

Rapport

Kompleksitet i den kommunale sygepleje

En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen



Sidsel Vinge

Kompleksitet i den kommunale sygepleje – En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen

© VIVE og forfatteren, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-82-9

Forsidefoto: Michael Daugaard

Tryk: ReklameTryk

Projekt: 11431

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Begrebet kompleksitet fylder mere og mere i relation til den kommunale sygepleje. Denne rapport udspringer af en undren: Hvad menes der – egentlig – når man igen og igen kan læse og/eller høre, at *'opgaverne bliver mere og mere komplekse i den kommunale sygepleje'*?

Dansk Sygeplejeråd har derfor bedt VIVE undersøge begrebet indefra: Hvad oplever de kommunale sygeplejersker selv, at kompleksitet er i deres hverdag? Det har resulteret i denne analyse, der tegner et meget praksisnært billede af kompleksitet i hverdagens kommunale sygepleje, og som på den baggrund opstiller en model over de forskellige dimensioner af kompleksitet og deres sammenhænge.

Det er forhåbningen, at denne rapport kan medvirke til at nuancerer såvel som præcisere debatten om kompleksitet i sygeplejen – både blandt undervisere i sygepleje og de studerende, i faglige sammenhænge, blandt ledere, embedsfolk og politikere. Mestendels er håbet, at rapporten vil give sygeplejerskerne et godt afsæt for at forholde sig til deres hverdag og deres fag i et nyt perspektiv.

Rapportens mange hverdagsnære beskrivelser og eksempler er kun blevet til, fordi en lang række kommuner har medvirket ved at stille sygeplejersker til rådighed – enten til observation, til interview eller begge dele. VIVE ønsker at takke følgende kommuner og alle de medvirkende sygeplejersker: Assens, Ballerup, Brønderslev, Esbjerg, Frederiksberg, Herning, Hjørring, Kolding, Køge, Lyngby-Taarbæk, Middelfart, Næstved, Nyborg, Randers, Ringsted, Silkeborg, Skive og Aarhus Kommune.

Rapporten har nydt godt af mange indsigtfulde kommentarer fra de to eksterne reviewere, kommunaldirektør Helene Bækmark og professor Kirsten Lomborg, som skal have tak for deres bidrag.

Endelig skal der lyde en tak til Dansk Sygeplejeråd for at have finansieret denne analyse af et væsentligt tema, der medvirker til at skabe mere viden om den kommune sygepleje.

Sidsel Vinge
2018

Indhold

Sammenfatning	6
1 Indledning: Baggrund og formål.....	12
2 Metode	14
2.1 Udvælgelse af sygeplejersker til interview og observation	14
2.2 Gennemførelse af observation og anvendelse af data.....	15
2.3 Gennemførelse af gruppeinterview og anvendelse af interviewdata.....	15
2.4 Udarbejdelse af model over kompleksitet og anvendelse af empiri i analyserne.....	16
3 Introduktion til en model over kompleksitet i den kommunale sygepleje	17
4 Medicinsk kompleksitet.....	19
4.1 Multisygdom, polyfarmaci og kompleksitet	20
4.2 Instrumentel, specialiseret sygepleje og kompleksitet.....	22
4.3 Terminale, palliative forløb og kompleksitet.....	25
4.4 Uforudsigelighed, ustabilitet og kompleksitet.....	27
4.5 Komplekse, svære eller udfordrende opgaver?	29
4.6 Opsamling: Medicinsk kompleksitet.....	30
5 Social kompleksitet.....	32
5.1 Demente, borgere med senhjerneskade og kompleksitet	33
5.2 Psykisk sygdom og kompleksitet	35
5.3 Misbrug og kompleksitet	37
5.4 Borgere med andet sprog og anden kultur og kompleksitet	38
5.5 Socialt udsatte og kompleksitet	40
5.6 Pårørenderelationer og kompleksitet.....	42
5.7 Opsamling: Social kompleksitet.....	44
5.8 Opsamling: Borgerrelateret kompleksitet.....	45
6 Organisatorisk kompleksitet.....	46
6.1 Antallet af aktører og kompleksitet	47
6.2 Systemer og kompleksitet.....	53
6.3 Uklarhed og usikkerhed om arbejdsgange og kompleksitet	57
6.4 Når organiseringen matcher komplekse opgaver	58
6.5 Opsamling: Organisatorisk kompleksitet	60
7 Intermezzo: Hvad er sygeplejerskernes opgave?	62
8 Konklusion.....	65
8.1 En model over kompleksitet i den kommunale sygepleje.....	65
8.2 Medicinsk kompleksitet.....	67
8.3 Social kompleksitet	67
8.4 Organisatorisk kompleksitet.....	69
8.5 Borgerrelateret kompleksitet vs. organisatorisk kompleksitet.....	70

9	Perspektivering.....	71
9.1	Kompleksitet og rehabilitering.....	71
9.2	Kompleksitet som vilkår – ikke kun for sygeplejen	72
9.3	Kompleksitet og konsekvenser for ledelse	73
	Litteratur	75
Bilag 1	Oversigt over medvirkende sygeplejersker	76

Sammenfatning

Formålet med denne analyse er at generere konkret viden om kompleksitet i den kommunale sygepleje set fra sygeplejerskernes perspektiv, og at udvikle en mere nuanceret forståelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje, herunder af forskellige typer af kompleksitet, de drivere, der skaber kompleksitet, samt de kompetencemæssige behov, som forskellige former for kompleksitet skaber.

I denne sammenfatning præsenteres først datagrundlaget kort, herefter den samlede model over kompleksitet i sygeplejen, og endelig udfoldes de enkelte dimensioner i modellen.

Datagrundlag

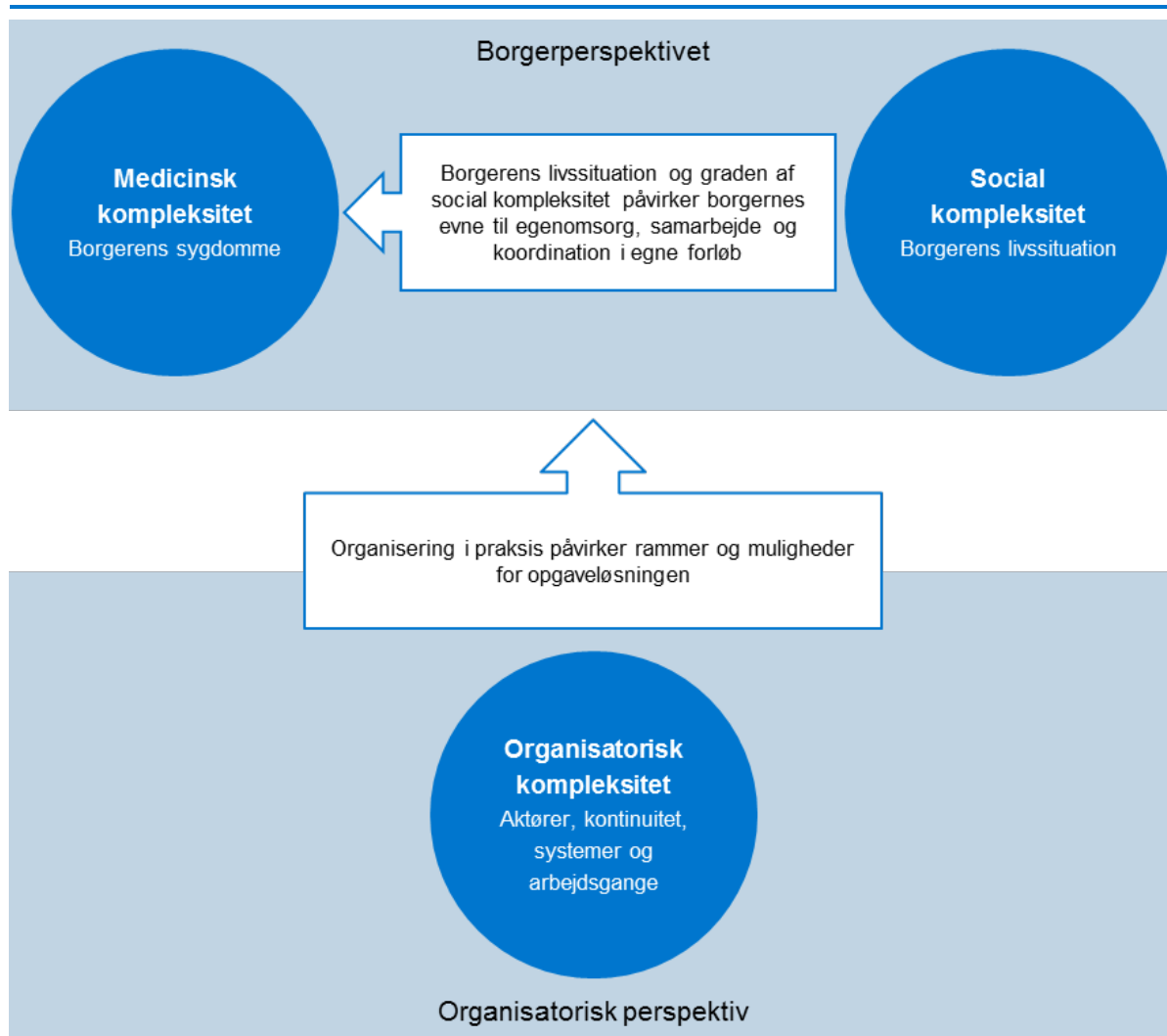
Analysens empiriske grundlag er observation og gruppeinterview med kommunale sygeplejersker. Der er afholdt tre dages observation med tre sygeplejersker i tre kommuner i forskellige regioner. Derudover er der afholdt tre gruppeinterview af ca. to timers varighed med i alt 35 sygeplejersker fra 18 kommuner fordelt på alle fem regioner. 12 af kommunerne havde akutteam, og fra disse kommuner har der deltaget i alt 11 sygeplejersker fra akutteamet og 12 fra hjemmesygeplejen, idet en enkelt akutsygeplejerske ikke dukkede op på interviewdagen.

En model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

På den baggrund af de empiriske analyser er der udviklet en model over kompleksitet i den kommunale sygepleje, der opsummerer og systematiserer de områder, som er fremkommet i analyserne. Modellen rummer to perspektiver på kompleksitet: borgerperspektiver, der omhandler borgerens sygdoms- og livssituation, og det organisatoriske perspektiv, der omhandler systemers organisering, arbejdsform og funktionsmåder.

Endelig peger modellens pile på, at der er en sammenhæng mellem de tre typer af kompleksitet. Borgerens livssituation og graden af social kompleksitet påvirker bl.a. borgerens egenomsorg og mestringsevne i relation til borgerens sygdomssituation, mens graden af organisatorisk kompleksitet påvirker rammer og muligheder for opgaveløsningen.

Figur 1 Model over kompleksitet i den kommunale sygepleje



Kilde: Egen tilvirkning.

Medicinsk kompleksitet

Borgerens sygdom(me) kan rumme varierende grader af medicinsk kompleksitet, særligt relateret til temaerne 1) *multisygdom og polyfarmaci*, 2) *instrumentel specialiseret sygepleje*, 3) *terminale palliative forløb* og 4) *sygdomssituationer, som er præget af ustabilitet og uforudsigelighed*. De ydelser, som sygeplejerskerne skal levere – ifølge ydelseskataloger og kørelister – er i al væsentlighed relateret til borgerens sygdomssituation.

I debatten omkring den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje har der været et stort fokus på medicinske kompleksitet, mere specifikt den del, som i analysen benævnes instrumentel specialiseret sygepleje. Denne analyse peger på, at medicinsk kompleksitet set i sygeplejerskernes perspektiv også handler om temaer relateret til multisygdom, terminale forløb samt graden af ustabilitet og uafklarethed i forløb.

Sygeplejerskerne betegner generelt ikke de udfordringer, de møder i relation til borgerens medicinske situation, som et udtryk for kompleksitet. Det kan skyldes, at sygeplejerskerne – som sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen – har lettere ved at finde løsninger på de udfordringer, de møder, som

er af medicinsk karakter, end de udfordringer, de møder, som er af social og organisatorisk karakter. Dette betyder, at de udfordringer – og tilhørende *kompetencebehov* – som sygeplejerskerne oplever i relation til borgernes sygdomssituation, ikke let indfanges via en analyse med fokus på kompleksitet. For at illustrere kompetencebehovet og forekomsten af specialiseret sygepleje har analysen derfor inddraget data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse, som viste, at næsten 1/3 af sygeplejerskerne varetager specialiserede sygeplejeopgaver enten hver dag eller næsten hver dag, og at 60 % af disse selv mener, at de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau. Det antyder, at der er behov for flere medicinske kompetencer inden for specialiserede områder, men det har ikke været et gennemgående tema i det empiriske grundlag for denne analyse.

I analysen har sygeplejerskerne peget på et behov for *lettere adgang til specifik viden* og sparring i relation til enkeltborgeres behov for specialiseret og ofte instrumentel sygepleje. Behovet for kompetencer afhænger af volumen af en opgave, og det var baggrunden for, at sygeplejersker ofte lagde vægt på øget adgang til specifik faglig sparring, viden og i nogle tilfælde oplæring i relation til konkrete borgeres behandling og pleje – mere end behovet for generelle kompetencer inden for specialiseret sygepleje.

Endelig pegede sygeplejerskerne på behovet for kompetencer til at kunne vurdere mere ustabile, uafklarede og akut dårlige borgere i hjemmet. Akutsygeplejerskerne har ofte dette som en af deres kerneopgaver, men hjemmesygeplejersker oplever også, at de i stigende grad kommer i hjem, hvor sygere og mere ustabile borgeres situation skal håndteres, og hvor en sygeplejerske skal vurdere, hvad der skal ske, og hvem der evt. skal inddrages. Denne udvikling har betydning for sygeplejerskernes kompetencebehov.

I relation til håndteringen af mere ustabile og uafklarede borgere i hjemmet peger analysen ikke kun på et kompetencebehov. Den peger også på et behov for en organisering, der rummer en højere grad af fleksibilitet og muligheder for at kunne levere mange former for indsatser med kortere varsel – ikke kun akutsygepleje, men også alt fra hjælpemidler til hjemmepleje samt andre relevante indsatser.

Social kompleksitet

Social kompleksitet opstår som følge af forhold relateret til borgernes livssituation, der ikke direkte er relateret til de medicinske udfordringer, der skal ydes sygepleje i relation til.

De aspekter ved borgernes livssituation, som sygeplejerskerne i denne analyse har peget på ofte skaber social kompleksitet, er *nedsat kognitiv funktion* (fx som følge af demens eller senhjerne-skade), *psykisk sygdom*, *misbrug* og *social udsathed*. Men det kan også handle om borgere med *andet sprog eller anden kultur*, hvilket kan gøre det sværere for sygeplejerskerne at kommunikere og samarbejde med borgerne, eller *pårørenderelationer*, som er konfliktfyldte eller på anden måde problematiske, fx i relation til børn i hjemmet.

Fællesnævneren for disse meget forskellige aspekter ved borgerens livssituationer er, at de ikke er den direkte årsag til, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet, idet sygeplejerskernes opgaver typisk relaterer sig til somatisk sygdom eller medicinadministration. Men de kan generere social kompleksitet, fordi de kan påvirke borgernes mestringsevne og egenomsorg eller deres evne til at samarbejde med og navigere i sundhedsvæsenet og koordinere deres egne forløb. Set i sygeplejerskernes perspektiv er social kompleksitet det, der gør, at borgerne bliver sværere at hjælpe. Dette kan både være, fordi disse borgere har sværere ved at følge en pleje- eller behandlingsplan og deltage aktivt i forløbet omkring de ydelser, sygeplejen skal levere, og de sygeplejefaglige problemstillinger, de

skal håndtere, men det kan også være, fordi forløbene ofte opbyder en lang række andre udfordringer og problemstillinger, som sygeplejerskerne bliver involveret i.

Modellen med dens undertemaer i relation til social kompleksitet er ikke kausal. Således er det langt fra alle borgere med fx demens eller andet sprog, som er svære at hjælpe, og hvor sygeplejerskerne oplever social kompleksitet. Modellen viser kun, hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever, der kan skabe social kompleksitet.

I mange tilfælde fører social kompleksitet til, at sygeplejerskerne bliver involveret i løsningen af en række udfordringer og opgaver, som ofte er helt urelaterede til de konkrete (og ofte centralt visiterede) sygeplejefaglige ydelser. Dette sker af mange årsager: både fordi sygeplejerskerne kommer i hjemmet og ser udfordringer, som de føler de er nødt til at handle på; fordi sygeplejerskerne oplever, at andre forventer det af dem (fx egen læge, hjælpergrupper m.fl.), og fordi de selv ser det som en del af deres fagidentitet at forholde sig til andet og mere end de konkrete (visiterede) sygeplejeydelser. Men det sker også, fordi sygeplejerskerne – ydelseskataloger til trods – ikke oplever, at deres opgaver er lige så klart afgrænsede som andre medarbejdergrupper. Det efterlader sygeplejerskerne i et dilemma mellem på den ene side klart definerede sygeplejeopgaver i et ydelseskatalog og på den anden side borgere med høj social kompleksitet, hvor sygeplejerskerne oplever, at de ofte ender i en koordinerende, problemløsende tovholderfunktion i relation til meget forskelligartede problemstillinger, som ligger ud over de visiterede sygeplejefaglige ydelser.

Analysen peger imidlertid også på, at der ikke udelukkende er tale om isolerede socialfaglige opgaver, som kan uddelegeres til andre. I nogle tilfælde peger sygeplejerskerne selv på, at der kan være behov for socialrådgivere tilknyttet hjemme(syge)plejen eller andet mere socialfagligt personale. Ofte er der dog tale om social kompleksitet, der er tæt sammenvævet med de medicinske problematikker, som gør, at sygeplejerskerne selv oplever at mangle kompetencer på disse områder.

De kompetencer, sygeplejerskerne ofte får brug for i relation til disse borgeres forløb, falder i to grupper. Mest tydeligt var behovet for kompetencer inden for psykiatrien. Sygeplejerskerne i analysen yder ikke psykiatrisk sygepleje – som i fx distriktskykiatrien – men ofte kræver håndteringen af de medicinske problematikker hos borgere med psykiske lidelser stærkere kompetencer på det psykiatriske område. Dette både i forhold til sygeplejerskernes egen funktion, og i andre tilfælde også i forhold til at kunne hjælpe det øvrige plejepersonale – eller andre – som kommer i hjemmet hos psykisk syge. Den anden type kompetencer, som håndteringen af disse borgere kalder på, handler om en høj grad af systemviden (om, hvem kan hjælpe med hvad – også uden for det traditionelle sundhedsvæsen) og kompetencer til at mobilisere og koordinere løsninger i forløb præget af høj social kompleksitet.

Organisatorisk kompleksitet

Det organisatoriske perspektiv vedrører kompleksitet, der opstår som følge af måden, som sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis. Organisatorisk kompleksitet er således forskellig fra medicinsk og social kompleksitet, fordi organisatorisk kompleksitet ikke udspringer af forhold relateret til borgernes situation.

De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (mængden af) *aktører* fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. Det handler om *kontinuitet* – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om *systemer* til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om *arbejdsgange*, som kan være mere eller mindre klare og mere eller mindre implementerede.

Sygeplejerskerne oplever et voksende antal aktører i borgernes forløb, hvilket de oplever som en af de væsentligste årsager til organisatorisk kompleksitet, fordi arbejdsdeling mellem mange kræver mere koordinering. Her opstår ofte udfordringer, og sygeplejerskerne oplever, at de ender med at stå med en koordinations- eller tovholderopgave, der ofte ikke er klart defineret, og som de heller ikke altid har kompetencerne og den fornødne systemviden til at kunne løse.

Dette er nært relateret til spørgsmålet om personkontinuitet, både kontinuitet i relation til de enkelte borgere og kontinuitet i relationen mellem sygeplejersker og grupper af hjælpere og assistenter. Uanset om der i de enkelte kommuner var en oplevelse af lav eller højere kontinuitet, lagde sygeplejerskerne stor vægt på værdien af øget personkontinuitet. De oplever, at lav kontinuitet fører til øget koordineringsarbejde og ringere koordination, øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på borgere, øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt, ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde omkring borgere, idet ingen rigtigt kender en borger, hvis personkontinuiteten er lav. Men lav kontinuitet i medarbejderrelationerne fører også til mindre uddelegering, fordi sygeplejerskerne føler sig mere usikre på de enkelte hjælpere og assistenters kompetencer, når de ikke kender dem. Spørgsmålet, som rejses i denne analyse, er, i hvilket omfang løsningen er flere koordinerende kompetencer til sygeplejerskerne – eller om løsningen også ligger i et større ledelsesmæssigt fokus på betydningen af personkontinuitet – både i borger- og i medarbejderrelationer.

Behovet for koordination stiger også, fordi flere opgaver uddelegeres til andre medarbejdere, og dermed oplever sygeplejerskerne, at de får en mere koordinerende og mindre udførende rolle. Det kræver både kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer at yde sygepleje på afstand – at lede en uddelegeret opgave frem for at gøre det selv. Sygeplejerskerne har behov for kompetencer til at kunne lede og tage ansvar for forløb, hvor de ikke selv udfører opgaverne.

Endelig sås et tema relateret til uklarhed og usikkerhed omkring arbejdsgange helt generelt. Organisationerne vokser og bliver mere uddifferentierede, nye teams, enheder og projekter opstår, og procedurer, snitflader og arbejdsgange ændres. I takt med denne udvikling bliver det også sværere for medarbejderne at bevare overblikket over deres egen organisation, dens funktionsmåder og arbejdsgange, men også overblikket over relevante samarbejdspartners organisering og arbejdsgange. Dette kalder i høj grad på kompetencer – men måske primært ledelsesmæssige kompetencer i forhold til implementering samt effektiv, sikker og relevant spredning af organisatorisk viden.

Medicinsk kompleksitet versus social kompleksitet

Modellen har både et borgerperspektiv og et organisatorisk perspektiv. Borgerperspektivet fokuserer på karakteristika hos borgere, hvis forløb ofte bliver komplekse, og her fylder temaerne omkring social kompleksitet væsentligt mere i sygeplejerskernes perspektiv end medicinsk kompleksitet. En af årsagerne til dette kan være, at sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen har væsentligt lettere ved at finde løsninger på sundhedsfaglige udfordringer, end de har ved håndtere de mangfoldige udfordringer, der opstår som følge af social kompleksitet. Ikke kun på grund af kompetencer, men også fordi hele sundhedssystemet i højere grad er gearret til at løse sundhedsfaglige udfordringer med sundhedsfaglige metoder. Således kan sygeplejerskernes vægtning af social kompleksitet – og deres vægring ved at betegne udfordringer på det medicinske område som udtryk for kompleksitet – ikke ses som et udtryk for, at der er mere social kompleksitet, end der er medicinsk kompleksitet. Det kan udelukkende ses som et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

Borgerrelateret kompleksitet versus organisatorisk kompleksitet

Den samme argumentation kan anvendes i relationen mellem borgerrelateret og organisatorisk kompleksitet. Det, der volder sygeplejerskerne udfordringer, er i mange tilfælde organisatoriske forhold; fx når organiseringen ikke matcher de opgaver, sygeplejerskerne enten er sat til at løse eller føler, at de bør gå ind i løsningen af. Derudover er den organisatoriske kompleksitet et af de områder, den enkelte sygeplejerske har mindst indflydelse på. Hun forsøger at navigere i organisering, aktører og systemer og så vidt muligt skabe gode forløb. Dette fokus på at skabe forløb, sammenhæng og helhed kan være en af årsagerne til, at sygeplejerskerne ofte fremdrager mængden af aktører, manglende overblik og en lav grad af personkontinuitet. Den organisatoriske kompleksitet kommer til at fylde meget for sygeplejerskerne, fordi det er de udfordringer, den enkelte sygeplejerske har sværest ved at løse. Derfor kan analysen heller ikke ses som et udtryk for, at der er mere organisatorisk kompleksitet end borgerrelateret kompleksitet. Den er i stedet et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

1 Indledning: Baggrund og formål

Sundhedsvæsenets udvikling er i disse år præget af en række faktorer, som har konsekvenser for det kommunale sundhedsvæsen, ikke mindst sygeplejen. Den medicinske teknologiske udvikling betyder, at flere kan behandles, indlæggelsestiden falder stadig, og hospitalsaktivitet konverteres fra stationær til ambulant. Mere (efter)behandling kan foregå i hjemmet, og der sker en organisatorisk omstilling, som primært er drevet af hospitalssektorens øgede fokus på at undgå unødigt spildtid eller faglig ubegrundet ventetid. Det ses fx i relation til kræftpakker og omstillingerne af akutområdet arbejds gange og organisering på fælles akutmodtagelser (FAM). Udviklingen har også konsekvenser i form af Sundhedsstyrelsens krav om kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (Sundhedsstyrelsen 2017).

Opgaverne har gennem længere tid været præget af denne udvikling, der primært er drevet af ændringerne i hospitalssektoren. Således har kommunerne – ligesom hospitalssektoren og almen praksis – oplevet såvel opgave*øgning* som opgave*ændring*, bl.a. som følge af, at indlæggelsestiden falder, at flere behandles, og at mere behandling foregår ambulant. Men primærsektoren oplever også opgave*glidning* såvel som mere planlagt opgave*overdragelse* fra sekundærsektoren, idet opgaver, som tidligere blev varetaget i sekundærsektoren, nu løses i primærsektoren – bl.a. som følge af kortere indlæggelser og udviklingen i teknologi og behandlingsformer, som gør det muligt at løse flere opgaver i relation til (efter)behandling og pleje uden for hospitalsregi i hjemmet (Vinge & Kilsmark 2009).

Der har længe været debat om udvikling i opgaverne i den kommunale sygepleje, hvor det ofte fremføres at opgaverne generelt bliver mere komplekse. Beslægtede temaer handler om mere komplicerede forløb eller mere specialiseret sygepleje. Ofte anvendes begrebet kompleksitet mere eller mindre implicit som en art baggrundsvARIABLE, der tages for givet, og ikke som et empirisk forhold, der undersøges (fx i Implement & Aalborg Universitet 2014). Der er også en tendens til at sætte mere eller mindre implicit lighedstegn mellem øget kompleksitet og *medicinsk* kompleksitet. Således påpeges det i en analyse af forandringer i hjemmesygeplejerskernes rolle, at ”*det påfaldende i diskussionen om kompleksitet i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er, at det stort set er den behandlingsmæssige kompleksitet, der refereres til.*” (Ellegaard & Dybbroe 2015). Forfatterne problematiserer denne anvendelse af begrebet kompleksitet i relation til sygeplejerskerollen i det nære sundhedsvæsen:

Der er ikke tvivl om, at der kan iagttages komplicerede forløb, og at hjemmesygeplejersker oplever kompleksitet i arbejdet. Begrebet kompleksitet er imidlertid et containerbegreb (dvs. et begreb, der kan omfatte forskellige betydninger), og anvendelsen af det kan problematiseres. Kompleksitet kan (...) dels være kompleksitet i forhold til borgerens problemer. Det kan både være en kompliceret lidelse (fx et sår, der ikke vil hele) eller samspil af forskellige sygdomme og sociale og psykiske problemer hos den samme person. Eller det kan dreje sig om kompleksitet i forhold til forløbet og koordinering mellem forskellige sundhedsprofessionelle. En kompleksitet, der kan hænge sammen med, at patienter bliver hurtigere udskrevet og overgår til ambulant behandling. (Ellegaard & Dybbroe 2015)

Forfatterne peger på et behov for præcisering af kompleksitetsbegrebet, for at det kan bruges mere meningsfuldt, idet det anvendes om ganske forskellige forhold: fra komplicerede forhold i relation til (multi)sygdom til samspillet mellem sociale og psykiske udfordringer, til kompleksitet i forhold til koordinering mellem mange sundhedsprofessionelle.

Det sidste skyldes ikke mindst, at det samlede sundhedsvæsens vokser og udvikles til et mere "komplekst og sammensat system [...] i takt med udviklingen af nye former for tjenester og services, men også i takt med internationalisering samt de stadig mindre faste grænser mellem sektorer og mellem sundhed og socialområde og arbejdsmarkedsområde" (Implement & Aalborg Universitet 2014), hvilket fremgår af rapporten "Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle", der omhandler de uddannelsesmæssige konsekvenser af udviklingen for alle sundhedskartellets medlemmer – herunder sygeplejersker.

Der er således konsensus blandt mange aktører om, at udviklingen er præget af øget kompleksitet og mere specialiseret sygepleje. Men der er mangel på praksisnær viden om denne udvikling: Hvordan oplever sygeplejerskerne udviklingen, og hvordan kommer kompleksiteten til udtryk i deres hverdag? Hvilke typer af kompleksitet er der tale om? Og hvilke generelle konsekvenser har det for medarbejdernes kompetencer?

Med dette afsæt er formålet med denne analyse:

- 1) at generere **konkret viden om kompleksitet i den kommunale sygepleje** set fra sygeplejerskernes perspektiv: Hvordan oplever sygeplejerskerne kompleksitet i deres hverdag, hvilke udfordringer og dilemmaer giver det sygeplejerskerne, og hvordan håndterer sygeplejerskerne kompleksitet?
- 2) at udvikle en **mere nuanceret forståelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje**, herunder af forskellige typer af kompleksitet, de forhold der skaber kompleksitet, samt de kompetencemæssige behov forskellige former for kompleksitet skaber.

I det følgende kapitel 2 præsenteres analysens metode og empiriske grundlag. Herefter præsenteres i kapitel 3 indledningsvist den model over kompleksitet i den kommunale sygepleje, som er resultatet af analyserne, og herefter følger analyserne af modellens tre dimensioner i kapitel 4-6. I kapitel 7 præsenteres et intermezzo om et tværgående emne, nemlig sygeplejerskernes eget syn på, hvad deres opgaver egentlig er. Rapportens konklusion er i kapitel 8, mens den afsluttes med en perspektiverede diskussion i kapitel 9, der rummer temaer, som ligger uden for analysens formål.

2 Metode

I dette afsnit præsenteres de metodiske valg, der er truffet med afsæt i analysens formål, den empiri, som analysen er baseret på, hvordan den er genereret og anvendt, samt hvordan den udarbejdede model over kompleksitet (Figur 8.1, side 66) er blevet til.

Fokus for denne analyse er det, de kommunale sygeplejersker oplever som værende komplekst i deres hverdag. Det indebærer, at der ikke opstilles en a priori-definition af, hvad kompleksitet er ud fra den eksisterende litteratur og andre definitioner. Formålet er i stedet at tage udgangspunkt i sygeplejerskernes hverdag for at få mere viden om deres perspektiv på kompleksitet.

De valgte metoder er derfor primært interview med sygeplejersker i grupper, sekundært observation af sygeplejerskers arbejde. Målet har været at lave en bredt dækkende analyse. Bredden refererer både til at inkludere kommuner i alle størrelser, såvel som kommuner i alle regioner, samt et bredt udsnit af kommuner – analysen inddrager sygeplejersker fra 18 ud af 98 kommuner. Observation er primært anvendt som forudgående supplement til de gennemførte interview for at få indsigt i sygeplejerskernes hverdag, borgerkontakter og organiseringen af sygeplejen.

Disse metodiske valg har konsekvenser for udsigelseskraften. Analyserne kan ikke sige noget om, *hvor meget* kompleksitet der er. Rapporten tegner således ikke noget generelt eller gennemsnitligt billede af sygeplejerskernes arbejde, hvor der både er mere og mindre komplekse opgaver, borgere og forløb.

Med dette afsæt har VIVE har i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd udvalgt de deltagende kommuner, så ønskerne om bredde – geografisk og størrelsesmæssigt – er opfyldt. De medvirkende kommuner er rekrutteret af Dansk Sygeplejeråd og er listet i bilag 1 (side 76), hvor også antallet af deltagene hjemmesygeplejersker/akutsygeplejersker fra den enkelte kommune fremgår. Dansk Sygeplejeråd har forestået kontakten til de deltagene kommuner, samt den praktiske planlægning af empiriindsamlingen.

