

Christina Holm-Petersen, Martin Sandberg Buch og Marie Kruse

# Social- og sundhedsassistenter på hospitaler

Udbredelse, arbejdsopgaver og arbejdsdeling



*Social- og sundhedsassistenter på hospitaler. Udbredelse, arbejdsopgaver og arbejdsdeling* kan hentes fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7509-680-0

Projekt 10645

November 2013

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Der har igennem mange år været fokus på, hvordan forskellige faggrupper inden for sygeplejen bedst muligt anvender deres kompetencer. Samtidig er der en tydelig tendens til, at arbejdsdelingen varierer over tid og følger udviklingen i udbud og efterspørgsel blandt grupperne.

Denne rapport giver et billede af anvendelsen af social- og sundhedsassistenter på hospitalerne. Rapporten er baseret på interview, der giver et indblik i opgaver og arbejdsdeling i efteråret 2013 på fire udvalgte afdelinger, samt registerdata, der giver et overblik over udviklingen i andelen af social- og sundhedsuddannet personale fra 2007-2012.

Undersøgelsen er rekvireret og finansieret af FOA – Fag og Arbejde.

Projektet er ledet og gennemført i samarbejde mellem seniorprojektleder Christina Holm-Petersen og seniorprojektleder Martin Sandberg Buch. Seniorprojektleder Marie Kruse har forestået den registerbaserede del af undersøgelsen.

Analyse- og forskningschef Vibeke Norman Andersen har læst internt review på rapporten.

Desuden er der gennemført eksternt review på rapporten ved to uafhængige eksperter.

KORA ønsker at takke de medarbejdere og ledere på de kliniske afdelinger, der har deltaget i interview. Også en tak til Kommunernes og Regionernes Løndatakontor for adgang til registerdata.

# Indhold

Resumé .....	6
1 Indledning .....	8
1.1 Undersøgelsens formål og baggrund .....	8
1.1.1 Formål .....	8
1.1.2 Baggrund og tidligere undersøgelser .....	8
1.2 Undersøgelsesdesign og anvendte metoder .....	10
1.3 Registeranalyse .....	10
1.3.1 Adgang til data .....	10
1.3.2 Fremgangsmåde og definitioner .....	10
1.3.3 Metodeovervejelser .....	11
1.4 Interviewundersøgelse .....	11
1.4.1 Udvælgelse af afdelinger .....	11
1.4.2 Gennemførelse af interview .....	12
1.5 Bemærkninger vedrørende præsentation af data .....	13
1.6 Rapportens opbygning .....	14
2 Fordeling af plejepersonale i hospitalsvæsenet .....	15
2.1 Udviklingen over tid .....	15
2.2 Plejepersonale på hospitalstyper og afdelingstyper .....	18
2.3 Plejepersonale i udvalgte specialer .....	19
2.4 Opsummering .....	20
3 Social- og sundhedsassistenters opgaver og arbejdsdeling på udvalgte sengeafdelinger .....	21
3.1 Introduktion til de fire cases .....	21
3.2 Case 1A: Lunge – og infektionsmedicinsk område .....	21
3.2.1 Arbejdsopgaver og arbejdsdeling .....	22
3.2.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse .....	23
3.3 Case 1B: Lunge- infektionsmedicinsk område .....	23
3.3.1 Nuværende opgaver og arbejdsdeling .....	24
3.3.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse .....	27
3.4 Case 2A: Neurologisk område .....	27
3.4.1 Arbejdsopgaver og arbejdsdeling .....	28
3.4.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse .....	29
3.5 Case 2B: Neurologisk område .....	30
3.5.1 Arbejdsopgaver og arbejdsdeling .....	31
3.5.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse .....	31
3.6 Opsamling .....	32
4 Tværgående analyse og diskussion af interviewundersøgelsens resultater .....	34
4.1 Flexibilitetens fordele og ulemper .....	34

4.1.1	Forsmået – en negativ spiral.....	35
4.1.2	Rollen som dem, der oplærer de nyuddannede sygeplejersker .....	35
4.2	To fortællinger: særlige spidskompetencer eller erstatning .....	35
4.3	Social- og sundhedsassistenter har spidskompetencer .....	36
4.3.1	Gode til grundlæggende sygepleje.....	36
4.3.2	Mere praktisk anlagt .....	37
4.3.3	Gode til at se hele personen – ikke kun sygdommen.....	38
4.4	Social- og sundhedsassistenter som erstatning .....	38
4.4.1	Kortere og mere komplekse indlæggelsesforløb.....	39
4.4.2	Manglende interesse for faget .....	40
4.4.3	Social- og sundhedsassistentuddannelsen .....	41
4.5	Ambivalens i forhold til styrker og prestige .....	41
4.5.1	Den usynlige praktiske sygepleje .....	41
5	Konklusion .....	43
	Litteratur .....	45

# Resumé

Denne rapport formidler resultaterne fra en undersøgelse af social- og sundhedsassistenter udbredelse, arbejdsopgaver og arbejdsdeling på hospitalsafdelinger i det danske sundhedsvæsen. Undersøgelsen har haft til formål at belyse:

- Udviklingen i antal årsværk og fordelingen af forskellige sygeplejegrupper i perioden 2007-2012.
- Omfanget i variation i antallet af social- og sundhedsassistenter på sammenlignelige hospitaler og hospitalsafdelinger.
- Social- og sundhedsassistenternes opgaver og arbejdsvilkår på hospitaler, samt eventuel variation i disse.
- Hvilke forhold der ifølge medarbejdere og ledere medvirker til variation i anvendelsen af social- og sundhedsassistenter på hospitaler.

Baggrunden for undersøgelsen er, at der de seneste år er sket et markant fald i antallet af social- og sundhedsassistenter i hospitalsvæsenet.

## **Der bliver færre social- og sundhedsassistenter**

Registeranalysen viser et markant fald i andelen af social- og sundhedsassistenter på hospitalerne efter 2010. Samtidig er gruppen af sygehjælpere halveret i perioden 2007-2012.

## **Faggruppens andel af plejepersonalet varierer**

Registeranalysen viser, at fordelingen af plejepersonale varierer på tværs af regionerne. Region Sjælland (28 %) har flest social- og sundhedsassistenter, og øvrige plejepersonalegrupper såsom sygehjælpere og Region Midtjylland (19 %) har færrest.

Analyserne af hospitalstyper viser, at:

- Der er færre social- og sundhedsassistenter ansat på universitetshospitaler (12 %) end på regionshospitaler (15 %) og mindre sygehuse (16 %).

Der er således ikke identificeret forskelle på andelen af social- og sundhedsassistenter mellem regionshospitaler og små sygehuse.

Analyserne på speciale- og afdelingsniveau viser, at der ikke er stor forskel på medicinske og kirurgiske specialer overordnet set, men inden for det medicinske område er der variation mellem specialer. Der er fx væsentlig flere social- og sundhedsassistenter på geriatriske og neurologiske afdelinger end på kardiologiske afdelinger. Det ses også, at der er stor variation i antallet af social- og sundhedsassistenter på afdelingsniveau.

De anvendte data giver ikke mulighed for at drage generelle konklusioner om afdelingernes reelle sammenlignelighed, eller hvorvidt de observerede forskelle er hensigtsmæssige eller ej. De fire afdelinger, der indgår i interviewundersøgelsen, illustrerer dog, at der findes sammenlignelige afdelinger med meget forskellig personale- og arbejdsdeling.

### **Lokale variationer i anvendelsen af social- og sundhedsassistenternes kompetencer**

Interviewundersøgelsen viser, at der er lokale variationer i anvendelsen af social- og sundhedsassistenters kompetencer. Forskellige argumenter ligger til grund for disse variationer. Nogle af argumenterne handler om:

- hvor syge og komplekse patienterne er
- at patientforløb bliver kortere
- arbejdstilrettelæggelse – at der skal være ansvarshavende sygeplejersker i alle vagtlag.

Samtidig fremgår det, at lokale forhold spiller ind på, om disse argumenter fører til en ændret arbejdsdeling mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. På afdelinger med meget erfarne assistenter, som har meget ansvar, fører argumenterne fx ikke alle steder til ændrede opgaver for social- og sundhedsassistenterne. Det må derfor konkluderes, at kultur og ledelsens holdninger – sammen med social- og sundhedsassistenternes erfaringsniveau – er af afgørende betydning for arbejdsdelingen.

### **Opgaver social- og sundhedsassistenter er særligt gode til**

Overordnet set er der to forskellige fortællinger i spil. Den ene handler om, at social- og sundhedsassistenter primært fungerer som en erstatning for sygeplejersker, når det ikke er muligt at rekruttere nok sygeplejersker. Den anden fortælling handler om, at social- og sundhedsassistenter er særligt gode til den nære grundlæggende sygepleje, og at de har et særligt bidrag, hvad angår praktisk sans fx i forbindelse med planlægning af udskrivelser.

### **Anvendte metoder**

Undersøgelsens kvantitative del er baseret på analyser af løndata som KORA, gennem en særftale med det Kommunale og Regionale Løndatakontor, har fået adgang til. Undersøgelsens kvalitative del er baseret på interview med ledere og medarbejdere på fire somatiske sengeafdelinger.

# 1 Indledning

## 1.1 Undersøgelsens formål og baggrund

### 1.1.1 Formål

Undersøgelsen er finansieret af FOA – Fag og Arbejde, som ønsker at belyse social- og sundhedsassistenters ansættelser, arbejdsopgaver og roller på hospitalsafdelinger i det danske sundhedsvæsen. Undersøgelsen har specifikt til formål at belyse:

- Hvilken udvikling der har været i antal årsværk og fordelingen af disse på faggrupper i perioden 2007-2012.
- I hvilket omfang der er variation i antallet af social- og sundhedsassistenter på sammenlignelige hospitaler og hospitalsafdelinger.
- Social- og sundhedsassistenternes opgaver og arbejdsvilkår på hospitaler, samt evt. variation i disse.
- Hvilke forhold der, ifølge medarbejdere og ledere, medvirker til variation i anvendelsen af social- og sundhedsassistenter på hospitaler.

### 1.1.2 Baggrund og tidligere undersøgelser

Baggrunden for, at FOA har ønsket undersøgelsen gennemført på dette tidspunkt er, at der de seneste år er sket et markant fald i antallet af social- og sundhedsassistenter i hospitalsvæsenet. Set i et historisk perspektiv har der over tid været tale om en gruppe, hvis opgaver og efterspørgsel varierer meget over tid.

Social- og sundhedsassistenter er sammen med andre faggrupper på hospitaler, såsom service- og rengøringsassistenter, portører, ergoterapeuter og bioanalytikere (laboranter), som er en relativt understuderet faggruppe. Som gruppe indgår social- og sundhedsassistenter (og før sygehjælperne) mest i analyser af sygeplejerskernes arbejde og arbejdsdeling med andre. I disse analyser finder man fortællinger om et velfungerende samarbejde i dagligdagen (Holm-Petersen et al. 2006; Schultz & Holm-Petersen 2010). Men analyser viser også en tilbagevendende uklarhed og konflikter om faggrænser (Franssen 1997; Hamran 1987; Holm-Petersen et al. 2006) og en iboende kamp mod følelsen af mindreværd (Alsterdal 1999).

I 1996 udkom rapporten *plejegrupper efteruddannelsesbehov i sygehusvæsenet – nu og i fremtiden*. Rapporten handlede om sygehjælperes, plejeres og social- og sundhedsassistenters opgaver, kompetencer og efteruddannelsesbehov på sygehusene. Det fremgik af rapporten, at faggrænseproblematikker særlig for sygehjælperne fyldte meget på dette tidspunkt. De havde en oplevelse af at blive frataget opgaver, og at de ikke længere kunne anvende deres erfaringsbaserede uformelle kompetencer. Social- og sundhedsassistenter blev anset for en gruppe med mere fremtid i, men samtidig blev der peget på, at de ofte ikke kunne anvende deres kompetencer bredere, end hvis de (stadig) havde været sygehjælper. Dette gav anledning til frustrationer (Utzon & Holm-Petersen 1996).



Agneta Franssen viste i 1997, at der var faggrænsekonflikter mellem svenske sygeplejersker og de andre plejegrupper. Hjælpegruppen ønskede mere hjælp på gulvet, end sygeplejerskerne prioriterede at give, i og med at sygeplejerskerne prioriterede de mere prestigegivende opgaver (Franssen 1997).

Lotte Alsterdal viste i 1999, at sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter stod i den situation, at de oplevede at skulle have tilladelse til at anvende deres kompetencer (Alsterdal 1999).

Holm-Petersen, Asmussen og Willemann har vist, hvordan arbejdsdelingen med sygeplejerskerne både kan være formaliseret og samtidig også praktiseres uformelt, hvilket kan give anledning til løbende fortolkninger og frustrationer (Holm-Petersen et al. 2006). Set fra sygehjælpernes og social- og sundhedsassistenternes perspektiv blev deres kompetencer på to af de tre caseafdelinger slet ikke brugt nok i det daglige. Holdningen blandt sygehjælperne og assistenterne var, at der ikke er den store forskel på, hvad de kan i forhold til sygeplejerskerne. Medicinen adskilte dem, men ellers er der ikke meget. De oplevede, at de selv var bedre til at huske at være omkring patienterne, og at de ofte havde mere kontakt med patienter og deres pårørende, end sygeplejerskerne og lægerne havde.

Sygeplejerskerne gav i denne undersøgelse udtryk for, at der ofte opstod spændinger omkring at delegere opgaver til assistenterne. At de fx kunne være bange for blive mobbet af de garvede assistenter med et højt kompetenceniveau, som ikke ville finde sig i kun at varetage traditionelle assistentopgaver. Den relative kompetenceudligning, der var mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter gjorde forhandlingen om faggrænserne – i form af organiseringen af arbejdsopgaver – mere kompliceret, fordi det ikke blev opfattet som legitimt at delegere de praktiske plejeopgaver til assistenterne, nu de var kompetenceudviklet og dermed i princippet anså sig selv værende på lige fod med sygeplejerskerne. Undersøgelsen pegede på tre former for arbejdsdeling: Fuld delegering, parløb og blæk-sprutte (Holm-Petersen et al. 2006).

