



Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet

Notat

Sidsel Vinge

Dansk Sundhedsinstitut

Maj 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

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

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-652-5 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2697

Design: DSI

Forord

Flaskehalsproblemer på arbejdsmarkedet, mangel på arbejdskraft og færre hænder i den arbejdsdygtige alder er en generel samfundsudfordring. Ikke mindst på sundhedsområdet og i plejesektoren er det almindeligt anerkendt, at udfordringen er reel og aktuell.

Fremtidens plejeopgaver vil være påvirket af arten og mængden af sundhedsydelse, som efterspørges i sygehusvæsenet, sygeligheden i befolkningen, kulturelt bestemte forventninger til vores sundhedstilstand og funktionsniveau samt udviklingen i behandlingsmulighederne.

Forskellige tendenser trækker i forskellig retning. Nogle trends fører til forventet øget efterspørgsel efter arbejdskraft – andre til reduceret efterspørgsel. Fx fører holdningsændringer i befolkningen til højere forventninger til behandlingsmuligheder, tempo, tilgængelighed og information – og dermed vækst i efterspørgslen. Omvendt fører den medicinsk-teknologiske udvikling med nye, bedre og mere skånsomme metoder, præparater og teknikker, til at en række opgaver i dag kan løses med færre personaleressourcer end for blot få år siden. Den udvikling vil fortsætte i fremtiden og dermed reducere efterspørgslen efter arbejdskraft.

Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har i fællesskab finansieret og igangsat nærværende studie for at beskrive kompleksiteten i de forskellige udviklingstrends:

- ◆ Hvordan plejeopgaverne vil udvikle sig i fremtiden? Herunder, hvad betyder udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelser og den medicinsk-teknologiske udvikling, og hvad betyder udviklingen i organisering og standardisering af opgaverne?
- ◆ Hvordan vil arbejdsdeling og opgaveglidning mellem sygeplejersker og andre faggrupper udvikle sig?
- ◆ Hvad betyder specialisering for plejeopgaverne?

Studiet giver et overblik over svarene på spørgsmålene. Det viser blandt andet, at udviklingen i sygehusvæsenet er præget af øget standardisering af forløb. Standardisering reducerer sygeplejerskernes faglige autonomi, fordi det sygeplejefaglige skøn i højere grad bliver erstattet af fastlagte procedurer, standarder og produktionslinjer. Standardisering og de mere eksplicite rammer muliggør dog samtidig opgaveglidning fra lægerne, og dermed øges sygeplejerskernes autonomi.

Studiet er baseret på sekundære data i form af tilgængelig statistik, der belyser udviklingen såvel som prognoser inden for områder, der påvirker fremtidens plejeopgaver. Desuden er der genereret primære interview data med afdelingsledelser inden for fire områder: Gastrokirurgi, ortopædkirurgi, medicin og akutmodtagelse. Der er foretaget fire interview med i alt otte afdelingsledere på henholdsvis Bispebjerg, Hvidovre, Horsens og Silkeborg sygehuse i perioden januar-februar 2010. Afdelingerne er udvalgt ud fra et ønske om geografisk og faglig spredning, samt et ønske om at finde erfarne afdelingsledere for bedre at kunne belyse udviklingen over tid. Endelig er også foretaget et litteraturstudie med fokus på artikler og rapporter om udviklingen i plejeopgaverne.

DSI vil gerne takke Martin Hornstrup, analysechef i DSR og øvrige medarbejdere i DSR Analyse for stor hjælpsomhed i forbindelse med fremskaffelse af statistik på sygeplejeområdet. Også en stor tak til Jeanette Finderup og Sofie for udarbejdelse af patientcasen. Og endelig tak til forskningsassistent Tone Nymann Nielsen, som har stået for kortlægningen af nye uddannelser på plejeområdet.

Claus Correl Rebien
Vicedirektør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indledning	7
Metode	7
Notatets opbygning.....	8
Resumé	9
De tre hovedresultater	9
Resultater i øvrigt	10
Udviklingen i sundhedsvæsenet	15
Udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelse	15
Demografi og sygelighed	15
Kulturelle påvirkninger af efterspørgslen.....	17
Den medicinsk-teknologiske udvikling	18
Udviklingen i aktiviteten	20
Sygere patienter i sengene.....	21
Opgavefordelingen på tværs af sektorer	23
Den organisatoriske udvikling i hospitalsvæsenet.....	26
Større enheder.....	26
Standardisering af forløb.....	27
Specialisering, personaleudbud og arbejdsdeling	31
Specialisering inden for sygeplejen.....	31
Formelle specialuddannelser på sygeplejeområdet	31
Uformel specialisering af sygeplejen.....	31
Sygeplejeuddannelsen og specialisering i fremtiden?	32
Personaleudbuddet og personalesammensætningen	34
Udviklingen i personalesammensætningen	34
Udviklingen i personaleudbuddet	35
Nye uddannelser på plejeområdet	35
Opgaveglidning: Flere eller færre personalegrupper på plejeområdet?	37
Organisatoriske dilemmaer og udfordringer ved flere personalegrupper	37
Opgaveglidning: Muligheder og perspektiver på plejeområdet	39

Efterskrift: Patientopgaverne i fremtidens sygehusvæsen	43
Sofies historie	43
Perspektiver på patientinddragelse i opgaveløsningen	45
Patientinddragelse og opgaveløsning.....	45
Opgaveglidning eller opgavetrækning?.....	46
Hjemmebehandling er andet og mere end et helt "hospital at home"	47
Hvad kan vi lære af Sofies historie?	47
Litteratur	49
Bilag 1: Figurer og tabeller	51
Bilag 2: Nye uddannelser på plejeområdet.....	57

Indledning

Formålet med dette notat er at undersøge, *hvordan fremtidens plejeopgaver vil udvikle sig på de danske sygehuse i løbet af 10-15 år på det somatiske område*, herunder hvilke udviklingstendenser der påvirker og bestemmer plejeopgaverne i sygehussektoren.

Notatet skal danne baggrund for en mere kvalificeret debat om udviklingen i og mellem faggrupper på plejeområdet, herunder spørgsmål om opgaver, arbejdsdeling og specialisering i fremtiden:

- ◆ Hvordan vil **plejeopgaverne** udvikle sig i fremtiden?
 - Hvad betyder udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelser og den medicinsk-teknologiske udvikling for plejeopgaverne?
 - Hvad betyder udviklingen i aktiviteten og organiseringen, herunder mere standardisering for plejeopgaverne?
- ◆ Hvordan vil **arbejdsdelingen og opgaveglidningen** mellem sygeplejersker og andre faggrupper udvikle sig?
 - Hvordan udvikler arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og læger sig fremover?
 - Hvilke fordele og ulemper er forbundet med at have flere forskellige personalegrupper til at løse plejeopgaverne?
 - Hvilket potentiale er der i opgaveglidning fra sygeplejersker til eksisterende og nye personalegrupper på plejeområdet?
- ◆ Hvad betyder **specialisering** for plejeopgaverne?
 - Hvordan udvikler sygeplejen sig i relation til specialisering?
 - Hvilke fordele og ulemper skaber specialisering af personalet på plejeområdet?

Metode

Notatet er baseret på forskellige typer data:

Der er anvendt sekundære data primært i form af tilgængelig **statistik**, der belyser udviklingen såvel som prognoser inden for områder, der påvirker fremtidens plejeopgaver. Disse data danner afsæt for at belyse og diskutere udviklingen på de valgte områder. I notatet er tabeller og grafer samlet i bilag 1: Figurer og tabeller.

Desuden er der genereret primære interview data med afdelingsledelser inden for fire områder: Gastrokirurgi, ortopædkirurgi, medicin og akutmodtagelse. Der er foretaget fire interview med i alt otte afdelingsledere på henholdsvis Bispebjerg, Hvidovre, Horsens og Silkeborg sygehuse i perioden januar-februar 2010. Afdelingerne er udvalgt ud fra et ønske om geografisk og faglig spredning samt et ønske om at finde erfarne afdelingsledere for bedre at kunne belyse udviklingen over tid. Alle interview er optaget og transskriberet. I notatet citeres fra interview, og ved kildeangivelser anvendes forkortelser af titler således: Ledende overlæger forkortes alle OL. Ledende sygeplejersker SPL. Specialerne forkortes således: Ortopædkirurgi: ort. kir. Gastrokirurgi: gas. kir. Medicin: med. Fælles akut modtageenhed (FAME): akut modt. Et citat af den ledende overlæge på ortopædkirurgi har således følgende kilde: (OL, ort. kir.).

Der er også foretaget et **litteraturstudie** med fokus på artikler og rapporter om udviklingen i plejeopgaverne. Da der er tale om fremtidsforskning, er litteraturen imidlertid præget af, at der ofte ikke skelnes skarpt mellem prognoser og præferencer for fremtidens sygepleje – både med hensyn til opgaver, omfang og organisering. Litteraturen er derfor primært anvendt passivt som baggrund for udvælgelsen af temaer i interviewundersøgelsen og i selve notatet.

For at kunne belyse potentialet i opgaveglidning til nye faggrupper er der desuden foretaget en **kortlægning af nye uddannelser** på plejeområdet. Kortlægningen er gennemført af forskningsassistent Tone Nymann Nielsen, og den afrapporteres særskilt i bilag 2. Data og metoder anvendt i kortlægningen er beskrevet i selve bilaget.

Sluttelig har notatet et efterskrift om patienternes rolle i fremtidens opgavevaretagelse på plejeområdet. Efterskriftets perspektivering tager udgangspunktet i en **patientcase**, der er udarbejdet i samarbejde med Jeanette Finderup, mor til patienten i casen, Sofie.

DSI vil gerne takke Martin Hornstrup, analysechef i DSR, samt de øvrige medarbejdere i DSR Analyse for stor hjælpsomhed i forbindelse med fremskaffelse af statistik på sygeplejeområdet. Også en stor tak til Jeanette Finderup og Sofie for udarbejdelse af patientcasen i efterskriftet.

Notatets opbygning

Notatet starter med et **resumé**.

Herefter følger analysen: Første del fokuserer på de mange og forskellige udviklingstendenser, som påvirker **efterspørgslen** efter sundhedsydelser og dermed også plejeopgaverne på sygehusene: Udviklingen i demografi og sygelighed, kulturelle forhold og den medicinske teknologiske udvikling.

Herefter belyses udviklingen i **aktiviteten** på sygehuse samt konsekvenserne for opgavernes fordeling på tværs af sektorgrænserne.

Næste afsnit omhandler den **organisatoriske udvikling** i sygehusvæsenet med fokus på udviklingen i retning af **større enheder** og tendenser til øget **standardisering af forløb** og de afledte konsekvenser for plejeopgaverne, herunder opgaveglidning fra læger til sygeplejersker.

Notatets anden del stiller skarpt på udviklingen i sygeplejen og øvrige personalegrupper på plejeområdet, herunder **specialiseringstendenser**, udviklingen i **udbuddet af arbejdskraft** på plejeområdet samt **arbejdsdeling** og **opgaveglidning** mellem faggrupper. Som supplement til denne del af notatet indeholder bilag 2 en gennemgang af fem **nye uddannelser på plejeområdet**.

Der afsluttes med et perspektiverende **efterskrift** om patienternes rolle i opgavevaretagelsen.

Resumé

De tre hovedresultater

Studiet har givet tre hovedresultater vedrørende:

1. Hovedtræk i udviklingen i sygehusvæsenet og konsekvenserne for fremtidens plejeopgaver
2. Personalesammensætning
3. Organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer i forbindelse med mere blandet personalesammensætning

De beskrives i det følgende.

1. Hovedtræk i udviklingen i sygehusvæsenet og konsekvenserne for fremtidens plejeopgaver

- ◆ Udviklingen i sygehusvæsenet er præget af fire hovedtendenser, som påvirker plejeopgaverne og dermed behovet for kompetencer på følgende måder:

Udviklingstendens:	Konsekvenser for plejeopgaver ...	og kompetencer
1) Øget subspecialisering , mere intensive og accellererede forløb, øget standardisering og opgaveglidning fra læger til sygeplejersker.	Mere selvstændig og standardiseret opgavevaretagelse (både med hensyn til udredning, observation, ordination, behandling og udskrivning). Behov for faglig dybde på relativt smalle, (sub)specialiserede fagområder.	Øget behov for kliniske, sygdomsfaglige kompetencer
2) Øget comorbiditet og polyfarmaci.	Mere komplekse patienter skaber øget behov for faglig bredde (ofte på tværs af specialer indenfor relevante, primært kroniske medicinske lidelser).	
3) Sygere og mindre selvhjulpne stationære patienter .	Behov for mere basal og grundlæggende sygepleje i relation til fx ernæring og hygiejne.	
4) Acceleration af forløb, tidligere udskrivelser , højere patientforventninger og konvertering fra stationær til ambulans aktivitet.	Flere kommunikative, motiverende, undervisende og pædagogiske opgaver . Både som forudsætning for fortsat acceleration og tidligere udskrivelser, der kræver mere patientinddragelse (patientdeltagelse), men også mere aktiv vidensdeling med primærsektoren .	Øget behov for relationelle og kommunikative kompetencer

- ◆ Den organisatoriske udvikling i sygehusvæsenet er præget af øget **standardisering** af forløb, der reducerer sygeplejerskernes faglige autonomi, idet skønnet i mindre grad bliver baseret på individuelle faglige skøn og mere på fastlagte procedurer, standarder og produktionslinjer. Men standardiseringen og de mere eksplicitte rammer muliggør også **opgaveglidning** fra lægerne, og dermed øges sygeplejerskernes autonomi.

2. Personalesammensætning

- ◆ **Plejepersonalet** vokser (+7 % fra 2001-2009), og sygeplejerskernes andel af plejepersonalet vokser (fra 69 % i 2001 til 73 % i 2009).

- ◆ **Sygeplejerskernes gennemsnitsalder stiger:** I 1997 var 22 % over 50 år, i 2007 var det 32 %. Desuden fravælger ældre sygeplejersker sygehusansættelse: Kun 35 % af de + 50-årige er sygehusansatte, mens det samme gælder for 87 % af sygeplejerskerne under 30 år.
- ◆ Der uddannes godt 2.000 nye sygeplejersker årligt, et tal der har ligget stabilt de sidste godt 10 år. I samme periode er antallet af nye SOSU-assistenten faldet med 34 % færre til ca. 2.250 årligt. Der bliver således samlet set **uddannet færre på plejeområdet.**
- ◆ Der er fremkommet en række **nye uddannelser** på plejeområdet, som primært skal aflaste sygeplejersker. Der er tale om så små grupper af medarbejdere, at de ikke kan skabe væsentlige ændringer i personalesammensætningen på kort sigt.
- ◆ Den voksende **sygeplejedominans** har blandt andet været muliggjort af, at der er blevet færre sygeplejersker i kommunerne. Hvis kommunerne skal løfte flere opgaver i sundhedsvæsenet, kan denne udvikling ikke fortsætte.
- ◆ Jo større sygeplejedominans blandt plejepersonalet på sygehusene, jo mindre muligheder er der for **opgaveglidning** fra sygeplejegruppen til andre personalegrupper. Opgaveglidning fra sygeplejerskerne til andre typer personale er desuden en forudsætning for, at opgaveglidningen fra læger til sygeplejersker kan fortsætte.

3. Organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer i forbindelse med mere blandet personalesammensætning

Notatet peger på en række **organisatoriske dilemmaer** ved mere blandet personalesammensætning i fremtiden:

- ◆ **Mere fragmentering:** Jo flere personalegrupper, der involveres i et patientforløb, jo større er risikoen for fragmentering af forløbet – alt andet lige.
- ◆ **Mindre fleksibilitet:** Jo flere personalegrupper, jo mindre fleksibelt kan personalet anvendes på tværs af funktioner og opgaver.
- ◆ Risiko for **mindre effektivitet:** Jo flere personalegrupper, jo større er risikoen for, at alle medarbejdergrupper ikke kan være fuldt beskæftigede hele tiden.
- ◆ Behov for **større enheder med mere volumen**, hvis effektiviteten i driften skal sikres med en mere blandet personalesammensætning, som vil medføre flere, mindre personalegrupper.
- ◆ **Tid til uddelegering:** Flere medarbejdergrupper skaber behov for, at der bruges mere tid på uddelegering, opfølgning og supervision.
- ◆ **Øget opgavebelastning på færre hænder:** Opgaver, som tidligere var fordelt på en større sygeplejegruppe, fx nattevagter og weekender, skal fordeles på færre personer.

Dilemmaerne skaber nye ledelsesmæssige udfordringer. Mulighederne for at anvende andre personalegrupper end sygeplejersker i fremtiden vil i høj grad afhænge af den lokale organisering og de lokale ledelsers evne til at håndtere disse dilemmaer på bedst mulig vis.

Resultater i øvrigt

Udviklingen i sundhedsvæsenet er præget af en stigende mængde **ældre og kronikere**. Det forudses desuden, at forekomsten af **comorbiditet** vil stige. Alt andet lige skaber denne udvikling en vækst i plejeopgaverne. Desuden skaber den øgede forekomst af comorbiditet et behov for flere kom-

petencer på plejeområdet, som går på tværs af enkelte sygdomsområder. Både på tværs af medicin og kirurgi såvel som på tværs af de forskellige medicinske subspecialer.

Samtidig giver **kulturelle ændringer** i befolkningen højere forventninger til behandlingsmuligheder, tempo, tilgængelighed og information. Dette skaber en yderligere vækst i efterspørgslen efter sundhedsydelser. Det stiller øgede krav til personalets evne til at kunne kommunikere, inddrage og forventningsafstemme med patienterne.

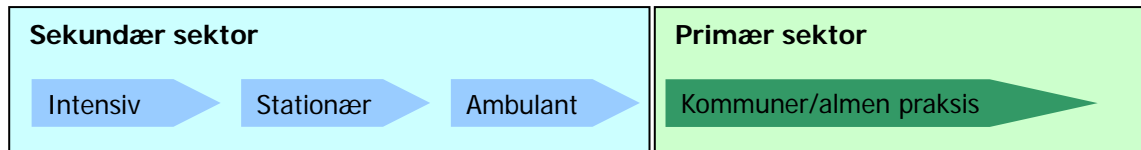
Den **medicinsk-teknologiske udvikling** i behandlingsmulighederne via nye, bedre og mere skånsomme metoder, præparater og teknikker er ifølge afdelingsledelserne den væsentligste enkeltfaktor, som påvirker udviklingen i sundhedsvæsenet og dermed også i plejeopgaverne. Samtidig har flere peget på, at de øgede behandlingsmuligheder i sig selv giver voksende forventninger og dermed øget efterspørgsel. Udviklingen ændrer også grænsefladen mellem kirurgi og medicin. Flere lidelser, der tidligere kun kunne behandles kirurgisk, kan i dag behandles medicinsk. Desuden afløses den traditionelle kirurgi i højere grad af mindre invasive teknologier. Udviklingen går således mod stadigt mindre invasive kirurgiske teknologier samtidig med grundlæggende ændringer i behandlingsmulighederne, som i nogle tilfælde helt fjerner behovet for traditionel kirurgi.

Den teknologiske udvikling er samtidig en væsentlig årsag til **ændringerne i aktiviteten**, som er præget af faldende liggetider, øget ambulante aktivitet og flere indlæggelser – en udvikling der forudses at fortsætte. Kortere **accelererede forløb** påvirker plejeopgaverne på to måder: På den ene side ændrer det relationen til og samarbejdet med patienterne: Korte, intensive og i nogle tilfælde ambulante forløb stiller krav om langt mere **intensiv information, kommunikation, inddragelse, motivation, undervisning og forventningsafstemning**. Det er en forudsætning for acceleration, at patienterne spiller en mere aktiv rolle. Både på grund af behovet for tidlig mobilisering, men også fordi en tidligere udskrivning kræver mere viden og motivation som grundlag for egenomsorg. På den anden side skaber de korte intensive forløb også behov for **mere specialiseret klinisk viden** som grundlag for langt tættere observation af patienterne og hurtigere reaktion i den korte tid, patienterne er indlagt.

Ændringerne i aktiviteten betyder også, at der bliver **sygere patienter i sengene**. For det første fordi accelerationen betyder, at det kun vil være patienter med indlæggelseskrævende komplikationer eller andre svære problemstillinger, der forbliver indlagt, og dermed bliver den stationære patient mere plejkrævende. For det andet anvendes den private sektor i stigende grad til elektive og mere ukomplicerede operationer, mens de offentlige hospitaler forudsiger en større andel af akutte og komplicerede operationer, som igen giver sygere patienter i sengene. For det tredje betyder den fortsatte konvertering fra stationære til ambulante forløb, at alle patienter, der har de fysiske, psykiske og sociale ressourcer til at blive behandlet ambulante, konverteres, mens de, som forbliver indlagt, er mere plejkrævende, fordi de netop ikke har de samme ressourcer. Endelig ændrer grænsefladen mellem intensive og almindelige stationære patienter sig, således at stadigt sygere patienter håndteres i de stationære afdelinger.

Det ændrede aktivitetsmønster, særligt konverteringen til ambulante virksomhed og kortere liggetider, betyder, at **grænsefladen til primærsektoren ændres**. Dette gør vidensdeling med primærsektorens plejepersonale i form af undervisning, rådgivning, sparring og vejledning til et voksende opgaveområde i fremtiden. Årsagen er, at løbende udvikling af kompetencerne i primærsektoren er afgørende forudsætninger for endnu mere accelererede, intensive eller ambulante forløb i sekundærsektoren.

Samlet set betyder udviklingen i efterspørgslen og aktiviteten, at *alle* grænsefladerne i nedenstående figur flytter sig:



Hvad der tidligere var intensivt, håndteres i dag i højere grad på de stationære sengeafsnit; hvad der var stationært, er i stigende grad konverteret til ambulante aktiviteter, og hvad der tidligere var hospitalopgaver – stationære som ambulante, bliver i højere grad primærsektoropgaver.

Den organisatoriske udvikling i sygehusvæsenet er præget af to hovedtendenser: For det første øget brug af standardisering af forløb, fx accelererede forløb, pakkeforløb eller andre former for udrednings- og behandlingsprogrammer, for det andet en udvikling mod stadigt større enheder med højere patientvolumen.

Standardiserede forløb anvendes i høj grad inden for elektiv kirurgi, men i stigende grad også til akut kirurgi. På det medicinske område vinder standardisering også indpas, særligt i forbindelse med ambulante udredningspakker. Det forudses, at standardiseringen vil brede sig til andre dele af det medicinske område. Blandt andet forudses øget standardisering af udredningsforløb i akutmodtagelser.

Udviklingen påvirker plejeopgaverne på flere måder. Den øgede standardisering medfører både **en reduktion af sygeplejerskernes faglige autonomi**, idet mindre bliver baseret på individuelle faglige skøn og mere på fastlagte procedurer, standarder og produktionslinjer. Samtidig muliggør standardiseringen **opgaveglidning**, fordi mere eksplicite rammer gør det muligt for sygeplejerskerne at overtage afgrænsede opgaver fra lægerne. Glidningen har dog den modsatte effekt: Den **øger sygeplejerskernes autonomi** og muligheder for at træffe beslutninger og levere ydelser som følge af en øget ordinations- og behandlingskompetence.

Større volumen er en forudsætning for **subspecialisering**, som ikke blot slår igennem på det lægelige område, men også påvirker plejeopgaverne og organiseringen af plejepersonalet. Det er primært den lægelige specialisering, der driver subspecialiseringen af plejen, og det stiller øgede krav til personalets faglige kompetencer inden for mere subspecialiserede områder end tidligere.

Parallelt med denne udvikling ses en stigning i andelen af sygeplejersker, der er medlem af et (subspecialiseret) fagligt selskab, hvilket godt 35 % er i dag. Desuden findes fem hospitalsrelevante specialuddannelser for sygeplejersker, og det estimeres, at mellem 10-15 % af de sygehusansatte sygeplejersker i dag har en formel specialistuddannelse, langt de fleste inden for intensiv sygepleje og anæstesiologi.

