder sygeplejeartikler, så nødvendig sygepleje og behandling umiddelbart kan iværksættes.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, at plejehjælpemidlerne er af en sådan standard, at hjemmesygepleje kan tilrettelægges og gennemføres med størst mulig patientsikkerhed.

I figur 2 og 3 er det undersøgt, om de flere og ændrede opgaver afspejler sig i antallet af modtagere, der modtager sygeplejeartikler, og om det kan ses i udgifterne til indkøb.

Figur 2 Ydelsesmodtagere fra 2015 til 2019

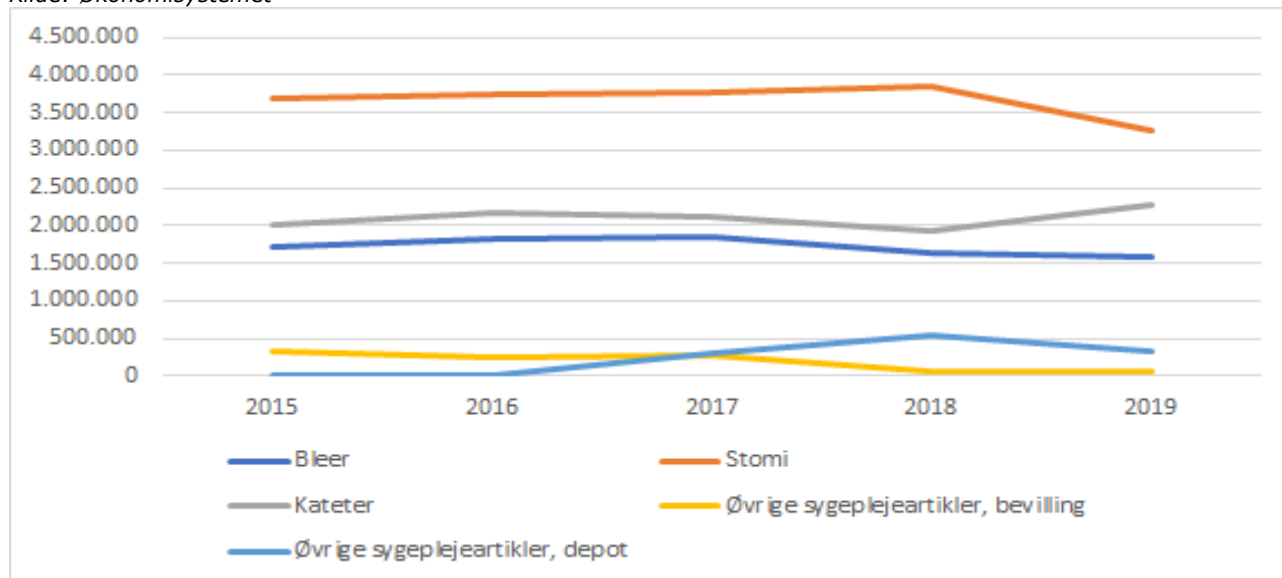


Kilde: Økonomisystemet

Antallet af modtagere af plejehjælpemidler er samlet set faldet fra 1.423 borgere i 2015 til 1.358 i 2019. Kun antallet af modtagere af katetre er steget i perioden, fra 261 i 2015 til 315 i 2019.

Figur 3 Udgift til sygeplejeartikler fra 2015 til 2019

Kilde: Økonomisystemet



Kilde: Økonomisystemet

De samlede udgifter er faldet fra 8,0 mio. kr. i 2015 til 7,5 i 2019.

Udgiften til stomiprodukter er den største udgiftspost og udgjorde 43 pct. af de samlede udgifter i 2019.

Interne rammebetingelser

De interne rammebetingelser på sygeplejeområdet er defineret som den kommunalpolitisk besluttede økonomiske ramme og øvrige kommunalpolitiske beslutninger, såsom etablering af sygeplejeklinikker, den interne organisering af Sygeplejen, personalerekruttering og –sammensætning og ledelsesstruktur. Herunder Sygeplejens produktivitet og effektivitet i opgaveløsningen. Det kan også være normer eller arbejdskultur.

Levering af sygepleje kan ske fra fire organisatoriske enheder afhængigt af opgaven og kompleksiteten, disse er

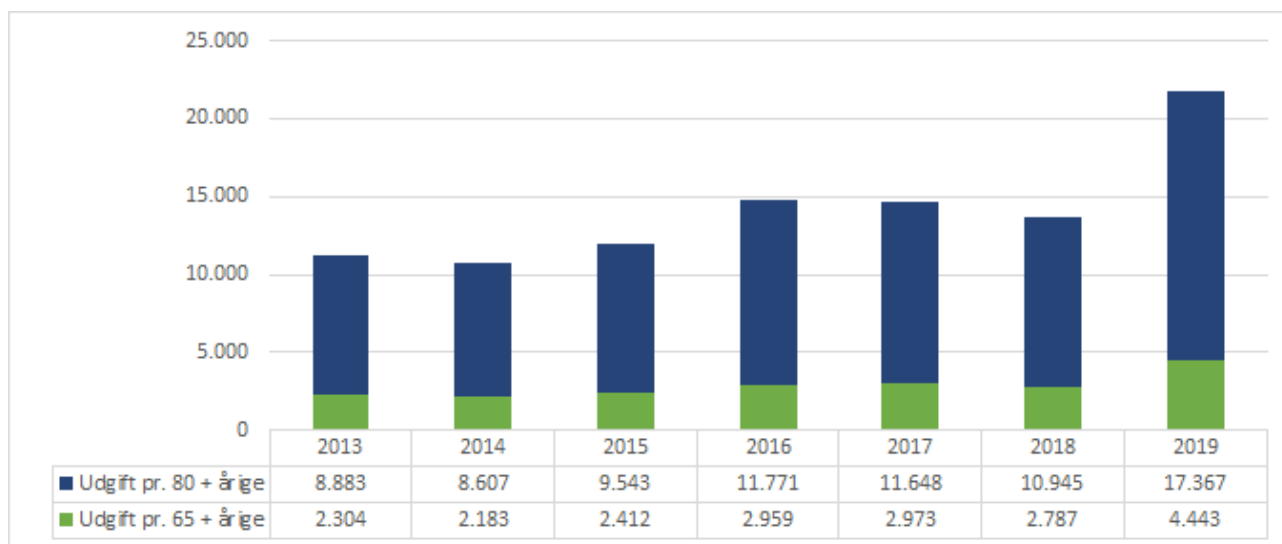
- a. Sygeplejen - leveret i eget hjem af sygeplejerske
- b. Hjemmeplejen – leveret af social- og sundhedsassistent ved delegation
- c. Sygeplejeklinik - leveret af sygeplejersker
- d. Akutteam Brøndby-Hvidovre

Som det fremgik af indledningen om det nære sundhedsvæsen, så handler det om at anvende lavest effektive omkostningsniveau i opgavevaretagelsen. Det er derfor vigtigt, at de sundhedslovsydelser, der kan delegeres til social- og sundhedsassistenter, også bliver det, eller at sundhedslovsydelser, der kan varetages i sygeplejeklinik bliver det.

