

Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne

En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området



Sidsel Vinge & Emmy Hjort-Enemark Topholm

Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-882-9

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301622

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Ældreområdet er i stigende grad til debat i Danmark, ikke mindst grundet et stigende antal ældre og omfattende rekrutteringsudfordringer blandt social- og sundhedsmedarbejdere. Samtidig findes der begrænset viden om social- og sundhedsmedarbejdere, og deres opgaver, perspektiv og kompetencer fylder ikke meget i debatten på området.

FOA og KL har derfor bedt VIVE undersøge social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenteres opgaver og kompetencer i den kommunale hjemmepleje og på plejehjem. Det har resulteret i denne rapport, der beskriver udviklingen i rammerne omkring social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde såvel som deres egne perspektiver herpå.

VIVE ønsker at takke de 10 kommuner, der har deltaget i undersøgelsen. Ikke mindst de social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og ledere, der har deltaget i interview, samt de medarbejdere, der har bidraget med at levere data og dokumenter.

Analysen er gennemført af projektchef Sidsel Vinge og analytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm og er kvalitetssikret af projektchef i VIVE Sundhed Pia Kürstein Kjellberg. Rapporten har desuden været i eksternt review hos Bente Martinsen, lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet samt Charlotte Gjørup, Sundheds- og ældrechef i Horsens Kommune, som VIVE ønsker at takke for gode kommentarer og bidrag til rapporten.

Rapporten er omfattende læsning, men vi håber, at dens analyser kan bidrage til at skabe mere praksisnær viden om social- og sundhedsmedarbejdernes hverdag, fag og ikke mindst deres kernefaglighed. Men også at give et konkret og detaljeret indblik i udviklingen af de rammer, der er omkring disse fag og dermed i sidste ende den enkelte medarbejders møde med den enkelte borger. På den baggrund er det også forhåbningen, at rapporten kan bidrage til at nuancere og præcisere debatten om social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenteres forskellige uddannelser og opgaver blandt forskere, praktikere og beslutningstagere.

God læselyst!

Pia Kürstein Kjellberg
Projektchef i VIVE Sundhed
2021

Indhold

Sammenfatning.....	5
1 Indledning og formål	11
1.1 Læsevejledning.....	12
2 Udviklingen på sundheds- og ældreområdet.....	14
2.1 Udviklingen i borgernes alder og sundhedstilstand	14
2.2 Udviklingen i sundhedsvæsenet.....	15
2.3 Udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne	18
2.4 Udviklingen i udbuddet af arbejdskraft og rekrutterings-udfordringer.....	21
2.5 Opsamling: Udviklingen på sundheds- og ældreområdet.....	30
3 Udviklingen i regler og rammer på sundheds- og ældreområdet	32
3.1 Serviceloven og social- og sundhedsmedarbejderes arbejde	32
3.2 Sundhedsloven og social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde.....	36
3.3 Fælles Sprog III og dokumentation.....	40
3.4 Opsamling: Udvikling i regler og rammer på området	41
4 Fordeling af opgaver på medarbejdergrupper	44
4.1 Medarbejdergrupperne i kvantitativ belysning	44
4.2 Kvantitativ belysning af fordeling af opgaver	46
4.3 Fordeling af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper i praksis.....	51
4.4 Opsamling: Fordeling af opgaver på medarbejdergrupper.....	60
5 Medarbejdernes perspektiv	63
5.1 Kernefaglighed på tværs af social- og sundhedsfagene	63
5.2 Medarbejdernes oplevelse af udviklingen i opgaverne.....	85
5.3 Medarbejdernes oplevelse af udvikling i samarbejdet med sygeplejersker og læger	98
5.4 Medarbejdernes oplevelse af udvikling i rammer omkring opgaverne	102
5.5 Medarbejdernes og ledernes oplevelse af kompetence- og jobudvikling i praksis.....	108
5.6 Medarbejdernes oplevelse af deres fags omdømme og fremtid	117
5.7 Opsamling: Medarbejdernes perspektiv	124
6 Konklusion	127
7 Perspektivering	131
Litteratur.....	135
Bilag 1 Metode og datagrundlag	140
Bilag 2 Udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne.....	145
Bilag 3 Fælles Sprog III	164
Bilag 4 Fordeling af ydelser i tre case-kommuner	168
Bilag 5 Eksempler på kompetenceskemaer	180

Sammenfatning

Formålet med denne rapport er at skabe et detaljeret, nuanceret og konkret billede af social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde i den kommunale hjemmepleje og på plejehjem, herunder deres opgaver og kompetencer samt rammerne for deres arbejde.

Rapporten rummer fire analytiske kapitler, og i denne sammenfatning præsenteres kort rapportens metodiske og empiriske grundlag og dernæst hovedresultaterne af kapitlerne 2-5.

Rapportens metode, jf. Bilag 1

10 kommuner har deltaget i undersøgelsen, som trækker på flere forskellige datakilder:

- Dokumenter fra alle 10 kommuner, fx ydelseskataloger, kvalitetsstandarder og særligt kommunernes kompetenceskemaer, der beskriver fordelingen af opgaver på faggrupper i den enkelte kommune
- Kvantitative data om antallet af medarbejdere fordelt på forskellige områder (6 kommuner har kunnet levere disse data) og aktivitetsdata fra kommunernes omsorgssystemer (3 kommuner har kunnet levere disse data)
- Gruppeinterview med i alt 37 social- og sundhedsmedarbejdere og individuelle interview med 11 ledere fra alle 10 kommuner.

Udviklingen på sundheds- og ældreområdet, jf. kapitel 2

Analysen beskriver de primære udviklingstendenser, som har betydning for hjælpere og assistenters opgaver og kompetencer. Antallet af ældre borgere stiger, flere har kroniske sygdomme og ofte flere på samme tid, mens andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, og det gennemsnitlige antal timer, hver borger får hjemmehjælp, falder. Udviklingen i sygehusvæsenet har også betydning for opgaveløsningen på det kommunale sundheds- og ældreområde, der får nye opgaver og mere komplekse borgere. Sideløbende er der sket et paradigmeskifte på området fra at yde kompenserende til rehabiliterende hjælp.

Social- og sundhedsuddannelserne blev oprettet i 1991 på grund af behov for generelle kompetencer på området og var frem til 2017 modulopbygget, således at assistenter først skulle uddannes til hjælper. Udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne har siden da haft til formål at imødekomme ændrede kompetencekrav og følge udviklingen i det samlede sundhedsvæsen. Opbygningen har ændret sig markant, og i 2017 blev uddannelserne adskilt i to selvstændige uddannelser, der skal give begge uddannelser en tydeligere profilering. Hjælperuddannelsen retter sig i dag mod pleje og omsorg med fokus på rehabilitering og opgaver under serviceloven. Assistentuddannelsen retter sig mod grundlæggende og klinisk sygepleje i komplekse borgerforløb, tværprofessionelt samarbejde og til som autoriserede sundhedspersoner selvstændigt at kunne løse opgaver, der primært ligger under sundhedsloven. Det faglige niveau er også blevet højere, og varigheden af uddannelserne er forlænget. Hjælperuddannelsen er forlænget fra 2 år til 2 år og 2 måneder, og assistentuddannelsen fra 3 år og 5 måneder til 3 år, 9 måneder og 3 uger.

Ændringer i uddannelserne har også haft til formål at imødekomme de omfattende og vedvarende rekrutteringsudfordringer, som det kommunale sundheds- og ældreområde er præget af, trods en vækst på 75 % i antallet af assistenter siden strukturreformen i 2007. Rekrutteringsudfordringerne påvirkes af en øget demografisk drevet efterspørgsel efter medarbejdere, såvel som et stort antal fratrædelser inden for ganske få år, en faldende beskæftigelsesgrad

blandt social- og sundhedsmedarbejdere, hvor langt størstedelen er ansat i deltidsstillinger, samt en faldende tilgang til social- og sundhedsuddannelserne i perioden 2013-2019 på 14 %.

Udviklingen i regler og rammer på sundheds- og ældreområdet, jf. kapitel 3

Denne analyse omhandler udviklingen i regler og rammer for social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde i forhold til både service- og sundhedsloven. Fokus er på de relevante paragraffer i serviceloven, som danner grundlag for varig hjemmepleje (§ 83), korterevarende rehabiliteringsforløb (§ 83a), og i mindre grad aflastning og midlertidige ophold (§ 84) samt træning (§ 86). Og på sundhedslovsopgaverne (§ 138) om hjemmesygepleje. Langt de fleste af social- og sundhedsmedarbejdernes opgaver ligger inden for § 83 og 83a.

Kommunerne skal politisk fastlægge et lokalt serviceniveau på servicelovsområdet, og det gøres via kommunale kvalitetsstandarder, der beskriver, hvilken hjælp en borger i en given situation kan forvente at få. Men kommunerne skal også sikre, at modtagere af varig hjemmepleje kan vælge mellem flere leverandører, hvoraf mindst én skal være privat (frit valg). Desuden har borgerne ret til en skriftlig afgørelse truffet på baggrund af en individuel vurdering, når der er tale om hjælp efter serviceloven. Derfor har kommunerne en særskilt myndighedsopgave, der består i at foretage den individuelle vurdering og træffe en skriftlig afgørelse om tildeling af hjælp efter serviceloven i henhold til serviceniveauet i kommunens kvalitetsstandarder. Denne myndighedsopgave skal holdes adskilt fra udføreropgaven, hvor borgerne skal kunne vælge mellem mindst to leverandører. Dette regelsæt har dermed konsekvenser for de udførende social- og sundhedsmedarbejdere i kommunerne og den rolle, de har som *udførere* eller leverandører i borgernes forløb, og som er adskilt fra *bestillerne* i myndighedsfunktionen (BUM-modellen).

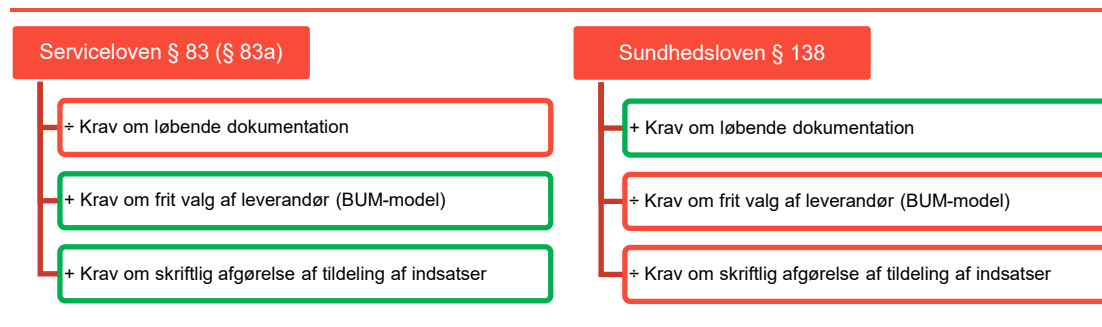
På sundhedslovsområdet er rammerne ganske anderledes. Her er § 138 om hjemmesygepleje den centrale. Historisk har sygeplejeydelserne været forbeholdt autoriserede kommunalt ansatte sygeplejersker, men løbende deregulering og decentralisering har gjort det muligt at lade andre medarbejdere deltage i leveringen af sygepleje – ikke mindst social- og sundhedsmedarbejdere. Vurderingen af, hvordan sygeplejeydelser skal fordeles på de enkelte medarbejdere og faggrupper, foretages lokalt i kommunerne som led i den *decentrale kompetencevurdering*. Desuden udføres en del af sygeplejen i kommunerne efter *delegation* fra en (oftest praktiserende) læge, hvilket ikke er tilfældet for de plejeopgaver, der løses efter serviceloven. Under sundhedsloven er der ikke krav om nogen form for skiftlig afgørelse, men til gengæld stilles der højere krav til dokumentationen af selve indsatserne – ligesom til alle andre ydelser og indsatser under sundhedsloven i alle sektorer.

Alle kommuner skal anvende den fælleskommunale dokumentationsstandard Fælles Sprog III i deres dokumentation. Disse fælles standarder dækker de indsatser, social- og sundhedsmedarbejdere leverer efter service- og sundhedsloven. De to forskellige lovgivninger stiller forskellige krav til dokumentationen af indsatser hos borgerne.

En væsentlig pointe i denne forbindelse er, at sygeplejen – også kaldet sundhedslovsydelserne – reguleres og organiseres meget forskelligt i det kommunale og i det regionale sundhedsvæsen. Disse forskelle er afgørende for at forstå håndteringen af sygeplejeopgaverne i kommunerne: I hospitalssektoren er al sygepleje reguleret af sundhedsloven. Der er ikke dele af hospitalsansatte sygeplejerskers arbejde, som er skilt ud som plejeopgaver under en anden lovgivning, med andre krav og rammer omkring tildeling af indsatser, dokumentation af indsatser og borgernes/patienternes ret til frit valg af indsatser, og som således *ikke* regnes for sygepleje, men i stedet for plejeopgaver. Dette kan synes indlysende, hvis man ser på sundhedsvæsenet fra et hospitalsperspektiv. Dette er ikke tilfældet i kommunerne. Her er de opgaver, som på et

hospital er samlet, i stedet delt i to: (Hjemme)plejeopgaver efter serviceloven (enten varigt efter § 83 eller tidsafgrænset efter § 83a) eller sygeplejeopgaver efter sundhedsloven (§ 138), der reguleres efter samme regelsæt og paragraf, uanset om de gives varigt eller tidsafgrænset. Falder opgaverne under serviceloven, gælder ét regelsæt, og under sundhedsloven et andet, som illustreret i Figur 1:

Figur 1 Illustration af forskelle i rammer og krav under service- og sundhedsloven



Kilde: Egen tilvirkning.

I hverdagen løser social- og sundhedsmedarbejdere opgaver, der falder i begge kategorier – ofte på samme besøg hos en borger. Det har konsekvenser for kompleksiteten på det kommunale sundheds- og ældreområde, at den opgave, som på hospitaler er samlet under én lovgivning, i kommunerne er delt mellem to meget forskellige lovgivninger med meget forskellige styringsparadigmer og dokumentationspraksisser.

Fordeling af opgaver på medarbejdergrupper, jf. kapitel 4

Analysen undersøger fordelingen af opgaver på medarbejdergrupper i hjemmeplejen og på plejehjem i de 10 deltagerkommuner. Kapitlet indeholder analyse af medarbejdersammensætningen, fordelingen af service- og sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper via tre kvantitative cases samt en analyse af, hvordan fordelingen af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper foregår i praksis, analyseret ved hjælp af kommunernes kompetenceskemaer og interview med ledere.

Analysen af medarbejdersammensætningen i 6 af de 10 medvirkende kommuner viser i Tabel 4.1, at assistenter udgør 34 % af de ansatte i de medvirkende kommuner, hjælperne udgør 39 % og sygeplejersker 14 %, mens ufaglærte i gennemsnit udgør 6 %. Men disse gennemsnitlige andele dækker over en betydelig variation kommunerne imellem. Desuden er der en væsentligt højere gennemsnitlig andel af sygeplejersker (19 %) på udeområdet, som dækker alle de udkørende medarbejdere, end der er på indeområdet, som dækker plejeboliger (10 %). Omvendt ses, at andelen af assistenter er højere på indeområdet (40 %) end på udeområdet (27 %).

For 6 af de 10 kommuner er det muligt at sammenligne andelen af medarbejdere pr. 1.000 borgere på hhv. 65+ og 80+ år. Antallet af medarbejdere pr. 1.000 borgere varierer betydeligt for borgere 65+ år (fra 47-77 medarbejdere), mens der ikke ses samme grad af variation for borgere 80+ år. Her ses en langt mere ligelig fordeling omkring et gennemsnit på ca. 250 fuldtidsårsværk pr. 1.000 borgere 80+ år i de deltagende kommuner, jf. Tabel 4.2.

Analysen af opgavefordelingen indikerer samlet set, at hjælpere og assistenter løser en meget stor del af sundhedslovsopgaverne på området, mens der er stor variation i opgavefordelingen på tværs af kommunerne. I den kvantitative belysning af området indgår tre case-kommuner,

som trods forskelle peger på væsentlige fællestræk. Analysen af data om servicelovsopgaver fra de tre case-kommuner viser følgende hovedpointer:

- Langt hovedparten af hjemmeplejeydelserne, 93-99 %, gives som varige ydelser efter § 83, mens kun 1-7 % gives som midlertidige rehabiliteringsforløb efter § 83a (jf. Tabel 4.3).
- Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner af, hvilke indsatser der fylder mest: Langt den største enkeltindsats er personlig hygiejne, som tegner sig for 32-44 % af den planlagte tid på udeområdet til alle hjemmeplejeydelser.
- Case-kommune 5 kan skelne mellem, hvilke faggrupper de forskellige ydelser er planlagt på i dagtiden på udeområdet. Her ses, at hjælperne tegner sig for 67 %, mens assistenterne tegner sig for små 7 % af servicelovsydelserne (de resterende ca. 26 % ligger i aften-/nattevagt og kan ikke fordeles på faggrupper). I denne kommune er der således stor forskel på hjælperes og assistenters opgavevaretagelse (jf. Tabel 4.5).

Analysen af data om sundhedslovsopgaver i de tre case-kommuner viser følgende hovedpointer:

- Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner med hensyn til, hvilke indsatser der fylder mest blandt sundhedslovsydelserne samlet set: Det drejer sig om *medicinadministration og -dispensering, kompressions- og sårbehandling*. De fire indsatser tegner sig for 65-72 % af den planlagte tid på udeområdet.
- I case-kommune 8 ses også fordelingen på indeområdet: Her er langt det største indsatsområde *medicinadministration*, som tegner sig for 56 % af alle sundhedslovsydelser. Dernæst kommer *psykisk støtte* (6,3 %), *kompressionsbehandling* (5,8 %) og *hudproblemer* (5,1 %). I alt tegner disse fire indsatser sig for over 73 % af sundhedslovsydelserne på indeområdet.
- Langt hovedparten af sundhedslovsindsatserne på udeområdet, 61-85 %, planlægges på hjælpere og assistenter. Den resterende del udføres af sygeplejersker.
- Case-kommune 5 kan skelne mellem sundhedslovsydelser planlagt på hhv. hjælpere eller assistenter på udeområdet i dagtid. Her ses, at hjælperne i dagtid leverer 22 % af sundhedslovsydelserne, mens assistenterne i dagtid leverer 39 % (og sygeplejerskerne i dagtid ligeledes leverer 39 %) (jf. Bilagstabel 4.5).

Kommunernes kompetenceskemaer udstikker rammerne for, hvilke sundhedslovsopgaver, hjælpere og assistenter må løse i praksis. Både i form, opbygning og til dels indhold er kompetenceskemaerne forskellige. Fælles er, at hjælpere har kompetence til at udføre *elementære opgaver i stabile og kendte forløb*, der ofte ligger i forlængelse af plejeopgaverne, og at assistenter løser *grundlæggende sygeplejeopgaver i stabile og delvist forudsigelige forløb*. Assistenter har kompetence til at udføre langt flere sundhedsopgaver end hjælpere. Men en central pointe er variationen i opgavefordelingen på tværs af kommuner, som betyder, at hvilke sundhedslovsopgaver, assistenter og hjælpere løser i praksis, afhænger af, i hvilken kommune de er ansat. Dernæst afhænger det af, om det er i hjemmeplejen eller på plejehjem, hvor der generelt set er bedre muligheder for at løse sundhedslovsopgaver på plejehjem. Det afhænger også af samarbejdet med sygeplejerskerne, idet det er sygeplejerskernes vurdering af kompleksiteten i den samlede borgersituation – særligt opgaver, der kræver refleksion og vurdering – sammenholdt med medarbejdernes reelle kompetencer og relation til borgeren, som er bestemmende for opgaveoverdragelse i praksis – og som dermed gør rammerne for opgavefordelingen fleksible. Ifølge lederne skaber opgaveoverdragelse fleksibilitet og kontinuitet i borgerkontakten og bliver set som et element til fastholdelse af medarbejdere. Men lederne peger på flere dilemmaer i forbindelse med overdragelse af opgaver fra sygeplejersker til assistenter (og i mindre grad til

hjælper): Det handler om forskelle i kompetenceniveauer mellem medarbejdergrupper, at opgaveoverdragelse er tids- og ressourcetrækkende, og organisering med en adskilt sygepleje, hvor sygeplejerskerne har mindre kendskab til assistenter og hjælperes kompetencer.

Medarbejdernes perspektiv på deres fag og dets udvikling, jf. kapitel 5

Analysen af medarbejdernes perspektiv på deres opgaver, roller og kompetencer er bl.a. baseret på medarbejdernes egne borgercases. Medarbejdernes cases handler oftest om borgere, der er svære at hjælpe, fx grundet demens, misbrug, sociale problemer eller andet. Når medarbejderne skal beskrive deres arbejde, fokuserer de ikke på evnerne til at udføre opgaver inden for praktisk hjælp og pleje, fx sårbehandling eller medicinadministration. De fokuserer helt entydigt på relationsarbejde som deres kernekompetence.

I medarbejdernes perspektiv centrerer deres borgercases sig om at give borgerne bedre livskvalitet – i meget bred forstand. De vægter både sundheds- og socialfaglige aspekter. Medarbejderne forbinder ofte rehabilitering med bedre livskvalitet, når borgerne bliver i stand til at gøre ting, de før ikke troede, de kunne. En forudsætning for at kunne det er, at de overhovedet får lov at hjælpe borgerne, som kan være afvisende over for dem og det, de kan tilbyde. Det kræver, at de kan yde hjælpen på borgernes præmisser. En forudsætning for at komme dertil er, at borgerne har fået tilstrækkelig tillid til dem – ofte til dem som enkeltpersoner og ikke blot som repræsentanter for en faggruppe eller "kommunen". Den væsentligste forudsætning for tillid er, at medarbejderne evner at danne en relation til borgerne, hvilket ofte kræver tålmodighed, vedholdenhed, og at medarbejderne evner at bruge sig selv i arbejdet. En helt grundlæggende organisatorisk forudsætning for, at alt dette kan lade sig gøre, er, at der er et vist mål af kontinuitet: Både i relationen mellem den enkelte medarbejder og borgeren og i relationerne blandt medarbejderne, så de kan levere en koordineret holdindsats præget af kontinuitet i deres tilgang til borgerne. Medarbejdernes cases rummer således ofte forløb over længere tid, hvor der er høj kontinuitet, og hvor de er den primære kontaktperson.

Der er mange fællestræk på tværs af assistenter og hjælperes perspektiv på deres opgaver og kompetencer. Men der er også forskel på deres roller. Assistenterne beskriver deres rolle med begreberne "*tusindkunstner*" og "*små sygeplejersker*", der kan favne både sygeplejerskers og hjælperes faglighed og opgaver. Hjælperne betragter deres rolle som det at yde omsorg og nærvær for borgerne. Og hjælperne er bevidste om, at flere sundhedslovsydelse giver mere dokumentationsarbejde og mindre borgertid, hvilket de ikke er interesserede i.

Medarbejderne oplever, at der er kommet et større skel mellem hjælper og assistenters opgaveløsning. De oplever, at assistenterne har overtaget mange sundhedslovsopgaver, som hjælperne tidligere havde. Det giver hjælperne oplevelsen af at få frataget kompetencer. Medarbejderne oplever imidlertid, at der er stor lokal variation i fordelingen af sundhedslovsopgaver både for hjælper og assistenter, hvor der ses eksempler på assistenter, som stort set kun løser servicelovsopgaver, og assistenter, der næsten kun har sundhedslovsopgaver. Hvilke opgaver medarbejderne udfører i praksis, afhænger dels af, i hvilken kommune de er ansat, dels om det er på ude- eller indeområdet. På indeområdet, hvor medarbejderne arbejder tættere sammen, er der en tendens til, at social- og sundhedsmedarbejdere varetager flere sundhedslovsopgaver end på udeområdet. Medarbejderne oplever i den forbindelse, at det er sygeplejerskerne, der bestemmer, hvilke sundhedslovsopgaver de løser, og derfor er opgaveoverdragelse afhængig af sygeplejerskernes kendskab til medarbejderne.

Flere af de interviewede medarbejdere har en funktion i tillæg til deres rolle som assistent eller hjælper, fx ressourcemand, demenskonsulent, planlægger, praktikvejleder eller koordinator.

Analysen viser, at der er flere muligheder for såvel kompetence- som jobudvikling i social- og sundhedsfagene, men flere muligheder med assistentuddannelsen både i form af videreuddannelse og jobudvikling inden for faget. Medarbejderne oplever, at mulighederne afhænger af den lokale ledelse, og analysen peger da også på, at mulighederne varierer fra kommune til kommune.

Ledernes perspektiv på job- og kompetenceudvikling indgår også i analysen. Lederne har fokus på at skabe attraktive arbejdspladser særligt for assistenter, som de oplever størst mangel på. Derfor har de fokus på at kompetenceudvikle medarbejdere til at kunne løse flere sundhedslovsopgaver og at motivere hjælpere til at videreuddanne sig til assistent. Det er både lederes og medarbejderes oplevelse, at hjælpere generelt ikke har et ønske om at blive assistenter. Hjælperne lægger vægt på den kontinuerlige, tætte og personlige kontakt til borgerne, og det oplever de, at hjælpere i langt højere grad har mulighed for end assistenter.

Selvom medarbejderne peger på mange positive udviklinger i faget, er deres oplevelse af udviklingen i rammerne omkring opgaverne mindre positiv. Medarbejderne oplever at have mindre tid til opgaveløsningen hos den enkelte borger end tidligere. De oplever også at skulle bruge unødigt meget tid på samarbejdet eller forhandlinger med visitationen omkring tid til borgeropgaverne, hvilket opleves som tidskrævende. Oplevelsen er også, at dokumentation og skriftlighed i det daglige arbejde fylder mere og mere.

Det er især udviklingen i rammerne på området, som gør, at medarbejderne ikke vil anbefale deres fag til andre. De oplever generelt, at det er svært at ændre på fagets omdømme særligt i perioder med mange negative mediesager. De oplever at blive mødt med mange fordomme, uvidenhed om, hvad de egentlig laver, og er bekymrede for fagets fremtid, hvis man er for ukritisk med, hvem der kommer ind i faget. Dog udtrykker medarbejderne en stor stolthed ved deres fag, arbejde og den forskel, de gør ude hos borgerne.

Et sidste forhold er værd at bemærke. Analysen i kapitel 4 af opgaverne og deres fordeling på medarbejdergrupper italesætter området i termer, der refererer til indsætser, der kan genfindes i ydelseskataloger og kvalitetsstandarder. Denne italesættelse af området er dog væsensforskellig fra den, der kommer til udtryk i dette kapitel om medarbejdernes perspektiv på området. Medarbejderne taler om længerevarende processer præget af kontinuitet, hvor begreber som relationsdannelse, tillid, borgernes præmisser og livskvalitet er centrale. De italesætter ikke deres arbejde som at levere ydelser til borgere. De bruger ikke et sprog præget af ydelser på kørelister, kvalitetsstandarder, ydelseskataloger og kompetenceskemaer. Medarbejdernes italesættelse af deres arbejde baserer sig således på en helt anden forståelse af kerneopgaven end den, der kommer til udtryk i analysen af fordelingen af opgaver.

1 Indledning og formål

Ældreområdet er i stigende grad til debat i Danmark. Årsagerne er flere, ikke mindst et voksende antal ældre, og de seneste års rekrutteringsudfordringer blandt social- og sundhedsmedarbejdere gør kun udfordringerne større. Denne udvikling er sket over en længere årrække, men problemerne spidser til i disse år, efterhånden som antallet af 80+-årige for alvor begynder at stige, og nedgangen i antallet af social- og sundhedsmedarbejdere for alvor tager fart i de kommende år, hvor mange social- og sundhedsmedarbejdere forventes at gå på pension.

Ældreplejen er dog også kommet til debat, fordi enkeltsager om kvaliteten og værdighed i ældreplejen – eller manglen på samme – fylder mere i pressen. Det påvirker både borgere og pårørende og både nuværende, men også kommende medarbejdere, og det er med til at forme både politikeres og befolkningens opfattelse af social- og sundhedsmedarbejderne og af arbejdet på ældreområdet.

Der arbejdes på at forbedre rekrutteringssituationen på mange fronter, både lokalt i kommunerne, på nationalt plan og fra uddannelsesinstitutionernes side.¹ Men udfordringerne er langt fra løst, og rekrutteringssituationen på ældreområdet, hvor social- og sundhedsmedarbejderne udgør langt den største gruppe, er trods indsatserne stadig bekymrende. Ikke bare for de ældre borgere og for kommunerne, men for hele sundhedsvæsenet, som er i en rivende udvikling.

Liggetiderne på de danske hospitaler falder, og indlæggelser konverteres til ambulante besøg eller korte ophold, der tælles i timer, ikke i dage, på de nye akutsygehuses fælles akutmodtagelser (FAM). Der er i disse år stort fokus på at flytte mere aktivitet ud i kommunerne og på at kunne håndtere meget mere pleje og behandling i hjemmene, men også på at opspore ændringer i borgernes tilstand for at forebygge sygdom og indlæggelser. Samtidig står hele det kommunale område i et paradigmeskift fra kompenserende til rehabiliterende hjælp. I alle disse strategiske og politiske satsninger spiller de godt 37.300 social- og sundhedshjælpere og de 30.300 social- og sundhedsassistenter i kommunerne en helt afgørende rolle. Det er der også andre medarbejdergrupper, der gør – sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og ikke mindst praktiserende læger – men disse grupper udgør tilsammen under halvdelen af antallet af social- og sundhedsmedarbejdere. Derfor står og falder de store dagsordner og politiske ambitioner for udviklingen i hele sundhedsvæsenet i høj grad med, hvorvidt det lykkes at sikre tilstrækkeligt kompetente og engagerede social- og sundhedsmedarbejdere.

Social- og sundhedsfagene er et område, der findes begrænset viden om, og social- og sundhedsmedarbejdernes rolle og betydning fylder ikke meget i debatten om sundhedsvæsenet, hvilket måske kan undre, når man tænker på, hvad disse mere end 76.000 medarbejdere betyder for velfærdsstaten og for mange tusinder af danskeres hverdag.

Ikke mindst derfor er der behov for at forstå området og dets medarbejdere langt bedre, end vi gør i dag: Der er behov for mere viden om den udvikling på sundheds- og ældreområdet, vi står midt i, og hvad den betyder for social- og sundhedsmedarbejderne. Der er behov for viden om den enorme udvikling, der har været i de kun godt 30 år, social- og sundhedsuddannelserne har eksisteret – på et felt, hvor alle andre faggrupper på området har langt længere faglige

¹ For eksempel har regeringen, Fagbevægelseernes Hovedorganisation, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner i november 2020 indgået en trepartsaftale, der bl.a. skal gøre det mere attraktivt at søge ind som social- og sundhedsassistent. Med aftalen forpligter kommunerne sig fra 1. juli 2021 til at ansætte voksne elever på 25 år og derover allerede fra uddannelsens begyndelse. Dermed sikres det, at de voksne elever får løn under det indledende grundforløb og en klar aftale om, hvor de skal fortsætte i praktik efter grundforløbet. Dette skal være med til at styrke rekrutteringen til uddannelsen og reducere frafaldet, så der samlet set uddannes flere social- og sundhedsassistenter (Regeringen et al., 2020).

traditioner – fx sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, farmaceuter, pædagoger og læger. Men der er også behov for at forstå forskellene mellem de to typer af social- og sundhedsmedarbejdere – hjælpere og assistenter – som i dag er produkt af to forskellige og helt adskilte uddannelser. Endelig er det vigtigt at forstå det sæt af politisk vedtagne regler og rammer omkring området, der i høj grad former opgaverne og dermed social- og sundhedsmedarbejdernes hverdag. Det styringsparadigme og de redskaber, der er lagt ned over området, har i høj grad konsekvenser for mødet mellem den enkelte medarbejder og borger. Derfor er det væsentligt at kende og forstå disse rammer til bunds. Herunder forstå, hvordan den proces forløber, hvor en borgers behov bliver oversat til indsatser efter enten social- eller sundhedslovgivningen, som herefter fordeles på forskellige typer af faggrupper, som fx social- og sundhedshjælper, -assistenter og sygeplejersker i kommunerne.

Vigtigst af alt er det at få en langt mere detaljeret, konkret og nuanceret forståelse af, hvordan social- og sundhedsmedarbejdere selv oplever deres fag, deres hverdag og den udvikling, der sker på området: Hvordan ser medarbejderne selv deres egen kernefaglighed, og hvad består den i? Hvordan oplever de udviklingen i opgaverne, udviklingen i samarbejdet med andre faggrupper, udviklingen i rammerne omkring deres opgaver i hverdagen og kompetenceudviklingen på området, og ikke mindst, hvordan oplever medarbejderne egentlig, at resten af os ser på dem, deres arbejde og deres fag?

Formålet med denne rapport er at skabe et detaljeret, nuanceret og konkret billede af social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde i kommunerne ved at besvare ovenstående spørgsmål.

1.1 Læsevejledning

Rapporten dækker en lang række forskellige aspekter af social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde, fag og hverdag, men den er bygget op, så de enkelte kapitler kan læses for sig, alt efter behov og interesser.

Kapitel 2 og 3 rummer baggrundsviden, som i varierende grad vil være kendt stof for læsere, der allerede har kendskab til området, mens fx kompleksiteten i regler og rammer eller udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne vil være nyt for andre. Disse to kapitler kan derfor læses selektivt efter behov.

Kapitel 4 og 5 indeholder rapportens empiriske analyser af social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde, opgaver, kompetencer og egen forståelse af deres faglighed.

Rapporten indeholder således følgende kapitler:

Kapitel 2 beskriver udviklingen på **sundheds- og ældreområdet**, som udgør konteksten omkring social- og sundhedsmedarbejdernes opgaveløsning i kommunerne. Kapitlet omhandler udviklingen i borgernes alder og sundhedstilstand, udviklingen på det kommunale område, herunder udviklingen i organiseringen af området. Kapitlet beskriver også udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne siden grundlæggelsen i 1991 samt de rekrutteringsudfordringer, der er opstået på området, og i det tilhørende Bilag 2 findes en mere udførlig og detaljeret gennemgang af udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne samt efter- og videreuddannelse på området.

Kapitel 3 indeholder en detaljeret gennemgang af udviklingen i **regler og rammer på området**, herunder servicelovens og sundhedslovens relevante dele og deres betydning for social- og sundhedsmedarbejdernes opgaver; reglerne vedrørende delegation af (læge)forbeholdte

opgaver til kommunerne, samt den decentrale kompetencevurderings betydning for fordelingen af sundhedslovsopgaver på de enkelte medarbejdergrupper. Kapitlet beskriver også det fælleskommunale dokumentationsstandard Fælles Sprog III (herefter: FSIII), som alle kommuner skal anvende til klassifikation af indsatser på både service- og sundhedslovsområdet, og i Bilag 3 findes en gennemgang af FSIII.

Kapitel 4 indeholder den ene af rapportens to empiriske analyser. Det er baseret på kvalitative såvel som kvantitative data fra de i alt 10 kommuner, som i forskelligt omfang har leveret data til rapporten. Kapitlet indeholder først en kvantitativ belysning af **medarbejdersammensætningen** blandt de medarbejdere, der primært udfører udvalgte servicelovs- og sundhedslovsopgaver. Desuden beskrives **fordelingen af indsatser (på niveau 2 i FSIII) på medarbejdergrupper** i tre case-kommuner på baggrund af data fra disse kommuners omsorgssystemer. I Bilag 4 findes mere detaljerede analyser af fordelingen af indsatser i de tre case-kommuner. Kapitlet afsluttes med en kvalitativ analyse af, hvordan **sundhedslovsopgaver i praksis fordeles på de relevante medarbejdergrupper** (hjælpere, assistenter og sygeplejersker) med afsæt i de redskaber, kommunerne anvender til formålet (ofte kaldet kompetenskemaer) kombineret med interview med ledere i de medvirkende kommuner.

Kapitel 5 er rapportens længste og væsentligste. Det indeholder en kvalitative analyse af de i alt 37 medvirkende **medarbejderes perspektiv** på deres fag og dets udvikling. Det beskriver medarbejdernes oplevelse af deres kernefaglighed; udviklingen i deres opgaver; udviklingen i samarbejdet med sygeplejersker og alment praktiserende læger; kompetenceudvikling; udviklingen i rammerne omkring opgaven og endelig medarbejdernes oplevelse af deres fags om-dømme og fremtid. Kapitlet indeholder desuden et afsnit om ledernes perspektiv på job- og kompetenceudvikling i social- og sundhedsfagene. I dette kapitel har VIVE valgt i stort omfang at anvende citater og borgercases, som de deltagende medarbejderne har bidraget med. Det har vi gjort, fordi det er en væsentlig del af formålet med denne rapport, at medarbejdernes eget perspektiv, deres sprog, deres oplevelser og refleksioner kommer tydeligt frem – ikke blot VIVEs *fortolkninger* af medarbejderne. En væsentlig del af baggrunden for denne rapport var netop – som vi påpegede i indledningen – at social- og sundhedsmedarbejderes egne stemmer ikke fylder meget i debatten omkring ældreområdet. Dette metodiske valg har selvfølgelig konsekvenser for fremstillingsformen i dette kapitel, som af denne årsag er langt.

Kapitel 6 afrunder rapporten med en **konklusion**, der samler op på de fire kapitler (2-5).

Kapitel 7 afslutter rapporten med en **perspektivering**, der på baggrund af rapportens analyser præsenterer og diskuterer en række dilemmaer relateret til styringen og organiseringen på det kommunale sundheds- og ældreområde.

Bilag 1 beskriver de anvendte **metoder og undersøgelsens empiriske grundlag**. 10 kommuner har deltaget i undersøgelsen, som anvender skriftlige kilder fra kommunerne (primært lokale kompetenskemaer, der beskriver fordelingen af opgaver på faggrupper i den enkelte kommune), kvantitative data fra kommunernes omsorgssystemer, samt kvalitative data i form af gruppeinterview med i alt 37 social- og sundhedsmedarbejdere og individuelle interview med 11 ledere.

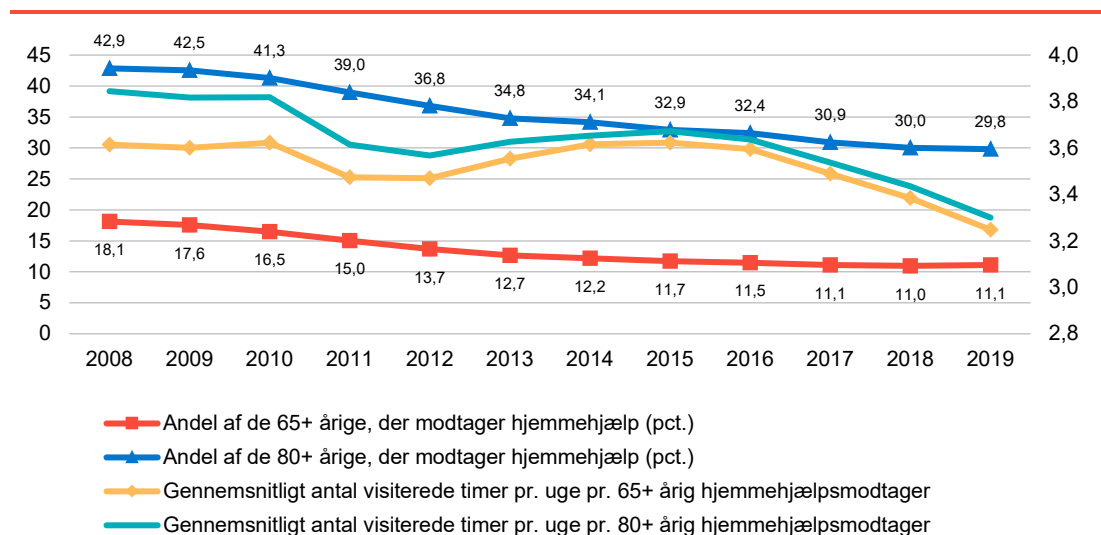
2 Udviklingen på sundheds- og ældreområdet

Dette kapitel beskriver centrale udviklinger og tendenser på sundheds- og ældreområdet og dermed udviklingen i konteksten omkring social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde. Kapitlet består af fire underafsnit, som beskriver hhv. udviklingen i borgernes alder og sundhedstilstand i afsnit 2.1, udviklingen i sundhedsvæsenet i afsnit 2.2, udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne i afsnit 2.3 og endelig udviklingen i udbuddet af arbejdskraft og rekrutteringsudfordringer i afsnit 2.4. Disse udviklingstendenser har alle betydning for assistenter og hjælperes opgaveløsning og behovet for kompetencer i hverdagen.

2.1 Udviklingen i borgernes alder og sundhedstilstand

Langt den største del af de borgere, som hjælpere og assistenter arbejder med, er ældre medborgere. Området kaldes ofte slet og ret "ældreområdet", selvom borgere under 65 år også kan have sygdom eller funktionsnedsættelser, der gør, at de får behov for hjemme- eller sygeplejeydelser. Det er velkendt, at danskerne bliver ældre, og at de ældre udgør en stadig stigende andel af befolkningen: Fra 2010 til 2020 er der således kommet næsten 30 % flere 65+-årige i Danmark, og alene gruppen på 80 år eller mere er i perioden steget med 20 % (Houlberg & Ruge, 2020). Men samtidig med at *antallet* af ældre stiger, falder både *andelen* af ældre, der modtager hjemmehjælp, og det gennemsnitlige antal timer, hver borger får hjemmehjælp, som det fremgår af Figur 2.1.

Figur 2.1 Andel af hhv. 65+-årige og 80+-årige, der modtager hjemmehjælp (venstre akse), og gennemsnitligt antal visiterede timer pr. uge, som de modtager (højre akse), 2008-2019

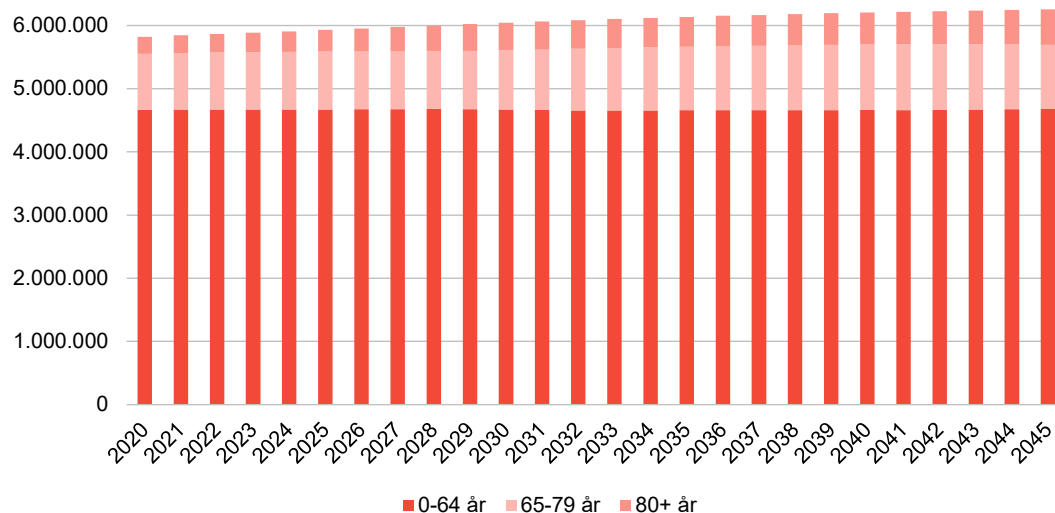


Kilde: Gengivet fra VIVEs kommunetal 2020.5 (Houlberg & Ruge, 2020).

Figur 2.1 viser to ting: Andelen af borgere 65+ år og 80+ år, der modtager hjemmehjælp, er faldet med hhv. 39 % og 31 % fra 2008-2019. Men figuren viser også, at det gennemsnitlige antal ugentlige timer for 65+-årige er faldet fra 3,6 til 3,2 og for 80+-årige er det faldet fra 3,8 til 3,3 timer. Denne udvikling har konsekvenser for hjælpere og assistenters arbejde i hverdagen.

Det stigende antal ældre forventes at stige, og antallet af borgere over 80 år forventes at stige fra 272.326 personer i 2020 til 561.180 personer i 2045, hvilket svarer til en stigning på 106 % ifølge Danmarks Statistik. Men dette skal dog også ses i lyset af, at gruppen af 80+-årige udgør en relativt lille del af befolkningen, som det fremgår af Figur 2.2.

Figur 2.2 Forventet udvikling i befolkningen frem til 2045



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.dk, tabel FRDK120 og egne beregninger.

Det stigende antal ældre vil påvirke kommunerne meget forskelligt: I 2020 varierer andelen af 80+-årige fra 2,1 % i København til 9,6 % på Ærø og Læsø, og i de samme kommuner forventes andelen at stige til hhv. 3 % samt 14 og 16 % allerede i 2030 (Danmarks Statistik, 2020a).

Parallelt med ændringerne i demografien ses også en stigning i antallet af danskere, der lever med kronisk sygdom. I 2017 kortlagde Sundhedsdatastyrelsen forekomsten af kronisk sygdom med særligt fokus på multisygdom og fandt bl.a. at:

- Godt hver femte voksne dansker lever med mindst én af følgende kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Knap 45 % af alle danskere 85+ år har mindst én af disse sygdomme.
- Antallet af borgere diagnosticeret med mindst én kronisk sygdom er steget med 31 % fra 2009 til 2017.
- Særligt ældre lever med mere end én kronisk sygdom, og 22 % af borgerne med kroniske sygdomme på 75+ år er multisyge (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Disse udviklingstendenser præger den hverdag og de borgere, assistenter og hjælpere møder, hvilket belyses i rapportens kapitel 5.

2.2 Udviklingen i sundhedsvæsenet

Opgaverne på det kommunale ældre- og sundhedsområde er ikke kun under forandring, fordi demografien og sygdomsbilledet ændrer sig. Tre sammenhængende udviklingstendenser relateret til sygehusvæsenet har gennem en årrække påvirket udviklingen i opgaveløsningen i

kommunerne. Det drejer sig om opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning (Vinge & Kilsmark, 2009).

Opgaveændring udspringer primært af den videnskabelige og teknologiske udvikling på sundhedsområdet, som gør det muligt at behandle flere, mere effektivt, og ofte også med mere skånsomme og mindre invasive metoder. Derfor bliver mere hospitalsbehandling konverteret fra stationær til ambulans aktivitet, og (efter)behandling kan i stigende omfang foregå i hjemmet, hvilket påvirker de kommunale medarbejders opgaver. Konsekvensen er, at flere (og svagere) ældre i dag behandles, og at indlæggelsestiden forkortes. Det betyder, at kommunerne i stigende grad skal løse opgaver i relation til borgere, der tidligere enten ikke blev tilbudt (så meget) behandling, eller som i dag udskrives tidligere i behandlingsforløbet til (efter)behandling og pleje i kommunerne. Opgaveændring medfører både nye eller ændrede opgaver i kommunerne, hvilket bl.a. har ført til en øget brug af særlige kommunale akutfunktioner i sygeplejen (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

Opgaveøgning er til dels en konsekvens af, at der bliver flere (behandlingskrævende) ældre, og at flere har kroniske lidelser. Men det skyldes også, at udviklingen i medicinsk teknologi muliggør behandling af flere sygdomme og mere skånsomme teknikker, som muliggør behandling af langt flere ældre og sygere patienter end tidligere. Den medico-teknologiske udvikling fører til opgaveøgning i *alle* sektorer, også i kommunerne, og dermed for hjælpere og assistenters opgaveløsning i hverdagen.

Opgaveglidning fra det specialiserede sygehusvæsen til primærsektoren er ikke noget nyt fænomen. Allerede i 1985 pegede Samordningsbetænkningen på, at opgaveglidning er et grundvilkår for sundhedsvæsenet.² Men i årene siden strukturreformen i 2007 er der kommet et øget fokus på omfanget og konsekvenserne af opgaveglidning. Opgaveglidning sker bl.a. som følge af opgaveøgning og opgaveændring kombineret med kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulans aktivitet på sygehusene. Det har ændret opgaverne, men det har også medvirket til, at opgaver er "gledet" fra sygehussektoren ud i primærsektoren. Der er tale om en lang række forskellige typer af opgaver: Alt fra postoperativ pleje af nyopererede, der udskrives efter stadig kortere indlæggelsesforløb; til pleje og efterbehandling af ældre medicinske patienter, der udredes og sættes i behandling langt hurtigere i dag, særligt på akutsygehusenes Fælles Akutmodtagelse. I tråd med denne udvikling påpegede FOA allerede i 2012, at kortere liggetider ændrer og øger borgernes behov for pleje og behandling i eget hjem, idet borgerne er mere komplekse, når de udskrives (FOA, 2012b).

Samlet set betyder disse udviklingstendenser mere komplekse borgere – og opgaver – i kommunerne. Det stiller andre krav til medarbejdernes faglighed og kompetencer. Komplekse forløb hos tidligt udskrevne i en mere ustabil fase af deres forløb kræver et tæt og smidigt samarbejde på tværs af sektorer, men også på tværs af faggrupper internt i kommunerne.

2.2.1 Udviklingstendenser på det kommunale ældreområde

Der er kommet et øget fokus på at arbejde forebyggende, sundhedsfremmende og mere rehabiliterende på hele det kommunale ældre- og sundhedsområde i årene siden strukturreformen

² "Sygehusene træder til, når det efter patientens tilstand skønnes hensigtsmæssigt under hensyn til behovet for indsats af specialkundskab, anvendelse af kostbart apparatur samt pleje i forbindelse med indlæggelse" ... "Men samtidigt med er det værd at fremhæve, at man har at gøre med et funktionsområde, hvis vilkår ændrer sig løbende under påvirkning af en række faktorer, fx den hastige udvikling inden for den medicinske teknologi. Dette taler for, at man er opmærksom på, at der også sker en kontinuerlig tilpasning af opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen inden for den nævnte principielle målsætning." (Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet, 1985).

i 2007. Disse ændringer stiller ændrede krav til social- og sundhedsmedarbejdernes faglighed (FOA, 2012b, Finansministeriet et al., 2018).

Et større paradigmeskifte fra at yde kompenserende hjælp til at yde rehabiliterende hjælp til øget selvhjælp har været undervejs længe. Serviceloven har traditionelt haft et mere kompenserende og stationært sigte: Borgere med funktionsnedsættelser har ret til kompenserende hjælp i henhold til de enkelte kommuners serviceniveauer. Med indførslen af § 83a i serviceloven i 2015 blev dette ændret, og kommunerne skulle nu tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, *"hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp"* (Social- og Indenrigsministeriet, 2019). Selvom hjælp til selvhjælp i et eller andet omfang altid har været et kendt mantra i hjemmeplejen er fokuset på rehabilitering øget markant med indførelsen af rehabilitering på hjemmeplejeområdet i serviceloven.

For social- og sundhedsmedarbejderne i kommunerne betyder den udvikling, at de skal undergå en faglig forandring og arbejde anderledes end ved en kompenserende tilgang. De skal *"samarbejde struktureret med borgeren om at finde dennes mål, de skal arbejde tværfagligt, og de skal arbejde med at aktivere borgeren i løsningen af opgaver fremfor at gøre opgaver for borgerne"* (Sundhedsstyrelsen, 2017b).

Som led i disse udviklinger sker samtidig en øget anvendelse af en lang række velfærdsteknologier. Nogle teknologier retter sig mod personalets opgaver, fx robotstøvsugere, mens andre interagerer mere direkte med borgeren, som fx selvskyllende toiletter eller skærmopkoblede borgerbesøg. Den øgede anvendelse af en lang række forskellige teknologier i hjemmet ændrer hjemmeplejen og stiller nye krav til social- og sundhedsmedarbejdernes kompetencer (FOA, 2012a).

2.2.2 Udviklingen i organisering

Kommunerne organiserer deres medarbejdere på social- og sundhedsområdet forskelligt, og der findes ikke et samlet overblik over dette. Afsnittet er derfor baseret på VIVEs generelle viden om udviklingen på området, herunder (Vinge, 2006, Svensmark, 2019, Vinge & Kilsmark, 2009).

Begrebet *integrerede ordninger* anvendes på to forskellige måder op gennem tiden og er derfor væsentligt at definere:

Fra slutningen af 1980'erne og i 1990'erne anvendte man primært begrebet om kommuner, hvor personale på plejehjem (indeområdet) og udkørende medarbejdere (udeområdet) var integreret og således i varierende omfang arbejdede både ude og inde. Formålet var bl.a. at udnytte personaleressourcerne mest effektivt. Det var dog primært sygeplejerskerne, som dækkede både ude- og indeområdet. Dette ser man stadig i varierende grad i kommunerne – nogle plejehjem har ansat sygeplejersker, andre steder dækkes behovet for sygepleje, som ikke kan overdrages til assistenter og hjælpere, af kommunens hjemmesygepleje.

Men begrebet integreret ordning anvendes også i en anden betydning på udeområdet: I nogle kommuner er sygeplejerskerne organiseret i en enhed for sig – oftest kaldet hjemmesygeplejen eller blot sygeplejen. Mange steder findes desuden endnu en enhed af sygeplejersker kaldet *akutteam*, (se evt. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)). Men i andre kommuner har man valgt at integrere sygeplejerskerne i hjemmeplejen, således at hjælpere, assistenter og sygeplejersker er ansat i samme enheder – typisk grupper eller teams – i hjemmeplejen. Det er denne betydning

af begrebet ”integreret ordning”, der anvendes i denne rapport, ligesom det er denne betydning af begrebet ”integreret ordning”, medarbejderne anvender i interviewanalysen.

2.3 Udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne

Dette afsnit beskriver i store træk de primære udviklinger i social- og sundhedsuddannelserne fra grundlæggelsen i 1991 til den seneste revision i 2017, herunder udviklingen i de færdiguddannedes formelle kompetencer. Dette overblik danner en væsentlig kontekst for analysen af medarbejdernes oplevelser af udviklingen i deres fag. I Bilag 2 findes en udførlig gennemgang af disse udviklinger samt social- og sundhedsmedarbejdernes muligheder for efter- og videreuddannelse. Ændringer er markeret med fed i det følgende.

De første social- og sundhedsuddannelser blev **grundlagt i 1991** med uddannelsen til social- og sundhedshjælper og *overbygningsuddannelsen* til social- og sundhedsassistent samt et indgangsår til unge uden forudgående erfaring fra området. Varigheden af indgangsåret var 12 måneder, hjælperuddannelsen 12 måneder og overbygningen til assistentuddannelsen 18 måneder. Baggrunden for etableringen af social- og sundhedsuddannelserne var ændrede kompetencebehov i social- og sundhedssektoren i form af brede, generelle kompetencer, der kunne anvendes fleksibelt i løsningen af bistands-, pleje- og omsorgsopgaver i hjemmeplejen, på plejehjem, i psykiatrien og på sygehuse. Eleverne på social- og sundhedsuddannelserne blev uddannet til at varetage *elementære og grundlæggende bistands-, pleje- og omsorgsopgaver* i de *primærkommunale og amtskommunale områder* (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996, Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Formålet med reformen var at reducere antallet af uddannelser – og dermed faggrupper – og erstatte dem med få, men bredere generalistuddannelser- og kompetencer (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996). Uddannelserne erstattede bl.a. de to store faggrupper hjemmehjælper og sygehjælper. De tidligere uddannelser var korte, fx var hjemmehjælperuddannelsen et kursus på 4-7 uger, hvorfor formålet også var at få uddannelserne på social- og sundhedsområdet til at fremstå mere ligeværdige sammenlignet med beslægtede uddannelser (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

De to uddannelser var selvstændige, men adgang til assistentuddannelsen forudsatte en gennemført hjælperuddannelse. Uddannelserne blev tilrettelagt som vekseluddannelser, der vekslede mellem praktikperioder og skoleundervisning. Elever kunne få adgang til indgangsåret direkte efter folkeskolen.

Sidenhen har ændringerne i uddannelserne primært haft til formål at sikre, at uddannelserne svarede til kompetencekravene på arbejdsmarkedet og at sikre søgning til uddannelserne som følge af vedvarende rekrutteringsudfordringer.

I 2001 trådte en reform i kraft på grund af begyndende rekrutteringsudfordringer og faldende optag. Mange unge uddannelsessøgende valgte i stigende grad social- og sundhedsuddannelserne fra. Fravalget af uddannelserne skyldes, at de var relativt korte sammenlignet med andre erhvervsuddannelser og derfor ikke blev opfattet som ligeværdige og blev vurderet for korte af såvel elever og skoleaktører som aktører i sektoren (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996). Reformen i 2001 indførte et mere fleksibelt grundforløb og øgede skoledelen af uddannelsen. Grundforløbet blev reduceret til 20 uger frem for 1 år med mulighed for forlængelse med op til 20 uger for den enkelte elev. Der-

udover bestod grundforløbet af skoleundervisning, og praktikdelen, som tidligere fyldte to tredjedele af indgangsåret, blev helt fjernet (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001). Hjælperuddannelsen blev forlænget fra 12 til 14 måneder og overbygningen til assistent fra 18 til 20 måneder.

Den næste store ændring skete i **2007, hvor social- og sundhedsuddannelserne blev ført ind i erhvervsuddannelsesloven**. Dermed blev loven om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser ophævet. Overgangen til den nye lovgivning betød en række ændringer. Social- og sundhedsuddannelserne blev samlet til en uddannelse og opbygget trinvis med hjælperuddannelsen (trin 1) og overbygningsuddannelsen til assistent (trin 2). Samtidig blev erhvervsuddannelserne samlet i en række nye erhvervsfaglige fællesindgange. Social- og sundhedsuddannelsen hørte til i indgangen Sundhed, omsorg og pædagogik. Formålet var, at indgangsstrukturen skulle understøtte de politiske intentioner om, at alle elever, der ønsker en erhvervsuddannelse, efterfølgende kan optages på en uddannelse inden for indgangen. Den nye indgang betød derfor også et nyt fælles grundforløb, der gav adgang til de øvrige uddannelser i indgangen, fx uddannelsen til pædagogisk assistent (Kommunernes Landsforening, 2009).

I 2008 fik assistenter autorisation. Formålet var dels at styrke patientsikkerheden, dels et ønske om øget opgaveglidning af sundhedslovsopgaver til assistenter. Derudover ville autorisation ifølge FOA også skabe mere prestige og anerkendelse omkring assistentfaget og tydelighed omkring deres faglighed og kompetencer (FOA - Social- og Sundhedsafdelingen, 2008).

I Tabel 2.1 ses udviklingen i antallet af udstedte autorisationer:

Tabel 2.1 Antal udstedte autorisationer til social- og sundhedsassistenter 2008-2016

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	I alt
15.378	21.020	3.589	3.160	3.104	3.150	3.368	3.694	3.423	59.886

Anm.: Der er ikke data tilgængelige efter 2016. VIVE har kontaktet Sundhedsdatastyrelsen pr. mail for at få data efter 2016 og har ikke modtaget svar.

Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (Sundhedsdatastyrelsen).

Tabel 2.1 viser en kraftig stigning i udstedte autorisationer til assistenter fra 2008 til 2009, hvor både assistenterne uddannet før 2008 og assistenterne uddannet i de år bliver autoriserede. Derfor ses et kraftigt fald fra 21.020 i 2009 til 3.589 i 2010, hvor antallet af autorisationer er stabilt frem til 2016.

I de følgende år undergik social- og sundhedsområdet en række strukturelle ændringer bl.a. som følge af strukturreformen i 2007 og udviklingen i sygehusvæsenet, som medførte nye opgaver for social- og sundhedsmedarbejderne.

Uddannelserne blev derfor revideret i 2013. Formålet med revisionen var at tilpasse uddannelsen til sundhedsvæsenets behov, øgede krav til hjælpere og assistenters faglige niveau og behov for kompetencer inden for bl.a. rehabilitering, tværsektorielt samarbejde, sundhedsfremme og sygepleje. Revisionen af uddannelsen medførte således ændringer i uddannelsens indhold i form af nye kompetencemål, fagmål og praktikmål, der flugtede med de nye opgaver på området, fx steg andelen af naturvidenskabelige fag med 11 % (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.c).

Kompetencemålene for hjælperuddannelsen blev revideret med udgangspunkt i de færdiguddannedes løsning af opgaver, der primært lå under serviceloven med fokus på selvstændig opgaveløsning, forebyggelse og rehabilitering. Begrebet *elementær sygepleje* er udgået og i stedet anvendes *pleje og omsorg*. Målene for assistentuddannelsen blev revideret i forhold til

opgaver under både service- og sundhedsloven (Undervisningsministeriet, 2012), bl.a. med fokus på selvstændighed i opgaveløsningen som autoriseret sundhedsperson, tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde og sammenhængende borgerforløb. Begrebet *grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver* ændres til *grundlæggende sygeplejeopgaver*.

1. august 2015 trådte en reform af erhvervsuddannelserne i kraft. Den væsentligste ændring for social- og sundhedsuddannelsen var indførslen af karakterkrav, som gjaldt for alle erhvervsuddannelser, og obligatorisk 20 ugers grundforløb målrettet de to forskellige uddannelser. Hidtil havde grundforløbet kun været obligatorisk for elever, der kom direkte fra folkeskolen. Det betød reelt, at uddannelsens varighed blev udvidet med 20 uger. Formålet med adgangskravene var at sikre flere gennemførelser og at løfte kvaliteten af uddannelserne (Regeringen, 2013, Undervisningsministeriet, 2015).

I 2017 blev social- og sundhedsuddannelserne adskilt i to separate uddannelser. Dermed er overbygningssuddannelsen til assistent nedlagt og konverteret til en selvstændig uddannelse. Det betyder med andre ord, at assistenter i dag ikke længere først uddannes hjælpere. Baggrunden for adskillelsen var, at hjælpere og assistenters opgaver i dag er mere forskellige end i 1991 som følge af udviklingen i sundhedsvæsenet og på det kommunale sundheds- og ældreområde, hvor der stilles andre og højere krav til medarbejdernes kompetencer. Særligt assistenternes opgaver er mere komplekse og stiller krav om kompetencer inden for sygepleje, medicin håndtering samt tværfaglige og tværsektorielle samarbejder. Flere borgere med komplekse behov kræver, *"at social- og sundhedsassistenten har et langt bredere teoretisk fundament til at vurdere og udføre deres sygepleje"* (Finansministeriet et al., 2018).

Formålet med adskillelsen var at styrke begge uddannelsers *forskellige*, faglige profiler og sikre et fagligt løft for assistentuddannelsen. Adskillelsen har således medført væsentlige ændringer i uddannelsernes indhold. Assistentuddannelsens kompetenceområde ligger primært i sundhedsloven, og assistenter uddannes til: *Professionel helhedsorienteret sygepleje* og rehabilitering i samarbejde med borgere og patienter med grundlæggende behov i et tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i *det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen*. Kompetencemålene for den nye assistentuddannelse beskriver bl.a., at assistenter kan begrunde og selvstændigt tilrettelægge, udføre, dokumentere og evaluere *sygepleje* og indgår i *komplekse behandlingsforløb*. Hjælperuddannelsens kompetenceområde ligger primært i serviceloven, og hjælpere uddannes til: *Professionel omsorg, pleje og praktisk hjælp i et rehabiliterende perspektiv* inden for det *primærkommunale område*.

Adskillelsen har gjort det tydeligere, at hjælperes profil retter sig mod servicelovens opgaver, og assistenters profil retter sig mod sundhedslovens opgaver. I 1991 var der behov for generelle og brede kompetencer til opgavevaretagelse på det primær- og amtskommunale område. I 2017 var der behov for specifikke kompetencer differentieret i forhold til to forskellige lovgivninger, hvor hjælpere uddannes til at arbejde på plejehjem og i hjemmeplejen, og assistenter til det nære sundhedsvæsen, psykiatrien og det somatiske hospitalsområde. Men samtidig var målet at sikre almene og generelle kompetencer, ikke mindst for at sikre mulighederne for videreuddannelse.

Varigheden af hjælperuddannelsen inkl. grundforløbet er fortsat 2 år og 2 måneder, mens varigheden af assistentuddannelsen er 3 år, 9 måneder og 3 uger. Det betyder, at varigheden af den nye assistentuddannelses hovedforløb er en uge kortere, end varigheden af den gamle hjælperuddannelsen plus overbygningen til assistent (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.b). Derudover er uddan-

nelsernes faglige niveau blevet højere. Der er indført grundfag, adgangskrav, mere skoleundervisning og øget vægt på selvstændighed i opgaveløsningen. Tabel 2.2 opsummerer udviklingen i uddannelserne fra 1991 til 2017.

Tabel 2.2 Varigheden af social- og sundhedsuddannelserne i 1991 og 2017

År	Social- og sundhedsassistentuddannelsen	Social- og sundhedshjælperuddannelsen
1991	3 år og 6 måneder (inkl. hjælperuddannelsen)	2 år
2017	3 år, 9 måneder og 3 uger	2 år og 2 måneder

Kilde: (Undervisningsministeriet, 2008, Undervisningsministeriet, 2012, Undervisningsministeriet, 2016b).

De markante udviklinger har imidlertid ikke ført til ændringer i **uddannelsernes indplacering i den nationale kvalifikationsramme for livslang læring** (som definerer det forventede udbytte af undervisningen). Hjælperuddannelsen er placeret på niveau 3, og assistentuddannelsen på niveau 4 (ud af otte niveauer). På baggrund af udviklingen i uddannelserne har KL/DR og FOA i 2018 søgt om et løft i assistentuddannelsen fra niveau 4 til 5, men Undervisningsministeren har ikke truffet afgørelse om det endnu. Til sammenligning er sygeplejerskeuddannelsen i dag en professionsbachelor placeret på niveau 6 i den nationale kvalifikationsramme. Uddannelsen tager 3 år og 6 måneder, og optagelse forudsætter i modsætning til social- og sundhedsuddannelserne en gymnasial uddannelse.

2.4 Udviklingen i udbuddet af arbejdskraft og rekrutteringsudfordringer

Udviklingen i sundhedsvæsenet og den demografiske udvikling medfører en stigende efterspørgsel på social- og sundhedsmedarbejdere i kommunerne. Og på trods af et voksende antal social- og sundhedsmedarbejdere oplever kommunerne udfordringer med at rekruttere særligt assistenter, men også hjælpere.

I en survey fra KL til kommunerne i 2017 svarede 73 % af kommunerne således, at de oplever mangel eller stor mangel på arbejdskraft inden for ældreområdet. Inden for det kommunale sundhedsområde rapporterede 49 % af kommunerne, at de mangler arbejdskraft.³ 71 % angav desuden en oplevelse af, at rekrutteringssituationen på ældreområdet i 2017 var sværere end i 2014 (FOA & Kommunernes Landsforening, 2017).

Kommunernes oplevelse af rekrutteringssituationen svarer til de aktuelle jobmuligheder inden for social- og sundhedsområdet: Per 1. februar 2020 er der ifølge Arbejdsmarkedsbalancen⁴ omfattende mangel på assistenter i alle dele af landet. Det betyder, at udbuddet af assistenter er langt lavere end efterspørgslen. For hjælpere viser Arbejdsmarkedsbalancen mangel på arbejdskraft og gode jobmuligheder. Der er således også mangel på hjælpere, men ikke i samme omfang som manglen på assistenter.

³ Begreberne sundhedsområdet og ældreområdet defineres ikke nærmere i KL's rapport.

⁴ Arbejdsmarkedsbalancen udarbejdes ved at kombinere fulde registerdata over ledige tilmeldte i Jobindsats, beskæftigede og jobomsætning med en survey blandt virksomheder, der har annonceret efter arbejdskraft. Arbejdsmarkedsbalancen offentliggøres i januar og juli og viser situationen på arbejdsmarkedet for et halvår ad gangen. Jobmulighederne inddeles i kategorierne mindre gode jobmuligheder, gode jobmuligheder, mangel på arbejdskraft og omfattende mangel på arbejdskraft (Arbejdsmarkedsbalancen.dk).

KL vurderer, at den forventede efterspørgsel på hjælpere og assistenter vil stige fra knap 100.000 i 2020 til ca. 145.000 i 2045, hvilket svarer til en procentuel stigning på 68 % (momentum, 2020).

Rekrutteringsudfordringerne er nært relateret til udbuddet af arbejdskraft, som påvirkes af flere faktorer: Social- og sundhedsmedarbejders alder og beskæftigelsesgrad samt tilgangen af nyuddannede. Disse faktorer gennemgås i det følgende.

2.4.1 Udviklingen i antal social- og sundhedsmedarbejdere

Udviklingen i sundhedsvæsenet har også betydet en udvikling i sammensætningen og antallet af social- og sundhedsmedarbejdere i kommunerne. Hjælpere arbejder typisk i den kommunale hjemmepleje, på plejehjem, i beskyttede boliger, dagcentre eller ældrecentre, eller hos private leverandører af hjemmepleje. Hovedparten af assistenterne er ansat i hjemmeplejen, på plejehjem, bosteder og bofællesskaber, men er i højere grad end hjælpere desuden ansat på sygehuse. Endelig er en del social- og sundhedsmedarbejdere ansat på det private arbejdsmarked, bl.a. som følge af lovkravet om frit valg af leverandør af hjemmeplejen (jf. servicelovens § 91), og andelen af privatansatte social- og sundhedsmedarbejdere er mere end fordoblet fra 5 % i 2010 til 11 % i 2016 (FOA & Kommunernes Landsforening, 2017).

Tabel 2.3 Antal og andel hjælpere og assistenter fordelt på regioner og kommuner i 2007 og 2019

	Regioner			Kommuner			Kommuner og regioner i alt		
	2007	2019	Ændring i %	2007	2019	Ændring i %	2007	2019	Ændring i %
Assistenter (antal)	9.694	8.431	-13 %	17.360	30.367	+75 %	27.054	38.798	+43 %
Assistenter (andel af alle assistenter)	36 %	22 %		64 %	78 %				
Hjælpere (antal)	170	245	+44 %	37.820	37.331	-1 %	37.990	37.576	-1 %
Hjælpere (andel af alle hjælpere)	0,4 %	1 %		99,6 %	99 %				
Hjælpere og assistenter i alt (antal)	9.864	8.676	-12 %	55.180	67.698	+23 %	65.044	76.374	+17 %
Hjælpere og assistenter (andel af alle)	15%	11%		85%	89%				

Anm.: Tabellen viser antal ansatte personer inkl. ekstraordinært ansatte og fleksjobbere og ikke antal fuldtidsstillinger, idet størstedelen af social- og sundhedsmedarbejdere er deltidsbeskæftigede, og formålet her er at illustrere udviklingen i antallet af medarbejdere i de to sektorer.

Tabellen viser antal ansatte målt på personer i december måned det givne år.

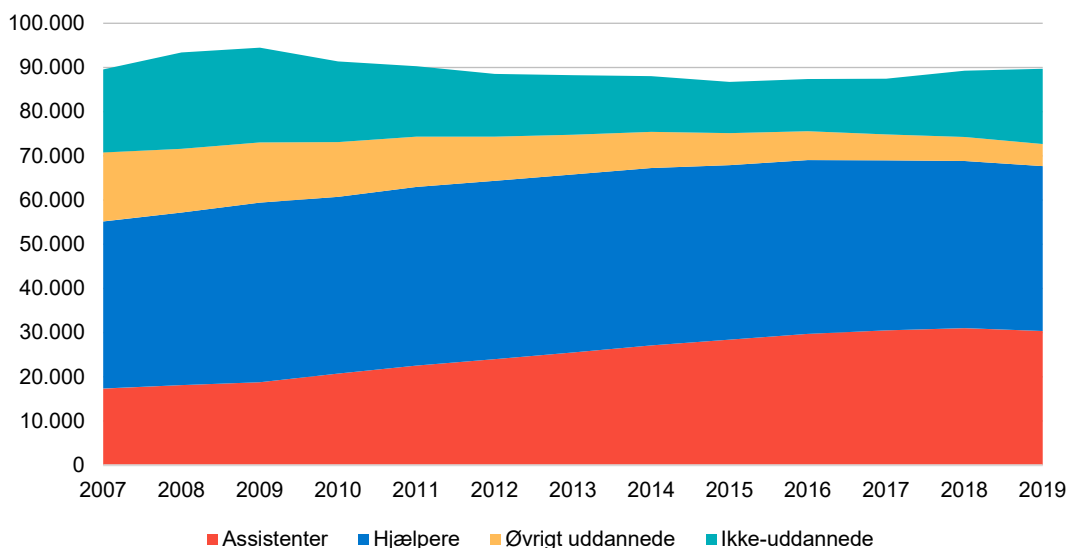
Kilde: KRL og egne beregninger.

Tabel 2.3 viser fordelingen af hjælpere og assistenter på regioner og kommuner i hhv. 2007 og 2019. Over perioden er der ansat 17 % flere social- og sundhedsmedarbejdere i regioner og kommuner tilsammen. Stigningen er dog mest markant for assistenternes vedkommende, idet antallet er øget med 43 %, mens antallet af hjælpere er faldet med 1 %.

I 2019 var 89 % af alle social- og sundhedsmedarbejderne ansat i kommunerne, mens det gjaldt 85 % i 2007, jf. Tabel 2.3. Stigningen skyldes primært en markant vækst i antallet af assistenter i kommunerne på 75 % på 12 år. Samtidig ses, at stort set alle hjælpere er ansat i kommunerne – både i 2007 og nu.

Zoomer man ind på det kommunale social- og sundhedspersonale og inkluderer ufaglærte såvel som den lille gruppe af øvrigt uddannede medarbejdere (primært fra udgåede uddannelser som fx sygehjælper, hjemmehjælper og plejer), ser udviklingen over de seneste 12 år således ud:

Figur 2.3 Udviklingen i *antal personer* ansatte inden for overenskomstområdet 'social og sundhedspersonale' i kommunerne fra 2007-2019



Anm.: Gruppen 'Øvrigt uddannede' er primært uddannede medarbejdere fra uddannelser, der ikke eksisterer længere, fx hjemmehjælpere, sygehjælpere, plejehjemsassistenter og plejere. Elever indgår ikke i figuren.

Figuren viser udviklingen i antal ansatte på overenskomstområdet 'Social- og sundhedspersonale, KL' i december måned det givne år.

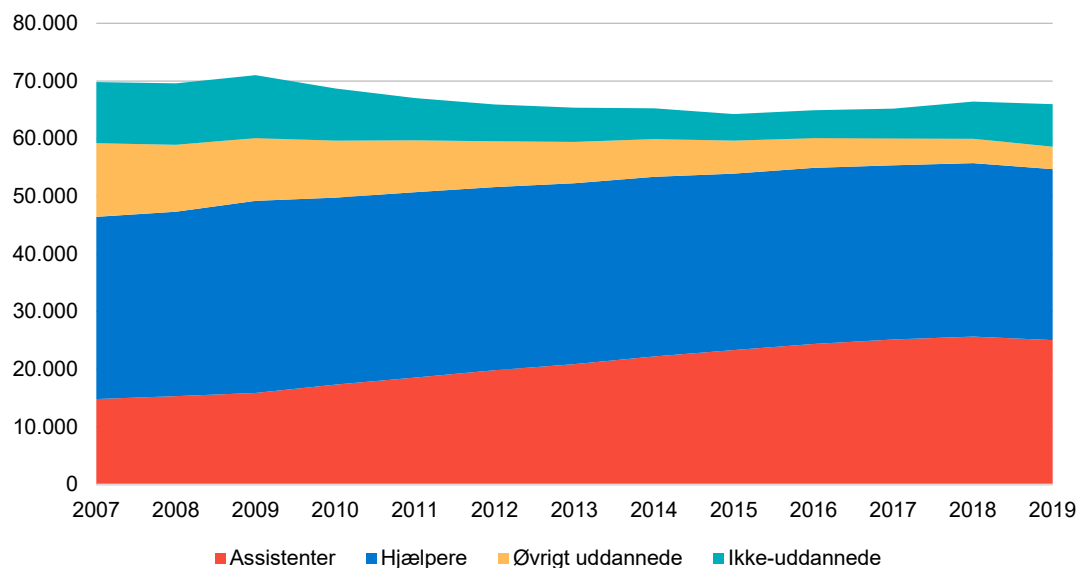
Kilde: KRL Sirka.

Figur 2.3 viser, at det samlede antal ansatte inden for overenskomstområdet 'Social og sundhedspersonale' i kommunerne er steget med 0,2 % fra 2007 til 2019. Således var det samlede antal ansatte på området 89.577 i 2007, mens det i 2019 var steget til 89.724, svarende til en nominal stigning på 147 personer.

Denne udvikling dækker dog over, at antallet af uddannede hjælpere og assistenter er steget fra ca. 55.000 til knap 68.000 personer, svarende til 13.000 personer, og de to grupper udgør i 2019 hhv. 42 % og 34 % af de kommunalt ansatte på området. Samtidig er antallet af øvrigt uddannede faldet med 10.609 personer, i takt med at medarbejdere på udgåede uddannelser går på pension, og denne gruppe udgør derfor nu kun ca. 5 % af de kommunalt ansatte på området. Antallet af ikke-uddannede er faldet med 1.762 personer, så de i 2019 udgør ca. 19 % af de kommunalt ansatte på området. Dog ses fra 2017-2019 en stigning i antallet af ikke-uddannede, selvom antallet fra 2009 til 2016 har været faldende. Der ses desuden et svagt fald i antallet af assistenter fra 2017-2019.