Der er afholdt tre dages observation med tre sygeplejersker i tre kommuner i forskellige regioner. Derudover er der afholdt tre gruppeinterview af ca. to timers varighed med i alt 35 sygeplejersker fra 18 kommuner fordelt på alle fem regioner (der var planlagt to deltagere fra hver kommune – en enkelt sygeplejerske udeblev, så det endelige antal interviewdeltagere blev 35).

2.1 Udvalgelse af sygeplejersker til interview og observation

De deltagende kommuner har selv udpeget de deltagende sygeplejersker. I henvendelsen til kommunerne vedr. interview blev der efterspurgt relativt erfarne sygeplejersker (min. to års anciennitet), hvilket kommunerne i høj grad efterkom. Der er ikke foretaget nogen systematisk analyse af sygeplejerskernes anciennitet, men alle sygeplejersker har i den indledende præsentation til hvert interview opgivet, hvornår de er uddannet, samt deres anciennitet. Heraf fremgår det, at langt størstedelen havde væsentligt mere end de to års erfaring. Kommunerne er udvalgt således, at i alt 12 af de deltagende kommuner på interviewtidspunktet (ultimo 2017) havde et akutteam, og fra disse 12 kommuner har der deltaget i alt 11 sygeplejersker fra akutteamet og 12 fra hjemmesygeplejen (idet en enkelt akutsygeplejerske ikke mødte op på interviewdagen). De tre kommuner, hvor der er foretaget observation, har ligeledes selv udpeget de deltagende sygeplejersker.

2.2 Gennemførelse af observation og anvendelse af data

Observation er gennemført ved at følge de tre sygeplejersker fra forskellige kommuner og regioner i en dagvagt. Én sygeplejerske var akutsygeplejerske, de to øvrige var hjemmesygeplejersker.

Observationsdata er primært anvendt som baggrundsdata, referenceramme og grundlag for de efterfølgende interview. Kun i enkelte tilfælde er der anvendt mere generelle beskrivelser fra observation i rapporten, og i disse tilfælde primært med fokus på sygeplejerskens opgaver, interaktion og oplevelse af kompleksitet. Det skyldes, at borgerne, som sygeplejerskerne foretog besøg hos i forbindelse med observation, ikke har givet samtykke til at indgå i denne analyse, og derfor er der ikke anvendt detaljerede beskrivelser, der inkluderer borgere fra observation.

2.3 Gennemførelse af gruppeinterview og anvendelse af interviewdata

Alle sygeplejersker blev inden interview informeret om formålet med interviewet, som varede ca. to timer. Inden deltagelse var sygeplejerskerne i den udsendte invitation blevet bedt om at drøfte interviewets emne med deres kollegaer. Alle interview blev optaget. I alle interview deltog en-to observatører fra Dansk Sygeplejeråd med det formål selv at få mere førstehåndsviden om sygeplejerskernes oplevelser og perspektiv på kompleksitet. Observatørerne deltog på intet tidspunkt i debatten under interviewene og var ikke med omkring bordet med sygeplejersker og interviewer.

For at sikre at alle deltagende sygeplejerskers perspektiv på kompleksitet blev repræsenteret, og at interviewmaterialet rummede så mange konkrete eksempler og beskrivelser som muligt, blev sygeplejerskerne bedt om individuelt og uden først at tale med de øvrige deltagere at præsentere en case, som for dem illustrerede kompleksiteten i sygeplejen. De fik at vide, at de både kunne vælge en konkret situation, en borger/et hjem eller et konkret forløb. Sygeplejerskerne fik ca. 10-12 minutter til forberedelsen af den individuelle case. Herefter fremlagde hver sygeplejerske efter tur sin case. Det blev understreget, at formålet ikke var at opnå enighed om, hvad kompleksiteten var. De skulle blot fremlægge deres egen case, forklare hvorfor de selv mente, at den valgte case illustrerede kompleksiteten, samt svare på eventuelle uddybende spørgsmål. Der blev ikke givet mulighed for at diskutere cases på tværs i denne del af interviewet. Denne runde tog vel over halvdelen af tiden i hvert interview.

I anden del af interviewet blev der taget udgangspunkt i temaer, som gik på tværs af cases, og de blev drøftet i plenum med henblik på nuancering og flere eksempler – men ikke med henblik på at nå konsensus. Desuden blev sygeplejerskerne præsenteret for en skitse til en model over kompleksiteten, som til hvert interview blev kommenteret, og derfor ændrede den sig undervejs. Det er således forskellige versioner af modellen, de tre grupper af sygeplejersker har fået forelagt – og har kommenteret på.

Efterfølgende er alle interview skrevet ud, og sygeplejerskernes cases er skrevet igennem. Det skyldes, at deres cases ofte fortælles af flere omgange, ikke altid i kronologisk rækkefølge, uddybninger af fakta kommer efterfølgende, eller der opstår gentagelse. Derfor er de redigeret, så de fremstår uden gentagelser og afbrydelser, men redigeringen er holdt til et absolut minimum og har udelukkende til formål at lette læsningen. Desuden er der tilføjet fremhævelser af centrale begreber/sætninger for at lette læsningen af de ofte længere cases. Det er ikke, fordi sygeplejerskerne har lagt særligt vægt på de fremhævede ord.

2.4 Udarbejdelse af model over kompleksitet og anvendelse af empiri i analyserne

Rapporten præsenterer en empirisk baseret model over kompleksitet (side 66). Modellen er som beskrevet udviklet og redigeret på baggrund af hver interviewrunde. Den første skitse og de dimensioner, den indeholdt, var imidlertid udarbejdet med udgangspunkt i tidligere undersøgelser og modeller, særligt Ellebæk og Dybbroe (2015) samt Implement og Aalborg Universitet (2014), hvor der er hentet inspiration til de grundlæggende dimensioner omkring borgernes "livssituation", "medicinske" forhold og "systemkompleksitet". Udbygningen af dimensionerne i den udarbejdede model, valget af undertemaer og særligt koblingerne imellem temaerne, der viser relationen mellem dem, er produkter af de medvirkende sygeplejerskers bidrag til denne analyse – både i selve processen under de enkelte interview, i tiden mellem de tre interview, samt i den efterfølgende analysefase.

Den udarbejdede model er ikke at betragte som nogen teori. Den søger på så enkel vis som muligt at illustrere de centrale perspektiver (borger og organisering), dimensioner (medicinske, sociale og organisatoriske), tilhørende undertemaer til hver dimension samt indbyrdes relationer mellem dem, som sygeplejerskerne pegede på. I den forstand er den snarere en grafisk oversigt eller et mindmap, end den er en teori.

Analysekapitlerne (4-6) er bygget op omkring de dimensioner og tilhørende undertemaer, som indgår i modellen. Modellens tre overordnede dimensioner og underliggende temaer gennemgås efter tur for at give læseren en mere pædagogisk og lineær indføring i sygeplejerskernes kompleksitetsforståelse. Men karakteristisk for de cases, sygeplejerskerne har bidraget med, er, at de forholder sig til mange af modellens temaer – det er netop derfor, de set med sygeplejerskernes øjne illustrerer kompleksitet i sygeplejen.

Der er dog foretaget det metodiske valg altovervejende at anvende sygeplejerskernes cases i deres helhed i stedet for at anvende mindre citater, som kan illustrere ét tema eller én pointe. Det har konsekvenser for fremstillingsformen, hvor empirien således fylder relativt meget. Dette er valgt for at give læseren mulighed for at komme tæt på sygeplejerskernes oplevelse og forståelse af kompleksitet, da dette er et af hovedformålene med denne analyse. Det giver et væsentligt mere præcist og nuanceret billede af sygeplejerskernes syn på den brogede virkelighed, de står i, og deres oplevelse af kompleksitet.

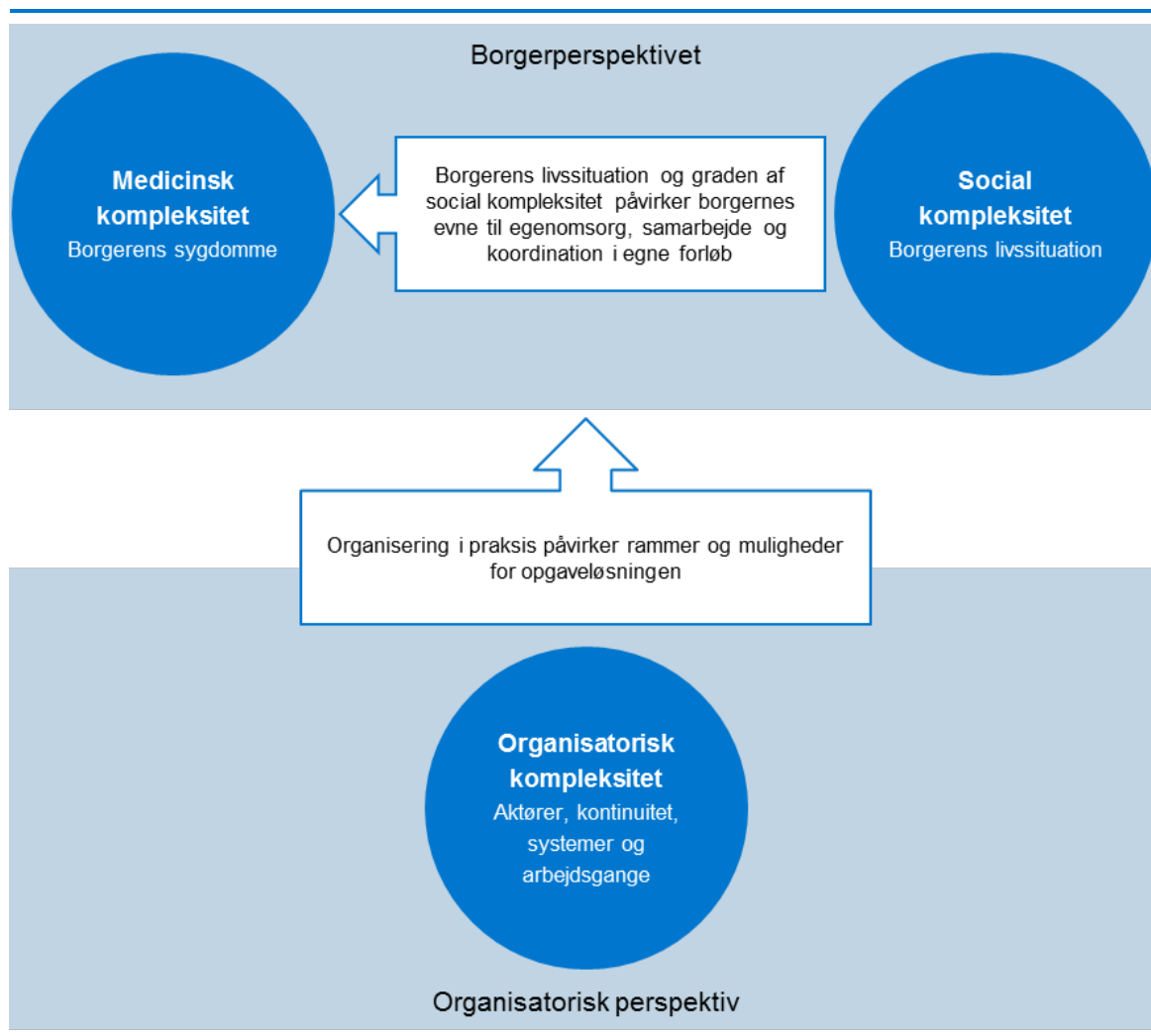
Et centralt element i denne virkelighed og den kompleksitet, sygeplejerskerne oplever, handler om samarbejdet med andre aktører. Som det vil fremgå af analyserne, er det i høj grad relationelle organisatoriske forhold, som deres kompleksitetsforståelse kredser omkring. Det har den konsekvens, at de anvendte cases ofte omhandler sygeplejerskernes oplevelser med og syn på andre aktører. Ved at fremstille sygeplejerskernes perspektiv – og ikke andre medarbejdergruppers – kommer deres forståelse til at fremstå uimodsagt. Men formålet med analysen er ikke at forholde sig kritisk til, hvorvidt sygeplejerskernes oplevelser af andre aktører er "rigtige", "rimelige" eller "retvisende" set i et mere tværfagligt, tværgående eller teoretisk perspektiv. Formålet er udelukkende at få en mere præcis og nuanceret forståelse af sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet, herunder sygeplejerskernes forståelse af, hvilken rolle andre aktører spiller i den sammenhæng – uden at analysen forholder sig til de andre aktørers perspektiv på sygeplejen. Analysen forholder sig således ikke normativt til sygeplejerskernes kompleksitetsforståelse – om den er hensigtsmæssig eller retvisende. Det er ikke denne analyses formål.

3 Introduktion til en model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Dette kapitel tjener som en indledning til de efterfølgende tre analysekapitler om hver af modellens tre centrale dimensioner (kapitel 4-6). I dette kapitel præsenteres modellens tre hoveddimensioner, mens de uddybes i analysekapitlerne efter tur.

Modellen og dens grundstruktur præsenteres her indledningsvist.

Figur 3.1 Model over kompleksitet i den kommunale sygepleje



Kilde: Egen tilvirkning.

Øverst ses den dimension, der handler om borgerperspektivet. Dette perspektiv beskriver, hvilke karakteristika borgere, hvis forløb ofte bliver komplekse, har. Borgerens sygdom(me) kan rumme varierende grader af **medicinsk kompleksitet**, særligt relateret til multisygdom og polyfarmaci, instrumentel specialiseret sygepleje¹, terminale palliative forløb samt sygdomssituationer, som er

¹ Begrebet instrumentel sygepleje bruges i denne rapport som samlebetegnelse for sygepleje relateret til 'instrumenter', såsom sonder, dræn, pumper, avanceret særbehandling, intravenøs (IV) behandling, katetre, dialysemaskiner mv. Begrebet instru-

præget af ustabilitet og uforudsigelighed. De ydelser, som sygeplejerskerne skal levere – ifølge ydelseskataloger og kørelister – er relateret til borgerens sygdomssituation. Disse aspekter af kompleksitet relateret til borgerens situation behandles i kapitel 4, side 19.

Men borgerperspektivet på kompleksitet handler ikke kun om borgerens sygdomssituation og graden af medicinsk kompleksitet isoleret set. Det handler i høj grad også om borgerens livssituation og den grad af **social kompleksitet**, der præger den. Sygeplejerskerne fremhæver en række forskellige forhold i relation til borgerens livssituation, som gør, at forløb bliver komplekse, fx forekomsten af psykisk sygdom eller misbrug, social udsathed, problematiske forhold i relation til nære pårørende, herunder børn, eller samarbejdet med borgeren med andet sprog eller anden kultur. Disse forhold er ikke kun "sociale" – fx er psykisk sygdom og demens netop sygdom. Men fællesnævneren for disse aspekter ved borgerens livssituationer er, at de ikke er den direkte årsag til, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet. Kommunens sygeplejersker er ikke en del af fx distriktspsykiatrien eller misbrugsbehandlingen. Sygeplejerskernes opgaver er typisk relateret til somatisk sygdom eller medicinadministration. Set i det perspektiv bliver de temaer, sygeplejerskerne peger på i relation til borgernes livssituation, snarere afgørende for kompleksiteten, fordi de påvirker borgernes mestringsevne og egenomsorg, deres evne til at samarbejde med og navigere i sundhedsvæsenet samt koordinere deres egne forløb. Disse aspekter af borgerens livssituation er i denne analyse samlet under begrebet social kompleksitet, selvom fx psykisk sygdom, demens eller følger af senhjerneskade ikke kun er sociale forhold. En sygeplejerske opsummerede gruppen af borgere, hvis livssituation er præget af social kompleksitet, således – set ud fra et sygeplejersperspektiv: *"Det er alle dem, som af den ene eller den anden årsag er sværere at hjælpe"*. Social kompleksitet og de undertemaer, begrebet rummer, udfoldes i kapitel 5, side 32.

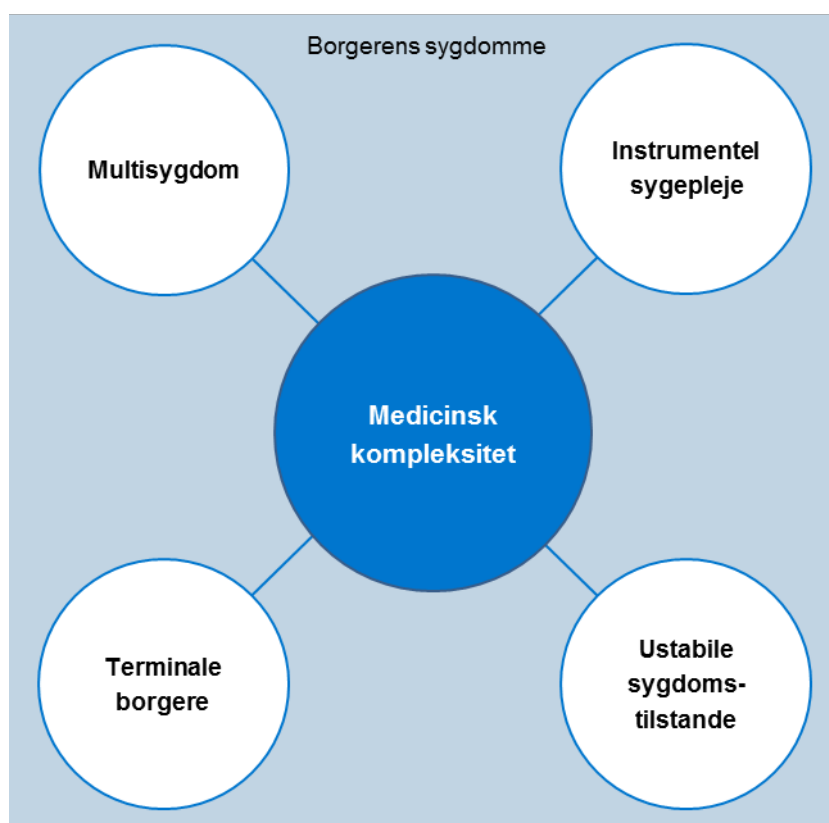
Endelig rummer modellen også et organisatorisk perspektiv, som vedrører den form for **organisatorisk kompleksitet** der opstår som følge af systemernes organisering, differentiering og implementering, arbejdsgange og -metoder, og som følge af måden, de mange forskellige dele af sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis. Således kan antallet af aktører, samarbejdet med dem, (manglende) overblik over dem, arbejdsgange og de mange forskellige typer af systemer til alt fra dokumentation, planlægning og kommunikation i sig selv være med til at gøre opgaveløsningen kompleks. Disse forhold påvirker rammerne og mulighederne for opgaveløsningen. Dette aspekt af kompleksitet behandles i kapitel 6, side 46.

mentel er valgt, fordi mange af de medvirkende sygeplejersker bruger det. Andre begreber, som også anvendes af sygeplejersker, er fx "det tekniske" og "det håndværksmæssige". Men, som det vil fremgå af analyserne, så er kompleks sygepleje andet og mere end instrumentel sygepleje, set i sygeplejerskernes perspektiv.

4 Medicinsk kompleksitet

I dette kapitel udfoldes de aspekter af kompleksitet, som vedrører borgerens sygdomssituation. Disse forhold kan grupperes i fire temaer: *Multisygdom*, *instrumentel sygepleje*, *terminale forløb* og graden af *uforudsigelighed og ustabilitet* i forløb. Disse fire aspekter udfoldes efter tur i dette kapitel. Det er vigtigt at pointere, at disse temaer ikke er gensidigt udelukkende. Multisyge kan have meget ustabile forløb, ligesom terminale forløb kan involvere megen instrumentel sygepleje.

Figur 4.1 Medicinsk kompleksitet



Kilde: Egen tilvirkning.

Ud over en gennemgang af disse fire undertemaer rummer kapitlet et afsluttende afsnit om fælles-træk i sygeplejerskernes måde at tale om henholdsvis komplekse, svære og udfordrende opgaver, som særligt har relevans for temaet medicinsk kompleksitet. I empirien ses nemlig en tendens til, at de udfordringer, der følger af en øget forekomst af multisygdom, polyfarmaci, mere instrumentel sygepleje i hjemmet, terminale forløb og håndteringen af flere uafklarede og ustabile sygdomstilstande i hjemmet, generelt ikke omtales som "kompleksitet" af sygeplejerskerne, men i højere grad som udfordrende opgaver. Derfor er der desuden i kapitlets afsnit om instrumentel og specialiseret sygepleje medtaget supplerende data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale sygeplejersker om netop specialiserede sygeplejeydelser i hjemmet. Dette er gjort for at give et samlet set bredere billede af temaet medicinsk kompleksitet relateret til netop dette emne, end interviewdata og observation giver. Valget er truffet, fordi denne primært interviewbaserede analyse, med dens stærke fokus på begrebet "kompleksitet", kan efterlade læseren med et indtryk af, at der

på det nærmeste ikke er kompleksitet på det medicinske område. Selvom formålet med denne analyse ikke er at kvantificere kompleksitet, måle, hvor meget eller hvor lidt der er, har VIVE vurderet, at der alligevel er en risiko for, at analysen kan fejltolkes, således at medicinsk kompleksitet undervurderes – i modsætning til den fremhævelse af netop medicinsk kompleksitet, der har præget debatten omkring sygeplejens udvikling, jf. rapportens indledning. Problemet er snarere sprogbru- gen. Havde denne analyse fokuseret på udfordringer eller nye, specialiserede opgaver på det me- dicinske område, havde sygeplejerskerne svaret anderledes (hvilket også ses af Vinge & Kilsmark 2009).

4.1 Multisygdom, polyfarmaci og kompleksitet

Komorbiditet – det handler om, at borgeren har nogen forskellige sygdomme, som kræ- ver en **interageren** og en **tovholderfunktion**: Nogen skal holde fast i, at nu skal der tages blodprøver for det ene og tjekkes op på noget andet. Der er et virvar af aftaler, der skal holdes fast i.

Citatet illustrerer, hvad en sygeplejerske påpeger, at multisygdom – eller komorbiditet – medfører i den kommunale sygepleje. Den stigende forekomst af multisygdom fylder meget i debatten om sundhedsvæsenet. De multisyge har mange kontakter til forskellige specialister – og generalister – og spørgsmålet bliver mere og mere presserende: Hvordan håndterer vi de multisyge i et speciali- seret sundhedsvæsen? Hvem tager det tværgående ansvar for de multisyge i hverdagen?

Men som det indledende citat antyder, så handler sygeplejerskernes cases om multisyge ikke pri- mært om, at samtidige sygdomme skaber *medicinsk* kompleksitet. De handler i højere grad om forhold, der har deres rødder i en blanding af social og organisatorisk kompleksitet, som gør det komplekst at udføre sygepleje og hjælpe de multisyge:

*Min case handler om en **multisyg** person som har **sukkersyge, epilepsi, psykisk syg- dom** og er **mindre begavet**. Gennem en lang årrække er hun faret ind på aflastning og ud igen, og hver anden måned skal hun have ændret sin medicin. Og det er så komplekst, fordi der så **mange samarbejdspartnere**, og der er så meget **dårlig kommunikation** mellem dem. Det kan være medicin der er ordineret et eller andet sted, som der ikke bliver samlet op på. Det står måske ikke i FMK², selvom det er noget, der er startet op inde på aflastningen. Der er også en mand i det hjem, som er dybt frustreret over en lang periode med tusind forskellige tiltag og manglende opfølgning. Og der står man som sy- geplejersker og prøver at hente information andre steder fra. Og den viden, vi samler op i vores regi, den flytter sig ikke til de andre regier. Så man kører sådan nogen **siloforløb**. Ofte er skiftlig kommunikation den eneste mulighed, og det er ofte ikke fyldestgørende. Måske skal vi også gribe i egen barm. Måske får vi ikke altid **dokumentet** alt det, vi skal dokumentere. Og dokumentationen kommer heller ikke med de rigtige steder hen. Som sygeplejerske prøver jeg at **holde sammen på alle de her ting og lave systemer**. Jeg prøver at skrive ned, hvad man skal gøre, hvis der sker 'sådan og sådan'. Men der sker ofte det, at de medarbejdere, der kommer ud, de husker, at sidste gang de kom ud, der gjorde man 'sådan og sådan', og så går de ikke ind og læser, at nu gør man altså noget andet. Så der er **en stor mangel på, at vi sidder sammen og snakker om tingene**.*

² FMK betyder Fælles (elektronisk) Medicinkort.

*Sætter os ned og får en fælles holdning. Tingene er så løsrevne og fragmenterede i dag, så det er helt vildt.*³

Casen viser, at multisygdom kombineret med forhold, der nedsætter borgerens evne til både egenomsorg og selv at navigere i sundsvæsenet, er det, der gør, at sygeplejersken oplever forløbet som komplekst. Casen er valgt, fordi den rummer et bredt udsnit af de mange temaer, som bliver behandlet i denne analyse – og den viser, hvordan de mange temaer, der optræder i samme case interagerer og påvirker hinanden. Eksemplet handler således ikke så meget om multisygdom, men mere om den kompleksitet, som multisygdom udløser – bl.a. som følge af mange aktører, lav personkontinuitet, dårlig kommunikation, mangelfuld dokumentation, siloorganisering og mangelfuld koordination. Sygeplejerskens eksempel på kompleksitet handler således ikke om, at multisygdom skaber medicinsk kompleksitet for hende. Den handler om en oplevelse af, at *”tingene er så løsrevne og fragmenterede i dag, så det er helt vildt”*. Denne oplevelse er gennemgående for mange af sygeplejerskernes cases i denne analyse.

Det er vigtigt at huske på, at langt de fleste borgere med multisygdom selv mestrer deres forløb, og at den kommunale sygepleje langt fra er involveret i alle multisygges forløb. Men der er en gruppe, som af forskellige årsager ikke kan mestre situationen, og hvor sygeplejerskerne derfor bliver de udførende i forhold til fx medicinadministration (hvad der karakteriserer mange af disse borgere, beskrives nærmere i kapitel 5, side 32). Det kræver tilgængelig information og kommunikation at kunne udføre de opgaver – men sygeplejerskerne oplever, at informationer ofte kun videregives i det omfang, borgerne selv er i stand til det, og det er netop denne gruppe af borgere sjældent i stand til at gøre præcist og fyldestgørende. Det skaber kompleksitet i sygeplejerskernes arbejde:

*Nogen af de **multisyge mister selv overblikket**. De kan ikke huske historien. Og de kan ikke huske, hvad der blev sagt på det ambulatoriebesøget. Vi får **sjældent noget med tilbage fra ambulatorierne** på skrift. Borgeren har hørt et eller andet, men man ved sjældent, hvad det egentlig er, de har hørt. Så jeg skal selv have fat i hjerteambulatoriet og diabetesambulatoriet, og jeg har ikke andre numre end deres telefontid fra kl 9-12, hvor jeg kan komme igennem til en sekretær. Jeg står og skal handle behandlingsmæssigt. Jeg skal måske give insulin, jeg ved, de har været inde til kontrol, jeg ved, blodsukkeret er dalet og gået lidt op og ned, borgeren siger der er ændringer, og jeg kan ikke se noget i FMK, der er ændret. Er det fordi, det ikke er ajourført? Hvad er planen? Er det, fordi de skal ind til en ny kontrol og have taget nogen blodprøver inden? De her **informationer går mange gange tabt**, fordi det er **mig, der står som udfører, men sygehuset står som behandler**, og de glemmer lidt, at de skal kommunikere, og tror nogen gange, at borgerne kan huske og give besked. Men det kan borgerne ofte ikke.*

Her er der igen grundlæggende set ikke tale om medicinsk kompleksitet, selvom det relaterer sig til en multisyg borger. Og sygeplejersken fremhæver ikke manglen på viden om det sundhedsfaglige i relation til opgaverne omkring multisyge, eller om de sygdomme, der skal behandles, men i stedet manglen på pålidelig information, direkte kommunikation med den/dem, der har behandlingsansvaret. Det er således primært organisatoriske forhold, der skaber kompleksitet i relation til de multisyge, set i sygeplejerskernes perspektiv.

Et sidste aspekt af multisygdom handler om, hvad tidligere udskrivninger betyder i relation til sygeplejerskernes håndtering af multisygdom, og har mange paralleller til det ovenstående eksempel:

³ Som beskrevet i metodeafsnittet er fremhævelserne af centrale begreber og sætninger tilføjet for at lette læsingen af de længere case-uddrag i rapporten. Det er således ikke udtryk for, at sygeplejersken har lagt særligt vægt på disse ord.

Multisygdom dukker op i relation til **tidligere udskrivninger** – engang forblev borgerne indlagt på fx ortopædkirurgisk, til de fik et medicinsk tilsyn for at få deres insulinbehandling op at køre igen. Nu bliver de sendt hjem, og så kan jeg prøve at finde ud af, hvor meget insulin de skal have, eller prøve at finde ud af, hvem jeg kan få til at afgøre det. Og så begynder det at blive komplekst, for jeg skal ikke bare forholde mig til borgerens operationssår. Jeg skal også forholde mig til, hvor meget det påvirker deres insulinbehov, og hvem der skal tage sig af det, og om det har nogen ernæringsmæssige konsekvenser. Og er det nu rigtigt, at de er blevet sendt hjem uden Marevan®⁴ igen?

Hvis de bare bliver sendt hjem til noget pinpleje – herregud, det er ikke noget problem. Men hvis de er 88 år og har flere konkurrerende lidelser, så bliver det komplekst, fordi jeg skal kunne **kombinere viden inden for en hel masse felter, som ikke er mit speciale**. Det er noget andet, hvis man kun går på hospitalet og laver det her hver dag, så kan man nemt se, hvordan sådan en nyopereret multisyg borger reguleres ind. Men jeg er ikke diabetessygeplejerske eller AK-sygeplejerske, og så bliver det lige pludselig et komplekst forløb. Både med hensyn til **koordination** og med hensyn til selve **behandlingsdelen**.

I eksemplet ses igen, at koordination og ringe/manglende kommunikation generer kompleksiteten for sygeplejerskerne. Men i dette eksempel nævnes også medicinsk kompleksitet i relation til multisygdom. Kompleksitet opstår som følge af behovet for at "kunne kombinere viden inden for en hel masse felter, som ikke er mit speciale", og dermed handler det ikke kun om organisatoriske forhold, men også om selve behandlingsdelen.

Samlet set er det generelle billede, sygeplejerskerne tegner af kompleksiteten på dette område, at det ikke primært er den medicinske kompleksitet, som udfordrer dem i relation til multisygdom og polyfarmaci, om end den også nævnes som den sidste case viste. Det er den organisatoriske kompleksitet, som skaber udfordringer, og det gør den i højere grad ved de borgere, der også er præget af høj social kompleksitet, hvilket beskrives nærmere i kapitel 5.

4.2 Instrumentel, specialiseret sygepleje og kompleksitet

Udviklingen i sundhedsvæsenet medfører tidligere udskrivninger og nye muligheder for behandling i hjemmet. Det betyder, at der foregår mere og, men også mere specialiseret eller avanceret instrumentel sygepleje i hjemmet. Flere af sygeplejerskernes cases tog udgangspunkt i borgere, som fik specialiseret instrumentel sygepleje. Men ofte understregede sygeplejerskerne eksplicit, at det ikke var den instrumentelle sygepleje, der gjorde forløbene komplekse. Det instrumentelle var ofte blot årsagen, at de kom i hjemmet:

*Jeg har valgt en borger, vi lige har fået hjem. Det er en yngre kvinde, der har en hjerne-tumor, og hun har fået sidste behandling fra [et universitetshospital i en anden region, red.] hvor hun har været fulgt i 8 år. Og nu tager vi hende så hjem til noget **parenteral ernæring**⁵ og noget **IV-medicin**⁶. Men det er ikke der, kompleksiteten ligger. Den ligger ikke i, at vi skal tage hende hjem til de der ting, for det finder vi jo ud af at lære. Men lige pludselig finder vi ud af, at hun har et **inkontinensproblem**, hun **ved ikke, hvilken stamafdeling hun har** længere, for hun er jo afsluttet på [universitetshospitalet i anden region, red.]. Så hvem er hendes stamafdeling nu? Og når vi skal have ændret*

⁴ Marevan® er blodfortyndende medicin.

⁵ Parenteral ernæring er intravenøs ernæring, altså ernæring, der gives direkte i en vene, hvor det løber ind via en slange.