I 2008 var der en historisk stor mangel på sygeplejersker, hvilket afspejledes i, at der kom fokus på social- og sundhedsassistenter som en gruppe, der kunne erstatte de manglende sygeplejersker. Her argumenterede bl.a. Jonna Gintberg Jensen og Berit Pedersen Haa for, at den individuelle kompetenceudvikling skulle intensiveres for social- og sundhedsassistenter med henblik på selvstændigt at kunne varetage flere og flere patientforløb (Jensen & Haa 2008).

Dette var i tråd med den opstigningsstrategi, Sundhedsministeriet formulerede i 2001, hvor de lagde op til, at sygeplejersker skulle overtage opgaver fra læger, og social- og sundhedsassistenter skulle overtage opgaver fra sygeplejersker (Sundhedsministeriet 2001). Manglen på sygeplejersker var størst i hovedstadsområdet, hvor der bl.a. var 150 ubesatte sygeplejerskestillinger på intensivafdelingerne (Amtsrådsforeningen 2002). Arbejdsmarkedsrådene konstaterede i 2006, at der var udbredte mangelproblemer og rådernes vurdering var, at der fortsat ville være en udbredt mangel på læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2006). Af Regeringens og Danske Regioners aftale om økonomi for 2010 fremgik det ligeså, at der fremadrettet skulle arbejdes med øget opgaveglidning (Regeringen & Danske Regioner 2009). På dette tidspunkt var manglen på arbejdskraft stadig på dagsordenen som en væsentlig udfordring. Derefter førte finans-

krisen til fyringer på hospitalerne og den ændrede dagsorden, der er baggrunden for nærværende undersøgelse.

## 1.2 Undersøgellesdesign og anvendte metoder

Undersøgelsen kombinerer kvantitative og kvalitative data. Den er gennemført i to trin, der supplerer hinanden: En registeranalyse og en interviewundersøgelse.

## 1.3 Registeranalyse

Trin et består af en registeranalyse, der belyser fordelingen af social- og sundhedsassistenter på tværs af regioner, hospitaler og afdelingstyper i Danmark. Undersøgelsen er deskriptiv og afdækker variation i andelen af social- og sundhedsassistenter på tværs af regioner, hospitalstyper og på tværs af sammenlignelige afdelinger. Endvidere er der etableret tids-serier, der belyser den overordnede udvikling i andelen af social- og sundhedsuddannet personale i perioden 2007-2012.

### 1.3.1 Adgang til data

KORA har gennem en særtafte med Det Kommunale og Regionale Løndatakontor fået adgang til løn- og personaledata.

### 1.3.2 Fremgangsmåde og definitioner

Data omfatter som udgangspunkt alle ikke-akademiske personalegrupper ansat på regionale institutioner. For hvert individ i data er angivet afdelingsbetegnelse og institutionsbetegnelse, personalegruppe og årsværk i afdelingen. Det vil sige, at en person, der har været ansat på fuld tid hele året i en afdeling, tæller som et årsværk. En person, der er ansat på deltid, eller som er blevet ansat i løbet af året, tæller som mindre end et fuldt årsværk.

Til denne undersøgelse er der anvendt følgende definitioner:

- **Sygeplejersker** omfatter kun sygeplejersker ansat i ikke-ledende stillinger.
- **Social- og sundhedsassistenter** omfatter kun personer ansat som social- og sundhedsassistenter.
- Kategorien **øvrige plejepersonale** omfatter plejere, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere, og øvrige social-, syge- og sundhedspersonale.

Beregningen af personale på afdelingstyper er baseret på en fritekstsøgning i afdelingsnavnet. For eksempel opfylder 'medicinske sengeafdelinger' følgende betingelser: Ordet 'Medicin' skal indgå i navnet, og navnet må ikke indeholde ordene 'Ambula' (ambulatorium) eller 'Skade' (skadestue).

Det har ikke været muligt at sammenholde oplysningerne om antal årsværk i plejen med oplysninger om antal senge. Dermed har vi ikke kunnet inddrage beregning af normering i undersøgelsen.

### 1.3.3 Metodeovervejelser

De løndata, der indberettes til Det Kommunale og Regionale Løndatakontor, er ikke beregnet til analyse på afsnitsniveau. Derfor er der ikke taget højde for, at afdelinger med sammenlignelige opgaver kan hedde noget forskelligt. Det betyder, at der ved opdelingen på specialer vil være sengeafsnit, der bliver grupperet fejlagtigt på grund af brugen af fritekstsøgninger. Vi vurderer dog at have fanget et repræsentativt udsnit af de sengeafsnit, vi vil undersøge ved den valgte fremgangsmåde. Vi ved, at strukturen i afdelings- og afsnitsopbygning varierer mellem hospitaler. Vi har forsøgt at rumme dette ved at foretage fritekstsøgningen på alle niveauer.

## 1.4 Interviewundersøgelse

Trin to består af en interviewundersøgelse på fire udvalgte sengeafdelinger. På hver afdeling er der gennemført interview med a) social- og sundhedsassistenter, b) deres sygeplejerskekolleger samt c) de personaleansvarlige ledere. Interviewene afdækker informanternes perspektiver på social- og sundhedsassistenters arbejdsvilkår, roller og opgaver på hospitalsafdelingerne. Undersøgelsen fokuserer endvidere på at afdække informanternes bud på årsager til variation i rekruttering og syn på social- og sundhedsassistenter.

### 1.4.1 Udvalgelse af afdelinger

For at komme bag om de overordnede fordelinger og udviklinger, der er beskrevet i kapitel 2, har vi udvalgt fire sengeafdelinger, hvor der er gennemført casestudier. Udvalgelsen af afsnit er sket på baggrund af nedenstående kriterier for strategisk casevalg (Yin 2003).

- **Sammenlignelighed:** Afdelingerne skal være så ens som muligt i forhold til hospitalstype, speciale og opgaver.
- **Relevans**<sup>1</sup>: Afdelingerne skal være somatiske og have en høj plejetyngde, der berettiger ansættelse af social- og sundhedsassistenter.
- **Variation:** For at undersøge eventuelle forskelle i rekruttering, ansvar og opgaver, har vi forsøgt at vælge afdelinger, der har henholdsvis flere og færre social- og sundhedsassistenter og andet plejepersonale.

De fire afdelinger er udvalgt som følger: Først har vi, i vores data fra det fælles kommunale lønkontor, lavet en fritekstsøgning målrettet nedenstående specialer og afdelinger inden for det somatiske område<sup>2</sup>.

- Geriatiske sengeafdelinger
- Ortopædkirurgiske sengeafdelinger
- Neurologiske/apopleksi sengeafdelinger

---

1 Undersøgelsen er afgrænset til det somatiske område, fordi det er her, der er størst variation i anvendelsen af social- og sundhedsassistenter. Sammenlignet med det somatiske område har psykiatiske sengeafdelinger ca. dobbelt så stor andel af social- og sundhedsassistenter og plejere (gennemsnitligt 41 %, jf. tabel 7). Samtidig viser tidligere undersøgelser, at disse grupper i psykiatrien har en bredere opgavevaretagelse end på de somatiske afdelinger, samt at der generelt er tradition for et tæt tværfagligt samarbejde på tværs af sygeplejersker og andre plejegrupper (Utzon & Holm-Petersen 1996).

2 Der er anvendt samme søgestrategi, som beskrevet i afsnit 1.3.2. Der gælder de samme forbehold for, at der kan være afsnit, som ikke er med. Det er dog vores vurdering, at vi har fundet frem til et godt udsnit af relevante afdelinger og afsnit.

- Lunge- og infektionsmedicinske sengeafdelinger
- Endokrinologiske sengeafdelinger

Outputtet fra søgningerne er lister med de afdelinger, der opfylder søgekriterierne, samt en angivelse af, hvor stor en andel af plejepersonalet der i 2012 bestod af social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale. På baggrund af listerne identificerede vi par af sammenlignelige afdelinger, hvor der var forskel på andelen af social- og sundhedsassistenter. Ideen var at gennemføre casestudier på afdelinger, hvor der var henholdsvis flere og færre social- og sundhedsassistenter end gennemsnittet.

Som andet trin i udvælgelsen, kontaktede vi ledelsen for de identificerede afdelinger for at sikre, at afdelingerne reelt var sammenlignelige i forhold til patienter og opgaver. Kontakterne viste, at der var ganske få sammenlignelige afdelinger med få/ingen social- og sundhedsassistenter. Samtidig ønskede disse afdelinger ikke at deltage i undersøgelsen<sup>3</sup>. Derfor er der nedenstående sammensætning af cases i undersøgelsen:

*Tabel 1: De valgte cases inden for lunge- og infektionsmedicin<sup>4</sup> og neurologi*

	Lunge- og infektionsmedicinske sengeafdelinger <sup>1</sup>	Neurologiske akutte sengeafdelinger og rehabiliteringsafdelinger <sup>2</sup>
Flere assistenter og sygehjælpere end gennemsnittet	Case 1A: afdeling med ca. 30 % SOSU-assistenter.	Case 2 A: Akut sengeafdeling med ca. 60 % SOSU-assistenter. Rehabiliteringsafdeling med ca. 55 % SOSU-assistenter.
Gennemsnitligt antal assistenter og sygehjælpere	Case 1 B: afdeling med ca. 20 % SOSU-assistenter <sup>3</sup> .	Case 2 B: Akut sengeafdeling med ca. 30 % SOSU-assistenter. Rehabiliteringsafdeling med ca. 30 % SOSU-assistenter.

Noter: 1) Assistenters og sygehjælperes gennemsnitlige andel af plejepersonalet var i 2012 ca. 18 % for lungemedicinske sengeafsnit.

2) Assistenters og sygehjælperes gennemsnitlige andel af plejepersonalet var i 2012 ca. 40 % for neurologiske sengeafsnit. De akutte sengeafsnit og rehabiliteringsafsnitene på apopleksiområdet er tæt forbundne, samtidig med at opgaver og personalesammensætning adskiller sig. Derfor har vi interviewet personale fra begge typer af afsnit for at illustrere disse forskelle og deres betydning for sammensætningen af plejepersonalet.

3) Der var aftalt interview med en afdelingssygeplejerske fra den lunge- og infektionsmedicinske sengeafdeling. Under interviewene viste det sig imidlertid, at informanterne repræsenterede et bredere udsnit af det medicinske område, som afdelingen hører under: Afdelingssygeplejersken, en sygeplejerske og en assistent var fra lunge- og infektionsmedicinsk sengeafdeling, mens en sygeplejerske og en assistent var fra andre sengeafdelinger fra det medicinske område. Der var dog stor overensstemmelse i informanternes perspektiver på undersøgelsens temaer.

#### 1.4.2 Gennemførelse af interview

På hver af de fire caseafdelinger er der gennemført gruppe- og enkeltinterview med social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og afdelingsledelse. Informanterne fordeler sig som angivet i tabellen nedenfor:

<sup>3</sup> Der var aftalt interview med en afdeling, men afdelingssygeplejersken aflyste efterfølgende interviewene med henvisning til travlhed.

<sup>4</sup> Der er tale om cases inden for dette medicinske område. De har ikke nødvendigvis både lunge- og infektionsmedicin på samme sengeafsnit.

Tabel 2: Interviewundersøgelsens informanter fordelt på cases

	Case 1 A	Case 1 B	Case 2 A	Case 2 B
SOSU-assistenter	3	2	3	3
Sygeplejersker	3	2	3	3
Ledelse	1	1	3	2

De overordnede temaer for interview fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 3: Interviewtemaer

Gruppeinterview med social- og sundhedsassistenter <sup>1</sup>	Gruppeinterview med sygeplejersker	Interview med personaleansvarlige afdelingssygeplejersker og faglige vejledere
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deling af arbejdsopgaver</li> <li>• Arbejdsopgaver i forhold til faglige kompetencer</li> <li>• Muligheder for faglig udvikling</li> <li>• Bidrag til kvalitet i afdelingen og effektiv ressourceudnyttelse</li> <li>• Ønsker til ændringer</li> <li>• Positive erfaringer</li> <li>• Barrierer for godt samarbejde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deling af arbejdsopgaver</li> <li>• Social- og sundhedsassistenter bidrag til kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse</li> <li>• Ønsker til ændringer</li> <li>• Positive erfaringer</li> <li>• Barrierer for godt samarbejde</li> <li>• Overvejelser om social- og sundhedsassistenter faglige styrker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfaringer med social- og sundhedsassistenter på afdeling</li> <li>• Overvejelser omkring rekruttering og fastholdelse</li> <li>• Overvejelser om kvalitet og effektivitet</li> <li>• Overvejelser om social- og sundhedsassistenter faglige styrker</li> <li>• Syn på arbejdsdeling og tildeling af funktioner og ansvar</li> <li>• Begrundelser for at have SOSU-assistenter</li> </ul>

Note: 1) Inkluderer eventuelle sygehjælpere.

Interviewene er gennemført på afdelingerne af Christina Holm-Petersen (de lunge- og infektionsmedicinske afdelinger) og Martin Sandberg Buch (de neurologiske afdelinger). Ved 5 af de 12 gennemførte interview har begge interviewere deltaget. Interviewene er optaget digitalt. Der er efterfølgende udarbejdet tematiserede referater, som er anvendt som afsæt for citat og analyse.

De citater, der indgår i rapporten, er udvalgt efter, at de i særlig grad er sigende for erfaringer og holdninger, der går igen i interviewmaterialet.

## 1.5 Bemærkninger vedrørende præsentation af data

Alle data på hospitals- og afdelingsniveau præsenteres anonymt i rapporten. Det er således kun KORA, der kender identiteten på de afdelinger, der optræder i den kvantitative undersøgelse, ligesom det alene er KORA, der har stået for udvælgelsen af afdelinger til interviewundersøgelsen, og som kender identiteten på de fire afdelinger, der har stillet sig til rådighed for interview.

At registerdata er anonymiserede har været en betingelse for at få stillet data til rådighed. Det skyldes, at analyserne er baseret på personfølsomme data, som er indhentet med et andet formål (at understøtte udbetaling af korrekt løn) end nærværende undersøgelse.

Interviewene er anonymiserede af etiske hensyn til informanterne samt for at sikre et fokus på problemstillinger og løsninger, fremfor personer og afdelinger. Samtidig betyder anonymiseringen, at informanterne kan udtrykke sig mere frit, end de ville kunne gøre, hvis det fremgik, hvilke afdelinger der deltog. Derved styrkes undersøgelsens validitet.

## 1.6 Rapportens opbygning

Resten af rapporten består af tre kapitler:

- Kapitel 2 præsenterer resultaterne fra den kvantitative løndataanalyse.
- Kapitel 3 præsenterer resultaterne fra interviewundersøgelsen.
- Kapitel 4 diskuterer resultaterne og fremtiden for social- og sundhedsassistenterne i forhold til eksisterende viden på området. Kapitlet afrundes med en kort konklusion.

## 2 Fordeling af plejepersonale i hospitalsvæsenet

Dette kapitel bygger på en analyse af anonymiserede personaledata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, som KORA har gennemført.

### 2.1 Udviklingen over tid

Som beskrevet i foregående kapitel er der en tendens til, at fordelingen af sygeplejegrupper varierer over tid. Tabel 4 viser, hvordan plejepersonalet fordeler sig på sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale i perioden, og hvordan denne fordeling har udviklet sig i perioden 2007-2012. Beregningen er foretaget for alle regionale institutioner i Danmark og viser antallet af årsværk<sup>5</sup>. I denne tabel har vi foldet kategorien 'øvrigt plejepersonale' ud, hvor den i resten af kapitlet er slået sammen.

Siden 2007 er der sket en stigning i antallet af sygeplejersker<sup>6</sup> fra 29.000 til mere end 32.500 og en stigning i sygeplejerskernes andel af det samlede plejepersonale – fra 72 til 78 %. Det samlede plejepersonale er stort set uændret fra 2007 til 2012, dog sker der generelt en stigning og derefter et fald i perioden. Den overordnede udvikling er også afspejlet i antallet af social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedsassistenterne antal topper i 2009, hvor der var godt 9.000 social- og sundhedsassistenter (fuldtidsårsværk) ansat på regionale institutioner, men gruppens andel af det samlede plejepersonale falder samlet set i perioden fra 2007 til 2012. I 2012 var der godt 7.500 social- og sundhedsassistenter ansat på regionale institutioner. Endelig ses det, at gruppen af 'øvrigt plejepersonale' falder markant i perioden.

I tabel 5 er udviklingen fra 2007 til 2012 vist fordelt på regioner.

---

<sup>5</sup> Da mange i gruppen er deltidsansatte, ville antallet af hoveder se anderledes ud. I 1996 blev det på baggrund af Sundhedsstyrelsens sundhedsstatistikker samt data fra Amtsrådsforeningen anslået, at der var 12.000 sygehjælpere, 2.700 plejere og 900 social- og sundhedsassistenter ansat på sygehusene (opgjort på hoveder) (Utzon & Holm-Petersen 1996).

<sup>6</sup> 2008 er pga. sygeplejerskekonflikten ikke sammenligneligt med de andre år. Faldet blandt sygeplejerskerne dette år skyldes således mindre lønudbetaling under konflikten. Dette gælder også i tabel 5.

Tabel 4: Fordeling af plejepersonale på landsplan i perioden 2007-2012

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent
Sygeplejersker	29.098	72	27.828	71	31.249	73	32.112	75	32.196	76	32.635	78
SOSU-assistenter	8.193	20	8.492	22	9.080	21	8.746	20	8.064	19	7.581	18
Plejere	788	2	688	2	626	1	548	1	473	1	422	1
Sygehjælpere	1.939	5	1.689	4	1.599	4	1.389	3	1.121	3	919	2
Social- og sundheds-hjælpere	312	1	346	1	377	1	282	1	237	1	246	1
Øvrigt social-, syge- og sundhedspersonale	21	0	13	0	17	0	19	0	10	0	10	0

Anm.: Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.  
 Elever er ikke medtaget i opgørelserne.  
 Alle regionale institutioner er med

Tabel 5: Fordelingen af plejepersonale i de fem regioner 2007-2011<sup>7</sup>

Region Hovedstaden	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent
Sygeplejersker	9.097	72	8.605	71	9.785	72	10.011	74	9.962	77	10.153	79
SOSU-assistenter	2.545	20	2.564	21	2.755	20	2.603	19	2.342	18	2.175	17
Øvrigt plejepersonale	1.073	8	969	8	975	7	852	6	688	5	604	5

Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.  
 Alle regionale institutioner er med.

Forsættes...

<sup>7</sup> I 2008 ses i alle regioner en markant afvigelse af antallet af sygeplejersker. Det skyldes sygeplejerskekonflikten, hvor størstedelen af sygeplejerskerne ikke fik løn i seks uger. Dermed er der ikke indrapporteret løndata for de konfliktende sygeplejersker i perioden, hvorfor antallet i 2008 er underestimeret.



Region Sjælland	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent
Sygeplejersker	3.463	66	3.378	65	3.644	66	3.757	68	3.769	70	3.853	72
SOSU-assistent	1.342	25	1.393	27	1.502	27	1.428	26	1.318	24	1.264	23
Øvrigt plejepersonale	481	9	429	8	397	7	347	6	302	6	270	5
Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.												
Alle regionale institutioner er med.												

Region Syddanmark	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent
Sygeplejersker	6.330	74	6.027	73	6.659	74	6.849	76	7.014	78	7.133	79
SOSU-assistent	1.678	20	1.722	21	1.861	21	1.791	20	1.706	19	1.606	18
Øvrigt plejepersonale	583	7	504	6	474	5	389	4	320	4	269	3
Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.												
Alle regionale institutioner er med.												

Region Midtjylland	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent
Sygeplejersker	7.017	74	6.752	73	7.709	76	7.933	77	7.825	79	7.862	80
SOSU-assistent	1.765	19	1.883	20	1.947	19	1.884	18	1.687	17	1.585	16
Øvrigt plejepersonale	643	7	581	6	533	5	448	4	378	4	322	3
Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.												
Alle regionale institutioner er med.												

Region Nordjylland	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent	Antal årsværk	Procent
Sygeplejersker	3.191	74	3.066	72	3.452	73	3.563	74	3.626	76	3.634	77
SOSU-assistent	863	20	931	22	1.016	22	1.040	22	1.011	21	951	20
Øvrigt plejepersonale	278	6	254	6	241	5	202	4	152	3	132	3
Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.												
Alle regionale institutioner er med.												

Alle fem regioner viser samme udviklingstendens som på landsplan, flere sygeplejersker og færre øvrigt plejepersonale. Med undtagelse af Region Nordjylland, som har lidt flere social- og sundhedsassistenter i 2012 end i 2007<sup>8</sup>, ses en identisk tendens i regionerne. Antallet af SOSU-assistenter stiger først i perioden, toppe i 2009 og falder dernæst, hvorefter antallet i 2012 ender lidt under antallet i 2007. Det samlede antal plejepersonale var generelt højest i 2010, hvorefter antallet er reduceret.

Det fremgår også, at fordelingen af plejepersonale varierer på tværs af regionerne: Region Sjælland (28 %) og Region Nordjylland (23 %) har flest social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale, mens Region Midtjylland (19 %) har færrest. Opgørelserne giver ikke mulighed for at forklare de geografiske forskelle.

## 2.2 Plejepersonale på hospitalstyper og afdelingstyper

I dette afsnit har vi set på, hvordan plejepersonalet fordeler sig på forskellige typer af hospitaler og afdelinger. Opdelingen på hospitaler er foretaget manuelt, mens opdelingen på afdelingstyper er baseret på en fritekstsøgning i afdelingsnavn. For begge opdelinger gælder det, at de fleste men ikke alle hospitaler og afdelinger er med i beregningen. Resultaterne er derfor kun vist som procent af det samlede plejepersonale.

De somatiske hospitaler i Danmark er tentativt delt op i tre kategorier: Universitetshospitaler, mellemstore hospitaler (herunder regionshospitaler) og mindre sygehuse. Der har været en stor udvikling på dette område i Danmark og det giver ikke mening at se på disse kategorier over tid. Desuden har kommunalreformen i 2007 sat yderligere skub på udviklingen hen imod flere funktionsbærende enheder og andre organisationsformer, der involverer en administrativ samling af flere fysiske enheder. Det betyder, at et mellemstort hospital kan bestå af flere små sygehuse i forskellige byer, og derfor er de anvendte kategorier ikke helt meningsfulde. Fordelingen, som ses af tabel 6, kan dog give et fingerpeg om, hvorvidt størrelse eller specialiseringsgrad har indflydelse på plejepersonalets sammensætning.

Tabel 6: Fordeling af plejepersonale på sygehustyper

	Universitetshospitaler	Mellemstore/ regionshospitaler	Mindre sygehuse
	Procent		
Sygeplejersker	85	82	81
Social- og sundhedsassistenter	12	15	16
Øvrigt plejepersonale	3	3	3

Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.

Tabellen indeholder kun oplysninger om somatiske hospitaler.

Der ser ud til at være en forskel på sammensætningen af plejepersonalet på universitetshospitaler og andre hospitaler, idet der er flere sygeplejersker og færre social- og sundhedsassistenter på universitetshospitalerne. Forskellen er sandsynligvis betinget af dels flere højt specialiserede afdelinger på universitetshospitalerne. Dels universitetshospitalernes placering i de største byer, hvilket giver en anden rekrutteringssituation.

<sup>8</sup> Stigningen skyldes formentlig, at der i Region Nordjylland er sket en generel opnormering af plejepersonalet fra 4.332 årsværk i 2007 til 4.717 årsværk i 2012.

I tabel 7 er vist fordelingen af plejepersonale på afdelingstyper.

Tabel 7: Fordeling af plejepersonale på afdelingstyper

	Medicinske senge- afdelinger	Kirurgiske senge- afdelinger	Psykiatriske senge- afdelinger	Ambula- torier	Skade- stuer
Procent					
Sygeplejersker	79	83	59	91	86
Social- og sundhedsassistenter	18	15	34	8	12
Øvrigt plejepersonale	3	2	7	1	2

Det fremgår af tabel 7, at personalesammensætningen på psykiatriske sengeafdelinger er markant anderledes end på de øvrige afdelinger, idet der i psykiatrien er færre sygeplejersker og langt flere social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale end på somatiske afdelinger. Desuden er der væsentligt færre social- og sundhedsassistenter i ambulatorier og på skadestuer, sammenlignet med kirurgiske og medicinske sengeafdelinger.

## 2.3 Plejepersonale i udvalgte specialer

Afslutningsvis har vi set på enkelte specialer<sup>9</sup>. Vi har set på fordelingen af plejepersonalet på lungemedicinske, ortopædkirurgiske, geriatriske, neurologiske, kardiologiske og endokrinologiske sengeafdelinger. Vi har for hvert speciale og personalekategori angivet den gennemsnitlige andel sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale, og spredningen, dvs. spændet mellem den højeste og laveste andel af social- og sundhedsassistenter i data<sup>10</sup>.

Tabel 8: Fordeling af plejepersonale på enkelte specialer 2012 – gennemsnit og spredning (min.-maks.)

	Lunge- medicin	Ortopæd- kirurgi	Geriatri	Neurologi/ apopleksi	Hjerte- medicin/ kardiologi	Endokri- nologi
Procent						
Sygeplejersker	82	76	58	60	90	72
Social- og sund- hedsassistenter	16 (0-43)	21 (0-46)	37 (0-48)	36 (0-65)	8 (0-27)	26 (5-47)
Øvrigt pleje- personale	2	3	6	4	2	2

Anm.: Sygeplejersker inkluderer ikke ledere.  
Opgørelsen inkluderer kun sengeafdelinger.

Ved læsning af tabellen skal man være opmærksom på, at der i opgørelsen af fx lungemedicin indgår alle afsnit, der har ordet 'lunge' i navnet. Det vil sige, at der kan være rent administrative afsnit eller lignende, hvilket forklarer forekomsten af afsnit med nul social- og sundhedsassistenter. Der kan også være afsnit, der rummer flere specialer og ikke kun lungemedicin. Fordelingen af plejepersonale på geriatriske og neurologiske sengeafsnit

<sup>9</sup> Udvælgelsen er også her baseret på en fritekstsøgning, og det er muligt, at enkelte afdelinger af den grund ikke er med.

<sup>10</sup> Det skal understreges, at data hverken giver mulighed for at forklare årsagerne til variationen, eller hvorvidt den er hensigtsmæssig eller ej.

skiller sig væsentligt ud fra de øvrige og ligner i store træk fordelingen på psykiatriske afdelinger, jf. tabel 8. Neurologi omfatter apopleksiafdelinger. Mange geriatriske afdelinger og apopleksiafdelinger har en væsentlig længere gennemsnitlig liggetid end øvrige specialer, hvilket kan bidrage til en forklaring på, at der er flere social- og sundhedsassistenter. Ofte er der knyttet fysio- og ergoterapeuter til geriatri- og apopleksiafdelinger, hvilket giver en anden personalesammensætning overordnet set. Blandt de øvrige specialer har hjerte-medicin/kardiologi markant færre social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale.

## 2.4 Opsummering

Social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale udgør knap 20 % af plejepersonalet, når man ser på alle regionale institutioner under et. På somatiske sengeafdelinger udgør social- og sundhedsassistenterne ligeledes omkring 20 % af plejepersonalet, mens de udgør godt 40 % af plejepersonalet på psykiatriske sengeafsnit.

Den overordnede tendens er, at der bliver væsentligt færre ansatte i kategorien 'øvrigt plejepersonale', færre social- og sundhedsassistenter og flere sygeplejersker på hospitalsafdelingerne. I antal fuldtidsstillinger er der, i perioden 2007-2012, forsvundet 612 social- og sundhedsassistenter, 366 plejere og 1.020 sygehjælpere fra det regionale sundhedsvæsen. I samme periode er antallet af sygeplejersker øget med 3.537 fuldtidsstillinger.

Tendensen er svagere i Region Sjælland og Region Nordjylland, men analyserne giver ikke mulighed for at vurdere årsagerne til dette. Der er ikke stor forskel på medicinske og kirurgiske specialer overordnet set, men inden for det medicinske område er der stor variation mellem specialer. Der er fx væsentlig flere social- og sundhedsassistenter på geriatriske og neurologiske afdelinger end på kardiologiske afdelinger.

## 3 Social- og sundhedsassistenteres opgaver og arbejdsdeling på udvalgte sengeafdelinger

I dette kapitel præsenterer vi interviewundersøgelsens fire cases. Det er kendetegnede, at social- og sundhedsassistenter udfører en bred vifte af opgaver på de fire caseafdelinger. Samtidig er der, som illustreret, variationer fra case til case i typen af opgaver. Ligesom der er variationer i måden faggrupperne arbejdsdeler og samarbejder på. Endelig er der forskel på informanternes vurderinger af, om den etablerede arbejdsdeling er hensigtsmæssig.

### 3.1 Introduktion til de fire cases

I de kommende afsnit præsenterer vi fire forskellige måder at anvende social- og sundhedsassistenteres kompetencer på. Det vil fremgå, at caseafdelingerne varierer i forhold til personalefordeling, den historik der har ledt frem til denne, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenterne udfører, deres oplevelse af efteruddannelsesmuligheder samt informanternes overordnede perspektiver på afdelingernes udvikling. Som beskrevet i kapitel 1 er de konkrete sengeafsnit og sygehuse, der har deltaget i undersøgelsen, anonymiseret, og i nogle af casene indgår der flere sengeafsnit inden for et oversygeplejerskeområde.

### 3.2 Case 1A: Lunge – og infektionsmedicinsk område

Case 1A er et eksempel på en afdeling med et udpræget godt – og udvidet – samarbejde mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Med **ca. 30 % social- og sundhedsassistenter på afsnittet** udgør disse en stor og stabil del af plejegruppen<sup>11</sup>. Social- og sundhedsassistenterne er alle erfarne. Afdelingen har samtidig en relativt høj andel af nyuddannede sygeplejersker. Derfor er social- og sundhedsassistenterne generelt de mest erfarne. Afdelingen har en særlig historik i og med, at der i nyere tid – i forbindelse med at afdelingssygeplejersken var væk i en periode – var en meget stor gruppe sygeplejersker, der rejste på én gang. Dette gav et særligt akut behov for at anvende social- og sundhedsassistenterne så bredt som muligt. Ud over at afsnittet i den forbindelse har måttet ansætte en stor gruppe nyuddannede sygeplejersker samtidigt – er der også løbende en del flow i sygeplejegruppen.

*Det er en medicinsk afdeling. Der er travlt. Det er hårdt, men vi uddanner også sygeplejersker til at skulle noget mere. Det er lidt halvakt her og nogle skal videre til noget mere akut eller intensiv afdeling. I alle stillingsannoncer står der: minimum to års erfaring – og det får de her.*

(Afdelingssygeplejerske)

Social- og sundhedsassistenterne holder derimod op, når de går på pension. I løbet af de seneste to år har de oplevet, at patienterne er blevet mere komplekse og multisyge. Pati-

---

<sup>11</sup> En af assistenterne arbejder som sygeplejesekretær.

enterne ligger længere nu, fordi de er mere syge. Og der er i plejen af patienten behov for at koordinere mere nu med flere interessenter. Det er fx få, der kan udskrives til vanlig hjælp. Dette har ikke i sig selv givet anledning til ændringer i personalesammensætningen.

### 3.2.1 Arbejdsopgaver og arbejdsdeling

På den aktuelle afdeling arbejder social- og sundhedsassistenterne i overvejende grad med de samme opgaver som sygeplejerskerne. Afdelingssygeplejersken understreger, at dette hænger sammen med, at social- og sundhedsassistenterne har så mange års erfaring inden for specialet.

*Opgaverne fraviger ikke i det væsentligste det, sygeplejerskerne gør. Heller ikke når det bliver specialespecifikt. De varetager også de kritisk syge. Det er en meget kompetent og erfaren gruppe assistenter, vi har, der har videreudviklet sig. Det er komplekse patienter og tung pleje.*

(Afdelingssygeplejerske)

Social- og sundhedsassistenterne varetager observation, personlig pleje, kontakten til hjemmeplejen, stuegang, medicin, dokumentation, administration, ernæring samt rollen som teamleder. Social- og sundhedsassistenter kan således være teamleder for sygeplejersker. Hvem der bliver udpeget som teamleder, afhænger af, hvem der har været på dagvagt dagen før, fordi det giver et bedre overblik, når man har været i dagvagt dagen før. Organiseringen i teampleje blev gennemført for at få mere tid ude ved patienterne, når ikke alle skal bruge tid på stuegang m.m. Før da havde social- og sundhedsassistenterne også stuegang og medicin. Social- og sundhedsassistenterne varetager ikke IV medicin<sup>12</sup>, pvk, pleuradræn<sup>13</sup> og er ikke ansvarshavende. Det er forskelligt, om social- og sundhedsassistenterne er oplært i a punktur<sup>14</sup>, sonde, anlæg af venflon, kateter, NIV og blodprøvetagning.

Arbejdsdelingen er i høj grad formaliseret. Rollerne opleves som klare og veldefinerede af både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Arbejdsdelingen er personafhængig i og med, at det ikke er alle social- og sundhedsassistenter, der ønsker at være oplært i opgaverne. Men dette håndteres fleksibelt og rummeligt. Der er en høj grad af gensidig respekt grupperne imellem.

*Vi får det planlagt, så der er dækning... Vi er rigtig gode til at snakke om, hvem der gør hvad.*

(Sygeplejerske)

I det daglige tænker hverken sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter på, at forskellen mellem deres kompetencer er særlig stor. Det er samarbejdet, der er i fokus. Ifølge sygeplejerskerne er det i høj grad de samme ting, som de to grupper observerer inde

<sup>12</sup> Intravenøs medicin. Gives direkte ind i blodårene.

<sup>13</sup> Der anlægges **pleuradræn**, når en patient i pleurahulen har en ansamling af luft eller væske, som umiddelbart eller på sigt truer patienten. Kilde: Lungemedicinsk Selskab.

<sup>14</sup> Udtagelse af arterieblod.

hos patienterne. Sygeplejerskerne ser social- og sundhedsassistenterne som kompetente og videbegærlige.

### 3.2.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

Afsnittet har et struktureret introduktionsprogram. Alle medarbejdere i plejegruppen træner derudover færdigheder og vedligeholder kompetencer ved at indgå i et årligt træningshjul.

Social- og sundhedsassistenterne har været på en række kurser og deltager fx i dette efterår i en række temadage for social- og sundhedsassistenter. De har også efteruddannelse inden for medicingivning. Såvel afdelingssygeplejersken som sygeplejerskerne vurderer, at der er mange tilbud til social- og sundhedsassistenterne. Dette er dog, det eneste område, hvor der ikke var fuld overensstemmelse på tværs af interviewene på afsnittet. Social- og sundhedsassistenterne mente således ikke selv, at de havde så mange tilbud. De bemærkede også, at det kun var sygeplejersker, der kunne få de særligt udviklende funktioner som sygeplejespecialister og kvalitetssygeplejersker.

*Mine sygeplejerskekolleger kommer på de relevante kurser, og deri ligger der en stor forskel.*

(Social- og sundhedsassistent)

Nogle af social- og sundhedsassistenterne deltager dog fx i akademiuddannelse og i kvalitetsprojekter i den forbindelse.

## 3.3 Case 1B: Lunge- infektionsmedicinsk område

Case 1B er et eksempel på en afdeling, hvor der er blevet færre social- og sundhedsassistenter i løbet af de senere år – og hvor opgaveporteføljen er ændret. Der er ansat fem social- og sundhedsassistenter, hvilket svarer til **ca. 20 % af den samlede plejegruppe**. Tre af social- og sundhedsassistenterne kører fortrinsvist aften og nattevagt. Derfor er der oftest kun 1-2 social- og sundhedsassistenter på arbejde i dagvagten. Afdelingssygeplejersken vurderer, at den nuværende fordeling af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker matcher afdelingens patienter og opgaver godt. Hun forventer også, at social- og sundhedsassistenter fremadrettet har en plads på afdelingen.

Det er svært at fastholde erfarne sygeplejersker på afdelingen. Det betyder, at afdelingens social- og sundhedsassistenter fortsat er væsentligt mere erfarne end sygeplejerskerne. Afdelingssygeplejersken ser derfor social- og sundhedsassistenternes erfaring som en stor fordel; især når hun skal rekruttere til aften- og nattevagterne:

*Jeg går efter dem med mest erfaring og kigger ikke på økonomi. Fx har jeg lige ansat en erfaren assistent i nattevagten. Det ville jeg hellere have end en nyuddannet sygeplejerske. Hvis jeg kun kan få nyuddannede sygeplejersker, så kræver det erfarne assistenter.*

I løbet af de seneste 2,5 år er der forsvundet fire social- og sundhedsassistenter (to har sagt op, en er gået på efterløn, og en har skiftet til en anden afdeling). Alle er erstattet af sygeplejersker. De erfarne social- og sundhedsassistenter fortæller i denne sammenhæng, at afdelingen tidligere stort set kun havde social- og sundhedsassistenter ansat. Fordelingen af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er således byttet rundt på relativt kort tid. Sygeplejerskerne forklarer, at skiftet fra social- og sundhedsassistenter til sygeplejersker skyldes en kombination af mere komplekse patientforløb, og at det i de seneste år har været muligt at rekruttere – især nyuddannede – sygeplejersker.

Social- og sundhedsassistenterne bekræfter ovenstående udvikling. De vurderer dog ikke, at opgaverne er blevet komplekse i en grad, hvor de ikke er kompetente til at varetage helhedspleje for afdelingens patienter. Social- og sundhedsassistenterne oplever derfor, at udviklingen:

*...har noget med afdelingsledelserne at gøre. Det er sygeplejerskerne, der har det hele nu. Tidligere var det erfaring, der talte – nu er det faggruppen, der afgør, hvem der bliver ansat.*

Dette perspektiv deles af sygeplejerskerne, som vurderer, at: *der ikke bliver ansat assistenter mere. Det virker som om, det er en udmelding fra ledelsen.*

Samtidig oplever social- og sundhedsassistenterne, at deres faggruppe har tabt terræn på afdelingen:

*Tidligere var man rigtig god til at bruge assistenternes kompetencer og så værdien i det. Da jeg startede havde assistenterne alt – nu er det omvendt. Det afhænger rigtig meget af muligheden for at få sygeplejersker.*

Set i det lys mener social- og sundhedsassistenterne:

*Der er ingen fremtid for assistenter på hospitalet. Den seneste tid er der også tre meget dygtige assistenter, der er begyndt at videreuddanne sig til sygeplejerske. Det ville jeg også gerne, men jeg har ikke økonomien til det.*

### 3.3.1 Nuværende opgaver og arbejdsdeling

Social- og sundhedsassistenternes opgaver ligger fortrinsvis inden for basal sygepleje. Det indebærer personlig pleje, screening for tryksår og ernæring, udarbejdelse af plejeplaner og mobilisering af patienterne. Assistenterne medvirker også til oplæring af SOSU-elever og oplæring af nyuddannede sygeplejersker. Assistenterne varetager ikke medicinadministration, stuegang, dokumentation, rollen som patientens kontaktperson eller funktionen som teamleder.

Arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er formaliseret. Under interviewene blev der ikke nævnt eksempler på, at ansvar og opgaver varierer som følge af personlige kompetencer, eller på tværs af dag- aften og nattevagter. Dog fortalte en assistent, at hun foretrækker at arbejde aften og nat. Det skyldes, at hun om natten, hvor hun er alene, har mulighed for at læse rapport og dokumentere sine observationer i patienternes journal:



*På min afdeling er det nu besluttet, at assistenterne ikke en gang er med til at læse patienternes journaler mere, når vi møder ind om morgenen. Det er bare direkte ud og i gang med plejen. Derfor kan jeg godt lide nattevagter, hvor jeg er alene og kommer til at dokumentere og læse. Det er meget utilfredsstillende at blive sendt ud til nye patienter uden at vide, hvem de er, og hvad der er sket. Vi kommer til at fremstå uprofessionelle, når vi ikke kan svare patienter og pårørende.*

Som ovenstående citat illustrerer, gav de interviewede social- og sundhedsassistenter udtryk for en del frustration over udviklingen på det medicinske område. Det skal ses i sammenhæng med, at der, ind til for få år siden, var få og små forskelle på social- og sundhedsassistenter og sygeplejerskers opgaver. Dette er imidlertid ændret væsentligt inden for de seneste år, hvor ansvaret for medicin, funktionen som kontaktperson for patient og pårørende samt planlægning af udskrivning og teamlederfunktion, er taget fra assistentgruppen.

Senest blev ansvaret for medicin og planlægning af udskrivelse frataget social- og sundhedsassistenterne for ca. et år siden. Afdelingssygeplejersken mener, at beslutningen var forankret i en analyse, som viste, at der var for mange utilsigtede hændelser vedrørende medicin og udskrivning i de forløb, hvor social- og sundhedsassistenter havde ansvaret. Derfor blev der taget en principbeslutning om, at disse opgaver ligger hos sygeplejerskerne.

Afdelingssygeplejersken fortæller, at begrænsningen af social- og sundhedsassistenternes opgaver i perioder har påvirket samarbejdet på afdelingen negativt. For eksempel ved at assistentgruppen har forholdt sig rigtigt til de nye arbejdsdelinger med et ufleksibelt samarbejde som følge. Hun vurderer dog, at dette er overstået – bl.a. fordi der efterfølgende er blødt lidt op, så social- og sundhedsassistenterne fx kan opsætte drop med isotopiske væsker og bidrage med deres viden om patienterne i forbindelse med udskrivning. Samtidig vurderer afdelingssygeplejersken, at en del af social- og sundhedsassistenterne grundlæggende er tilfredse med de nye arbejdsdelinger, der giver dem mere tid sammen med patienterne.

Interviewet med social- og sundhedsassistenterne viste dog, at deres frustration over udviklingen – ikke mindst i det seneste forløb omkring medicingivning – ikke er forsvundet. Deres perspektiv er som følger:

*Der var nogen uheldige episoder, hvor nogle [assistenter] gik ud over deres kompetencer og fx satte antibiotika op. Så besluttede man fra en dag til en anden at skære alle over en kam. Det betyder, at vi i dag får løn og har kompetencer til noget, vi ikke får lov at udføre. Det er bittert at have været på medicinkursus for et år siden og så få at vide, at vi ikke må bruge det til noget.*

*Jeg syntes ikke det er i orden – for vi er ikke ens. Dem der er pligtopfyldende og gør et godt stykke arbejde bliver ligestillet med sjuskehoveder. Jeg er niveau 3 [klinisk ekspert], men går i dag på lige fod med dem på niveau 1 [udlært i grundlæggende kompetencer]. Det syntes jeg ikke er rimeligt.*

Social- og sundhedsassistenterne fortæller i forlængelse af ovenstående, at de som gruppe *besluttede slet ikke at gøre noget i forhold til medicin og væsker*. Derved blev der etableret en rigid arbejdsdeling, som også sygeplejerskerne blev trætte af. Løsningen – i form af et kompromis – blev et fælles møde, hvor social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker drøftede deres frustrationer. Det ledte til, at social- og sundhedsassistenterne igen måtte hænge isotopiske væsker op og tage dem ned. På samme måde er det besluttet, at social- og sundhedsassistenter godt kan bidrage med deres viden ved planlægning af udskrivelse, fordi de ofte kender patienterne bedre end sygeplejerskerne.

De interviewede sygeplejersker deler opfattelsen af, at samarbejdet til tider er for rigtigt. Den sygeplejerske der har været ansæt længst fortæller således, at der var et dårligt samarbejde den gang, hun startede på afdelingen:

*Der var flere assistenter, og de havde flere opgaver, som nu er taget fra dem. Siden da er der også fyret 2-3 assistenter.*

Gnidningerne i samarbejdet kommer fx til udtryk ved, at der er social- og sundhedsassistenter, som nægter at hjælpe med at give patienterne piller, når sygeplejersken har travlt eller har svært ved at få patienten til at synke. De fortæller også, at det er meget personafhængigt, hvor hjælpsomme social- og sundhedsassistenterne er. Nogle er firkantede og utålmodige over for nye sygeplejersker – andre er mere hjælpsomme. Det generelle billede er dog fortsat: *At vi ikke er så gode til at kommunikere, og at vi mangler viden om, hvad assistenterne egentlig har af kompetencer.*

I forlængelse af ovenstående fortæller sygeplejerskerne, at de har deres bedste arbejdsdage, når der ikke er social- og sundhedsassistenter på afdelingen. Det skyldes, at de på disse dage praktiserer helhedspleje, frem for den rundepleje, der gælder, når social- og sundhedsassistenterne er på arbejde:

*Jeg kan bedst lide de dage, hvor vi har mulighed for at have helhedspleje. Så har vi hele ansvaret for 4-5 patienter frem for et delt ansvar med assistenten for 8-9 patienter. Når vi har hele ansvaret for et mindre antal patienter, kommer vi tættere på og får bedre viden om patienten. Det bliver lidt halvt, når man kun har det administrative. Det er fysisk hårdere at arbejde med helhedspleje, men der er ikke så meget, der skal koordineres, og kvaliteten bliver bedre.*

Social- og sundhedsassistenterne har samme perspektiv på helhedsplejen som sygeplejerskerne, men med modsat fortegn:

*Tidligere havde vi fire patienter, hvor vi havde hele ansvaret – nu har vi ni patienter, som vi deler med sygeplejersken – det er blevet sværere at holde overblikket. Det er heller ikke tilfredsstillende for sygeplejerskerne, når de kun har ansvaret for det administrative.*

Sygeplejerskerne fortæller også, at det er hårdt at starte på det medicinske område, fordi der er mange nyuddannede og stor medarbejderudskiftning. De oplever, at man som nyuddannet sygeplejerske bliver kastet ud i opgaver og ansvar, man ikke er kompetent til. De savner derfor erfarne rollemønstre, som man kan lære faget af.

Sygeplejerskernes perspektiver bekræftes af social- og sundhedsassistenterne, der er frustrerede:

*Der ansættes sygeplejersker med halvanden måneds erfaring, som får alle vores kompetencer fra dag 1. Og så skal der hyres dyre sygeplejersker ind udefra for at hjælpe dem, fordi vi ikke må bidrage med de kompetencer, vi har. Der har også været stor udskiftning – de flygter på grund af praksischocket. Man kommer fra en meget beskyttet virkelighed som studerende. Omgangstonen kan måske også virke lidt hård, hvis vi har meget travlt – hvis man kommer til at være lidt kort for hovedet en gang imellem.*

### 3.3.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

I forhold til social- og sundhedsassistenternes grundlæggende færdigheder har afdelingen et kompetenceudviklingsprogram, som er koblet op på faste løntillæg. Niveau 1 svarer til, at den ansatte har tilegnet sig relevante grundlæggende færdigheder. Niveau 2 svarer til, at man har tilegnet sig avancerede færdigheder.

I forhold til øvrige efteruddannelsesmuligheder, fortæller afdelingssygeplejersken:

*Der er ikke mange tilbud til dem. Men jeg oplever heller ikke, at de efterspørger det. Når der er noget, drejer det sig primært om temadage arrangeret af FOA o.l. hvor de kan få lov til at være sammen med andre assistenter. Jeg tror, det hænger sammen med at mine assistenter er så gamle i gårde. Måske er de ikke motiverede. De efterspørger det i hvert fald ikke.*

Social- og sundhedsassistenterne efterlyste ikke nye muligheder for efteruddannelse. Deres perspektiver handlede i stedet om, at afdelingen tidligere har været god til at kompetenceudvikle assistentgruppen og bruge deres kompetencer. I dag oplever de imidlertid, at de muligheder de tidligere havde for at bruge deres kompetencer og komme på kurser er blevet begrænset. Samtidig efterspurgte social- og sundhedsassistenterne, i overensstemmelse med afdelingssygeplejerskens vurdering, *kurser der giver mulighed for at være sammen med andre FOA folk.*

## 3.4 Case 2A: Neurologisk område

Case 2A er et eksempel på en afdeling, der har haft en bred anvendelse af social- og sundhedsassistenternes kompetencer. Afdelingen er præget af, at det indtil 2010 ikke var muligt at tiltrække sygeplejersker. Derfor var der frem til 2010 kun ansat social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedsassistenterne har derfor haft stor betydning for afdelingens udvikling. Det afspejler sig også i, at social- og sundhedsassistenterne på afdelingen har stor anciennitet og megen formel efteruddannelse i fx medicin håndtering. Afdelingssygeplejersken forklarer, at afdelingen: *"i et vist omfang har opkvalificeret assistenterne til at fungere som de sygeplejersker, vi manglede"*.

I løbet af de seneste fem år har den neurologiske afdeling ændret organisation, og patientforløbene er blevet væsentligt kortere og mere komplekse. Samtidig har opbremsningen i

sundhedsvæsenet gjort, at det siden 2010 har været muligt at rekruttere sygeplejersker til afdelingerne. Derfor er der inden for de seneste år sket en forskydning i retning af sygeplejersker i personalegruppen. Det betyder, at afdelingen er gået fra kun at have social- og sundhedsassistenter, til at der i dag er ansat **12 assistenter og 8 sygeplejersker**.

Afdelingssygeplejersken for rehabiliteringsafdelingen fortæller, at fordelingen af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er passende for den patientgruppe, afdelingen har p.t. På den akutte sengeafdeling fortæller afdelingssygeplejersken, at målet for personale-sammensætningen er 40 % social- og sundhedsassistenter og 60 % sygeplejersker. Be-grundelsen er, at de akutte patientforløb stiller øgede krav til, at plejepersonalet i alle vagtlag har specialiseret sygeplejefaglig kompetence.

### 3.4.1 Arbejdsopgaver og arbejdsdeling

Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker arbejder i høj grad med de samme opga-ver. Social- og sundhedsassistenterne kan på lige fod med sygeplejerskerne varetage teamledersfunktionen og rollen som gennemgående kontaktperson for patienterne. De fleste social- og sundhedsassistenter er endvidere oplært og eksamineret til at administrere pati-enternes medicin. Social- og sundhedsassistenterne varetager desuden observation, per-sonlig pleje, kontakten til hjemmeplejen, stuegang, dokumentation, administration og ernæring. Endelig deltager social- og sundhedsassistenterne i undervisning af assistentelever, sygeplejestuderende og i oplæring af nyuddannede sygeplejersker. De eneste opgaver, som kun varetages af sygeplejersker er anlæggelse af vene- og kranspulsårekateter, samt IV medicin.

Disse to afdelinger indførte helhedspleje for ca. et år siden: Det indebærer for det første, at hver patient tildeles en fast kontaktperson, som kan være en assistent eller en sygeplejer-ske. For det andet fordeler afdelingssygeplejersken ved hvert morgenmøde det fremmødte personale i dagens to teams, samtidig med at hun beslutter, hvilke patienter hvert enkelt ansat har ansvar for i løbet af dagen. At have ansvaret for en patient indebærer, at man uanset faggruppe er ansvarlig for hele patientens pleje i løbet af dagen.

I tildelingen af patienter tager afdelingssygeplejersken hensyn til patienternes kompleksitet: Vurderingen er, at en erfaren assistent ofte kan mere end en nyuddannet sygeplejer-ske; samt at der er forskel på social- og sundhedsassistenternes personlige kompetencer. Derfor er der ifølge afdelingssygeplejersken tale om *en ret individuel vurdering af den enkelte kompetencer og viden*.

Som hovedregel har kontaktpersonerne, når de er på arbejde, ansvaret for deres egne pa-tienter. Hvis patienten er særligt kompleks, så tildeles de vedkommende ud over assisten-ten en sygeplejerske som backup/ansvarlig for IV medicin, samt anlæggelse af venflon og venekateter. Afdelingssygeplejersken understreger i den forbindelse, at personalets viden om hinandens kompetencer – og egne grænser – udgør et vigtigt indsatsområde.

Baggrunden for indsatsområdet er bl.a., at rehabiliteringsafdelingen har problemer med enkelte social- og sundhedsassistenter, der på grund af usikkerhed ikke altid siger fra over-for opgaver, der ligger uden for deres kompetencer. Når det sker, kan det skabe gnidninger mellem faggrupperne på afdelingen. Herudover nævner både afdelingens ledelse og de in-

tervuede sygeplejersker, at der har været problemer med, at især afdelingens nyuddannede sygeplejersker har haft svært ved at finde fodfæste over for den store gruppe af erfarne assistenter. Det har skabt gnidninger i samarbejdet og arbejdsdelingen, og sygeplejerskerne ønsker flere sygeplejersker på afdelingen. Dels for at have flere kolleger til at dele sygeplejerskeopgaver med. Dels for at få bedre mulighed for faglig sparring og oplæring fra erfarne sygeplejersker.

Afdelingens sygeplejersker fortæller ligeledes, at helhedsplejen af og til giver udfordringer, fordi der er en gråzone mellem sygeplejerskernes kompetencer og social- og sundhedsassistenternes opgaver:

*Helhedsplejen kan fungere for os sygeplejersker, men ikke for assistenterne – der jo fx ikke har kompetence i forhold til IV medicin og skifte venflon. Så der er vi inde over.*

Sygeplejerskerne oplever i den forbindelse helhedsplejen som en potentiel udfordring, som giver anledning til øget arbejdspress og stress, når de både har helhedsplejen for egne patienter – og supervisionsansvar for en del af social- og sundhedsassistenternes. Samtidig oplever sygeplejerskerne at blive involveret i for små/forkerte ting, samtidig med at de nævner eksempler på situationer, hvor de ikke blev involveret tidsnok i ting, der endte med at være alvorlige.

Afdelingssygeplejersken fra det akutte afsnit fortæller, at denne problematik ikke findes i hendes personalegruppe:

*Der er så meget kompleks sygepleje, at der aldrig har været tvivl om, at sygeplejerskerne har det primære ansvar og assistenterne har til opgave at hjælpe*

Som det fremgår af de ovenstående afsnit, er arbejdsdelingen på disse sengeafdelinger til dels formaliseret, til dels op til løbende forhandling. Forhandlingssituationer opstår mest ved nystartede sygeplejersker, der kan have andre forslag til arbejdsdeling end det, der ifølge social- og sundhedsassistenterne er tradition for. Det kommer, ifølge informanterne, først og fremmest til udtryk ved, at nogle nyuddannede sygeplejersker mener, at det primært er social- og sundhedsassistenter, der skal arbejde på gulvet. Derfor oplever social- og sundhedsassistenterne, at nogle sygeplejersker har en tendens til gerne at ville gemme sig i medicinrummet og ved computeren. Når social- og sundhedsassistenterne oplever dette, siger de fra over for det – og har opbakning hertil fra afdelingssygeplejersken.

### 3.4.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

Det forventes, at nyansatte/nyuddannede via intern oplæring har tilegnet sig relevante sygeplejefaglige færdigheder ca. 6-9 måneder, efter de er startet på sengeafdelingen. For social- og sundhedsassistenterne er der et afkrydsningskema med de konkrete opgaver, som de skal oplæres i at kunne varetage selvstændigt. Når de er oplært – og ikke før – noteres det i deres kompetencebog, og så ved alle på afdelingen, at de er i stand til at ud-

føre denne opgave selvstændigt på et kvalificeret niveau. Både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker er glade for denne model: De oplever, at deres kompetencer udnyttes fuldt ud, og sygeplejerskerne fortæller, at de stoler på assistenternes grundlæggende kompetencer.

En af de sygeplejefaglige ledere fortæller, at der findes relevante tilbud og lokale frihedsgrader, såfremt man er opmærksom på det og opsøger det. Som tidligere angivet har afdelingen brugt mange ressourcer på at formalisere social- og sundhedsassistenternes medicinkompetencer. Der er også social- og sundhedsassistenter, der er uddannet til LEAN-ambassadører, faglige vejledere for elever, forflytningsvejledere og hygiejnevejledere m.m.

For nylig er der også – i lyset af manglen på egentlige efteruddannelsesforløb for gruppen – oprettet et regionalt tilbud om fordybelse i sygepleje. Det beskrives af både social- og sundhedsassistenter og ledelsen som et godt og relevant tilbud, der *får deltagerne til at vokse fagligt*.

Endelig fremhæver informanterne, at it og ny teknologi udgør en særskilt udfordring for dele af assistentgruppen. Derfor ønsker flere informanter mere fokus på it-kurser, som en del af social- og sundhedsassistenternes faglige udvikling.

### 3.5 Case 2B: Neurologisk område

Case 2B er et eksempel på en neurologisk case med et mere gennemsnitligt antal social- og sundhedsassistenter. På den akutte sengeafdeling har der i mange år ikke været vanskeligheder med at rekruttere personale. Derfor er personalesammensætningen udtryk for, hvad ledelsen anser for fagligt optimalt. På rehabiliteringsafdelingen har det historisk været svært at tiltrække sygeplejersker, men de seneste år har det ikke været vanskeligt.

Inden for de seneste år er personalesammensætningen på den akutte sengeafdeling forskudt med ca. 10 % i retning af flere sygeplejersker og færre social- og sundhedsassistenter. På rehabiliteringsafdelingen er andelen af social- og sundhedsassistenter gået fra 70 % af personalet til **30 % af personalet** i løbet af de seneste fire år. Informanterne forklarer udviklingen med kortere og mere komplekse patientforløb, som øger kravene til personalets sygeplejefaglige kompetencer i forhold til medicin og overvågning af kritisk syge patienter. Både sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne forventer, at denne udvikling vil fortsætte. Til gengæld ser de øgede beskæftigelsesmuligheder for social- og sundhedsassistenter i kommunalt regi, da det er der, mange af de traditionelle assistentopgaver på afdelingerne forsvinder hen.

De nuværende fordelinger af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker udgør dog ifølge afdelingssygeplejersken en fast normering for afdelingerne. Afdelingssygeplejerskerne lægger i den forbindelse vægt på, at der stadig rekrutteres nyuddannede social- og sundhedsassistenter for at opretholde fordelingen og dermed den fordeling, der anses som fagligt bæredygtig.

### 3.5.1 Arbejdsopgaver og arbejdsdeling

På disse sengeafdelinger arbejder social- og sundhedsassistenterne primært med basal sygepleje. Opgaverne knytter sig til observation, personlig pleje, ernæring, mobilisering, oprydning og skyllerumsopgaver. Social- og sundhedsassistenterne på rehabiliteringsafdelingen har desuden opgaver i forbindelse med modtagelse og planlægning af udskrivelse patienter.

Der er en formaliseret arbejdsdeling og forskel på social- og sundhedsassistenter og sygeplejerskers opgaver. På begge sengeafdelinger er det *alene* sygeplejerskerne der: Fungerer som teamledere, går stuegang med lægen, er overordnet ansvarlige for observationsstuen, hvor de mest akutte patienter ligger (det sker dog, at de erfarne social- og sundhedsassistenter er på stuen), varetager alle medicinopgaver. På den akutte sengeafdeling er det endvidere kun sygeplejersker, der modtager patienter og planlægger udskrivelse.

I den daglige omgang med patienterne er der lille forskel mellem sygeplejersker og assistenter. Både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter lægger også vægt på, at den basale patientpleje er en vigtig forudsætning for kvalitet i plejen, såvel som sygeplejerskernes planlægnings- og stuegangsopgaver.

Informanterne fortæller også, at de er tilfredse med den faste opgavefordeling, som de oplever giver klare roller i hverdagen. Sygeplejerskerne fortæller i den forbindelse, at de stoler på social- og sundhedsassistenternes kvalifikationer og opgavevaretagelse. Ligeledes blev der ikke nævnt eksempler på usikkerhed eller gnidninger vedrørende opgavedelingen på afdelingerne.

### 3.5.2 Kompetenceudvikling og efteruddannelse

I forhold til kliniske basisfærdigheder og ansvarsområder følger sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på samme måde som i case 2A en fast plan, når de ansættes på afdelingerne.

I forhold til øvrige muligheder for faglig udvikling fortæller afdelingssygeplejersken, at der findes relevante muligheder for gruppen af social- og sundhedsassistenter. Det kræver bare, at ledelsen er opmærksom på det. De interviewede social- og sundhedsassistenter er også tilfredse med de kurser og den efteruddannelse, de tilbydes. De interviewede social- og sundhedsassistenter er bl.a. uddannet som forflytningsvejledere, hygiejnekoordinatorer og uddannelsesvejledere. Hvem, der får hvilke kompetencer, afhænger af faglige interesser.

I forhold til egentlig efteruddannelse, fortæller informanterne dog, at der indtil for nylig har manglet tilbud om formel teoribaseret efteruddannelse til assistentgruppen. Nu er der til gengæld oprettet et fordybelseskursus i sygepleje på en af professionshøjskolerne, som er meget givende for assistentgruppen. Kurset varer i 6-8 uger, hvor medarbejderne frikøbes til at gå i skole på fuld tid. To har indtil videre været af sted og er kommet tilbage med et stort udbytte. Afdelingssygeplejersken oplever, at de to social- og sundhedsassistenter løser deres opgaver på et mere kvalificeret/reflekteret niveau, og social- og sundhedsassistenterne selv fortæller, at forløbet giver fornyet energi og lyst til arbejdet.

Planen er, at alle social- og sundhedsassistenter skal af sted, men det kommer til at tage et par år, da det er begrænset, hvor mange der kan undværes ad gangen.

### 3.6 Opsamling

Det fremgår af de ovenstående afsnit, at de fire caseafdelinger har gennemgået samme overordnede udvikling, som på tre ud af fire afdelinger trækker i retning af færre social- og sundhedsassistenter og flere sygeplejersker. Der er samtidig bred enighed om årsager og konsekvenser af udviklingen. Til gengæld er der, som sammenfattet i nedenstående skema, variation i arbejdsdelingen og i forhold til, hvor vidtrækkende konsekvenser udviklingen har haft for social- og sundhedsassistenterne på de enkelte afdelinger.

*Tabel 9: Opsummering af arbejdsdeling, udvikling i opgaver og samarbejdsklima på de undersøgte caseafdelinger*

	Case 1A	Case 1B	Case 2A	Case 2B
<b>Arbejdsdeling mellem assistenter og sygeplejersker</b>	Personafhængig med individuelle forskelle. Få forskelle på assistenter og sygeplejerskers opgaver. Assistenternes ansvarsområder inkluderer bl.a. stuegang, teamleder og medicin.	Alle assistenter har samme opgaver uanset erfaring. Der er væsentlige forskelle på assistenter og sygeplejerskers opgaver. Afgrænset til basal sygepleje og oplæring af elever.	Personafhængig arbejdsdeling, hvor der tages hensyn til assistenternes individuelle kompetencer. Få forskelle på assistenter og sygeplejerskers opgaver. Assistenternes ansvarsområder inkluderer stuegang, teamleder, kontaktperson, udskrivelse og medicin.	Alle assistenter har samme opgaver uanset erfaring. Der er væsentlige forskelle på assistenter og sygeplejerskers opgaver. Afgrænset til basal sygepleje og oplæring af elever.
<b>Udvikling i assistenternes antal og ansvarsområde</b>	Ingen ændringer i antal og ansvarsområder.	Assistentgruppen er halveret siden 2010. Medicin, teamlederfunktion, planlægning af udskrivelse, kontaktperson for patienter er taget fra assistentgruppen.	Ca. 1/3 af assistentgruppen er erstattet med sygeplejersker siden 2008. Ingen ændringer i ansvarsområder.	En stor del af assistentgruppen er erstattet af sygeplejersker. Medicin, stuegang og planlægning af udskrivelse er taget fra assistenterne på den akutte sengeafdeling. Medicin er taget fra assistenterne på rehabiliteringsafdelingen.
<b>Samarbejdsklima</b>	Sygeplejersker og assistenter har et godt og ligeværdigt samarbejde.	Gnidninger. Assisterer er frustreret over udvikling og holder sig rigtigt til nye arbejdsdelinger. Sygeplejersker vurderer, at det er lettere at være på arbejde, når der ikke er assistenter på afdelingen.	Gnidninger i samarbejdet relateret til helhedspleje, samt til en lille gruppe relativt nyuddannede sygeplejersker over for en stor gruppe meget erfarne assistenter.	Sygeplejersker og assistenter har et velfungerende samarbejde. De faste rammer giver klare roller i hverdagen, og der efterlyses ikke ændringer.



Som det fremgår, oplever informanterne fra case 1A et ligeværdigt og fleksibelt samarbejde. Der opleves ikke problemer med at tage hensyn til social- og sundhedsassistenternes individuelle kompetencer i forhold til vagtplanlægning og fordeling af patienter. De relativt nyuddannede sygeplejersker anser social- og sundhedsassistenterne som kompetente og videbegærlige.

Informanterne fra case 2B oplever også et velfungerende samarbejde mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Dette til trods for, at der over tid er sket en væsentlig udskiftning af social- og sundhedsassistenter til fordel for sygeplejersker, samt indskrænkninger i assistentgruppens ansvar. Informanterne oplever – i den daglige omgang med patienterne – ikke store forskelle mellem faggrupperne. Samtidig er der enighed om, at den formaliserede kompetence- og opgavedeling giver klare roller og sikkerhed i samarbejdet.

Case 1B og 2A oplever til gengæld, at afdelingernes udvikling giver gnidninger i samarbejdet mellem faggrupperne. På afdeling 1B er social- og sundhedsassistenterne frustrerede over udviklingen i retning af færre social- og sundhedsassistenter og mindre ansvar, og de tilbageværende social- og sundhedsassistenter føler sig marginaliseret. Det kommer bl.a. til udtryk i form af modstrategier, hvor social- og sundhedsassistenterne forholder sig rigtigt til udmeldte arbejdsdelinger. Samarbejds klimaet mellem faggrupperne opleves ikke optimalt, og de interviewede sygeplejersker mener, at det ville være lettere at være på afdelingen, hvis ikke der var social- og sundhedsassistenter ansat – fordi man så kunne køre helhedspleje.

På afdeling 2A er der ligeværdighed i forhold til opgaver og ansvar. Samtidig er gruppen af social- og sundhedsassistenter ca. dobbelt så stor – og meget mere erfaren – end gruppen af sygeplejersker. På denne afdeling opleves gnidninger i samarbejdet. Det er først og fremmest sygeplejerskerne, der oplever problemer i forhold til social- og sundhedsassistenternes rolle i helhedsplejen, samt at gruppen af sygeplejersker opleves for lille til at være fagligt bæredygtig. Derfor blev der efterlyst ændret arbejdsdeling og ændringer i retning af flere sygeplejersker. Heroverfor vurderede afdelingssygeplejersken og social- og sundhedsassistenterne, at de eksisterende fordelinger matcher afdelingens opgaver og patienter.

I næste kapitel analyserer vi videre på de pointer og fortællinger, som vi er blevet præsenteret for via interviewene på de fire cases. Samtidig forholder vi løbende resultaterne til eksisterende undersøgelser og viden om arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og øvrige plejegrupper.

## 4 Tværgående analyse og diskussion af interviewundersøgelsens resultater

I dette kapitel analyserer og diskuterer vi, med afsæt i interviewundersøgelsen og tidligere undersøgelser, centrale temaer med betydning for den fremtidige anvendelse af social- og sundhedsassistenternes kompetencer på hospitalerne. Der fremgår, at der er forskellige tendenser og fortællinger i spil.

### 4.1 Flexibilitetens fordele og ulemper

Social- og sundhedsassistenterne – og før dem sygehjælperne – anvendes på mange måder som en "bufferfaggruppe" på hospitalerne. De har i modsætning til eksempelvis læger, sygeplejersker og fysioterapeuter ikke deres egen fagsøjle med deres egen selvstændige ledelse. Med lønsumsstyringen er der heller ikke et antal stillinger, der er normeret til social- og sundhedsassistenter. Det er altså muligt at sammensætte plejepersonalet fleksibelt og alt efter det behov, ledelsen af sygeplejen anser, at der er. Samtidig har de traditionelt udgjort en meget stabil gruppe, der bliver på de samme afdelinger gennem mange år<sup>15</sup>.

På grund af de fluktuationer, der er på arbejdsmarkedet, er det dog ikke altid muligt at rekruttere de faggrupper en given ledelse ønsker. Det betyder på hospitalet, at man nogle gange må undvære de speciallæger, man fagligt set vurderer, man har brug for – og også de sygeplejersker, man vurderer at have brug for. Det betyder, at det ikke altid er en faglig vurdering, der ligger bag sammensætningen af plejepersonale. Der er derimod tradition for at have fokus på, at driften hænger sammen. Arbejdsdeling er altså også et spørgsmål om de forhåndenværende søms principper. Det giver den fordel, at opgavevaretagelsen bliver fleksibel, hvilket er vigtigt i en organisationstype, der holder åbent 24 timer i døgnet, syv dage om ugen.

Bagsiden af fleksibiliteten er, at der vil være faggrupper, der over tid vil opleve, at det varierer, hvilke opgaver de bliver anset for at være kompetente til at varetage. I 1996 var det sygehjælperne, der havde en oplevelse af, at de ikke længere måtte anvende de uformelle kompetencer, de havde, og oplevede, at de som gruppe blev udskiftet (Utzon & Holm-Petersen 1996). I dag oplever social- og sundhedsassistenter på nogle afdelinger samme tendenser. Det giver anledning til frustration, dårlig stemning og følelsen af mindreværd.

En bagside er også, at assistenternes kompetenceudvikling ikke på samme måde som sygeplejerskernes er generisk. Det betyder bl.a., at opnåede kompetencer ikke nødvendigvis følger assistenten, hvis der skiftes arbejdsplads:

*Det er lidt som at starte forfra, og der er ikke nogen garanti for, at de må det samme, som de plejer, hvis de skifter afdeling. Det må være frustrerende.*

(Sygeplejerske)

---

<sup>15</sup> Det fremgik af undersøgelsen fra 1996, at 40 % havde mere end 10 års erfaring fra samme afdeling (Utzon & Holm-Petersen 1996).

Reelt betyder det, at mange social- og sundhedsassistenter oplever at være stavnsbundet.

#### 4.1.1 Forsmået – en negativ spiral

Det var tydeligt på caseafdelingerne, at der var en stor forskel på samarbejdsklimaet. På afdelingen med den bredeste anvendelse af social- og sundhedsassistenternes kompetencer var der en udpræget god samarbejdsånd, hvor medarbejderne fleksibelt hjalp hinanden. På afdelinger, hvor social- og sundhedsassistenterne havde oplevet, at der var opgaver, der var blevet taget fra dem, var samarbejdet mindre fleksibelt. Her talte social- og sundhedsassistenterne om at passe på sig selv og om at afgrænse. Konsekvensen var mindre fleksibilitet, at nyuddannede sygeplejersker følte sig mindre godt taget imod eller ligefrem mobbet af de mere erfarne social- og sundhedsassistenter. Følelsen af at være forsmået kan således bidrage til en negativ spiral for social- og sundhedsassistenterne, fordi den dårlige stemning og ufleksible adfærd gør gruppen mindre attraktiv. Som nogle af de interviewede sygeplejersker sagde, så gjorde det, at man nogle gange godt kunne tænke, at det ville være nemmere, hvis der kun var sygeplejersker.

#### 4.1.2 Rollen som dem, der oplærer de nyuddannede sygeplejersker

*Du kan være færdiguddannet sygeplejerske og aldrig have vasket en patient eller taget en rektal temperatur.*

(Social – og sundhedsassistent)

Det er flere gange blevet påpeget – både blandt de interviewede og i litteraturen – at nyuddannede sygeplejersker ofte er usikre på praksis, når de starter eller ligefrem oplever et såkaldt praksischock (Andersen et al. 2004; Haa 2008; Kupferberg 1999). Da assistenterne ofte er den stabile og mest erfarne faggruppe på en afdeling, får de ofte rollen som dem, der skal oplære de nye sygeplejersker. På nogle af caseafdelingerne blev dette oplevet som en naturlig rolle og en del af det fleksible samarbejde. På andre afdelinger, hvor samarbejdet var mindre velfungerende, provokerede det et eller andet sted assistenterne, at de var gode nok til dette, men ikke til selvstændigt at udføre dele af sygeplejen. Dele som de tidligere havde varetaget. Frustrationen er i tråd med den frustration, sygehjælperne oplevede i 1996, hvor det også var deres rolle at oplære de nye sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (Utzon & Holm-Petersen 1996).

## 4.2 To fortællinger: særlige spidskompetencer eller erstatning

Assistentgruppen er en stabil medarbejdergruppe, som opnår stor anciennitet på afdelingerne. Det giver stor erfaring og gør, at de mange steder opleves som uundværlige.

Vi er dog samtidig i undersøgelsen blevet mødt af to fortællinger om fordelingen af plejegrupper. Den ene er, at det er hensigtsmæssigt at ændre sammensætningen løbende efter, hvilke grupper det er muligt at ansætte, og efter hvor komplekse patienterne er. Den anden er, at begge faggrupper er vigtige at have, fordi de bidrager med forskellige perspektiver og spidskompetencer.

## 4.3 Social- og sundhedsassistenter har spidskompetencer

*Det er to forskellige uddannelser. Det kan vel kun gavne patienterne, at der er fokus på to forskellige ting.*

(Sygeplejerske)

Af undersøgelsen om sygeplejerskers fagidentitet fra 2006 fremgik det, at social- og sundhedsassistenter anså sig selv for at være mere praktiske og handlingsorienterede mennesker end sygeplejersker. Social- og sundhedsassistenterne opfattede sig selv som nogle, der var særligt gode til basissygepleje, mobilisering, ernæring og hudpleje. Derudover vurderede de også, at de i kraft af deres pleje af patienten har bedre forudsætninger for at danne sig et billede af patienten som person, mens de sygeplejersker, der går stuegang, interesserer sig mere for patientens medicinske tilstand. På alle tre caseafdelinger italesatte de sig selv som dem, der havde den tætteste kontakt til patienterne, dels i kraft af deres kvalifikationer, dels i kraft af den øgede mængde administrative opgaver, der var blevet pålagt sygeplejersken. Derudover oplevede social- og sundhedsassistenterne både, at de var langt bedre til at sørge for oprydning på afdelingen, og at det er tydeligt at mærke, når der kun har været sygeplejersker på arbejde, idet der så ikke er ryddet op i køkkenet, i skyllerummet eller på tøjdepotet. Der var enighed i gruppen om, at det er en opgave, man som social- og sundhedsassistent påtager sig ansvaret for (Holm-Petersen et al. 2006).

I den mellemliggende periode har der været sygeplejerskemangel, og mange steder har arbejdsdelingen i høj grad været præget af fortællingen om enshed/liched – at det meget er de samme opgaver, faggrupperne har udført. Dette har måske bidraget til, at der ikke i så høj grad har været fokus på, at faggrupperne har forskellige spidskompetencer. Men det interessante er, at mange af de ting, social- og sundhedsassistenterne nævnte som deres spidskompetencer i 2006, stadig er de spidskompetencer, som både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker peger på i dag.

### 4.3.1 Gode til grundlæggende sygepleje

Såvel ledende sygeplejersker, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er enige om, at social- og sundhedsassistenterne er særligt gode til den nære og grundlæggende sygepleje.

*De er supergode ude hos patienterne. Det med at have den tætte kontakt, få dem motiveret til at komme ud af sengen, få dem til at spise osv. Også det med at spotte og forebygge tryksår. Der har vi en, som vi trækker på i hele afdelingen.*

(Afdelingssygeplejerske)

Det gælder i særlig grad efter den nye sygeplejerskeuddannelse, som ifølge en del informanter, ikke i tilstrækkelig grad lærer sygeplejerskerne de basale sygeplejefærdigheder. Informanterne fra de fire afdelinger peger også på, at erfarne social- og sundhedsassistenter som hovedregel er gode til at mobilisere patienterne og få dem op og i gang. På samme måde er det ofte social- og sundhedsassistenter, der sørger for, at svagt spisende patienter

får noget at spise og drikke. Flere informanter fortæller i den forbindelse, at en del sygeplejersker er mere tilbageholdende over for denne type opgaver.

Ovenstående pointer matcher social- og sundhedsassistenternes egen selvforståelse, som også lægger vægt på den grundlæggende sygepleje. Sygeplejerskerne fra alle de gennemførte interview fortæller i den forbindelse, at de har lært meget af assistenterne på deres afdelinger. Samtidig ses social- og sundhedsassistenternes bidrag til nyuddannede sygeplejerskers basale færdigheder som værdifuldt.

*Man kan i udgangspunktet være ret sikker på, at en assistent har hænderne rigtigt skruet på – dette gælder ikke altid for sygeplejerskerne.*

(Afdelingssygeplejerske)

Social- og sundhedsassistenterne er altså særligt gode til at have fokus på, at patienterne bliver vasket ordentligt, til at forebygge liggesår og til at mobilisere patienterne og have fokus på mad og drikke.

*De er rigtig gode til mobilisering og ernæring. Vi har ofte fokus på forskellige ting. De har mere fokus på plejen, og vi har mere fokus på behandling.*

(Sygeplejerske)

#### 4.3.2 Mere praktisk anlagt

På samme måde fremgår det, at social- og sundhedsassistenter er mere praktiske og lige på.

*Vi er bedre til det der med hands on. Sygeplejerskerne er mere teoretiske.*

(Social- og sundhedsassistent)

Når ledere og sygeplejersker skal sætte ord på social- og sundhedsassistenternes styrker, peger de ligesom social- og sundhedsassistenterne også selv på, at social- og sundhedsassistenter adskiller sig fra sygeplejersker ved at være mere praktisk orienteret.

*Fremtiden for assistenterne på afdelingen – de er ikke nogen, man kan undvære. Det er en stor del af sygeplejen at få gjort de praktiske ting. Det er fint, at vi har en kombination af assistenter og sygeplejersker her hos os. Det er det, der får afdelingen til at hænge effektivt sammen.*

(Afdelingssygeplejerske)

*En nyuddannet assistent går ud og gør ting. En nyuddannet sygeplejerske tænker og vender og drejer alting. De føler, at de skal favne det hele.*

(Sygeplejerske)

Det ses allerede under uddannelsen, hvor social- og sundhedsassistenterne indtager rollen som ansatte, mens sygeplejersker i højere grad indtager rollen som refleksive studerende:

*De er meget pakket ind, når de er her som studerende, og de kan godt have tendens til at holde fast i den rolle, når de er nyuddannede.*

(Sygeplejerske)

*Vi bliver uddannet til at være mere teoretiske. De er mere hands on. Vi bliver også uddannet til den optimale sygepleje. Når vi så træder ind på afdelingen, skal vi lære at prioritere. Det giver et kulturchoke – vi når ikke halvdelen af det, vi skulle.*

(Sygeplejerske)

Nogle af sygeplejerskerne og afdelingssygeplejerskerne fremhæver – ligesom assistenterne selv – at deres praktiske orientering er en fordel, når hjemsendelsen af patienter skal planlægges. De tænker simpelthen mere lavpraktisk på de ting, der skal være i orden og klar.

Det fremhæves også, at social- og sundhedsassistenterne har en god ordenssans, samt at de arbejder effektivt, når de er på gulvet, som illustreret i nedenstående citater:

*Det ligger på ryggraden af assistenterne, at man rydder op der, hvor man er. Afdelingen ville lynhurtigt sande til i rod og skidt uden assistenterne.*

(Afdelingssygeplejerske)

*Der skal også ryddes op og fyldes op på afdelingen en gang imellem. Det er sygeplejerskerne ikke så meget til... Man kan vende den om og sige: De er i hvert fald ikke særligt gode til det, selv når de prøver.*

(Social- og sundhedsassistent)

#### 4.3.3 Gode til at se hele personen – ikke kun sygdommen

Social- og sundhedsassistenterne peger selv på, at de også har den spidskompetence, at de er gode til at se hele personen og tale med folk – og ikke kun se sygdommen og kun tænke i den tekniske behandling.

#### 4.4 Social- og sundhedsassistenter som erstatning

I den anden fortælling anses det for naturligt, at man anvender social- og sundhedsassistenternes kompetencer i udvidet grad, når man ikke kan få nok sygeplejersker – og så kører den anden vej igen, når dette bliver muligt. Social- og sundhedsassistenterne ses i højere grad som en erstatning end som havende egentlige spidskompetencer, der er betydningsfulde nok til at prioritere over sygeplejersker.

Alt efter udbud og efterspørgsel på arbejdsmarkedet – i hvor høj grad er det muligt at ansætte sygeplejersker – bør man derfor satse på sygeplejersker, når dette er muligt.

*Det handler meget om udbud og efterspørgsel. Jeg kan huske tilbage i 2007, hvor assistenterne blev kastet ud i opgaver, de måske ikke var klædt på til. Senere talte man så om at tage opgaverne fra dem igen – men hvorfor så det?*

(Sygeplejerske)

I denne fortælling er social- og sundhedsassistenter en hjælpegruppe til en anden faggruppe: Sygeplejerskerne.

#### 4.4.1 Kortere og mere komplekse indlæggelsesforløb

I denne fortælling bør sammensætningen afspejle, hvor syge eller komplekse patienterne er. Argumentet er her, at andelen af sygeplejersker bør være højere, jo mindre stabile patienterne er. Hvor komplekst arbejdet er, anses for forskelligt fra afdeling til afdeling, samt at der i de senere år har været en udvikling mod mere syge og komplekse patienter.

I alle de gennemførte interview har det været en pointe, at patientforløbene i hospitalsvæsenet er gået i retning af kortere og mere komplekse forløb. Denne udvikling, der bl.a. har halveret liggetiden på medicinske afdelinger, fremhæves som en væsentlig årsag til, at antallet af SOSU-assistenter i hospitalsvæsenet falder. Informanterne forklarer udviklingen med at:

- Kommunerne har en stadigt større rolle på sundhedsområdet. Rehabiliteringsindsatsen og hjemmesygeplejen er således styrket væsentligt, og en stor del af de plejeopgaver, der tidligere blev varetaget på hospitalsafdelinger, foregår i dag i kommunalt regi.
- Specialiseringen i hospitalsvæsenet leder til større afdelinger med speciallægedækning i hele døgnet. På disse afdelinger er det et krav, at der er specialiseret sygeplejefaglig kompetence til stede i alle vagtlag.

Udviklingen betyder, at der – især på de afdelinger, hvor der er flest social- og sundhedsassistenter – opstår et behov for at ændre på personalefordelingen i retning af flere sygeplejersker, som illustreret i nedenstående citat:

*Jeg tænker også, at jeg ville være rigtig dum, hvis jeg ikke ansætter en sygeplejerske, når jeg har mulighed for det. Min vagtplanlægning ville være ti gange nemmere, hvis jeg ikke hele tiden skulle tage højde for de individuelle forskelle, der er mellem assistenterne i forhold til, hvor meget ansvar, de kan bære.*

(Afdelingssygeplejerske)

Som illustreret i nedenstående citat, knytter problemet sig fx til, at der i modsætning til tidligere skal være sygeplejersker til stede i alle vagtlag:

*Det er et skisma, fordi vi har meget brug for assistenterne til forflytninger, plejeopgaver og kommunikation. Men der er også vagtplaner, der skal lægges og for at undgå, at sygeplejerskerne skal i vagt hele tiden, skal der være en større andel af sygeplejersker end tidligere.*

(Ledende sygeplejerske)

De ændrede forløb og arbejdsvilkår kommer også til udtryk på andre måder. For eksempel fortæller flere informanter, at dygtige unge social- og sundhedsassistenter, der vil noget med deres fag, ofte direkte opfordres til at videreudanne sig til sygeplejerske, fordi det giver bedre fremtidsmuligheder. Inden for de seneste år er der fx i både case 1B og case 2B tre social- og sundhedsassistenter, der har benyttet den mulighed.

#### 4.4.2 Manglende interesse for faget

Fortællingen om, at der er tale om en hjælpegruppe, der kan anvendes til erstatning når nødvendigt, understøttes af en fortælling om, at social- og sundhedsassistenter ikke har samme faglige interesse for sygeplejefaget. Afdelingssygeplejerskerne og de interviewede udviklingsygeplejersker oplever ikke, at social- og sundhedsassistenter har samme interesse for kontinuerlig udvikling og specialisering som sygeplejersker. Det nævnes flere gange, at social- og sundhedsassistenter ser *sig som lønarbejdere, der helst vil have lov til bare at passe deres arbejde*. Til dette aspekt hører også en orientering mod lighed, hvor det er vigtigt, at alle behandles ens i forhold til opgaver, løn, vagter osv. Heroverfor efterlyses større fleksibilitet og accept af individuelle forskelle på kompetencer og ansvar. Samtidig efterlyses de, at FOA ser på, hvordan de kan fremme denne indstilling blandt sine medlemmer.

Der bliver også argumenteret for, at social- og sundhedsassistenterne har sværere ved at håndtere forandringer. For eksempel fortæller sygeplejerskerne på en af casene, at det var:

*En meget lang kamp at få assistenterne til at acceptere afskaffelse af besøgstiden. De følte – og føler ifølge de andre informanter – stadig, at deres arbejde bliver mere besværligt, når der er pårørende på afdelingen.*

(Sygeplejerske)

Flere informanter udtrykker frustration over de social- og sundhedsassistentelever, de får på sengeafdelingen, fordi de oplever, at der i takt med stigende arbejdsløshed kommer stadig flere elever, som ikke er interesserede og kompetente til at varetage et omsorgsfag:

*Vi får det indtryk, at en stor del af dem har søgt ind på social- og sundhedsassistentuddannelsen udelukkende for at tjene nogle penge. Det er ærgerligt, hvis det ender som et skraldespandsfag. Hvis assistenterne skal have en berettigelse på sygehusene, så skal de også have en interesse for deres fag.*

(Afdelingssygeplejerske)

De pågældende informanter fortæller videre, at de – når de oplever manglende interesse for faget – bruger en del ressourcer på at få eleverne til at tages stilling til, hvorvidt omsorgsfag er noget for dem.

*Det er synd for social- og sundhedsassistent-faget – og ikke mindst de patienter de ender med at arbejde med – hvis ikke de har lysten og evnerne.*

(Sygeplejerske)



### 4.4.3 Social- og sundhedsassistentuddannelsen

*Selvfølgelig er der forskel i deres uddannelser og endnu mere nu end for ti år siden, efter at sygeplejerskeuddannelsen er blevet mere akademisk.*

(Afdelingssygeplejerske)

Flere af de interviewede afdelingssygeplejersker vurderer, at uddannelsen til social- og sundhedsassistent – og de nyuddannede assistenter – er meget fokuserede på primærsektoren. De efterlyser i den forbindelse, at uddannelsen giver mulighed for at få et mere målrettet fokus på efterfølgende ansættelse i hospitalsvæsenet. Det kunne fx ske via øget fokus på specialisering på de sidste moduler af uddannelsen og opprioritering af praktikophold, som er målrettet hospitaler<sup>16</sup>. Informanterne ser en sådan målretning som en væsentlig betingelse for fortsat rekruttering af nyuddannede social- og sundhedsassistenter i et hospitalsvæsen i takt med, at indgangskravene til afdelingerne stiger.

## 4.5 Ambivalens i forhold til styrker og prestige

Det var tydeligt i interviewene, at mange social- og sundhedsassistenter har et ambivalent forhold til henholdsvis grundlæggende sygepleje – eller den nære sygepleje med megen patientkontakt – i forhold til de mere prestigefyldte opgaver relateret til medicin og stuegang. Ambivalensen ligger i, at det på den ene side netop er de opgaver, de har en styrke indenfor. På den anden side er der også tale om en type af opgaver, der kan være "tunge", og der er tale om opgaver, der er mindre prestigegivende.

### 4.5.1 Den usynlige praktiske sygepleje

En udfordring for faggruppens synlighed er, at de ofte varetager de dele af sygeplejen, der traditionelt er blevet anset for usynligt arbejde (Blomgren 1999; Bowker & Star 1999; Star et al. 1999). Før videnskabeliggørelsen af sygeplejerskeuddannelsen slog igennem beskrev undersøgelser, at sygeplejerskerne selv havde svært ved at beskrive præcist, dels hvad der var kerneaktiviteterne i deres arbejde (Holm-Petersen et al. 2006; Muff 1988; Snelgrove & Hughes 2000), dels hvori deres særlige viden bestod. Dette blev til dels forklaret med, at sygeplejerskens opgaver i høj grad handler om at opretholde patienternes dagligdag, hvilket involverer en masse forskellige, udefinerbare arbejdsopgaver, samt at meget af den viden en sygeplejerske trækker på i sin udførelse af sygeplejegeringen, ikke er sprogliggjort (Muff 1988) og dermed fremstår som tavs viden (Hamran 1987). Lotte Alsterdal har i tråd hermed peget på, at tavs viden er udbredt blandt social- og sundhedsassistenter, samt at den kompetence social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere har, ofte fremstår som usynlig (Alsterdal 1999).

Siden er der i Danmark som i mange andre lande – som en del af videnskabeliggørelsen af sygeplejen og sygeplejerskeuddannelsen – blevet sat mere fokus på, hvori sygeplejerskefaget adskiller sig fra andre faggrupper (Eriksen 1986; Sahlin-Andersson 1997; Samuelson

---

<sup>16</sup> I dag varer social- og sundhedshjælperuddannelsen 1 år og 7 mdr. (mod tidligere 1 år). Den samlede uddannelse til social- og sundhedsassistent varer 3 år og 3 mdr. (mod tidligere 2,5 år). Adgangskravet er en afsluttet folkeskole eller tilsvarende.

1991). I dag er sygeplejerskeuddannelsen langt mere teoretisk og med en større vægt inden for humanvidenskaberne. Dette har medført en nedprioritering af sygeplejen som praktisk håndelag (Kupferberg 1999).

Udfordringen for social- og sundhedsassistenterne er altså, at de står stærkt på et område, som en anden faggruppe har nedprioriteret, fordi der var mindre prestige i det. Samtidig er området betydningsfuldt for at kunne udføre helhedspleje, hvilket der lægges stor vægt på i sygeplejerskernes idealfaglige identitet.

## 5 Konklusion

Konklusionen sammenfatter undersøgelsens resultater i forhold til nedenstående overordnede undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilken udvikling har der været i antal årsværk og fordelingen af disse på faggrupper i perioden 2007-2012?
- I hvilket omfang er der variation i antallet af social- og sundhedsassistenter på sammenlignelige hospitaler og hospitalsafdelinger?
- Social- og sundhedsassistenternes opgaver og arbejdsvilkår på hospitaler, samt eventuel variation i disse.
- Hvilke forhold medvirker ifølge medarbejdere og ledere til variation i anvendelsen af social- og sundhedsassistenter på hospitaler?

### **Der bliver færre social- og sundhedsassistenter, og faggruppens andel af plejepersonalet varierer**

Registeranalysen viser et markant fald i andelen af social- og sundhedsassistenter på hospitalerne efter 2010. Samtidig er gruppen af sygehjælpere halveret i perioden 2007-2012.

Analyserne på regionalt niveau viser, at fordelingen af plejepersonale varierer på tværs af regionerne: Region Sjælland (28 %) og Region Nordjylland (23 %) har flest social- og sundhedsassistenter og øvrigt plejepersonale, mens Region Midtjylland (19 %) har færrest. Opgørelserne giver ikke mulighed for at forklare de geografiske forskelle, men der kan konstateres et sammenfald mellem de regioner, der har flest 'udkantskommuner', og de regioner, der har den højeste andel af social- og sundhedsassistenter.

Analyserne af hospitalstyper viser, at der færre social- og sundhedsassistenter ansat på universitetshospitaler (12 %) end på regionshospitaler (15%) og mindre sygehuse (16 %).

Analyserne på speciale- og afdelingsniveau viser, at der ikke er stor forskel på medicinske og kirurgiske specialer overordnet set, men inden for det medicinske område er der variation mellem specialer. Der er fx væsentlig flere social- og sundhedsassistenter på geriatriske og neurologiske afdelinger end på kardiologiske afdelinger. Det ses også, at der er variation i antallet af social- og sundhedsassistenter på afdelingsniveau. De anvendte data giver ikke mulighed for at drage generelle konklusioner omkring afdelingernes reelle sammenlignelighed, eller hvorvidt de observerede forskelle er hensigtsmæssige eller ej. De fire afdelinger, der indgår i interviewundersøgelsen, illustrerer dog, at der findes sammenlignelige afdelinger med meget forskellig personale- og arbejdsdeling.

### **Der er lokale variationer i anvendelsen af social- og sundhedsassistenternes kompetencer**

Interviewundersøgelsen viser, at der er lokale variationer i anvendelsen af social- og sundhedsassistenters kompetencer. Der er forskellige argumenter, der ligger til grund for disse variationer. Nogle af argumenterne handler om, A) hvor syge og komplekse patienterne er. B) at patientforløb bliver kortere og C) arbejdstilrettelæggelse – at der skal være sygeplejersker som ansvarshavende i alle vagtlag. Samtidig fremgår det, at der er lokale forhold,

der spiller ind på, om disse argumenter fører til en ændret arbejdsdeling mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. På afdelinger med meget erfarne assistenter fører argumenterne fx ikke alle steder til ændrede opgaver for social- og sundhedsassistenterne. Det må derfor konkluderes, at kultur og ledelsens holdninger – sammen med social- og sundhedsassistenternes erfaringsniveau – er af afgørende betydning for arbejdsdelingen. Området er præget af, at der er to overordnede fortællinger, der synes at styre arbejdsdelingen: henholdsvis social- og sundhedsassistenter som erstatning og social- og sundhedsassistenter som havende særlige spidskompetencer og et særligt bidrag til andet og mere end fleksibilitet.

### **Opgaver social- og sundhedsassistenter er særligt gode til**

Overordnet set har undersøgelsen afdækket to forskellige fortællinger om social- og sundhedsassistenterne i hospitalsvæsenet. Den ene handler om, at social- og sundhedsassistenter primært fungerer som en erstatning for sygeplejersker, når det ikke er muligt at rekruttere tilstrækkeligt sygeplejersker. Den anden fortælling handler om, at social- og sundhedsassistenter er særligt gode til den nære grundlæggende sygepleje, at de har et særligt bidrag, hvad angår praktisk sans fx i forbindelse med planlægning af udskrivelser.

# Litteratur

Alsterdal, L. (1999). *Det tredje øyet. Yrkesdyktighet og omsorgskunnskap*. Kommuneforlaget, Oslo.

Amtsrådsforeningen (2002). *Vakante sygeplejestillinger*. Amtsrådsforeningen, København.

Andersen, V., Dybbroe, B. & Bering, I. (2004). *Fællesskab kræver fællesskab: rapport fra projektet Sygepleje i forandring - arbejdsliv, faglighed og fagforening: et analyse- og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt*. Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg Amtskreds, Hillerød.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2006). *Arbejdsmarkedsredegørelse. Arbejdsmarkedsrådenes vurdering af udviklingen på arbejdsmarkedet. 1. kvartal 2006*. Arbejdsmarkedsstyrelsen, København.

Blomgren, M. (1999). *Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering*. I: E. Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. S. Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag, København.

Bowker, G. C. & Star, S. L. (2000). *Sorting things out: Classification and Its Consequences*. MIT Press, Cambridge, Mass.

Eriksen, T. R. (1986). *Sygeplejekultur i erhverv og uddannelse*. Kontekst, Næstved.

Franssén, A. (1997). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Arkiv Förlag, Lund.

Haa, B. P. (2008). *Professionsbachelor i sygepleje – nyuddannede sygeplejerskers selviagttagelser*. I: J. G. Jensen & B. P. Haa *Sundhedsvæsenet – i et konstruktivistisk perspektiv*. Forlaget UP, København.

Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget, Oslo.

Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Willemann, M. (2006). *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*. DSI. Institut for Sundhedsvæsen, København.

Jensen, J. G. & Haa, B. P. (2008). *Social- og sundhedsassistenters kompetenceudvikling*. I: J. G. Jensen. & B. P. Haa *Sundhedsvæsenet – i et konstruktivistisk perspektiv*. Forlaget UP, København.

Kupferberg, F. (1999). *Kald eller profession – at indtræde i sygeplejerskerollen*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Muff, J. (1988). *Of Images and Ideals: A Look at Socialization and Sexism in Nursing*. I: A. H. Jones (red.), *Images of Nurses, Perspectives from History, Art, and Literature* (s. 197-220). University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Regeringen & Danske Regioner (2009). *Aftale om regionernes økonomi for 2010. (Sags nr. 1848.45)*. Regeringen & Danske Regioner, København.

Sahlin-Andersson, K. (1997). Kvinnoyrken i omvandling. I: Sundin, E. (red.). *Om makt och kön: i spåren av offentliga organisationers omvandling: rapport till Utredningen om fördelningen av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män* (s. 224-245). (SOU 1997:83). Fritzes, Stockholm.

Samuelson, H. (1991). Nurses between disease and illness. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and Nursing* (s. 190-201). Routledge, London.

Schultz, V. T. & Holm-Petersen, C. (2009). *Kernekompetencer og hensigtsmæssig arbejdsdeling i Urologisk Klinik*. Frederiksberg Hospital, Frederiksberg.

Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing* 31(3), s. 661-667.

Star, S.L. & Strauss, A. (1999). Layers of silence, Arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8(1-2), s. 9-30.

Sundhedsministeriet (2001). Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren. En analyse af arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker. Sundhedsministeriet, København.

Utzon, J. & Holm-Petersen, C. (1996). *Plejegruppers efteruddannelsesbehov i sygehusvæsenet – nu og i fremtiden*. DSI. Institut for Sundhedsvæsen, København.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research – Design and Methods*, 3<sup>rd</sup> ed. (Applied Social Research Methods Series Volume 5). Sage Publications, Thousand Oaks.



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00