Spørgsmålet er imidlertid, om **sygeplejerskernes uddannelse** afspejler denne udvikling, og om det fremover er hensigtsmæssigt at have én grunduddannelse, der er ens for alle. De fire afdelingsledelser er ikke enige om, hvordan udviklingen i fremtidens plejeopgaver bør præge udviklingen i grund- og efteruddannelsen for sygeplejersker. Men de er enige om, at der er **behov for et større klinisk fokus**, og de ser den seneste reform af uddannelsen som et skridt i den retning. De er også enige om, at dilemmaet for sygeplejeopgaverne – og dermed også uddannelsen – bliver forholdet mellem på den ene side de dybe specialistkompetencer i et stadig mere subspecialiseret hospitalsvæsen med stærkt accelererede forløb og på den anden side den stigende comorbiditet og behovet for bredere sygdomsspecifikke generalistkompetencer. Særligt kirurgerne ser et behov for, at de kirurgiske sygeplejersker har medicinske kompetencer, mens medicinerne ser et behov for brede medicinske kompetencer.

tencer. Fælles er imidlertid, at det er de samme store kroniske sygdomme, som fylder meget med hensyn til comorbiditet, og da disse primært ligger inden for det medicinske område, ser medicinere og kirurger naturligvis forskelligt på behovet for specialisering af uddannelsen.

Udviklingen i plejepersonalet på sygehusene er præget af, at der samlet set er kommet flere fuldtidsbeskæftigede (+7 % fra 2001-2009). Samtidig vokser sygeplejerskernes andel af plejepersonalet (fra 69 % i 2001 til 73 % i 2009). Plejeopgaverne på hospitalerne varetages således i stigende grad af sygeplejersker og i mindre grad af andre personalegrupper med kortere uddannelser. Inden for det øvrige plejepersonale er antallet af social- og sundhedsassistenter samt sygehjælpere stabilt, mens der bliver færre plejepersonaler med kortere uddannelser. Udviklingen i personalesammensætningen er således, at der kommer **mere plejepersonale bestående af flere sygeplejersker, samme antal assistenter og færre med kortere uddannelser.**

Det ser imidlertid ikke ud til, at denne udvikling kan fortsætte. En årsag er **sygeplejerskernes stigende gennemsnitsalder**: I 1997 var 22 % over 50 år, og i 2007 var tallet 32 %. Inden for en overskuelig årrække vil en meget stor del af sygeplejerskerne således forlade arbejdsmarkedet. Samtidig er der en tendens til, at ældre sygeplejersker fravælger sygehusansættelser: Kun 35 % af de +50-årige er sygehusansatte, mens det samme gælder for 87 % af sygeplejerskerne under 30 år. Den stigende gennemsnitsalder er derfor en større udfordring for sygehussektoren end for andre dele af sundhedsvæsenet.

Tilgangen til plejegruppen er præget af, at der uddannes godt 2.000 **nye sygeplejersker** årligt, et tal der har ligget stabilt de sidste godt 10 år. I samme periode har der været et fald på 34 % i antallet af **nye SOSU-assistenter** til ca. 2.250 årligt – et fald som primært skyldes, at færre sygehjælpere bliver omskølet til SOSU-assistenter. Der bliver således samlet set **uddannet færre på plejeområdet.**

Når personalesammensætningen på plejeområdet har været præget af en øget sygeplejedominans, har det blandt andet kunnet lade sig gøre, fordi der i samme periode er blevet færre sygeplejersker i kommunerne. Efterhånden som kommunerne skal til at løfte flere og tungere opgaver i sundhedsvæsenet, er det dog ikke sandsynligt, at denne udvikling kan fortsætte. Dermed kan udviklingen mod større og mere rene sygeplejenormeringer heller ikke fortsætte.

Jo større sygeplejedominans blandt plejepersonalet på sygehusene, jo mindre muligheder er der for opgaveglidning fra sygeplejegruppen til andre personalegrupper på plejeområdet. Det er næppe hensigtsmæssigt, at mulighederne for opgaveglidning ikke udnyttes i plejegruppen – blandt andet på grund af et øget behov for basal og grundlæggende sygepleje som konsekvens af sygere og mindre selvhjulpne patienter i sengene. Opgaveglidning fra sygeplejerskerne til andre typer personale er desuden en forudsætning for, at opgaveglidningen fra læger til sygeplejersker kan fortsætte.

Samlet set rummer udviklingen to hovedtendenser i relation kompetencebehovet: På den ene siden en udvikling i behovet for kliniske sygdomsfaglige kompetencer præget af mere faglig dybde på smalle fagområder, bedre faglig bredde inden for de store kroniske/medicinske lidelser samt fagligt fokus på basal og grundlæggende sygepleje; på den anden side et øget behov for relationelle og kommunikative kompetencer, som muliggør højere grad af patientinddragelse, vidensdeling og samarbejde med primærsektoren – begge dele forudsætninger for en fortsat acceleration af forløb og konvertering til ambulans aktivitet.

Samlet set har disse udfordringer hidtil været løst via voksende normeringer med en større andel af sygeplejersker. I lyset af udviklingen i personaleudbuddet på plejeområdet er det ikke realistisk at fortsætte denne strategi. I et driftsmæssigt LEON-perspektiv er det heller ikke hensigtsmæssigt.

Derfor vil en **mere klar strategi for fordelingen af plejeopgaver og kompetencer på flere plejegrupper** være hensigtsmæssig. Her peges på muligheden af at skabe en mere klar faglig profil omkring varetagelsen af den basale og grundlæggende sygepleje i assistentgruppen. Dette vil samtidig betyde en mere klar prioritering af sygeplejerskerne i forhold til de mere fagligt komplekse opgaver såvel som et større fokus på de relationelle kompetencer som mere intensive og komprimerede forløb.

Der er særligt i de seneste år opstået en række **nye og kortere uddannelser**, der på forskellig vis har til hensigt at aflaste og/eller substituere sygeplejersker i sygehussektoren. Der er foretaget en kortlægning af disse, og fem af de mest relevante er beskrevet yderligere i bilag 2: *Operationsteknikere, Sundhedsservicesekretærer, Efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere til medicinske afdelinger, Efteruddannelse af farmakonomer og Uddannelse til betjening af mammografer*. For alle uddannelsers vedkommende er der tale om meget små grupper af medarbejdere, som ikke vil kunne skabe væsentlige ændringer i personalesammensætningen på plejeområdet på kort sigt. Generelt er afdelingsledelserne positive over for opgaveglidning til medarbejdere med nye uddannelser såvel som med eksisterende plejeuddannelser, særligt assistenter.

Udviklingen i sundhedsvæsenet

Denne del af notatet omhandler udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelse, herunder demografi, sygelighed, kulturelle påvirkninger af efterspørgslen samt den medicinsk-teknologiske udvikling. Desuden behandles udviklingen i sygehusaktiviteten samt den organisatoriske udvikling i sygehusvæsenet præget af større enheder og øget standardisering.

Udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelse

Plejeopgaverne påvirkes af arten og mængden af sundhedsydelse, som efterspørges i sygehusvæsenet. Dette afsnit beskriver udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelse. Der er tale om et komplekst samspil mellem faktorer som den *demografiske udvikling* og *sygeligheden i befolkningen*, vores mere *kulturelt bestemte forventninger* til vores sundhedstilstand og funktionsniveau samt udviklingen i *behandlingsmulighederne*.

Demografi og sygelighed

I sin seneste prognose skønner Danmarks Statistik, at vi i 2050 vil være 5,95 mio. danskere, hvilket er ca. 8 % flere end i 2009. Samtidig kommer der flere ældre, og andelen af ældre over 65 år anslås at stige med 76 % indtil 2042, hvor der vil være 1,54 mio. ældre. Befolkningen i den erhvervsaktive alder (25-64 år) forventes i samme periode at falde med ca. 9 % til 2,7 mio. (1).

Hvilke konsekvenser den demografiske udvikling kommer til at få for efterspørgslen efter sundhedsydelse, er afhængig af sygeligheden i de forskellige aldersgrupper. Og her er der stor usikkerhed om udviklingen i kroniske sygdomme samt sygeligheden blandt fremtidens ældre. Men Statens Institut for Folkesundhed (SIF) forventer en stigning i forekomsten af kronisk sygdom, således at der i 2020 vil være ca. 2 mio. danskere med en eller flere langvarige sygdomme mod ca. 1,75 mio. i dag, altså godt 13 % flere (2).

Afdelingsledelserne i interviewrunden oplever også disse tendenser. Og da en stor del af kronikerne – fx KOL, hjertesygdom, diabetes – findes på det medicinske område, opleves den øgede efterspørgsel stærkest her. Kirurgerne oplever dog også en stigning i efterspørgslen, men henfører den ikke så meget til øget forekomst af sygdomme som til bedre behandlingsmuligheder, højere patientforventninger og et deraf følgende indikationsskred:

”Der er ingen grund til at antage, at incidensen – altså hyppigheden – af fx slidgigt, som er en kronisk folkesygdom, er steget. Men jeg tror, der er grundlag for at antage, at behandlingsforventningerne er større, og det er de på grund af [behandlings]mulighederne. Der er ikke nogen tvivl om, at de røntgenologiske forandringer, vi opererer på i dag, er nogle helt andre end tidligere. Det er der, diskussionen af indikationsskred kommer ind.” (OL, ort. kir.)

Imidlertid påvirker folkesygdomme som kræft og knogleskørhed (der kan lede til frakturer) i høj grad det kirurgiske område. Et eksempel, der særligt berører ortopædkirurgien, er stigningen i frakturer blandt ældre, typisk i hofte, håndled og ryg. Afdelingsledelsen peger imidlertid på, at der også er sket en positiv udvikling i sundhedstilstanden sideløbende med bedre forebyggelse og behandling af knogleskørhed, og der er sket en stor udvikling på motionsområdet. Alt i alt betyder det, at de prognoser, man lavede for 20-25 år siden, hvor man forsøgte at fremskrive udviklingen inden for denne type frakturer, pegede på, at *”man på et tidspunkt måtte belægge hele hospitalsvæsenet med dem!”* (OL, ort.

kir.). Men den forbedrede forebyggelse og behandling kombineret med faldet i liggetider har betydet, at stigningen i forekomsten er stagneret og er relativt stabil i dag.

Eksemplet er illustrativt, fordi det viser, hvor kompleks udviklingen er, og hvor usikkert det er at foretage fremskrivninger af alt fra kapacitets- og personalebehov til udviklingen i incidens og behandlingsmuligheder. Som ortopædkirurgen understreger: "Alle vilkår har ændret sig!" Eksemplet har relevans ud over det kirurgiske område og peger på et grundlæggende problem i relation til forudsigelser af aktivitet, kapacitet, opgavetyper og personalebehov: Alle vilkår ændrer sig konstant. Derfor er det forbundet med stor usikkerhed at forudsige, hvordan udviklingen i demografi og sygelighed i praksis vil komme til at påvirke opgaverne i fremtiden.

Comorbiditet og behovet for bredere kompetencer på plejeområdet

Alle afdelingsledelser peger på en stigende forekomst af comorbiditet¹ som et af de centrale træk ved udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelser. Det udfordrer såvel kompetencer som specialisering og organisering. Overlægerne fra ortopædkirurgi og FAME peger begge på, at medicinen – særligt geriatrien – med rette fylder mere og mere inden for kirurgien, og at grænserne mellem de to områder således er i bevægelse:

"Den eneste grund til, at vi får større overlevelse på hoftefrakturer, det er, at vi er begyndt at behandle dem som geriatriske patienter. Det er ikke fordi, vi er bedre til at sætte sømmene!" (OL, akut modt.)

Ortopædkirurgen har taget den organisatoriske konsekvens af denne erkendelse og ansat geriater på hans ortopædkirurgiske afdeling:

"Vi har de gamle patienter, og comorbiditeten er voldsom. I virkeligheden er mange af de akutte frakturer ikke ortopædkirurgiske patienter – det er en medicinsk patient med en ortopædkirurgisk lidelse oveni. Det er ældre patienter med multisystemiske sygdomme og polyfarmaci² – og så en fraktur. De havner her, fordi medicinerne ikke kan skrue benet sammen. Men vi kan slet ikke passe dem godt nok. Vi har så meget medicinsk sygdom, at vi nu har oprettet et ortopædisk afsnit, hvor vi har ansat to geriater; altså to medicinske overlæger, som ikke laver andet end at passe disse patienter. Ortopædkirurgiske speciallæger har – efter mange års uddannelse – glemt, hvad vi har lært om medicin. Vi bliver udsat for at skulle tage stilling til komplekse medicinske problemer, fordi patienten har brækket sin hofte eller ben, så hun er hos os. Men det var simpelthen ikke holdbart! Vi var nødt til at lukke medicinere ind i den kirurgiske afdeling som lægekolleger. Den udvikling – og udfordring – er den samme for sygeplejersker: Man kan ikke udvikle deres kompetencer inden for fx sår, hvis de ikke forstår, hvor vigtigt det er at væskebehandle patienterne, at kigge på deres vejrtrækning osv., hvilket jo ikke umiddelbart er noget kirurgisk." (OL, ort. kir.)

Den demografiske og sygdomsmæssige udvikling er således medvirkende til at gøre comorbiditet til en voksende udfordring for sundhedsvæsenet, ikke mindst det specialiserede sygehusvæsen. Det betyder et øget behov for bredere – ofte medicinske – kompetencer på alle områder, ikke mindst det kirurgiske. En udvikling som både gælder læger og sygeplejen.

Imidlertid peger flere afdelingsledere på, at det ikke er hensigtsmæssigt at lave den samme opdeling og specialisering af sygeplejerskerne, som man kan blandt lægerne. Det er således ikke nok at ansætte et par geriatrisk/medicinsk kompetente sygeplejersker på de kirurgiske afdelinger. Hele plejeperso-

¹ Comorbiditet er en betegnelse for patienter, der lider af flere sygdomme samtidig.

² Polyfarmaci er en betegnelse for samtidig behandling med flere lægemidler.

nalet er nødt til at have bredere kompetencer for at kunne håndtere den stigende forekomst af medicinske baggrundslidelser blandt kirurgiske patienter.

Gastrokirurgerne beskriver således, hvordan de har fået et intensivt samarbejde med sygeplejespecialister fra andre afdelinger omkring KOL og diabetespatienter, men disse specialisters rolle er i højere grad at undervise og vejlede det kirurgiske plejepersonale end at overtage behandlingen af patienternes medicinske lidelser. Organisatorisk har det betydet oprettelsen af et særligt semi-intensivt afsnit til de meget syge, som ofte har ikke-kirurgiske baggrundslidelser, og derfor er sygeplejerskerne på dette semi-intensive afsnit givet flere kompetencer i forhold til blandt andet KOL, hjertesygdomme og diabetes.

Den øgede forekomst af kroniske baggrundslidelser betyder også, at man inden for kirurgien har fået større fokus på, hvilke konsekvenser sygdomme og risikofaktorer som fx rygning og alkohol har for outcome af et kirurgisk indgreb. Derfor bliver mere viden om *"de store sygdomme og forebyggelse"* mere væsentligt for plejepersonalet i fremtiden, ifølge den gastrokirurgiske oversygeplejerske.

Samlet set skaber den øgede forekomst af comorbiditet et behov for flere kompetencer på plejeområdet, som går på tværs af enkelte sygdomsområder. Både på tværs af medicin og kirurgi og inden for de forskellige medicinske områder og sygdomme:

"Som medicinsk sygeplejerske nytter det ikke noget, man bliver så specialiseret ned i et grenspeciale, at du ikke også har et solidt kendskab til nogle af de andre medicinske områder."
(SPL, med.)

Kulturelle påvirkninger af efterspørgslen

Det er umuligt at måle, i hvilket omfang mere kulturelle faktorer påvirker efterspørgslen efter sundhedsydelser. Men ændrede forventninger i befolkningen sætter sit præg politisk, hvor lovfæstelse af patientrettigheder, sundhedsfaglige kontaktpersoner samt indførelse af forskellige former for behandlings-, udrednings- og ventetidsgarantier påvirker ydelsesproduktionen i sundhedsvæsenet og dermed også plejeopgaverne. På tværs af specialer oplever alle afdelingsledelserne en udvikling i forventningerne til sygehusvæsenet, som har konsekvenser for plejeopgaverne. Inden for ortopædkirurgien opleves de kulturelle ændringer særligt blandt yngre patienter:

"Hos de yngre er der et enormt forventningspres om, at man kan reparere alt. Og det er særlig udtalt inden for vores område, for det er funktionelt betingede gener, som skader funktionen. Vi ser, at unge mennesker med ret begrænsede gener kommer med en forventning om, at de kan behandles her og nu." (OL, ort. kir.)

En af afdelingssygeplejerskerne fra FAME peger på samme tendens:

"Patienterne læser en masse på nettet og begynder at forvente mere og mere." (SPL, akut modt.)

På det medicinske område peger oversygeplejersken på kulturelle ændringer, der påvirker efterspørgslen efter ydelser til de ældre, men som ofte er påvirket af yngres pårørendes forventninger:

"Der er et krav fra borgerne: De accepterer ikke længere sygdom eller død, og de stiller krav om behandling, selv den +95-årige. Da jeg var ung sygeplejerske, der var man ikke nær så aktiv [med at behandle], når man havde en +80-årig patient. I dag er vi lige så aktive som ved alle andre – og godt for det. Samtidig har vi også nogle pårørende, som ikke stiller sig tilfredse med, at vores ældre familiemedlemmer ikke bliver behandlet. I virkeligheden er efterspørgslen uendelig!" (SPL, med.)

Gastrokirurgerne oplever den samme udvikling og påpeger, hvilke konsekvenser det blandt andet har for behovet for kompetencer blandt personalet:

*"Patienterne er meget mere krævende. De er langt bedre informeret og har sat sig meget mere ind i tingene, og der er også mange, der kræver en second opinion. Det er fair nok. Men det stiller større krav til den samtale, du har med dem – om du er læge eller sygeplejerske."
(OL, gas. kir.)*

*"Dem patienterne møder, når de kommer, skal være professionelle, og de skal kunne give noget viden. Man skal kunne sige 'det er sådan og sådan' helt præcist. Hvis vi ikke kan det, er det ikke godt nok. Det er det, vi forventer, når vi kommer på hospitalet: At det er professionelt, og at vi får den viden, vi har brug for."
(SPL, gas. kir.)*

Således skaber de kulturelle ændringer højere forventninger til behandlingsmuligheder, tempo, tilgængelighed og information. Det betyder noget for væksten i efterspørgslen efter sundhedsydelser til ældre såvel som til yngre, der i princippet er "uendelig". Og netop derfor stiller denne udvikling øgede krav til personalets evne til at *formidle viden og forventningsafstemme* med patienterne. Sådanne relationelle og kommunikative kompetencer bliver mere centrale i takt med denne udvikling.

Den medicinsk-teknologiske udvikling

Udviklingen i behandlingsmulighederne via nye, bedre og mere skånsomme metoder, præparater og teknikker er ifølge afdelingsledelserne en hovedpointe, som påvirker udviklingen i sundhedsvæsenet og dermed også plejeopgaverne. Den medicinsk-teknologiske udvikling er den primære årsag til ændringerne i aktiviteten i form af faldende liggetider og konverteringen fra stationær til ambulans aktivitet. Samtidig har flere peget på, at de øgede behandlingsmuligheder i sig selv giver stigende forventninger og dermed en øget efterspørgsel.

Bedre, hurtigere, mere skånsomme og flere behandlingsmuligheder

Udviklingen inden for alle områder er præget af store fremskridt i den medicinsk-teknologiske udvikling:

*"Behandlingsresultaterne viser sig at være bedre og bedre. Og når patienterne henvender sig med smerter, tilbyder vi behandlingen på et tidligere tidspunkt, end vi ville have gjort for 20 år siden. Når man har været læge i 30 år og kan følge udviklingen over tid, er der ingen tvivl om, at behandlingen efterhånden er af en sådan standard, at vi har mulighed for at tilbyde patienterne behandling tidligere og lette dem for de smerter, de har. Og vi kan gøre det med enormt gode resultater og meget lille risiko for reoperation."
(OL, ort. kir.)*

Gastrokirurgerne peger på, at det ikke kun er udviklingen af nye og særligt mindre invasive metoder inden for gastrokirurgien, som muliggør operation med langt bedre resultater og lavere risiko, men også nye anæstesiformer, der muliggør behandling af flere og svagere patienter end tidligere.

Ud over forbedrede behandlingsmuligheder peger medicinerne også på udviklingen inden for de diagnostiske specialer, som giver bedre, mere skånsom og mere tilgængelig diagnostik og udredning og dermed også behandlingsmuligheder til flere.

Grænsefladen mellem medicin og kirurgi

Både medicinerne og kirurgerne peger på, at grænsefladen mellem medicin og kirurgi ændres, og at lidelser, der tidligere blev behandlet kirurgisk, i højere grad kan forebygges eller behandles medicinsk. Et eksempel er udviklingen inden for behandlingen af mavesår:

"På det medicinske område oplever vi, at der er flere og flere lidelser, som i gamle dage var kirurgiske, som bliver medicinske, fordi de kan behandles medicinsk. Det, man i gamle dage troede, var et mavesår, der skulle behandles kirurgisk, er blevet medicinsk i dag." (SPL, med.)

"Mavesårsbehandlingen er et godt eksempel: For 50 år siden fik halvdelen fjernet mavesækken mere eller mindre. Så fandt man ud af noget mere skånsomt og så til sidst, at det faktisk var en bakterie [der kan behandles medicinsk]. Du vil hele tiden tendere mod at gøre noget, der er mindre skadeligt for din organisme, altså mindre invasivt. Det tror jeg kommer til at gælde inden for al kirurgi." (OL, gas. kir.)

Udviklingen i retning af mindre invasive metoder, og i nogle tilfælde ligefrem konvertering fra kirurgiske til medicinske behandlingsformer, er således med til at flytte grænsen mellem kirurgi og medicin.

Kirurgien i fremtiden: Den ikke-opererende kirurg

Begge de kirurgiske afdelingsledelser peger på, at kirurgien er under transformation. Det traditionelle billede af kirurgien som et "skærende" speciale og kirurgen som en læge med skalpel i hånden holder ikke i fremtiden:

"En stor del af det, der tidligere blev behandlet traditionelt kirurgisk – altså med kniv – det bliver nu lavet med mere skånsomme metoder som endoskopi og kikkertkirurgi. Og mere og mere af det kan gøres elektivt. Jeg vil ikke sige, at kirurgi er et hændende speciale, men der bliver mindre stor kirurgi." (OL, gas. kir.)

Ortopædkirurgerne nævner flere udviklingstendenser for fremtiden, som også peger i retning af alternativer til traditionel kirurgi:

"Genteknologien rummer muligheden for at reetablere bruskskader, fx ved slidgigt. Man kan lave hjerter og blærer og så videre genteknologisk. Og så er der en række produkter inden for knoglehelingsprocessen, som er under udvikling, hvor man må forvente, at der også bliver mulighed for at behandle frakturer på en helt anden måde ved at stimulere knoglehelingen. Jeg tror, vi vil se en udvikling, hvor vi på et tidligere tidspunkt kan behandle kroniske lidelser på en mindre indgribende måde. Så kunne man godt forvente, at der bliver mindre af den store kirurgi. Man har set den samme udvikling inden for mave-tarmkirurgi. Ortopædkirurger, karkirurger og thoraxkirurger er stadig 'rigtige' kirurger [i betydningen skærende]. Men urologer og urinvejskirurger opererer nu i robotter. Transformationen fra opererende til ikke-opererende kirurger kommer senere i ortopædkirurgien." (OL, ort. kir.)

Samlet set går udviklingen således mod mindre invasive kirurgiske teknologier, samtidig med at der sker grundlæggende ændringer i behandlingsmulighederne, som i nogen tilfælde helt kan fjerne behovet for kirurgi og i stedet muliggør behandling af fx frakturer og bruskskader med produkter til knogleheling og reetablering af brusk.

Denne udvikling ændrer kirurgens opgaver fundamentalt og påvirker plejeopgaverne på det kirurgiske område. Fx peger gastrokirurgerne på, at faldet i mængden af stor kirurgi har konsekvenser for sårplejen, idet sårene er blevet meget mindre og slet ikke kræver samme form for sårpleje og -skift som tidligere. Samtidig stiller det store krav til sygeplejerskernes faglige kompetencer inden for de forskellige subspecialiserede områder at følge med den medicinsk-teknologiske udvikling, som transformerer kirurgien.

Udviklingen i aktiviteten

Den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse og den teknologiske udvikling har medført en voldsom udvikling i aktiviteten. Fra 1999-2008 er liggetiden på det somatiske område faldet 24 %. Samtidig er antallet af indlæggelser steget i alt 8 %, mens antallet af ambulante besøg er steget med 60 % gennem perioden (figur 1-3, bilag 1).