⁶ IV-medicin er medicin, som gives intravenøst, direkte i en vene, hvor det løber ind via en slange.

noget i FMK, hvem er det så, vi skal kontakte, er det [universitetshospitalet, red.]? Hvor når får hun sin stamafdeling, så der er nogen læger, vi kan tale med? Hun **ved ikke, hvordan hun kommer rundt**, og hun begynder at spørge os: Hvordan når jeg skal til tandlæge, hvordan bliver jeg så kørt? Og kompleksiteten, det handler om, at du får hende visiteret som en borger, du skal give parenteral ernæring to gange i døgnnet, men **så viser det sig, at der er mange flere ting, for man kommer jo ind i hjemmet**. Og der er **mange borgere, hvor det ikke handler om lige præcis den ydelse, der står, at vi skal udføre**. Og det er jo **deri kompleksiteten ligger – at få alle trådene til at hænge sammen**.

Denne case er ganske sigende for mange af sygeplejerskernes oplevelser. Der er altid en sygeplejeydelse, som er årsagen til, at sygeplejersken kommer i hjemmet. Men det er ofte ikke denne ydelse eller udførelsen af den, som i sig selv opleves som kompleks sygepleje. Det er en lang række andre forhold og problematikker, som sygeplejerskerne enten ser eller bliver præsenteret for, når de kommer i hjemmet hos borgere.

Men der er også eksempler på, at instrumentel sygepleje i sig selv kan rumme udfordringer. Der kommer nye utensiler, nye instrumenter – eller, som sygeplejersken her formulerer det, ”nye maskiner” i hjemmet:

*Man er sjældent forberedt. Så er der en eller anden **ny maskine** ude i et hjem. Og det kan være **svært at lave learning by doing alene** og så stole på, at man har gjort det rigtige uden at have set en anden vise dig det. Men igen, vi gør det så tit. Og næste gang kommer der en anden maskine ud. Og i forhold til de der maskiner, der har vi også **tit muligheden for at kunne kontakte nogen**, der kan svare. Og så kan de fortælle dig hvad du skal. Hvis det handler om en maskine, så er det på afdelingen, du kan få svar, og du kan komme videre. Så på den måde er det **ikke komplekst, selvom det godt kan være svært at stå med det**. Men det er mere komplekst, hvis en borger bliver indlagt og har en hund. Hvor skal hunden så hen? Det er der ikke nogen, der vil tage ansvar for. Så du står og skal mange steder hen, inden du kan komme videre.*

Dette syn på medicinsk kompleksitet må ikke tolkes som, at der ikke er *udfordringer* og dermed kompetencebehov i relation til specialiseret sygepleje. Da sygeplejerskerne havde så klar en tendens til ikke at anvende begrebet kompleksitet i relation til de udfordringer og kompetencebehov, som udviklingen på det medicinske område skaber, refereres her – som beskrevet i indledningen til dette kapitel – en spørgeskemaundersøgelse fra 2017⁷ blandt 5.500 kommunale sygeplejersker med daglig klinisk borgerkontakt⁸ om specialiserede sygeplejeopgaver (60 % af dem deltog). Undersøgelsen viser, at 85 % inden for det seneste år har varetaget specialiserede sygeplejeopgaver, og 29 % gør det hver dag eller næsten hver dag. For at få et indblik i, hvilke typer opgaver der er tale om, er her gengivet de specialiserede opgaver, som varetages af mere end 10 % af sygeplejerskerne én eller flere gange om ugen.

Vakuumbehandling af sår udføres af 11 % én eller flere gange ugentligt, 13 % udfører IV-væsketerapi én eller flere gange ugentligt, hjemmedialyse udføres af 14 %, IV-antibiotika behandling af 15 %, drænpleje af 16 %, anlæggelse af blærekateter på mænd af 18 %, IV-ernæring af 18 %, anlæggelse af nasalsonde og indgift af ernæring (nasal og/eller PEG) af 19 %, skylning, propning og bandagering af CVK af 20 % samt beskæring af fodsår af 31 %.

⁷ Kryspin Sørensen, L.: ”Notat: Specialiserede sygeplejeopgaver i kommunerne 2017”, august 2017, DSR Analyse.

⁸ Der er tale om sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre, sundhedsklinikker, sundhedshuse og akutfunktioner.

I relation til disse opgaver angiver 60 %, at de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau. Der nævnes især konkrete opgavespecifikke kompetencer, såsom oplæring i kemopumpe, pasning af dræn, CVK (centralt venekateter), sår med vakuum og hjemmedialyse. Men der nævnes også mangler på kompetencer inden for samarbejde mellem sektorer og faggrupper, forløbsmodeller, kommunikation med sygehuse m.m.

Det er således vigtigt ikke at negligere kompetencebehovet i relation til den instrumentelle sygepleje, som denne spørgeskemaundersøgelse har dokumenteret. Men samtidig rummer denne analyse et væsentligt supplement til spørgeskemaundersøgelsens resultater. Sygeplejerskerne oplever generelt ikke, at den instrumentelle sygepleje i sig selv er kompleks. Og de oplever, at de har lettere ved at løse de udfordringer, der opstår på disse områder, og får viden og sparring – ved fx at kontakte hospitalsafdelinger – end de har ved løse de udfordringer, de møder, på stort set alle andre områder, som denne analyse omhandler. Som denne sygeplejerske med meget lang anciennitet forklarer:

*Jeg har tænkt meget på, hvad kompleksitet var, inden jeg kom. Jeg hører og læser, at alle **de nye tekniske ting**, der kommer, som vi skal tage os af, gør sygeplejen kompleks. 'Kompleks sygepleje, det er, at nu skal vi lave IV og dialyse og alt muligt'. Men det har jo **intet med kompleksitet at gøre**. Vi kan jo alle sammen lære at lave de her ting. Der er ikke en eneste ting inde fra sygehuset, som vi hjemmesygeplejersker ikke kan lære. Så derfor er det ikke det, der gør sygeplejen kompleks. Det er **en opgave, vi kan magte**, fordi vi kan lære det. **Kompleksitet** handler meget mere om **alt det, vi ikke har styr på** – alle de **mange samarbejdsparter**.*

Dette syn på begrebet kompleksitet i relation til instrumentel sygepleje er gennemgående for de deltagende sygeplejersker.

4.2.1 Instrumentel og specialiseret sygepleje i hjemmet og behandlingsansvar

En konsekvens af at der foregår mere specialiseret instrumentel sygepleje i hjemmet, er, at behandlingsansvaret for sygepleje og behandling i hjemmet bliver fordelt på flere læger i flere forskellige sektorer. Det er således ikke kun borgerens praktiserende læge, som er den lægeligt ansvarlige og dermed lægelig back-up i forhold til sygeplejerskernes opgaver i hjemmet.

Det er ikke noget nyt, at sygeplejerskerne har kontakt til sygehusenes ambulatorier i forbindelse med borgere, som ikke selv kan håndtere ambulante besøg, herunder målinger og anden forberedelse til besøgene såvel som opfølgning på ambulante besøg, hos borgere, som ikke selv magter dette samt den løbende medicinering⁹. Men udviklingen betyder, at det lægelige behandlingsansvar for mere og mere af den instrumentelle sygepleje og behandling, der udføres i hjemmet, ligger på hospitaler. Ikke nødvendigvis kun én afdeling på ét hospital. Det har konsekvenser for kompleksiteten i den instrumentelle sygepleje, fordi det øger den organisatoriske kompleksitet på dette område. Ansvarsfordeling, koordination, kommunikation, tilgængelighed og kontaktmuligheder for sygeplejerskerne bliver mere afgørende som følge af denne udvikling. Det er inden for disse områder, at kompleksiteten i højere grad opstår, som denne længere case fra en akutsygeplejerske illustrerer:

*Det her drejer sig om en ældre mand, som udskrives fra AMA. Har er **terminal** og man kan ikke forvente at det tager lang tid. **Datteren** er utroligt engageret i det her. Ikke på en ubehagelig måde, men hun er konstant på, også over for afdelingen. Og hun vil ikke have ham hjem, hvis han ikke kan få væske, for han drikker ikke nok. En af overlægerne på*

⁹ Dette trådte bl.a. andet tydeligt frem i en ni år gammel kortlægning af "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling" (Vinge & Kilsmark, 2009, Dansk Sundhedsinstitut)

afdelingen bliver så træt af det, så han siger, 'det er fint nok, han skal hjem, så han får bare noget **IV-væske i hjemmet**, det kan akutteamet tage sig af'. Og så står vi der og siger, det kan vi ikke. Vi kan ikke sætte IV-væske op i et hjem, hvor der ikke er overvågning, og hvor der ikke er nogen faglige kompetencer til stede. Og den her mand er ikke klar i hovedet og kan sagtens finde på at seponere sit CVK¹⁰ eller sidde derhjemme og bløde, uden at noget opdager det. Så vi prøver at få det ændret. Vi får fat i hjerteafdelingen, hvor han er kommet længe, og vi får fat i en læge, som gerne vil **omordinere** det til subcutan¹¹, og det kan vi godt være med til. Men der bliver **ikke rigtigt lavet nogen plan for opfølgning eller for, hvem der skal stå for det**. Den her subcutane nål, den ryger ud nogen gange, og vi i akutteamet vil jo godt have, at **hjemmesygeplejen** overtager, for vi kommer ikke fast hos nogen – vi er akutteamet. Vi kan godt tage ud og sætte nålen i og sætte væsken op, og så skal vi helst **overdrage** det til nogen andre. Datteren får udleveret vores nummer og ringer konstant – en gang i timen hen over en weekend – og der er **ikke rigtigt nogen, der har taget ansvar for den her behandling, og det er enormt svært at finde ud af, hvem der har ansvaret for at køre den her behandling**. Det kører over ret lang tid, det her forløb. Og der sker det, som man næsten bør forvente. Der sker nogle **fejl**, fordi ingen har det overordnede ansvar for den her sag. Nogen tror, noget er overleveret, men tingene kommer ikke rigtigt igennem [internt i kommunen, red.], og det betyder, at den her nål kommer til at ligge for længe, og han får for meget væske på samme sted. Det var ikke rigtigt en ordination, fordi den første ordination fra overlægen, der udskrev, var lavet uden at sikre, at det også kunne lade sig gøre i virkeligheden. Og så gik de videre til den her hjertelæge, som omordinerede til subcutan. Men omvendt ville hjerteafdelingen ikke følge op på, hvor meget væske han skulle have, og hvornår det skulle skiftes, og de her ting. Og **vi har kun åbent fra 8-22 i akutteamet**, så hvis der skulle ske noget om natten, **så måtte hjemmesygeplejen ind over**. Hvis det hele havde kørt på skinner, og alle vidste, hvad de skulle, så havde datteren nok også været mere tryk og mindre på.

Det komplekse for sygeplejerskerne er hverken at give IV eller subcutan væske. Det komplekse er en uklar placering af behandlingsansvaret, kombineret med efterfølgende uklarheder i opgave- og ansvarsfordelingen samt kommunikationen internt i kommunen mellem akutteam og hjemmesygepleje. Igen er det grundlæggende set organisatoriske forhold, der genererer kompleksitet, ikke medicinske forhold.

4.3 Terminale, palliative forløb og kompleksitet

En lang række af sygeplejerskerne cases tog udgangspunkt i palliative forløb hos terminale patienter. Men flere af sygeplejerskerne påpegede eksplicit, "det er ikke, fordi han er terminal, at det er komplekst". I drøftelserne pegede sygeplejerskerne også selv på, at der i debatten omkring sygeplejen ofte sættes lighedstegn mellem terminale forløb og kompleks sygepleje – ikke mindst inden for sygeplejerskerne egen profession. Men selvom terminale forløb på mange planer kan være udfordrende for sygeplejerskerne, så tog de også en række forbehold og mente ikke, at der automatisk kan sættes lighedstegn mellem terminale forløb og komplekse forløb.

Interviewene pegede på, at noget er anderledes på det palliative område sammenholdt med sygeplejerskerne øvrige virke, og at terminale forløb – alt andet lige – fungerer bedre end mange andre typer af forløb. Dette til trods for, at døden både kan være smertefuld, at der kommer helt andre

¹⁰ Trække det centrale venekateter ud.

¹¹ Væske, der gives gennem en nål, som ligger lige under huden, men ikke direkte ind i en blodåre (som IV-væske).

åndelige såvel som praktiske og økonomiske forhold ind over, og at pårørende i sorg og krise ofte også er en del af det forløb, sygeplejerskerne skal håndtere. En sygeplejerske med stor erfaring på området forklarer her, hvordan hun oplever det:

*Jeg har været hospice- og palliationssygeplejerske i mange år, og det første vi siger, det er, at palliative patienter, de er komplekse. Det siger alle. Og det er de jo også, for det er voldsomt syge patienter. Men opgaven **opleves ikke som udfordrende kompleks**. Der kan være noget menneskelig magtesløshed, der kan gøre det svært at være i det. Men vi har styr på organisering, vi har styr på medicinen, tingene er beskrevet, jeg ved, hvad jeg må trække på. Jeg har lægelig backup. Vi ved, hvilke samarbejdsparter vi har, vi ved, hvilke elementer der indgår: fysisk, psykisk, socialt og åndeligt. Vi ved, hvem vi kan samarbejde med, vi har nogen medicinordinationer, vi kender til¹², vi ved, hvad vi skal bruge i bestemte sammenhænge. **Der er en meget fast ramme omkring de her ting, der gør, at den der meget komplekse situation ikke er så kompleks endda**. Selvfølgelig er det udfordrende på alle mulige måder, men det bliver ikke så komplekst.*

Det, denne sygeplejerske – og mange af hendes kollegaer – peger på, er at organiseringen på det palliative område er mere velfungerende i forhold til opgaven, end den er på andre områder. Eksemplerne kredser om klarere og kendte arbejdsgange, samarbejdsrelationer, medicinordinationer mv.

Men ud over den organisatoriske ramme, som opleves mere velfungerende end på en række andre områder, så er der også en anden faktor, som nævnes:

*Der har altid været meget fokus på folk, der skal dø, så derfor er der også mere tid, end der er til så meget andet. **Vi har en kultur, der godkender, at der er mere tid på det område**.*

Synet på det palliative område i relation til kompleksitet må ikke fejllæses derhen, at palliativ sygepleje slet ikke er kompleks. Som sygeplejersken i citatet starter med at konstatere, det er komplekst, for der er tale om meget syge mennesker. Men det interessante er, at sygeplejerskernes oplevelser med terminale peger på, at der på dette område både kompetencemæssigt og organisatorisk er blevet skabt en ramme omkring håndteringen af disse forløb, der gør, at det ikke opleves så komplekst, ifølge mange af sygeplejerskerne.

Så når mange af sygeplejerskerne alligevel valgte en case om et terminalt forløb til at illustrere kompleksitet, så er det ikke cases, der handler om den medicinske kompleksitet i sygeplejen omkring terminale. Det er cases, der handler om social kompleksitet – om pårørende i krise, som måske også er uenige om forløbet, om udsatte borgere som af den ene eller anden sociale årsag er svære at hjælpe. Eller det er cases, der handler om tid og tempo – ofte om terminale forløb hen over en weekend, hvor samarbejdsparter i og uden for kommunen, muligheden for medicinering, hjælpemidler osv. ikke fungerer optimalt. Typisk fordi samarbejdsparter ikke kan kontaktes eller agere så hurtigt, som der er behov for i de konkrete terminale forløb.

Det er således snarere sociale og organisatoriske forhold, som gør, at terminale forløb kan blive komplekse. Det er ikke primært den medicinske kompleksitet i de terminale forløb, sygeplejerskerne peger på. Nedenstående case er eksemplarisk i og med, at den illustrerer mange af disse andre forhold, som sygeplejerskerne peger på skaber kompleksitet i terminale forløb:

¹² Sygeplejerskerne nævner ofte "tryghedskassen", som er en medicinkasse med et på forhånd defineret indhold, og som lægen kan ordinere i hjemmet. Den indeholder medicin, utensilier og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn hos alvorligt syge patienter, der ikke længere kan indtage peroral medicin.

Jeg tænkte på en dame, vi passede for nylig, hvor vi kom sent ind i hendes forløb, som er terminalt. Det havde varet i 3 år. Og hun havde været rigtig dygtig til at bestemme selv, og det havde hun også kunnet. Hun havde tæt samarbejde med lægehuset, og datteren var tæt inde over, men det er meget svært for os at komme til at snakke med lægen direkte. Og vi kan se, at det medicin, hun får, ikke stemmer overens med det, der er ordineret i FMK. Og min faglige vurdering er også, at der er flere ting ved den medicin, hun får, som ikke er optimalt. Men det er svært at gå ind i, uden at det ødelægger deres syn på, at de har haft et rigtig fint samarbejde med lægehuset.

*Det er komplekst fordi jeg står med min viden og min vurdering, og så skal jeg have **samarbejdet** til at lykkes. Og det vigtigste er, at hun skal værdigt herfra. **Hun skal ikke føle sig overrumplet af, at jeg kommer og bestemmer** eller kritiserer det, som lægen har fundet frem til. Det er både samarbejdet med hende og med lægehuset, jeg skal have til at lykkes. Og så er der også noget med **hjælperteamet**, som jeg skal have til at lykkes. Og det skal **gå stærkt**. Jeg skal jo også finde ud af: **Hvem er i spil omkring hende? Hvor er vi henne?***

*Det er også **komplekst, fordi jeg ikke er den, der kommer hver dag**, pga. skiftende vagter og fridage. Og jeg synes, det er rigtig **svært at skulle overdrage på skrift**, hvor man er henne, så andre kan komme i hjemmet. Hvis det skulle være helt ideelt, så ville man jo tænke **kontinuitet** her. Jeg kommer igen de næste 5 dage. Og det kan man så se på vagtplanen, at det er sørme ikke muligt.*

Som det fremgår, handler kompleksiteten i dette forløb ikke om, at patienten er døende. Det handler om samarbejdsrelation, om kommunikation, om overdragelse, om manglende overblik og om lav personkontinuitet blandt sygeplejerskerne i hjemmet.

4.4 Uforudsigelighed, ustabilitet og kompleksitet

I stedet for at tale om bestemte typer af sygdomsbilleder eller forskellige former for instrumentel sygepleje, som skaber medicinske kompleksitet, peger sygeplejerskerne på, at det snarere er forhold som *uforudsigelighed*, *ustabilitet* og *uafklarethed*, der karakteriserer komplekse forløb. Særligt fremhæves, at *tempoet*, som borgerens tilstand ændrer sig i, bidrager til kompleksiteten.

Når patienten er i eget hjem, og flere fagpersoner og faggrupper er involveret, så bliver det komplekst for sygeplejerskerne, hvis patienten ikke er nogenlunde stabil, og forløbet nogenlunde afklaret og forudsigeligt inden for en vis udfaldsramme. Udfordringerne handler ikke så meget om de sygeplejefaglige kompetencer. De handler snarere om et organisatoriske system, som grundlæggende set ikke er gearret til at håndtere forløb i hjemmet, hvor tempo og hurtig ageren er afgørende. Systemer og organisering er opbygget i en tid, hvor "hurtigt", det var inden for en uge, eller dage – ikke inden for få timer eller mindre. Casene handler ofte om, at sygeplejerskerne har svært ved at få de organisatoriske systemer til handle samlet og koordineret, når en situation pludselig ændrer sig, og det skal gå hurtigt.

Sygeplejerskerne beskriver forskellige eksempler på, hvordan kommunerne som organisatoriske systemer er gearret til at løse opgaver, hvor behov først vurderes og beskrives, hvor ydelser herefter bestilles, planlægges, disponeres og udføres. Sygeplejerskerne oplever imidlertid et stigende behov for, at de mange personer og faggrupper kan handle hurtigt og koordineret, at informationer og observationer kommer hurtigt videre til de rette personer og ikke går tabt, ender blidt, forsinkes eller

misforstås. Således beskriver sygeplejerskerne cases, der viser, at kommunernes organisering generelt set fungerer til de mere forudsigelige, stabile forløb, hvor tempo og hurtig, koordineret handling ikke er afgørende. Omvendt har organiseringen væsentligt sværere ved at håndtere de ustabile, uforudsigelige og uafklarede borgere i eget hjem, viser sygeplejerskernes cases.

Et eksempel på den interne organisering er fx en større kommune, hvor dag- og aftenvagterne har hver deres ledelse, kommunikerer skriftligt med hinanden via standardiserede meddelelser, har hjemme hvert sit sted og ikke kender hinanden. Hvis man i dagvagten opdager, at der er behov for noget samme dag fra aftenvagten, "så skal det være sendt inden kl 13, hvis det skal udføres i aftenvagten mellem 15.30 og 23." Den form for arbejdsgang og organisering, hvor der opstilles tidsfrister for, hvornår en opgave skal være bestilt for at kunne udføres (om det så er sygepleje i aftenvagten, eller det er hjemtagelse af en indlagt patient), gør håndteringen af ustabile og uforudsigelige forløb vanskeligere at håndtere for sygeplejerskerne.

Et andet eksempel er, at en fællesnævner i en del cases var, at de handlede om borgere, som var i ustabile og uforudsigelige forløb hen over en weekend. Det skyldes selvfølgelig ikke, at danskernes sygdomsbillede generelt er mere komplekst i weekenderne – men i stedet, at sygeplejerskerne fandt det væsentligt sværere at få systemerne til at handle, ændre ydelser og levere i løbet af en weekend end i hverdagen. Det handler både om, at det er sværere at indhente information og manglende oplysninger fra hospitalerne i weekenderne, om at egen læge ikke kan træffes, og det handlede i høj grad også om, at det er svært at skaffe hjælpemidler, ekstra hjælp, osv. internt i kommunen.

De kommunale akutfunktioner er mange steder udset til at være den fleksible kapacitet, som er undtagelsen fra reglen om den proces, der hedder: standardbeskrivelse af behov -> bestilling -> planlægning -> og udførelse af opgaverne, som er det, der kendetegner den kommunale organisering. Men også akutsygeplejerskerne oplever udfordringerne, fordi de heller ikke kan trække hurtigt og fleksibelt på andet end dem selv. Og de kan fx ikke kontinuert overvåge en patient og fortæller også om mange af de samme udfordringer med at skaffe hjælpere, assistenter, vanlig hjemmesygepleje, hjælpemidler, mv., som hjemmesygeplejerskerne beretter om.

Der er tale om meget store organisatoriske systemer, som beskrives mere indgående i kapitel 6 side 46. Disse systemer er ikke skabt til at fungere akut – de er gearret til længerevarende, planlagte og relativt stabile forløb. Der er selvfølgelig lokale forskelle og variationer, men hele omstillingen af det kommunale område fra et stabilt planlagt område til også at kunne håndtere langt mere ustabile, uplanlagte og uforudsigelige forløb – hurtigt – er ikke gjort med en enkelt isoleret akutfunktion. En sygeplejerske, som ikke er selvvisiterende, beskriver her, hvad der karakteriserer forløb, der er ikke bliver komplekse:

***Hurtig visitation** er afgørende. Jeg havde et **terminalt** forløb i sidste uge, som startede i **weekenden**, og borgeren døde i fredags, og jeg skulle have en masse ekstra hjælp på, og jeg skulle have hjælpemidler. Og når det kører, så er det, fordi visitationerne går hurtigt igennem. De kommer på rute, hjælpemidlerne kommer. Når jeg kan **få systemet til at agere hurtigt**, og når du ved, hvem du skal ringe til, og du kan få det til at ske.*

Men når sygeplejerskerne står i det krydspres, det er, på den ene side at håndtere mere ustabile forløb og på den anden side at have et system, der grundlæggende set ikke er skabt til at kunne fungere akut, så ses der flere eksempler på kompenserende strategier:

*Der hvor det har fungeret **godt** – fx op til **weekender**, som tit er det store problem – det er, hvis vi har været **lidt på forkant** og har kigget lidt frem, i forhold til hvordan er borgeren i dag, og hvordan har de udviklet sig de sidste par dage. Så får vi bestilt de hjælpemidler,*

sådan at vi har det, hvis nu der bliver behov for det i weekenden. Hvis de nu fx lige pludselig ikke kan gå ud til toilettet, men har brug for en bækkenstol, hvis der nu lige pludselig bliver brug for en trykafloadende madras, hvis der nu akut bliver brug for en tryghedskasse i hjemmet i weekenden, så bliver sådan nogen ting bestilt hjem, så de er på adressen senest om fredagen, så vi har dem, hvis det er, at det vælter for dem i weekenden. Det er der, hvor det kører. Så er der **ikke ventetid**.

Andre beretter om "akutdepoter" og vigtigheden af at være "på forkant med tryghedskasser". Det er alt sammen eksempler på det samme – at sygeplejerskerne forsøger at opbygger en lang række forskellige typer af buffere. Det gør de for at få mere fleksibilitet og kunne handle mere agilt, end de systemer, de er en del af, normalt kan. Dermed får de bedre muligheder for at håndtere de ustabile forløb, som de står med og skal finde løsninger på her og nu – også i weekenden.

Et konkret område, hvor nogle af sygeplejerskerne påpegede de manglede kompetence, var i forhold til vurdering af ustabile, uafklarede og akut dårlige borgere. Der kommer flere af den type borgere i kommunerne, oplever de, og her gav flere udtryk for, at de ikke altid følte sig sikre på deres medicinske kompetencer, selvom der altovervejende var tale om meget erfarne sygeplejersker. Som en af disse meget erfarne hjemmesygeplejerske udtrykte det:

*Jeg synes, det er **komplekst, at jeg skal stå og være lægens øjne og ører**. Jeg har tit stået og tænkt – vurderer jeg rigtigt i den her situation, og hvad hvis jeg ikke vurderer rigtigt? Det er nogen gange et spørgsmål om liv og død. Og nogen gange får jeg helt ondt i maven over det, for jeg har ikke en læge ved siden af. Så **det står og falder med min vurdering**.*

Siden interviewene blev foretaget i efteråret 2017, er Sundhedsstyrelsens krav til akutfunktioner i alle kommuner trådt i kraft pr. 1/1 2018. Det vil ofte være akutsygeplejerskernes kerneopgave at vurdere den akut dårlige, ustabile borger. Men øvrige hjemmesygeplejersker oplever også, at de i stigende grad kommer i hjem, hvor sygere og mere ustabile borgers situation skal håndteres, og hvor sygeplejerske skal vurdere, hvad der skal ske, og hvem der evt. skal inddrages. Denne udvikling har betydning for sygeplejerskernes kompetencer.

4.5 Komplekse, svære eller udfordrende opgaver?

Det har været præmissen for denne analyse, at begrebet kompleksitet ikke har været defineret på forhånd. Formålet har været at blive klogere på sygeplejerskernes oplevelser og forståelse af kompleksitet. I interviewene opstod derfor drøftelser om relaterede begreber – at noget er "svært", eller at noget er "udfordrende". Sygeplejerskerne bruger ikke begreberne helt ens, men der er klare fællestreks i de forløb, de karakteriserer som komplekse. Og der lægges vægt på forskellige aspekter, når sygeplejerskerne bruger de tre begreber. I nedenstående citat forklarer en sygeplejerske de tre begreber – og hun rammer ganske præcist netop den måde, mange af hendes kollegaer også bruger begreberne på:

*Hvad er **komplekst**? Det er opgaver med **mange komponenter**, som skal samles til et velfungerende hele i hjemmet. Det er opgaver, som involverer **flere sektorer eller instanser**, og som **fordrer en klar og tydelig opgave overdragelse**, og det er i overdragelsen, at der tit sker fejl på grund af tidspres, [forskellig eller manglende, red.] faglighed og manglende koordinering af, hvem der gør hvad. Jeg har et eksempel på, hvem der*

ofte er inde over: Borgeren, familien, egen læge, hospitalet, hjemmesygeplejen, special-sygepleje, hjælpemidler, hjælpere, midlertidige pladser og [dem der står for] transport.
Det komplekse, det er at få alt det der til at hænge sammen.

*Mens **udfordrende** opgaver, det kan være spændende opgaver, hvor man skal lære noget nyt, og hvor det kræver specielle kompetencer.*

*Og en **svær** opgave, det er noget personligt, hvor man bliver ramt følelsesmæssigt. Eller fordi man på grund af manglende viden eller faglighed ikke kan, og det rammer en, og så er det svært.*

Der er en tendens til, at sygeplejerskerne ikke ser nye opgaver og den øgede instrumentelle sygepleje som kompleks men snarere som udfordrende og ofte også spændende. Den refererede spørgeskemaundersøgelse viste, at sygeplejerskerne i kommunerne har behov for viden og kompetencer for at kunne løse stadig flere specialiserede opgaver. Men denne analyse har peget på, at de udfordringer, sygeplejerskerne støder på i relation til den instrumentelle sygepleje – og de medicinske forhold i det hele taget – har de lettere ved at finde løsninger på. Derfor vægrer de sig ved at bruge begrebet kompleksitet i relation til dette tema, hvilket også har fremgået af flere af citaterne, hvor de eksplicit påpeger, at det ikke er de medicinske forhold, som er komplekse. Men det må ikke fortolkes som, at de temaer, der er relateret til medicinske kompleksitet, ikke skaber udfordringer i deres hverdag – for det gør det ganske tydeligt. Men det er – set med sygeplejerskernes øjne – kun sjældent, at de mener, det er komplekst. Den opstillede model skal derfor læses med dette in mente: Sygeplejerskerne har en tendens til at reservere begrebet "komplekst" til forhold, som grundlæggende set ikke er medicinske. Og der var således kun få tilfælde, hvor sygeplejerskerne talte om egentlig medicinsk kompleksitet relateret til (multi)sygdom eller akut dårlige patienter.

Endelig er der begrebet svært. Det bruges ikke lige så entydigt som "komplekst". Når sygeplejerskerne taler om en svær situation, så handler det ofte om noget mere personligt. Når de føler, at forløb ikke lykkes, når de oplever, at de – og det kommunale system, de er en del af, ikke slår til. Det handler ikke om, at det er svært at se en ung mor dø fra børn og ægtefælle. Hvis sygeplejerskerne oplever, at de har gjort en positiv forskel og medvirket til at gøre forløbet så godt som muligt, så omtales det ikke som svært af sygeplejerskerne.

4.6 Opsamling: Medicinsk kompleksitet

I debatten omkring den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje har der været et stort fokus på medicinske kompleksitet, mere specifikt den del, som i dette afsnit er kaldt instrumentel, specialiseret sygepleje – en tendens, som sygeplejerskerne også selv fremdrager og reflekterer over i interviewene. Denne analyse peger på, at multisygdom, instrumental og specialiseret sygepleje, samt palliation, rummer et vist mål af medicinsk kompleksitet. Men langt overvejende er det, som sygeplejersker drager frem i deres cases, eksempler på mange forskellige aspekter af organisatorisk kompleksitet, herunder ikke mindst det faktum, at organiseringen er mere velegnet til at håndtere relativt stabile, afklarede og forudsige forløb, hvor tempo ikke er det afgørende – mens det modsatte har en tendens til at generere kompleksitet. Denne oplevelse deles i mange tilfælde også af akutsygeplejerskerne, hvis kerneopgave netop er at kunne agere akut. Men deres udfordringer handler om de tilfælde, hvor de hurtigt har brug for *andre* kræfter end deres egne, for den resterende kommunale organisering fungerer ikke så fleksibelt som akutsygeplejen.