Hvidovre Kommunes udgifter til hjemmesygepleje

Nedenfor i figur 4 ses Hvidovre Kommunes udgifter til hjemmesygepleje fra og med 2013 opgjort samlet og pr. 65+årig og 80+årig.

Figur 4 Udgiftsniveau (mio. kr.) fra 2013-2019 pr. 65+ årige hhv. 80+ årige



Kilde: Økonomisystemet, Statistikbanken

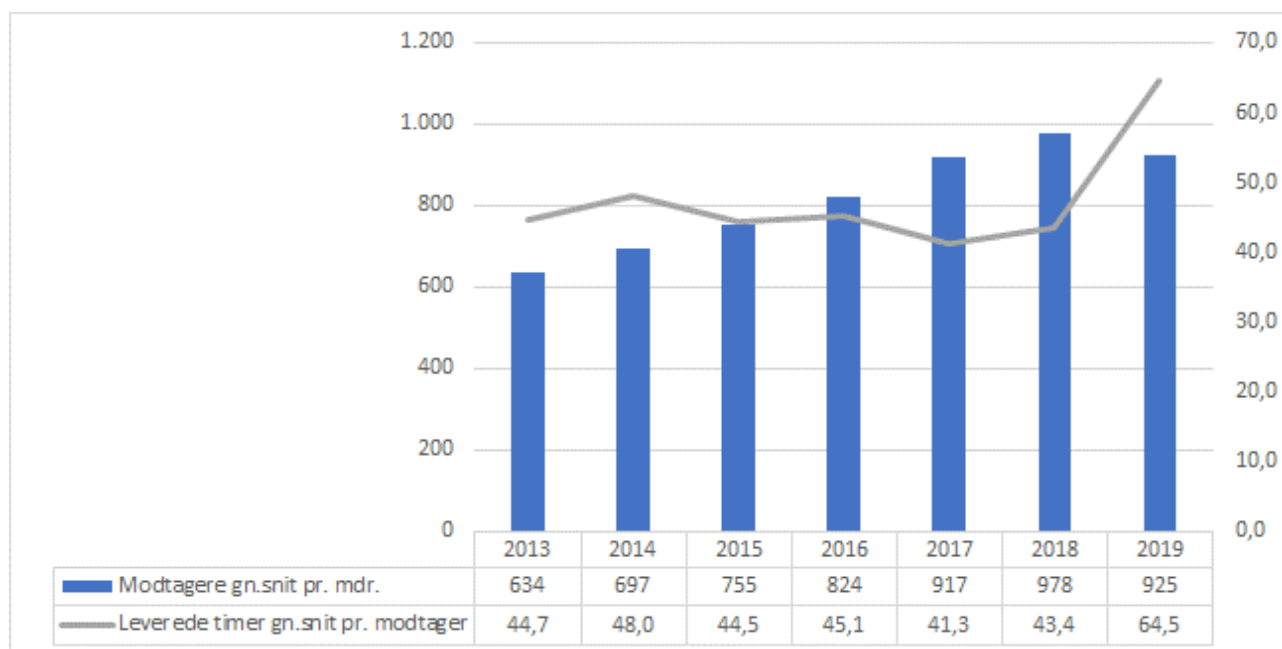
Udgiftsniveauet er væsentligt øget i 2019. Det skyldes, at Sygeplejen i 2019 fuldt ud finansierer de sundhedslovsydelser, som videredelegeres til Hjemmeplejen.

Fra 2016 begyndte videredelegering at blive dokumenteret i det daværende omsorgssystem KMD Care, hvor det fremgik, at der i 2016 blev videredelegeret sundhedslovsydelser for 357 t. kr. I 2017 blev der videredelegeret for ca. 1 mio. og i 2018 for ca. 1,2 mio. kr. For begge år gælder det, at der er en mangelfuld registrering af leverede ydelser, og data dermed ikke er valide og udgiftsniveauet for disse ydelser i sygeplejen er dermed for lave i årene 2016-2018.

I 2019 skiftede Hvidovre Kommune omsorgssystem til Cura, og samtidig skete der en organisationsændring i Hjemmeplejen, hvor alle assistenter blev ansat i Hjemmeplejen til at udføre videregodelegerede ydelser. Konsekvensen heraf var, at der blev videregodelegeret opgaver for ca. 21 mio. kr. I begyndelsen var der dog udfordringer med at få alle ydelser registreret som leverede. En forudsætning for at Hjemmeplejen får afregning for de ydelser, de leverer hos borgeren, er at de registrerer (swiper) ydelserne som afsluttet på deres mobil. Fra 2020 afregnes der efter leverede timer på videregodelegering.

Udviklingen i antal sygeplejemodtagere og leverede timer fra 2013-2019

Figur 5 Udvikling i årligt antal leverede timer til hjemmesygepleje pr. borger, som har modtaget hjemmesygepleje



Kilde: KMD-care fra 2013-maj 2018, Cura-Bi fra maj 2018

Figur 5 viser, at antallet af unikke borgere pr. måned og leverede timer pr. borger er steget fra 2013 til 2019. Dette kan skyldes flere komplicerede opgaver, eller at datadisciplinen er forbedret.

I foråret 2018 påbegyndte implementering af Cura og FSIII. I løbet af 2019 er registrering af leverede ydelser blevet tiltagende forbedret i Sygeplejen.