Billedet ser dog lidt anderledes ud, hvis man ser på udviklingen i fuldtidsstillinger for hjælpere, assistenter, øvrigt uddannede og ikke-uddannede, fordi beskæftigelsesgraden i de fire grupper ikke er ens. Det ses af Figur 2.4.

Figur 2.4 Udviklingen i antal fuldtidsstillinger inden for overenskomstområdet 'social- og sundhedspersonale' i kommunerne fra 2007-2019



Anm.: Gruppen 'Øvrigt uddannede' er primært uddannede medarbejdere fra uddannelser, der ikke eksisterer længere, fx hjemmehjælpere, sygehjælpere, plejehjemsassistenter og plejere. Elever indgår ikke i figuren.

Figuren viser udviklingen i antal fuldtidsstillinger på overenskomstområdet 'Social- og sundhedspersonale, KL' i december måned det givne år.

Kilde: KRL Sirka.

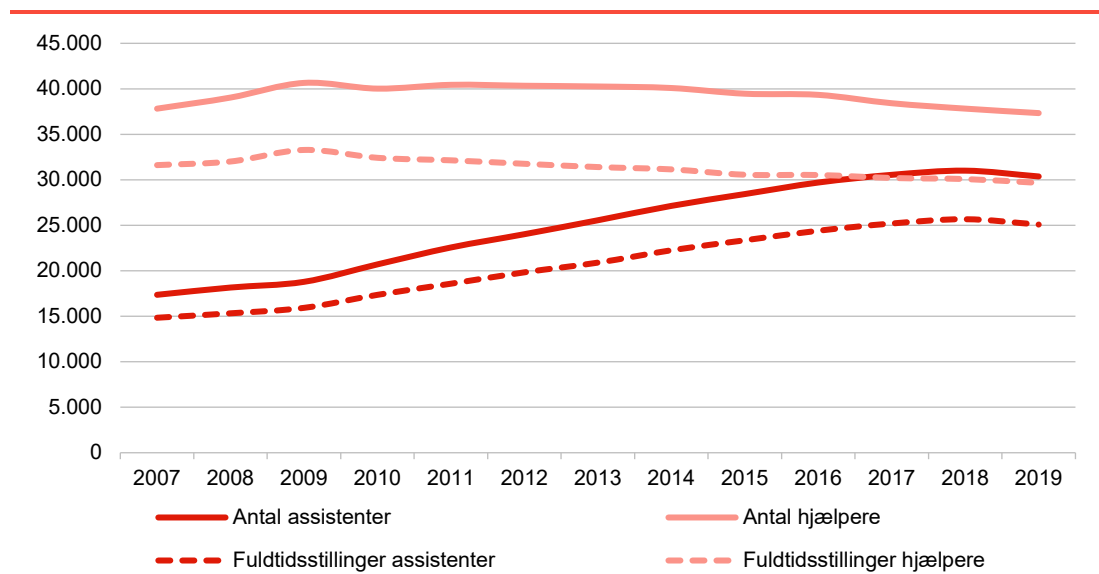
Figur 2.4 viser, at det samlede antal fuldtidsstillinger inden for overenskomstområdet 'Social- og sundhedspersonale' i kommunerne er steget med 18 % fra 2007 til 2019, svarende til 46.454 fuldtidsstillinger i 2008 og 54.740 fuldtidsstillinger i 2019. Det ses også, at antallet af fuldtidsstillinger blandt ikke-uddannede er faldet fra 10.630 til 7.397 i perioden, hvilket udgør et fald på 30 % – et markant større fald end det, vi så i antallet af ansatte ikke-uddannede, som "kun" var på 9 % i samme periode (jf. Figur 2.3). De ikke-uddannede udgør således en markant mindre andel af den samlede arbejdsvolumen i 2019. Figuren viser et fald i gruppen af øvrigt uddannede svarende til faldet målt på antal ansatte.

2.4.2 Beskæftigelsesgrad

Udbuddet af arbejdskraft påvirkes ikke kun af antallet af medarbejdere, men også af beskæftigelsesgraden blandt social- og sundhedsmedarbejdere. Social- og sundhedsmedarbejdere er den overenskomstgruppe, hvor den største andel er på deltid, og den laveste andel er på fuldtid sammenholdt med de andre store overenskomstgrupper i kommunerne, fx lærere og pædagoger (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2020).

Tabel 2.3 og Figur 2.3 viste udviklingen i antallet af medarbejdere. Men da en stor del af social- og sundhedsmedarbejderne er ansat på nedsat tid, viser Figur 2.5 den tilsvarende udvikling i antallet af årsværk.

Figur 2.5 Udviklingen i antal fuldtidsstillinger og antal ansatte inden for overenskomstområdet 'social- og sundhedspersonale' i kommunerne fra 2007-2019



Anm.: Figuren viser udviklingen i antal fuldtidsstillinger på overenskomstområdet 'Social- og sundhedspersonale, KL' i december måned det givne år.

Kilde: KRL Sirka.

Figur 2.5 viser, at for assistenterne er antallet af fuldtidsstillinger steget fra 14.840 i 2007 til 25.081 i 2019, hvilket svarer til en stigning på 69 %. Men for hjælpere er antallet af fuldtidsstillinger faldet fra 31.614 i 2007 til 29.660 i 2019, hvilket svarer til et fald på 6,2 %. Det samlede antal årsværk for social- og sundhedsmedarbejdere er steget med 18 % fra 2007 til 2019.

Forholdet mellem antallet af personer og antallet af fuldtidsstillinger viser medarbejdernes gennemsnitlige beskæftigelsesgrad:

Tabel 2.4 Udvikling i beskæftigelsesgrad for social- og sundhedsansatte i kommunerne 2007-2019. Procent

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Assistenter	85	84	85	84	82	83	82	82	82	82	82	83	83
Hjælpere	84	82	82	81	79	79	78	78	77	78	79	80	79

Anm.: Beskæftigelsesgraden er antallet af fuldtidsstillinger divideret med antallet af ansatte personer (*100). En beskæftigelsesgrad på 84 svarer til, at hver medarbejder i gennemsnit er ansat på 84 % af fuld tid, svarende til 31,1 timer/uge.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra KRL.

Tabel 2.4 viser, at beskæftigelsesgraden samlet set har været svagt faldende for begge grupper over perioden, og at udviklingen har været meget begrænset de seneste år. Særligt er hjælpernes beskæftigelsesgrad faldet, men primært i perioden frem til 2015, hvor den igen har været svagt stigende. Således er hjælpernes beskæftigelsesgrad faldet fra 84 % i 2007 til 79 % i 2019, dvs. et fald fra 31,1 timer/ugen til 29,2 timer/ugen. For assistenterne er faldet fra 85 % til 83 % i samme periode, svarende til 31,5 timer/ugen til 30,7 timer/ugen. Beskæftigelsesgraden afspejler den gennemsnitlige arbejdstid, som for assistenter er 30,7 timer/ugen, mens den er 29,5 timer/ugen for hjælpere i 2019.

Fordelingen af medarbejdere på ugentligt timetal ses i Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Kommunale social- og sundhedsansatte fordelt på ugentligt timetal december 2019. Procent

	Fuldtid 37 timer/uge	Deltid i alt	32-36 timer/uge	28-31 timer/uge	20-27 timer/uge	0-19 timer/uge	Time- lønnede
Assistenter	19	74	36	33	3	2	6
Hjælpere	10	82	31	44	5	3	8
Gennemsnit	15	78	33	39	4	3	7

Anm.: Tabellen viser andelen af ansatte medarbejdere (ikke andelen af fuldtidsårsværk).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra KRL.

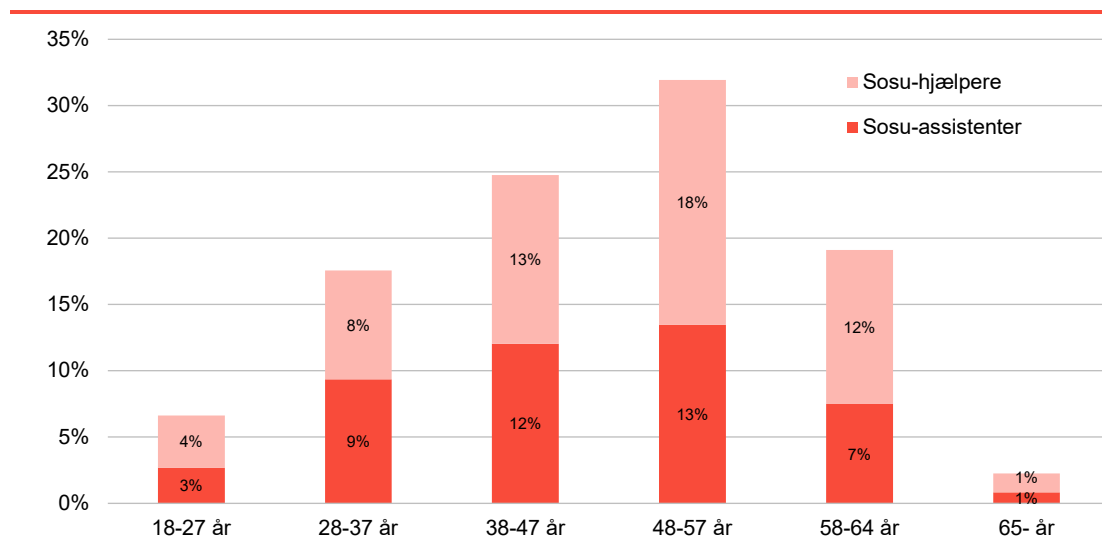
Tabel 2.5 viser, at 78 % af social- og sundhedsmedarbejdere i kommunerne i 2019 var ansat på deltid, mens kun 15 % var ansat i fuldtidsstillinger. 4 % af assistenter og hjælpere arbejder færre end 28 timer/uge. Ved sammenligning af de to medarbejdergrupper ses, at en langt større andel af assistenter (19 %) end hjælpere (10 %) er ansat i fuldtidsstillinger. Ligeledes arbejder 36 % af assistenter 32-26 timer/uge mod 31 % af hjælperne. Omvendt har 44 % hjælpere en arbejdsuge på 31-28 timer mod kun 33 % af assistenterne. Samlet set viser de to tabeller herover, at der er en lavere beskæftigelsesgrad blandt hjælpere end blandt assistenter.

En analyse af arbejdstid blandt social- og sundhedsmedarbejdere på det kommunale ældreområde af Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed fra 2020 viser, at 82 % af social- og sundhedsmedarbejdere er tilfredse med at være på deltid, mens 12 % ikke er tilfredse med at være på deltid. Analysen viser også, at de mest udbredte begrundelser for at være på deltid ifølge medarbejderne er arbejdsbelastning, ønsket om mere tid til familieliv og dernæst ønsker om at have mere overskud på arbejdspladsen, mere fritid samt helbredsmæssige årsager. Ifølge ledere i kommunerne, som har deltaget i Social- og Indenrigsministeriets analyse, er de mest udbredte barrierer for at øge beskæftigelsesgraden blandt medarbejderne, at medarbejderne ikke ønsker at gå op i tid samt fleksibilitet i planlægningen ved flere deltidsansatte end ved relativt færre fuldtidsansatte. Ønsket om fleksibilitet skyldes arbejdsopgavernes tidsmæssige fordeling i ældrepleje med spidsbelastningsperioder tidligt på dagen, hvor mange borgere har behov for hjælp (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2020).

2.4.3 Ældre ansatte og tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet

Den kommunale sektor er – relativt til andre sektorer – karakteriseret ved en større andel ældre ansatte og relativt få ansatte mellem 18 og 35 år (FOA & Kommunernes Landsforening, 2017). Det gælder også på social- og sundhedsområdet. I 2019 var gennemsnitsalderen for kommunalt ansatte hjælpere 48 år, mens det for assistenter var 46 år (KRL Sirka).

Figur 2.6 Aldersfordeling for kommunalt ansatte hjælpere og assistenter målt på antal stillinger (december 2019). Procent

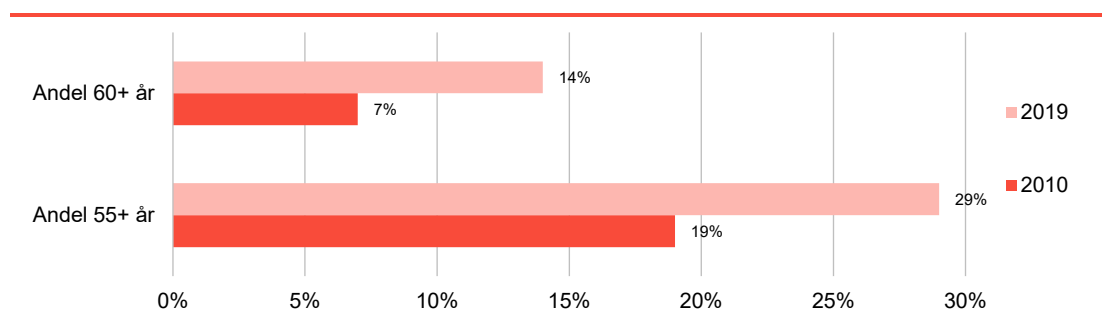


Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra KRL.

Figur 2.6 viser antallet af stillinger fordelt på 10-års intervaller (med undtagen af intervallet fra 58 år – pensionsalder, som kun tæller 7 år). Den viser, at jo ældre social- og sundhedsmedarbejderne bliver, jo større en andel udgør de. Således var 31 % af social- og sundhedsmedarbejdere i 10-års intervallet 48-57 år, 24 % i intervallet fra 38-47 år, 17 % i intervallet fra 28-37 år og 6 % i intervallet fra 18-27 år. 19 % var i 7-års intervallet fra 58-64 år, mens kun 2 % var mere end 65 år.

Samtidig er andelen af social- og sundhedsansatte over hhv. 55 og 60 år steget markant siden 2010, hvilket fremgår af Figur 2.7.

Figur 2.7 Udvikling i andel kommunalt ansatte social- og sundheds-medarbejdere på hhv. 55+ og 60+ år fra 2010-2019. Procent



Kilde: (momentum, 2020).

KL forventer, at ca. 9.100 social- og sundhedsmedarbejdere vil forlade arbejdsmarkedet fra 2019-2023, mens det samme vil ske for ca. 12.200 i de fire følgende år fra 2024-2028 (momentum, 2020).

Samlet tegner dette et billede af, at kommunerne trods en massiv vækst i antallet af assistenter siden strukturreformen står over for rekrutteringsudfordringer på området, og alt tyder på, at

disse bliver kraftigt forstærket af såvel en øget demografisk drevet efterspørgsel, såvel som et stort antal fratrædelser inden for ganske få år.

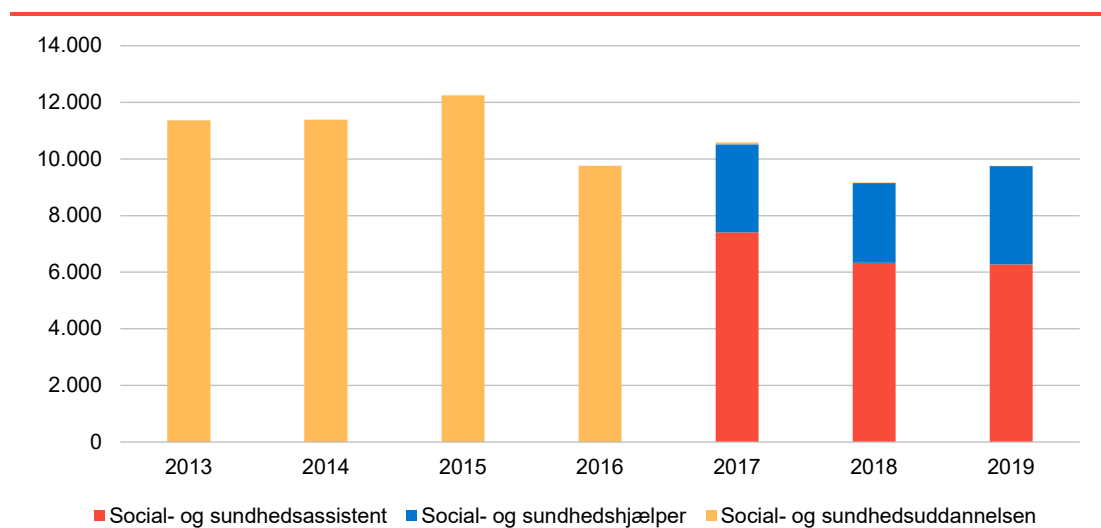
2.4.4 Antallet af elever og nyuddannede

Rekrutteringsudfordringer på sundheds- og ældreområdet påvirkes også af tilgangen af nyuddannede til faget. Social- og sundhedsskolerne oplever udfordringer med at rekruttere elever til begge uddannelser, men i højere grad til hjælperuddannelsen (Rambøll, 2018). Ifølge flere aktører fra regioner, kommuner og fagforeninger er en væsentlig barriere for at øge tilgangen, at der i samfundet generelt – og derfor blandt potentielle elever – er en mangel på viden om faget, som har skabt et negativt image om arbejdet på social- og sundhedsområdet (Rambøll, 2018).

Herunder er en figur og tre tabeller, der på forskellig vis illustrerer udviklingen i udbuddet af social- og sundhedsmedarbejdere i perioden 2012 til 2019. Figur 2.8 viser antal optagne elever på uddannelserne, Tabel 2.6 viser frafald af elever på uddannelserne, Tabel 2.7 viser bestanden på grunduddannelserne, og endelig viser Tabel 2.8 antal færdiguddannede hjælpere og assistenter.

Som beskrevet i afsnit 2.3 var uddannelsen til assistent en overbygning på hjælperuddannelsen, og der var derfor kun én social- og sundhedsuddannelse, men efter 2017 har der været to separate uddannelser med to grundforløb og et hovedforløb. Denne ændring har flere konsekvenser: 1) De fleste elever gennemfører nu kun den ene af de to uddannelser frem for begge, hvilket assistenterne gjorde inden ændringen i 2017, 2) den samlede uddannelsestid på assistentuddannelsens hovedforløb er forlænget fra 2 år og 6 måneder til 2 år, 9 måneder og 3 uger, hvilket giver en periode, hvor der ikke uddannes så mange assistenter, 3) der er indført adgangsbegrænsning på uddannelserne, hvorfor der ikke optages nær så mange elever som tidligere (Danmarks Statistik, 2020b). Med disse forbehold in mente ses udviklingen i tilgangen til uddannelserne herunder.

Figur 2.8 Antal optagne elever til social- og sundhedsuddannelsen, hjælperuddannelsen og assistentuddannelsen fra 2013-2019



Anm.: Før 2017 blev assistenter først optaget på hoveduddannelsen til hjælper og herefter hoveduddannelsen til assistent, men assistenter uddannet før 2017 tæller kun én gang i figuren. Figuren skal dog læses med forbehold for databrud efter 2015: Før da indeholder figuren kun tilgange til *hovedforløbet* på social- og sundhedsuddannelsen. Med erhvervsuddannelsesreformen i 2015 blev *grundforløb 2* indført. Det betyder, at fra og med august 2015 tælles tilgange til *grundforløb 2* også med, og ikke kun tilgang til hovedforløb. Det betyder, at elever, der starter på *grundforløb 2*, men efterfølgende ikke fortsætter på hovedforløbet, også tæller med i figuren fra august 2015. Antal optagne elever er målt på antal tilgange til uddannelserne for skoleåret, dvs. fra august-juni.

Kilde: Uddannelsesstatistik.dk.

Figur 2.8 viser, at tilgangen til assistentuddannelsen på 6.272 i skoleåret 2019 er knap dobbelt så stor som tilgangen til hjælperuddannelsen, som var 3.475.

Figur 2.8 viser også et fald i den samlede tilgang til social- og sundhedsuddannelserne fra 11.362 elever i 2013 til 9.754 elever til de to separate uddannelser i 2019, svarende til et fald på -14 %. Dette fald sker efter 2015, hvor der med erhvervsuddannelsesreformen indføres et uddannelsesrettet *grundforløb 2* samt adgangskrav på alle erhvervsuddannelser på 02 i dansk og matematik. Faldet skal ses i lyset af disse ændringer. 40-45 % af faldet i tilgangen i perioden 2014-2017 er blandt elever under 25 år, der ikke opfylder karakteradgangskravet, ifølge en kortlægning af rekrutteringsudfordringer blandt social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner (Finansministeriet et al., 2018). Udviklingen skal dog højst sandsynligt også tilskrives andre tendenser i samfundet, herunder en generel faldende søgning til erhvervsuddannelserne (Finansministeriet et al., 2020).

Ifølge samme undersøgelse er frafaldet på hovedforløbet dobbelt så højt på social- og sundhedsuddannelserne som på erhvervsuddannelser generelt (Finansministeriet et al., 2020). Tabel 2.6 viser andelen af elever på hhv. hjælper- og assistentuddannelsen, der er faldet fra efter 3 måneder på hovedforløbet:

Tabel 2.6 Andel af elever, der er faldet fra efter 3 måneder på uddannelsens hovedforløb, fordelt på assistenter og hjælpere. Procent

	2017	2018	2019
Assistentuddannelsen: Frafald efter 3 måneder på hovedforløb	14,1	13,1	15,9
Hjælperuddannelsen: Frafald efter 3 måneder på hovedforløb	14,3	13,4	11,2

Kilde: (momentum, 2020).

Tabel 2.6 viser, at frafaldet er steget blandt elever på assistentuddannelsen fra 14,1 % til 15,9 % i perioden 2017-2019. Omvendt er frafaldet faldet blandt elever på hjælperuddannelsen fra 14,3 % i 2017 til 11,2 % i 2019.

Tabel 2.7 viser udviklingen i den samlede elevbestand på grundforløbets anden del (der er målrettet den enkelte uddannelse) og hovedforløbene på assistentuddannelsen, hjælperuddannelsen og den tidligere social- og sundhedsuddannelse.

Tabel 2.7 Antal elever (bestanden) fra 2012-2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Assistentuddannelsen fra 2017	-	-	-	-	-	4.485	8.053	10.766
Hjælperuddannelsen fra 2017	-	-	-	-	-	2.272	3.249	3.975
Social- og sundhedsuddannelsen	14.982	14.690	14.704	15.538	12.472	4.754	186	24
I alt	14.982	14.690	14.704	15.538	12.472	11.511	11.488	14.765

Anm.: Statistikken viser bestanden (antallet) af elever, som er i gang med grundforløbets anden del (som er målrettet den enkelte uddannelse) eller hovedforløbet på den enkelte uddannelse pr. 30. september et givent år.

Kilde: Uddannelsesstatistik.dk

Tabel 2.7 viser, at bestanden af elever på uddannelserne i 2019 er 14.765, hvilket er på niveau med bestanden på 14.982 i 2012, men at der har været et dyk i årene 2016-2018, hvor elevbestanden var på sit laveste med 11.488. Fra 2017 er det også muligt at se fordelingen af elever på hhv. hjælper- og assistentuddannelserne, hvilket ikke er muligt på den samlede so-

cial- og sundhedsuddannelse før 2017. Her viser Tabel 2.7, at elevbestanden på assistentuddannelsen i 2019 er 10.766, hvilket er knap tre gange så mange som hjælperuddannelsens elevbestand på 3.975.

Tabel 2.7 viser således, at den samlede elevbestand ikke er faldet i samme takt som tilgangen til uddannelserne, jf. Figur 2.8. En forklaring er, at assistentuddannelsen er forlænget, og dermed indgår eleverne i opgørelserne i længere tid. Dermed er den samlede elevbestand formentlig påvirket af ændringerne i uddannelsernes struktur og længde. Det betyder også, at det er tilgangen til uddannelserne – og antal færdiguddannede, som fremgår af Tabel 2.8 – der er afgørende for rekrutteringssituationen.

Tabel 2.8 Antal færdiguddannede på social- og sundhedsuddannelsen, hjælperuddannelsen og assistentuddannelsen fra 2012-2019

	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Assistentuddannelsen						48	394
Hjælperuddannelsen					9	622	1.343
Social- og sundhedsuddannelsen	9.383	8.946	8.758	8.848	6.386	4.707	644
I alt	9.383	8.946	8.758	8.848	6.395	5.377	2.381

Anm.: For den samlede social- og sundhedsuddannelse før 2017 optræder assistenter to gange i opgørelsen af antal fuldførte, som hhv. fuldført hjælper og fuldført assistent. Før adskillelsen af uddannelserne fuldførte omkring 2.000-3.000 personer årligt uddannelsen til hjælper og derefter assistentuddannelsen. Det er derfor ikke muligt at sammenligne data før/efter 2017 direkte.

Antal fuldførelser i skoleåret, dvs. august-juni.

Kilde: Uddannelsesstatistik.dk

Tabel 2.8 viser et markant fald i det samlede antal fuldførelser fra 9.383 i 2012 til 2.381 i 2019. Faldet kan til dels tilskrives det "hul", der er opstået som følge af forlængelsen af assistentuddannelsen, fordi der i en periode uddannes færre assistenter. Desuden betyder adskillelsen af de to uddannelser, at assistenterne ikke længere fuldfører to uddannelser, men kun én uddannelse. For den samlede social- og sundhedsuddannelse før 2017 optræder assistenter to gange i opgørelsen af antal fuldførte, som hhv. fuldført hjælper og fuldført assistent. Før adskillelsen af uddannelserne fuldførte omkring 2.000-3.000 personer årligt uddannelsen til hjælper og derefter assistentuddannelsen. Derfor er det ikke muligt at vurdere præcist, hvor stort faldet reelt er, før alle er overgået til den nye uddannelsesstruktur og længde. Men de tilgængelige data peger på en faldende tilgang af nyuddannede til social- og sundhedsområdet.

2.5 Opsamling: Udviklingen på sundheds- og ældreområdet

Analysen beskriver de primære udviklingstendenser, som har betydning for hjælpere og assistenters opgaver og kompetencer. Antallet af ældre borgere stiger, flere har kroniske sygdomme og ofte flere på samme tid, mens andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, og det gennemsnitlige antal timer, hver borger får hjemmehjælp, falder. Udviklingen i sygehusvæsenet har også betydning for opgaveløsningen på det kommunale sundheds- og ældreområde, der får nye opgaver og mere komplekse borgere. Sideløbende er der sket et paradigmeskifte på området fra at yde kompenserende til rehabiliterende hjælp.

Social- og sundhedsuddannelserne blev oprettet i 1991 på grund af behov for generelle kompetencer på området og var frem til 2017 modulopbygget således, at assistenter først skulle uddannes til hjælper. Udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne har siden da haft til for-

mål at imødekomme ændrede kompetencekrav og følge udviklingen i det samlede sundhedsvæsen. Opbygningen har ændret sig markant, og i 2017 blev uddannelserne adskilt i to selvstændige uddannelser, der skal give begge uddannelser en tydeligere profilering. Hjælperuddannelsen retter sig i dag mod pleje og omsorg med fokus på rehabilitering og opgaver under serviceloven. Assistentuddannelsen retter sig mod grundlæggende og klinisk sygepleje i komplekse borgerforløb, tværprofessionelt samarbejde, og mod at assistenterne – som autoriserede sundhedspersoner – selvstændigt skal kunne løse opgaver, der primært ligger under sundhedsloven. Det faglige niveau er også blevet højere. Der er indført grundfag, adgangskrav, mere skoleundervisning, og varigheden af uddannelserne er forlænget. Hjælperuddannelsen er forlænget fra 2 år til 2 år og 2 måneder, og assistentuddannelsen fra 3 år og 6 måneder til 3 år, 9 måneder og 3 uger.

Ændringer i uddannelserne har også haft til formål at imødekomme de omfattende og vedvarende rekrutteringsudfordringer, som det kommunale sundheds- og ældreområde er præget af, trods en vækst på 75 % i antallet af assistenter siden strukturreformen i 2007. Rekrutteringsudfordringerne påvirkes af en øget efterspørgsel efter medarbejdere, såvel som et stort antal fratrædelser inden for de kommende år, en faldende beskæftigelsesgrad blandt social- og sundhedsmedarbejdere, hvor langt størstedelen er ansat i deltidsstillinger, samt en faldende tilgang til social- og sundhedsuddannelserne på 14 % fra 2013-2019.

3 Udviklingen i regler og rammer på sundheds- og ældreområdet

De opgaver, hjælpere og assistenter løser i kommunerne, er formet af de formelle regler og rammer på området i form af lovgivningen og de styringsmæssige redskaber, der anvendes i kommunerne, såsom kvalitetsstandarder og kompetenceskemaer. Formålet med dette kapitel er at give et overblik over rammer og regler på området, og hvordan de er med til at forme hjælpere og assistenters arbejde med borgerne i hverdagen. Kapitlet indeholder således væsentlig baggrundsviden for at kunne forstå såvel den kvantitative analyse af opgavevaretagelsen i kapitel 4 om fordelingen af opgaver på de enkelte medarbejdergrupper, som interviewanalysen af medarbejdernes perspektiv i kapitel 5.

Kapitlet indledes i afsnit 3.1 med en gennemgang af servicelovens rammer, herunder den rolle, de kommunale kvalitetsstandarder spiller samt lovkravet om frit valg af leverandør af visse ydelser og den såkaldte *bestiller-udfører-model*, der anvendes i praksis til at sikre dette. I afsnit 3.2 gennemgås sundhedslovens rammer, herunder betydningen af decentral kompetencevurdering og den ramme, det udgør for fordelingen af opgaver på forskellige medarbejdergrupper i praksis. Desuden forklares en række centrale begreber på området, der relaterer sig til sundhedslovsydelser, herunder brug af lægelig medhjælp, forbeholdt virksomhedsområde og begreberne delegation og videredelegation. Selvom det kan synes relativt teknisk, så er forståelsen af disse begreber væsentlig for den virkelighed og hverdag, som medarbejderne oplever, og som kommer til udtryk i kapitel 5 om medarbejdernes perspektiv. Endelig beskriver afsnit 3.3 den fælleskommunale standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet kaldet Fælles Sprog III (FSIII) og dens betydning for bl.a. dokumentation på området samt de forskellige dokumentationskrav til ydelser under de to lovgivninger.

3.1 Serviceloven og social- og sundhedsmedarbejderes arbejde

I serviceloven er følgende paragraffer relevante for hjælpere og assistenters arbejde⁵:

§ 83 vedrører det, der i daglig tale ofte kaldes **hjemmehjælp**. Dette rummer tre typer af service, som beskrives i stk. 1:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 1) personlig hjælp og pleje, 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og 3) madservice.

§ 83a kaldes **rehabiliteringsforløb** eller midlertidig hjemmehjælp, fordi der er tale om de samme tre services som i § 83, blot givet midlertidigt med et rehabiliterende sigte:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1.

§ 84 vedrører to aspekter af **aflastning**: Stk. 1 vedrører borger i eget hjem:

⁵ VIVE anvender de paragraffer i serviceloven, som er inkluderet i Fælles Sprog III. En del kommuner har i deres indsatskataloger inkluderet flere paragraffer end dem, VIVE har valgt at kortlægge ydelser inden for (fx § 94, 95, 96, 118, 119 og 122). Her er dog tale om paragraffer med meget få eller slet ingen ydelser i 2019.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Stk. 2 gælder ophold på midlertidige pladser:

Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.

§ 84, stk. 2 er således den paragraf, der ligger til grund for kommunernes midlertidige pladser, som der i dag findes ca. 3.500 af.⁶ Dette gælder dog ikke den del af pladserne, som kommunerne selv klassificerer som akutpladser, da disse hører under sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje (Kammeradvokaten, 2018, Sundhedsstyrelsen, 2017a).

§ 86 handler om **træning**, der *ikke* sker som følge af, at en borger har fået udarbejdet en genoptræningsplan fra et hospital (i så fald er der tale om ydelser efter sundhedslovens § 140). Stk. 1 handler om genoptræning og lyder:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Stk. 2 handler om vedligeholdende træning og lyder:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Af disse paragraffer fylder opgaver som følge af § 83 – inkl. § 83a – langt mest i hjælpere og assistenters daglige opgaver hos borgerne.

3.1.1 Kommunale kvalitetsstandarder

Alle kommune skal politisk fastlægge et bestemt serviceniveau inden for de beskrevne paragraffer i serviceloven. I praksis betyder det, at politikerne årligt skal godkende en kvalitetsstandard for tilbud om hjemmehjælp, rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning.⁷

Kvalitetsstandarderne er offentligt tilgængelige – typisk via kommunernes hjemmesider – og af dem fremgår det, hvilken hjælp borgerne kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for fx hjemmehjælp. Derudover skal kvalitetsstandarderne indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, som kommunen har fastsat.

Som en del af kvalitetsstandarderne er en kommune forpligtet til at stille kvalitetskrav til leverandørerne af de forskellige ydelser (jf. afsnit 3.1.2 om frit valg af leverandør). Kvalitetskravene skal afspejle kommunens serviceniveau, målsætninger og øvrige retningslinjer for, hvordan hjælpen skal udføres. Hvis kommunen beslutter at ændre serviceniveauet, og det ændrede

⁶ Tallet er et estimat baseret på, at der af Statistikbankens tabel RESP01 er 3.241 pladser til midlertidige ophold og aflastning. Dog tager Danmarks Statistik forbehold for tallet grundende bl.a. manglende indberetninger. For eksempel har 5 kommuner indberettet 0 pladser, heriblandt Københavns og Frederiksberg kommuner. De 5 kommuner vurderes at tegne sig for (mindst) 250 midlertidige pladser samlet set, og således estimeres den samlede volumen at være (mindst) 3.500 pladser.

⁷ Denne gennemgang er baseret på (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016).

serviceniveau medfører ændringer i en borgers ret til ydelser, har den pågældende borger krav på en ny afgørelse baseret på en konkret og individuel vurdering af behovet for hjælp.

Formålet med kvalitetskravene er at sikre, at kommunens borgere får en professionel, værdig og kvalificeret behandling, hvis de får behov for hjælp og støtte. Derudover kan kommunen gennem kvalitetskravene sikre, at alle, der modtager hjælp af kommunen, får den hjælp, de har fået tildelt, samt at leverandørerne lever op til de målsætninger, kommunen har sat for arbejdsmiljø, personalepolitik, uddannelse mv. Kvalitetskravene til leverandørerne skal være de samme for private og kommunale leverandører.

Kommunen har desuden pligt til at føre tilsyn med, at den hjælp, borgerne har fået tildelt, leveres i overensstemmelse med den afgørelse, kommunen har truffet og i henhold til kommunens kvalitetsstandarder.

3.1.2 Frit valg af leverandør og anvendelsen af bestiller- og udfører-model

I servicelovens § 91 stilles der krav om, at alle kommunerne skal sikre, at borgere, der modtager hjælp efter § 83 – i daglig tale hjemmehjælp – skal kunne vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf kun den ene leverandør kan være kommunal. Det kan kommunerne gøre på to måder: Enten ved at indgå kontrakt med to eller flere leverandører eller ved at give borgerne, der er visiteret til hjælp efter § 83, et såkaldt fritvalgsbevis, som giver dem mulighed for selv at indgå aftale med en leverandør (Social- og Indenrigsministeriet, 2019).

Kravet om frit valg af leverandør har imidlertid også konsekvenser for kommunernes organisering og for medarbejderne – ikke kun for borgerne – og skal ses i sammenhæng med servicelovens krav om, at der træffes en individuel afgørelse efter loven om tildeling af hjælp:

§ 1, stk. 3: Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn. (Social- og Indenrigsministeriet, 2019)

Det betyder i praksis, at det er en myndighedsopgave at vurdere, hvilken hjælp efter serviceloven, den enkelte borger er berettiget til ud fra en *"konkret og individuel vurdering"*. Er der tale om hjemmehjælp efter § 83, skal denne hjælp beskrives så konkret og detaljeret, at den samme opgave kan udbydes til mindst to forskellige leverandører (eller beskrives i fritvalgsbevis). Det er nemlig grundlaget for, at borgeren herefter selv frit kan vælge en leverandør (hvoraf mindst én skal være en privat udbyder). For at dette kan lade sig gøre i praksis, er kommunerne nødt til at adskille den myndighed, der træffer en afgørelse om tildeling af en given ydelse og som dermed bliver *bestiller* af ydelsen, fra de leverandører, der *udfører* ydelserne hos borgerne. Denne model kaldes en Bestiller-Udfører-Model (BUM).

Serviceloven er således bygget grundlæggende anderledes op end fx sundhedsloven, og tildeling og udførelse af ydelser efter sundhedsloven er tilsvarende meget forskellige. Sundhedsloven opererer slet ikke med samme stringente og lovgivningsbestemte adskillelse af bestiller og udfører. For eksempel er en praktiserende læge både bestiller og udfører i en og samme arbejdsgang: Hun vurderer, hvad en patient har behov for og leverer det i en integreret proces. Under sundhedsloven har man nogle steder såkaldte *gate keeper*-funktioner, der bestemmer, hvem der kan henvise, hvilke patienter til hvilke ydelser, eller hvem der kan træffe beslutninger om tildeling af forskellige former for diagnostiske eller behandlingsmæssige tilbud osv. Men

her er tale om aftaler, der regulerer patient-flowet *mellem* enheder – ikke om, at man inden for samme enhed adskiller funktionerne bestiller og udfører grundet et specifikt krav i lovgivningen.

Denne forskel på service- og sundhedslov skaber grundlæggende forskellige rammer og udførelse af opgaverne. I kommunerne opererer man derfor på servicelovsområdet med myndighedsopgaver, der løses i en myndighedsafdeling, oftest af såkaldte visitatorer. Det er medarbejdere, som typisk er sundhedsfaglige (ofte med en overvægt af sygeplejersker og dernæst ergoterapeuter). Deres opgave er at foretage den individuelle og konkrete vurdering af den enkelte borgers behov og dernæst træffe skriftlig en afgørelse i henhold til serviceloven om evt. tildeling af hjælp. For at sikre uvildighed og armslængde er de visitatorer, som træffer afgørelse om tildeling af hjemmehjælp (ydelser efter § 83), adskilt organisatorisk fra de udførende medarbejdere, som er tæt på borgerne og leverer hjælpen. Blandt andet fordi det ligger i hele fritvalgs-konceptet, at den, der bestiller en opgave, skal være uvildig og ikke være tættere på nogen af de mulige leverandører end andre – dermed heller ikke tæt på de kommunale leverandører. Derfor er visitatorerne i myndighedsafdelinger oftest placeret fysisk helt adskilt fra hjemmeplejen, og medarbejderne i visitationen holder en vis armslængde til de udførende medarbejdere i kommunernes hjemmepleje – herunder hjælpere og assistenter.

Denne organisering – både dens fundament i lovgivningen og BUM-modellernes konsekvenser for samarbejde, fleksibilitet og tværfaglighed i hverdagen – er afgørende for at forstå arbejds-gange og organisering på det kommunale sundheds- og ældreområde. Særligt i relation til samarbejde og det, medarbejderne i interviewanalysen i kapitel 5 kan opleve som unødigt bureaukrati og dokumentation, alt for megen "skreven frem og tilbage", og et mangelfuldt samarbejde omkring borgerne. Her er det væsentligt at forstå, at en del af det, medarbejderne oplever, har rødder i de lovgivningsmæssige rammer på området.

Men rammerne er også væsentlige at forstå i relation til den generelle debat om ældreområdet, hvor der drøftes emner som unødigt bureaukrati og afbureaukratisering, frisættelse af medarbejdere, mere tid til de ældre og mindre tid til dokumentation. Det handler nemlig ikke kun om den enkelte kommunes valg af organisering. Lovens krav om frit valg af leverandør og myndighedsafgørelser på dette område – og de BUM-modeller, det har medført i praksis – spiller en væsentlig rolle. Et eksempel kan illustrere, hvad det betyder i praksis:

Myndigheden, bestilleren, er en visitator ved navn Inger. Hun skal beslutte, hvilken hjælp Marius Andersen må få. Inger skal holdes adskilt fra leverandørerne – både de private og kommunens egne i form af de medarbejdere i hjemmeplejen, der til daglig udfører opgaverne ude hos Marius både morgen og aften, på gode og dårlige dage, og som har kendt Marius i årevis. Ikke mindst Marius' kontaktperson, Eva, der har kendt Marius i 6 år, siden før han mistede sin kone, og før han begyndte at blive indlagt. Frit valg og anvendelsen af den BUM-model, der skal gøre det muligt, betyder, at Inger og Eva spiller hver deres rolle, og at de skal holdes adskilt fra hinanden med en vis armslængde mellem dem. Det betyder som oftest også, at kommunikationen mellem dem primært er skriftlig, nogle gange telefonisk, og det betyder selvfølgelig også, at deres kendskab til og perspektiver på Marius' situation er forskellige. Inger har rollen som bestiller i en visitation. Hun skal foretage en konkret individuel vurdering af Marius' situation, formåen, motivation, (rehabiliterings)potentiale og dermed hans behov for hjælp, og hun skal træffe en afgørelse efter serviceloven på den baggrund. Eva skal på den ene side "bare" levere det, Inger bestiller. Men set fra Marius' perspektiv, så er Eva hende fra kommunen, som kommer mest hos ham og kender ham bedst, og han kender faktisk også en del til Eva. Gennem 6 år får man alligevel talt om en del. Og endelig er der Eva. Hun har sin egen faglighed, og sit eget perspektiv på Marius' situation, hvordan den har udviklet sig, og hvad

han egentlig har mest behov for og bedst nytte af i hverdagen – både de gode og de dårlige dage. Og på det sidste har der været ret mange af de dårlige. Konstruktionen med BUM-model er designet til at give Inger og Eva forskellige roller, forskelligt kendskab til Marius og dermed også forskellig viden. Inger, der træffer afgørelserne om tildeling af ydelser, kan ikke kende Marius lige så godt som Eva, som var hende, der så behovet for yderligere hjælp til Marius. Til gengæld kender Inger lovgivningen og kommunens kvalitetsstandarder, og hun er ekspert i at træffe og dokumentere korrekte skriftlige afgørelser efter serviceloven. Det er Eva på ingen måde. Formålet med dette eksempel er at vise, hvad BUM-model betyder i praksis – både for medarbejderne og for borgerne. Det viser også, at når medarbejderne oplever perspektivforskelle eller samarbejdsvanskeligheder ved ”så megen skriven frem og tilbage” og ”så meget, der hele tiden skal dokumenteres”, så handler det ikke kun om det kollegiale samarbejde mellem Inger og Eva eller uhensigtsmæssige kommunale arbejdsgange og lokalt bureaukrati. Det handler også om det styringsparadigme og den lovgivning, der ligger bag det, som har skabt de roller, Inger og Eva – og Marius – er sat i.

Formålet med adskillelsen af bestiller og udfører er bl.a. at sikre ensartethed i serviceniveauet og at muliggøre en ensartet styring af økonomi og tildeling af ydelser i en kommune. Det er også med til at sikre borgernes rettigheder, idet de har krav på en individuel og konkret vurdering og en skriftlig afgørelse efter serviceloven. Men samtidig er modellen med til at skabe de perspektivforskelle mellem medarbejderne i driften og visitatorer, som kan føre til oplevelser af unødigt skriftlig kommunikation og dokumentation, og som kan skabe endog meget forskellige opfattelser af, hvad en borger har behov for af ydelser. BUM-modeller kan fungere mere eller mindre godt i praksis. Men det er afgørende at forstå, hvad de betyder i praksis for både medarbejdere og borgere. Og at de har rødder i lovgivningen – ikke alene i kommunernes valg af organisering.

3.2 Sundhedsloven og social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde

I sundhedsloven er det § 138, som er relevant for denne analyse, idet den omhandler hjemmesygepleje, og den lyder ganske kort:

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen. (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019)

Denne paragraf er det lovgivningsmæssige grundlag for alle former for sygepleje i kommunerne, det være sig hjemmesygepleje, sygepleje ydet i akutfunktioner (fx akutteams eller på akutpladser)⁸, sygepleje ydet på andre typer af midlertidige pladser, på plejehjem eller andre institutioner, eller sygepleje ydet på kommunale sygeplejeklinikker.

Sundhedsloven stiller ikke krav om adskillelse af bestiller og udfører eller om (skriftlig) myndighedsafgørelse. Men lovgivningen på området har dog ændret sig over tid:

Den første lov om hjemmesygepleje fra 1957 fastslår, at der ”til den egentlige sygepleje kun anvendes statsautoriserede sygeplejersker” (Indenrigsministeriet, 1957).⁹ I 1979 blev der imidlertid åbnet for muligheden for at ansætte sygehjælpere under hjemmesygeplejerskeordningen (Indenrigsministeriet, 1957). I 1989 præciserer Sundhedsstyrelsen muligheden for integration af sygeplejen på plejehjem og hjemmesygepleje og dermed også, at andre faggrupper end

⁸ Kilde: Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutfunktioner (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

⁹ Den historiske gennemgang om hjemmesygepleje er baseret på rapporten ”Hjemmesygeplejen i Danmark” (Vinge, 2006).

sygehjælpere kan indgå i hjemmesygeplejen, fx plejehjemsassistenter (Sundhedsstyrelsen, 1989, Sundhedsstyrelsen, 1987).

Med oprettelsen af social- og sundhedsuddannelsen i 1991 blev der ligeledes åbnet mulighed for, at de nye faggrupper – assistenter og hjælpere – også kunne arbejde i hjemmesygeplejen eller integrerede ordninger (Undervisningsministeriet, 1990b, Social- og sundhedsministeriet, 1991).

Således starter hjemmesygeplejen i kommunerne oprindeligt med at være forbeholdt autoriserede sygeplejersker, men området dereguleres, og fra slutningen af 1970'erne åbnes der for, at andre end sygeplejersker kan udføre sygepleje. Så da de nye social- og sundhedsuddannelser kommer til i 1991, er der allerede i lovgivningen åbnet for, at de – særligt assistenterne – kan udføre sygepleje. Udviklingen i lovgivningen siger dog ikke noget om, hvorvidt og i hvilket omfang assistenter og til dels hjælpere også i praksis har udført opgaver efter sundhedsloven, eller hvordan dette har udviklet sig siden 1992.

3.2.1 Rammerne for delegation

Begreberne *delegation*, *videredelegation* og *opgaveoverdragelse* anvendes ofte i forbindelse med fordelingen af sundhedslovsydelser på forskellige medarbejdergrupper. Disse begreber har rod i lovgivningen på området, ikke blot sundhedsloven, men også reglerne om brug af medhjælp i sundhedsfaglig praksis. Området er komplekst, hvilket bl.a. har den konsekvens, at både medarbejdere – og i nogle tilfælde også ledere – bruger begreberne forskelligt, og ikke altid i den betydning, de har i henhold til lovgivningen. Dette er særligt væsentligt at have i mente i interviewanalysen om medarbejdernes perspektiv i kapitel 5.

I dette afsnit redegøres for de væsentligste grundbegreber på området.¹⁰ For at lette læsningen er disse begreber **markeret** i det følgende:

I Danmark findes en række faggrupper, som kan opnå **autorisation**, herunder læger, sygeplejersker og assistenter.¹¹ Autorisation giver retten til at arbejde som autoriseret sundhedsperson og anvende en bestemt titel og betyder, at man bliver omfattet af autorisationsloven. Det giver ansvar, rettigheder og pligter i udførelsen af arbejdet som sundhedsperson. Derudover står alle autoriserede sundhedspersoner opført i autorisationsregisteret (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019).

Nogle autoriserede sundhedspersoner har et såkaldt **forbeholdt virksomhedsområde** i betydningen bestemte indgreb eller ydelser, som de alene må udføre. I Danmark har læger forbeholdte virksomhedsområder, mens sygeplejersker og assistenter ikke har. Et forbeholdt virksomhedsområde kan fx være udfærdigelse af recepter eller operative indgreb (Kommunernes Landsforening, 2014).

En autoriseret sundhedsperson med forbeholdt virksomhedsområde – fx en læge – kan **delegere** forbeholdte opgaver til en medhjælp jf. *Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009). En læge kan også anvende medhjælp til løsning af opgaver, som

¹⁰ For yderligere uddybning henvises til KL's notat om delegation (Kommunernes Landsforening, 2014).

¹¹ Følgende sundhedspersoner kan opnå autorisation: læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, kiropraktorer, tandlæger, bandagister, bioanalytikere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre, kliniske diætister, optikere, optometrister, ambulancebehandlere, radiografer, fodterapeuter, kliniske tandteknikere og tandplejere (Sundheds- og Ældreministeriet, 2020).

ikke er lægeforbeholdte, men i så fald er der ikke tale om delegation jf. KL's definition af begrebet¹² (Kommunernes Landsforening, 2014).

Det kræver ingen særlig uddannelse at være lægens **medhjælp** – dette afgør lægen alene. Nogle former for forbeholdt virksomhed kan en læge dog *ikke* delegere til en medhjælp.¹³

I praksis anvendes begrebet delegation dog ikke altid på denne måde: Ofte omtales sundhedslovsydelser udført af hjælpere eller assistenter som "*delegerede ydelser*" – underforstået, at ydelserne er delegeret af kommunens sygeplejersker til fx hjælpere og assistenter. Ifølge KL's definition af begrebet, som er beskrevet herover, er dette formelt set ikke korrekt, idet kun autoriserede sundhedspersoner med forbeholdt virksomhedsområde kan anvende medhjælp og delegere sundhedsfaglige ydelser. Assistenter og hjælpere er således ikke sygeplejersker-nes medhjælp; de er lægens. Det er således kun en læge – eller i teorien en anden autoriseret sundhedsperson med et forbeholdt virksomhedsområde – der kan *delegere* en sundhedslovsydelse til udførsel i en kommune.

Når en læge overdrager en opgave – forbeholdt eller ej – til en kommune, overdrages den som hovedregel til kommunen som helhed.¹⁴ I denne situation er det derfor kommunen og ikke den enkelte medarbejder, der er lægens medhjælp. Ofte anvendes metaforen, at lægen delegerer sundhedslovsopgaver "*til kommunegrænsen*". Herefter er det ledelsen i kommunen – ikke lægen – som har ansvaret for, at opgaven udføres af medarbejdere, der har de relevante kvalifikationer, og at der foreligger klare og entydige instrukser i kommunen til, hvordan opgaven skal udføres. Derfor har hver kommune behov for et system til fordeling af disse sundhedslovsopgaver på de forskellige medarbejdergrupper. Her anvender kommunerne oftest **kompetenceskemaer** (se evt. Bilag 5) eller lignende redskaber som ramme for at fordele sundhedslovsydelserne typisk inden for kategorierne (akut)sygeplejersker, assistenter, hjælpere samt ufaglærte.

Begrebet **videredelegation** handler om den situation, hvor en medarbejder (fx en sygeplejerske eller en assistent) går ud over de rammer, ledelsen har fastsat, fx i kompetenceskemaer eller lignende for, hvilke medarbejdergrupper der må udføre hvilke opgaver, og i stedet videredelegerer en sundhedslovsopgave til en medarbejder, som *ikke* har kompetence til at udføre opgaven jf. kommunens kompetenceskema eller lignende. Videredelegation kan fx være nødvendigt ved akutte situationer eller spidsbelastninger, men kan også tænkes at forekomme i andre situationer. Rent sundhedsretsligt er videredelegation uproblematisk (med mindre en læge har betinget sig, at opgaven ikke videredelegeres), men ansættelsesretsligt kan det få konsekvenser, hvis en kommune vurderer, at en medarbejder uberettiget har valgt at tilside-sætte de rammer (i fx et kompetenceskema), som ledelsen i kommunen har opstillet.

Denne definition af begrebet videredelegation – som også ses afspejlet i en række af de med-virkende kommuners kompetenceskemaer – er imidlertid sjældent den definition, som medarbejderne anvender i praksis, når de taler om, hvem der udfører hvilke opgaver. Her bruges begrebet videredelegation ofte om sundhedslovsydelser, der ifølge kommunens kompetenceskema *kan* udføres af assistenter eller hjælpere, og som derfor er overdraget til en hjælper

¹² KL definerer **delegation** på følgende måde: "Når en læge overdrager en opgave til udførelse i kommunen, er der tale om delegation, hvis det drejer sig om opgaver, der udføres med udgangspunkt i lægeforbeholdt virksomhed. En læge kan også overdrage en opgave, der ikke ligger under dette område, fx pleje og tilsyn hos en patient med influenza. I dette tilfælde er der ikke tale om delegation." (Kommunernes Landsforening, 2014).

¹³ Ifølge *Bekendtgørelse om autoriserede personers benyttelse af medhjælp* kan en læge *ikke* delegere følgende opgaver til en medhjælp: Udfærdigelse af recepter, erklæringer og dødsattester, ligsyn, beslutninger om iværksættelse, efterprøvelse mv. af tvangsforanstaltninger i henhold til psykiatriloven, klinisk undersøgelse af hjernefunktionen for at stille diagnosen hjernedød, ligsyn og visse former for kosmetisk behandling. (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009).

¹⁴ Lægen har mulighed for at beslutte, at kun en bestemt faggruppe må udføre en opgave. (Kommunernes Landsforening, 2014).

eller en assistent. Denne anvendelse af begrebet videredelegation er formelt set misvisende¹⁵, men ikke desto mindre relativt almindelig.

De formelle definitioner samt de varierende anvendelser af begreberne delegation og videredelegation betyder, at flere kommuner lægger vægt på kun at omtale den sygepleje, der udføres af hjælpere og assistenter, som **overdraget sygepleje** eller **overdragede sundhedslovsydelser**, for helt at undgå brugen af begrebet delegation i relation til fordelingen af sundhedslovsopgaver internt i kommunen.

Det bør tilføjes, at der i kommunerne også udføres **sygeplejeopgaver, som ikke er lægeordnede**. Det kan fx være opgaver i relation til personlig pleje, ernæring, ADL (aktiviteter relateret til almindelig daglige livsførelse) og anden form for aktivitet og træning. Hvis fx en sygeplejerske iværksætter et sådant forløb og vurderer, at en patient har behov for fx ernæringsudredning og efterfølgende udarbejdelse af ernæringsplan og kontinuerlig opfølgning, så er der tale om en opgave, der ligger inden for hjemmesygeplejens arbejdsfelt. Og i det omfang andre faggrupper deltager i opgaveløsningen, er der stadig ikke tale om delegation (Kommunernes Landsforening, 2014).

Når en **læge** delegerer en forbeholdt opgave eller overdrager en anden sundhedsfaglig opgave til udførelse i en kommune, ophører lægens ansvar for, hvem der konkret udfører opgaven, og med at sikre, at vedkommende har de rette kompetencer til at udføre opgaven. Dette ansvar er den lokale ledelses – i yderste konsekvens kommunalbestyrelsens.

Som følge af den decentrale kompetencevurdering er det den **kommunale ledelse**, der har ansvaret for at fordele sundhedslovsopgaverne på medarbejderne, sikre, at der er klare instrukser for, hvordan de skal udføres, og hvem der må udføre dem, sikre de rette kompetencer, at oplæringen er tilstrækkelig, og at der bliver fulgt op på kvaliteten af ydelserne. Hvordan dette ledelsesansvar fortolkes, kan der være forskellige perspektiver på, og således finder nogle kommuner det fx vigtigt at indskærpe, at det ledelsesmæssige ansvar ikke kan videredelegeres til en (menig) sygeplejerske:

Det er ledelsens ansvar, hvorledes opgaven udføres i kommunen; herunder hvilket personale, der må udføre den delegerede opgave, såfremt lægen ikke har ordineret særlige hensyn. Ledelsen kan ikke sikre sig ved at videregive ansvaret til fx en sygeplejerske. (Kommunalt kompetenceskema)

Medarbejderne er til gengæld forpligtet til at holde sig inden for de retningslinjer og rammer, den lokale ledelse har lagt, herunder hvordan den enkelte kommune forholder sig til videredelegation. Men medarbejderne er til gengæld ansvarlige for at sige fra over for opgaver, som de ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt. Derfor understreger nogle kommuner også tydeligt – fx i deres kompetenceskemaer – at medarbejderne har *”pligt til at sige fra over for opgaver, man ikke føler sig kvalificeret til at udføre”* og at *”det er den enkelte leders ansvar at skabe rammer og muligheder for, at medarbejderne kan opnå de fornødne kvalifikationer.”* (Kommunalt kompetenceskema).

¹⁵ KL definerer **videredelegation** således: *”I kommunal praksis har ledelsen ansvaret for, at det tydeligt fremgår, hvilket personale, der kan udføre hvilke arbejdsopgaver, herunder delegerede opgaver. Det vil sige, at det er ledelsen, som fastlægger, om hele personalet kan udføre alle de samme delegerede opgaver, eller at nogle delegerede opgaver alene må udføres af bestemte faggrupper eller bestemte personer, som har særlige kompetencer. Har ledelsen besluttet, at hele personalet kan varetage de samme opgaver, er der ikke tale om videredelegation mellem personalet.”* (Kommunernes Landsforening, 2014).

3.2.2 Rammerne for decentral kompetencevurdering

Beslutningen om, hvilke kompetencer der kræves, for at en medarbejder må udføre konkrete opgaver under en given lovgivning – her lov om hjemmesygepleje – kaldes kompetencevurdering. Når der i den første lov om hjemmesygepleje fra 1957 står, at kommunerne skal løse opgaven ved at anvende autoriserede sygeplejersker, er der tale om en central kompetencevurdering.

Men i løbet af årene er der sket en decentralisering af selve kompetencevurderingen: Fra den tidligere centrale fastlæggelse af et uddannelsesmæssigt minimumsniveau, lægges der senere op til, at ”*afgørelser om opgavevaretagelse må ske lokalt*”, og at ”*det er de lokale myndigheders ansvar at sikre en arbejdstilrettelæggelse, hvor der kan ske en forsvarlig varetagelse af opgaverne ud fra klienters/patienters behov for sygepleje*” (Notat om funktions-, kompetence- og tilsynsforhold for de nye grundlæggende social- og sundhedsuddannelsen, 1991). Det betyder i praksis, at den enkelte kommune afgør, hvilke sundhedslovsopgaver efter § 138 der løses af hvilke medarbejdere.

Derfor har alle kommuner udarbejdet hver deres skriftlige grundlag og tilhørende arbejdsgange for at afgøre, hvem der må udføre en given sundhedslovsydelse efter § 138. Der er ikke noget krav om, at kommunerne skal have et skriftligt grundlag for dette i modsætning til fx de kommunale kvalitetsstandarder ifølge serviceloven. Og derfor kalder kommuner også disse beskrivelser forskellige ting, fx indsatskataloger, instrukser, opgavefordelingsskemaer, kompetenceskemaer mv. (herefter anvendes i denne rapport betegnelsen *kompetenceskemaer*, uanset hvilket navn hver kommune anvender). Deres formål er at danne rammerne for at afgøre, hvilke faggrupper der må udføre hvilke sundhedslovsydelser under hvilke omstændigheder: en (akut)sygeplejerske, en assistent, en hjælper eller en ufaglært. Det er disse skemaer, og måden de anvendes på i praksis i de enkelte kommuner, som er afgørende for, hvilke sundhedslovsopgaver assistenter og hjælpere løser i praksis i de forskellige kommuner. Denne proces belyses i afsnit 4.3 om fordelingen af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper *i praksis*. I dette afsnit har vi udelukkende beskrevet de *formelle* rammer for sundhedslovsopgaverne og deres fordeling på medarbejdergrupper.

3.3 Fælles Sprog III og dokumentation

FSIII er en fælleskommunal standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet i kommunerne, som kommunerne *skal* anvende. I denne analyse anvendes begreber og systematikker fra FSIII som udgangspunkt for indsamling af data om indsatser på tværs af de medvirkende kommuner.

Det er for omfattende at give en fuld introduktion til FSIII i selve analysen, men i Bilag 3 findes en introduktion til de dele af FSIII, som er anvendt i denne analyse, samt generel baggrundsviden om FSIII, der er relevant for denne analyse.

FSII har 3 niveauer til klassifikation af data. Niveau 1 er de paragraffer, en indsats ydes efter (de paragraffer, som er nævnt i begyndelsen af dette kapitel), mens niveau 2 rummer de fælleskommunale indsatser. Niveau 3 – som er en yderligere udspecificering af indsatserne på niveau 2 – findes der ikke en fælles kommunal standard for, og det er kun niveau 1 og 2, som er obligatoriske. At indsatserne på disse niveauer er obligatoriske, betyder, at alle kommuner skal anvende de fælleskommunale indsatser fra FSIII i deres dokumentation på disse to niveauer.

FSIII rummer indsatser, der leveres under hhv. serviceloven og sundhedsloven. På service-lovsområdet dækker FSIII alle kommunale indsatser efter § § 83, 83a, 84 og 86: personlig pleje

og praktisk bistand (ofte benævnt hjemmehjælp), aflastning (herunder midlertidigt ophold) samt (genop)træning, der ikke sker som følge af en genoptræningsplan. På sundhedslovsområdet dækker FSIII § 138, som rummer kommunal sygepleje (ofte benævnt hjemmesygepleje, uagtet hvor det leveres: på klinikker, plejecentre, midlertidige pladser eller i borgernes hjem).

På sundhedslovsområdet (§ 138) har FSIII formuleret 38 forskellige sundhedsfaglige indsatser, som fx drænpleje, sondeernæring, oplæring og ernæringsindsats samt fire såkaldte *0-ydelser*, som rummer: *sygeplejefaglig udredning, opfølgning, koordinering og generel 0-ydelse*. På servicelovsområdet har FSIII formuleret i alt 18 indsatser fordelt på servicelovens § 83 (og 83a), § 84 og § 86, fx *personlig hygiejne, hverdagens aktiviteter og tilsyn/omsorg* efter § 83 (og 83a), *midlertidigt ophold* efter § 84 og *vedligehold af færdigheder* efter § 86, samt to *0-ydelser: koordinerende 0-ydelse og generel 0-ydelse*. I Bilag 3 findes en kort gennemgang af FSIII målrettet læsere, som ikke er bekendt med systemet, dets begreber og opbygning.

Da indsatserne på niveau 2 i FSIII er både obligatoriske og fælleskommunale, er de bedst egnede til at indsamle og sammenligne data om, hvilke indsatser kommunerne leverer inden for de områder, hvor assistenter og hjælpere har deres primære virke og – i det omfang, det er muligt – at belyse, hvilke af disse indsatser, hjælpere og assistenter leverer.

Selvom både sundheds- og serviceloven er inkluderet i FSIII, skal det understreges, at lovgivningen stiller forskellige krav til dokumentationen på de to områder. Som beskrevet stiller **serviceloven** krav om dokumentation af den administrative myndighedsafgørelse om, hvilken og hvor meget hjælp, en borger er visiteret til, men der stilles til gengæld ikke krav om dokumentation af selve indsatsen. Serviceloven stiller krav om at dokumentere bedring og forværring i borgerens funktionsevne, så afgørelsen kan justeres efter behovet, og så hjælpen altid leveres i overensstemmelse med afgørelsen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014).

I **sundhedsloven** forholder det sig omvendt: Her er der krav om at dokumentere selve indsatsen, der gives efter sundhedsloven, men der er ikke krav om nogen form for administrativ myndighedsafgørelse i forbindelse med tildelingen af ydelserne. (Sundheds- og Ældreministeriet & Kommunernes Landsforening, 2018).

Kort sagt: Ved levering af servicelovsydelser skal medarbejderne kun dokumentere *afvigelser* i borgernes funktionsniveau/tilstand, som ikke er forventelige. Ved levering af sundhedslovsydelser skal medarbejderne *altid* dokumentere. I praksis betyder dette for de udførende medarbejdere, at hvis de får flere sundhedslovsydelser – og færre servicelovsydelser – vil de opleve en øget mængde af dokumentation. Det betyder ikke *nødvendigvis*, at den samlede mængde af dokumentation øges, men det betyder, at den enkelte medarbejder oplever, at dokumentationsopgaver øges som følge af en ændret opgaveportefølje med flere sundhedslovsopgaver.

3.4 Opsamling: Udvikling i regler og rammer på området

Kapitlet har gennemgået de relevante paragraffer i serviceloven, som danner grundlag for varig hjemmepleje (§ 83), korterevarende rehabiliteringsforløb (§ 83a), og i mindre grad aflastning og midlertidige ophold (§ 84) samt træning (§ 86), og på sundhedslovsopgaverne (§138) om hjemmesygepleje. Langt de fleste af social- og sundhedsmedarbejdernes opgaver ligger inden for § 83 og 83a.

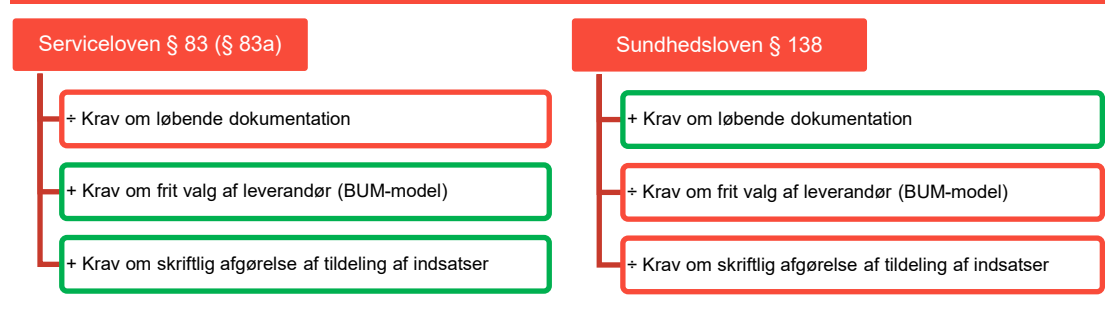
Kommunerne skal politisk fastlægge et lokalt serviceniveau på servicelovsområdet, og det gøres via kommunale kvalitetsstandarder, der beskriver, hvilken hjælp, en borger i en given situation kan forvente at få. Men kommunerne skal også sikre, at modtagere af varig hjemmepleje kan vælge mellem flere leverandører, hvoraf mindst én skal være privat (frit valg). Desuden har borgerne ret til en skriftlig afgørelse truffet på baggrund af en individuel vurdering, når der er tale om hjælp efter serviceloven. Derfor har kommunerne en særskilt myndighedsopgave, der består i at foretage den individuelle vurdering og træffe en skriftlig afgørelse om tildeling af hjælp efter serviceloven i henhold til serviceniveauet i kommunens kvalitetsstandarder. Denne myndighedsopgave skal holdes adskilt fra udføreropgaven, hvor borgerne skal kunne vælge mellem mindst to leverandører. Dette regelsæt har dermed konsekvenser for de udførende social- og sundhedsmedarbejdere i kommunerne og den rolle, de har som *udførere* eller leverandører i borgernes forløb, og som er adskilt fra *bestillerne* i myndighedsfunktionen (BUM-modellen).

På sundhedslovsområdet er rammerne ganske anderledes. Her er § 138 om hjemmesygepleje den centrale. Historisk har sygeplejeydelserne været forbeholdt autoriserede kommunalt ansatte sygeplejersker, men løbende deregulering og decentralisering før år 2000 gjorde det muligt at lade andre medarbejdere deltage i leveringen af sygepleje – ikke mindst social- og sundhedsmedarbejdere. Vurderingen af, hvordan sygeplejeydelser skal fordeles på de enkelte medarbejdere og faggrupper foretages lokalt i kommunerne som led i den *decentrale kompetencevurdering*. Desuden sker en del af den sygepleje, der udføres i kommunerne, på *delegation* fra en (oftest praktiserende) læge, hvilket ikke er tilfældet for de plejeopgaver, der løses efter serviceloven. Under sundhedsloven er der ikke krav om nogen form for skriftlig afgørelse, men til gengæld stilles der højere krav til dokumentationen af selve indsatserne – ligesom til alle andre ydelser og indsatser under sundhedsloven i alle sektorer.

Alle kommuner skal anvende den fælleskommunale dokumentationsstandard Fælles Sprog III i deres dokumentation. Disse fælles standarder dækker de indsatser, social- og sundhedsmedarbejdere leverer efter service- og sundhedsloven. De to forskellige lovgivninger stiller forskellige krav til dokumentationen af indsatser hos borgerne.

En væsentlig pointe i denne forbindelse er, at sygeplejen – også kaldet sundhedslovsydelserne – reguleres og organiseres meget forskelligt i det kommunale og i det regionale sundhedsvæsen. Disse forskelle er afgørende for at forstå håndteringen af sygeplejeopgaverne i kommunerne: I hospitalssektoren er al sygepleje reguleret af sundhedsloven. Der er ikke dele af hospitalsansatte sygeplejerskers arbejde, som er skilt ud som plejeopgaver under en anden lovgivning, med andre krav og rammer omkring tildeling af indsatser, dokumentation af indsatser og borgernes/patienternes ret til frit valg af indsatser, og som således *ikke* regnes for sygepleje, men i stedet for plejeopgaver. Dette kan synes indlysende, hvis man ser på sundhedsvæsenet fra et hospitalsperspektiv. Men dette er ikke tilfældet i kommunerne, hvor de opgaver, som på et hospital er samlet, i stedet er delt i to: (Hjemme)plejeopgaver efter serviceloven (enten varigt efter § 83 eller tidsafgrænset efter § 83a) og sygeplejeopgaver efter sundhedsloven (§ 138) reguleres forskelligt. Falder opgaverne under serviceloven, gælder ét regelsæt, og under sundhedsloven et andet, som illustreret i Figur 3.1.

Figur 3.1 Illustration af forskelle i rammer og krav under service- og sundhedsloven



Kilde: Egen tilvirkning.

I hverdagen og ofte hos samme borgere løser social- og sundhedsmedarbejdere – særligt assistenter – opgaver, der falder i begge kategorier. Det har konsekvenser for kompleksiteten på det kommunale sundheds- og ældreområde, at den opgave, som på hospitaler er samlet under én lovgivning, i kommunerne er delt mellem to meget forskellige lovgivninger med meget forskellige styringsparadigmer og dokumentationspraksisser.

4 Fordeling af opgaver på medarbejdergrupper

Dette kapitel søger at belyse fordelingen af sundheds- og servicelovsydelser på de relevante medarbejdergrupper. Der indgår tre forskellige perspektiver: I afsnit 4.1 belyses sammensætningen af de relevante medarbejdergrupper kvantitativt for at give indsigt i den relative fordeling af de forskellige medarbejdertyper – særligt ligheder og forskelle i andelen af hjælpere, assistenter og sygeplejersker på hhv. ude- og indeområdet. I afsnit 4.2 præsenteres tre case-kommuner og deres kvantitative fordeling af sundheds- og servicelovsopgaver på de enkelte medarbejdergrupper. Det gøres så detaljeret, som case-kommunernes varierende muligheder for at trække data fra deres omsorgssystemer muliggør (se Bilag 1 om metode og datagrundlag). Endelig præsenteres i afsnit 4.3 en analyse af fordelingen af sundhedslovsopgaver på de forskellige medarbejdergrupper i praksis. Her analyseres de kompetenceskemaer, kommunerne anvender til fordelingen af sundhedslovsydelser på de forskellige faggrupper samt interview-data om ledernes perspektiv på fordelingen af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper med særligt fokus på assistenter og hjælpere.

4.1 Medarbejdergrupperne i kvantitativ belysning

Dette afsnit beskriver den relative fordeling af faggrupper på hhv. inde- og udeområdet og de underområder, der findes hvert sted. For at kunne foretage relevante sammenligninger anvendes ikke absolutte antal, men kun den relative fordeling i kommunerne (desuden optræder alle kommuner anonymt i denne undersøgelse, og derfor anvendes absolutte antal ikke).

4.1.1 Medarbejdersammensætningen i de medvirkende kommunerne

I Tabel 4.1 ses den relative fordeling af medarbejdergrupper på hhv. ude- og indeområdet i de medvirkende kommuner, som har kunnet levere disse data, samt gennemsnittet for disse kommuner.

Tabel 4.1 Fordeling af medarbejdergrupper i kommunerne (fuldtidsstillinger i 2019). Procent

Kommune nr.	Gennemsnit	1	5	6	7	8	10
<i>Ude- og indeområdet i alt</i>							
Assistent	34	34	40	32	30	36	34
Hjælper	39	48	42	31	35	40	40
Ufaglært	6	5	1	12	7	5	7
Sygeplejersker	14	12	14	10	17	16	14
Terapeut	2	2	2	5	1	0	0
Andre	4	0	1	10	9	2	4
<i>Udeområdet</i>							
Assistent	26	24	26	28	33	25	22
Hjælper	45	52	47	43	31	51	49
Ufaglært	6	6	3	9	5	4	8
Sygeplejersker	19	16	20	10	27	20	21
Terapeut	2	3	4	3	0	0	0
Andre	2	0	0	7	4	0	1
Udeområdets andel af alle	44	49	42	42	44	45	43

Kommune nr.	Gennemsnit	1	5	6	7	8	10
<i>Indeområdet</i>							
Assistent	41	43	50	34	29	46	44
Hjælper	35	44	39	23	39	32	33
Ufaglærte	6	4	0	14	9	5	6
Sygeplejersker	10	7	9	9	9	14	9
Terapeuter	2	2	0	7	2	1	1
Andre	6	0	2	13	13	3	7
Indeområdets andel af alle	56	51	58	58	58	55	57

Anm.: Ikke alle medvirkende kommuner har kunnet levere disse data.

Udeområdet inkluderer hjemmeplejen, hjemmesygeplejen inkl. akutteam og rehabiliteringsteam. Indeområdet inkluderer plejeboliger, akutpladser og øvrige midlertidige pladser. Der tages forbehold for opdelingerne i inde- og udeområde, idet der i varierende grad findes organiseringer, hvor fx medarbejdere på indeområdet (ofte et plejehjem) leverer hjemmeplejedytelse til (ældre)boliger bygget i umiddelbar nærhed af plejehjemmet. Ligeledes kan sygeplejersker på udeområdet dække behovet for sygepleje i nattevagt og evt. også aftenvagt (samt evt. også weekender) på plejeboliger.

Kilde: De respektive kommuner har oplyst det absolutte antal fuldtidsårsværk i 2019 på underområderne: hjemmeplejen, sygeplejen, akutteam, rehabiliteringsteam på udeområdet samt plejeboliger, midlertidige pladser og akutpladser.

Tabel 4.1 viser, at kommunerne har flere medarbejdere på indeområdet (56 % af fuldtidsstillingerne i gennemsnit) end på udeområdet (44 %).

Tabellen viser, at assistenter udgør 34 % af de ansatte i de medvirkende kommuner, hjælperne udgør 39 % og sygeplejersker 14 %, mens ufaglærte udgør i gennemsnit 6 %. Men disse gennemsnitlige andele dækker over en betydelig variation kommunerne imellem, ligesom der jf. tabellens anmærkninger må tages visse forbehold for disse data, da det ikke er muligt at afgrænse hhv. inde- og udeområdet fuldstændigt ens i de medvirkende kommuner.

Desuden viser Tabel 4.1, at der er forskel på medarbejdersammensætningen på ude- og på indeområdet. På udeområdet er der en væsentligt højere andel af sygeplejersker (19 %), end der er på indeområdet, hvor sygeplejerskerne udgør 10 % af fuldtidsstillingerne. Her skal man dog være opmærksom på, at sygeplejersker på udeområdet i varierende omfang dækker indeområdet i aften/nattevagt og evt. også i weekender. Omvendt ses, at andelen af assistenter er højere på indeområdet (41 %) end på udeområdet, hvor assistenterne udgør 26 %.

4.1.2 Medarbejdere relativt til antallet af ældre i de medvirkende kommuner

Tabel 4.2 herunder viser antallet af medarbejdere i de enkelte (fag)grupper relativt.

Tabel 4.2 Antallet af medarbejdere pr. 1.000 borgere – fordelt på faggrupper og kommuner

Kommuner	1	5	6	7	8	10	Gennemsnit
<i>Antal medarbejdere pr. 1.000 borgere 65+ år</i>							
Assistent	19,8	21,8	24,3	14,3	23,4	19,5	20,5
Hjælper	28,2	22,8	24,0	16,6	25,9	22,7	23,4
Ufaglærte	2,8	0,6	9,1	3,3	3,1	4,0	3,8
Sygeplejersker	6,9	7,3	8,1	7,8	10,6	7,9	8,1
Terapeuter	1,3	0,9	4,1	0,7	0,3	0,3	1,2
Andre	-	0,6	7,4	4,2	1,0	2,6	2,6
I alt pr. 1.000 65+-årige	59,0	54,0	77,0	47,0	64,2	56,9	59,7

Kommuner	1	5	6	7	8	10	Gennemsnit
<i>Antal medarbejdere pr. 1.000 borgere 80+ år</i>							
Assistent	83,79	94,5	90,3	71,8	82,2	93,7	86,0
Hjælper	119,2	98,9	89,4	83,2	90,7	109,1	98,4
Ufaglærte	11,80	2,8	34,0	16,7	10,7	19,1	15,9
Sygeplejersker	29,11	31,6	30,0	39,3	37,1	38,1	34,2
Terapeuter	5,51	3,8	15,2	3,3	1,0	1,2	5,0
Andre	-	2,6	27,5	21,2	3,4	12,3	11,1
I alt pr. 1.000 80+-årige	249,4	234,1	286,3	235,6	225,2	273,4	250,7

Anm.: Kommunerne organiserer sig ikke helt ens, og derfor må der tages forbehold for, at opdelingerne i ude- og indeområdet ikke altid dækker præcist de samme opgaveområder. Desuden er trænende terapeuter som udgangspunkt ikke med i denne opgørelse, da de langt de fleste steder er ansat i andre enheder end dem, der er fokus på i denne analyse (hjemmeplejen, hjemmesygeplejen inkl. akutteams og rehab-teams på udeområdet og plejeboliger, akutpladser og øvrige midlertidige pladser på indeområdet). Terapeuter kan være ansat forskellige steder i denne organisering.