Dette syn på medicinsk kompleksitet handler til dels om, at sygeplejerskerne har en tendens til ikke at betegne de udfordringer, de møder i relation til borgerens medicinske situation, som et udtryk for

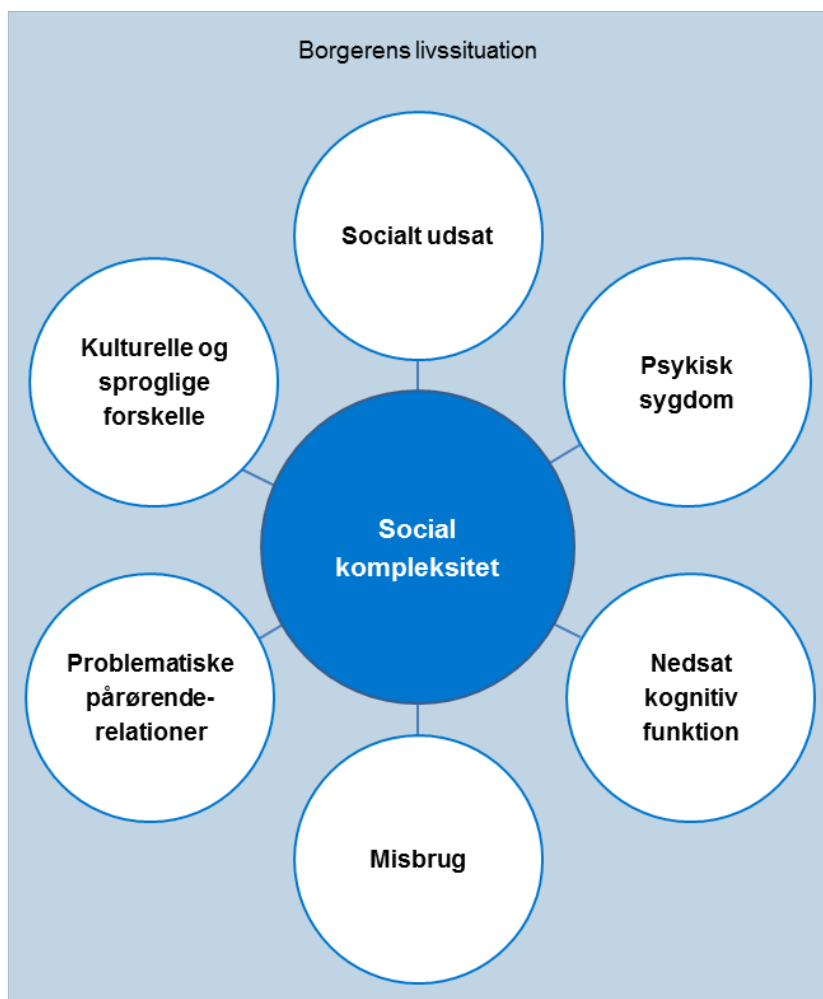
kompleksitet, men i stedet som "udfordringer". Det betyder, at de udfordringer – og tilhørende kompetencebehov – som sygeplejerskerne oplever i relation til borgernes sygdomssituation og mere specialiseret sygepleje i hjemmet, ikke let indfanges via en analyse med fokus på kompleksitet. For at illustrere kompetencebehovet og forekomsten af specialiseret sygepleje har kapitlet derfor inddraget data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse, som viste at næsten 1/3 af sygeplejerskerne har varetaget specialiserede sygeplejeopgaver enten hver dag eller næsten hver dag, og at 60% af disse selve mener, de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau.

5 Social kompleksitet

I dette kapitel udfoldes de aspekter af kompleksitet, som vedrører borgerens livssituation. Disse aspekter relaterer sig til forhold som fx nedsat kognitiv funktion – fx som følge af demens eller sen-hjerneskode – psykisk sygdom, misbrug eller social udsathed. Men det kan også handle om helt andre faktorer som fx udfordringer i relation til pårørende eller borgere med andet sprog eller anden kultur. Disse aspekter udfoldes efter tur i dette kapitel under den fælles ramme social kompleksitet.

Der er tale om vidt forskellige forhold relateret til borgerens livssituation. Men en sygeplejerske beskrev fællesnævneren ved disse forskellige temaer i modellen ganske præcist ud fra et sygeplejeperspektiv: *"Det er alle de borgere, som af den ene eller anden grund er sværere at hjælpe"*. Det er borgere, som ofte har ringere egenomsorg og mestringsevne, de er ofte sværere at samarbejde og lave aftaler med, oplever sygeplejerskerne. De har ofte lavere compliance i forhold til behandling og pleje, og de har ofte ringere koordinationsevne og sværere ved at skabe struktur i hverdagen, og de har ofte i mindre omfang pårørende eller netværk, som kan kompensere for dette. Der kan være mange årsager til, at borgere i større eller mindre grad bliver præget af disse forhold og dermed også bliver sværere at hjælpe – set ud fra sygeplejerskernes perspektiv. De årsager, sygeplejerskerne hyppigst nævner til dette, er vist herunder i Figur 5.1 herunder og udfoldes i dette kapitel:

Figur 5.1 Social kompleksitet



Kilde: Egen tilvirkning.

Inden de enkelte elementer præsenteres, er det vigtigt at understrege, at modellen *ikke* antyder, at *alle* socialt udsatte, psykisk syge, demente eller borgere med andet sprog eller anden kultur er svære at hjælpe og er præget af social kompleksitet. Denne dimension af modellen søger udelukkende at indkredse de fællestræk, sygeplejerskerne har peget på i relation til kompleksitet, som hverken omhandler organiseringen eller medicinsk kompleksitet, men i stedet borgerens livssituation. Der ligger ikke andet i begrebet *social* kompleksitet, end at det udspringer af forhold, som er relateret til borgerens øvrige livssituation, og at sygeplejerskerne oplever, at de kan medvirke til at generere kompleksitet i forløb. Således går et eller flere af disse elementer meget ofte igen i de cases, sygeplejerskerne valgte som eksempler på kompleksitet.

Når forhold som demens og psykisk sygdom er placeret her under social kompleksitet, så skyldes det – som tidligere nævnt – ikke, at disse kan reduceres til sociale forhold. Der er tale om diagnoser. Men sygeplejerskernes ydelser hos borgerne handler ikke om at behandle eller pleje borgernes psykiske sygdom, demens eller senhjerneskade. Sygeplejerskernes opgaver handler oftest om somatisk sygdom og medicinadministration. Sygeplejerskerne kommer ikke hos disse borgere, *fordi* de skal udføre sygepleje direkte relateret til en psykiatrisk diagnose, senhjerneskade eller misbrugsbehandling. De kommer oftest i hjemmet, fordi borgeren har et somatisk problem, der kræver sygepleje. De har sår, er blevet opereret, er i dialyse, har kræft, eller det er, fordi der skal foretages medicinadministration. Set i dette lys bliver forhold som misbrug, demens, psykisk sygdom set som faktorer, der relaterer til borgerens livssituation, og som har det til fælles, at de kan gøre det sværere for sygeplejerskerne at hjælpe borgerne med de sygeplejefaglige opgaver, de er sat til at løse.

5.1 Demente, borgere med senhjerneskade og kompleksitet

Borgere, som af den ene eller anden årsag har kognitive funktionsnedsættelser, har sværere ved at mestre deres livssituation, herunder også deres sygdom og sundhed, og navigere i sundhedsvæsenet. I sygeplejerskernes cases handlede det primært om demente, men i gennemgangen af modellen pegede de også på senhjerneskadede og borgere, som har kognitive udfordringer af andre årsager.

Inden for dette tema er demens dog det, der fylder mest i den kommunale sygepleje, og der findes i dag demensspecialister af forskellig art i mange kommuner. De svært demente er ofte i plejebolig, men de borgere, hvor diagnosen endnu ikke er stillet, eller sygdommen endnu ikke så fremskreden, kan være overordentligt komplekse at håndtere. Gradvist mister borgerne evnerne til at tage vare på sig selv, men sygeplejerskerne – og resten af borgernes omgivelser – skal hele tiden balancere hensynet til selvbestemmelse og frihed, med behovet for forskellige former for det, sygeplejerskerne kalder 'skærmning'. En sygeplejerskes case om kompleksitet handlede netop om dette dilemma:

*Vi har en **dame**, som går ned i **brugsen**, og hver gang kommer **tomhændet tilbage**, for hun kan ikke huske koden til sit dankort. Vi kan se, at hun taber sig, køleskabet er tomt. Og hun bliver mere og mere vaklende, fordi hun jo faktisk ikke får noget fødeindtag. Sønnen kan se, at der er hævet 500 kr. på en måned, og spørger os, 'Hvad køber hun?' Men vi ved det ikke. Det bliver komplekst, for den sygdom medfører jo, at **hvis hun ikke får noget mad, så ender det med, at hun falder og brækker benet**. Og hjemmehjælpen må ikke hjælpe hende med at gå i brugsen og stå dernede og hjælpe hende med koden, og de må heller ikke gå i bankautomaten og hente penge til hende. Sønnen bor langt væk og kan ikke hente penge til hende. Hvad gør man så – vi kan jo ikke have en kone, der ikke kan få noget at spise?*

Der kan være mange holdninger til, hvordan sådan en situation bør håndteres i en kommune. Men her er formålet udelukkende at pege på, at det er den type situationer, den kommunale sygeplejerske står i, og som hun oplever som komplekse at håndtere. Sygeplejerskerne skal finde ud af, hvad hun kan gøre, med den faglige og organisatoriske viden, de har, inden for de rammer for handling, det giver dem. Og det oplever mange af dem som værende komplekst. Som illustration af dette er denne længere case om Asger (navnet er ændret):

*Jeg vil gerne fortælle om Asger, som jeg synes er kompleks at hjælpe. Han er ca. 75 år, og jeg har kendt ham i fem-seks år. Han har været selvstændig erhvervsdrivende, og han vil selv. Han har ikke rigtig noget netværk herovre, han har et par sønner på Sjælland, som han har noget sporadisk kontakt til. Men han er plaget af, at hans **hukommelse svigter**, og han er **multisyg**. Han har både haft diabetes i mange år, han er hjertesyg, og nu har han fået senkomplikationer af sin diabetes i form af nyresigt, så han er dialysepatient tre gange ugentligt. Han **forstår ikke selv, at han er syg**, for han synes ikke han kan mærke noget, men han er irriteret over, at han ikke husker så godt mere. Og han ser ikke de behov for at tage hånd om sin egen sygdom, som jeg med min sygeplejefaglige viden ser. Fx spiser han guldkorn til morgenmad, han ryger, han bevæger sig ikke, og han ligger i sengen det meste af tiden. Vi kan se, hvordan **han taber sig, han spiser ikke, han svinder ind, hans kræfter fortaber sig, han falder hyppigt**, men han synes ikke selv, at han har noget problem.*

*Han kan **ikke længere mestre sin økonomi**, og den ene dag vil han gerne flytte, men så den næste vil han ikke. Det, man tror, man har hold på den ene dag, og har en aftale om, det har man ikke den næste dag. Os, der er kommet der fast de her fem-seks år, har fået bygget en relation op, han kan kende os og har tillid os. Det betyder også, at når der kommer rykkere fra Vejdirektoratet, så er der os, han sørger: 'Hvad skal jeg gøre med dem?'. Det er **opgaver, som ikke ligger i hjemmesygeplejen, men der kommer jo ikke andre. Så vi prøver at få ham hjulpet** i kontakt med nogen andre, som kan hjælpe ham. Men den kontakt etableres kun, hvis vi er til stede, når de nye personer kommer – ellers bliver de afvist ved døren, for han kan jo ikke huske, at der er lavet en aftale.*

*Den eneste konkrete håndværksmæssige opgave, vi har i det hjem, er, at vi **doserer medicin** en gang om ugen. Og **det har vi holdt fast i** at blive ved med, men det kan han heller ikke rigtigt se behovet for. Men når der er noget med alle de parter, som er inde omkring han – dialysen, egen læge, demenskonsulenten og det med økonomien – så bliver **det hele ligesom formidlet igennem os**. Det er blevet en meget kompleks situation i det her hjem, uden at der er ret meget håndværk. Det er ikke, fordi det er svært, der er ikke mange vanskelige eller komplekse håndværksmæssige opgaver med at hælde medicin op eller dialysen eller noget. **Asger er blevet kompleks i takt med, at han mister sin evne til selv at handle**.*

Casen om Asger understreger også to andre pointer, som går igen i mange af de andre sygeplejerskers cases. For det første, at det ikke er den instrumentelle sygepleje – det "håndværksmæssige" som sygeplejersken siger – der skaber kompleksiteten. For det andet, at sygeplejerskerne holder fast i en ydelse, som de ikke uddelegerer – ofte medicinadministration – fordi de oplever, det er vigtigt, at de kommer i hjemmet og håndterer alle de andre udfordringer, der følger af, at Asger er multisyg, er ved at miste hukommelsen og dermed også evnen til selv at handle og mestre sin hverdag og sin sygdom. Den ugentlige medicindosering, som Asger ikke kan se behovet for, og som sygeplejersken ikke selv mener er en kompleks opgave, bliver det, der gør det muligt at være

omkring Asger – og mange andre ligesom ham – og løse en masse andre uforudsigelige og sjældent direkte sygeplejerrelaterede opgaver.

5.2 Psykisk sygdom og kompleksitet

Det, der gør forløb med psykisk syge borgere komplekse for sygeplejerskerne, er primært to ting, som også går igen ved mange andre borgere med høj social kompleksitet: Sygeplejerskerne oplever, at de ofte ender med at få en uformel tovholderrolle, hvor de hjælper med at holde styr på aftaler og sikre koordination blandt en lang række aktører. Den anden funktion, de ofte får, udspringer af en opgave, sygeplejerskerne kalder 'at få struktur på et hjem eller 'få struktur på en hverdag', hvilket denne case illustrerer:

*Jeg havde en borger med en **psykiatrisk** diagnose, hvor vi var kommet i mange år hver dag. Han havde kontakt til egen læge, til distriktspsykiatrien og nogen gange psykiatrisk akutmodtagelse. Desuden var han **nyresyg** og havde **diabetes**, og han har en **lav compliance**, så det her med sukkersygen gik helt af fløjten, fordi han ikke har nogen forståelse for, hvad han skulle spise.*

*Og samtidig bliver jeg også **lidt tovholder** og sikrer kontakt til alle de her mennesker. Vi havde en ydelse til at hjælpe ham med at strukturere hans hverdag, og vi kom der en gang om dagen. Han kunne ikke selv rumme det med at bestille tid til ambulatoriet og huske at aflevere urinprøver og få taget blodprøver og ringe til distriktspsykiatrien – det var det, vi skulle støtte ham i, og lige pludselig har man grene ud alle vegne. Men det sværeste ved den her **tovholderfunktion**, det var at **finde hjælp, når han havde det rigtig skidt, men alligevel ikke var dårlige nok til at blive indlagt**. Og egen læge vil ikke snakke med ham, for det har han lige gjort i går, og distriktspsykiatrien har ventetid. Det kunne være rigtig svært at hjælpe ham i de dårlige perioder. Kernen i kompleksiteten, det er det med at være **tovholder** i alt det her, og at **det er svært at hjælpe ham**. Bare det der med at **have kontakt til de mange forskellige sundhedsgrupper**.*

I denne case har sygeplejersken faktisk en ydelse i hjemmet, som ikke er relateret til noget medicinsk – ifølge sygeplejersken er hendes opgave at "hjælpe ham med at strukturere hans hverdag". Det centrale i relation til kompleksitet i denne case er ikke den psykiatriske diagnose. "Kernen i kompleksiteten" – som sygeplejersken formulerer det – er for det første de koordinerende opgaver omkring en borger, som har meget lav egenomsorg. For det andet udfordringerne ved at stå med borgere, hvis problemer, de har svært ved at finde løsninger på. I dette tilfælde fordi han ikke er syg nok til indlæggelse, distriktspsykiatrien har ventetid og egen læge har været på banen og har ikke mere at byde ind med. Men sygeplejerskerne står tilbage med borgeren, som stadig har det dårligt og ikke kan få hjælp.

Der fandtes også eksempler på psykisk syge, hvor sygeplejerskerne (og egen læge) holdt fast i medicinadministration, frem for at overgå til dosisdispenseret medicin, ifølge sygeplejerskerne fordi det var vigtigt, at nogen kom i hjemmet. Under sådan en medicindosering kan der i praksis foregå alt muligt andet end blot dosering af medicin de næste par uger, som dette eksempel, der stammer fra observation af en hjemmesygeplejerske, illustrerer (navne er ændret):

En sygeplejerske skal hælde medicin op til de næste to uger hos en borgeren. Mens sygeplejersken sidder ved spisebordet og tæller piller op og lægger i æsker, taler borgeren til sygeplejersken og fortæller om alt fra smerter og ubehag, til at der er nogen i hendes seng, nogen som vil hende til livs, at en nabo igennem væggen siger onde og

truende ting om hende, og om hendes tanker om selvmord og meget andet. Sygeplejersken svarer, lytter – og doserer medicin – mens hun får spurgt ind til, hvem i distriktspsykiatrien der kommer hos hende. Sygeplejerske får fundet ud af, hvornår den distriktspsykiatriske sygeplejerske kommer næste gang, for at kunne vurdere, om hun skal handle på det, hun hører her og nu, eller om distriktspsykiatrien kan håndtere det. Men ”heldigvis er det Torsten”, forklarer sygeplejersken observatøren, ”han er fantastisk dygtig, og han kommer allerede den [dato, red.]”.

Et andet eksempel på den form for kompleksitet, som psykisk sygdom skaber for sygeplejerskerne, er illustreret i den følgende case fra interviewene. Casen viser, hvor mange andre udfordringer der kan opstå som følge af psykisk sygdom, som ikke nødvendigvis er direkte sundhedsfaglige, men som alligevel har sundhedsmæssige konsekvenser for borgeren, og hvor sygeplejerskerne derfor forsøger at håndtere situationen:

*Mange af de borgere, som er komplekse, de er under **psykiatrien**. De falder lidt igennem, og man ved ikke rigtig, hvor de hører til, og så kan hjemmeplejen da tage dem. Vi havde fx en dame under 60 år, der var så psykisk syg, at man ikke kunne stille en diagnose, for hun kunne ikke medvirke til den undersøgelse, man skulle lave for at finde ud af, hvad hun fejlede. Hun boede i egen lejlighed, og vi startede ud med bare at skulle komme og sikre, at hun fik sin **medicin**. Men det udviklede sig. Hun havde også en **hund**, og det endte med, at vi blev halvt veterinær-sygeplejersker, fordi den der hund blev jo ikke passet ordentligt, og så var der lige pludselig den, vi også skulle tænke lidt på. Hun havde en **økonomisk væрге** og fik et beløb hver uge, hun kunne bruge til mad, men hun brugte dem alle sammen på cigaretter, og **hun havde aldrig noget mad**.*

*Hun var sådan en, hvor følelsesmæssigt blev vi rigtigt involverede, fordi hun **fik ikke sin mad**, der var en **hund**, **der ikke blev passet ordentligt**, der var **et hjem**, **der sejlede**. Der lå hundehømhøm overalt, og der blev tisset i lejligheden. Til sidst var det sundhedsfarligt at bo der, og vi synes, hun skulle derfra, men lægen synes ikke, vi kunne tvangsflytte hende, men det synes vi jo godt. Og damen hun ville også godt på plejehjem, men hunden kunne ikke komme med.*

*Så fik vi heldigvis fat i en rigtig god **dyrlæge**, der havde en rigtig god kontakt til hende, som fik forklaret hende, at den her hund havde bedst af at blive aflivet, og så fik vi hende flyttet ad den vej. Men det tog jo lang tid, det stod på i over et år. At det skal så langt ud. I sidste ende kunne hun være død af det. Og nu, **efter hun kom på plejehjem, har hun taget 10 kg på og trives og er glad**. Det var bare lige det, der skulle til. Men det virker helt forkert, at det er en dyrlæge, vi skal have ind, for at hjælpe hende ordentligt og få hende på plejehjem.*

*Det var komplekst, fordi **vi prøvede at finde ud af, hvad kan vi gøre, hvem kan vi få ind over, andet end akut hjemmepleje, og det var en stor opgave**. Men fordi man ikke kunne få en diagnose på hende, så er der ikke noget i psykiatrien, men vi ville gerne have nogen samarbejdspartnere, der kunne hjælpe os – bl.a. i psykiatrien.*

*Vi vil bare så gerne hjælpe dem, vi kommer ved, og det følte vi ikke, at vi kunne her. Vi kom til kort over for hende. Vi vidste ikke hvad vi skulle gøre. Vi kom ingen steder. Hvis bare hun kunne have fået noget psykiatri ind over, som havde mere forstand på det. Vi synes **ikke, vi var i stand til rent fagligt at hjælpe hende ordentligt**. Det handler om **dem, hvor der ikke rigtigt er nogen tilbud**, man ved ikke, hvor man skal placere dem. Vi synes **ikke altid, vi er gearret til det her eller uddannet til det med psykiatrien**.*

Denne case peger på et forhold, som en del sygeplejersker nævnte. De oplever ikke altid, at deres kompetencer inden for psykiatrien rækker til de opgaver, de står med i hverdagen. Denne analyse kan ikke afgøre, om problemet er, at sygeplejerskerne i praksis står med opgaver, der ikke hører til i regi af den kommunale sygepleje, om de mangler generelle kompetencer til at håndtere psykisk syge borgeren, eller om de mangler helt specifikke kompetencer i forhold til håndtering af den enkelte borger, fx ved muligheder for at hente sparring direkte et relevant sted i behandlingspsykiatrien. Men den kan pege på, at flere af dem selv kom ind på spørgsmålet om uddannelse og kompetencer, når de talte om håndteringen af psykisk syge i hjemmeplejen, og efterlyste kompetencer inden for psykiatrien.

5.3 Misbrug og kompleksitet

I sygeplejerskernes – og borgernes – hverdag er misbrug ofte vævet sammen med psykiatriske, ernæringsmæssige og hygiejnemæssige problematikker, meget ringe egenomsorg og mestrings-evne og generel social udsathed. Der var flere fællestræk i de cases, sygeplejerskerne berettede om, i relation til borgere med misbrug. Sygeplejerskernes baggrund for at komme i hjemmet er ofte en afgrænset somatisk ydelse (fx medicinadministration, sårpleje eller lignende). I nogle case havde sygeplejerskerne også en opgave med, som de beskrev, at hjælpe borgerne med at få struktur på hverdagen. Som nedenstående case illustrerer, er der dog ofte en række andre udfordringer i hjem med misbrug, som sygeplejerskerne bliver involveret i, og som de oplever er endog meget svære at løse, og derfor bliver misbrug kædet sammen med kompleksitet af sygeplejerskerne:

*Det her var en **psykisk borger**, som så blev **terminal**. Da jeg kommer ind i billedet, bor han sammen med sin partner. De er absolut ikke gode ved sig selv. De drikker for meget begge to og har gjort det i uendeligt mange år. Hjemmet er miserabelt. Der er gammelt mad i køleskabet osv. Vores hjælpergruppe kommer der flere gange dagligt, fordi de skal **forsøge at strukturere det her hjem**, men det er en fuldstændig umulig opgave, så de søger hjælp hos os. **Det er ikke vores opgave, men jeg forsøger så vidt muligt at hjælpe** med det, jeg kan. Sygeplejen kommer der, fordi den ene af dem har store hudproblemer, store sår på kroppen, der klør. Min makker og jeg begynder at tale om, at der kunne være **noget med hans lever**, han er jo alkoholiker. Det er der, det starter, og vi tager fat i **egen læge**, som svarer, ”der er ikke noget i vejen med ham, han har bare været hård ved sig selv”. Det går lang tid med, at vi kontakter lægen igen og igen, og vi får at vide at han har været for hård ved sig selv, og der er ikke noget at gøre, og når vi så ringer og beder om at få lov til at tale med en læge, så er det ligesom at komme til en mur af sekretærer, man skal igennem, og mange gange får jeg ikke lov at tale med en læge. Og sådan er det i rigtig lang tid.*

*Vi ender med at få noget **psykiatrhjælp** på ham og han får en **hjemme-hos'er**, som kommer og besøger ham. Og det kulminerer den dag, hvor han er så psykisk dårlig, at han tager ved hjemme-hos'er og holder hende indespærret i lejligheden i en halv time. Hans partner er i mellemtiden død, og der er **ingen hjælp at hente nogen steder fra**.*

*Så ender det med, at jeg må ringe til **lægen** og sige, at jeg ved ikke, hvad jeg skal stille op med ham. Og det har også taget et par dage, inden jeg får lov til at tale med en læge. Jeg beder ham om at komme ud og se, hvordan hjemmet ser ud, men det vil han ikke. Jeg ender med at sige, at ”det skal du!”. Det var jeg nødt til at sige. Og da jeg møder ham på parkeringspladsen, så siger han, ”jeg har røde papirer¹³ med i tasken”. Vi kommer ind*

¹³ 'Røde papirer' er de dokumenter, der muliggør en tvangsindlæggelse.

og går en runde i lejligheden, og han ser, hvordan der ser ud, og hvordan borgeren ser ud. Han ender med at ringe efter en **ambulance** og skriver de **røde papirer**.

Borgeren ender med at få en **midlertidig bolig** og bliver erklæret **terminal**, fordi han har en levercancer. Men det har taget næsten halvandet år, før vi når til det. Der var **ingen hjælp at hente** nogen steder fra. Vi havde **stormøder**, hvor vi sad, og jeg havde min teamleder med. Alle rundt om bordet sagde, 'det kan vi ikke'. Kommunen, også vores egen visitation, sagde, 'vi kan heller ikke have ham'. Ingen ville hjælpe, for de havde ikke nogen steder til ham, **han hørte ikke til nogen steder**. Og psykiatrien sagde, 'vi kan heller ikke tilbyde ham noget'. De sagde direkte, 'han passer ikke ned i vores kasser'. Jeg blev mere og mere frustreret, og min teamleder endte med at sige højt og tydeligt: 'Nu har jeg brug for, at nogen siger, hvad de kan, og ikke hvad de ikke kan'. Vi blev ved med at råbe op, for han kunne jo ikke være derhjemme. Det synes jeg er komplekst.

I denne case var sygeplejersens opgave relateret til borgerens hudproblemer og sår. Men casen er typisk, i og med at det, der gør, at sygeplejersken oplever forløbet som komplekst, ikke har nogen relation til den visiterede ydelse. Casen er også typisk, i og med at der også er en psykiatrisk problemstilling og et hjem, der med sygeplejerskens ord er "*miserabelt*". Sygeplejerskerne har svært ved at finde hjælp til denne type borgere, men samtidig oplever de, at der er behov for at gøre noget ved situationen. At navigere i denne situation beskriver sygeplejerskerne ofte som komplekst: Der, hvor sygeplejerskerne oplever, at ingen har disse borgere med mange sociale, misbrugsrelaterede og psykiske udfordringer som netop deres målgruppe. Casen er også typisk, i og med at sygeplejerskerne i de cases, de trækker frem, ofte oplever, at egen læge direkte eller indirekte har trukket sig, og sygeplejerskerne har svært ved at få kontakt til egen læge. Endelig er casen typisk, i og med at der er forskel på den opgave, sygeplejersken har, og den rolle, hun tager. I mange af de komplekse forløb tager – eller får – sygeplejerskerne en rolle, hvor de forsøger at gøre noget ved en situation, der ikke er den, der er visiteret sygeplejeydelser til. Nogen gange kalder de det en "tovholderrolle" eller siger, at de forsøger "at koordinere", eller bare slet og ret, at de "forsøger at hjælpe". Der opstår mange frustrationer, både fordi det er svært at hjælpe i de forløb, hvor de starter ud med en relativt enkel ydelse, men efterhånden ender med at finde sig selv i en tovholderrolle, hvor de forsøger at koordinere. Men også, fordi det er en rolle, de ofte mere eller mindre glider ind i, uden at der nødvendigvis er afsat tid – i form af ydelser – til det.

5.4 Borgere med andet sprog og anden kultur og kompleksitet

Sygeplejerskerne oplever, at der kommer flere ældre borgere, der modtager sygeplejer, som både har andet sprog og anden kultur. Sygeplejerskerne understregede, at den kompleksitet, de oplever på dette område, ikke kun handler om sprog – det handler også om kultur, i den forstand, at borgerne har andre opfattelser af sundhed, sygdom, medicinering og ikke mindst pårørendeinddragelse. Som beskrevet i indledningen til dette kapitel skal det igen understreges, at sygeplejerskerne ikke giver udtryk for, at andet sprog og kultur automatisk fører til komplekse forløb. Men når sygeplejerskerne skal pege på, hvilke forhold der ofte gør, at forløb bliver komplekse, så er borgere med andet sprog og anden kultur et tema, som går igen. En akutsygeplejerske beskriver det således:

*Vi har jo heller aldrig nogen sinde haft så mange forskellige borgere fra andre kulturer, som skal have hjælp. Det er komplekst at komme ud til **en borger, som ikke kan det danske sprog** – og den opgave, du har fået er at 'gå ud til borgeren og lave en vurdering'. Og **vi kan ikke bare få en tolk ind**, så skal det arrangeres og sådan nogen ting. Jeg kan snakke dansk og engelsk og tysk, og det er det.*

Og **de sidder aldrig alene**. Jeg har aldrig oplevet, at der ikke sidder en eller anden form for familie med, som altid har mere end ét spørgsmål. Og det er hamrende svært, specielt når de pårørende tror, de ved mere om den gældende sygdom, som moren har, og man skal prøve at forklare dem, at det, de tror, det er forkert. Det er også komplekst.”

Som citatet illustrerer, så er det både sproget og kulturelle forhold, der gør, at akutsygeplejersken finder det komplekst at hjælpe disse borgere. Sygeplejerskerne beretter også om situationer med borgerne, der slet intet kender til dansk sprog, kultur, samfund og sundhedsvæsen, og hvor sygeplejerskens opgaver er afgrænsede sygeplejefaglige ydelser. Denne case omhandler en sygeplejerskes forsøg på at håndtere et forløb med en borger, som endnu ikke på nogen måde er i stand til at navigere i en dansk kontekst, og hvilke udfordringer det skaber for sygeplejersken:

*Jeg skal ud til en borger, der er udskrevet fra sygehuset, hvor hun har været i to døgn. Hun har behov for hjælp til **medicinadministration**, og det er jo umiddelbart sådan en opgave på et kvarter. Jeg kan godt se på navnet, at det var **udenlandsk**. Og jeg kommer ind i en lejligheden, hvor der i hele lejligheden ikke er andet end et glas, en sovesofa og så den her unge kvinde. Hun ligger og gemmer sig, og hun er bleg. Det viser sig at være en 35 årig asylansøger fra Eritrea, som har fået opholdstilladelse, hun er blevet hentet ved et tog og placeret i den her lejlighed helt alene. **Hun har ikke noget sprog ud over hendes modersmål**. Og hun er meget syg. Hun er klamtsvedende og har hjertebanken og kan næsten ikke synke. Og den medicin, jeg skulle dosere, er tre forskellige vitaminer og panodil. Og **jeg ser helt andre problematikker, end det jeg er sendt ud for**. Hvordan skal jeg overhovedet kunne tale med hende? Jeg har været hjemmesygeplejerske i 15 år, og jeg har aldrig brugt en tolk før, men jeg synes, det er højaktuelt i denne situation. Men der starter udfordringerne, for der findes tre tolke i Danmark, som taler det sprog, hun gør, og de er alle sammen mænd. Jeg ender med at få lov til at koble mig på en tolk i kommunen en onsdag fra 14-15 via en telefon.*

Jeg forsøger at få lov at se hende i halsen, for jeg har arbejdet i Kenya, og jeg ved at man kan få fjernet sin drøbel, og jeg kunne godt tænke mig at vide – er det sådan noget, der er galt med hende? Hun har ingen drøbel, og der er ikke noget med hjem i forhold til udskrivelsen.