Delegation og videregodelegeration

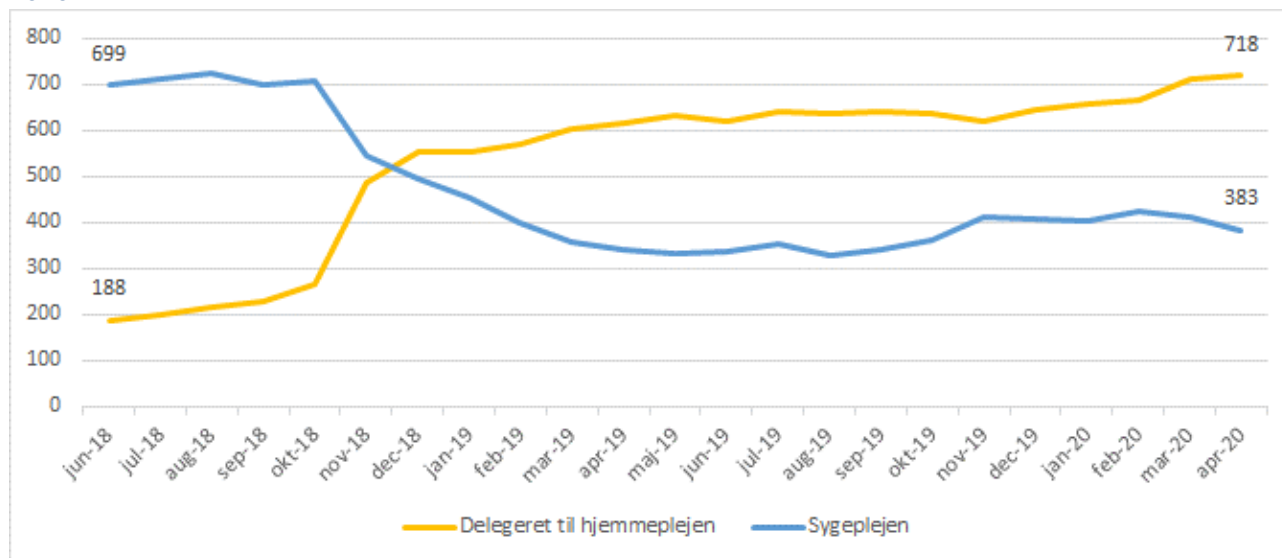
Alle opgaver, der er omfattet af reglerne om delegation, skal være delegeret af en læge eller en anden autoriseret sundhedsperson. En læge kan beslutte, at kun en bestemt faggruppe må udføre en opgave. Når en opgave overdrages til kommunen fra lægen, overtager ledelsen i kommunen ansvaret for denne. Der er således ikke tale om, at lægen er ansvarlig for hvilke medarbejdere, der løser opgaven.

Alle delegerede opgaver kan som udgangspunkt videregodelegeres, men en autoriseret sundhedsperson kan ved overdragelse tilkendegive, at videregodelegeration ikke må finde sted.

I kommunal praksis har ledelsen ansvaret for, at det tydeligt fremgår, hvilket personale, der kan udføre hvilke arbejdsopgaver, herunder delegerede opgaver. Det vil sige, at det er ledelsen, som fastlægger om hele personalet kan udføre alle de samme delegerede opgaver, eller at nogle delegerede opgaver alene må udføres af bestemte faggrupper eller bestemte personer, som har særlige kompetencer.

Sygeplejen delegerer i stigende grad sundhedslovsopgaver til Hjemmeplejen. Dette illustreres i figur 6, hvoraf det fremgår, at Hjemmeplejen fra november 2018 behandler flere modtagere af sundhedslovsydelser end Sygeplejen. Det er en forventelig udvikling i takt med at sundhedslovsydelser, der forsvarligt kan varetages på et lavere effektivt omkostningsniveau – også bliver det.

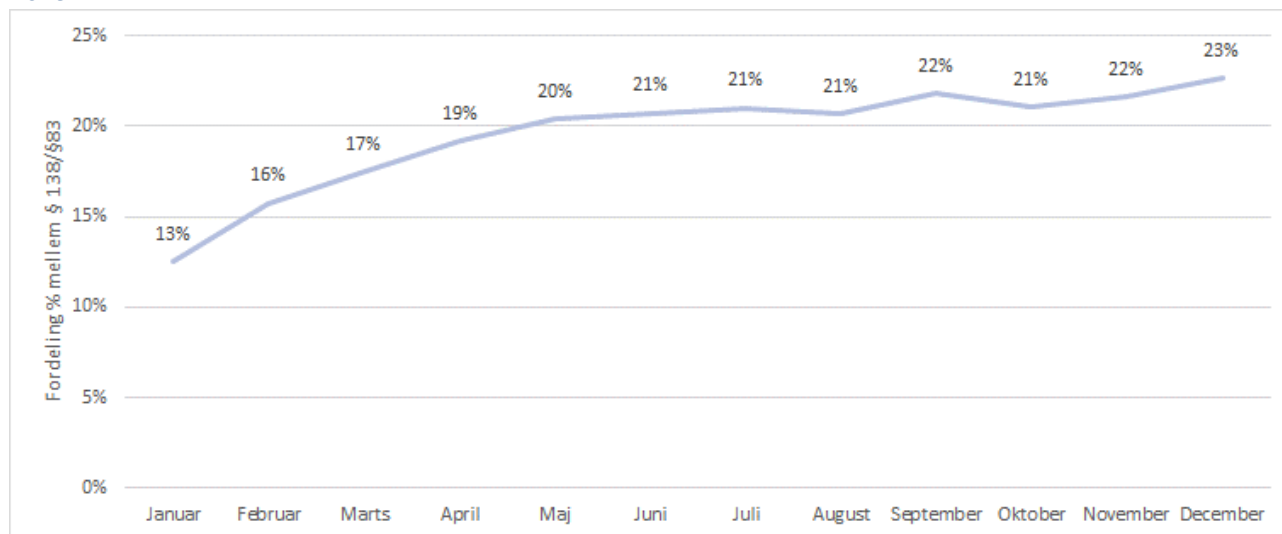
Figur 6 Udviklingen i antal sundhedslovsmodtagere i Sygeplejen og Hjemmeplejen fra juni 2018 til april 2020



Kilde: Cura-BI

Figur 7 viser, at de tre hjemmeplejedistrikter i 2019 har leveret et stigende antal timer til sundhedslovsydelserne i forhold til servicelovsydelserne. Således udgjorde sundhedslovsydelserne 13 pct. af hjemmeplejedistrikternes samlede leverede timer i januar 2019. I december 2019 udgjorde de 23 pct.

Figur 7 Udviklingen af leverede timer til § 138 i forhold til det samlede leverede timer i Hjemmeplejen 2019



Kilde: Cura-BI

Tabel 2 viser delegeringsgraden på ydelsesgrupperne. Samlet set blev der videredelegeret 73 pct. af de leverede sundhedslovsydelser fra Sygeplejen til Hjemmeplejen. I 2019 udgjorde medicinadministration 45 pct. af de samlede leverede sundhedsydelser, omregnet svarer det til knap 13 fuldtidsansatte. Det

bemærkes, at sundhedslovsydelser fra og med udbuddet af hjemmehjælp pr. februar 2020 kan ske til begge hjemmehjælpsleverandører.

Medicinadministration betyder personalets udlevering af medicin til borgeren og hjælp med at indtage medicinen samt observation af borgeren.

I 2019 udgjorde medicinadministration 45 pct. af de samlede leverede sundhedsydelser, omregnet svarer det til knap 13 fuldtidsansatte, der ikke arbejder med andet.

Tabel 2 Delegeringsgrad ydelseshovedgrupper (§138), leverede timer 2019

	Total	Hjemmeplejen	Sygeplejen	Delegeret
Total	59.616	43.540	16.076	73%
Medicinadministration (FSIII)	27.072	24.264	2.809	90%
Medicindispensering (FSIII)	7.483	5.587	1.896	75%
Undersøgelser og måling af værdier (FSIII)	4.081	3.717	364	91%
Kompressionsbehandling (FSIII)	4.378	3.160	1.217	72%
Stomipleje (FSIII)	1.724	1.491	233	86%
Sårbehandling (FSIII)	5.188	1.387	3.801	27%
Sondeernæring (FSIII)	2.375	1.299	1.076	55%
Behandling og pleje af hudproblem (FSIII)	1.002	902	100	90%
Anlæggelse og pleje af kateter (FSIII)	1.094	671	423	61%
Behandling og pleje af mave-tarmproblem (FSIII)	289	186	102	65%
Ernæringsindsats (FSIII)	406	179	227	44%
Psykisk støtte (FSIII)	480	155	325	32%
Respirationsbehandling (FSIII)	148	100	48	68%
Behandling med ortopædiske hjælpemidler (FSIII)	128	96	32	75%
Oplæring (FSIII)	102	81	21	80%
Opfølgning (FSIII)	255	67	187	27%
Koordinering (FSIII)	246	60	186	25%
Psykiatrisk pleje (FSIII)	95	51	44	54%
Respiratorbehandling (FSIII)	44	38	6	87%
Cirkulationsbehandling (FSIII)	95	20	76	21%
Inkontinensbehandling (FSIII)	265	11	254	4%
Iltbehandling (FSIII)	6	5	1	84%
Ernæringscreening (FSIII)	7	4	3	54%
Samarbejde med netværk (FSIII)	19	3	16	16%
Pleje ved anvendelse af personlige hjælpemidler (FSIII)	13	1	12	9%
Vurdering (FSIII)	5	0	5	7%
Subkutan væskebehandling (FSIII)	65	0	65	0%
Dialyse (FSIII)	303		303	0%
Drænpleje (FSIII)	92		92	0%
Forflytning og mobilisering (FSIII)	25		25	0%
Intravenøs medicinsk behandling (FSIII)	45		45	0%
Intravenøs væskebehandling (FSIII)	181		181	0%
Omsorg til alvorligt syge og deres pårørende	186		186	0%
Parenteral ernæring (FSIII)	899		899	0%
Personlig pleje (FSIII)	72		72	0%
Pleje af nefrostomikateter	28		28	0%
Sekretsugning (FSIII)	8		8	0%
Supplerende udredning (FSIII)	1		1	0%
Sygeplejefaglig udredning (FSIII)	672		672	0%
Trakeostomipleje (FSIII)	37		37	0%
Supplerende udredning (FSIII)	1		1	0%

Kilde: Cura BI – Ydelserne er sorteret i forhold til leverede timer, der er delegeret til hjemmeplejen.

I dag findes der adskillige løsninger til teknologisk medicinadministration, og det bør undersøges om der kan hentes en økonomisk besparelse ved en systematisk indsats.⁴

Desuden bør der gøres et nyt forsøg på at indgå en aftale med de privat praktiserende læger i forhold til dosisdispenseret medicin. Dosisdispenseret medicin er medicin, som er pakket på apotek, i doseringsposer til borgeren. Lægen vurderer, om en borger er egnet til at få dosisdispenseret medicin, og kan ordinere dosisdispenseret medicin.

Aktuelt har sygeplejen ca. 10 borgere på dosisdispensering sammenlignet med ca. 130 borgere for få år siden. Siden har sygeplejen oplevet en stor modvilje fra de praktiserende læger til at ordinere dosisdispenseret medicin.

Fra 2020 introduceres dosisdispenseringskortet som en ny funktionalitet i FMK (Fælles Medicinkort), som gør det nemt, overskueligt og sikkert for lægen at ordinere og justere de lægemidler, der er egnet til dosisdispensering. Løsningen forventes idriftsat medio 2020. Dermed burde forudsætningen for at få flere borgere på ordningen være tilstede.

Sygeplejeklinik

Hvidovre Kommune har siden 2009 haft en sygeplejeklinik, hvor kommunens borgere kan få sygeplejefaglig behandling. I april 2010 besluttede Social- og Sundhedsudvalget, at alle borgere, der fysisk og psykisk evner det, skal modtage sygepleje på sygeplejeklinik.⁵

Erfaringen er, at målgruppen ikke kan defineres ud fra på forhånd fastlagte kriterier. Potentielle brugere af en sygeplejeklinik kan dog være alle borgere, der er bevilget sygepleje via henvisning fra læge, hospital eller speciallæge. Med undtagelse af borgere der er ude af stand til at møde frem på en sygeplejeklinik eller borgere med særligt akutte behov.

For at blive behandlet i klinikken skal borgeren være visiteret til en sygeplejeydelse og selv medbringe eventuel medicin, som skal bruges i behandlingen.

Klinikken kan blandt andet udføre sårpleje, suturfjernelse, stomi- og kateterpleje måle blodtryk, give planlagte injektioner, oplære borger i selv at udføre fx blodsuktermåling, øjendrypning og medicindosering samt vejledning og håndtering af kronisk sygdom.

Sygeplejeklinikken er åben alle hverdage kl. 7:30 til 15:30 og betjenes af to faste sygeplejersker i alt ca. 40 timer ugentlig.

Borgerne er generelt glade for tilbuddet om at få behandlet deres midlertidige eller varige behov for sygepleje ambulant i klinikken. Borgerne skal ikke vente på hjemmesygeplejersken, men kan bestille en tid. Åbningstiderne er afpasset, så både erhvervsaktive og ikke erhvervsaktive kan tilgodeses.

Effektiviseringsforslag budget 2019-2022

Hvidovre Kommune har aktuelt én sygeplejeklinik.

Der blev i 2019 afsat et budget på 0,5 mio. kr. til etablering af endnu en sygeplejeklinik, og der blev lagt en besparelse ind på 0,1 mio. kr. fra 2020 og overslagsårene, som følge af en forventet meraktivitet på 50 %.

Der blev arbejdet videre med en sygeplejeklinik i form af en klinikbus. I forbindelse med forarbejdet til indkøb og etablering af klinikbussen, blev det på baggrund af erfaringer fra andre kommuner imidlertid vurderet, at en bus ikke ville kunne leve op til ønsket om bl.a. fleksibilitet og økonomisk rationalitet.

Efterfølgende er der arbejdet på at finde eksisterende lokaler i området i og omkring Avedøre Stationsby, da en stor del af hjemmesygeplejemodtagerne bor i det område. Dette arbejde er tæt på at være afsluttet.

⁴ <https://www.teknologisk.dk/ydelser/elektroniske-pilleaesker-kan-give-millionbesparelser/40116>

⁵ Social- og Sundhedsudvalget d. 19. april 2010, Kvalitetsstandarder og ydelseskatalog for sygeplejeydelser i Hjemmesygeplejen 2010-2011.

Samtidig bliver der arbejdet på at åbne yderligere en klinik i det eksisterende sundhedscenter.

Økonomiske og faglige fordele

Der er både økonomiske og faglige fordele ved at flytte så mange af sundhedslovsydelseerne som muligt fra borgernes egne hjem til sygeplejeklinikker. De økonomiske omfatter mere effektive arbejdsgange, mindre vejtid og reducerede udgifter til bilpark. De faglige argumenter omfatter bedre hygiejne, mere effektiv dokumentation og bedre arbejdsforhold. Derudover er der argumenterne om respekten for borgers tid og generel rehabilitering, og at borgerne vil møde kendt personale, alt afhængigt af, hvordan ledelsen vælger at bemane sygeplejeklinikkerne.

De kendte udfordringer kan være, at borgerne er vant til besøg i eget hjem, og at der kan være lang afstand til sygeplejeklinikkerne, udfordringer med offentlig transport, adgangsforhold eller åbningstider.

Aktivitet

Først fra februar 2020 er registreringen af aktiviteten i Sygeplejeklinikken blevet foretaget på den korrekte måde i omsorgssystemet CURA. Data i nedenstående tabel er derfor baseret på data fra uge 6 til 17 (inkl.).

Tabel 3 Antal leverede borgere og timer, gennemsnit pr. uge 6-17 2020

	Unikke borgere uge 6-17	Antal borgere pr. uge (6-17) median	Antal leverede timer pr. uge (6-17) median	Antal leverede timer pr. borger pr. uge (6-17) median
Total	82	29,0	20,4	0,7
Sårbehandling (FSIII)	37	17,5	11,7	0,7
Medicindispensering (FSIII)	26	8,0	4,2	0,5
Anlæggelse og pleje af kateter (FSIII)	8	1,0	1,0	1,0
Medicinadministration (FSIII)	7	2,0	2,0	1,0
Kompressionsbehandling (FSIII)	5	2,0	1,1	0,5
Inkontinensbehandling (FSIII)	2	1,0	1,0	1,0
Stomipleje (FSIII)	2	2,0	2,0	1,0
Undersøgelser og måling af værdier (FSIII)	2	1,0	1,0	1,0
Behandling og pleje af hudproblem (FSIII)	1	1,0	1,0	1,0
Cirkulationsbehandling (FSIII)	1	1,0	1,0	1,0
Oplæring (FSIII)	1	1,0	1,0	1,0
Pleje af nefrostomikateter	1	1,0	1,0	1,0
Psykisk støtte (FSIII)	1	1,0	1,0	1,0

Kilde: Cura-BI

Tabel 3 viser, at der i perioden fra uge 6 til 17, begge uger inklusiv, var 82 unikke borgere der fik en eller flere ydelser i Sygeplejeklinikken. I gennemsnit var der 29 borgere pr. uge, som i alt fik leveret 20,4 timer. Det svarer til 0,55 fuldtidsmedarbejder. Sårbehandling er den ydelse, der leveres til flest borgere, efterfulgt af medicindispensering. Medicindispensering betyder, at personalet optæller eller tilbereder den ordinerede medicin. Fx at de lægger tabletter i doseringsæsker.

Tabel 4 Andel borgere i Sygeplejeklinikken sammenlignet med samlede antal borgere i Sygeplejen, leveret i uge 6-17 2020.

	Sygeplejen samlet		Sygeplejeklinikken		Sygeplejeklinikken	
	Antal borgere (total)	Antal borgere (gn.snit pr. uge)	Antal borgere (total)	Antal borgere (gn.snit pr. uge)	Andel borgere total	Andel borgere gn. Snit pr. uge
Total	869	299	82	29	9%	10%
Sårbehandling (FSIII)	234	93	37	17,5	16%	19%
Medicindispensering (FSIII)	300	81	26	8	9%	10%
Anlæggelse og pleje af kateter (FSIII)	70	15	8	1	11%	7%
Medicinadministration (FSIII)	174	53	7	2	4%	4%
Kompressionsbehandling (FSIII)	62	21	5	2	8%	10%
Inkontinensbehandling (FSIII)	9	3	2	1	22%	33%
Stomipleje (FSIII)	21	8	2	2	10%	25%
Undersøgelser og måling af værdier (FSIII)	55	9	2	1	4%	11%
Behandling og pleje af hudproblem (FSIII)	12	2	1	1	8%	50%
Cirkulationsbehandling (FSIII)	5	1	1	1	20%	100%
Oplæring (FSIII)	13	2	1	1	8%	50%
Pleje af nefrostomikateter	5	4	1	1	20%	25%
Psykisk støtte (FSIII)	23	7	1	1	4%	14%

Kilde: Cura-BI

Tabel 4 viser, at kun 82 ud af 869 borgere fik sundhedsydelse i Sygeplejeklinikken i uge 6 til og med 17, hvilket svarer til 9 pct. eller 10 pct., hvis der tages et gennemsnit pr. uge.

I Hillerød Kommune, som er sammenligningskommune til Hvidovre Kommune bliver ca. 30 procent af sygeplejemodtagerne behandlet på sygeplejeklinik. Desuden er ambitionen i Hillerød, at endnu flere skal behandles på sygeplejeklinikken.⁶

Sygeplejen bør opsætte mål for, hvor mange borgere, der skal behandles i Sygeplejeklinikken, og målet bør være en del af en kommende ledelsesinformation.

Akutteam Brøndby-Hvidovre

Akutteam Brøndby-Hvidovre er et team af sygeplejersker med særlige kompetencer inden for akutsygepleje, der let kan rykke ud til borgerne i Brøndby og Hvidovre og give en tryk og fagligt forsvarlig behandling i eget hjem. Formålet er at undgå uhensigtsmæssige og unødvendige hospitalsindlæggelser.

Akutteamet er en selvstændig enhed under Brøndby og Hvidovre Kommunes ældreområder. Akutteamet blev oprettet i 2018, som et samarbejde mellem Brøndby og Hvidovre Kommune.

Akutteamet arbejder tæt sammen med:

- Hjemmesygeplejen Brøndby /Sygeplejen Hvidovre
- Ældrecentre Brøndby/Plejecentre Hvidovre
- Flexpladser Brøndby/ Midlertidige døgnpladser Hvidovre
- Sundhedscentre i Brøndby og Hvidovre
- Visitationen i Brøndby og Hvidovre
- Praktiserende læger
- 1813
- Hospitalet

Akutteam Brøndby-Hvidovre varetager specialiserede sygeplejefaglige opgaver og formålet er at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt hjemtage borgere fra hospitalet til færdigbehandling i eget hjem.

⁶ <https://sn.dk/Hilleroed-Posten/Langt-flere-borgere-skal-behandles-i-Sygeplejeklinikken-i-stedet-for-hjemme/artikel/922795>, 12. marts 2020

Da der fortsat arbejdes på at udarbejde bedre og mere detaljerede data, kan her kun fremlægges overordnede data for perioden 1. februar til 31. oktober 2019. Data viser, at der i perioden var 324 henvendelser fra Hvidovre Kommunens hjemmepleje, plejecentre og midlertidige pladser. Samlet for de to kommuner var 62 % sygeplejefaglige udredninger, 5 pct. af henvendelserne førte til fysiske besøg hos borgeren. Af de fysiske besøg blev 95 pct. af borgerne indlagt på hospital, mens 5 pct. blev indlagt på akutpladserne.

Organisering af Hjemmesygeplejen

Organisationsformer

I det nære sundhedsvæsen er der ofte flere aktører i spil. Flere aktører betyder større behov for kommunikation indbyrdes og større behov for koordinering af indsatsen for at sikre patienten korrekt information og medindflydelse, men også for at sikre at de forskellige initiativer hænger sammen og ikke modarbejder hinanden. Det handler kort sagt om at koordinere sammenhængende patientforløb på tværs og internt i sektorerne.

Kommunerne har i dag organiseret hjemmesygeplejen meget forskelligt, men organisationsformerne bygger overordnet set på to grundmodeller:

1. Efter princippet om funktionsbærende enheder – det vil sige større eller mindre selvstændige enheder med egen ledelse. Der er altså tale om en samlet sygeplejegruppe, der er fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt afgrænset fra hjemmeplejen.
2. Efter princippet om den integrerede ordning – det vil sige, at sygeplejerskerne er organiseret sammen med hjemmeplejen med en fælles leder. Der er altså tale om, at sygeplejerskerne er koblet fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt sammen med hjemmeplejen.

Visitation til sygepleje

Kommunerne har valgt forskellige måder at organisere visitation til sygepleje

1. Central visitation i stil med den måde, som hjemmepleje visiteres på.
2. Central visitation, som henviser sygeplejeopgaverne til Hjemmesygeplejen.
3. Der visiteres direkte i Hjemmesygeplejen af en eller flere fagligt ansvarlige
4. Den enkelte sygeplejerske foretager en selvstændig visitation

Det væsentlige er, at der er klare rammer for fordeling af ansvar og opgaver og at denne fordeling sker i samarbejde med visitatorer i myndighedsafdelingen/Hjemmesygeplejen og den eller de sygeplejefagligt ansvarlige i leverandørleddet.

Kommunerne kan vælge at organisere sig sådan, at myndigheden varetager controllerfunktionen, eller man kan vælge en decentral controllerfunktion.⁷

Organiseringen i Hvidovre Kommune

Ældre- og Sundhedsudvalget godkendte den 14. januar 2019, at Sygeplejen blev en selvstændig enhed med egen ledelse.⁸

Som konsekvens heraf overgik alle social- og sundhedsassistenter i de første måneder af 2019 fra Hjemmesygeplejen til Hjemmeplejen. Ledelsen for både Hjemmeplejen og Sygeplejen er samlet på samme adresse som Hjemmeplejedistrikt Syd.

Sygeplejen er som følge af organisationsændringen gået fra grundmodel 2 til grundmodel 1, jf. ovenstående, og har valgt visitationsmodel 3.

⁷ Notat Organisering af hjemmesygeplejen, KL marts 2013

⁸ Referat Ældre-og Sundhedsudvalget den 1. januar 2019

Personalesammensætning

Det er Kommunalbestyrelsens ansvar at sikre, at hjemmesygepleje udføres af autoriserede sygeplejersker og andre personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer. Det er en afgørende forudsætning for kvaliteten af opgavevaretagelsen og patientsikkerheden i Hjemmesygeplejen, at sundhedspersonalet har de rette kvalifikationer og kompetencer til at løse opgaverne inden for de beskrevne funktionsområder.

Det anbefales således, at personalet efter endt grunduddannelse kontinuerligt erhverver viden og kompetence inden for relevante områder af sygeplejen, og at personalet får mulighed for at arbejde fleksibelt og selvstændigt ved udførelse af opgaverne.

Tabel 5 Antal ansatte i Sygeplejen

Antal ansatte pr. feb 2020	Fuldtid
Ledelse	2,0
Hjemmeplejen Sekretariatet	5,0
Ledende sygeplejerske	1,0
Sygeplejegruppen Dag	17,4
Sygeplejegruppen Dag - Hjpl Døgn A/N	4,5
I alt	29,9

Kilde: Krl – Kommunernes og regionernes løndatakontor

Leder og souschef i Hjemmeplejen indgår med hver 0,5 fuldtidsnorm i Sygeplejen, dertil indgår daglig leder af Sygeplejen.

Tabel 6 Udviklingen i antal "varme hænder" i Sygeplejen

"Varme hænder"	feb-18	feb-19	feb-20
Sygeplejegruppen Dag	21,9	16,5	17,4
Sygeplejegruppen Dag - Hjpl Døgn A/N	7,7	5,6	4,5
I alt	29,6	22,1	21,9

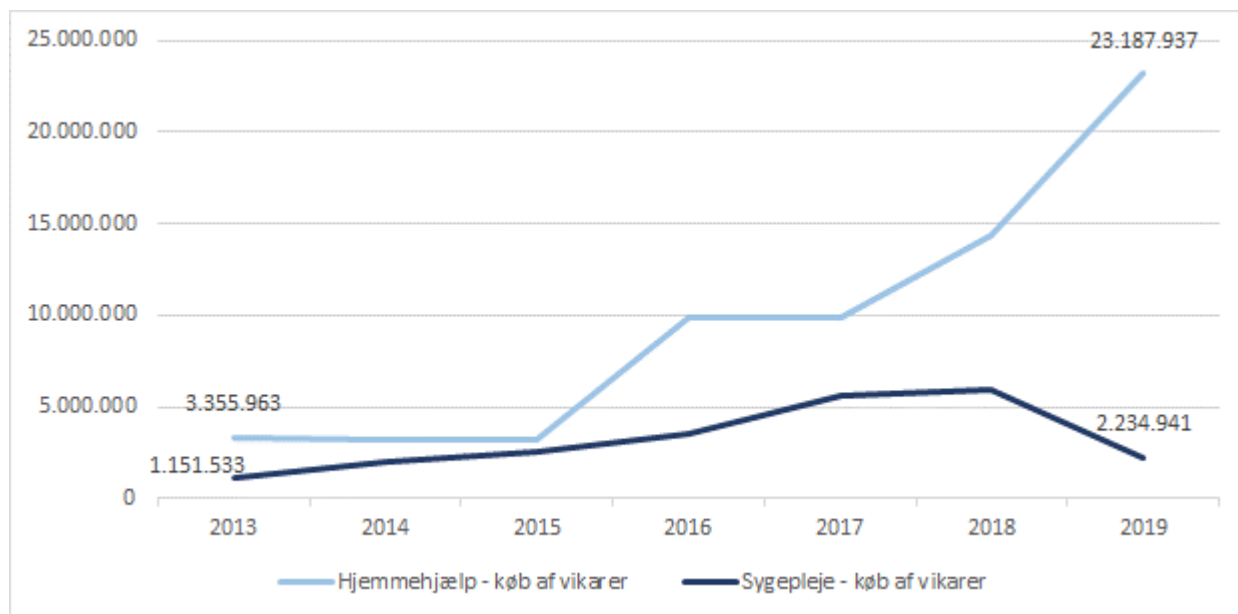
Kilde: Krl – Kommunernes og regionernes løndatakontor

Som det fremgår af tabel 6, så er sygeplejegruppen reduceret siden organisationsændringen, hvor social- og sundhedsassistenterne blev flyttet til hjemmeplejen, med henblik på at skabe større sammenhæng i forhold til opgaver og kompetencer.

Personalerekruttering

Figur 8 illustrerer Hjemmeplejens vanskeligheder med at rekruttere personale. Vikarforbruget i Sygeplejen er næsten fordoblet siden 2013 og vikarforbruget i Hjemmeplejen 7-doblet siden 2013. Det er desværre ikke en udvikling, som Hvidovre Kommune står alene med, og derfor forventes løsningsmulighederne også at være begrænsede.

Figur 8 Udgiftsniveau i forhold til vikarforbruget 2013-2019, Hjemmeplejen og Sygeplejen



Udfordringen i forhold til at rekruttere social- og sundhedshjælpere og -assistenter er ikke længere bare et vedvarende problem, det er måske den største udfordring for den offentlige sektor lige nu. Frem mod 2040 vil der komme knapt 260.000 flere ældre over 80 år i Danmark. Samtidig er hver tredje social- og sundhedsansatte i dag over 55 år, og har derfor snart mulighed for at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet. FOA's fremskrivning viser, at der i 2028 kommer til at mangle over 41.000 ansatte inden for SOSU-området i landets kommuner. FOA's fremskrivning bygger alene på, hvor mange SOSU'er, der går af på grund af alder, og hvor mange der bliver behov for på grund af et stigende antal ældre i befolkningen.

Hvidovre Kommune rangerer som nummer 78 på listen over kommuner, der har sværest ved at rekruttere ud fra fire faktorer: fremskrivning af behovet for sosu'er frem mod 2028, ledighedsprocenten, antal stillingsopslag og andelen af ikke-uddannede.⁹

Desuden er der flere, der i stigende grad bliver ansat i vikarbureauer, fordi de kan få en højere timeløn samtidig med mere fleksible arbejdstider. Stigningen i vikarforbruget gør ældreplejen dyrere.

De fastansatte medarbejdere skal bruge ekstra tid på at oplære vikarerne, men selv med en indføring i opgaverne, kan det ikke undgås, at det øgede vikarforbrug går ud over kvaliteten. Dertil kender vikarerne måske heller ikke borgerne, og dermed falder den kontinuitet i både den personlige pleje og sygeplejen, som er nødvendig for at undgå unødvendige indlæggelser.

Afslutningsvis skal det bemærkes, at alle ledere skal på uddannelse i rekruttering i efteråret med henblik på at styrke rekrutteringsindsatsen.

Normering og aktivitet

I tabel 7 ses der på sammenhængen mellem antal sygeplejemodtagere og normeringer. I Hjemmeplejen er anvendt antal fuldtidsansatte social- og sundhedsassistenter, som primært er dem der udfører sundhedslovsopgaver. Social- og sundhedshjælpere udfører dog også sundhedslovsydelser, såsom udlevering af medicin, inhalationer, øjendråber, støttestrømper af- og påtagning, stikpiller (ikke smertestillende med.) og påføring af medicinske cremer u./hormoner.

⁹ <https://www.foa.dk/forbund/presse/seneste-pressemeddelelser/global/news/pressemeddelelser/2019/oktober/kommunerne-kaemper-med-kommende-sosu-mangel>

Tabel 7: Sygeplejemodtagere pr. normering med og uden delegeret hjemmesygepleje, 2019

	Leveret Tid (time) pr. borger	Antal Leverede Borgere	Leveret tid pr. sygeplejemodtager	Personale-norm	Sygeplejemodtagere pr. normering
Total	59.616	1.603	37	57	28,2
Hjemmeplejen	43.540	1.046	42	35	29,9
Sygeplejen	16.076	1.377	12	22	63,0

Kilde: Cura-Bi koblet med data fra Krl, personalenorm

Tabel 7 viser, at Sygeplejen betjener mere end dobbelt så mange borgere pr. normering som Hjemmeplejen. Hjemmeplejen leverer 30 minutter mere pr. sygeplejemodtager. Forskellen kan hovedsageligt forklares med, at assistenterne har flere medicindoseringer, som er en tidskrævende opgave. Medicinadministration og -dispensering udgør 58 pct. af de samlede leverede timer.

Derudover kan forskellen på Sygeplejen og Hjemmeplejen på sundhedslovsydelser forklares med, at sygeplejen udfører kompleks sygepleje, og assistenterne udfører stabile og ukomplicerede opgaver i sygeplejen.

Ved komplekse opgaver, medfølger samarbejde med flere samarbejdspartnere såsom privat praktiserende læger, hospitalslæger, speciallæger, sagsbehandlere, pårørende m.m. udover faglig dokumentation.

Sygeplejersker er i højere grad end assistenter forpligtigede i forhold til sygeplejefaglig journalføring. Sygeplejen har desuden vejlednings- og opfølgingsforpligtigelse, og kontrol med opgaveoverdragede sygeplejeydelser, hos både privat og kommunal leverandør. Særligt gældende for sygeplejen i Hvidovre er, at ansvaret for al indgående kommunikation til sundhed- og ældre, jf. kommunikationsaftalen om én indgang til kommunen. Oprindeligt lå denne opgave i Visitationen). Denne opgave er meget krævende både i forhold til tid og kompetencer.

I tidsrummet 22-07 på hverdage og 22-10 i weekender og helligdage, har sygeplejen akutfunktionen, som betyder, at sygeplejen skal køre til ukendte borgere, der er henvist af fx 1813. I resten af døgnet varetages funktionen af Akutteamet Brøndby/Hvidovre. Efter kl. 14 og i weekender og helligdage svarer sygeplejen alle henvendelser til Visitationen, som derefter har lukket for henvendelser.

Derudover har sygeplejen særlig forpligtelse i forhold til intern og ekstern undervisning ud i hjemmeplejen og resten af organisationen. Sygeplejen servicerer plejecentrene aften/nat og dagvagt i weekend, med akutte opgaver, når sygeplejekompetencen ikke er til stede. Sygeplejen varetager desuden hjemmedialyse på et plejecenter i de timer, der ikke er sygeplejersker til stede.

Sygeplejen varetager uddannelsesopgaven for fire studerende i gennemsnit. Denne opgave skal dækkes inden for den eksisterende normering. Sygeplejestuderende indgår ikke i normeringen i modsætning til assistentleverne i hjemmeplejen.

Sygefravær

Som det fremgår af tabel 8, havde hver fuldtidsansat medarbejder i Sygeplejen i 2019 i gennemsnit 17,9 sygedage, hvilket er et beskedent fald fra de foregående år, undtaget 2016, hvor gennemsnittet var på 13,4 sygedage.

Fraværspocenten var i 2019 7,9, til sammenligning var den 6,7 for hele Center for Sundhed og Ældre. Sygeplejen har 2,8 flere sygedage pr. fuldtidsmedarbejder end Center for Sundhed og Ældre samlet set.

Tabel 8: Sygefravær i sygeplejen fra 2015-2019, fraværs% er sammenlignet med Center for Sundhed og Ældre

	Antal fuldtids-beskæftigede	Fravær pr fuldtids-besk. Dagsværk	Fraværs-% i sygeplejen	Fraværs-% i SOÆ
2015	29	18,4	8,1%	6,2%
2016	34	13,4	5,9%	5,9%
2017	31	18,3	8,1%	6,2%
2018	30	18,3	8,1%	6,3%
2019	24	17,9	7,9%	6,7%

Kilde: Krl – Kommunernes og regionernes løndatakontor. Opgørelsen er uden ledere, og opgjort for egen sygdom og arbejdsskade.

Nedbringelse af sygefraværet på offentlige arbejdspladser rummer et stort potentiale både for den enkelte medarbejder, arbejdspladsen og samfundsøkonomien. Fastholdelse af sygemeldte medarbejdere er, ud over at være til gavn for den enkelte, samtidigt afgørende ikke mindst i arbejdsområder, hvor udfordringerne med rekruttering stiger.

Med en ambition om at arbejde mere strategisk, og kunne reducere sygefraværet yderligere, besluttede ledelsen i Center for Sundhed og Ældre at ansøge Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) om puljemidler til udvikling, implementering og evaluering af en strategi for øget nærvær og lavere fravær på ældreområdet i 2019-2021. Dette med et særligt fokus på at sammentænke forebyggelse og beskæftigelsesområdet ind i indsatsen for at nedbringe fraværet.

Hvidovre Kommune har modtaget tilskud fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) til projekt Strategi for øget nærvær og lavere fravær i ældreplejen i Hvidovre Kommune fra den 01-08-2018 til den 31-12-2021.

Et af indsatsområderne i STAR-projektets forandringsstrategi handler om at en task forcegruppe tager ud til arbejdspladser med et særligt højt sygefravær og et lavt sygefravær for at afdække, hvad det handler om og hvordan task forcegruppen kan støtte op om en proces lokalt, som kan være hjælpsomt ift. at nedbringe sygefraværet og omvendt tage gode erfaringer med tilbage i de områder, hvor sygefraværet er særligt lavt.

I forhold til kompetenceudvikling har ledelsen i Sygeplejen sat en proces i gang, som handler om at alle medarbejderne får en MBTI-test, som er personprofil test. Den bruges særligt til teamudvikling. Formålet er at øge deres bevidsthed om dem selv og deres kolleger i forhold til, hvordan de agerer og reagerer.

Konklusion

Sygeplejeområdet er underlagt en række eksterne rammebetingelser, som begrænser kommunens handlemuligheder i forhold til økonomi- og ressourcestyling. Sygeplejeområdet skal fx overholde sundhedsloven og nationale kliniske retningslinjer. Sygeplejen skal håndtere alle lægehenvendelser, som vedrører hjemmesygeplejen jf. sundhedslovens § 138. Antallet af disse har været stigende siden aftalerne om det nære sundhedsvæsen i 2012.

I takt med det nære sundhedsvæsen, har der været en ufinansieret "opgaveglidning" fra region til kommune. Denne kan overordnet dokumenteres med, at borgerne udskrives tidligere, og at de dermed også er mere plejekrævende end tidligere.

Der bliver leveret væsentlig flere timer til sundhedslovsydelse i Hvidovre Kommune end tidligere. Den generelle demografiske udvikling har indvirkning på behovet for sygeplejeindsatser og særligt i kombination med den generelle sundhedsprofil for Hvidovre Kommune, hvor der kommer flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme.

Sygeplejeområdet er desuden underlagt en række interne rammebetingelser, som overordnet kan kategoriseres som betingelser, som kommunen i et eller andet omfang kan ændre. Det kan være, hvor stor den økonomiske ramme skal være, etablering af sygeplejeklinikker og Akutteam, den interne organisering af Sygeplejen, personalerekruttering og –sammensætning og ledelsesstruktur. Herunder Sygeplejens produktivitet og effektivitet i opgaveløsningen.

Temaanalysen viser, at det er muligt at foretage en målrettet indsats med henblik på at få en bedre ressourceudnyttelse på særligt tre områder: Medicinadministration, øget anvendelse af sygeplejeklinikker og øget fokus på styrket rekruttering, nærvær og sygefravær.