Både Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og Regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer (Erik Juhl-udvalget) har lavet fremskrivninger af udviklingen i aktiviteten. SIF skønner, at der i 2020 vil være næsten 20 % flere indlæggelser end i 2005 og ca. 77 % flere ambulante besøg (2). Erik Juhl-udvalget skønner, at antallet af indlæggelser vil stige med 10-15 %, og at antallet af ambulante besøg vil stige med 50 % (3), hvilket ikke afviger voldsomt fra SIF's skøn. Ekspertpanelet regner desuden med, at faldet i liggetid vil fortsætte, således at der i år 2020 vil være behov for 20 % færre sengedage, end der var i år 2008. Kort sagt forudses behandlingsintensiteten under indlæggelse fortsat at stige.

Den forventede stigning i ambulansaktivitet skyldes, både at der foretages kontroller af flere kronikere, og at der sker en konvertering af stationær til ambulansaktivitet, ikke mindst på det kirurgiske område. Således viser en opgørelse over andelen af dagkirurgiske operationer blandt 37 udvalgte operationer for perioden 2001-2008, at andelen af dagkirurgi i 2001 var 52 %, mens den var steget til 71 % syv år senere (tabel 5, bilag 1).

På det stationære område har andelen af akutte indlæggelser fra 1995-2007 ligget mellem 70-75 %, og den toppede i 2001, hvor 75 % af alle indlæggelser var akutte (tabel 4, bilag 1). Akutandelen på det stationære område er således relativt stabil. Imidlertid tyder den voldsomme stigning i den ambulante aktivitet i forhold til den stationære på en øget elektiv aktivitet.

Samlet set betyder denne udvikling i aktiviteten, at en stigende del af arbejdet er præget af korte og væsentligt mere behandlings- og plejeintensive kontakter med patienterne:

"Det accelererede forløb kommer til at slå igennem på alle områder. Inden for al kirurgi bliver plejeopgaverne mere intensive." (OL, gas. kir.)

Alle afdelingsledelserne peger på, at udviklingen i aktiviteten – særligt faldet i liggetiderne – er foregået over en relativ kort periode, og at det har haft og forsat vil få stor indflydelse på plejeopgaverne:

"10 år tilbage lå en knæopereret i gennemsnit 21 dage på afdelingen – nu kan man komme ned under en uge, 3-4 dage. Og det betyder, at plejeopgaverne i forhold til disse patienter har fået mere informativ og undervisende karakter end plejeopgaverne havde, da man gik og passede patienten i 21 dage. Du skal have en viden om, hvad det er, patienten har brug for at vide på forhånd i forhold til fx kost, ernæring og motion. Du skal give information om, hvordan de skal forberede sig på at være derhjemme. Men du skal også sikre dig, at du meget hurtigt får patienten i gang. Vi skal sørge for, at patienterne ikke bliver sygeliggjort, fordi de kommer ind og skal have foretaget et indgreb. Derfor skal de selv være involveret i det, medinddraget og tage ansvar for det, der skal foregå. Det vil sige, at sygeplejepersonalets opgaver har mere informativ og undervisende karakter, og de skal specialisere sig i det." (SPL, ort. kir.)

Denne tendens ses ikke kun inden for den elektive kirurgi, men også på det medicinske område, som i høj grad er akut:

"Tidligere lå man med en blodprop i hjertet i tre uger. I dag når man knapt at komme ind, før man er ude igen: På kardiologisk har vi en gennemsnitlig liggetid på 2,4 dage. Den tid, du har, er blevet kortere, og der er ikke blevet mindre krav om information, involvering og inddragelse af patienter og pårørende." (SPL, med.)

En væsentlig tendens i udviklingen i plejeopgaverne handler således om opgaver i relation til *patientinddragelsen*. Det vedrører både *information og kommunikation* med patienterne såvel som *motivation*, idet det kræver en helt anden form for *forventningsafstemning* og *aktiv medinddragelse* af patienterne at kunne foretage acceleration af forløb. En stor del af disse opgaver påhviler sygeplejerskerne og stiller dermed nye krav til det, man kan kalde deres *relationelle kompetencer*: Altså deres evner til at skabe den ønskede relation til andre aktører, i dette tilfælde til patienterne.

Men acceleration af forløb stiller også krav til plejepersonalets *faglige kliniske kompetencer* og deres evne til at foretage tættere observation af patienterne og handle hurtigere end tidligere, som den gastrokirurgiske afdelingsledelse her forklarer:

"Når man laver et behandlingsforløb så hurtigt, så giver du en anden smertebehandling. Du giver en anden form for mad osv. Du skal være mere over og motivere patienten. Du skal observere flere ting mere tæt i den tid, de er her. Du skal have styr på dræn og sonder. Man skal være hurtigere til at fjerne et kateter i blæren og alle sådan nogle ting." (OL, gas. kir.)

"Man skal virkelig kunne observere patienterne, og man skal være hurtig. Man skal kunne se symptomerne: 'Er det en stomose lækage?'³ Vi kan se i forhold til fedmeoperationerne, at det er vigtigt, at det er specialiserede sygeplejersker, der opserverer patienterne og handler meget hurtigt. For hvis man giver for sent besked til lægen, så giver det nogle alvorlige konsekvenser for patienten." (SPL, gas. kir.)

På det medicinske område peges også på et øget behov for tæt overvågning og handling:

"I og med at patienterne er så syge, så er der også nogle særlige observationer og noget særlig behandling, som fordrer, at sygeplejen skal være mere opmærksom og bedre er i stand til at kunne overvåge patienterne og overvåge værdierne⁴, sikre sig at de får de IV⁵-væsker, de får behov for, og den medicin der nu skal gives." (SPL, med.)

Eksemplerne viser, hvordan de accelererede forløb påvirker plejeopgaverne på to forskellige måder: På den ene side er der en lang række ændringer i relation til samarbejdet med patienterne: Korte, intensive og i nogle tilfælde ambulante forløb stiller krav om langt mere intensiv information, kommunikation, inddragelse, motivation, undervisning og forventningsafstemning. Det er en forudsætning for acceleration af forløb, at patienterne spiller en mere aktiv rolle – både på grund af behovet for tidlig mobilisering og fordi en tidligere udskrivning kræver mere viden og motivation som grundlag for egenomsorg.

På den anden side skaber de korte intensive forløb også behov for en mere specialiseret klinisk viden som grundlag for en langt tættere observation af patienterne og hurtigere reaktion i den korte tid, patienterne er indlagt.

Sygere patienter i sengene

Afdelingsledelserne peger på forskellige udviklingstendenser, som på hver deres måde er medvirkende til at ændre aktivitetsmønstret, så de indlagte patienter bliver stadigt mere syge og plejkrævende. I dette afsnit præsenteres forskellige årsager til denne udvikling og deres påvirkning af plejeopgaverne.

³ En *anastomose lækage* er en lækage i forbindelse med en sammensyning af tarmen. Det er en alvorlig komplikation, som kræver akut behandling.

⁴ *Værdier* i betydningen vitale kliniske værdier.

⁵ *IV* for intravenøs, altså direkte i en vene via en kanyule.

Acceleration giver mere syge patienter i sengene

Ud over at faldet i liggetid intensivere plejeopgaverne, betyder acceleration også, at de patienter, som bliver liggende i sengene, kun er de mest syge. Det vil kun være patienter med indlæggelseskrævende komplikationer eller andre svære problemstillinger, som forbliver indlagt, og dermed vil de også være mindre selvhjulpne og mere plejkrævende:

"De patienter, der kommer til at ligge på fremtidens sygehuse, det er dårligere patienter. Inden for kirurgien kører vi alle de her hurtige forløb igennem, men der er så nogle, der vælter [i betydningen får komplikationer], både blandt de akutte og blandt de elektive operationspatienter." (SPL, gas. kir.)

Antallet af senge falder således, men de patienter, der ligger i dem, forudsiges at blive sygere.

Den private sektor giver mere syge patienter i sengene

Kirurgerne peger på, at en anden medvirkende årsag til, at patienterne i sengene bliver sygere, er, at den private sektor tager en stigende andel af *"de i gåseøjne lette og ukomplicerede"*, som den organiskirurgiske afdelingsledelse formulerer det. Disse er ofte elektive patienter, mens de offentlige hospitaler forudser, at de vil få en større andel af akutte og komplicerede operationer.

Konvertering fra stationære til ambulante forløb giver mere syge patienter i sengene

Udviklingen betyder også, at grænsen mellem, hvad der kan håndteres stationært, og hvad der kan konverteres til ambulante forløb, flytter sig:

"Der er sket en holdningsændring hos os, der arbejder i sektoren, at vi ikke bare kan blive ved med at åbne senge. Der er også sket en holdningsændring hos befolkningen: Folk vil ikke nødvendigvis indlægges. Langt de fleste vil jo helst være ikke-indlagt. Vi gør alt, hvad vi kan, for at flytte grænsen for, hvornår man kan indgå i et ambulante forløb. Så når vi flytter grænsen for, hvornår man skal være indlagt og ikke-indlagt, så vil der også blive nogle, der er mere plejkrævende i de ambulante forløb. Dem der så kommer til at ligge i de få medicinske senge, der bliver tilbage, de er rigtigt, rigtigt plejkrævende, hvor man har en meget høj grad af kompleksitet." (SPL, med.)

Afdelingsledelserne forudser, at denne udvikling fortsætter: På det medicinske område forudses hurtigere patientforløb, og der arbejdes på at konvertere akutte indlæggelser til (sub)akut ambulante udredning og behandling. Ortopædkirurgerne peger på, at sportskirurgi for få år siden krævede 4-5 dages indlæggelse, men i dag er det konverteret til sammedagskirurgi. Der arbejdes også på at gøre ledudskiftninger til sammedagskirurgi. Kort sagt:

"Der vil blive ved med at ske nogle medicinsk-teknologiske udviklinger, der gør, at nogle sygdomme, som i dag kun kan håndteres under indlæggelse, kan håndteres ambulante." (OL, akut modt.)

Imidlertid peger flere afdelingsledere på, at det ikke blot er teknologien, der sætter grænsen for acceleration og konvertering til ambulante forløb. Det handler også om sociale forhold:

"Vi har mange ældre [til ledudskiftninger]. Og det er afgørende, hvilke sociale forhold der eksisterer. Langt fra alle har social backup derhjemme. Det er nogle ting, man må have med i overvejelserne." (OL, ort. kir.)

For patienter og pårørende, der ikke har de fysiske, psykiske eller sociale ressourcer til at blive inddraget mere aktivt i deres forløb og tage et større medansvar, bliver samarbejdet med den kommunale plejesektor derfor helt afgørende for hospitalernes fortsatte muligheder for acceleration.

Ændret grænseflade mellem intensive og almindelige stationære patienter giver mere syge patienter

De mere plejekrævende patienter i sengene skyldes også, at grænsen mellem intensive afdelinger og almindelige stationære afdelinger ændres:

"Grænsen for, hvornår man er intensiv, har også flyttet sig. I dag skal man være høj-intensiv for at få en intensiv plads. Grænserne flytter sig hele tiden, så dem, du har liggende i en stationær sengeafdeling, de kræver næsten fuld overvågning af sygeplejerskerne, og det betyder selvfølgelig noget, fordi det kræver, at der er mere personale til stede, eller at vi får en eller anden form for teknologi ind, som hjælper os." (SPL, med.)

Konsekvenser for plejeopgaverne

Samlet set stiller den fortsatte acceleration af forløb øgede krav til plejepersonalets kliniske kompetencer såvel som til deres relationelle kompetencer og evner til at samarbejde med og inddrage patienterne mere aktivt. Samtidig er der en række plejeopgaver, som afdelingslederne kalder "basale" eller "grundlæggende", fx at sørge for ernæring, hygiejne mv. Og i takt med at patienterne i sengene bliver sygere, peger flere afdelingsledere på, at de også bliver mindre selvhjulpne og dermed får øget behov for hjælp til den basale pleje:

"De grundlæggende plejebehov – mad og drikke, at vi skal vaskes og flyttes mm. – de er der jo stadigvæk. Det, der kan ske, når patienterne er mere syge, det er, at de kan mindre selv i forhold til de helt basale behov." (SPL, med.)

Men udviklingen rummer også store ledelsesmæssige udfordringer, fordi den har potentielt negative konsekvenser for plejepersonalet:

"Det har været svært for mange i plejegruppen, som tænker: 'Vi kan da ikke blive ved med at speede op!' Og jo, det kan vi faktisk godt. Men der er en bekymring hos mange plejepersonaler for, at vi flytter alle de mindst syge ud af sengene, for de kan jo mærke, at de, der bliver tilbage, er rigtig rigtig komplicerede, og 'Hvordan kan vi så nå det?' De mindre syge har jo været lidt en buffer for at skabe pladsen til de maksimalt syge. Og der har vi i ledergruppen et kæmpe ansvar for at få overbevist de enkelte medarbejdere om, at patienterne faktisk har det bedre ved ikke at være i vores senge. Virkeligheden er jo, at man kan blive syg af at blive indlagt." (SPL, med.)

Samlet set påvirker udviklingen således behovet for plejekompetencer på tre måder:

Mere intensive og standardiserede accelererede forløb skaber øget behov for *kliniske faglige kompetencer* med fokus på *tæt observation og hurtig reaktion*, herunder mere *selvstændig handling* inden for *fastlagte rammer*, fx aftaler om uddelegering af kompetencer til medicinering, anden behandling eller undersøgelse eller udskrivelse.

Kortere forløb skaber øget behov for *relationelle kompetencer* i forhold til *patientinddragelse* med fokus på *kommunikative, motiverende, undervisende og pædagogiske opgaver*.

Sygere – og dermed mindre selvhjulpne – patienter i sengene øger behovet for *basal og grundlæggende sygepleje* i relation til fx ernæring og hygiejne.

Opgavefordelingen på tværs af sektorer

Acceleration af stationære indlæggelser kan føre til konvertering til ambulante aktiviteter. Næste skridt i denne udvikling kan for nogle behandlinger og opgaver være en konvertering fra ambulante sygehusbehandling til ambulante behandling i primærsektoren:

"Systemet har rykket sig og taget flere patienter ambulante. Først er en sygdom sådan, at den skal håndteres i en seng på et sygehus. Så sker der en behandlingsmæssig og teknologisk optimering, der gør, at man kan håndtere det ambulante. Og så bliver det nedfaset i sygehusambulatorier og går over til primærsektoren. Sådan er der mange forløb, der har været." (OL, akut modt.)

Udviklingen betyder, at plejeopgaverne omkring disse patientgrupper helt eller delvist flytter ud i primærsektoren. Dermed påvirkes plejeopgaverne på sygehusene. Den fortsatte acceleration af forløb og konvertering til ambulante aktiviteter stiller derfor ikke blot krav til øget samarbejde med patienterne, det stiller også nye krav til plejen i primærsektoren og dermed til sygehussektorens evne til at samarbejde og vidensdele med primærsektoren:

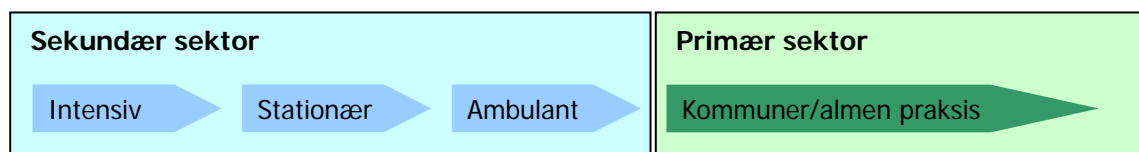
"Accelerationen kræver også rigtigt meget af den kommunale plejesektor. Vi er afhængige af den kommunale plejesektor. De synes, vi sender sygere patienter hjem end tidligere, og ja, det gør vi også. Så vi er afhængige af, at vi har den dialog med dem om det, og ikke bare smækker dem ud, men at vi laver en aftale om, at der er nogle ting, de egentlig godt kan overtage. Ude på plejecentrene, hvor hjemmehjælperne står, der synes de jo, det er dejligt, når hr. Hansen med Alzheimers bliver indlagt på hospitalet. Så er de af med den opgave. Hvordan er det, at vi får hjemmehjælperne ude på plejecentrene til at synes, at det er bedre, at hr. Hansen bliver hjemme?" (SPL, med.)

Også inden for kirurgien oplever afdelingsledelserne, at grænsen mellem sektorerne er i bevægelse:

"Primærsektoren gør opmærksom på, at de accelererede patientforløb betyder, at de udskrevne patienter er væsentligt mere plejkrævende. De synes, de bliver for tidligt udskrevet. Grænsen for, hvornår man synes, en patient er færdigbehandlet ortopædisk, har måske også rykket sig." (SPL, ort. kir.)

Fordi kommuner og hospitaler hører under hver sin sektor – ikke mindst i økonomisk forstand, har acceleration af forløb og konvertering til ambulante aktiviteter skabt et øget fokus på udviklingens betydning for sektorgrænsen og de afledte konsekvenser i form af blandt andet opgaveglidning til kommunerne (4; 5).

Imidlertid peger afdelingsledelserne på, at udviklingen er mere kompleks end bare et spørgsmål om ændringer i sektorgrænsen og dermed opgaveglidning fra sekundær til primær sektor. De peger på, at efterspørgslen generelt stiger, og at det betyder, at opgaverne generelt glider, jf. figuren nedenfor:



Hvad der tidligere var intensivt, håndteres i dag i højere grad på de stationære sengeafsnit. Hvad der var stationært, er konverteret til ambulante aktiviteter. Og hvad der tidligere var sygehusopgaver – stationære som ambulante, bliver i højere grad primærsektoropgaver. Således bevæger grænserne sig alle steder, og på alle niveauer er der således flere, sygere, tungere og mere plejkrævende patienter. Med forbehold for en vis variation mellem specialer og sygdomsområder forudsiger afdelingslederne generelt, at denne udvikling vil fortsætte.

En af konsekvenserne for sygehuspersonalets opgaver er en øget mængde af undervisende, rådgivende og kompetenceudviklende opgaver i relation til plejepersonalet i primærsektoren, som ses både på det kirurgiske og på det medicinske område:

"Jo hurtigere vi udskriver patienterne, jo mere kræver det, at de kan følge med i hjemmeplejen. De skal have en viden om, hvad det er, der foregår på hospitalerne. Det kræver også, at de ajourfører sig og holder deres viden ved lige. Det kan så være [sygepleje]specialisternes rolle at sørge for at give noget undervisning eller vejledning til dem i primærsektoren, og der kunne jeg godt tænke mig, at vi havde meget tættere samarbejde. Vores stomi-sygeplejersker går meget ud i primærsektoren og hjælper med at undervise og vejlede. Vi har også tidligere haft undervisningen om, hvad det er, der foregår på hospitalerne i forhold til accelererede patientforløb" (SPL, gas. kir.)

"Det, der sker i vores klyngeområder⁶, er, at de begynder at opkvalificere personalet og efterspørge uddannelse. Den vidensdeling mellem det primære og det sekundære område er utrolig vigtig. Det kræver så også, at vi skal stille os parate til at dele ud af den viden. (SPL, med.)

Vidensdeling med primærsektorens plejepersonale i form af undervisning, rådgivning, sparring og vejledning er således et opgaveområde, som afdelingsledelserne forudser, vil komme til at fylde mere i fremtiden. Disse opgaver kræver relationelle kompetencer ligesom behovet for et tættere samarbejde med patienterne. Årsagen er, at den løbende udvikling af kompetencerne blandt plejepersonalet i primærsektoren er en afgørende forudsætning for, at udviklingen mod mere intensive indlæggelser eller konvertering til ambulante forløb i hospitalssektoren kan fortsætte.

Afdelingsledelserne forudser dog også, at øget vidensdeling og samarbejde med plejepersonalet i primærsektoren ikke er nok til at kunne sikre fortsat acceleration og konvertering til ambulant aktivitet, hvis kvaliteten i de samlede forløb ikke skal forringes. Derfor forudser flere, at plejeopgaverne i hospitalssektoren vil blive præget af *øget udgående aktivitet*:

"Der er lavet nogle undersøgelser, der viser, at det er klogt, at du laver nogle udgående teams fra afdelingerne, hvis du sender patienterne meget hurtigt hjem. Det kan godt være, at det foregår i primærsektoren, men det bliver plejepersonalet fra afdelingerne, der tager ud. De skal følge op og sikre, at de processer, der er planlagt, foregår, som det er meningen." (OL, gas. kir.)

I dette eksempel peges der på, at specialiserede kirurgiske patienter, der udskrives meget tidligt, vil have behov for mere udgående sygehuspleje. Men det er ikke kun de specialiserede patienter, der skaber behov for mere udgående plejepersonale i fremtiden. Afdelingsledelsen fra det akutte modtageområde peger på flere udgående plejeopgaver i relation til det, de kalder en "nem" patient, som de mener, man i fremtiden kan og bør behandle i hjemmet i stedet for under indlæggelse:

"Det kunne være en ældre dame med en urinvejsinfektion, som lige præcis er nok til at vælte hende i hendes relative stabilitet derhjemme, hvor hun faktisk klarer sig selv med hjemme-hjælp to gange om ugen, og datteren der kigger forbi. Så får hun en urinvejsinfektion, og så får hun ikke lige drukket nok, og så lige pludselig kan hun ikke kende forskel på sit toilet og sit køkken, og så skal hun jo ind. Og så behandler vi hende og stabiliserer hende tilbage til samme niveau i løbet af kort tid. Men hendes delir, hendes forvirrethed, gør vi jo kun værre ved at tage hende herind. Fagligt set så kunne hun behandles i hjemmet, hvis der var nogle til lige at kigge efter hende. Hun skal have noget væske, og måske skal hun have et drop, eller måske bare nogle der kommer og nøder hende til at drikke, samtidig med at antibiotikaen kommer til at virke." (OL, akut modt.)

"Man skulle have sygeplejersker, der tog ud i hjemmene, og som kunne jo lægge et drop og give dem noget væske eller noget antibiotika intravenøst, og sidde ved dem de timer de får

⁶ Klyngeområder er en betegnelse for kommunerne i optageområdet omkring et hospital.

det. Man skulle simpelthen have nogle sygeplejersker, der var uddannet til at tage ud i hjemmene og gøre det. Det kunne være rigtig godt for patienten at få lov at blive i deres eget hjem.” (SPL, akut modt.)

Samlet set peger afdelingsledelserne på, at udviklingen i aktiviteten vil betyde flere plejeopgaver i relation til primærsektoren – både i forhold til samarbejdet med og kompetenceudvikling af personalet i primærsektoren, og også i forhold til deciderede udgående funktioner og plejeopgaver, der i stigende grad skal løses i hjemmet, hvis acceleration og konvertering til ambulans virksomhed skal kunne fortsætte i fremtiden. Og her peges både på specialiserede opgaver i forhold til specialiserede patienter såvel som mere ukomplicerede opgaver i forhold til særligt ældre medicinske patienter, som har behov for fx IV-behandling, der kan varetages i hjemmet.

Det er et væsentligt spørgsmål, hvor grænsen mellem sektorerne skal gå i forhold til de mere ukomplicerede opgaver: Hvad er hospitalsplejeopgaver, og hvad er kommunale plejeopgaver? Det centrale er imidlertid, at flere plejeopgaver vil flytte ud i hjemmene. Spørgsmålet er, i hvilket omfang sygehuspersonalet bør flytte med.

Den organisatoriske udvikling i hospitalsvæsenet

To hovedtendenser præger den organisatoriske udvikling i sundhedsvæsenet: *Større enheder*, ikke mindst på det akutte område, hvor der etableres Fælles (medicinske og kirurgiske) Akutte Modtagenheder⁷, og mere *standardiserede forløb*, fx pakkeforløb. I dette afsnit analyseres, hvordan disse tendenser vil påvirke plejeopgaverne i fremtiden.

Større enheder

Afdelingsledelserne peger på, at større enheder – og dermed større patientvolumen – er en nødvendig forudsætning for den faglige specialisering, som er med til at sikre bedre behandlingsresultater. Dette argument har været en væsentlig drivkraft bag den organisatoriske udvikling i hospitalsvæsenet, både med hensyn til sygehusplanlægning såvel som specialeplanlægningen, og er argumentet bag funktionsbærende enheder (6). Volumenet er således en væsentlig forudsætning for de tendenser til faglig specialisering, som diskuteres i det efterfølgende afsnit.

Større enheder muliggør også mere organisatorisk specialisering, der går på tværs af specialer. Et eksempel er udskillelsen af akutmodtagelse på tværs af specialer i særlige enheder, hvilket FAME er et eksempel på. I akutmodtagelserne arbejdes i stigende grad med *triage*, som ikke er baseret på en diagnosetækning, men på graduering af symptomer. Overlægen i FAME forklarer principperne bag:

”Vi tænker i triage nu – et ord som ikke er blevet nævnt i forbindelse med andet end kæmpe katastrofer indtil for få år siden. Nu skal vi jo til at triagere alle patienter: Opdele dem i hastegrader og så ved vi, hvor tæt de skal observeres, og hvor hurtigt der skal være en læge, der ser vedkommende. Og så sætter vi nogle systemer op, der får det til at køre tjept. Det er et spørgsmål om patientkategorier: Blandt de akut indlagte er der nogle, der er svært syge og kommer ind med voldsomt truende helbredsmaessige problemer. Så er der andre – faktisk ikke så få – der kommer ind på grund af andre ting, fx at samfundet ikke kan passe de gamle i hjemmet, hvis de får en lille ubalance, fx en urinvejsinfektion. Men den gamle dame [med urinvejsinfektion] skal jo ikke mosles igennem et sted, hvor man står med hat og maske på og ser alvorlig ud, og der er rør og slanger overalt! Hun skal ind lige så stille et sted. Og der kunne jeg godt se, at nogle er specialister i at modtage de svært syge patienter – dem der er lige ved at dø. Og så nogle patienter, der skal håndteres på en anden måde: De skal ind i nogle

⁷ Også kaldet både ”FAME” og ”FAM”.

rolige omgivelser, imens de får deres væske osv., og de skal slet ikke være udsat for al den tumult. Der er nogle [sundhedspersonaler], som er gode til det, og som ikke behøver at kunne lægge rør og slanger i folk og genoplive dem.” (OL, akut modt.)

Adskillelsen af akutmodtagelser og almindelige stationære afdelinger er udtryk for en organisatorisk specialisering mere end én (speciale)faglig. Men inden for akutområdet peger overlægen fra akutmodtagelsen på, at han forudser en yderligere opdeling baseret på graden af akut sygdom. Og hvis der er volumen til at foretage en sådan opdeling af en akutmodtagelse, så åbner det ifølge overlægen også mulighed for, at andre personalekategorier end sygeplejersker specialiseret i at passe og overvåge patienter med *”voldsomt truende helbredsmæssige problemer”*, kan anvendes i en akutmodtagelse. Således er argumentet, at det er patientvolumen, som muliggør den form for (sub)opdeling, der gør det rationelt og rentabelt at anvende flere typer af personalekategorier på plejeområdet, herunder også lavere uddannet plejepersonale end sygeplejersker.

Standardisering af forløb

Standardiseringen af forløb handler grundlæggende set om, at det er *”beskrevet, hvem der gør hvad, hvornår”*, hvilket muliggør en bedre og mere ensartet kvalitet, men også at man kan *”tilrettelægge arbejdsgange i dagligdagen på en helt anden måde”* og levere hurtigere forløb, som den ortopædkirurgiske sygeplejerske formulerer det.

De seneste år har begrebet pakkeforløb vundet indpas, særligt som følge af indførelsen af pakkeforløb på kræftområdet i 2008. Pakkeforløb indebærer standardisering, men tilføjer desuden, at de ydelser, der indgår, er præbooket, inden man har en specifik patient, og at dette ofte sker i et samarbejde på tværs af flere kliniske og diagnostiske specialer og dermed afdelinger:

”Vi har flere pakkeforløb, som ikke er kræftudredning. Vi har sammedags-udredning inden for det kardiologiske område, hvor patienter med bestemte diagnoser får en pakke, som er helt klar og velbeskrevet for patienter med hjerteproblemer. Det kører som en endagsforestilling, og så er der linet op, og vi har allerede reserveret tider i røntgenafdelingen. Og det er det, der er pakken: At det er forud reserveret.” (SPL, med.)

Der har været arbejdet med forskellige former for accelererede, standardiserede og præbookede forløb i mange år forud for begrebet pakkeforløb – ikke mindst på det kirurgiske område. Ledelsen på ortopædkirurgi peger fx på, at pakkeforløb har betydet et stort fald i liggetiden på hoftefrakturer. Standardiseringen af forløb og den deraf følgende acceleration har været særligt udbredt på det elektive område, men efterhånden vinder det også ind på det akutte område:

”Det akutte område er sværere [at standardisere, end det elektive], men der har vi faktisk også i 2003 lavet pakkeforløb for hoftefrakturer⁸. Og vi havde en kæmpe succes med det og et fald i liggetid fra over 20 til 15 dage i snit.” (OL, ort. kir.)

På hele det kirurgiske område har man i en længere årrække arbejdet med standardisering af forløb, ofte under betegnelsen accelererede forløb. En af årsagerne er den store mængde elektive forløb, som umiddelbart gør det lettere at standardisere, fordi de kan planlægges. Dette medvirker også til at forklare, hvorfor tankegangen ikke i samme grad og først en del senere er ved at finde indpas på det medicinske område, som er præget af mange akutte indlæggelser. Men som ortopædkirurgen peger på i eksemplet med hoftefrakturerne, så vinder pakkeforløb også ind på det akutte område. Og som eksemplet med sammedags-udredning af kardiologiske patienter illustrerer, så vinder standardisering, acceleration og pakkeforløb også indpas på det medicinske område. Pakketankegangen bliver blandt andet brugt som led i en bedre håndtering af comorbiditet, der er en af de helt store udfordringer i

⁸ Frakturer – brud – er i sagens natur akutte i modsætning til fx alloplastikker – ledudskiftninger, der er elektive.

fremtidens sygehusvæsen, ikke mindst på det medicinske område. Som eksempel nævner den medicinske afdelingsledelse et udredningsforløb, for leddegigt og hjerteproblemer:

"Der er faktisk rigtigt meget comorbiditet i artrit [leddegigt]. Så der har vi lavet et pakkeforløb sammen med radiologisk afdeling, og hvor vi har lavet nogle forhåndsaftaler, så vi har nogle tider i MR-scanneren, og vi har også nogle tider til de hjerte-ting, de skal undersøges for samtidig." (SPL, med.)

Standardiseringens konsekvenser for plejeopgaverne

Den ortopædkirurgiske oversygeplejerske oplever, at personalet er glad for standardiserede forløb, fordi det gør opgaverne klarere, muliggør en bedre planlægning og giver tilfredsstillelse i plejegruppen at vide, at man gør det rigtige. Den medicinske oversygeplejerske oplever, at det ikke er helt så let på det medicinske område:

"Det har været et mantra i sygeplejen, man kan ikke standardisere medicinske patienter. Og det er jo også rigtigt. Man kan ikke standardisere hele banden, men man kan standardisere en population af patienter. Og ved at få opmærksomheden på, at man kan det, så tror jeg, det kan være med til at pege på, at der måske også er andet, der kan standardiseres. For der er jo omkring 90 %, som er det samme." (SPL, med.)

Den medicinske afdelingsledelse peger på, at de standardiserede forløb ændrer plejeopgaverne på to forskellige måder. For det første betyder standardiseringen, at der kommer mere "produktionsorienterede" forventninger til plejepersonalets arbejde:

"Det, der sker for sygeplejen, er, at der bliver lagt nogle produktionslinjer ind over. De får ikke lov til at lave sådan nogle aktiviteter, hvor man kan bruge syv timer på en patient. Nej, der bliver lagt nogle klokkeslæt ind for, hvor mange patienter man skal have igennem. For når man laver sådan noget [som pakkeforløb eller accelererede forløb], er det baseret på en aftale med en hospitalsledelse om noget forventet DRG-indtægt. Så nytter det ikke noget, hvis man forventer, at man laver x antal patienter, at så laver man kun y antal patienter. Den tænkning med, at der er nogle deadlines, som de skal overholde sådan lidt mere produktionsorienteret, det gør noget ved dem." (SPL, med.)

For det andet betyder standardiseringen noget i forhold til opgaveglidning, fordi standardiseringen muliggør, at sygeplejerskerne kan overtage bestemte og afgrænsede opgaver fra lægerne:

"I hjertepakken der skal man lave ekkokardiografer, og det er en opgave, som sygeplejerskerne nu er blevet oplært i at gøre, og det var i gamle dage en lægeopgave. Før var det også en læge og en sygeplejerske, der cyklede⁹ patienterne, nu er det en sygeplejerske, der gør det." (SPL, med.)

Denne tendens til opgaveglidning fra læger til plejepersonale i forbindelse med øget standardisering af forløb gør sig gældende inden for alle områder. Standardiseringen er således en forudsætning for at give sygeplejerskerne en større behandlings- og ordinationskompetence inden for aftalte, standardiserede og afgrænsede områder. De kirurgiske afdelingsledelser eksemplificerer:

"Vores beskrevne patientforløb og -pakker betyder, at man giver en delegering af kompetencen til at iværksætte smertebehandling." (SPL, ort. kir.)

"Vi gør det fx i vores korttidsafsnit, hvor der er patienter, hvor lægen ser dem og skriver i journalen, at hvis 'sådan og sådan'; så kan sygeplejersken selv udskrive dem næste dag. Vi

⁹ En test af hjertet, hvor patienten cykler på en motionscykel som led i at lave et såkaldt "arbejds-EKG".

kører standard forløb, hvor vi har lavet en aftale om, at hvis det er 'sådan og sådan', så kan sygeplejersken give 'det og det' medicin. Vi gør det rigtig meget." (SPL, gas. kir.)

Ledelsen af FAME forudser den samme udvikling på det akutte område. Standardiseringen af forløb er baseret på triage og dermed på symptomer, mens den for de øvrige tre afdelingsledelser som oftest er baseret på diagnoser, behandlinger eller operationer:

"Triageringssystemet indeholder et system, hvor vi scorer efter vitalparametre¹⁰. Derudover putter vi dem i kasser efter, hvad det er for symptomer. Fidusen er at lave relativt få kategorier baseret på symptomer kombineret med vitalparametre, og inden for de få grupper vil der være en algoritme, vi behandler dem efter. Den afhænger af, om vi får dem scoret rigtigt, om de passer ind, og det kræver stadig masser af læge- og sygeplejerskefaglighed at få det til at køre. Men mange patienter vil komme ind, blive kigget på, vurderet og køre ind i et forløb, som i langt højere grad end nu vil blive håndteret af sygeplejersker. Der kommer til at ske opgaveglidning her, fordi pakkerne kalder på, at vi flytter funktioner fra læge til sygeplejerske." (OL, akut modt.)

Overlægen i FAME kommer med et eksempel på, hvordan sygeplejerskens rolle og opgaver i fremtiden kan komme til at se ud i et akut udredningsforløb:

"Når en patient kommer ind og har problemer med at trække vejret, så har vi en instruks, der siger, at så kan sygeplejersken give den og den slags inhalationsmedicin, hun tager de og de blodprøver, hun tager en A-punktur¹¹, hun bestiller det røntgen af thorax, og der er aftalt med røntgenafdeling, at det er i orden. Der er ikke nogen grund til at vente. Når der er færre læger end sygeplejersker, og når den her patient i øvrigt ikke kalder på, at man skal komme og kaste sig over hende med det samme, så er der ikke nogen grund til at vente og udsætte, at de prøver bliver lavet, og det billede taget. Når så speciallægen kommer og kigger på patienten tre kvarter senere, så foreligger røntgenbilledet og prøvesvar, og så har vi ikke mistet tid." (OL, akut modt.)

Afdelingsledelserne forudser således, at der vil komme en øget brug af standardforløb, og at det vil få konsekvenser for plejeopgaverne – ikke mindst for opgaveglidningen fra læger til sygeplejersker. Men de forudser også alle, at denne udvikling forudsætter et stærkt fokus på *kompetenceudvikling* af plejepersonalet, hvis glidningen skal lykkes:

"Hvis sygeplejerskerne skal have flere kompetencer, så skal de have specialviden. For man skal kunne sige fra og til og vide, hvad det er, man skal gøre. Det kræver specialviden, når der ligger nogle ordinationer, og lægen siger, at hvis værdierne er inden for 'det og det', så kan du bare selv udskrive patienten i morgen." (SPL, gas. kir.)

"Det er rigtig vigtigt, at vi fokuserer på, at det vi skal kunne for at udvikle kompetencerne, så vi kan lade opgaverne glide – det kræver også hårde data. Og problemet er, at vi står med nyuddannede sygeplejersker, som er alt for usikre over for den opgave, de skal løse, fordi der ikke er tilstrækkelig fokus på konkret patientbehandling i uddannelsen." (OL, ort. kir.)

"Over årene er der kommet langt mere tildeling af rammeordinationer til sygeplejepersonalet, og det ser jeg kun som en fordel. Hvis man kan dokumentere de fornødne kompetencer, så mener jeg, at det er rigtigt godt at have nogle rammeordinationer, som hele tiden kan tilpasses og dermed også udvides. I dag har sygeplejerskerne jo vide rammer på mange områder, men jeg ser ikke, at det er toppen. Der er da stadigvæk udviklingsmuligheder inden for den

¹⁰ Vitalparametre i betydningen målinger af vitale værdier.

¹¹ En blodprøve fra en arterie i modsætning til en almindelig blodprøve, som tages fra en vene. En A-punktur er mere risikabel, og der er større risiko for efterfølgende komplikationer, hvorfor det mange steder traditionelt har været en lægeopgave.

del af det. På samme måde tænker jeg også, at vi som sygeplejersker skal turde give noget til assistentgruppen." (SPL, med.)

Ud over behovet for kompetenceudvikling som forudsætning for opgaveglidning fra læger til sygeplejersker i forbindelse med øget brug af standardiserede, accelererede forløb berøres to andre temaer i citaterne: Sygeplejeuddannelsen og behovet for opgaveglidning *fra* sygeplejersker til andre plejegrupper, fx assistenter.

Samlet set peges der på, at standard- eller pakkeforløb i høj grad anvendes inden for elektiv kirurgi, men i stigende grad også til akut kirurgi. På det medicinske område vinder pakkeforløb og standardisering også indpas, særligt i forbindelse med ambulante udredningspakker, hvor man også forsøger at bruge pakkeforløb som løftestang for en bedre håndtering af comorbiditet på tværs af specialer. Det forudses, at tankegangen også vil brede sig til andre – og akutte – dele af det medicinske område. Blandt andet i relation til akutmodtagelse forudses øget standardisering af udredningsforløb.

Udviklingen påvirker plejeopgaverne i flere forskellige retninger. Den øgede standardisering medfører både en reduktion af sygeplejerskernes faglige autonomi – mindre bliver baseret på individuelle faglige skøn, mere på fastlagte procedurer, standarder og "produktionslinjer" ofte i samarbejde med andre afdelinger og specialer. Et pakkeforløb kan anses som en standardiseret produktionslinje, som inden for et bestemt tidsrum indeholder bestemte procedurer.

Men samtidig med denne produktionsorientering, der kan opleves som en reduktion af autonomi i sygeplejerskernes arbejde, medfører standardiseringen også en større opgaveglidning fra læger til sygeplejersker, der har den modsatte virkning: Den øger sygeplejerskernes autonomi, idet det udvider deres kompetenceområde og muligheder for at levere ydelser selvstændigt og til at træffe beslutninger som følge af en øget ordinations- og behandlingskompetence.

Specialisering, personaleudbud og arbejdsdeling

Specialisering inden for sygeplejen

Der er flere specialiseringstendenser inden for sygeplejen, både formel specialisering via de godkendte specialuddannelser og som mere uformelle tendenser til specialisering, fx en øget interesse for faglige selskaber. I dette afsnit behandles udviklingen i de relevante specialuddannelser samt tendenserne til mere uformel specialisering af sygeplejen.

Formelle specialuddannelser på sygeplejeområdet

Der findes i dag fem specialistuddannelser for sygeplejersker på hospitalsområdet¹²:

- ◆ *(Infektions)hygiejne*: 30 ugers efteruddannelse, siden 1984 (8)
- ◆ *Intensiv sygepleje*: 18 måneders efteruddannelse, siden 1977 (9)
- ◆ *Anæstesiologisk sygepleje*: 18 måneders efteruddannelse, siden 1977 (10)
- ◆ *Psykiatrisk sygepleje*: 12 måneders efteruddannelse, siden 1996 (11)
- ◆ *Kræftsygepleje*: 18 måneder, siden 2010 (12; 13).

Specialuddannelserne er alle reguleret og godkendt af Sundhedsstyrelsen, og alle er relativt gamle, bortset fra specialuddannelsen i kræftsygepleje: I 70'erne oprettedes de to relaterede uddannelser i intensiv pleje og anæstesi, i 80'erne infektionshygiejne, i 90'erne psykiatrisk sygepleje og i år kræftsygepleje. Der er således tale om en langsom udvikling, som ikke har været accelererende de seneste år.

Der føres ikke statistik over antallet af sygeplejersker med specialuddannelse. DSR har søgt at foretage to forskellige opgørelser over antallet: DSR Analyse har på basis af en større spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmerne om blandt andet specialuddannelse estimeret, at ca. 13 % havde en af de fem hospitalsrelevante specialuddannelser i 2009 (fraregnet sundhedsplejersker, som er rettet mod primærsektoren, se tabel 11, bilag 1). En anden DSR-analyse tager udgangspunkt i lønstatistik for sygeplejersker ansat under Danske Regioner og kommer via denne metode frem til, at ca. 11 % har en specialistuddannelse (se tabel 12, bilag 1). Beregningsmetoderne er forskellige og begge påvirket af en række mulige fejlkilder, men resultaterne afviger ikke væsentligt fra hinanden. Datagrundlaget og usikkerhederne taget i betragtning er der ikke grundlag for et mere præcist estimat, end at 10-15 % af de sygehusansatte sygeplejersker har en formel specialistuddannelse, langt de fleste inden for intensiv sygepleje og anæstesiologi. Det har ikke været muligt at finde data til at belyse, hvordan denne andel har udviklet sig over tid.

Uformel specialisering af sygeplejen

Flere medlemmer af de sygeplejefaglige selskaber

Den uformelle tendens til specialisering kan blandt andet ses af den stigende interesse for de sygeplejefaglige selskaber. Der findes 37 forskellige faglige selskaber for sygeplejersker med særlig interesse for forskellige områder, langt de fleste kliniske specialer¹³. Som det ses af tabel 10, bilag 1, er med-

¹² Den største specialistuddannelse er sundhedsplejerske, som DSR estimerer, at 8,3 % sygeplejerskerne har (7).

¹³ Dansk Sygepleje Selskab, DASYS, fungerer som paraplyorganisation for samtlige faglige selskaber. 34 faglige selskaber ud af de i alt 37 er organiseret under DSR, som derfor fører statistik over medlemstallet i disse.

lemstallet i de faglige selskaber stigende. I 1995 var der således 28 % af DSR's medlemmer, der havde meldt sig ind i et fagligt selskab, mens andelen i 2010 er vokset til 35 %. Dette tyder på en øget interesse for enkelte fagområder – oftest i form medicinske specialer. Udviklingen tyder således på en uformel specialisering af sygeplejen.

Lægelig specialisering driver uformel sygeplejespecialisering

Den behandlingsmæssige og teknologiske udvikling inden for de lægelige specialer har organisatorisk såvel som fagligt medført en øget subspecialisering i søjler, sektioner, teams eller afsnit. Således er en stor afdeling i dag ofte opdelt i enheder, hvor et mindre antal læger og sygeplejersker primært eller udelukkende tager sig af en bestemt type lidelser, behandlinger eller operationer. Denne udvikling i organiseringen ændrer plejeopgaverne og medvirker til at stille nye krav til plejepersonalets kompetencer i retning af samme form for subspecialisering:

”Al form for lægefaglig behandling bliver mere specialiseret som følge af den teknologiske udvikling. Det gør, at alle lægerne er i specialeopdelte teams inden for hvert enkelt område, inden for hver enkelt behandling, mere eller mindre. Det bør smitte af på operationssygeplejerskerne og ude på afdelingerne, hvor de også bliver mere team-opdelte. For det, du skal have, er specialviden inden for det enkelte område.” (OL, gas. kir.)

Som konsekvens af denne udvikling har den gastrokirurgiske ledelse valgt at lave faglige teams på operationspersonalet for at kunne følge med den lægelige specialisering rent kompetencemæssigt. Inden for ortopædkirurgien ses den samme tendens:

”Jo mere det lægefaglige område er blevet specialiseret, jo mere har sygeplejeområdet været nødt til at følge med. I det øjeblik lægerne specialiserer sig, så er vi også nødt til at kompetenceudvikle plejepersonalet. I de 27 år, jeg har været leder, har jeg set, hvordan personalet har flyttet sig; før var de generalister, men de har været nødt til at følge med og blive specialister inden for de forskellige områder.” (SPL, ort. kir.)

Udviklingen medfører således en subspecialisering, efterhånden som udviklingen i behandlingsteknologien og den efterfølgende lægelige subspecialisering dikterer det. Udviklingen smitter af på sygeplejeopgaverne, som subspecialiseres inden for et stadig mere snævert spektrum af sygdomme og behandlingsformer, hvor der kræves en meget dyb og detaljeret viden om netop disse sygdomme og behandlingsformer.

Interviewene viser en tendens til, at subspecialiseringen er mest udbredt på det kirurgiske område, men de øvrige ledelser peger på, at udviklingen også er på vej inden for andre områder.

Sygeplejeuddannelsen og specialisering i fremtiden?

Den behandlingsmæssige og teknologiske udvikling skaber således en specialisering, som påvirker og ændrer plejeopgaverne. Denne udvikling kan naturligvis få konsekvenser for fremtidens sygeplejeuddannelse. Alle afdelingsledelser berørte temaet, men har forskellige ønsker til og forudsigelser af, hvilken retning uddannelsen bør bevæge sig i.

Fælles for afdelingsledelserne er imidlertid et klart ønske om mere klinisk faglighed i sygeplejeuddannelsen: Sygeplejerskerne har behov for at *”lære at agere i forhold til specifik sygdom og medicinering”*, som den ortopædkirurgiske oversygeplejerske formulerer det, og få *”mere naturvidenskab ind, for ellers kan man ikke observere patienterne”*, ifølge den medicinske oversygeplejerske. De er således positive over for den seneste reform af sygeplejeuddannelsen, som bevæger sygeplejeuddannelsen i den ønskede retning. Spørgsmålet er, om det er langt nok.

Nogle afdelingsledelser mener, at man i fremtiden ikke kommer udenom en form for specialisering af sygeplejeuddannelsen, andre mener det vil være ødelæggende. Det grundlæggende dilemma i relation til specialisering handler om balancen mellem specialistkompetencer, som er væsentlige for at kunne følge med inden for de enkelte (sub)specialiserede områder, samtidig med at blandt andet en øget forekomst af comorbiditet gør en bredere generalistviden mere central.

Nogle afdelingsledelser forudser derfor en højere grad af specialisering på selve grunduddannelsen i brede fagområder som fx primær-sygepleje, medicin eller kirurgi. Andre peger på behovet for en ny uddannelsesstruktur efter grunduddannelsen, som ligner den lægelige turnusordning (basisuddannelsen), hvor kandidaterne kommer gennem et forløb med vægt på praktisk klinisk uddannelse inden for forskellige brede fagområder. Andre igen peger på behovet for flere specialuddannelser, der afspejler udviklingen i hospitalsektoren. Afdelingsledelsernes syn på sygeplejeuddannelsen er naturligvis præget af, hvilke afdelinger de leder, og den udvikling i plejeopgaverne de hver især forudser.

Den medicinske oversygeplejerske, som er på en afdeling med ni lægelige specialer repræsenteret, imødeser en fremtid med specialisering allerede på sygeplejerskernes grunduddannelse:

"Jeg tror, at vi på sigt kommer til at skelne mellem områder, og at man på et tidspunkt laver det sådan, at man skal vælge sig ind på en retning. Jeg tror, at hvis man ca. halvandet år inde i uddannelsen gav de studerende valget mellem det medicinske område, det kirurgiske eller hjemmeplejen, så ville det kunne give en god dybde. I dag bliver der meget nippet til alt mellem himmel og jord. Jeg tror, man kunne få nogle sygeplejersker, som var mere dedikerede, ved at lade dem vælge retning. Når det så er sagt, så tænker jeg, at det skal være på hele det brede medicinske område, man skal være dygtig, og så kan man godt dykke ned i et felt senere. Det er nødvendigt, for ellers kan man ikke håndtere comorbiditeten." (SPL, med.)

Den medicinske ledelse er således meget bevidst om, at håndteringen af comorbiditet kommer til at præge udviklingen og dermed opgaverne i fremtiden. Oversygeplejersken peger på, at en stor del af comorbiditeten handler om kroniske medicinske sygdomme, og derfor forudser hun en udvikling i plejeopgaverne, som kræver dybere kompetencer på tværs af de medicinske subspecialer.

Den ortopædkirurgiske ledelse oplever et stigende behov for medicinske kompetencer på det kirurgiske område, særligt fordi der er flere ældre og kronikere blandt patienterne. Afdelingen har således som tidligere beskrevet ansat to geriatriske overlæger. Afdelingsledelsen mener derfor, at en tidligere specialisering på sygeplejeuddannelsen vil være problematisk:

"Vi har i høj grad brug for sygeplejersker med medicinske kompetencer inden for kirurgien. Der er ikke nogen tvivl om, at det vil være ødelæggende at specialisere sygeplejeuddannelsen på et tidligt tidspunkt. Man kan ikke have en medicinsk og en kirurgisk sygeplejerske, men man kan godt have en medicinsk og en kirurgisk læge, fordi den opgave godt kan differentieres på en helt anden måde. Og den specialisering, der gør sig gældende på det lægelige område, er så stor, at den ikke kan rummes i en ortopæd-geriatrisk kirurg, fordi omfanget af den viden og de kompetencer, du skal være i besiddelse af, er for stort. Men sygeplejerskerne, de har hele patienten – som både har et sår og samtidig er vejrtrækningen ikke i orden: Det er to kernekirurgiske og medicinske kompetencer og sygeplejersken er nødt til at rumme begge dele." (OL, ort. kir.)

"Vi kan se, at det er ikke nok, at sygeplejerskerne kun får den ortopædkirurgiske tilgang. Vi skal virkelig gå hjem og læse op på den medicinske patient for at kunne observere disse patienter og tage handling på det, når de bliver dårlige." (SPL, ort. kir.)

Inden for det gastrokirurgiske område er der som beskrevet sket en subspecialisering af sygeplejerskerne som konsekvens af den lægelige opdeling i mindre sektioner. Her oplever afdelingsledelsen et øget behov for dybe og smalle kompetencer på meget specifikke områder, der følger de enkelte sektioners fokus. De peger derfor på, at det vil kræve mere specialviden inden for sygeplejen at kunne varetage opgaverne fremover. Men de mener også, det er vigtigt at sikre, at personalet ikke bliver "for smalle" rent kompetencemæssigt, da gastrokirurgerne også oplever øget comobiditet, og det forsøger afdelingen at håndtere ved at lave "mere rotation" blandt personalet internt i afdelingen. På baggrund af erfaringerne med rotation peger afdelingsledelsen på, at sygeplejen i løbet 10-15 år bør blive præget af "en form for turnus i nogle år", som i højere grad ligner den uddannelsesstruktur, lægerne har.

FAME er den eneste afdeling i denne undersøgelse, som går på tværs af kirurgi og medicin. Afdelingsledelsen peger derfor ganske forudsigeligt på, at "vi har brug for, at de har lidt af hvert [kirurgi og medicin]." Derfor advarer de: "Man skal passe på ikke at specialisere for meget i grunduddannelsen". (SPL, akut med.). Til gengæld peger de på, at sygeplejerskernes opgaver kommer til at ændre sig markant som konsekvens af akutmodtagelsernes arbejdsform, der er mere baseret på triage ud fra symptomer end ud fra specialer og diagnoser. Modtagelse og akut sygepleje bliver således i stigende grad selvstændige fagområder med egne arbejdsformer. Ledelsen efterlyser derfor, at grunduddannelsen såvel som efteruddannelsesmulighederne følger med denne udvikling:

"Vi prøver at rendyrke det at modtage patienter. Det handler om at vurdere ud fra symptomer mere end diagnoser. Det er det, der skal give kvalitetsløftet: At vi behandler symptomerne. Så er der nogle finesser med, hvorvidt det var astma, KOL eller lungebetændelse, men den initiale behandling er den samme. Så det primære er ikke diagnosen, det primære er behandlingen. Og så er der en anden fase, hvor man får stillet diagnosen, og en tredje fase som er behandlingsfasen, som i nogle tilfælde er hos os, i nogle tilfælde andre steder. Men det at modtage ved jeg ikke, hvor godt der er blevet undervist i [på sygeplejestudiet]. Det bør blive en selvstændig disciplin. Som sygeplejersker vil man få man langt flere vurderingsfunktioner – ikke diagnostiske funktioner. Kategoriseringen af patienterne bliver en sygeplejerskeopgave. Spørgsmålet er, om det speciale bør præge grunduddannelsen mere." (OL, akut modt.)

De fire afdelingsledelser er således ikke enige om, hvordan udviklingen i fremtidens plejeopgaver bør præge grund- og efteruddannelsen for sygeplejersker. Men de er enige om, at der er behov for et øget fagligt klinisk fokus, og at den seneste reform af uddannelsen er et skridt i den rigtige retning. De er også enige om, at dilemmaet for sygeplejeopgaverne – og dermed uddannelsen – bliver forholdet mellem på den ene side de dybe specialistkompetencer i et stadig mere subspecialiseret hospitalsvæsen med stærkt accelererede forløb og på den anden side den stigende comorbiditet og behovet for bredere sygdomsspecifikke kompetencer.

Personaleudbuddet og personalesammensætningen

Siden 1950 har der i Danmark været ca. én person i den erhvervsaktive alder, for hver person der skulle forsynes. Danmarks Statistik har beregnet, at der i år 2030 vil være ca. 2,5 personer at forsyne for hver person mellem 25 og 64 år (14). Denne udvikling stiller hele samfundet over for store udfordringer i forbindelse med at sikre tilstrækkelig arbejdskraft, ikke mindst i medarbejdertunge sektorer som fx sundhedsvæsenet.

Udviklingen i personalesammensætningen

Der er gennem de seneste år kommet mere plejepersonale på sygehusene, således er der fra 2001-2009 kommet 7 % flere fuldtidsbeskæftigede inden for hospitalsplejen. Samtidig er sygeplejerskernes andel af det samlede plejepersonale vokset: Der er kommet 12 % flere sygeplejersker og 4 % færre

"øvrigt plejepersonale" i perioden. Således udgør sygeplejerskerne 73 % af det samlede plejepersonale på i alt ca. 46.000 i 2009, mens de i 2001 udgjorde 69 % (se tabel 6, bilag 1). Plejeopgaverne på hospitalerne varetages dermed i stigende grad af sygeplejersker og i stadig mindre grad af andre personalegrupper med kortere uddannelser.

Inden for gruppen af øvrigt plejepersonale er væksten i social- og sundhedsassistenter modsvaret af et helt tilsvarende fald i antallet af sygehjælpere, således at den samlede udvikling i antallet af assistenter og sygehjælpere er +1 % fra 2001-2009. De grupper, som er på vej ud, er øvrigt plejepersonale med kortere uddannelser end assistenterne (se tabel 6, bilag 1).

Udviklingen i personalesammensætningen går således mod større og renere sygeplejenormeringer: Der bliver flere sygeplejersker, samme antal assistenter, færre med endnu kortere uddannelser.

Udviklingen i personaleudbuddet

Prognoser for udbud af sygeplejersker og øvrigt plejepersonale er behæftet med stor usikkerhed.

Aldersfordelingen for beskæftigede sygeplejersker går mod en stigende gennemsnitsalder: Hvor de +50-årige sygeplejersker udgjorde godt 22 % af alle beskæftigede i 1997, var deres andel i 2007 steget til godt 32 % (figur 8, bilag 1). Desuden vælger de ældre sygeplejersker i højere grad ansættelse uden for hospitalssektoren: Således er 87 % af sygeplejerskerne under 30 år ansat på hospitaler, mens andelen er støt faldende, jo ældre sygeplejerskerne bliver, og således er kun 35 % af de +50-årige ansat på hospitaler (figur 9, bilag 1). Det betyder, at den stigende gennemsnitsalder for sygeplejersker – alt andet lige – vil komme til at udgøre et større problem for hospitalssektoren end for andre dele af sundhedsvæsenet, idet de ældre sygeplejersker fravælger hospitalerne.

Fra 2001-2008 har antallet af nyuddannede sygeplejersker ligget på ca. 1.900-2.000 årligt. I samme periode er antallet af nyuddannede SOSU-assistenter faldet 34 % til ca. 2.250 årligt – et fald som primært skyldes, at færre sygehjælpere opskoles til SOSU-assistenter (tabel 7, bilag 1). Samlet set uddannes der således færre på plejeområdet.

Hvordan og i hvilket omfang disse tendenser kommer til at påvirke rekrutteringssituationen i hospitalssektoren, er dog usikkert. Personalesammensætning på plejeområdet er som beskrevet præget af en tendens til øget sygeplejedominans. Dette har blandt andet kunnet lade sig gøre indtil nu, fordi der i samme periode er blevet færre sygeplejersker i kommunerne.

Spørgsmålet er imidlertid, om denne udvikling i hospitalsnormeringerne er hensigtsmæssig fremover, eller om plejeopgaverne i fremtiden bør løses af en bredere vifte af medarbejdere inkl. nye medarbejdergrupper. Dette vil blandt andet indebære opgaveglidning fra sygeplejegruppen til andre personalegrupper på plejeområdet. Samtidig betyder formel såvel som uformel specialisering af sygeplejen, at mere selvstændige opgaver, som tidligere lå hos lægerne, overdrages til sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne vil således både modtage og afgive opgaver. Dette er imidlertid kun muligt, hvis der er personalegrupper at afgive opgaver til. Alternativet er øgede og i sidste ende rene sygeplejenormeringer, hvilket ikke virker muligt i lyset af både konkurrencen om arbejdskraften såvel som udviklingen i antallet af nyuddannede på de forskellige plejeuddannelser. Spørgsmålet er desuden, om det overhovedet er hensigtsmæssigt ud fra et driftsmæssigt synspunkt.

Nye uddannelser på plejeområdet

Der er de seneste år opstået flere nye uddannelser, som er kortere end sygeplejeuddannelsen, og som har til formål at aflaste andet sundhedsfagligt personale, ikke mindst sygeplejerskerne. DSI har foretaget en kortlægning af disse nye uddannelser med fokus på dem, der tager sigte på at aflaste syge-

plejersker. Dermed lægger de op til opgaveglidning og en anden fordeling af plejeopgaverne i fremtiden. Som eksempler nævnes her fem uddannelser, der er beskrevet mere udførligt i bilag 2:

1. **Operationsteknikere**, som efter 2½ års uddannelse kan aflaste operationssygeplejerskerne særligt inden for mindre komplicerede og elektive operationer.
2. **Sundhedsservicsekretærer**, som efter 45 ugers uddannelse skal aflaste plejepersonale og administrativt personale på hospitalerne ved at varetage opgaver som fx at afhente og arkivere journaler, bestille blodprøver, sende blodprøvesvar ud, ordne administrative opgaver som postfordeling, arkivering af breve, registrering, kopiering og varebestilling, stå for servicemodtagelse af patienter og ajourføring af tavler med navne og klargøre lokaler efter patienter.
3. **Efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere til medicinske afdelinger**, som efter syv måneders uddannelse skal kunne varetage basale plejeopgaver på hospitalerne, så sygeplejersker og assistenter aflastes.
4. **Efteruddannelse af farmakonomer**. En efteruddannelse under udvikling, som vil give farmakonomer kompetencer til at udføre flere funktioner, så de kan medvirke til dispensering og administration af medicin. Således vil de kunne aflaste sygeplejerskerne på hospitalerne.
5. **Uddannelser til betjening af mammografer**. Personale som efter 10 ugers uddannelse kan gennemføre mammografi i forbindelse med brystkræftscreening samt informations- og omsorgsopgaver i relation hertil.

Der er for alle uddannelsers vedkommende tale om meget små grupper. Derfor optræder ingen af dem selvstændigt i statistikker over (pleje)personale på hospitalsområdet, og de vil ikke på kort sigt kunne skabe væsentlige ændringer i personalesammensætningen på plejeområdet.

Nye uddannelser og rekruttering

Flere af afdelingsledelserne ser ikke blot de nye uddannelser som led i en aflastning af det eksisterende plejepersonale via opgaveglidning. De peger på, at uddannelserne i sig selv kan medvirke til at skabe en bedre og bredere rekruttering til disse områder:

"Det, som sundhedsservicsekretærene skal lave, er meget af det, vi har haft HK'ere til at lave. Den måde, man nu gør det, er, at de får en uddannelse. De bliver meget bedre klædt på til hospitalsvæsenet. Og det er også en måde, vi kan få rekrutteret fremadrettet og få fat i flere unge mennesker." (SPL, gas. kir.)

"Vi har i dag serviceassistenter, og deres primære opgave det er at gøre rent, transportere patienter og servicere med mad. Men jeg mener, der er flere ting, de kan gøre: Kan vi fx uddanne dem til at være faste vagter? Du skaber også noget fagligt indhold i nogle måske ikke altid så attraktive stillinger. Du kan også gøre det for en billigere penge, og det er samtidig nogle, som måske er i afsnittene, som kender patienterne." (SPL, med.)

Afdelingsledelserne er således bevidste om behovet for at gøre såvel nye som eksisterende stillingstyper på området mere attraktive: Både via mere uddannelse og ved at være opmærksom på at skabe så meget fagligt indhold i stillingerne på forskellige niveauer, at de bliver attraktive på et arbejdsmarked præget af øget konkurrence om arbejdskraften. Fremvæksten af nye uddannelser og efteruddannelser skal således ikke udelukkende ses ud fra et opgaveglidningsperspektiv, men må også ses ud fra et rekrutteringsperspektiv.

Opgaveglidning: Flere eller færre personalegrupper på plejeområdet?

Generelt er afdelingsledelserne positive over for opgaveglidning til nye uddannelser såvel som til eksisterende plejeuddannelser. Alle afdelingsledelserne kommer med eksempler på typiske rutineopgaver, som de mener, kan og bør overdrages til andre med et lavere kompetenceniveau:

"For mig at se som kirurg er der masser af opgaver, hvor en operationstekniker ville være betydeligt mere relevant end en sygeplejerske. (...) Vi kan i vores organisation finde og isolere opgaver, som kan løses på et andet uddannelsesniveau – de kræver ikke den brede kompetence, som sygeplejersken har. Det er både operationstekniker- og serviceassistentuddannelsen eksempler på. En række opgavefunktioner som modtagelse, arkivering, journalskrivning kan isoleres og løses af andre. Eller man kan gøre, som vi gjorde med afsnittet med SOSU-assistenten her på afdelingen: så ligger der nogle særlige patienter dér. (OL, ort.kir.)"

Spørgsmålet er imidlertid, om nye personalegrupper vil komme til at spille en større rolle på fremtidens hospital. Vil de således komme til at påvirke fordelingen af plejeopgaverne i nævneværdigt omfang? Eller er der snarere tale om mindre, ofte lokale uddannelsesinitiativer, der fortsat vil have begrænset udbredelse og relevans for løsningen af plejeopgaverne samlet set?

Svaret afhænger af flere faktorer, ikke mindst følgende organisatoriske dilemmaer i forbindelse med at have flere forskellige personalegrupper generelt set. Ledelserne peger på, at det er afgørende, at der i det enkelte tilfælde altid tages højde for disse dilemmaer, hvis andre personalegrupper skal anvendes hensigtsmæssigt.

Organisatoriske dilemmaer og udfordringer ved flere personalegrupper

Opgaveglidning på plejeområdet kræver, at der er flere personalekategorier på området – enten nye eller eksisterende. Der medfører en række organisatoriske dilemmaer og udfordringer, som går på tværs af specialer og dermed afdelingsledelser:

1. **Mere fragmentering:** Jo flere personalegrupper, der skal involveres i et givent patientforløb, jo større er risikoen for fragmentering af forløbene – alt andet lige.

"Jo flere der kommer ind over et forløb, jo flere får berøring med patienterne. Dilemmaet er: Hvor mange mennesker skal ind over den enkelte patient, og hvor er så helhedssynet?" (SPL, med.)

2. **Mindre fleksibilitet:** Jo flere personalegrupper med kortere uddannelser, jo mindre fleksibelt kan personalet anvendes på tværs af funktioner og opgaver. Derfor er standardisering af opgaver og forløb med mindre behov for fleksibilitet i opgaveløsningen en forudsætning for at kunne anvende flere personalegrupper effektivt:

[Der, hvor vi kan bruge operationsteknikere,] det er standardforløb og primært elektive og ukomplicerede operationer, hvor man skal kunne det samme igen og igen – sådan lidt groft sagt. Det er lidt det samme som sundhedsservicesekretæren: De kan lige de ting, som de er uddannet til. Men de går ikke ind og har hele bredden." (OL, gas. kir.)

"Det, at du har grupper, som har begrænsede kompetencer, forhindrer fleksibiliteten ud fra et driftssynspunkt og et organisatorisk synspunkt. Hvis du vil have størst mulig grad af fleksibilitet, jamen så skulle alle være ens." (OL, ort. kir.)

Imidlertid er fleksibilitet ikke det eneste, der er væsentligt, som den ortopædkirurgiske ledelse og så gør opmærksom på. Økonomi og det praktisk mulige er også væsentlige faktorer, og derfor har afdelingen blandede normeringer og vil også have det fremover, mener ledelsen. Men det er altid en konkret afvejning af hensyn, og det er – alt andet lige – på bekostning af fleksibiliteten.

3. Nært knyttet til temaet om fleksibilitet er risikoen for mindre **effektivitet**. Jo flere personalegrupper der er på en afdeling, jo større er risikoen for, at alle medarbejdergrupper ikke kan være fuldt beskæftiget hele tiden. Når alle ikke er ens, vil der kunne opstå flaskehalse, ventetid eller andre former for spildtid:

"Vi har mest brug for sygeplejersker. Det er også det, der er det mest rentable. Jo flere sygeplejersker vi har, jo mere fleksibelt er det. Det er den måde, vi bedst kan drive afdelingen på." (SPL, gas. kir.)

4. Behov for **større enheder** med **mere volumen**: Spørgsmålet om effektivitet fører naturligt nok til argumentet om, at det kræver større volumen at have flere personalegrupper, da det ellers vil blive for svært at sikre en effektiv drift:

"Det er meget sårbart at have små enheder. Men jo færre faggrupper du har, jo nemmere kører hverdagen." (SPL, ort. kir.)

"Man skal have volumen nok til at holde alle faggrupper i gang. Det er det, der taler for volumen. Det her [blandede normeringer og anvendelse af nye uddannelser] kan vi ikke gøre i små enheder." (OL, ort. kir.)

5. **Kræver tid til uddelegering**: Flere nye og/eller kortere uddannede personalegrupper aflaster ikke blot sygeplejerskerne. De har også behov for, at der bruges tid på uddelegering, opfølgning og supervision. Dette gælder fx sundhedsservicesekretæren, fremhæver flere. Andre nye uddannelser, som fx medarbejdere der foretager mammografiscreeninger kan i højere grad arbejde selvstændigt inden for et afgrænset og veldefineret område.

"Der skal ske en konstant uddelegering og opfølgning. Man skal bruge tid på at uddelegere." (SPL, gas. kir.) "Sundhedsservicesekretæren vil skulle agere på nogle ordrer. De går jo ikke selv ind automatisk og varetager opgaver. Så derfor skal der hele tiden være en kommunikation med sygeplejerskerne og lægerne omkring det. Og det er specielt plejegruppen, der skal mediere det." (OL, gas. kir.)

6. **Øget opgavebelastning på færre hænder**: Hvis flere personalegrupper skal inkluderes i plejegruppen, vil eksisterende grupper – alt andet lige – blive mindre. Det kan betyde, at opgaver, som tidligere var fordelt på sygeplejegruppen, fx nattevagter og weekender, skal fordeles på færre personer. Det kan gøre sygeplejearbejdet mindre attraktivt, at vagtbelastningen koncentrerer på færre medarbejdere:

"De [andre lavere uddannede personalegrupper] kan ikke gå ind og være vagt. Så hvis du går ind og bruger 100 timer på at ansætte andre faggrupper, så bliver vagtbelastningen større for de tilbageværende sygeplejersker. Det vinder man ikke mange points ved." (SPL, med.)

"Hvis jeg har for mange [forskellige faggrupper] i dagtiden, så har jeg for få sygeplejersker, der kan klare hele vagtbyrden. Der skal jeg jo have så mange hænder som muligt. For ellers bliver det for hård en belastning." (SPL, gas. kir.)

Alternativt kunne (nogle af) de andre personalegrupper efteruddannes til at deltage i fx vagtarbejde. Den gastrokirurgiske afdelingsledelse ser imidlertid det faglige dilemma i forhold til at kompetenceudvikle andre personalegrupper, fx SOSU-assistenten, til at gå i aften/weekend-vagt, så belastningen på de tilbageværende sygeplejersker ikke bliver høj:

"Dilemmaet er: Kan de [assistenter] være selvstændige og ansvarshavende og være i vagt og tage ansvaret?" (SPL, gas. kir.) "Det kan godt være, at vi kan efteruddanne dem, så de ved alt om colon rectal cancer, men nu får patienten altså ondt i hjertet, hvordan skal de så agere?"

Der er man nødt til at sige, at ligegyldigt hvad, så har en sygeplejerske en uddannelse i sygdomslære, der er langt større. Det er vigtigt, at man kan agere, specielt i en vagtsituation hvis man er alene.” (OL, gas. kir.)

Dilemmaet omkring kompetencer i vagten er helt parallelt til det lægelige område: Skal yngste læge være alene i tilstedeværelsesvagt med en bagvagt i tilkald, eller skal speciallæger også være til stede i et eller andet omfang? Fagfolkene er absolut ikke enige, og mange traditioner og interesser er i spil. Spørgsmålet om, hvorvidt andre end sygeplejersker kan være i vagt, er mindst lige så komplekst og afhænger af såvel den konkrete afdeling og det konkrete personale som af mindst lige så mange traditioner og interesser som på det lægelige område.

Samlet set er det væsentligt at pointere, at disse udfordringer primært er organisatoriske og ikke sundhedsfaglige med undtagelse af den sidste om, hvilke grupper der ud fra et fagligt perspektiv kan varetage hvilke opgaver, herunder tage ansvar for vagtarbejde. Det handler således ikke om, i hvilket omfang forskellige grupper med kortere uddannelser – ud fra et sundhedsfagligt perspektiv – kan og bør indgå i løsningen af plejeopgaverne på fremtidens hospital. Det handler i højere grad om generelle organisatoriske dilemmaer i relation til fleksibilitet, fragmentering, effektivitet, rentabel drift, volumen, enhedsstørrelse og opgavebelastning i de enkelte grupper. Mulighederne for anvendelse af andre faggrupper end sygeplejersker – eksisterende såvel som nye – er således i høj grad afhængig af den lokale organisering og de lokale ledelsers evne til at håndtere og afveje disse dilemmaer.

Opgaveglidning: Muligheder og perspektiver på plejeområdet

Afdelingslederne er positive over for opgaveglidning på plejeområdet – dog med forbehold for de beskrevne organisatoriske dilemmaer og udfordringer. Men derudover peger lederne på to andre relevante temaer i relation til opgaveglidning og udviklingen i fremtidens plejeopgaver: Samarbejdet mellem ambulante og stationære områder og assistenternes opgaveprofil i fremtidens hospitalsvæsen.

Assistenter på fremtidens hospital?

Selvom udviklingen går mod mere rene sygeplejenormeringer på hospitalerne, peger flere afdelingsledere på, at der stadig er behov for assistenter på fremtidens hospital, om end der ikke er enighed om det spørgsmål, og nogen ledere forudser rene sygeplejenormeringer i fremtiden.

På det kirurgiske og det akutte område mener nogle afdelingsledere, at der stadig vil være brug for assistenter i fremtiden:

”Der vil stadig være opgaver, som du bestemt kan kompetenceudvikle assistenterne til, fordi rigtig mange af dem er rigtig dygtige. Her i afdelingen er assistenterne kompetenceudviklet til at passe mere komplekse patienter. Fx har vi lige givet dem undervisning, så de kan observere de her patienter [på et særligt afsnit med typisk ældre frakturpatienter] og registrere afvigelser, således at de reagerer på det. Jeg mener helt klart, at vi kan kompetenceudvikle dem til specielle opgaver.” (SPL, ort. kir.)

”Vi har 5-6 assistenter i alt, og dem kan vi godt beholde. De kommer ikke til at gå med ind i modtagestuen, når der kommer en med blå blink. Som faggruppe hører de ikke til der. Men de kan sagtens være i det næste modtageteam til de lidt mindre, men stadig kritisk syge patienter. Der kan de sagtens være i et team.” (OL, akut med.)

Også på det medicinske område forudses, at der vil være brug for assistenter på hospitalerne, *”fordi der er så meget grundlæggende sygepleje” (SPL, med.)*. Men netop den grundlæggende sygepleje, som sygere patienter i sengene vil skabe mere af i fremtiden, er ikke nogen særlig prestigegivende eller attraktiv opgave for mange faggrupper. Tendensen til opgaveglidning nedad i systemet har med-

virket til at skabe en kultur, hvor mange gerne vil overtage nye opgaver, som de finder fagligt udfordrende og giver mere prestige. Imidlertid er denne kultur ikke helt uproblematisk, og en afdelingsleder peger således på, at der er behov for, at nogen påtager sig den grundlæggende og basale sygepleje som kerneopgave, i stedet for at alle jagter flere specialiserede opgaver:

"Jeg kunne godt tænke mig, at assistenterne i høj grad påtog sig ansvaret for den grundlæggende sygepleje og blev super gode til det. Det er mad, hygiejne, forflytninger, udskillelser, væv og hud, at man ikke får liggesår osv. Alle de grundlæggende behov. Jeg har lige været til en stor fagdag for assistenter, og alle de tiltag, de beskrev, var noget med, at "så kan vi lægge venflon, så kan vi ditten, dutten og datten!" Men der var aldrig én som sagde: "Vi er blevet super gode til den grundlæggende sygepleje". Det synes jeg er ærgerligt." (SPL, med.)

Som tidligere beskrevet er standardisering af forløb og acceleration med til at skabe opgaveglidning fra læger til sygeplejersker, som giver sygeplejerskerne flere selvstændige opgaver med større ordinations- og (be)handlingskompetence. Flere afdelingsledere peger imidlertid på, at denne udvikling kræver, at sygeplejerskerne selv bliver bedre til at uddelegere og tænke andre faggrupper ind i den samlede opgaveløsning – i stedet for at satse på en fortsat udvikling mod større og renere sygeplejenormeringer:

"Jeg oplever en udpræget grad af konservatisme blandt sygeplejersker i forhold til at tænke andre faggrupper ind. Det kan undre mig, at man ikke kan se nogen potentialer i det. Vi skal udnytte de ressourcer, vi har til stede på den bedst mulige måde og lade være med at være så optagede af vores faggrænser. Der oplever jeg nogle gange den der: 'Det kan de da ikke!'. Men hvad er det, der gør, at de ikke kan det? Hvis ikke vi lader dem afprøve mulighederne under kontrol, så holder vi jo stædigt fast i de stive rammer, der hedder: 'Det her er mine domæner'. Da assistenterne i sin tid blev uddannet, havde de ikke lov til at gå i medicinskabet, det var strengt forbudt. I dag er det ikke til diskussion, nu må de gerne dosere medicin. Og fx sådan noget som at assistere til forskellige undersøgelser, som bliver udført af læger, fx pleuradrænage¹⁴ eller ascitespunktur¹⁵, hvor man stikker nåle ind og hiver noget væske ud. Det er traditionelt også sygeplejerskerne, der assisterer til det. Det synes jeg ikke er nødvendigt. Det er en teknisk procedure, som mange kan lære. Det skal vi være parate til at give til assistenterne. (SPL, med.)

Spørgsmålet om assistenternes rolle på fremtidens hospital er således ikke kun et spørgsmål om faglighed. Det er også et spørgsmål om traditioner og domæner. Desuden rejses flere spørgsmål omkring assistenternes rolle og kernefaglighed, fx spørgsmålet om håndteringen af den basale og grundlæggende pleje, som vil komme til at fylde mere i takt med at sygere og mindre selvhjulpne patienter ligger i sengene. Dette skaber behov for en mere klar faglig profil for assistenterne og en klar lokal ledelsesmæssig strategi for anvendelsen af dem. Overlægen på akutmodtagelsen såvel som ortopædkirurgerne kommer med gode eksempler på, hvilke særlige afsnit inden for deres afdelinger, de mener, at assistenternes kompetencer fagligt set hører hjemme. Den medicinske oversygeplejerske peger på konkrete opgaver i relation til både patientplejen og udførelsen af tekniske procedurer, hvor hun ser faglige begrundelser for at anvende assistenter. Alle er det eksempler på en klar lokal ledelsesmæssig strategi for anvendelsen af assistenter. Det væsentlige er, at der ledelsesmæssigt tages stilling, og at assistenterne ikke bare – groft sagt – bruges som billigere og lidt mindre uddannet plejepersonale, som man blander med sygeplejerskerne uden at have en klar strategi for deres rolle og opgavevaretagelse i hverdagen.

¹⁴ Dræn i pleurahulen mellem de to hinder, der beklæder lungernes overflade og indersiden af brystkassen.

¹⁵ Udtømning af væske fra bughulen.

Det væsentlige er at erkende, at den hidtidige udvikling mod større og renere sygeplejenormeringer ikke er nogen holdbar strategi på længere sigt, både på grund af udviklingen i antallet af nyuddannede og den forventede afgang fra faget og i særdeleshed fra sygehussektoren. Regioner, sygehuse og afdelinger vil komme til at kæmpe hårdere og hårdere mod hinanden i spillet om rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker, hvis de vælger at fortsætte den nuværende strategi. Desuden peger flere afdelingsledelser på, at der kan og bør isoleres opgaver eller ligefrem fagområder, fx den basale og grundlæggende pleje, som langt mere konsekvent kan uddelegeres til assistenter.

Samkøring af stationært og ambulante personale: Kompetencer, vagtbelastning og rekruttering

Flere kronikere og ældre skaber en anden type patientforløb på tværs af stationære og ambulante funktioner. Derfor vil der blive et større behov for at samtænke ambulante og stationære områder:

"Vi skal blive bedre til at tænke i hele patientforløbet og ikke tænke, at der er nogle, som går i ambulante behandling, og at de ikke har noget med de indlagte at gøre. Kroniske patienter går ofte fra at være indlagte til at være ikke-indlagte og tilbage igen." (SPL, med.)

Lægerne arbejder normalt på tværs af ambulante og stationære patienter inden for et bestemt fagområde, mens plejepersonalet har tradition for at være adskilt. Kronikernes patientforløb på tværs af ambulante og stationære kontakter stiller ifølge den medicinske afdelingsledelse krav om, at denne organisering ændrer sig, så plejepersonalet får kompetencer inden for både den ambulante behandling og kontrol af kroniske sygdomme samt den stationære behandling:

"Hvis jeg skulle bygge et hospital, så ville jeg aldrig bygge ambulatorierne for sig. Så ville jeg bygge et hospital, hvor jeg inden for grenspecialerne havde nogle indlagte senge og måske nogle dagsenge, og så skulle personalet gå på tværs i en eller anden turnus for patienterne går jo frem og tilbage. Ellers bliver patientforløbene ikke optimeret." (SPL, med.)

Men derudover vil en øget samkøring af de ambulante og de stationære sygeplejegrupper også medvirke til at løse udfordringen omkring øget vagtbelastning for sygeplejerskerne på de stationære afdelinger, hvis flere personalegrupper i højere grad skal medvirke til at løse plejeopgaverne på fremtidens hospital:

"Vi har sagt til vores ambulatoriesygeplejersker, at de skal indgå i weekendvagterne hver fjerde uge i sengeafsnittene – og det er den første indledende øvelse. Vores personale i alle ambulatorierne bliver varslet til at skulle referere til de afdelingssygeplejersker, som er på sengeafsnittene. Dvs. at hvis du er i det kardiologiske ambulatorium, så kommer du til at høre til det kardiologiske sengeafsnit. Fremover kan vi få ansættelser, der er fx 30 % ambulante og 70 % indlagte forløb." (SPL, med.)

Samkøringen af de to sygeplejerskegrupper skaber således en større medarbejdervolumen, som gør det muligt at dele vagtbyrden på flere sygeplejersker.

Et tredje og sidste element i forhold til samkøring af de to personalegrupper handler om rekruttering. Medicinske sengeafdelinger har mange steder svært ved at tiltrække og fastholde sygeplejersker. Afdelingsledelsen ser også samkøringen mellem de to siloer som et led i en forbedret rekruttering. Både fordi det alt andet lige giver en lavere vagtbelastning på sengeafsnittene, og fordi det giver en større variation i sygeplejerskernes arbejde:

[Samkøringen af de stationære og ambulante sygeplejegrupper] "er med til at forbedre rekrutteringen til medicinske afdelinger, det er med til at udvikle kompetencer og til at skabe afveksling, og vi har allerede gode erfaringer med det, fordi de synes, at variationen er fed. Jeg har en sygeplejerske, som er ansat på det hjertemedicinske afsnit, men hun har ambulatorium

1-2 gange om ugen, og hun siger: "Jeg kunne ikke holde ud at være i ambulatoriet altid – men hvor er det fedt at kunne have den afveksling." Og hun er bare vokset helt enormt meget. Og jeg har mange eksempler på det. Den vekselvirkning er det, der gør, at de synes, at det stadigvæk er sjovt at være i en medicinsk afdeling." (SPL, med.)

Hvis denne tendens til samkøring af ambulante og stationære personalegrupper vinder udbredelse, vil det ændre plejeopgaverne i retning af en anden form for specialisering, som i højere grad følger patientforløb: Plejepersonalet kan stadig være (sub)specialiserede i fx en bestemt type hjertesygdomme, men i stedet for kun at se disse patienter i henholdsvis den ambulante eller den indlagte fase, kommer sygeplejerskerne i højere grad til at følge patienterne på tværs af de organisatoriske skel. Denne form for organisering ligner i højere grad lægernes.

En sådan organisering vil også gøre det lettere at inkludere andre personalegrupper og dermed muliggøre opgaveglidning fra sygeplejersker til andre grupper. Samtidig medfører det også en omfordeling af opgaver mellem sygeplejersker i de to siloer, således at ambulatoriesygeplejersker kommer til at indgå i vagtberedskabet i relation til de stationære patienter.

Efterskrift: Patientopgaverne i fremtidens sygehusvæsen

Dette notat har omhandlet plejeopgavernes udvikling og varetagelse via forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet med fokus på sygehusvæsenet, og temaer som opgaveglidning mellem faggrupper – nye som eksisterende – har været i fokus.

Dette efterskrift vender blikket mod patienternes rolle i forhold til opgavevaretagelsen i fremtidens sundhedsvæsen. Udgangspunktet er en patientcase, som på meget konkret vis illustrerer såvel muligheder som udfordringer ved opgaveglidning til patienter.

Notatet har beskrevet, at efterspørgslen efter sundhedsydelser vokser, og at rekrutteringsgrundlaget vil få svært ved at følge med. Acceleration og standardisering af forløb og konvertering til ambulante forløb har betydet, at sygehusvæsenet er blevet mere effektivt, og at der således kan tilbydes behandling til langt flere. Men acceleration og konvertering er ikke udelukkende drevet af behovet for at kunne levere flere ydelser. Det er også drevet af en øget viden om de kliniske fordele ved at minimere eller helt undgå sengeleje i forbindelse med udredning og behandling. Der er således kapacitetsmæssige, økonomiske såvel som faglige grunde til udviklingen. Denne case inddrager endnu et perspektiv: Patientønsker. Casen handler om en patient, som gerne vil behandles, men meget nødig vil indlægges. Den beskriver processen omkring konverteringen af en ny behandlingsform, der var planlagt som en 14 dages indlæggelse på en specialafdeling på et universitetshospital, men som endte med et ambulante forløb, hvor patient og pårørende løste en lang række opgaver selv. Patientens aktive rolle og ikke mindst opgaveløsning ændrede således plejeopgaverne på sygehuset, men ændrede også relationen mellem patient og sundhedsfaglige.

Sofies historie

Casen er skrevet af Sofies mor, Jeanette Finderup, med sparring og samtykke fra Sofie.

Sofie er 14 år, går i 8. klasse og har cystisk fibrose, som er en alvorlig kronisk lungelidelse. Sofies mor er sygeplejerske på en nyreafdeling på et universitetshospital, hendes far er ikke sundhedsfaglig.

Sofie har problemer med infektioner i lungerne, men en overlæge har fundet en ny behandlingsform, der har vist gode resultater i andre lande, nemlig kontinuerlig infusion af antibiotika. Det betyder konkret, at Sofie skal have antibiotika kontinuerligt i et drop i 14 dage, i stedet for via gentagne daglige injektioner. Afdelingen tilbyder Sofie behandlingen under en 14 dages indlæggelse, hvor hun konstant skal være bundet til et dropstativ og en infusionspumpe koblet til strøm.

Sofie vil gerne have behandlingen, men hun vil helst ikke indlægges. Som kronisk patient har Sofie haft mange indlæggelser, og hun og familien har kun roser til den behandling, hun har fået under indlæggelserne. Men Sofie vil bare gerne gå i skole og have en normal hverdag. Det oplevedes også som en stor ulempe for resten af familien at være splittet under de 14 dages indlæggelse med en forælder medindlagt og den anden forælder hjemme hos søskende.

Da Sofies mor bliver præsenteret for behandlingen, spørger hun derfor, om afdelingen har overvejet, hvorvidt behandlingen kunne foregå hjemme i stedet for under indlæggelse? Der er en lang række opgaver knyttet til behandlingen, men kunne de løses af Sofie og hendes pårørende – i stedet for af de sundhedsprofessionelle – således at Sofie ikke behøver at blive indlagt? Afdelingen havde slet ikke overvejet muligheden, men personalet stillede sig positive over for idéen, dog uden at have nogen løsning på, hvordan det rent praktisk kunne foregå.

Når opgaven skal løses i et samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og patienten, ændres relationen mellem dem. Fra at de professionelle løser alle opgaverne, og patienten er passiv i forhold til opgaveløsningen, skal de to parter nu i langt højere grad indgå i et partnerskab. Dette skift i roller er dog ikke altid lige nemt, og der var en række udfordringer undervejs i processen med at flytte opgaver, der normalt bliver løst af de sundhedsprofessionelle, til i højere grad at blive løst af patienten og de pårørende.

Den første udfordring var, at de sundhedsprofessionelle helt fra begyndelsen **ikke havde overvejet patientinddragelse**. Ingen havde stillet spørgsmålet: Kan denne opgave kun løses af sundhedsprofessionelle og kun under indlæggelse? Når der iværksættes en ny behandling, der betyder 14 dages indlæggelse, bør de sundhedsprofessionelle på fremtidens hospital blive bedre til at overveje mere aktiv patientinddragelse. I dette tilfælde var det de pårørende, der fik de sundhedsprofessionelle til at tænke anderledes. Motivet var således ikke at spare 14 dages indlæggelse på afdelingens budget. Motivet var at undgå den ulempe, som 14 dages indlæggelse er for patienten og de pårørende.

Den anden udfordring var at **finde en praktisk løsning** på, hvordan behandlingen kunne gennemføres ambulant: Gennem dialog mellem de pårørende og de sundhedsprofessionelle blev der fundet en løsning. En sygeplejerske på afdelingen fandt ud af, at medicinen kunne gives ved hjælp af engangspumper, der normalt bruges til smertebehandling. De er meget simple at anvende, og de kræver ikke opkobling til strøm. Desuden er stykprisen 432 kroner, og der skal bruges én om dagen for at gennemføre behandlingen.

Den tredje udfordring var **kvalitetssikring**: Pumperne kunne ikke tages i brug uden videre, men skulle testes på hospitalets apotek i forhold til holdbarhed og sikkerhed mv., hvilket er nødvendigt.

Den fjerde udfordring var **patientsikkerhed** i form af behovet for observation af patienten under behandling. De sundhedsprofessionelle mente, at Sofie skulle observeres konstant på grund af risiko for en anafylaktisk¹⁶ reaktion, fordi Sofie er allergisk overfor medicinen. Sofie var dog ikke glad for tanken om at skulle have en forælder med i skole, fordi hun skulle observeres. Gennem dialog med de sundhedsprofessionelle blev der fundet en løsning: Sofie behøvede ikke at være under konstant observation, da den nye behandlingsform minimerer risikoen for en anafylaktisk reaktion, fordi de høje peak-værdier af antibiotika, der ses ved injektion, undgås ved kontinuerlig infusion, der giver et lavere, men konstant niveau af antibiotika. Så bare Sofie hele tiden kunne kontakte en voksen, ville patientsikkerheden være i orden i med hensyn til behovet for observation.

Femte udfordring var **økonomien**. Umiddelbart er det svært at se, hvordan økonomien kan være en udfordring, når 14 pumper til en pris på cirka 6.000 kroner alt i alt substituerer en 14 dages indlæggelse, der koster cirka 60.000 kroner. Udfordringen er imidlertid af kasseøkonomisk og ikke af samfundsøkonomisk art: En indlæggelse giver DRG-takst, mens hjemmebehandling er ren udgift for afdelingen. DRG-systemet giver ikke dette tilfælde er incitament til at lade opgaver glide til patienten. Imidlertid endte det med, at afdelingen accepterede hjemmebehandlingen – på trods af økonomien. Afdelingen påtog sig således i første omgang udgiften uden kompensation, men ud fra faglige argumenter. Efterfølgende har afdelingen søgt en ekstra bevilling og har fået udgifterne dækket.

Sjette udfordring var **udarbejdelse af retningslinjer og patientinformation**. De skulle være udarbejdet, inden behandlingen kunne sættes i gang. Det blev dog ikke nået helt i dette tilfælde, da det var væsentligt at få behandlingen i gang grundet Sofies infektion. Afdelingen gik med til, at hun fik udleveret en halvfærdig patientinformation, som dog virkede godt nok. Og i den endelige udarbejdelse af patientinformation blev Sofies og hendes forældres erfaringer efter 14 dages hjemmebehandling inddraget aktivt: De kom med forslag til ændringer af patientinformationen på baggrund af deres erfa-

¹⁶ Anafylaktisk reaktion er en akut svær overfølsomhedsreaktion.

ringer med behandlingen i eget hjem, som på mange områder er anderledes end på et hospital. Desuden var de i stand til at luge ud i de sundhedsprofessionelles fagudtryk.

Syvende og sidste udfordring var **registrering i hospitalets depotvaresystem 'Brik'**. Behandlingen kunne ikke påbegyndes, før pumperne var kommet på 'Brik'. Dette var en stor mundfuld at sluge for patienten og de pårørende, der efterhånden følte sig som brikker i et puslespil. De havde travlt med at få behandlingen i gang, alle andre barrierer var blevet overvundet, og nu kom et depotvaresystem i vejen! Via dialog med de sundhedsprofessionelle blev der fundet en alternativ løsning, hvor firmaet leverede pumperne direkte den første gang, så Sofie kunne få sin behandling derhjemme.

Så var alle udfordringer overvundet, og behandlingen kunne påbegyndes som hjemmebehandling. Hvem løser så opgaverne? Det gør både Sofie, hendes forældre og de sundhedsprofessionelle. Det er udelukkende Sofie, der kobler medicinen til og fra og står for overvågningen af behandlingen. Forældrene lægger og fjerner den nål, som medicinen gives igennem, og henter materialet til behandlingen på hospitalet. Det er væsentligt at pointere, at det ikke er en forudsætning for hjemmebehandlingen, at Sofies mor er sygeplejerske. Begge forældre udfører de samme opgaver i relation til hjemmebehandlingen. Klargøring og blanding af medicinen gøres både af Sofie og forældrene. Oftest er det dog Sofie, der gør det, men forældrene er til stede. De sundhedsprofessionelles opgave er at bestille materiale hjem til behandlingen og pakke det, så det er klar til afhentning. Derudover opstarter de behandlingen, når Sofie har behov for en ny kur, for at sikre, at hun ikke reagerer allergisk. De sundhedsprofessionelle har derudover tre meget vigtige opgaver, når ansvaret for løsning af opgaven ligger hos patienten og de pårørende: Støtte, sparring og koordinering. Altså opgaver, der kalder på relationelle kompetencer.

For Sofie og hendes familie er det en stor fordel, at hun trods en svær kronisk sygdom har så normal en hverdag som muligt. En væsentlig del af Sofies livskvalitet handler selvfølgelig om, at hun får den behandling, der virker. Men det er også væsentligt, at hun kan passe sin skole og deltage i sine fritidsaktiviteter, se sine venner og at hun i mindst muligt omfang skal indlægges på hospital. Casen viser, at det var muligt at finde en løsning, hvor der blev taget hensyn til alle aspekter, så Sofie får så høj en livskvalitet som muligt.

Selvfølgelig er der også ulemper ved hjemmebehandlingen: Sofie skal fx gå med infusionspumpen i en taske om maven, og den synes hun ikke er så smart. Hun skal også huske at tænke over, hvordan hun bevæger sig, så hun ikke risikerer at nålen ryger ud. Det er også besværligt at komme i bad med nål og pumpe. Og Sofie skal huske at tilrettelægge sin dag, så hun enten er hjemme, når pumpen skal skiftes, eller et andet sted, hvor det kan foregå sikkert og hygiejnisk, og hun har alt det, hun behøver. Men samlet set er disse ulemper små i forhold til 14 dages indlæggelse. Og behandlingen er den samme, hvilket i sidste ende er det allervigtigste for Sofie, der lever med en alvorlig kronisk sygdom. Som Sofie siger: *"Det vigtigste er sådan set ikke, at behandlingen foregår hjemme, men at behandlingen virker!"*

Perspektiver på patientinddragelse i opgaveløsningen

Af Jeanette Finderup og Sidsel Vinge

Patientinddragelse og opgaveløsning

Der er mange gode argumenter for at inddrage patienter mere aktivt i deres behandling, herunder lade patienter løse opgaver der tidligere lå hos de sundhedsprofessionelle. Og det handler ikke blot om LEON, behovet for øget kapacitet, idet *"Forskning dokumenterer, at patientinddragelse har en*

positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patienttilfredshed."¹⁷ Patientinddragelse har således ikke kun en betydning for patientens tilfredshed, men også for behandlingsudfaldet.

Patientinddragelse er også et tema i Sundhedsloven, hvor der står: *"En patient skal informeres og inddrages i drøftelse af behandlingen."*¹⁸ Og i Den Danske Kvalitets Model handler standard nr. 2.1.3 om pårørendes inddragelse i behandlingen lyder således: *"Institutionen skal informere og inddrage de pårørende i behandling, i det omfang patienten ønsker det."* Denne inddragelse af pårørende reduceres dog i indikatorerne til standarden til udelukkende at gælde information.

Patientinddragelse er stadig et relativt nyt koncept. Imidlertid er der behov for at tænke mere nuanceret i forhold til patientinddragelse på mange niveauer, og ikke alle niveauer involverer inddragelse af patienter i selve opgaveløsningen. En model er disse fem trin, hvor hvert nyt trin forudsætter de øvrige¹⁹:

- ◆ Første og laveste trin er **information**: Man fortæller patienten, hvad der er planlagt.
- ◆ Andet trin er **rådgivning**: Man lytter til patienten og beslutter derudfra, hvad der er bedst og bruger således patienten som rådgiver.
- ◆ Tredje trin er **fælles beslutningstagning**: Patienten og de sundhedsprofessionelle beslutter i fællesskab, hvad der skal ske.
- ◆ På fjerde trin **handler man også sammen**: Her inddrages patienten i opgaveløsningen i samarbejde med de sundhedsprofessionelle.
- ◆ På det sidste og femte trin **støttes patienten** af de sundhedsprofessionelle i at handle selvstændigt og således overtage (be)handlingen og dermed den primære del af opgaveløsningen.

Kun på trin 4 og 5 deltager patienterne aktivt i løsningen af opgaverne. Samtlige trin kalder imidlertid på personalets relationelle og kommunikative kompetencer. Casen illustrerer, at der kan være et betydeligt potentiale i, at de sundhedsfaglige i fremtiden bliver langt bedre til og mere bevidste om fordelene ved at inddrage patienterne mere aktivt – også i opgaveløsningen.

I notatet har afdelingsledelserne da også peget på, at særligt acceleration af forløb kræver langt mere aktiv inddragelse af patienterne for at lykkes. Og de har beskrevet, hvordan dette både ændrer relationen til patienterne og til plejeopgaverne i en langt mere pædagogisk, undervisende, motiverende og inddragende retning. Sofies case peger på, at det ikke kun er i accelererede forløb, at der er et potentiale for at inddrage patienterne og pårørende i løsningen af opgaverne.

Opgaveglidning eller opgavetrækning?

Casen viser, hvor svært det i praksis kan være at inddrage patienterne i opgaveløsningen, og hvor mange udfordringer og barrierer der er – på trods af velvilje fra begge sider. I udgangspunktet er der tale om en såkaldt 'win-win'-situation, hvor patienter kan aflaste personalet ved at løse flere opgaver, og hvor patienten gerne vil løse flere opgaver for at slippe for en indlæggelse, der er dyr for sygehuset og en ulempe for patienten.

Der er dog ikke tale om, at hospitalet lader en opgave 'glide' ud til en patient, men snarere om at patienter og pårørende 'trækker' opgaverne ud af hospitalet – mange udfordringer og forhindringer til trods. Og det lykkes til sidst. Men kun fordi patient og pårørende trækker opgaven og bliver ved med det gennem en længere proces. I notatet peger flere afdelingsledere på, at særligt yngre patienter ikke ser indlæggelse som en fordel – faktisk tværtimod. Sofie er et eksempel på fremtidens patient,

¹⁷ Jacobsen CB, Pedersen VH, Albeck K (2008). *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed*.

¹⁸ Sundhedsloven LBK nr. 95 af 07/02/2008.

¹⁹ Wilcox (1994). *Ladder of participation*.

som absolut ikke ønsker en dyr indlæggelse. Faktisk vil hun og hendes pårørende gerne løse så mange opgaver som muligt for at undgå en indlæggelse. Selve indlæggelsen er i Sofies øjne ikke den sundhedsfaglige ydelse, der efterspørges. Det vigtige for hende er selve behandlingen, og at den virker. Indlæggelsen er en stor ulempe, hun helst undgår.

Fremtidens patienter vil således måske i højere grad komme til at trække opgaverne fra de sundhedsfaglige for på denne måde at få den behandling eller andre sundhedsfaglige ydelser, som patienterne har brug for, men undgå så meget som muligt af den medfølgende og ofte dyre og plejekrævende kontakt med sygehusvæsenet, som traditionelt har fulgt med behandlingen. Denne form for opgavetrækning kan være en øjenåbner for systemet, som på denne måde kan bryde vaner og traditioner og dermed blive bedre til at tænke fundamentalt anderledes omkring opgaveløsningen. Men hvis patientinddragelse i opgaveløsningen skal indgå som en langt mere central del af løsningen af fremtidens plejeopgaver, kræver det, at systemet – medarbejdere og ledere – i langt højere grad bliver i stand til at se og udnytte potentialet i patienternes opgaveløsning og dermed selv skabe opgaveglidning eller -overdragelse til patienterne. Det kræver ledelsesmæssige kompetencer med hensyn til at tænke nyt og anderledes omkring opgaveløsningen, men det kræver også relationelle kompetencer blandt de medarbejdere, som i langt højere grad skal indgå i et partnerskab med patienterne.

Hjemmebehandling er andet og mere end et helt "hospital at home"

Der har de senere år været fokus på at flytte hospitalet hjem til patienterne i stedet for at flytte patienterne ind på hospitalet. Udtrykket *"hospital at home"* skaber hos mange associationer til store og dyre investeringer i mobile teknologier og andet isenkram, der skal transporteres til patienternes hjem.

Denne case rummer et eksempel på en ny og højt specialiseret behandling, som imidlertid viste sig at kunne foregå som hjemmebehandling via en meget simpel teknologi – en nål, en slange, en manuel pumpe i en flaske og ingen elektronik overhovedet. Man flyttede ikke bare hospitalets første løsning – dropstativet, den elektriske infusionspumpe og hospitalssengen – hjem til patienten; man fandt en helt anden løsning. Men behandlingen var den samme.

Dermed er casen et eksempel på, at det ikke *altid* behøver at være meget kompliceret og dyrt at flytte – selv højt specialiserede behandlinger – ud til patienterne.

Hvad kan vi lære af Sofies historie?

Der findes under 500 patienter i Danmark med cystisk fibrose, og ikke alle har resistente infektioner, der kræver kontinuerlig infusion af antibiotika. Det, vi kan lære af Sofies historie, handler således hverken om cystisk fibrose eller om kontinuerlig infusion af antibiotika.

Sofies historie kan derimod få os til at reflektere over, hvorvidt der er et potentiale i at tænke patientinddragelse i løsningen af fremtidens plejeopgaver på en langt mere vidtgående og konsekvent måde, end vi gør i dag.

Det er en stor omstilling, som både ændrer de sundhedsfagliges rolle og patienternes, og dermed relationen mellem de to parter. Det er ikke nogen let proces. Og måske er en af de væsentligste årsager den første udfordring i Sofies historie: Ingen inden for murene havde overhovedet fået den tanke, at patientinddragelse kunne være et alternativ til 14 dages indlæggelse. Det var kun patienten og de pårørende, der så ulemper ved indlæggelse, og derfor var hele den efterfølgende proces præget af en vedholdende opgavetrækning fra patienten og de pårørendes side.

I notatet har flere afdelingsledelser beskrevet, at en af de væsentlige barrierer for opgaveglidning fra sygeplejersker til andre personalekategorier er tradition og konservatisme. Sofies historie rejser

spørgsmålet om, hvorvidt nogle af de samme barrierer gør sig gældende i forhold til en mere aktiv inddragelse af patienterne i løsningen af fremtidens plejeopgaver.

I fremtiden får vi endnu flere kronikere, som har brug for behandling, medicinering og regulering livet igennem. Hvis fremtidens patienter ligner Sofie, er det vigtigste for dem, at behandlingen virker, og de vil strække sig langt i retning af at løse opgaver, hvis de kan slippe for at blive rykket ud af deres hverdagsliv for at modtage ambulante eller stationære ydelser fra de sundhedsfaglige.

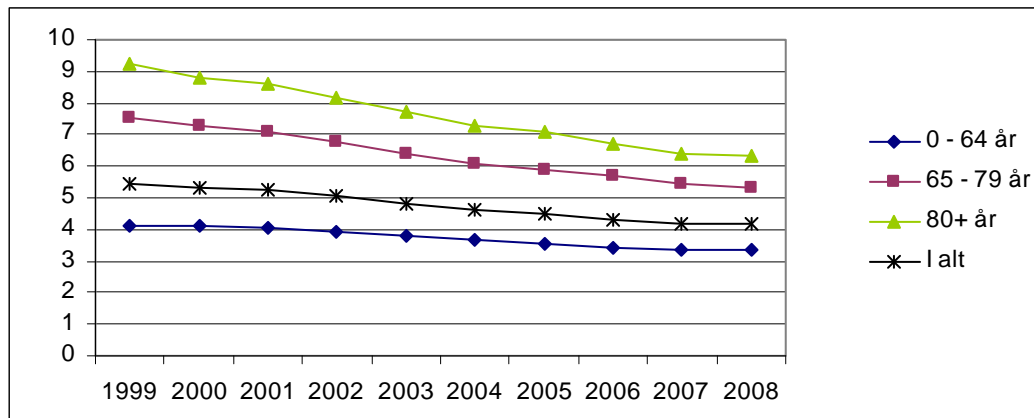
Litteratur

- 1) Danmarks Statistik. *Befolkningstilvæksten bliver stadig mindre*. Nyt fra Danmarks Statistik 2009; 228(18. maj).
- 2) Kjølner M, Juel K og Kamper-Jørgensen F. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- 3) Regeringens ekspertpanel. *Regionernes investerings- og sygehusplaner - screening og vurdering*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet; 2008.
- 4) Madsen MH. *Hurtig og effektiv behandling på sygehusene - har det konsekvenser for kommunerne?* København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 5) Vinge S, Kilsmark J. *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder*. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 6) Nerup J, Hansen OH, Mandrup-Poulsen T, Nielsen SL og Bech K. *Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed*. København: Dansk Medicinsk Selskab; 1998.
- 7) Rath MB, DSR Analyse. *Omfanget af specialuddannelser blandt sygeplejersker*. [Tilgængelig 29-1-2009 fra Web/URL: <http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=1868>.]
- 8) Dansk Sygeplejeråd. *Funktionsbeskrivelse for hygiejnesygeplejersker*. København: Dansk Sygeplejeråd; 2004.
- 9) Dansk Sygeplejeråd. *Funktionsbeskrivelse for intensivsygeplejersker*. København: Dansk Sygeplejeråd; 2003.
- 10) Dansk Sygeplejeråd. *Funktionsbeskrivelse for anæstesisygeplejersker*. København: Dansk Sygeplejeråd; 2000.
- 11) Dansk Sygeplejeråd. *Funktionsbeskrivelse for sygeplejersker med specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje*. København: Dansk Sygeplejeråd; 2005.
- 12) Kjeldsen, SB. *Første specialsygeplejersker i kræftsygepleje er klar*. Sygeplejersken 2010; 25 (4)
- 13) Sundhedsstyrelsen. *Sygeplejerske*. [Udskrevet 16-2-2010 fra Web/URL: <http://www.sst.dk/Uddannelse%20og%20autorisation/Special%20og%20videreuddannelse/Sygeplejerske.aspx>.]
- 14) Kjellberg J, Kjellberg PK. *Sundhedsvæsenet år 2030*. Internt notat til Danske Regioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 15) Sundhedsstyrelsen. *Udvalgte nøgletal om sundhedsvæsenet (til 3. kvartal 2009)*. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 16) Sundhedsstyrelsen. *Antal beskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark i perioden 1. kvartal 2008 til 2. kvartal 2009*. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 17) Sundhedsstyrelsen. *Antal beskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark i perioden 2001-2008*. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.

- 18) Kryspin Sørensen L, DSR Analyse. *Sygeplejerskers erhvervstilknytning*. Tilgængelig 08-2009 fra Web/URL: http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/1461/FAKTA_Erhvervstilknytning_og_alder.pdf
- 19) Kryspin Sørensen L, DSR Analyse. *Sygeplejersker beskæftiget i og udenfor det primære fagområde*. Tilgængelig 08-2009 fra Web/URL: http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/1461/FAKTA_Faget.pdf
- 20) Rath MB, DSR Analyse. *Specialuddannede sygeplejersker og arbejdstid*. Tilgængelig 28-11-2008 fra Web/URL: http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/1461/Policynotat,_specialuddannede_sygeplejerskers_arbejdstid,_2008.pdf

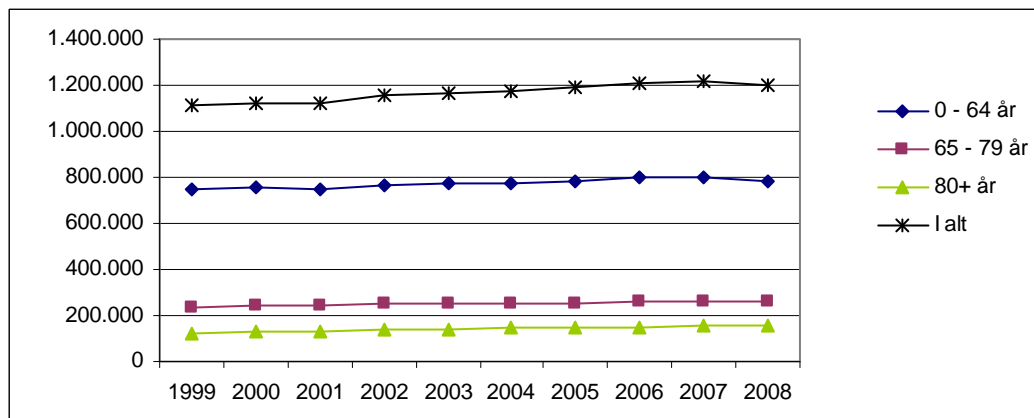
Bilag 1: Figurer og tabeller

Figur 1: Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter i perioden 1999-2008



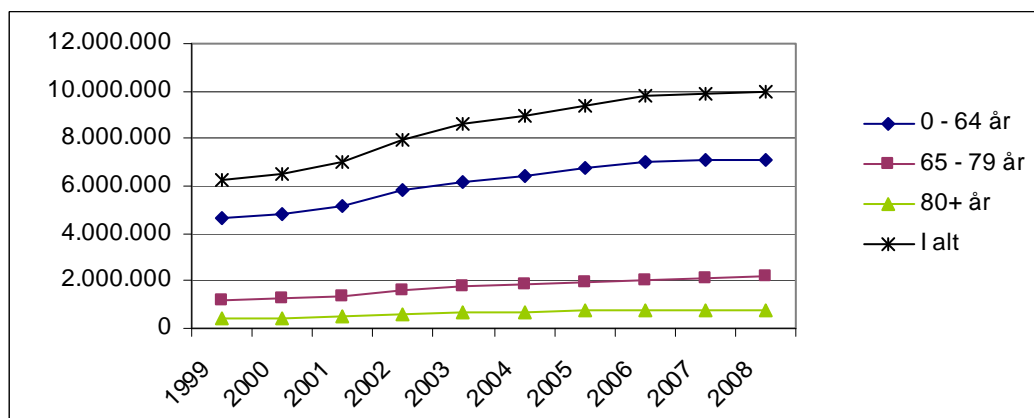
Kilde: Dataudtræk fra LPR, DSI (5).

Figur 2: Antal somatiske udskrivelser fra sygehusene i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR, DSI (5).

Figur 3: Antal ambulante somatiske besøg i perioden 1999-2008



Kilde: Dataudtræk fra LPR, DSI (5).

Tabel 4: Indlæggelser på sygehus – akutandel 1991-2007

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Akut	601.941	622.885	650.417	654.323	752.003	753.305	772.628	779.669	802.447	813.671	824.224	804.418	791.087	804.988	826.804	849.174	864.700
Ikke-akut	353.795	347.556	334.640	327.865	303.288	307.110	296.510	296.105	294.581	290.147	279.840	311.174	333.281	340.662	329.159	326.726	321.642
Akutandel	63 %	64 %	66 %	67 %	71 %	71 %	72 %	72 %	73 %	74 %	75 %	72 %	70 %	70 %	72 %	72 %	73 %

Kilde: Udtræk fra www.statistikbanken.dk; Tabel UD1 (1991-2005) og UD11 (2006-2007), Danmarks Statistik.

Tabel 5: Andel dagkirurgiske operationer blandt 37 udvalgte operationer, i procent

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andel dagkirurgi, i alt	52 %	63 %	64 %	64 %	67 %	69 %	70 %	71 %
Cataract	91 %	93 %	97 %	97 %	98 %	98 %	98 %	98 %
Squint	30 %	39 %	45 %	45 %	39 %	41 %	39 %	47 %
Myringotomy with tube insertion	32 %	51 %	36 %	36 %	41 %	35 %	37 %	43 %
Tonsillectomy	8 %	22 %	16 %	16 %	24 %	25 %	29 %	25 %
Rhinoplasty	17 %	32 %	28 %	28 %	42 %	37 %	41 %	40 %
Broncho-Mediastinoscopy	33 %	54 %	52 %	52 %	52 %	53 %	51 %	57 %
Surgical removal of tooth	84 %	83 %	76 %	76 %	80 %	80 %	77 %	85 %
Endoscopic female sterilisation	62 %	74 %	74 %	74 %	72 %	73 %	73 %	74 %
Legal abortion	73 %	68 %	69 %	69 %	68 %	63 %	60 %	56 %
Dilatation and curettage of uterus	54 %	65 %	64 %	64 %	73 %	76 %	76 %	71 %
Hysterectomy (LAVH)	0 %	2 %	3 %	3 %	2 %	0 %	1 %	1 %
Repair of cysto- and rectocele	3 %	4 %	5 %	5 %	5 %	8 %	13 %	17 %
Knee arthroscopy	64 %	75 %	73 %	73 %	77 %	79 %	79 %	75 %
Arthroscopic meniscus	61 %	70 %	68 %	68 %	72 %	71 %	73 %	74 %
Removal of bone implants	56 %	63 %	67 %	67 %	70 %	71 %	71 %	71 %
Repair of deform. on foot	41 %	53 %	52 %	52 %	50 %	52 %	56 %	57 %
Carpal tunnel release	48 %	56 %	66 %	66 %	61 %	69 %	80 %	85 %
Baker cyst	36 %	63 %	55 %	55 %	56 %	53 %	63 %	64 %
Dupuytren's contractur	52 %	54 %	62 %	62 %	67 %	74 %	77 %	91 %
Crusiate ligament repair	22 %	37 %	33 %	33 %	43 %	56 %	59 %	65 %
Disc operations	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Local excision of breast	19 %	28 %	17 %	17 %	14 %	11 %	10 %	9 %
Mastectomy	2 %	4 %	4 %	4 %	4 %	3 %	5 %	4 %
Laparoscopic cholecystectomy	3 %	11 %	12 %	12 %	15 %	21 %	24 %	28 %
Laparoscopic antireflux	1 %	1 %	2 %	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Haemorrhoidectomy	56 %	64 %	66 %	66 %	72 %	74 %	77 %	79 %
Inguinal hernia	37 %	55 %	57 %	57 %	58 %	62 %	63 %	67 %
Circumcision	71 %	74 %	75 %	75 %	75 %	77 %	76 %	78 %
Orchidectomy + -pexi	30 %	42 %	42 %	42 %	46 %	46 %	48 %	51 %
Male sterilisation	86 %	92 %	90 %	90 %	90 %	93 %	96 %	96 %
TURP	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %
Colonoscopy w/wo biopsy	71 %	78 %	84 %	84 %	88 %	91 %	91 %	92 %
Removal of colon polyps	64 %	75 %	85 %	85 %	90 %	91 %	93 %	93 %
Varicose veins	17 %	44 %	80 %	80 %	90 %	87 %	89 %	97 %
Bilat: breast reduction	3 %	4 %	2 %	2 %	3 %	2 %	3 %	1 %
Abdominoplasty	59 %	74 %	71 %	71 %	71 %	78 %	77 %	80 %
Pilonoidal cyst	21 %	32 %	38 %	38 %	50 %	-	-	-

Kilde: "Faneblad 7" i "Udvalgte nøgletal om sundhedsvæsenet" fra SST (15).

Tabel 6: Antal beskæftigede plejepersonaler på offentlige sygehuse fra 2001-2. kvartal 2009 (fuldtids-beskæftigede)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1. kvrt. 2009	2. kvrt. 2009	2001-2. kvrt. 2009 (*)
Sygeplejersker	29.631	29.818	29.850	30.688	31.107	31.247	31.164	30.019	32.515	33.295	12 %
Social- og sundhedsass. (**)	6.531	7.487	7.809	8.144	8.365	8.532	8.388	8.915	9.283	9.946	52 %
Sygehjælpere	4.903	4.436	3.767	3.200	2.668	2.231	1.875	1.611	1.573	1.562	-68 %
SOSU-ass. + sygehjælpere i alt	11.434	11.923	11.576	11.343	11.033	10.763	10.262	10.526	10.856	11.507	1 %
Plejere og plejehjemsass.	1.418	1.332	1.107	1.003	894	773	663	615	602	615	-57 %
Øvrigt social- og sundhedspers., SOSU-hjælpere, beskæftigelsesvejledere samt hjemmehjælpere	235	273	278	386	454	403	364	369	406	415	77 %
Plejepersonale i alt	13.087	13.527	12.961	12.732	12.381	11.939	11.290	11.510	11.864	12.537	-4 %
Plejepersonale i alt (inkl. sygeplejersker)	42.718	43.345	42.811	43.420	43.488	43.186	42.454	41.528	44.379	45.832	7 %
Sygeplejerskers andel af plejepers. i alt	69 %	69 %	70 %	71 %	72 %	72 %	73 %	72 %	73 %	73 %	

(*) Da tallene for 2008 er påvirket af sygeplejestrækken, og da tal for hele 2009 ikke foreligger, er 2. kvrt. 2009 valgt som grundlag for udviklingen i %.

(**) Faldet i antallet af SOSU-assistenter i 2007 kan muligvis tilskrives strukturreformen.

Kilde: Det Fælleskommunale Løndatakontor (2004-2009), Løn- og Beskæftigelsesregistret, Sundhedsstyrelsen (2001-2003) "Beskæftigelse på offentlige sygehuse" (16; 17), samt egne beregninger af udviklingen i procent.

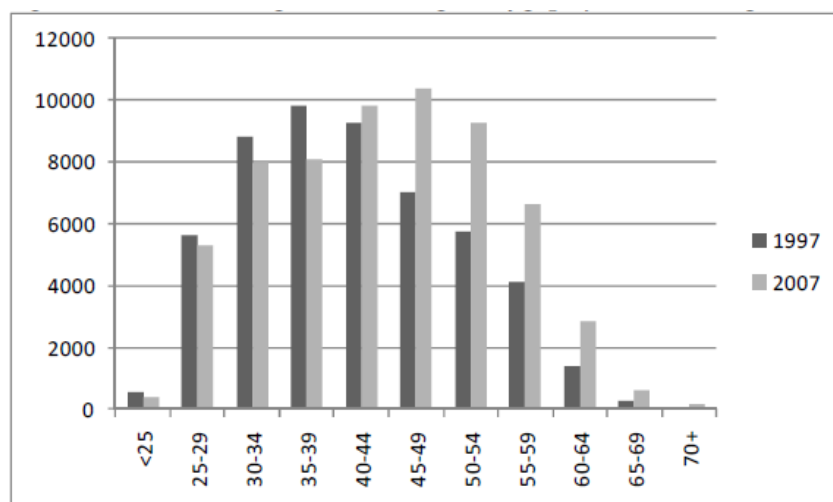
Tabel 7: Fuldførelse af uddannelser – sygeplejersker og SOSU-assistenter – fra 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Udvikling i %
Sygeplejersker	1.946	1.939	1.874	1.939	2.582	1.828	1.677	1.991	2 %
Social- og sundhedsassistenter	2.342	2.446	1.728	1.920	1.917	2.082	2.236	2.203	-6 %
Social- og sundhedsassistenter, via opskoling (af sygehjælpere) og merit	1.053	1.039	785	590	514	416	137	32	-97 %
SOSU-assistenter i alt	3.395	3.485	2.513	2.510	2.431	2.498	2.373	2.235	-34 %

Note: Fuldførte = Antal studerende der har fuldført en uddannelse et givent tællingsår (1/10-30/9). Fx omfatter fuldførte 2007 alle fuldførte i perioden 1/10-2007 til 30/9-2007.

Kilde: Institutionernes indberetninger til Danmarks Statistik og UNI•C Statistik & Analyse samt egne beregninger af udviklingen i procent. Data er tilgængelige via Undervisningsministeriets databank, UVM Databanken.

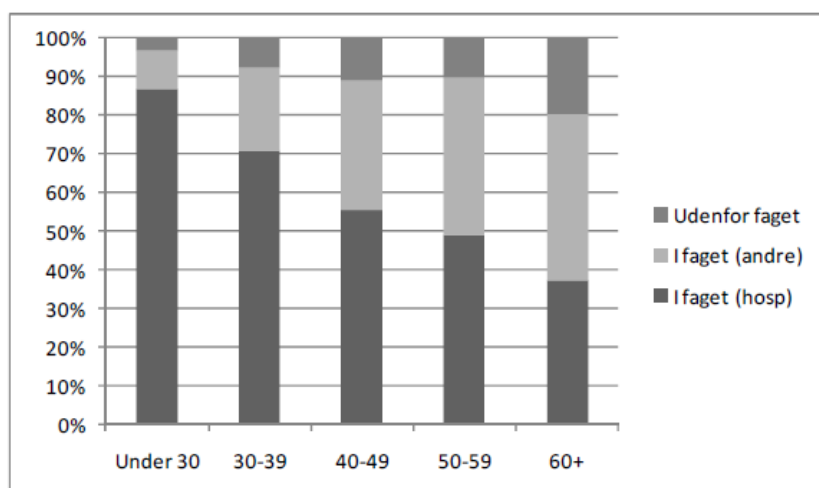
Figur 8: Aldersfordeling for beskæftigede sygeplejersker 1997 og 2007



Anm: Beskæftigede omfatter alle beskæftigede inkl. beskæftigede på orlov eller på sygedagpenge. Der er tale om befolkningen pr. 1/1 med arbejdsmarkedsoplysninger november året før. I perioden er gennemsnitsalderen for beskæftigede sygeplejersker steget med 2,7 år fra 41,2 år i 1997 til 43,9 år i 2007.

Kilde: Særkørsel på Danmarks Statistik, Autorisationsregisteret og RAS (DSR Analyse, "Sygeplejerskers erhvervs-tilknytning") (18).

Figur 9: Beskæftigede sygeplejerskers branchetilhør fordelt på faget og alder, 2007



Kilde: Særkørsel på Danmarks Statistik, Autorisationsregisteret og RAS (DSR Analyse, "Sygeplejersker beskæftiget i og udenfor det primære fagområde") (19).

Tabel 10: Antal og andel af DSR-medlemmer i faglige selskaber 1995-2010

	Medlemmer af faglige selskaber (antal)	Medlemmer af faglige selskaber (% af aktive medl. *)
1995	13.341	28 %
2000	16.391	33 %
2005	17.549	33 %
2010	18.030	35 %

* Antallet af aktive medlemmer i beskæftigelse er brugt som reference for årene 2000-2010, mens det for 1995 kun var muligt at få antal aktive samlet set, hvilket også inkluderer aktive medlemmer uden beskæftigelse og aktive seniorer. Men da begge disse grupper er små relativt set, betyder det, at det højst vil kunne rykke andelen af medlemmer i 1995 1 %-point til 29 %.

Kilde: Medlemskab af faglige selskaber organiseret under DSR fremsendt af DSR Analyse samt egne beregninger af udviklingen i procent.

Tabel 11: Andel og antal med specialuddannelse blandt alle sygeplejersker i beskæftigelse, 2009

	Andel	Antal*
Specialuddannelse i intensiv sygepleje	8,3 %	5.146
Sundhedsplejerskeuddannelsen	7,1 %	4.402
Specialuddannelse i anæstesiologisk sygepleje	4,5 %	2.790
Specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje	2,1 %	1.302
Specialuddannelse i infektionshygiejne	0,4 %	248
En eller flere specialuddannelser i alt	20,1 %	12.462
Sygehusrelevante specialuddannelser i alt**	13,0 %	8.060

Note: Respondenter, der har svaret "Ved ikke" og "Nej", er ikke inkluderet i tabellen. Respondenterne indbefatter beskæftigede sygeplejersker i basisstilling, sygeplejersker med specialistfunktion, sygeplejersker i lederstillinger og sygeplejersker i anden form for beskæftigelse uden for sygeplejefaget. N = 3.625.

* Antal er beregnet med udgangspunkt i 62.000 beskæftigede sygeplejersker på det danske arbejdsmarked.

** Fraregnet sundhedsplejerskeuddannelsen.

Kilde: "Omfanget af specialuddannelser blandt sygeplejersker", DSR Analyse (7).

Tabel 12: Specialsygeplejersker ansat i Danske Regioner, 2008

	Antal	Andel
Specialsygeplejersker	3.652	11 %
Basissygeplejersker	29.036	89 %
Total	32.688	100 %

Note 1: Kun basissygeplejersker og specialuddannede sygeplejersker med Danske Regioner som arbejdsgiver.

Note 2: Specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje, anæstesiologisk sygepleje, intensiv sygepleje, infektionshygiejne og kræftsygepleje, er afgrænset ved lønklassifikation 5 + 7 i FLD.

Kilde: "Specialuddannede sygeplejersker og arbejdstid", DSR Analyse (20).

Bilag 2: Nye uddannelser på plejeområdet

Af Tone Nymann Nielsen, forskningsassistent

DSI har gennemført en kortlægning af nye uddannelser på plejeområdet og har fundet fem uddannelser: Sundhedsservicesekretær, operationstekniker, uddannelse til betjening af mammografer, efteruddannelse af farmakonomer og efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere.

Kortlægningen er foretaget ved rundringning til relevante informanter og ved litteratursøgning. Dette er valgt for at sikre, at området undersøges gennem den nyeste litteratur og gennem de informanter, der er med til at udvikle nye uddannelser.

Kortlægningen blev påbegyndt ved rundringning til de fem regioner for at få status på nye uddannelser inden for hver af regionerne. Region Hovedstaden er den eneste region, der på nuværende tidspunkt er med til at udvikle nye uddannelser på plejeområdet. Det skyldes, at der i den regionale udviklingsplan i forbindelse med budget 2009 blev iværksat en handlingsplan for rekruttering og personaleudvikling med seks forskellige indsatsområder, herunder området: Opgaveforskydning og nye uddannelser. I regi heraf er der udviklet tre nye uddannelser: *Operationstekniker*, *sundhedsservicesekretær* og beskrivende radiograf²⁰. De to førstnævnte har relevans for dette projekt, da uddannelserne blandt andet tænkes at skulle aflaste sygeplejersker og plejepersonale på hospitalerne. Region Hovedstaden er endvidere i gang med at afprøve en *efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere til medicinske afdelinger*, samtidig med at de arbejder på at udvikle en ny *efteruddannelse af farmakonomer*, der skal aflaste sygeplejerskerne på hospitalerne. Region Hovedstaden har også præsenteret nye kurser og efteruddannelse af sygeplejersker, der ikke er af umiddelbar relevans for dette projekt.

I kortlægningen har DSI efter henvisning fra regionerne og ud fra egne overvejelser endvidere taget kontakt til Undervisningsministeriet, Studievalg og Uddannelsesguiden, da de antages at have et overblik over eksisterende uddannelser. Her blev de to uddannelser operationstekniker og sundhedsservicesekretær nævnt som de nyeste uddannelser. Uddannelserne bliver udbudt af Uddannelsescenter København Vest (CPH WEST), der bekræfter, at der ikke findes andre nye uddannelser på plejeområdet, da dette ville have været oplyst internt mellem erhvervsskolerne.

Afsluttende for kortlægningen er der taget kontakt til Sundhedsstyrelsen, da litteratursøgningen viste, at styrelsen beskrev *uddannelsen til betjening af mammografer*. Uddannelsen skal blandt andet være med til at afløse røntgensygeplejersker, og i Region Midtjylland er erfaringerne gode.

Kortlægningen førte således til fem nye uddannelser på plejeområdet:

1. Operationstekniker
2. Sundhedsservicesekretær
3. Efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere til medicinske afdelinger
4. Efteruddannelse af farmakonomer
5. Uddannelser til betjening af mammografer.

Beskrivelserne af de fem uddannelser er hver forsynet med en fodnote, som angiver, hvilke kilder der ligger til grund for beskrivelsen af dem hver især.

²⁰ Region Hovedstaden. *Redegørelse i forbindelse med Underudvalget for Regional Udviklings tillægskommissorium vedr. uddannelses-/praktikpladser*. Notat, den 3. november 2009.

1. Operationstekniker ²¹

Uddannelsen til operationstekniker har eksisteret i udlandet i en lang årrække og er i 2010 etableret som uddannelse i Danmark.

Uddannelsens formål

Formålet med operationsteknikeruddannelsen er, at den skal aflaste operationssygeplejerskerne særligt inden for mindre komplicerede og elektive operationer. Tanken er, at operationsteknikeren indgår i et operationsteam på en operationsstue og hjælper til før, under og efter en operation.

Uddannelsens varighed

Uddannelsen til operationstekniker tager 2½ år og veksler mellem skoleperioder med teori og praktisk erfaring på hospitaler.

Uddannelsens indhold

Grundforløb

Uddannelsen består af et grundforløb på en af erhvervsskolerne, hvor den studerende skal tage indgangen "Sundhed, omsorg og pædagogik". Grundforløbet varer 20 uger og består blandt andet af korte kurser og praktiske projekter.

Hovedforløb

Efter at have gennemført grundforløbet skal den studerende tage hovedforløbet. For at starte på hovedforløbet skal den studerende have en praktikplads på et operationsafsnit. Den studerende søger selv praktikpladsen. Hovedforløbet veksler mellem skole- og praktikperioder.

Adgangskrav

For at starte på grundforløbet skal ansøgeren have gennemført 9. klasse eller en tilsvarende eksamen. Der er ingen adgangsbegrænsning til grundforløbet Sundhed, omsorg og pædagogik. Hvis en ansøger har gennemført grundforløbet eller har andre kvalifikationer, kan han/hun starte direkte på hovedforløbet.

Økonomi

Det er gratis for den studerende at tage grunduddannelsen, og den er SU-berettiget. Under hovedforløbet betaler det pågældende praktiksted den studerendes elevløn – også under skoleopholdene. Da uddannelsen er helt ny, foreligger der ikke en overenskomst for elever eller færdiguddannede.

²¹ Uddannelsen er beskrevet ud fra følgende kilder:

- Region Hovedstaden. *Operationstekniker Ny uddannelse – Nye muligheder*. Pjece, 2009.
- Frandsen A (red). *Uddannelse til operationstekniker*. www.regionh.dk/menu/Uddannelse/Sundhedsuddannelser/Uddannelse+til+operationstekniker/Uddannelse+til+operationstekniker.htm?WBCMODE=pres
- Uddannelsescenter København Vest (CPH WEST). *Erhvervsuddannelse – Sundhed, omsorg og pædagogik*. Pjece.
- Frandsen A (red). *Praktikpladser*. www.regionh.dk/menu/Uddannelse/Sundhedsuddannelser/Uddannelse+til+operationstekniker/Praktikpladser.htm?WBCMODE=pres
- Uddannelseschef Michael Jensen. Uddannelsescenter København Vest CPH WEST. Telefonsamtale den 19. januar 2010.
- Region Hovedstaden. *Redegørelse i forbindelse med Underudvalget for Regional Udviklings tillægskommissorium vedr. uddannelses-/praktikpladser*. Notat, den 3. november 2009.
- Frandsen A (red). *Udenlandske erfaringer*. www.regionh.dk/menu/Uddannelse/Sundhedsuddannelser/Uddannelse+til+operationstekniker/Udenlandske+erfaringer.htm?WBCMODE=pres

Uddannelsessted

Uddannelsen tilbydes på nuværende tidspunkt kun i Region Hovedstaden, hvor flere uddannelsesinstitutioner er gået sammen om at udbyde den: Uddannelsescenter København Vest (CPH WEST), Skolen for Klinikassistenter og Tandplejere på Københavns universitet, Social- og sundhedsuddannelses Centret.

Uddannelsens oprettere

Uddannelsen til operationstekniker er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og uddannelsesinstitutionerne CPH WEST, Skolen for Klinikassistenter og Tandplejere på Københavns universitet, Social- og sundhedsuddannelses Centret.

Praktiksteder

I nedenstående er anført de hospitaler, der skal have operationsteknikerelever ansat:

<i>Hospitaler</i>	<i>Antal elever</i>
Rigshospitalet i samarbejde med Gentofte Hospital	2
Herlev Hospital	3
Bispebjerg Hospital i samarbejde med Frederiksberg Hospital	3
Hvidovre Hospital i samarbejde med Amager Hospital	3
Hillerød Hospital i samarbejde med Helsingør og Frederikssund Hospitaler	2
Hørsholm Hospital	2

Arbejdsopgaver

Før en operation hjælper operationsteknikeren med at forberede operationsstuen, så instrumenter og udstyr er på plads og fungerer korrekt. Under lette operationer assisterer operationsteknikeren med at have styr på udstyr og instrumenter. Efter en operation hjælper operationsteknikeren fx med oprydning på operationsstuen.

Antal uddannede

Det første hold studerende starter på hovedforløbet den 1. februar 2010, hvor der er plads til 15 elever. Der er derfor endnu ikke nogen færdiguddannede operationsteknikere. Det er besluttet, at der skal starte 15 elever i 2011 og 2012.

Erfaringer

Danmark har ikke nogen erfaringer med operationsteknikeruddannelsen, da det første hold studerende ikke er færdiguddannede. Til gengæld findes der udenlandske erfaringer fra USA og England, hvor operationsteknikere er en etableret faggruppe. I USA blev funktionen etableret under verdenskrigene og i England i 70'erne.

I England er operationsteknikere og operationssygeplejersker uddannet på samme niveau, men de har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde og forskellige tilgange til arbejdet. De to faggrupper arbejder tæt sammen på operationsstuen på lige fod og på lige vilkår.

2) Sundhedsservicesekretær ²²

Uddannelsen til Sundhedsservicesekretær rettet mod primærsektoren har eksisteret i nogle år, og i 2010 er der påbegyndt et nyt toningsforløb rettet mod sekundærsektoren. Det skyldes, at de uddannede sundhedsservicesekretærer i højere grad begyndte at få arbejde på hospitalerne i stedet for i det private.

Uddannelsens formål

Formålet med sundhedsservicesekretæruddannelsen er at aflaste plejepersonale og administrativt personale på hospitalerne.

Uddannelsens varighed

Hovedforløbet varer 45 uger, hvoraf der er 16 ugers praktik fordelt på to praktikperioder.

Uddannelsens indhold

Grundforløb

Uddannelsen består af et grundforløb på en af erhvervsskolerne, hvor den studerende skal tage indgangen "Det merkantile grundforløb" med dansk F, samfundsfag F og IT F.

Hovedforløb

Hovedforløbet i uddannelsen består af et teoretisk og et praktisk forløb. Den studerende får teoretisk undervisning i fag som fx dansk, erhvervsøkonomi, IT, engelsk, anatomi og fysiologi, arbejdsmiljø og sundhed. Praktikken foregår på en arbejdsplads som fx hospitaler, sundhedsklinikker, plejehjem, tandlæge, massør, praktiserende læge og speciallæge, fitnesscenter, kiropraktor, fysioterapeut, hjælpeorganisationer mm.

Adgangskrav

For at blive optaget på hovedforløbet skal ansøgeren have gennemført enten Det merkantile grundforløb med dansk F, samfundsfag F og IT F eller have anden relevant uddannelse eller erhvervs erfaring.

Adgangsbegrænsning

Der er adgangsbegrænsning på uddannelsen. Ansøger skal indsende en skriftlig ansøgning og bliver derefter indkaldt til samtale med en studievejleder.

Økonomi

Det er gratis for den studerende at tage uddannelsen, og den er SU-berettiget. Praktikperioderne er ulønnede.

²² Uddannelsen er beskrevet ud fra følgende kilder:

- Uddannelsescenter København Vest (CPH WEST). *Erhvervsuddannelser – Sundhedsservicesekretær*. Pjece.
- Region Hovedstaden. *Redegørelse i forbindelse med Underudvalget for Regional Udviklings tillægskommissorium vedr. uddannelses-/praktikpladser*. Notat, den 3. november 2009.
- Professionshøjskolen UCC. *Uddannelsesudvalg for sygeplejerskeuddannelsen og tilknyttet efter- og videreuddannelse*. Notat, den 9. september 2009.
- Uddannelseschef Michael Jensen. Uddannelsescenter København Vest CPH WEST. Telefonsamtale den 19. januar 2010.
- Frandsen A (red). *Uddannelse til sundhedsservicesekretær*. <http://www.regionh.dk/menu/Uddannelse/Sundhedsuddannelser/Uddannelse+til+sundhedsservicesekretær/?WBCMODE=pres>
- Andersen L. *Hovedstaden vil uddanne blæksprutter til hospitaler*. Dagens Medicin 2009; den 21. august.

Uddannelsessted

Der er 14 uddannelsesinstitutioner, der udbyder sundhedsservicesekretæruddannelsen, men Uddannelsescenter København Vest (CPH WEST) i Region Hovedstaden er den eneste, der udbyder sundhedsservicesekretæruddannelsen med det nye toningsforløb. Ifølge uddannelsesleder i CPH WEST, Michael Jensen, overvejer Region Syd at oprette toningsforløbet i deres region.

Uddannelsens oprettere

Uddannelsen til sundhedsservicesekretær er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og CPH WEST.

Antal uddannede

Det første hold studerende starter den 4. januar 2010, hvor der er optaget 17 deltagere. Der er derfor ikke nogen færdiguddannede sundhedsservicesekretærer med det nye toningsforløb. Planen er at uddanne et til to hold studerende om året.

Arbejdsopgaver

Opgavemæssigt skal de nye sundhedsservicesekretærer kunne klare at:

- ◆ Klargøre, afhente og arkivere journaler
- ◆ Bestille blodprøver og sende blodprøvesvar ud
- ◆ Ordne administrative opgaver som postfordeling, arkivering af breve, registrering, kopiering og varebestilling
- ◆ Stå for servicemodtagelse af patienter og ajourføring af tavler med navne
- ◆ Klargøre lokaler efter patienter.

Ansættelsessteder

Det nye toningsforløb er rettet mod sekundærsektoren og planen er, at de nyuddannede skal have ansættelse på hospitalerne. Selvom den studerende har taget toningsforløbet, kan han/hun godt få arbejde i primærsektoren.

Erfaringer

Danmark har ikke nogen erfaringer med det nye toningsforløb, da det første hold studerende ikke er færdiguddannede.

3) Ny efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere: *Kom Med*²³

Kom Med er et pilotprojekt, der har til formål at afprøve en ny efteruddannelse af social- og sundhedshjælpere til medicinske afdelinger. Målet er at sikre, at der på sigt er arbejdskraft nok på de medicinske afdelinger.

²³ Uddannelsen er beskrevet ud fra følgende kilder:

- Region Hovedstaden. *Rekrutterings- og personaleudviklingsplan for Region Hovedstaden*. Notat, den 14. december 2009.
- *Årsrapport 2009*, Region Hovedstaden (in press).
- Chefkonsulent Maja Winther Bengtsson. Region Hovedstaden. Koncern Plan og udvikling. Enheden for Udvikling og Kvalitet. Mail fra den 20. januar 2010.
- *Kompetenceudvikling*, Region Hovedstaden, medarbejderblad.

Uddannelsens formål

Formålet med efteruddannelsen er, at social- og sundhedshjælpere uddannes til at kunne varetage basale plejeopgaver på hospitalerne, således at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter får frigivet tid til mere komplekse opgaver.

Uddannelsens varighed

Ansættelsen og efteruddannelsen tager syv måneder.

Uddannelsens indhold

Efteruddannelsen veksler mellem teori og praksis og indeholder 13 ugers meritgivende undervisning på SOCU C i Herlev, hvilket svarer til, at deltagerne får merit for ca. en tredjedel af uddannelsen til social- og sundhedsassistent.

Adgangskrav

Ansøger skal være uddannet social- og sundhedshjælper.

Økonomi

Efteruddannelsesprojektet finansieres af regionale udviklingsmidler og medfinansieres af Arbejdsmarkedsafdelingen Region Hovedstaden og SOCU C i Herlev.

Uddannelsessted

Ansættelsesstedet og SOCU C i Herlev.

Uddannelsens oprettelse

Efteruddannelsen er udarbejdet i samarbejde mellem Arbejdsmarkedsafdelingen Region Hovedstaden, SOCU C Herlev og medicinske afdelinger.

Ansættelsessteder

Følgende seks hospitaler deltager indtil videre i efteruddannelsen: Gentofte, Hillerød, Helsingør, Herlev, Frederikssund og Amager.

Arbejdsopgaver

Basale plejeopgaver på hospitalerne.

Antal uddannede

Den første ansættelse og efteruddannelse af 25 social- og sundhedshjælpere startede den 1. december 2009 og afsluttes i sommeren 2010. I 2010 og 2011 udbydes efteruddannelsen to gange årligt, sådan at i alt 120 social- og sundhedshjælpere efteruddannes.

Erfaringer

Da det første hold af efteruddannede endnu ikke er færdige, har man ikke nogen erfaringer med Kom Med efteruddannelsen. I udviklingen af Kom Med har man dog kigget på erfaringer andre steder. Her kan blandt andet nævnes Medicinsk afdeling F på Gentofte Hospital, der har haft gode erfaringer med at ansætte og opkvalificere social- og sundhedshjælpere til at varetage basispleje og omsorgsopgaver.

4) Efteruddannelse af farmakonomer ²⁴

Region Hovedstaden har i 2009 arbejdet på at udvikle en efteruddannelse for farmakonomer. Hvis alt går vel, præsenteres den i foråret 2010. Da uddannelsen endnu ikke bliver udbudt, har det kun været muligt at finde nedenstående informationer.

Uddannelsens formål

Efteruddannelsen har til formål at give farmakonomer kompetencer til at udføre flere funktioner, således at de kan medvirke til dispensering og administration af medicin. På den måde kommer de til at aflaste sygeplejerskerne på hospitalerne.

Erfaringer

Der er evidens for, at opgaveglidningen, hvor de efteruddannede farmakonomer overtager nogle af sygeplejerskernes opgaver, øger kvaliteten og patientsikkerheden.

5) Uddannelse til betjening af mammografer ²⁵

Uddannelsen blev oprettet i forbindelse med tilbuddet om national brystkræftscreening for de 50 til 69-årige kvinder, da det medførte et akut behov for personale, der er kvalificeret til at betjene en mammograf. Det forventes, at en større uddannelseskapacitet for radiografer på sigt vil løse problemet. Indtil da skal denne uddannelse være med til at løse problemet.

Uddannelsens formål

Formålet med uddannelsen er, at den skal være med til at aflaste radiografer, læger, kiropraktorer og røntgensygeplejersker i forbindelse med mammografiscreening.

Uddannelsens varighed

Uddannelsen forløber over ti ugers teori og selvstændig udførelse af 200 mammografier.

Uddannelsens indhold

Uddannelsen skal foregå under ansættelse på en radiologisk klinik, hvor kompetencen erhverves gennem teoretiske moduler og praktisk oplæring.

Adgangskrav

For at en ansøger kan påbegynde oplæringen, er det en forudsætning, at han/hun enten har mindst to års erhvervserfaring, der er relateret til klienter/patienter inden for det sundheds- eller socialfaglige område, eller har gennemført en mellemlang videregående sundhedsuddannelse.

²⁴ Uddannelsen er beskrevet ud fra følgende kilder:

- Chefkonsulent Maja Winther Bengtsson. Region Hovedstaden. Koncern, Plan og udvikling. Enheden for Udvikling og Kvalitet. Mail fra den 20. januar 2010.
- *Hovedsagen*. 2009; (nr. 14): s. 7.

²⁵ Uddannelsen er beskrevet ud fra følgende kilder:

- Sygeplejerskekonsulent Randi Gjerding. Sundhedsstyrelsen. Enhed for Uddannelse og Autorisation. Mail fra den 20. januar 2010.
- *Vejledning om erhvervelse af kvalifikationer til betjening af mammografer ved screening for brystkræft*, nr. 71 af 04/10/2006.
- Fuldmægtig Birte Mikkelsen. Region Midtjylland. Sundhedssekretariatet. Telefonsamtale den 21. januar 2010.

Økonomi

Arbejdsgiveren betaler og udbyder oplæringen. Uddannelsen er ikke SU-berettiget.

Uddannelsessted

Efter- og Videreuddannelse Region Midtjylland og Efter- og Videreuddannelse Professionshøjskolen Metropol.

Antal uddannede

Det har ikke været muligt at få det præcise antal færdiguddannede oplyst, men der går ca. 20 studerende pr. hold, og der er to hold om året.

Arbejdsopgaver

Den uddannede skal overordnet beskæftige sig med to dimensioner:

- ◆ Teknisk og praktisk gennemførelse af mammografi med brystkræftscreening
- ◆ Informations- og omsorgsopgaver i forbindelse hermed.

I forbindelse med betjening af mammografer har den uddannede til opgave at sikre den praktiske gennemførelse af mammografien, blandt andet ved at foretage hensigtsmæssig positionering, optagelse, vurdering af billedkvalitet og projektion samt sikre optimal strålehygiejne. Endelig kommer den uddannede til at medvirke til at sikre tilstrækkelig kommunikation, information og omsorg i forbindelse med brystkræftscreening.

Erfaringer

Region Midtjylland har haft gode erfaringer med uddannelsen, da det hjælper regionen med at kunne yde tilbuddet om nationalbrystkræftscreening. Regionen uddannede to hold á 20 studerende om året i 2006 og 2007. Herefter var der nok personale, da de færdiguddannede blev i deres jobs i regionen. Efter- og Videreuddannelse i Region Midtjylland uddanner folk til Region Syd og Region Nord. Region Nord har dog haft radiografer nok. Professionshøjskolen Metropol uddanner folk til Region Sjælland og Region Hovedstaden.