*Min næste udfordring er **at få hende til egen læge**. Egen læge er 15 km væk, og han tilbyder ikke at komme på hjemmebesøg. Hun skal møde i klinikken, men hvordan skal jeg med offentlig transport få hende i en klinik? Og hvad nu hvis jeg putter hende i hjemmeplejebilen, hvis ansvar er det så, hvis der sker noget med hende undervejs derned? Men **jeg ender med at bryde nogle regler og putte hende i bilen** og køre hende derned. Der bliver så lavet en statusattest, som det havde været rart at have helt fra starten af. Det viser sig, at det er en reservelæge, som er i lægeklinikken den dag, som laver attesten, og jeg ser, hvordan der bliver skøjtet hen over nogle ret væsentlige punkter.*

*Der er bare en hob af opgaver i det forløb, hvor jeg tænker: **Hvis ikke jeg gør det, hvem gør så?** Og der starter også en hob af skubben ansvar fra sig.*

*En dag, jeg kommer der op, kravler der myrer ud af skabet, og derinde står der så en trækasse der er sømmet sammen med noget gammel mad, som jeg tror har været længe undervejs. Køleskabet er fuldstændig tomt. Det ender med, at **hun kommer ned på 32 kilo**. Jeg får tilkaldt noget personale fra køkkenet for at få **bevilget, at hun kan få leveret mad**. Og vi er ude i noget med nogen plancher med billeder for at finde ud af, hvad hun kan spise.*

*Man starter helt forfra som hjemmesygeplejerske med at få nogen ting ind i hjemmet, og noget mad ind i køleskabet, og hvor skal jeg få pengene fra? Alene det der med at få penge til hendes medicin var en kæmpe opgave. **Jeg bruger oceaner af tid på den her opgave, som hedder medicinadministration på et kvarter. Og jeg skulle faktisk have sat hende på dosisdispensering, hvis jeg havde fulgt reglerne.** Men det havde jeg ikke meget lyst til, for så så jeg ikke alt det, jeg kunne og måtte handle på. Hvad nu hvis jeg havde gjort det første gang, jeg kom derud? Og **hvis ansvar var det så, hvis hun lå og var død på den sofa? Jeg var jo den eneste, der havde set hende i hjemmet.***

Selvom borgeren i dette tilfælde er i en meget anderledes situation end borgeren i den forrige case om misbrug, der endte med en tvangsindlæggelse, er der klare fællestræk. En relativt enkel ydelse ender med, at sygeplejersken bruger "oceaner af tid" på forløb, der beskrives som komplekse, og i ingen af de to cases har sygeplejersken en klar koordinator eller tovholder rolle, men ender med få/tage en lang række opgaver af vidt forskellig art. I denne case gør sygeplejersken også opmærksom på, at hun i to tilfælde "bryder reglerne". Hun kører borgeren til læge i hjemmeplejens bil (hun gør senere opmærksom på, at hendes leder har nikked til, at hun gør det), og hun sætter ikke borgeren på dosisdispensering, som hun burde ifølge reglerne, ifølge hende selv. Det kræver ikke en sygeplejerske at dosere vitaminer og panodil, men fordi sygeplejersken oplever, at situationen er så potentielt kritisk, er hun nervøs for, hvad der kan ske, hvis hun ikke kommer i hjemmet og "så alt det, hun kunne og måtte handle på", set ud fra hendes perspektiv. Derfor holder hun fast i medicinadministrationen, for det giver hende en ydelse, der gør, at hun kommer i hjemmet og kan forsøge at håndtere hele borgerens situation, som sygeplejersken oplever som kompleks.

5.5 Socialt udsatte og kompleksitet

Dette kapitel har vist, at sygeplejerskerne i nogle tilfælde oplever, at de ender med at forsøge at løse en lang række opgaver, der udspringer af forskellige og ofte sammenvævede typer af social kompleksitet, der handler om borgernes livssituation, og som har rødder i alt fra psykiatri og misbrug, til sproglige og kulturelle forskelle og kognitive funktionsnedsættelser. Netop fordi der er tale om så sammenvævede udfordringer, er det ikke uproblematisk at forsøge at opstille en model med afgrænsede temaer. Det er gjort for at gøre analysen konkret og vise, hvilke temaer sygeplejerskerne peger på, og det hører med til billedet, at sygeplejerskerne også pegede på borgere, som ikke passer ned i de temaer, som er behandlet i dette kapitel indtil nu. Således nævnte sygeplejerskerne også cases og eksempler på "dem, som bare er socialt udsatte" eller "dem, der har et hårdt liv".

I dette afsnit bruges betegnelsen "socialt udsatte" for at understrege, at social kompleksitet relateret til borgerens livssituation rummer andet og mere end temaerne nævnt i de forrige fire afsnit. Betegnelsen socialt udsatte bruges ikke med afsæt i litteraturen, og der er ikke anvendt en entydig definition af, hvem socialt udsatte er. Et eksempel er denne case, som også – men ikke udelukkende – er relateret til nedsat kognitiv funktion som følge af alkoholdemens:

*Vi har en borger, som kommer **hjem fra lungemedicinsk med ilt.** På sygehuset havde de fået den forståelse, at hun bor på et plejehjem, men det gør hun ikke. Hun bor i eget hjem, og hun ryger. Hun har også en **alkoholdemens**, så hun husker ikke så godt, så **hun ryger samtidig med, at hun har ilten**, og det er ikke så heldigt. Men hvem er det, der har ansvaret for, at hun ikke ryger, når hun har ilten? Hjælperne siger hele tiden til os sygeplejersker: 'Hvad skal vi gøre?' For de ved ikke, hvad de skal gøre. Og jeg kan ikke give svaret. Hun er **ikke umyndiggjort**, så vi har ikke ret til at tage cigaretterne fra*

hende. Vi har nogen rygere i kommunen, der siger, at hun må ikke ryge, mens vi er der, så vi kan tage cigaretterne, når vi går ind ad døren, men vi skal give hende dem igen, når vi går ud igen. Og hvad så med naboerne, hvis det går galt?

Vi har prøvet med nikotinplaster, men hun savner cigaretterne. Og vi har prøvet at forklare hende, at man ikke må ryge og have ilt samtidig. Og hun siger: 'Det er virkelig også frygteligt alt det, der kan ske' – og så vender hun sig og kører ind i stuen og tager en cigaret, og så har hun glemt det igen.

Vi har også tænkt: Hun handler ikke selv ind, så er det okay, at vi lader være med at bestille cigaretter, når hun efterspørger det? Og hvem er det, der kan svare på det og tage stilling til det? Hjælperne siger, at det må sygeplejerske vide. Deres egen leder siger, 'I slukker bare for ilten, når I er der'. Den ender hele tiden tilbage hos os.

Vi tager vi kontakt til **egen læge** som siger: 'Jamen så må hun enten lade være med at ryge, eller også må hun lade være med at have ilten!' Men det blev jeg jo ikke meget klogere af, for det var jeg også kommet frem til. Men hvem er det, der tager beslutningen om det? Det gør egen læge i hvert fald ikke.

Vi har også haft fat i **dem, der leverer ilten**, for at høre, hvordan de så forholder sig, og de siger, at de melder det til sygehuset, hvis de kommer i et hjem, hvor en borger med ilt ryger. Men de kan ikke gøre mere. De er en privat virksomhed, og de leverer ilten, når det er det, der er ordineret.

Så vi ringer til **lungemedicinsk**, men det kan de godt nok ikke tage stilling til, der skal først tages nogen A-punkturer, og de skal tjekke hende, så de siger, 'I får lige en tid'. Og det er så en gang i fremtiden, og den har vi stadig ikke fået. **Så vi står stadig med den her problematik: Hun ryger, og hun har ilten.**

Så har vi haft **en vurdering af brandfaren** – hvad er det helt konkret, der kan ske. Og det er den transportable flaskeilt, som er det mest farlige. Så vi tænker, kan vi så opbevare den et andet sted? Men problemet er, at der er syv forskellige hjælpere, der kommer i hjemmet, og man aftaler noget med den ene, og så har hun fri i en uge, og så skal man aftale det samme den næste.

Og **man skal hele tiden være tovholder** på, at alle ved, at det er sådan, vi gør, og du skal have fat i lægen igen, og lungemedicinsk igen, og du skal have fat i din egen leder og lederen af hjemmehjælperne. **Det er ikke den instrumentelle del af det, der er svær.** Det er ikke det at gå op og dosere pillerne. Det er **alt det der andet, der hele tiden er en forventning om, at vi er tovholdere på.** Og den ender altid tilbage hos os. Lægen siger bare, 'det er ikke mit ansvar'. Så er den ved os igen. Og hjælperne siger, 'der er nogen over os, som må tage ansvar', og alle de her adviser om rygning og ilt de ender inde hos sygeplejerskerne. Det er jo ikke sådan, at de skriver til deres egen leder, og så tager hun affære. Hun spiser heller ikke så godt, der skal måske en diætist ind over? Skal gerontopsyk. ind over?

Vi har altid **alle de her mennesker, der forventer noget af os**, og vi har ikke altid tiden til det. Sådan en situation som den her, den kan jeg jo snildt bruge 2-3 timer på, før jeg har fået fat i de her folk – og til en medicindosering har jeg max en halv time, og det er altså også til at få bestilt og leveret pillerne og hældt dem op.

Denne case viser meget af det, vi også tidligere har set i tidligere cases. En relativt simpel ydelse – medicinadministration – og et forløb hos en borger med høj social kompleksitet, en borger, det er svært for dem at samarbejde med, og hvor det udvikler sig til noget mere organisatorisk med mange

aktører involveret og en uklar ansvarsfordeling, ringe koordinering og kommunikation, hvilket er det sygeplejerskerne oplever som værende komplekst.

Men den er også et eksempel på, at sygeplejerskerne i mange af de cases, hvor der var høj social kompleksitet, ofte kommer ud i nogle grundlægende set juridiske spørgsmål. Hvad må de, og hvad kan og skal hvem gøre, i hvilke situationer? Hvilket ansvar har en sygeplejerske, hvis hun lukker døren til en borgere, hvor hun har set noget, og det senere går galt for borgeren – eller for deres kæledyr, deres naboer, andre trafikanter (hvis de er vidende om, at en morfinafhængig kører bil) osv.? Og i de cases de trækker frem for at illustrere kompleksitet, kommer de ikke med eksempler på, at enten deres egne ledere (som stort set altid er sundhedsfaglige som dem selv) er dem der træder ind, eller at andre faggrupper i kommunen – fx myndigheds personer eller jurister – spiller en rolle i forhold til at løse de her spørgsmål i hverdagen. For sygeplejerskerne handler deres udfordringer med at håndtere denne form for kompleksitet ikke kun om, at nogen forklarer dem reglerne – som eksemplet her viste. Alle ved, at ilt og ild ikke må forekomme samtidig. Problemet drejer sig snarere om, hvordan man i praksis udfører en løsning på de problemer, de står med – fx finder en praktisk løsning, så kvinden fra Eritrea rent faktisk *kommer* til lægen, at den ældre dame, som kom tomhændet hjem fra Brugsen, fordi hun ikke kan huske koden til sit dankort, rent faktisk *får* købt noget mad, eller man finder en konkret løsning, der gør, at der ikke længere er åben ild og ilt i et hjem.

Mest af alt viser casen dog, at de største udfordringer for sygeplejerskerne, som er de primære årsager til den kompleksitet, de oplever, har deres rødder i et mismatch mellem de opgaver og udfordringer, sygeplejerskerne oplever i relation til borgene præget af social kompleksitet – og de organisatoriske forhold, relationer og systemer, sygeplejerskerne forsøger at navigere i for at finde løsninger på de udfordringer, de mener skal håndteres i relation til borgerne.

5.6 Pårørenderelationer og kompleksitet

Når sygeplejen foregår i hjemmet, spiller pårørende ofte en større rolle, end når en patient er indlagt, og pårørende som oftest kun er besøgende. I hjemmet er pårørende til stede – ofte også til stede, når sygeplejen udføres. I langt de fleste af de situationer, som kunne observeres, var pårørende en ressource, der støttede op omkring sygeplejerskernes arbejde, hjalp til med både praktiske og koordinerende forhold.

I de tilfælde, hvor sygeplejerskerne under interview fremdrog pårørende som en kilde til kompleksitet, handlede det typisk om pårørende, som enten havde problematiske relationer med hinanden eller med den borger, der modtager sygepleje, eller også handler det om en pårørende, som har brug for hjælp, men hvor sygeplejerskerne har svært ved at få det til at lykkes.

Eksemplerne på det første – uenighed om plejen – er fx en case, hvor en terminal mor med tre voksne døtre kommer hjem hos den ene af døtrene i den sidste tid. Men de tre døtre har forskellige holdninger til morens medicinering med smertestillede. Den ene datter vil gerne have, at moren får "*det, der er behov for*", den anden datter "*vil stort set ikke have, at moren får noget, for hun skal jo være så vågen og så nærværende som overhovedet muligt*", mens den tredje er "*lidt midt imellem*", som sygeplejersken formulerer det. Hun beretter videre, at moren ikke er klar, og alt efter hvilken datter – og hvilken sygeplejerske – der kommer i hjemmet, medicineres der forskelligt, og det giver anledning til såvel frustrationer som mere eller mindre åbne konflikter, hvilket sygeplejersken oplever som en kompleks situation at skulle håndtere. Det er ikke det sygeplejefaglige i forhold til smer-

telindringen af den terminale mor, sygeplejersken i interviewet oplever som kompleks. Det er håndteringen af de tre døtres forskellige holdninger – og det, at der er mange sygeplejersker i hjemmet, som reagerer forskelligt på døtrenes forskellige ønsker.

Et andet eksempel er en case fra interview, der omhandler en terminal yngre mand med en hustru, der har kendt ham i to år. Hans forældre flytter ind i kælderens i den sidste tid, men hustruen og svigerforældre har et meget anstrengt forhold, ifølge sygeplejersken. Hun oplever, at når sygeplejerskerne forlader hjemmet, går moren efter dem ud på fortovet og står og snakker, og hun har ikke samme holdninger til forløbet som hendes svigerdatter. Og i andre situationer er det hustruen, der henvender sig til sygeplejerskerne:

*Begge parter er **frustrerede** og i en **krisesituation**. De bor sammen i et lille hus, de skal gå op og ned ad hinanden, men **taler ikke sammen**, og der ligger en ung mand her, som skal herfra på en god måde. Og så fik hustruen så sin egen mor i hjemmet også, for hun havde brug for at have en allieret. Men den der **tavshed**, der var, fordi hans forældre og hustruen de ikke kunne rumme hinanden, det var simpelthen så **frygteligt**. Og **han var jo meget mærket af den her stemning**, så til sidst måtte jeg simpelthen tage dem med ned i stuen og sige, nu bliver vi nødt til at snakke om det her.”*

Sygeplejersken beskriver en snak omkring stuebordet, hvor hun siger, hvad hun oplever, og det ender med, at hustruen bryder grædende sammen, men det lykkes at få dem til at tale sammen, og sygeplejersken oplevede, at de *”fik løsnet op for den der anstrengthed, der var”*.

Sygeplejersken reflekterer over forløbet, hvor hun følte, at hun måtte gå ind i nogle svære menneskelige relationer og konflikter med det, hun havde af personlige kompetencer. Men, som hun tilføjer: *”Nogen gange så tænker jeg: Hvad uddannelse har vi egentlig til at kunne magte og rumme alt sådan noget?”*. Hun er mere hjemmevant med alle de andre opgaver, og føler ikke, at det er der, hun mangler kompetencer: *”Vi skal have fat i lægen fra palliativ team og være professionelle og vurdere med medicin, han får, og beskrive, hvad vi har prøvet i forhold til smertedækning, og have styr på, hvor meget vi giver, hvornår”*. Det er håndteringen af pårørenderelationerne, som er kernen i hendes case: *”Det er komplekst. Den her var bare lige til øllet!”*

Problematiske pårørenderelation handler imidlertid ikke kun om uenigheder og meningsforskelle mellem voksne pårørende. Det handle også om børn i hjemmet. Det kan være meget vanskeligere for sygeplejerskerne at håndtere, fordi her er indgangsvinklen oftere, at sygeplejerskerne observerer et barn, som de mener har brug for hjælp, men ikke i form af sygepleje, som denne case illustrerer:

*Det her er en **terminal** borger, men I skal **ikke se hende som terminal**, for det her handler mere om **samarbejdet** hele vejen rundt, også internt i kommunen. Hun er yngre og har en **mand** og et **lille barn under to år**. Og forældrene magter ikke det barn. De er gode nok forældre, men de kunne ikke overskue det, for hun var rigtig syg. Så vi prøvede at få sat et eller andet i gang. Få fat i **sundhedsplejen, familieafdelingen, socialrådgiver**, vi har prøvet alt, hvad vi kunne, og der er ingen, der kan byde ind med noget. Ingenting. Forældrene må bruge deres **netværk**, er beskeden, men problemet er, at de har ikke særlig meget netværk, og slet ikke noget her i nærheden af, hvor de bor. Og vi prøver med vores egen **visitation** om vi måske kan få sat noget hjemmehjælp på. Men der var bare ingenting, der kunne lade sig gøre. Jo, vi kunne lave en **indberetning**, hvis vi var bekymrede for barnet, og det synes vi var meget grænseoverskridende. For det er ikke sådan, vi ser den familie. Det er en helt okay familie, de har bare brug for noget hjælp.*

Sådan et forløb er bare så tidskrævende, at det er helt vidt. Og vi er ingen steder kommet. Og vi føler ikke, at vi bliver hørt. Vi synes, vi slås med vores eget system inde i kommunen. Hvorfor er der ingen, der kan gå ind og lindre dem, for vi kan jo gå ind og lindre på alle mulige andre måder? Så hvorfor kan vi ikke gøre det her? Jeg har været hjemmesygeplejerske i 25 år, og jeg synes, jeg har en faglighed og kan se nogen ting, men det er som om, at den faglighed bliver fuldstændig underkendt af alverdens paragraffer. Og så snakker vi om, at de ikke skal falde mellem to stole! Det synes jeg er komplekst.

Langt hovedparten af hjemmesygeplejens borgere er ældre, og derfor kan det ikke undre, at casen med det lille barn var den eneste af sin slags, men flere sygeplejersker nævnte i de efterfølgende drøftelser eksempler på komplekse forløb, der også handlede om børn, de ser i hjem, de kommer i, og som giver dem anledning til bekymring. Når der opstår kompleksitet som følge af pårønderrelationer handler det typisk om pårørende, som af den ene eller anden årsag ikke fungerer som en ressource og hjælper i forløbene, men i stedet rummer eller skaber udfordringer, der indvirker på sygeplejerskernes muligheder for at hjælpe en borger – typisk fordi pårørende er uenige med hinanden eller med én eller flere aktører i sundhedsvæsenet.

5.7 Opsamling: Social kompleksitet

Social kompleksitet opstår som følge af forhold relateret til borgernes livssituation, der ikke direkte er relateret til de medicinske udfordringer, der skal ydes sygepleje i relation til. Fælles for disse forhold er, at de gør det sværere at hjælpe disse borgere – set i sygeplejerskernes perspektiv. Både i relation til de konkrete sygeplejeydelser og i relation til en række øvrige udfordringer. Det var et gennemgående træk ved mange cases, at sygeplejerskerne – på grund af den høje grad af social kompleksitet – blev involveret i løsningen af en række udfordringer og opgaver, som ofte var helt urelaterede til den konkrete (ofte centralt visiterede) sygeplejefaglige ydelse.

Et væsentligt tema for sygeplejerskerne er således dilemmaet mellem at levere de konkrete sygeplejefaglige ydelser og de mangfoldige udfordringer og opgaver, som sygeplejerskerne ofte oplever, at de ender med at være involveret i løsningen af. Dette sker af mange årsager. Fordi sygeplejerskerne kommer i hjemmet og ser udfordringer, som de føler sig nødt til at forsøge at hjælpe borgerne med; fordi sygeplejerskerne oplever, at andre forventer det af dem (fx egen læge, hjælpergrupper m.fl.); fordi de selv ser det som en del af deres fagidentitet at forholde sig til andet og mere end de konkrete (visiterede) sygeplejeydelser. Men det sker også, fordi sygeplejerskerne – ydelseskataloger til trods – ikke oplever, at deres opgaver er lige så klart afgrænsede som andre medarbejdergrupper, hvilket heller ingen sygeplejersker efterlyser, at de burde være. Men det efterlader sygeplejerskerne i et dilemma mellem på den ene side klart definerede sygeplejeopgaver i et ydelseskatalog, og på den anden side borgere præget af en høj grad af social kompleksitet, som sygeplejerskerne oplever, at de alligevel ender med at få en art koordinerende, problemløsende tovholderfunktion i relation til.

De aspekter ved borgernes livssituation, som sygeplejerskerne i denne analyse peger på ofte skaber social kompleksitet, er reduceret kognitiv funktion (fx som følge af demens eller senhjerneskade), psykisk sygdom, misbrug, social udsathed, eller at borgeren har et andet sprog eller en anden kultur, hvilket kan gøre det sværere for sygeplejerskerne at kommunikere og samarbejde med borgeren, eller pårønderrelationer, som er konfliktfyldte eller på anden måde problematiske, fx i relation til børn i hjemmet. Det skal igen understreges, at disse faktorer for det første er vidt forskellige, og at deres eneste fællesnævner er – som en sygeplejerske udtrykte i indledningen til analyse – at det er alle dem, som af den ene eller anden årsag er svære at hjælpe. Det skal også understreges, at

modellen ikke er kausal i den forstand, at det langt fra er *alle* borgere med fx demens eller andet sprog, som er svære at hjælpe, og hvor sygeplejerskerne oplever social kompleksitet. Modellen påpeger kun, hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever der typisk er med til at generere social kompleksitet.

De kompetencer sygeplejerskerne, ofte får brug for i relation til disse borgeres forløb, falder i to grupper. Der er flere sygeplejersker, som specifikt nævner, at deres kompetencer inden for psykiatrien ikke altid rækker til de opgaver, de står med i hverdagen. Men som det er påpeget, kan denne analyse ikke afgøre, om problemet er, at sygeplejerskerne i praksis står med opgaver, der ikke hører til i regi af den kommunale sygepleje, om de mangler generelle kompetencer til at håndtere psykisk syge borgere, eller om de mangler helt specifikke kompetencer i forhold til håndtering af den enkelte borger, fx ved muligheder for at hente sparring direkte et relevant sted i behandlingspsykiatrien. Men den kan påpege, at flere af dem efterlyste kompetencer inden for psykiatrien.

Den anden type af kompetencer, som håndteringen af disse borgere kalder på, handler om en høj grad af systemviden (hvem kan hjælpe med hvad – også langt uden for det traditionelle sundhedsvæsen) og kompetencer til at mobilisere og koordinere løsninger i forløb præget af høj social kompleksitet.

5.8 Opsamling: Borgerrelateret kompleksitet

Kapitel 4 og 5 har til sammen omhandlet de to dimensioner af kompleksitet, som handler om forhold hos borgerne – enten medicinske forhold relateret til borgernes sygdomsbillede eller sociale forhold relateret til borgernes livssituation. Sygeplejerskernes oplevelse er, at det i langt højere grad er temaer relateret til social forhold og borgers livssituation, som skaber kompleksitet i relation til sygeplejerskernes arbejde, end det er temaerne relateret til (multi)sygdom og mere snævert medicinske forhold. Sygeplejerskerne påpeger således, at det primært er de sociale forhold, som gør det komplekst for dem at lave "*gode forløb*" og "*hjælpe borgerne*". De medicinske forhold kan ligeledes være komplekse, men sygeplejerskerne oplever, at "*selvom det ikke lige er hver dag jeg står med et nasalsug*", så har de nemmere ved at finde løsninger på de udfordringer, som den medicinske kompleksitet opbyder. Det er ofte muligt at finde en kollega, en afdeling, eller en læge, de kan ringe til og få svar. Sådan opleves det generelt ikke i forhold til den sociale kompleksitet. Her har sygeplejerskerne meget sværere ved at finde løsninger på problemerne og navigere i situationer, hvor håndtering af et bredt spektrum af sociale udfordringer bliver sammenvævet med sygelejen i hjemmet.

Denne oplevelse af mulighederne for at finde løsninger er med til at forme sygeplejerskernes syn på kompleksitet derhen, at det bliver de svært løsbare situationer hos borgere, der er svære at hjælpe, som de oftest peger på, når de skal forklare, hvad de oplever som komplekst. De opgaver, som de har lettere ved at finde løsninger på i det sundhedsvæsen, de er en del af – de medicinske – bliver således i væsentligt mindre grad omtalt som komplekse, set i sygeplejerskernes perspektiv.

6 Organisatorisk kompleksitet

Organisatorisk kompleksitet er en betegnelse for alle de forhold, som ikke direkte vedrører borgerens sociale eller medicinske situation, men som sygeplejerskerne oplever skaber kompleksitet i deres hverdag. Hvor det var tydeligt, at medicinske kompleksitet fyldte mindre for sygeplejerskerne end social kompleksitet, som de oplevede var væsentligt vanskeligere at håndtere, så er organisatorisk kompleksitet den dimension, som fyldte mest, samlet set – og som den enkelte sygeplejersker også havde ringest indflydelse på og dermed også sværest ved at håndtere.

Organisatorisk kompleksitet handler om flere forhold. Det handler om alle de aktører, der muligvis er/ikke er inddraget i en borgers forløb, og hvordan aktørerne er koblet mere eller mindre tæt. Det handler om alle systemerne – både dem, der skal sikre dokumentation, kommunikation og sammenhæng – og det handler om arbejdsgange og arbejdsprocesser. Det handler om alle de forhold, der ikke direkte udspringer af borgerens sociale eller medicinske situation, men som er altafgørende for sygeplejerskerne og deres muligheder for 1) at skabe overblik over et forløb, 2) at skabe klarhed omkring opgaver og ansvar samt 3) at navigere i systemet og få hjælp til opgaveløsningen.

De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (antallet af) aktører, fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. Det handler om kontinuitet – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om systemer til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om arbejdsgange, som kan være mere eller mindre klare, mere eller mindre implementerede.

Figur 6.1 Organisatorisk kompleksitet



Kilde: Egen tilvirkning.

Disse temaer udgjorde de primære gennemgående faktorer, som sygeplejerskerne oplever genererer kompleksitet. Et centralt begreb figurere ikke i selve modellen som en variabel: Koordinering. At forsøge at udføre handlinger, der får forløb, som involverer flere aktører, til at forløbe på bedst mulige vis, kaldes koordinering. I takt med udviklingen – både i borgernes livssituation og sygdomsbillede og i organiseringen – fylder dette tema mere og mere i sygeplejerskernes hverdag, og det er svært for dem at definere det præcist. Grundlæggende set er koordinering ikke en variabel i modellen, og derfor er den ikke medtaget. Sygeplejerskerne taler snarere om koordinering som værende forsøget på at få alle de andre variable, temaer, dimensioner og perspektiver i den samlede model til at udgøre et velfungerende hele.

Når sygeplejerskerne taler om dialysepumper, engangskatetre og smertelindring har de et præcist sprog. Det har de også, når de taler om demente, psykisk syge og socialt udsatte. Når de skal sætte ord på de temaer, som behandles i dette kapitel, ses en tendens til, at deres sprog ikke i samme grad er præcist og konkret. De taler om "*alt det organisatoriske*", "*alle systemerne*", "*rammerne*", "*alt det administrative*". Men som alle andre sundhedsfaglige er de eksperter i deres egen hverdag, hvilket deres cases illustrerer.

Analysen i kapitel 4 og 5 viste, at netop uklarheder og udfordringer i relation til det, de kalder tovholderrollen og den koordinering, der følger med den, var kendetegnende for sygeplejerskernes oplevelse af kompleksitet. I dette kapitel behandles først antallet af aktører, herunder kompleksitet i relation til uddelegering og (lav) kontinuitet i såvel borger- som medarbejderrelationer. Dernæst følger et afsnit om kompleksitet i relation til de systemer, sygeplejerskerne primært omtalte: dokumentations-, kommunikations- og planlægningsystemer, samt graden af implementering og organisatorisk klarhed i relation til netop systemer og andre arbejdsgange. Endelig et afsluttende afsnit om et eksempel på, at organiseringen – set med sygeplejerskens øjne – matcher en kompleks opgave, og tingene lykkes. Komplex organisering er ikke nødvendigvis et problem – det helt afgørende er, at organiseringen matcher de opgaver, som skal løses derude.

6.1 Antallet af aktører og kompleksitet

Oplevelsen af et stigende antal aktører, medarbejdere, enheder og funktioner er den enkeltting, som sygeplejerskerne oftest trækker frem som noget, der genererer øget kompleksitet. Dette var også et element i mange cases i kapitel 4 og 5.

Så længe sygeplejerskerne kun skal udføre konkrete sygeplejeydelser – som et sårskift, kateterskift, sondemad, dialyse osv. – og det kun er dem selv og egne kollegaer, de skal medvirke til at sikre går i takt, opstår der ikke kompleksitet. Og de kan som nævnt under afsnittet om instrumentel sygepleje (afsnit 4.2 side 22) fx have vanskeligheder med at få kontakt til rette vedkommende på et hospital, hvis der står "*en ny maskine*" i hjemmet, men dette beskriver de heller ikke som kompleksitet i forløb.

Kompleksiteten øges imidlertid i takt med, at der findes et stigende antal enheder, aktører, tilbud, teams, osv. – både i kommunerne og i andre sektorer – og sygeplejerskerne ofte oplever, at de ikke har overblik:

Vi mangler viden om hinandens arbejdsområder. Ikke bare tværsektorielt. Det er også inden for vores egen kommune. Vi har [navnet på et tilbud, red.] her i byen. Vi har frem-skudt psykisk sygepleje, vi har hjemløseteamet og så videre. Men der er ingen, der kan

hjælpe os, når klokken er tre. Hvem er det, man trækker på? Vi mangler viden om hinandens arbejdsfelter – også inden for kommunen.

I de enkelte forløb betyder antallet af aktører, at kompleksiteten øges, når der kommer flere medarbejdere i hjemmet, men sygeplejerskerne har ikke altid overblik over, hvem der kommer, hvornår og med hvilket formål. Dette skyldes ikke kun antallet. Det handler også om organiseringen. Sygeplejerskerne med høj anciennitet peger her særligt på konsekvenser af adskillelsen af sygeplejen og hjælpere/assistent-grupperne i hver deres ledelsessystem:

*Vi kommer ofte alt **for sent ind i forløb**, fordi hjælperne og assistenterne er organiseret i deres egen søjle, og de henvender sig for sent. Organiseringen er blevet en barriere for at vi får fælles fodslag. Der er sket noget, fordi vi ikke længere refererer samme sted hen.*

Det handler ikke kun om en oplevelse af at komme for sent ind i forløb. Det handler også om en oplevelse af generelt set at være kommet længere væk fra plejegrupperne og have et mindre tæt samarbejde med dem. Denne analyse kan ikke afgøre, om det forholder sig sådan, eller om det også skyldes, at der i dag i højere grad er brug for tæt samarbejde internt med plejegrupperne om mere socialt og medicinsk komplekse borgere. Det er heller ikke denne analyses formål at pege på løsninger. Formålet er udelukkende at vise, hvad sygeplejerskerne oplever, herunder hvilke udfordringer de peger på.

Ud over den kompleksitet, der opstår som følge af disse to temaer på henholdsvis generelt niveau (når sygeplejerskerne ikke føler, de har overblik over de mange aktører) og på specifikt niveau (i de enkelte forløb, når de mangler overblik over involverede aktører), peger sygeplejerskerne også på, at kompleksitet opstår, når de skal yde sygepleje på distancen, uddelegere og handle på andres observationer og informationer.

6.1.1 Uddelegering, sygepleje på distancen og kompleksitet

At yde sygepleje på distancen forudsætter samarbejde, systematisk og struktur, der gør at opgave- og ansvarsfordelingen er klar for alle involverede, og at kompetencer rækker til at udføre opgaver og påtage sig ansvaret for hver sin del af processen. Det bliver mere komplekst, hvis roller og ansvar ikke er klare for alle, men det bliver alt andet lige også mere komplekst jo flere personer, der er involveret, oplever sygeplejerskerne.

Der er langt flere hjælpere og assistenter, end der er sygeplejersker i kommunerne, og følgelig også langt flere hjem, hvor der kommer hjælpere og assistenter, end hjem, hvor der kommer sygeplejersker. Det betyder bl.a., at sygeplejerskerne kontaktes af hjælpere og assistenter, og skal foretage en vurdering på basis af deres observationer – både vedrørende borgere, de kender, og borgere, som hverken de eller deres kollegaer kender:

*Hjælperne kan jo ringe og spørge til noget hos **borgere, som vi overhovedet ikke kender** til, hvor vi er nødt til at spørge ind til det, for at kunne give et eller andet fornuftigt svar på noget. Og det er også komplekst at skulle udtale sig sygeplejefagligt om noget i et hjem, hvor vi aldrig har været, og vi er nødt til at tage deres observationer for gode varer.*

Dette er et tema, som går igen. Sygeplejerskerne oplever, at hjælpere og assistenter er en meget uhomogen gruppe rent kompetencemæssigt på individuelt plan. Det gør det svært for sygeplejerskerne at forholde sig til de informationer, de får, hvis de ikke kender den enkelte medarbejder og ved, hvad det betyder, når de ringer og siger, ”borgeren er rigtig dårlig”:

Hjælpere og assistenter er så enormt uhomogen en gruppe. Og det skal vi også agere i. Og det gør det mere komplekst. Når en ringer og siger, 'han er altså dårlig nu, du skal komme med det samme' – så ved jeg, at det siger nogen hver gang, men ved andre, der ved jeg, at hvis de ringer, så skal jeg køre med det samme.

Men det kendskab har sygeplejerskerne langt fra altid til de forskellige hjælpere og assistenter, og derfor kan det være svært at foretage denne vurdering. Og når der ikke er sygeleje i mange hjem, når ydelser i videst muligt omfang skal uddelegeres, og når gruppen af hjælpere og assistenter set med sygeplejerskernes øjne er så uensartet rent kompetencemæssigt, så bliver personkendskabet til den enkelte væsentligt. Og det personkendskab bliver mindre og mere fragmenteret, jo flere aktører, jo flere deltidsansatte og jo mindre organisatorisk og ledelsesmæssig kobling der er mellem sygeplejersker på de ene side og hjælpere og assistenter på den anden.

Sygeplejerskerne peger selv på, at deres uddelegering af enkelthandlinger og enkelttydelser i forløb nogen gange er det, der er medvirkende til, at de mister overblikket og den løbende kontakt og føling med, hvordan det går med en borger:

Når vi starter med at uddelegere, det ser måske rimeligt ufarligt ud, det er måske en blodsukkerprofil en gang om måneden, så kommer der et sår, så er der måske en ernæringsproblematik, og så brækker de lige hoften også, og så i løbet af et år eller to så er det her blevet til et rigtig komplekst forløb, hvor vi ikke er en del af det, før der vælter noget i det. Og når det så vælter, så bliver kompleksiteten virkelig sat i spil.”

I drøftelsen af disse temaer så flere af de erfarne sygeplejerskerne tilbage og sammenlignede deres praksis i dag med en fortid, hvor såvel borgerne som organiseringen var andreledes. Denne sammenligning kan illustrere, hvad de finder komplekst ved sygeplejen i dag:

*Det har udviklet sig meget, siden jeg kørte i hjemmesygeplejen som studerende i 1992. **Det var til at overskue**, jeg dryppede øjne og gav insulin og pillede lidt ved et sår eller to, og så var jeg virkelig sygeplejerske, til i dag, hvor jeg pludselig kommer dumpende ned til at borger, hvor det **ikke er sygeplejersken selv, som laver alle de grundtydelser**, der jo egentlig er sygepleje, men som vi ikke selv har hands on på mere. Så det komplekse kommer til at ligge meget tæt på det koordinerende.*

Sygeplejen i dag er præget af mere uddelegering, og derfor er der mere sygepleje, der foregår på distancen. Det betyder, at sygeplejerskernes rolle ændres, og det er medvirkende til, at ”det koordinerende” træder mere tydeligere frem i relation til kompleksitet.

Det at yde sygepleje på distancen og handle på andres observationer handler også om, at der ikke altid er observationer at handle på. Sygeplejerskernes oplevelse af, at de nogen gange kommer for sent ind i forløb, handler om flere ting, blandt andet om, at de oplever, at hjælpere og assistenter, der kommer i hjemmet, ikke altid har kompetencerne til at observere, hvornår der skal handles på en borgers tilstand:

I og med at de her borgere jo har flere og flere sygdomme, som vi skal observere på, og de kommer hurtigere og hurtigere hjem, og det kræver, at de kan blive observeret, så er det jo vigtigt, at vi som sygeplejersker bliver fodret med observationer fra hjemmehjælpere og assistenter. Jeg tænker nogen gange, at så har de ikke den uddannelse, der skal til for at kunne lave de her observationer, som vi har brug for. Nogen hjemmehjælpere går ind i hjemmet med bind for øjnene og gør det, de skal, og så går de igen – og pludselig så sker der et eller andet, som gør, at vi siger, ”hvorfors ringede I ikke?”, og så er svaret,

"vi havde ikke set det". Men hvorfor havde de ikke set det? Fordi de ikke er uddannet til at se det? Det er med til at gøre det komplekst."

Sygeplejerskerne oplever, at det ikke kun handler om kompetencer og individuelle kompetenceforskelle hos medarbejdere. Sygeplejerskerne oplever også, at det handler også om, at hjælpere og assistenter arbejder under "nogle rammer", som gør, at de har fokus på de konkrete opgaver i hjemmet, som er på deres køreliste. Men hertil kommer også, at hjælpere og assistenter – ligesom sygeplejersker – ikke altid kommer fast det samme sted, og dermed har sværere ved at se udviklingen i en borgers habituelle tilstand.

Om de udfordringerne sygeplejerskerne oplever skyldes manglende kontinuitet, uddannelse eller opgavefokus, kan ikke afgøres i denne analyse, men sygeplejerskerne oplevede, at de "kom for sent ind" i forløb, fordi der ikke var nogen, som "tænder en alamknap", som en anden sygeplejerske formulerede det. En case om kompleksitet omhandlede en situation, hvor en akutsygeplejerske oplever, at hun for sent og ved et tilfælde får viden om en borgers situation, fordi det personale, der kom i hjemmet, ikke havde opdaget, at en borgers tilstand var forværret:

En datter har ringet til egen læge om sin far, og lægen får akutteamet kaldt ud til at vurdere ham. En laborant fra mobilt laboratorium tager blodprøver, og så har vi svar på en halv time og får lagt en behandlingsplan. Det viser sig så, at han har en længere urologisk problematik bag sig og han har gået og spist et antibiotika i 14 dage uden effekt på hans urinveje. Han har en blærebetændelse, men CRP'en¹⁴ er ikke alt for høj, så han bliver sat i behandling i eget hjem, og vi følger ham nogen dage for at se, at han retter sig. Det gør han – han får det bedre og begynder at stå ud af sengen og tage noget mad selv. Men han har under for-forløbet været rigtig afkræftet, så vi får sat nogen besøg på fra hjemmeplejen for at sikre mad og væskeindtaget på ham, for at give ham nogen kræfter, så han kan komme på benene igen.

Så går der fire dage, og jeg har aftenvagt og så ringer en assistent til mig, fordi han har set, at akutteamets nummer ligger i hjemmet. Og han kan ikke finde den mad, han skal varme. Og jeg siger: 'Den ligger i fryseren', og han svarer, at den var ikke taget ud af dagvagten, og det var noget værre rod, og medicinen lå også bare rundt omkring, og hvad skulle han gøre? Jeg sagde: 'Prøv at snakke med borgeren'. 'Han kan ikke noget', var svaret. Så jeg aftaler med assistenten, at vi mødes ude i hjemmet. Jeg begynder at måle ham igennem. Han er højfebril, hurtig puls, stigende CRP. Han lå der på sofaen og kunne ikke rejse sig og havde ligget og tisset på sengen og tisset i sofaen. Assistenten, han ringede til mig, fordi han ikke kunne finde noget mad, men måske var det vigtigere, hvis han havde kigget på borgeren og set, hvor dårlig han var. Og der havde også været en dagvagt, som bare var gået, fordi borgeren havde sagt nej tak til morgenmad. Men dagvagten havde ikke kigget under dynen eller set på, hvad der rørte sig med mennesket. Jeg brugte 2,5 time af min aftenvagts på den her patient.

Sådanne eksempler kan ikke anvendes til vurdering af andre medarbejders faktiske kompetencer generelt set. Casen er taget med, fordi den illustrerer et element i sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet, der handler om, at de oplever at komme for sent ind i forløb med borgere, som er under forværring, "når det vælter", og situationen er blevet kompleks. Blandt andet som følge af organiseringen, hvor der kommer mange personer i de samme hjem, hvilket kan gøre det svært at se udviklingen i borgerens tilstand over tid, og fordi hjælpere/assistenter og sygeplejersker er organiseret i forskellige søjler og kommunikationen, hvilket betyder, at koordinationen mellem dem ikke

¹⁴ Infektionstal.

altid fungerer. Akutsygeplejersken kan sagtens håndtere det rent sundhedsfaglige i at få borgeren vurderet, "målt igennem" og i samarbejde med andre aktører sat i behandling i hjemmet. Det er ikke her, kompleksiteten opstår. Den opstår i relation til organisering. I dette tilfælde samarbejdet, kommunikationen og koordinationen internt i kommunen med hjælper og assistenter.

6.1.2 Kontinuitet og kompleksitet

Et stort – og stigende – antal aktører er på den ene side et vilkår i et specialiseret og uddifferentieret sundhedsvæsen, men det kræver overblik, kendskab, godt samarbejde og klar rollefordeling på tværs, hvis antallet af aktører ikke blot skal føre til øget kompleksitet for alle parter og et øget koordinationsarbejde.

Antallet af medarbejdere, der kommer i de enkelte hjem, er dog ikke kun en funktion af et mere specialiseret og uddifferentieret sundhedsvæsen. Det handler også om lokale organisering og planlægning af arbejdet. Sygeplejen – og hjemmeplejen – skal fungere 24/4, og en stor del af medarbejderne er deltidsansatte, vikarer eller på anden vis ikke fastansatte (Holt m.fl. 2018). Det vanskeliggør en høj grad af personkontinuitet i det enkelte forløb, men flere sygeplejersker, både ved observation og ved interview, oplever så mange fordele ved blot en marginal forøgelse af personkontinuiteten, at de selv forsøger at skabe en højere grad af personkontinuitet – primært fordi det reducerer den organisatoriske kompleksiteten i forløbene. Sygeplejerskerne oplever, at behovet for overlevering af information, kommunikation og koordinering falder, når der er færre personer involveret, fx når den samme sygeplejerske kommer fast i et hjem. Det giver både fordele for dem selv og for deres samarbejdsparter, som de oplever bliver frustrerede, når mange sygeplejersker er inde i det samme forløb og det ikke altid lykkes at koordinere og viderebringe al information:

*Der er mange skiftende medarbejdere og vikarer. Der er jo **ikke nogen kontinuitet**. Hos os synes jeg, meget af det er brandslukning – lidt kaotisk og en masse vikarer. Og jeg har også haft nogen læger, der har skrevet til mig, at nu er de helt forvirrede, for der er seks forskellige sygeplejersker, der har skrevet seks forskellige ting. Og **vi skriver på kryds og tværs af hinanden**, og der er **ikke rigtig nogen, der har overblik** eller er tovholder eller har ansvar. Og det bliver vores **samarbejdsparter** i hvert fald meget **frustrerede** over, og det gør vi også selv.*

Eksemplerne på sygeplejerskernes oplevelser med lav personkontinuitet er mange. Her medtages kun én yderligere oplevelse, som illustrerer et andet aspekt. De koordinerende tværfaglige eller tværsektorielle tiltag – som fx "rundbordssamtaler", "handleplansmøder" eller, som i dette tilfælde, "rehabiliteringsmøder" – har heller ikke altid den ønskede effekt, fordi lav personkontinuitet kan betyde, at ingen kender den borger, der holdes møde om:

*I forhold til handleplaner, der har vi hos os **rehabiliteringsmøder**, hvor man gennemgår alle de borgere, der er i trænende hjemmeplejeforløb. Men når man sidder der som sygeplejerske, så **kender man jo ikke altid borgeren**. Der sidder så dem fra hjemmeplejen, der er på arbejde den dag. Og nogen gange kan vi sidde til møder, hvor vi kigger rundt på hinanden og spørger – **er der nogen, der kender den her borger?** Og det er der faktisk ikke nogen, der gør. Så på den måde, kan det godt være, at vi holder rigtig mange møder, men det er ikke altid dem, der kender borgeren, der holder rigtig mange møder.*

Såvel interview som observation peger på, at graden af personkontinuitet – både i relationen til borgerne og i relation til hjælpere og assistenter – er forskellig blandt de medvirkende sygeplejersker. Denne undersøgelse kan ikke kvantificere omfanget af (lav) personkontinuitet, men den kan

pege på, at sygeplejerskerne generelt oplever, at graden af kontinuitet – både i relation til borgere og til medarbejdere i plejegrupper – er faldet over tid og stadig er faldende, og at det er med til at generere øget organisatorisk kompleksitet:

Tidligere var vi mindre enheder, og de andre enheder og deres medarbejdere boede lige rundt om hjørnet. Så voksede kommunerne, og andre flyttede andre steder hen på andre matrikler. Det er den udvikling, der har været.

Empirien rummer flere eksempler på, at sygeplejerskerne forsøger at øge personkontinuiteten. Fx kunne det observeres både til morgen og til frokost, når sygeplejerskerne mødes, at de bytter rundt på borgerne på deres lister for at øge personkontinuiteten. En sygeplejerske forklarer her under et interview, hvordan hun gør:

*Vi kæmper også meget med **kontinuitet** hos os. Vi er seks sygeplejersker, og vi har tumlet rigtig meget med, at så er den ene blevet sendt ud til en borger, og dagen efter bliver man sat på til at skulle køre ud et andet sted – mens ens kollega, som også er på arbejde, kører ud der, hvor man selv var dagen før. Så vi er begyndt at holde sådan nogen **driftsmøder** til middag, hvor vi kigger på næste dags ruter og sidder og **bytter om**, og siger: 'Det er smartere, jeg kører derud, og så kan du tage ham der'. Og så prøver vi at **skabe noget mere kontinuitet** den vej rundt. Vi er også blevet mere bevidste om at planlægge vores besøg, så hvis jeg fx har været ude på en eller anden kompleks sårpleje, hvor jeg har opstartet en eller anden ny behandling, så skriver jeg ind til driften, at det skal planlægges på mig, og hvis jeg ikke er i dagvagt, jamen så skal det planlægges i aftenvagt, men på min rute, så jeg får mulighed for at køre ud og følge op på det sår igen. Men det er stadig **noget, vi kæmper med**, at prøve **at få planlagt sådan, at der kommer noget mere kontinuitet**.*

Denne analyse kan som nævnt ikke sige noget om graden af personkontinuitet eller manglen på samme, og at dømme ud fra sygeplejerskernes udsagn er der forskel på, hvor høj grad af personkontinuitet der er. Der er heller ikke noget entydigt mønster i forhold til kommunistørrelse: Således gav en sygeplejerske fra en af de største kommuner i undersøgelsen udtryk for at opleve en høj grad af kontinuitet i borgerrelationer i et mindre geografisk område sammen med to andre sygeplejersker. Til gengæld oplevede hun ingen kontinuitet i forhold til samarbejdet med hjælpere og assistenter. Personkontinuitet handler således ikke kun om specialisering, mange deltidsansatte og vikarer. Det handler i høj grad også om lokal prioritering af emnet og følgelig om organisering, distrikter, områder, vagtplaner – og om noget så lavpraktisk som, hvordan kørelister udarbejdes. Er personkontinuitet en variabel, som systemerne og de planlæggere, der laver listerne, kan og skal prioritere?

Analysen kan pege på, at kombinationen af mange aktører og lav personkontinuitet er en af mest gennemgående temaer i de cases, de peger på som værende komplekse. Derudover kan den sige noget om, hvad sygeplejerskerne oplever, at lav kontinuitet fører til:

- øget koordineringsarbejde og ringere koordination
- øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på en borger.
- øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt
- mindre uddelegering ved lav kontinuitet i medarbejderrelationerne, fordi sygeplejerskerne føler sig for usikre på de forskellige hjælpere og assistenters kompetencer
- ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde.

Sygeplejerskerne peger selv på, at "kontinuitet er umuligt", med mange deltidsansatte, vagtplaner, der skal gå op – samt friheden til at bytter vagter. Men ligesom der i sygehussektoren gennem de

seneste år er opstået krav om alt fra "patientansvarlig læge" til "personlig læge" – fordi der også her opleves et behov for, at nogen kender patienten, har tovholderansvaret og er kontaktperson – så mødes sygeplejerskerne også af de samme forventninger. De oplever, at mange, både samarbejdspartner, borger og pårørende, har en forventning om, at der er en konkret sygeplejerske tilknyttet en borger, som har overblikket, er tovholder, kender patienten (og de pårørende) og kan fungere som kontaktperson. Det oplever sygeplejerskerne, at såvel hospital som egen læge, borger og pårørende ofte forventer.

Diskussionen om personkontinuitet i sundhedsvæsenet er således ikke begrænset til sygeplejen i hjemmet. Den er en konsekvens af de udfordringer, som opstår, når organisatoriske systemer vokser og bliver mere uddifferentierede: Så bliver sammenhæng, overblik, koordination og kontinuitet voksende udfordringer. Der er ingen lette løsninger på dette dilemma, men to ting er væsentlige at pointere.

For det første er det vigtigt at være mere nysgerrig på, **hvilke konkrete konsekvenser (lav) personkontinuitet har i praksis**. Ofte reduceres spørgsmålet om personkontinuitet til en form for serviceparameter – at kontinuitet er noget, som skaber tryghed og er rart for borgerne/patienterne, der gerne vil se et kendt ansigt i hjemmet eller til stuegangen. Men som analysen her peger på, så er mindre tilfredse borgere/patienter langt fra den eneste konsekvens af lav personkontinuitet. Listen her over viser, at det har indvirkning på alt fra kvalitet til ressourceforbrug.

For det andet peger alle på, at 'fuld kontinuitet' er umuligt, men det ændrer ikke ved, at de oplevede gevinster ved blot marginale forbedringer opleves som store. Derfor er det vigtigt at være nysgerrig på praktiske strategier til, **hvordan personkontinuitet kan øges** – både i borgerrelationer og i medarbejderrelationer. Hvilken rolle spiller planlægningspraksis, hvilken rolle spiller organisering, og hvordan kan den fornødne fleksibilitet i forhold til skiftende behov for sygepleje og hjemmeplejeydelser på tværs af kommunen balanceres med borgernes og medarbejderes ønsker om øget personkontinuitet?

Personkontinuitet er et blandt mange hensyn, der skal tages i store driftsorganisationer. Fleksibel og fuld udnyttelse af medarbejderstaben er en anden væsentlig prioritet, ensartethed i opgaveudførelsen, effektiv planlægning af køreruter, sikkerhed for, at ingen borgere bliver overset/glemt osv., er også prioriteter, men analysen kan give anledning til at overveje, om konsekvenserne af lav personkontinuitet måske undervurderes – både i relation til borgere, eksterne samarbejdspartner og interne medarbejdersgrupper imellem.

6.2 Systemer og kompleksitet

I sundhedsvæsenet findes mange typer af systemer. I denne analyse har sygeplejerskerne peget på tre typer af systemer i relation til kompleksitet: Dokumentationssystemer, kommunikationssystemer og planlægningssystemer.

6.2.1 Dokumentationssystemer og kompleksitet

Ud fra sygeplejerskernes beskrivelser og observationer har dokumentationssystemer forskellige funktioner: Juridisk dokumentation og intern kommunikation.

Juridisk dokumentation: Sygeplejersker (og social- og sundhedsassistenter) har journalføringspligt¹⁵. Men det er ikke denne funktion der fylder, når sygeplejerskerne forholder sig til kompleksitet i relation til dokumentation.

For når sygeplejerskerne forholder sig til kompleksitet, så handler det i langt højere grad om **dokumentation som intern kommunikation** – At det, sygeplejerskerne skriver, skal kunne læses og forstås og være fyldestgørende og handlingsorienteret for andre. Således bliver dokumentation til et redskab til kommunikation, koordination og skabelse af kontinuitet i sygeplejen:

*Hvis man skal sikre **kontinuiteten**, så fordrer det bare en afsindigt god **dokumentation**. Vi har talt meget om det internt – fx når man skriver, 'husk at observere i næste vagt' – hvad er det så, jeg skal observere? Og hvad er det, jeg skal handle på, hvis der sker det og det? Jeg tror, man skal **kigge mere indad som sygeplejerske** og tænke: Når jeg læser det her, er det så klart, at man skal gøre sådan og sådan? Så den næste ved, hvad hun skal handle på i den næste vagt. Man skal **tænkte skridtet videre: Hvad er det, der skal handles på, og hvordan?** Så kan man **sikre kontinuiteten i behandlingen og plejen**. Men det tager **tid**. Jeg tror bare, det er vigtigt, at vi tager den tid til det for at sikre kontinuiteten.*

Det, sygeplejerskerne trækker frem i drøftelsen af dokumentation i relation til kompleksitet, er primært oplevelser af uensartet eller manglende dokumentation. Nogen peger på tid som årsagen. Andre peger på prioritering – det at skrive prioriteres lavere end mange andre opgaver. Andre igen peger på kompetencer – at sygeplejerskerne faktisk som oftest dokumenterer, men at det, der dokumenteres, ikke nødvendigvis fungerer særlig godt som kommunikation til at understøtte koordinerede forløb. En sygeplejerske kommer med et eksempel:

*Jeg er dokumentationsfreak, og det er ikke så lang tid siden, jeg har gået i skole, og vi er blevet pisket med **dokumentation, planer og mål**. Jeg tager det op, og vi snakker rigtig meget om det i gruppen, når jeg bliver sendt ud for at overtage en opgave fra andre, og jeg intet aner om, hvad det er jeg skal ud til, for der er **ikke blevet dokumenteret**. Der er en eller anden ydelse, men der står ikke noget notat om, hvad de har lavet, eller nogen plan eller mål med, hvad det er, vi skal gøre. Jeg ved ikke, hvor jeg skal tage det fra, for der står ikke noget.*

Når mange er involveret i et forløb, og når personkontinuiteten kan være lav, så bliver det kommunikative aspekt af sygeplejerskernes dokumentation væsentligere, end det måske har været tidligere. For eksempel gør flere opmærksom på væsentligheden af, at dokumentationen ikke bare skal sikre kontinuitet, men også **koordination, overblik og rollefordeling**:

*Vi er blevet bedre til at bruge fokusområderne i relation til fx et sår, et kateter. Hvis de fx bliver fulgt på et sårambulatorium eller et urologisk ambulatorium, så få sikret, at vi får **skrevet, hvor hovedansvaret ligger**, og et telefonnummer, og være **helt klare på: Hvad er planen?** Det hjælper rigtig meget, særligt for sådan en som mig, som ikke kører i noget område, men er springersygeplejerske. Og når forløb de kører, så er det fordi, der ligger nogen **helt klare retningslinjer for, hvem har ansvaret, hvem kan jeg kontakte**, og hvad **planen** med den behandling, vi er i gang med at udføre, er, og **alle ved, hvad de skal**.*

¹⁵ Journalføringspligten er beskrevet i Autorisationsloven (LBK nr. 990 af 18/08/2017), Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.) (nr. 1090 af 28. august 2016) samt Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (VEJ nr. 9019 af 15/01/2013).

Sygeplejerskerne er meget opmærksomme på at god dokumentation spiller en stor rolle i forhold til, om "det kører", eller det bliver komplekst. Det fremgik også tydeligt af observationsdelen, at sygeplejerskerne bruger lang tid om morgenen på at læse kollegaers dokumentation som forberedelse til dagens besøg. En sygeplejerske berettede at hendes leder gennem en årrække havde bemærket over for hende: "I gamle dage var I ude af døren kl. 7.45 – i dag sidder I og læser til 8.30". Og det var også tydeligt under observationen, at det, der var dokumenteret, i en del tilfælde ikke fungerede optimalt for de sygeplejersker, som skulle ud til borgerne den dag. Og at det både var medvirkende til at generere kompleksitet, og at det kostede tid. Når dokumentationen er mangelfuld forsøgte sygeplejerskerne i flere tilfælde at finde andre kilder – spørge rundt, slå op i andre systemer – eller simpelthen spørge borgerne eller deres pårørende, hvad deres kollegaer tidligere har sagt og gjort.

På spørgsmålet om, hvilke kompetencer den kommunale sygepleje havde allermest brug for, svarede en sygeplejerske med årelang erfaring fra et Universitetshospitals akutområde meget prompte: "At blive bedre til at dokumentere", og tilføjede senere, "Vi kan godt lidt have en tendens til at starte med farven på sengetøjet!". Igen er det vigtigt at tage sådanne udtalelser for det, de er: En enkelt sygeplejerskes personlige vurdering. Denne analyse kan ikke anvendes til at sige noget generelt om kvaliteten eller forekomsten af sygeplejerskers dokumentation, men den kan sige noget om, hvilken rolle dokumentation spiller i forhold til kompleksitet og de to relaterede temaer: kontinuitet og koordinering i forløb.

6.2.2 Kommunikationssystemer og kompleksitet

Når man observerer en sygeplejerskes arbejdsdag, er det tydeligt, at hun benytter sig af mange forskellige former for kommunikationssystemer. Sygeplejerskerne skriver **elektroniske beskeder** både til hinanden, til hjemmeplejen, til andre i kommunen, til egen læge, hospital, osv. Men der findes et væld af andre kommunikationssystemer: Sygeplejerskerne **ringer** – og der bliver ringet til dem. De **skriver i hånden** i bøger, mapper og papirer hos borgerne, de lægger papirslapper og post-its til andre, og de sætter en seddel op på skabet lige over vasken, hvor sondemaden gøres klar ude hos en borger for at sikre kommunikationen med den næste, der kommer, i håbet om, at det ikke kan overses. Sygeplejerskerne **taler** selvfølgelig også med hinanden og andre medarbejdere – om morgenen inden de kører ud, på fælleskontorerne og over frokosten. Alt sammen udgør det kommunikationssystemer.

Der kommunikeres – og koordineres – rigtig meget, og rigtig meget af kommunikationen lykkes og fungerer. Udfordringen opstår ofte i relation til **uklarhed og usikkerhed**. Kan jeg være sikker på, at det her bliver læst, og at der bliver handlet på det? Hvis jeg stiller et spørgsmål eller sender en besked til nogen – hvem følger så op på det, når/hvis der kommer svar?

Derfor kunne der under observationen også ses flere eksempler på, at sygeplejersker **benytter flere forskellige kommunikationssystemer om det samme** for at være mere sikre på, at opgaver koordineres, overdrages og følges op på. De skriver det både i omsorgssystemet og taler med den kollega, de gerne vil overbringe noget til. De sender en mail til tredjepart i en helt anden del af kommunen eller sundhedsvæsenet, dokumenterer det i omsorgssystemet og skriver det på en gul lap til sygeplejerskerne i aftenvagten, og sender en avis om det samme osv. Listen af eksempler er lang.

Det, sygeplejerskerne kan opleve som komplekst, er at navigere i kommunikationssystemer, hvor der nogen steder ofte opstår uklarhed og usikkerhed – og derfor bruges flere systemer og kanaler ofte parallelt. Dette handler ikke kun om uklarhed. Det handler også om, at flere af sygeplejerskerne

gav udtryk for, at skriftlig kommunikation – som ved fx dokumentation, anvendelse af henvendelsesblanketter og lignende – ikke altid opleves som hverken fyldestgørende eller effektivt til at skabe koordination og sammenhæng i forløb:

*Jeg oplever, at **kommunikationen** ofte sker **på skrift**, og for mig er der stor forskel på vores måde at tale på og den måde, vi skriver på. Når vi taler, er vi mere sådan: Hvad mener du, og hvad mener jeg, og hvad kan vi blive enige om? Men jeg har en helt anden måde at formulere mig på, når jeg skal dokumentere noget skriftligt, og hvad bliver der i og for sig ment med det, der er skrevet? Det kan handle om alt fra sygehuset, der melder noget hjem til vores visitation, og de skriver det på én måde – men det bliver opfattet på en anden måde. Men hvis man **snakker sammen**, så kan man nemmere få spurgt ind til de små ting, man hører. Og det går tabt, når man skriver. Man får ikke spurgt til det, der står mellem linjerne.*

Forholdet mellem skriftlig og mundtlig kommunikation er også relevant i forhold til sektorovergangen ved udskrivning. Kommunikation og koordination i forbindelse med udskrivning er et problemområde, der længe har været kendt. Der har været mange projekter og tiltag: Fremskudt kommunal visitation på hospitaler, diverse følge hjem- eller ringe hjem-ordninger, udskrivningssamtaler og ikke mindst de fælles rammer, der aftales inden for hver region, såsom samarbejds- eller kommunikationsaftaler. Imidlertid er kommunikation og koordination i forbindelse med udskrivning stadig et område, som ofte afstedkommer udfordringer og genererer kompleksitet i forløb.

6.2.3 Planlægningssystemer og kompleksitet

Planlægningssystemer er afgørende i en kommune, fordi ydelserne skal gives i hjemmet 24/7/365, ingen må glemmes eller overses, logistikken er afgørende, opgaverne skal være fordelt hensigtsmæssigt, så den enkelte medarbejder kan nå dem i sin vagt, men heller ikke har unødigt spildtid, og ydelser skal gives med et ensartet serviceniveau.

Planlægningssystemer er en samlet betegnelse for den kæde, der gør, at oplevede behov bliver vurderet, omsat til ydelser, som kan tidsfastsættes og kobles til bestemte arbejdsfunktioner, der igen besættes af skiftende personer.

I en kommune er hjemmesygeplejerskernes arbejde – ligesom hjælpernes og assistenternes – opgjort i ydelser, og hvor nogen har rettigheder til at oversætte et oplevet behov til ydelser, som andre igen via planlægningssystemer disponerer til de forskellige borgere og kobler til konkrete funktioners kørelister. I nogen kommuner er sygeplejerskerne selvvisiterende, i andre sidder en central visitation og foretager visitationen (bevillingen) af sygeplejeydelserne. Akutsygeplejerskerne adskiller sig ved stort set ingen faste patienter at have, og ved at deres kapacitet er væsentligt mere fleksibel end hjemmesygeplejerskernes.

Det, der opleves som komplekst i relation til planlægningssystemer, handler ofte om tid og tempo – systemet med dets mange led er grundlæggende set ikke designet til at handle hurtigt på ustabile patienter, som beskrevet i afsnit 4.4, side 27. Systemerne er bl.a. designet til at sikre ensartede serviceniveauer i organisationer med mange decentrale medarbejdere, der leverer ydelser i borgernes hjem. Således er det, der i kommunerne kaldes kvalitetsstandarder på dette område, beskrivelser af serviceniveauer. Og når ydelserne til borgerne skal leveres i hjemmet, er det nødvendigt at vide, at man med de medarbejdere, der er til rådighed, kan nå at komme i alle hjem i en vagt, og nå de opgaver, som der er visiteret til. Det har medvirket til at skabe et behov for at tidsfastsætte ydelserne.

Denne virkelighed er fundamentalt anderledes end på et hospital, hvor der kan ske koordinering og (om)fordeling af opgaver løbende, og hvor alle – såvel medarbejdere som patienter – er inden for relativt kort rækkevidde. Men når ydelserne foregår i hjemmene, så bliver behovet for planlægnings-systemer helt anderledes. Og i takt med at flere borgere i eget hjem er ustabile, og der skal kunne ændres hurtigere på ydelserne, beskriver sygeplejerskerne, at planlægnings-systemerne – med de led, der indgår i dem – er med til at gøre det komplekst for sygeplejerskerne. Det var det, vi så tidligere i afsnit 4.4 side 27 om uforudsigelighed og ustabile borgere, og hvor netop det at komme hurtigt gennem hele planlægnings-systemet var et af de forhold, sygeplejerskerne trak frem som værende afgørende for håndteringen af de ustabile borgere. Således er akutteams også placeret uden for de planlægnings-systemer, som gælder resten af hjemmeplejen, fordi planlægnings-systemernes primære formål er at sikre ensartet, jævn og sikker drift med så stor kapacitetsudnyttelse som muligt.

Et andet aspekt af planlægnings-systemer er belyst via citaterne i afsnit 6.1.2 side 51 om kontinuitet. Sygeplejerskerne oplever, at den måde, planlægnings-systemerne fungerer på i praksis, kan medvirke til at generere organisatorisk kompleksitet, fordi systemerne generelt set ikke opleves at være designet til at prioritere personkontinuitet. Derfor sås også en del eksempler – både under observation og interview – på, at sygeplejerskerne forsøger at ændre eller justere på det, planlægnings-systemerne producerer ved at flytte rundt på opgaver, kørelister og borgere, så der opnås lidt højere personkontinuitet.