Kilde: De respektive kommuner har oplyst det absolutte antal fuldtidsårsværk i 2019 på underområderne: hjemmeplejen, sygeplejen, akutteam, rehabiliteringsteam på udeområdet samt plejeboliger, midlertidige pladser og akutpladser på indeområdet. VIVE har – på basis af aldersfordelingen og befolkningstallet i 4. kvartal i hver kommune – i statistikbanken.dk beregnet antallet af medarbejdere relativt til aldersgrupper.

Tabel 4.2 viser, at antallet af medarbejdere pr. 1.000 borgere over 65 år varierer betydeligt i de 6 kommuner, men variationen er betydeligt mindre, når der fokuseres på antallet af medarbejdere pr. 1.000 borgere over 80 år. Her ses en langt mere ligelig fordeling omkring et gennemsnit på ca. 250 fuldtidsårsværk pr. 1.000 borgere over 80 år i de deltagende kommuner.

4.2 Kvantitativ belysning af fordeling af opgaver

For at belyse hjælperes og assistenters opgavevaretagelse i kommunerne har VIVE søgt også at belyse den kvantitative fordeling af opgaver på de forskellige faggrupper med fokus på servicelovsopgavernes fordeling på hhv. hjælper og assistenter og sundhedslovsopgavernes fordeling på sygeplejersker, assistenter og hjælpere. Dette er teoretisk set muligt, fordi alle kommuner, jf. beskrivelsen af rammerne på området (se afsnit 3.3), skal anvende FSIII på niveau 2 til registrering af alle indsatser efter de paragraffer, FSIII dækker, herunder bl.a. sundhedslovens § 138 og servicelovens § 83 og § 83a, hvilket er de ydelser, der er fokus på. Det har dog ikke været muligt for VIVE at indhente sammenlignelige data fra samtlige medvirkende kommuner af en række forskellige årsager, som er beskrevet mere udførligt i Bilag 1 om metode.

I det følgende præsenteres derfor kun fordelingen af opgaver på medarbejdergrupper i tre kommuner, hvor det har været muligt at trække data, der til dels kan sammenlignes, og som på forskellig vis kan belyse fordelingen af opgaver på medarbejdergrupper for lidt forskellige perioder (to kommuner for hele 2019 og en kommune for de første 9 måneder af 2020). I afsnittet anvendes kun relative fordelinger i procent og ingen absolutte tal. Dette er valgt, fordi det væsentlige i denne analyse er *opgavefordelingen* på faggrupper med særligt fokus på assistenters og hjælperes opgavevaretagelse (og fordi alle kommuner er anonyme i denne undersøgelse, og absolutte tal indikerer kommunestørrelse). I Bilag 4 er vedlagt en væsentligt mere detaljeret gennemgang af data fra de tre case-kommuner. I dette afsnit præsenteres udelukkende hovedtræk med særligt fokus på assistenters og hjælperes opgavevaretagelse.

4.2.1 Kvantitativ belysning af fordelingen af servicelovsopgaver

For at give en fornemmelse af fordelingen mellem rehabilitering (§ 83a) og varig hjemmehjælp (§ 83) viser Tabel 4.3 den relative fordeling for alle tre case-kommuner.

Tabel 4.3 Case-kommune 5, 6 og 8: Fordeling af planlagt tid til hjemmepleje og rehabilitering (§ 83 og 83a) på udeområdet i procent

	Kommune 6 (2019)		Kommune 8 (2019)		Kommune 5 (jan.-sept. 2020)	
	§ 83	§ 83a	§ 83	§ 83a	§ 83	§ 83a
I alt	95	5	99	1,17	93	7
Ernæring	8,3	0,3	5,3	0,01	2,7	0,0
Hverdagens aktiviteter SEL	1,1	0,2	0,0	0,00	1,7	0,1
Indkøb	0,7	0,1	0,6	0,02	0,3	0,0
Mobilitet	3,9	0,8	13,3	0,03	11,2	0,4
Personlig hygiejne	42,3	1,5	31,2	0,59	36,2	4,0
Rengøring	15,5	0,6	12,2	0,05	12,1	0,1
Tilberede/anrette mad	15,8	0,8	16,0	0,27	16,3	1,4
Tilsyn/Omsorg 2	1,4	0,1	0,5	0,00	0,3	0,0
Tøjvask	0,9	0,1	0,1	0,05	1,4	0,0
Udskillelser	5,3	0,2	19,6	0,16	10,3	1,2

Anm.: Tabellen viser timefordelingen (planlagt/disponeret tid) til indsatsområderne som andele.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for 2019 samt VIVEs beregninger.

Der skal tages en vist forbehold for denne sammenligning, idet der er tale om forskellige perioder, som det fremgår af tabellen. Desuden er der en smule variation i, hvordan hjemmeplejen på udeområdet opgøres og registreres i de tre kommuner (der kan fx være mindre enheder, som ikke er med). Med disse forbehold in mente ses alt andet lige et relativt ensartet billede, hvor langt hovedparten (93-99 %) af hjemmehjælpsydelse gives som varige ydelser.

Desuden viser Tabel 4.3, at personlig hygiejne fyldte langt mest i alle tre kommuner (mellem 31 og 42 % af de varige ydelser), efterfulgt af hjælp i forbindelse med rengøring og mad, og i kommune 8 hjælp i forbindelse med udskillelser (fx toiletbesøg). Der er dog også nogle forskelle i, hvilken type hjælp der gives i de tre case-kommuner – fx fylder mobilitet væsentligt mindre i kommune 6 end i kommune 8 og 5.

I en af case-kommunerne er det i dagtid muligt at skelne mellem hvorvidt indsatser efter serviceloven er planlagt på hjælpere eller på assistenter på udeområdet.

I Tabel 4.4 ses forholdet mellem de varige hjemmeplejeindsatser (§ 83) og de midlertidige rehabiliteringsindsatser (§ 83a).

Tabel 4.4 Case-kommune 5: Fordeling af planlagt tid til § 83 og § 83a på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

	§ 83	§ 83a	§ 83 + 83a
Assistenter i dagtid	6,0	0,4	6,5
Hjælpere i dagtid	62,5	4,7	67,2
Aften (assistenter, hjælpere og sygeplejersker)	21,0	2,2	23,2
Nat (assistenter, hjælpere og sygeplejersker)	3,0	0,1	3,1
§ 83 i alt	92,5	7,5	100,0

Note: Sygeplejersker leverer så få SEL-indsatser, at det svarer til 0,04 % af de samlede SEL-indsatser. Derfor er sygeplejerskerne udeladt. (Udeladt er spl. indeområdet, herunder centernære boliger samt private leverandører).

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af udtræk fra kommunens omsorgssystem.

Tabel 4.3 viser, at det samlet set er hjælperne i dagtid, der står for langt den største del af servicelovsydelserne, 67 % i alt, mens assistenterne tegner sig for små 7 % af servicelovsydelserne. I denne kommune er der således stor forskel på hjælpere og assistenters opgavevaretagelse.

Tabel 4.5 viser fordelingen af varige hjemmeplejeydelser (§ 83) på hjælpere, assistenter og sygeplejersker i dagtid samt andelen af ydelser i aften- og nattevagt.

Tabel 4.5 Case-kommune 5: Fordeling af planlagt tid til hjemmepleje (§ 83) på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

	I alt	Assistenter	Hjælpere	Sygeplejersker	Aften (blandet)	Nat (blandet)
§ 83 i alt	100	7	67	0,1	23	3
Ernæring	3	5	55	0,0	37	3
Hverdagens aktiviteter SEL	2	9	45	0,0	45	1
Indkøb	0,4	10	90	0,0	0	0
Mobilitet	13	2	55	0,1	31	11
Personlig hygiejne	37	9	71	0,0	18	1
Rengøring	14	4	94	0,2	1	0
Tilberede/anrette mad	17	8	61	0,0	31	0
Tilsyn/Omsorg 2	0,2	49	10	0,2	35	5
Tøjvask	2	3	96	0,0	1	0
Udskillelser	12	3	52	0,0	34	11

Anm.: Tabellen viser timefordelingen (planlagt/disponeret tid) til indsatsområderne som andele.

Dele af § 83-indsatserne på udeområdet er ikke medtaget: Kommunen har et mindre antal ældreboliger nær et plejecenter, hvor medarbejderne på dette center leverer hjælpen. Her skelnes hverken mellem medarbejdertyper eller tidspunkter, og samlet set udgør denne gruppe 6 % af forbruget af hjemmeplejeydelser (målt i timer) og er ikke medtaget i tabellen. Der findes yderligere et plejecenter, som leverer hjælp til boliger i nærheden, men som der ikke kan leveres planlagt/disponeret tid på. I datasættet er der ikke medtaget borgere, som har privat leverandør. I aften og nat kan der ikke skelnes mellem hjælpere og assistenter (eller sygeplejersker), hvorfor de står opført i én samlet kolonne.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af udtræk fra kommunens omsorgssystem.

Tabel 4.5 viser, at langt hovedparten (73 % i alt) af de varige hjemmeplejeydelser leveres i dagtiden, mens 23 % leveres i aftenvagt, og kun 3 % i nattevagt. Desuden ses, at personlig hygiejne er langt det største område og tegner sig for 37 % af ydelserne.

Ser man på fordelingen mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker, så er det kun muligt at skelne mellem faggrupperne i dagtid. Her viser beregninger, at 91 % af tiden til § 83 er planlagt på hjælperne, mens 9 % er planlagt på assistenter. Tabellen medtager også sygeplejersker, men samlet set er der tale om ca. 0,1 %. Det kan fx dække over en enkelt borger, hvor man af særlige årsager har valgt denne løsning. I praksis leverer sygeplejerskerne ikke hjemmeplejeydelser efter serviceloven.

Tabel 4.6 viser fordelingen af midlertidige rehabiliteringsydelser (§ 83a) på faggrupper.

Tabel 4.6 Case-kommune 5: Fordeling af planlagt tid til rehabilitering (§ 83a) på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

Rehabilitering 83a	I alt	Assisterter (dag)	Hjælper (dag)	Aften (alle)	Nat (alle)
§ 83a (RH) i alt	100	6	63	29	1
RH Ernæring	1	0,0	0,3	0,2	0,0
RH Hverdagens aktiviteter	1	0,1	0,4	0,2	0,0
RH Indkøb	0	0,0	0,1	0,0	0,0
RH Mobilitet	6	0,3	3,1	2,5	0,4
RH Personlig hygiejne	54	3,9	36,9	12,9	0,0
RH Rengøring	2	0,0	1,9	0,0	0,0
RH Tilberede/anrette mad	19	0,5	11,9	7,0	0,0
RH Tøjvask	1	0,0	0,7	0,0	0,0
RH Udskillelser	17	0,8	8,2	6,6	1,0

Anm.: I aften og nat kan der ikke skelnes mellem hjælpere (SSH) og assistenter (SSA) (eller sygeplejersker).

Det skal tilføjes, at der ud over disse ydelser findes et mindre antal ældreboliger nær et plejecenter, hvor medarbejderne på dette center leverer hjælpen. Her skelnes hverken mellem medarbejdertyper eller tidspunkter, og samlet set udgør denne gruppe kun 4 % af forbruget af rehabiliteringsydelser (målt i timer), hvorfor den ikke er medtaget i tabellen.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af udtræk fra kommunens omsorgssystem.

Tabel 4.6 viser, at langt hovedparten (69 % i alt) af rehabiliteringsydelserne leveres i dagtiden, og her fylder personlig hygiejne endnu mere end ved varig hjemmepleje (i Tabel 4.5). Således vedrører 54 % af rehabiliteringsydelserne personlig hygiejne.

Samlet set ses af data fra disse tre kommuner at:

- Langt hovedparten af hjemmeplejeydelserne, 93-99 %, gives som varige ydelser efter § 83, mens kun 7-1 % gives som midlertidige rehabiliteringsforløb efter § 83a (jf. Tabel 4.3).
- Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner af, hvilke indsats der fylder mest: Langt den største enkeltindsats er personlig hygiejne, som tegner sig for 32-44 % af den planlagte tid på udeområdet til alle hjemmeplejeydelser.
- En enkelt case-kommune kan skelne mellem, hvilke faggrupper indsats i dagtid på udeområdet er planlagt på. Her ses, at hjælperne tegner sig for 67 % af hjælpen, mens assistenterne tegner sig for små 7 % af servicelovsydelserne. (De resterende ca. 26 % ligger i aften/nattevagt og kan ikke fordeles på faggrupper). I denne kommune er der således stor forskel på hjælpere og assistenters opgavevaretagelse.

4.2.2 Kvantitativ belysning af fordelingen af sundhedslovsopgaver

For sundhedslovsydelserne viste der sig et ensartet mønster i de tre case-kommuner: Fire indsatsområder er størst i alle tre case-kommuner (mål i planlagte timer på udeområdet). Det drejer sig om *medicinadministration og -dispensering, kompressions- og sårbehandling*. De fire indsats tegner sig for 65-72 % af den planlagte tid på udeområdet og dermed for langt størstedelen af sygeplejen.

I alt er der samlet set 43 forskellige indsats på niveau 2 i FSIII, så der er tale om en betydelig koncentration, når fire indsats står for så stor en andel af de samlede sundhedslovsydelser.

Der er forskelle på faggruppernes opgaveløsning på sundhedslovsområdet. Og her er det væsentligt at have in mente, at de kvantitative data udelukkende kan vise, hvor mange planlagte tider der allokeres til hver faggruppe. Det må ikke forveksles med, at faggrupperne inden for

hvert indsatsområde laver de samme ydelser hos de samme borgere. Selvom der er 43 sundhedslovsindsatser på niveau 2 i FSIII, er der stadig tale om meget brede indsatsområder, og der kan være stor forskel på kompleksiteten i de mange forskellige konkrete opgaver inden for hvert indsatsområde, som fx anlæggelse og pleje af kateter, for blot at nævne et eksempel. Sygeplejersker, assistenter og hjælpere kan alle løse opgaver inden for dette indsatsområde, men der vil være forskel på, hvilke konkrete opgaver de løser.

De præsenterede data for fordelingen af sundhedslovsopgaver gælder kun udeområdet, idet kun en enkelt kommune kunne skelne mellem faggrupper på indeområdet. I denne kommune var det dog stadig de samme fire indsatsområder, der samlet set fyldte mest i kommunen, hvilket kan tyde på, at fordelingen af sundhedslovsydelser på indsatser ikke er væsensforskelligt på indeområdet.

Ser man på fordelingen af sundhedslovsydelser på medarbejdergrupper, er der ikke helt samme muligheder for at skelne i de tre case-kommuner (i en kommune kan der kun skelnes mellem medarbejdergrupper i dagtid, men her kan til gengæld skelnes mellem hjælper og assistenter, mens det i andre kommuner er muligt at skelne hele døgnet, men her kun mellem sygeplejersker på den ene side, og den samlede gruppe af hjælpere og assistenter på den anden). Med disse forbehold in mente tegner der sig et billede af, at langt størstedelen af sundhedslovsydelserne på udeområdet planlægges på hjælpere og assistenter, hhv. 61, 75 og 85 % i de tre kommuner.¹⁶ Den resterende del af sygeplejen – svarende til hhv. 39, 25 og 15 % – udføres af sygeplejersker.¹⁷

Zoomer vi ind på de enkelte indsatser, så er *medicinadministration* det markant største område: I case-kommune 5, som er den eneste, hvor der kan skelnes mellem hjælpere og assistenter, er det i alt 16 % af sygeplejen, som leveres af hjælperne i dagtid, og her er *medicinadministration* det markant største område med 44 % af hjælpernes sundhedslovsydelser. Dernæst kommer *kompressionsbehandling*, som udgør små 30 % af den tid, hjælperne bruger på sygepleje, mens *kateterpleje* udgør 14 %. I denne kommune tegner disse tre indsatser sig for over 87 % af hjælpernes sygeplejeydelser. Ser vi på assistenterne i case-kommune 5, så leverer de i dagtid 39 % af sygeplejen, og her er de tre største indsatser *kompressionsbehandling*, som tegner sig for 13,5 %, og herefter kommer *medicinadministration* og *-dispensering* med hhv. knap 26 % og 16 % af den tid, assistenterne bruger på sygepleje. Samlet set tegner disse tre indsatser sig for godt 55 % af den tid, assistenterne bruger på sygeplejeydelser, og resten er langt mere jævnt fordelt på en række forskellige sygeplejeindsatser, end det er for hjælpernes vedkommende.

I de to case-kommuner 6 og 8 kan der ikke skelnes mellem hjælpere og assistenter. I kommune 6 er 85 % af sundhedslovsydelserne planlagt på gruppen af hjælpere og assistenter, og her er *medicinadministration* langt den største indsats, som tegner sig for 42 % af tiden til sundhedsydelser for hjælpere og assistenter. *Kompressionsbehandling* står for 23 %, *medicindispensering* for 7 % og *pleje- og behandling af hudproblemer* for 4,6 %.

I case-kommune 8 er 75 % af sundhedslovsydelserne på udeområdet planlagt på hjælpere og assistenter. Her tegner *medicinadministration* sig for 49 % af den tid, hjælpere og assistenter bruger på sundhedslovsydelser på udeområdet, *kompressionsbehandling* for 21 %, *medicindispensering* 10 % og *undersøgelse og måling af værdier* for 5 %.

¹⁶ I kommune 5, hvor assistenter og hjælpere tegner sig for 61 % af den planlagte tid til sundhedslovsydelser, kan der kun skelnes mellem faggrupperne i dagtid.

¹⁷ Der må tages forbehold for den sygepleje, der er udført af separate akutteams, som ikke er medtaget i to af kommunerne, som har et separat akutteam.

Case-kommune 8 er den eneste, hvor det også er muligt at se, hvilke indsatser der fylder mest på indeområdet: Her ses en noget anden fordeling af sundhedslovsydelse, hvilket ikke kan undre, når man tager borgernes funktionsniveau og helbredstilstand, når de flytter i plejebolig, i betragtning: Som på udeområdet er langt det største indsatsområde *medicinadministration*, som tegner sig for 56 % af alle sundhedslovsydelser. Men dernæst kommer *psykisk støtte* (6,3 %), *kompresionsbehandling* (5,8 %) og *hudproblemer* (5,1 %). I alt tegner disse fire indsatser sig for over 73 % af sundhedslovsydelserne på indeområdet.

Samlet set ses af data fra disse tre kommuner at:

- Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner med hensyn til, hvilke indsatser på niveau 2 i FSIII der fylder mest blandt sundhedslovsydelserne samlet set: Det drejer sig om *medicinadministration og -dispensering*, *kompresions- og sårbehandling*. De fire indsatser tegner sig for 65-72 % af den planlagte tid på udeområdet.
- I case-kommune 8 ses også fordelingen på indeområdet: Her er langt det største indsatsområde *medicinadministration*, som tegner sig for 56 % af alle sundhedslovsydelser. Dernæst kommer *psykisk støtte* (6,3 %), *kompresionsbehandling* (5,8 %) og *hudproblemer* (5,1 %). I alt tegner disse fire indsatser sig for over 73 % af sundhedslovsydelserne på indeområdet.
- Langt hovedparten af sundhedslovsindsatserne på udeområdet, 61-85 %, planlægges på hjælpere og assistenter. Den resterende del udføres af sygeplejersker.
- I case-kommune 5 kan man skelne mellem, hvilke sundhedslovsydelser der er planlagt på hhv. hjælpere eller assistenter på udeområdet i dagtid. Her ses, at hjælperne i dagtid leverer 22 % af sundhedslovsydelserne, mens assistenterne i dagtid leverer 39 % (og sygeplejerskerne i dagtid ligeledes leverer 39 %) (jf. Bilagstabel 4.5).

4.3 Fordeling af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper i praksis

Dette afsnit beskriver den decentrale kompetencevurdering i praksis i de 10 deltagende kommuner og dermed, hvilke *sundhedslovsopgaver* assistenter og hjælpere kan udføre. VIVE har analyseret de 10 medvirkende kommuners kompetenceskemaer med henblik på at forstå deres betydning for fordelingen af sundhedslovsopgaver på faggrupper, herunder forskelle og ligheder mellem kompetenceskemaer i de 10 kommuner. Afsnittet er også baseret på interview med i alt 11 ledere på området fra 10 kommuner, (jf. Bilag 1 om metode og datagrundlag). Det giver indblik i opgavefordelingen i praksis og de muligheder og dilemmaer, som lederne oplever i forbindelse med fordelingen af sundhedslovsopgaver på de enkelte faggrupper, særligt i relation til opgaveoverdragelse fra sygeplejerskerne til assistenter og hjælpere.

Den enkelte kommune er ansvarlig for at fastsætte, hvilke sundhedslovsopgaver de forskellige faggrupper må udføre (jf. 3.2). Idet flere faggrupper udfører sundhedslovsopgaver, er det vigtigt, at kommunerne tydeliggør, hvilket uddannelses- og kompetenceniveau en given opgave kan varetages på. Kommunerne anvender et centralt redskab til dette, der oftest betegnes kompetenceskemaer. Kompetenceskemaer udstikker rammerne for, hvilke sundhedslovsydelser, de enkelte faggrupper *må* udføre, og dermed hvilket kompetenceniveau en opgave kræver i den enkelte kommune. Kompetenceskemaet er således øverste fællesnævner for, hvilke opgaver der *kan* (ikke skal) overdrages til hjælpere og/eller assistenter – eller andre grupper, fx pædagoger eller ufaglærte. Kompetenceskemaerne siger altså ikke noget om, hvilke opgaver medarbejderne *reelt* udfører i hverdagen.

Kompetenceskemaerne er oftest udarbejdet af arbejdsgrupper i kommunerne med deltagelse af ledere, social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, tillidsrepræsentanter, udviklingskonsulenter og sygeplejersker mv. De udformes med afsæt i uddannelsernes bekendtgørelser, fag- og kompetencemål, sammenholdt med en vurdering af, hvilken opgavefordeling der på denne baggrund er sundhedsfagligt forsvarlig og hensigtsmæssig i den enkelte kommune.

4.3.1 Udviklingen i fordelingen af sundhedslovsopgaverne

Kommunernes kompetenceskemaer er påvirket af udviklingen i det nære sundhedsvæsen, hvor kommunerne (jf. afsnit 2.2) i disse år ser en voksende mængde opgaver – ikke mindst sundhedslovsopgaver. Samtidig har der været stigende behov for tydeligt at skelne mellem opgaver efter serviceloven og opgaver efter sundhedsloven, idet der efter sundhedsloven stilles krav om opfølgning og dokumentation af selve indsatsen (jf. afsnit 3.3). Netop disse to forhold er gennemgående i ledernes betragtninger af udviklingen i sundhedslovsopgaver. Generelt peger lederne på, at deres kommuner har arbejdet med i praksis at kunne skelne klart mellem hhv. sundhedslovsopgaver og servicelovsopgaver – både administrativt og i driften – for at kunne sikre korrekt løbende dokumentation og opfølgning på netop sundhedslovsopgaverne. Lederne oplever også, at opgavernes volumen – i betydningen antallet af borgere, der modtager en indsats – påvirker graden af overdragelse til andre faggrupper: Jo større volumen i opgaver, jo mere erfaring får sygeplejerskerne med en opgave, og jo nemmere bliver det for dem at overdrage en del af opgaverne til andre faggrupper. Disse to udviklinger fortæller denne leder om:

For 10 år siden skelnede vi jo ikke så meget imellem sundhedslov og servicelov. Men vi har arbejdet rigtig meget med at blive bedre til at klassificere servicelovsydelser og sundhedslovsydelser hver for sig. FSIII lægger rigtig meget op til det. Vi overdrager flere ydelser, i særdeleshed til assistenterne og knap så meget til hjælperne. [...] Og opgaverne bliver også flere og flere, så det, der var komplekst og specifikt for 10 år siden, det er ikke komplekst og specifikt i dag, fordi der er kommet så mange flere borgere, der får hjælp til det. Jo mere det bliver almindeligt, og man kan opnå en vis rutine i det, jo lettere har vi ved at sige, at fx en hjælper kan levere den indsats. (Leder, udeområdet)

Andre ledere peger på, at udviklingen i assistentuddannelsen, og at assistenter blev autoriserede sundhedspersoner fra 2008, har været med til at ændre opgavefordelingen på faggrupperne i kommunernes kompetenceskemaer. Det har betydet, kommunerne kunne stille andre krav og give større ansvar til assistenter, men også, at kommunerne skulle være mere skarpe på forskellene mellem hhv. sygeplejerskers, assistenters og hjælperes forskellige fagligheder og kompetencer for at kunne afgøre, hvilke opgaver, de enkelte faggrupper kan løse.

4.3.2 Kommunale kompetenceskemaer

VIVE har analyseret kompetenceskemaer fra de 10 medvirkende kommuner, som har flere forskelle end ligheder. Alle er bygget skematisk op, og 9 ud af 10 er bygget op efter de 12 sygeplejefaglige problemområder jf. FSIII. I Bilag 4 er vedlagt en række eksempler på, hvordan kommunale kompetenceskemaer i praksis er bygget op.

Alle kompetenceskemaerne skelner mellem generelle og personlige kompetencer, men anvender forskellige begreber for det.¹⁸

Generelle kompetencer er de opgaver, enten den enkelte eller alle medarbejdere i en bestemt faggruppe må udføre ved *alle* borgere med behov for den specifikke indsats. I nogle tilfælde kan opgavevaretagelse på det generelle niveau være forudsat af oplæring af medarbejderen eller et kompetencegivende kursus i opgaven. Andre gange kan generel kompetence følge af medarbejdernes uddannelse – som fx hjælper eller assistent. Det varierer mellem kommunerne.

Personlig kompetencer er knyttet til en *specifik* borger, hvor en medarbejder kun må udføre den pågældende opgave ved denne borger og kun efter oplæring.

Kompetenceskemaerne er forskellige på en række områder:

- I 5 ud af 10 kommuners kompetenceskemaer indgår også andre faggrupper, fx ufaglærte, vikarer, pædagogisk personale, hjemmehjælpere, elever og studerende. I to kommuner indgår også akutsygeplejersker.
- Tre kommuner skelner mellem inde- og udeområdet, hvor både hjælpere og assistenter på indeområdet må udføre flere sundhedslovsopgaver end på udeområdet.
- Graden af detaljeringsniveau varierer: Nogle kompetenceskemaer rummer ca. 40 forskellige ydelser/opgaver, andre kompetenceskemaer rummer ca. 130 forskellige og resten et sted midt mellem.

Kompetenceskemaerne er ikke alene i at definere, hvilke faggrupper – og dermed medarbejdere – der må varetage hvilke opgaver. Andre relevante dokumenter er faglige kompetenceprofiler, personlige kompetenceskemaer og beskrivelser af regler og principper for delegation og opgaveoverdragelse. Men kompetenceskemaerne spiller en central rolle.

Hjælpere: Pleje og omsorg i stabile forløb

Analysen af kompetenceskemaer viser, at hjælpere generelt varetager opgaver i relation til *pleje og omsorg, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme*. Opgaverne er typisk beskrevet som værende på basalt/elementært niveau. Borgerforløbene er ikke-komplekse, dvs. lette, stabile, kendte og overskuelige med få problemstillinger. Flere kompetenceskemaer påpeger, at de sundhedslovsydelser, der kan overdrages til hjælpere, ofte ligger i direkte forlængelse af de servicelovsydelser, hjælperne har hos borgerne i forvejen. Derved kan opgaveoverdragelse være med til at understøtte det, kommunerne kalder helhedspleje, hvor opgaverne på tværs af lovgivninger søges samlet på færre medarbejdere. Sundhedslovsopgaver, der typisk ligger i forlængelse af plejeopgaverne, er fx *medicingivning, kompressionsstrømper*, men kan også være plejeopgaver i relation til *stomi* eller *sondeernæring*.

I alle kommuner må hjælpere varetage *kompressionsstrømper* og *medicingivning*¹⁹, og i nogle kommuner er det udspecificeret, hvilke typer medicin hjælpere må give. Men fordelingen af opgaver på hjælpere varierer. For eksempel må hjælperne i én kommune ifølge kompetenceskemaet udføre tre sundhedslovsopgaver: give *viskøse øjendråber, kompressionsstrømper* og *give doseret medicin*. I en anden kommune kan hjælpere opnå (generel eller personlig) kompetence til at varetage flere opgaver ud over disse, fx også opgaver i relation til: *flere typer*

¹⁸ Personlig kompetence benævnes fx *borgerspecifik, personlig funktionskompetence, speciel, personlig delegation, individuelt videredelegeret, delegeret, grundlæggende/komplekst niveau*. Generel kompetence benævnes fx *skal-kompetence, generel funktionskompetence, udvidet kompetence, basiskompetence, elementært/grundlæggende niveau*.

¹⁹ Medicingivning kaldes i FSIII *medicinadministration*.

stomipleje, måling af værdier, tage urinprøve, RIK²⁰ på kvinder og mænd, respirationsbehandling, sekretsugning, sondeernæring, særlig mundpleje, medicinske cremer, medicinadministration (herunder fx medicinske cremer, øjendråber tilsat medicin mv.) og væskeskema. Der er således – at dømme ud fra kommunernes formelle kompetenceskemaer – stor forskel på de opgaver, hjælpere kan udføre i kommunerne.

Assistenter: Grundlæggende sygeplejeopgaver i stabile forløb

Ifølge kompetenceskemaernes beskrivelse af assistenternes opgaver er det gennemgående, at de kan udføre sundhedslovsopgaver relateret til: *grundlæggende sygeplejeopgaver* i ikke-problematiske situationer, stabile, delvis/umiddelbart forudsigelige forløb, der forandrer sig langsomt og som forventet. Generelt må assistenter udføre langt flere sundhedslovsopgaver end hjælpere ifølge skemaerne. Det er typisk opgaver relateret til *medicinadministration- og dispensering, sonde, stomipleje, sårbehandling og kateterisation*.

Også her er der variation mellem kommuner. Et eksempel er *dialyse og drænpleje*. Dialyse og drænpleje er de fleste steder forbeholdt sygeplejersker, men i enkelte kommuner kan assistenter opnå personlig kompetence til disse opgaver. Assistenterne har i flere kommuner generel kompetence til at varetage *sårbehandling ved ukomplicerede sår/stabile forløb*, men nogle steder kræver dette personlig kompetence for assistenter. Et andet eksempel er *trakeostomipleje*, som i én kommune kan overdrages til assistenter med personlig kompetence – i andre kan det også overdrages til hjælpere med personlig kompetence.

Kommunerne har forskellige vurderinger af, om en konkret opgave kræver generel eller personlig kompetence. For eksempel må assistenter i de fleste kommuner udføre *RIK/SIK*²¹, mens det varierer, hvorvidt det kræver generel eller personlig kompetence. Endvidere kan hjælpere i enkelte kommuner opnå personlig kompetence til *RIK/SIK*. Det har betydning for social- og sundhedsmedarbejdernes opgaveløsning, om en opgave kræver personlig eller generel kompetence, fordi det at opnå personlig kompetence til en opgave forudsætter oplæring hos en specifik borger, hvilket kan være ressourcekrævende og derfor sværere at opnå.

Eksemplerne er ikke udtømmende, og formålet er udelukkende at illustrere, at der er variation i kommunernes vurdering af, hvilke faggrupper der kan varetage hvilke sundhedslovsopgaver og under hvilke omstændigheder. Variationen understreger netop, at kompetencevurderingen er decentral. Så selvom uddannelserne danner grundlag for kompetenceskemaerne, er der forskellige vurderinger af – og holdninger til – hvilke opgaver, hhv. hjælpere og assistenter må og kan varetage i praksis.

Om skellet er størst mellem hjælpere og assistenter eller assistenter og sygeplejersker, ser ligeledes ud til at variere. De steder, hvor hjælpere må udføre en større andel sundhedslovsopgaver, er de opgave- og kompetencemæssigt tættere på assistenterne. De steder, hvor hjælpere må udføre færre sundhedslovsopgaver, må assistenter udføre flere, hvormed de er tættere på sygeplejerskerne.

Variation på inde- og udeområdet

Der ses ikke kun variation mellem kommunerne i forhold til, hvad en hjælper eller assistent må varetage af opgaver under sundhedsloven. I nogle kommuner er der også variation på tværs af inde- og udeområdet i samme kommune. I tre kommuners kompetenceskemaer skelnes der mellem inde- og udeområdet, og her er forskellen, at særligt assistenter generelt set må udføre

²⁰ RIK = Ren Intermitterende Kateterisation.

²¹ RIK/SIK= Ren intermitterende kateterisation/Steril Intermitterende Kateterisation.

flere sundhedslovsopgaver på indeområdet end på udeområdet. Det er der flere årsager til. En kommune begrundet det således i kompetenceskemaet:

Denne forskel skyldes, at på et plejecenter er borgerne samlet og kan kontinuerligt observeres af stedets sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, samtidig med at hjælpen fra førnævnte fagprofessionelle er inden for rækkevidde. (Kommunalt kompetenceskema)

Altså er argumentet, at det er lettere at få hjælp til en opgave på et plejehjem, hvor personalet er samlet, end det er på udeområdet.

4.3.3 Fra kompetenceskemaer til opgavefordeling i praksis

Opgavefordelingen i praksis afhænger ikke kun af kompetenceskemaerne. Den afhænger også af en visitors eller en udførende sygeplejerskes konkrete vurdering af borgerens samlede situation og graden af kompleksitet. De sundhedslovsopgaver, som hjælpere løser, vil typisk være opgaveoverdraget fra en sygeplejerske eller en assistent. Assistenternes sundhedslovsopgaver kan være direkte delegeret fra en læge eller overdraget fra en sygeplejerske. (Det første sker typisk, hvis sygeplejeydelserne er centralt visiteret, og sygeplejen dermed ikke er selvvisiterende).

Når lægen delegerer en opgave til kommunegrænsen, modtages den som oftest i en sygeplejeenhed, og en sygeplejerske tager ud til borgeren og foretager en sygeplejefaglig udredning. Dermed vil sundhedslovsopgaver, der overdrages til andre end sygeplejersker, som oftest være udført af en sygeplejerske første gang. Hvis sygeplejen er selvvisiterende, vurderer sygeplejersken, om opgaven kan overdrages (det, som kommunerne flere steder kalder *delegere* eller *videredelegere*) til andre faggrupper i hjemmeplejen eller på plejehjem. Herefter overtager en planlægger typisk ansvaret for at lægge opgaven ind på de relevante medarbejders køreliste.

I nogle kommuner, hvor sygeplejen er integreret i hjemmeplejen, kan sygeplejersken dog overdrage en opgave direkte til en specifik medarbejder fra en anden faggruppe – og ikke til faggruppen som helhed. Det er lederen af den enkelte hjemmeplejeenhed, der er ansvarlig for, at medarbejderne har kompetencer til at udføre de overdragede opgaver. I denne proces kan sygeplejerskerne anvende kompetenceskemaerne som reference- eller opslagsværk, hvis de er i tvivl om, hvorvidt en opgave *må* overdrages. Ligeledes kan planlæggerne bruge personlige kompetenceskemaer til at se, hvilke specifikke medarbejdere der har personlig kompetence til at udføre en konkret opgave. Hvorvidt en sundhedslovsopgave overdrages og dermed udføres af fx assistenter eller hjælpere, beror således på en individuel sygeplejefaglig vurdering inden for rammerne af kommunens kompetenceskema. Det er kun medarbejderens formelle kompetencer, kompetenceskemaerne kan sætte rammer for. Men som en leder påpeger: "*Man kan ikke sætte borgeren ind i skemaet*" (Leder, udeområdet).

Ifølge kommunernes kompetenceskemaer centrerer sygeplejerskernes vurdering af den samlede borgersituation sig omkring følgende:

1. *Borgerens situation/tilstand/forløb*: stabil og kendt (hjælpere), stabil og delvist forudsigelig (assistenter) eller kompleks og akut (sygeplejersker).
2. *Opgavens kompleksitet*: pleje og omsorg (hjælpere), grundlæggende sygepleje (assistenter), kompleks sygepleje (sygeplejersker). Nogle opgaver er komplekse i sig selv, mens andre bliver det, når patientens tilstand ændrer sig.

3. *Medarbejderens kompetencer*: I nogle kommuner beror opgaveoverdragelse ikke kun på faggrupper, men også på en konkret vurdering af den enkelte medarbejders reelle kompetencer, relation til borgeren og hænger sammen med borgerens situation og opgavens kompleksitet.

Disse konkrete forhold er væsentlige, når en sygeplejerske skal vurdere, om en opgave skal overdrages. Der er opgaver, som *"ligger på grænsen"* mellem sygeplejersker og assistenter, som lederne formulerer det. Overdragelse af disse opgaver afhænger af medarbejdernes relation til borgerne, vurderingen af den samlede borgersituation og sygeplejerskernes kendskab til medarbejdernes kompetencer.

Lederne beskriver fx, at social- og sundhedsmedarbejdernes relation til en borger kan have betydning for, om de kan få overdraget sundhedslovsopgaver. Det kan de særligt i de tilfælde, hvor medarbejderen har en god relation til en borger.

Medarbejdernes relation til borgerne kan også have betydning for mulighederne for at opnå personlig kompetence. Det har bl.a. betydning for variationen på inde- og udeområdet, idet rammerne på et plejehjem gør, at medarbejderne generelt set har bedre muligheder for at opnå kendskab til borgerne, i modsætning til hjemmeplejen, hvor der er et større borgerflow. Selvom kompetenceskemaerne for inde- og udeområdet således i de fleste kommuner er ens, forklarer lederne, at der i praksis alligevel kan være forskel på opgaveoverdragelsen, fordi der kan være flere medarbejdere på indeområdet, der har den tætte borgerrelation, der gør, at de får personlig kompetence til flere sundhedslovsopgaver.

Opgaveoverdragelse fra sygeplejerskerne sker altså ofte ud fra en individuel vurdering af den samlede kompleksitet i borgersituationen – sammenholdt med medarbejdernes kompetencer. Lederne påpeger, at sygeplejerskerne ikke nødvendigvis foretager vurderingerne på samme måde, og det kan have betydning for, om en opgave overdrages til andre faggrupper. I den sammenhæng vurderes opgaven ud fra graden af *kompleksitet*, men som en leder påpeger, er det *"et vidt begreb"* (Leder for ude- og indeområdet). Lederne forklarer, at de opgaver, der ligger i grænseområderne for overdragelse, ikke nødvendigvis er instrumentelt komplekse, men er opgaver, der kræver refleksion, udredning og samlede vurderinger af borgerens helbredstilstand og funktionsevne. Det forklarer denne leder, som også selv er sygeplejerske:

Vi har talt meget om insulin. Alle kan jo instrumentelt godt give insulin. Det er der ingen ben i. Men det lige at sætte sig ind i, hvad borgeren har, har han andet end diabetes, er der noget, jeg skal være opmærksom på. Det følger jo med i en sundhedslovsydelse. Og det er det bagved, der er komplekst. Sygeplejersker synes, det er let, vi kan symptomerne. Men man har et par timer på hjælperuddannelsen om det, og der er ikke den samme opmærksomhed på det. (Leder for inde- og udeområdet)

Det er især kompetencer til at observere, vurdere og *"kigge hele vejen rundt om borgeren"*, som en leder formulerer det, som adskiller assistenter og hjælpere fra sygeplejersker, og som ifølge lederne har indvirkning på, om en opgave overdrages. Lederne peger også på, at særligt hjælpere finder dokumentationsopgaver, der følger med sundhedslovsopgaverne, komplekse og tidskrævende. Således fortæller denne leder om arbejdet med kompetenceskemaerne og opgavefordelingen i kommunen:

Vi havde tre punkter, hvor vi tænkte, vi kunne øge den generelle kompetence for hjælpere. Et eksempel: I dag må de dryppe øjne uden medicin (viskøse), og vi

spurgte, om de kunne tænke sig at dryppe øjne med medicinske præparater. Og det takkede de nej til. På den ene side vil de gerne have flere opgaver. Når vi så piller det fra hinanden og taler om, hvad det kræver af dokumentationskrav, og hvad man skal reagere på, så bliver det komplekst. Hjælperne synes, det er rigeligt lige nu med de dokumentationskrav, de bliver mødt med. (Leder for inde- og udeområdet)

Det er således særligt sygeplejerskernes vurdering af kompleksiteten i den samlede borgersituation sammenholdt med medarbejdernes kompetencer og relationer til borgerne, der gør, at den konkrete opgavefordeling er mere fleksibel i praksis, end kompetenceskemaerne umiddelbart kan give indtryk af. De udgør således kun en højeste fællesnævner for, hvad der *kan* overdrages til hvem i den enkelte kommune på hhv. ude- eller indeområdet. Sygeplejerskernes vurdering og deres eventuelle kendskab til social- og sundhedsmedarbejdernes kompetencer – både generelt og individuelt – bliver afgørende for opgavefordelingen i praksis.

4.3.4 Muligheder og dilemmaer ved opgaveoverdragelse af sundhedslovsydelser

Lederne peger på flere fordele ved, at nogle sundhedslovsopgaver også kan løses af assistenter og hjælpere. Det giver øget fleksibilitet og kontinuitet i borgerkontakten (helhedspleje), det kan medvirke til fastholdelse af medarbejdere, og det kan være en fordel økonomisk, fordi opgaver løses ud fra LEON-princippet, der handler om, at opgaver bør løses på Laveste Effektive Omkostnings- (eller Omsorgs-) Niveau.

Generelt peger lederne på kontinuitet i borgerkontakten og muligheden for helhedspleje som den primære fordel ved, at sundhedslovsopgaver løses af assistenter og hjælpere i forlængelse af de servicelovsopgaver, de i forvejen har hos de pågældende borgere. Når flere medarbejdere har kompetence til at udføre en opgave, giver det mere fleksibilitet i opgaveløsningen. Og øget fleksibilitet i opgaveløsningen muliggør en øget kontinuitet i borgerforløbene:

Jamen, fordelene er, at borgerne skal forholde sig til færrest mulig personer i eget hjem. [...] Det giver os også væsentlig større fleksibilitet i planlægningen, at flere medarbejdere har den samme kompetence. (Leder, udeområdet)

Opgaveoverdragelse handler ifølge lederne om en balance: På den ene side om et ønske om så høj en grad af kontinuitet *som muligt*. Og på den anden spørgsmålet om borgersikkerhed – at sikre de rette kompetencer til at varetage opgaverne.

En anden fordel ved, at assistenter og hjælpere løser sundhedslovsopgaver, er, at det er økonomisk fordelagtigt. Det er også en del af baggrunden for, at kommunerne (efter)uddanner og kompetenceudvikler særligt assistenter til at kunne løse sundhedslovsopgaver. Det forklarer denne leder:

Vi kører efter LEON-principper. Der er en økonomisk fordel i, at den mindst omkostningsfulde medarbejder varetager opgaven. Jeg tror også på, der er fastholdelse i at tilbyde assistenter nogle spændende opgaver, i stedet for at de skal lave for meget rengøring og personlig pleje, som nogen synes bliver lidt kedeligt i længden. Her får de lov at kombinere helhedsplejen med deciderede sygeplejeopgaver. (Leder, udeområdet)

Som lederen herover påpeger, spiller fastholdelse af assistenter også ind i forhold til opgaveoverdragelse. Lederne oplever, at kommunen har nemmere ved at tiltrække assistenter, når

de kan tilbyde dem flere sundhedslovsopgaver. Denne leder forklarer, at manglen på assistenter og udfordringen med at rekruttere har påvirket fordelingen af sundhedslovsopgaver i hendes kommune. Hun oplever, at flere opgaver går til assistenter, og at de derfor kompetenceudvikler deres assistenter til at varetage flere opgaver:

Der tror jeg, vi – når jeg kigger lidt tilbage – har sagt, vi skal passe på med at sætte assistenterne til noget, de ikke helt har styr på. Men det er vores opgave at sikre, at de får styr på det, så de kan varetage de opgaver, de reelt kan med deres uddannelse. Det er vi simpelthen nødt til, for lige om lidt har vi ikke de folk, vi gerne vil have, og så kan vi ikke varetage de opgaver. [Vi skal] gøre det attraktivt at søge til os, for der er bud om dem, der er. (Leder, udeområdet)

Lederne peger også på en række udfordringer og dilemmaer i forhold til opgaveoverdragelse til assistenter og hjælpere, der handler om, at der opleves stor variation inden for de enkelte faggruppers reelle kompetencer, at oplæring af medarbejdere og opfølgning på sundhedslovsopgaverne er ressourcekrævende samt de lokale organiseringer af sygeplejersker, assistenter og hjælpere, herunder sygeplejerskernes kendskab til medarbejderne.

Lederne oplever, at der er stor variation i gruppen af hhv. assistenters og hjælperes kompetencer og dermed stor forskel på enkelte medarbejders kompetencer i hver faggruppe. Det kan være en barriere for overdragelse af sundhedslovsopgaver, som denne leder forklarer:

Assistenterne må ret meget [i denne kommune]. De varetager en masse opgaver, som i andre kommuner er sygeplejerskernes. Men der er en ret stor spændvidde i, hvad assistenterne kan. Nogle er pivhamrende dygtige, andre er dygtige til noget, men ikke noget andet, og nogen er ikke særlig dygtige. Den viden skal den daglige leder være ret bevidst om, for når en sygeplejerske overdrager en opgave til assistenterne, er det deres ansvar, at de er kompetente til det. Det skal hjemmesygeplejen ikke sikre. Hjemmesygeplejerskerne kan ikke overdrage til specifikke medarbejdere [i denne kommune]. Vi skal være sikre på, at hele gruppen [af assistenter] kan løfte opgaven. Det nytter ikke noget, at når de to assistenter, der kan, ikke er på arbejde, så falder det [opgaven] tilbage på hjemmesygeplejen. (Leder af sygeplejen på udeområdet)

I praksis kan der således være nogle social- og sundhedsmedarbejdere, der er kompetente til at varetage en opgave, men hvis ikke den samlede gruppe af medarbejdere er kompetente, kan det være en barriere for overdragelse. Udfordringen er, at medarbejdere med personlig kompetence ikke altid er på arbejde, og det har ifølge lederne enten som konsekvens, at nogle medarbejdere uden de fornødne kompetencer varetager opgaven, hvor sygeplejerskerne trækker opgaven tilbage, eller at en leder i hjemmeplejen sender en opgave tilbage til sygeplejerskerne.

Flere ledere af sygeplejen oplever, at sygeplejerskerne i nogle tilfælde kan være usikre på, om hele gruppen af fx hjælpere eller assistenter reelt og ikke blot formelt set har kompetencerne til at udføre en opgave, og den usikkerhed kan fungere som en barriere for at overdrage opgaver. En leder peger i den sammenhæng på, at det kan være en udfordring for assistenternes kompetenceniveau, at de nogle steder har kørelister med mange plejeopgaver efter serviceloven. For det gør, at deres sygeplejefaglige kompetencer til at udføre sundhedslovsopgaver ikke bliver brugt og vedligeholdt i samme grad.

En anden barriere for overdragelse er de ressourcer, det kræver for assistenter og hjælpere at opnå personlig kompetence, fordi sygeplejersker eller assistenter skal oplære medarbejdere i

at varetage opgaverne hos hver enkelt borger. Det forklarer en leder her med hjælperne som eksempel:

Der bliver også spændt ben for hjælpernes kompetenceudvikling [...] De skal læres op i samtlige borgere. Det spænder også ben for, at hjælperne kan blive lært op i de her måske lidt mere spændende ting, fordi man ikke har ressourcer til, at hver gang vi får en uddelegeret ydelse, skal en assistent med ud og oplære og tjekke efter eller en sygeplejerske. Og det er der ikke altid tid til i hverdagen. (Leder, udeområdet)

Ud over at det er tidskrævende, kan det også være en logistisk udfordring i hverdagen at planlægge, at medarbejderne er i borgerens hjem på samme tid, hvilket den borgerspecifikke oplæring kræver – hvilket i praksis bliver endnu en barriere for overdragelse.

Men det er ikke kun oplæringen, der er ressourcekrævende for sygeplejerskerne (og assistenterne, hvis det er dem, der skal overdrage til en hjælper). Med en sundhedslovsopgave følger en opfølgingsopgave, og lederne oplever, at sygeplejerskerne bruger meget tid på at følge op på de opgaver, de har overdraget til social- og sundhedsmedarbejdere. Ifølge denne leder kan det være en udfordring for assistenterne at følge op på opgaverne og at få afsluttet de opgaver, der kan afsluttes:

[Opgaveoverdragelse til social- og sundhedsmedarbejdere og den opfølgning, der stadig ligger hos sygeplejerskerne] det har ikke gjort sygeplejeopgaven mindre. Vores sygepleje har rigtig mange opgaver med at følge op på assistenternes opgaver. Assisterter har ansvar for at give tilbagemeldinger på opgaverne. Det har vi nogle udfordringer med. [...] Det handler om, at vi oplever, at når det først bliver delegeret videre, har vi svært ved at få afsluttet indsatsen. (Leder, udeområdet)

Endnu en barriere for opgaveoverdragelse er kommunernes organisering af sygeplejen, som ifølge lederne har betydning for graden af opgaveoverdragelse. Lederne oplever, at sygeplejerskernes kendskab til assistenters og hjælperes kompetencer er en forudsætning for opgaveoverdragelse og dermed for opgavefordelingen i praksis. For eksempel oplever denne leder, som selv har sygeplejefaglig baggrund, at kommunens sygeplejersker "holder på opgaverne", fordi de ikke ved, hvilke opgaver assistenterne har kompetence til at udføre:

Det kræver også, at sygeplejen vil slippe nogle af deres opgaver. Og det har de lidt svært ved. Jeg har assistenter, der ikke forstår, hvorfor man ikke kan få den sidste opgave ude hos en borger, og det kan også undre mig engang imellem. Det er, fordi sygeplejerskerne ikke ved, hvad mine assistenter kan? [...] Det kan være medicin-doseringer. Det er sådan noget, assistenter går rigtig meget op i. Der vil de [sygeplejen] nogle gange ikke videredelegere en ydelse på en dosering [...]. Nogle gange holder de på opgaverne. Omvendt er de også lynhurtige til at uddelegere alle de kedelige opgaver. (Leder på udeområdet)

Lederne peger gennemgående på, at rammerne for dette kendskab mellem medarbejderne er bedre, når sygeplejen er integreret i hjemmeplejen. Den holdning deles blandt ledere i kommuner med integrerede organiseringer såvel som ledere i kommuner, hvor sygeplejen er en særskilt enhed, som følgende citat illustrerer:

Det har hjulpet [på opgaveoverdragelsen] at få sygeplejersker ud i hjemmeplejegruppen. Fordi så kan vi inden for gruppen planlægge, at sygeplejersken skal med

ud i hjemmene til oplæring. Jeg kan ikke planlægge, hvordan sygeplejegruppen arbejder. Min personlige mening er, jeg forstår ikke, hvorfor sygeplejen er en enhed for sig selv. Sygeplejerskerne skulle mere ud i hjemmeplejegrupperne og være mere til stede ude i hjemmeplejegrupperne. Og det ved jeg, vi savner i alle hjemmeplejegrupper. Både ledere og medarbejdere. De synes jo, det er helt fantastisk, vi har fået ansat den ene sygeplejerske, vi har [i hver hjemmeplejegruppe]. (Leder, udeområdet)

Lederne oplever således, at jo tættere medarbejdere fra forskellige faggrupper arbejder på hinanden i hverdagen, jo bedre kendskab får de til hinandens kompetencer – både individuelt og som faggrupper – og jo lettere er det at overdrage opgaver. Er sygeplejerskerne usikre på, om der i fx hjemmeplejegrupperne er kompetencer til at varetage opgaven, overdrager de den ikke af hensyn til patientsikkerhed. Når faggrupperne er organiseret sammen, får sygeplejerskerne et bedre kendskab til social- og sundhedsmedarbejdernes kompetencer i praksis. Derved får de bedre grundlag for at vurdere, hvilke opgaver de kan overdrage til såvel medarbejdergrupperne som til enkelte medarbejdere, samt hvornår der er behov for kompetenceudvikling. Ifølge lederne er det også nemmere at sparre generelt og om konkrete borgere eller opgaver samt planlægge borgerspecifik oplæring, når sygeplejerskerne arbejder tæt sammen med assistenter og hjælpere.

Sluttelig skal det bemærkes, at denne analyse har fokus på hjælpere og assistenters opgavevaretagelse, og her spiller forståelsen af opgaveopdragelse i både teori og praksis en væsentlig rolle. Men der findes selvfølgelig andre perspektiver og hensyn at tage i relation til organisering af medarbejderne i en kommune, som denne analyse ikke forholder sig til, herunder organisering af sygeplejerskerne. Denne analyse fokuserer udelukkende på muligheder og dilemmaer i relation til fordelingen af sundhedslovsydelser på de forskellige faggrupper.

4.4 Opsamling: Fordeling af opgaver på medarbejdergrupper

Analysen undersøger fordelingen af opgaver på medarbejdergrupper på både inde- og udeområdet – i det omfang, data har gjort det muligt. Kapitlet indeholder analyse af medarbejdersammensætningen, fordelingen af service- og sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper via tre kvantitative cases, samt en analyse af, hvordan fordelingen af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper foregår i praksis, analyseret ved hjælp af kommunernes kompetenceskemaer og interview med ledere.

Analysen af medarbejdersammensætningen i 6 af de 10 medvirkende kommuner viser i Tabel 4.1, at assistenter udgør 34 % af de ansatte i de medvirkende kommuner, hjælperne udgør 39 % og sygeplejersker 14 %, mens ufaglærte i gennemsnit udgør 6 %. Men disse gennemsnitlige andele dækker over en betydelig variation kommunerne imellem. Desuden er der en væsentligt højere andel af sygeplejersker (19 %) på udeområdet, end der er på indeområdet (10 %). Omvendt ses, at andelen af assistenter er højere på indeområdet (40 %) end på udeområdet (27 %).

For 6 af de 10 kommuner er det muligt at sammenligne andelen af medarbejdere pr. 1.000 borgere over hhv. 65 og 80 år. Antallet af medarbejdere pr. 1.000 borgere varierer betydeligt for borgere 65+ år (fra 47-77 medarbejdere), mens der ikke ses samme grad variation for borgere 80+ år. Her ses en langt mere ligelig fordeling omkring et gennemsnit på ca. 250 fuldtidsårsværk pr. 1.000 borgere på 80+ år i de deltagende kommuner, jf. Tabel 4.2.

Analysen af opgavefordelingen indikerer samlet set, at hjælpere og assistenter løser en meget stor del af sundhedslovsopgaverne på området, mens der er stor variation i opgavefordelingen på tværs af kommunerne.

I den kvantitative belysning af området indgår tre case-kommuner, som trods forskelle peger på væsentlige fællestræk. Analysen af data om servicelovsopgaver fra de tre case-kommuner viser følgende hovedpointer:

- Langt hovedparten af hjemmeplejeydelserne, 93-99 %, gives som varige ydelser efter § 83, mens kun 1-7 % gives som midlertidige rehabiliteringsforløb efter § 83a (jf. Tabel 4.3).
- Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner af, hvilke indsatser der fylder mest: Langt den største enkelt indsats er *personlig hygiejne*, som tegner sig for 32-44 % af den planlagte tid på udeområdet til alle hjemmeplejeydelser.
- Case-kommune 5 har kunnet levere data, der gør det muligt at skelne mellem, hvilke faggrupper indsatser i dagtid på udeområdet er planlagt på. Her ses, at hjælpere tegner sig for 67 %, mens assistenterne tegner sig for små 7 % af servicelovsydelserne. (De resterende ca. 26 % ligger i aften/nattevagt og kan ikke fordeles på faggrupper). I denne kommune er der således stor forskel på hjælpere og assistenters opgavevaretagelse (jf. Tabel 4.5).

Analysen af data om sundhedslovsopgaver i de tre case-kommuner viser følgende hovedpointer:

- Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner med hensyn til, hvilke indsatser der fylder mest blandt sundhedslovsydelserne samlet set: Det drejer sig om *medicinadministration og -dispensering, kompressions- og sårbehandling*. De fire indsatser tegner sig for 65-72 % af den planlagte tid på udeområdet.
- I case-kommune 8 ses også fordelingen på indeområdet: Her er langt det største indsatsområde *medicinadministration*, som tegner sig for 56 % af alle sundhedslovsydelser. Dernæst kommer *psykisk støtte* (6,3 %), *kompressionsbehandling* (5,8 %) og *hudproblemer* (5,1 %). I alt tegner disse fire indsatser sig for over 73 % af sundhedslovsydelserne på indeområdet.
- Langt hovedparten af sundhedslovsindsatserne på udeområdet, 61-85 %, planlægges på hjælpere og assistenter. Den resterende del udføres af sygeplejersker.
- Case-kommune 5 har kunnet levere data, der gør det muligt at skelne mellem sundhedslovsydelser planlagt på hhv. hjælpere eller assistenter på udeområdet i dagtid. Her ses, at hjælpere i dagtid leverer 22 % af sundhedslovsydelserne, mens assistenterne i dagtid leverer 39 % (og sygeplejerskerne i dagtid ligeledes leverer 39 %) (jf. Bilagstabel 4.5).

Kommunernes kompetenceskemaer udstikker rammerne for, hvilke sundhedslovsopgaver, hjælpere og assistenter må løse i praksis. Både i form, opbygning og til dels indhold er kompetenceskemaerne forskellige. Fælles er, at hjælpere har kompetence til at udføre elementære opgaver i stabile og kendte forløb, der ofte ligger i forlængelse af plejeopgaverne, og at assistenter løser grundlæggende sygeplejeopgaver i stabile og delvist forudsigelige forløb. Assistenter har kompetence til at udføre langt flere sundhedsopgaver end hjælpere. Men en central pointe er variationen i opgavefordelingen på tværs af kommuner, som betyder, at hvilke sundhedslovsopgaver assistenter og hjælpere løser i praksis, afhænger af, i hvilken kommune de er ansat. Dernæst afhænger det af, om det er i hjemmeplejen eller på plejehjem, hvor der generelt set er bedre muligheder for at løse sundhedslovsopgaver på plejehjem. Det afhænger

også af samarbejdet med sygeplejerskerne, idet det er sygeplejerskernes vurdering af kompleksiteten i den samlede borgersituation – særligt opgaver, der kræver refleksion og vurdering – sammenholdt med medarbejdernes reelle kompetencer og relation til borgeren, som er bestemmende for opgaveoverdragelse i praksis – og som dermed gør rammerne for opgavefordelingen plastiske. Ifølge lederne skaber opgaveoverdragelse fleksibilitet og kontinuitet i borgerkontakten og bliver set som et element til fastholdelse af medarbejdere. Men lederne peger på flere dilemmaer i forbindelse med overdragelse af opgaver fra sygeplejersker til assistenter (og i mindre grad til hjælpere): Det handler om forskelle i kompetenceniveauer mellem medarbejdergrupper, at opgaveoverdragelse er tids- og ressourcerævende, og organisering med en adskilt sygepleje, hvor sygeplejerskerne har lavere kendskab til assistenter og hjælpers kompetencer.

5 Medarbejdernes perspektiv

Hovedformålet med denne undersøgelse er at skabe praksisnær og konkret viden om social- og sundhedshjælperes og social- og sundhedsassistenters opgaver og kompetencer. I dette kapitel præsenteres resultatet af interviewanalysen.

Det empiriske grundlag for analysen er gruppeinterview (se Bilag 1). Inden interviewene var medarbejderne blevet bedt om at forberede sig på at kunne fortælle om et borgerforløb (herefter benævnt cases), de var stolte af. Særligt i afsnit 5.1 om kernefaglighed anvendes en lang række af disse cases for at give et konkret og detaljeret indblik i, hvordan medarbejderne oplever borgerforløbene og deres egen rolle og kompetencer. Det skal dog understreges, at disse cases indgår i en analyse, der ikke har til formål at tegne et *gennemsnitligt* billede af hverken borgere eller medarbejdere, idet disse cases er indsamlet med det formål at få indsigt i, hvad medarbejderne selv finder væsentligt i deres arbejde med borgerne, og hvad der karakteriserer de borgerforløb, medarbejderne selv er stolte af.

Afsnit 5.2 beskriver medarbejderes oplevelser af udviklingen i servicelovs- og sundhedslovsopgaver, herunder forskellene på assistenter og hjælperes roller. Afsnit 5.3 omhandler medarbejdernes oplevelse af udviklingen i samarbejdet med sygeplejersker og praktiserende læger, mens afsnit 5.4 handler om medarbejdernes oplevelse af udviklingen i de styringsmæssige rammer omkring opgaver. I afsnit 5.5 beskrives mulighederne for kompetence- og jobudvikling både ud fra medarbejdernes og ledernes perspektiv. Analysen afsluttes med afsnit 5.6, der beskriver medarbejdernes perspektiv på social- og sundhedsfagernes omdømme og fremtid.

5.1 Kernefaglighed på tværs af social- og sundhedsfagene

Dette afsnit beskriver hjælperes og assistenters fællestræk i de to medarbejdergruppers kernefaglighed med afsæt i deres borgercases.

I disse cases er der en klar overvægt af borgere, der af den ene eller anden årsag er svære at hjælpe. Disse borgercases falder i to hovedgrupper: Borgere, der enten er demente eller på anden vis kognitivt udfordret og derfor har svært ved at forstå, acceptere eller samarbejde med medarbejderne omkring deres behov for hjælp. Og borgere, der af flere medarbejdere benævnes "de skæve eksistenser", fx alkoholikere og andre former for misbrugere, psykisk syge og udadreagerende borgere.

En nærliggende forklaring på, at så mange cases omhandler borgere, der er svære at hjælpe, er, at det netop er i disse forløb, medarbejdernes kernekompetencer kommer i spil. Disse cases er ofte karakteriseret ved, at det ikke er let at komme til at yde hverken praktisk hjælp, personlig pleje eller sygepleje. Ofte er det borgere, der afviser medarbejderne og deres hjælp. Det kræver andet og mere af medarbejderne at få disse forløb til at lykkes. Og det er dette "andet og mere", som mange af deres cases fokuserer på.

I de følgende afsnit præsenteres de elementer i borgercases, som medarbejderne – på tværs af inde- og udeområdet, uddannelser og borgercases – fremhæver som afgørende for at skabe gode borgerforløb. Elementer og nøglebegreber, der går igen på tværs af cases, og som de følgende underafsnit beskriver, er: 5.1.1 borgere, der er svære at hjælpe, 5.1.2 relationsarbejde i borgerforløb, 5.1.3 balancen mellem at være privat, personlig og professionel, 5.1.4 at arbejde på borgerens præmisser, 5.1.5 samspillet mellem kontinuitet og holdindsats i den kommunale

indsats, 5.1.6 tålmodighed og vedholdenhed i borgerløb samt 5.1.7 uforudsete og uplanlagte opgaver uden for indsatskataloger og FSIII. Afsnittet afrundes med en case, der rummer alle disse nøglebegreber, i afsnit 5.1.8.

5.1.1 Borgere, der er svære at hjælpe

Medarbejderne beskriver ofte en konkret målgruppe, når de skal sætte ord på deres kernekompetencer: De "skæve eksistenser", de demente, de kognitivt udfordrede. For eksempel denne assistent i hjemmeplejen:

Det, jeg kan, det handler om, at jeg brænder for de skæve eksistenser. Det kræver tålmodighed og at kunne se tingene fra et ikke-normalt synspunkt. (Assistent, udeområdet)

Men hvem er de skæve eksistenser, der kan være svære at hjælpe, og hvad er det, medarbejderne oplever i forløbene med disse borgere, som gør dem stolte, når forløbene lykkes? En hjælper i hjemmeplejen fortæller denne case om en borger:

Jeg har valgt en case, der handler om en mand, der er alkoholiker og bor alene i sit hus. Han havde to labradorer, og døren stod bare åben, så de kunne gå ud i haven. Selv lå han i sin seng i sin egen afføring, da vi startede hjælpen op. Han var rigtig svær at hugge og stikke i. For ud over at han var alkoholiker, så var han også rigtig svær at komme ind på livet af. Der var ikke nogen, der skulle fortælle ham noget som helst, og han vil ikke have hjælp. Han kørte også i bil, selvom han var alkoholiker, men han er ikke aggressiv eller noget.

En dag falder han ned ad trapperne, bliver indlagt og kommer på plejehjem i et stykke tid, men det er ikke noget for ham. Så han får en ældrebolig [som hører under hjemmeplejen]. Og så tænker vi alle sammen, "Åh åh, så skal vi tilbage til ham". Men jeg prøver at finde en indgangsvinkel til, hvordan vi kan hjælpe ham på hans præmisser. Hvis jeg går ind siger, "det må du ikke", så ved jeg godt, hvor vi ender henne. Man kan kun guide og vejlede og sige, "det er ikke godt for dig", men i sidste ende bestemmer han jo selv.

I lang tid kommer vi og giver ham piller, som bliver lagt på bordet, men han spiser dem ikke. Han spiser heller ikke mad og drikker ikke andet end snaps. Hvis det her skal ende godt, så er vi nødt til at være de samme, der kommer hos ham. Og det lykkes så at komme ind på livet af ham stille og roligt, få skiftet hans ble, få ham op af sengen, få hans medicin i ham og prøve at få noget mad i ham. Vi laver nogle aftaler med ham hen ad vejen. En gang om ugen aftalte vi, at han fik bad, og det var om fredagen, og det gik han med til. Så han vidste, når jeg kom, så var det fredag, og han skulle i bad, og det lykkedes også.

Hen ad vejen lykkedes tingene langsomt: At få ham op af sengen, hjælpe ham med personlig pleje. Det lykkedes at få ham skiftet, når han skulle. Det tog længere tid at få ham med ud i køkkenet og få ham til at hjælpe med morgenmaden, men det lykkedes langsomt at få yoghurt og kaffe i ham og en franskbrødsmad engang i mellem. Det lykkedes ved at snakke med ham og selvfølgelig også ved at have god kemi mellem hjælper og borger.

Han lavede op. Når man først kom ind på livet af ham og fik lavet en rytme på hans betingelser, var han et helt andet menneske. Og der kunne efterhånden komme flere forskellige medarbejdere ind i hjemmet hos ham. Så han blev faktisk rigtig behagelig at være hos. Når der var tid, brugte jeg tid på at snakke med ham, bare sætte mig ned 10 minutter og snakke med ham. Der var bare noget over ham, selvom han var alkoholiker: Han blev glad for hjælpen, da vi nåede hertil. Han var et godt menneske. Der er jo ikke forskel på ham og Fru Hansen, alle er jo lige.

Han er desværre gået bort nu. Han sad i den stol, han plejede med sit snapseglass og var død, da de kom en dag, jeg ikke var på arbejde. (Hjælper, udeområdet)

Som det vil fremgå, har denne case mange af de elementer, som genfindes i de øvrige: En borger, som først er afvisende over for den hjælp, medarbejderne har til opgave at yde. Hjælpen koncentrerer sig omkring én eller få medarbejdere, forløbet er længerevarende, der opbygges en relation mellem borger og medarbejder, og medarbejderne er indstillet på, at hjælpen skal gives på borgerens præmisser. Når først den proces er lykkedes, og der er kommet nogle aftaler eller en rytme i stand, som borgeren kan acceptere, så er det ofte lettere for flere og andre medarbejdere også at hjælpe borgeren. Et sidste gennemgående træk er, at medarbejderne ofte ser noget andet inde bag borgernes måske både voldsomme og afvisende adfærd og et ydre og en livsstil, der ligeledes kan virke voldsom. I dette tilfælde en mand, som er "behagelig", "et godt menneske", "der var bare noget over ham", og som ikke er forskellig fra "Fru Hansen". At få ham til at "live op" og "blive glad for hjælpen" kræver væsentligt mere end at yde hjemmepleje til Fru Hansen – og derfor er det også ham, medarbejderen vælger at fortælle om.

En assistent på et plejehjem fortæller en case om en anden borger, der er svær at hjælpe:

Det handler om en mand, der flyttede ind under corona-nedlukningen. Han havde klaret sig selv indtil oktober 2019, hvor han falder og slår hovedet og får en hjernerystelse og en lille hjerneskade. Han ryger fra den ene sygehusafdeling til den anden, indtil han ender på et midlertidigt ophold og flytter så ind på plejehjemmet i april.

Da han kommer, er han meget vandrende og urolig. De første par dage vandrer han både på andre stuer og ned ad gangene, og det var både dag og nat, og vi tænker "hvordan skal vi have ham på en somatisk enhed?"

Jeg er medicinsvarlig for ham, så jeg kom på et større detektivarbejde. Han fremstod yderst dement, men ifølge hans papirer var han ikke dement. Han havde kredsløbssygdomme, diabetes, ødemer i underbenene, men ellers var der ikke noget, der talte for, at han skulle have den kognitive påvirkning, som han havde. Men stille og roligt får vi kigget på hans sygdomme og hans medicinliste, og sammen med lægen får vi pillet noget Risperdal²² fra ham. Og det bevirker, at han i løbet af 14 dage bliver mere rolig. Risperdalen havde gjort ham rigtig urolig, fordi han kunne mærke den sederende virkning på sin krop.

Så gik vi i gang med at se på de store ødemer på hans ben. Han har bind på til at afvande benene, da han flytter ind, så sygeplejerskerne er inde over. De kommer hver uge og skifter bindene. Men da det ligesom ikke rigtig batter noget, så kigger

²² Medicin mod psykoser, der også anvendes ved vedvarende aggression ved Alzheimers sygdom (demens), når der er risiko for, at man skader sig selv eller andre. (minmedicin.dk).

jeg medicinlisten igennem igen, for jeg er lidt nysgerrig på, hvad han får nu, og hvad han har fået tidligere og under indlæggelsen, for det har været et langt forløb, hvor andre end egen læge har styret hans medicin. Det viser sig, at han tidligere har været i vanddrivende behandling, men det var blevet pauseret på sygehuset. Da han flytter ind, skifter han til vores plejehjemslæger og får et besøg, hvor vi går det hele igennem. Jeg foreslår lægen, om det ikke var en idé at prøve at starte ham op igen i vanddrivende behandling, fordi han har så store ødemer. Og så ordinerer lægen det igen. I en periode derefter har vi haft opfølgning på det hver uge for at se, hvordan det står til med blodtrykket og vægten. Og vores plejehjemslæger kommer fast her i huset hver anden uge, hvor vi vurderer ham, op til de skal komme, så de har noget at forholde sig til. Han kunne også selv fortælle, at den fornemmelse, han havde i benene, nu ikke var så træls mere.

Der var en masse kommunikation på mail og telefon med hans pårørende, som på grund af corona ikke kunne komme. Men vi fandt ud af hans livshistorie: Han var vægter og var blevet overfaldet i tjenesten for mange år tilbage, og det havde han aldrig fået bearbejdet. Det viser sig, at han ikke er dement, men at han har en tidligere hjerneskade. Det kunne vi bruge til at snakke med ham om, for han var meget urolig omkring plejen: Han følte det som et overgreb, når vi kom ind til ham. Gennem dialog fandt vi ud af, at han følte, han var blevet mishandlet på sygehus. Alt i ham stod i bål og brand, så snart kitler og uniformer nærmede sig. Men det fik vi også bugt med. Jeg fik fat i en demenssygeplejerske, der kom og snakkede med ham, for at få en, der er rigtig god til at sætte sig ind hans hjerne, og hvordan den fungerer med hans hjerneskade, så han kunne få bearbejdet de ting. Det er lykkedes – nu er han fuldstændig rolig og tryk ved os.

I dag fremstår han jo som en almindelig ældre mand, der bare har brug for en let hånd i plejen. Men da han flyttede ind, kunne man ikke give ham en barbermaskine, for han vidste ikke, hvad han skulle bruge den til. De andre [medarbejdere] synes, han var svær at komme hos. Han kunne også godt fremstå lidt træls til tider, fordi han var så urolig. Så i den her periode havde han mig, og han havde brug for, at der var en fast, der blev koblet på ham.

Man skal turde gå ind og være nærværende helt og holdent og sætte plejen lidt i baggrunden. At gå ind og tage snakken med ham, før man går til morgenplejen. Når han var urolig, så skulle man sætte sig ned inde hos ham og bare snakke med ham. Finde ud af, hvad der gør ham urolig, og hvad ligger der bag, at han siger, han er blevet mishandlet [på sygehuset]. Få ham til at sætte nogle ord på. Det virkede rigtig godt. Og det virker stadigvæk, når han har haft mareridt om natten. (Assistent, indområdet)

Her er der tale om en borger, som hverken er misbruger eller psykisk syg. Men han er alligevel ikke nogen helt gennemsnitlig plejehjemsbeboer. Forløbet har to spor: På den ene side det rent sundhedsfaglige, hvor assistenten oplever, at hun mestrer opgaverne med at få styr på hans medicinering (ødemer, vanddrivende behandling og beroligende medicin) i tæt samarbejde med de tilknyttede plejehjemslæger. På den anden side er hun også stolt af at have kompetencer omkring hjerneskadede borgere, der gør, at hun lykkes med at få en relation til ham, finde ud af, hvad der ligger bag hans uro og angst for "kitler og uniformer", få ham i tale omkring de ting, der er svære for ham, og som gør ham "lidt træls" i de andre medarbejders øjne. Det gør, at han til

sidst bliver "en almindelig ældre mand". Hun reflekterer over, at forskellen mellem hende og hendes kollegaer ikke handler om forskellige menneskesyn – men om, at de har forskellige kompetencer, og at hun bare har mere viden om hjerneskadede borgere, og hun er stolt af forløbet, fordi hun får mulighed for at få de kompetencer i spil med et godt resultat til følge.

De to eksempler på borgere, der er svære at hjælpe, viser, at spændvidden er stor i forhold til, hvad der karakteriserer disse borgere og deres forløb, mens fællesnævneren er, at det er borgere, der udfordrer medarbejderne, og som de er stolte af, når de lykkes med på den ene eller anden måde.

5.1.2 Relationsarbejdet er kernen

Det mest gennemgående træk i medarbejdernes cases er relationsarbejdet: Det at skabe en relation til borgerne. Begreber som tillid, tålmodighed og kontinuitet går igen som væsentlige forudsætninger, når relationsarbejdet lykkes. Medarbejdernes fokus på relationsdannelse er stort i interviewene, og de peger ofte på netop det, når de skal beskrive deres kernekompetencer:

Det, jeg er stolt af, er, at det er lykkedes at få lavet en relation, der gør, at hun [en dement borger] accepterer, at man kommer. Det er dér, jeg synes, at mine kompetencer kommer ind i billedet: Jeg kan skabe den relation til en borger, der har en moderat demens. Det handler om, at jeg lige så langsomt, et lille bitte skridt ad gangen, nærmer mig personen. Det kan være at til at starte med, der kommer jeg bare og sætter mig ned og bare er der for at signalere, "jeg er her og har tid". Det kan være, det kun er 5 minutter første gang. Og så vokser det lige så stille. Det kan være en lille ting, hun ikke selv kan finde ud af, gå ud med affald eller et brev, men lige så snart hun spørger om hjælp, så går jeg ind og tilbyder min hjælp. Og lige så langsomt får jeg lov til mere og mere. Det er den måde, jeg arbejder med at skabe en relation. (Assistent, udeområdet)

Relationsdannelse er ofte formålsbestemt i den forstand, at det handler om at lykkes med at yde en hjælp til en borger, der gør, at borgerne i sidste ende får et bedre liv på den ene eller den anden vis. Hvad medarbejderne ser som et bedre liv, varierer fra borger til borger. Det kan fx være, at borgerne tager imod hjælp; ikke blot fordi hjælpen er en ydelse, der står på en køreliste, men fordi medarbejderne oplever, at hjælpen, fx et bad, mad, oprydning, at få skiftet en ble osv., giver borgerne velvære. Der er også eksempler på, at medarbejderne oplever, at borgerne får et bedre liv, samtidig med at borgerne fortsætter et massivt alkoholmisbrug eller en på anden vis usund livsstil. Formålet med relationen kan også være at mindske angst, konflikter, konfrontationer, indlæggelser eller situationer, hvor der bliver anvendt magt eller tvang²³ over for borgerne – og i det hele taget gøre borgernes hverdag bedre. Men medarbejderne har samtidig stort fokus på, at borgerne har ret til at leve det liv, de ønsker, fx med alkoholmisbrug. Det vigtige for medarbejderne er, at borgerne har så godt et liv som muligt. Det kan betyde, at mere klassiske sundheds- eller hygiejnemæssige perspektiver sættes i parentes eller helt må vige, som nedenstående case er et eksempel på. Casen illustrerer også, hvordan en hjælper på et plejecenter arbejder med relationsdannelse:

Min case handler om en meget dement og tilbageudviklet borger, vi havde på et plejehjem. Han gik meget [fra plejehjemmet], han drev personalegruppen til vanvid,

²³ I sociallovgivningen kan anvendes "magt", mens der i sundhedslovgivningen tales om "tvang".

og de var meget frustrerede over, hvordan de skulle passe de andre borgere samtidigt. Han gik aldrig i bad, han tissede i potteplanterne og kommodeskuffen. Jeg fik det projekt at sætte struktur på hans hverdag.

Jeg startede med at lægge alle hygiejneprincipper på hylden, for relationen til ham var det vigtigste. Så jeg har aldrig været så solbrændt og haft så veltrænede benmuskler, som jeg fik af at gå i 8 timer hver eneste dag med ham. Han havde ikke et stort ordforråd, men når han snakkede om fugle, så snakkede vi om fugle, og når han snakkede om vandet nede ved fjorden, så gik vi derned og snakkede om det.

Det gjorde, at jeg kunne række hånden frem, og så kom han til mig og ville gå tur. Det var det første tegn på tryghed. Når vi sad på bænken sammen, og de andre kom forbi, begyndte han at hilse, og på den måde åbnede han op. Han havde brug for trygheden og sikkerheden i, at det var genkendeligt personale, og de samme, der kom, at der var ro og rytme hver evig eneste dag i det, vi gjorde. På den måde faldt der ro på ham, og så kunne vi arbejde videre med de opgaver, vi skulle udføre. Det var en stor dag, da vi kunne begynde at arbejde med, at han blev vasket og fik faste måltider.

Jeg tilkaldte demensafsnittet og fik en rigtig god demensvejleder, der kom og fulgte og observerede os, og vi kørte en lang periode med, at det kun var demensvejlederen og mig. Sygeplejersken blev forsøgt, men der var ikke kemi mellem hende og borgeren i starten, men efterhånden lykkedes det, og vi fik løst problemer med sår og hævede ben, men det tog rigtig lang tid. Vi havde også en pædagog inde over i forhold til de pædagogiske indgangsvinkler, fordi han var tilbageudviklet. Med tiden fik vi hevet mange faggrupper ind over, og vi havde også en assistent inde over i forhold til sårpleje.

Det endte med, at han kunne sidde og spise med de andre borgere. Der kom ro på personalegruppen. Den dag, der kom ro på manden, kom der også ro på plejecentret og i forhold til pårørende, der var meget uforstående over for ham. Det blev en helt normal dagligdag.

Jeg elsker at arbejde med demente og psykisk syge, for det er her, der er de større udfordringer. Det er der, hvor jeg skal tænke ud af boksen, og ingen dage er ens. Det er der, mit hjerte ligger. (Hjælper, indeområdet)

I casen ses flere af de fællestræk, der går på tværs i medarbejdernes cases, og som er forbundet med relationsarbejde: kontinuitet, tillid, tid og holdindsats. Hjælperen beskriver, at hendes arbejde først og fremmest handler om at skabe en relation til borgeren. Relationen er formålsbestemt, idet hun har fået en konkret opgave med at "sætte struktur på hans hverdag" og få "ro på manden". Hjælperen er også typisk i den forstand, at hun understreger, at hun finder stor tilfredsstillelse i netop at arbejde med borgere, hvor det er en udfordring at få samarbejdet til at lykkes, og hvor det kræver noget andet og mere af hende og hendes faglige kompetencer end blot at udføre de konkrete plejeopgaver korrekt.

En anden case fortælles af en assistent på et plejehjem og peger ligeledes på relationsarbejdet som noget af det væsentligste:

Jeg arbejder på et demensplejehjem, og vi fik en borger, som var meget mistroisk og nægtede at få hjælp. I starten var det rigtig svært med relationen og at få lov at

hjælpe, for hun ville selv. Men jo mere frustreret hun blev, jo mere rodede hun. Så hver gang hun var til sang og musik, ryddede vi op på hendes stue. Når hun så kom tilbage, var der orden, og vi kunne mærke, at der kom ro på hende. Så kunne vi snakke ordentligt med hende.

Vi kunne heller ikke få hende i bad. Men vi fandt ud af, at hun gerne ville forkæles. Så det kom til at hedde sig, at hun skulle forkæles, og vi fik hende i badekar i vores spa-rum. Vi grinede og skvaldrede. Dagen efter havde hun det fantastisk. På den måde fik vi stille og roligt arbejdet os hen imod, at vi kunne give hende bad inde på stuen og rydde op sammen med hende.

Det handlede om at tage små skridt frem hele tiden. Det var relationsarbejde, relationsarbejde og relationsarbejde. Det kan være nok til at skabe relationen, at du tør smile til et andet menneske og høre efter, hvad de siger til dig. Nogle gange er det utroligt, hvor lidt der skal til for at glæde et andet menneske. Et lille smil kan være nok. Men det tog tid at opbygge den relation. Hun kunne godt indimellem sige fra over for os og sige, "nu gider jeg simpelthen ikke se på jer mere". Og så fik vi at vide, hvad vi så bestod af! Men der gik alligevel ikke ret lang tid, så kunne vi få lov igen.

Hun fik også en god relation til sin søn igen. Det havde hun ikke inden, for hun troede, han stjal fra hende, når der var rod, og hun glemte, hvor tingene var. Det havde stået på i mange år, fandt vi ud af. Men det holdt hun op med til sidst.

Den der følelse af, at vi lykkes med, at hun fik en god hverdag, den var fantastisk. Og at vi gjorde det i samarbejde med hinanden. Jeg er stolt af, at vi fik gjort, så hun fik en hverdag, der var værdig for hende. Hold op, hvor lærte vi meget af hende: Vi lærte bl.a. at se mennesket – helt generelt: Hvem er du, hvor er du henne lige nu og at føle et andet menneske. Selvom man har gjort det i mange år, så er der mange fine nuancer og ting, man kan lære af. (Assistent, indeområdet)

I denne case lægger medarbejderen stor vægt på relationsarbejdet. Assistenten beskriver, at formålet med relationsarbejdet er at få lov til at hjælpe borgeren, som "*nægtede at få hjælp*", men at det i sidste ende lykkedes, at borgeren "*hun fik en god hverdag*". I flere cases er medarbejderne stolte, når de personligt lykkes med relationsdannelse i et borgerforløb. Men i denne case er fokus i højere grad på holdindsatsen i forbindelse med relationsarbejdet. Det er ikke så meget en bestemt medarbejder, som relationen er knyttet op på, men snarere en gruppe af medarbejdere, som over tid lykkes med at få skabt en relation til denne borger. Relationen gør, at plejeopgaver som fx bad til sidst lykkes, og det ender også med, at borgeren får genetableret relationen til sin søn, hvilket ellers ikke er en kommunal plejeopgave. Men det skelner ingen medarbejdere mellem i deres cases: De beretter, hvad de er stolte af er lykkedes, og det inkluderer ofte ting, der intet har med et kommunalt indsatskatalog at gøre. For eksempel fremhæver medarbejderen også det mere generelle at kunne "*glæde et andet menneske*". Relationsarbejdet medvirker til, at borgeren får et bedre liv, og det er andet og mere end at levere de ydelser med personlig pleje, sygepleje og praktisk hjælp, som borgeren er visiteret til. Ydelserne får en sekundær rolle og bliver set som midler til at opnå et andet mål, der handler om, at borgerne får "*en god hverdag*", og når det lykkes, oplever denne medarbejder det som "*fantastisk*".

Samlet set er relationsarbejdet en central kernekompetence for assistenter og hjælpere, og de fremhæver ofte begrebet selv. En del af relationsarbejdet er formålsbestemt, idet det tager afsæt i situationer, hvor en borger ikke ønsker hjælp, og hvor opbygningen af en tillidsfuld

relation over tid bliver et middel til, at medarbejderne får mulighed for at hjælpe borgeren. Men der er også en lang række cases, hvor relationen mellem medarbejder og borger ikke er formålsbestemt, og hvor den snarere er en konsekvens af interaktionen mellem mennesker over tid, og hvor den snarere er båret af sympati og empati uden at være formålsbestemt.

5.1.3 Balancen mellem at være privat, personlig og professionel i opgaveløsningen

Et helt afgørende element i at opbygge en relation til borgerne er, at medarbejderne bruger sig selv. Relationen er ikke mellem "medarbejder" og "borger", den er mellem Johanne og Vagn. Men relationen er ikke symmetrisk, og medarbejderne og borgerne er ikke venner privat: Johanne kommer hos Vagn, fordi han er visiteret til hjælp til bad og støttestrømper. Alligevel er der mange cases, hvor medarbejderne giver udtryk for, at det er vigtigt at være Johanne og Vagn i relationen, ikke bare medarbejder og borger. For eksempel i en case som denne:

Man får en relation til borgerne, men på en professionel måde. Selvom hun er dement, kunne hun høre på min stemme, at det var mig. Der er mange andre, der er inde hos hende, som ikke kunne det, som jeg kunne. Hun kunne genkende mig, min berøring og rolige måde at være på. Det er jeg stolt af. (Assistent, indeområdet)

Ofte er medarbejdere stolte af, at det er lykket for netop dem personligt at opbygge en tillidsfuld relation til en bestemt borger. Det er vigtigt for medarbejderne, at de ikke blot er en tilfældig, upersonlig leverandør af service- eller sundhedsydelse, uanset hvor korrekt denne service eller sundhedsydelse så udføres. For eksempel i denne case, hvor en hjælper med få års erfaring beskriver sin relation til en borger, der flytter på plejehjem:

Jeg har valgt en borger, som kom til os, men hun ville faktisk slet ikke bo her. Hun er blevet tvangsflyttet, fordi hun skulle have noget hjælp, og så er hun blevet placeret hos os, som hun selv siger det. Det allerførste, jeg hørte fra hende, var, "jeg vil ikke bo her, hvis jeg bor her, begår jeg selvmord!". Jeg var bange for at gå ind til hende i starten, for jeg tænkte "bare hun ikke gør et eller andet, når jeg er der", og "hvad nu, hvis jeg kommer til at gøre noget, så hun får det dårligt og måske begår selvmord?".

Men jo mere jeg kom ind på livet af hende, fandt jeg ud af, at hun har haft nogle udfordringer. Hun har mistet sin bror og forældre i en ung alder. Hun kan fx ikke lide at gå i bad, men jeg har fået hende i bad to gange. Jeg kan ikke fortælle, hvad det er, der gør, at jeg kan få hende til det. Men det hjælper, når hun selv får lov til at styre dagen. Hun er begyndt at fortælle mig "jeg kan ikke lide, når de bare kommer og siger, at jeg skal i bad". Men jeg spørger, om hun har lyst til et bad, og hvis hun siger nej, så accepterer jeg det, og så må vi jo finde en anden dag. Men så for en måned siden sagde hun til mig "Johanne, jeg kunne virkelig godt tænke mig det bad!". Og det blev jeg så glad over, for jeg har tænkt, om jeg gør det forkert ved ikke at presse på. Men det har gjort noget godt, at jeg ikke har presset for meget på og sagt, "du skal". Men hun har rykket sig, nu vil hun gerne vaskes. Før følte hun, at det var på andres præmisser og ikke på hendes. Hun følte, at hun ikke blev set. Det går faktisk tilbage til, dengang hun var barn: Hun følte ikke, at hun blev set af sine forældre. Nogle gange ligger der jo noget bag de mennesker, vi kommer ind til.

Jeg kunne jo godt sidde hos hende og snakke, for hun er meget snakkesaglig, men så går min tid fra andre borgere. Så det er en balance, hvor meget man kan sidde

og bruge på hende. Hun bliver så glad, når man kommer, men så siger hun "Det kan jo være lige meget, hvad jeg fortæller dig, for du skal jo gå om 5 minutter alligevel". Og hun har jo ret i det, hun siger. Men hun er en borger, der har ramt mig. Jeg er stolt af, at jeg har kunnet få hende i bad og få noget ordentligt mad i hende. Og så er jeg da også stolt af, når hun siger: "Jeg kan godt lide, når det er dig, der kommer". Det bliver jeg stolt af at høre. (Hjælper, indeområdet)

Som hjælperen her påpeger, så er relationen fra hendes side netop bundet op på en professionel sammenhæng, hvor hun skal "gå om 5 minutter". Men selvom det er rammen omkring relationen, så er det alligevel vigtigt for medarbejderne, at de som individuelle mennesker – og ikke blot som leverandører af ydelser – gør en forskel i andre menneskers liv.

At opbygge og håndtere relationer til borgerne er et tema, der fylder meget hos medarbejderne: Både at de får mulighed for at opbygge relationer til borgerne, hvilket i høj grad handler om, hvorvidt organiseringen af arbejdet og graden af kontinuitet i borgerrelationerne understøtter personlige relationer til borgere, men også det dilemma, der knytter sig til at have en personlig, men samtidig professionel relation til en borger. At bruge sig selv kræver nogle gange, at medarbejderne også deler ting fra deres liv med borgerne, som denne hjælper i hjemmeplejen beskriver det:

Vores rolle er at få mest muligt ud af den tid, vi er hos borgerne, og den hjælp, de får. Jeg har haft borgere, hvor jeg fik en relation, og det er lige præcis det, vi ikke må, men vi er en del af deres liv: Vi er ligesom deres familie nu, for vi kommer der mere, end deres familie gør. Vi bliver noget, de ser frem til hver dag. Det gør dem glade, når man kommer. I vores kommune kørte vi tidligere meget i bestemte områder og hos bestemte borgere, men pludselig må vi ikke have et personligt forhold til vores borgere mere. Vi bliver uddannet til, at det hele skal være fagligt, men når man kommer hver dag hos Fru Jensen 5-8 gange i døgnet og hører om både gode og sørgelige ting, så bliver man en del af det [hendes liv]. Det der med at sige, "nå, men vi skal bare snakke om, at solen skinner" – det kan man ikke. Jeg udleverer ikke noget af mit liv [til borgerne], som andre ikke skal høre. Og det handler ikke om mig, men om, at jeg skal høre på dem, for det er deres behov, vi skal dække. Men nogle gange har de også behov for at høre om min familie, og hvordan det går med dem. Hvis vi kun skal snakke om, at de skal spise deres mad, så er det svært at komme ind på livet af dem. (Hjælper, udeområdet)

Et vigtigt element i at bruge sig selv handler for medarbejderne om at opbygge borgernes tillid til dem, hvilket denne dialog mellem to assistenter illustrerer:

Medarbejder 1: Det er rigtig vigtigt, at der bliver opbygget en tillid [i relationen mellem medarbejder og borger]. Og at den er gensidig. Jeg kan ikke komme ud til en ny borger og forvente, de udleverer alt. Jeg er jo også nødt til at give noget for at få noget. For at vide noget om en person, så spørger man, "nå, har du nogen børn, og har du boet her altid?". Og så spørger de jo gensidigt tilbage. Hvis jeg svarer afvisende på deres spørgsmål, så har jeg bremset min indgang til deres tillid, og det kan godt give komplikationer senere. Så åbner de sig ikke op på samme måde, og man får ikke det samme forhold til borgeren. Det er vigtigt for at kunne samarbejde, og man samarbejder bedre, hvis man har tillid. (Assistent, udeområdet)

Medarbejder 2: Og hvis der er en relation, hvis de kender dig, og du er et kendt ansigt, og du måske har delt lidt [om dig selv], og du kommer tit, så er de trykke, og

man opbygger en relation. Jeg mener ikke, at man skal dele alt, men man kan jo dele det, man har lyst til at dele. (Assistent, indeområdet)

Flere medarbejdere giver udtryk for, hvor vigtigt de synes det er, at de som medarbejder ikke bare har lyst til at levere de serviceydelser, de skal, men at det er vigtigt, at de har lyst til at arbejde med mennesker, med alt hvad det indebærer af personlig kontakt og relationsarbejde. En hjælper på udeområdet har dette syn på det:

Jeg siger til min chef, at folk skal til MUS-samtale, og de skal fortælle, hvorfor de er her. Og hvis ikke de brænder for det, så må de trille videre, for så skal de ikke arbejde med mennesker. Man skal virkelig have hjertet med i det. Den dag, jeg vågner op og ikke har lyst til mit arbejde, så skal jeg ikke være her, for det kan man ikke byde andre mennesker. (Hjælper, udeområdet)

Men det er ikke altid helt uproblematisk og let at "have hjertet med i det" og danne relationer til borgere. En medarbejder beskriver balancen mellem privat, personlig og professionel:

Men vi skal jo huske, vi er professionelle. Fordi når man er så mange år i et fag, så er der mange borgere, der går ind under huden på en. Det, der er vigtigt, er at være professionel over for alle. Man kommer med en kasket på, når man er fagperson, man repræsenterer kommunen og sin faggruppe. Man kan sagtens fortælle om sig selv, hvis borgeren ønsker det, og man skal ikke læsse sine bekymringer af på dem. Men det er også vigtigt, at man får snakket om deres livshistorie. De elsker jo at fortælle om dem selv. (Hjælper, udeområdet)

Medarbejderne håndterer balancen mellem at være personlig, professionel og privat i et fag, hvor de tilbringer så meget tid hos borgere, at de bliver "en del af deres liv", fordi de "er ligesom deres familie nu, for vi kommer der mere, end deres familie gør", som en hjælper formulerede det tidligere. Men relationen er asymmetrisk, som fremgik af en tidligere case, hvor medarbejderen "skal gå om 5 minutter alligevel". Ingen af medarbejderne mener dog, at løsningen er ikke at danne relationer og i stedet blot "snakke om vejret", eller at de har så lidt kontinuitet i deres borgerrelationer, at relationsarbejdet hindres eller ligefrem umuliggøres. Det vigtige er at lære at håndtere det dilemma, der ligger i relationsdannelsen for den enkelte:

De kan være meget nemme at holde af, de gamle, men man skal ikke have dem ind på livet, som man har sin familie. Men det er rigtig svært, for man arbejder med dem og ser dem hver dag. Man har et bånd til dem, men man skal passe på, for man kan meget nemt få dem for tæt ind på, og man ved jo også, de ikke er her for altid. Vi er her for at passe dem, og det er mit arbejde, men man kommer tæt på de mennesker og bruger meget tid på dem. Jeg bruger jo mere tid på dem end på min familie indimellem. Men man skal have afstand for ikke at få dem for tæt ind. Og det gør ondt, når de ikke er her mere. (Assistent, indeområdet)

At bruge sig selv på arbejde handler ikke kun om at kunne finde balancen mellem at være privat, personlig og professionel i relationerne til borgerne. Det handler også om at kunne rumme mange forskellige mennesker og reaktioner på en dag, der måske er fyldt med korte besøg:

Vi skal spille mange roller på en dag, og vi skal kunne rumme meget. Vi kommer ind til en borger med demens, og du hører den samme historie dag ud og dag ind – flere gange samme dag, hvis du er heldig – det skal vi kunne rumme. Vi har jo tit mange små besøg, når vi kører ude. Så skal vi kunne rumme den borger, der siger,

*"så er I her kl. 10 i dag, i går var I her kl. 9, kan man overhovedet regne med jer?".
Og vi skal kunne rumme den borger, der har mistet, og støtte og være med til at
skabe et fundament igen for den borger. Engang imellem har vi brug for at trække
vejret dybt. Det kan vi gøre, når vi er kommet ud af døren. Vi skal kunne rumme
næste borger. (Hjælper, udeområdet)*

Samlet set er det at bruge sig selv en forudsætning for relationsarbejdet, men det er forbundet med et dilemma om at finde balancen mellem at være privat, personlig og professionel i opgaveløsningen.

5.1.4 At arbejde på borgernes præmisser

Meget af den offentlige debat omkring ældreområdet handler om, hvorvidt borgerne oplever, at de får *nok* hjælp: I debatten bruges ofte eksempler på borgere eller pårørende, der ikke føler, at ældre får den hjælp, de har brug for eller krav på. I denne analyse, som er baseret på medarbejderinterview, er der imidlertid et stort antal cases, der handler om den omvendte situation: At borgere ikke ønsker at modtage den hjælp, de er visiteret til. Det skyldes givetvis, at medarbejderne har særligt fokus på forløb, hvor borgerne er svære at hjælpe og ofte ikke i udgangspunktet ønsker den hjælp, kommunen tilbyder.

Udgangspunktet for mange cases er en situation, hvor visitationen har bevilget bestemte ydelser, men borgeren siger nej i større eller mindre omfang og ønsker ikke at modtage hjælpen. Det kan skyldes flere ting: Det kan bunde i alt fra nedsat kognitiv funktion, angst, uvilje mod hele deres situation, mod kommunen og de kommunale medarbejdere, eller det kan skyldes, at de bare ikke vil have nogen som helst inden for døren. En medarbejder beskriver det således:

*Tit og ofte oplever vi, at det er sygdom, der gør, at folk pludselig får brug for hjælp.
Og det reagerer vi som mennesker forskelligt på. Vi møder mennesket der, hvor de
er, i afmagt, i frustrationen over ikke selv at kunne mere eller kunne lige nu. (Hjælper,
udeområdet)*

Når en borger – i et eller andet omfang – møder medarbejdernes tilbud om konkrete ydelser med et nej, starter en proces, hvor det at finde, kende og tilpasse sig "*borgernes præmisser*", som medarbejderne kalder det, fylder meget i medarbejdernes italesættelse af forløbene og ses som en forudsætning for relationsdannelse.

At få *lov* til at hjælpe handler om ikke at tage for givet, at borgerne gerne *vil* have den hjælp, de er visiteret til. Mange cases rummer eksempler på, hvordan det at få lov til at hjælpe kræver, at medarbejderne finder ud af at levere hjælpen "*på borgernes præmisser*". To hjælpere forklarer her, hvad de gør i hverdagen:

*Medarbejder 1: Man møder borgeren, hvor de er nu, frem for at sige "du skal i bad",
for så kommer man ikke nogle vegne. [Man skal] interessere sig for dem, snakke
med dem. Det er jeg gennem årene blevet bedre og bedre til. Du skal være omstil-
lingsparat hele tiden: Du skal kunne gå lidt til højre og lidt til venstre, for det er
mennesker, vi har med at gøre, og deres humør skifter hele tiden. For eksempel da
jeg kom ind til en borger, der er dement, og som aldrig ville i bad: Man går ind og
siger "hej" og får god kontakt. Så kan man godt sige, "ved du hvad, din seng er lidt
våd, skal vi ikke lige ordne det". Og så går man stille og rolig i gang: "Vil du ikke
vaskes lidt i ansigtet" og så ender det med, at man har haft borgeren i bad, mens
borgeren er i sengen. (Hjælper, indeområdet)*

Medarbejder 2: *Vi er besøgende i deres hjem, og vi skal lave det, de gerne vil have – alt efter mulighederne. Vi skal være opsøgende på deres liv, deres livshistorie: Hvis de strikker, så find en halv time til at sidde og strikke sammen med dem. Vi prøver så vidt muligt at opfylde deres ønsker. Vi havde fx en borger, vi ikke kunne komme ind og hjælpe. Han ville overhovedet ikke have vores hjælp, og han blev også udadreagerende. Hvis vi forsøgte at hjælpe ham med lidt tvang, fordi han var beskidt, så sparkede og bed han efter os. Men vi var så et fast team, som gik derind sammen. Vi lagde den slagplan, at vi skulle ikke gå derind for at få ham skiftet eller bade ham, men for at give nærvær. Selvom han ikke ville have os derinde. Og i dag godtager han vores hjælp, men på hans præmisser. Vi kommer ind og spørger, om han vil have hjælp. (Hjælper, udeområdet)*

At levere hjælpen på borgernes præmisser handler for medarbejderne om at lære den enkelte borger at kende, at snakke med dem og give nærvær i stedet for kun at have fokus på at levere visiterede ydelser. Det er en forudsætning for at få lov til at levere ydelser ved de borgere, der på den ene eller anden måde er svære at hjælpe. På den baggrund bliver kendskabet til borgerne og en forudsætning for at kunne arbejde på borgerens præmisser dermed et vigtigt element i relationsarbejdet.

5.1.5 Samspelet mellem kontinuitet og holdindsats i borgerkontakten

Kontinuitet i medarbejdernes kontakt til borgerne er en anden afgørende forudsætning for relationsdannelse. Det handler meget konkret om måden, besøgsplanlægningen foregår på i den enkelte kommune. Hvis der ikke er et vist mål af kontinuitet i kontakten mellem borger og én eller få medarbejdere, er der ikke noget grundlag for at danne en relation over tid. Det er en af de væsentligste årsager til, at medarbejderne lægger vægt på kontinuitet i besøgsplanlægningen, som denne hjælper på udeområdet forklarer:

Jeg brænder for helheden. Jeg er ved at eksplodere, når man sender den femte [medarbejder] ned til den samme borger. For at borgerne skal få det bedst muligt menneskeligt og sundhedsmæssigt, er det de samme øjne, der skal kigge og lave en helhedsvurdering. Så kan det godt være, vi skal have andre faggrupper inde over, men vi skal ikke have fem forskellige hjælpere eller ufaglærte i hjemmet. Jeg, som kommer hos de samme borgere, spotter lynhurtigt, hvis der er noget galt. Og jeg kan hive fat i assistent, sygeplejerske eller læge, hvis jeg har brug for det. Det er også rarest for de pårørende, at de ikke skal forklare ting 23 gange. Det er så umenneskeligt og uværdigt. (Hjælper, udeområdet)

Fordi cases handler om borgere, der er svære at hjælpe, bliver kontinuitet i relationen mellem én eller få medarbejdere og borgeren ofte afgørende. Men fokuset på kontinuitet i relationen til den enkelte borger står ikke nødvendigvis i modsætning til det at levere en holdindsats, som denne case fortalt af en hjælper på udeområdet illustrerer:

Det handler om en mand, der kommer hjem fra genoptræning efter en blodprop, og han var halvsidigt lammet. Vi havde et rigtig godt samarbejde med familien. Der var godt samarbejde med mine kolleger, og der var et godt samarbejde med terapeuten. Når jeg kom for at klare personlig pleje, lavede jeg øvelser med ham, som terapeuten havde introduceret mig til. Selvom han blev ringere, fortsatte det gode samarbejde med terapeuten, da han også fik synkebesvær. Da han fik tryksår, fik vi visiterende ergoterapeuter ind over, og vi fik nye hjælpemidler. Vi havde også et godt

samarbejde med sygeplejersken, da han blev terminal, og de sparrede med os om den ændrede pleje og medicin. Og til sidst blev det sådan, at det var sygeplejersken, der var "anden mand" sammen med mig, i stedet for at vi var to hjælpere eller mig og en ufaglært. Sygeplejersken fik det planlagt sådan, at vi kunne være der på samme tid, ud fra hvornår vi havde plejen.

Jeg er stolt af det her forløb, fordi samarbejdet på tværs af faggrupper og samarbejdet med familien, det lykkedes. Vi fik kommunikeret med de visiterende terapeuter om at få de rigtige hjælpemidler ud på de rigtige tidspunkter. Vi lykkedes med at være der på samme tid som sygeplejersken. Men jeg var den faste, der kom der. Ikke noget med, at man kom en gang om ugen eller hver 14. dag. Det gav mere kontinuitet, og det betød jo, at jeg var med på, hvad der skete omkring ham. Når man kun kommer i et hjem få gange, er det mere, "Jamen, det skal jeg lige finde ud af". For selvom vi har et kæmpe CURA-system med en masse oplysninger i, så er der det lige det med at få læst alle de her oplysninger. (Hjælper, udeområdet)

Denne case handler ikke om en borger, der er svær at hjælpe, og hvor opbygningen af en tillidsfuld relation over tid bliver vejen til at få samarbejdet til at lykkes. I stedet handler casen om en borger, der med tiden bliver terminal, og hvor kompleksiteten i forløbet stiger løbende, fordi flere og flere faggrupper skal involveres. Her bliver kontinuiteten hos den faste hjælper afgørende for at kunne samarbejde tæt med hele holdet ud fra et koordinations- og kommunikationssynspunkt, såvel som med borgeren og de pårørende, fordi den faste hjælper er mere "velinformert". Kontinuiteten i relationen mellem én enkelt medarbejder og borgeren kan således være selve forudsætningen for, at der sker en koordineret holdindsats på tværs af medarbejdergrupper, vagtlag og sektorer.

En anden case peger på, hvor vigtigt det kan være at skabe kontinuitet ved at levere en fælles holdindsats, hvor det er afgørende, at der blandt medarbejderne er fælles fodslag omkring en meget svær situation. En assistent på indeområdet forklarer:

Vi bliver kontaktet af visitationen i efteråret 2019 angående en mand, som kommer ude fra hjemmeplejen, hvor de har givet op og sagt, "vi vil ikke mere".

Manden er delvist halvsidigt lammet, men kan gå og småløbe, og han er udadretagerende både psykisk og fysisk. Derfor kommer han med vagter fra et vagtværn, kommunen havde fundet til opgaven, og som er der 24/7. Vi får udtrykkeligt at vide, at vi må ikke gå ind til ham alene, uden der er en vagt på stuen. Vagten står nærmest lige ved siden af ham, klar til at gribe ham, lige meget hvad han gør. Klør han sig i håret, har vagten nærmest fat i ærmet på ham. Men sommetider er vagten på toilet eller ude at spise, og så sniger vi os ind til ham to personer for at prøve at se, hvad der sker. Det går fint, og borgeren begynder selv at fortælle, at han er træt af de vagter, for de vil bestemme alting. Vi prøver at forklare ham, at "hvis du opfører dig ordentligt, så opfører de sig også ordentligt". Der er en grund til, de er der, og det kunne han også godt se – selvom han mente, at de bare skulle have nogle tæsk. Men lige så langsomt begynder vi at forklare vagtværnet, at vi godt vil prøve at gå derind alene og se, hvad der sker. Alting foregår på hans præmisser. Vil han ikke have tør ble på, selvom den er våd, får han ikke tør ble på. Vagten står ude på gangen, mens vi er to personale derinde. Det kører okay. Vi begynder langsomt at trække ud af vagtordningen i dagtimerne, og efter ca. 2 måneder forsvinder vagten i aftenen/nat også.

I dag bor han på plejecentret, og vi passer ham selv. Men det krævede et kæmpe samarbejde mellem alle os personaler at blive enige om, at "han dør ikke af ikke at få skiftet ble eller blive vasket". Vil han ikke, jamen, så vil han ikke. Det er den måde, vi er kommet længst på med ham. Vi gjorde et kæmpe stykke arbejde i samlet flok, og vi arbejdede ens alle sammen. Hjemmeplejen havde givet op, og kommunen vidste ikke, hvad de skulle gøre ved borgeren. De tænkte, hvor skal vi putte ham hen? Og vi siger, kom med ham, vi prøver, og så lykkes det. (Assistent, indeområdet)

Kontinuitet er en afgørende forudsætning for at lykkes med at opbygge en tillidsfuld relation til borgerne. Det kan både vedrøre en individuel relation mellem medarbejder og borger samt en holdindsats, der handler om ensartethed i tilgange til borgeren eller måden, hjælpen gives.

Samspelet mellem kontinuitet og holdindsats betyder også, at der opstår en organisatorisk sårbarhed, når der kun er én medarbejder, der har en særligt relation til en borger – og dermed også kompetencerne til at få den borger til at samarbejde. Derfor handler flere cases om, hvordan en enkelt medarbejder, der har opbygget en relation til en borger, herefter bliver brobygger til resten af personalet. Medarbejderen kan bruge sin relation til borgeren til også at invitere kollegaer med ind i det forhandlede rum, hvor en borger accepterer at modtage hjælp eller pleje – ofte på bestemte præmisser. Derfor er der en del cases, hvor graden af kontinuitet ændres over tid: I starten af forløbet er kontinuiteten mellem én (eller få) medarbejdere og borgeren meget høj for at gøre det muligt at opbygge en tillidsfuld relation. Men senere i forløbet kan relationen bredes ud på flere medarbejdere, fordi det er det vigtigt at overkomme sårbarheden i, at borgeren kun har tillid til én medarbejder – og ikke til resten af medarbejdergruppen. En assistent på udeområdet forklarer:

Det er vigtigt at kunne oplære sine kolleger til at gøre det samme, som jeg gør. For når jeg havde fri, så kunne han [borgeren] ikke det samme. Han får bare en anden tillid til mig. Mine kolleger kæmper en brav kamp, når jeg ikke er der. Han har ikke den samme tillid til dem. (Assistent, udeområdet)

Kontinuiteten i relationen mellem en enkelt medarbejder og borger rummer også andre dilemmaer end den organisatoriske sårbarhed, der kan opstå. Medarbejderne peger således på, at det er vigtigt at finde en balance, hvor der på den ene side er nok kontinuitet til at sikre en god relation til borger og pårørende samt koordination og sammenhæng, samtidig med at det på den anden side er vigtigt at få flere medarbejdere ind i forløbet, fordi der også er risiko for, at en medarbejder har det, de selv kalder "blinde pletter" i forhold til en borger (altså, at der er ting, de kan overse i forhold til en borgers tilstand):

For borgerne er det bedste, at der er færrest [forskellige medarbejdere] i eget hjem. Men det gør også, at når man kører faste borgere, så kan man få nogle blinde pletter, og at der er noget, man ikke lige ser. (Assistent, udeområdet)

Dette er særligt relevant på udeområdet, hvor borgerne er længere fra personalet og derfor er mere afhængige af, at de medarbejdere, der kommer hos dem, ikke har "blinde pletter".²⁴

²⁴ Dette dilemma er ikke unikt for social- og sundhedsmedarbejdere, men gælder i al sundhedsfaglig praksis, hvor behovet for *second opinion* gør sig gældende. På hospitaler er konferencer, hvor patienter drøftes af flere med samme eller forskellig faglige baggrund, ofte et vigtigt element i at håndtere dette. Ikke overraskende nævnes netop triagering og triagemøder af flere social- og sundhedsmedarbejdere som en mekanisme, der kan hjælpe med at minimere risikoen for den enkelte medarbejders "blinde pletter" i forhold til en borger.

Samlet set er kontinuitet i besøgsplanlægningen en afgørende forudsætning for at opbygge en tillidsfuld relation til en borger (og for umiddelbart at kunne spotte ændringer i borgernes tilstand). Kontinuitet handler både om individuelle relationer og om at yde en fælles og ensartet indsats som hold. Begge dele kan være afgørende for at lykkes med et borgerforløb. Kontinuitet kræver ofte en relation mellem én medarbejder og den enkelte borger, hvilket organisatorisk set er sårbart, og derfor er der fokus på, at medarbejderne over tid får bredt relationer ud til at rumme flere kollegaer, hvormed graden af kontinuitet kan mindskes. Kontinuitet rummer dog også den udfordring, at faste medarbejdere kan få "blinde pletter" over for deres borgere.

5.1.6 Tålmodighed og vedholdenhed i borgerkontakten

Opbygningen af tillid mellem medarbejder og borger er et vigtigt element i relationsdannelsen, og det kan tage tid. Derfor står tålmodighed og vedholdenhed centralt i mange af medarbejdernes cases. Det tager tid for medarbejderne at finde den rette "indfaldsvinkel" – det, der virker hos den enkelte borger – eller forhandle sig frem til en struktur, en rytme, en måde, nogle rutiner, som fungerer for borgeren, og som dermed også gør det muligt for medarbejderne at udføre deres arbejde. Denne case illustrerer et længerevarende forløb, der krævede en vedholdende indsats af medarbejderen for at få samarbejdet til at lykkes:

Det her er en meget typisk historie fra hjemmeplejen. Vi får en henvendelse fra nogle frustrerede pårørende, som spørger, om vi kan tage ud og hjælpe deres mor og far. Det er et gammelt ægtepar, der lever i symbiose, men situationen er nedadgående. De sad og forsumpede i deres eget snavs, og de har bestemt sig for at leve sådan. Manden skulle tage sig af hustruen, men han glemte at give hende mad indimellem, så hun var ret underernæret.

Det bliver så mig, der bliver sendt derud. Det tog måske 20 besøg, hvor jeg ikke kom videre og blev afvist med, "Gå din vej, vi har ikke brug for din hjælp". Sådan er det jo. Og jeg har stor respekt for, at folk kæmper for deres eget liv. Efter mange, mange, mange besøg får jeg lirket mig lidt ind på dem og får lov til at strukturere deres hverdag og får dem til at spise. Jeg får også nogle flere kolleger ind over, deres læge, sygeplejen, terapeuter, og jeg får vigtigst af alt en god relation til de pårørende. Efterhånden går det op for dem: "Jamen, hjemmeplejen kan faktisk godt det her".

Vi får afdækket, at hustruen er ved at være lidt dement. Og der fik jeg tillid fra min leder og mine kollegaer, og det måtte godt tage lidt tid at finde ud af, hvordan vi kunne hjælpe hende. Jeg fandt ud af, at hun havde brug for, at der sad en over for hende og viste hende helt konkret, hvad hun skulle gøre, så hun kunne spejle det. For eksempel det med at gå i bad, det var længe siden, hun havde gjort det, men jeg fandt ud af, at hvis hun spejlede sig i mine bevægelser, så kunne hun godt. Børnene var heller ikke klar over, at hun kunne det. De så bare, at de forsumpede i deres eget snavs. Men efterhånden fik vi styr på det, og det bliver et rigtig godt forløb.

Jeg er stolt af, at det lykkedes. Det blev accepteret, at det ville tage noget tid. Og jeg følte også, at jeg fik både mine formelle kompetencer, min uddannelse og mine personlige kompetencer i spil. Det var virkelig ret fantastisk at opleve og være med til. (Assistent, udeområdet)

En anden case viser andre aspekter af den samme udfordring: Her handler det for hjælperen om at være vedholdende og bruge sine personlige og faglige kompetencer til at finde den "indfaldsvinkel", som hjælperen kalder det, der gør, at det til sidst lykkes for hende – og siden for resten af medarbejdergruppen – at få borgeren til at modtage hjælp:

Jeg vil gå lidt tilbage i tiden til en borger, jeg havde omkring 2007/8, som havde Alzheimers. Jeg startede med at komme hos hende for at give støttestrømper på, da hun boede sammen med sin mand, indtil han døde. Når jeg kom for at give støttestrømper på, kunne jeg se, at hun altid havde det samme tøj på. Derfor gik jeg tilbage og snakkede med mine kolleger, og vi blev enige om at sætte noget pleje på til hende to gange om ugen for at forsøge at få hende i bad. Vi forsøgte på mange forskellige måder at tilbyde hende et bad. Nogle tilbød det, lige når de kom ind ad døren, andre satte sig ned og snakkede lidt med hende. Men hun sagde altid nej. Hun var en meget nydelig dame med fint hår. Så en dag tænkte jeg, "nu spørger jeg, om hun har lyst til at få vasket hår". Det ville hun rigtig gerne. Så gik vi sammen ud på badeværelset. Da vi så kom derud, foreslår jeg, at vi tager alt tøjet af, "for det er så dumt, at du bliver våd på dit tøj", sagde jeg til hende. Så lykkedes det at få tøjet af. Og så viste det sig, at hun havde flere tøj lag på, som man jo tit har, når man har Alzheimer.

Så det var indfaldsvinklen, og det lykkedes faktisk, og man kunne se, at hun fik velvære af det, og hun blev så glad. Det blev måden, vi gjorde det fremover: Jeg sagde til mine kolleger, at vi tilbyder hende hårvask, og så får hun al tøjet af, og på den måde får hun velvære af det. Så det blev dagligt, man fik hende med ud på badeværelset, fordi vi startede ud på det her forløb med at vaske håret, og så kunne jeg sige, "kom, nu går vi lige en tur ud på badeværelset", og så fik hun tøjet af, blev guidet til vaskning og fik tøjet på, rent og pænt tøj hver dag.

På et tidspunkt spurgte jeg, om hun havde lyst til at gå til frisøren. Det havde hun ikke. Så tilbød jeg at følge hende derover. Det ville hun gerne. Jeg fulgte hende over, og så kom hun ind til frisøren, og så gik hun selv hjem.

Hun var et hjertebarn for mig på en eller anden måde, og jeg fik afprøvet nogle af de ting, jeg vidste omkring demente. Jeg har altid godt kunne lide at arbejde med Alzheimer borgere. Jeg fik flyttet hende fra ikke at ville noget til, at vi fandt en måde at komme ind til hende på. Nogle gange skal man gribe et eller andet ud af luften og afprøve det. Nogle gange skal man lige vente lidt og spørge på en anden måde. Man skal ikke tage et "nej" for gode varer, for man kan tit godt flytte folk bare en lille smule. Måske ikke til, at man kan udføre hele den personlige pleje, men måske kan man få dem til at skifte tøj. Eller vaske sig i ansigtet. Så man får arbejdet sig langsomt ind på dem. Det kræver stor tålmodighed og lyst til det. Men det kræver også en vis form for kontinuitet [i relationen mellem medarbejderen og borgeren].

Man lægger en plan for forløbet, og hvor man gerne vil arbejde sig henimod, så kan man lægge delmål, og så når man forhåbentlig derhen, men det kan tage længere tid, og der kan være bump på vejen. Men man skal bare blive ved. (Hjælper, udeområdet)

Casen peger på et element, som går igen i mange andre medarbejderes cases: Det kræver ofte både tålmodighed og vedholdenhed, men også, at medarbejderne kan "tænke ud af boksen" for at finde ud af, hvad der virker i relation til den enkelte borger. Hjælperen i denne case reflekterer over kompetencen at kunne "gribe noget ud af luften", prøve noget af, vente, justere

ens egne handlinger eller spørgeteknik. Det handler om være vedholdende og målrettet, og at medarbejderne også ser det som vigtigt at opnå endog meget små fremskridt, og at der ofte er både tilbageslag og "bump på vejen".

5.1.7 Uforudsete og uplanlagte opgaver uden for indsatskataloget

Som nævnt er der mange fællesnævner i de cases, medarbejderne har valgt. Og som beskrevet i indledningen har medarbejdernes ikke valgt deres case ud fra et kriterie om, at de skal beskrive et gennemsnitligt borgerforløb, men i stedet et borgerforløb, de er stolte af, og hvor de selv vurderer, at deres kompetencer bliver brugt. Som beskrevet i afsnit 3.3, er medarbejdernes opgaver struktureret ud fra de indsats, der er beskrevet i hver kommunes indsatskataloger for hhv. sygepleje og hjemmepleje, og som FSIII udgør en fælles standard for. At udføre disse opgaver fylder hovedparten af medarbejdernes tid. Men deres kernefaglighed og deres væsentligste kompetencer beskriver medarbejdernes helt andre termer og med helt andre begreber, der intet har at gøre med selve ydelserne, men snarere handler om kompetencer i forhold til at arbejde med mennesker og at kunne indgå i en nær, men professionel relation til et andet menneske.

Men ud over de konkrete opgaver i et indsatskatalog, som er anledningen til, at medarbejderne overhovedet er i kontakt med borgerne, rummer medarbejdernes cases også eksempler på mange andre typer af opgaver, som de også udfører. Dette afsnit illustrerer spændvidden i disse ofte uforudsete og uplanlagte opgaver uden for indsatskatalogerne ved at fremhæve eksempler på nogle af de opgaver, der optræder i medarbejdernes cases, og som ikke er at finde på nogen køreliste eller noget dagsprogram.

Når man arbejder med gamle, svage og syge borgere, opstår der akutte situationer, som medarbejderne skal kunne håndtere. Medarbejdernes cases rummer flere eksempler på dette. For eksempel en hjælper på indeområdet, der fortæller om en borger med Parkinson, der lider af dysfagi (fejlsynkning) på grund af en apopleksi. Hans hustru er ved at give ham mad inde på hans stue, da en hjælper inden for hørevidde oplever følgende:

Jeg kan høre, han begynder at hoste. Pludselig ændrer hosten karakter, og han får nogle apnø perioder. Så løber jeg ned på stuen, og hustruen står dernede og er meget ked af det, virkelig bange og frustreret. Jeg tager over, fordi herren bliver bleg, han hoster virkelig og kan ikke få luft. Så jeg eleverer hovedet lidt højere op og banker ham i ryggen for at se, om jeg kan få det løst, der sidder fast. Der sker ikke noget, han hoster og pruster og kan ikke få luft. Jeg prøver at åbne munden og ser, om jeg kan se noget i halsen eller svælget, som jeg kan fjerne. Det gør der ikke. Pludselig bliver han bleg og hvid. Jeg lægger hovedgærdet lidt ned og får sat mig omme bag ved ham. Så kommer en assistent ind på stuen og trækker hustruen lidt væk, så hun ikke kan se det. Så jeg sætter mig om bag ved ham. Jeg har aldrig givet en Heimlich²⁵ før, men jeg får lagt hænderne under hans bryst, og så bliver han fuldstændig slap i mine arme og kridhvid i ansigtet. Assistenten siger, "Jeg har tastet 112 – og jeg trykker, når du siger det". Jeg giver ham tre tryk, og der sker ingenting. Han er helt livløs i mine arme. Jeg trykker to gange mere, og så kan jeg mærke, han begynder at komme til sig selv, han begynder at hoste og får vejrtrækningen igen. (Hjælper, indeområdet)

²⁵ "Heimlich-manøvre" bruges i situationer, hvor et fremmedlegeme er kommet i luftvejene. Man står bag personen og med begge hænder trykkes/stødes mavevæggen opad-bagud (kilde: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/akutte-sygdomme/foersthjaelp/fremmedlegemer/fremmedlegeme-i-luftvejene/>)

Eksemplerne på akutte opgaver spænder vidt. Der er også eksempler på situationer, hvor medarbejdere har forhindret selvmordsforsøg: "Jeg har stået og hængt i benene på en, der var på vej ud fra 4. sal." (Hjælper, indeområdet). Og i casen herunder beskriver en medarbejder, hvordan hun oplever, at det ikke altid er lige nemt at komme igennem i en akut situation, fordi borgerne i forvejen ofte er syge og svækkede:

Min case handler om et ægtepar, vi havde i hjemmeplejen, hvor konen var rigtig syg og i hjemmedialyse. Hun havde haft blodprop i lungen og havde fået blodfortyndende for det, og hun var bare alment virkelig dårlig. En dag stod jeg ude hos hende og skulle hjælpe hende. Der var ikke noget, alt var som vanligt, da jeg kom. Men så idet hun rejser sig op fra sengen, får hun en blodprop, mens jeg står med hende. Det var voldsomt. Jeg skyndte mig at kaste hende ned på en toiletstol, og så kunne man se alle tegnene: Hun kunne ikke snakke, mundvigen hang i den ene side, hun kunne slet ikke bruge højre side. Hendes ægtemand bliver også forskrækket. Så reagerer man lynhurtigt og får ringet efter hjælp.

Men jeg skulle stå og diskutere med Falck folkene [i telefonen til 112], som også ringer til hospitalet, og man kan høre i røret, at de siger, "jamen, hun er jo alvorligt syg". Men der siger jeg, at det her, det er ikke sådan, hun er normalt, det her er ikke kendt, det er en ny situation. Hun havde fået Marevan [blodfortyndende], som de havde valgt at seponere [stoppe] for 14 dage siden, fordi hun har dialysekateter i maven, og det kan hun ikke have, hvis hun begynder at bløde [pga. Marevan-behandlingen]. Så de valgte at fjerne hendes blodfortyndende, og så får hun så en blodprop i hjernen.

Jeg følte, jeg skulle stå og argumentere for, at det her skal de reagere på, både Falck folkene og bagvagten på hospitalet. Jeg følte, at hun blev afskrevet, for hun var jo dårlig i forvejen og var i dialyse, og hun fejlede alt muligt.

Men ambulancen kom, og hun kommer så afsted, og jeg skal samle ægtemanden op, for han er jo blevet forskrækket. Jeg får ham til at ringe til de pårørende, der så kommer.

Om eftermiddagen kører jeg forbi ham for at høre, hvordan det går, og det viser sig, at hun allerede var blevet opereret og havde fået fjernet blodproppen. Jeg følte det rart, da jeg gik hjem den dag. Jeg følte sgu lidt, jeg havde reddet hende og gjort mit arbejde rigtig godt. Det er rart at vide, man har gjort en forskel. Og det var enormt givende for mig at få dagen rundet af på en god måde. Jeg huskede, at der var en pårørende [ægtemanden], som jeg fik samlet op på og fik ham gjort tryk. Og jeg kunne mærke, han var tryk i det. Og at det gik godt.

Da hun kommer hjem et par dage efter, er der faktisk meget lidt skade sket. Hun har nedsat kraft i højre hånd, men hendes tale er kommet tilbage igen. Så det var enormt bekræftende. Det var godt, jeg var der, for ellers var hun død af det her, for ægtemanden havde ikke vidst, hvad han skulle gøre. Men jeg vidste, hvad jeg skulle gøre. Jeg følte også lidt, at jeg kæmpede lidt for hende. (Assistent, udeområdet)

At have fagligheden og kompetencerne til at kunne reagere adækvat i akutte situationer omkring svage, syge eller ligefrem selvmordstruede borgere er dog kun ét element i de mange opgaver, der ligger uden for kørelisten og det vanlige dagsprogram.

Helt i den anden ende af spektret finder vi eksempler af en ganske anden karakter, der handler om at gøre ting med og for borgerne, som på ingen måde er ydelser, borgeren er visiteret til. For eksempel denne case om en medarbejder, der hjælper en plejehjemsbeboer med at skrive breve til sin datter, der bor i udlandet og er i et terminalt kræftforløb:

For nogle år siden var jeg kontaktperson for en ældre dame på 88 år, og det havde jeg været i 9 år, så jeg var kommet rigtig godt ind på livet af hende og hendes familie. Hun havde en datter i Sverige, som var syg af kræft og skulle dø. Det værste, der kan ske, uanset alder, det er vel, at vores børn skal dø før os selv. Det snakkede vi rigtig meget om, for det var svært for hende at have kontakt til datteren på grund af afstanden, men de snakkede i telefon indimellem.

En søndag formiddag kommer jeg ind til hende – lad os kalde hende Bertha – og vi sidder og snakker om hendes datter igen. Datteren havde sendt et brev til hende med en hilsen til mig, og i det brev var der en mailadresse. Så siger jeg til hende, mens vi sidder og snakker, at jeg har min iPad med, og man kan faktisk skrive en mail på den, og jeg spørger, om vi skal sende et brev til datteren på min iPad? Det er svært at forklare en 88-årig, at man kan det. Men vi fik taget et billede og sendt det sammen med en lille hilsen til datteren, og jeg prøvede at forklare Bertha, at nu havde datteren modtaget mailen allerede. Bertha gik ind og sov til middag og om eftermiddagen, da jeg skulle gå min runde, der kunne jeg se, at datteren allerede havde svaret. Så jeg for jo ind til Bertha og fik hende op fra middagssøvnen, for vi skulle jo læse den!

Det blev en tradition, at når jeg var på arbejde om søndagen og havde lidt tid omkring middagstid, så sendte vi en mail til datteren, og det nåede vi at gøre fire søndage, inden datteren døde. [pause...] Åh, nu bliver jeg helt berørt af at fortælle det. Men det var bare sådan en rigtig god ting og en god oplevelse.

Den her historie, den siger måske ikke så meget, det lyder lidt Florence Nightingale-agtigt. Men det er en anderledes arbejdsopgave, og man skal også tænke i de baner: Vi skal varetage plejen af det hele menneske. Jeg elsker at arbejde med sådan nogle ting. Jeg kan godt lide at prøve at tænke lidt ud af boksen. (Hjælper, indeområdet)

Medarbejderen understreger, at denne case "måske ikke siger så meget" og er "lidt Florence Nightingale-agtig". Alligevel var det den case, hun valgte at bidrage med til denne undersøgelse, for den siger noget afgørende om hendes egen forståelse af sit fag, sine opgaver og kompetencer, nemlig at "varetage plejen af det hele menneske", som hun lægger stor vægt på. Det handler ikke om kørelister eller indsatskataloger, funktionsevnevurderinger eller rehabilitering. Her handler det om, at medarbejderen her vurderer, at noget af det værste, der kan ske i et menneskes liv, er at miste sine børn. Og derfor bliver det at hjælpe borgeren i netop denne situation så væsentlig for hende, at det er den case, hun vælger at trække frem som en, hun er stolt af. Samme hjælper tilføjer endnu et eksempel, der helt parallelt til det første understreger, hvor vigtigt denne type opgaver er for hendes forståelse af kernen i hendes fag:

Jeg har for nylig passet en ældre mand, der var terminal, og som var på en afdeling for udviklingshæmmede. Han ville gerne ud på sit beskyttede værksted og sige farvel til dem, men det kunne ikke lade sig gøre. Det personale, der var der normalt, synes ikke, han skulle afsted, for tænk, hvis han døde i taxaen. Jeg tænkte: "Og hvad

så, hvis han gør?!” Så en dag, jeg var i vagt, fik jeg ham så afsted derud i en taxa, så han kunne tage afsked med dem. Og det gik jo godt. (Hjælper, indeområdet)

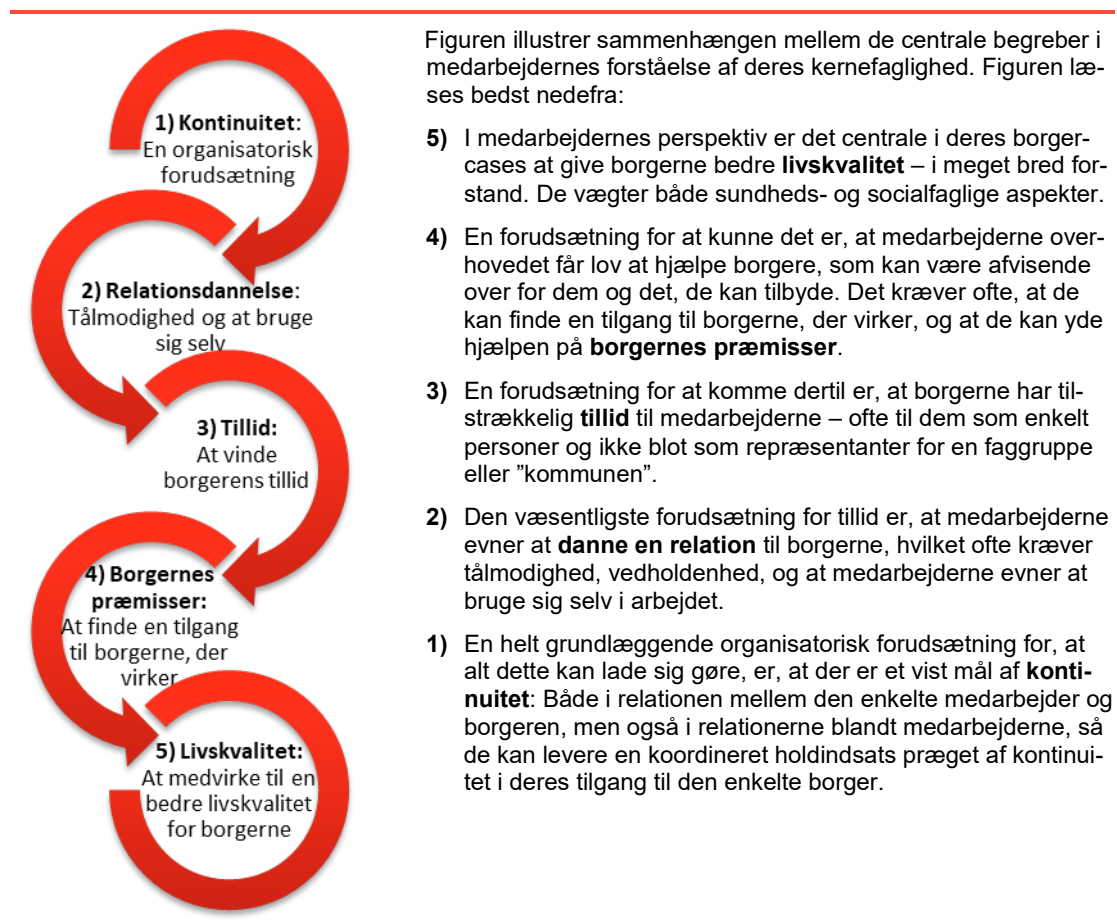
Eksemplerne i dette afsluttende afsnit illustrerer spændvidden i de opgaver, medarbejderne løser, og de illustrerer også, at medarbejderne lægger vægt på opgaver, som ikke er på deres køreliste, men som medarbejderne oplever er vigtigt, fordi de betyder meget for borgerne.

5.1.8 Opsamling: Kernefaglighed på tværs af social- og sundhedsfagene

Denne del af analysen har haft fokus på borgerforløb, medarbejderne er stolte af, og som derfor viser, hvilke kernekompetencer og aspekter af deres fag, de selv finder væsentlige. Medarbejdernes cases har en lang række klare fællestræk: Det centrale er arbejdet med at skabe en tillidsfuld relation til borgere, der af den ene eller anden grund er svære at hjælpe. Og forudsætningerne for det relationsarbejde er at bruge sig selv, at arbejde på borgernes præmisser, at have tålmodighed og vedholdenhed i forløb, der kan tage tid, og ikke mindst, at der er et vist mål af kontinuitet. Disse fællestræk er som nævnt ikke nødvendigvis udtryk for noget gennemsnitligt ved borgerne i de forløb, hvor medarbejderne føler, at deres kernekompetencer og kernefaglighed kommer tydeligst til udtryk.

Sammenhængen mellem disse temaer er søgt illustreret i nedenstående model:

Figur 5.1 Centrale elementer i medarbejdernes forståelse af deres kernefaglighed



Kilde: Egen tilvirkning.

Modellen har særligt fokus på at vise, hvordan elementerne i denne del af analysen hænger sammen og indbyrdes fungerer som hinandens forudsætninger. Modellen er ikke et forsøg på at teoretisere social- og sundhedsmedarbejdernes kernefaglighed, men er udelukkende et forsøg på at vise, hvordan disse begreber hænger sammen i de borgercases, medarbejderne har vagt at bidrage med i denne analyse.

Dette afsnit om medarbejdernes perspektiv på deres fag afsluttes med en sidste borgercase. Den er valgt, fordi den rummer de aspekter, der har været gennemgående i de foregående afsnit. Men casen adskiller sig dog fra de øvrige cases ved at være ekstrem i den forstand, at forløbet er *meget* langstrakt, de to borgere er *meget* svære at hjælpe, og der kræves en *meget* stor tålmodighed, vedholdenhed, kontinuitet og holdindsats over en længere årrække for at få det til at lykkes. Den medarbejder, der er tovholder i forløbet, bruger sig selv i så høj grad, at hun til sidst vælger at lade de pårørende frikøbe hende for en dag, så hun kan levere en service, som ligger uden for, hvad en kommune kan bevilge, men som medarbejderen finder det væsentligt at yde de to borgere, som casen handler om. Casen giver således et detaljeret indblik i medarbejdernes arbejde, de opgaver, de forsøger at løse, og de borgere, der ligger bag de ydelser, man kan finde i et kommunalt indsatskatalog for service- og sundhedslovsydelser:

Jeg arbejder på et plejecenter, hvor der kommer et ægtepar ind, som er dybt alkoholiserede. De er i 60'erne, de er smidt ud af deres hjem, fordi de har drukket sig fra hus og hjem, og de har ikke en klejne. Han havde ikke nogen diagnose andet end alkoholisme. Hun havde underlivscancer, som man kan leve med i mange år.

Når vi kom ind i lejligheden om morgenen, så var der fyldt med bræk og efterladenskaber, og der var flasker overalt. Hun pendulerede frem og tilbage til Lidl efter alkohol og var skaffedyr, og hun var en streg i luften af at rende frem og tilbage og slæbe alkohol hjem. Det var ret voldsomt: Hun kunne gå nøgen ud på gangen klokken halv tre om eftermiddagen og besørge. Så måtte man samle hende op og få hende ind. Han lå mest i sengen og sagde, "kom, kom, kom med alt det, jeg skal have". Aldrig har jeg set nogen drikke en flaske så hurtigt. Jeg var dybt rystet.

De havde to børn hver især, som havde cuttet kontakten til dem. De kom måske en gang om året, og de sendte også nogle ting, for de vidste godt, forældrene ikke havde råd til at købe noget.

Jeg blev deres kontaktperson og tænkte, "det her kan jeg ikke gøre alene". Så jeg snakkede med min leder og vores sygeplejerske og sagde, at det var for stor en mundfuld, at jeg skulle have noget vejledning. Og det fik jeg. Jeg fik kontakt til en alkoholrådgiver, og jeg fik et samarbejde med deres egen læge.

Så snakkede jeg med ægteparret om, hvilke ønsker de havde til deres liv? Det viste sig, at de ville frygtelig gerne tilbage til Bornholm, hvor de var født og opvokset og gerne ville begraves. Jeg sagde: "Det kan I ikke med jeres økonomi og sådan, som verden er for jer, men vi kan se, om vi kan hjælpe hinanden." Det blev til et forløb over 6 år.

Jeg fik dem sat i gang med at få en gældssanering. Det tog et par år. Samtidig arbejdede jeg pædagogisk med dem for at prøve at få en hverdag til at fungere: De spiste ikke og blev ikke soigneret efter noget som helst system. Deres hverdag kørte kun efter flasker. Vi fik lavet en hverdagsstruktur, og jeg og mine kollegaer fik mange

verbale hug, fordi vi var nogle værre idioter. Det var ikke små skændselsord, der blev brugt. Samtidig blev han somatisk og fik blodpropper indimellem.

Penge var der jo ikke nogen af, men jeg fik anskaffet en økonomisk værge, og hende fik jeg et godt samarbejde med. Vi fik økonomien til at køre, og de fik faste lommepenge. De kunne ikke klare det med pengene selv, så jeg aftalte med værge, at jeg kunne få deres penge hver måned. Jeg havde faktisk 3.000 kr., de kunne drikke op på plejehjemmet. Vi aftalte, at de kunne få udlevering af alkohol kl. 8.30 og kl. 14.30 på afdelingens kontor, så hun ikke skulle ud og handle. Hun var slidt op og kun en streg i luften. Hun kunne ikke gå ud, det var for farligt. Vi fik hende styret til at være på plejecentret og gå ned i haven og plukke blomster. Det var også en samfundsøkonomisk gevinst i det: For siden jeg kom ind over, var hun ikke mere ved læge, på skadestuer eller blev indlagt.

De socialiserede ikke på nogen måde med de andre, og de deltog ikke i fællesskabet på plejehjemmet, og de spiste i egen lejlighed. Men jeg formåede at få dem med til musikarrangementer nogle gange, og så sad de i baggrunden og nød det.

Det endte med, at jeg lavede en stor plakat af de tre bjørnehoveder på Bornholm og hang ind i deres lejlighed, så de kunne drømme om måske at komme derover engang. Det var en svær proces, men jeg fik god supervision af alkoholrådgiveren. Når vi lavede nogle aftaler, så var det ud af den landevej og hvis de faldt lidt i grøften, så skulle de op på landevejen igen. Vi er jo en kæmpe personalegruppe, jeg er der kun dagtimer og, og det er jo hele døgnet. De to kan vælte en hel afdeling, hvis de virkelig stiller sig på bagbenene. Mundtøjet fejlede ikke noget: Jeg blev kaldt luder, mær og et fandens røvhul! Det skal man kunne stå imod. Og det kunne jeg, fordi jeg havde alkoholrådgiveren og egen læge rigtig tæt på som en fantastisk støtte. Egen læge sagde, "hold den linje, der er lagt; falder de ud, så spænder du bare livremmen mere ind". Så jeg holdt fast. Missionen lykkedes også, fordi jeg havde en sosu-hjælper, der var rigtig god til at støtte op og hjælpe mig. Hun gjorde mange praktiske ting, og jeg havde aldrig klaret det uden hendes støtte.

Jeg havde også et stort pædagogisk arbejde med mine kolleger, for jeg kunne jo godt være hende, der var bestemt og træls, for de brokkede sig jo over, hvad jeg gjorde. Men det gjorde jeg jo, fordi jeg gerne ville se, om vi kunne nå målet om at komme tilbage til Bornholm. Og hvis ikke vi samarbejder, så når vi det aldrig!

På et tidspunkt tog jeg kontakt til børnene for at inddrage dem. Jeg fik lov til at ringe rundt til de fire børn og fortælle dem om planen og høre, om de kunne hjælpe med noget. Børnene var også enormt glade, for nu kunne de besøge dem på et niveau, der var til at holde ud, det havde de ikke kunnet i 20-30 år.

Til sidst fik de en rimelig hverdag efter skema, deres gældssanering var ovre, så vi begyndte at arbejde på, at de kunne komme til Bornholm. Jeg går i gang med at søge om en kommunal overflytning igennem lederen i distriktet og områdechefen, og det lykkes.

Så nu er de flyttet til Bornholm og er kommet på plejehjem derovre. De var faktisk pæne mennesker, da vi tog afsted med dem. Jeg tog med på turen derovre, for de var ikke gode nok til at rejse selv. Det var børnene, der havde sponsoreret deres

rejse og havde købt mig fri og betalt min rejse, så jeg kunne følge dem derover – så godt et samarbejde fik vi. Det endte med, at manden sagde til mig: ”Vi har aldrig haft det så godt før”, selvom han stadig drak en liter rødvin og shots, men de var tilfredse med deres hverdag. Og da jeg tog dem med til Bornholm, sagde de: ” Tusind tak for hjælpen, det var vores allerstørste ønske, vi fik opfyldt”. Jeg har snakket med plejehjemmet fire gange, efter at de er kommet derover, og de har det godt. (Assistent, indeområdet)

5.2 Medarbejdernes oplevelse af udviklingen i opgaverne

Social- og sundhedsmedarbejdere løser både borgerrettede opgaver som følge af sundhedslovens §138 om hjemmesygepleje, og opgaver, der følger af serviceloven, alt overvejende § 83 om personlig hjælp og pleje samt hjælp til praktiske opgaver. Dette afsnit omhandler medarbejdernes egne oplevelser af udviklingen i deres opgaver.

Afsnittet fokuserer på tre aspekter: Afsnit 5.2.1 om udviklingen i servicelovsopgaver og rehabilitering, afsnit 5.2.2 om udviklingen i sundhedslovsopgaver, herunder et større skel mellem hjælpere og assistenter og stor lokal variation i fordelingen af opgaver, og afsnit 5.2.3 om forskellene mellem assistenter og hjælpere opgaver og roller.

5.2.1 Udviklingen i servicelovsopgaver

Medarbejderne giver udtryk for to primære udviklinger i servicelovsopgaver: Tidligere fik mange raskere borgere hjemmehjælp, og rehabilitering – og dermed også midlertidig hjælp – er i dag blevet en mere integreret del af både hjælpere og assistenters arbejde.

De medvirkende hjælpere (hvor gennemsnitsancienniteten er 22,5 år) har oplevet, at kriterierne for tildeling af hjemmehjælp har ændret sig drastisk, siden de startede i faget. De oplever, at der tidligere var en del borgere, der fik hjælp dengang, som i dag ikke ville være berettiget til hjælp. Og denne udvikling ser de positivt på, som disse fire eksempler illustrerer:

Da jeg startede [i 1998], var det sådan, at hvis du først fik hjemmeplejen, så beholdt du den. Så kunne jeg gøre rent ved fru Hansen, og når vi var færdige, så kunne hun gå ud og spille golf. Sådan er samfundet heldigvis ikke mere. Dengang var man tyende, man kom og gjorde rent for dig. (Hjælper, udeområdet)

Nogle skulle have gjort rent, og så skulle de have gæster. Eller de pudsede vinduer, mens vi andre gjorde rent. (Hjælper, indeområdet)

Man nåede den alder, hvor man kunne få hjemmehjælp, så uanset om du havde brug for den eller ej, skulle du bare have hjemmehjælp. (Hjælper, udeområdet)

[Rehabilitering] er et virkelig godt redskab at arbejde ud fra. Du har borgerne i centrum. Man har nurset for meget om borgeren [tidligere]. (Hjælper, udeområdet)

En af de ting, som har ændret sig i lovgivningen, er, at al hjælp efter § 83 i første omgang gives midlertidigt og med et rehabiliterende sigte, jf. § 83a (se afsnit 3.1). Indførelsen af § 83a og kommunernes forskellige organiseringer af dette betyder dog også, at begrebet rehabilitering anvendes på forskellige måder: I nogle kommuner udføres alle ydelser efter § 83a af en særlig organisatorisk enhed – oftest kaldet et rehabiliteringsteam. I disse teams kan der være alle

faggrupper, men ofte er der en højere andel af terapeuter, end der er i hjemmeplejen (hvis der overhovedet er terapeuter tilknyttet hjemmeplejen). Det er først, når borgerne overgår til varig hjælp, at de kommer i hjemmeplejen og får ydelser efter § 83. Det betyder, at nogle medarbejdere sætter lighedstegn mellem midlertidig hjælp efter § 83a og rehabilitering som ydelse. Derfor siger flere af medarbejderne, at de ikke laver rehabilitering, for det er der nogle andre i kommunen, der gør – underforstået, at de ikke laver § 83a, kun § 83. Men de selv samme medarbejdere fortæller ofte, hvordan de arbejder med det, man kunne kalde *rehabilitering som perspektiv*: Altså at de forsøger at inddrage borgerne i opgaveløsningen, og at de mener, det er fornuftigt, at borgerne i videst muligt omfang skal gøre de ting, de kan eller kan lære at kunne selv. Det er denne forståelse af begrebet rehabilitering, der fx ligger bag citater som disse:

Vi arbejder altid med rehabilitering som perspektiv, men som ydelse er det terapeuter. (Assistent, indeområdet)

De borgere, hverdagsrehabiliteringen har om dagen, har vi om aftenen som udekørende. (Assistent, udeområdet)

Det sidste citat handler om, at de særlige rehabiliteringsteams ikke er døgndækkende (i de fleste kommuner), både fordi rehabiliteringspotentialet er mindre i aften-/nattevagt, og fordi det er dyrt at have to parallelle organisationer (rehabiliteringsteams og hjemmepleje) i parallel drift. Derfor oplever medarbejderne i hjemmeplejen af de borgere, som er i rehabiliteringsforløb og modtager midlertidig hjælp efter § 83a i aften-/nattevagten (og weekender), overgår til hjemmeplejens medarbejdere. Og således kan medarbejderne i hjemmeplejen sagtens have ydelser efter § 83a i kommuner, der har samlet opgaven i særlige rehabiliteringsteams, fordi hjemmeplejen har borgerne i aften-, nat- og ikke mindst weekendvagter. Dog ses også, at hjælpen uden for rehabiliteringsteamets "åbningstid" leveres som almindelige § 83-ydelser – altså uden et særligt rehabiliterende sigte, og her er der ofte mindre tid til de samme ydelser, fordi det at arbejde rehabiliterende med borgerne antages at være mere tidskrævende, og derfor er den rent administrative og tekniske forskel på § 83 og § 83a-ydelser ofte blot, at der er afsat mere tid på kørelisten til en ydelse, hvis den skal gives efter § 83a, end hvis den samme ydelse gives efter § 83.

I casene er der mange eksempler på, at medarbejderne arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang til borgerne. Eksemplerne viser, at rehabilitering for medarbejderne handler om, at borgerne "*flytter sig*" eller "*lykkes med noget*" med det formål, at borgerne får et bedre liv og en bedre hverdag, ofte fordi de bliver mindre afhængige af andres hjælp. For medarbejderne er rehabilitering altså forbundet med livskvalitet for borgerne; at de får hjælp til selv at kunne gøre ting, de måske ikke selv tror, de kan magte længere. Casen herunder illustrerer, hvordan en hjælper lykkes med at få en borger ud af sengen, i tøj og op på en el-scooter. Men formålet med denne indsats er for medarbejderen ikke, at han skal have mindre hjælp. Formålet er at hjælpe ham, så han kan komme ud og være sammen med sine venner, som er hans ønske:

Vi havde en borger, som var faldet ned ad nogle trapper. Han ligger bare i sin seng, og han vil kun ligge i sin seng. Jeg spørger ham, om han ikke kunne tænke sig at komme op, for hans gangfunktion er rimelig okay. Han kan godt komme op og gå ud i køkkenet og få noget mad. Men det ønsker han ikke, han ønsker heller ikke at læse aviser eller noget. Han ønsker bare at ligge i sin seng og lave ingenting. Han har også svært ved at tage tøj på selv og bade sig selv. Men han ønsker at komme ud sammen med sine venner, så derfor sagde jeg: "For at du kan komme ud med dine venner, bliver du nødt til selv at kunne gå på toilettet og trække noget tøj på og jakke og sko". Og det begynder han så lige så stille og roligt med. Jeg arbejdede

med ham i lang tid – det her kom ikke på én dag. Han lå nok i sin seng i 3-4 måneder, hvor jeg lige så stille hjælper ham til, at han godt selv kan. Han var meget skeptisk i starten. Jeg motiverer ham til at gøre nogle ting. Jeg arbejder med at sige fx, ”nu synes jeg, du skal prøve at tage bukserne på”. Så siger han, ”jamen, det kan jeg ikke”. ”Ved du hvad, jeg synes du skal prøve, og jeg er her for at hjælpe dig, men jeg synes, du skal give det et forsøg, og så må det tage den tid, det tager”. Han finder ud af, at det kan han jo godt. Han kunne godt selv gå i bad og tage tøj på, han skulle bare stå og finde tryghed i det.

Og han synes jo, det er rart, at han selv kan. Han fik også en el-scooter, og nu er han jo bare ude hele tiden, og han synes simpelthen, at det er det bedste. For nu ligger han jo ikke inde i den seng. Så han er rigtig taknemmelig over, at jeg har hjulpet ham til at blive rehabiliteret, og han har fået en bedre livskvalitet. Men det er jo ikke det [rehabilitering], jeg arbejder med, men jeg skal altid tænke det ind i mit arbejde. De skal kunne gøre så meget selv som muligt. Jeg er jo social- og sundhedshjælper, og jeg arbejder ikke som fys eller ergo [som i hendes kommune er dem, der har § 83a-forløbene], men jeg skal jo altid tænke rehabiliterende: Hjælp til selvhjælp. Jeg skal ikke yde, hvad han selv kan. [Rehabilitering er vigtigt, for] så kan man blive hjemme i sit hjem længst muligt, og man får en god livskvalitet af det. Der er ikke nogen, der skal hjælpe én hele tiden. Det giver et boost for en selv, at man selv kan tingene. Lige pludselig kan man være så dårlig, at man skal have hjælp 24 timer i døgnet.

Det, jeg kan, det er at motivere en borger til at gøre nogle ting. Men jeg gør det jo bare – jeg tænker måske ikke altid over, at det er det, jeg kan. (Hjælper, udeområdet)

Casen er også et eksempel på, at medarbejderen ikke selv oplever, at hun ”arbejder med rehabilitering”, fordi det i hendes kommune associeres med de § 83a-ydelser, som terapeuter har. Men hun ser rehabilitering som et perspektiv, hun altid skal tænke ind i sit arbejde. Fokus er på borgerens livskvalitet – og det ”boost”, han og andre borgere får af ikke at være afhængige af hjælp hele tiden. Og medarbejderen nævner intet om, hvorvidt hans øgede funktionsniveau fik konsekvenser for den tildelte hjælp. Det er hverken denne eller andre medarbejders fokus, når de taler om rehabilitering og om udviklingen i opgaverne efter serviceloven. Det, der fylder, er, at de ikke længere gør rent hos borgere, der kan selv, sådan som de gjorde tidligere, og at rehabilitering som perspektiv er blevet en langt mere integreret og selvfølgelig del af tilgangen til opgaverne og til borgerne.

Medarbejderne, hvoraf flere har været i faget i 20-30 år, ser således ikke rehabilitering som et nyt fænomen. Begreber som ”hjælp til selvhjælp”, ”længst muligt i eget hjem” og ”ADL-træning²⁶” rummer for mange helt det samme som det, der i dag kaldes ”hverdagsrehabilitering”. Det nye er lovkravet om midlertidig hjælp (servicelovens § 83a), og at det mange steder har ført til dannelsen af særlige rehabiliteringsteams.

Det, man gør, er, at man opretter en rehabiliterende afdeling i myndighed²⁷, og så tager de ud og rehabiliterer, så vi [i hjemmeplejen] har ikke noget med det at gøre. Vi arbejder med ”digi rehab” lige nu, som man kan få som en app på din iPad, og

²⁶ Activities of Daily Life eller Almindelig Daglig Livsførelse.

²⁷ Myndighed i betydningen *myndighedsafdelingen*, altså visitationen. Se evt. afsnit 3.1.2.

så arbejder du ud fra det. Det giver rigtig god mening, at folk skal klare sig selv, men der ligger også en kæmpe besparelse i det. (Assistent, udeområdet)

Samtidig peger flere imidlertid også på, at rehabilitering som perspektiv er blevet mere indarbejdet i praksis gennem de senere år, at fokus på hjælp til selvhjælp er blevet større, ikke bare i rehabiliteringsteams, men også i hjemmeplejen, som denne hjælper forklarer:

Vi har hele tiden skullet rehabiliterer folk for at få dem bedre, hvis vi kan. Nu er det bare kommet ind i kommunen på en anden måde. Man vil jo helst, folk skal klare sig selv, så man kan spare penge i kommunerne. Det har hele tiden været meningen, vi skulle kigge på de indsatser, vi har hos borgeren, og se, om de kan forbedres. Er der noget [nogle indsatser], vi ikke bruger mere, jamen, så skal de jo ikke have det. Det er lidt den måde, vi hele tiden har skullet arbejde på. Men det praktiseres noget mere nu, at man går ind og kigger på hver enkelte indsats, fordi man skal lave leverandøropfølgning på hver enkelte indsats. Det gør man hver tredje måned. (Hjælper, udeområdet)

Selvom medarbejderne således "altid har skullet rehabiliterer", så foregår det på en anden måde i dag, hvor borgerne kan visiteres til rehabiliteringsforløb, og der er mere fokus på det. Og således beretter mange også om, at rehabilitering – eller "at bede borgerne om selv at gøre tingene" – ikke altid har været den herskende tilgang, som det bl.a. fremgår af disse to citater fra assistenter, der tidligere begge arbejdede som hjemmehjælpere før etableringen af social- og sundhedsuddannelserne i 1991:

Da jeg arbejdede som hjemmehjælper i 1985, fik jeg at vide, at jeg skulle altså ikke bede borgeren om selv at gøre tingene. Jeg skulle bare overtage og så gøre tingene for dem. Der havde jeg hørt noget om det, der hed "hjælp til selvhjælp" dengang, så jeg forsøgte jo at få dem til at gøre det, de kunne. Men det fik jeg at vide, at det skulle jeg ikke. I dag er det jo lige modsat: Så meget som muligt skal borgerne gøre selv. Jeg synes, der er meget fokus på det i dag i forhold til førhen. Men grundidéen med hjælp til selvhjælp har været der siden 1985. Vi er kommet godt i gang med det nu, men det er først nu. (Assistent, udeområdet)

Jeg er også uddannet hjælper, inden jeg tog assistenten i '91, og der hed det "hjælp til selvhjælp". Vi havde allerede meget rehabilitering inde over, der hed det bare ikke rehabilitering. Det hed ADL-træning, almindelig dagligdags livsførelse. Og jeg tænker, at det har altid givet god mening, at du skal det, du selv kan. (Assistent, indeområdet)

Medarbejdernes cases har mange eksempler på, at de arbejder med en rehabiliterende tilgang til borgerne, uden at medarbejderne nødvendigvis bruger det ord om det. Og som det fremgår af dette afsnit, så er medarbejdernes tilgang til rehabilitering som perspektiv helt klart positiv. De peger på, at det giver mening, at det er godt for borgerne, og at det giver øget livskvalitet. Men de oplever også, at rehabilitering er en spareøvelse, samtidig med at rehabilitering i højere grad er blevet knyttet sammen med bestemte ydelser (§ 83a) og bestemte medarbejdere uden for hjemmeplejen (rehabiliteringsteams), og det skaber også en vis skepsis. Både fordi hvad der opleves som "spareøvelser" i sig selv vækker en vis skepsis, men også fordi rehabilitering i praksis risikerer at blive noget, som kun et særligt rehabiliteringsteam kan tage sig af, og som således ikke er noget, den vanlige hjemmepleje kan håndtere. Særligt i de situationer, hvor medarbejderne i hjemmeplejen oplever, at de har rehab-teamets borgere i aften-, nat- og weekendvagter, men at "de samme" ydelser her skal gives som almindelig § 83 på kortere tid og ikke rehabiliterende som i dagtiden, hvor der gives mere tid, og ydelserne gives efter § 83a.

5.2.2 Udviklingen i sundhedslovsopgaver

Oplevelsen blandt medarbejdere er, at deres borgere i dag er mere komplekse end tidligere. Som nedenstående citat illustrerer, oplever medarbejderne generelt, at der har været en omstilling i kommunerne, i takt med at antallet af assistenter er vokset, de har fået autorisation (i 2008), og oplevelsen er, at de har fået en markant større rolle mange steder i forhold til sundhedslovsopgaverne:

Der er helt sikkert mere sygepleje, end der var førhen. Der er næsten ikke nogen ældre i dag, der ikke fejler et eller andet. Om det er hjertet, kredsløb, angst, depressioner, demens. De kommer med så mange diagnoser, når vi får dem. De er rigtig skidt. Det er også derfor, der er mere behov for at udvikle kompetencer, og vi ansætter flere sygeplejersker og assistenter kontra hjælpere. Selvom vi har nogle rigtig dygtige hjælpere, så er der bare nogle ting, som de ikke er klædt på til eller ikke må gøre. Så vi [assistenter] får flere og flere opgaver. (Assistent, indeområdet)

Der har været en stor omstillingsperiode, hvor man skulle finde ud af, hvad vi skal bruge assistenter til, og sygeplejersker har følt sig trængt: "Er der så job til os?". Og de turde ikke overdrage noget [sundhedslovsydelse] til assistenterne. Nu siger de: "Tag I bare, for der er arbejde nok til os". De får en masse borgere udskrevet tidligere fra sygehuset end før, og de får nogle andre opgaver. (Assistent, udeområdet)

Langt størstedelen af assistenterne oplever, at de i dag har flere sundhedslovsopgaver end for bare få år siden. Ikke blot fordi mængden af opgaver er øget, men fordi flere sundhedslovsopgaver kan overdrages til assistenter end førhen. Assistenterne nævner særligt (ukompliceret) sårpleje som et område, hvor de har fået flere opgaver – og sårpleje er generelt et stort område i kommunerne. Billedet er dog ikke entydigt og svinger meget fra kommune til kommune. Således er der både eksempler på assistenter og hjælpere, som tidligere har varetaget sundhedslovsopgaver, som de i dag ikke varetager.

Større forskel mellem hjælperes og assistenters opgaver

Som følge af at assistenter får flere sundhedslovsopgaver, oplever medarbejderne, at skellet mellem hjælpere og assistenter er blevet større de senere år, og at der bliver ansat flere assistenter end hjælpere. En udvikling, der ikke er helt uden udfordringer, og som en hjælper beskriver således:

I de senere år er det min helt klare oplevelse, at der er kommet et større skel mellem mig som hjælper og mine assistentkolleger. Det har helt klart været assistenterne, der har været satsningen, er min oplevelse. Så kan man godt sidde tilbage med en lidt ærgerlig følelse. Jeg har nogle assistenter, som synes, de er min chef. (Hjælper, indeområdet)

Således oplever en del af de medvirkende hjælpere, at de er blevet frataget sundhedslovsopgaver og kompetencer de senere år (i betydningen muligheden for at få bestemte konkrete sundhedslovsopgaver overdraget jf. kommunernes kompetenceskemaer – se afsnit 4.3). Mange hjælpere kobler denne udvikling til væksten i antallet af assistenter:

Dengang jeg blev uddannet, der måtte vi mange flere ting, end hjælpere må i dag. Vi måtte ordne sår og stomi. Det må vi ikke, efter at assistenterne er kommet. De opgaver går over til dem. Det synes jeg er lidt svært. (Hjælper, indeområdet)

Jeg synes, det er for dårligt, at de fratager os vores kompetencer [i betydningen retten til at kunne udføre en bestemt sundhedslovsopgave i den pågældende kommune]. Jeg har også kommet hos nogle borgere, hvor der har været sårpleje fx, hvor sygeplejerskerne har været ude – selvom der har været assistenter – hvor der har været sår, som vi [hjælper] har taget os af, hvor vi har haft sparring med sygeplejersker, der siger, hvad der skal gøres. Og hvis der er nogle ændringer, melder vi det tilbage til sygeplejerskerne, hvis såret bliver rødere eller dybere. Her for ikke særlig lang tid siden, så kom de [kommunen] frem til, at nu må vi ikke engang sætte plaster på et lille tryksår. Og det synes jeg ikke er okay. (Hjælper, udeområdet)

Som det fremgår af citaterne ovenfor, så er flere af hjælperne frustrerede over denne udvikling. (Her spiller det givet ind, at hjælperne i denne undersøgelse i gennemsnit har 22,5 års anciennitet. Derfor har de en del mere erfaring og tilegnet sig flere kompetencer – i betydningen viden og evner – end en gennemsnitlig hjælper, der har kortere erfaring).

Udviklingen handler ifølge medarbejderne også om, at kommunerne har skullet finde ud af, hvor snittet mellem faggrupperne skulle lægges i forhold til den decentrale kompetencevurdering, som kommunerne foretager individuelt og forskelligt. Hjælperne oplever således også, at de har fået frataget sundhedslovsopgaver, som de så efterfølgende har fået tilbage:

Da jeg startede, måtte jeg godt lave stomipleje. Så kom assistenterne, og den blev frataget mig, men nu har jeg fået den tilbage. (Hjælper, udeområdet)

En anden udfordring for hjælperne er, at de oplever, at de får mindre kontinuitet hos borgerne, når de får frataget kompetencer til at udføre sundhedslovsopgaver, de tidligere havde. For eksempel fordi de ikke har kompetence til at sætte plaster på et tryksår ved deres faste borgere, som hjælperen nævnte i eksemplet herover. Set fra hjælpernes synspunkt bliver konsekvensen mindre kontinuitet, fordi der kommer flere medarbejdere i hjemmet. De oplever, at det er "resourcespild" og "dødirriterende" for borgerne, som de to hjælpere herunder forklarer:

Jeg har en mand, jeg kommer hos hver dag, jeg klarer alt i huset. Så skal der komme en assistent eller sygeplejerske for at give antabus. Hvis ikke det er resourcespild i forhold til kørsel og ekstra besøg, så ved jeg ikke, hvad det er. I de hjem, hvor vi kommer og er fast, burde man kunne kigge på uddelegering [i betydningen "overdragelse" af sundhedslovsopgaver]. Det er et stort problem for os. Vi har mangel på sygeplejersker og assistenter. (Hjælper, udeområdet)

Jeg har en borger, som har sår, og som synes, det er dødirriterende, at jeg ikke kan skifte det plaster. Så hun skal liftes op igen, fordi der kommer en assistent eller sygeplejerske og sætter det plaster på. Da hun havde brandsår [for år tilbage], var det os, der skiftede det. Og nu må vi ikke skifte det her. Det giver ingen mening. Så skal nogen komme endnu flere gange. (Hjælper, udeområdet)

Samlet set oplever medarbejderne, at forskellen på assistenter og hjælperes opgaver er vokset de seneste år, og at assistenterne udfører flere sundhedslovsopgaver, mens hjælperne generelt udfører færre. Dog – som vi stiller skarpt på i næste afsnit – synes der at være stor lokal variation i opgavefordelingen. Assistenterne oplever ikke overraskende, "at der er mere behov for at udvikle kompetencer, og vi ansætter flere sygeplejersker og assistenter kontra hjælpere, selvom vi har nogle rigtig dygtige hjælpere", mens hjælperne i denne undersøgelse oplever tabet af formelle kompetencer udelt negativt. Ikke en eneste af de medvirkende og meget erfarne hjælpere påpeger positive aspekter af denne udvikling.

Stor lokal variation i den decentrale kommunale kompetencevurdering

Analysen af kommunernes kompetenceskemaer (afsnit 4.3, som danner rammerne for fordelingen af sundhedslovsopgaver, peger på lokal variation i de kompetencer, assistenter og hjælpere kan opnå til at varetage sundhedslovsopgaver. Lokal variation genfindes også i medarbejdernes oplevelse af opgavefordelingen.

Ligesom i analysen af kompetenceskemaer er der tale om variation på to måder: på tværs af kommuner og mellem inde- og udeområdet. Medarbejderne fortæller, at det nogle steder forventes, at hjælpere kan varetage nogle specifikke sygeplejeopgaver, andre steder kører assistenter "rene hjælperruter". Den lokale variation er markant, og undervejs i interviewene bliver deltagerne meget overraskede over, hvor stor forskel der er på deres opgaver og kompetencer i andre kommuner eller andre steder i deres kommune:

Der er sket en meget stor udvikling her. Da jeg startede i kommunen, måtte vi ikke engang give en tablet Panodil uden at spørge sygeplejerskerne først. I andre kommuner, hvor jeg har arbejdet, var det mig som assistent, der havde ansvar for blodfortyndende medicin og skulle ringe efter INR-svar til lægen, og mig, der skulle tage det hele. Så kommer man til [kommune] og må ingenting. (Assistent, udeområdet)

Jeg tror, det er derfor, folk ikke ved, hvad en assistent laver. For det er så forskellige arbejdsopgaver. Vi har ingen hjælperopgaver, medmindre det er et komplekst borgerforløb. Det jeg oplever og det er rigtig trist, at det kommer an på, hvilken kommune man arbejder i. I [en anden kommune] må man ikke noget som helst som assistent, du må ikke skifte sår, du må ikke lægge kompression på. Det er rigtig mange sygeplejeopgaver, vi må. Medmindre det er et komplekst sår, så er det ikke uddelegeret til en assistent. Hjælpere kan oplæres i sundhedslovsopgaver fx øjendryp, kompressionsstrømper. Os som assistenter har mange sygeplejeopgaver i [min] kommune. Jeg synes, det er rigtig trist, når man får elever, som bliver ansat i en anden kommune, som ikke får lov til de ting. Så kan folk ikke finde ud af, hvad en assistent laver, fordi det er så forskelligt. (Assistent, indeområdet)

Som citaterne ovenfor beskriver, så kan man som assistent i én kommune opleve, at "man må ingenting", og i en anden udføre næsten samme opgaver som sygeplejersker samt have hjælpere, der er oplært til sundhedslovsopgaver. Assistenten ovenfor peger på, at denne variation gør, at mange ikke ved, hvad en assistent laver.

Medarbejderne beskriver også arbejdsgangene omkring opgaveoverdragelse som tunge og besværlige:

I [tidligere kommune] kunne man blive uddelegeret til rigtig mange ting, der må vi knap så meget i [nuværende kommune]. Alt fra stompleje, sårpleje til insulin. Det er blevet rettet mange gange, hvad vi må. En ganske simpel antabus må vi ikke her, hvilket jeg på ingen måde kan forstå. Det måtte jeg i [tidligere kommune]. Sygeplejersken har givet tilladelse til det her, men vi skal så mange trin igennem, før vi når til det. Det er fuldstændig skørt. (Hjælper, udeområdet)

Der er forskel fra kommune til kommune. Sårplejen fx måtte vi gerne, da jeg var i [tidligere kommune], her ordner sygeplejerskerne sårpleje. Kommunen har taget en beslutning om, at det er sådan, det er. Vi kan læres op i det hos bestemte borgere, men det kræver, at sygeplejerskerne er ude i hjemmene og lærer os op, det kræver, at planlæggerne på kontoret husker, at jeg er lært op kontra nogle andre. Jeg kan

undre mig over, man ikke bruger flere ressourcer på at lære os op. Men det kræver en del af nogle andre også. Og det er både fra sygeplejerske til assistent og fra assistent til hjælper, hvor jeg synes uddelegeringerne kunne være meget bedre, hvis der blev sat lidt tid af til det. (Assistent, udeområdet)

Medarbejderne oplever således, at opgavefordelingen er forskellig alt efter, hvilken kommune, de er ansat i. Opgavefordelingen er endvidere forbundet med tunge arbejdsgange, hvor oplæring i nye opgaver er udfordrende at planlægge, og manglende kontinuitet, hvor både medarbejdere og borgere skal vente på, at sygeplejerskerne har tid. Derudover oplever medarbejderne ikke denne opgavefordeling som "ligeværdigt arbejde":

Og vi har lige præcis haft den på mit arbejde i går, hvor der er nogle assistenter, der spørger, om vi ikke kan få lov til det, fordi det er tit, vi kun har en sygeplejerske om aftenen, som kører i en helt anden del af kommunen, og vi står med nogle af de der opgaver. For eksempel kateterproblemer, om vi kan få lov til at håndtere det, om vi kan få det uddelegeret. Vi må ikke røre det. Så står vi rigtig tit i problemer, fordi sygeplejersken ikke har tid til at komme. (Assistent, udeområdet)

Det, der undrer mig, er, at man har autorisation, og når en borger fx i palliationsforløb skal opstarte subkutan morfin og noget andet, så er det sådan i vores kommune, at sygeplejersken skal kontaktes ved første givning. Det kan jeg ikke få ind i mit hoved. Jeg har efteruddannelse fra sosu-skolen i palliation som speciale, og jeg arbejdede med det på sygehuset. Hvis lægen ordinerede, at jeg skulle give subkutan morfin, så gjorde jeg det. Så skulle sygeplejersken ikke gøre det først. Så var det ligeværdigt arbejde. Og nogle gange kan borgerne jo ligge og vente, fordi de er 25 km væk, inden de kommer og kan give det. Det er at sy vores lommer til. (Assistent, indeområdet)

Vi ser altså tilsvarende oplevelser af opgavefordeling blandt assistenter og hjælpere, hvor begge medarbejdergrupper ønsker flere sundhedslovsopgaver overdraget. Og den gennemgående pointe er, at hvilke opgaver de løser varierer, alt efter i hvilken kommune, de er ansat.

Det er ikke kun på tværs af kommuner, der er lokal variation i opgavefordelingen, men også mellem inde- og udeområdet. Oplevelsen er, at der sker en højere grad af opgaveoverdragelse på indeområdet. Der er flere forhold, der bidrager til det, bl.a. tættere samarbejde og anden arbejdstilrettelæggelse på indeområdet, hvor der nogle steder er en centersygeplejerske ansat, og medarbejderne generelt er tættere på hinanden.

Jeg kommer fra plejehjem, hvor vi måtte alt. Sygeplejerskerne kom kun som konsulenter nærmest. Så kom jeg over til hjemmeplejen [i den samme kommune], hvor man skulle til at starte med at have assistenter. Vi måtte INTET overhovedet. Det har ændret sig rigtig meget. Der er stadigvæk stor forskel på områderne i [kommunen] på opgaveoverdragelse. (Assistent, udeområdet)

Medarbejderne oplever, at der er stor forskel på områderne i kommunen. Som dialogen herunder illustrerer, må assistenter på plejehjem i to kommuner det samme som sygeplejersker, mens en assistent som udekørende i aftenvagt (hvor der generelt typisk er færre sundhedslovsopgaver) oplever at lave det samme som hjælpere:

Assistent 1: På mit plejecenter må vi stort set det samme som sygeplejersker ud over at dosere Metrotrexat. (Assistent, indeområdet)

Assistent 2: *Der er kæmpe stor forskel [på assistenter og hjælpere], men også på, hvordan vi hver især på vores arbejdspladser får lov til at udnytte vores ressourcer. Så tænker jeg som udekørende i aftenvagten, at mine kompetencer bliver nok ikke styrket så meget, som hvis jeg havde job på et center eller i en anden kommune. Jeg har 28 besøg og måske kun én insulin. Så kører jeg en ren hjælpervagt, sådan er de fleste dage for mig.* (Assistent, udeområdet)

Assistent 3: *[Assistent 2] og jeg er i den samme kommune, og jeg må det som [assistent 1], når sygeplejersken ikke er der.* (Assistent, indeområdet)

Ifølge medarbejderne er det i høj grad lokale forhold, der afgør opgavefordelingen, nærmere bestemt ledelse og sygeplejerskernes kendskab til medarbejderne. Det skyldes, at det er sygeplejerskerne, der har ansvaret for at overdrage opgaver til assistenter. Det giver oplevelsen af, at "sygeplejerskerne sidder på magten", som denne assistent udtrykker det:

Jeg tænker, at vi får jo opgaveoverdraget sundhedslovsydelsene. Der sker rigtig meget og har gjort det de sidste par år. Men i min verden er det sygeplejerskerne, der sidder totalt på magten og bestemmer, hvad vi må og ikke må. Hvad er det, vi skal have opgaveoverdraget, hvilke sundhedslovsopgaver vil de oplære os i. (Assistent, udeområdet)

Medarbejderne giver udtryk for, at sygeplejerskerne "holder på opgaverne", og at nogle sygeplejersker ikke ved, hvad assistenter kan og må. Derfor er kendskab til assistenternes kompetencer en forudsætning for at få overdraget opgaver fra sygeplejerskerne:

[...] lige da jeg blev uddannet, der vidste sygeplejersker ærligt talt ikke, hvad de skulle stille op med os assistenter. Det krævede meget personligt kendskab mellem sygeplejen og assistenterne, før vi fik uddelegeret noget. De var vant til virkelig at tage sygeplejeopgaver selv, der skulle virkelig gode relationer til. (Assistent, udeområdet)

Det vi mangler er, når vi tænker tilbage, så havde vi store sår. Det, vi får i dag, er sår, der er afsluttet en uge efter, de er overdraget fra sygeplejerskerne. Vi føler, sygeplejerskerne har svært ved at vide, hvad vi kan og må. Så vi føler, det er bremset de sidste par år, at man ikke kender hinandens kompetencer. Dengang vi fik autorisation, så tog sygeplejerskerne opgaverne retur. Vi skal selv ind og fiske og sige, "nu har vi det og det hos denne her borger, hvorfor har vi ikke kateterskiftet?". (Assistent, udeområdet)

Analysen peger på, at der er stor forskel på, hvilke opgaver man som assistent og hjælper må udføre, alt efter hvilken kommune man er ansat i, og om man arbejder på inde- eller udeområdet. På indeområdet er der bedre forudsætninger for kendskab mellem faggrupper, fordi de møder ind samme sted og arbejder sammen hver dag, som dermed kan betyde, at assistenter og hjælpere på indeområdet varetager flere sundhedslovsopgaver.

Medarbejdernes oplevelse af, at "sygeplejerskerne sidder på magten" i forhold til, hvilke sundhedslovsopgaver de kan få overdraget og læres op, skal ses i lyset af rammerne på området, idet det ofte er sygeplejerskens ansvar at vurdere borgeren og afgøre, om en opgave kan overdrages eller skal varetages af sygeplejen.

Travlhed og fleksible grænser for opgavevaretagelsen

Travlhed har betydning for opgavefordelingen. Oplevelsen er, at assistenterne får flere sundhedslovsopgaver, når sygeplejerskerne har travlt, og omvendt færre, når sygeplejerskerne har god tid og *"trækker opgaverne til sig"*. Hjælperne oplever ligeledes at få flere sundhedslovsopgaver fra sygeplejersker og assistenter i perioder med travlhed.

En assistent, der arbejder aftenvagte, fortæller, at hun ofte kører rene *"hjælperruter"*, når sygeplejerskerne har god tid:

Du er da heldig, at du får lov, når hun har gjort det første gang, for jeg får ikke lov at røre det. De ting, jeg lærer og kan, det får jeg ikke lov at bruge. [...] Jeg har en hjælperuddannelse og en assistentuddannelse, men jeg får ikke helt lov at bruge den, der hvor jeg er. Kompetencer og viden fra assistentuddannelsen, der hvor jeg er, og det tidspunkt, jeg arbejder på, der er ikke brug for det, og så bliver det ikke brugt. Det kan være noget så simpelt som sondegivning eller medicindosering. Hvis sygeplejersker har god tid, så rykker de, og så har jeg en hjælperrute. (Assistent, udeområdet)

Denne oplevelse genfindes også hos hjælperne, der oplever at få overdraget opgaver, når assistenterne har travlt:

Medarbejder 1: Jeg kan mærke det, når man er derude. Er der travlt, så kan du godt få lov til at dryppe Fru Jensens øjne. (Hjælper, udeområdet)

Medarbejder 2: Der var engang, jeg sagde, "jeg må jo ikke", så fik jeg at vide, "det skal du, nu er der jo travlt, så skal du altså". (Hjælper, indeområdet)

Medarbejder 3: Og så skal man gå ind og dokumentere det, "jeg er blevet ringet op af en assistent, som beder mig dryppe øjnene". (Hjælper, udeområdet)

Travlhed blandt sygeplejersker og assistenter er således et aspekt, der ifølge medarbejderne har betydning for, om sundhedslovsydelse overdrages, og det kan variere fra dag til dag.

5.2.3 Forskelle mellem assistenters og hjælperes opgaver og roller

Som beskrevet i afsnit 5.1, er der en række fællestræk på tværs af hjælperes og assistenters kernefaglighed. Men der er også en række forskelle mellem de to medarbejdergrupper – ud over forskellene i deres uddannelser og opgaver som beskrevet i hhv. afsnit 2.3 og 2.4. Dette afsnit beskriver medarbejdernes egne oplevelser af forskellene mellem deres opgaver og roller.

Assistentens rolle: Tusindkunstneren

I italesættelsen af deres rolle fokuserer assistenterne på deres funktion i organisationen og imellem faggrupperne. Og de bruger forskellige begreber til at beskrive det samme: De oplever at være en *"midtergruppe"*, der er assistent til borgerne, sygeplejerskerne og hjælperne, at de befinder sig i en *"gråzone"* mellem sundhedslovsopgaver og servicelovsopgaver og har roller som *"små sygeplejersker"* og *"tusindkunstnere"*.

Det er gennemgående, at assistenterne har en oplevelse af at se, at de løser den samme mængde opgaver som hjælperne, samtidig med at de har *"ekstra opgaver"*. Disse ekstra op-

gaver beskrives som sundhedslovsopgaver, fx medicindispensering og den dokumentationsopgave, der følger med sundhedslovsopgaver, samt at yde sparring til kolleger og i nogle tilfælde også tillægsfunktioner som fx ressourceperson.

Assistenterne beskriver deres rolle som, at de er og kan "lidt af det hele". De er meget på gulvet ligesom hjælperne og meget bag skærmen ligesom sygeplejerskerne. Altså skal de agere tusindkunstnere, som kan favne både hjælpernes og sygeplejerskernes faglighed:

Jeg kan godt finde på at sige i trygge rammer, "jeg er assistent, det er lortens holdeplads", fordi man samler meget op fra hjælperne, og man samler meget op fra sygeplejerskerne. Vi skal kunne favne begge grupper. Men det er en mega fed position at være i, for der er aldrig to dage, der er ens. (Assistent, indeområdet)

Jeg er assistent til borgerne, jeg er assistent til sygeplejerskerne, jeg er assistent til hjemmehjælperne. Jeg kan lidt af hvert. Jeg er lidt af en tusindkunstner. Derfor skal jeg ikke være en sygeplejerske. Jeg har det fedt her! (Assistent, udeområdet)

Da assistenter løser opgaver både efter serviceloven og sundhedsloven, så kan de have stor variation af deres opgaver. Hvilke opgaver, de løser, afhænger bl.a. af travlhed blandt sygeplejerskerne (som beskrevet i afsnit 5.2.2) og kompleksiteten i borgerforløbene:

Vores kørelister skal fyldes ud, og så kan det godt svinge lidt frem og tilbage med sundhedslov og servicelov for assistenter. Vi er virkelig en midtergruppe. Hvis sygeplejerskerne har god tid, trækker de deres ydelser til sig, og vi fylder ud. Hvis der er travlhed, skal vi fylde op med servicelov. Sådan er det. (Assistent, udeområdet)

Nogle gange er sundhedslovsydelser de mest spændende, det kan også være servicelovsydelser, for de hører med til, hvis man har et meget komplekst borgerforløb. Men de komplekse borgerforløb er ikke noget, der bliver givet ud alle steder. Vi har en del af dem og må godt varetage dem her. Vi får uddelegeret rigtig mange sundhedslovsydelser. Og det er jo kun fedt, når man får nye ting, man ikke har prøvet før og kan videreudvikle sine kompetencer. (Assistent, udeområdet)

Mens nogle assistenter giver udtryk for at trives i rollen som "tusindkunstner" med stor opgavevariation, oplever andre det mindre positivt. De beskriver oplevelserne med at have "ekstra opgaver" og at skulle "være det hele" som at være "en lus mellem to negle":

Jeg har ligeså mange opgaver som hjælperne, og tit synes jeg, man er en lus mellem to negle, for når man er færdig med sine borgere – man får ligeså mange borgere som de andre – så går vi til dispensering, sårpleje, eller hvad der ellers er. (Assistent, indeområdet)

Jeg er jo det hele. Jeg fungerer som hjælper, for jeg får tildelt de samme antal borgere som en hjælper både i antal og tyngde, men jeg har de andre opgaver ud over. Så det skal jeg planlægge med de andre opgaver. Det kan være medicindispensering, jeg er kost- og ernæringsperson, jeg er Nexus²⁸ ressourceperson. Der bliver trukket meget på mig, og jeg skal være i huset hele tiden, og så er der akutte opgaver nu og her. Jeg laver stort set det samme som en sygeplejerske. (Assistent, indeområdet)

²⁸ Nexus er et IT-omsorgssystem til dokumentation (og kommunikation).

Man forventer ikke, at en sygeplejerske tager personlig pleje. Det forventer man af assistenter. Det er os, der rejser os, selvom det er os, der sidder og prøver at nå dokumentationen. (Assistent, indeområdet)

Assistentens rolle kan beskrives som en "tusindkunster", der løser opgaver inden for service-loven og sundhedsloven, og som derfor skal rumme hjælpernes såvel som sygeplejerskernes faglighed. Nogle oplever rollen som "en mega fed position", mens den for andre er forbundet med negative oplevelser af travlhed og ekstra opgaver.

Hjælperens rolle: Omsorg og nærvær

Hjælperne sætter ikke på samme måde som assistenterne begreb på deres rolle, men beskriver den ud fra deres kompetencer med at give omsorg og nærvær. Hjælperne definerer i højere grad deres rolle i forhold til borgerne og ved sammenligning til assistenterne snarere end de opgaver, de løser. I stedet beskriver hjælperne de kompetencer, det kræver at udføre deres rolle. De udfører opgaver inden for praktisk hjælp, personlig pleje og rehabilitering. Men det, de lægger vægt på, når de beskriver deres arbejde, er det, der ligger uden om den konkrete opgave – nemlig det at være "den person", som snakker med borgerne, den, der er der, og som yder omsorg og nærvær. Hjælperne beskriver selv deres primære kompetence således:

Det er at give omsorg. (Hjælper, indeområdet)

Nærvær. Vi vasker tøj og gør rent, men at være der. Fordi det har noget med livskvalitet for borgeren at gøre. (Hjælper, indeområdet)

Det er at skabe ro, tryghed og rehabilitering så meget, vi kan, for rehabilitering giver frihed. (Hjælper, udeområdet)

Hjælpernes rolle er altså at yde omsorg og nærvær med formålet, at borgerne får så godt et liv som muligt og "den bedste sidste tid", som denne hjælper på et plejehjem fortæller:

De skal have den bedste sidste tid. Det er derfor, jeg har valgt det her fag. Jeg vil bare gerne have, de skal have en god sidste tid. Selvfølgelig har jeg min faglighed med mig, og det skal man, men jeg går rigtig meget op i, hvad deres behov er. Om de spiser fem pandekager. Det kan godt være, det ikke er helt sundt. Man har sin baggrundsviden med, men hvis man bare kan få ét godt måltid ind, så er det lige meget, de andre bliver noget med sukker. De skal bare have det godt. (Hjælper, indeområdet)

Som citaterne oven for viser, beskriver hjælperne deres rolle med udgangspunkt i borgeren. Det er ikke plejeopgaven, som definerer hjælperens rolle, men det, de gør og er, mens de "tørre rumpetten".

Jeg kan rigtig godt lide mit fag, og jeg elsker det. Jeg er ikke bare en, der tørre andre folk i rumpetten. Jeg er jo også den, der kommer og snakker med dem. Jeg gør jo andre ting. Hvis de har et klippekort, så går jeg ud og går tur med dem eller handler med dem. Snakker med dem om, hvordan de har haft det i dag. (Hjælper, udeområdet)

Hjælperne beskriver også de kompetencer, deres rolle kræver. Og her lægger de ikke vægt på, hvordan man udfører praktisk hjælp eller personlig pleje, men hvilke menneskelige kompetencer, det kræver at give omsorg og nærvær. Det handler om at besidde empati, indlevelses-evne, at have et stort hjerte og blik for borgerens livshistorie, som denne dialog viser:

Medarbejder 1: *Jeg tror, meget handler om indlevelsessevne. At du kan sætte dig i deres sted. Det er også vigtigt at se, at de har også en historie og noget med i bagagen.* (Hjælper, udeområdet)

Medarbejder 2: *Og så rummer vi en masse empati. Vi har nogle faglige kompetencer. Vi har oparbejdet en masse erfaring, som gør, at vi ved, hvordan vi skal håndtere noget, eller hvad vores indgangsvinkel er, når vi går ind til forskellige borgere. De er rigtig forskellige. Jeg tror også, vi har et stort hjerte.* (Hjælper, udeområdet)

Medarbejder 1: *Og man kan lide det.* (Hjælper, udeområdet)

Hjælperne beskriver også deres rolle med udgangspunkt i deres syn på assistenternes rolle. Hjælperne foretrækker rehabiliteringsarbejdet, mennesket og "det, de andre ikke får". Det, der er vigtigt for hjælperne i deres arbejde, er den tætte og personlige kontakt til borgerne – at snakke og bare være der. Det er ude ved borgerne, hjælperne kan give omsorg og nærvær igennem de personlige kompetencer, de besidder, mens de udfører konkrete plejeopgaver.

I den sammenhæng er det et gennemgående træk i interviewene, at hjælperne ikke ønsker at blive opkvalificeret til assistenter. På den ene side oplever de at lave det samme som assistenterne bortset fra medicinopgaver. På den anden side vil de ikke uddanne sig til assistenter, fordi de med deres udtryk ikke "gider trille piller". I stedet vil de den tætte og personlige kontakt til borgerne, som assistenterne i deres øjne ikke har mulighed for på samme måde.

Jeg er også blevet spurgt, men jeg gider ikke være assistent, jeg gider ikke rende og dosere medicin, skylle et kateter og så videre til den næste. Jeg kan bedre lide det med rehabiliteringsarbejde, at få en dame rejst op igen. Det giver meget mere mening for mig end at spille Kalaha med de små piller. (Hjælper, udeområdet)

Når man har arbejdet i så mange år, kan vi godt lappe et sår og ringe til en sygeplejerske. Jeg har ikke behov for at tage en assistentuddannelse for at sidde og tælle piller. Jeg brænder for mennesket og have alt det, de andre ikke får. Det er mig, der får smilet, vreden, tårerne, glæden. Det er mig, der sidder og holder hånden og grin og pjat. Det har assistenter ikke mulighed for på samme måde. (Hjælper, udeområdet)

Jeg har flyttet mig, fordi jeg havde brug for nogle andre kompetencer, derfor er jeg et sted nu, hvor jeg laver akkurat det samme som assistenter. Jeg har bare ikke med medicin at gøre. Jeg laver også socialpædagogiske handleplaner og samarbejde med demenskonsulenter og alle mulige. Derfor skal jeg ikke have assistenten, fordi jeg bryder mig ikke om al det medicin. Jeg synes, jeg laver akkurat det samme, fordi jeg får tingene uddelegeret af min sygeplejerske. (Hjælper, indeområdet)

Hjælpernes oplevelse er, at assistenter fokuserer på sundhedstilstand, fx ernæring, medicin mv., mens hjælperne "ser nogle andre ting" end assistenterne og samtidig ikke interesserer sig for opgaver med medicinadministration og dokumentation. Hjælperne vil bruge tiden ude hos borgerne, hvor de yder omsorg og nærvær.

5.2.4 Opsamling: Udviklingen i opgaverne

Medarbejderne oplever to primære udviklinger i servicelovsopgaver: Tidligere fik mange raske borgere hjemmehjælp, og for det andet, at rehabilitering og dermed også midlertidig hjælp i dag er blevet en mere integreret del af deres arbejde. Medarbejdernes cases rummer

mange eksempler på, at de arbejder med en rehabiliterende tilgang til borgerne. Rehabilitering er forbundet med livskvalitet for medarbejderne og handler om, at borgerne *"lykkes med noget"*.

Medarbejderne oplever også, at der er kommet et større skel mellem hjælpere og assistenter, da assistenter får flere sundhedslovsopgaver end tidligere. Dermed oplever hjælperne også, at de får frataget kompetencer og opgaver, som nu er overgået til assistenterne. Assistenterne beskriver deres rolle som *"tusindkunster"*, idet de skal favne både sygeplejersker og hjælperes fagligheder og opgaver. Rollen er forbundet med oplevelser af travlhed og mange ekstra opgaver. Hjælperens rolle er at yde omsorg og nærvær i kontakten med borgeren. Hjælperne vil den tætte relation til borgeren og vil ikke være assistenter, fordi de ikke vil *"trille piller"*, som de udtrykker det.

Analysen indikerer, at der er stor variation i fordelingen af sundhedslovsopgaver på tværs af kommuner og på tværs af inde- og udeområdet både for hjælpere og assistenter. Eksempelvis oplever nogle assistenter at have samme opgaver som sygeplejersker, mens andre kører *"rene hjælperruter"*. Medarbejderne oplever, at fordelingen af sundhedslovsopgaver afhænger af sygeplejerskernes kendskab til medarbejderne. I den forbindelse oplever medarbejderne, at opgavefordelingen ændrer sig ved travlhed, hvor sygeplejerskerne er mere tilbøjelige til at overdrage opgaver og omvendt, når de ikke har travlt.

5.3 Medarbejdernes oplevelse af udvikling i samarbejdet med sygeplejersker og læger

To væsentlige samarbejdspartnere for hjælpere og assistenter er – ud over hinanden – kommunale sygeplejersker og praktiserende læger. Samarbejdet med sygeplejersker er i sagens natur nært knyttet til fordelingen af sundhedslovsopgaver på de forskellige faggrupper, som blev behandlet i kapitel 4. I dette afsnit er fokus på de organisatoriske rammer for samarbejdet mellem faggrupperne, snarere end opgavefordelingen mellem hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere, samt medarbejdernes oplevelser af samarbejdet med læger.

5.3.1 Samarbejdet med sygeplejersker

Hjælperne og assistenters oplevelse af samarbejdet med sygeplejersker er helt afhængigt af to ting: For det første, hvorvidt sygeplejerskerne, hjælpere og assistenter er organiseret i samme enhed på udeområdet (integreret ordning), hvilket er sammenfaldende med, at de fysisk har base på samme matrikel og/eller ser hinanden dagligt, fx at de spiser frokost sammen. For det andet, hvorvidt der holdes fælles triagemøder²⁹ på tværs af alle tre faggrupper, hvor sygeplejerskerne også deltager (alternativt, at assistenter og sygeplejersker holder møder om borgerne uden hjælpernes deltagelse).

²⁹ Sundhedsstyrelsen beskriver triagering og triagemøder således: Triagering er en metode, hvor medarbejdere i hhv. hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene triagerer hver enkelt borger og derved opnår et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand. Dette kan ske ved tværfaglige triagemøder og ved brug af (elektroniske eller manuelle) triagetavler (eller andre redskaber, der sikrer systematik og fælles overblik). Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering og igangsætte rettidige indsatser vedrørende målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejds gange med ansvarsfordeling, faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul mod grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Der tages desuden stilling til frekvens af triagemøder, der som minimum afholdes ugentligt (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

Der er mange eksempler på, at samarbejdet med sygeplejersker kædes sammen med det at spise frokost sammen og oplevelsen af, at det er nemmere at hive fat i hinanden, når medarbejdere fra forskellige faggrupper ses i hverdagen, fx fordi de har til huse på samme matrikel:

Vi er ansat under samme tag alle sammen, vi holder frokost inden for en times tid alle sammen, vi løber næsten altid ind i hinanden, for vi har samme fælles mødelokale, hvor både sygeplejersker, assistenter og hjælpere sidder. Vi har også terapeuter under samme tag, hvilket gør det rigtig nemt. (Assistent, udeområdet)

Jeg synes, vi har et fantastisk samarbejde: Vi har sygeplejersker, terapeuterne inden for huset, det er bare at ringe til dem. Der sker noget, fordi vi er i samme hus. Det er meget bedre end for 10 år siden. (Hjælper, indeområdet)

Det at være på samme matrikel og fx spise frokost sammen, have kontorpladser i samme lokale, er også muligt i organiseringer, hvor sygeplejen ikke er integreret i hjemmeplejen. Ligeledes er det ikke en selvfølge, at der automatisk er et tættere tværfagligt samarbejde de steder, hvor der er sygeplejersker ansat på plejehjem:

Centersygeplejersken [på plejehjemmet] er ikke på gulvet. Hun kan godt komme på gulvet, hvis vi tigger og beder, men det er ikke noget, hun gør. Vi klarer stort set det hele selv; sårpleje, kateter osv. (Assistent, indeområdet)

Interviewanalysen tegner ikke noget entydigt billede af udviklingen i samarbejdet mellem social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker: I nogle kommuner er det blevet tættere, i andre kommuner det modsatte. Men analysen tegner et klart billede af, at samarbejdet ikke overraskende er påvirket af organiseringsformen: Det kræver en særlig indsats at sikre et tæt samarbejde med sygeplejerskerne i hverdagen i kommuner, hvor sygeplejen er adskilt fra hjemmeplejen og organiseret under egen ledelse i en søjle for sig.³⁰

Triagemøders betydning for samarbejdet

Der er de seneste år kommet et langt stærkere fokus på at arbejde proaktivt og sikre tidlig opsporing af begyndende sygdom eller fald i funktionsevne hos borgerne. Siden kommunerne i 2007 fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, er der i stigende grad kommet fokus på, at forebyggelse ikke kun handler om en sundere livsstil. Det handler også om at opdage de ændringer i en ældre borgers hverdag, som kan være tegn på begyndende sygdom eller fald i funktionsniveau. Og på systematisk vis sikre, at der foretages såkaldte hverdagsobservationer, og at der handles rettidigt og adækvat på dem. Et helt centralt organisatorisk element i dette arbejde er de såkaldte triagemøder, jf. (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Triagemøder er det tværfaglige kommunale konferenceforum, hvor hverdagsobservationer og andre relevante data og viden om borgerne drøftes tværfagligt med henblik på at opnå fælles forståelse af borgerens tilstand og enighed om, hvem der på den baggrund skal gøre hvad. Triagemøder er i mange kommuner blevet et centralt omdrejningspunkt for det tværfaglige samarbejde mellem medarbejdere fra forskellige faggrupper og en kilde til tættere samarbejde. Møderne bliver således også en naturlig arena for kompetenceudvikling med afsæt i konkrete borgerforløb.³¹

³⁰ Det hører dog med til det fulde billede, at når en lang række kommuner har valgt at samle sygeplejen uden egen ledelse og ikke integrere sygeplejerskerne i hjemmeplejegrupper på udeområdet sammen med hjælpere og assistenter, så skyldes det bl.a. et ønske om at sikre et ensartet og højt fagligt niveau i sygeplejen. Der er således flere hensyn at tage, når en kommune skal organisere medarbejderne på det samlede ældre- og sygeplejeområde.

³¹ Dette er helt parallelt til den rolle, konferencer og tavlemøder kan spille på hospitaler i forhold til uddannelsen af yngre læger eller i forhold til samarbejdet mellem de deltagende faggrupper (typisk læger, sygeplejersker og evt. terapeuter).

Blandt medarbejderne i denne undersøgelse er oplevelsen af triagemøder forskellig: I den ene ende af spektret var der medarbejdere, som slet ikke kendte til triagemøder, mens der i den anden ende af spektret var kommuner, hvor de holdes dagligt i både dag- og aftenvagte. Nogle oplever triagemøder som et meget værdifuldt forum for tværfagligt samarbejde, hvor alle bliver hørt – andre oplever det som værende langt mere hierarkisk, og at sygeplejerskerne sjældent deltager. Variationen ses bl.a. i disse fire citater: To fra medarbejdere, som har en positiv oplevelse af møderne – og to, som ikke har:

Vi har triagemøder både i dag- og aftenvagten. Der fortæller den, der har været ved den enkelte borger den dag. Om det er en hjælper eller en assistent, så hjælpes vi i flok. Der er ikke nogle, der er mere høje end andre. Vi er på lige fod med alle andre. (Hjælper, udeområdet)

Vi har triagemøder tre gange om ugen og teammøder de andre dage og tager faglig snak om en bestemt borger. Hele gruppen, både ufaglærte og hjælpere. Kan også være et bestemt emne, fx støttestrømper, hvor vi tager faglige snakke. (Assistent, indeområdet)

To andre medarbejdere har en anden oplevelse af triagemøder:

Vi har holdt triagemøder, men det foregår i dagtimerne, så det er jeg ikke en del af. Og i øvrigt er det mit helt klare indtryk, at det er en assistentting. (Hjælper, indeområdet)

I [min] kommune fungerer samarbejdet ikke helt så godt. Det er sjældent, sygeplejerskerne dukker op til triagemøder. Vores assistentmøder hver anden uge bliver også tit aflyst. (Assistent, udeområdet)

Triagemøder er i nogle kommuner blevet et afgørende forum for tværfaglige drøftelser og bidrager til godt tværfagligt samarbejde – særligt assistenter og hjælpere samarbejder med sygeplejersker. Endelig skal det understreges, at et vellykket samarbejde med sygeplejerskerne i flere tilfælde også er en væsentlig komponent i en del af de cases, som medarbejderne selv oplever som en succes, og som de derfor er stolte af.

5.3.2 Samarbejdet med praktiserende læger

I takt med at stadigt sygere, svagere, ældre borgerne håndteres i kommunerne, er behovet for lægekontakt og lægesamarbejde vokset. Men der er forskel på hjælpere og assistenters lægesamarbejde.

Flere hjælpere med lang anciennitet peger på, at de for år tilbage godt ”måtte ringe til lægen”, men at det er udfaset nu, og hjælpere i denne undersøgelse har generelt ikke et direkte lægesamarbejde.

Assistenterne har som autoriserede sundhedspersoner langt flere sundhedslovsydelse og dermed også et større behov for lægekontakt omkring borgerne. Dog er billedet ikke entydigt: Nogle assistenter har ingen lægekontakt, mens andre har. Det er helt afhængigt af såvel lokale forhold i den enkelte kommune som forskelle mellem lægerne i den enkelte kommune. Flere assistenter oplever, at *nogle* læger ikke ønsker at tale med dem, men hellere med en sygeplejerske; både hos egen læge og i lægevagten. Det illustrerer disse fire eksempler:

Nogle læger har været meget krakilske. Jeg har været ude for, at jeg skulle ringe efter en sygeplejerske, der skulle måle blodtryk. Det mente den læge bestemt ikke, at vi [assistenter] var kompetente til. (Assistent, udeområdet)

Vi har en specifik læge, som har noget imod assistenter. Når man skriver til ham, så svarer han, "Vil du være venlig at få en sygeplejerske til at skrive til mig". Så kan en sygeplejerske kopiere det, jeg har skrevet, og sende til ham. (Assistent, udeområdet)

Jeg kan huske år tilbage, at når jeg ringede til lægen, så knaldede de bare røret på. De ville ikke snakke med mig. Lægen spurgte: "og hvad er du så af titel?", "jeg er social- og sundhedsassistent", svarer jeg. DUT-DUT-DUT-DUT. [lægen lægger på uden videre samtale]. (Assistent, indeområdet)

Jeg har også prøvet, hvor jeg skulle ringe til lægevagten, at blive spurgt: "Er du sygeplejerske?", "Nej", svarer jeg. "Nå, men så må du bede hende ringe", er svaret. (Assistent, udeområdet)

Det er vigtigt at understrege, at en kvalitativ interviewundersøgelse ikke kan bruges kvantitativt til at udsige noget om det gennemsnitlige samarbejde mellem over 25.000 assistenter og 3.500 praktiserende læger. Men den kan vise, at flere assistenter oplever, at *nogle* læger foretrækker, eller insisterer på, kun at samarbejde med sygeplejersker. Analysen peger også på, at det er forskelligt fra læge til læge, og at der er stor variation inden for den enkelte kommune. Samarbejdet kommer til at foregå på lægernes præmisser, da det er de plejefaglige i kommunerne, som på vegne af borgerne har behov for at kontakte lægerne og stille spørgsmål eller søge råd og vejledning. Hvis lægerne insisterer på at tale med en sygeplejerske, så er assistenterne – og sygeplejerskerne – nødt til at føje dem.

Men interviewanalysen rummer også eksempler på positive oplevelser med lægesamarbejde. Også blandt hjælperne, som ellers har mindre direkte kontakt til borgernes læge – naturligt nok, idet de har færre sundhedslovsopgaver. I denne case fortæller en hjælper fra udeområdet om sit samarbejde med en borgers læge i forbindelse med et terminalt forløb:

Min case er, fra da jeg var helt grøn, det var en af mine allerførste borgere. Borgeren valgte, at nu ville hun simpelthen holde op med at spise, for nu ville hun ikke leve længere. Hun var over 90 år, og hun var fuldstændig åben omkring det. Men det tog lidt tid for mig at sluge det. De pårørende kunne ikke helt forstå situationen og forsøgte at få hende til at spise. Jeg havde nogle kolleger, der havde samme holdning, og som var meget stolte, når det lykkedes dem at få hende til at spise en lille skorpe af et eller andet.

I samarbejde med damen tog jeg kontakt til hendes læge. Han kom og satte sig på sengekanten og talte med hende, om hun godt var klar over det her med, at uden mad og drikke dur helten ikke osv. Det var hun fuldstændig afklaret med og også med, hvad der ville komme til at ske. Lægen sagde til mig, "hun er ved sine fulde fem og hun har overvejet situationen, så det kan vi ikke gøre noget ved". Han anbefalede, at vi prøvede at få et godt samarbejde med de pårørende og involvere en sygeplejerske, som var uddannet i terminal pleje og vidste, hvordan kroppen reagerer i sådan en terminal situation.

Samarbejdet med lægen, sygeplejersken, os som personale og borgeren endte med et godt og stille forløb, med en værdig afslutning på livet for hende. Datteren

kunne pludselig bedre forstå sin mors reaktionsmønster og måtte erkende, at det var nok ikke så smart det, hun selv gjorde med at forsøge at få hende til at spise.

Jeg synes, det var utrolig godt at opleve en læge, som tog både borgeren og mig alvorligt, selvom jeg i gåseøjne "kun" er hjælper. Han lyttede til det kendskab, jeg havde til beboeren. Jeg følte, han spurgte ind til, hvordan perioden, der ledte op til det her, havde været, om hun havde ændret adfærd og den slags ting. Dengang det her skete, blev vi hjælpere jo også brugt i lægekontakten, men det gør vi ikke så meget mere. Så det her er et forløb, jeg er meget glad for og tilfreds med. (Hjælper, indeområdet)

Som hjælperen gør opmærksom på, er casen her ikke ny – den er fra længe før ordningen med plejehjemslæger. Men den viser, hvor forskelligt læger i praksis ser på samarbejdet med hjælpere og assistenter: Nogle vil ikke tale med en autoriseret sundhedsperson med en 45 måneder lang assistentuddannelse, som ringer eller skriver til dem; mens andre praktiserende læger finder det relevant at samarbejde med en hjælper og inddrage hjælperens observationer og viden om en borger.

5.3.3 Opsamling: Udviklingen i samarbejdet med sygeplejersker og læger

Medarbejdernes oplevelse er, at samarbejdet med sygeplejerskerne er blevet bedre de seneste år. To forhold har betydning for dette: En organisering, hvor medarbejderne ser hinanden i løbet af dagen, og triagemøder, hvor medarbejdere på tværs af faggrupper drøfter borgersager. Der er dog stor variation i forhold til, hvor tæt samarbejdet opleves, samt hvorvidt og hvor ofte der holdes triagemøder.

Lige så vel er oplevelsen af samarbejdet med de praktiserende læger blandt assistenterne blandet. Nogle assistenter har ikke lægekontakt, men dem, der har, har oplevet, at lægerne foretrak at kommunikere med sygeplejersker. Omvendt rummer medarbejdernes cases flere eksempler på gode samarbejder med lægerne. Analysen peger på, at det er forskelligt, hvordan læger ser på samarbejdet med hjælpere og assistenter.

5.4 Medarbejdernes oplevelse af udvikling i rammer omkring opgaverne

Med en gennemsnitsanciennitet på 20,5 år har en stor del af de deltagende medarbejdere oplevet en lang række ændringer af rammerne omkring deres arbejde.

Dette afsnit har fokus på, hvordan medarbejderne har oplevet udviklingen i rammerne omkring deres arbejde. Det handler om betydningen af adskillelsen af bestiller og udfører og dermed indførelsen af visitation, indsatskataloger, udspecificering af ydelser, minuttal og kørelister. Det handler også om, at både hjælpere og assistenter i dag udfører sundhedslovsopgaver, og at assistenter er autoriserede sundhedspersoner. Som konsekvens heraf er der kommet en langt større bevågenhed omkring de krav til dokumentation, der stilles til opgaver under sundhedsloven, og de krav, der er til autoriserede sundhedspersoner.

Når medarbejderne skal beskrive udviklingen i deres arbejde over tid, er der tre ting, der springer i øjnene: En oplevelse af at have mindre tid til opgaveløsningen hos den enkelte borger, at samarbejdet – eller rettere, forhandlinger med – visitationen omkring tid til borgeropgaverne i sig selv er tidskrævende, og at dokumentation og skriftlighed i det daglige arbejde fylder mere

og mere. Disse tre aspekter af udviklingen i rammerne omkring arbejdet illustreres i de følgende tre afsnit.

Det skal understreges, at en kvalitativ undersøgelse ikke kan udsige noget objektivt om tid og travlhed i hverken hjemmepleje eller på plejehjem. Den kan udelukkende sige noget om, hvad medarbejderne *oplever* i relation til emnet.

5.4.1 Travlhed og tid

Medarbejderne oplever generelt, at de har fået mindre tid hos borgerne, flere korte besøg, og at tiden til de enkelte opgaver er specificeret mere ud. Det gælder naturligvis i særligt grad de medarbejdere, der har været i faget længe. De kan huske en tid, hvor de oplevede mindre detailstyring af, hvilke konkrete opgaver der skulle løses på den afsatte tid, og hvor der i det hele taget var afsat mere tid til opgaverne i det enkelte hjem. Således fortæller en hjælper med flere årtiers erfaring:

En borger kunne have 2,5 time til pleje, 1,5 time til rengøring, handle, lave mad, gå på vaskeri. Det ændrede sig, da vi fik visitation. Så blev det bygget op omkring tid og penge. (Hjælper, udeområdet)

Men selvom langt de fleste medarbejdere oplever at have for travlt og for lidt tid til opgaverne, så er der også medarbejdere, som ikke synes, det udelukkende var bedre førhen, hvor der var mere tid:

Jeg ville ikke bytte dengang og nu. Jeg har en travl hverdag, og det kan jeg godt lide. I gamle dage havde vi meget tid hos den enkelte borger. Det var hyggeligt, men det var ikke det, jeg tog uddannelsen for. (Hjælper, udeområdet)

Flere hjælpere peger også på en fortid, hvor de i højere grad fungerede alene som praktisk rengøringspersonale, og at de desuden ordnede vasketøj, handlede ind og lavede mad – opgaver, som i dag oftest løses af andre (fx et særligt rengøringsteam hos de borgere, der kun får rengøring, og som primært bemannes af ufaglærte), eller via mad- eller vaskeservice, som er udliciteret til andre udbydere.

Det handler ikke kun om en oplevelse af ikke at have tid til de praktiske opgaver. Det handler i høj grad også om at føle, at de ikke kan være det for borgerne, som de gerne vil. Det fremgår af disse citater fra tre forskellige hjælpere:

Når jeg går hjem, kan jeg godt tænke på Fru Jensen. Man kunne godt tænke sig at være noget mere for nogen af dem. Det har du bare ikke tid til. (Hjælper, indeområdet)

Der er ikke den samme tid hos borgeren, som der var. Man kan ikke give den omsorg, man gerne vil. Hvis du har den højeste standard rengøring, så har du max en time, og du skal støvsuge, støve af, vaske gulv, skifte sengetøj, ordne badeværelset. Så er det svært at sætte sig ned og snakke med Fru Hansen. (Hjælper, udeområdet)

Det jeg oplever er, at før var der tid til også at få snakket med borgeren. Nu er det hele tiden opgaver, opgaver, opgaver og kun det. Hvor vi også gjorde rent før, nu er det rengøringsteamet. Vi mister nogle informationer. Når vi gik og tulrede sammen med borgeren under rengøringen, så kunne der godt lige komme frem, "jeg døjer faktisk med at holde på det her vand". Ja, det kan jeg se på toilettet. Men det

misses vi. Kontakten til borgeren og opgaverne har ændret sig på den måde. (Hjælper, udeområdet)

Jeg er mest presset nu i forhold til tid, hvis én har mistet sin ægtefælle. Der bliver ikke sat tid af hos os til opfølgning på den, der er tilbage. (Hjælper, udeområdet)

Medarbejderne vil gerne kunne gøre ting, der ligger ud over de ydelser, borgeren er visiteret til. Det vigtige for medarbejderne er relationsarbejde og den type kompetencer, der kom så klart til udtryk i analysen af deres eget syn på deres kernekompetencer (afsnit 5.1): at kunne være nærværende med et andet menneske, at opbygge relationer, tillid, at have tid til at se og lytte til borgerne som mennesker. Det er den rolle og de kompetencer, som de føler, det er svært at få plads til. Der er heller ikke længere tid hos et menneske, der har mistet sin ægtefælle. Det er ikke, fordi det tager længere tid at udføre personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmet. Men situationen sætter udfordringen på spidsen: For kommer man i hjemmet hos et menneske, man har en relation til, og som har mistet en ægtefælle, så er det for hjælperne ikke muligt at lade som ingenting og ikke bruge tid på at lytte, rumme, tale, tid, "opfølgning", med det menneske, som er alene tilbage.

Set i dette lys er det interessant, at i mange af medarbejdernes cases peger de netop på forløb, hvor der var tid: Det var borgere, som ofte var så svære at hjælpe, at der blev givet tid til netop relationsarbejde, kontinuitet, vedholdenhed osv.

Der er forskel på oplevelserne af tid og tidspres på inde- og på udeområdet: På udeområdet fungerer arbejdstilrettelæggelsen sådan hos langt de fleste af de deltagende medarbejdere, at de får en køreliste med et antal besøg og opgaver. I den tid, der er sat af til besøgene, er transport mellem borgernes bopæle indregnet. Det er en af grundene til, at medarbejderne føler sig særligt pressede over kørelister med mange, men korte besøg. Også selvom opgaverne på korte besøg ikke er specielt komplekse eller udfordrende, så involverer det stadig endnu en borger, som har behov for nærvær, og som skal håndteres som menneske, og endnu et hjem, de skal transportere sig til og fra.

På indeområdet er hverdagen ikke på samme måde præget af kørelister. Her er en gruppe medarbejdere på arbejde og et antal borgere, der skal have deres hjælp. Her kan medarbejderne "gå til og fra stuer", og den praktiske hjælp og personlige bistand, de får, er ikke underlagt de samme krav og frit valg som udeområdet (se evt. afsnit 3.1.2). Derfor opleves hverdagen anderledes, men ikke nødvendigvis mindre travl, som disse to hjælpere på indeområdet forklarer:

Vi har ikke en klokke med os, når vi går [ligesom på udeområdet]. Vi har ikke en tidsramme med os. (Hjælper, indeområdet)

Men du er også hele tiden på. Man kan ikke gå hen og spise mad i ro, og vi springer pauser over. Nogle dage går jeg alene med seks borgere, fordi der er sygdom, og nogen skal have 1:1-kontakt. (Hjælper, indeområdet)

På indeområdet er det rent logistisk lettere lige at kigge ind til en borger, end det er på udeområdet. Og derfor var det også på indeområdet, at en hjælper (i afsnit 5.1.7) finder tid til at kigge ind til Bertha og skrive mails til hendes datter, der var terminal. Den slags er det af praktiske årsager lettere at gøre på et plejehjem end på udeområdet.

På udeområdet har medarbejderne strategier, der gør, at arbejdet, opgaverne og dagen fungerer på en måde, som de synes er bedre. Typisk handler det om, at medarbejderne ser deres

køreliste som en helhed, og at de afmålte tidsrum til hver opgave glider i baggrunden, som denne hjælper forklarer:

Jeg er god til at komme bagud på min køreliste. Jeg vil blæse den tid (der står på kørelisten, at hver opgave skal tage] et stykke! Jeg har de borgere, jeg har om morgenen, og dem skal jeg nå, og det når jeg også, inden jeg går hjem. Men om jeg har givet den ene 10 minutter mere eller mindre, er jeg som udgangspunkt ligeglad med, for jeg kører min vante rute hver dag. Jeg kan og vil ikke arbejde som en robot, og det føler jeg, vi er oppe imod! (Hjælper, udeområdet)

Strategien med at se kørelisten som en helhed og indhente det, man ikke når den ene dag den næste dag, er udbredt. Det kan dog være sværere at flexe med tiden – og mellem borgerne – på denne måde, hvis man som medarbejder ikke kender borgerne, og man ikke har en mere eller mindre fast rute.

5.4.2 Samarbejde med myndighedsafdelingerne og tid

Det er en myndighedsopgave at træffe afgørelser i henhold til sociallovgivningen om tildeling af bestemte ydelser og at tidsfastsætte disse ydelser. Det er ikke en leverandøropgave. Derfor "bestiller" visitationen ydelser efter § 83 i serviceloven, og det er så medarbejdernes opgave at "udføre" disse ydelser, i fald borgeren vælger kommunen som leverandør (BUM-model). For borgerne har (som beskrevet i afsnit 3.1.2) ret til frit valg af leverandør, og det kræver, at ydelser er specificerede, fx at der er udmålt en bestemt tid til hver enkelt ydelse.

Samarbejdet med medarbejderne i visitationen er derfor helt central for medarbejderne. Det er nøglen til at få mere tid til den enkelte opgave eller borger. Derfor kan det heller ikke undre, at netop kommunikationen og samarbejdet med visitationen fylder meget i medarbejdernes bevidsthed, særligt på udeområdet. Visitationens rolle – og det at visitationens medarbejdere stort set alle steder er samlet i en central enhed – betyder, at medarbejderne oplever det som en væsentlig kompetence at kunne argumentere fagligt – og på skrift i it-systemerne – for mere tid til de opgaver og borgere, de mener kræver det.

Forskellen på dengang og nu er, at i dag skal du fagligt virkelig kunne argumentere [over for visitationen] for at få mere tid. Men kan du det, så får du det også. Vi har travlt hos os, men vi får tiden, når vi fagligt kan dokumentere det. Men dokumentation tager lang tid, og det er det, vi bruger mere af end for 15 år siden. (Hjælper, udeområdet)

Visitators rolle er at foretage en vurdering af borgeren og på dette grundlag træffe en afgørelse om tildeling af ydelser. Visitationen skal som bestiller holde en vis armslængde til udførerne – både de private og kommunens egne. Denne armslængde og adskillelsen af rollerne som bestiller og udfører betyder også, at ingen i visitationen selv leverer ydelser, og de har ikke førstehåndskendskab til, hvordan borgerne rent faktisk reagerer, og hvad de magter i de situationer, hvor ydelserne skal udføres. Videns- og perspektivforskellene mellem visitationen og medarbejderne i hjemmeplejen er en funktion af det styringsparadigme, vi har valgt på dette område. Men disse videns- og perspektivforskelle skaber udfordringer i praksis, som bl.a. denne assistent på udeområdet forklarer:

Visitationen kan ikke se det korrekte billede af borgeren. De får ét indtryk af at snakke med borgeren, og så tror de nogle gange, det er sådan, det er. Vi har et andet billede, fordi vi oplever borgeren i hverdagen. Så kan der gå skudermudder

i det. Så skal man bruge tid på at kommunikere, hvordan vi ser på det, og så får vi rettet det til. Det giver ekstra arbejde. (Assistent, udeområdet)

Perspektivforskellene og tidskrævende dokumentation betyder, at der flere steder er et stort ønske om en anden organisering, hvor adskillelsen og armslængden mellem bestiller og udfører minimeres, fx ved at visitatorerne bliver decentrale i stedet:

Vi kæmper en brav kamp med visitator, hver gang vi skal have ekstra tid. Man bruger oceaner af tid på dokumentation. Mit største ønske er, at visitatorer kommer ud i gruppen. Der bruges for meget tid på at sidde og skrive. Jeg har lige haft et borgerforløb, hvor vi har brugt en uge på at debattere, om han kan få hjælp til toiletbesøg fire gange dagligt. Da det faldt på plads, så skulle vi debattere pillerne. Hvis vi havde mødtes i grupperummet om morgenen, fortalt hvad borgeren har brug for, og det blev tildelt, så var problemet løst. Vi er oppe imod kasser, tid og penge hele tiden. (Hjælper, udeområdet)

Det kunne have sin fordel, hvis visitator, sygeplejersker, assistenter og hjælpere mødte ind samme sted. Så man ser hinanden hver dag og kan sludre hurtigt om noget. I dag kan du skrive det, men du skal uddybe alt ned til mindste detalje, og det kan være svært på skrift. (Assistent, udeområdet)

I medarbejdernes perspektiv er armslængde og adskillelsen et stort problem og en kilde til megen frustration og tid brugt på at "sidde og skrive", "uddybe ned til mindste detalje" og "argumentere". Medarbejderne ser den nuværende organisering og arbejdsgange som bureaukrati, unødvendig og alt for tidskrævende skriftlig kommunikation, lange processer, misforståelser og helt generelt bare tidsspilde. Og den tid går fra tiden hos borgerne. Men medarbejderne har ikke blik for, at det netop er den armslængde og adskillelse af bestiller og udfører, som man har ønsket at opnå i det styringsparadigme, der er baseret på BUM-model og frit valg af leverandør.

5.4.3 Dokumentation og tid

Begrebet dokumentation bruges meget bredt – både af medarbejderne i denne undersøgelse og i debatten om ældreområdet mere generelt. Og som beskrevet i afsnit 3.3, er kravene til dokumentation inden for sundheds- og serviceloven forskellige.

Helt overordnet bruger medarbejderne begrebet "dokumentation" meget bredt om stort set alle de opgaver, de løser ved en skærm – groft sagt. Det dækker bl.a. over dokumentation af udførte indsatser efter sundhedsloven, dokumentation af borgerens funktionsevne, observationer af borgeren og eventuelle ændringer i habitualtilstand, samt skriftlig kommunikation med samarbejdsparter, ikke mindst med kommunernes visiterende medarbejdere. Samlet set oplever medarbejderne, at den tid, de bruger ved skærmene vokser, og at den tid går fra borgerne. Dermed oplever de også mindre tid til de arbejdsopgaver, hvor de kan få de kernekompetencer i spil, der er så vigtige for dem i deres relation til borgerne (jf. afsnit 5.1), og som er præget af netop ikke at være de ydelser, der står på deres kørelister, sådan som disse hjælpere oplever det:

Der er rigtig meget af vores tid, der går med dokumentation. Og det går jo fra beboerne. Det må man jo bare erkende. Tiden fra de varme hænder er flyttet over på iPad'en. (Hjælper, indeområdet)

Vi skal dokumentere og veje og måle og have fokus på, og husk nu, og gør nu, og ring nu, og har du husket. Nogle gange har jeg bare lyst til at løbe skrigende væk. Og hvis du så har en masse små besøg, så er der ikke noget tid at tage af, så er du konstant bagefter. (Hjælper, udeområdet)

Tiden til dokumentation går fra borgerne. Al dokumentation ligger i borgertiden. Hvis du har en time, går der i hvert fald 15-20 minutter af den time med dokumentation. (Hjælper, udeområdet)

Et andet element af det, medarbejderne kalder dokumentation (i betydningen skærmtid), handler også om, at kommunerne i varierende grad har fokus på, at medarbejderne ved alle borgerkontakter skal være mere opmærksomme på og dokumentere ændringer i hverdagsindikatorer. Det skal de som led i tidlig opsporing af begyndende sygdom og faldende funktionsevne (jf. (Sundhedsstyrelsen, 2017c)). De medarbejdere, der omtaler arbejdet med hverdagsindikatorer og brugen af deres observationer i forbindelse med fx triagemøder, har været positive over for det. Det giver god mening for dem. For medarbejderne er udmærket klar over, at det er dem, der som borgernes "vanlige hjælper", og i nogen tilfælde også assistenter, har de bedste forudsætninger for at spotte tegn på begyndende sygdom og faldende funktionsevne. Men på den anden side er det endnu en opgave, der tager tid fra borgerne:

I dag får vi visiteret nogle indsatser, og i den tid skal du også nå observation [af hverdagsindikatorer], og du skal skrive ned, hvis det afviger [fra den habituelle tilstand], og så skal du også have borgerne igennem forløbet, når du er ude hos dem på en god måde, så de føler, de er taget godt imod. (Hjælper, udeområdet)

Oplevelsen med ændringerne i dokumentationspraksis er dog ikke kun negative. Andre medarbejdere peger på, at den ændrede og øgede dokumentation også har klare fordele og forbedringer:

I dag er der mere fokus på at dokumentere, og det synes nogen er for meget, fordi det er svært at nå det, men andre synes, det er godt, fordi man kan gå ind og læse om borgeren dagen før, og så kan man forholde sig til det. Det havde vi ikke i gamle dage. Der blev dokumenteret på en anden måde. I dag dokumenterer vi ikke, hvad borgeren har spist, hvis borgeren har spist det, de skal [men i stedet afvigelser fra det forventede/habituelle]. (Hjælper, udeområdet)

Det er nemmere nu, hvor vi har fået FSIII-metoden. Før i tiden kunne man ikke læse op på de "generelle oplysninger" om, hvad det er for en person, man går ind til: Har hun fx nogle tilstande, hvor vi er kendt med, at hun skifter adfærd ved urinvejsinfektion? Den slags kan man hurtigt spotte i dag. (Assistent, udeområdet)

Denne undersøgelse viser således ikke, at medarbejderne er imod dokumentation generelt. De ser derimod mange fordele ved at kunne få overblik og finde korrekte oplysninger om en borger nemt og hurtigt. Det de oplever er imidlertid, at der både er megen kommunikation, dokumentation og mange arbejdsgange, der er unødigt tunge og skriftlige.

Det er alt den forbandede dokumentation! Der er så mange misforståelser nu på grund af alt det skriveri. Man skal hele tiden følge op på, om de andre har husket dét og dét. Og mange er ikke opdateret i at bruge vores systemer. Jeg har ordblinde kolleger, og for dem bliver det bare nemmere ikke at dokumentere eller følge op, og så står jeg næste morgen og ved ikke: "Har de nu smurt fødder?". (Hjælper, udeområdet)

Som hjælperen her forklarer, er en udfordring også, at skriftligheden er en barriere for at dokumentere blandt nogle personaler, og at det skaber misforståelser og dobbeltarbejde.

5.4.4 Opsamling: Udviklingen i de styringsmæssige rammer om opgaverne

Medarbejderne oplever, at de har mindre tid og mere travlt end tidligere, fordi der i dag er afsat mindre tid til den enkelte opgave. Som konsekvens af adskillelsen af bestiller og udfører (BUM-model) oplever medarbejderne samtidig et unødigt tungt og tidskrævende samarbejde med visitationen om at dokumentere og argumentere for mere tid hos borgerne. Det handler dels om, at kommunikationen er skriftlig, samt at visitationen oftest er placeret centralt. I forlængelse heraf er oplevelsen også, at medarbejderne bruger mere tid på dokumentation (forstået bredt som al form for skærmtid), og at tiden på dokumentation tager tiden fra borgerne.

5.5 Medarbejdernes og ledernes oplevelse af kompetence- og jobudvikling i praksis

Dette afsnit belyser kompetence- og jobudvikling i social- og sundhedsfagene med afsæt i interview med hhv. medarbejdere og ledere hver for sig. Afsnittet beskriver medarbejdernes perspektiv på jobudvikling og kompetenceudvikling via kurser eller formel efteruddannelse og løbende kompetenceudvikling i hverdagen. Men afsnittet indeholder også ledernes perspektiver på jobudvikling og videreuddannelse og deres dialog med medarbejderne om dette.

Efter- og videreuddannelsesområdet er mere udførligt beskrevet i sidste del af Bilag 2, hvor følgende faktuelle oplysninger uddybes. Her skal blot nævnes, at der findes fire typer af efter- og videreuddannelse, som er særligt relevant for social- og sundhedsmedarbejdere: AMU-uddannelser, akademiuddannelse og diplomuddannelse.

AMU-uddannelser (typisk af et par dage eller få ugers varighed) er den mest anvendte form for efteruddannelse blandt hjælpere og assistenter med ca. 7.000 deltagere inden for social- og sundhedsområdet i 2019. AMU-uddannelser kræver ikke deltagerbetaling for arbejdsgiveren, og medarbejderne kan få dækket næsten hele deltagerbetalingen (80 %) til akademi- og diplomuddannelser af Den kommunale kompetencefond. Samlet set er det de korte AMU-uddannelser, der er langt den mest anvendte af disse tre former for efter-/videreuddannelse.

Assistentuddannelsen giver også adgang til akademiuddannelse, diplomuddannelse samt professionsbacheloruddannelser. På akademiuddannelser, der typisk varer 1 år, deltog 609 assistenter i 2019. På diplomuddannelser, der typisk varer 3 år, deltog 245 assistenter i 2017. Cirka dobbelt så mange assistenter deltager således på akademiuddannelser sammenlignet med diplomuddannelser, som er den mindst udbredte type videreuddannelse (og som forudsætter akademi- eller professionsbacheloruddannelse).

5.5.1 Kompetenceudvikling via kurser/efteruddannelse

Medarbejderne i interviewanalysen oplever generelt, at de har behov for at udvikle kompetencer og få ny viden, fordi der bliver stillet større krav til dem som følge af, at borgerne i kommunerne ændrer sig: De udskrives hurtigere, er ældre og modtager mere behandling end tidligere. Størstedelen af de interviewede medarbejdere har en eller anden form for efteruddannelse. Flere af de interviewede har en særlig funktion, fx demenskonsulent, palliativ nøgleperson, praktikvejleder, forflytningsvejleder, planlægger, videns-/ressourcepersoner, læringsvejleder,

tillidsrepræsentant og arbejdsmiljørepræsentant. Nogle af de deltagende assistenter har diplom- og akademiuddannelser i fx demens eller palliation. De interviewede medarbejdere kan dog ikke antages at være repræsentative for den samlede gruppe af social- og sundhedspersonale. Men medarbejderne i denne undersøgelse oplever, at der generelt er muligheder for kompetence- og jobudvikling. Særligt assistenterne oplever dette:

Jeg har, siden jeg blev uddannet som assistent, haft nogle mål om, at jeg skulle prøve at dygtiggøre mig og følge lidt med. Jeg har valgt ledelse fra, det har jeg ikke lyst til. Men jeg har en passion for at være en god altomfavnende assistent, og jeg er meget glad for at arbejde inden for palliation og med de pårørende. Jeg har taget en specialuddannelse i 'palliation og samarbejde med pårørende' på akademiniiveau. Og det bruger jeg rigtig meget i hverdagen. Det synes jeg, der er enormt brug for. (Assistent, indeområdet)

I [min] kommune er de gode til at sætte skibe i søen. Også i forhold til kompetenceudvikling for assistenter. Jeg selv er læringsvejleder i hjemmeplejen, så jeg får masser af opgaver fra min chef, som ikke er assistentopgaver. Og det fungerer jeg fint med, for ellers kommer jeg til at kede mig. Hvis man trives med at have det godt og trygt og genkendeligt, så skal man ikke arbejde i [min] kommune. (Assistent, udeområdet)

Konkret nævner medarbejderne i undersøgelsen AMU-uddannelser (i fx hverdagsrehabilitering, demens, palliation), faglige kurser afholdt af FOA, og øvrige kurser om fx dokumentation og magtanvendelse. Oplevelsen blandt medarbejderne er generelt, at kompetenceudvikling er meget givende, hvad enten det er AMU- eller akademiuddannelser. Det gør, at de bliver dygtigere, udvikler sig og "kan tænke ud af boksen":

Jeg synes, jeg har haft ledere, der har set noget, jeg måske ikke lige selv havde set, og jeg har fået nogle efteruddannelser. Jeg er uddannet inden for demens, vidensperson i demens, det er også en akademiuddannelse. (Assistent, udeområdet)

Jeg har været på rigtig mange kurser foranlediget af arbejdspladsen, og som jeg selv har fundet. De sidste år har det været AMU-kurser, og det er selvfølgelig, fordi arbejdspladsen får tilskud til det. Men jeg er stort set kommet på de kurser, jeg har ønsket. (Hjælper, indeområdet)

Men det fremgår også, at mulighederne for kompetenceudvikling varierer mellem kommuner, og medarbejderne (hvoraf mange har høj anciennitet og erfaringer fra flere stillinger) oplever, at det afhænger af den enkeltes leder.

Ifølge medarbejderne er der ledere, der "lægger kurser ud" til medarbejderne, der frit kan melde sig til, eller "prikker til medarbejderne" og spørger, om de er interesserede. Andre medarbejdere har selv efterspurgt fx vejlederkursus eller deltager i kurser i deres fritid, som hjælperen her:

Mine kompetencer har selvfølgelig udviklet sig, fordi jeg har fået mere erfaring, men også fordi jeg får kurser. De gør, at jeg bliver klogere på tingene og kan tænke lidt ud af boksen. Jeg har været på kurser hos FOA. Det deltager jeg i i min fritid. For eksempel om pårørendesamarbejde. (Hjælper, udeområdet)

Nogle medarbejdere oplever dog, at mulighederne for kompetenceudvikling i deres kommune er begrænsede og "en sjælden ting" (hjælper, udeområdet). De peger bl.a. på mangel på ressourcer som årsag hertil:

Det [kompetenceudvikling] er sparsomt. De sidste par år har været sparsomme med kompetenceudvikling. (Hjælper, udeområdet)

Man kan foreslå sin leder, der er noget, man gerne vil tage efteruddannelse i, men hvornår får man lov til at gøre det? Så er der en sygemelding, og så mangler der en assistent. Man kan godt komme med ønsker. Det er bare: Hvornår bliver de opfyldt? (Assistent, udeområdet)

Relateret til dette emne er også nogle hjælperes oplevelse af, at opgaver og funktioner, de tidligere har haft, nu er overgået til assistenter. Et eksempel er denne hjælper, som ikke læn- gere kan være planlægger i sin kommune:

Jeg har siddet som planlægger i 10 år. Det blev jeg frataget for 5 år siden, fordi der skulle det være assistenter. (Hjælper, udeområdet)

Fælles for medarbejderne er, at der er mange muligheder for kompetence- og jobudvikling, men at der er forskellige muligheder afhængig af, hvilken kommune man kommer fra, og hvil- ken leder man har. Der er imidlertid også forskel i oplevelsen blandt hjælpere og assistenter, hvor assistenterne generelt har et større fokus på kompetenceudvikling og også ser ud til at få mere kompetenceudvikling – at dømme ud fra de deltagende medarbejdere.

5.5.2 Kompetenceudvikling i hverdagen

Kompetenceudvikling i hverdagen foregår på flere måder. Medarbejderne nævner særligt op- gaveoverdragelse og borgerspecifik oplæring samt intern undervisning (videnseftermid- dage/personalemøder og lignende). Det sker også som led i triagemøder (se afsnit 5.3), som også kan have en kompetenceudviklende funktion.

Medarbejderne oplever, at de udvikler deres kompetencer igennem opgaveoverdragelse og oplæring i sundhedslovsopgaver eller komplekse borgersituationer. En assistent beskriver her, at samarbejdet med sygeplejersker et vigtigt element:

Her i kommunen synes jeg, vores kompetencer har udviklet sig meget og især mine egne. Vi har fået et rigtig godt samarbejde med sygeplejersker og terapeuter. Vores sygeplejersker er gode til at uddelegere opgaver og få os lært op. Vi har også rigtig gode ledere, som går meget ind for, at vi får det ind under huden, som der er mu- lighed for og brug for. Det gør, at vi har stor opgaveglidning [i betydningen opgave- overdragelse]. Jeg kan høre, at jeg har udviklet mine kompetencer mere end assi- stenter andre steder. Vores ledere giver os tiden og støtter op om, at vi også skal have lov at have nogle andre ting under huden både i forhold til sygeplejefaglige opgaver eller komplekse borgersituationer. (Assistent, udeområdet)

Flere giver udtryk for, at udvikling af kompetencer sker som følge af nye eller mere komplekse borgere, hvor medarbejderne læres op i nye opgaver igennem sidemandsoplæring.

Kompetenceudvikling for mit vedkommende afhænger af de borgere, der flytter ind [på plejehjemmet]. For eksempel hvis der flytter nogle ind med komplekse situatio- ner. Vi havde en med trakeostomi, hvor der skulle renses luftslanger, og så er det måske noget særligt omkring sondeernæring eller medicin. (Hjælper, indeområdet)

En anden form for kompetenceudvikling i hverdagen sker igennem forskellige former for intern undervisning eller møder, hvor fx interne sygeplejersker eller andre fagfolk underviser, fx tandlæger eller diætister:

Inden corona fik vi undervisning af vores faste sygeplejerske i fx kompressionsbehandling, sårpleje og ISBAR³². Alt muligt for at vi bliver ved med at vedligeholde og videreudvikle kompetencer. (Assistent, udeområdet)

Vi har haft noget efteruddannelse ved vores specialsygeplejersker. Diabetes, inkontinens, kørt nogle eftermiddage, hvor de har informeret om, hvad der er nyt inden for vores område. (Hjælper, udeområdet)

Der er med jævne mellemrum nogle videnseftermiddage, hvor der kommer én ind og fortæller om et eller andet emne, hvor både assistenter og sygeplejersker er med. Det synes jeg er rigtig fint, det er noget af det fedeste. Det fremmer virkelig samarbejdet i hverdagen. (Assistent, udeområdet)

De steder, der sker intern kompetenceudvikling på struktureret vis, har medarbejderne en meget positiv oplevelse af det og de konsekvenser, det har for samarbejdet i hverdagen. Men der er forskel mellem kommunerne, og ikke alle medarbejdere oplever, at der foregår nogen form for struktureret eller systematisk vidensdeling og intern kompetenceudvikling.

5.5.3 Et lederperspektiv på kompetence- og jobudvikling

Dette afsnit beskriver ledernes perspektiver på kompetenceudvikling, forskelle på assistenter og hjælperes muligheder og ønsker til jobudvikling, ledernes fokus på kompetenceudvikling til sundhedslovsopgaver og i forlængelse heraf ledernes oplevelser med at motivere hjælpere til at videreudanne sig til assistenter. Afsnittet er baseret på interview med i alt 11 ledere på området, jf. Bilag 1.

Balance mellem økonomi, drift og udbytte

Lederne – og de kommuner, de repræsenterer – ser forskelligt på anvendelsen af eksterne kurser til kompetenceudvikling:

Den [kompetenceudvikling] ligger ikke særlig højt [på prioriteringslisten]. Som udgangspunkt sender vi ikke folk på diverse eksterne kurser. Men det er, fordi vi selv klæder vores assistenter og hjælpere på. (Leder, udeområdet)

Jeg synes, jeg har rig mulighed for det [kompetenceudvikling], for hos os planlægger vi selv hverdagen og er ansvarlig for vores eget budget. Så for mig handler det om at få planlagt det sådan, at der er plads til, at medarbejdere kan komme på kurser, der løfter deres kompetencer. [...] Vores muligheder er rigtig store. I og med jeg har et budget, der gælder for 12 måneder, kan jeg selv være herre over, hvordan og hvorledes vi skal prioritere vores økonomi. (Leder, indeområdet)

Flere ledere påpeger som ovenfor, at de har mange interne kurser i kommunen og derfor både har løbende kompetenceudvikling af medarbejderne, men også et mindre behov for eksterne tilbud. Anvendelse af ekstern kompetenceudvikling handler for lederne oftest om en balance mellem økonomi, drift og deres vurdering af udbyttet af ekstern kompetenceudvikling:

³² En metode til struktureret kommunikation. ISBAR står for Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd.

Og jeg vil til enhver tid tilgodese det [ekstern kompetenceudvikling], hvis vores drift kan holde til det. Fordi de kommer tilbage med friske øjne, og det kan vi kun alle sammen være tjent med. [...] Hvis det er kurser, der koster noget, er der nærmest ikke nogen penge til det. Men AMU kurserne koster jo ikke noget. Så koster det mig det, at de skal ud af vagtplanen. Men hvis jeg synes, det giver mening, at de kommer afsted på det kursus, så vil jeg gerne ofre det på det. Fordi man får jo også nogle glidere medarbejdere. (Leder, udeområdet)

Enkelte medarbejdere søger om at få undervisning ude af huset, det kan være et modul i et eller andet, og det er vi som regel åbne for, så langt vores økonomi rækker, for det er jo en udfordring. Vi har ikke vanvittigt mange penge. Og det er også det der med, at skal man vægte én medarbejder til et forholdsvis dyrt kursus, eller skal vi tage den brede palette og få flere uddannet på et lidt lavere niveau? (Leder, udeområdet)

Kompetenceudvikling af medarbejdere indebærer for lederne en overvejelse om økonomi – både som udgifter til selve kurset, men også i forhold til driften, hvor der er omkostninger ved at tage medarbejdere ud af driften.

Job- og kompetenceudvikling kan bidrage til fastholdelse

Lederne oplever, at kompetenceudvikling ikke kun gør medarbejdere mere kompetente i opgaveløsningen. Kompetenceudvikling er også et middel til øget trivsel og fastholdelse. Ledere i to kommuner oplever det således:

[Kompetenceudvikling] det giver medarbejderne mulighed for at få ny viden, det får dem også til at vokse i de opgaver, og de føler sig værdsatte af, at jeg som leder tænker: "Hvis du kommer på det her kursus, kunne du gøre noget". Som organisation har vi alle sammen rigtig meget glæde af de kompetencer, de kommer tilbage med. (Leder, indeområdet)

Vi har nogle assistenter, der læser til sygeplejerske på fjernstudie ved siden af, for de vil gerne noget mere. Det bakker vi selvfølgelig op om, med de udfordringer det giver, for det kan være, de skal have nogle ugers orlov, når de skal i praktik. Det er vi rigtig åbne for, og det er også en måde at holde på medarbejderne. For hvis vi ikke arbejder med dem, så bliver de ikke hos os. Så det er vi nødt til. (Leder, udeområdet)

En anden måde at fastholde assistenter er ved at tilbyde dem nye og spændende opgaver og dermed gøre det attraktivt for assistenterne at blive i kommunen, som denne leder gør:

Vi sikrer, at vores assistenter får mange af de spændende opgaver, og det gør vi af flere årsager. Både fordi de rigtig gerne vil det, og de udvikler sig, men også, fordi vi gerne vil beholde dem. I disse tider, hvor de ikke hænger på træerne, er vi nødt til at gøre noget for at gøre det attraktivt for dem. (Leder, udeområdet)

Kompetenceudvikling kan falde mellem to stole i en travl hverdag

Holdningerne til og erfaringerne med kompetenceudvikling er positive. Men i en travl hverdag er der alligevel en del eksempler på, at kompetenceudvikling kan risikere at falde mellem stolene.

Flere ledere oplever, at medarbejderne på den ene side ønsker at deltage i kompetenceudvikling, men samtidig at medarbejderne ikke selv tager ansvar for at finde nogle konkrete muligheder og kurser, som lederne forventer af dem:

Det er sjældent, de selv kommer og siger, "Jeg vil bare rigtig gerne på det her – kan vi finde ud af noget?". Når jeg har MUS-samtaler med dem, spørger jeg: "Er der noget, du kunne tænke dig at blive klogere på eller få udviklet dine kompetencer?". Men det bliver ved det, fordi det er, lige som om det er mig, der skal finde kurserne. Jeg siger: "Gå ind på AMU's hjemmeside og find det, du synes, så kigger vi på det". Det vil de rigtig gerne, men det kommer sjældent videre. Og jeg har ikke tid i min dagligdag til at finde kurser til dem. (Leder, udeområdet)

Kompetenceudvikling kan derfor risikere at falde mellem to stole. Dels fordi der kan være forskellige forventninger og holdninger til medarbejdernes og ledernes rolle og ansvar. Dels fordi både ledere og medarbejdere har travlt med meget andet i hverdagen, og derfor kan kompetenceudvikling være et tema, der ryger i baggrunden:

Medarbejderne løber afsted i hverdagen, fordi rammerne er så snævre. Og jeg har selv tonsvis af opgaver, så det [kompetenceudvikling] er bare ikke det, man kigger på. (Leder, udeområdet)

Forskellige muligheder for kompetence- og jobudvikling for hjælpere og assistenter

Ledernes prioriteringer af, hvilke medarbejdere der skal tilbydes kompetenceudvikling, er forskellige. I en kommune prioriteres eksempelvis sygeplejersker til diplom- og akademiuddannelser, da sygeplejersker er øverste faglige ressourceperson. I en anden kommune prioriteres hjælpere til demenskurser, fordi de er den gruppe, der har mindst viden om emnet.

Medarbejdernes muligheder for jobudvikling varierer også mellem kommunerne. Generelt har assistenter flere muligheder, ikke kun i form af videreuddannelse, men også udvikling i jobbet i form af særlige funktioner. Således er følgende funktioner i varierende grad forbeholdt assistenter: planlægger, praktikvejleder, ressourceperson eller læringsvejleder (hvor assistenten sammen med lederen har ansvar for at kompetenceafklare- og udvikle sine kolleger til at varetage fx sundhedslovsopgaver). Endvidere har assistenter mulighed for at kompetenceudvikle eller videreudanne sig til ledende eller koordinerende funktioner. I nogle kommuner kan funktioner som planlægger, praktikvejleder og ressourceperson dog også varetages af hjælpere, men i mindre grad. Der er en stigende opmærksomhed på forskellen mellem service- og sundhedslovsydelser, og hvad det kræver at kunne planlægge opgaverne og ruter på konkrete medarbejdere og faggrupper. Og her har assistenterne mere faglig indsigt i hjælpernes kompetencer og opgaver end omvendt, hvilket kan være årsag til forskellene.

I andre kommuner er det dog ikke rammer, der er styrende for den enkeltes muligheder, men den enkelte person. Det forklarer denne leder, der ikke skelner mellem faggrupper:

Men stabilitet kommer man langt i min optik. Er man en stabil medarbejder, selv-tænkende og handlekraftig, så er der ingen begrænsninger. (Leder på udeområdet)

Forskellige ønsker til kompetence- og jobudvikling blandt hjælpere og assistenter

Ifølge lederne er medarbejderudviklingssamtaler det primære forum for dialoger om jobudvikling og kompetenceudvikling. De deltagende ledere holder MUS-samtaler. (Blandt medarbejdere – som ikke nødvendigvis refererer til de deltagende ledere – er der flere, der fortæller, at de aldrig eller kun få gange har været til MUS). Ifølge lederne bruges MUS til at tale om ønsker til jobudvikling, videreuddannelse og ønsker til nye opgaver.

Samtaler om jobudvikling foregår dog også uden for MUS-samtalerne, fx når der slås ledige stillinger op. Her har lederne ofte dialoger med medarbejdere, de ved har interesse for jobbet,

som de enten opfordrer til at søge, eller afklarer, hvilke kompetencer de mangler for at kunne søge jobbet.

Lederne oplever forskelle på faggruppernes ønsker til kompetence- og jobudvikling. Oplevelsen er, at assistenter generelt har mere konkrete ønsker og tanker om faglig udvikling end hjælpere:

Der er forskel på faggrupperne: Fra hjælpernes side er det ikke vanvittigt mange ønsker, de har. De har i meget grove træk en forventning om at komme ud og passe deres borgere. Det er langt hen ad vejen det, de rigtig gerne vil. Assistenterne har nogle andre ønsker. De vil noget med deres faglighed og udvikling. (Leder, udeområdet)

Lederen herunder oplever heller ikke, at "hjælperne står i kø", som hun udtrykker det, til tilbud om kompetenceudvikling. Men at de hjælpere, der gør, primært kompetenceudvikles til at varetage sundhedslovsopgaver hos specifikke borgere:

Der er rigtig mange hjælpere, der tager til takke med det, de har, at de har et job, og det, de udfører, er rigtig fint for dem. Så er der nogle enkelte, der stikker næsen frem, og så vil det hen ad vejen være sidemandsoplæring på cpr-nummer, og det har vi mange, der gør. Så hvis de har sådan nogle ønsker, tager vi imod med kys-hånd. Men jeg oplever ikke, hjælperne står i kø. (Leder, udeområdet)

Samlet set er der en tendens til, at lederne oplever, at assistenterne er mere orienterede mod kompetenceudvikling, nye opgaver og nye funktioner, end hjælpere.

Andre ledere skelner ikke på samme vis mellem faggrupperne, men på tværs af faggrupper, hvor oplevelsen er at lede meget differentierede medarbejdergrupper. Den ene gruppe af medarbejdere har et stort udviklingsbehov, mens den anden prioriterer at passe deres arbejde og ikke mere end det. Det medfører, at det ofte er de samme medarbejdere, der har flere "kasketter" på, som lederne udtrykker det.

Fokus på kompetenceudvikling til sundhedslovsopgaver

Flere af de interviewede ledere forbinder kompetenceudvikling med oplæring i sundhedslovsopgaver. Det sker både igennem oplæring ved specifikke borgere eller kurser og undervisning fra sygeplejersker.

Behovet for at kompetenceudvikle assistenter og hjælpere til sundhedslovsopgaver skyldes flere forhold. Både ønsker om at gøre kommunen til en mere attraktiv arbejdsplads særligt for assistenter, men også i håbet om, at flere hjælpere måske får lyst til at efteruddanne sig til assistenter, hvis de får lov at prøve kræfter med flere sundhedslovsopgaver. Også det økonomiske rationale spiller ind, som vi også så tidligere i forhold til fordelingen af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper:

Jeg har brug for nogle assistenter, som kan varetage rigtig mange sundhedslovsydelser. For det første for at gøre det attraktivt [at arbejde i kommunen], men også, fordi jeg ved, at lige om lidt får vi endnu flere dårlige borgere hjem, som sygeplejerskerne skal varetage, så de har ikke tid til at tage sig af alt det andet, og det skal vores assistenter. Samtidig med at jeg tænker, at vi har brug for, at vores hjælpere også bliver oplært i rigtig mange af de ting. Der tænker jeg også i forhold til, at vi er pressede på økonomien, og når vi er pressede på økonomien, skal vi sikre, at så få som muligt kommer i hjemmet og kan varetage alle de opgaver, der er i hjemmet.

[...] Jeg tænker også, at det giver hjælperne blod på tanden i forhold til "okay, jeg kan godt nogle ting, og jeg vil gerne lidt mere", så er der måske også større chance for, at vi kan sende dem på uddannelse til assistenter. (Leder, udeområdet)

Set fra lederens perspektiv er det oplæring i sundhedslovsopgaver, der er det vigtigste, når de taler kompetenceudvikling, og flere af dem sætter næsten lighedstegn mellem de to ting. Her spiller interne tilbud i kommunerne en stor rolle set med lederens øjne. Det skyldes bl.a., at hjælpere og assistenter skal kompetenceudvikles til de opgaver, de må varetage i den enkelte kommune, som har sin egen version af decentral kompetencevurdering (afsnit 3.2.2) i de lokale kompetenceskemaer (se afsnit 4.3). Lederne oplever, at det er forskelligt, hvad nyuddannede assistenter rent faktisk kan i praksis. Det afhænger af, hvilke kommuner, de har været elever i, og dermed, hvilke opgaver de har fået mulighed for at løse – for det afhænger i høj grad af den lokale opgavefordeling.

Lederne ser også et behov for at kompetenceudvikle hjælpere til at kunne varetage sundhedslovsopgaver, fordi deres uddannelse i langt mindre grad indeholder dette. Dette gælder ikke mindst de hjælpere, som er uddannet for år tilbage, og for hvem særligt dokumentationsopgaverne i relation til sundhedslovsopgaverne kan være en stor udfordring:

Jeg kunne godt tænke mig, at man sikrede, at alle de hjælpere, der har gået hos os i rigtig mange år, kom på noget systematisk efteruddannelse. Og jeg tror, hvis man valgte at gøre det, så fik de også smag for, hvad det vil sige at gå i skole, og så kunne det være, vi kunne få rykket nogle. Men den systematiske efteruddannelse for vores hjælpere, der har været uddannet i 20 år, den er der ikke. De skal efteruddannes i rigtig mange ting, der er på grænsen til at være assistentopgaver. Og i dokumentation: Hvad kræver det, og hvorfor kræver vi det? (Leder, udeområdet)

Samlet set har lederne et stort fokus på kompetenceudvikling til sundhedslovsopgaver, og det er de lokale versioner af den decentrale kompetencevurdering, der har stor indvirkning på behovet for kompetenceudvikling til sundhedslovsopgaver.

Hjælpere og videreuddannelse til assistent

Flere ledere giver udtryk for, at de forsøger af motivere nogle af deres hjælpere til at videreudanne sig til assistenter. Det har været en naturlig konsekvens af, at uddannelsen frem til 2017 var modulopbygget:

Hvis vi har nogle dygtige hjælpere, så opfordrer vi dem til at blive assistent. Og vi har faktisk rigtig mange hjælpere efterhånden, der tager på assistentuddannelsen. Vi har også assistenter, der begynder at synes, nu får jeg ikke flere udfordringer, og det er svært med opgaver, man kan give dem, så opfordrer vi dem til at blive sygeplejersker. (Leder, udeområdet)

Lederne oplever dog også, at der kan ligge en barriere hos hjælperne i forhold til deres tiltro til egne evner og det at skulle "på skolebænken" igen. Særligt hos medarbejdere, der er uddannet for mange år tilbage:

Barriererne ligger nok oftest hos medarbejderne selv. "Ej, det skal jeg ikke, det er mange år siden, jeg har siddet på skolebænken, nej, det dur ikke ..." Så prøver jeg at motivere. Det viser sig også i 9 ud af 10 tilfælde at det var godt, og de er glade for det, når de kommer tilbage. (Leder, indeområdet)

Det er måske primært mine social- og sundhedsassistenter, der tænker karriereveje. Det er ikke så meget vores social- og sundhedshjælpere, dem skal vi hjælpe lidt på vej. Jeg tænker sommetider, at det måske også handler lidt om mod og turde springe ud i at tage endnu en uddannelse [fra hjælper til assistent]. For [de hjælpere] vi så får motiveret til at søge [assistentuddannelsen], de kommer tilbage som nogle helt andre mennesker. De er virkelig vokset i den tid, de har taget uddannelsen [til assistent]. Men jeg tror mest, det handler om utryghed. ”Jeg gik ud af 10. klasse, og jeg har ikke så meget andet skolegang, så nej, jeg kan nok ikke det her”. (Leder, indeområdet)

Lederne oplever også, at der kan være helt andre barrierer på spil – særligt nævner de medarbejdernes privatøkonomi:

Det kan godt være lidt trægt [at motivere hjælpere til at tage en assistentuddannelse], men vi gør et ihærdigt forsøg. Tit er det deres privatøkonomi, det kommer an på, og de har ikke råd til at gå i gang med en uddannelse, og det er ikke de helt unge piger, vi har. (Leder, udeområdet)

Det at få [hjelperne] motiveret [til en assistentuddannelse] er ofte en noget længere proces. Fordi de bliver utrygge ved, ”så skal jeg ind og læse, og så skal jeg til eksamen, tror du godt, jeg kan det her? Og hvad med min løn?”. Der er mange ting, der gør sig gældende. (Leder, indeområdet)

En anden barriere er i forlængelse heraf, at assistentuddannelsen er blevet længere, og ikke mere er en overbygning på hjælperuddannelsen (se afsnit 2.3):

De [hjelperne] står ikke på spring for at blive assistenter. Det var nemmere for år tilbage, hvor uddannelsen til assistent ikke var så lang. Den er jo tusselang nu, og det er faktisk en udfordring. (Leder, udeområdet)

Imidlertid skinner det også tydeligt igennem hos lederne – ligesom det gør hos medarbejderne – at mange hjælpere *ikke har lyst* til at blive assistenter. De opgaver, der særligt adskiller hjælpere fra assistenterne, er sundhedslovsopgaverne, og for mange af hjælpere er det ikke det, der interesserer dem. Deres fokus er på relationsdannelse og arbejdet med at hjælpe borgerne til en bedre livskvalitet – særligt de borgere, som af forskellige årsager kan være svære at hjælpe:

Jeg har utrolig mange dygtige hjælpere, som også sagtens kunne tage uddannelsen til assistent, hvis det var det, de havde lyst til. Men det er ikke det, de har lyst til. De er rigtig glade for de opgaver, de har, og prioriterer plejen rigtig meget, og det synes jeg er fint. (Leder, udeområdet)

Lederne har altså fokus på at motivere de hjælpere, de kan, til at videreudanne sig til assistenter, men de oplever også, at der er en række forskellige barrierer for det.

5.5.4 Opsamling: Kompetenceudvikling i praksis

Analysen peger på, at medarbejderne oplever relativt gode muligheder for kompetenceudvikling. Men assistenter efterspørger og har flere muligheder for kompetenceudvikling end hjælpere.

Kompetenceudvikling sker via interne såvel som via eksterne uddannelser, særligt korte AMU-uddannelser, der ikke kræver arbejdsgiverbetaling. Men den form for kompetenceudvikling, som

de fleste medarbejdere oplever, sker i hverdagen og består primært i oplæring til sundhedslovsydelser, der kræver (borger)specifik kompetence, samt forskellige interne mere eller mindre systematiske og strukturerede undervisningstiltag og møder, herunder de tværfaglige triagemøder.

Lederne har fokus på kompetenceudvikling, særligt af medarbejderne til at løse sundhedslovsopgaver og på at motivere hjælpere til at videreudanne sig til assistent. Men oplevelsen er – i tråd med medarbejdernes – at mange hjælpere ikke ønsker at blive assistenter. Lederne oplever, at der kan være en række barrierer for hjælperne, fx økonomi under uddannelsen, deres skriftlige kompetencer og modet til at vende tilbage til "skolebænken", som det formuleres af flere deltagere.

5.6 Medarbejdernes oplevelse af deres fags omdømme og fremtid

Afsnittet beskriver, hvordan de deltagende medarbejdere ser på faget indefra, og hvordan de oplever, der bliver set på faget udefra. Det handler om egen stolthed over at gøre en forskel for borgerne, om de fordømme, de møder, manglende viden om assistenters arbejde, det billede, medierne tegner af faget, og fagets status og fremtid.

5.6.1 Stolthed: "Det er mit motto at gøre en forskel"

Medarbejderne i denne undersøgelse har i gennemsnit over 20 års anciennitet – hjælperne et par år mere end assistenterne. Det er altså medarbejdere, som har været i faget meget længe og oplevet en lang udvikling – ikke mindst i måden, faget bliver set på og italesat på: i samfundet, blandt elever, i pressen og blandt dem selv.

Det går igen på tværs af interviewene, at denne gruppe medarbejdere er stolte af deres fag, stolte af det, de laver, og af de borgerforløb, de fortæller om. Stoltheden kæder de sammen med oplevelsen af at gøre en forskel i mange borgers liv:

Jeg er generelt stolt af mit job og den forskel, jeg gør ude hos borgerne. (Hjælper, udeområdet)

Det er mit motto at gøre en forskel. Der er mange solskinshistorier. Jeg er stolt af det, jeg gør. (Hjælper, indeområdet)

Mange af medarbejdernes cases viser, at de oplever taknemmelige borgere såvel som pårørende, der nogle gange er positivt overraskede over, hvad personalet på plejehjem og i hjemmeplejen formår at gøre for dem eller deres kære:

Jeg hører tit: "Det er dejligt, du kan passe på vores ældre, når vi ikke kan". (Hjælper, indeområdet)

Og den anerkendelse, medarbejderne møder, både af deres indsats og de resultater, de opnår, betyder noget for dem:

Noget, der kan røre en, er, hvis man har haft et terminalt forløb, og så man læser dødsannoncen, og så står der: "En særlig tak for kærlig pleje og omsorg fra hjemmeplejen." Så klapper man sig selv på skulderen. (Assistent, udeområdet)

Men samtidig står stoltheden, glæden ved at gøre en forskel og anerkendelse i skærende kontrast til den måde, medarbejderne generelt oplever fagets omdømme.

5.6.2 Fordomme om hjælpere: "Studenterhuen trykker ikke"

"At du gider, kunne du ikke have fundet på noget andet?". (Hjælper, udeområdet)

"Hvorfor læser du ikke videre til assistent?". (Hjælper, indeområdet)

Sådan oplever nogle medarbejdere at blive mødt, når de fortæller, at de er social- og sundhedshjælpere. Mange medarbejdere oplever, at der ikke er et positivt billede af dem og deres fag, og at der er nogle typiske fordomme om dem – trods det faktum, at de også møder roser og anerkendelse for deres indsats. En hjælper med flere årtiers erfaring forklarer her – i meget direkte vendinger – hvordan hun oplever, der bliver set på hjælperne:

Vi er nederst i hierarkiet, vi er dem, alle folk tørrer fødderne af på. Folk kigger på en og tænker, "nå, var det så, hvad de kunne blive til? Studenterhuen trykker vel ikke i panden på dig? Du har sikkert også fire kviklån og fire børn med tre forskellige mænd og bor i et socialt boligbyggeri og får boligsikring!". Der er ingen, der bekymrer sig om, at jeg faktisk har en ret pæn studentereksamen og en hf i psykologi, og at jeg laver det her, fordi jeg godt kan lide det. (Hjælper, udeområdet)

Fordommene handler i høj grad om hjælpernes fag, og hvad det egentlig er, de laver og kan. Og her oplever mange medarbejdere, at en udbredt fordom er, at hjælpernes arbejde primært er, at "vi skifter bleer" (Hjælper, udeområdet). Eller som det mere bramfrit formuleres af mange medarbejdere: "Den her gamle skrøne: "Nå, du er røvvasker!" (Hjælper, udeområdet). Den opfattelse af særligt hjælpernes rolle står i stærk kontrast til den kernefaglighed, der er beskrevet i afsnit 5.1. Medarbejderne finder synet og fordommene både forkerte og skadelige for den fremtidige rekruttering til faget:

Mit helt klare indtryk er, at det fag, vi arbejder indenfor, har lavstatus. I mange år har det været sådan, at kunne man ikke blive andet, kunne man vel altid arbejde med de gamle. Vi er for dårlige til selv at sige, hvad det her, det handler om. Hvis man procentvis skulle regne ud, hvor mange minutter af vores arbejdsdag, der går med at tørre den der mås, så er det jo ikke ret meget. For mine kolleger i dagvagten er det en forsvindende lille del af deres arbejdsdag, der overhovedet har med personlig hygiejne at gøre. Vi er ikke gode nok til at fortælle, hvad vi også er. Vi er jo faktisk lige ved at være i familie med de ældre mennesker, som vi passer. Det er tæt på. Nogle af dem kommer der ikke andre hos end os, og de ser ikke andre end os personaler. Så jeg synes faktisk, vi skal klappe os selv på skulderen i stedet for at nedgøre os selv. Jeg kunne aldrig drømme om ikke at stå ved, hvad jeg arbejder med. Jeg er social- og sundhedshjælper. Jeg er ikke kun hjælper. Og jeg har det faktisk stramt med, når det bliver sagt om os. (Hjælper, indeområdet)

Som denne hjælper er inde på her, så har en del af medarbejderne en oplevelse af, at det ikke kun er folk uden for fagene, der så at sige "taler området ned". Det oplever de også, at der kan være en tendens til inden for fagene. For eksempel ved at sige, at man "kun" eller "bare" er hjælper, som også denne assistent påpeger:

Vi snakker meget med vores hjælpere om, at de skal holde op med at sige, at de "bare" er social- og sundhedshjælpere. De skal lade være at tale sig selv ned, for de er ikke "bare" hjælpere. (Assistent, udeområdet)

Oplevelsen af, at hjælperfaget er lavstatus, er tydelig blandt de medvirkende medarbejdere, også selvom de selv er stolte af deres fag og glade for deres arbejde, som de synes er meningsfuldt og vigtigt.

5.6.3 Uvidenhed om assistenter: "Det er lidt fluffy"

Assistenterne oplever i høj grad også, at omverdens syn på dem er præget af uvidenhed og uklarhed. Og selvom uddannelsen til social- og sundhedsassistent er tæt på at være 30 år gammel, så oplever medarbejderne, at faget står uklart i manges bevidsthed:

Jeg synes, det er svært. Jeg synes aldrig den fagtitel [social- og sundhedsassistent] er blevet ordentligt anerkendt faktisk. Jeg er jo tilbage fra dengang, den blev opfundet. Så jeg fik et chok, da den fik så frygteligt langt et navn. Det er lidt fluffy, der er ikke nogen betegnelse for det umiddelbart, heller ikke i befolkningen. En tømrer, ja det er ham, der hamrer. Hvad laver en social- og sundhedsassistent? Ja, det ved jeg faktisk ikke. (Assistent, indeområdet)

Uklarheden giver sig også udslag i, at hjælpere og assistenter ofte ses som én gruppe: SOSU'erne (eller nogle steder "FOA'erne"):

Når man hører nyhederne, at de siger "SOSU'erne", så bliver det én pærevælling. Det er ikke delt op [i assistenter og hjælpere]. (Assistent, udeområdet)

Det er et langt navn [social- og sundhedsassistent], så mange gange siger man bare assistent; men assistent til hvad? Alle vidste, hvad en sygehjælper var, [som var forløberen for social- og sundhedsuddannelserne]. Det er lidt utroligt, vi stadig kæmper med det. Navnet ligger for tæt på social- og sundhedshjælper. (Assistent, indeområdet)

Selvom der findes næsten tre gange så mange assistenter som sygeplejersker i kommunerne, så oplever assistenterne, at sygeplejerskerne som faggruppe og som profession har en langt tydeligere profil og identitet, samtidig med at faget har en helt anden og højere status:

Det er bare mere anerkendt at have titlen som sygeplejerske. Dét er en vigtig profession. (Assistent, udeområdet)

Alle ved, hvad en sygeplejerske laver. Alle ved ikke, hvad en assistent laver. (Assistent, indeområdet)

Så assistenterne oplever, at de "stadig kæmper" med at få en tydelig faglig identitet, på trods af at uddannelsen er fra 1991, og de siden 2008 har været autoriserede sundhedspersoner.

5.6.4 Mediernes rolle: "Man skal virkelig kæmpe mod de dårlige sager"

Social- og sundhedsfagenes omdømme i det bredere samfund påvirker tilgangen af nyuddannede. Og her spiller medierne en væsentlig rolle ifølge medarbejderne. Dette skal utvivlsomt ses i lyset af, at interviewene er foretaget i september 2020, og at foråret har været præget af flere mediesager. Optagelser af social- og sundhedsmedarbejdere har vakt stor politisk og samfundsmæssig bevågenhed og debat om ældreplejen. Der har både været skjulte såvel som private optagelser af medarbejdernes interaktion med demente borgere. Mediedækningen af

disse sager har udgjort en fælles kontekst, som medarbejderne fra de 10 medvirkende kommuner alle har talt ind i. Sagerne har betydet, at mediernes rolle i forhold til fagenes ry og rygter har fyldt en del i medarbejdernes bevidsthed – netop i efteråret 2020. Medarbejderne er udmærket klar over, at det er – det, nogle af dem kalder – ”de rådne æbler”, der udgør en historie til medierne:

Og desværre er det altid de rådne æbler, der stikker ud, sådan er det jo. Det er jo aldrig dem, der gør det godt: Det sælger ikke aviser eller tv-udsendelser. Det er ikke sexet at gøre det godt på et plejehjem. Desværre. Det burde være omvendt. (Hjælper, indeområdet)

Når mediasagerne ruller, forstår medarbejderne godt, at både borgere og ikke mindst pårørende bliver mere på vagt og mistroiske over for dem:

Der er ikke noget at sige til, at pårørende stiller spørgsmålstejn til vores arbejde, at de er mere oppe på barrikaderne i forhold til deres gamle mor og far, når de ser sådan noget [som TV2's dokumentar "Plejehjem bag facaden" fra 2020] i medierne. (Assistent, indeområdet)

Men det kan være hårdt for den enkelte at skulle konfronteres med det billede, der tegnes af medarbejderne og deres fag, når der generaliseres om hele området. Det forklarer denne assistent på et plejehjem:

Man skal virkelig kæmpe, når der kommer de dårlige sager [i medierne]. Jeg stod nærmest og skændtes med min genbo: Han synes, det var for dårligt, men sådan noget [som det, der skildres i TV2's dokumentar om "Plejehjem bag facaden"] kunne aldrig nogensinde ske på mit plejecenter: Nogle ville stoppe mig, eller jeg ville stoppe en kollega. Han generaliserede. Jeg bliver ramt på min faglighed af det. Der måtte jeg virkelig op at stå! (Assistent, indeområdet)

Samlet set oplever medarbejderne helt entydigt, at mediedækningen af deres respektive fag og af ældreområdet generelt er med til at ”tale faget ned”, som det formuleres. Og med det afsæt synes de, det er svært selv at medvirke til at skabe et mere positivt billede af deres fag og deres uddannelse:

Vi har igennem mange år snakket om, hvordan vi kunne ændre synet på uddannelsen ved, at man selv skulle snakke godt om den og løfte den fagligt. (Assistent, indeområdet)

Men det er svært, når alt i medierne kun fremhæver det dårlige. (Assistent, udeområdet)

5.6.5 At blive hjælper som sidste mulighed: ”Hvis man ikke kan blive andet ...”

Medarbejderne peger på flere faktorer, når de selv skal forklare, hvorfor de tror, deres fag har det omdømme, de oplever, at det har. De faktorer har som fællesnævner en oplevelse af, at ”kan man ikke blive andet, kan man altid blive social- og sundhedshjælper” – en opfattelse mange medarbejdere oplever er udbredt.

Nogle medarbejdere peger bl.a. på, at erhvervsuddannelsen til social- og sundhedshjælper er en af de korteste, der findes, at praktikken er lønnet, og at man derfor har mere end en SU, og

at man med en hjælperuddannelse i ryggen kan være rimeligt sikker på at kunne finde arbejde. Men de peger også på, at de ikke mener, det altid tiltrækker de bedste eller de rigtige til faget:

Det er vel stadigvæk en af de korteste uddannelser, der findes. Og jeg ved, at det stadigvæk er sådan, at man på produktionsskoler gør de unge folk klar til, at de kan komme ud og passe de ældre, for de har ikke andre uddannelser, de kan stoppe dem ind på. Vi har mange ordblinde, mange som ikke har dansk som første sprog. Det er sådan lidt, at hvis man ikke kan blive andet, så kan man blive hjælper. (Hjælper, udeområdet)

Flere oplever også, at hjælperuddannelsen bliver brugt som en sidste udvej af nogle kommunale jobcentre:

Desværre har jeg en oplevelse af, at når jobcentre skal sidde og finde på noget til nogle, der ikke ved, hvad de skal, så er det vores fag, der kommer op af skuffen: "Hvis du ikke kan blive andet, kan du altid blive det her". Og jeg er overbevist om, at hvis vi skal gøre noget godt for vores fag, så skal man ikke vælge det her, fordi man ikke har andre muligheder. Så skal man vælge det, fordi det er det, man gerne vil. Vi har valgt det, fordi vi ønsker det. Nogle af dem, vi har set gennem de senere år, de har ikke selv valgt det. Og det kan man godt se på kvaliteten af de kolleger, vi sommetider har, det må jeg være ærlig at sige. (Hjælper, indeområdet)

Samlet set oplever medarbejderne, at særligt hjælperuddannelsen i for høj grad bruges som og bliver et resultat af fravalg og manglen på andre muligheder, end et tilvalg af faget og det arbejde, det indebærer, og at det har negative konsekvenser for såvel faget som for ældreplejen.

5.6.6 Generationsforskelle: "Jeg arbejder ikke i det her fag for at opdrage børn!"

Med en gennemsnitlig anciennitet på over 20 år er der sket meget, siden de deltagende medarbejdere selv var elever til i dag, hvor nye elever kommer i praktik. Det skinner meget tydeligt igennem i medarbejdernes generelle oplevelse af de elever, der i dag er på uddannelsen. Desuden skal det nævnes, at en del af medarbejderne i interviewanalysen også er praktikvejledere.

Medarbejderne italesætter flere udfordringer med elever på uddannelserne. En stor udfordring er, at nogle elever har meget begrænset erfaring med alle former for praktiske opgaver i hjemmet. Eksemplerne er mange og ganske konkrete: Elever, der ikke ved, hvad en gulvspand er, aldrig har tørret et bord af, ikke har brugt en toiletbørste. Medarbejderne sammenligner med dem selv, og hvad de vidste og kunne, da de var i samme alder. Og her ses et tydeligt generationsskel. Nogle medarbejdere sætter begreb på det, de oplever, nemlig at en ikke ubetydelig del af eleverne er "curlingbørn":

Vi har været uheldige i forhold til elever. De er meget unge. Vi har haft utrolig mange ufaglærte sommeren over. Vi hiver revl og kravl ind. Og de unge er – nu træder jeg måske nogen over tæerne – curlingbørn i dag. Jeg ville ønske, de var 5 år ældre. De er ikke klar over, at en klarklud skal være våd, når man vasker bordene. De ved ikke, hvordan toiletbørsten skal bruges, for mor plejer at gøre det. Jeg er lige ved at korse mig. Jeg arbejder ikke i det her fag for at opdrage børn. Min tålmodighed ryger. Ubehøvlede og uvidende teenager er et kæmpe problem, og vi bruger så meget krudt på det. Bare det, at de møder op, kan være en attraktion den dag. De glemmer at sygemelde sig, glemmer at komme tilbage, de melder sig ikke raske. Vi

skal ikke opdrage på børn. Når de vælger en voksenuddannelse, må vi have krav til, at de kan nogle ting. (Hjælper, udeområdet)

"Curlingbørn" stiller nogle andre krav til medarbejdere om ikke kun at uddanne elever i de kompetencer, der hører til faget. De oplever, at deres opgave som vejledere går langt ud over faget, og det frustrerer voldsomt. På den ene side er de godt klar over, at der er hårdt brug for flere medarbejdere. Men på den anden side er de også bekymrede for, hvad faget bliver til, hvis man er for ukritisk med, hvem der kommer ind i faget. Det stiller dem i et dilemma:

Jeg har været vejleder længe, og jeg har haft nogle, der er blevet sat på den hylde [hjælperuddannelsen], fordi de skal jo have penge. De er svære at dumpe. Jeg har haft en ung fyr, som absolut ikke var egnet og ikke ville modtage vejledning, så var det mig, der var noget galt med, sagde han, fordi jeg stillede for store krav. Jeg skulle langt ud for at få ham dumpet. Sådan er systemet, men det kan ikke passe, at han skal have tre chancer. Jeg måtte ringe og vække ham hver morgen. (Hjælper, indeområdet)

En anden udfordring i forhold til nogle elever er, at de i nogle tilfælde har meget virkelighedsfjerne forventninger til faget og det arbejde, de skal udføre. Det gælder ikke kun deres viden om, hvordan man udfører almindelige praktiske opgaver i hjemmet, men også om, hvordan man opfører sig i andre menneskers hjem, hvordan man omgås borgerne, hvad det vil sige at udføre personlig pleje og at være tæt på et andet menneskes krop:

De sidste tre elever, jeg har haft med ude, vil helst, hvis de kan være foruden at røre ved et andet menneske. Jeg tænker, at de mangler noget viden omkring, hvad de er gået ind til. (Hjælper, udeområdet)

De virkelighedsfjerne forventninger handler også om assistentuddannelsen, som siden 2017 har været en selvstændig uddannelse og ikke en overbygning på hjælperuddannelsen. Hvor assistentelever i dag starter direkte på assistentuddannelsen, havde de tidligere gennemgået hjælperuddannelsen. Det betyder, at deres viden om arbejdet i hjemmeplejen og på plejehjem er på et andet niveau end tidligere. Dermed kan de også have nogle helt skæve forventninger til, hvad de egentlig er gået ind til:

Jeg er praktikvejleder, og det er en ny måde, man får eleverne på i forskellige skoleforløb [efter den selvstændige assistentuddannelse i 2017]. Vi får nogle, der er rigtig grønne. De er chokerede over, hvor meget de skal kunne som assistenter. De troede, at det nok mere var at passe nogle gamle og hygge sig lidt, men der er mange forventninger til dem. Vi har nogle stykker, der bakker ud, for de er slet ikke klar til det. (Assistent, indeområdet)

Omvendt er der andre assistentelever, som tror, at assistenternes rolle stort set kun er at udføre sundhedslovsopgaver og ikke servicelovsopgaver, som fx rengøring. Det anser de for hjælpernes uddannelse og arbejde:

Det, jeg mangler er, at de forventer, de skal kunne det hele som assistenter: De skal også have serviceloven. De siger: "Jeg skal ikke gøre rent, for jeg læser til assistent". Men det er en del af helhedsplejen, og nogle gange er rengøring altså første del af opsporingen af, at borgeren er ved at blive dårlig, fx at blomsterne er visne. (Assistent, udeområdet)

En kvalitativ interviewundersøgelse blandt medarbejdere med en gennemsnitsanciennitet på over 20 år kan intet sige om, hvad elever på uddannelserne *generelt* kan eller forventer. Men den kan vise, at medarbejderne i undersøgelsen oplever en meget tydeligt generationskløft mellem dem selv og en stor del af eleverne i dag.

5.6.7 Medarbejdernes dom: "Vil du anbefale din uddannelse til andre?"

Jeg vil ikke råde nogen til at gå ind i det her fag, overhovedet! (Hjælper, udeområdet)

Denne holdning havde mange af de medvirkende medarbejdere, men der var forskel på de to fag, og det var særligt blandt hjælperne, at denne holdning var udbredt.

Holdningen kom tydeligt til udtryk – selvom medarbejderne generelt gav klart udtryk for, at de personligt var stolte af deres fag, det arbejde, de udfører, og den forskel, de oplever at gøre for borgerne. Alligevel er det ikke et fag eller et arbejde, de fleste af dem ville anbefale til andre.

Den primære årsag er ifølge medarbejderne oplevelsen af at have (for) travlt, og den udvikling området er i, hvor medarbejdere oplever, at de i stigende grad bliver presset på tid:

Det er ikke uddannelsen, der sælger, fordi man har bare rigtig travlt. Man skal nå rigtig mange borgere på ret kort tid, og du har ikke den tid ved den enkelte borger. Hvis de nu bliver mere syge, end de plejer, så bruger du mere tid. Og den skal du så hente ved de andre borgere. Det er svært at reklamere for. (Hjælper, udeområdet)

Jeg synes, der er alt for travlt. Vi løber rundt, og vi kan næsten ikke tænke, når vi går hjem. Vi passer gamle mennesker, og de bliver bare svagere og svagere. Det er svært at gå ud og reklamere for det, fordi man selv synes, det er så smadderhårdt. (Hjælper, indeområdet)

Der er ikke ret mange af dem, jeg kender, der vil ind i det her fag, for de ved godt, hvor hurtigt vi løber. (Hjælper, indeområdet)

Ikke alle medarbejdere deler denne oplevelse, men travlhed og tid blev fremført som den primære årsag til, at de ikke selv ville anbefale deres uddannelse til andre.

En anden årsag, som fylder meget for medarbejderne i denne undersøgelse er, at de oplever faget som fysisk krævende. Her skal det bemærkes, at dem, der har været i faget i mange år, også har oplevet en tid, hvor der ikke var samme fokus på anvendelse af hjælpemidler i forbindelse med forflytninger. Det sætter sig sine spor – i led og ryg ikke mindst. Men det er ikke kun de erfarne medarbejdere, som peger på dette aspekt:

Jeg fortryder nogle gange, at jeg valgte den her vej. Altså borgerne kan jeg godt lide. Det pres, der er derude. Man ødelægger sig selv. Jeg har allerede i en alder af 27 fået ondt i ryggen og problemer med skulderen. Man bliver slidt. (Hjælper, indeområdet)

Samlet set betyder det, at medarbejderne i denne undersøgelse – særligt hjælperne – føler de har svært ved at reklamere for deres eget fag. Der er dog undtagelser, men de er få:

Jeg har sagt til mine sønner [der er i 20'erne], som ikke ved, hvad de vil: "Kom ind i hjemmeplejen og prøv det af, hvis du kan lide at have med mennesker at gøre og ikke har ambition om at tjene en masse penge". (Hjælper, udeområdet)

På den ene side er medarbejderne stolte af deres fag og kan lide at arbejde med borgerne og har så at sige holdt til faget i mange år. På den anden side er de tydeligt frustrerede over fagets omdømme, som de oplever, at medierne også bidrager til, og arbejdsvilkårene, særligt de styringsmæssige rammer. Det er de primære årsager til, at medarbejderne i denne undersøgelse langt overvejende ikke ville anbefale deres fag til andre.

5.6.8 Opsamling: Social- og sundhedsfagernes omdømme og fremtid

Medarbejderne i denne analyse er stolte af deres arbejde og den forskel, de gør for borgerne. Det viser også medarbejdernes cases, som alle handler om borgerforløb, de af den ene eller anden grund er stolte af. Og det på trods af medarbejdernes oplevelser af de fordomme, de bliver mødt med, og fagets omdømme i omverdenen. De møder fordomme om, at deres arbejde er at skifte bleer – og at det kan alle da gøre, at faget generelt har lavstatus og bliver brugt som en sidste mulighed for personer, der ikke ved, hvad de ellers skal arbejde med. Medarbejderne oplever også en generel uvidenhed om deres arbejde, som de bl.a. tilskriver uddannelsernes navne, og at de bliver betragtet som en fælles masse: "Sosu'erne". Det står i skarp kontrast til de forskelle på assistenter og hjælperes opgaver og kompetencer, som denne analyse også har afdækket. Medarbejderne peger også på mediernes rolle i fagets omdømme og for tilgangen til faget. Medarbejderne siger da også selv, at de ikke vil anbefale deres fag til andre, primært grundet udviklingen i rammerne med øget tidspres. Der er stort behov for at øge tilgangen til faget, men medarbejderne er også bekymrede for fagets fremtid, hvis man er ukritisk med, hvem man ansætter. De oplever, at eleverne på uddannelserne i dag er meget unge, har meget forskellige forventninger til faget og mangler erfaring med praktiske opgaver.

5.7 Opsamling: Medarbejdernes perspektiv

Analysen af medarbejdernes perspektiv på deres opgaver, roller og kompetencer er bl.a. baseret på medarbejdernes egne borgercases. Medarbejdernes cases handler oftest om borgere, der er svære at hjælpe, fx grundet demens, misbrug, sociale problemer eller andet. Når medarbejderne skal beskrive deres arbejde, fokuserer de ikke på evnerne til at udføre opgaver inden for praktisk hjælp og pleje – fx sårbehandling eller medicinadministration. De fokuserer helt entydigt på relationsarbejde som deres kernekompetence.

I medarbejdernes perspektiv centrerer deres borgercases sig om at give borgerne bedre livskvalitet – i meget bred forstand. De vægter både sundheds- og socialfaglige aspekter. Medarbejderne forbinder ofte rehabilitering med bedre livskvalitet, når borgerne bliver i stand til at gøre ting, de før ikke troede, de kunne. En forudsætning for at kunne det er, at de overhovedet får lov at hjælpe borgerne, som kan være afvisende over for dem og det, de kan tilbyde. Det kræver, at de kan yde hjælpen på borgernes præmisser. En forudsætning for at komme dertil er, at borgerne har fået tilstrækkelig tillid til dem – ofte til dem som enkelt personer, og ikke blot som repræsentanter for en faggruppe eller "kommunen". Den væsentligste forudsætning for tillid er, at medarbejderne evner at danne en relation til borgerne, hvilket ofte kræver tålmodighed, vedholdenhed, og at medarbejderne evner at bruge sig selv i arbejdet. En helt grundlæggende organisatorisk forudsætning for, at alt dette kan lade sig gøre, er, at der er et vist mål af kontinuitet: Både i relationen mellem den enkelte medarbejder og borgeren og i relationerne

blandt medarbejderne, så de kan levere en koordineret holdindsats præget af kontinuitet i deres tilgang til borgerne. Medarbejdernes cases rummer således ofte forløb over længere tid, hvor der er høj kontinuitet, og hvor de er den primære kontaktperson.

Der er mange fællestræk på tværs af assistenter og hjælpere perspektiv på deres opgaver og kompetencer. Men der er også forskel på deres roller. Assistenterne beskriver deres rolle med begreberne "*tusindkunstner*" og "*små sygeplejersker*", der kan favne både sygeplejerskers og hjælpere faglighed og opgaver. Hjælperne betragter deres rolle som det at yde omsorg og nærvær for borgerne. Og hjælperne er bevidste om, at flere sundhedslovsydelse giver mere dokumentationsarbejde og mindre borgertid, hvilket de ikke er interesserede i.

Medarbejderne oplever, at der er kommet et større skel mellem hjælpere og assistenters opgaveløsning. De oplever, at assistenterne har overtaget mange sundhedslovsopgaver, som hjælperne tidligere havde. Det giver hjælperne oplevelsen af at få frataget kompetencer. Medarbejderne oplever imidlertid, at der er stor lokal variation i fordelingen af sundhedslovsopgaver både for hjælpere og assistenter, hvor der ses eksempler på assistenter, som stort set kun løser servicelovsopgaver, og assistenter, der næsten kun har sundhedslovsopgaver. Hvilke opgaver medarbejderne udfører i praksis, afhænger dels af, i hvilken kommune de er ansat, dels om det er på ude- eller indeområdet. På indeområdet, hvor medarbejderne arbejder tættere sammen, er der en tendens til, at social- og sundhedsmedarbejdere varetager flere sundhedslovsopgaver end på udeområdet. Medarbejderne oplever i den forbindelse, at det er sygeplejerskerne, der bestemmer, hvilke sundhedslovsopgaver de løser, og derfor er opgaveoverdragelse afhængig af sygeplejerskernes kendskab til medarbejderne.

Flere af de interviewede medarbejdere har en funktion i tillæg til deres rolle som assistent eller hjælper, fx ressourceperson, demenskonsulent, planlægger, praktikvejleder, koordinator. Analysen viser, at der er flere muligheder for såvel kompetence- som jobudvikling i social- og sundhedsfagene, men flere muligheder med assistentuddannelsen både i form af videreuddannelse og jobudvikling inden for faget. Medarbejderne oplever, at mulighederne afhænger af den lokale ledelse, og analysen peger da også på, at mulighederne varierer fra kommune til kommune.

Ledernes perspektiv på job- og kompetenceudvikling indgår også i analysen. Lederne har fokus på at skabe attraktive arbejdspladser særligt for assistenter, som de oplever størst mangel på. Derfor har de fokus på at kompetenceudvikle medarbejdere til at kunne løse flere sundhedslovsopgaver og at motivere hjælpere til at videreudanne sig til assistent. Det er både lederes og medarbejderes oplevelse, at hjælpere generelt ikke har et ønske om at blive assistenter. Hjælperne lægger vægt på den kontinuerlige, tætte og personlige kontakt til borgerne, og det oplever de, at hjælpere i langt højere grad har mulighed for end assistenter.

Selvom medarbejderne peger på mange positive udviklinger i faget, er deres oplevelse af udviklingen i rammerne omkring opgaverne mindre positiv. Medarbejderne oplever at have mindre tid til opgaveløsningen hos den enkelte borger end tidligere. De oplever også at skulle bruge unødigt meget tid på samarbejdet eller forhandlinger med visitationen omkring tid til borgeropgaverne, hvilket opleves som tidskrævende. Oplevelsen er også, at dokumentation og skriftlighed i det daglige arbejde fylder mere og mere.

Det er især udviklingen i rammerne på området, som gør, at medarbejderne ikke vil anbefale deres fag til andre. De oplever generelt, at det er svært at ændre på fagets omdømme særligt i perioder med mange negative mediesager. De oplever at blive mødt med mange fordomme, uvidenhed om, hvad de egentlig laver, og er bekymrede for fagets fremtid, hvis man er for

ukritisk med, hvem der kommer ind i faget. Dog udtrykker medarbejderne en stor stolthed ved deres fag, arbejde og den forskel, de gør ude hos borgerne.

Et sidste forhold er værd at bemærke. Analysen i kapitel 4 af opgaverne og deres fordeling på medarbejdergrupper italesætter området i termer, der refererer til indsatser, der kan genfindes i ydelseskataloger og kvalitetsstandarder. Denne italesættelse af området er dog væsensforskellig fra den, der kommer til udtryk i dette kapitel om medarbejdernes perspektiv på området. Medarbejderne taler om længerevarende processer præget af kontinuitet, hvor begreber som relationsdannelse, tillid, borgernes præmisser og livskvalitet er centrale. De italesætter ikke deres arbejde som at levere ydelser til borgere. De bruger ikke et sprog præget af ydelser på kørelister, kvalitetsstandarder, ydelseskataloger og kompetenceskemaer. Medarbejdernes italesættelse af deres arbejde baserer sig således på en helt anden forståelse af kerneopgaven end den, der kommer til udtryk i analysen af fordelingen af opgaver.

6 Konklusion

Formålet med denne rapport er at skabe et detaljeret, nuanceret og konkret billede af social- og sundhedsmedarbejdernes arbejde i kommunerne. Dette kapitel samler op på rapportens analyser i kapitlerne 2-5.

Udviklingen på social- og sundhedsområdet påvirker social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenteres opgaver. Udviklingen er præget af flere ældre og flere med kroniske sygdomme, samtidig med at andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, og det gennemsnitlige antal timer, hver borger får hjemmehjælp, falder. Kortere hospitalsophold, ikke mindst for de ældre, har også betydning for opgaveløsningen for hjælpere og assistenter, da kommunerne skal håndtere nye opgaver og flere og mere komplekse borgere. Samtidig er det kommunale sundheds- og ældreområde præget af omfattende og vedvarende rekrutteringsudfordringer, selvom der siden strukturreformen i 2007 er kommet 75 % flere assistenter, så der i 2019 var over 30.000 assistenter i kommunerne. Antallet af hjælpere er i samme periode faldet med 1 %, men hjælperne er stadig den største faggruppe med over 37.000 i 2019. I dag er assistenter og hjælpere langt de største faggrupper i det kommunale sundhedsvæsen med ca. 13.500 sygeplejersker på tredjepladsen (heraf ca. 2.000 ledere). Desuden forlader et stort antal social- og sundhedsmedarbejdere arbejdsmarkedet i disse år, der ses en faldende beskæftigelsesgrad blandt social- og sundhedsmedarbejdere og en faldende tilgang til uddannelserne.

Sideløbende med disse udviklinger er der sket markante ændringer i social- og sundhedsuddannelserne. Formålet har været at tilpasse uddannelserne til udviklingen i sundhedsvæsenet og medvirke til at løse rekrutteringsudfordringer. Ikke mindst er assistentuddannelsen, som tidligere var en overbygning på hjælperuddannelsen, fra 2017 blevet en selvstændig uddannelse, der primært retter sig mod løsning af sundhedslovsopgaver (sygepleje), og som varer 3 år, 9 måneder og 3 uger. Siden 2008 har assistenter været autoriserede sundhedspersoner. Hjælperuddannelsen varer 2 år og 2 måneder

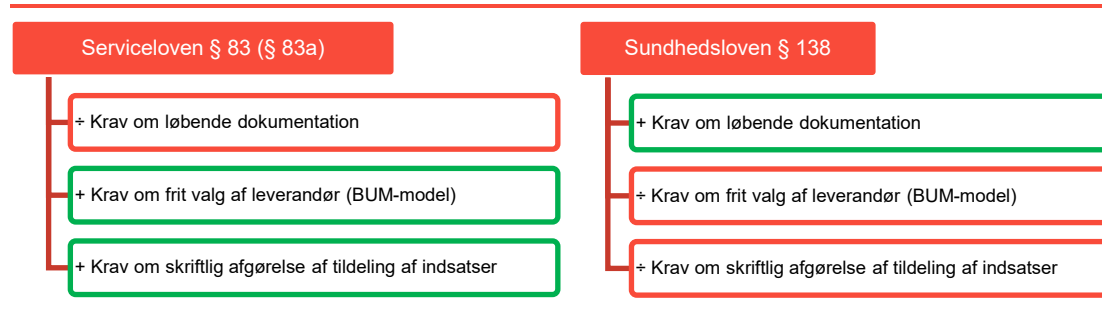
Hjælpere og assistenter arbejder under to forskellige lovgivninger, service- og sundhedsloven, som stiller forskellige rammer for deres arbejde: Under serviceloven skal kommunerne politisk fastlægge et lokalt serviceniveau på området. Det gøres via kommunale kvalitetsstandarder, der beskriver, hvilken hjælp en borger i en given situation kan forvente at få. Kommunerne skal også sikre, at alle modtagere af varig hjemmepleje kan vælge mellem flere leverandører, hvoraf mindst én skal være en privat udbyder. Desuden har borgerne ret til at få en skriftlig afgørelse på baggrund af en individuel vurdering, når der er tale om hjælp efter serviceloven, mens dette ikke gælder, hvis der er tale om indsatser under sundhedsloven. Kommunerne har således en myndighedsopgave, der består i at foretage den individuelle vurdering og tildele hjælp i henhold til serviceniveauet i kvalitetsstandarderne. Denne myndighedsopgave, hvor der træffes afgørelser, skal holdes adskilt fra udføreropgaven hos de minimum to leverandører. Disse rammer betyder, at social- og sundhedsmedarbejderne i kommunerne er "udførere" af indsatser fra et ydelseskatalog, som visiterende medarbejdere med myndighedsansvar har "bestilt" – også kaldet BUM-model.

På sundhedslovsområdet er rammerne ganske anderledes. Vurderingen af, hvordan sygeplejedydelser skal fordeles på de enkelte medarbejdere og faggrupper, foretages lokalt i kommunerne som led i den såkaldt *decentrale kompetencevurdering*. Desuden sker en del af den sygepleje, der udføres i kommunerne, på *delegation* fra en (oftest praktiserende) læge, hvilket ikke er tilfældet for de plejeopgaver, der løses efter serviceloven. Under sundhedsloven er der

ikke krav om nogen form for skriftlig afgørelse, men til gengæld stilles der højere krav til løbende dokumentation af indsatserne.

(Hjemme)plejeopgaver efter serviceloven (enten varigt efter § 83 eller tidsafgrænset efter § 83a) og sygeplejeopgaver efter sundhedsloven (§ 138) reguleres efter forskellige regelsæt, som illustreret i Figur 6.1:

Figur 6.1 Illustration af forskelle i rammer og krav under service- og sundhedsloven



Kilde: Egen tilvirkning.

Ofte løser social- og sundhedsmedarbejdere – særligt assistenter – opgaver, der falder i begge kategorier og hos samme borger. Det har konsekvenser for kompleksiteten på det kommunale sundheds- og ældreområde.

Den kvantitative analyse af medarbejdersammensætningen i 6 af de 10 medvirkende kommuner viser, at assistenter gennemsnitligt udgør 34 % af de ansatte, hjælperne udgør 39 % og sygeplejersker 14 %, mens ufaglærte udgør 6 %. Disse gennemsnit dækker dog over en betydelig variation, fx udgør sygeplejersker i en kommune 10 % og i en anden 27 % af de ansatte på udeområdet. Desuden er der en væsentligt højere gennemsnitlig andel af sygeplejersker på udeområdet (19 %), end der er på indeområdet (ca. 10 %). Omvendt ses, at andelen af assistenter er højere på indeområdet (41 %) end på udeområdet (26 %).

Andelene af medarbejdere pr. 1.000 borgere varierer betydeligt for borgere på 65+ år, mens der ikke ses samme grad variation for borgere på 80+ år, hvor der findes en langt mere ligelig fordeling omkring et gennemsnit på ca. 245 fuldtidsårsværk pr. 1.000 borgere på 80+ år.

I den kvantitative analyse af medarbejdernes opgaver indgår tre case-kommuner. På servicelovsområdet tegner sig et ensartet billede på tværs af de tre kommuner. Langt den største enkelte indsats er *personlig hygiejne*, som tegner sig for 32-44 % af den planlagte tid på udeområdet til alle hjemmeplejeydelser.

På sundhedslovsområdet viser data fra de tre case-kommuner, at langt hovedparten af sundhedslovsindsatserne på udeområdet (61-85 %) planlægges på hjælpere og assistenter. Den resterende del (15-39 %) udføres af sygeplejersker. Dette fund er ikke overraskende set i lyset af den kraftige vækst i antallet af assistenter og udviklingen i deres uddannelse, som i stigende grad er blevet målrettet løsning af sundhedslovsopgaver, altså hjemmesygepleje.

Desuden tegner analysen af sundhedslovsydelse et ensartet billede af, hvilke indsatser der fylder mest samlet set: *medicinadministration og -dispensering, kompressions- og sårbehandling*. De fire indsatser er størst i alle tre case-kommuner, og de tegner sig for 65-72 % af den planlagte tid på udeområdet i kommunerne.

Kun i en case-kommune var det muligt at skelne mellem assistenters og hjælperes sundhedslovsydelse på udeområdet. Her tegnede hjælperne sig for 22 % af den planlagte tid i dagvagt, mens assistenterne tegnede sig for 39 % (og sygeplejerskerne for de resterende 39 %).

Kommunernes kompetenceskemaer udstikker rammerne for, hvilke sundhedslovsopgaver, hjælpere og assistenter må løse i praksis. Analysen finder, at der er betydelig variation i de medvirkende kommuners kompetenceskemaer, men fælles er, at hjælpere har kompetence til at udføre elementære opgaver i stabile og kendte forløb, der ofte ligger i forlængelse af plejeopgaverne, og at assistenter løser grundlæggende sygeplejeopgaver i stabile og delvist forudsigelige forløb. Assistenter har således kompetence til at udføre langt flere sundhedsopgaver end hjælpere. Medarbejderne i de 10 medvirkende kommuner oplever ligeledes, at der er stor lokal variation i fordelingen af sundhedslovsopgaver på de tre faggrupper, særligt i forhold til assistenternes opgaver på udeområdet: Her ses både eksempler på assistenter, som stort set kun løser servicelovsopgaver, og assistenter, der næsten kun har sundhedslovsopgaver. På indeområdet, hvor medarbejderne arbejder tættere sammen, er der en tendens til, at social- og sundhedsmedarbejdere varetager flere sundhedslovsopgaver end på udeområdet.

Analysen af medarbejdernes perspektiv på deres opgaver, roller og kompetencer tegner imidlertid også et andet billede af social- og sundhedsmedarbejdernes faglighed: Her er fokus ikke på indsatser til praktisk hjælp og pleje, sårbehandling eller medicinadministration. Medarbejdernes sprog omkring deres arbejde er et helt andet: De fokuserer entydigt på relationsdannelse til borgerne som deres kernefaglighed. Særligt i relation til borgere, som af forskellige årsager kan være svære at hjælpe, fx grundet nedsat kognitiv funktion, misbrugsproblematikker, social udsathed eller psykisk sygdom. I medarbejdernes perspektiv er det deres kompetencer til at skabe en tillidsfuld relation til borgerne, som er helt afgørende for deres mulighed for at hjælpe borgerne til – det, medarbejderne betegner som en – bedre livskvalitet, som dækker over sociale såvel som sundhedsfaglige elementer. Det er ofte i forløb, der varer mange måneder eller år.

Sammenhængen mellem de centrale elementer i medarbejdernes perspektiv på deres kernefaglighed er illustreret i nedenstående model:

Figur 6.2 Centrale elementer i medarbejdernes forståelse af deres kernefaglighed



Figuren illustrer sammenhængen mellem de centrale begreber i medarbejdernes forståelse af deres kernefaglighed. Figuren læses bedst nedefra:

- 5) I medarbejdernes perspektiv er det centrale i deres borgercases at give borgerne bedre **livskvalitet** – i meget bred forstand. De vægter både sundheds- og socialfaglige aspekter.
- 4) En forudsætning for at kunne det er, at medarbejderne overhovedet får lov at hjælpe borgere, som kan være afvisende over for dem og det, de kan tilbyde. Det kræver ofte, at de kan finde en tilgang til borgerne, der virker, og at de kan yde hjælpen på **borgernes præmisser**.
- 3) En forudsætning for at komme dertil er, at borgerne har tilstrækkelig **tillid** til medarbejderne – ofte til dem som enkelt personer og ikke blot som repræsentanter for en faggruppe eller "kommunen".
- 2) Den væsentligste forudsætning for tillid er, at medarbejderne evner at **danne en relation** til borgerne, hvilket ofte kræver tålmodighed, vedholdenhed, og at medarbejderne evner at bruge sig selv i arbejdet.
- 1) En helt grundlæggende organisatorisk forudsætning for, at alt dette kan lade sig gøre, er, at der er et vist mål af **kontinuitet**: Både i relationen mellem den enkelte medarbejder og borgeren, men også i relationerne blandt medarbejderne, så de kan levere en koordineret holdindsats præget af kontinuitet i deres tilgang til den enkelte borger.

Kilde: Egen tilvirkning.

Der er således mange fællestræk på tværs af assistenters og hjælperes perspektiver på deres opgaver og deres kernefaglighed. Men der er også forskelle mellem grupperne, og de er vokset med tiden: Uddannelserne har siden 2017 være helt adskilte. I dag retter assistentuddannelsen sig primært mod opgaver under sundhedsloven og hjælperuddannelsen mod opgaver under serviceloven. Interviewanalysen peger på, at assistenterne generelt er interesserede i sundhedslovsopgaver, mens hjælperne fokuserer på at yde kontinuert omsorg og nærvær over for borgerne som grundlag for relationsdannelse. Og hjælperne er bevidste om, at flere sundhedslovsydelse giver mere dokumentationsarbejde og mindre borgertid, hvilket de på ingen måde er interesserede i.

7 Perspektivering

Under arbejdet med denne rapport er vi løbende stødt på en række dilemmaer og paradokser, der ligger uden for rammerne og formålet med denne rapport, men som rummer væsentlige spørgsmål om det kommunale sundheds- og ældreområde, særligt i relation til styring og organisering af området. I denne perspektivering præsenteres og diskuteres tre temaer, der således ligger uden for rapportens formål.

Hvorfor styres plejeopgaverne i primær- og sekundærsektoren så forskelligt?

I debatten omkring det kommunale sundhedsvæsen fremføres ofte, at kommunerne – i modsætning til hospitalerne – mangler data, og at de ikke har kultur for dokumentation og registrering af data. Denne analyse har vist, at dette er en sandhed med store modifikationer: Hvilken hospitalsafdeling kan dissekere den sygepleje, afdelingen leverer i 39 + 4 forskellige former for sygepleje samt en 8-9 andre former for pleje, og desuden oplyse, hvor mange timer og minutter der bruges på hver enkelt af disse former for (syge)pleje hver evig eneste dag, måned og år? En hospitalsafdeling vil kunne redegøre for, hvor mange kroner og ører der hvert budgetår anvendes på sygepleje. Men ikke for, hvilke konkrete sygeplejeindsatser der er leveret til hvilke patienter (og ofte også til hvilken pris). Men det kan kommunerne – med forbehold for, at ikke alle kommuner er kommet lige langt med at implementere FSIII.

En væsentlig begrundelse for at styre (syge)plejeopgaverne i kommunerne på denne måde har været, at hvis man ikke ved noget om, hvad man leverer, så kan man ikke arbejde med kvaliteten. Men hvis det er hovedformålet, må man spørge sig selv, hvad i al verden, der er galt på hospitalerne, for i så fald er der vel ingen hospitalsafdelinger, der kan arbejde med kvalitet – når de ikke ved, hvor mange timer der bruges på personlig hygiejne, trakeostomipleje, medicinadministration eller at hjælpe patienter med udskillelser?

Dette synspunkt kommer man selvfølgelig ikke langt med i hospitalssektoren. Her vil man givet i stedet hævde, at man i langt højere grad arbejder systematisk med kvalitetssikring, kvalitetsforbedring og forskning, end man gør i kommunerne helt generelt.

Vores formål er ikke at forholde os normativt til disse forskellige perspektiver. Formålet er at sætte fokus på paradokset: Hvorfor griber de to sektorer plejeopgaverne så forskelligt an – eller rettere: Hvorfor griber de *styringen*, *registreringen* og *dokumentationen* af plejeopgaverne så forskelligt an? For gad vide om ikke det, plejepersonalet gør med patienterne (uagtet om de kalder dem borgerne i stedet), ligner hinanden væsentligt mere.

En del af svaret skal, som analysen i kapitel 3 har vist, findes i de vidt forskellige lovgivnings- og dermed styringsmæssige rammer på området, hvilket er temaet i de næste afsnit. Men en anden årsag er muligvis også et kommunalt behov for at kunne dokumentere udviklingen i de opgaver, kommunerne løser på området – ikke mindst det, der benævnes ufinansieret opgaveglidning: Altså det fænomen, at opgaver, som tidligere blev løst som led i en hospitalsindlæggelse, i dag i stigende grad løses i kommunerne som både sundheds- og servicelovsydelser, primært fordi indlæggelsestiden er faldet drastisk.

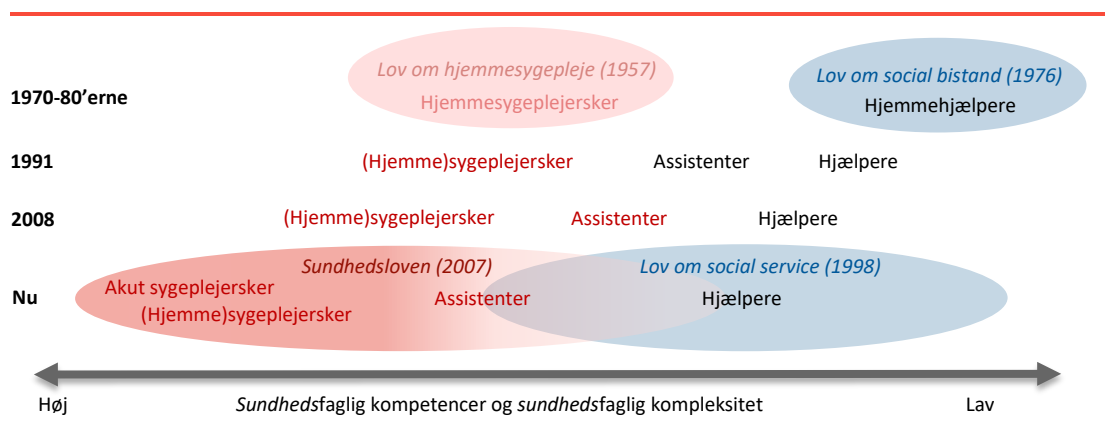
Hvorfor er plejeopgaverne delt på to lovgivninger i kommunerne?

I rapporten illustrerer vi delingen af plejeopgaverne i kommunerne ved at sammenligne med, hvordan plejeopgaverne reguleres i hospitalssektoren: På et hospital er al sygepleje reguleret af sundhedsloven. Der er ikke dele af de hospitalsansattes plejeopgaver, som er skilt ud under en anden lovgivning med andre krav og rammer omkring tildeling af indsatser, dokumentation af

indsatser og borgernes/patienternes ret til frit valg – og som således *ikke* regnes for sygepleje, men i stedet for plejeopgaver. Dette kan synes indlysende, hvis man ser på sundhedsvæsenet fra et hospitalsperspektiv. Men som denne rapport har vist, er dette ikke tilfældet i kommunerne.

I rapporten præsenteres en historisk forklaring på delingen af plejeopgaverne i afsnit 3.4: Historisk set har kommunernes opgave været social bistand, senere omdøbt til social service. Amternes og senere regionernes opgave har været at drive sundhedsvæsen for de syge. Men som vi viste i afsnit 3.4, er det med tiden blevet sværere klart at adskille de (pleje)opgaver, der ligger under hhv. sundheds- og serviceloven – end det var, dengang sygeplejen alene blev udført af autoriserede sygeplejersker og hjemmehjælp af hjemmehjælpere med få ugers kursus bag sig. I dag løser social- og sundhedsmedarbejdere opgaver under begge lovgivninger under samme besøg hos en borger. Den udvikling, der er sket, kan illustreres således:

Figur 7.1 Illustration af udviklingen af opgaver og faggrupper over tid



Note: De medarbejdere, som er markeret med **rød**, er autoriserede sundhedspersoner.

Kilde: Egen tilvirkning.

Som vi viste i kapitel 3, er der afgørende forskel på såvel borgernes retsstilling som de krav og rammer, der gælder for indsatser, alt efter om der er tale om service- eller sundhedsloven. Forskellene har rødder i to vidt forskellige paradigmer, som også er illustreret i disse uddrag af formålet med de to lovgivninger, hvor centrale begreber i denne sammenhæng er fremhævet:

Lov om social service:

§ 1. Formålet med denne lov er [...] at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn.

Sundhedsloven:

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

§ 4. Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv.

Der er stor forskel på, om plejen gives som en almen serviceydelse eller for at fremme sundhed, forebygge eller behandle. Men er det overhovedet et problem, at der er to love, som regulerer området, og i så fald for hvem?

Det har længe været en politisk prioritet at afbureaukratisere og forenkle den offentlige sektor for at skabe en mere effektiv offentlig sektor. Set i det perspektiv er det ikke irrelevant, at der bruges betydelige ressourcer på at afgøre, hvad der er sundheds-, og hvad der er sociallovsydelse, altså hvad der er sygepleje, og hvad der er pleje. Og ikke mindst på at sikre skriftlige afgørelser på alle de sidstnævnte, men ikke de førstnævnte. Ligeledes er det væsentligt at vide, at en ikke ubetydelig del af den sundhedsfaglige kapacitet i det kommunale sundhedsvæsen er placeret i visiterende (og dermed ikke udførende) funktioner, som følge af det styringsparadigme, vi har valgt på dette område.

Dertil kommer, at de medarbejdergrupper, som arbejder under begge lovgivninger – hjælpere og assistenter – skal kunne navigere under to styringsparadigmer med de forskellige dokumentationskrav, som det medfører. Det gør ikke den kommunale opgave mindre kompleks på hverken styrings- eller udførerniveau, at de opgaver, som på hospitaler er samlet under én lovgivning, i kommunerne skal deles under to lovgivning- og styringsparadigmer.

Hvad er konsekvenserne af kravet om frit valg og adskillelse af bestiller og udfører?

Som beskrevet i kapitel 3 stiller servicelovens § 91 krav om, at kommunerne skal sikre, at borgere, der modtager hjælp efter § 83, skal kunne vælge mellem mindst to leverandører. Dette krav betyder som beskrevet, at der skal være armslængde mellem på den ene side udførelsen af *myndighedsopgaven* med at afgøre, hvilken hjælp efter serviceloven, den enkelte borger er berettiget til ud fra en *"konkret og individuel vurdering"*, og på den anden side *udføreropgaven*, hvor borgerene skal have mulighed for frit valg af leverandør. Det er baggrunden for den såkaldte Bestiller-Udfører-Model (BUM).

I denne perspektivering er formålet ikke at diskutere, hvorvidt frit valg er en god idé eller ej. I stedet er ambitionen at vise, hvad den måde frit valg er realiseret på, betyder i praksis.

Et eksempel fra et andet hjørne af primærsektoren kan illustrere konsekvenserne af at anvende BUM-modellen i relation til sikringen af frit valg: I Danmark har vi nemlig også frit valg af egen læge, men det er den enkelte praktiserende læge, som er det, man i en kommunal terminologi ville kalde selvvisiterende. I praksis betyder det, at den enkelte læge både bestiller og udfører sundhedsfaglige indsatser i en og samme arbejdsgang: Hun vurderer, hvad patienten i hendes konsultation har behov for, og hun leverer det. Ofte vil hun slet ikke skelne mellem *bestilling* og *udførelse*, da det foregår i en integreret proces. Det er lægens faglige vurdering, der lægges til grund for, hvad patienten får af sundhedsydelser i hendes praksis – ikke en vurdering foretaget af en anden i en anden enhed, der først skal vurdere, hvad patienten har behov for. Det frie valg på lægeområdet består i, at vi som borgere selv kan vælge, hvilken læge eller hvilket lægehus, der både skal foretage både vurderingen af vores behov for almen lægehjælp og levere selv samme almene lægehjælp i henhold til de ydelser, der er i overenskomsten mellem regioner og PLO. Her er der betydelige ligheder med det kommunale styringsparadigme, idet der også i almen praksis findes et katalog af ydelser (i form af overenskomsten), ligesom der i kommunerne findes ydelseskataloger, og også i almen praksis er der frit valg af leverandør for borgerne. Men forskellen er, at i praksissektoren er bestiller og udfører ikke adskilt. Således er BUM-modellen ikke en nødvendig forudsætning for frit valg. Det er det kun, hvis man vælger, at bestiller og udfører *skal* holdes adskilt.

Frit valg på plejeområdet er som beskrevet i kapitel 3 skabt ved kun at give frit valg til levering af indsatserne, ikke til vurdering af behovet og dermed bestilling af indsatserne. Det skaber behov for et tostrengt system, hvor kommunerne gennem årene har opbygget en betydelig kapacitet af sundhedsfaglige medarbejdere – typisk sygeplejersker og ergoterapeuter – ansat i visitations- eller myndighedsafdelinger. De visiterende medarbejdere foretager individuelle vurderinger og revurderinger af samtlige borgere, der modtager hjælp efter serviceloven, og i det omfang, kommunerne vælger det, også af borgere, der modtager hjælp efter sundhedsloven. Dette valg og denne prioritering af (sundhedsfaglige) medarbejdere i kommunerne er stort set fraværende i debatten om afbureaukratisering, rekrutteringsudfordringer eller ønsket om flere ”varme hænder” (og dermed færre ”kolde hænder”) på det kommunale ældreområde.

Dette er ikke den eneste konsekvens af BUM-modellen i praksis. I afsnit 3.1.2 beskriver vi et fiktivt eksempel på, hvordan et konkret samarbejde forløber mellem en borger, Marius, en visitator, Inger, og en udførende medarbejder, Eva. Formålet er at illustrere, hvad det tostrengede system som BUM-modellen medfører, og hvad det kan betyde i praksis for medarbejderne og borgerne. Herunder at når medarbejderne oplever, at der er ”*så megen skrive frem og tilbage*” og ”*så meget, der hele tiden skal dokumenteres*”, så handler det ikke mindst om det styringsparadigme og den lovgivning, som har skabt de roller, Inger og Eva (og Marius) er sat i, og de forskelle i viden om og perspektiv på borgeren, der præger dem hver især. Mere end det handler om den enkelte kommunes organisering eller om medarbejdernes evne til at samarbejde på tværs.

Men BUM-modellen har andre formål end blot at understøtte den mest effektive organisering eller den mest smidige tildeling af indsatser: Den skal også medvirke til at sikre ensartethed i det serviceniveau, borgerne i en kommune får, og den skal muliggøre en ensartet styring af økonomi og tildeling af ydelser i en kommune. Desuden er kravet om en individuel og konkret vurdering og en skriftlig afgørelse efter serviceloven også med til at sikre borgernes rettigheder.

Det store spørgsmål – som glimrer ved sit fravær i debatten om ældreområdet – er, om den konkrete måde, man har valgt at implementere frit valg på dette område i Danmark, har flere fordele end ulemper? Og opvejer fordelene ved modellen den pris, der betales for den, samt ulemperne den medfører, fx i form af faglige perspektivforskelle, tidsforbruget til koordination, samarbejde og ”*skrive frem og tilbage*” mellem bestiller og udfører, kort sagt, bureaukrati? Men de omkostninger, det har at have et tostrengt system, hvor ét hold sundhedsfaglige medarbejdere alene skal bestille indsatser hos borgere, de aldrig kommer til at kende så godt som de medarbejdere, der skal udføre de indsatser ude hos borgerne? Der er ingen lette svar på disse spørgsmål, men vi mener, de fortjener mere fokus i debatten om ældreområdet.

Ovenstående tre temaer ligger som nævnt uden for rapportens hovedfokus. Men vi mener de rejser væsentlige spørgsmål, der medvirker til at perspektivere rapporten og dens konklusioner.

Litteratur

Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet 1996, *Evaluering af de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser*, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, København.

Danmarks Evalueringsinstitut 2001, *Social- og sundhedshjælperuddannelsen - Undersøgelse af en uddannelse i forandring*, Danmarks Evalueringsinstitut, København.

Danmarks Statistik 2020a, *59 pct. flere over 80 år i 2030*. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30674> [2020, 04/12].

Danmarks Statistik 2020b, "Dokumentation af dataindsamlingen til Elevregistret 2019".

Fagligt udvalgt for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen 2014, "Uddannelsesordning for Social- og sundhedsuddannelsen".

Fedders, L.E. 2016, 17. aug.-last update, *Reform af SOSU-uddannelse adskiller assistent- og hjælperuddannelse*. Available: <https://kommunalsundhed.dk/reform-sosu-uddannelse-adskiller-assistent-hjaelperuddannelse/> [2020, 20. april].

Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet 2018, "Kortlægning af rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner".

Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, KL & Danske Regioner 2020, "Veje til flere hænder - Task force om social- og sundhedsmedarbejdere".

FOA 2020a, *Arbejdsmarkedsuddannelser (AMU)*. Available: <https://www.foa.dk/forbund/foa-leder/leder-uddannelse/arbejdsmarkedsuddannelser> [2020, 12/04].

FOA 2020b, *Fagets udvikling - social- og sundhedsassistent*. Available: <https://www.foa.dk/social-sundhed/min-faggruppe/social-og-sundhedsassistent/fagets-udvikling> [2020, 20. april].

FOA 2012a, *Med faget som fyrtårn*, FOA, København.

FOA 2012b, *Strømninger i jobudviklingen inden for social- og sundhedsområdet*, FOA, København.

FOA - Social- og Sundhedsafdelingen 2008, *infoa*, no. 9 - nov. 08.

FOA & Kommunernes Landsforening 2017, *Rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedspersonale i kommunerne*, FOA & Kommunernes Landsforening; København.

Houlberg, K. & Ruge, M. 2020, *VIVEs kommunetal 2020.5: Færre hjemmehjælpstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Indenrigsministeriet 1957, *Lov m. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje*.

Kammeradvokaten 2018, *Notat om egenbetaling ved ophold på de kommunale akutpladser*.

- Kommunernes Landsforening 2019a, *Fælles Sprog III Funktionsevnetilstande og indsatser (servicelov) version 1.6*. Available: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Oversigt-over-funktionsevnetilstande-og-indsatser.pdf?t=1583842476> [2020, 04/12].
- Kommunernes Landsforening 2019b, *Fælles Sprog III Helbredstilstande og indsatser (sundhedslov) version 1.6*. Available: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Oversigt-over-helbredstilstande-og-indsatser.pdf?t=1583842476> [2020, 04/12].
- Kommunernes Landsforening 2019c, *Fælles Sprog III Indsatskatalog (servicelov) Version 1.6*. Available: [http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-F%C3%A6lleskommunalt-indsatskatalog-\(servicelov\).pdf?t=1575916887](http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-F%C3%A6lleskommunalt-indsatskatalog-(servicelov).pdf?t=1575916887) [2020, 04/12].
- Kommunernes Landsforening 2019d, *Fælles Sprog III Indsatskatalog (sundhedslov) Version 1.6*. Available: [http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Fælleskommunalt-indsatskatalog-\(sundhedslov\).pdf?t=1597666999](http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Fælleskommunalt-indsatskatalog-(sundhedslov).pdf?t=1597666999) [2020, 04/12].
- Kommunernes Landsforening 2019e, *Fælles Sprog III Metodehåndbog Version 1.61*. Available: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Metodeh%C3%A5ndbog.pdf?t=1572876763> [2020, 04/12].
- Kommunernes Landsforening 2014, *Notat: Delegation*, Kommunernes Landsforening, København.
- Kommunernes Landsforening 2009, *Den kommunale elevvejledning*, Kommunernes Landsforening, København.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007, *2007/2 LFS 140 Forslag til ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed*.
- momentum 2020, "Behov for markant flere elever på sosu-uddannelser for at klare ældreboommet", *momentum*, 2020, 2. nov., <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2020/2020-18/behov-for-markant-flere-elever-paa-sosu-uddannelser-for-at-klare-aeldreboommet/>.
- PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, *Erhvervsuddannelsesreform 2015*. Available: <https://www.passinfo.dk/PASS-for-professionelle/For-praktiksteder-SOSU-PAU/Vejledninger-fra-PASS/EUD-reform-2015> [2020, April 20].
- PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, *Ny social- og sundhedsassistentuddannelse i 2017*. Available: <https://www.passinfo.dk/PASS-for-professionelle/For-praktiksteder-SOSU-PAU/Vejledninger-fra-PASS/SOSU-uddannelserne-2017/Ny-SOSU-assistentuddannelse> [2020, April 20].
- PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, *Ny uddannelsesordning for SOSU-uddannelsen i høring*. Available: <https://www.passinfo.dk/PASS-for-professionelle/Publikationer/Nyhedsarkiv/2012/Ny-uddannelsesordning-for-SOSU-uddannelsen-i-hoering> [2020, April 20].
- PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, *Nye SOSU uddannelser 2017*. Available: <https://www.passinfo.dk/PASS-for-professionelle/For-praktiksteder-SOSU-PAU/Vejledninger-fra-PASS/SOSU-uddannelserne-2017> [2020, April 20].

- PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, *Social- og sundhedshjælperuddannelsen*. Available: <https://www.pass-info.dk/PASS-for-professionelle/For-praktiksteder-SOSU-PAU/Vejledninger-fra-PASS/SOSU-uddannelserne-2017/Ny-SOSU-hjaelperuddannelse> [2020, April 20].
- PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen 2020, "Endelig udviklingsredegørelse samt ansøgninger om ændringer af uddannelsen for 2020".
- Rambøll 2018, *Kortlægning. Rekruttering og fastholdelse af social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner*, Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet, [København].
- Regeringen 2013, *Faglært til fremtiden – Bedre og mere attraktive erhvervsuddannelser*, Undervisningsministeriet, København.
- Regeringen 2007, *Bedre velfærd og større arbejdsglæde - Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige service*, Regeringen, København.
- Regeringen, KL, Danske Regioner & FH 2020, *Trepartsaftale om styrket rekruttering til det offentlige arbejdsmarked [21. nov. 2020]*, Regeringen, KL, Danske Regioner & FH, København.
- Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet 1985, *Samordning i sundhedsvæsenet: betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet (Betænkning nr. 1044)*, Indenrigsministeriet, København.
- Social- og Indenrigsministeriet 2019, *LBK nr 798 af 07/08/2019 Bekendtgørelse af lov om social service*.
- Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed 2020, "Arbejdstid blandt social- og sundhedspersonalet på det kommunale ældreområde".
- Social- og sundhedsministeriet 1991, *Notat om funktions-, kompetence- og tilsynsforhold for de nye social- og sundhedsuddannelser*.
- Styrelsen for Patientsikkerhed 2019, *Hvad vil det sige at være autoriseret sundhedsperson*. Available: <https://stps.dk/da/udgivelser/2019/hvad-vil-det-sige-at-vaere-autoriseret-sundhedsperson/#> [2020, November 1].
- Sundheds- og Ældreministeriet 2020, 05 marts 2020-last update, *Autorisation af sundhedspersoner*. Available: <https://sum.dk/Sundhedsprofessionelle/Sundhedspersonale/Autorisation%20af%20sundhedspersoner.aspx> [2020, 12/04].
- Sundheds- og Ældreministeriet 2019, *LBK nr 903 af 26/08//2019 Bekendtgørelse af sundhedsloven*.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2016, *Værdier og kvalitet i ældreplejen: Kvalitetsstandarder*. Available: <https://sum.dk/Aeldre/Vaerdier-og-kvalitet-i-aeldreplejen/Kvalitetsstandarder.aspx> [2020, 09/12].
- Sundheds- og Ældreministeriet 2014, "VEJ nr 9441 af 24/06/2014 Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven".

- Sundheds- og Ældreministeriet 2009, *BEK nr 1219: Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)*.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2008, *LBK nr 1350 af 17/12/2008 Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*.
- Sundheds- og Ældreministeriet & Kommunernes Landsforening 2018, *Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen. Afrapportering fra Sundheds- og Ældreministeriets og KL's arbejde om forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen*, Sundheds- og Ældreministeriet & Kommunernes Landsforening, København.
- Sundhedsdatastyrelsen 2020, *Borgere med multisygdom. Borgere med kroniske sygdomme i 2017*, Sundhedsdatastyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2017a, *Kvalitetstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2017b, *Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2017c, *Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsniveau hos ældre mennesker: Anbefalinger til arbejds gange og anvendelse af redskaber*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 1989, *RTL nr 15830 af 30/11/1989 Supplement til sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af marts 1987*.
- Sundhedsstyrelsen 1987, *RTL nr 15955 af 31/03/1987 Retningslinjer for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger*.
- Svensmark, G. 2019, *Hjemmesygepleje i 150 år*, Dansk Sygeplejehistorisk Museum; Dansk Sygeplejeråd, København.
- Undervisningsministeriet 2016a, *BEK nr 1116 af 18/08/2016 Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedsassistent*.
- Undervisningsministeriet 2016b, *BEK nr 1117 af 18/08/2016. Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedshjælper*.
- Undervisningsministeriet 2016c, *BEK nr 1117 af 18/08/2016. Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedshjælper*.
- Undervisningsministeriet 2015, *BEK nr 1642 af 15/12/2015 Bekendtgørelse om social- og sundhedsuddannelsen*.
- Undervisningsministeriet 2012, *BEK nr 816 af 20/07/2012. Bekendtgørelse om uddannelserne i den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik*.
- Undervisningsministeriet 2008, *BEK nr 163 af 07/03/2008. Bekendtgørelse om uddannelserne i den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik*.
- Undervisningsministeriet 2001a, *BEK nr 1073 af 17/12/2001 Bekendtgørelse om de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser*.

Undervisningsministeriet 2001b, *Fakta om sosu-reformen 2001 (Uddannelsesstyrelsens temahæfteserie nr. 27)*, Undervisningsministeriet, København.

Undervisningsministeriet 1996, *LBK nr 828 af 17/09/1996 Bekendtgørelse af lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser m.v.*

Undervisningsministeriet 1990a, *BEK nr 799 af 21/11/1990. Bekendtgørelse om de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet m.v.*

Undervisningsministeriet 1990b, *LOV nr 432 af 13/06/1990 Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet m.v.*

Vinge, S. 2006, *Hjemmesygeplejen i Danmark*, DSI - Institut for Sundhedsvæsen, København.

Vinge, S. & Kilsmark, J. 2009, *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*, DSI - Dansk Sundhedsinstitut, København.

Bilag 1 Metode og datagrundlag

Rapporten er baseret på en række forskellige datakilder. De væsentligste datakilder samt måden data er behandlet på, beskrives i dette bilag.

Den væsentligste kilde til data er de 10 kommuner, der har deltaget i undersøgelsen. VIVE har i samarbejde med FOA og KL udvalgt de deltagende kommuner med henblik på at opnå variation i befolkningsantal, geografisk spredning og organiseringsform. Således deltager kommuner fra alle fem regioner, og der deltager seks kommuner, hvor sygeplejerskerne er integreret i hjemmeplejen sammen med hjælpere og assistenter, og fire kommuner, hvor sygeplejersker er organiseret i en separat enhed adskilt fra hjemmeplejen. Kommunerne har alle bidraget med kvalitative interviewdata fra social- og sundhedsmedarbejdere og ledere, relevante dokumenter (fx kompetenceskemaer og kvalitetsstandarder), i varierende omfang kvantitative data om antallet af medarbejdere samt aktivitetsdata fra kommunernes omsorgssystemer. Alle kommuner og medarbejdere er anonyme i rapporten. Kommunerne optræder som numre (Kommune 1-10) og medarbejderne med titler.

Ud over data fra de medvirkende kommuner er der anvendt øvrige kvantitative data fra en række andre kilder, særligt til belysning af uddannelsesområdet.

Kvantitative data

Undersøgelsen anvender to typer kvantitative data:

1. *Nationale data*: Der anvendes kvantitative data fra en række kilder, som løbende fremgår af rapportens tabeller og figurer. Disse data anvendes til at beskrive den generelle – og nationale – udvikling på området. Det drejer sig om alt fra fx udviklingen i aktivitet, antallet af medarbejdere på det kommunale område, til udviklingen i antallet af autorisationer til social- og sundhedsassistenter. Herunder beskrives de væsentligste af disse datakilder.
2. *Lokale data*: Der anvendes kvantitative data fra de deltagende kommuner til at beskrive antal og fordeling af medarbejdere på faggrupper og arbejdsområder, såvel som aktivitetsdata fra kommunernes omsorgssystemer. Disse anvendes til at beskrive den specifikke udvikling i kommunerne. Alle træk af lokale data er foretaget af medarbejdere i de deltagende kommuner.

Ad 1) Kilder til nationale data

Uddannelsesstatistik.dk

Data fra Uddannelsesstatistik.dk anvendes til at beskrive udviklingen i tilgang til og elevbestand på uddannelserne til social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent samt AMU-uddannelser.

Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus

På baggrund af dialog med Uddannelses- og Forskningsministeriet har VIVE fået data fra VEU-kuben (Voksen- og EfterUddannelse) på data fra Danmarks Statistik, der beskriver antallet af assistenter, der deltager på hhv. diplom- og akademiuddannelser.

KRL SIRKA

KRL's (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor) statistikværktøj SIRKA indeholder data om løn, ansættelse og fravær i kommunerne og regionerne. Det er muligt at trække specifikt på overenskomst og stilling. Herfra anvendes data om udviklingen i antal ansatte fordelt på kommuner og regioner samt på faggrupper.

Ad 2) Data fra de deltagende kommuner

VIVE har efterspurgt en række beskrivende data for kalenderåret 2019 om medarbejdere og aktivitet, herunder antallet af (fuldtids)medarbejdere på udvalgte områder, fordelt på udvalgte faggrupper. Desuden har VIVE efterspurgt træk fra kommunernes omsorgssystemer til belysning af aktiviteten med særligt fokus på hjemmeplejeydelser (§ 83 og 83a i serviceloven) og sygeplejeydelser (§ 138 i sundhedsloven).

Som beskrevet i Bilag 3 skal alle kommuner anvende de fælleskommunale standarder i Fælles Sprog som grundlag for dokumentation på sundheds- og ældreområdet. Imidlertid har der vist sig at være en række udfordringer med at anvende kommunale aktivitetsdata på ensartet og sammenlignelig vis: Nogle kommuner er først i løbet af 2019 overgået til FSIII, nogle har stadig både "gamle" og "nye" (FSIII) indsatser, og nogle er stadig i gang med implementeringen. En del kommuner har også skiftet omsorgssystem for nylig og kan ikke trække valide aktivitetsdata endnu. Endelig har der også været en række konkrete og lokale udfordringer, fx at (væsentlige) dele af inde- eller udeområdet i en kommune ikke har anvendt dokumentationssystemerne på ensartet vis i 2019, eller at fx såkaldte "pauserede ydelser" var umulige at skille fra ydelser, der reelt blev planlagt på konkrete medarbejdere i driften.

Der er også forskel på kommunernes registrerings- og dokumentationspraksis på ude- og indeområdet: Generelt er der væsentligt mere præcise og detaljerede aktivitetsdata på udeområdet som følge af, at man her har behov for mere detaljeret planlægning, fx kørelister til de enkelte medarbejdere. På indeområdet er en mere fleksibel og løbende tilpasset opgavefordeling mulig. Således har kun en enkelt kommune kunnet levere data om fordelingen af sundhedslovsopgaver på indeområdet.

Dette er blot eksempler, der skal illustrere, hvor vanskeligt det viste sig at være at anvende kommunale aktivitetsdata på tværs af kommunerne i denne undersøgelse – den fælles dokumentationsstandard til trods.

I rapporten er medtaget data fra de kommuner, hvor VIVE har vurderet, at data var af en sådan kvalitet og ensartethed, at det muliggør relevante sammenligninger. Selvom det således ikke i fuldt omfang er lykkedes at præsentere sammenlignelige aktivitets- og medarbejderdata fra alle deltagende kommuner, skal der gøres opmærksom på, at mange administrative medarbejdere i de deltagende kommuner har gjort et endog meget stort stykke arbejde for at kunne levere så præcise og sammenlignelige data som muligt og med så høj en detaljeringsgrad (særligt med hensyn til sundhedslovsydelser) som overhovedet muligt.

Efter aftale med de deltagende kommuner anvendes ingen absolutte tal i rapporten, men kun relative fordelinger og andele. Både for at sikre sammenlignelighed og for at sikre kommunernes anonymitet.

Dette projekt blev søsat inden udbruddet af covid-19. Derfor har der også været kommuner, som ikke har haft ressourcerne til at levere de ønskede data til dette projekt, fordi der opstod andre – og langt væsentligere – opgaver som følge af pandemien.

Kommunale dokumenter

Fra alle deltagende kommuner har VIVE indsamlet dokumenter, som beskriver den enkelte kommunes model for fordeling af sundhedslovsopgaver mellem faggrupper eller individuelle medarbejdere. Formålet er dels at undersøge, hvilke sundhedslovsopgaver, assistenter og hjælpere varetager, dels at afdække ligheder og forskelle i kommunernes opgavefordeling og i graden af detaljering af opgavefordelingen. I forbindelse med dokumentindsamlingen har VIVE haft dialog med kommunerne for at afklare eventuelle tvivlsspørgsmål, men primært for at få indblik i, hvordan kommunen bruger disse værktøjer i praksis. De indsamlede dokumenter er bl.a. kompetenceskemaer, indsatskataloger, kvalitetsstandarder, fagprofiler, stillingsbetegnelser mv. Det er primært kompetenceskemaer, der anvendes direkte i rapporten. Kompetenceskemaerne udstikker rammerne for fordelingen af opgaver og kompetencer på den enkelte faggruppe og indgår primært i rapportens kapitel 4. De resterende dokumenter er anvendt til kontekstforståelse.

Kvalitative data

Der anvendes kvalitative data til analysen af medarbejdernes og lederes perspektiver på opgaver, roller, kompetencer og karriereudviklingsmuligheder. De kvalitative data består af gruppeinterview med assistenter og hjælpere og sekundært af individuelle interview med ledere både på inde- og udeområdet.

Medarbejderinterview

Formålet med gruppeinterviewene er at få indsigt i medarbejdernes egne perspektiver på deres opgaver, roller, kompetencer og jobudviklingsmuligheder samt udviklingen heri.

Der er afholdt fire fysiske gruppeinterview af 1,5 timers varighed med seks deltagere i hvert interview: to interview med assistenter og to interview med hjælpere. To assistenter og to hjælpere har deltaget fra tre kommuner fra hhv. indeområdet og udeområdet. Grundet covid-19 situationen var det ikke muligt at afholde gruppeinterview med fysisk fremmøde for alle deltagende kommuner. Der er efterfølgende afholdt fire virtuelle gruppeinterview: to interview med assistenter og to interview med hjælpere med fire deltagere pr. interview af 1 times varighed. Således er hjælperne interviewet for sig og assistenter for sig.

Der er et samlet frafald på tre medarbejdere, og der er indgår således 37 medarbejdere fra 10 kommuner i rapportens datagrundlag (se Bilagstabel 1.1). De deltagende medarbejdere er udpeget af ledere i kommunerne ud fra ønske om at finde relativt erfarne medarbejdere med minimum 2 års anciennitet i faget. De interviewede medarbejdere har en gennemsnitlig anciennitet på 20,5 år, siden de blev uddannet, og de fleste har været ansat flere steder – enten i flere kommuner eller i hospitalssektor. Trods det høje gennemsnit var der dog en stor anciennitets- og aldersmæssig spredning, og selvom der var flest erfarne medarbejdere, deltog også relativt nyuddannede medarbejdere i 20'erne. Flere medarbejdere, som er uddannet hjemme-hjælper eller sygehjælper før etableringen af social- og sundhedsuddannelserne i 1991, er med til at trække den gennemsnitlige anciennitet op.

Cirka en måned inden interviewene udsendte VIVE information om interviewet til alle medarbejdere – enten direkte til medarbejderne på mail eller via deres nærmeste leder. Her blev medarbejderne bedt om at drøfte interviewets temaer med deres kolleger og om at forberede

sig på at fortælle en case om et konkret borgerforløb, som de var stolte af, og hvor de synes, deres kompetencer og viden blev anvendt.

I første del af gruppeinterviewene præsenterede deltagerne den borgercase, de havde valgt. Anden del af interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, fokuseret omkring fire temaer: udvikling i opgaver, udvikling i kompetencer, udvikling i samarbejdet med andre fagpersoner og kompetence- og jobudvikling.

Interviewene er gennemført af rapportens forfattere og optaget elektronisk. Der blev skrevet referat undervejs, og dette blev gennemskrevet ved gennemlytning af interviewene efterfølgende. Efterfølgende er medarbejdernes cases minimalt redigeret, så de fremstår i korrekt kronologisk rækkefølge i forhold til borgerens forløb – fortællingerne springer i nogle tilfælde i tid under interviewene – og så de fremstår uden gentagelser. Dette er gjort for at gøre borgercasene mulige at læse og forstå for læseren. Redigeringen handler således om forståelse – ikke om sprog eller indhold. Alle cases er redigeret så lidt som muligt for at sikre, at de holder sig så nært til deltagerens sprog og fremstilling som muligt. I de tilfælde, hvor casene indeholder navne på borgere, er disse givet et pseudonym. Det transskriberede materiale er efterfølgende tematiseret med udgangspunkt i interviewguidens fire temaer og undertemaer, som danner grundlag for udformningen af den samlede interviewanalyse.

Metoden med indsamling og anvendelse af cases i analysen er valgt for at kunne give et konkret og detaljeret indblik i, hvordan medarbejdernes oplever såvel borgerforløbene som deres egen rolle og kompetencer, men også med det formål at finde ind til det i deres fag og arbejde, som medarbejderne selv lægger vægt på og er stolte af. Derfor er det ikke hensigten med disse cases, at de skal tegne et gennemsnitligt billede af hverken borgere eller medarbejdere. Anvendelsen af cases giver mulighed for at få indsigt i, hvad medarbejderne selv finder væsentligt i deres arbejde med borgerne, og hvad der karakteriserer de forløb, de selv er stolte af, og hvad de oplever som udfordrende.

Ud over medarbejdernes borgercases anvendes citater fra interviewene med det formål at illustrere analysens pointer og bringe læseren tæt på medarbejdernes egen formuleringer, oplevelser og argumentation. Efter aftale med de deltagende medarbejdere citeres de som hhv. hjælper eller assistent på enten inde- eller udeområdet.

Lederinterview

Lederinterviewene fylder væsentligt mindre i rapporten, hvor hovedfokus er på medarbejderne. Formålet har alene været at få ledernes perspektiver på udviklingen i medarbejdernes opgaver, kompetencer og jobudviklingsmuligheder i praksis.

Efter gruppeinterviewene med medarbejderne udvalgte VIVE i samarbejde med den enkelte kommune ledere til interview. Der er udført i alt 10 lederinterview med én lederrepræsentant fra hver kommune af ca. 30 minutters varighed. I et af interviewene deltog to ledere fra samme kommune. I en anden kommune deltog også to udkørende sygeplejersker, fordi lederen var nyansat og derfor endnu ikke havde indblik i den lokale praksis omkring fordeling af sundhedslovsopgaver på medarbejdergrupper (herunder overdragelse til hjælpere og assistenter). Fem af interviewene havde primært fokus på fordelingen af sundhedslovsopgaver på faggrupper for at få indblik i opgavefordelingen mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere som supplement til såvel kompetenceskemaerne som medarbejdernes oplevelser af det samme. Fem af interviewene fokuserede primært på ledernes perspektiv på, hvorvidt og hvordan kompetence- og jobudvikling indgår i dialogen mellem medarbejdere og ledere. Det primære fokus til trods blev alle temaerne i praksis belyst på tværs af de 10 lederinterview. Lederne er udvalgt af

kommunen til bedst at kunne besvare konkrete og praksisnære spørgsmål relateret til hhv. opgavefordeling (sundhedslovsopgaver) og kompetenceudvikling. Derfor er de på forskellige lederniveauer og har forskellige funktioner (se Bilagstabel 1.1). Der er dog en overvægt af ledere på udeområdet.

Interview om fordelingen af sundhedslovsopgaver anvendes i rapportens kapitel 4 og afdækker følgende temaer: ledernes oplevelse af forskelle mellem sygeplejerskers, assistenters og hjælperes kompetencer, udviklingen i og baggrunden for fordelingen af sundhedslovsydelse på faggrupper, udfordringer og muligheder i forbindelse med opgavefordeling og arbejdsgangene for opgaveoverdragelse. Interviewene om kompetenceudvikling anvendes i rapportens kapitel 5 og tager afsæt i følgende temaer: ledernes oplevelse af behovet for kompetenceudvikling, muligheder og udfordringer i forbindelse med kompetenceudvikling, kommunens prioritering af kompetenceudvikling og leder-/medarbejderdialog om jobudvikling via MUS/GRUS.

Interviewene er gennemført af rapportens forfattere og foregik virtuelt. De er optaget elektronisk, og efter gennemlytning af hvert interview er der skrevet referat. Lederne optræder anonymt i rapporten med angivelse af, om de er ansat på inde- eller udeområdet. Enkelte steder er det relevant for indholdet i et citat at tilføje lederens faglige baggrund.

Bilagstabel 1.1 giver et overblik over antal deltagende medarbejdere og ledere fordelt på inde- og udeområdet på de enkelte deltagerkommuner.

Bilagstabel 1.1 Deltagende medarbejdere og ledere i de 10 kommuner

Kommune	Indeområdet	Udeområdet	Ledere
Kommune 1	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder for inde- og udeområdet
Kommune 2	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	To ledere på udeområdet
Kommune 3	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder på udeområdet
Kommune 4	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder for inde- og udeområdet
Kommune 5	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH <i>frafald</i>	Leder på udeområdet
Kommune 6	1 SSH <i>frafald</i> 1 SSA <i>frafald</i>	1 SSA 1 SSH	Leder på udeområdet
Kommune 7	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder på udeområdet
Kommune 8	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder på udeområdet
Kommune 9	1 SSA 1 SSA <i>frafald</i> 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder på indeområdet
Kommune 10	1 SSA 1 SSH	1 SSA 1 SSH	Leder på udeområdet og to medarbejdere

Bilag 2 Udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne

I dette bilag beskrives udviklingen i social- og sundhedsuddannelserne fra grundlæggelsen i 1991 til den seneste reform i 2017, herunder udviklingen i social- og sundhedsmedarbejdernes formelle kompetencer i henhold til bekendtgørelser på området. Herefter redegøres for efter- og videreuddannelsesområdet for begge medarbejdergrupper. Endelig er indsat kompetencemål for social- og sundhedsuddannelserne i hhv. 2008, 2012 og 2016, som er de år, hvor der skete væsentlige ændringer heri.

Social- og sundhedsuddannelserne

Ændringerne i uddannelserne har overordnet set haft til formål at følge fagets udvikling. Ændringerne hænger derfor også sammen med rekrutteringsudfordringer og den store efterspørgsel, der præger faget (og som blev beskrevet i kapitel 2). Uddannelsesbekendtgørelserne og deres beskrivelser af faggruppernes kompetencer danner afsæt for, hvilke opgaver de løser i praksis.

Dette afsnit beskriver følgende ændringer i social- og sundhedsuddannelserne:

- Grundlæggelse i 1991
- Reform af social- og sundhedsuddannelsen 2001
- Indføring i erhvervsuddannelsesloven i 2008
- Autorisation til social- og sundhedsassistenter i 2008
- Revision af social- og sundhedsuddannelsen i 2013
- Reform af erhvervsuddannelserne i 2015
- Revision og adskillelse til to selvstændige uddannelser i 2017.

Strukturen i de følgende underafsnit er den samme: Først beskrives ændringens formål og baggrund, dernæst de konkrete ændringer i adgangskrav, struktur, varighed og indhold.

1991: Grundlæggelse af social- og sundhedsuddannelsen

1. januar 1991 trådte *'Lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet mv.'* i kraft (Undervisningsministeriet, 1990a). Hermed blev de første social- og sundhedsuddannelser grundlagt i form af social- og sundhedshjælperuddannelsen, overbygningsuddannelsen til social- og sundhedsassistent og et indgangsårs målrettet elever, der kom direkte fra 9. klasse og ikke havde forudgående erfaring fra området. På dette tidspunkt fandtes flere specialiserede faggrupper og uddannelser inden for social- og sundhedsområdet, herunder uddannelserne til hjemmehjælper, sygehjælper, plejer, plejehjemsassistent og beskæftigelsesvejleder (FOA, 2020b).

Uddannelserne blev etableret som ungdomsuddannelse med voksenadgang. Hjælperuddannelsen blev set som led i et samlet uddannelsessystem, hvor endestationen ikke nødvendigvis er hjælperuddannelsen, og samtidig skulle hjælperuddannelsen konstitueres som en ungdomsuddannelse på lige fod med erhvervsuddannelserne (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996, Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Formål og baggrund for uddannelserne

Formålet med reformen var at reducere antallet af uddannelser – og dermed faggrupper – og erstatte dem med få, men bredere, generalistiske uddannelser og kompetencer (Undervisningsministeriet, 2001b). De to store faggrupper, som de nye uddannelser erstattede, var hjemmehjælper- og sygehjælperuddannelserne. De tidligere uddannelser var korte, fx var den daværende hjemmehjælperuddannelse et kursus på 4-7 uger. Således var det også et formål at få uddannelserne på social- og sundhedsområdet til at fremstå mere ligeværdige i forhold til beslægtede uddannelser (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Baggrunden for etableringen af social- og sundhedsuddannelsen var ændrede kompetencebehov i social- og sundhedssektoren, som gjorde det nødvendigt, at personalet havde brede, generelle kvalifikationer, der kunne anvendes fleksibelt i løsningen af bistands-, pleje- og omsorgsopgaver i hjemmeplejen, på plejehjem, i psykiatrien og på sygehuse (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996).

De nye social- og sundhedsuddannelser havde – på hver deres niveau – til formål at give de færdiguddannede kvalifikationer til at varetage elementære og grundlæggende bistands-, pleje- og omsorgsopgaver i de primærkommunale og amtskommunale områder (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996).

De to uddannelser var selvstændige, men adgang til assistentuddannelsen forudsatte en gennemført hjælperuddannelse. Denne model skulle sikre, *"at det skulle være muligt at stige af og på efter behov og muligheder"* (Undervisningsministeriet, 2001b, Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Adgangskrav til uddannelserne

Elever, der kom direkte fra 9. klasse, skulle gennemføre indgangsåret for at få adgang til hjælperuddannelsen. Indgangsåret blev senere åbnet for elever fra 10. klasse og andre, *"der måtte have behov for det"* (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996).

Adgang direkte på hjælperuddannelsen krævede enten a) gennemført 10. klasse, b) 1 års anden uddannelse efter grundskolen eller c) 1 års relevant erhvervserfaring efter grundskolen.

Adgang til assistentuddannelsen krævede enten a) gennemført hjælperuddannelse eller b) 1 års erhvervserfaring inden for området (svarende til længden på hjælperuddannelsen).

Derudover var optagelse på indgangsåret betinget af, at eleven på forhånd havde en kontrakt med en arbejdsgiver om ansættelse i elevtiden, og det gjaldt både på hjælper- og assistentuddannelsen (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Uddannelsernes varighed og struktur

Social- og sundhedsuddannelserne blev tilrettelagt som vekseluddannelser, hvilket betyder, at skoleundervisning vekslede med praktikperioder. Indgangsåret varede 1 år og havde til formål at forberede de unge til uddannelse og arbejde inden for området (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996). En tredjedel af indgangsåret bestod af skoleundervisning og to tredjedele af praktikperiode (dog med mulighed for at udvide skoleundervisningen til at omfatte to tredjedele af indgangsåret) (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Hjælperuddannelsen varede dengang 1 år fordelt på tre skoleperioder og to praktikperioder rettet mod primærsektoren, fx hjemmeplejen og plejehjem. Assistentuddannelsen varede 1,5 år og bestod af en tredjedel skoleundervisning og to tredjedele praktik fordelt på tre eller fire praktikperioder sigtet mod primær- og sekundærsektoren (somatik og psykiatri), fx sygehusafdelinger, kommunale institutioner eller hjemmeplejen (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996). Således var den samlede uddannelseslængde for assistenter dengang 2,5 år og 3,5 år for de elever, der blev optaget på indgangsåret.

Færdiguddannede assistenter kunne desuden vælge at tage en studieegnethedsprøve med henblik på optagelse på uddannelserne til jordemoder, ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske, pædagog eller socialrådgiver.

Uddannelsernes indhold

I den første bekendtgørelse til de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser er formålet med hjælperuddannelsen beskrevet således:

*§ 1. Grunduddannelsen til social- og sundhedshjælper (grunduddannelsen) har til formål, at eleven erhverver forudsætninger for at **yde praktisk og personlig bistand** til brugerens/familiens daglige livsførelse, at **hjælpe til aktivering** med henblik på at fastholde normal livsudfoldelse og at **udføre elementære sygeplejeopgaver** inden for den primære social- og sundhedssektors bistands-, pleje- og omsorgsområde. (Undervisningsministeriet, 1990a)*

Og om overbygningen til assistent lød det:

*§ 2. Overbygningsuddannelsen til social- og sundhedsassistent (overbygningsuddannelsen) har til formål, at eleven erhverver forudsætninger for at **vurdere behov for og selvstændigt at udføre og tilrettelægge sammensatte omsorgsopgaver og aktiverende arbejde**, herunder stimulering af fysiske, intellektuelle og kreative funktioner i forhold til enkeltpersoner og grupper af borgere. Overbygningsuddannelsen har endvidere til formål, at eleven erhverver forudsætninger for at **vurdere behov for og selvstændigt at udføre grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver** inden for den primære og sekundære social- og sundhedssektors bistands-, pleje- og omsorgsområde. (Undervisningsministeriet, 1990a)*

De primære forskelle på de to uddannelser var, at hjælpere uddannes til at yde praktisk og personlig hjælp og udføre elementære sygeplejeopgaver i primærsektoren, mens assistenter med en uddannelse, der var over dobbelt så lang, både skulle kunne vurdere behovet for og selvstændigt tilrettelægge grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver i primær såvel som sekundærsektoren.

2001: Fleksibelt grundforløb og længere uddannelse

I januar 2002 trådte en ny lov om social- og sundhedsreformen 2001 i kraft (Undervisningsministeriet, 2001a, Undervisningsministeriet, 2001b). Reformen erstattede indgangsåret med et nyt, mere fleksibelt grundforløb og øgede skoleundervisningen.

Formål og baggrund for ændringerne

Reformens formål var dels at sikre den nødvendige tilgang til uddannelserne med særligt fokus på de unge, dels at forbedre uddannelsernes kvalitet og dermed de færdiguddannedes kompetencer (Undervisningsministeriet, 2001b). Reformen skulle endvidere give uddannelserne et løft i kvalitet og status samt opkvalificere og ligestille uddannelserne med de andre erhvervsrettede ungdomsuddannelser (Undervisningsministeriet, 2001b, Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Baggrunden for reformen var begyndende rekrutteringsudfordringer og faldende optag, idet unge uddannelsessøgende i stigende grad fravalgte social- og sundhedsuddannelserne. På det tidspunkt var hjælperuddannelsen langt den største af de to uddannelser med et elevoptag på 6.579 mod assistentuddannelsens elevoptag på 3.124 i 1999 (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996). Hjælperuddannelsen havde et højt frafald, som steg fra 14 % til 17 % i perioden 1994-1997 ifølge en evaluering fra Danmarks Evalueringsinstitut. Den primære årsag var oplevelsen af ”*praktikchok*” på indgangsåret ifølge evalueringen (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001). Det resulterede i mangel på færdiguddannede, specielt assistenter, og dermed utilstrækkelig tilgang af arbejdskraft til social- og sundhedsområdet (Undervisningsministeriet, 2001b). En anden grund til fravalget af uddannelserne var, at uddannelserne var relativt korte sammenlignet med de øvrige erhvervsuddannelser på det tidspunkt (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001). Evalueringer fandt, at uddannelserne ikke blev opfattet som ligeværdige sammenlignet med andre erhvervsuddannelser (Undervisningsministeriet, 2001b) og derfor blev vurderet for korte af såvel elever og skoleaktører som aktører i sektoren (Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening & Undervisningsministeriet, 1996). EVAs evaluering fandt også, at arbejdet og hjælperuddannelsen havde en ”*for lav status i pressen og i det almindelige omdømme*” (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Ændringer i optagelse og adgangskrav til uddannelserne

Adgangskravene til uddannelserne var uændrede, men optagelsessystemet blev ændret, så eleverne ikke længere selv skulle skrive kontrakt med en arbejdsgiver for at blive optaget, men det i stedet blev skolerne, som varetog denne opgave – såkaldt skoleoptag (Undervisningsministeriet, 2001b).

Derudover blev adgangsprøven for assistenter til de videregående social- og sundhedsuddannelser (fx sygeplejerske eller ergoterapeut) afskaffet, så assistenter nu kunne søge om optag direkte. Det skete som følge af, at uddannelsernes varighed blev forlænget, hvormed uddannede assistenter opnåede de formelle adgangsbetingelser.

Ændring af uddannelsernes struktur og varighed

Reformen indførte et mere fleksibelt grundforløb og øgede skoledelen af uddannelsen. Grundforløbet blev reduceret til 20 uger frem for 1 år med mulighed for forlængelse med op til 20 uger for den enkelte elev. Derudover bestod grundforløbet af skoleundervisning, og praktikdelen, som tidligere fyldte to tredjedele af indgangsåret, blev helt fjernet (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001). Det nye grundforløb blev desuden fælles for hjælperuddannelsen og den pædagogiske grunduddannelse.³³ Grundforløbet rettede sig fortsat mod elever, der kom direkte fra grundskolen. Grundforløbets fleksible struktur, som i højere grad afspejlede de øvrige erhvervsuddannelser, skulle imødekomme elevernes forskellige behov og faglige og personlige forudsætninger for at søge optagelse på hjælperuddannelsen.

³³ Med en reform i 1996 blev den pædagogiske grunduddannelse også en del af de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser (Undervisningsministeriet, 1996).

Uddannelsesstrukturen på hovedforløbene vekslede fortsat mellem praktik og skoleundervisning, men med en øget vægtning af undervisning. Hovedforløbets skoledele blev forlænget med 8 uger med henblik på at styrke de omsorgsrettede og almene kompetencer hos eleverne og øge kvaliteten af uddannelserne (Undervisningsministeriet, 2001b). Det medførte forlængelse af uddannelsernes varighed: Hjælperuddannelsen blev forlænget fra 12 til 14 måneder og assistentuddannelsen fra 18 til 20 måneder. Praktikdelen havde et uændret omfang, men kom til at udgøre en mindre del af den samlede uddannelse med forlængelsen af skoleundervisningen.

Ændring af uddannelsernes indhold

Med reformen blev det understreget, at uddannelserne skulle have et studieforberegende sigte, give grundlag for livslang læring både fagligt og personligt og uddanne eleverne til at være borgere i et demokratisk samfund. Der blev således bl.a. indført grundfag (engelsk, dansk mv.) i tillæg til uddannelsernes specifikke områdefag, så eleverne udviklede kompetencer og interesse for videre uddannelse. Med reformen satte man dog ikke kun fokus på elevernes faglige kompetencer, men også på deres personlige kompetencer. Det skyldtes, *"at netop den enkelte medarbejders personlige kompetencer har så afgørende betydning i dagligdagen i hjemmeplejen og i de forskellige mere institutionelle sammenhænge, som de færdiguddannede indgår i"* (Undervisningsministeriet, 2001b).

Det overordnede formål med uddannelserne var at udvikle elevernes erhvervsfaglige kompetence. Det blev beskrevet som en kombination af viden, færdighed, holdninger og handlinger, der sætter eleven i stand til at leve op til de krav, arbejdet stiller til den færdiguddannede (Undervisningsministeriet, 2001a). I bekendtgørelsen fra 2001 blev erhvervsfaglig kompetence som noget nyt defineret som både faglige og personlige kompetencer for at lægge vægt på de menneskelige værdier, uddannelserne skulle fremme (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001).

Også uddannelsernes formål blev ændret i forhold til bekendtgørelsen fra 1991 og lød da:

*§ 14. Uddannelsen til social- og sundhedshjælper har til formål, at eleven erhverver forudsætninger for **selvstændigt og i samarbejde** med andre at yde praktisk og personlig hjælp til daglig livsførelse, hjælpe til aktivering med henblik på at fastholde normal livsudfoldelse og **selvstændigt at udføre omsorgsopgaver og elementære sygeplejeopgaver inden for social- og sundhedssektorens bistands-, pleje- og omsorgsområde.** (Undervisningsministeriet, 2001a)*

*§ 17. Overbygningsuddannelsen til social- og sundhedsassistent har til formål, at eleven erhverver forudsætninger for at kunne vurdere behov for og **selvstændigt at tilrettelægge og udføre sammensatte omsorgsopgaver og aktiverende arbejde, herunder stimulering af fysiske, intellektuelle og kreative funktioner i forhold til det enkelte menneske og grupper af borgere, vurdere behov for og selvstændigt at tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver inden for social- og sundhedssektorens bistands-, pleje- og omsorgsområde og udføre koordinerende og undervisende opgaver.** (Undervisningsministeriet, 2001a)*

Til forskel fra bekendtgørelserne fra 1991 beskrives hjælperuddannelsen ikke længere som en grunduddannelse og der er øget fokus på selvstændighed og samarbejde. Assistenten skal ikke alene udføre, men også tilrettelægge og evaluere grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver samt udføre koordinerende og undervisende opgaver. Fælles for begge uddannelser er, at eleverne nu uddannes til social- og sundhedssektoren.

2008: Indføring i erhvervsuddannelsesloven

I 2007 blev social- og sundhedsuddannelserne ført ind i erhvervsuddannelsesloven. Ændringen trådte i kraft pr. 1. august 2008, hvormed loven om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser ophævedes. I den forbindelse fik uddannelsen nyt lovgrundlag og bekendtgørelse (Undervisningsministeriet, 2008). Overgangen til den nye lovgivning betød en række ændringer. Social- og sundhedsuddannelserne blev samlet til en uddannelse og opbygget trinvis med hjælperuddannelsen (trin 1) og overbygningsuddannelsen til assistent (trin 2). Samtidig blev erhvervsuddannelserne samlet i en række nye erhvervsfaglige fællesindgange. Social- og sundhedsuddannelsen hørte til i indgangen Sundhed, omsorg og pædagogik. Formålet var, at indgangsstrukturen skulle understøtte de politiske intentioner om, at alle elever, der ønsker en erhvervsuddannelse, efterfølgende kan optages på en uddannelse inden for indgangen. Den nye indgang betød derfor også et nyt fælles grundforløb, der gav adgang til de øvrige uddannelser i indgangen, fx uddannelsen til pædagogisk assistent (Kommunernes Landsforening, 2009).

2008: Autorisation til social- og sundhedsassistenter

1. oktober 2008 fik assistenter autorisation (Sundheds- og Ældreministeriet, 2008).³⁴ Indførelsen af autorisation for assistenter skete som følge af regeringens kvalitetsstrategi *"Bedre velfærd og større arbejdsglæde"* (Regeringen, 2007) og trepartsaftalen af 17. juni 2007 mellem regeringen, KL, Danske Regioner, LO og AC. Formålet var at lette *"patienters og pårørendes mulighed for at få klarhed over, hvilket personale der kan forventes at have erhvervet og fortsat besidde de kvalifikationer, som opnås gennem social- og sundhedsassistentuddannelsen"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2007). Formålet var også at styrke patientsikkerheden, hvorfor titelbeskyttelse fulgte med autorisationen. Altså kan kun autoriserede assistenter kalde sig social- og sundhedsassistent (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2007).

Et ønske om øget opgaveglidning af sundhedslovsopgaver³⁵ til assistenter var også en del af baggrunden for at indføre autorisation. Ifølge FOA ville autorisation medføre, at assistenter ville få bedre mulighed for at anvende deres faglige kompetencer, da autorisationen ville gøre det nemmere at overdrage sundhedslovsopgaver, som assistenter har kompetence til at udføre. Opgaveglidningen har også betydet, at assistenter har flere selvstændige opgaver og ansvar. Derudover ville autorisation ifølge FOA også skabe mere prestige og anerkendelse omkring assistentfaget og tydelighed omkring assistenters faglighed og kompetencer (FOA - Social- og Sundhedsafdelingen, 2008).

I Bilagstabel 2.1 ses udviklingen i antallet af udstedte autorisationer.

Bilagstabel 2.1 Udstedte autorisationer til social- og sundhedsassistenter 2008-2016

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	I alt
15.378	21.020	3.589	3.160	3.104	3.150	3.368	3.694	3.423	59.886

Anm.: Der er ikke data tilgængelige efter 2016. VIVE har kontakttet Sundhedsdatastyrelsen pr. mail for at få data efter 2016 og har ikke modtaget svar.

Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (Sundhedsdatastyrelsen).

³⁴ Indtil da omfattede autorisationsordningen kun følgende 16 faggrupper: læger, sygeplejersker, kiropraktorer, tandlæger, bandagister, bioanalytikere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre, kliniske diætister, optikere, optometriste, radiografer, fodterapeuter, kliniske tandteknikere og tandplejere. Siden er også ambulancebehandlere kommet til. (Sundheds- og Ældreministeriet, 2020)

³⁵ I betydningen hjemmesygeplejeopgaver jf. § 138 i den nye sundhedslov, som fulgte med strukturreformen i 2007. Tidligere blev hjemmesygepleje udført i henhold til lov om hjemmesygepleje (Vinge, 2006).

Bilagstabel 2.1 viser en kraftig stigning i udstedte autorisationer til assistenter fra 2008 til 2009, hvor både assistenterne uddannet før 2008 og assistenterne uddannet i de år bliver autoriserede. Derfor er der også et kraftigt fald fra 21.020 i 2009 til 3.589 i 2010, hvor antallet af autorisationer er stabilt frem til 2016.

2013: Nye fag og kompetencemål

I januar 2013 trådte en revision af social- og sundhedsuddannelsen i kraft. Revisionen medførte en ny uddannelsesordning med nye fag, nye valgfri specialefag og reviderede praktikmål (Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, 2014).

Formål og baggrund for revisionen

Siden 2001 var der stort set ikke sket ændringer i social- og sundhedsuddannelsen, ud over at lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser blev ophævet i 2007. I 2013 havde social- og sundhedsområdet undergået en række strukturelle ændringer bl.a. som følge af strukturreformen i 2007, som medførte opgaveændring for social- og sundhedsmedarbejderne. Formålet med revisionen var derfor at tilpasse uddannelsen til sundhedsvæsenets behov, der ændrede sig som følge af bl.a. øget specialisering, anvendelse af velfærdsteknologi, kortere indlæggelsestider på sygehusene, flere tværsektorielle patientforløb og mere rehabiliterende tilgang i arbejdet med borgerne (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.c). Udviklingen øgede kravene til hjælpere og assistenters faglige niveau og behov for andre kompetencer inden for fx rehabilitering, sundhedsfremme og sygeplejefaglige kompetencer.

Revisionen af uddannelsen medførte ændringer i uddannelsens indhold, men ikke i struktur og varighed.

Ændringer i indholdet af uddannelserne

Revisionen medførte nye kompetencemål, fagmål og praktikmål for uddannelsen, der blev præciseret og gjort målbare. Samtidig blev der indført nye områdefag og valgfri specialefag, der flugtede med de nye opgaver på området, fx steg andelen af naturvidenskabelige fag med 11 % (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.c). Kompetencemålene for hjælperuddannelsen blev revideret med udgangspunkt i de færdiguddannedes løsning af opgaver under serviceloven, og målene for assistentuddannelsen blev revideret i forhold til opgaver under både service- og sundhedsloven (Undervisningsministeriet, 2012). Derudover udgik de personlige kompetencer, som var væsentlige i 2001-reformen.

I 2012 har kompetencemålene for hjælperuddannelsen fokus på selvstændig opgaveløsning, forebyggelse, rehabilitering og anvendelse af velfærdsteknologi. Hjælpere skal endvidere kunne skelne mellem komplekse og ikke komplekse borgerforløb og reagere hensigtsmæssigt herudfra. Begrebet elementær sygepleje er udgået, og i stedet anvendes pleje og omsorg.

Kompetencemålene for assistentuddannelsen i 2012 lægger vægt på selvstændighed i opgaveløsningen som autoriseret sundhedsperson. Assistenten skal indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde og sammenhængende borgerforløb. Der stilles krav til kompetencer inden for kommunikation og dokumentation samt anvendelse og implementering af velfærdsteknologi. Begrebet grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver ændres til grundlæggende sygeplejeopgaver.

2015: Reform af erhvervsuddannelserne giver ny struktur og adgangskrav

1. august 2015 trådte en reform af erhvervsuddannelserne '*Bedre og mere attraktive erhvervsuddannelser*' i kraft (Undervisningsministeriet, 2015). For social- og sundhedsuddannelserne betød reformen en ny struktur for grundforløbet og indførelse af karakterkrav.

Formål og baggrund for reformen

Formålet med reformen var at øge kvaliteten af uddannelserne og generelt at få flere unge til at tage en erhvervsuddannelse. De væsentligste årsager til reformen var et markant fald særligt på grundforløbene på næsten 50 %, faldende tilgang til erhvervsuddannelserne til fordel for gymnasiale uddannelser samt manglende prestige ved at tage en erhvervsuddannelse (Regeringen, 2013).

Ændring af adgangskrav

Den væsentligste ændring for social- og sundhedsuddannelsen var indførelsen af karakterkrav, som gjaldt for alle erhvervsuddannelser, og obligatorisk 20 ugers grundforløb målrettet de to forskellige uddannelser. Hidtil havde grundforløbet kun været obligatorisk for elever, der kom direkte fra folkeskole. Det betød reelt, at uddannelsens varighed blev udvidet med 20 uger. Formålet med adgangskravene var at sikre flere gennemførelser og at løfte kvaliteten af uddannelserne (Regeringen, 2013).

Det betød, at adgang til *grundforløbet* forudsatte enten et karaktergennemsnit på mindst 02 i hhv. dansk og matematik ved de afsluttende prøver i 9. eller 10. klasse eller alternative adgangsveje, fx uddannelsesaftale med en virksomhed eller optagelse via en optagelsesprøve. Desuden blev grundforløbets anden del gjort obligatorisk og blev således et adgangskrav til *hovedforløbet* på social- og sundhedsuddannelsen. Indtil da havde elever haft adgang til hovedforløbet, hvis de havde 1 års relevant erhvervs erfaring, hvilket betød, at langt størstedelen blev optaget direkte på hovedforløbet (Finansministeriet et al., 2018).

Ændring af uddannelsens struktur og varighed

Reformen ændrede ikke uddannelsens varighed, men indebar ændringer i grundforløbenes struktur, som i praksis betød, at flere elever skulle gennemføre et grundforløb. Således fik reformen alligevel den konsekvens, at uddannelsestiden blev forlænget for mange. Formålet var at skabe et sammenhængende og målrettet grundforløb, som skulle gøre eleverne kvalificerede, motiverede og afklarede, inden de fortsatte på et hovedforløb og gennemførte en erhvervsuddannelse. Derudover var formålet at give eleverne bedre tid til og grundlag for deres uddannelsesvalg (Finansministeriet et al., 2018).

Før reformen begyndte eleverne typisk på en fællesindgang, og de skulle så vælge uddannelse efter 2 uger. Med reformen fik grundforløbene ensartet varighed på tværs af erhvervsuddannelserne og blev opdelt i to dele af hver 20 ugers varighed. Første del var et tværgående grundforløb, der fortsat var målrettet elever direkte fra grundskolen. Grundforløbets første del indeholdt introducerende erhvervsfaglige kompetencer, generelle og almene kompetencer og faglige kompetencer og skulle gennemføres forud for optagelse på grundforløbets anden del. Det betød, at de elever, der kom direkte fra grundskolen, først skulle lægge sig fast på et uddannelsesvalg efter grundforløbets første del frem for ved uddannelsens start (Regeringen, 2013). Grundforløbets anden del blev målrettet den enkelte erhvervsuddannelse med uddannelsesspecifikke fag, hvorved niveauet blev hævet (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.a). Elever, der ikke kom direkte fra 9. eller 10. klasse, kunne begynde direkte på grundforløbets anden del.

2017: Etablering af to selvstændige uddannelser til hjælper og assistent

Social- og sundhedsuddannelsen blev ændret igen allerede fra 1. januar 2017. Denne gang blev den trindelte social- og sundhedsuddannelse delt i to separate og selvstændige uddannelser til hhv. social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent, med hver sin bekendtgørelse og uddannelsesordning ((Undervisningsministeriet, 2016a); (Undervisningsministeriet, 2016c). Dermed er overbygningsuddannelsen til assistent nedlagt og konverteret til en selvstændig uddannelse.

Formål og baggrund for ændringen af uddannelserne

Formålet med at dele uddannelsen i to var at sikre, at uddannelserne afspejler udviklingen i sundhedsvæsenet og udviklingen på arbejdsmarkedet, hvor der stilles andre og højere kompetencekrav (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, 2020). Baggrunden for adskillelsen af de to uddannelser er udviklingen på social- og sundhedsområdet, som er præget af kortere liggetider på hospitalerne og flere plejkrævende ældre i kommunerne. Hjælpere og assistenters opgaver er i dag mere forskellige, end da social- og sundhedsuddannelsen blev skabt (Fedders, 2016). Særligt assistenternes opgaver er mere komplekse og stiller krav om kompetencer inden for sygepleje, medicin-håndtering og tværfaglige og tværsektorielle samarbejder (Fedders, 2016). Flere komplekse borgere med komplekse behov kræver, *"at social-og sundhedsassistenten har et langt bredere teoretisk fundament til at vurdere og udføre deres sygepleje"* (Finansministeriet et al., 2018).

Adgangskrav

Med etableringen af de to selvstændige uddannelser er der ikke sket ændringer i adgangskravene, som er ens for begge uddannelser.

Elever, som har gennemført hjælperuddannelsen, og som ønsker at tage assistentuddannelsen efterfølgende, har ret til optagelse på hovedforløbet på assistentuddannelsen samt ret til 5 måneders godskrivning af praktikken og 5 ugers godskrivning af skoleundervisningen på hovedforløbet. Varigheden af uddannelsesforløbet for hjælpere, der søger ind på assistentuddannelsen, afhænger derudover af den enkelte elevs erfaring og alder (Finansministeriet et al., 2018).

Uddannelsernes struktur og varighed

Begge uddannelser er fortsat delt i et grundforløb på 20 eller 40 uger (afhængig af elevens forudsætninger) og et hovedforløb, der veksler mellem skoleundervisning og praktikperioder. Grundforløbets første del er uændret og er fælles for uddannelserne. Derimod er grundforløbets anden del ændret, så kompetencemålene retter sig mod de to separate hovedforløb. Dog giver grundforløbets anden del adgang til begge uddannelsers hovedforløb.

Hovedforløbet på hjælperuddannelsen ændres ikke og er stadig 1 år og 2 måneder. Varigheden af hovedforløbet til assistentuddannelsen er ændret til 2 år, 3 måneder og 9 uger. Det betyder, at varigheden af den nye assistentuddannelses hovedforløb er en uge kortere end varigheden af den gamle hjælperuddannelsen plus overbygningen til assistent (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.b).

Ændringer i de to uddannelsers indhold

Der er sket væsentlige ændringer i indholdet af uddannelserne, idet hensigten med adskillelsen er at styrke begge uddannelsers forskellige, faglige profiler og sikre et fagligt løft igennem højere faglige mål, særligt for assistentuddannelsen. Assistenters kompetenceområde og opgaver ligger især i forhold til sundhedsloven. Hjælperes kompetenceområde og opgaver ligger

især i forhold til serviceloven (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.d).

De uddannelsesspecifikke fag og valgfri fag er nye på begge uddannelser. Praktikperioderne under assistentuddannelsen har fået en bestemt varighed og rækkefølge og omfatter hhv. det nære sundhedsvæsen, psykiatrien og det somatiske område (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.b). Praktikdelen på hjælperuddannelsen har fået nye mål og er ændret til nu at skulle gennemføres både på plejecenter og i udgående hjemmepleje (PASS - Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen, n.d.e).

Ifølge den nye og gældende bekendtgørelse er hjælperes kompetenceområde følgende:

*§ 1. Erhvervsuddannelsen til social- og sundhedshjælper har som overordnet formål, at eleverne gennem skoleundervisning og praktikuddannelse opnår viden og færdigheder inden for det overordnede kompetenceområde: **Professionel omsorg, pleje og praktisk hjælp i et rehabiliterende perspektiv inden for det primær-kommunale område.** (Undervisningsministeriet, 2016a)*

Assistenters kompetenceområde er:

*§ 1. Erhvervsuddannelsen til social- og sundhedsassistent har som overordnet formål, at eleverne gennem skoleundervisning og praktikuddannelse opnår viden og færdigheder inden for det overordnede kompetenceområde: **Professionel helhedsorienteret sygepleje og rehabilitering i samarbejde med borgere og patienter med grundlæggende behov i et tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen.** (Undervisningsministeriet, 2016a)*

Med adskillelsen af social- og sundhedsuddannelserne er forskellene mellem uddannelsernes profiler blevet tydeligere. Hjælperuddannelsen retter sig mod opgaver og kompetencer inden for professionel omsorg og praktisk hjælp i et rehabiliterende perspektiv, hvor assistentuddannelsen retter sig mod helhedsorienteret sygepleje, rehabilitering og tværsektorielt samarbejde. Det bliver herved tydeligere, at hjælpernes kompetencer er centreret omkring servicelovens opgaver, mens assistenternes opgaver er centreret om sundhedsloven. Denne differentiering var ikke lige så skarp i det trindelte system. Assistenters uddannes til at arbejde på tværs af sektorer i det nære sundhedsvæsen. Andre forskelle er, at hjælpere har til opgave at understøtte borgeren i aktiviteter, hvor assistenten tilrettelægger og gennemfører aktiviteter. Det ses også, at kompetenceområdet for assistentuddannelsen har ændret sig væsentligt og i større omfang end hjælperuddannelsen.

Hjælpere og assistenters uddannelsesmæssige kompetencer

Bekendtgørelserne for de to uddannelser beskriver, hvilke kompetencemål hhv. en assistent og hjælper skal nå via deres uddannelse, og således, hvilke opgaver de kan varetage. Sidst i dette bilag er de 13 kompetencemål for hjælperuddannelsen og de 14 for assistentuddannelsen gengivet i sin helhed sammen med kompetencemålene, der var beskrevet i de to tidligere bekendtgørelser fra hhv. 2008 og 2012. Her gengives hovedtrækkene:

I forhold til bekendtgørelsen af 2012 lægger kompetencemålene for hjælperuddannelsen i højere grad vægt på selvstændighed, fx at eleven selvstændigt kan handle begrundet ud fra æn-

dringer i borgerens tilstand; evne til tværfagligt samarbejde; arbejde rehabiliterende, sundhedsfremmende og forebyggende; anvende relevant velfærdsteknologi og digitale hjælpemidler, samt kompetencer inden for motivation, kommunikation og dokumentation.

Kompetencemålene for den nye assistentuddannelse lægger vægt på, at assistenten arbejder selvstændigt med en lang række områder, herunder at assistenter kan begrunde og selvstændigt tilrettelægge, udføre, dokumentere og evaluere sygepleje, der retter sig imod borgere og patienters grundlæggende behov ud fra en metodisk og rehabiliterende tilgang; at assistenter indgår i komplekse behandlingsforløb, herunder palliativ pleje; at assistenter kan handle på ændringer i borgernes tilstand, arbejde sundhedsfremmende og forebyggende med såvel fysiske som psykiske sygdomme; at assistenter kan samarbejde tværsektorielt og tværprofessionelt; varetage koordination af forløb; indgå i ledelse af teamsamarbejde omkring sygepleje og patient/borgerforløb. Assistenter skal også selvstændigt kunne varetage medicindispensering og medicinadministration samt anvende relevant velfærdsteknologi (BEK nr. 1116 af 18/08/2016). Dertil er assistentens jobområde ændret fra primær- og sekundærsektor (i 1991 skulle to tredjedele af praktikuddannelsen foregå i det amtskommunale område) til det nære sundhedsvæsen.

Løft af niveau i den nationale kvalifikationsramme for livslang læring (NQF)

Hjælperuddannelsen er placeret på niveau 3 i den nationale kvalifikationsramme for livslang læring, som definerer det forventede udbytte af undervisningen. Assistentuddannelsen er placeret på niveau 4 (ud af 8 niveauer). På trods af udviklingerne i uddannelserne i form af faglige løft og øget varighed har indplaceringerne i kvalifikationsrammen været uændret siden implementeringen af kvalifikationsrammen i 2009. På baggrund af udviklingen i uddannelserne har KL/DR og FOA i 2018 søgt om et løft i assistentuddannelsen fra niveau 4 til 5 i den nationale kvalifikationsramme, men undervisningsministeren har ikke truffet afgørelse om det endnu. Til sammenligning er sygeplejerskeuddannelsen i dag en professionsbachelor placeret på niveau 6 i den nationale kvalifikationsramme. Uddannelsen tager 3,5 år, og optagelse forudsætter i modsætning til social- og sundhedsuddannelserne en gymnasial uddannelse.

Efter- og videreuddannelse

Dette afsnit beskriver social- og sundhedsmedarbejderes muligheder for og anvendelse af efter- og videreuddannelse inden for faget. Afsnittet gennemgår AMU-uddannelser, akademiuddannelser og diplomuddannelser.

AMU-uddannelser

Hjælpere og assistenter kan løbende opdatere og udvikle deres kompetencer gennem forskellige efteruddannelseskurser, og det sker typisk via de såkaldte AMU-uddannelser (ArbejdsMarkedsUddannelser). Der kræves ikke deltagerbetaling på AMU-uddannelser inden for området. AMU er korte uddannelser med praktisk og teoretisk indhold målrettet faglærte og ufaglærte. Kurserne strækker sig fra få dage til 20 dage, men kan sættes sammen til længere forløb. De mest anvendte AMU-uddannelser blandt social- og sundhedsmedarbejdere er inden for området "Pædagogisk Område og Social- og Sundhedsområde"³⁶ og desuden visse uddannelser inden for ledelse.

³⁶ Det samlede kursusudbud inden for ældrepleje, sygepleje og sundhed i kommunalt regi kan findes her: <https://www.epos-amu.dk/Uddannelser/FKBer/Aeldrepleje-sygepleje-og-sundhed-i-kommunalt-regi>.

100-130 AMU-uddannelser retter sig mod social- og sundhedsområdet. Nogle uddannelser retter sig mest mod hjælpere³⁷ og andre mest mod assistenter³⁸. Uddannelserne dækker emner som samarbejdet med mennesker med demens, psykisk sygdom, klinisk sygepleje, palliativ pleje, aktivering og rehabilitering, medicinbehandling mv.

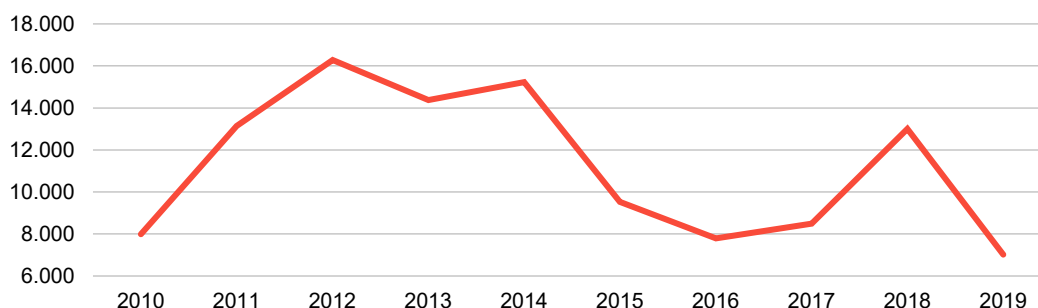
I 2015 blev der oprettet en efteruddannelse i regi af AMU-systemet, som har til formål at opkvalificere assistenter til at arbejde i lægepraksis. Uddannelsen er af 5 dages varighed og omhandler typiske kliniske opgaver såsom blodprøver, vaccinationer, EKG-undersøgelser og lungefunktionsmålinger (Finansministeriet et al., 2018).

Der udbydes også en række AMU-kurser inden for ledelse, som kan være relevante for social- og sundhedsmedarbejdere i eller på vej til lederstillinger, fx introduktion til ledelse, ledelse og udvikling, situationsbestemt ledelse eller kommunikation og konflikthåndtering (FOA, 2020a).

Ifølge Styrelsen for It og Læring³⁹ er det ikke muligt at opgøre, hvilken uddannelsesmæssig baggrund AMU-kursister har, herunder om de er assistenter eller hjælpere. Med dette forbehold in mente præsenteres i Bilagsfigur 2.1 et udtræk fra uddannelsesstatistik.dk, som viser antallet af kursister på kurser inden for social- og sundhedsområdet, som Styrelsen for It og Læring vurderer⁴⁰ det mest sandsynligt, at hjælpere og assistenter deltager på.

Bilagsfigur 2.1 viser antallet af unikke personer, som har deltaget på en AMU-uddannelse i perioden 2010-2019. Heri indgår social- og sundhedsmedarbejdere, men der kan optræde kursister med anden baggrund i figuren.

Bilagsfigur 2.1 Antal kursister på udvalgte AMU-uddannelser (se note til figur)



Note: Vær opmærksom på, at figuren ikke udelukkende viser hjælpere og assistenters deltagelse i AMU-uddannelser: Dataudtrækket er defineret af Styrelsen for It og Læring og viser antallet af kursister på de kurser inden for social- og sundhedsområdet, som STIL vurderer, det er mest sandsynligt, at hjælpere og assistenter deltager på. Figuren indeholder antal kursister på udvalgte AMU-uddannelser inden for efteruddannelsesudvalget "Pædagogisk Område og Social- og Sundhedsområde" (som udbyder AMU-uddannelser rettet mod social- og sundhedsmedarbejdere). Under dette udvalg er valgt jobområdet 'Ældrepleje, sygepleje og sundhed i kommunalt regi' og branchegruppen 'Offentlig administration, undervisning og sundhed'. Det er dette jobområde og denne branchegruppe, social- og sundhedsmedarbejdere hører under.

Kilde: Uddannelsesstatistik.dk.

³⁷ En oversigt over kurserne findes her: (<https://www.epos-amu.dk/Uddannelser/Faggrupper/Uddannelsesoversigter?Maal-gruppeld=2f4aa710-afd5-4a8a-9350-e512c31c9015>)

³⁸ En oversigt over kurserne findes her: (<https://www.epos-amu.dk/Uddannelser/Faggrupper/Uddannelsesoversigter?Maal-gruppeld=43b6aee6-aad1-4e4f-98ec-db4fe94de6ef>)

³⁹ Oplyst til VIVE på mail 15. april 2020.

⁴⁰ Oplyst til VIVE på mail 15. april 2020.

Bilagsfigur 2.1 viser store udsving i antal unikke personer, der deltager på AMU-kurser inden for social- og sundhedsområdet i perioden 2010-2019. Det højeste antal var 16.281 i 2012 og det laveste antal 7.018 i 2019.

Ifølge (Finansministeriet et al., 2018) ses dog generelt et fald i antallet af AMU-kursister på tværs af professioner i perioden.

Akademiuddannelser

En akademiuddannelse er en videregående uddannelse, som henvender sig til voksne med en relevant erhvervsuddannelse eller gymnasial uddannelse og erhvervs erfaring. Akademiuddannelser giver mulighed for videreuddannelse ved siden af arbejdet. De varer 1 år på fuld tid, men kan også tages på deltid over flere år. En akademiuddannelse giver desuden adgang til visse diplomuddannelser efter yderligere 2 års erhvervs erfaring.

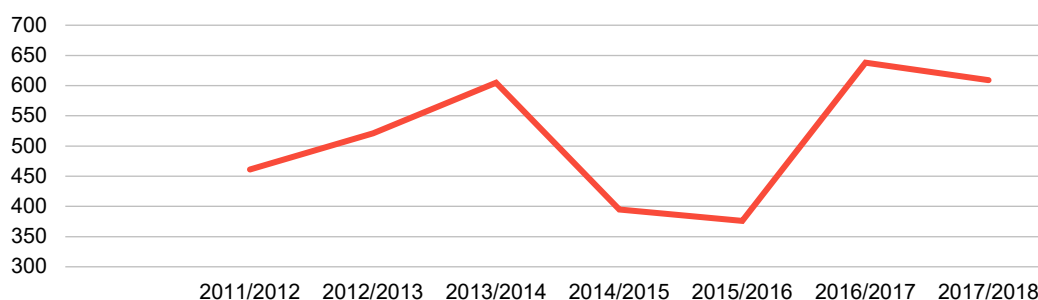
Social- og sundhedsmedarbejdere kan få næsten hele deltagerbetalingen (80 %) til akademiuddannelse dækket af Den kommunale kompetencefond.

Assistentuddannelsen er adgangsgivende til en akademiuddannelse. Formålet for assistenter er at opnå et teoretisk og metodisk grundlag for at kunne varetage arbejdsopgaver på et mere analytisk niveau eller kunne udvikle sig til mellemlider (Finansministeriet et al., 2018). Eksempler på relevante akademiuddannelser for assistenter er:

- Akademiuddannelsen i sundhedspraksis. Uddannelsen giver kompetencer til at varetage generelle og specialiserede funktioner inden for social- og sundhedsområdet, fx sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering
- Akademiuddannelse i velfærdsteknologi i praksis
- Akademiuddannelse i socialt arbejde (rummer demensmoduler)
- Akademiuddannelse i ledelse. Uddannelsen giver redskaber til at udvikle lederkompetencer, men også til at arbejde med medarbejdernes kompetencer og potentialer, personlige som faglige.

Bilagsfigur 2.2 viser udviklingen i antal assistenter på kurser under akademiuddannelser fra 2011 til 2017. Det er ikke muligt at sige noget om, hvilke konkrete kurser eller akademiuddannelser, assistenter deltager på.

Bilagsfigur 2.2 Antal personer med social- og sundhedsassistent som senest fuldførte uddannelse, der i skoleåret har været på et eller flere kurser under akademiuddannelser



Anm.: På grund af forsinkelser hos Danmarks Statistik er der kun adgang til VEU-data, der går frem til 30/6-2018.

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus (VEU-kuben) på data fra Danmarks Statistik.

Bilagsfigur 2.2 viser store udsving i antallet af assistenter på akademiuddannelserne, men fra 2011 til 2017 er antallet steget fra 461 til 609 personer. Samlet set er der dog langt færre assistenter, der tager en akademiuddannelse, end der er social- og sundhedsmedarbejdere på AMU-uddannelser, jf. tidligere.

Diplomuddannelse

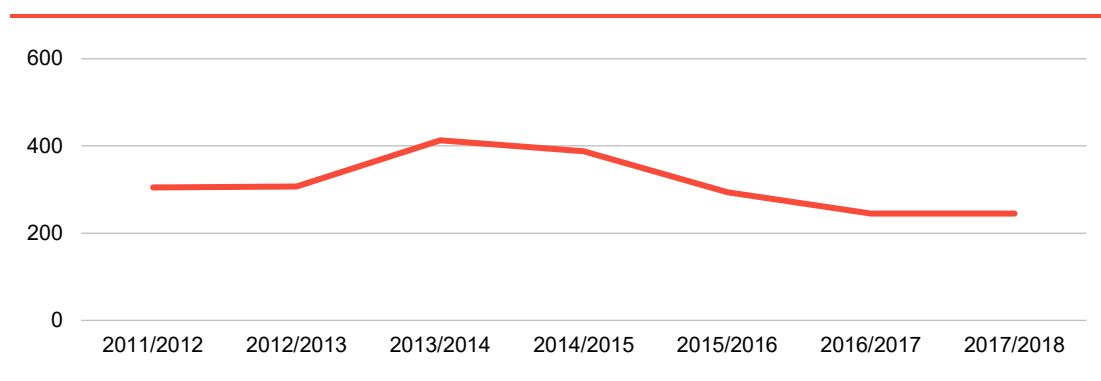
En diplomuddannelse er en videre- og efteruddannelse udbudt til voksne, og uddannelsen afsluttes på niveau med en professionsbacheloruddannelse. Assistenter, som har gennemført en anden professionsbacheloruddannelse eller en akademiuddannelse inden for sundhedsprofessionerne, har adgang til en sundhedsfaglig diplomuddannelse. Optagelse kan også ske via en individuel kompetencevurdering for assistenter med realkompetencer, der kan sidestilles med adgangskravene.

Social- og sundhedsmedarbejdere kan få næsten hele deltagerbetalingen (80 %) til diplomuddannelse dækket af Den kommunale kompetencefond.

Diplomuddannelserne fokuserer på at udvikle både personlige og faglige kompetencer inden for det tværfaglige samarbejde i sundhedssektoren og i offentlige såvel som private virksomheder. En diplomuddannelse består af 5-6 moduler og et afgangsprøveprojekt. Til et modul påregnes ca. 7-8 undervisningsdage. Det tager typisk 3 år, hvis man tager et modul ad gangen. Det er muligt at tage både en hel diplomuddannelse eller enkelte moduler.

Bilagsfigur 2.3 viser udviklingen i antallet af assistenter på kurser under diplomuddannelser fra 2011 til 2017. Det er ikke muligt at sige noget om, hvilke specifikke kurser eller diplomuddannelser, assistenter deltager på.

Bilagsfigur 2.3 Antal personer med social- og sundhedsassistent som senest fuldførte uddannelse, der i skoleåret har været på et eller flere kurser under diplomuddannelser



Anm.: På grund af forsinkelser hos Danmarks Statistik er der kun adgang til VEU-data, der går frem til 30/6-2018.

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus (VEU-kuben) på data fra Danmarks Statistik

Bilagsfigur 2.3 viser en svagt faldende tendens i perioden fra 305 kursister i 2011 til 245 i 2017. Det er i modsætning til akademiuddannelserne, hvor der var en stigende tendens. Samlet set er der dog ligesom med akademiuddannelserne tale om en meget lille andel af de i alt ca. 37.000 assistenter i kommunerne.

Opsamling: Udviklingen i uddannelserne

Ændringerne i social- og sundhedsuddannelserne har overordnet set haft til formål at følge udviklingen i sundhedsvæsenet samt sikre søgning til uddannelserne som følge af vedvarende rekrutteringsudfordringer. Uddannelserne blev oprettet i 1991 på grund af behov for generelle kompetencer på området, og assistenter skulle først uddannes hjælper. Opbygningen har ændret sig markant med adskillelsen i 2017 til to selvstændige uddannelser, der skal give begge uddannelser en tydeligere profilering. Hjælperuddannelsen retter sig i dag mod pleje og omsorg med fokus på rehabilitering og opgaver under serviceloven. Assistentuddannelsen retter sig mod grundlæggende og klinisk sygepleje i komplekse borgerforløb, tværprofessionelt samarbejde og til som autoriseret sundhedsperson selvstændigt at løse opgaver primært under sundhedsloven. Det faglige niveau er også blevet højere. Der er indført grundfag, adgangskrav, mere skoleundervisning og øget vægt på selvstændighed i opgaveløsningen. Dertil er varigheden af uddannelserne forlænget fra 2 år til 2 år og 2 måneder for hjælperuddannelsen og fra 2,5 år til 3 år og 9 måneder for assistentuddannelsen.

Der findes fire typer af efter- og videreuddannelse, som er særligt relevant for social- og sundhedsmedarbejdere: AMU-uddannelser, akademiuddannelse og diplomuddannelse. AMU-uddannelser (af typisk et par dage eller få ugers varighed) er den mest anvendte form for efteruddannelse blandt hjælpere og assistenter med ca. 7.000 deltagere inden for social- og sundhedsområdet i 2019. Assistentuddannelsen giver adgang til akademiuddannelse, diplomuddannelse samt professionsbacheloruddannelser. På akademiuddannelser, der typisk varer 1 år, deltog 609 assistenter i 2019. På diplomuddannelser, der typisk varer 3 år, deltog 245 assistenter i 2017. Cirka dobbelt så mange assistenter deltager således på akademiuddannelser sammenlignet med diplomuddannelser, som er den mindst udbredte type videreuddannelse (og som forudsætter akademi- eller professionsbacheloruddannelse). Overordnet set er det korte uddannelser, AMU-uddannelser og akademiuddannelser, der anvendes mest. AMU-uddannelser kræver ikke deltagerbetaling for arbejdsgiver, mens størstedelen af deltagerbetalingen til akademi- og diplomuddannelse kan dækkes af Den kommunale kompetencefond.

Uddannelsernes kompetencemål i 2008, 2012 og 2016

Herunder gengives social- og sundhedsuddannelsernes kompetencemål for 2008, 2012 og 2016, så det er muligt at følge udviklingen over tid.

Kompetencemål 2008 jf. BEK nr. 163 af 07/03/2008

Kompetencemålene for hovedforløbet på social- og sundhedshjælperuddannelsen er, at eleverne kan:

1. udøve arbejdet som social- og sundhedshjælper i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger ansvaret som fag- og myndighedsperson
2. i samarbejde med borgeren arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende
3. observere fysiske, psykiske og sociale forandringer og symptomer på ændret sundhedstilstand samt udføre elementære sygeplejeopgaver hos borgeren med respekt for dennes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret
4. vurdere, planlægge, udføre og evaluere omsorgsopgaver og personlig og praktisk hjælp i et respektfuldt og ligeværdigt samarbejde med den enkelte borger ud fra dennes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret

5. i et tværfagligt samarbejde arbejde støttende, vejledende og aktiverende i forhold til borgerens ønsker, dagligdag og deltagelse i aktiviteter, så borgerens livsudfoldelse og livskvalitet understøttes og styrkes
6. arbejde konfliktdæmpende og voldsforebyggende samt vise forståelse for, at forebyggelse af vold er et fælles ansvar for ledelse og medarbejdere på arbejdspladsen
7. formidle beslutninger, der er af betydning for borgeren og dennes pårørende samt yde den nødvendige støtte og vejledning på baggrund heraf under hensyntagen til regler om tavshedspligt
8. alene og i samarbejde med andre tilrettelægge, udføre, reflektere over og udvikle arbejdet med udgangspunkt i det psykiske og fysiske arbejdsmiljø i forhold til gældende regler og lovgivning på området
9. anvende it-systemer til informationssøgning, kommunikation, samarbejde, arbejdstilrettelæggelse, faglig formidling og dokumentation af eget arbejde

Kompetencemålene for hovedforløbet på social- og sundhedsassistentuddannelsen, der er en overbygning på ovenstående kompetencer fra social- og sundhedshjælperuddannelsen, er, at eleverne kan:

1. udøve arbejdet som social- og sundhedsassistent i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger ansvaret som fag- og myndighedsperson
2. identificere, vurdere, tilrettelægge, udføre, evaluere og udvikle grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver hos borgeren med respekt for dennes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret
3. arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i forhold til de almindeligst forekommende sygdomme, herunder i forhold til institutionsinfektioner
4. selvstændigt og i samarbejde med andre varetage sygeplejemæssige opgaver vedrørende medicinindgift og administration samt observere virkningen af den igangsatte behandling med henblik på at yde en kvalificeret sundheds- og sygepleje
5. planlægge, igangsætte, evaluere og udvikle sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter både for enkeltpersoner og grupper med sigte på borgerens rehabiliteringsproces ud fra en aktivitetsanalyse, alene og i samarbejde med kollegaer og borgere
6. indhente og formidle informationer om statslige, regionale, kommunale og private servicetilbud, herunder relevante love og regler inden for områder med pleje, omsorg og praktisk hjælp til borgere samt med respekt for den enkeltes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret, vejlede borgerne i at anvende tilbuddene
7. selvstændigt arbejde konfliktdæmpende og voldsforebyggende samt medvirke til at udvikle arbejdspladsen, så forebyggelse af vold bliver et fælles ansvar for ledelse og medarbejdere.

Kompetencemål 2012 jf. BEK nr. 816 af 20/07/2012

Kompetencemålene for hovedforløbet på social- og sundhedshjælperuddannelsen er, at eleverne kan:

1. udøve arbejdet som social- og sundhedshjælper i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger med ansvaret som fag- og myndighedsperson, og i overensstemmelse med de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, der gælder for social- og sundhedshjælperens arbejdsområde

2. selvstændigt udføre omsorg og pleje samt reagere hensigtsmæssigt på ændringer i borgerens almene sundhedstilstand
3. udføre praktisk og personlig hjælp til borgere ud fra borgernes evne til egenomsorg
4. kende forskel på komplekse og ikke komplekse borgerforløb samt derudfra reagere hensigtsmæssigt i overensstemmelse med eget kompetenceområde i et professionelt samarbejde
5. i samarbejde med borgeren arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i udførelsen af de planlagte opgaver
6. skriftligt og mundtligt anvende et fagsprog, som er dækkende for social- og sundhedshjælperens kompetenceområde, og handle i overensstemmelse med regler om oplysnings- og tavshedspligt samt bruge relevante dokumentationssystemer
7. benytte kommunikation som et redskab til at skabe et professionelt og tværfagligt handlerum samt til at skabe et konfliktdæmpende og voldsforebyggende miljø
8. anvende de generelle hygiejniske retningslinjer i forebyggelsen af smittespredning
9. anvende relevant velfærdsteknologi
10. understøtte borgeren i sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter med respekt for borgerens ressourcer og selvbestemmelsesret
11. alene og i samarbejde med andre ud fra fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, identificere, planlægge, udføre og evaluere sine arbejdsopgaver og arbejdsprocesser
12. i samarbejde med andre udvikle et godt psykisk og fysisk arbejdsmiljø

Kompetencemålene for hovedforløbet på social- og sundhedsassistentuddannelsen, der er en overbygning på ovenstående kompetencer fra social- og sundhedshjælperuddannelsen, er, at eleverne kan:

1. selvstændigt udøve arbejdet som social- og sundhedsassistent i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger med ansvaret som autoriseret sundhedsperson, og i overensstemmelse med de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, og procedurer for patientsikkerhed, der gælder for social- og sundhedsassistentens arbejdsområde
2. indgå i en tværprofessionel og tværsektoriel indsats og medvirke til at sikre et sammenhængende patient- og borgerforløb
3. arbejde med borger- og patientrettet sygdomsforebyggelse og rehabilitering i forhold til de hyppigst forekommende sygdomme og funktionsnedsættelser
4. med udgangspunkt i social- og sundhedsassistentens arbejdsområde selvstændigt identificere, vurdere, tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sygepleje samt reagere hensigtsmæssigt på ændringer i borgerens/patientens psykiske og somatiske sygdomstilstand
5. varetage medicindispensering og medicinadministration i henhold til gældende lovgivning
6. anvende de generelle principper for hygiejne og særlige hygiejniske retningslinjer, herunder rene rutiner og sterilteknikker, samt vejlede borgere, patienter, pårørende og kolleger herom
7. skriftligt og mundtligt anvende et fagsprog, som er dækkende for social- og sundhedsassistentens kompetenceområde, og dokumentere den udførte sygepleje i relevante dokumentationssystemer

8. som led i borgerens/patientens behandlingsforløb gennemføre målrettet kommunikation herunder forberede, afholde, evaluere og dokumentere samtaler
9. alene og i et tværprofessionelt samarbejde tilrettelægge, gennemføre og evaluere sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter både for enkeltpersoner og grupper, herunder aktivt inddrage borgere, patienter og pårørende
10. med udgangspunkt i borgerens behov, arbejdsstedets ressourcer og de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, identificere, tilrettelægge, udføre, evaluere og følge op på egne og andres arbejdsopgaver
11. anvende relevant velfærdsteknologi samt deltage ved implementering af ny viden og teknologi
12. med udgangspunkt i borgerens/patientens ressourcer og hjælpemidler tilrettelægge sit eget og andres arbejde efter ergonomiske principper, arbejdspladsens arbejdsmiljøregler og sikkerhedsforanstaltninger.

Kompetencemål 2016

Kompetencemål for hovedforløbet på hjælperuddannelsen jf. BEK nr. 1117 af 18/08/2016:

1. Eleven kan selvstændigt og i tværfagligt samarbejde udøve arbejdet som social- og sundhedshjælper i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger med ansvaret som fag- og myndighedsperson og i overensstemmelse med de fastlagte kvalitetsstandarder herunder beskrivelser af serviceniveau, der gælder for social- og sundhedshjælperens arbejdsområde
2. Eleven kan selvstændigt handle fagligt begrundet på observerede ændringer i borgerens fysiske, psykiske og sociale sundhedstilstand, herunder anvende værktøjer til tidlig opsporing
3. Eleven kan kende forskel på komplekse og ikke komplekse borgerforløb og handle i overensstemmelse med eget kompetenceområde i et professionelt samarbejde
4. Eleven kan selvstændigt udføre praktisk og personlig hjælp, omsorg og pleje til borgere ud fra en rehabiliterende tilgang
5. Eleven kan i samarbejde med borgeren understøtte struktur og sammenhæng i borgerens hverdag
6. Eleven kan i det rehabiliterende arbejde understøtte borgeren i intellektuelle, sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter med respekt for borgerens ressourcer og selvbestemmelsesret herunder inddrage pårørende
7. Eleven kan selvstændigt og i samarbejde med borgeren og dennes pårørende arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i udførelsen af de planlagte opgaver
8. Eleven kan selvstændigt og i samarbejde med andre identificere, planlægge, udføre og evaluere sine arbejdsopgaver og arbejdsprocesser ud fra fastlagte kvalitetsstandarder og beskrivelser af serviceniveau
9. Eleven kan arbejde motiverende og anvende kommunikation som et redskab til at skabe et professionelt og tværfagligt handlerum samt til at skabe et konfliktdæmpende og voldsforebyggende miljø
10. Eleven kan fagligt dokumentere sin opgavevaretagelse i relevante dokumentationssystemer og handle i overensstemmelse med regler om oplysnings- og tavshedspligt
11. Eleven kan selvstændigt anvende relevant velfærdsteknologi og digitale hjælpemidler
12. Eleven kan selvstændigt anvende hygiejniske retningslinjer for afbrydelse af smitteveje

13. Eleven kan selvstændigt og i samarbejde med andre udvikle et godt psykisk og fysisk arbejdsmiljø.

Kompetencemålene for hovedforløbet på assistentuddannelsen jf. BEK nr. 1116 af 18/08/2016:

1. Eleven kan selvstændigt udøve arbejdet som social- og sundhedsassistent i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger med ansvaret som autoriseret sundhedsperson. Eleven kan i et tværprofessionelt samarbejde arbejde i overensstemmelse med de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau og procedurer for patientsikkerhed
2. Eleven kan begrunde og selvstændigt tilrettelægge, udføre og evaluere sygepleje, der retter sig imod borgere og patienters grundlæggende behov ud fra en metodisk og rehabiliterende tilgang
3. Eleven kan indgå i komplekse behandlingsforløb i borgerens eget hjem, herunder varetage palliativ pleje
4. Eleven kan på baggrund af en sygeplejefaglig vurdering handle på forandringer i borgerens og patientens fysiske og psykiske symptomer, herunder anvende værktøjer til tidlig opsporing
5. Eleven kan selvstændigt arbejde med borger- og patientrettet forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering i forhold til de hyppigst forekommende fysiske og psykiske sygdomme og funktionsnedsættelser.
6. Eleven kan skabe et involverende samarbejde med borgere, patienter og pårørende, herunder vejlede og motivere gennem målrettet kommunikation.
7. Eleven kan selvstændigt og i et tværprofessionelt samarbejde tilrettelægge, gennemføre og evaluere sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter både for enkeltpersoner og grupper i et rehabiliterende perspektiv
8. Eleven kan selvstændigt indgå i en tværprofessionel og tværsektoriel indsats med henblik på at koordinere og sikre et sammenhængende patient- og borgerforløb
9. Eleven kan varetage koordinering samt indgå i ledelse af teamsamarbejde omkring sygepleje og patient/borgerforløb i relation til arbejdets organisering
10. Eleven kan selvstændigt varetage medicindispensering og medicinadministration i henhold til gældende lovgivning og arbejdspladsens kliniske retningslinjer og procedurer
11. Eleven kan selvstændigt dokumentere den udførte sygepleje og videregive faglige informationer skriftligt og mundtligt
12. Eleven kan selvstændigt anvende relevant velfærdsteknologi samt tage initiativ til implementering af ny viden og teknologi
13. Eleven kan selvstændigt anvende principper for hygiejne og afbrydelse af smitteveje, herunder rene rutiner, sterilteknikker og isolation samt vejlede borgere, patienter, pårørende, kolleger og frivillige herom
14. Eleven kan med udgangspunkt i borgerens eller patientens ressourcer og hjælpemidler selvstændigt tilrettelægge sit eget og andres arbejde efter ergonomiske principper, arbejdspladsens arbejdsmiljøregler og sikkerhedsforanstaltninger.

Bilag 3 Fælles Sprog III

Dette bilag giver en introduktion til de dele af FSIII, som er anvendt i denne analyse samt generel baggrundsviden om FSIII, der er relevant for denne analyse. Bilaget er baseret på uddrag fra Fælles Sprog III Metodehåndbog (Kommunernes Landsforening, 2019e) samt oversigter over helbredstilstande og indsatser for sundhedslovsydelser (Kommunernes Landsforening, 2019b), over funktionsevnetilstande og indsatser for servicelovsydelser (Kommunernes Landsforening, 2019a).

Kommunerne har ved økonomiforhandlingerne 2013 forpligtet sig til at implementere FSIII. I økonomiaftalen for 2018 er KL og regeringen enige om, at så vidt det er muligt, skal alle kommuner have implementeret FSIII inden udgangen af 2018. I økonomiaftalen for 2019 er det aftalt, at FSIII data stilles til rådighed fra de første kommuner i 2019 og fra øvrige kommuner med udgangen af 2020.

FSIII metoden:

- sikrer genbrug og opdatering af data på tværs af forskellige kommunale opgaver, funktioner og medarbejdere bl.a. ved hjælp af fælleskommunale tilstande og indsatser
- omhandler dokumentation af de visiterede/ordinerede indsatser og levering heraf
- skal bidrage til sammenhæng, kvalitet og effektivisering i de indsatser, der er rettet mod borgeren på det kommunale sundheds- og ældreområde. Samtidig skabes der valid information, der kan anvendes til prioritering, kvalitetsudvikling og styring – lokalt og fælleskommunalt
- giver mulighed for beslutningsstøtte, entydig kommunikation, effektdokumentation, udveksling af data og ledelsesinformation.

FSIII rummer indsatser, der leveres under hhv. serviceloven og sundhedsloven, og derfor er indsatserne i FSIII egnede til at foretage sammenligninger på tværs af kommuner. På servicelovsområdet dækker FSIII alle kommunale indsatser efter §§ 83, 83a, 84 og 86. På sundhedslovsområdet dækker FSIII § 138.

Sundhedslovsydelser og servicelovsydelser er beskrevet i hver deres indsatskatalog ((Kommunernes Landsforening, 2019d) og (Kommunernes Landsforening, 2019c).

Niveauer i FSIII

FSIII har formuleret en række indsatser, der leveres under sundhedsloven og serviceloven, og samlet indsatserne i to indsatskataloger. Indsatserne er fælleskommunale, hvilket betyder, at alle kommuner skal benytte de fælleskommunale indsatser i deres dokumentation.

FSIII rummer tre niveauer: **Niveau 1** er de paragraffer, en indsats ydes efter.

Niveau 2 rummer de fælleskommunale indsatser.

Indsatskataloget er opbygget efter strukturen med lovens paragraf rubriceret som niveau 1 i FSIII, og de fælleskommunale indsatser er rubriceret som niveau 2. Niveau 1 og 2 er obligatoriske i den kommunale dokumentation.

Når niveau 1 og 2 er fælleskommunale, er der mulighed for at indsamle sammenlignelige nationale data på disse niveauer. Sammenhæng mellem niveauerne understøtter, at dokumentationen kan spores tilbage til niveau 1, således at kommunerne kan indberette valide data til Danmarks Statistik.

I nogle kommuner er der behov for en yderligere detaljering af de fælleskommunale indsatser, hvilket FSIII giver mulighed for. **Niveau 3** er en kommunes egne (og lokale) indsatser, og niveau 3 er således valgfrit for kommunerne.

FSIII skelner mellem de to lovgivninger – og de indsatser, der ydes efter dem hver især – ud fra begreberne helbredstilstande og funktionsevnetilstande. Alle indsatser er således rettet mod enten helbreds- eller funktionsevnetilstande hos en borger.

Indsatskatalog: Sundhedslov

Målgruppen for indsatskataloget på sundhedsområdet er alle medarbejdere, der arbejder med sundhedslovens § 138 på alle organisatoriske niveauer.

Alle ydelser efter sundhedsloven (§ 138) er relateret til 12 overordnede **helbredstilstande**:

1. **Funktionsniveau:** Problemer med personlig pleje, Problemer med daglige aktiviteter
2. **Bevægeapparat:** Problemer med mobilitet og bevægelse
3. **Respiration og cirkulation:** Respirationsproblemer, Cirkulationsproblemer
4. **Ernæring:** Problemer med væskeindtag, Problemer med fødeindtag, U hensigtsmæssig vægtændring, Problemer med overvægt, Problemer med undervægt
5. **Hud og slimhinder:** Problemer med kirurgisk sår, diabetisk sår, cancersår, tryksår, arterielt sår, venøst sår, blandingssår, traumesår og andre problemer med hud og slimhinder
6. **Kommunikation:** Problemer med kommunikation
7. **Psykosociale forhold:** Problemer med socialt samvær, Emotionelle problemer, Problemer med misbrug, Mentale problemer
8. **Seksualitet:** Problemer med seksualitet
9. **Smerter og sanseindtryk:** Akutte smerter, Periodevise smerter, Kroniske smerter, Problemer med synssans, lugtesans, hørelse, smagssans, følesans
10. **Søvn og hvile:** Døgnrytmeproblemer, Søvnproblemer
11. **Viden og udvikling:** Problemer med hukommelse, Problemer med indsigt i behandlingsformål, Problemer med sygdomsindsigt, Kognitive problemer
12. **Udskillelse af affaldsstoffer:** Problemer med vandladning, urininkontinens, afføringsinkontinens eller med mave og tarm.

Inden for sundhedsloven er der kun én paragraf på niveau 1, § 138 om hjemmesygepleje. Her findes følgende indsatser på niveau 2:

1) Anlæggelse og pleje af kateter	21) Pleje ved anvendelser af personlige hjælpemidler
2) Behandling med ortopædiske hjælpemidler	22) Psykiatrisk pleje
3) Behandling og pleje af hudproblem	23) Psykisk støtte
4) Behandling og pleje af mave-tarmproblem	24) Rehabilitering
5) Cirkulationsbehandling	25) Respirationsbehandling
6) Dialyse	26) Respiratorbehandling
7) Drænpleje	27) Samarbejde med netværk
8) Ernæringsindsats	28) Sekret sugning
9) Forflytning og mobilisering	29) Sondeernæring
10) Iltbehandling	30) Stomipleje
11) Inkontinensbehandling	31) Støtte til ADL-aktivitet
12) Intravenøs væskebehandling	32) Subkutan væskebehandling
13) Intravenøs medicinsk behandling	33) Supplerende udredning
14) Kompressionsbehandling	34) Særlig kommunikationsform
15) Medicinadministration	35) Sårbehandling
16) Medicinudlevering	36) Trakeostomipleje
17) Nonfarmakologisk smertelindring	37) Undersøgelser og måling af værdier
18) Oplæring	38) Vejledning
19) Parenteral ernæring	39) Væske pr. os
20) Personlig pleje	

Derudover findes der fire såkaldte "0-ydelser" i form af:

1. **Sygeplejefaglig udredning:** Ydelsen omfatter en systematisk indsamling og analyse af data om borgerens aktuelle og potentielle helbredstilstande inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, tildeling af indsatser, udarbejdelse af handlingsanvisninger og stillingtagen til opgaveoverdragelse. Der skal foretages en sygeplejefaglig udredning, før en (ny) indsats kan iværksættes.
2. **Opfølgning:** Ydelsen omfatter en systematisk opfølgning på borgerens helbredstilstande, forventede helbredstilstande og fastsatte mål for indsatser. Det skal vurderes, om der skal fortsættes, ændres, afsluttes eller udredes på ny.
3. **Koordinering:** Ydelsen omfatter en systematisk koordinering af kommunale og tværsektorielle aktørers indsatser til borgeren, fx hjemmehjælp, sygepleje, træningsenhed, praktiserende læge, ambulatorium og sygehus.
4. **Generel 0-ydelse:** Ydelsen kan anvendes kommunalt eller tværkommunalt i en periode, fx ved/i forbindelse med tiltag i henhold til puljemidler, som fx kan være opfølgende hjemmebesøg eller systematisk faldforebyggelse.

Indsatskatalog: Serviceloven

Målgruppen for indsatskataloget på servicelovsområdet er alle medarbejdere, der arbejder med § § 83, 83a, 84 og 86 på alle organisatoriske niveauer.

Alle ydelser efter serviceloven (§ § 83, 83a, 84 og 86) er relateret til 5 overordnede **funktions-**
evnetilstande:

1. **Egenomsorg:** Vaske sig, Gå på toilet, Kropspleje, Af- og påklædning, Spise, Drikke, Varetagelse egen sundhed, Fødeindtagelse
2. **Samfundsliv:** Have lønnet beskæftigelse
3. **Mentale funktioner:** Tilegne sig færdigheder, Problemløsning, Anvende kommunikationsudstyr og -teknikker, Orienteringsevne, Energi og handlekraft, Hukommelse, Følelsesfunktioner, Overordnede kognitive funktioner
4. **Mobilitet:** Ændre kropsstilling, Forflytte sig, Løfte og bære, Gå, Bevæge sig omkring, Færden i forskellige omgivelser, Bruge transportmidler, Udholdenhed, Muskelstyrke
5. **Praktiske opgaver:** Udføre daglige rutiner, Skaffe sig varer og tjenesteydelser, Lave mad, Lave husligt arbejde.

Inden for serviceloven er der tale om følgende indsætter, der fordeler sig på de fire paragraffer således:

Niveau 1: Paragraffer	Niveau 2: Indsætter
§ 83 (+83a)	(RH*) Ernæring
	(RH*) Hverdagens aktiviteter
	(RH*) Indkøb
	(RH*) Madservice
	(RH*) Mobilitet
	(RH*) Personlig hygiejne
	(RH*) Praktiske indsætter i relation til børn i husstanden
	(RH*) Rengøring
	(RH*) Tilberede/anrette mad
	(RH*) Tilsyn/omsorg
	(RH*) Tøjvask
	(RH*) Udskillelser
	§ 84
Afløsning i hjemmet	
Midlertidig ophold	
Praktisk hjælp efter § 84	
§ 86	Genoptræning af funktionsnedsættelse
	Vedligehold af færdigheder

Anm.: * RH står for "rehabilitering" og tilføjes, når ydelsen gives efter § 83a.

For § 83a, de midlertidige rehabiliteringsforløb, er der tale om de samme indsætsområder, blot givet med et rehabiliterende sigte. Det betyder i praksis, at der i kommunerne ofte gives mere tid til ydelserne i 83a-forløb, fordi borgeren skal hjælpes, instrueres, motiveres eller trænes til selv i videst muligt omfang at mestre opgaverne selv.

Derudover findes der to såkaldte "0-ydelser":

1. **Koordinerende 0-ydelse:** Ydelsen omfatter en systematisk koordinering af kommunale aktørers tværfaglige indsætter. Som udgangspunkt sammen med borgeren og evt. med deltagelse af pårørende.
2. **Generel 0-ydelse:** Ydelsen kan anvendes kommunalt eller tværkommunalt i en periode, fx i forbindelse med puljemidler, projekter eller lignende.

Bilag 4 Fordeling af ydelser i tre case-kommuner

I dette bilag præsenteres data for fordeling af såvel service- som sundhedslovsydelser i de tre medvirkende case-kommuner. Der er tale om de tre kommuner ud af oprindeligt 10, der havde mulighed for at levere data, som VIVE har vurderet var relativt sammenlignelige.

Case-kommune 5

I kommune 5 er det muligt at belyse fordelingen af hjemmepleje (servicelovens § 83), rehabilitering (servicelovens § 83a) og sygepleje (sundhedslovens § 138) på niveau 2, jf. FSIII. Data dækker dog ikke hele kommunen, men kun størstedelen af udeområdet, idet indeområdet (plejeboliger og midlertidige pladser) ikke er med i datasættet. Desuden er private leverandører på udeområdet ikke med, og det samme gælder et mindre antal ældreboliger, der ligger i tilknytning til plejecentre, og hvor medarbejderne fra indeområdet leverer ydelserne. I dagvagt kan kommunen oplyse, hvilke faggrupper indsatserne er planlagt på, og her kan skelnes mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Det er dog ikke muligt at skelne mellem medarbejdergrupperne i aften- og nattevagt.

I kommune 5 er sygeplejerskerne ikke ansat i hjemmeplejen sammen med hjælpere og assistenter, men i en separat enhed.

Bilagstabel 4.1 viser fordelingen af hjemmeplejeydelser jf. § 83 på hjælpere, assistenter og sygeplejersker i dagtid samt andelen af ydelser i aften- og nattevagt.

Bilagstabel 4.1 Case-kommune 5: Fordeling af planlagt tid til hjemmepleje (§ 83) på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

	I alt	SSA	SSH	SPL	Aften (alle)	Nat (alle)
§ 83 i alt	100	7	67	0,1	23	3
Ernæring	3	5	55	0,0	37	3
Hverdagens aktiviteter SEL	2	9	45	0,0	45	1
Indkøb	0,4	10	90	0,0	0	0
Mobilitet	13	2	55	0,1	31	11
Personlig hygiejne	37	9	71	0,0	18	1
Rengøring	14	4	94	0,2	1	0
Tilberede/anrette mad	17	8	61	0,0	31	0
Tilsyn/Omsorg 2	0,2	49	10	0,2	35	5
Tøjvask	2	3	96	0,0	1	0
Udskillelser	12	3	52	0,0	34	11

Anm.: Tabellen viser timefordelingen (planlagt/disponeret tid) til indsatsområderne som andele.

Dele af § 83-indsatserne på udeområdet er ikke medtaget: Kommunen har et mindre antal ældreboliger nær et plejecenter, hvor medarbejderne på dette center leverer hjælpen. Her skelnes hverken mellem medarbejdertyper eller tidspunkter, og samlet set udgør denne gruppe 6 % af forbruget af hjemmeplejeydelser (målt i timer) og er ikke medtaget i tabellen. Der findes yderligere et plejecenter, som leverer hjælp til boliger i nærheden, men som der ikke kan leveres planlagt/disponeret tid på. I datasættet er der ikke medtaget borgere, som har privat leverandør. I aften og nat kan der ikke skelnes mellem hjælpere og assistenter (eller sygeplejersker), hvorfor de står opført i én samlet kolonne.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af udtræk fra kommunens omsorgssystem.

Bilagstabel 4.1 viser, at langt hovedparten (73 % i alt) af rehabiliteringsydelserne leveres i dagtiden, mens 23 % leveres i aftenvagt, og kun 3 % i nattevagt.

Desuden ses, at personlig hygiejne er langt det største område og tegner sig for 37 % af ydelserne, mens fire yderligere kategorier står for i alt 56 % af ydelserne: 17 % vedrører mad, 14 % rengøring, 13 % mobilitet og 12 % udskillelser (hvilket bl.a. dækker over hjælp til toiletbesøg).

Ser man på fordelingen mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker, så er det kun muligt at skelne mellem faggrupperne i dagtid – og kun i denne ene case-kommune. I dagtid er 91 % af tiden til § 83-indsatser planlagt på hjælperne, mens assistenterne står for de øvrige 9 %. I meget begrænset omfang leverer sygeplejersker enkelte hjemmeplejeydelser, men samlet set er der tale om ca. 0,1 %. Der kan fx være tale om en enkelt borger, hvor man af særlige årsager har valgt denne løsning. I praksis leverer sygeplejerskerne altså ikke hjemmeplejeydelser.

I Bilagstabel 4.2 ses fordelingen af rehabiliteringsydelser (§ 83a) på hhv. hjælpere og assistenter i dag-, aften- og nattevagt.

Bilagstabel 4.2 Case-kommune 5: Fordeling af planlagt tid til rehabilitering (§ 83a) på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

Rehabilitering § 83a	I alt	SSA (dag)	SSH (dag)	Aften (alle)	Nat (alle)
§ 83a (RH) i alt	100	5	63	29	1
RH Ernæring	1	0,0	0,3	0,2	0,0
RH Hverdagens aktiviteter	1	0,0	0,4	0,2	0,0
RH Indkøb	0	0,0	0,1	0,0	0,0
RH Mobilitet	6	0,3	2,9	2,4	0,4
RH Personlig hygiejne	54	3,7	35,3	12,4	0,0
RH Rengøring	2	0,0	1,8	0,0	0,0
RH Tilberede/anrette mad	19	0,5	11,4	6,7	0,0
RH Tøjvask	1	0,0	0,7	0,0	0,0
RH Udskillelser	17	0,8	7,9	6,3	1,0

Anm.: I aften- og nattevagt kan der ikke skelnes mellem hjælpere (SSH) og assistenter (SSA) (eller sygeplejersker).

Det skal tilføjes, at der ud over disse ydelser findes et mindre antal ældreboliger nær et plejecenter, hvor medarbejderne på dette center leverer hjælpen. Her skelnes hverken mellem medarbejdertyper eller tidspunkter, og samlet set udgør denne gruppe kun 4 % af forbruget af rehabiliteringsydelser (målt i timer), hvorfor den ikke er medtaget i tabellen.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af udtræk fra kommunens omsorgssystem.

Bilagstabel 4.2 viser, at langt hovedparten (68 % i alt) af rehabiliteringsydelserne leveres i dagtiden, mens 29 % leveres i aftenvagt, og kun 1 % leveres i nattevagt. Over halvdelen af rehabiliteringsydelserne vedrører ikke overraskende personlig hygiejne, mens 19 % vedrører mad, og 17 % vedrører udskillelser (hvilket bl.a. dækker over at kunne klare toiletbesøg). Disse tre indsatsområder tegner sig for 90 % af den tid, der anvendes på rehabiliteringsydelser.

Ser man på fordelingen mellem hjælpere og assistenter, så er det også her kun muligt at skelne mellem de to faggrupper i dagvagt, og her står hjælperne for 92 % af rehabiliteringen i dagvagt, mens assistenterne står for de øvrige 8 %. Rehabilitering – i betydningen midlertidig hjemme-hjælp efter § 83a – er dermed et indsatsområde, som for langt størstedelen løses af hjælpere.

I Bilagstabel 4.3 ses forholdet mellem de varige hjemmeplejeindsatser (§ 83) og de midlertidige rehabiliteringsindsatser (§ 83a).

Bilagstabel 4.3 Case-kommune 5: Fordeling af planlagt tid til § 83 og § 83a på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

	§ 83	§ 83a	Begge (§ 83 + § 83a)
SSA i dagtid	5,7	0,4	6,1
SSH i dagtid	58,6	4,5	63,1
Aften SSA SSH og SPL	19,7	2,1	21,8
Nat SSA SSH og SPL	2,8	0,1	2,9
§ 83 i alt	93	7	100,0

Anm.: Sygeplejersker leverer så få SEL-indsatser, at det svarer til 0,04 % af de samlede SEL-indsatser. Derfor er sygeplejerskerne udeladt. (Udeladt er spl. indeområdet, herunder centernære boliger, samt private leverandører.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af udtræk fra kommunens omsorgssystem.

Bilagstabel 4.3 viser, at 93 % af hjemmeplejeydelserne er varige § 83-ydelser, og de midlertidige rehabiliteringsforløb tegner sig for 7 % af timerne. Dernæst ses, at det samlet set er hjælperne i dagtid, der står for langt den største del af servicelovsydelserne, 63 % i alt, mens assistenterne kun tegner sig for små 6 % af servicelovsydelserne.

For at give en fornemmelse af den relative fordeling mellem rehabilitering (§ 83a) og varig hjemmehjælp (§ 83) viser Bilagstabel 4.4 den relative fordeling for alle tre case-kommuner. Der skal dog tages forbehold for denne sammenligning, idet der er tale om forskellige perioder, som det fremgår af tabellen. Og desuden er der en smule variation i, hvordan hjemmeplejen på udeområdet opgøres og registreres i de tre kommuner (der kan fx være mindre enheder, som ikke er med). Med disse forbehold in mente ses alt andet lige et relativt ensartet billede, hvor langt hovedparten (93-99 %) af hjemmehjælpsydelserne gives som varige ydelser.

Bilagstabel 4.4 Case-kommune 5, 6 og 8: Fordeling af planlagt tid til hjemmepleje og rehabilitering (§ 83 og § 83a) på udeområdet i procent

	Kommune 5 (jan.-sept. 2020)		Kommune 6 (2019)		Kommune 8 (2019)	
	§ 83	§ 83a	§ 83	§ 83a	§ 83	§ 83a
I alt	93	7	95	5	99	1,17
Ernæring	2,7	0,0	8,3	0,3	5,3	0,01
Hverdagens aktiviteter SEL	1,7	0,1	1,1	0,2	0,0	0,00
Indkøb	0,3	0,0	0,7	0,1	0,6	0,02
Mobilitet	11,2	0,4	3,9	0,8	13,3	0,03
Personlig hygiejne	36,2	4,0	42,3	1,5	31,2	0,59
Rengøring	12,1	0,1	15,5	0,6	12,2	0,05
Tilberede/anrette mad	16,3	1,4	15,8	0,8	16,0	0,27
Tilsyn/Omsorg 2	0,3	0,0	1,4	0,1	0,5	0,00
Tøjvask	1,4	0,0	0,9	0,1	0,1	0,05
Udskillelser	10,3	1,2	5,3	0,2	19,6	0,16

Anm.: Tabellen viser timefordelingen (planlagt/disponeret tid) til indsatsområderne som andele.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for 2019 samt VIVEs beregninger.

De følgende tabeller omhandler sundhedslovsydelserne i kommune 5. Bilagstabel 4.5 giver et overblik over den planlagte tid til sygeplejeindsatser på udeområdet fordelt på såvel faggrupper i dagtiden som på vagter.

Bilagstabel 4.5 Case-kommune 5: Fordelingen af planlagt tid til § 138 på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

	Dagtid	Dagtid	Dagtid	Dagtid	Dagtid	Dagtid i alt	Aften	Nat	Aften/nat i alt
	Spl. ude	Spl. klinik	Spl. i alt	SSA	SSHJ		alle	alle	
§ 138 i alt	22	6	28	28	16	72	27	2	28
§ 138 i dagtid	31	8	39	39	22	100			

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for de første 9 måneder af 2020 samt VIVEs beregninger.

Bilagstabel 4.5 viser, at 72 % af sygeplejen på udeområdet leveres i dagtiden, 27 % i aftenvagt og kun 2% i nattevagt. Ser vi alene på dagtid, ses, at 8 % af sygeplejen leveres i klinik, hvor borgerne kommer til sygeplejerskerne, mens de resterende 92 % af sygeplejen på udeområdet leveres af udkørende medarbejdere. I dagtid er det muligt at se en detaljeret fordeling på faggrupper. Her fremgår det, at 39 % af sygeplejeindsatserne er planlagt på sygeplejersker og det samme på assistenter, mens en noget mindre del, 22 %, er planlagt på hjælperne. Det er således i denne kommune en betydelig del af sygeplejen, der leveres af hjælpere og assistenter, svarende til 61 % af den planlagte sygepleje i dagtid på udeområdet.

Sundhedslovsydelseerne er i FSIII opdelt i 39 specifikke sygeplejefaglige indsatser og 4 generelle såkaldte "0-ydelser" på niveau 2 (jf. Bilag 3). De følgende to tabeller viser fordelingen af sygepleje på udeområdet på niveau 2.

Bilagstabel 4.6 viser de sygeplejeindsatser, kommunen anvender på niveau 2 fordelt på dagtid, aften- og nattevagt. I dagtid er det desuden muligt at skelne mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere. I hver kolonne er opgjort, hvordan sygeplejen i fx klinik eller aftenvagt er fordelt på de enkelte indsatser. Således viser tabellen fx, hvordan de 22 % af sygeplejen, der leveres af udkørende sygeplejersker i dagvag, er fordelt på de enkelte indsatser: Her ses det, at sårplejen fylder mest i den udkørende sygepleje med knap 33 %, og dernæst kommer medicindispensering med ca. 25 %.

Bilagstabel 4.6 Case-kommune 5: Planlagt tid til § 138 på FSIII niveau 2 på udeområdet i procent (jan.-sept. 2020)

	I alt	Dagtid				Aften	Nat
		SPL ude	SPL klinik	SSA	SSH	Alle	Alle
I alt	100	22	6	28	16	27	2
Generel 0-ydelse	0,0	0,1					
Anlæggelse og pleje af kateter	7,2	2,5	0,9	5,1	14,0	10,9	2,5
Behandling med ortopædiske hjælpemidler	1,0	0,1		0,8	3,8	0,7	
Behandling og pleje af hudproblem	2,1	0,5	2,4	2,8	2,0	2,9	
Behandling og pleje af mavetarmproblem	0,1	0,2		0,1		0,1	
Cirkulationsbehandling	0,1	0,1	0,1		0,2		
Dialyse	0,6	1,7				0,8	
Drænpleje	0,0	0,0	0,2				
Ernæringsindsats	0,5	0,6		1,0	0,3	0,2	
Forflytning og mobilisering	0,0	0,0					1,7
Ilthandling	0,1	0,0				0,2	0,0
Intravenøs væskebehandling	0,5	0,9	0,1			0,7	5,4

	I alt	Dagtid				Aften	Nat
		SPL ude	SPL klinik	SSA	SSH	Alle	Alle
Intravenøst medicinsk behandling	0,5	1,1	0,0			0,8	2,3
Kompressionsbehandling	16,2	9,4	10,6	13,5	29,6	18,6	5,0
Medicinadministration	26,7	5,6	2,0	25,6	43,8	40,1	34,7
Medicindispensering	11,2	25,6	13,2	15,7	0,5	1,3	0,0
Nonfarmakologisk smertelindring	1,6	3,8	2,7	2,1	0,1	0,1	0,0
Oplæring	0,8	1,4		1,3	0,4	0,3	
Parenteral ernæring	0,3	0,6				0,6	2,7
Personlig pleje	0,4	0,3	0,1		0,6	0,8	
Psykiatrisk pleje	0,3	0,5	0,6	0,2		0,5	
Psykisk støtte	3,5	4,5		2,6	3,1	4,0	15,7
Respirationsbehandling	0,9	0,4		1,7	0,1	0,5	14,3
Sondeernæring	4,4	3,5		6,0		7,2	
Stomipleje	3,0	0,7		7,5		1,9	15,7
Subkutan væskebehandling	0,0	0,1					
Sårbehandling	13,5	32,7	66,7	6,8	0,4	2,0	0,0
Trakeostomipleje	0,0		0,1				
Undersøgelse og måling af værdier	4,2	2,8	0,1	7,3	1,1	4,9	0,1
Vejledning	0,1	0,3					
Væske pr. os	0,0	0,1					
I alt	100	100	100	100	100	100	100

Anm.: De 10 største indsatsområder samlet set er markeret med blå, mens de tre største områder for hhv. hjælpere og assistenter er markeret med rød skrift.

FSIII rummer på niveau 2 i alt 39 specifikke sygeplejefaglige indsatser og 4 generelle såkaldte "0-ydelser" (jf. Bilag 3). En række indsatser er anvendt i så lille omfang i dagtid, at det svarer til under 0,1 % af den samlede sygepleje i dagtid på udeområdet. Disse i alt 12 indsatser er udeladt. Andre indsatser er slet ikke anvendt og indgår derfor heller ikke. Tilbage er de 31 indsatser, der er vist i tabellen.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for de første 9 måneder af 2020 samt VIVEs beregninger.

Bilagstabel 4.6 viser, at ud af de 39 + 4 sygeplejeindsatser på niveau 2 tegner de 10 mest anvendte (markeret med blå) indsatser sig for 92 % af den samlede tid til sygeplejeindsatser. De fire største indsatser er medicinadministration og -dispensering samt kompressions- og sårbehandling. Til sammen tegner disse fire indsatser sig for næsten 68 % af sundhedslovs-ydelserne.

Dette mønster går igen i de øvrige case-kommuner, hvor det vil fremgå, at det er de samme fire indsatser, som er de største områder i alle kommunerne, og at de står for en meget stor del af sygeplejen i kommunerne.

Zoomer vi ind på hjælperne i Bilagstabel 4.6, ser vi, at ud af de i alt 16 % af sygeplejen i dagtid, som hjælperne leverer, er medicinadministration det markant største område med 44 % af hjælpernes sundhedslovsydelser. Dernæst kommer kompressionsbehandling, som udgør små 30 % af den tid, hjælperne bruger på sygepleje, mens kateterpleje udgør 14 %. I denne kommune tegner disse tre indsatser sig for over 87 % af hjælpernes sygeplejeydelser.

For assistenterne er billedet et andet: De tre største indsatser er kompressionsbehandling, der står for 13,5 % og medicinadministration og -dispensering med hhv. knap 26 % og 16 %. Samlet set tegner disse tre indsatser sig for godt 55 % af den tid, assistenterne bruger på sygeplejeydelser, og resten er langt mere jævnt fordelt på en række forskellige sygeplejeindsatser, end det er for hjælpernes vedkommende.

En anden relevant måde at se på fordelingen af sygeplejeindsatser på faggrupper er at tage udgangspunkt i de enkelte indsatser og se på, hvordan de enkelte indsatser er fordelt på faggrupper (hvilket i denne kommune kun er muligt i dagtid på udeområdet). Her tegner sig følgende billede i Bilagstabel 4.7:

Bilagstabel 4.7 Case-kommune 5: Planlagt tid til § 138 på FSIII niveau 2 på udeområdet i procent (dagtid, jan.-sept. 2020)

Fordeling af sygeplejeindsatser på faggrupper (på udeområdet i dagtid) i procent						
	I alt	SPL ude	SPL klinik	SPL i alt	SSA	SSHJ
I alt	100	31	8	39	39	22
Anlæggelse og pleje af kateter	6,0	13	1	14	33	53
Behandling med ortopædiske hjælpemidler	1,2	2	0	2	25	73
Behandling og pleje af hudproblem	1,9	9	10	19	58	24
Behandling og pleje af mavetarm-problem	0,1	72	0	72	28	-
Cirkulationsbehandling	0,1	25	11	37	11	52
Dialyse	0,5	100	0	100	-	-
Ernæringsindsats	0,7	28	0	28	62	10
Intravenøs væskebehandling	0,3	98	2	100	-	-
Intravenøst medicinsk behandling	0,3	100	0	100	-	-
Kompressionsbehandling	15,6	19	5	24	34	43
Medicinadministration	21,6	8	1	9	46	45
Medicindispensering	15,2	52	7	59	40	1
Nonfarmakologisk smertelindring	2,2	53	10	63	36	1
Oplæring	1,0	42	0	42	50	8
Parenteral ernæring	0,2	100	0	100	-	-
Personlig pleje	0,3	41	4	46	4	50
Psykiatrisk pleje	0,3	58	16	74	26	-
Psykisk støtte	3,1	45	0	45	32	22
Respirationsbehandling	0,8	17	0	17	81	2
Sondeernæring	3,4	32	0	32	68	-
Stomipleje	3,1	7	0	7	93	0
Sårbehandling	18,1	56	29	85	15	1
Undersøgelse og måling af værdier	4,0	22	0	22	71	6
Vejledning	0,1	100	0	100	-	-

Anm.: Vær opmærksom på forskellen mellem Bilagstabel 4.6 og denne Bilagstabel 4.7: I Bilagstabel 4.7 indgår *kun* dagtid, og derfor udgør de enkelte indsatser en lidt anden andel af totalen, end de gør i Bilagstabel 4.6, som også indeholder sygeplejen i aften- og nattevagt.

FSIII rummer på niveau II i alt 39 specifikke sygeplejefaglige indsatser og 4 generelle såkaldte "0-ydelser" (jf. Bilag 3). En række indsatser er anvendt i så lille omfang i dagtid, at det svarer til under 0,1 % af den samlede sygepleje i dagtid på udeområdet. Disse i alt 11 indsatser er udeladt. Andre indsatser er slet ikke anvendt og indgår derfor heller ikke. Tilbage er 24 indsatser i Bilagstabel 4.7.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for de første 9 måneder af 2020 samt VIVEs beregninger.

Bilagstabel 4.7 viser, hvordan den planlagte tid på de forskellige indsatser er fordelt på faggrupper i dagtiden: Ser vi fx på et af de store områder, sårplejen, så tegner sygeplejerskerne sig for godt 85 % af sårbehandlingen, mens assistenterne står for ca. 15 % af sårplejen og hjælperne for en meget lille andel, lidt under 1 %. Ligeledes ses fordelingen på et andet stort indsatsområde, fx medicinområdet: Sygeplejerskerne står for næsten 60 % af dispenseringen og assistenterne for 40 %, mens hjælperne står for under 1 %. Men når det kommer til administration, er billedet ikke overraskende næsten omvendt: Hjælperne står for 45 %, assistenterne

for næsten det samme og sygeplejerskerne for de resterende små 10 %. Et sidste område, hvor hjælpere og assistenter løser en stor del af sygeplejeopgaverne, er i relation til kompressionsbehandling, hvor hjælperne står for 43 %, assistenterne for 34 % og sygeplejerskerne for de sidste 24 %.

Case-kommune 6

I kommune 6 er det muligt at belyse fordelingen af hjemmepleje (servicelovens § 83), rehabilitering (servicelovens § 83a) og sygepleje (sundhedslovens § 138) på niveau 2 i FSIII, dog i lidt mindre detaljeringsgrad, idet kommunen ikke har mulighed for at skelne mellem hjælpere og assistenter i deres data. Derfor optræder hjælpere og assistenter som én gruppe i tabellerne i denne case. Dataene dækker ikke hele kommunen, men kun størstedelen af udeområdet, idet indeområdet (plejeboliger og midlertidige pladser) ikke er med i datasættet, ligesom kommunens akutteam ikke er med. Desuden er private leverandører på udeområdet ikke med. I kommune 6 er sygeplejen organiseret i en separat søjle.

Bilagstabel 4.4 viste fordelingen af hjemmeplejeydelser jf. § 83 og rehabiliteringsydelser jf. § 83a fordelt på niveau 2 i FSIII for alle tre case-kommuner. Her fremgik det, at 95 % af de samlede hjemmeplejeydelser i kommune 6 bliver leveret som varige ydelser, mens de resterende 5 % er midlertidige rehabiliteringsforløb. Desuden ses, at langt størstedelen af hjemmeplejeydelserne, 42 %, vedrører personlig hygiejne, mens to yderligere indsatser står for i alt 31 % af ydelserne (15,5 % vedrører mad og 15,8 % rengøring). Samlet set tegner disse tre indsatser sig for 73,6 % af hjemmeplejeydelserne i case-kommune 8.

Bilagstabel 4.8 viser de sygeplejeindsatser, kommunen anvender på niveau 2, fordelt på sygeplejersker og hjælpere/assistenter i hjemmeplejen. Tabellen viser, at i denne kommune er 15 % af sygeplejen planlagt på sygeplejersker, mens 85 % er planlagt på hjælpere og assistenter. I hver kolonne er opgjøret, hvordan de sundhedslovsydelser, der er planlagt på hhv. sygeplejersker og hjælpere/assistenter, er fordelt på de enkelte indsatser. Således viser tabellen fx, hvordan de i alt 15 % af sygeplejen, som sygeplejerskerne leverer⁴¹, er fordelt på de enkelte indsatser: Her ses det, at sårplejen fylder mest hos sygeplejerskerne (godt 29 %) og dernæst medicinadministration- og dispensering, der samlet set tager 17,8 % af sygeplejerskernes tid.

Bilagstabel 4.8 Case-kommune 6: Planlagt tid til § 138 på FSIII niveau 2 på udeområdet i procent (2019)

	I alt	SPL	SSA/SSH
Fordeling af planlagt tid til § 138 på udeområdet i alt	100	15	85
	Fordelt på	Fordelt på	Fordelt på
Anlæggelse og pleje af kateter	3,0	5,2	2,6
Behandling med ortopædiske hjælpemidler	0,1	0,3	0,1
Behandling og pleje af hudproblem	4,1	0,8	4,6
Behandling og pleje af mave-tarmproblem	0,6	0,7	0,6
Cirkulationsbehandling	1,0	0,6	1,1
Drænpleje	0,2	0,5	0,2
Ernæringsindsats	1,4	0,1	1,6
Forflytning og mobilisering	1,1	0,0	1,3

⁴¹ Vær opmærksom på, at kommunen indgår i et fælles akutteam med øvrige kommuner, og at akutteamets ydelser ikke er medregnet her. Antallet af fuldtidsårsværk i akutteamet udgør 12 % af det samlede antal årsværk til udførende sygeplejersker i kommunen.

	I alt	SPL	SSA/SSH
Fordeling af planlagt tid til § 138 på udeområdet i alt	100	15	85
	Fordelt på	Fordelt på	Fordelt på
Ittbehandling	0,1	0,0	0,1
Inkontinensbehandling	0,3	0,1	0,3
Intravenøs medicinsk behandling	0,6	3,9	0,0
Intravenøs væskebehandling	0,2	1,3	0,0
Kompressionsbehandling	20,7	7,5	22,9
Medicinadministration	36,9	9,7	41,6
Medicindispensering	7,5	8,1	7,3
Oplæring	0,1	0,3	0,1
Parenteral ernæring	0,6	4,2	0,0
Personlig pleje	0,2	0,1	0,2
Pleje ved anvendelse af personlige hjælpemidler	0,2	0,0	0,2
Psykiatrisk pleje	0,3	2,0	0,0
Psykisk støtte	3,7	8,5	2,8
Respirationsbehandling	0,4	0,4	0,4
Samarbejde med netværk	0,3	1,1	0,2
Sondeernæring	1,8	1,0	1,9
Stomipleje	0,9	0,4	1,0
Støtte til ADL-aktivitet	1,5	0,0	1,8
Sårbehandling	6,4	28,8	2,6
Særlig kommunikationsform	0,1	0,0	0,1
Undersøgelser og måling af værdier	3,1	4,2	2,9
Vejledning	0,3	1,3	0,2
Vurdering	0,4	1,4	0,2
Generel 0-ydelse	0,2	1,1	0,0
Koordinering	0,5	1,3	0,4
Opfølgning	0,8	3,7	0,3
Sygeplejefaglig udredning	0,5	1,0	0,4

Anm.: I kolonnen "sygeplejersker" indgår kun sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen og dermed ikke de 12 % af kommunens samlede årsværk til udførende sygeplejersker, som arbejder i et akutteam.

FSIII rummer på niveau 2 i alt 39 specifikke sygeplejefaglige indsatser og 4 generelle såkaldte "0-ydelser" (jf. Bilag 3). En række indsatser er anvendt i så lille omfang, at det svarer til under 0,1 % af den samlede sygepleje i dagtid på udeområdet. Det drejer sig om dialyse, nonfarmakologisk smertelindring, sekretsugning, respiratorbehandling, subkutan væskebehandling, trakeostomipleje og væske pr. os. Disse indsatser er udeladt. Andre indsatser er slet ikke anvendt i kommunens datatræk og indgår derfor heller ikke. Tilbage er de 35 indsatser i tabellen.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for 2019 samt VIVEs beregninger.

Zoomer vi – ligesom i den forrige case – ind på de 10 største indsatsområder, som er markeret med blå i tabellen, så tegner de sig samlet set for 87 % af timerne planlagt til sundhedslovsydelser på udeområdet. Selvom der er forskelle mellem kommune 5 og kommune 6, er det alligevel de samme fire indsatser, som er markeret med en mørkere blå, der er de mest tidskrævende i de to kommuner: medicinadministration og -dispensering, kompressions- og sårbehandling. I denne kommune tegner disse fire indsatser sig for 72 % af sundhedslovsydelserne (mens de samme fire indsatser i kommune 5 tegnede sig for 68 %).

Ser vi på de to medarbejdergrupper, ses dog en vis variation: For sygeplejerskerne er det sårbehandling, der fylder langt mest (godt 29 %), herefter medicinadministration (næsten 10 %) og psykisk støtte (8,5 %) af den planlagte tid. For den samlede gruppe af hjælpere og

assistenter er det ikke overraskende de store indsatsområder medicinadministration (42 %) og kompressionsbehandling (23 %), som er langt de største. Herefter er det medicindispensering (7 %) og pleje- og behandling af hudproblemer (4,6 %).

I Bilagstabel 4.9 vises fordelingen af planlagt tid til de to medarbejdergrupper for hver enkelt indsats. Ser man på indsatserne hver for sig, viser tabellen, at indsatser relateret til katetre tegner sig for i alt 3 % af den planlagte tid til sundhedslovsydelser, og at disse 3 % fordeler sig med hhv. 26 % til sygeplejersker og de resterende 74 % til hjælpere og assistenter.

Bilagstabel 4.9 Case-kommune 6: Planlagt tid til § 138 udeområdet i procent fordelt på medarbejdergrupper og FSIII niveau 2 (2019)

	I alt	Heraf SPL	Heraf SSH/SSA
I alt	100	15	85
Anlæggelse og pleje af kateter	3,0	26	74
Behandling med ortopædiske hjælpemidler	0,1	41	59
Behandling og pleje af hudproblem	4,1	3	97
Behandling og pleje af mave-tarmproblem	0,6	15	85
Cirkulationsbehandling	1,0	9	91
Drænpleje	0,2	34	66
Ernæringsindsats (inkl. ernæringscreening)	1,4	1	99
Forflytning og mobilisering	1,1	0	100
Illtbehandling	0,1	3	97
Inkontinensbehandling	0,3	5	95
Intravenøs væskebehandling	0,6	100	0
Intravenøs medicinsk behandling	0,2	100	0
Kompressionsbehandling	20,7	5	95
Medicinadministration	36,9	4	96
Medicindispensering	7,5	16	84
Oplæring	0,1	38	62
Parenteral ernæring	0,6	100	0
Personlig pleje	0,2	5	95
Pleje ved anvendelse af personlige hjælpemidler	0,2	1	99
Psykiatrisk pleje	0,3	90	10
Psykisk støtte	3,7	34	66
Respirationsbehandling	0,4	15	85
Samarbejde med netværk	0,3	47	53
Sondeernæring	1,8	8	92
Stomipleje	0,9	7	93
Støtte til ADL-aktivitet	1,5	0	100
Sårbehandling	6,4	65	35
Særlig kommunikationsform	0,1	6	94
Undersøgelser og måling af værdier	3,1	20	80
Vejledning	0,3	59	41
Vurdering	0,4	51	49
Generel 0-ydelse	0,2	94	6
Koordinering	0,5	39	61
Opfølgning	0,8	66	34
Sygeplejefaglig udredning	0,5	32	68

Note: FSIII rummer på niveau 2 i alt 39 specifikke sygeplejefaglige indsatser og 4 generelle såkaldte "0-ydelser" (jf. Bilag 3). En række indsatser er anvendt i så lille omfang, at det svarer til under 0,1 % af den samlede sygepleje i dagtid på udeområdet. Det drejer sig om dialyse, nonfarmakologisk smertelindring, sekretsugning, respiratorbehandling, subkutan væskebehandling, trakeostomipleje og væske pr. os. Disse indsatser er udeladt. Andre indsatser er slet ikke anvendt i kommunens datatræk og indgår derfor heller ikke. Tilbage er de 35 indsatser i tabellen.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for 2019 samt VIVEs beregninger.

Case-kommune 8

I kommune 8 er det muligt at belyse fordelingen af hjemmepleje (servicelovens § 83), rehabilitering (servicelovens § 83a) og sygepleje (sundhedslovens § 138) på niveau 2 i FSIII. Men kommunen har ikke mulighed for at skelne mellem hjælpere og assistenter i deres datatræk. I denne kommune er det dog muligt at se fordelingen af sundhedslovsydelser på både inde- og udeområdet, hvilket ikke var muligt i de andre case-kommuner. Bemærk dog, at kommunens akutfunktion ikke indgår. På indeområdet er det kun muligt at opgøre det samlede omfang af sundhedslovsydelser, men det er ikke muligt at se fordelingen på medarbejdergrupper. I kommune 8 er sygeplejen organiseret i en separat søjle.

Bilagstabel 4.4 viste fordelingen af hjemmeplejeydelser jf. § 83 og rehabiliteringsydelser jf. § 83a fordelt på niveau 2 i FSIII for alle tre case-kommuner. Her fremgik det, at 99 % af de samlede hjemmeplejeydelser i kommune 8 bliver leveret som varige ydelser, mens de resterende 1,17 % (for nu at være helt præcis) er midlertidige rehabiliteringsforløb. Desuden ses, at langt størstedelen af hjemmeplejeydelserne, 31 %, vedrører personlig hygiejne, mens to yderligere indsatser står for i alt 36 % af ydelserne (19,6 % vedrører udskillelser og 16 % mad). Samlet set tegner disse tre indsatser sig for 67 % af hjemmeplejeydelserne i case-kommune 8.

Bilagstabel 4.10 viser den samlede fordeling af sundhedslovsydelser i kommune 8. Første kolonne (med overskriften "alt § 138") viser, hvordan den samlede mængde sundhedslovsydelser på både inde- og udeområdet fordeler sig på indsatser på niveau 2 i FSIII. Bemærk dog, at kommunens akutfunktion ikke indgår.

I de næste to lilla kolonner ("Udeområdet" og "Indeområdet") ses, at 45 % af sygeplejen er planlagt på udeområdet, mens den største andel, 55 %, er planlagt på indeområdet. I kolonnerne ses dernæst, hvordan disse hhv. 45 og 55 % er fordelt på niveau 2 indsatser. I de næste to turkise kolonner zoomes ind på fordelingen på faggrupper på udeområdet. Her ses, at hjælpere og assistenter står for 75 % af sundhedslovsydelserne, mens 25 % er planlagt på sygeplejerskerne. I de turkise kolonner ses, hvor stor en andel af timerne til hver enkelt indsats der er planlagt på hhv. hjælpere og assistenter eller på sygeplejersker. Således er næsten 52 % af timerne til katetre planlagt på hjælpere og assistenter. De resterende godt 48 % er planlagt på sygeplejersker osv.

Endelig viser de sidste to gule kolonner, hvordan de to medarbejdergruppers tid er fordelt på de forskellige indsatser: Her ses fx, at ud af de 75 % af SUL-timerne, der anvendes af hjælpere og assistenter, går 1,6 % til katetre osv., men sygeplejerskerne bruger 4,4 % af de 25 % af SUL-timerne, der anvendes i deres faggruppe til katetre.

Bilagstabel 4.10 Case-kommune 8: Planlagt tid til § 138 på FSIII niveau 2 på udeområdet i procent (2019)

	Alt § 138	Ude-området	Inde-området	Ude: SSH/A andel	Ude: SPL andel	Ude: SSH/A fordeling	Ude: SPL fordeling
	Fordelt på	Fordelt på	Fordelt på	Andel af indsats	Andel af indsats	Fordelt på	Fordelt på
I alt	100	45	55	75	25	75	25
1) Anlæggelse og pleje af kateter	1,7	2,3	1,2	51,8	48,2	1,6	4,4
2) Behandling med ortopædiske hjælpemidler	0,3	0,3	0,3	91,0	9,0	0,3	0,1
3) Behandling og pleje af hudproblem	3,7	2,0	5,1	84,7	15,3	2,3	1,3
4) Behandling og pleje af mave-tarmproblem	0,6	0,1	1,0	42,8	57,2	0,0	0,1
5) Cirkulationsbehandling	0,8	0,1	1,4	82,9	17,1	0,2	0,1
8) Ernæringsindsats	1,8	0,3	3,1	51,4	48,6	0,2	0,6
9) Forflytning og mobilisering	1,5	0,9	1,9	38,2	61,8	0,5	2,3
10) Iltbehandling	0,1	0,1	0,1	97,6	2,4	0,2	0,0
11) Inkontinensbehandling	0,3	0,2	0,3	60,5	39,5	0,2	0,3
13) Intravenøs medicinsk behandling	0,3	0,7	0,0	0,0	100,0	0,0	2,9
14) Kompressionsbehandling	11,6	18,5	5,8	86,7	13,3	21,4	9,9
15) Medicinadministration	48,2	38,7	56,0	94,3	5,7	48,6	8,9
16) Medicindispensering	6,3	9,9	3,3	75,5	24,5	10,0	9,7
19) Parenteral ernæring	0,2	0,5	0,0	0,6	99,4	0,0	1,9
21) Pleje ved anvendelser af personlige hjælpemidler	0,2	0,2	0,2	99,6	0,4	0,3	0,0
22) Psykiatrisk pleje	0,5	0,3	0,8	77,6	22,4	0,3	0,2
23) Psykisk støtte	3,9	0,9	6,3	33,1	66,9	0,4	2,5
24) Rehabilitering	0,5	0,2	0,8	90,3	9,7	0,2	0,1
25) Respirationsbehandling	0,7	0,7	0,8	53,6	46,4	0,5	1,3
27) Samarbejde med netværk	0,1	0,1	0,0	71,9	28,1	0,1	0,1
28) Sekret sugning	0,1	0,2	0,0	0,0	100,0	0,0	0,7
29) Sondeernæring	2,5	2,3	2,7	66,4	33,6	2,0	3,1
30) Stomipleje	1,6	2,7	0,7	81,8	18,2	2,9	1,9
31) Støtte til ADL-aktivitet	0,9	0,1	1,6	83,2	16,8	0,1	0,1
33) Supplerende udredning	1,0	1,5	0,5	13,4	86,6	0,3	5,4
34) Særlig kommunikationsform	0,1	0,2	0,0	62,3	37,7	0,2	0,3
35) Sårbehandling	4,6	7,8	1,9	17,0	83,0	1,8	26,1
37) Undersøgelser og måling af værdier	3,0	4,2	2,0	87,5	12,5	4,9	2,1
38) Vejledning	0,2	0,1	0,3	14,3	85,7	0,0	0,3
39) Væske pr. os	0,3	0,0	0,5	95,9	4,1	0,0	0,0
a) Sygeplejefaglig udredning	0,8	1,4	0,3	2,7	97,3	0,1	5,4
b) Opfølgning	1,1	1,3	0,9	16,9	83,1	0,3	4,4
c) Koordinering	0,2	0,3	0,0	14,8	85,2	0,1	1,1
d) Generel 0-ydelse	0,2	0,3	0,0	0,0	100,0	0,0	1,4
Alle indsætter i alt:	100	100	100	-	-	100	100

Note: FSIII rummer på niveau 2 i alt 39 specifikke sygeplejefaglige indsætter og 4 generelle såkaldte "0-ydelser" (jf. Bilag 3). En række indsætter er anvendt i så lille omfang, at det svarer til under 0,1 % af den samlede sygepleje. Det drejer sig om dialyse, drænpleje, intravenøs væskebehandling, nonfarmakologisk smertelindring, oplæring, personlig pleje, respiratorbehandling, subkutan væskebehandling og trakeostomipleje. Disse indsætter er udeladt. Tilbage er de 35 indsætter i tabellen.

Kilde: Udtræk fra kommunens omsorgssystem for 2019 samt VIVEs beregninger.

De 10 største indsatsområder målt på planlagte timer på **både inde og udeområdet**, er fremhævet med blå. Igen er medicinområdet langt det største og tegner sig for små 55 % af den planlagte tid, heraf 48 % alene til medicinadministration. Dernæst kommer – som i de øvrige case-kommuner – kompressions- og sårbehandling. Samlet set tegner disse fire indsatser sig for små 71 % af sygeplejen. Ser man alene på udeområdet – ligesom i de øvrige case-kommuner – tegner netop disse fire indsatser sig for godt 67 %. Det er således de samme fire indsatser, som fylder mest i alle case-kommuner.

Hvis man – for at kunne sammenligne med de øvrige case-kommuner – zoomer ind på de 10 største indsatsområder på **udeområdet**, så tegner de sig til sammen for 90 % af timerne planlagt til sundhedslovsydelse. For at adskille disse 10 indsatser på udeområdet er de i tabellen markeret med en **mørkere lilla**. De fire største indsatser på udeområdet er – ligesom på det samlede sundhedslovsområde og ligesom i de øvrige to case-kommuner – medicinadministration og -dispensering, kompressions- og sårbehandling. I denne kommune tegner disse fire sig for godt 65 % af indsatserne på udeområdet.

Kommune 8 er den eneste case-kommune, hvor det er muligt at se, hvilke indsatser der fylder mest på indeområdet, og de 10 største indsatser på **indeområdet** er markeret **mørkere lilla** på samme vis: Her ses en noget anden fordeling af sundhedslovsydelse, hvilket ikke kan undre, når man tager borgernes funktionsniveau og helbredstilstand, når de flytter i plejebolig, i betragtning: Langt det største indsatsområde er medicinadministration, som tegner sig for 56 % af alle sundhedslovsydelse. Dernæst kommer psykisk støtte (6,3 %), kompressionsbehandling (5,8 %) og hudproblemer (5,1 %). I alt tegner disse fire indsatser sig for over 73 % af sundhedslovsydelse på indeområdet, mens de 10 største tegner sig for næsten 87 % af de planlagte timer. Her findes også indsatsområder som ernæring og forflytning.

Bilag 5 Eksempler på kompetenceskemaer

Dette bilag præsenterer eksempler på kompetenceskemaer, som indgår i kapitel 4, for at illustrere kompetenceskemaernes ligheder og forskelle.

Bilagsfigur 5.1 Udklip af kompetenceskema med høj detaljeringsgrad bygget op efter faggruppe

Opgaver - medicin/håndtering	Sygeplejersker	Assistent	Hjælper	Uuddannet	Spl.stud	Spl. stud 6.	Ssa-elev 3	Ssa-elev 1.2	Ssa-elev 1.1	Ssh-elev	Med. Ans. Pæd	Øv. Medarb. Ph
Administration - brusetabletter	0	0	*6+*8	*2+*3	0		0	UV	*2+*8	*2+*8	*9	*10
Administration - inhalationsmedicin	0	0	*6	*2+*3	0		0	UV	*2	*2	*9	*10
Administration - klysmå	0	0	*6	Nej	0		0	UV	*2	*2	*9	*10
Administration - medicin gennem sonde	0	0	*2	Nej	0		0	UV	*2	Nej	*9	*2+*4
Administration - medicinske plastre	0	0	*2	Nej	0		0	UV	*2	Nej	*9	*2+*4
Administration - næsedråber /spray	0	0	*6	*2+*3	0		0	UV	*2	*2	*9	*10
Administration - PN-medicin	0	0	*4	*2+*4	0		0	UV	*2+*4	*2+*4	*9	*10
Administration - Granulat, mikstur, resorptionsplaster og smeltetabletter	0	0	*2	Nej	0		0	UV	*2+*3	Nej	*9	*2+*4
Administration - suppositorier	0	0	*6	Nej	0		0	UV	*2	*2	*9	*10
Administration - vagitorier	0	0	*6	Nej	0		0	UV	*2	*2	*9	*10
Administration - øredråber	0	0	*6	*2+*3	0		0	UV	*2	*2	*9	*10
Administration- doseringsæsker/dosisposer. Herunder kurmedicin.	0	0	*6	*6	0		0	UV	*2	*2	*9	*10

Bilagsfigur 5.1 viser et eksempel på et skema med høj grad af detaljering. Skemaet er bygget op med opgaver vertikalt og de forskellige faggrupper horisontalt. Det står angivet ud for hver opgave, hvilken faggruppe der kan udføre opgaven, hvilket kompetenceniveau det kræver, og hvordan kompetencen opnås – dette er markeret med * og talkoder. For eksempel betyder *2, at opgaven kan varetages med personlig kompetence. Skemaet har også udspecificeret den enkelte opgave i delopgaver, hvoraf nogle kan varetages af assistenter og hjælpere, og derfor indeholder skemaet 125 opgaver i alt. Skemaet er også detaljeret ved, at der indgår elever i forskellige praktikforløb, studerende, øvrige medarbejdere og medicinansvarlige pædagoger.

De fleste af skemaerne ligner denne opbygning, hvor graden af detaljering og udspecificering i delopgaver varierer. Enkelte skemaer er ikke bygget op på denne måde. Det viser Bilagsfigur 5.2 et eksempel på.

Bilagsfigur 5.2 Udklip af kompetenceskema med lav detaljeringsgrad bygget op efter opgave

Undersøgelse og målinger af værdier	
Indsatsen omfatter typisk	Lægeordineret undersøgelse af urin og afføring og målinger af fx blodsukker, temperatur, blodtryk, puls
Målgruppe for indsatsen	Efter lægeordination. Lægeordinationen kan med fordel beskrive tærskelværdier og frekvens. Borgere som har behov for vejning er ikke en del af målgruppen – se Ernæringsindsats eller Cirkulationsbehandling.
Omfanget af indsatsen	Tildeles tidsafgrænset medmindre lægen har ordineret anderledes.
Vejledende tid	10 min 15 min ved BT
Særlige forhold	TOBS kræver ikke lægeordination.
Hvem kan varetage opgaven	Selve udførelsen af målingen kan foretages af alle faggrupper. Vurderingen foretages af en sygeplejerske eller efter personlig delegering til SSA. Se Kompetenceskemaer for særlige kompetencer.

Skemaet i Bilagsfigur 5.2 er en del af et indsatskatalog. Derfor er indsatsens målgruppe og vejledende tid angivet. Dette skema er ikke på samme måde bygget op efter faggrupper, men

det står beskrevet, hvilke(n) faggruppe(r) der kan varetage opgaven og på hvilket kompetenceniveau ("personlig delegering" refererer her til "personlig kompetence"). I skemaet står det beskrevet, hvad indsatsen *kan* omfatte, men denne er ikke udspecificeret i delopgaverne med angivelse af, hvilken faggruppe der kan udføre den enkelte delopgave. Bilagsfigur 5.2 viser dermed et eksempel på et kompetenceskema med lav detaljeringsgrad.

Bilagsfigur 5.3 viser et eksempel på et skema, hvor indsats er udspecificeret i delopgaver, som kan varetages af forskellige faggrupper.

Bilagsfigur 5.3 Udklip af kompetenceskema, hvor indsatsen er udspecificeret i delopgaver

Indsats	Beskrivelse	Sygeplejerske	Kan overdrages	Social- og sundhedsassistent	Social- og sundhedshjælper
Sygeplejefaglig udredning				<input checked="" type="checkbox"/>	
Koordinering ankermand		<input checked="" type="checkbox"/>			
Opfølgning				<input checked="" type="checkbox"/>	
Opfølgende hjemmebesøg		<input checked="" type="checkbox"/>			
Ankermand ¹		<input checked="" type="checkbox"/>			
Anlæggelse og pleje af kateter	Ukompleks topkateter			<input checked="" type="checkbox"/>	
	Kvindekater			<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ukompleks, mænd		<input checked="" type="checkbox"/>		
	Engangs, akut, lægeordineret	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Nyanlagt topkateter	<input checked="" type="checkbox"/>			
Skylning				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *

Anm.: * angiver, at varetagelse af opgaven kræver særligt kompetenceniveau.

Det er ikke alle skemaer, der ligesom eksemplet i Bilagsfigur 5.3 er udspecificeret i delopgaver. På den baggrund er det svært at vurdere, om hjælpere eller assistenter må varetage alle opgaver, fx i forbindelse med katerisation, eller kun delopgaver som ovenfor. I de skemaer, der indeholder forholdsvis mange opgaver, ser det ud til, at hjælpere og assistenter må varetage flere opgaver end i skemaer med færre opgaver, mens dette ikke nødvendigvis er et retvisende billede. Derfor er det ikke muligt at sige noget håndfast om antallet af de opgaver, hjælpere og assistenter kan varetage i de enkelte kommuner.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD