

SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTERNES JOBFUNKTION OG OPGAVEUDVIKLING I ARBEJDET MED DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT I DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Analyse af kompetencekrav i hjemmesygeplejen og de kommunale akutfunktioner

Udarbejdet for EPOS – Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet

27. marts 2019

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Resumé	1
2. Introduktion	3
3. Metode	4
3.1 Fremgangsmåde	4
3.2 Kompetencemodel	4
3.3 Datamateriale	5
4. Tendenser i udviklingen af det nære sundhedsvæsen	6
5. Jobområde	11
5.1 Kommunal organisering i det nære sundhedsvæsen	11
5.2 Typer af arbejdspladser	13
5.3 Organisering af arbejdet	15
5.4 Delkonklusion	17
6. Jobfunktioner	19
6.1 Faktorer, som jobfunktionerne afhænger af	19
6.2 Målgrupper	21
6.3 Opgavetyper	21
6.4 Delkonklusion	23
7. Kompetencebehov	25
7.1 Social- og sundhedsassistenters roller	25
7.2 Kompetencebehov	30
7.2.1 Fælles kompetencebehov	31
7.2.2 Særlige kompetencebehov	34
7.3 Læringsarenaer	35
7.3.1 Intern kompetenceudvikling	36
7.3.2 Ekstern kompetenceudvikling	37
7.4 Delkonklusion	38
8. Konklusion	40
Bilag 1. Spørgeramme	43
Bilag 2. Foranalyse: Hovedtræk i udviklingen af social- og sundhedsassistenters jobområde og kompetencebehov	45

1. RESUMÉ

Formål

Implement har gennemført nærværende analyse for Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet (EPOS) i andet halvår 2018. Den omfatter:

- 1) En foranalyse af de generelle udviklingstendenser, der påvirker opgaveløsningen i dag i relation til ældre medicinske borgere og formodes at gøre det også i de kommende år
- 2) En nærmere analyse af centrale udviklingstendensers samspil og mulige betydninger for social- og sundhedsassistenter:
 - a. jobområde
 - b. jobfunktioner
 - c. kompetencebehov og uddannelse på arbejdspladsen

Analysen skal danne baggrund for, at EPOS kan fastlægge målrettede efteruddannelsesstilbud.

Metode

Foranalysen bygger på en gennemgang af analyser, rapporter, politiske oplæg og udredninger mv. fra blandt andre KL, Sundheds- og Ældreministeriet og forskningsinstitutioner, og de udvalgte tendenser er efterfølgende kvalificeret i dialog med kommunale repræsentanter.

Analysen er baseret på data indhentet gennem fokusgruppeinterviews med udvalgte kommuner med forskellige karakteristika for at belyse den generelle udviklings betydning for social- og sundhedsassistenter jobområde, jobfunktion og kompetencebehov. Det drejer sig om Billund Kommune, Helsingør Kommune, Holstebro Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Svendborg Kommune og Aalborg Kommune.

Deltagere i interviewene var ledere og medarbejdere (social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker) fra hjemmesygepleje, akutfunktioner og nære samarbejdspartnere som fx hjemmepleje, plejecentre og midlertidige døgnpladser.

Resultat

Resultatet af foranalysen viser 11 generelle udviklingstendenser, der påvirker opgaveløsningen i dag i relation til ældre medicinske borgere og formodes at gøre det også i de næstfølgende år. De stærkeste aftryk følger af de kendsgerninger, at der i de kommende år vil ses fortsatte ændringer i den demografiske sammensætning, og at flere borgere overlever og lever med flere sygdomme. Øvrige tendenser som fx kortere sygehusforløb og opgaveoverdragelse mellem sektorer, øget borgerinddragelse og kommunale akutfunktioner er påvirkelige af nye (politiske) beslutninger centralt og lokalt.

Resultatet af analysen viser følgende. Der pågår en betydelig udvikling i det nære sundhedsvæsen og kommunerne, når der fokuseres på ældre medicinske borgere i hjemme(syge)plejen. Det har haft og ventes i de næste år fortsat at få stor betydning for social- og sundhedsassistenter jobområde, jobfunktioner og kompetencebehov.

Jobområdet er præget af stor sygelighed blandt borgerne, og hjemme(syge)plejens varetagelse af og involvering i stadig flere behandlingsrelaterede opgaver. Som følge heraf er typerne af arbejdspladser i dag kun i begrænset omfang styrende for, hvilke sygeplejebehov og -opgaver social- og sundhedsassistenterne kan forventes at møde. Der er tale om et meget differentieret jobområde og opgavebillede som udgangspunkt for jobfunktionerne.

Jobfunktionerne er generelt bestemt af tre faktorer: borgerkompleksitet, forudsigelighed af sygeplejen og afstand til tværfaglig back up. Mindre betydning har borgernes sygdomme, fordi den generelle tilgang til sygeplejen fokuserer på fællestræk blandt ældre medicinske borgere med multisygdom og funktionsevnededsættelse, snarere end den er sygdomsorienteret. Social- og sundhedsassistenter kan møde mange forskellige opgavetyper, eftersom der ikke er en meget tæt sammenhæng mellem arbejdspladstyper og jobfunktioner.

Opgaverne omfatter for alle social- sundhedsassistenter kendte opgaver inden for sygepleje ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov samt praktisk bistand. Andre kliniske opgaver (inklusive komplekse) udbredes gradvist og introduceres for nogle (få) social- og sundhedsassistenter ad gangen. Fælles er en tværgående og integreret opgave med at vurdere og handle på eventuelle (forværrede) sygdomstegn. Også et større omfang af administrative opgaver følger med udbredelsen af forløbskoordinering og klinisk dokumentation.

Jobfunktionerne er vanskelige at afgrænse, da social- og sundhedsassistenter agerer afhængigt af den konkrete situation givet af borgeren, egne forudsætninger og den organisatoriske sammenhæng.

Kompetencebehovet hænger sammen med, at social- og sundhedsassistenter agerer i forskellige roller, der kan defineres ud fra *opgavetyper*, sygepleje ved grundlæggende sygeplejebehov og praktisk bistand samt ved avancerede og komplekse sygeplejebehov – og dels *forudsigelighed* i sygeplejen; høj og lav. Der er et stort sammenfald af fælles elementer i alle roller, som dog er profileret forskelligt. Det ventes, at alle social- og sundhedsassistenter kan varetage sygepleje ved grundlæggende og nogle avancerede sygeplejebehov ved borgere med høj forudsigelighed, andre skal kunne varetage sygepleje både ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov, og atter andre desuden nogle opgaver ved komplekse sygeplejebehov. Endelig ventes nogle social- og sundhedsassistenter at varetage tilsvarende ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov hos borgere med lav forudsigelighed i opgaveløsningen.

Hvilken læringsarena, der anvendes, afhænger primært af, om mange social- og sundhedsassistenter på kort tid skal kompetenceudvikles, om opgaven overstiger organisationens kapacitet, og om der er et særligt hensyn at tage til at opnå en ensartet praksis. I bekræftende valg foretrækkes ekstern kompetenceudvikling.

Intern kompetenceudvikling med uddannelse på arbejdspladsen (side-mandsoplæring, møder med borgerrettet fokus, dialog med kolleger og eksterne fagpersoner samt korte undervisningsseancer) tillægges en stor rolle med et hurtigt omsætteligt sigte og særligt, når det er relevant for få eller afgrænsede personalegrupper, det kan indpasses i hverdagen, og der umiddelbart er en underviser tilgængelig.

2. INTRODUKTION

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen er i fuld gang og ikke mindst influeret af de nye nationale krav til kommunale akutfunktioner. Samtidig udskriver sygehusene patienterne – og ikke mindst de, der under ét betegnes "ældre medicinske patienter"¹ – stadig tidligere med den konsekvens, at der ofte påhviler en krævende og ofte kompleks sygeplejeopgave for kommunerne efter en sygehusindlæggelse – eller som alternativ til en indlæggelse.

Den kommunale opgave ændres også på grund af den demografiske udvikling, der betyder en markant stigning i antallet af ældre medicinske patienter og ældre borgere med behov for andre typer af bistand og støtte (eller under andre omstændigheder), herunder ikke mindst til borgere, som lever med og efter kritiske sygdomme som kræft, hjertesygdom osv. samtidig med et kompliceret billede af kroniske sygdomme. Med andre ord præger den multisyge ældre borger i stigende grad opgaverne i den kommunale sygepleje.

Der ses således en potentiel udvikling i jobfunktionerne og i kompetencebehovene hos de autoriserede social- og sundhedsassistenter i kommunerne og særligt på akutfunktioner, på midlertidige pladser og i hjemmesygeplejen generelt.

EPOS er som udvalg for efteruddannelser for blandt andet social- og sundhedsområdet ansvarlige for at udvikle og iværksætte efteruddannelses tilbud, der svarer til de behov, som arbejdsgivere og arbejdstagere oplever.

Den gennemførte analyse skal bidrage med:

- 3) En analyse af de generelle udviklingstendenser, der påvirker opgaveløsningen i dag i relation til ældre medicinske borgere og formodes at gøre det også i de kommende år
- 4) En nærmere analyse af centrale udviklingstendensers samspil og mulige betydninger for social- og sundhedsassistenter:
 - a. jobområde
 - b. jobfunktioner
 - c. kompetencebehov og uddannelse på arbejdspladsen

Analysen skal danne baggrund for, at EPOS kan fastlægge målrettede efteruddannelses tilbud.

¹ Ældre medicinske patienter er karakteriseret ved høj alder og flere af følgende faktorer: svær sygdom, flere samtidige sygdomme, forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicing, aleneboende og/eller svagt socialt netværk, behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse (Sundhedsstyrelsen, 2016a).

3. METODE

3.1 Fremgangsmåde

Fra august til december 2018 gennemfører Implement foranalysen og analysen.

I foranalysen uddrages udviklingstendenser, der kan medføre ændringer i social- og sundhedsassistenters jobområde, jobfunktioner og kompetencebehov i relation til ældre medicinske patienter. De beskrevne udviklingstendenser bygger på en gennemgang af analyser, rapporter, politiske oplæg og udredninger mv. fra blandt andre KL, Sundheds- og Ældreministeriet og forskningsinstitutioner, og de udvalgte tendenser er efterfølgende kvalificeret i dialog med kommunale repræsentanter. En forudsigelse af tendenser og deres betydning er dog i sagens natur forbundet med usikkerhed. Konkret i denne sammenhæng kan udviklingen tage en anden retning, når det gælder den fremtidige opgavefordeling mellem kommuner, regioner og praksissektor i lyset af regeringens ventede udspil til en ny struktur på sundhedsområdet inklusiv det nære sundhedsvæsen.

I analysen indhentes data gennem interviews med udvalgte kommuner for at belyse den generelle udviklings betydning for social- og sundhedsassistenternes jobområde, jobfunktion og kompetencebehov ud fra forskellige kompetenceelementer. Se afsnit 3.2 og 3.3 for nærmere beskrivelse.

3.2 Kompetencemodel

Den anvendte kompetencemodel er udledt af Sundhedsstyrelsens forslag til specialsygeplejerske i borgernær sygepleje ("Rette kompetencer til rette opgaver – forslag til specialsygeplejeuddannelse målrettet kommuner og almen praksis" (Sundhedsstyrelsen, 2018)).

I denne analyse omfatter elementerne:

Klinisk kompetence:

- Helhedsorienteret sygepleje og rehabilitering i samarbejde med borgere med grundlæggende behov, herunder sygeplejefaglige observationer, vurderinger og handlinger

Organisatorisk kompetence:

- Planlægning af forløb samt forståelse for egen og samarbejdspartneres organisationer

Kvalitetsforbedringskompetence:

- Metoder til udvikling og implementering af løbende kvalitetsforbedringer

Figur 1. Illustration af kompetencemodellen



I hver af de tre nævnte elementer indgår:

- Viden
- Holdninger og kritisk refleksion
- Kommunikation

På baggrund af resultatet af analysen af jobområder og jobfunktioner udledes forskellige kompetencebehov, der sættes i forhold til rollerne, som social- og sundhedsassistenterne agerer i.

3.3 Datamateriale

Dataindsamlingen er foretaget ved hjælp af fokusgruppeinterviews med det formål at beskrive social- og sundhedsassistenteres jobområde, jobfunktion og kompetencebehov i relation til arbejdet med ældre medicinske borgere i akutfunktioner og hjemme(syge)plejen.

Opsamlingen fra analysen omfatter desuden vurderinger af det nuværende og forventede kompetencebehovs omfang og prioritering inden for en kort årrække. Det skal bruges som grundlag for at vurdere efteruddannelsesbehovet.

Seks kommuner har indgået:

- Billund Kommune
- Helsingør Kommune
- Holstebro Kommune
- Lyngby-Taarbæk Kommune
- Svendborg Kommune
- Aalborg Kommune

Det primære hensyn bag udvælgelsen har været, at der samlet set skal være forskelle i organiseringer af opgaver relateret til ældre medicinske borgere i hjemme(syge)pleje og akutfunktioner for at kunne opfange eventuelle forskelle i social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner og kompetenceudviklingsbehov. Dernæst tilstræbes variation i kommune-størrelser og geografiske placeringer.

Deltagere i interviewene har været ledere og medarbejdere fra hjemme-sygepleje, akutfunktioner og nære samarbejdspartnere som hjemme-pleje, plejecentre og midlertidige døgnpladser.

Da udgangspunktet for analysen har været social- og sundhedsassistenters arbejde med ældre medicinske borgere, betyder det, at analysen ikke viser, hvad der sker for andre borgeres vedkommende – primært i hjemmeplejen.

4. TENDENSER I UDVIKLINGEN AF DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Der kan iagttages en række tendenser i udviklingen af det nære sundhedsvæsen, som påvirker opgaveløsningen allerede i dag og formodes at gøre det også i de kommende år. Ikke alle tendenser vil dog markere sig lige kraftigt og på samme måde i alle kommuner.

De stærkeste aftryk følger af de to førstnævnte; det vil sige de kendsgerninger, at der i de kommende år vil ses fortsatte ændringer i den demografiske sammensætning, og at flere borgere overlever og lever med flere sygdomme.

Øvrige tendenser er påvirkelige af nye (politiske) beslutninger centralt og lokalt, eller de kan afløses af andre mere markante drivkræfter bag samfundsudviklingen.

Betydningen af udviklingstendenserne lægges til grund for analysen af udviklingen i jobområde, jobfunktioner og efteruddannelsesbehov (se de efterfølgende kapitler – og bilag 2 for notatet fra foranalysen om udviklingstendenser med betydning for det nære sundhedsvæsen i sin fulde længde).

Nedenfor sammenfattes 11 tendenser, der vurderes at være centrale for udviklingen, samt deres generelle konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde og kompetencekrav. Konsekvenserne er dog ikke entydige, og nogle tendenser kan modvirke hinanden.

1. Fortsatte ændringer i den demografiske sammensætning

I de kommende 20-30 år vil der ske en markant stigning i både antallet og andelen af ældre borgere. Det kan muligvis give en dobbelteffekt, idet det samlede behov for sundhedsydelse kan øges i takt med, at der kommer flere ældre i den udstrækning, at det medfører flere behandlingskrævende leveår samtidig med, at der vil være relativt færre borgere i den erhvervsaktive alder til at finansiere disse sundhedsydelse.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Stigende krav til effektiviteten af sygepleje- og rehabiliteringsindsatserne.
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Kombinere fagligheden med omkostningseffektive tilgange.

2. Flere borgere overlever og lever med flere sygdomme

Med befolkningens stadigt stigende levetid og de stadigt bedre behandlingsmuligheder (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017; KORA, 2017), vil der også være et stigende antal mennesker, der lever med kroniske og/eller følger af alvorlige sygdomme. Det må formodes, at det vil medføre flere behandlingsrelaterede aspekter af opgaverne i de kommunale sygeplejeopgaver.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Borgernes multisygdom og senfølger efter behandling øger kompleksiteten i sygeplejen og mindsker forudsigeligheden

- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Samarbejde med sygeplejersker, læger og andre faggrupper om observationer og vurderinger af sygdomstegn og behandlinger

3. Kortere sygehusforløb og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Den gennemsnitlige indlæggelsestid på det somatiske område er faldet med 21 pct. fra 2008 til 2016 (KL, 2017). Patienterne – inklusiv den ældre medicinske patient – udskrives altså efter stadig kortere sygehusindlæggelser, og denne tendens forventes at fortsætte og muligvis intensiveres med en forventet reduktion af sengekapaciteten på sygehusene. Det betyder, at en del af sygeplejeopgaverne overdrages til kommunerne, hvoraf nogle opgaver i højere grad end de hidtidige vil være relateret til at stabilisere og udrede samt handle på komplekse behov. Udviklingen medfører formentlig, at stadig yngre patienter udskrives og med andre typer af behov som følge af anderledes sygehistorier og livssituationer.

Tilsvarende udvikling ses på det psykiatriske område, hvor flere borgere med større psykosociale udfordringer – eventuelt i kombination med fysiske problemstillinger – skal tages vare på i kommunalt regi.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Flere borgere med avancerede og komplekse problemstillinger samt mindre forudsigelighed i opgaveløsningen
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Samarbejde mellem sundhedspersoner på sygehuse og i praksissektor om observationer og vurderinger af sygdomstegn og behandlinger

4. Tværsektorielt samarbejde og sammenhængende borger-/patientforløb

En udtalt forventning fra såvel politisk, faglig og brugerside gennem flere år har været, at den enkelte indsats ikke må planlægges isoleret fra øvrige indsatser men skal ses i sammenhæng med et bredere borger-/patientforløb. I det seneste udspil fra regeringen, Danske Regioner og KL m.fl. ses der således en understregning af, at der forventes langt mere samarbejde inden for de enkelte sektorer og imellem sektorerne (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017).

Sundhedsstyrelsen beskriver i deres anbefalinger for tidlig opsporing i kommunerne ligeledes, at en forudsætning for tidlig opsporing, er, at der sikres et velfungerende tværfagligt samarbejde og inddragelse af de rette sundhedsfaglige kompetencer (Sundhedsstyrelsen, 2017). Det stiller altså krav til, at social- og sundhedsassistenterne kan indgå i de tværsektorielle og tværfaglige samarbejde med helhedsblik for borgers forløb.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Tilrettelæggelse af indsatser i borgerforløb på tværs af kommunale fagområder og sektorer
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Forståelse for de respektive organisationer og tværfagligt samarbejde

5. Ændret kompetencesammensætning

Som en del af den øgede opgaveoverdragelse og stigende efterspørgsel efter øgede kompetencer til sygeplejeopgaverne, der blandt andet er knyttet til de øvrige beskrevne udviklingstendenser, foretager flere kommuner i disse år en gradvis omstilling til ansættelse af forholdsvis flere sygeplejersker og færre social- og sundhedshjælpere. Det har indirekte betydning for andelen af social- og sundhedsassistenter, ligesom det kan være et strategisk valg eller givet af rekrutteringsmuligheder, hvordan udviklingen skal være for social- og sundhedsassistenternes vedkommende. Imidlertid spiller det også ind, at det mange steder er vanskeligt at rekruttere social- og sundhedsassistenter, hvilket vanskeliggøres yderligere, hvis sygehusene også ansætter flere. Således er sammensætningen meget følsom for ændringer i rekrutteringsmuligheder mv., og udviklingen kan derfor have forskellige retninger fra kommune til kommune og over tid.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenters jobområde: Øget opgavebredde for gruppen og den enkelte
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Helhedsorienteret sygepleje med grundlæggende og komplekse opgaver

6. Akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens krav til kommunale akutfunktioner, som trådte i kraft 1. januar 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2017a), er mange kommuner i dag i gang med at opbygge nye og/eller videreudvikle eksisterende akutfunktioner. I september 2017 havde 79 pct. af kommunerne en akutfunktion med særlig sygeplejekompetence hele døgnet (KL, 2017). Af disse havde 81 pct. udgående akutteams, og 71 pct. havde akutpladser.

I november 2016 havde 44 pct. af kommunerne udelukkende sygeplejersker ansat i akutfunktionen, mens det i september 2017 var gældende for 55 pct. af kommunerne. Der er betydelige regionale forskelle i sammensætningen, hvilket sandsynligvis hænger tæt sammen med organisationen af akutfunktionen i stationære og udgående tilbud med betydeligt lavere assistentbemanning – hvis nogen overhovedet – i de udgående teams.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenters jobområde: Flere mere syge borgere forbliver i kommunalt regi, som social- og sundhedsassistenter skal varetage opgaver hos i eller uden for akutfunktionen
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Mere behandlingsorientering i opgaver, flere ustabile borgere og advisering ved tegn på forværring af borgernes tilstand

7. Lokal og medarbejderinvolverende kvalitetsudvikling

Efter en længere periode med et akkrediteringsorienteret kvalitetsparadigme repræsenteret tydeligst ved Den Danske Kvalitetsmodel, er der med regeringens kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet udstukket en anden og mindre centralt styret tilgang til kvalitets- og forbedringsarbejdet

(Sundheds- og ældreministeriet, Danske Regioner og KL, 2017). Programmet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen med fokus på de resultater, der har betydning for patienten.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Medvirke i løbende kvalitetsudvikling i samarbejde med andre faggrupper
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Kritisk refleksion over praksis sammen med andre og anvendelse af metoder til at skabe systematiske kvalitetsforbedringer

8. Borger- og pårørendeinddragelse

I de senere år har der været en stigende opmærksomhed på, krav til og anerkendelse af værdien af borger- og pårørendeinddragelse, jf. blandt andet den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Det indebærer, at den enkelte ældre borger og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning, beslutning og fastlæggelse af mål, samt at forløbet i det hele taget skal tilrettelægges sammen med borgeren (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017).

Samtidig sker der en betydelig udvikling i borgernes adgang til information og behandling, som styrkes af en "demokratisering af teknologi og viden", hvor sundhedsinformation i stigende grad vil være tilgængelig via internettet og følges af borgerne (KORA, 2017).

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Inddrage borgernes præferencer i udførelsen af det daglige arbejde med betydning for prioriteringer og fremgangsmåder
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Dialog og vurdering af borgernes vidensniveau og præferencer

9. Forebyggelse og tidlig opsporing

Stigende fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af tegn på sygdom og funktionsevnetab har over en længere årrække været en af de mest markante udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Alligevel har det erfaringsmæssigt været vanskeligt at foretage denne omstilling i kommunerne. Det skyldes primært, at sundhedsvæsenet i al almindelighed har været tilrettelagt med fokus på behandling og kompenserende indsatser, og at det har været vanskeligt samtidig at omprioritere de altid knappe ressourcer, når disse allerede har været i anvendelse til borgere med aktuelle behov.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenterens jobområde: Være opmærksom på udviklingen i borgernes tilstand og handle herpå
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Identificere tegn på sygdom ud fra systematikker og følge op herpå med egne handlinger eller advisering af andre fagpersoner

10. Rehabiliterende opgaver

Der har over en længere årrække været et stigende fokus på potentialerne – fremmet af servicelovens krav om hverdagsrehabilitering – ved en rehabiliterende strategi i de kommunale indsatser til borgere i eget hjem og på døgnpladser (fx Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011; Implement, 2015). Dette fokus vil formentlig vedblive i de kommende år med et fortsat krav til at øge effekten af indsatserne og udvidelse af målgrupperne, der blandt andet følger af en stadigt større andel af ældre borgere, jf. afsnit 2.1.

Ligeledes er der i de senere år sket en udvikling med etablering af flere målgruppespecifikke, differentierede rehabiliteringstilbud, der er en forventning om fortsættes (Sundhedsstyrelsen, 2016b).

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenters jobområde: Være opmærksom på og udnytte borgernes potentialer i stadigt højere grad og samarbejde med andre faggrupper herom
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Motivere og inddrage borgere og pårørende i opgavevaretagelsen

11. Velfærdsteknologi og digitalisering og dataanvendelse

Den sker en stadig udvikling men dog relativt langsommelig ibrugtagning og anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger. Teknologien vil i stigende grad understøtte, at borgere kan blive længere tid i eget hjem og i nære omgivelser.

Det forventes en langt højere grad af selvmonitorering, telemedicin og virtuelle kontakter samt generelt mere teknologisk understøttede sundheds- og sygepleje. Den seneste nationale strategi for digitalisering på sundhedsvæsenet udpeger blandt andet denne retning tydeligt (Sundheds- og ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner og KL, 2018).

Ligeledes sker der udenfor den offentlige sektor en digital udvikling, som betyder, at mange borgere anskaffer sig apparater og programmer, som de (eller pårørende) har en forventning om, at det kommunale personale har indsigt i.

- » Konsekvenser for social- og sundhedsassistenters jobområde: Løbende indførelse af nye teknologier, hjælpemidler og kommunikationsværktøjer til at understøtte opgaveløsningen
- » Kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter: Anvende og vejlede borgere om teknologierne

5. JOBOMRÅDE

I dette kapitel vises resultatet af analysen af, hvordan kommunerne organiserer sig generelt med sundhedsopgaverne i det nære sundhedsvæsen, hvilke karakteristika der er ved forskellige arbejdspladstyper samt, hvorledes kommunerne organiserer deres arbejde med ældre medicinske borgere for at indrette sig på udviklingen.

Som beskrevet i kapitel 4 er der nogle befolknings- og samfundsmæssige tendenser, som påvirker alle kommuner, mens andre tendenser og valgmuligheder viser sig forskellige kommunerne imellem. Det kan fx afhænge af befolkningstæthed, rekrutteringsmuligheder, afstande til akut-sygehuse og lægedækning.

Analysens omdrejningspunkt er ældre medicinske patienter (borgere), som ikke er én homogen gruppe – snarere tværtimod. Det er en samlebetegnelse for mennesker i meget forskellige aldre, der har en eller flere forskellige kroniske sygdomme, forskellige grader af funktionsnedsættelse, forskellige levekår osv. Der kan derfor ikke siges noget entydigt om deres behov for støtte og sygepleje – udover, at det er individuelt. Der er dog også andre patientgrupper, der indgår i social- og sundhedsassistenternes samlede jobområde i kommunerne, som udskrives fra sygehus efter en kurativ behandling, der fx skal modtage genoptræning og ikke har behov for andre ydelser.

5.1 Kommunal organisering i det nære sundhedsvæsen

Social- og sundhedsassistenters jobområder, jobfunktioner og således også kompetencebehov følger af og med udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det betyder, at social- og sundhedsassistenternes jobområde med fokus på ældre medicinske borgere kan beskrives i hovedtræk som følger – med forbehold for lokale variationer og forskelle i udviklingstakten.

Kommunernes forpligtelse til betaling for færdigbehandlede patienter på sygehuse har gjort det til en stadig mere udbredt praksis, at patienter udskrives, så snart de er lægeligt færdigbehandlede. Derfor har kommunerne været orienteret efter at modtage borgerne hurtigt efter færdigbehandlingsmeldingen og også i en vis udstrækning at undgå indlæggelser. Inden for de sidste par år er det blevet stadig mere udbredt, at patienter udskrives, før de er færdigbehandlede, og stadig oftere er de kun diagnosticeret – og behandling måske opstartet – når patienterne udskrives med medicinske diagnoser. Det vil sige, at behandlingen skal opstartes og færdiggøres i hjemme(syge)plejen i samarbejde med praktiserende læger og sygehusafdelinger.

Samtidig er andelen af ældre borgere med multisygdom steget og behandlingsmulighederne ligeledes, og det betyder, at stadig flere i befolkningen er i stadigt flere behandlinger uden for sygehusregi. Det gælder borgere med somatisk og psykisk sygdom – og for nogles vedkommende med et samtidigt misbrug. Altså en øget sygelighed blandt borgerne, som kommunerne varetager opgaver hos – med forskellige grader af stabile-ustabile tilstande og forudsigelighed-uforudsigelighed i sygepleje og behandling. Dette samtidig med en fortsat varetagelse af opgaver med et forebyggende og rehabiliterende sigte.

Det er kendetegnende for en stor del af opgaverne, som i stigende grad varetages i kommunalt regi, at de særligt er knyttet til borgernes funktionsevne(-begrænsninger) og ikke er diagnosespecifikke. Det er netop rationale bag at tilgå 'den ældre medicinske patient' (og 'kronisk sygdom') under ét.² Således er der fokus på gruppens fælles karakteristika med sammenfaldende sygeplejebehov og -opgaver snarere end de forskelle, der ses ud fra en medicinsk betragtning. Denne tilgang trækker i en anden retning end den diagnoseorienterede specialisering, som ellers har domineret sygehusvæsenets udvikling.

Samtidig er der andre sygeplejebehov og -opgaver for hjemme(syge)plejen, som er diagnosereleterede, fordi der ses stigende sygelighed og behandling udenfor sygehus.

Social- og sundhedsassistenter agerer inden for de mere komplekse kommunale organiseringer og i stigende omfang med samarbejdspartnere i andre dele af sundhedsvæsenet fx i forbindelse med ændringer i borgeres tilstande. Ofte praktiserende læger eller læger/sygeplejersker på sygehusafdelinger.

Mange kommuner har ændret deres praksis sådan, at borgerne som udgangspunkt modtages i eget hjem og med større tilbageholdenhed for at anvende en midlertidig plads. Alternativt vil de skulle udbygge pladskapaciteten markant og flytte borgerne hyppigere.

En konsekvens er, at kommunerne ikke i lige så høj grad som tidligere kan tage som udgangspunkt for arbejdsdelingen og planlægningen, at de mest syge med komplekse sygepleje- og behandlingsopgaver bor på plejecentre, modtager ophold på rehabiliteringspladser o. lign., eller kan varetages af en enkelt medarbejder.

Det generelle billede er dermed – uanset den lokale organisering – at hovedparten af social- og sundhedsassistenterne vil have jobfunktioner, hvor de er i kontakt med ældre medicinske borgere og de nævnte typer af opgaver, hvilket har konsekvenser for jobfunktionerne og kompetencebehovet.

Nogle kommuner ændrer egen organisering, så de i alle dele af hjemme(syge)plejen har kompetencer på forskellige niveauer og dermed fleksibilitet og hurtigt kan imødekomme målgruppernes/opgavernes omskiftelighed og medarbejdernes vedvarende øje for tidlige tegn på (forværret) sygdom og behandlingseffekt. Således har stadigt flere kommuner lagt hjemmeplejen og sygeplejen sammen – eller alternativt placeret enhederne på samme matrikel og understøtter udviklingen af gensidige relationer.

Dermed sker der mere gennemgribende ændringer af hjemme(syge)plejen med en øget organisatorisk kompleksitet til følge, der ikke alene kan tilskrives etableringen af akutfunktioner, og som social- og sundhedsassistenter skal kunne agere i.

² Se Sundhedsstyrelsen, fx www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom

5.2 Typer af arbejdspladser

Her følger en kort beskrivelse af forskellige typer af arbejdspladser, hvor social- og sundhedsassistenter arbejder med ældre medicinske borgere.

Hjemme(syge)pleje

En stor del af den samlede kommunale sygepleje varetages af udgående sundhedsfagligt personale i borgernes hjem (her menes ikke kommunale institutioner). Hjemme(syge)plejen er i forskellige kommuner organiseret på forskellige måder, hvor der i nogle kommuner er en organisatorisk adskillelse af hjemmeplejen og sygeplejen, mens de i andre kommuner er integreret. Herudover findes i flere kommuner teams med forskellige foci som fx rehabilitering, demens og socialt udsatte borgere.

Social- og sundhedsassistenter varetager ofte meget forskelligartede opgaver i den kommunale sygepleje; både fordi opgavetyperne kan variere fra grundlæggende sygeplejeopgaver til komplekse sygeplejeopgaver, og borgerne, til hvem de leverer indsatser, kan høre til vidt forskellige målgrupper.

På en typisk arbejdsdag kan en social- og sundhedsassistent således være ved borgere i henholdsvis forudsigelige og uforudsigelige forløb, borgere med udprægede geriatri lignende problemstillinger, borgere i rehabiliteringsforløb og socialt udsatte borgere. De kan også på samme dag yde både personlig pleje og sygepleje til en svært syg borger med komplekse problemstillinger. De mest komplekse forløb (i sundhedsfaglig forstand) og de mest specialiserede instrumentelle opgaver (fx intravenøs medicin) varetages dog af sygeplejersker.

Arbejdsopgaverne i hjemme(syge)plejen er præget af stor selvstændighed i opgavevaretagelsen, hvor social- og sundhedsassistenten står alene med borgeren, og hvor adgangen til en sygeplejerske ofte er længere væk end fx på et plejecenter og en midlertidig plads. Det stiller krav til social- og sundhedsassistenternes sikkerhed i vurderingen af, hvornår borgerens tilstand tilsiger, at en sygeplejerske eller læge skal involveres.

Plejecentre

Plejecentrene har i de fleste kommuner forskellige profiler med en typisk adskillelse af somatiske pladser og demenspladser. Det kendetegner ofte beboerne på plejecentre, at de har en eller anden grad af demens og ofte også et somatisk sygdomsbillede.

Borgernes sygdomsforløb er ofte så fremskreden, at de har en relativt kort levetid på et plejecenter – ofte ganske få år. Men borgernes behov kan – som i hjemme(syge)plejen – variere betydeligt afhængigt af karakteren af det somatiske sygdomsbillede og/eller det kognitive funktionsniveau, hvor behovene for nogle går i retning af socialt fællesskab, tryk og omsorg, og behovene for andre kræver også sundhedsfaglig ekspertise.

Borgerne på plejecentrene har generelt et stort plejebehov hen over døgnnet – ofte også større end de borgere, som varetages af hjemme- og sygeplejen. Dog er der overlap i målgruppen mellem plejecentre og

hjemme(syge)plejen, da mange potentielle borgere på plejecenter alligevel vælger at blive boende i eget hjem i længere perioder med delvis støtte fra pårørende (og/eller imens de venter på en plejebolig). Arbejdet på plejecentrene er desuden præget af et kontinuerligt arbejde med relationer til beboerne og deres pårørende.

De fleste plejecentre har sygeplejersker i dagtimerne og nogle steder også i aften timerne (andre steder varetager hjemmesygeplejen udgående opgaver på plejecentrene). Dermed er der let adgang for social- og sundhedsassistenter til at få sparring.

Midlertidige pladser/rehabiliteringsenheder

De fleste kommuner har et døgndækkende pleje- og rehabiliteringstilbud, som ofte er målrettet borgere, der efter en hospitalsindlæggelse har et krævende pleje- og rehabiliteringsbehov, og hvor indsatsen ikke kan varetages af hjemme(syge)plejen i borgerens hjem. Borgere visiteres dermed til midlertidige døgnpladser i en kortere periode – typisk mellem tre og seks uger – hvor de kan rehabiliteres til et funktionsniveau, hvor hjemme(syge)plejen i samarbejde med en udgående træningsfunktion kan varetage den fortsatte sygepleje og rehabilitering.

Social- og sundhedsassistenter på døgnpladser af denne type varetager derfor ofte sygepleje og rehabilitering for nogle af de mest komplekse borgere, som efter et sygdomsforløb vurderes ikke at kunne være i hjemmet samtidig med, at der er et væsentligt større flow end på plejecentrene. Pladserne er derfor bedre normeret end plejecentrene og vil have en højere sygeplejedækning, ofte også i ydertimerne.

Flere kommuner reducerer i disse år antallet af social- og sundhedshjælpere fra disse døgnpladser, da kompleksiteten af opgaverne vurderes at være for høj til denne faggruppe. Det betyder for social- og sundhedsassistenternes vedkommende, at de varetager både grundlæggende sygeplejeopgaver og er involveret i forløb med komplekse sygeplejeopgaver – ofte som kontaktpersoner for borgere – i tæt samarbejde med sygeplejersker og terapeuter.

I praksis er målgruppen på midlertidige pladser ofte meget varierende, da mange borgere modtager ophold her, hvis de ikke vurderes at kunne være hjemme. Det kan der være flere grunde til; fx uegnede boliger, for krævende støttebehov, for krævende træningsbehov og manglende muligheder for at betjene sig af nødkald. Der er derfor opgaver, som spænder meget bredt over geriatriske rehabiliteringsforløb, borgere godkendt til plejecenter, borgere med svære psykosociale problemstillinger som fx borgere, der er hjemløse, har misbrug og lign.

Akutfunktion

Kommunerne er forpligtiget af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner til at have et døgndækkende akutberedskab med særlige diagnostiske og intervenerende handlemuligheder. Disse er ofte organiseret i et mindre udgående team bestående af sygeplejersker med særlige kompetencer inden for det akutte område (ofte med tidligere erfaring fra sygehusenes akutmodtagelser eller lignende).

De udkørende medarbejdere er sygeplejersker, da opgavekompleksiteten er for høj til, at social- og sundhedsassistenter kan stå alene med opgaverne. Social- og sundhedsassistenternes opgave i forbindelse med den udgående kommunale akutfunktion vil oftest være i form af en forudgående observation og vurdering af sygdomstegn hos borgere i deres hjem, hvor social- og sundhedsassistenten kommer af anden årsag, hvorefter en sygeplejerske inddrages.

Nogle kommuner har ikke et dedikeret udgående akutteam men en stationær akutfunktion. Den kan eventuelt være integreret i de midlertidige pladser, hvor der er social- og sundhedsassistenter på samme måde som de øvrige midlertidige pladser, dog ofte med en højere sygeplejerskedækning. Her er andelen af (i kommunal sammenhæng) akutte opgaver store, borgernes tilstand svagere og mere uforudsigelig, og konteksten for social- og sundhedsassistenternes opgaver anderledes end på andre typer af arbejdspladser. Social- og sundhedsassistenter kan medvirke i sygeplejen til borgere med ophold i akutfunktionen, men det drejer sig om få kommuner og få social- og sundhedsassistenter.

5.3 Organisering af arbejdet

Kommunerne i analysen søger på forskellige måder at imødegå udviklingen i borgernes behov og de kommunale sundhedsopgaver ved hjælp af forskellige organisatoriske greb. Det er fx ved at:

- Kategorisere borgerne efter deres behov
- Tilpasse indsatskataloger
- Etablere plejeteams
- Ændre faggruppesammensætning
- Arbejdsdele tæt på praksis
- Etablere funktioner med nøglepersoner

Flere kommuner er begyndt at *kategorisere (triagere) borgerne* – på tværs af arbejdspladser – ved at skelne mellem grundlæggende og komplekse sygeplejeopgaver – eller borgere, hvis det er entydigt. Ansvar for førstnævnte kategori varetages primært af social- og sundhedsassistenter, mens ansvar for den anden kategori primært varetages af sygeplejersker. Social- og sundhedsassistenterne kan inddrage sygeplejersker, men de forventes selvstændigt at tage handling. Ofte er det en sygeplejerske, der ved et identificeret behov – eventuelt i tilslutning til en lægelig ordination – starter en behandling eller plejeplan op, som en social- og sundhedsassistent overtager efter nogle dage. Fx når en borger er faldet og har fået et sår, hvor sårplejemidler og forbinding skal skiftes dagligt, indtil såret er lægt.

Social- og sundhedsassistenter møder også borgere, der modtager kompleks sygepleje. I nogle kommuner kan visse komplekse opgaver med høj grad af forudsigelighed varetages af social- og sundhedsassistenter, hvis den pågældende efter oplæring er fortrolig med udførelsen og i forvejen har et godt kendskab til borgeren – eller social- og sundhedsassistenter varetager grundlæggende opgaver hos borgere, der samtidig modtager kompleks sygepleje.

Social- og sundhedsassistenter varetager i stigende omfang helhedsorienteret sygepleje, hvor de i nogle sammenhænge inddrager sygeplejersker som konsulenter. Sygeplejerskerne skal i stedet varetage nogle andre opgaver med at fortsætte og følge op på behandlinger hos borgere, der udskrives fra sygehuse endnu før, de er færdigbehandlede, men kun lige udredt og behandling igangsat (blandt andet varetage sondeernæring, intravenøs behandling og kemopumper).

Selv hos borgere, hvor sygeplejen gennem længere tid har været karakteriseret som grundlæggende og med høj forudsigelighed, forventes social- og sundhedsassistenter at kunne observere ændringer, reflektere og vurdere samt handle udover det, der snævert set vedrører den grundlæggende sygepleje.

Mange kommuner har udarbejdet *indsatskataloger* eller tilsvarende, hvori beskrives forskellige opgavetyper og faggrupper, der kan udføre dem. Formålet er at øge ensartetheden i kvaliteten og højne patientsikkerheden i opgaveløsningen, og samtidig indikerer katalogerne faggruppernes kompetenceniveauer. Flere kommuner har for nylig eller er nu ved at implementere justerede indsatskataloger svarende til justerede kategoriseringer af opgaver/borgere. Katalogerne bruges som en del af grundlaget for den daglige tilrettelæggelse af arbejdet og den generelle kompetenceudvikling, om end der i praksis er forskellige lokale forhold, som vanskeliggør fuld overensstemmelse. Fx kan sammensætningen af vagtnormeringen og individuelle forskellige i kompetencer og ressourcer samt borgernes samlede situation medføre afvigelser. En vis fleksibilitet er der da også i katalogerne, idet opgavebeskrivelserne er meget overordnede og dermed efterlader plads til fortolkning.

Flere kommuner har organiseret sig med *plejeteams* med social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere omkring de mest komplekse borgere, hvor teamet samarbejder om og fordeler opgaverne mellem sig. Nogle teams har en særlig faglig profil, der knytter sig specifikke målgrupper som fx palliative teams, psykiatriske teams og dementeams. Andre steder anvendes teams som en generel organisationsform uden en særlig specialisering. Det gør det vanskeligt at lave enkle ansvars- og opgaveafgrænsninger for social- og sundhedsassistenter, da opgavefordelingen afhænger af den konkrete borger, konteksten, teamets ressourcer og kompetencer samt relationerne.

Desuden skal der i teamet eller enheden være kompetencer og ressourcer, som fleksibelt og med kort varsel kan inddrages i uforudsete situationer, så de ellers planlagte dags-/vagtprogrammer ikke forstyrres. Det finder sin form i den lokale praksis for, hvordan social- og sundhedsassistenter, -hjælperes og sygeplejerskers kompetencer bruges optimalt, men formen er vanskelig generaliserbar.

Nogle kommuner har *ændret faggruppesammensætningen* i større eller mindre grad. Ændringerne kan bestå i, at social- og sundhedsassistenter udfører nogle opgaver, som social- og sundhedshjælpere eller sygeplejersker tidligere ville have varetaget i relation til ældre medicinske borgere i eget hjem og på plejecentre (og eventuelt på stationære akutpladser). De mest gennemgribende omlægninger kan tilskrives, at der udannes færre social- og sundhedshjælpere i de kommende år, hvorfor

opgaver særligt hos udsatte borgere bliver overtaget og integreret i andre faggruppers opgaveløsning for at styrke det sundhedsfaglige blik (blandt andet fordi social- og sundhedshjælpere ikke længere må bistå borgere med at tage medicin). I kommuner med mindre gennemgribende og systematiske ændringer skyldes det et konkret vurderet hensyn til at begrænse antallet af fagpersoner omkring nogle borgere og samtidig udnytte et bredere spænd af social- og sundhedsassistenternes kompetencer.

Generelt i kommunerne foretages *arbejdsdelingen på team- eller gruppeniveau tæt på praksis* som led i den daglige koordinering og planlægning. Derved fremtoner et ledelsesaspekt i forbindelse med matchningen af de enkelte social- og sundhedsassistenter med borgerne, hvilket er tydeligst ved udefunktioner. Det er vanskeligt på overordnede ledelsesniveauer at få et overblik over social- og sundhedsassistenternes kompetenceprofiler og sætte dem i forhold til de aktuelle borgeres behov.

I de fleste kommuner er der etableret *funktioner med nøglepersoner* blandt social- og sundhedsassistenter, som skal opbygge viden og lette det øvrige personales adgang hertil. Nøglepersonerne forestår typisk kompetenceudvikling og konkret vejledning af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Det kan fx vedrøre:

- Sårpleje
- Palliation
- Demens
- Borgere med komplekse geriatriske problemstillinger
- Rehabilitering – både sundhedsfaglig og hverdagsrehabilitering

Således er der et betydeligt undervisende og superviserende aspekt af nøglepersonernes opgaver.

5.4 Delkonklusion

Analysen af jobområdet for social- og sundhedsassistenter viser følgende.

Udviklingen i den kommunale organisering som led i det nære sundhedsvæsen er præget af øget sygelighed blandt borgerne, og hjemme(syge)plejens varetagelse af og involvering i stadigt flere behandlingsrelaterede opgaver.

Som følge heraf er typerne af arbejdspladser i dag kun i begrænset omfang styrende for, hvilke sygeplejebehov og -opgaver social- og sundhedsassistenterne kan forventes at møde. Tilrettelæggelsen og udførelsen af de daglige opgaver skal generelt ske under hensyntagen til, at borgerne uanset om de er i eget hjem, på et plejecenter, en døgnrehabiliteringsplads osv. kan have vanskeligt forudsigelige behov og ustabil helbred. Det skal ses i sammenhæng med en generelt forventet forebyggende og rehabiliterende tilgang ligeledes uanset typen af arbejdsplads.

Analysen viser videre, at kommunerne på forskellig vis kombinerer flere måder til at organisere arbejdet med henblik på at strukturere opgaveledet og skabe rammer for god og effektiv drift, når arbejdspladstyperne ikke som tidligere gør det. Nogle anvender kategoriseringer af borgerne

efter deres behov, tilpasser indsatskataloger, etablerer plejeteams, ændrer faggruppesammensætning, arbejdsdeler tæt på praksis og etablerer funktioner med nøglepersoner.

Samlet set er der tale om et meget differentieret jobområde og opgavebillede som udgangspunkt for social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner og kompetencebehov i det nære sundhedsvæsen.

Dette billede svarer til Implement's generelle erfaring fra arbejde både med nationale sundhedsmyndigheder og konkrete kommuner om sundhedsopgaverne i det nære sundhedsvæsen, og det er vurderingen, at ovenstående gælder alle landets kommuner.

6. JOBFUNKTIONER

I dette kapitel vises resultatet af analysen af, hvilke faktorer social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner særligt afhænger af samt, hvilke målgrupper og opgavetyper, der knytter sig hertil.

6.1 Faktorer, som jobfunktionerne afhænger af

Social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner er i *faldende grad* knyttet til de forskellige typer af arbejdspladser. Dét, som typen af arbejdsplads dog har indflydelse på, er først og fremmest via den specifikke kontekst, der er bestemmende for de mulige situationer, som social- og sundhedsassistenter kan komme i dér. Fx ved, om adgangen til backup fra en sygeplejerske er tæt på eller langt fra. Der er da også stadig en vis sammenhæng mellem arbejdspladserne og målgrupperne.

Imidlertid kan borgerne ikke kategoriseres entydigt i nogle tilhørende organisatoriske rammer (eller én gang for alle), og derfor har jobfunktionerne i større grad end tidligere et fælles og bredere indhold på tværs af arbejdspladser. Således er det vanskeligt at koble en type arbejdsplads med én målgruppe, specifikke opgaver og situationer. Social- og sundhedsassistenterne skal i stedet gennem forskellige roller tilpasse bistanden og sygeplejen til forskellige borgere, opgaver og situationer, der i hverdagen vil blive kombineret forskelligt, og som ikke altid eller fuldt ud kan forventes gennemført som planlagt.

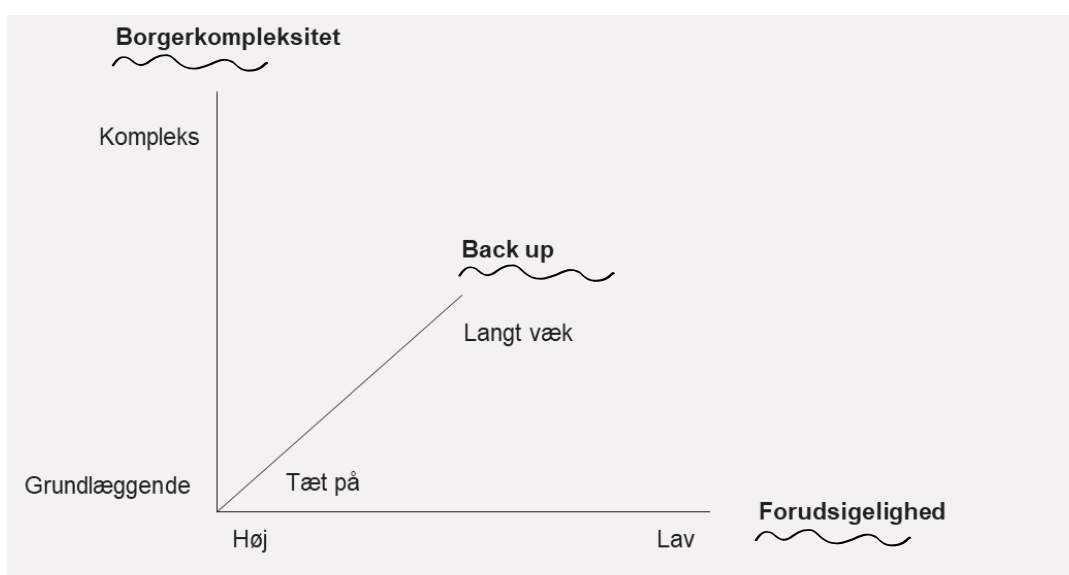
Tre faktorer vurderes særligt at være afgørende for jobfunktionerne: borgerkompleksitet, forudsigelighed og back up.

Social- og sundhedsassistenters jobfunktioner fastlægges blandt andet ud fra en vurdering af *borgerkompleksitet*, som er tæt forbundet med karakteren af de samlede opgaver hos en borger. Det vil sige, om der overvejende er tale om sygepleje ved grundlæggende, avancerede eller komplekse sygeplejebestanden, eller det er praktisk bistand. Det skal ses i sammenhæng med borgerens ressourcer og eventuelle andre helbredsproblemer eller funktionsevnetab, som har betydning for den samlede kompleksitet.

En anden væsentlig faktor er den vurderede *forudsigelighed* af borgerens tilstand og dermed sygeplejen og behandlingen – det vil sige, om risikoen er lav eller høj for, at noget uventet og akut opstår, som ikke er kendt for social- og sundhedsassistenten. Hvis borgerens tilstand forventes at være forudsigelig i de følgende dage, er det en borger for en social- og sundhedsassistent, men er den uforudsigelig, er det primært en borger med opgaver for en sygeplejerske. Ved meget syge borgere i både forudsigelige og uforudsigelige tilstande vil det dog forekomme stadig hyppigere, at social- og sundhedsassistenter deltager i sygeplejen af dem og forventes at kunne observere deres tilstand, behandlingseffekten og uventede forhold. Hvis sygdomstegnene ændrer sig i forværende retning hastigt/akut, skal social- og sundhedsassistenten reagere, og en sygeplejerske eller akutsygeplejerske inddrages. Hvis social- og sundhedsassistenten har et længere forhåndskendskab til borgeren, kan det muliggøre større ansvarsvaretagelse.

Afhængigt af organiseringen, faggruppesammensætningen og den daglige arbejdstilrettelæggelse kan der være adgang til tværfaglig *back up* (som den tredje faktor) med henblik på at videndele, sparre og give/få vejledning før og efter en borgerkontakt. Generelt har social- og sundhedsassistenterne i et plejecenter et større ansvar, varetager andre opgavetyper med større kompleksitet, og de anvender (og kan derved udvikle) andre kompetencer. Ofte varetager social- og sundhedsassistenterne hovedparten af de kliniske og tværsektorielle koordinationsopgaver netop fordi, der er let adgang til sparring, hvilket der ikke er i borgernes hjem.

Figur 2. Illustration af væsentlige faktorer, der er afgørende for jobfunktionerne



Generelt er målgrupperne for hjemme(syge)plejen kendetegnet ved, at andelen af borgere falder med stigende borgerkompleksitet, falder med lavere forudsigelighed og falder med back up tæt på.

Ud fra analysen i kommunerne findes et generelt mønster i udstrækningen af social- og sundhedsassistenteres funktioner, der således omfatter:

- Primært opgaver, der falder inden for grundlæggende/tæt på/høj forudsigelighed og opgaver, der falder inden for grundlæggende/langt væk/høj forudsigelighed
- I mindre grad opgaver, der falder inden for grundlæggende/tæt på/lav forudsigelighed, opgaver, der falder inden for kompleks/tæt på/høj forudsigelighed og opgaver, der falder inden for kompleks/langt væk/høj forudsigelighed
- Ikke opgaver, der falder inden for kompleks/langt væk/lav forudsigelighed

Som tidligere nævnt søges faggruppernes funktioner afgrænset gennem indsatskataloger og lign., men i praksis udnyttes og strækkes fleksibiliteten alt efter ressourcer, den enkelte social- og sundhedsassistent,

borger og situation. Således er der i praksis både kommunale og individuelle forskelle i funktionerne.

Bortset fra kommunernes få sygdomsspecifikke nøglepersonfunktioner, plejeteams og plejecentre (fortrinsvis målrettet mennesker med demens) er der ikke forskellige specialiserede jobfunktioner med specifikke sygdomsorienteringer blandt social- og sundhedsassistenter. Dermed afspejler jobfunktionerne altovervejende tilgangen fra de nationale sundhedsmyndigheder til 'den ældre medicinske patient' og 'kronisk sygdom', hvor der er fokus på målgruppernes ensartede behov, som primært skal modsvares af generalistkompetencer, når det ikke handler om lige præcis udredning og behandling.

6.2 Målgrupper

Den brede gruppe af ældre medicinske borgere betragtes i alle kommuner som én samlet målgruppe med flere fælles karakteristika. Mange har flere samtidige kroniske og eventuelt andre sygdomme; det være sig somatiske (fx hjertesvigt, KOL, diabetes, gigt og knogleskørhed) såvel som psykiske (fx demens, depression og skizofreni).

Dog kan gruppen også betragtes som omfattende flere forskellige målgrupper, når der tages udgangspunkt i kendetegnene for deres funktionsevne(-begrænsninger). Det kan have en vis betydning for, hvilke borgere social- og sundhedsassistenter kan varetage opgaver hos men i højere grad, hvordan opgaverne skal prioriteres og udføres, fx:

- Socialt udsatte borgere eventuelt med samtidigt misbrug (typisk alkohol)
- Borgere med demens, herunder nogle med udadreagerende adfærd
- Borgere, der modtager palliative indsatser
- Borgere med medfødte kognitiv funktionsnedsættelse
- Borgere med senhjerneskade

Borgerne i disse målgrupper kan have let til svær nedsat alders- og sygdomsbetinget funktionsevne. For nogle borgeres vedkommende kan det desuden være vanskeligt at skabe en tillidsfuld relation, motivere og fastholde planer, og de skal derfor mødes med forskellige tilgange.

Også pårørende kan betragtes som en ekstra målgruppe, som social- og sundhedsassistenter skal forholde sig til. Flere pårørende involverer sig stadig mere, og nogle har høje forventninger til deres indflydelse og kommunens serviceniveau, som kan være udfordrende at imødekomme. Hjemme(syge)plejen må nødvendigvis involvere dem for at støtte borgeren og eventuelt varetage nogle opgaver.

6.3 Opgavetyper

Typerne af opgaver, som social- og sundhedsassistenter varetager, omfatter både nogle, der har været gennemgående for mange social- og sundhedsassistenters vedkommende i mange år og andre, som er nyere for nogle i takt med udbredelsen. Det gælder alle kommuner i analysen, om end udviklingen sker i forskellig takt.

Blandt de kendte opgaver er sygepleje ved grundlæggende sygeplejebehov (fx mobilisering, kost- og væskeindtagelse), avanceret sygeplejebehov (fx medicinbehandling, pleje af dræn eller sondeernæring til en almen svækket borger) eller praktisk bistand (fx rengøring og indkøb). Flere af disse opgaver har med den rette tilgang et forebyggende og rehabiliterende potentiale og udnyttes alt efter situationen af social- og sundhedsassistenten til at vedligeholde eller styrke borgerens funktionsevne.

Andre kliniske opgaver, som nogle social- og sundhedsassistenter i dag varetager, og som med tiden ventes mere udbredt, introduceres *en blok* eller i enkelttilfælde efter aftale typisk med sygehusafdelinger. Det kan fx omfatte ernæring via PEG-sonde og hudpleje (tynd slange til mavesækken anlagt gennem huden på maven) eller dispensering af antikoagulationsmedicin efter skema.

Desuden overvejes i et par kommuner andre potentielle opgaver i fremtiden som fx observation af intravenøs væskeindgift og nedtagning af drop. Det kan social- og sundhedsassistenter gøre på sygehusafdelinger, og når intravenøs væskeindgift bliver mere almindeligt forekommende i hjemme(syge)plejen, kan det eventuelt indføres med start i et team, der varetager sygeplejen af komplekse borgere.

En del af opgaverne muliggøres og understøttes af nye hjælpemidler og velfærdsteknologi. Det gælder fx bevægelsescensorer, GPS, Carendo-stole, video i forbindelse med sårpleje og KOL-kuffert med måleudstyr, som integreres i opgaveløsningen.

Samtidig med varetagelsen af én eller flere opgaver hos en borger forventes social- og sundhedsassistenter at observere, vurdere og handle herudfra – typisk med advisering og videregivelse af relevante informationer til en sygeplejerske. Det kan betragtes som en ny opgavetype – i hvert fald så konsekvent og for flere social- og sundhedsassistenter – på tværs af og integreret i løsningen af de øvrige opgaver.

Mange ældre medicinske borgere har flere samtidige kontakter på sygehuse og i praksissektoren. I stigende omfang følger hjemme(syge)plejen op på disse, og nogle social- og sundhedsassistenter bidrager til at koordinere disse forløb. Særligt når det er social- og sundhedsassistenten, der kender borgeren bedst, varetager vedkommende dialogen. Det kan være med koordinering og planlægning internt i kommunen med terapeuter eller eksternt med læger og sygeplejersker i det øvrige sundhedsvæsen af tider til undersøgelser, træning, behandling og ambulante opfølgning i en relevant rækkefølge.

Klinisk dokumentation – inklusiv skriftlige resuméer – i journalsystemet er en fast opgave for social- og sundhedsassistenter, og det vil særligt være kritisk ved meget syge borgere, der modtager megen hjælp fra flere faggrupper i og udenfor det kommunale regi.

Social- og sundhedsassistenter med organisatoriske funktioner fx som team- eller gruppekoordinatorer/-ledere følger særlige opgaver med at vejlede, koordinere og lede.

6.4 Delkonklusion

Analysen af jobfunktioner for social- og sundhedsassistenter viser følgende.

De seneste års ændringer i de kommunale sundhedsopgaver og den afledte øget organisatoriske kompleksitet, hvor kommunerne samtidig skal sikre effektivitet og kvalitet, påvirker social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner.

Der er i analysen fundet tre væsentlige faktorer, der generelt er bestemmende for jobfunktionerne: borgerkompleksitet, forudsigelighed og (tværfaglig) back up.

Der kan blandt den samlede – uhomogene – gruppe af ældre medicinske borgere med multisygdom identificeres forskellige målgrupper som fx socialt udsatte borgere, borgere med demens, med medfødte og erhvervede hjerneskader samt borgere i palliative forløb. Målgrupperne har en vis men ikke en stærk betydning for social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner, idet de generelt ikke specialiseres efter målgruppe.

Medicinsk specialisering anvendes generelt ikke, da mange borgere har flere samtidige sygdomme. Der er dog enkelte undtagelser fx med nøglepersoner, teams og plejecentre målrettet mennesker med demens.

Social- og sundhedsassistenter kan møde mange forskellige opgavetyper med kortere eller længere mellemrum, eftersom der ikke er en meget tæt sammenhæng mellem arbejdspladstyper og jobfunktioner, om end der er nogle mønstre som tidligere beskrevet. Tilsvarende gælder, at mange opgavetyper er knyttet til borgernes funktionsevnebegrænsninger forbundet med deres samlede helbredstilstand, ressourcer og levekår snarere end med de enkelte sygdomme.

Opgaverne omfatter som udgangspunkt for alle social- sundhedsassistenter kendte opgaver inden for grundlæggende og avanceret sygeplejebehov samt praktisk bistand. Andre kliniske opgaver (inklusiv ved komplekse sygeplejebehov) udbredes gradvist og introduceres for nogle (ofte få) social-og sundhedsassistenter ad gangen. Fælles er en tværgående og integreret opgave med at vurdere og handle på eventuelle (forværrede) sygdomstegn. Også et større omfang af administrative opgaver følger af, at forløbskoordinering og klinisk dokumentation udbredes.

Af ovenstående følger, at social- og sundhedsassistenter med særlige organisatoriske funktioner har et bredere fokus på vejledning, koordinering og ledelse.

Samlet set er jobfunktionerne vanskeligt afgrænselige ud fra ydre og umiddelbart observerbare karakteristika. Groft sagt skal alle social- og sundhedsassistenter agere afhængigt af den konkrete situation, der gives af borgeren, og egne forudsætninger og den organisatoriske sammenhæng.

Det er Implements vurdering, at ovenstående gælder landets kommuner bredt. Herfra kan fremhæves nogle rammevilkår for social- og sundhedsassistenternes jobfunktioner, idet kommunerne foretager en løbende tilpasning med udgangspunkt i den eksisterende medarbejdergruppe, rekrutteringssituation og mulighederne for gradvis kompetenceudvikling. Ydermere er det vanskeligt for mange borgeres vedkommende at

karaktisere dem ved få parametre, og effektiv drift er vanskelig at opnå med mange nøglepersoner, teams og specialfunktioner, som giver bindinger i arbejdstilrettelæggelsen samt relativt meget transporttid og store koordinationsopgaver.

Der ses dog formentlig en tendens i retning af, at der etableres flere specialfunktioner i mellemstore og store kommuner. Det kan hænge sammen med, at der blandt borgerne er relativt mange med nogenlunde ensartede behov, og der er et tilstrækkeligt stort antal medarbejdere til at specialisere nogle af disse.

7. KOMPETENCEBEHOV

I dette kapitel beskrives resultatet af analysen af, hvilke roller social- og sundhedsassistenter agerer i, hvilke kompetencebehov der knytter sig hertil ud fra kompetencemodellen, og hvordan forskellige læringsarenaer anvendes.

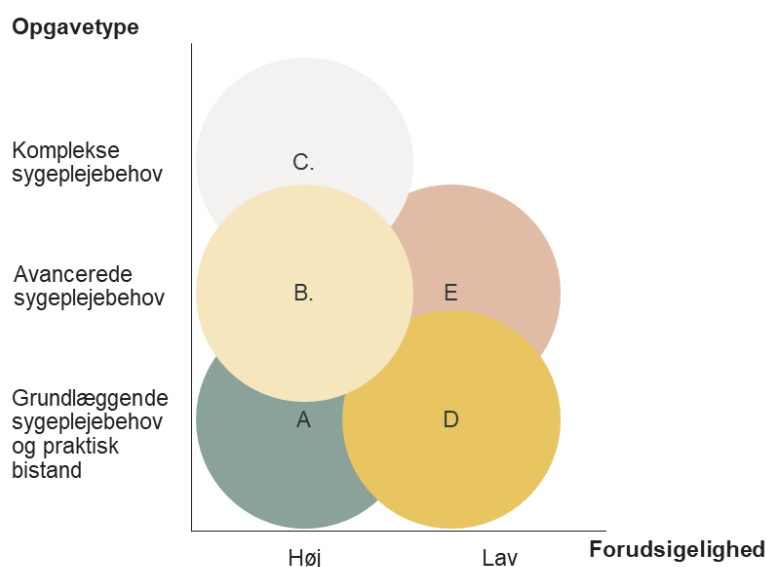
7.1 Social- og sundhedsassistenters roller

Det stigende antal ældre medicinske borgere, den højere sygelighed og den dermed afledte stigning i behandlingsrelaterede opgaver præger alle dele af hjemme(syge)plejen i alle kommuner. Det betyder dog ikke, at alle social- og sundhedsassistenter skal kunne varetage alle typer af opgaver i alle tænkelige situationer. Kommunerne søger netop at træffe strategiske valg, der ordner og forenkler praksis blandt andet ved hjælp af indsatskataloger og plejeteams.

Det betyder, at opstillingen af kompetencebehovet til et analytisk formål kan tage udgangspunkt i, hvilke roller social- og sundhedsassistenter varetager afhængigt af opgavetyper og forudsigeligheden. Det kan anskueliggøre mønstre i kompetencebehovene, der knytter sig til rollerne. Dog med en vis variation kommunerne imellem.

Der er fælles elementer i alle roller, og derudover er de profileret lidt forskelligt.

Figur 3. Fem roller



Det forventes, at alle social- og sundhedsassistenter kan varetage opgaver ved grundlæggende sygeplejebehov og nogle ved avancerede sygeplejebehov ved borgere med høj forudsigelighed i opgavevaretagelsen, andre skal kunne varetage sygepleje både ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov, og atter andre desuden nogle opgaver ved komplekse sygeplejebehov. Endelig forventes nogle social- og

sundhedsassistenter at kunne varetage tilsvarende sygepleje ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov hos borgere med lav forudsigelighed. Dermed vil de fleste social- og sundhedsassistenter det meste af tiden agere i rolle A, B og D, mens færre agerer i rolle C og E – og det overvejende med back up tæt på eller som følge af en forværring i borgerens funktionsevne.

I det følgende beskrives de fem rollers typiske målgruppe, opgaver, situationer og kompetencer med et tilhørende illustrerende eksempel. Målgruppen for alle roller er den brede gruppe af ældre medicinske borgere jf. denne analyses fokus.

Rolle A: Social- og sundhedsassistenter varetager i denne rolle sygepleje ved grundlæggende sygeplejebehov og praktisk bistand til borgere, hvis tilstand forventes altovervejende at være forudsigelig og opgaverne ligeså.

Målgruppe: Den ældre medicinske borger, hvis tilstand er stabil og opgaveløsningen forudsigelig efter planen.

Opgaver: Fx personlig hygiejne, stomipleje, ernæring inklusiv give sondeernæring og mobilisering eventuelt i samarbejde med fysio- og ergoterapeuter samt udlevering af dosisdispenseret medicin og dispensering af vanlig medicin.

Situation: Alle arbejdspladser undtaget akutpladser. Der er ikke behov for sparring eller backup fra en sygeplejerske tæt på.

Figur 5. Eksempel på rolle A



MÅLGRUPPE: Borger med velbehandlede kroniske sygdomme, hvor der ikke observeres ændringer i symptomerne, har behov for personlig pleje. Borgeren kan ikke selv eller med hjælp af netværk håndtere hele eller dele af plejen. Borgeren har ikke en sygdom, som bevirker, at der er komplekse opgaver forbundet med den personlige pleje.



OPGAVER: Social- og sundhedsassistenten er ansvarlig for at hjælpe borgeren i bad, hårvask, hudpleje, toilette, af- og påklædning og hjælp til påsætning af personlige/kropsbårne hjælpemidler såsom høreapparater (der ikke er omfattet af en sundhedslovsydelse). Social- og sundhedsassistenten har fokus på at motivere borgeren til at blive selvhjulpnen i sin egenomsorg. Social- og sundhedsassistenten er ansvarlig for at observere, om der er nogle ændringer i borgerens tilstand, eller om der er nogle risici forbundet med borgerens hjem, da borgeren tidligere er faldet i eget hjem. Social- og sundhedsassistenten varetager kommunikative opgaver i forbindelse med kontakten til borgerens pårørende og til borgerens praktiserende læge. Der er en social- og sundhedshjælper tilknyttet borgeren, som er varetager rengøring i hjemmet.

Denne rolle ses overvejende i hjemmeplejen hos borgere i egen bolig.

Den særlige kompetence, der kræves i denne rolle, er varetagelsen af rutinemæssige opgaver med et forebyggende og rehabiliterende sigte

og samtidig forholde sig observerende for ændringer i borgerens tilstand.

Rolle B: Social- og sundhedsassistenter varetager i denne rolle avancerede sygeplejeopgaver til borgere, hvis tilstand forventes altovervejende at være forudsigelig og opgaverne ligeså.

Målgruppe: Den ældre medicinske borger, hvis tilstand er stabil og opgaveløsningen forudsigelig efter planen.

Opgaver: Fx pleje af helende sår og hjælp til medicinadministration hos borgere med psykiske problemer.

Situation: Alle arbejdspladser undtaget akutpladser. Der er ikke behov for sparring eller backup fra en sygeplejerske tæt på.

Figur 6. Eksempel på rolle B



MÅLGRUPPE: Borger med tidligere alkoholmisbrug har behov for pleje af et venøst sår. Borgeren har som følge af sit tidligere alkoholmisbrug begrænsede egenomsorgsevner og kan derfor ikke selv skifte sin forbindelse. Borgeren er samtidig kendt for at have udadreagerende adfærd. Borgeren har ikke en sygdom, som bevirker, at der er komplekse opgaver forbundet med sårplejen. Borgerens venøse sår er i stabil fase, og der er ikke komplikationer såsom kraftig staseeksem eller risiko for infektion.



OPGAVER: På baggrund af opstillet handleplan udfører social- og sundhedsassistenten sårrensning og almen hudpleje med henblik på at forebygge infektion i borgerens venøse sår. Social- og sundhedsassistenten vejleder borgeren til at overholde hygiejniske principper for såret. Braden-score anvendes som redskab til risikovurdering af såret. Social- og sundhedsassistenten er ansvarlig for at observere, om der er nogle ændringer i borgerens tilstand. Borgeren er ofte udadreagerende, når såret skal renses, og det vanskeliggør hygiejnen omkring såret. Social- og sundhedsassistenten skal derfor håndtere eventuelle konflikter og fysiske tilnærmelser. Social- og sundhedsassistenten har samtidig kontakten til de pårørende, der er meget urolige for, om borgerens sår heler, som det skal, da borgerens udadreagerende forsinker og forhindrer, at såret kan plejes og behandles, som det skal.

Denne rolle ses overvejende i hjemmeplejen hos borgere i eget hjem.

Den særlige kompetence, der kræves i denne rolle er varetagelsen af rutinemæssige opgaver med et forebyggende og rehabiliterende sigte og samtidig forholde sig observerende for ændringer i borgerens tilstand.

Rolle C: Social- og sundhedsassistenter varetager i denne rolle nogle komplekse sygeplejeopgaver til borgere, hvis tilstand forventes altovervejende at være forudsigelig og opgaverne ligeså. Typisk med tværfaglig back up tæt på.

Målgruppe: Den ældre medicinske borger, hvis tilstand er stabil og opgaveløsningen forudsigelig efter planen.

Opgaver: Fx pleje af vanskeligt helende sår, medicindosering og -administration hos borgere med nedsat hukommelse, sundhedspædagogiske opgaver, støtte til at skabe struktur i hverdagen, smertebehandling som led i palliativ pleje, give ernæring via PEG-sonde samt iltbehandling inklusiv sugning.

Situation: Alle arbejdspladser undtaget akutpladser. Der kan være behov for instruktion og i nogle tilfælde sparring fra en sygeplejerske tæt på.

Figur 7. Eksempel på rolle C



MÅLGRUPPE: Kvindelig borger er udskrevet efter indlæggelse med blodprop i hjernen, der har forårsaget halvsidig lammelse. Borgeren skal derfor på rehabiliteringscenter for at genvinde mobiliteten. Borgeren har fået indlagt en PEG-sonde, men der er ikke komplicerende behov forbundet med ernæringen og plejen.



OPGAVER: Social- og sundhedsassistenten har tidligere blevet oplært i PEG-sonde på rehabiliteringscenteret og har derfor fået delegeret opgaverne relateret til ernæring og hudpleje. Social- og sundhedsassistenten har haft kontakten til sygehusafdelingen. Sygeplejersken på rehabiliteringscenteret er ansvarlig for medicinadministrationen og dispenseringen, da der er risiko for, at borgeren som følge af sin lammelse fejlsynker sin medicin. Social- og sundhedsassistenten udfører på baggrund af handleplan motivation til selvtræning og mobilisering af borgeren i et tværfagligt samarbejde med terapeuterne på centeret. Social- og sundhedsassistenten er ansvarlig for at observere, om der er nogle ændringer i borgerens tilstand og har samtidig haft kontakten med de pårørende i forbindelse med borgerens indlæggelse.

Denne rolle ses overvejende i hjemmeplejen hos borgere i eget hjem, rehabiliteringscenter eller plejecenter.

Den særlige kompetence, der kræves i denne rolle er at forholde sig reflekterende til kombinationen af forskellige og samlet set komplekse sygeplejefaglige problematikker og observationer samtidig med varetagelsen af rutinemæssige opgaver.

Rolle D: Social- og sundhedsassistenter varetager i denne rolle grundlæggende sygepleje og praktisk bistand til borgere, hvis tilstand eventuelt kan være uforudsigelig og opgaverne ligeså.

Målgruppe: Den ældre medicinske borger, hvis tilstand kan være skrøbelig, og hvor opgaveløsningen kan være uforudsigelig og ikke nødvendigvis kan følge planen.

Opgaver: Fx hjælp til personlig hygiejne og mobilisering hos borger med forværring af en af flere kroniske sygdomme (eventuelt nyligt udskrevet fra sygehus med ændret medicinering) og konfusion.

Situation: Alle arbejdspladser. Der kan være behov for løbende sparring men ikke backup fra en sygeplejerske tæt på.

Figur 8. Eksempel på rolle D



MÅLGRUPPE: Borgeren har KOL, er sengeliggende og er netop blevet udskrevet fra hospitalet. Som følge af indlæggelsen har borgerens praktiserende læge ændret borgerens behandling. Borgerens tilstand er skrøbelig, og opgaveløsningen kan være uforudsigelig og ikke nødvendigvis følge planen.



OPGAVER: Social- og sundhedsassistenten er ansvarlig for de grundlæggende opgaver relateret til borgerens egenomsorg og personlig hygiejne. Opgaverne omfatter bl.a. sengebåd, hårvask, toilette, af- og påklædning samt rengøring af inhalationsapparat. Social- og sundhedsassistenten er ansvarlig for at observere tegn på forværring i borgerens sygdom KOL for at forebygge gentagne og akutte indlæggelse og skal i den forbindelse udføre TOBS-målinger. Social- og sundhedsassistenten varetager de koordinerende opgaver, der relaterer sig til borgerens forløb. Det indebærer kontakten med de andre fagpersoner, herunder borgerens praktiserende læge. Social- og sundhedsassistenten varetager samtidig kommunikationen med pårørende i forbindelse med løbende opfølgning på borgerens tilstand efter udskrivelsen. Sygeplejersken varetager opgaverne, der relaterer sig til den ændrede behandling fra borgerens egen læge, herunder medicindosering.

Denne rolle ses overvejende i hjemme(syge)plejen hos borgere i rehabiliteringscenter, plejecenter eller egen bolig.

Den særlige kompetence, der kræves i denne rolle er at forholde sig reflekterende til eventuelle ændringer i sygeplejefaglige problematikker, symptomer og behandlinger samtidig med varetagelsen af rutinemæssige opgaver med et forebyggende sigte.

Rolle E: Social- og sundhedsassistenter varetager i denne rolle sygepleje til borgere med avancerede sygeplejebestov, hvis tilstand eventuelt kan være uforudsigelig og opgaverne ligeså.

Målgruppe: Den ældre medicinske borger, hvis tilstand kan være skrøbelig, og hvor opgaveløsningen kan være uforudsigelig og ikke nødvendigvis kan følge planen.

Opgaver: Fx ernæring via PEG-sonde, dræn eller ernæring gennem sonde hos borgere med aktuel almen svækkelse, forværring af én blandt flere kroniske sygdomme og konfusion.

Situation: Alle arbejdspladser. Der kan være behov for løbende sparring og backup af en sygeplejerske tæt på.

Figur 9. Eksempel på rolle E



MÅLGRUPPE: Borgeren er diabetiker, er for nyligt faldet og har i den forbindelse brækket sin hofte. Borgeren er derfor netop blevet udskrevet fra hospitalet efter sin hofteoperation. Borgeren har samtidig en hjertesygdom, og den praktiserende læge har i forbindelse med indlæggelsen ændret borgerens hjertemedicin. Borgeren har som følge af sin diabetes fået diabetiske fodsår.



OPGAVER: Social- og sundhedsassistenten er på baggrund af oplæring og kendskab til borgeren gennem længere tid ansvarlig for sårplejen, der er blevet delegeret fra og instrueret af en sygeplejerske på plejecenteret. Opgaverne omfatter at observere blodsukkerniveau, viderefordre observationer, vurdere behovet for fodterapeut og vejlede i forebyggende tiltag, der kan begrænse såret. Assistenten har samtidig til opgave at motivere til måltider, der understøtter stabilt blodsukker og at vurdere, om borgerens fodtøjet er egnet borgerens diabetiske fodsår. Sideløbende med sårplejen skal social- og sundhedsassistenten varetage kontrol af patientens øvrige risikofaktorer og symptomer i forbindelse med borgerens hjertesygdom, hvilket bl.a. indebærer at udføre TOBS-målinger. Sygeplejersken varetager doseringen af borgerens hjertemedicin.

Denne rolle ses overvejende i hjemmeplejen hos borgere i rehabiliteringscenter, plejecenter eller akutfunktion.

Den særlige kompetence, der kræves i denne rolle, er at forholde sig reflekterende til kombinationen af forskellige og samlet set komplekse sygeplejefaglige problematikker, symptomer, behandlinger og observationer, der kan være under forandring samtidig med varetagelsen af rutinemæssige opgaver med et forebyggende sigte.

7.2 Kompetencebehov

Kompetencebehovet hos social- og sundhedsassistenter generelt har udviklet sig på den måde, at der er kommet andre behov til og i større udstrækning gennem de seneste år, mens det er vanskeligt at pege på behov, der ikke længere er til stede. Dog kan det i nogle kommuner ses, at det primært er social- og sundhedshjælpere, som varetager den praktiske bistand, og denne opgavetype varetages dermed i mindre udstrækning end tidligere af social- og sundhedsassistenter (dog kan det være rationelt fx i tilslutning til et borgerbesøg angående sygepleje).

De forskellige roller kræver noget særligt for det ene af kompetencemodellens tre elementer, de kliniske kompetencer, mens de organisatoriske og kvalitetsforbedringskompetencerne ikke adskiller sig væsentligt på tværs af rollerne.

Udover de specifikke kliniske, organisatoriske og kvalitetsforbedringsmæssige kompetencer skal social- og sundhedsassistenter være i stand til at agere i forskellige roller; det vil sige reflektere over og have forståelse for de forskellige roller samt være bevidste om skiftet i rollerne, de skal foretage, når de observerer, vurderer og handler på afvigelser fra det, de havde forventet og planlagt at gøre.

Fælles for kommunerne i analysen er, at social- og sundhedsassistenter set under ét i dag og i de kommende år skal have kliniske kompetencer til at kunne:

- varetage kendte almene, avancerede og komplekse sygeplejeopgaver, herunder opgaver med et forebyggende, behandlende, rehabiliterende og pallierende sigte
- observere, vurdere og handle på (ændringer i) symptomer på almindeligt forekommende sygdomme og behandlings virkninger set i forhold til borgeres hidtidige tilstand og funktionsevne

Fælles for kommunerne er, at den i kompetencemæssig henseende væsentligste udfordring vurderes at være social- og sundhedsassistenters observationer og handlinger hos borgeren med mange samtidige sygdomme og svært nedsat funktionsevne (lav forudsigelighed). Her skal de samlede grundlæggende og avancerede sygeplejeopgaver sammenvejes, hvilket kræver en kombination af forskellige vidensområder og refleksion, og handlingerne kan være kritiske. Mindre udfordrende vurderes det at være at opnå kompetence til at udføre komplekse sygeplejeopgaver hos borgere, hvor der er høj forudsigelighed i tilstand og sygepleje.

Når så relativt mange social- og sundhedsassistenter løbende vil møde nye opgavetyper eller skal varetage opgaver, de ellers er fortrolige med, hos borgere, der kan være anderledes komplekse end de pågældende social- og sundhedsassistenter ellers har mødt, skal alle være forberedte på løbende at tilegne sig ny viden og nye færdigheder. Det betyder, at der kan knytte sig læringssituationer til en given klinisk sygeplejeopgave før, under og efter udførelsen af den.

7.2.1 Fælles kompetencebehov

Klinisk kompetence

Viden:

Social- og sundhedsassistenterne skal have viden jf. de kendte opgavetyper inden for sygepleje og praktisk bistand som tidligere beskrevet.

Derudover skal de have viden om de metoder, som anvendes i den pågældende kommune til at vurdere borgernes tilstand systematisk og efter givne kriterier. Det kan fx omfatte:

- Vurdering og prioritering af indsatser til borgerne – flere metoder anvendes:
 - Triageringsprincipper for vurdering af borgerne
 - TOBS-målinger i forbindelse med tidlig opsporing af begyndende sygdom med fokus på vitale parametre (blodtryk, temperatur og respirationsfrekvens)
 - ABCDE-metoden med fokus på vitale parametre (systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom)
- Barthel Indeks m.fl. til vurdering af funktionsevne og plejetyngde
- Braden-score til at vurdere risiko for at udvikle tryksår

Flere versioner af metoderne og redskaber findes med lidt forskellig udformning og kriterier for anvendelse.

Generelt forventes det, at social- og sundhedsassistenterne anvender metoderne både i henhold til en lagt plan for borgeren og ad hoc, når vedkommende vurderer, der kan være tale om afvigelser. Således skal social- og sundhedsassistenten ved efterfølgende kontakt til fx en sygeplejerske eller en praktiserende læge kunne redegøre for sine observationer og vurderinger i henhold til den anvendte metode. I de fleste kommuner forventes social- og sundhedsassistenten at kunne anvende IS-BAR-metoden som systematik for kommunikationen med andre fagpersoner in- og eksternt.

Social- og sundhedsassistenter skal have en geriatrirelateret viden om de typiske somatiske og psykiske sygdomme (symptomer, almindelig udvikling mv.), de kan møde hos borgerne. Tilsvarende gælder det viden om behandling, sygepleje og forholdsregler, som borgere og social- og sundhedsassistenterne bør tage i forskellige situationer. Det indbefatter viden om farmakologi (virkninger, bivirkninger og kontraindikationer) og medicindosering og -administration. Desuden skal social- og sundhedsassistenter kunne anvende og tolke Fælles Medicinkort med viden om dets oplysninger og involverede faggruppers arbejdsgange (blandt andet praktiserende lægers, sygehuslægers og kommunens sygeplejerskers) samt begrænsninger ved validiteten af oplysningerne.

Holdninger og kritisk refleksion:

Social- og sundhedsassistenter skal kunne reflektere kritisk over borgers tilstand efter en systematisk metode, hvor viden om borgers sygdom, behandling, sygepleje og observationer kædes sammen. Det omfatter en vurdering af, hvordan borgers aktuelle tilstand er og har udviklet sig, hvor længe tilstanden har været sådan, og hvad der er gjort. Det vil sige skabe sig et overblik her og nu hos en borger, som vedkommende måske ikke kender særlig godt. Det kliniske, kritiske blik skal hjælpe social- og sundhedsassistenten til at foretage vurderinger og iværksætte handlinger på baggrund af det, der observeres og ikke blot som planlagt.

Det kan fx være i tilfælde af, at en borgers vægt er steget, hvor det skal vurderes og begrundes, hvor vidt der sandsynligvis er tale om øget vægt på grund af kost/fysisk inaktivitet eller væskeophobning på grund af hjertesygdom. Eller det kan være, når en social- og sundhedsassistent har en borger med diabetes i bad, at vedkommende observerer, om borgeren har sår på fødderne, som borgeren ikke selv kan mærke. Dermed skal de kunne agere ved borgere med flere samtidige sygeplejebehov, der skal prioriteres og findes relevante fremgangsmåder for, der forener de forskellige hensyn.

Den vanskelige men vigtige vurdering af, om social- og sundhedsassistenten mangler kompetencer til at kunne varetage en given opgave fagligt forsvarligt, skal vedkommende kunne foretage og handle derefter.

En anden type af refleksioner, som social- og sundhedsassistenter skal kunne foretage, knytter sig til forskellige situationers betydning for borgerne og sygeplejen – om magtforhold og etiske overvejelser. Det gælder generelt og især ved udsatte borgere. Det kan være borgere med hjerneskade eller demens og udadreagerende adfærd, som social- og sundhedsassistenter skal kunne imødegå inklusiv konflikthåndtere i forhold til vold og trusler.

Kommunikation:

Social- og sundhedsassistenter skal kunne kommunikere og derved skabe tryghed for borgere og pårørende, så der bliver rum for at agere professionelt og målrettet opgaverne. Det kan fx være i forhold til forventningssamtaler om borgerens ressourcer, problemer og præferencer eller svære samtaler om alvorlige emner. Det indbefatter, at de skal kunne føre en struktureret samtale, hvor der er et specifikt mål med samtalen som fx at indhente oplysninger om sygehistorien eller motive-rende med et forebyggende eller rehabiliterende sigte. Det kan fx være, når opgaver skal videreføres fra terapeuterne, som social- og sundheds-assistenterne skal kunne forstå og formidle – at det handler om at øge borgerens funktionsevne og livskvalitet.

Der kan det være forskelligt, hvilken tilgang der skal anvendes til borgere med forskellige forudsætninger og i forskellige situationer. Det handler samtidig om psykologiske og relationelle aspekter.

Den kliniske dokumentation skal være sådan, at kommunen dokumenterer i overensstemmelse med de lovgivningsmæssige krav og lokale faglige standarder. Som følge af social- og sundhedsassistenteres bredere jobfunktioner og kompleksiteten i borgerforløbene, bliver dokumentationen stadigt mere kritisk. Fælles Sprog III er undervejs med at blive implementeret, og skal følges med god dokumentationspraksis.

Der er generelt en forventning om, at social- og sundhedsassistenter udviser en professionel og faglig tilgang, er velformuleret og argumenterende samt kan rumme og imødekomme kritik uanset, hvilken opgavetype, det drejer sig om. Tilsvarende skal kommunikeres med in- og eksterne samarbejdspartnere på en troværdig og konstruktiv måde.

Organisatorisk kompetence

Viden:

Generelt skal social- og sundhedsassistenter have kendskab til den lovgivningsmæssige ramme for deres virksomhed – hvad de må, under hvilke forhold, og hvori deres ansvar består. Det gælder derfor særligt dele af sundhedslovens, servicelovens og forvaltningslovens principper.

De skal kunne planlægge og koordinere borgerforløb mellem flere kommunale enheder, med ambulante og stationære sygehusafdelinger samt praksissektoren. Det kræver viden om egen organisations opbygning, nærmeste kollegers kompetencer, hvilke tilbud til borgerne der findes i og uden for kommunen samt, hvad de forskellige faggrupper kan og må. Kendskab til lokalområdet kan fx handle om, hvilke tilbud der er til borgere med ensomhed eller depression. Det kan være foreninger, bruger-sammenslutninger, frivilligorganisationer og besøgstjenester.

Ydermere kræver det kendskab til regler og praksis for håndtering af risikoaffald, arbejdsmiljø, kørselsordninger, blodprøvetagning, overlevering af information mv.

Holdninger og kritisk refleksion:

Social- og sundhedsassistenter skal agere ud fra, at de på én gang er autoriseret sundhedsperson og repræsenterer en politisk styret

kommune. Arbejdet kan opleves at stille dem overfor nogle etiske dilemmaer, som de skal forholde sig professionelt til ud fra en forståelse for organisationen, ansvaret, sine egne holdninger og handlemulighederne.

Social- og sundhedsassistenter skal indgå i og medvirke til planlægning af borgerforløb, og det kræver forståelse for og vurderinger af, hvordan de forskellige organisationer virker.

Kommunikation:

Mange kommuners organisationer er blevet stadigt meget komplekse, og det kræver god forståelse for, hvordan og med hvem der kommunikeres. Det gælder i det små, hvor social- og sundhedsassistenter arbejder i grupper og (faste og omskiftelige) tværfaglige teams, og det gælder i det store mellem kommunens enheder og andre sektorer. Det vil sige, at social- og sundhedsassistenter skal kommunikere på en måde, der opleves oplysende og relevant for at indfri formål samt kunne give og modtage konstruktiv feedback.

Kvalitetsforbedringskompetence

Viden:

Social- og sundhedsassistenter forventes at være aktive deltagere i at skabe kvalitetsforbedringer og øge patientsikkerheden. Det kræver viden om dels egen og kollegers forventede praksis og dels metoder til at udvikle praksis ved organiserede lejligheder. Det kan fx være ved triagemøder, hvor forskellige problemstillinger og forbedringsmuligheder med hensyn til konkrete borgere tages op, eller det kan være på et organisatoriske niveau ved analyser af utilsigtede hændelser og debriefing.

Holdninger og kritisk refleksion:

Medvirken til kvalitetsforbedringer kræver refleksion over egen og andres praksis både i den daglige dialog med ledere og kolleger samt ved organiserede anledninger på en analyserende, kritisk og konstruktiv måde. Det gælder også i de almindeligt forekommende arbejdssituationer, hvor social- og sundhedsassistenter løbende må forholde sig kreativt og problemløsende til forskelligartede situationer hos borgerne – hvad der er de bedste mulige løsninger inden for nogle givne rammer og samtidig fagligt forsvarlige.

Kommunikation:

Kommunikationsfærdigheder, som også indgår i de kliniske og organisatoriske kompetencer, sigter også på kommunikation mellem fagpersoner, når formålet er kvalitetsforbedring.

7.2.2 Særlige kompetencebehov

Nogle social- og sundhedsassistenter har særlige kompetencebehov supplerende til de ovenfor beskrevne fælles kompetencer:

- Knyttet til roller og opgavetyper:
 - Kompetencebehov særligt til rolle A, B og C: Kliniske og kommunikative metoder til at arbejde forebyggende, rehabiliterende og tidligt opsporende

- Kompetencebehov særligt til rolle C og E: Kompetence til gradvist at varetage andre komplekse sygeplejeopgaver, herunder sundhedspædagogiske og behandlingsrelaterede
- Kompetencebehov til rolle D og E: Vurdering af borgere med flere samtidige og komplekse symptombilleder og sygeplejebehov
- Knyttet til målgrupper: Kompetencer vedrørende palliation og misbrugsbehandling samt sygdomsspecifikke kompetencer fx vedrørende demens og psykiatri
- Knyttet til funktion: Kompetencer vedrørende ledelse af social- og sundhedsassistenter, vejledning, undervisning og kompetenceudvikling

7.3 Læringsarenaer

Alle kommuner forholder sig tilbagevendende til medarbejderes og lederes kompetencer og iværksætter kompetenceudviklingstiltag. Grundlaget skabes med mere eller mindre organisationsdækkende og systematiske afdækninger af eksisterende kompetencer, som sættes i forhold til det, der vurderes nødvendigt.

Der ses en kombination af kompetenceudviklingstiltag drevet oppefra fx udløst af en ny politisk strategi vedrørende borgere med demens eller træning med udgangspunkt i hjemmet – og nedefra drevet af de daglige lederes vurderinger af, hvad praksis har brug for fx udløst af personaleudskiftninger eller introduktion af en ny sygeplejeopgave.

Generelt i kommunerne er det vanskeligt på niveauerne over de daglige ledere at få overblik over social- og sundhedsassistenternes respektive kompetencer og -udviklingsbehov blandt andet på grund af kontekstafhængigheden og store ledelsesspænd. Derfor er de daglige ledere centrale, når det handler om, hvem der tager initiativ til efteruddannelse – kombineret med andre strategier som fx rekruttering, organisering og dagligt match mellem medarbejdere og borgere.

Kommunerne satser på nøglepersoner med særlige kompetencer inden for få udvalgte emner, som fx kan vedrøre inkontinens eller demens. Det indebærer typisk ekstern kompetenceudvikling af den eller de pågældende personer indledningsvis og senere ajourførende. Typisk muliggør nøglepersonens formaliserede funktion løbende intern kompetenceudvikling af andre medarbejdere via undervisning og vejledning.

For at gøre kompetenceudviklingsopgaven overkommelig på kort sigt og imødekomme medarbejdernes præferencer, overvejer et par af kommunerne i analysen, om det vil være mest hensigtsmæssigt at nogle social- og sundhedsassistenter fokuserer på grundlæggende sygepleje og relationsarbejde hos kendte borgere og andre på den mere avancerede/komplekse sygepleje. Det kan fungere som et alternativ til, at gruppen som helhed skal kompetenceløftes inden for kort tid.

Kommunerne angiver at anvende intern og ekstern kompetenceudvikling til forskellige formål. Det afhænger primært af, om mange social- og sundhedsassistenter inden for en kort periode vurderes at skulle

kompetenceudvikles inden for samme emne, og om opgaven overstiger organisationens egen formåen. Endelig kan der være emner som fx triagering og journalføring, hvor ledelsen er bekymret for, om et alternativ som sidemandsoplæring kan medføre en uønsket uensartet praksis.

7.3.1 Intern kompetenceudvikling

Intern kompetenceudvikling med uddannelse på arbejdspladsen tillægges en stor rolle i alle kommuner. Kommunerne bruger det til praksisnær udvikling. Det vil sige med et umiddelbart omsætteligt sigte og særligt, når det er relevant for få eller afgrænsede personalegrupper, det kan indpasses i hverdagen, og der umiddelbart er en underviser tilgængelig.

Metoderne til kompetenceudvikling adskiller sig ikke grundlæggende fra hinanden, om de knytter sig til den ene eller anden rolle. Dog er der den indbyggede og selvforstærkende sammenhæng, at muligheden for oplæring og øvelse i praksis er størst i den rolle, som en given social- og sundhedsassistent oftest befinder sig i. Det modsatte gør sig også gældende.

Som en del af metoderne til kompetenceudvikling medtænkes mulighederne, som den daglige praksis giver. Nogle er organiserede og med et læringsfokus som eksplicit formål, mens andre er ad hoc-prægede og indirekte fungerer som en læringsarena.

En udbredt metode på tværs af arbejdspladstyper er sidemandsoplæring, hvor en kollega instruerer/vejleder om en given klinisk opgaveløsning (fx en ny opgave eller med brug af ny metode/udstyr) og giver feedback til en anden. Det forudsætter, at kulturen på stedet understøtter det, og ledere og medarbejdere har de pædagogiske forudsætninger. Social- og sundhedsassistenternes kompetencer til koordinerende og administrative opgaver udvikles primært gennem sidemandsoplæring, da det handler om at agere indenfor og med den konkrete organisering, som bedst gøres ad hoc og i den lokale, konkrete kontekst.

Undervisning anvendes ofte som metode, hvor målgruppen er alt personale på en given arbejdsplads, hvor det drejer sig om relativt kort tid (få timer). Ofte står nøglepersoner blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter for undervisning og instruktion, eller det kan være en praksiskonsulent eller en fasttilknyttet læge (plejecenter). Det kan fx vedrøre indførelsen af nye hjælpemidler, velfærdsteknologi eller telemedicin. Typisk i forbindelse med, at en borger skal udskrives fra sygehuset, og sygeplejen skal overtages af hjemme(syge)plejen, underviser en læge fra den pågældende sygehusafdeling i den specifikke sygdom og behandling. Det er desuden blevet en almindelig stående aftale, at hjemme(syge)plejen senere i borgerforløbet kan søge råd og vejledning hos en sygeplejerske (eller læge) fra samme sygehusafdeling. Det er en udbredt oplevelse, at instruktionen fra leverandøren eller kollegerne kombineret med anvendelsen i praksis er tilstrækkeligt. Det kan i nogle tilfælde suppleres med billedvejledninger, som ikke alene bruges som instruktion, men som samtidig nedbryder eventuelle sprogdudfordringer. Desuden kendes mobiltelefoner og tablet-pc'er fra hverdagen, og disse apparater virker derfor ikke fremmede i arbejdsituationer.

Det kan også være relevant med kommunedækkende undervisning, arbejdsplads for arbejdsplads. Det kan fx være i forbindelse med

indførelsen af systematikker som fx TOBS og ABCDE til vurdering af borgere, ISBAR til brug for kommunikation eller et nyt elektronisk journalsystem, hvor Fælles Sprog III indgår.

I den daglige praksis er der forskellige samarbejdsformer, der kan virke som læringsrum og kompetenceudviklende at deltage i. Det kan være på møder i plejegrupper eller teams som fx triagemøder. Det kan også være ved langsigtet planlægning af sygeplejen hos en konkret borger (fx ved en borger med erhvervet hjerneskade eller demens), eller det kan være ad hoc i dialoger med teamledere eller praktiserende læger, som indirekte giver en umiddelbar feedback og kan opleves praksisnær og relevant.

7.3.2 Ekstern kompetenceudvikling

Alle kommuner bruger fortløbende kompetenceudvikling med eksterne leverandører i form af kurser, og det omfatter konferencedeltagelse særligt med henblik på faglig ajourføring. Fx tilbyder alle kommuner løbende kurser i fx i farmakologi, pleje af mennesker med demens (I, II og III) og misbrugsbehandling. Generelt er udgangspunktet, at disse kurser omfatter alle medarbejdere.

Udover, at denne kompetenceudviklingsmetode er den eneste mulige til at nå så bredt ud, har den også en fordel ved at øge læringen og den efterfølgende anvendelse, når flere har deltaget i samme undervisningsforløb.

De fælles elementer i kompetencebehovene jf. afsnit 7.2.1 vurderer alle kommuner skal bygge på undervisning i sygdomslære omfattende de hyppigste somatiske og psykiatriske sygdomme, farmakologi omfattende de hyppigste anvendte lægemidler, administrationsformer mv., rehabiliterings-/træningsmetoder og forebyggende indsatser.

Kurserne suppleres helst med refleksioner over erfaringer fra praksis gennem sparring og vejledning. Et eksempel på et anvendt kursusforløb er, at social- og sundhedsassistenter deltager i et kursus, hvor de kan inddrage borgere kendt fra hverdagen som cases. Det betyder, at de dokumenterer på egne borgerforløb i kursusammenhæng, hvor der er mulighed for at få vejledning.

Udviklingen af kompetencen til kritisk refleksion kan ske gennem teoretisk undervisning i metoder suppleret med øvelser i praksis. Her søges at sammenkæde observationer, finde mønstre og vurdere alternativer støttet op af organiseret feedback og supervision.

Tilsvarende undervises i metoderne til at vurdere borgernes tilstand og behov. Det understøttes af den daglige praksis, hvor metoderne anvendes løbende.

7.4 Delkonklusion

Analysen af kompetencebehov for social- og sundhedsassistenter viser følgende.

Social- og sundhedsassistenter agerer i forskellige roller (A-E), der kan defineres ud fra dels opgavetyper; sygepleje ved grundlæggende, avancerede og komplekse sygeplejebehov samt praktisk bistand – og dels forudsigelighed i sygeplejen; høj og lav.

Der er fælles elementer i alle roller, og derudover er de profileret lidt forskelligt.

Det forventes, at alle social- og sundhedsassistenter kan varetage sygepleje ved grundlæggende og nogle avancerede sygeplejebehov ved borgere med høj forudsigelighed, andre skal kunne varetage sygepleje både ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov, og atter andre desuden nogle opgaver ved komplekse sygeplejebehov. Endelig forventes nogle social- og sundhedsassistenter at kunne varetage tilsvarende sygepleje ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov hos borgere med lav forudsigelighed.

Til de fem roller knytter sig nogle fælles kompetencebehov, der kan sammenfattes således, at:

- observere, vurdere og handle på (ændringer i) symptomer på almindeligt forekommende sygdomme og behandlings virkninger set i forhold til borgeres hidtidige tilstand og funktionsevne
- reflektere over egen og andres praksis, vurdere alternativer og handle derpå
- reflektere over, forstå egne roller, være bevidste om skifte i roller og agere i henhold hertil internt i den kommunale organisation og med samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen
- kommunikere professionelt med borgere og pårørende samt andre fagprofessionelle
- forberede sig på løbende at skulle lære nyt som følge af de skiftende opgavetyper og sammenhænge, de skal varetages i

Der er et stort sammenfald med hensyn til de fem rollers grundlæggende kompetencebehov, når det gælder kliniske, organisatoriske og kvalitetsforbedringskompetencer – og herunder viden, holdninger og kritisk refleksion samt kommunikation.

Der er dog også nogle mere specifikke kompetencebehov, hvor det kan fremdrages, at social- og sundhedsassistenter til rollerne med opgaver karakteriseret ved høj forudsigelighed (A, B og C) særligt har behov for kompetencer inden for kliniske og kommunikative metoder til at arbejde forebyggende, rehabiliterende og tidligt opsporende. Social- og sundhedsassistenter til rollerne med opgaver karakteriseret ved lav forudsigelighed (D og E), har særligt behov for kompetencer til vurdering af borgere med flere samtidige og komplekse symptombilleder og sygeplejebehov. Endelig har social- og sundhedsassistenter til roller med højest opgavekompleksitet (C og E) særligt behov for kompetencer til gradvist at varetage andre avancerede/komplekse sygeplejeopgaver, herunder sundhedspædagogiske og behandlingsrelaterede.

Nogle kompetenceudviklingstiltag initieres oppefra fx som led en ny politisk strategi – andre nedefra ud fra daglige lederes vurderinger af, hvad praksis har brug for. Generelt er det vanskeligt på niveauerne over de daglige ledere at få overblik over social- og sundhedsassistenternes respektive kompetencer og -udviklingsbehov.

Den anvendte læringsarena afhænger primært af, om mange social- og sundhedsassistenter på kort tid skal kompetenceudvikles, om opgaven overstiger organisationens kapacitet, og om der er et særligt hensyn at tage til at opnå en uensartet praksis. I bekræftende valg foretrækkes ekstern kompetenceudvikling.

Intern kompetenceudvikling med uddannelse på arbejdspladsen (side-mandsoplæring, møder med borgerrettet fokus, dialog med kolleger og eksterne fagpersoner samt korte undervisningsseancer) tillægges en stor rolle med et hurtigt omsætteligt sigte og særligt, når det er relevant for få eller afgrænsede personalegrupper, det kan indpasses i hverdagen, og der umiddelbart er en underviser tilgængelig.

De fælles elementer i kompetencerne til de fem roller bygger overvejende på grunduddannelser og ekstern kompetenceudvikling, mens kompetencerne til andre avancerede og komplekse sygeplejeopgaver ofte erhverves via intern kompetenceudvikling.

Det er Implements vurdering, at de beskrevne roller, kompetencebehov og anvendte læringsarenaer i store træk kan genfindes i kommunerne landet over. Dog med mindre variationer mellem kommuner og over tid, der følger med forskelle i befolkningssammensætning, rekrutteringsmuligheder og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

8. KONKLUSION

Den gennemførte **foranalyse** viser 11 generelle udviklingstendenser, der påvirker opgaveløsningen i dag i relation til ældre medicinske borgere og formodes at gøre det også i de næstfølgende år. Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenterens jobområde og kompetencekrav er dog ikke entydige, og nogle tendenser kan modvirke hinanden.

De stærkeste aftryk følger af de kendsgerninger, at der i de kommende år vil ses fortsatte ændringer i den demografiske sammensætning, og at flere borgere overlever og lever med flere sygdomme. Øvrige tendenser som fx kortere sygehusforløb og opgaveoverdragelse mellem sektorer, øget borgerinddragelse og kommunale akutfunktioner er påvirkelige af nye (politiske) beslutninger centralt og lokalt, eller de kan afløses af andre mere markante drivkræfter bag samfundsudviklingen.

Den **nærmere analyse** i udvalgte kommuner af centrale udviklingstendensers samspil viser betydningen for social- og sundhedsassistenterens jobområde, jobfunktioner og kompetencebehov. Der pågår en betydelig udvikling i det nære sundhedsvæsen og kommunerne, når der fokuseres på ældre medicinske borgere i hjemme(syge)plejen. Det har haft og ventes i de næste år fortsat at få stor betydning for social- og sundhedsassistenterens jobområde, jobfunktioner og kompetencebehov.

Jobområdet er præget af stor sygelighed blandt borgerne, og hjemme(syge)plejens varetagelse af og involvering i stadig flere behandlingsrelaterede opgaver. Som følge heraf er typerne af arbejdspladser i dag kun i begrænset omfang styrende for, hvilke sygeplejebehov og -opgaver social- og sundhedsassistenterne kan forventes at møde. Der er tale om et meget differentieret jobområde og opgavebillede som udgangspunkt for jobfunktionerne.

Jobfunktionerne er generelt bestemt af tre faktorer: borgerkompleksitet, forudsigelighed af sygeplejen og afstand til tværfaglig back up. Mindre betydning har borgernes respektive sygdomme, fordi den generelle tilgang til sygeplejen fokuserer på fællestræk blandt ældre medicinske borgere med multisygdom og funktionsevnededsættelse, snarere end den er sygdomsorienteret.

Dog er der målgrupper som fx socialt udsatte borgere, borgere med demens, med medfødte og erhvervede hjerneskader samt borgere i palliative forløb, som har en vis men ikke en stærk betydning for social- og sundhedsassistenterens jobfunktioner. Social- og sundhedsassistenter kan møde mange forskellige opgavetyper med kortere eller længere mellemrum, eftersom der ikke er en meget tæt sammenhæng mellem arbejdspladstyper og jobfunktioner.

Opgaverne omfatter for alle social- sundhedsassistenter kendte opgaver inden for sygepleje ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov samt praktisk bistand. Andre kliniske opgaver (inklusive ved komplekse sygeplejebehov) udbredes gradvist og introduceres for nogle (ofte få) social- og sundhedsassistenter ad gangen. Fælles er en tværgående og integreret opgave med at vurdere og handle på eventuelle (forværrede) sygdomstegn. Også et større omfang af administrative opgaver følger af, at forløbskoordinering og klinisk dokumentation udbredes.

Samlet set er jobfunktionerne vanskeligt afgrænselige. Groft sagt skal alle social- og sundhedsassistenter agere afhængigt af den konkrete situation, der gives af borgeren, egne forudsætninger og den organisatoriske sammenhæng.

Kommunerne har etableret social- og sundhedsassistenter i specialfunktioner – fx nøglepersoner inden for demens – med en tendens i retning af, at der etableres flere af disse funktioner i de større kommuner.

Kompetencebehovet hænger sammen med, at social- og sundhedsassistenter agerer i forskellige roller, der kan defineres ud fra dels opgavetyper; sygepleje ved grundlæggende sygeplejebehov, ved avancerede og komplekse sygeplejebehov samt praktisk bistand – og dels forudsigelighed i sygeplejen; høj og lav. Der er et stort sammenfald af fælles elementer i alle roller, som derudover er profileret lidt forskelligt. Det forventes, at alle social- og sundhedsassistenter kan varetage sygepleje ved grundlæggende og nogle avancerede sygeplejebehov ved borgere med høj forudsigelighed, andre skal kunne varetage sygepleje både ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov, og atter andre desuden ved nogle komplekse sygeplejebehov. Endelig forventes nogle social- og sundhedsassistenter at kunne varetage tilsvarende sygepleje ved grundlæggende og avancerede sygeplejebehov hos borgere med lav forudsigelighed.

Det er desuden væsentligt, at social- og sundhedsassistenter kan:

- observere, vurdere og handle på (ændringer i) symptomer på almindeligt forekommende sygdomme og behandlings virkninger set i forhold til borgeres hidtidige tilstand og funktionsevne
- reflektere over egen og andres praksis, vurdere alternativer og handle derpå
- reflektere over, forstå egne roller, være bevidste om skifte i roller og agere i henhold hertil internt i den kommunale organisation og med samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen
- kommunikere professionelt med borgere og pårørende samt andre fagprofessionelle
- forberede sig på løbende at skulle lære nyt som følge af de skiftende opgavetyper og sammenhænge, de skal varetages i

Der er dog også nogle mere specifikke kompetencebehov knyttet til rollerne med opgaver karakteriseret ved henholdsvis høj og lav forudsigelighed samt til rollerne med opgaver, der har højest opgavekompleksitet.

Nogle kompetenceudviklingstiltag initieres oppefra fx som led en ny politisk strategi – andre nedefra ud fra daglige lederes vurderinger af, hvad praksis har brug for. Generelt er det vanskeligt på niveauerne over de daglige ledere at få overblik over social- og sundhedsassistenternes respektive kompetencer og -udviklingsbehov.

De forskelligartede opgaver hos den uhomogene gruppe af ældre medicinske borgere betyder, at social- og sundhedsassistenter skal være forberedte på at lære nyt i læringssituationer før, under og efter borgerkontakt.

Den anvendte læringsarena afhænger primært af, om mange social- og sundhedsassistenter på kort tid skal kompetenceudvikles, om opgaven

overstiger organisationens kapacitet, og om der er et særligt hensyn at tage til at opnå en uensartet praksis. I bekræftende valg foretrækkes ekstern kompetenceudvikling.

Intern kompetenceudvikling med uddannelse på arbejdspladsen (side-
mandsoplæring, møder med borgerrettet fokus, dialog med kolleger og
eksterne fagpersoner samt korte undervisningsseancer) tillægges en
stor rolle med et hurtigt omsætteligt sigte og særligt, når det er relevant
for få eller afgrænsede personalegrupper, det kan indpasses i hverda-
gen, og der umiddelbart er en underviser tilgængelig.

Ekstern kompetenceudvikling anvendes særligt til de fælles elementer i
kompetencerne til de fem roller, som bygger oven på grunduddannel-
serne.

Kompetencerne til – for nogle – nye avancerede og komplekse sygeple-
jeopgaver erhverves ofte via intern kompetenceudvikling.

BILAG 1. SPØRGERAMME

Interviewene gennemføres med udgangspunkt i spørgeguiden og kompetencemodellen samt interviewdeltagernes funktion og viden. Hvilke temaer og omfanget af spørgsmål inden for de forskellige afhænger således af, hvad deltagerne har bedst forudsætninger for at besvare. Udsagnene søges bekræftet og nuanceret ved opfølgende spørgsmål. Det vil sige, at 'overordnede spørgsmål' forventes overvejende (men ikke udelukkende) at indgå i interviews med personer i lederfunktioner og modsat med hensyn til personer i udførende funktioner.

Overordnede spørgsmål

Belysning af social- og sundhedsassistenteres jobområde, jobfunktioner, kompetencebehov og uddannelse på arbejdspladsen knyttet til sygeplejen af ældre medicinske borgere:

1. Hvordan er arbejdet i relation til ældre medicinske borgere organiseret i hjemme(syge)plejen og akutfunktioner?
2. Er der social- og sundhedsassistenter i plejen af ældre medicinske borgere?
3. Hvordan forventes udviklingen at blive for social- og sundhedsassistenteres jobområde, jobfunktion og kompetencebehov i de næste år?
4. Hvordan er det nuværende niveau blandt social- og sundhedsassistenterne med hensyn til kliniske, organisatoriske og kvalitetsforbedringskompetencer?
5. Hvilke kompetencer skal ændres i de næste år?
6. Skal 'nogle få', 'flere' eller 'alle' social- og sundhedsassistenter have nye kompetencer, hvad angår roller og funktioner?
7. Skal de ændrede opgaver og prioriteringer håndteres ved hjælp af et generelt løft i funktionen eller ad hoc-delegering?
8. Hvilke forhold har betydning for social- og sundhedsassistenternes rolle og andel i kompetencesammensætningen?
9. Hvad er gabet mellem det nuværende kompetenceniveau og det forventede behov?
10. Hvordan kan kompetencebehovet dækkes?
11. Hvilken uddannelse skal ske på arbejdspladsen?

Spørgsmål vedrørende specifikke kompetencebehov

Belysning af social- og sundhedsassistenternes opgaver, rammer, og hvad de skal kunne:

1. Hvilke forskellige grupper af ældre medicinske borgere er der mere præcist tale om:
 - Hvilke typiske funktionsevnenedsættelser (helbredstilstande og sygeplejebehov)?
 - Hvilke typiske sygdomme og symptomer?
 - Hvilke typiske behandlinger?
2. Hvilke nye plejesituationer og rammer skal social- og sundhedsassistenterne indgå i?
3. Hvordan vil opgaverne blive ændret, så de i højere grad får et rehabiliterende formål?
4. Hvordan vil opgaverne blive ændret, så de i højere grad kan imødekomme borgernes præferencer?
5. Hvilke nye opgaver følger for social- og sundhedsassistenter (fx observation, sygepleje, rehabilitering, formidling, planlægning osv.)?
6. Hvad er social- og sundhedsassistenternes nye rolle i løbende forbedring af indsatser og arbejdsgange?
7. Hvordan vil social- og sundhedsassistenternes opgaver blive ændret med hensyn til samarbejde med andre faggrupper, andre dele af organisationen og andre sektorer?

BILAG 2. FORANALYSE: HOVEDTRÆK I UDVIKLINGEN AF SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTERS JOBOMRÅDE OG KOMPETENCEBEHOV

1. FORMÅL

EPOS er som udvalg for efteruddannelser for blandt andet social- og sundhedsområdet ansvarlige for at udvikle og iværksætte efteruddannelses tilbud, der svarer til de behov, som arbejdsgivere og arbejdstagere oplever.

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen er i fuld gang og ikke mindst influeret af de nye nationale krav til kommunale akutfunktioner. Samtidig udskriver sygehusene patienterne – og ikke mindst de, der under ét betegnes "ældre medicinske patienter"³ – stadig tidligere med den konsekvens, at der ofte påhviler en krævende og ofte kompleks sygeplejeopgave for kommunerne efter en sygehusindlæggelse – eller som alternativ til en indlæggelse.

Den kommunale opgave ændres også på grund af den demografiske udvikling, der betyder en markant stigning i antallet af ældre medicinske patienter/borgere med behov for nye typer af bistand og støtte (eller under andre omstændigheder), herunder ikke mindst til borgere, som lever med og efter kritiske sygdomme som kræft, hjertesygdom osv. samtidig med et kompliceret billede af kroniske sygdomme. Med andre ord præger den multisyge ældre borger i stigende grad opgaverne i den kommunale sygepleje.

Der ses således en potentiel udvikling i jobfunktionerne og i kompetencebehovene hos social- og sundhedsassistenterne i kommunerne og særligt på akutfunktioner, på midlertidige pladser og i hjemmesygeplejen generelt.

I dette notat beskrives i hovedtræk en række af de generelle udviklingstendenser, der påvirker opgaveløsningen allerede i dag og formodes at gøre det også i de kommende år.

De beskrevne udviklingstendenser bygger på en gennemgang af analyser, rapporter, politiske oplæg og udredninger mv. fra blandt andre KL, Sundheds- og Ældreministeriet og forskningsinstitutioner, og de udvalgte tendenser er efterfølgende kvalificeret i dialog med kommunale repræsentanter. En forudsigtelse af tendenser og deres betydning er dog grundlæggende forbundet med en vis usikkerhed. Konkret i denne sammenhæng kan udviklingen tage en anden retning, når det gælder den fremtidige opgavefordeling mellem kommuner, regioner og praksissektor i lyset af regeringens ventede udspil til ny struktur på sundhedsområdet inklusiv det nære sundhedsvæsen.

³ Ældre medicinske patienter er karakteriseret ved høj alder og flere af følgende faktorer: svær sygdom, flere samtidige sygdomme, forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicinering, aleneboende og/eller svagt socialt netværk, behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse (Sundhedsstyrelsen, 2016a).

I forlængelse af nærværende notat gennemføres en nærmere analyse af centrale udviklingstendensers samspil og mulige betydninger for social- og sundhedsassistenters jobområde og kompetencebehov i kommunerne, der kan indgå i grundlaget for udviklingen af målrettede efteruddannelses tilbud.

2. UDVIKLINGSTENDENSERNES BETYDNING FOR SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTERS JOBFUNKTION OG KOMPETENCEBEHOV

I det følgende gennemgås udviklingstendenserne i hovedtræk og enkeltvis, og der gives en vurdering af, hvordan den pågældende tendens generelt kan forventes at påvirke jobfunktionerne og efteruddannelsesbehovet blandt social- og sundhedsassistenter. Disse konsekvenser er dog ikke entydige, og nogle tendenser kan modvirke hinanden.

2.1 Fortsatte ændringer i den demografiske sammensætning

I de kommende 20-30 år vil der komme en markant stigning i både antallet og andelen af ældre borgere. Det kan muligvis give en dobbelteffekt, idet det samlede behov for sundhedsydelser kan øges i takt med, at der kommer flere ældre i den udstrækning, at det medfører flere behandlingskrævende leveår, samtidig med, at der vil være relativt færre borgere i den erhvervsaktive alder til at finansiere disse sundhedsydelser. En undersøgelse fra KORA viser, at der i år 2000 var 4,3 borgere mellem 18 og 64 år for hver borger, der var over 65 år (KORA, 2017), mens det i 2016 var reduceret til 3,2 borgere – og udviklingen forventes at fortsætte de næste 20 år. Denne udvikling vil stille stadigt større krav til effektivitet og kvalitet i sygepleje- og rehabiliteringsindsatserne i kommunerne. Implementationsanalyser udarbejdet i samarbejde med en række regioner og kommuner viser, at flere sunde leveår uden funktionsnedsættelse ikke fuldt ud kompenserer for udviklingen, men den alene parallelforskyder konsekvenserne nogle få år⁴.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde vil, som følge af stigende krav til effektiviteten af sygepleje- og rehabiliteringsindsatserne, kunne medføre mindre tid til direkte borgerkontakt ('ATA-tid') med den enkelte. Samtidig kan det relativt lavere arbejdsudbud medvirke til, at en større del af de komplekse opgaver tilfalder social- og sundhedsassistenterne, da udbuddet af sygeplejersker ikke alene kan forventes at imødegå behovet. Givet at der kan uddannes og rekrutteres tilstrækkeligt med social- og sundhedsassistenter.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne ligger delvist i en generelt stigende faglighed til øget kompleksitet i sygeplejen – i tråd med effekterne af kortere sygehusforløb, flere mennesker med flere samtidig sygdomme mv. – samtidig med, at der vil være et endnu større fokus på omkostningseffektive og arbejdskraftbesparende

⁴ Implement i samarbejde med blandt andet Halsnæs Kommune, Helsingør Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune, 2016-2017.

teknologier og tilgange, jf. også udviklingstendenserne inden for rehabilitering og velfærdsteknologi. Det skal man kunne forholde sig til og agere i samtidig med at udvise den forventede omsorg.

2.2 Flere borgere overlever og lever med flere sygdomme

Med befolkningens stadigt stigende levetid og de stadigt bedre behandlingsmuligheder (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017; KORA, 2017), vil der også være et stigende antal mennesker, der lever med kroniske og/eller følger af alvorlige sygdomme. Det må formodes, at det vil medføre flere behandlingsrelaterede aspekter af opgaverne i de kommunale sygeplejeopgaver.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde vil særligt påvirkes på den måde, at multisygdom og senfølger efter behandling af alvorlige sygdomme i stigende grad vil være en præmis, der er gældende for en stor del af de borgere, som social- og sundhedsassistenterne nu og i fremtiden skal udøve sygepleje til. Det vil med andre ord fylde en større del af den samlede sygeplejeopgave, og der kan følge en større kompleksitet og specialisering i opgaverne.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne vil sandsynligvis indebære et tættere samarbejde med sygeplejefaglige specialister og eventuelt en øget specialisering blandt social- og sundhedsassistenter. Det indebærer samtidig et behov for at kunne observere og beskrive tegn på sygdom og behandlings virkninger/bivirkninger, som specialister skal aktiveres for at gå ind i. Det vil især forde en større sygdomsforståelse og medicinindsigt (som allerede ligger som et betydeligt fokusområde i den nye social- og sundhedsassistentuddannelse).

2.3 Kortere sygehusforløb og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Ifølge en analyse fra KL er den gennemsnitlige indlæggelsestid på det somatiske område faldet med 21 pct. fra 2008 til 2016 (KL, 2017). Patienterne – inklusiv den ældre medicinske patient – udskrives altså efter stadigt kortere sygehusindlæggelser, og denne tendens forventes at fortsætte og muligvis intensiveres med en forventet reduktion af sengekapaцитeten på sygehusene. Det betyder, at en del af sygeplejeopgaverne overdrages til kommunerne, hvoraf nogle opgaver i højere grad end de hidtidige vil være relateret til at stabilisere og udrede samt handle på komplekse behov. Udviklingen medfører formentlig, at stadig yngre patienter udskrives og med andre typer af behov som følge af anderledes sygehistorier og livssituationer.

Tilsvarende udvikling ses på det psykiatriske område, hvor flere borgere med større psykosociale udfordringer – eventuelt i kombination med fysiske problemstillinger – skal tages vare på i kommunalt regi. Det gælder blandt andet for at reducere den kortere levetid, som mennesker med psykiske lidelser generelt har (Sundhedsstyrelsen, 2018b).

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde af de kortere sygehusindlæggelser vil isoleret set sandsynligvis relatere sig til de stigende sygepleje- og behandlingsrelaterede opgaver, som vil

præge det kommunale sundhedsfaglige arbejde med stadig flere komplekse opgaver, herunder mere specialiserede kommunale indsatser og hjemtagning af ustabile borgere (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017). Det er sandsynligt, at en del af denne øgede kompleksitet også vil ændre/forskubbe dele af social- og sundhedsassistenternes jobområde i retning af en tungere sygeplejefaglig profil, om end flere af de specifikke instrumentelle indsatser som flyttes til kommunal regi (intravenøs medicinering, kemoterapi, dialyse mv.) med stor sandsynlighed vil blive placeret/forblive hos sygeplejerskerne i det omfang, der kan rekrutteres sygeplejersker til opgaverne (se også udviklingstendensen om den demografisk udvikling, afsnit 2.10).

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne som følge af denne udvikling afhænger af, hvordan arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenterne organiseres inden for den enkelte kommune og på det specifikke område. Generelt vil der forventeligt komme en stigning i "akutte" sygeplejeopgaver samtidig med, at den generelle behandlingsorientering vil fordrer et tæt samarbejde med sygeplejersker fra både kommune og sygehus samt øget samarbejde og kommunikation med læger. En væsentlig del af de mere komplekse opgaver, som følger af denne udvikling, vil sandsynligvis forblive hos (eller i endnu større grad overdrages til) sygeplejersker, men det må også forventes, at social- og sundhedsassistenternes samlede opgavemængde udvides. Dertil hører krav om sygdomsforståelse samt observation og vurdering/sortering med henblik på at advisere sygeplejersker (fx i akutfunktioner) og praktiserende læger eller kommunalt tilknyttede (sygehus)læger.

2.4 Tværsektorielt samarbejde og sammenhængende borger-/patientforløb

En udtalt forventning fra såvel politisk, faglig og brugerside gennem flere år har været, at den enkelte indsats ikke må planlægges isoleret fra øvrige indsatser men skal ses i sammenhæng med et bredere borger-/patientforløb. I det seneste udspil fra regeringen, Danske Regioner og KL m.fl. ses der således en understregning af, at der forventes langt mere samarbejde inden for de enkelte sektorer og imellem sektorerne (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017). Det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet som nævnt ovenfor er et eksempel herpå, ligesom udviklingen af mere værdibaseret og sammenhængende styring samt nærhedsfinansiering kan ses som resultat af denne tendens.

Der er ikke tale om en ny tendens, idet blandt andet sundhedsaftalerne, der fulgte med strukturreformen i 2007 har skullet tilgodese netop dette formål, og der er udarbejdet forløbsprogrammer og -beskrivelser, gennemført talrige nationale puljeprojekter osv. (fx Implement, 2013) Der ses således fortsat nye initiativer, der skal trække i retning af at skabe mere sammenhæng, koordination og integration af indsatserne både på fagligt, indsatsniveau samt på organisatorisk niveau.

Det er forventningen, at social- og sundhedsassistenter i større udstrækning kan indgå i (komplekse) forløb sammen med blandt andet sygeplejersker og terapeuter, hvor koordination og tværfaglighed er en

nødvendig del af sygeplejeindsatsen (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017). Her beskrives det endvidere, at det forudsætter højere krav til konkrete kliniske kompetencer herunder kompetencer til at øge patientsikkerheden i komplekse- og sammenhængende forløb, hvor mange faggrupper bidrager til den samlede opgaveløsning.

Sundhedsstyrelsen beskriver i deres anbefalinger for tidlig opsporing i kommunerne ligeledes, at en forudsætning for tidlig opsporing, er, at der sikres et velfungerende tværfagligt samarbejde og inddragelse af de rette sundhedsfaglige kompetencer (Sundhedsstyrelsen, 2017). Det stiller altså krav til, at social- og sundhedsassistenterne kan indgå i de tværsektorielle og tværfaglige samarbejde med helhedsblik for borgernes forløb.

FOA peger i den forbindelse på, at social- og sundhedsassistenter vil være centrale i forløbskoordinationen (FOA, 2016).

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde er formentlig begrænsede på kort sigt, men der kan forventes et stigende pres på mere integrerede og sammenhængende indsatser med øget samarbejde på tværs af faggrupper, organisatoriske enheder og sektorer. For social- og sundhedsassistenter vil det kunne omfatte mere direkte kontakt og dialog om borgerne/patienterne med sygehusansat sygeplejepersonale end tilfældet er i dag, hvor der skal afstemmes og samarbejdes om tilrettelæggelsen af indsatserne i et samlet forløb. Et øget samspil indenfor det kommunale velfærdsområde inklusiv beskæftigelses- og socialområderne kan medføre nye samarbejdspartnere og aspekter af (rehabiliterings-)opgaver.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne vil i det lys i stigende grad forudsætte organisationsforståelse baseret på kendskab til de forskellige aktører, sektorer, indsatser og tilbud samt et stigende blik for effekten ikke blot af de enkelte indsatser i sygepleje og sygepleje samt rehabilitering, men også for hvordan de forskellige indsatser spiller sammen og påvirker hinanden.

2.5 Ændret kompetencesammensætning

Som en del af den øgede opgaveoverdragelse og stigende efterspørgsel efter øgede kompetencer til sygeplejeopgaverne, der blandt andet er knyttet til de øvrige beskrevne udviklingstendenser, foretager flere kommuner i disse år en gradvis omstilling til ansættelse af forholdsvis flere sygeplejersker og færre social- og sundhedshjælpere. Det har indirekte betydning for andelen af social- og sundhedsassistenter, ligesom det kan være et strategisk valg eller givet af rekrutteringsmuligheder, hvordan udviklingen skal være for social- og sundhedsassistenternes vedkommende. Imidlertid spiller det også ind, at det mange steder er vanskeligt at rekruttere social- og sundhedsassistenter, hvilket vanskeliggøres yderligere, når sygehusene også ansætter flere. Således er sammensætningen meget følsom for ændringer i rekrutteringsmuligheder mv., og udviklingen kan derfor have forskellige retninger fra kommune til kommune og over tid.

Ligeledes sker der en udvikling, hvor udvalgte opgaver og kompetencer søges hævet gennem særlige funktioner varetaget af sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassistenter fx med demensspecialister og en kommende specialsygeplejerske i borgernær sygepleje (Sundhedsstyrelsen 2018a).

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde vil sandsynligvis være en øget opgavebredde; det vil sige både mere komplekse sygeplejeopgaver og samtidig mere grundlæggende pleje på de områder, hvor hjælperstillingerne reduceres. Særligt i små kommuner/på små enheder ses det ofte, at sygeplejeopgaverne, som ikke kan fylde fuldtidsstillinger op blandt sygeplejersker, medfører, at sygeplejerskerne overtager flere af social- og sundhedsassistenternes opgaver fx som kontaktperson for borgerne. Små kommuner sammenlægger nogle af funktionerne, hvorfor den grundlæggende sygepleje og ansvaret for og andre sygepleje-/rehabiliterende opgaver overdrages til social- og sundhedsassistenterne.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne går i retning af både mere grundlæggende og mere komplekse sygepleje-/rehabiliterende opgaver. I takt med, at andelen af social- og sundhedshjælpere reduceres – i hjemmeplejen og især på midlertidige pladser – er det forventeligt, at social- og sundhedsassistenterne får et stadigt større ansvar for flere sygeplejeopgaver.

2.6 Akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens krav til kommunale akutfunktioner, som trådte i kraft 1. januar 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2017a), er mange kommuner i dag i gang med at opbygge nye og/eller videreudvikle eksisterende akutfunktioner.

Af KL's spørgeskemaundersøgelse vedrørende status på kommunernes sundhedsindsatser ses, at 79 pct. af kommunerne i september 2017 havde en akutfunktion med særlig sygeplejekompetence hele døgnet (KL, 2017). Af disse havde 81 pct. udgående akutteams, og 71 pct. havde akutpladser.

Der ses samtidig en stigning fra november 2016, hvor 44 pct. af kommunerne udelukkende havde sygeplejersker ansat i akutfunktionen til september 2017, hvor det samme var gældende for 55 pct. af kommunerne. Der er betydelige regionale forskelle i sammensætningen, hvilket sandsynligvis hænger tæt sammen med organiseringen af akutfunktionen i stationære og udgående tilbud med betydeligt lavere assistentbemanding – hvis nogen overhovedet – i de udgående teams. Se desuden bilag 2.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde af opbygningen af det kommunale akutområde vil givetvis medføre en stigning i antallet af akutte medicinske – og især akutte ældre medicinske – patienter varetaget alene i kommunalt regi og/eller i samarbejde med regionen. Det kan betyde, at en større andel af social- og sundhedsassistenternes opgaver vil omhandle akutte patienter og med et større samarbejde med sygeplejersker i akutfunktionerne. Det gælder opgaver for at bevare borgeren i kommunalt regi/undgå

sygehusindlæggelse og modtage mere syge og pleje-/behandlingskrævende borgere efter indlæggelse.

Det forventes ikke umiddelbart, at social- og sundhedsassistenterne inden for de nærmeste år vil varetage en central rolle i de udgående akutteams, da kerneopgaven her oftest indebærer at stå alene med komplekse og ustabile borgere. I de stationære tilbud vil social- og sundhedsassistenterne givetvis stadig udgøre kernen i basisplejen og i stigende grad i den mere komplekse/akutte sygepleje fremover. Det er forventningen, at kommunale akutpladser fremover vil begynde en bevægelse i retning af en bemanning og organisering som "mini-hospitaler" med døgn-dækket sygepleje og lettere adgang til lægefaglig kompetence. Med en samtidig reduktion i andelen af social- og sundhedshjælpere jf. ovenstående vil social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver derfor også omfatte et større ansvar for basis- og helhedspleje end i dag.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne som følge af opbygningen af kommunale akutfunktioner vil være sammenlignelige med kompetencekravene, der opstår som følge af kortere sygehusforløb; det vil sige en stigende behandlingsorientering, flere ustabile patienter og en central rolle med hensyn til at identificere og advisere ved tegn på forværring af borgernes tilstand.

2.7 Lokal og medarbejderinvolverende kvalitetsudvikling

Efter en længere periode med et akkrediteringsorienteret kvalitetsparadigme repræsenteret tydeligst ved Den Danske Kvalitetsmodel, er der med regeringens kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet udstukket en anden og mindre centralt styret tilgang til kvalitets- og forbedringsarbejdet (Sundheds- og ældreministeriet, Danske Regioner og KL, 2017). Programmet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen med fokus på de resultater, der har betydning for patienten.

Kvalitetsprogrammet er ikke et detaljeret og formaliseret koncept men skal udvikles og konkretiseres af de forskellige faggrupper og organisationer lokalt.

Der må forventes et vist sammenfald mellem lokale kvalitetsudviklings- og effektiviseringsstiltag, hvor organisationer og enheder lokalt udvælger og arbejder med påtrængende udviklingsområder. En del af disse vedrører afgrænsede og selvstændige fagområder, mens andre går på tværs af fag, enheder og sektorer.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde i den kommunale sektor er, at alle medarbejdere i højere grad end tidligere vil forventes at bidrage til løbende kvalitetsudvikling og forbedring af de borgerrettede indsatser. Herunder må jobfunktionen forventes at indebære mere konkret samarbejde med andre faggrupper i bestræbelserne på at skabe kvalitet og sammenhæng i borger- og patientforløb.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne må forventes at omfatte evner til at kunne reflektere kritisk over praksis sammen med andre, have kendskab til brug af kvalitetsforbedringsmetoder samt have organisationsforståelse og indsigt i/belysning af

borgerperspektivet (sidstnævnte behandles nedenfor). Ligeledes kræver det en forståelse af egen rolle som værende vigtig for at præge udviklingen.

2.8 Borger- og pårørendeinddragelse

I de senere år har der været en stigende opmærksomhed på, krav til og anerkendelse af værdien af borger- og pårørendeinddragelse, jf. blandt andet den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Det indebærer, at den enkelte ældre borger og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning, beslutning og fastlæggelse af mål, samt at forløbet i det hele taget skal tilrettelægges sammen med borgeren (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017).

Samtidig med den øgede opmærksomhed på borger- og pårørendeinddragelse sker der en betydelig udvikling i borgernes adgang til information og behandling, som styrkes af en "demokratisering af teknologi og viden", hvor sundhedsinformation i stigende grad vil være tilgængelig via internettet og følges af borgerne (KORA, 2017). Det medfører, at mange vil være meget velinformerede og dermed kan stille større krav til sundhedsvæsenets ydelser. Der vil dog være stor variation i, i hvilken udstrækning borgere og eventuelle pårørende har interesse i og forudsætninger for en aktiv deltagelse.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde vil formentlig handle om at skulle være forberedt i det daglige arbejde på, at borgerens præferencer i konkrete situationer kan forme prioriteringer og måder, hvorpå opgaverne skal udføres, anderledes end forventet. Dette vil kræve en vis fleksibilitet i planlægningen og argumentation for beslutningerne.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne vil af samme grund omhandle kompetencer til sagligt og systematisk at inddrage og at være i dialog med borgere og pårørende med et stigende videns- og forventningsniveau, herunder at vurdere borgerens vidensniveau og -behov (FOA, 2016). Der vil være behov for kompetencer til anvende en støttende og inddragende tilgang med mange borgere som værende mere aktive end hidtil. Det forudsætter kompetence til en systematisk inddragelse særligt på individuelt niveau (og i mindre grad på organisatorisk niveau). Det vil sige kompetencer til at involvere, spørge ind, afklare vidensbehov, informere og motivere er centrale i denne sammenhæng.

2.9 Forebyggelse og tidlig opsporing

Stigende fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af tegn på sygdom og funktionsevnetab har over en længere årrække været en af de mest markante udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Ud fra et borger-, sundhedsfagligt- og effektivitetsperspektiv følger det, at det kan være bedre at forebygge og at gribe tidligt ind end at kompensere og behandle (Sundhedsstyrelsen, 2017b). Alligevel har det erfaringsmæssigt været vanskeligt at foretage denne omstilling i kommunerne. Det skyldes primært, at sundhedsvæsenet i al almindelighed har været tilrettelagt med fokus på behandling og kompenserende indsatser, og at det har været vanskeligt samtidig at omprioritere de altid knappe ressourcer, når disse allerede har været i anvendelse til borgere med aktuelle behov.

I 2016 beskriver FOA, at 24 pct. af FOA's medlemmer i sundhedsvæsenet har fået tilført opgaver omfattende tidlig opsporing, og at der opleves et øget fokus på tidlig opsporing og forebyggende arbejde (FOA, 2016). Det kan derfor givetvis konstateres, at udviklingen pågår – og i stigende fart.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde vil sandsynligvis være præget af, at der som led i den daglige opgavevaretagelse skal være mere opmærksomhed på udviklingen i borgernes tilstande med en samtidig forventning om handlekompetence.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne vil indebære styrkede kompetencer til at identificere tegn på sygdom og kunne vurdere, hvilke fagligheder, der skal aktiveres i det tidlige sygdomsforløb/præ-sygdomsforløbet samt eventuelt hvilke øvrige aktiviteter/tilbud, der kan være relevante og sætte disse i værk. En af anbefalingerne fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er, at der er et behov for at styrke social- og sundhedsassistenters evne til at foretage, beskrive og reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom samt opfølgning herpå (Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2017). Det vil kræve en større sygdomsforståelse, viden til at anvende værktøjer og kompetence til at handle herpå.

2.10 Rehabiliterende opgaver

Der har over en længere årrække været et stigende fokus på potentialerne – fremmet af servicelovens krav om hverdagsrehabilitering – ved en rehabiliterende strategi i de kommunale indsatser til borgere i eget hjem og på døgnpladser (fx Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011; Implement, 2015). Dette fokus vil formentlig vedblive i de kommende år med et fortsat krav til at øge effekten af indsatserne og udvidelse af målgrupperne, der blandt andet følger af en stadigt større andel af ældre borgere, jf. afsnit 2.1.

Ligeledes er der i de senere år sket en udvikling med etablering af flere målgruppespecifikke, differentierede rehabiliteringstilbud, der er en forventning om fortsættes (Sundhedsstyrelsen, 2016b).

KL og Forhandlingsfællesskabet står bag konceptet "Det rehabiliterende møde", der er udviklet i regi af Viden på Tværs (KL og Forhandlingsfællesskabet, 2016). Heri beskrives, hvordan der kan afholdes et godt og

effektivt møde, hvor komplekse rehabiliteringsforløb koordineres på tværs af mange faggrupper.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde vil sandsynligvis indebære en fortsat udvikling i retning af indsatser og opgaver fra kompenserende til rehabiliterende/funktionsevneopbyggende indsatser. Det er meget muligt, at det vil give social- og sundhedsassistenter en meget central funktion i disse opgaver og eventuelt koblet i videre udstrækning til terapeuters trænings- og rehabiliteringsopgaver.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne vil omfatte øgede kompetencer til at indgå i tværfaglige samarbejder med blandt andre terapeuter og selvstændigt at kunne gennemføre (eller bidrage til) sammenhængende hverdagsrehabiliterende indsatser. Herudover vil nogle af de ovenfor nævnte kompetencer i forbindelse med tendensen til øget borger- og pårørendeinddragelse også være relevante, som fx motiverende og inddragende metoder som følge af de mere rehabiliterende og aktiverende strategier. Ligeledes skal formidles de faglige begrundelser for disse.

2.11 Velfærdsteknologi og digitalisering og dataanvendelse

En anden vedvarende udviklingstendens er den stadige udvikling men dog relativt langsommelige ibrugtagning og anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger.

Teknologien vil i stigende grad understøtte, at borgere kan blive længere tid i eget hjem og i nære omgivelser. En tendens, der i nogle tilfælde understøtter en bedre borgeroplevet kvalitet og mere effektivitet i indsatserne, hvilket er en forudsætning for at levere mere (eller blot den samme) sundhed for pengene. Denne tendens må forventes at blive fremskyndet af den demografiske udvikling, der fordrer mere effektive og mindre arbejdskraftkrævende indsatser.

Det forventes således en langt højere grad af selvmonitorering, telemedicin og virtuelle kontakter samt generelt mere teknologisk understøttede sundheds- og sygepleje. Den seneste nationale strategi for digitalisering på sundhedsvæsenet udpeger blandt andet denne retning tydeligt (Sundheds- og ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner og KL, 2018).

Ligeledes sker der udenfor den offentlige sektor en digital udvikling, som betyder, at mange borgere anskaffer sig apparater og programmer, som de (eller pårørende) har en forventning om, at det kommunale personale har indsigt i.

Konsekvenserne for social- og sundhedsassistenternes jobområde kan potentielt set være omfattende, men det er vanskeligt at have konkrete forventninger til, hvor hurtigt omstillingen til en langt mere teknologiunderstøttet opgaveløsning vil gå. Der er generelt set stor uenighed om, i hvor høj grad de nære sygeplejeopgaver i det hele taget kan overlægges på kortere sigt. Det synes dog at være relevant at fremhæve, at den teknologiske udvikling påvirker sociale- og sundhedsassistenters jobområde kontinuerligt, og at det omfatter anvendelse af nye teknologier, ændrede måder at kommunikere med borgere og

samarbejdspartnere samt at nogle af de mindre komplekse opgaver og rehabiliterende opgaver formentlig vil blive understøttet af velfærdsteknologi.

Kompetencekravene for social- og sundhedsassistenterne omfatter anvendelse af og vejledning af borgerne i brugen af nye teknologiske hjælpemidler og kommunikationsværktøjer. Hvis hastigheden øges, hvormed nye teknologer introduceres, eller der skal ske mere individuelle tilpasninger, der kan forudsætte mere udviklede teknologiske færdigheder end hidtil.

3. AFRUNDING

Ovenfor er som led i foranalysen beskrevet nogle centrale udviklingstendenser. Det er imidlertid ikke formålet at vise en udtømmende analyse, og ikke alle tendenser vil markere sig lige kraftigt og på samme måde i alle kommuner.

De stærkeste aftryk følger af de to førstnævnte; det vil sige de kendsgerninger, at der i de kommende år vil ses fortsatte ændringer i den demografiske sammensætning, og at flere borgere overlever og lever med flere sygdomme.

Øvrige tendenser er påvirkelige af nye (politiske) beslutninger centralt og lokalt, eller de kan afløses af andre mere markante drivkræfter bag samfundsudviklingen.

Betydningen af øvrige udviklingstendenser lægges til grund for analysen af udviklingen i jobfunktioner og efteruddannelsesbehov i udvalgte kommuner, der skal vise, hvordan tendenserne samlet forventes at slå igennem på kort sigt.

4. KILDEOVERSIGT

FOA: Et stærkt og nært sundhedsvæsen – FOAs 10 bud (2016).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet: Vejledning om kommunal rehabilitering (2011).

Implement: Tematisk evaluering – Forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme 2010 – 12 (2013).

Implement: Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade – med afsæt i evalueringen af ti kommunale puljeprojekter (2015).

KL og Forhandlingsfællesskabet: Det rehabiliterende møde: www.vpt.dk (2016).

KL: Udvikling i indlæggelsesvarighed for somatiske indlæggelser (2017).

KL: Dataindsamling om sundhedsområdet 2017 – Bemærkninger til tabeller (2018a).

KL: Status for kommunernes sundhedsindsatser (2018b).

KORA: Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen (2017).

Sundheds- og ældreministeriet, Danske Regioner og KL: Nationale mål for sundhedsvæsenet (2017).

Sundheds- og ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner og KL: Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle – Strategi for digital sundhed 2018-2022 (2018).

Sundheds- og Ældreministeriet: Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016 (2016).

Sundhedsstyrelsen: Styrket indsats for den ældre medicinske patient – Fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019 (2016a).

Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016b).

Sundhedsstyrelsen: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – Krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser (2017a).

Sundhedsstyrelsen: Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker – Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber (2017b).

Sundhedsstyrelsen. Rette kompetencer til rette opgaver – forslag til specialsygeplejeuddannelse målrettet kommuner og almen praksis (2018a).

Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling (2018b).

Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: Afrapportering (2017).

5. SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTER I AKUTFUNKTIONER

I nedenstående tabel ses andelen af social- og sundhedsassistenter i de kommunale akutfunktioner fordelt efter region per september 2017 (KL, 2017).

Tabel: Andelen af SOSU-assistenter i kommunale akutfunktioner fordelt på region i 2017

	0 pct.	25 pct.	50 pct.	75 pct.
Hovedstaden	57	5	29	10
Sjælland	70	30	0	0
Midtjylland	41	53	6	5
Nordjylland	67	11	22	10
Syddanmark	56	31	13	0

Kilder: KL, 2018a; KL, 2018b

Der kan altså identificeres betydelige regionale forskelle i sammensætningerne af det sundhedsfaglige personale i de kommunale akutfunktioner, med region Sjælland som havende en lav andel social- og sundhedsassistenter ansat i akutfunktionerne og Region Hovedstaden havende er meget betydelig andel social- og sundhedsassistenter i akutfunktionerne. Dette hænger sandsynligvis tæt sammen med organiseringen af akutfunktionen i stationære og udgående tilbud, med betydeligt lavere assistentbemanding – hvis nogen overhovedet – i de udgående teams.