6.3 Uklarhed og usikkerhed om arbejdsgange og kompleksitet

Med et stigende antal aktører, faldende kontinuitet, flere dokumentations-, kommunikations- og planlægnings-systemer vokser kompleksiteten i de organisatoriske systemer, sygeplejerskerne er en del af. Men kompleksiteten handler ikke kun om, at systemerne vokser. Det handler også om, måden de er organiseret på. Såvel observation af sygeplejerskernes hverdag som interviewene rummer eksempler på, at sygeplejerskerne oplever uklarhed og usikkerhed i forhold til organisatoriske forhold. Kan en sygeplejerske sætte et "§2-besøg" i værk, og i så fald hvordan? Hvordan bestiller man et bestemt hjælpemiddel – skal man ringe eller skrive, og i så fald til hvem og hvad leveres hvornår? Og er det overhovedet noget sygeplejerskerne selv kan bestille? Hvordan skal redskabet TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) egentlig bruges – og *skal* det bruges? Osv.

Der er tale om mange og forskelligartede forhold, som har det til fælles, at sygeplejerskerne under observation og i interview beretter, at de kan være i tvivl om, hvordan arbejdsgange fungerer, og følgelig kan de blive usikre på, hvordan en proces forløber. Ikke kun processer og arbejdsgange, de har brug for en gang i mellem – men arbejdsprocesser, som ligger inden for sygeplejen, som de nævnte eksempler herover. En sygeplejerske forklarer, hvordan hun oplever det:

*Jeg synes helt klart, det med **uklare arbejdsgange**, og hvem man skal kontakte, det er noget, der fylder i hverdagen. Så er der **skiftet kommandoveje**, eller nu skal det ikke gøres sådan, som det var tidligere, så er der **nye procedurer**, og så er der **cuttet i telefonider**, eller også skal man ind og skrive en lang formular. Det fylder, og det er hver dag.*

Men samlet set oplever sygeplejerskerne – med varierende intensitet – at de organisationer og systemer, de skal navigere i, på nogle områder fremstår uklare for dem. Ikke bare, når de kommer langt fra deres eget kerneområde, men også tæt på det. Særligt i relation til hjælpemiddelområdet var der mange sygeplejersker, som pegede på kompleksitet som følge af det, de oplevede som uklare, foranderlige arbejdsgange og processer:

*Jeg kan tage et eksempel, det kan være såresimpelt. Vi skal bare **bestille et hjælpemiddel** til en borger. Glem det! Sidst måned var det sådan her, jeg skulle bestille det, men nu er det ændret, og det er så sådan her. Og den besked har jeg så ikke fået om, at nu ser det sådan her ud, og jeg skal gøre sådan. Vi havde vores hjælpemiddelteam ude på vores personalemøde i går, og der var godt nok mange ahaoplevelser. Selv for sådan en som mig, der har været her i så mange år!”*

Samarbejdet med hjælpemiddelområde gik som sagt igen på tværs af interview, og om det skyldes uklare eller uhensigtsmæssige arbejdsgange eller dårlig kommunikation områderne imellem eller noget helt andet, kan denne analyse ikke afgøre. De kan blot konstatere, at udfordringerne på netop dette område går på tværs af flere kommuner.

Flere beskriver en også oplevelse af, at det ud over uklarheden også handler om, måden og tempoet forandringer eller nye tiltag bliver implementeret i:

Der bliver sat så mange skibe i søen, og der bliver sagt, at det er så enkelt at gøre. Fint nok: Men der er bare 20 ting, som er enkle at gøre! Og så er det bare ikke enkelt at gøre mere. Det er ikke fordi, vi ikke kan det, det er ikke, fordi det er svært, men det bliver bare lidt meget.

Igen må det understreges, at en analyse baseret på observation og interview ikke kan konkludere noget generelt om, hvordan det står til med implementering og forandringstempo i sygeplejerskerens organisationer. Men den kan påpege, at sygeplejerskerne generelt har en oplevelse af, at der er en del – nogen steder betydelig – organisatorisk uklarhed for dem, og at utydelig og mangelfuld implementering trækkes frem som en af de væsentlige årsager til det. Dette er også med til at generere organisatorisk kompleksitet for sygeplejerskerne – det bliver sværere for dem at navigere i systemerne på en hurtig, effektiv og ensartet måde.

6.4 Når organiseringen matcher komplekse opgaver

Der har i dette kapitel været fokus på en række organisatoriske forhold, som sygeplejerskerne oplever skaber kompleksitet. Når sygeplejerskerne beretter om kompleksitet, så handler det ofte om opgaver, der af den ene eller anden grund er svære at løse, og om forløb, de ikke kan få til at lykkes. Som dette kapitel har gjort klart, så skyldes det langt oftere en række forskellige systemiske og organisatoriske forhold, end det skyldes borgernes sygdom og sundhedstilstand.

Igen skal det understreges, at denne analyse ikke handler om gennemsnitlig kommunale sygepleje i hjemmet. Formålet er at blive klogere på, hvad kompleksitet er i den kommunale sygepleje. Så det kan ikke undre, at sygeplejerskernes fokus er på udfordrende, svære forløb, som naturligvis skaber et vist mål af frustration.

Men der var også enkelte eksempler på komplekse forløb, der lykkes. De terminale forløb er tidligere fremhævet som et område, hvor sygeplejerskerne oplever, at organiseringen omkring opgaverne fungerer bedre, hvor rammerne er klarere, og hvor prioriteringen af disse borgere også fremstår mere legitim for dem. Men der var også et andet eksempel på, hvordan forløb kan være, når organiseringen er klar og understøtter løsningen af komplekse opgaver, som både er ustabile, uafklarede og udvikler sig hurtigt – tilmed uden for dagtid. En akutsygeplejerske fortæller om et forløb:

*Det drejer sig om en mand der har en **hjernetumor**, der sidder i hans frontallap, og vi kender ham lidt i **akutteamet**. Han har så haft noget tics og nogen ufrivillige bevægelser,*

og det var kommet i ansigtet også. Der havde været en **vagtlæge** kl. 16, der havde givet noget binyrebarkhormon, og så blev jeg ringet op kl. 18 af en **assistent**, som gerne ville have mig ud og vurdere ham. Hun havde ringet til vagtlægen igen, og borgeren havde det stadigvæk skidt. Det første, jeg gjorde, var at **ringe** til den vagtlæge for at høre, hvad det helt præcist var, han ville have mig til, og **vi blev enige om**, at jeg skulle gå ud og vurdere ham alment. Så det gjorde jeg.

Jeg havde ikke noget fokus, og jeg vidste ikke, om det var noget cerebralt, eller om han havde en infektion. Han lå og var så febril, at **han ikke kunne fortælle mig noget**, og han kunne ikke være en del af udredningen. Jeg skulle selv finde ud af det sammen med personalet på stedet. Men jeg vidste, at han var tidligere kendt med noget infektion, hvor han godt kan reagere lidt anderledes. Og det viste sig også, at hans infektionstal var langt over, hvad min maskine overhovedet kunne måle. Så i stedet for, at det var noget cerebralt med ham, så var det nok hans infektion, der gjorde, at han havde det skidt. Så skulle jeg have fat i vagtlægen, som havde sendt mig ud og sige, at jeg tror måske det er hans infektion. Og vi blev enige om, at vagtlægen skulle lave en henvisning til **klinik for ældresygdomme** på [et hospital, red.], så de kunne **starte antibiotikabehandling op i eget hjem**. Jeg har, hvad jeg skal bruge til det, med i bilen, så jeg starter ud kl. 18.30, da jeg har lavet mine undersøgelser, og vi får lagt et venflon og taget de blodprøver, der skal til, og får givet ham første dosis.

Men det er så midt i et **vagtskifte**, og jeg har en **kollega**, der skal der ud kl 19, og hun skal sættes ind i opgaven, for hun skal så gøre det sidste. Og inden da skal der også være en **koordinering** med **klinik for ældresygdomme**, for nu er det dem, der har forløbet, så der skal laves en aftale om at få en læge ud og kigge på ham i dagtiden, for nu er det på baggrund af min vurdering, at han er startet op i antibiotikabehandling. Samtidig skal vi have **koordineret med os selv**, at få TOBS'et og fulgt op på behandlingen.

Der er så **mange aktører** i den her opgave, og jeg skal hele tiden have **overblikket**, men jeg skal jo have det **uddelegeret**, for vi bliver jo ikke i situationen [fordi hun er akutsygeplejerske, red.]. Jeg skal jo sikre mig, at der bliver fulgt op på de ting, der skal følges op på. Men det her, det er et eksempel på, når det lykkes.

Sygeplejersken i dette eksempel blev bedt om selv at komme med et bud på, hvad der karakteriserer de komplekse forløb, hvor hun oplever, at tingene lykkes. Hendes svar var:

*Der er en eller anden **struktur omkring mig, der gør, at jeg ved, at jeg kan skaffe den hjælp, jeg har brug for**. Det må gerne være uforudsigeligt, men så skal jeg have **nogen redskaber, jeg kan agere med**.*

Sygeplejersken påpeger noget centralt: Udfordringerne opstår ikke som direkte følge af komplekse uforudsigelige opgaver. Der opstår organisatorisk kompleksitet, når sygeplejerskerne ikke "kan skaffe den hjælp, hun har brug for", og ikke har "nogen redskaber, de kan agere med". Men det er også værd at bemærke, at casen, der lykkes, udelukkende handler om medicinsk kompleksitet. En akut dårlig uafklaret borger skal håndteres i hjemmet i vagttiden. Der indgår ingen yderligere social kompleksitet i denne case, og det er også værd at bemærke, at der er tale om en akutsygeplejerske, som ikke har nogen køreliste, men har stor fleksibilitet i forhold til hendes opgaveløsning og flere muligheder end en hjemmesygeplejerske.

Slutteligt skal det understreges, at denne analyse ikke er sundhedsfaglig og således ikke forholder sig til det diagnostiske og behandlingsmæssige indhold i forløbet. Den forholder sig udelukkende til,

at sygeplejersken oplever, at organiseringen matcher opgavernes kompleksitet, så forløbet lykkes – på trods af, at det sker i aftenvag, at vagtlæger er involveret, at der er en hospitalsenhed, som skal overtage et behandlingsansvar og følge op, at der skal koordineres med og uddelegeres til andet kommunalt personale – assistenten der tilkaldte sygeplejersken og sygeplejers egen kollega – og på trods af at der er brud på personkontinuiteten, for midt i det hele er der et vagtskifte. Organiseringen kan således medvirke til at få komplekse forløb til at lykkes, hvis de matcher opgavernes kompleksitet.

6.5 Opsamling: Organisatorisk kompleksitet

Organisatorisk kompleksitet er væsensforskellig fra de to øvrige former for kompleksitet – den medicinske og den sociale – i og med at organisatorisk kompleksitet ikke udspringer af forhold, relateret til borgernes sociale eller medicinske situation.

Organisatorisk kompleksitet udspringer af en lang række forhold, der vedrører hele det social- og sundhedsvæsen, som grundlæggende set er sat i værk for at hjælpe borgerne. De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (antallet af) aktører, fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. De handler om kontinuitet – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om systemer til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om arbejdsgange, som kan være mere eller mindre klare, mere eller mindre implementerede.

Sundhedsvæsenet vokser, ikke mindst i kommunerne. Flere enheder, teams, funktioner og midlertidige projekter opstår, og set over en længere årrække oplever mange af sygeplejerskerne med høj anciennitet, at der kort sagt bare er langt flere aktører, som potentielt set er inde over en borgers forløb. Både fordi der er flere – men også, fordi vi kan behandle langt mere end tidligere. Det øgede antal af aktører er en af de væsentligste faktorer, som sygeplejerskerne oplever skaber organisatorisk kompleksitet – fordi arbejdsdeling kræver koordinering. Det er her udfordringer opstår – og det er her, sygeplejerskerne ofte oplever, at de ender med at stå med en opgave, som ikke altid er særligt klart defineret, og som de heller ikke altid har kompetencerne og den fornødne systemviden til at kunne løse¹⁶.

Men behovet for koordination stiger ikke kun som følge af et stigende antal aktører og dermed en organisering – på tværs af sektorer, enheder og områder, som det bliver sværere og sværere for sygeplejerskerne at have overblik over. Det handler også om en oplevelse af, at flere opgave uddelegeres til andre medarbejdere, og dermed oplever sygeplejerskerne, at de får en mere koordinerende og mindre udførende rolle. Det kræver kompetencer at yde sygepleje på distancen – at lede en uddelegeret opgave frem for at gøre det selv. Både kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer. Dette er ikke at forveksle med personaleledelse, men sygeplejerskerne skal i dag kunne lede og tage ansvar for forløb, hvor de ikke selv udfører opgaverne – og det kræver ledelsesmæssige kompetencer.

Endelig stiger behovet for koordination, fordi sygeplejerskerne oplever, at graden af personkontinuitet falder eller blot er meget lav. Både deres egen og de øvrige hjælpere og assistenters kontinuitet

¹⁶ Den samme pointe ses i afrapporteringen af sundhedskartellets uddannelsesprojekt "Sundhedsvæsenet er i sig selv et særdeles komplekst og sammensat system – en karakter, der kun synes at vokse i takt med udviklingen af nye former for tjenester og services, men også i takt med internationalisering samt de stadig mindre faste grænser mellem sektorer og mellem sundhed og socialområde og arbejdsmarkedsområde. Det kan derfor være vanskeligt at forstå, hvordan det samlede sundhedssystem "virker", og hvordan de vigtigste drivere virker ind på systemets dynamik og udvikling. Der kan være gode grunde til på sundhedsuddannelserne at prioritere indsigt i eller viden om sundhedssystemets virkemåde." (Implement/AAU 2014).

i relation til de enkelte borgere, men også kontinuiteten i relationen mellem sygeplejersker og grupper af hjælpere og assistenter. Der var variation på dette område – i nogle kommuner oplevedes en meget lav grad af personkontinuitet, i andre var oplevelsen, at kontinuiteten var højere, men fælles var, at sygeplejerskerne lagde meget stor vægt på værdien af en øget personkontinuitet i relation til borgere såvel som medarbejdere. Det skyldes, at sygeplejerskerne oplever, at lav kontinuitet fører til øget koordineringsarbejde og ringere koordination, øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på en borger, øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt, ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde omkring borgere, idet ingen rigtigt kender en borger, hvis personkontinuiteten er lav. Det fører også til mindre uddelegering, når der er lav kontinuitet i medarbejderrelationerne, fordi sygeplejerskerne selv påpeger, at de føler sig for usikre på de enkelte hjælpere og assistenters kompetencer, når de ikke kender dem. Og sygeplejerskerne oplever også et øget pres både samarbejdsparter, borger og pårørende, der har en forventning om, at der er en konkret sygeplejerske tilknyttet en borger, som har overblikket, er tovholder, kender patienten (og de pårørende) og kan fungere som kontaktperson. Det er klart, at en lav grad af personkontinuitet kalder på meget stærke koordinerende, herunder kommunikative, kompetencer. Sygeplejerskerne peger selv på, at det stiller store krav til deres dokumentation, og at den kan være med til at sikre kontinuitet i forløb, hvor personkontinuiteten er lav. Men det er et åbent spørgsmål, i hvilket grad vejen frem er flere koordinerende kompetencer, eller om vejen frem snarere er en ledelse, styring og organisering af sundhedsvæsenet, ikke mindst det nære sundhedsvæsen, hvor personkontinuitet prioriteres på en hel anden vis. Fuld kontinuitet i alle relationer er utopi. Men selv marginale forbedringer vil reducere den organisatoriske kompleksitet.

Organisatorisk kompleksitet udspringer også af de systemer og arbejdsgange, der anvendes – og graden af (u)klarhed omkring dem – både dokumentations-, kommunikations- og planlægnings-systemer. Dokumentation har flere formål – både at sikre den lovpligtige dokumentation af forløb, men i høj grad er dokumentation et kommunikationsredskab, som bliver mere og mere afgørende ved lav personkontinuitet. Det, sygeplejerskerne trækker frem i relation til dokumentation, er primært oplevelser af uensartet eller manglende dokumentation. De ser forskelligt på årsagerne. Nogle peger på tid, som årsagen. Andre peger på prioritering, fordi det at skrive prioriteres lavere end mange andre opgaver. Andre igen peger på kompetencer: at sygeplejerskerne som oftest dokumenterer, men at det, der dokumenteres, ikke nødvendigvis fungerer særlig godt som kommunikation til at sikre koordination i forløb. Denne analyses empiriske grundlag kan ikke bruges til at fastslå, hvad årsagerne er. Den må nøjes med at konstatere, at sygeplejerskerne selv oplever, at uensartet og manglende dokumentation er en udfordring – og de tre dages observation understøtter dette: De bød alle på udfordringer med netop dette tema.

Endelig sås et tema relateret til uklarhed og usikkerhed omkring arbejdsgange helt generelt. Organisationerne vokser og bliver mere uddifferentierede, nye teams, enheder og projekter opstår, og procedurer, snitflader og arbejdsgange ændres. I takt med denne udvikling bliver det også sværere for medarbejderne at bevare overblikket over deres egen organisation, dens funktionsmåder og arbejdsgange, men også overblikket over relevante samarbejdsparters organisering og arbejdsgange. Dette kalder i høj grad på kompetencer – men primært på ledelsesmæssige kompetencer i forhold til implementering, samt effektiv, sikker og relevant spredning af organisatorisk viden.

7 Intermezzo: Hvad er sygeplejerskernes opgave?

Inden det afsluttende konklusionskapitel præsenteres her en diskussion af et centralt tværgående tema i analysen: Hvad er sygeplejerskernes opgave egentlig? De cases, som er anvendt – særligt i kapitel 5 (side 32) om social kompleksitet – bærer præg af, at sygeplejerskerne løser en række opgaver, som ikke altid er direkte sygeplejefaglige, og som ofte ligger ud over de ydelser, der er visiteret. Denne analyses formål er ikke at forholde sig kvantitativt eller normativt til dette – og dermed vurdere, hvor ofte det sker, eller hvorvidt det er hensigtsmæssigt. Formålet er udelukkende at få viden om sygeplejerskernes perspektiv på dette.

Det kan måske overraske, at en sygeplejerske bruger en halv dag på at finde ud af, hvad hun skal gøre med en indlagt borgers hund, en anden bruger tid på at forsøge at finde ud af, hvad man mon kan gøre i forhold til et lille barn, som forældrene ikke magter, fordi moren er terminal kræftpatient, og faren i dyb krise, og en tredje forsøger at fylde et køleskab, et køkken og til dels også en lejlighed hos en nyankommet flygtning. Rækken af eksempler på opgaver, der søges løst, men som ikke er på sygeplejerskernes kørelister, er lang og varieret.

Sygeplejerskernes egne forklaringer på dette er ofte, at de har en oplevelse af, at hvis ikke de handler, så er der risiko for, at der slet ikke bliver handlet på det, de mener kræver handling. Denne analyse kan ikke afgøre, om det forholder sig sådan. Men sygeplejerskernes har en oplevelse af at have ”set noget” og tænkt: ”og hvis jeg lukker døren og går, hvad sker der så?”. Ofte kæder de det sammen med det vilkår, at de arbejder i hjemmet, og de oplever en stor forskel på at lukke døren til en firsengsstue på en specialiseret afdeling, og at lukke døren til et hjem, hvor der måske ikke kommer andre end dem, eller hvor de er højeste kompetenceniveau i hjemmet. En sygeplejerske forklarer, hvordan hun oplever det:

Jeg har været på hospital i 22 år, og der har vi skyklapper på. Inde på sygehuset er det meget mere skåret ud i pap, at her tager vi os af så og så meget af kroppen, og hvad der er med resten af din krop, det må du gå til din egen læge med. Men det gør man altså ikke ude i hjemmeplejen. Det er fra top til tå. Der skal jeg se på det hele menneske og, hvordan de fungerer i en hverdag, og forholde mig til, hvordan hjælper jeg dig bedst.

*Det kan også være komplekst i sygehusregi, men der ved jeg bare præcist, hvem der har ansvaret, hvem jeg skal ringe til, hvem jeg skal kontakte. Jeg ved præcis, hvad jeg skal gøre, hvis den her patient bliver dårligere. Det ved jeg ikke altid, når jeg står ude i et hjem. Det er noget med: Hov, nu har vi en borger, der er kommet på aflastning – hvem tager sig så af den hund? Eller: Hvad med det barn, jeg mødte, da jeg var ude og besøge en ældre dame. Jeg kunne jo se, at det barn, hun havde det helt vildt dårligt – er det så min opgave at tage mig af det barn der? Hvem skal jeg ringe til i det tilfælde? **Der kommer så mange andre ting ind over hele tiden.** Der er en uforudsigelighed, man hele tiden skal forholde sig til. På sygehuset er det også en patient, der kommer ind. I hjemmesygeplejen ser du patienten i deres egne omgivelser. Der er alle de her parametre: Der er manden, der er hunden, der er børnene, der er katten. Jeg har en kollega, der har adopteret en fugl: Borgeren er indlagt, og hvad skulle hun gøre med fuglen? Skal man bare lukke døren?*

Sygeplejerskerne i denne analyse giver ikke udtryk for, at de har svært ved at udføre deres sygeplejefaglige opgaver. Men de forløb, de oplever som komplekse, er kendetegnet ved, at de ofte har sværere ved at afgrænse deres opgaver i dem. De får, tager, tildeles, glider ind i en lang række koordinerende, organiserende, problemløsende opgaver, som vanskeligt lader sig afgrænse. De

ender ofte i det, de selv beskriver som en tovholderrolle. Og når den ikke er en del af de visiterede ydelser, hvad forklarer så, at de i case efter case ender op med den rolle? Mange af dem svarer noget i retning af denne sygeplejerske:

*Det er måske også noget med **vores faglige identitet**. Vi tager måske også nogen gange nogen opgaver til os, som vi ikke er tillagt, men vi har svært ved bare at acceptere, at det her kan vi ikke gøre noget ved. Vi er nødt til at finde nogen løsninger på de her ting.*

Andre forholder sig også til det, som disse tre citater viser:

*Den der **tovholderrolle**, den er vi jo opdraget med. Det har vi jo lært som elever på sygehuset. Det er jo os, der skal stå der, inden lægen kommer, og være parat og være tovholder og have stillet de rigtige spørgsmål til patienten. Det er jo noget, vi er opdraget med. Det kan godt være, at det ikke ligger i vores jobbeskrivelse, men det er noget, der forventes af os. Også fra alle dem, der er rundt omkring os.*

*Nogen gange er det også som om, **vores område det ikke er så afgrænset**. En socialrådgiver har ligesom en kasse, hun arbejder inden for. Hun går ikke ud over kassen. Men vi er ikke så afgrænsede med hensyn til, hvad det er, vi skal tage os af. Det gør det svært, og der bliver mange ting, vi kommer til at tage os af.*

Alle bliver frustrerede, hvis sygeplejersken vil ramme sit funktionsområde ind og sige, hvad vi gør, og hvad vi ikke gør.

Sygeplejerskerne oplever således i mange af de tilfælde, hvor det bliver komplekst, at deres opgaver "ikke er så afgrænsede" og ikke er "rammet ind". Til gengæld oplever de ofte, at andre enheders, sektorer og medarbejders opgaver er klarere afgrænset. Men sygeplejerskerne efterlyser ikke mere afgrænsning – for det er tydeligt at se, at de ender med de uafgrænsede, ikke-indrammede opgaver alligevel. Om det skyldes fagidentitet, uddannelsen, bekymringen for, hvad der kan ske, hvis de ikke gør, eller noget helt andet, kan denne analyse ikke afgøre.

Når sygeplejerskerne ofte ender i en koordinerende tovholderrolle – også i de hjem, hvor de ikke har den rolle formelt set – så handler det også om, at de oplever, at andre forventer det af dem. Sygeplejerskerne oplever, at hjælperne og assistenterne går til sygeplejerskerne med de opgaver og udfordringer, der ligger uden for deres egne ydelser, og ikke til deres egen leder. De oplever, at egen læge ønsker at tale med "hjemmesygeplejersken", og det samme gælder hospitalet, de pårørende og mange andre.

Sygeplejerskerne er ofte det højeste kompetenceniveau, som kommer regelmæssigt i hjemmet. Læger og hospitaler er noget, vi som borgere oftest besøger for kortere eller længere tid. Her ser man ikke hjemmet og dermed heller ikke nødvendigvis de mange andre udfordringer, som sygeplejerskerne oplever kræver løsning, håndtering, at "nogen tager ansvar", som de ofte formulerer det. Derudover oplever sygeplejerskerne oplever, at når læger i nogen tilfælde modarbejder dosisdispensering, så handler det om ikke altid om selve medicinadministrationen, men snarere om, at lægen gerne vil have, at der kommer en sygeplejerske i hjemmet:

Lægerne sender os også ofte ud og vil ikke have dosisdispensering, for så kommer vi i det mindste en gang i mellem ud og ser hans patienter.

Dette er helt parallelt med det, sygeplejerskerne selv fortæller, at de også gør i flere cases: Holder fast i manuel medicinadministration, fordi de er bekymrede for, hvad der sker, hvis der ikke kommer

en sygeplejerske i hjemmet. Der ligger ingen kritisk undertone i deres påpegning af, at de praktiserende læger gør det samme. Alligevel frustrerer det dem, at rollen og opgaverne er uklare, og at de ofte står med mere eller mindre socialfaglige opgaver, de har svært ved at afgrænse, uddelegere, løse eller inddrage andre i at få løst:

*Når man bliver udskrevet til medicinadministration – det er jo det mindste af det. Der er jo også en forventning om, at **'vi vil gerne have dine øje på, hvad det er, der sker i det hjem'**. Det er bare **under dækket af panodil og vitaminer**. Måske skal vi bare kalde en spade for en spade, og så var det måske ikke min opgave, men i stedet en socialrådgiver, der skulle ud i de hjem.*

At de koordinerende tovholderopgaver fylder meget for sygeplejerplejerskerne i relation til kompleksitet er tydeligt, og at de føler, det er svært at afgrænse deres opgaver er også tydeligt, hvilket såvel observation som interview kan bekræfte. Sygeplejerskerne laver mange andre opgaver end dem, der står på deres køreliste eller er defineret i kommunens ydelseskatalog.

Samlet set peger empirien på, at sygeplejerskernes kerneopgaver er i udvikling, men at det ikke nødvendigvis er så tydeligt, hvad det er for en udvikling, og hvad den egentlig betyder for sygeplejerskernes rolle, funktion og ikke mindst deres kompetencer. Denne samtale mellem en gruppe sygeplejersker illustrerer dette:

*I min kommune har vi talt meget om, hvad sygeplejerskernes **kerneområder** egentlig er. Der var ikke noget entydigt svar. Men det er vel at yde **omsorg**?*

Jeg ved det ikke længere - jeg ser egentlig mere mig selv i den der tovholderfunktion.

Men omsorgen er da baggrunden for din tovholderfunktion?

*Jooh. Men **jeg er ikke udfører af plejen**. Det får jeg jo nogen hjemmeplejere til at gøre.*

Sygeplejerskerne ser forskelligt på, hvad deres kerneopgaver er. Der opstår et fagligt dilemma for dem i spændfeltet mellem på den ene side at være den, der yder omsorg (pleje og behandling) direkte til en borger, og på den anden side, at være den koordinerende tovholder i forløb, hvor en lang række andre medarbejdere kommer i hjemmet, og en lang række eksterne også er involveret – særligt fordi fagidentitet, forventninger, ydelser og organisatoriske rammer ikke altid understøtter hinanden og dermed skaber krydspres i sygeplejerskernes hverdag.

8 Konklusion

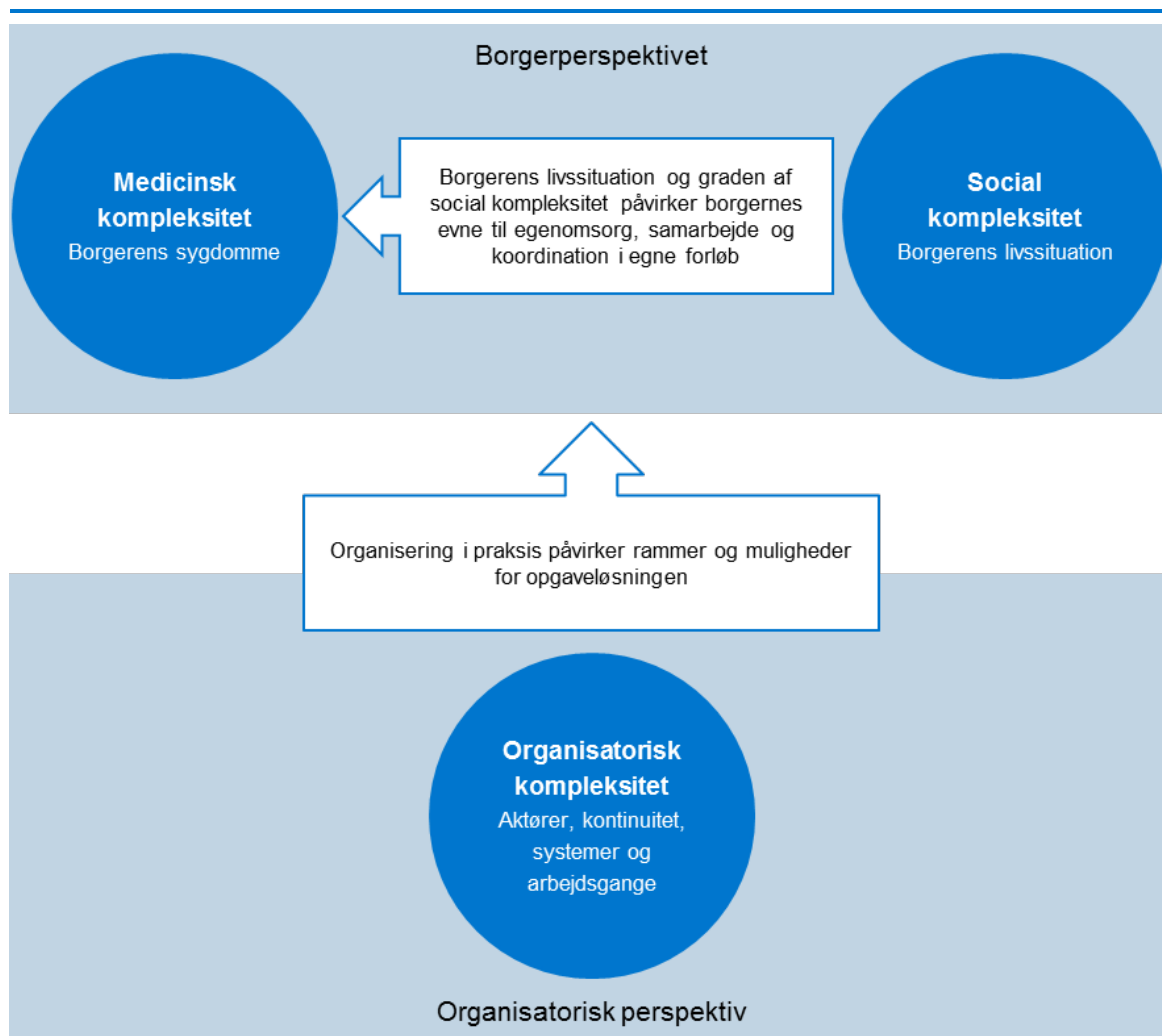
Formålet med denne analyse er (1) at generere **konkret viden om kompleksitet i den kommunale sygepleje**, set fra sygeplejerskernes perspektiv: Hvordan kommer kompleksitet til udtryk i sygeplejerskernes hverdag, hvilke udfordringer giver det sygeplejerskerne i kommunerne, og hvordan håndterer sygeplejerskerne kompleksitet – hvilke dilemmaer og strategier kan iagttages? Og (2) at udvikle en **mere nuanceret forståelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje**, herunder af forskellige typer af kompleksitet, de drivere, der skaber kompleksitet, samt de kompetencemæssige behov, som forskellige former for kompleksitet skaber.

I dette kapitel præsenteres i afsnit 8.1 den samlede model over kompleksitet i den kommunale sygepleje, der samler op kapitel 3-7 og medtager de undertemaer, som er fremkommet via analysekapitlerne. I afsnit 8.2-8.4 opsummeres konklusioner i forhold til medicinsk, social og organisatorisk kompleksitet – både med hensyn til undertemaer, årsager og de konsekvenser for kompetencer, som denne analyse af kompleksitet kan pege i retning af. I afsnit 8.5 diskuteres forholdet mellem de forskellige former for kompleksitet.

8.1 En model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Denne analyse har tegnet et billede af kompleksitet i de kommunale sygepleje ud fra observation af og interview med sygeplejersker. På den baggrund er der udviklet en model over kompleksitet i den kommunale sygepleje. Der er som nævnt ikke tale om en teori, men om en model, der opsummerer og systematiserer de temaer i relation til kompleksitet, som er fremkommet på baggrund af analysens empiriske grundlag. Det, som er medtaget i modellen, er de perspektiver, dimensioner, temaer og relationer mellem dem, som sygeplejerskerne har fremhævet. Modellen blev indledningsvist præsenteret i kapitel 3 side 17, og herefter er modellens tre dimensioner – medicinske kompleksitet, social kompleksitet og organisatorisk kompleksitet – udfoldet i de efterfølgende tre analysekapitler (kapitel 4-6). Herunder præsenteres modellen afslutningsvis.

Figur 8.1 Model over kompleksitet i den kommunale sygepleje



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af rapportens empiriske grundlag.

Den udvikling, der er sket i de kommunale sygeplejerskers virke, har konsekvenser for de kompetencer, de har brug for. Som analysen har vist, er der ikke entydighed eller enighed om, hvad sygeplejerskerne opgaver er eller bør være – hvilket fremgik tydeligst af intermezzoet i kapitel 7 om forskellige perspektiver på sygeplejerskerne opgave. Der opstår et dilemma mellem på den ene side de konkrete ydelser på sygeplejerskeres kørelister – og på den anden siden den tovholderrolle og de koordinerende opgaver, der i mange tilfælde rækker langt ud over de afgrænsede sygeplejefaglige ydelser, der er visiteret til. Hvilke kompetencer, der er behov for, afhænger af, hvilken rolle og funktion sygeplejerskerne i kommunerne skal have fremadrettet, og det ligger uden for denne analyse at afgøre dette. Men analysen kan give en indikation af, hvilke konsekvenser de beskrevne former for kompleksitet har for kompetencebehovet. I de følgende afsnit om modellens dimensioner er konsekvenser for kompetencer derfor medtaget, idet det beskrives, hvilke typer af kompetencer de former for kompleksitet, som sygeplejerskerne har beskrevet, kalder på.

8.2 Medicinsk kompleksitet

Borgerens sygdom(me) kan rumme varierende grader af medicinsk kompleksitet, særligt relateret til multisygdom og polyfarmaci, instrumentel specialiseret sygepleje, terminale palliative forløb samt sygdomssituationer, som er præget af ustabilitet og uforudsigelighed. De ydelser, som sygeplejerskerne skal levere – ifølge ydelseskataloger og kørelister – er i al væsentlighed relateret til borgernes sygdomssituation.

I debatten omkring den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje, har der været et stort fokus på medicinsk kompleksitet, mere specifikt den del, som i analysens i kapitel 4 er benævnt instrumentel, specialiseret sygepleje. Denne analyse peger på, at medicinsk kompleksitet set i sygeplejerskernes perspektiv også handler om temaer relateret til multisygdom, terminale forløb, samt graden af ustabilitet og uafklarethed i forløb.

Sygeplejerskerne har dog generelt en tendens til *ikke* at betegne de udfordringer, de møder i relation til borgerens medicinske situation, som et udtryk for kompleksitet – men i stedet som ”udfordringer”. Det kan skyldes, at sygeplejerskerne – som sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen – har lettere ved at finde løsninger på de udfordringer, de møder af medicinsk karakter – end de udfordringer, de møder af social og organisatorisk karakter, jf. afsnit 4.5.

Dette betyder, at de udfordringer – og tilhørende kompetencebehov – som sygeplejerskerne oplever i relation til borgernes sygdomssituation, ikke let indfanges via en analyse med fokus på kompleksitet. For at illustrere kompetencebehovet og forekomsten af specialiseret sygepleje har analysen derfor inddraget data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse, som viste, at næsten 1/3 af sygeplejerskerne varetager specialiserede sygeplejeopgaver enten hver dag eller næsten hver dag, og at 60 % af disse selv mener, de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau, jf. afsnit 4.2. Det antyder, at der er behov for flere medicinske kompetencer inden for specialiserede områder, men det har ikke været et gennemgående tema i det empiriske grundlag for denne analyse. Det bør understreges, at denne analysens formål ikke har været at indfange sygeplejerskernes vurdering af deres eget kompetencebehov – i modsætning til den refererede spørgeskemaundersøgelse. Fokus har været deres oplevelse og forståelse af kompleksitet i sygeplejen. I denne analyse har sygeplejerskerne peget på et behov for *lettere adgang til specifik viden* og sparring i relation til enkeltborgers behov for specialiseret og ofte instrumentel sygepleje. Behovet for kompetencer afhænger nemlig af volumen af en opgave, og det var baggrunden for, at sygeplejersker ofte lagde vægt på adgangen til specifik og relevant faglig sparring, viden og i nogen tilfælde også oplæring i relation til en konkret borgers behandling eller pleje – mere end de lagde vægt på behovet for generelle kompetencer inden for specialiseret sygepleje.

Endelig pegede nogle af hjemmesygeplejerskerne på behovet for kompetencer til at kunne vurdere mere ustabile, uafklarede og akut dårlige borgere i hjemmet. Akutsygeplejerskerne har ofte dette som en af deres kerneopgaver, men hjemmesygeplejersker oplever også, at de i stigende grad kommer i hjem, hvor sygere og mere ustabile borgers situation skal håndteres, og hvor sygeplejerske skal vurdere, hvad der skal ske, og hvem der evt. skal inddrages. Denne udvikling har betydning for sygeplejerskernes kompetencebehov.

8.3 Social kompleksitet

Social kompleksitet opstår som følge af forhold relateret til borgernes livssituation, der ikke direkte er relateret til de medicinske udfordringer, der skal ydes sygepleje i relation til.

De aspekter ved borgernes livssituation, som sygeplejerskerne i denne analyse har peget på ofte skaber social kompleksitet, er nedsat kognitiv funktion (fx som følge af demens eller senhjerne-skade), psykisk sygdom, misbrug og social udsathed. Men det kan også handle om borgere med andet sprog eller anden kultur, som kan gøre det sværere for sygeplejerskerne at kommunikere og samarbejde med borgerne, eller pårørenderelationer, som er konfliktfyldte eller på anden måde problematiske, fx i relation til børn i hjemmet.

Fællesnævneren for disse meget forskellige aspekter ved borgerens livssituationer er, at de ikke er den direkte årsag til, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet, idet sygeplejerskernes opgaver typisk er relateret til somatisk sygdom eller medicinadministration. Men de kan generere social kompleksitet, fordi de kan påvirke borgernes mestringsevne og egenomsorg, eller deres evne til at samarbejde med og navigere i sundhedsvæsenet og koordinere deres egne forløb. Set i sygeplejerskernes perspektiv er social kompleksitet det, der gør, at borgerne bliver sværere at hjælpe. Dette fordi disse borgere har sværere ved at følge en pleje- eller behandlingsplan og deltage aktivt i forløbet omkring de ydelser, sygeplejen skal levere, og de sygeplejefaglige problemstillinger, de skal håndtere – men også fordi forløbene ofte opbyder en lang række andre udfordringer og problemstillinger, som sygeplejerskerne bliver involveret i.

Modellen med dens undertemaer i relation til social kompleksitet er ikke kausal, i den forstand at det langt fra er *alle* borgere med fx demens eller andet sprog, som er svære at hjælpe, og hvor sygeplejerskerne oplever social kompleksitet. Modellen påpeger kun, hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever der typisk kan generere social kompleksitet.

Et gennemgående træk ved mange cases i analyserne var, at sygeplejerskerne – som følge af social kompleksitet – blev involveret i løsningen af en række udfordringer og opgaver, som ofte var helt urelaterede til de konkrete (og ofte centralt visiterede) sygeplejefaglige ydelse. Dette sker af mange årsager: Både fordi sygeplejerskerne kommer i hjemmet og ser udfordringer, som de føler, de er nødt til at handle på; fordi sygeplejerskerne oplever, at andre forventer det af dem (fx egen læge, hjælpergrupper m.fl.); fordi de selv ser det som en del af deres fagidentitet at forholde sig til andet og mere end de konkrete (visiterede) sygeplejeydelser. Men det sker også fordi sygeplejerskerne – ydelseskataloger til trods – ikke oplever, at deres opgaver er lige så klart afgrænsede som andre medarbejdergruppers. Det efterlader sygeplejerskerne i et dilemma mellem på den ene side klart definerede sygeplejeopgaver i et ydelseskatalog og på den anden side borgere med høj social kompleksitet, hvor sygeplejerskerne oplever, at de ofte ender i en koordinerende, problemløsende tovholderfunktion i relation til en lang række meget forskelligartede problemstillinger, som ligger ud over de visiterede sygeplejefaglige ydelser.

Der kan anlægges forskellige perspektiver på, hvilken rolle sygeplejerskerne skal spille i forhold til at håndtere borgere præget af social kompleksitet. Der kan både argumenteres for, at sygeplejen skal være bedre til at fokusere mere snævert på de rent sygeplejefaglige (og ofte mere instrumentelle) ydelser – og der kan argumenteres for, at sygeplejerskerne skal indtage en mere tydeligt og koordinerende tovholderrolle over for netop borgere med høj social kompleksitet. Uagtet hvilket perspektiv man har på sygeplejen i kommunerne, peger denne analyse imidlertid på, at der ikke udelukkende er tale om isolerede socialfaglige opgaver på dette område, som kan afgrænses og uddelegeres til andre. I nogle tilfælde peger sygeplejerskerne selv på, at det kunne være en god idé at have socialrådgivere tilknyttet hjemme(syge)plejen. I andre tilfælde er det snarere det, de benævner som en "hjemme-hos'er", der er behov for, til at støtte borgeren i at mestre hverdagen. I mange andre cases er der tale om social kompleksitet, der er tæt sammenvævet med de medicinske problematikker, og som gør, at sygeplejerskerne oplever at mangle kompetencer på disse områder.

De kompetencer, sygeplejerskerne ofte får brug for i relation til disse borgeres forløb, falder i to grupper. Mest tydeligt i datamaterialet var behovet for kompetencer inden for psykiatrien. Sygeplejerskerne i denne analyse yder ikke psykiatrisk sygepleje – på samme måde som i fx distriktspsykiatrien – men ofte kræver håndteringen af de medicinske problematikker hos borgere med psykiske lidelser stærkere kompetencer på det psykiatriske område. Både i forhold til sygeplejerskernes deres egen funktion, men i andre tilfælde også i forhold til at kunne hjælpe det øvrige plejepersonale – eller andre – som kommer i hjemmet hos psykisk syge¹⁷. Den anden type af kompetencer, som håndteringen af disse borgere kalder på, handler om en høj grad systemviden (hvem kan hjælpe med hvad – også langt uden for det traditionelle sundhedsvæsen) og kompetencer til at mobilisere og koordinere løsninger i forløb præget af høj social kompleksitet.

8.4 Organisatorisk kompleksitet

Endelig rummer modellen et organisatorisk perspektiv. Organisatorisk kompleksitet er væsensforskellig fra medicinske og social kompleksitet, fordi organisatorisk kompleksitet ikke udspringer af forhold relateret til borgernes situation, men i stedet opstår som følge af, måden sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis.

De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (antallet af) aktører, fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. De handler om kontinuitet – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om systemer til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om arbejdsgange, som kan være mere eller mindre klare, mere eller mindre implementerede.

Sygeplejerskerne oplever et voksende antal aktører, som potentielt set er inde over en borgers forløb. Det øgede antal af aktører er en af de væsentligste faktorer, som sygeplejerskerne oplever skaber organisatorisk kompleksitet, fordi arbejdsdeling mellem mange kræver mere koordinering. Det er her, udfordringer opstår, og det er her, sygeplejerskerne ofte oplever, at de ender med at stå med en opgave, som ikke altid er særligt klart defineret, og som de heller ikke altid har kompetencerne og den fornødne systemviden til at kunne løse. Dette er nært relateret til spørgsmålet om personkontinuitet – både kontinuitet i relation til de enkelte borgere, men også kontinuiteten i relationen mellem sygeplejersker og grupper af hjælpere og assistenter. Uanset om der i de enkelte kommuner var en oplevelse af meget lav eller højere kontinuitet, lagde sygeplejerskerne stor vægt på værdien af øget personkontinuitet. De oplever, at lav kontinuitet fører til øget koordineringsarbejde og ringere koordination, øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på en borger, øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt, ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde omkring borgere, idet ingen rigtigt kender en borger, hvis personkontinuiteten er lav. Men det fører også til mindre uddelegering, når der er lav kontinuitet i medarbejderrelationerne, fordi sygeplejerskerne selv påpeger, at de føler sig for usikre på de enkelte hjælpere og assistenters kompetencer, når de ikke kender dem. Spørgsmålet, som rejses i denne analyse er, i hvilket omfang løsningen er flere koordinerende kompetencer til sygeplejerskerne, eller om løsningen også er et langt større ledelsesmæssigt fokus på personkontinuitet.

Behovet for koordination stiger også, fordi flere opgaver uddelegeres til andre medarbejdere, og dermed oplever sygeplejerskerne, at de får en mere koordinerende og mindre udførende rolle. Det kræver både kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer at yde sygepleje på distancen – at

¹⁷ Det bemærkes, at i en analyse af hjemmesygeplejens somatiske opgaver i udvikling fra 2009, fandt sygeplejerskerne alligevel anledning til at fremkomme med samme synspunkt: at de oplever et kompetencebehov på det psykiatriske område (Vinge & Kilsmark 2009, s. 91 ff).

lede en uddelegeret opgave frem for at gøre det selv. Sygeplejerskerne skal have kompetencer til at kunne lede og tage ansvar for forløb, hvor de ikke selv udfører opgaverne.

Endelig sås et tema relateret til uklarhed og usikkerhed omkring arbejdsgange helt generelt. Organisationerne vokser og bliver mere uddifferentierede, nye teams, enheder og projekter opstår, og procedurer, snitflader og arbejdsgange ændres. I takt med denne udvikling bliver det også sværere for medarbejderne at bevare overblikket over deres egen organisation, dens funktionsmåder og arbejdsgange, men også overblikket over relevante samarbejdspartners organisering og arbejdsgange. Dette kalder i høj grad på kompetencer – men måske primært på ledelsesmæssige kompetencer i forhold til implementering, samt effektiv, sikker og relevant spredning af organisatorisk viden.

8.5 Borgerrelateret kompleksitet vs. organisatorisk kompleksitet

Som beskrevet indledningsvist har modellen både et borgerperspektiv og et organisatorisk perspektiv. Borgerperspektivet fokuserer på, hvilke karakteristika borgere, hvis forløb ofte bliver komplekse, har. Kapitel 4 og 5 har til sammen omhandlet de to dimensioner af kompleksitet, der udspringer af forhold hos borgerne – enten medicinske forhold relateret til borgernes sygdomsbillede eller sociale forhold relateret til borgernes livssituation. Inden for dette perspektiv fylder temaerne omkring social kompleksitet langt mere i sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet, end medicinsk kompleksitet. En af årsagerne til dette kan være, at sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen har væsentligt lettere ved at finde løsninger på sundhedsfaglige udfordringer, end de har ved håndtere de mangfoldige udfordringer, der opstår som følge af sociale kompleksitet. Ikke kun på grund af kompetencer – men fordi hele sundhedssystemet i højere grad er gearret til at løse sundhedsfaglige udfordringer med sundhedsfaglige metoder. Således kan sygeplejerskernes vægtning af social kompleksitet – og deres vægring ved at betegne udfordringer på det medicinske område som udtryk for kompleksitet – ikke ses som et *kvantitativt* udtryk for, at der er mere social kompleksitet derude, og meget begrænset medicinsk kompleksitet. Det kan udelukkende ses som et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

Den samme argumentation kan anvendes i relationen mellem borgerrelateret og organisatorisk kompleksitet. Det, der volder sygeplejerskerne store udfordringer i forhold til opgaveløsningen, er i mange tilfælde forhold, som har organisatoriske rødder – når organiseringen ikke matcher de opgaver, sygeplejerskerne enten er sat til at løse eller føler, at de bør gå ind i løsningen af. Og den organisatoriske kompleksitet – med alle dens undertemaer – er et af de områder, den enkelte sygeplejerske har mindst indflydelse på. Hun forsøger at navigere i det og skabe gode forløb, koordination – under de vilkår, der nu engang er. Dette fokus på at skabe forløb, sammenhæng, helhed, løse problemer og komme videre er givetvis en af årsagerne til, at de i deres cases så ofte fremdrager antallet af aktører, manglende overblik over dem og en lav grad af personkontinuitet. Den organisatoriske kompleksitet kommer til at fylde meget i sygeplejerskernes cases, fordi det er de udfordringer, den enkelte sygeplejerske har sværest ved at løse. Derfor kan analysen heller ikke ses som et *kvantitativt* udtryk for, at der er mere organisatorisk kompleksitet end borgerrelateret kompleksitet. Den er i stedet et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

9 Perspektivering

I dette afsluttende kapitel tages en række diskussioner op, som går ud over analysens formål. For det første påpeges en række fællestræk mellem den kompleksitetsforståelse analysen har peget på, og den borgertilgang der kendetegner rehabiliteringsparadigmet. For det andet argumenteres der for at kompleksitet ikke er noget, som er særligt kendetegnende for sygeplejen. Og endelig drøftes hvilke konsekvenser analysen kan have for ledelse i kommunerne – og tilgrænsende sektorer.

9.1 Komplexitet og rehabilitering

De medvirkende sygeplejerskerne i denne analyse talte ikke om rehabilitering – et begreb, der bruges flittigt i kommunerne i relation til deres tilgang til borgerne, både på socialområdet men i høj grad også på ældreområdet, hvor begrebet hverdagsrehabilitering har vundet indpas. Men ser man på indholdet af rehabiliteringsparadigmet, så er der mange klare paralleller til den tilgang, sygeplejerskerne har til borgerne i analysens cases. I hvidbog om rehabilitering defineres begrebet på følgende måde:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret 2004).

Hvidbogen peges desuden på en række karakteristika ved rehabiliteringsprocessen, bl.a.:

- Fokus på borgerens **hverdagsliv**, på aktiviteter og deltagelse i samfundslivet
- **Borgerorientering** (der arbejdes på grundlag af borgerens forståelse af situationen, **vedkommendes betingelser og forudsætninger**, og alle beslutninger tages af borgeren i samråd med de involverede fagpersoner).
- **Individorienteret** (der arbejdes på basis af **den enkelte borgers situation. Borgers pårørende inddrages**, når situationen taler for det).
- **Helhedsorientering** (hele borgerens fysiske, psykiske og sociale situation indgår ved udarbejdelsen af **løsningsmodeller**, og **alle relevante indsatser fra forskellige sektorer** inddrages).
- **Koordinering** af den indholds- og tidsmæssige indsats, dels mellem enkelte specialydelser og dels mellem de involverede sektorer (rette indsats på rette tidspunkt).
- Ofte **tværfaglig** og **tværsektoriel** indsats i teams, hvor borgeren og eventuelle pårørende som centrum i teamfunktionen giver de grundlæggende vigtigste bidrag.
- **Planlægning** med fastlagte mål, tidsrammer og med aftalt koordinatorfunktion, der sikrer sammenhæng og borgersamarbejde i rehabiliteringsprocessen (Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret 2004, fremhævelser tilføjet).

I og med at den rehabiliterende tilgang er blevet så væsentligt et perspektiv i kommunerne de seneste år, er det relevant at holde sygeplejerskernes cases og modellens kompleksitetsforståelse op

mod rehabiliteringsbegrebet og den borgertilgang, det rummer. Sygeplejerskerne anvendte ikke begrebet rehabilitering – måske som konsekvens af interviewenes fokus på begrebet kompleksitet – og sygeplejerskerne i stedet talte om en sygeplejefaglig tilgang eller om deres fagidentitet. Alligevel ses en række paralleller mellem det rehabiliterende perspektiv og sygeplejerskernes tilgang til de komplekse borgere, herunder den rolle, sygeplejerskerne i mange cases oplever at få.

Der kan ikke ud fra en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskernes forståelse af kompleksitetsbegrebet, siges noget om, hvorvidt eller i hvilket omfang sygeplejerskerne arbejder rehabiliterende. Den må nøjes med at påpege at den brede tilgang til borgernes multiple problemstillinger i praksis, som præger mange af sygeplejerskernes cases, har en række fællestræk med rehabiliteringsparadigmet. Og sygeplejerskernes udfordringer og dilemmaer opstår ofte, når de mener, der er brug for en bredere tilgang til borgernes situation end blot at levere de konkrete sygeplejefaglige ydelser, borgren er visiteret til.

Analyserne rummer således en lang række eksempler på de udfordringer det skaber, når sygeplejerskerne ikke oplever overensstemmelse mellem de visiterede ydelser, og sygeplejerskernes vurdering af borgernes behov, og den viser hvordan sygeplejerskerne oplever at de handler, når de står i dette dilemma: De går ud over de visiterede ydelser, de forholder sig til pårørende, de forsøger at få overblik over alle involverede aktører, mobilisere relevante aktører, koordinere og planlægge forløb, osv. Set i dette perspektiv kan analysen tyde på at sygeplejerskerne selv oplever, at de forsøger at arbejde på en måde der har fællestræk med den rehabiliterende tilgang – om end de som sagt ikke bruger det begreb.

9.2 Kompleksitet som vilkår – ikke kun for sygeplejen

Formålet med denne undersøgelse har været at fokusere på kompleksitet i relation til den kommunale sygepleje. Men den model, som er udviklet, peger på, at kompleksiteten i høj grad udspringer af borgernes situation – ikke mindst deres sociale livssituation. Den udspringer dog også af de analyserede forhold i relation til organiseringen – ikke mindst den tværgående organisering i kommunerne og tilgrænsende sektorer.

Det indikerer at kompleksitet ikke er noget, der særligt forekommer i sygeplejen. Men sygeplejerskernes position i hjemmeplejen, hvor de har det højeste kompetenceniveau¹⁸, betyder, at de ofte oplever, at komplekse opgaver 'ender' hos dem.

På andre områder beskrives mange af de samme typer af kompleksitet på borgersiden. Der er således mange paralleller mellem den kompleksitet, der er kortlagt i denne analyse, og en nylig undersøgelse af kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien (Benjaminsen m.fl. 2018). Her peger medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien også på kompleksitet i relation til håndteringen af borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har andre alvorlige sociale og helbreds-mæssige problemstillinger; kompleksitet blandt borgere, der både har en psykisk lidelse og en kognitiv funktionsnedsættelse; blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund, hvor medarbejderne ofte oplever, at sproglige og kulturelle barrierer skaber en større kompleksitet i støttebehovene; og hos borgere med psykiske lidelser og samtidige misbrugsproblemer.

¹⁸ Terapeuter – ergo- og fysio- – er ikke en integreret del af hjemmeplejen i mange kommuner, og terapeuter kommer ofte ikke i så langvarige forløb i et hjem, som sygeplejerskerne, fordi træning som regel gives som tidsbegrænset ydelse.

Specifikt i forhold til samarbejdet med hjemmeplejen om de komplekse borgere beskriver undersøgelsen, der baserer sig på interview med medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien i kommunerne, følgende:

Der opleves desuden at være et stigende antal borgere med somatiske plejebehov, ikke mindst i takt med, at der bliver flere ældre beboere på de socialpsykiatriske botilbud. (...) De somatiske plejebehov betyder, at der er behov for et tæt samarbejde med hjemmeplejen, hvilket opleves at give anledning til forskellige problematikker vedrørende koordinering og ansvarsfordeling. Disse problematikker handler i henhold til interviewene om plejeområdets kompetencer til og forudsætninger for at kunne varetage det komplekse samspil mellem de psykiatriske og somatiske støttebehov for disse borgere. (Benjaminson m.fl. 2018)

Ifølge disse to undersøgelser tegner såvel sygeplejen som socialpsykiatrien et billede af, at samarbejdet omkring borgere præget af social kompleksitet giver anledning til problematikker vedrørende koordinering og ansvarsfordeling, samt at gruppen af borgere med forløb på tværs er voksende. Hvorvidt udfordringerne kun skyldes "plejeområdets kompetencer", eller om der også ligger andre forhold til grund, kan ikke afgøres her. Men det er et område, som kalder på såvel mere analyse som konkrete løsningsforslag. Og begge analyser indikerer, at tværgående og tværfaglige forløb skaber udfordringer i kommunerne. Det peger i retning af, at kompleksitet også har konsekvenser for ledelse.

9.3 Komplexitet og konsekvenser for ledelse

Analysen kan også læses i et ledelsesperspektiv, idet den kommer med bud på centrale fokusområde for ledelse af sygeplejen – såvel som ledelse af tilgrænsende områder.

Her er det væsentligt at skelne mellem de forhold, som kommunale ledere – på forskellige niveauer – har muligheder for at påvirke, og forhold der ligger uden for lokal ledelse. Alle forebyggelsesindsatser til trods, så er et stigende omfang af medicinsk kompleksitet i vidt omfang et vilkår, som organiseringen må tilpasse sig. Det samme gælder i vidt omfang borgere med en høj grad af social kompleksitet. At der findes psykisk syge misbrugere med alkoholdemens, der har brug for sygepleje – ofte kombineret med en lang række andre ydelser i hjemmet – er et vilkår, som de organisatoriske systemer skal kunne håndtere.

Det samme billede ses for en række af de organisatoriske forhold: De mange aktører, sektorer, enheder, projekter og teams, der kommer og går, er – set fra den enkelte kommunes perspektiv – i vidt omfang vilkår, de ikke kan ændre. Men netop fordi antallet af aktører er så højt, bliver det lokale ledelsesmæssige fokus på at sikre en høj grad en kontinuitet helt centralt – både kontinuitet i relationen til borgerne, men også kontinuitet og deraf følgende personkendskab i relationen mellem sygeplejersker og hjælpere/assistenter. Den stigende grad af uddelegering, og flere og mere ustabile, uafklarede borgere i hjemmet, kræver generelt et tættere samarbejde mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Det har både konsekvenser for, hvordan der organiseres, men også for, hvordan der planlægges i hverdagen. Denne analyse tyder på, at konsekvenserne af lav kontinuitet er store, og at fordelene ved højere kontinuitet er det samme. Fuld kontinuitet er en umulighed – men analysen har indikeret, at fordelene ved selv marginale forbedringer i relation til kontinuitet kan være store. Både for kvalitet, læring og effektivitet, men også for medarbejdere og borgere.

Det er ligeledes et vilkår, at der skal dokumenteres og kommunikeres. Analysen har peget på, at der er behov for stærke kompetencer på dette område, ikke mindst fordi dokumentationen i vidt

omfang også skal kunne anvendes som kommunikation, der sikrer koordination i forløb mellem medarbejdere, der ikke kender hinanden. Ensartet, fælles og præcis dokumentation er en forudsætning for alt fra kvalitet til kontinuitet, og som nogle af sygeplejerskerne i denne analyse har påpeget, så handler det ikke nødvendigvis om, at der skal dokumenteres *mere*, men snarere om, at der skal dokumenteres *bedre*: mere ensartet, præcist og handlingsorienteret. Analysen tyder på, at der i varierende omfang er behov for at sætte fokus på dokumentation – dog ikke kun som noget, der skal gøres, men også på hvordan. Hvad er det helt præcis, der skal dokumenteres og hvordan? Både af juridiske årsager, men i mindst lige så høj grad af hensyn til overlevering, koordination og kommunikation til kollegaer. Det er særligt her, dokumentationen finder anvendelse i hverdagen og spiller en helt afgørende rolle i forhold til at sikre koordination og kontinuitet og dermed også kvalitet borgernes forløb samt effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Endelig peger analysen på et behov for mere organisatorisk klarhed og entydighed og mindre foranderlighed – eller blot bedre implementering. Det er ikke nogen let opgave at skabe klarhed og entydighed i organisatoriske systemer, hvor mange enheder skal fungere sammen, hvor de ofte ikke er hierarkisk forbundne, og hvor alle har en tendens til at opstille deres egne procedurer, rammer og regler for, hvordan og hvornår de kan kontaktes, hvordan der kan samarbejdes med dem, og hvad de i øvrige tager sig af og ikke tager sig af. Den kultur genererer ikke noget sammenhængende hele i organisationer – men snarere et hav af usammenhængende, halvimplementerede forsøg på at skabe en håndterbar (om)verden. Analysen har vist en lang række eksempler på organisatoriske forhold, der gør det svært for medarbejdere – ikke bare i sygelejen – at løse deres opgaver og hjælpe borgerne på bedst mulig vis. Igen kan analysen ikke sige noget om forholdene generelt, men den kan pege på, at dette tema er et væsentligt tema for ledelse – ikke bare af de enkelte områder, men især for ledelse af forløb på tværs af områder. Ledelse i kommunerne er – ligesom ledelse på hospitalsektoren – karakteriseret ved at være ledelse af enheder, der ofte er relativt monofaglige. Sygeplejen og hjemmeplejen er ingen undtagelse. Ledelse af tværgående forløb eller tværgående processer er ikke det primære organiserende princip. Vi bruger ofte argumenter omkring styrket (mono)faglighed som argumenter for denne form for organisering, men mange borgere er netop karakteriseret ved at have endog meget tværgående forløb i en kommune. Det kalder på nye måder at indtænke en stærkere *ledelse* af tværgående forløb på – ikke kun koordinering på medarbejder-niveau.

Litteratur

- Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. & Jensen, M. (2018): *"Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien"*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Ellegaard, T. & Dybbroe, B. (2015): *"Nye roller i det nære sundhedsvæsen - Forandringer i sygeplejerskeroller og brugerinddragelse i det nære sundhedsvæsen"*, Roskilde Universitet og Dansk Sygeplejeråd, Roskilde.
- Holt, H., Larsen, M., Larsen, M.R. & Prescott, A. (2018): *"Forskellige kommunale ansættelsesformer"*, VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Implement & Aalborg Universitet (2014): *"Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle: Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne"*, Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt, Aalborg Universitet (AAU) og Implement Consulting Group, Hellerup.
- Kryspin Sørensen, L. (2017): *"Notat: Specialiserede sygeplejeopgaver i kommunerne 2017"*, august 2017, DSR Analyse, Dansk Sygeplejeråd, København.
- Sundhedsstyrelsen (2017): *"Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser"*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Vinge, S. & Kilsmark, J. (2009): *"Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling"*, DSI – Dansk Sundhedsinstitut, København.

Bilag 1 Oversigt over medvirkende sygeplejersker

I nedenstående tabel fremgår de 18 kommuner, som har deltaget i de tre interview i henholdsvis Middelfart, Roskilde og Karup. De 18 kommuner dækker landets fem regioner, samt forskellige kommunestørrelser, befolkningstætheder og kommuner med/uden akutteam. I de kommuner, hvor der deltog akutsygeplejersker, var kun den ene af de to akutsygeplejerske. Desuden deltog en hjemmesygeplejerske fra henholdsvis Nyborg og Ringsted Kommune, samt en akutsygeplejerske fra Ballerup Kommune i en hel dags observation forud for interview.

Oversigt over kommuner, hvor sygeplejersker har deltaget i gruppeinterview:

Kommuner	Antal deltagere	Hjemmesygeplejerske	Akutsygeplejerske
Frederiksberg (H)	2	1	1
Lyngby-Taarbæk (H)	2	1	1
Ballerup (H)	1 (1 dukkede ikke op)	1	0
Næstved (Sj)	2	2	0
Ringsted (Sj)	2	2	0
Køge (Sj)	2	1	1
Assens (S)	2	1	1
Nyborg (S)	2	2	0
Esbjerg (S)	2	1	1
Middelfart (S)	2	2	0
Kolding (S)	2	1	1
Silkeborg (M)	2	1	1
Herning (M)	2	1	1
Århus (M)	2	1	1
Randers (M)	2	1	1
Hjørring (N)	2	2	0
Skive (M)	2	1	1
Brønderslev (N)	2	2	0

**VIDEN I H
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD