

Social- og sundhedsassistenter på hospitaler

En kortlægning af omfanget og en
undersøgelse af sygeplejefaglige
lederes perspektiv på området

Januar 2024

 **DANSKE
REGIONER**

FOA

Social- og sundhedsassistenter på hospitaler

En kortlægning af omfanget og en undersøgelse af sygeplejefaglige lederes perspektiv på området

Denne rapport er udarbejdet af Sidsel Vinge for Danske Regioner og FOA.

Rapporten kan frit citeres med kildeangivelse.

© Sidsel Vinge (cvr 38022407) januar 2024.

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	3
Indledning	9
Anvendte data og metoder	10
Læsevejledning	11
Fakta om social- og sundhedsassistenter	12
Del 1: Talmæssig belysning af udviklingen i assistenter på hospitaler	14
Antal assistenter på hospitaler	14
Andelen af assistenter i plejepersonalet på hospitaler	16
Assistenternes beskæftigelsesgrad	17
Del 2: Ledernes perspektiver på assistenter på hospitaler	19
Hvorfor vil assistenterne arbejde på hospitalerne?	19
Faglig udvikling og muligheden for at bruge sine kompetencer	19
Samorganisering gør sygeplejersker og assistenter til kollegaer	21
Hvorfor ansætter hospitalerne assistenter?	22
Assistenter som nødløsning på sygeplejerskemangel?	23
Assistenter bliver længere i afdelingerne end sygeplejersker	24
Assistenternes kompetencer	28
Udgangspunkt i det raske menneske, frem for den syge patient	28
Den grundlæggende, basale sygepleje	29
Til stede hos patienterne	30
Ekspert i primærsektor	32
Forskellene på assistenters og sygeplejerskernes kompetencer	33
Udviklingstendenser, der påvirker assistenternes kompetencer	34
Assistenternes opgaver	38
Fra rundepleje til selvstændigt ansvar	39
Hvilke opgaver kan assistenter varetage?	40
Udfordringer i relation til arbejdsplanlægning	42
Hvorfor ændrer assistenternes opgaver sig?	43
Hvad bestemmer grænsen for assistenternes opgaver?	44
Kompetenceudvikling af assistenter	48
Intern kompetenceudvikling	49
Ekstern kompetenceudvikling	52
Relationer til andre faggrupper	57
Relationen mellem assistenter og sygeplejersker	57
Relationen mellem assistenter og læger	60
Reaktioner fra andre sygeplejefaglige ledere	61
Perspektivering	64
Bilag 1: Forhandlingsprotokol fra 2021 om Social- og sundhedsassistenter i fremtidens sundhedsvæsen	67

Forord

Social- og sundhedsassistenter udgør en vigtig medarbejdergruppe i arbejdsfællesskaber på de regionale hospitaler. Vi er meget glade for at fremlægge denne rapport, som viser, at social- og sundhedsassistenter i endnu højere grad kan være med til at løse nogle af de nuværende udfordringer i sundhedsvæsenet. Det gælder både i forhold til at få rekrutteret kompetente medarbejdere og at få løst opgaver for især ældre borgere, der har brug for pleje i forbindelse med indlæggelser.

Vi besluttede under OK-21 i fællesskab at afdække og tydeliggøre anvendelsen af social- og sundhedsassistenteres kompetencer på de regionale hospitaler samt at undersøge, hvordan social- og sundhedsassistenteres kompetencer kan bringes endnu mere i spil i forhold til opgaveløsningen i sundhedsvæsenet – både nu og i fremtiden.

Vi synes, det er værd at bemærke, at rapporten beskriver, hvordan social- og sundhedsassistenterne bidrager konstruktivt ind i en tværfaglig personalegruppe, og at de ofte i kraft af typisk flere års tilknytning til den samme afdeling er med til at bidrage til at skabe en 'stabil grundstamme' i personalegruppen, hvor de beskrives som 'kulturbærere'. Samtidig giver rapporten et spændende og nuanceret billede af de mange kompetencer, social- og sundhedsassistenterne bidrager med.

Rapporten viser, at der er forskelle mellem regionerne og hospitalerne i brug af social- og sundhedsassistenterne. Respondenterne i rapporten er ledende sygeplejersker. De vælger ofte social- og sundhedsassistenterne, når de ansætter, fordi de ser et behov for at have dem integreret i deres plejepersonale på sengeafdelinger, hvor de i deres funktioner er tæt på patienterne, og deres kernekompetencer ligger i den grundlæggende pleje. Der kan derfor være et uudnyttet potentiale i at se nærmere på, hvordan regionerne får social- og sundhedsassistenteres kompetencer endnu mere i spil på de regionale hospitaler.

Vi vil nu i Danske Regioner og FOA sammen se nærmere på, hvordan vi bruger resultaterne fra rapporten bedst muligt.

Vores håb er samtidigt, at rapporten vil være med til i rekrutteringssammenhæng at vise nuværende og kommende social- og sundhedsassistenter, at arbejdet som social- og sundhedsassistent er spændende med et stort ansvar, interessante arbejdsopgaver og med gode jobmuligheder.

Endelig tænker vi, at rapporten vil være med til at vise nuværende og kommende ledere, hvilke muligheder, der er i at bruge social- og sundhedsassistenter på de regionale hospitaler. Vi håber rapporten kan bidrage til lokale dialoger om opgavevaretagelse, kompetenceudvikling og tværfaglighed til gavn for patienterne.

God læselyst

Heino Knudsen
Formand for Løn- og Praksisudvalget
Danske Regioner

Tanja Nielsen
Sektorformand
FOA

Sammenfatning

Denne rapport indeholder en kvantitativ kortlægning af udviklingen i antallet af social- og sundhedsassistenter på hospitaler i perioden 2018-2022, samt en interviewanalyse med 16 ledende sygeplejersker – otte oversygeplejersker og seks chefsygeplejersker – fordelt på 10 afdelinger samt to direktionsmedlemmer. Der er udvalgt to afdelinger i hver region, otte somatiske og to psykiatriske. De to sygeplejefaglige direktører er fra hhv. et somatisk hospital og fra psykiatrien. Følgende specialer er repræsenteret blandt de deltagende afdelinger: Gastroenterologi, kirurgi, urologi, hæmatologi, kardiologi, geriatri, endokrinologi, lungemedicin, neurologi, somatisk akutmodtagelse (FAM) samt lukket såvel som åben psykiatri og psykiatrisk akutmodtagelse.

Rapporten er udarbejdet med afsæt i en aftale indgået i forbindelse med OK 2021 mellem Danske Regioner og FOA. Formålet er at afdække, hvordan social- og sundhedsassistenteres kompetencer anvendes i dag, hvilke opgaver de varetager, hvor mange der er ansat, hvor de er ansat, samt hvordan de indgår i samarbejdet med det øvrige personale om opgaveløsningen.

Uddannelsen til social- og sundhedsassistent varer 3 år, 9 måneder og 3 uger og er en erhvervsfaglig uddannelse. Siden etableringen i 1991 er uddannelsen revideret flere gange, og frem til 2017 var uddannelsen til social- og sundhedsassistent en overbygning på social- og sundhedshjælperuddannelsen. Men i 2017 blev de to uddannelser adskilt, og uddannelsen til social- og sundhedsassistent er i dag en selvstændig uddannelse. Samtidig blev uddannelsen forlænget med 4 måneder og det faglige niveau hævet.

Siden 2008 har social- og sundhedsassistenter kunnet søge autorisation, og ifølge autorisationsregistret fik godt 3.000 social- og sundhedsassistenter autorisation i 2023, hvilket betød at der med udgangen af 2023 var over 76.000 autoriserede social- og sundhedsassistenter i Danmark.

Antallet af social- og sundhedsassistenter på hospitaler

Samlet set er der i kommuner og regioner ansat godt 40.000 social- og sundhedsassistenter, svarende til ca. 33.000 fuldtidsstillinger. Langt hovedparten, godt 30.500, er ansat på det kommunale område, svarende til ca. 25.000 fuldtidsstillinger, mens der på det regionale område, som både inkluderer hospitaler og andre regionale institutioner, samlet set er ansat ca. 9.000 social- og sundhedsassistenter, svarende til godt 7.500 fuldtidsstillinger. Således er 77 % af social- og sundhedsassistenterne ansat på det kommunale område, mens 23 % af social- og sundhedsassistenterne er ansat i regionerne (pr. juli 2023). Ikke alle regionalt ansatte social- og sundhedsassistenter er ansat på hospitaler, da der findes andre regionale arbejdspladser, fx institutioner, der også beskæftiger social- og sundhedsassistenter.

Samlet set har der været en stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter på hospitaler på 10 %, fra 5.819 til 6.426 (opgjort i fuldtidsstillinger) fra 2018-2022.

I alle regioner ses en stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter i somatikken fra 2018-2022, dog med betydelig variation regionerne imellem. På landsplan har stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter i somatikken været 9 %, omregnet til fuldtidsstillinger.

I alle regioner ses ligeledes en stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter i psykiatrien fra 2018-2022, og også her ses betydelig regional variation. På landsplan har den samlede stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter i psykiatrien været på 12 % (omregnet til fuldtidsstillinger).

Robusthedskommissionen estimerer, at der i 2030 vil mangle ca. 6.800 social- og sundhedsassistenter i alt på landsplan.

Andelen af social- og sundhedsassistenter i det samlede plejepersonale

Andelen af social- og sundhedsassistenter i det samlede plejepersonale (social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i alt), er steget i perioden 2018-2022. Social- og sundhedsassistenterne udgør 17 % af plejepersonalet på hospitalerne i 2022, hvilket er en stigning på 2 procentpoint fra 15 % i 2018.

I alle regioner er andelen af social- og sundhedsassistenter i plejepersonalet væsentligt højere i psykiatrien end i somatikken. Således udgør social- og sundhedsassistenter samlet set 37 % af personalet i psykiatrien, mod 13 % i somatikken i 2022.

I alle regioner har der i somatikken været en svag stigning i social- og sundhedsassistenternes andel af plejepersonalet på 1-2 procentpoint i løbet af perioden 2018-2022.

Ligeledes har der i psykiatrien været stigning i andelen af plejepersonalet, der udgøres af social- og sundhedsassistenter på 1-3 procentpoint i løbet af perioden 2018-2022.

Andelen af social- og sundhedsassistenter blandt plejepersonalet er højest i Region Sjælland, hvor den er hhv. 19 % i somatikken og 43 % i psykiatrien. I somatikken er andelen i Region Nordjylland og Midtjylland 10 % mens den er hhv. 12 % i Region Hovedstaden og 13 % i Region Syddanmark. I psykiatrien er andelen i Region Midtjylland 30 %, mens den er 37 % i Region Nordjylland og 39 % i både Region Syddanmark og i Region Hovedstaden.

Social- og sundhedsassistenternes beskæftigelsesgrad

Beskæftigelsesgraden¹ for social- og sundhedsassistenter i gennemsnit er steget med 2 procentpoint fra 81 % i 2018 til 83 % i 2023. Den er højest i Region Nordjylland hvor den er 93 % i 2022, mens den i de øvrige fire regioner er på 81–85 %. Generelt er der en lidt højere gennemsnitlig beskæftigelsesgrad i psykiatrien (84 % i 2022), end i somatikken (82 % i 2022).

Social- og sundhedsassistenternes beskæftigelsesgrad kan også belyses ved at se på andelen af det samlede antal social- og sundhedsassistentstillinger (omregnet til fuldtidsstillinger), der er besat af fuldtidsmedarbejdere. Anvendes denne metode ses en stigning i andelen af fuldtidsansatte fra 41 % til 48 % fra 2018-2022. Stigningen har været på 7 procentpoint både i somatikken, hvor andelen af fuldtidsmedarbejdere er steget fra 36 % til 43 %, og i psykiatrien hvor den er steget fra 49 % til 56 %. Der er således en markant højere andel af social- og sundhedsassistenter der er fuldtidsansatte i psykiatrien end der er i somatikken. Også her ses en betydelig regional variation: Således er andelen af stillinger (omregnet til fuldtid), der er besat af fuldtidsmedarbejdere højest i Region Nordjylland (60 %) og Region Midtjylland (56 %), mens andelen af i de øvrige tre regioner ligger mellem 42 og 47 %.

Resultater af interviewundersøgelse med ledende sygeplejersker

I den kvalitative interviewundersøgelse med ledende sygeplejerskers belyses følgende temaer: Social- og sundhedsassistenternes motivation til at arbejde på hospitaler, samt de ledende sygeplejerskes motivation til at ansætte social- og sundhedsassistenter; ledernes syn på social- og sundhedsassistenters kompetencer og udviklingen i deres kompetencer; ledernes syn på social- og sundhedsassistenter opgavevaretagelse og udviklingen i den; samt ledernes oplevelse af samarbejdet mellem forskellige faggrupper i hverdagen. De væsentligste pointer fra denne interviewundersøgelse sammenfattes herunder.

Hvorfor vil social- og sundhedsassistenter arbejde på hospitalerne?

Ifølge de sygeplejefaglige lederne er social- og sundhedsassistenternes væsentligste motivation for at arbejde i hospitalssektoren hverken løn eller arbejdsvilkår, da hospitalsarbejde i høj grad indebærer vagtarbejde (aften, nat og weekender). Dette understøttes af Robusthedskommissionen, som viste at 44 % af social- og

¹ En beskæftigelsesgrad på 100 % svarer til 37 timer/uge, 90 % svarer til ca. 33 timer/uge, og 80 % svarer til ca. 30 timer/uge.

sundhedsassistenternes arbejdstid på det regionale område ligger i aften, nat eller weekender, mens den tilsvarende andel er 33 % ved ansættelse på det kommunale område. Social- og sundhedsassistenter er ifølge Robusthedskommissionen den faggruppe på det regionale område, som har den højeste vagtbelastning. Til sammenligning er vagtbelastningen på det regionale område 25 % af arbejdstiden for sygeplejersker.

Ledernes mener, at de social- og sundhedsassistenter, der søger ind i hospitalssektoren primært tiltrækkes af, at de i højere grad får mulighed for at bruge deres faglige kompetencer i opgaveløsningen på hospitaler, de får bedre muligheder for at udvikle og udvide deres kompetencer, og de får mulighed for at arbejde mere selvstændigt, end de generelt gør i den kommunale sektor.

En anden motivation er, ifølge lederne, at social- og sundhedsassistenter på hospitaler indgår i samme personalegruppe som sygeplejerskerne, og i alle de medvirkende afdelinger er de to faggrupper samorganiseret i én medarbejdergruppe under den samme sygeplejefaglige ledelse. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er således ikke adskilt, hverken organisatorisk eller ledelsesmæssigt. Når dette kan udgøre en motivation, skyldes det, at alternativet for social- og sundhedsassistenter typisk vil være en kommunale ansættelse, som oftest er kendetegnet ved at social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker adskilt i hver deres søjle, hhv. (hjemme)sygeplejen og hjemmeplejen, og hvor social- og sundhedsassistenterne i stedet er samorganiseret med social- og sundhedshjælpere.

Hvorfor ansætter hospitalerne social- og sundhedsassistenter?

De ledende sygeplejersker ansætter primært social- og sundhedsassistenter på grund af deres kompetencer og anciennitet. Der var ingen af lederne i denne undersøgelse, der ønskede en ren sygeplejerskenormering i deres plejepersonale – rekrutteringsudfordringer underordnet. Det bemærkes, at ingen af de medvirkende afdelinger berettede, at de havde rekrutteringsudfordringer på plejeområdet i tiden omkring interviewundersøgelsen (i løbet af 2023).

Lederne har ikke et præcist mål for, hvilken fordeling af faggrupper, de ideelt set ønsker i deres personalegruppe. De understreger, at det i høj grad handler om de enkelte medarbejders specifikke kompetencer og erfaring. Med dette forbehold in mente, peger de dog på, at de ønsker alt mellem 15-50 % social- og sundhedsassistenter i deres personalegruppe, alt afhængigt af hvilket speciale, hvilken afdeling og hvilken leder, der er tale om.

Lederne peger på, at social- og sundhedsassistenter i deres afdelinger generelt er ældre end sygeplejerskerne, og at de opnår højere anciennitet, fordi social- og sundhedsassistenter generelt bliver længere i afdelingerne, end sygeplejerskerne gør. Lederne mener, at det kan skyldes, at de udvidede kompetencer social- og sundhedsassistenter ofte får i en specifik afdeling, i høj grad er lokalt og bundet til opgavevaretagelsen i netop dén afdeling, og ikke er bredt anerkendte på andre afdelinger eller hospitaler, hverken på regionalt eller nationalt plan. Derfor bliver social- og sundhedsassistenter kompetencer i praksis ofte bundet til den lokale kontekst og social- og sundhedsassistenter kan ikke automatisk tage deres kompetencer med sig ved jobskifte. Lederne vurderer, at dette forhold er med til at fastholde social- og sundhedsassistenter i længere tid i afdelingerne end sygeplejersker. Flere af lederne oplever også, at social- og sundhedsassistenter ofte er glade for at være i afdelingerne, at de ikke har så mange forbehold over for skæve og skiftende arbejdstider, og at deres lange anciennitet kan være med til at forstærke deres position og relationer til andre kollegaer i afdelingerne, så de flere steder beskrives som kulturbærende med udtryk som *"den faste kerne"* eller *"grundstammen"*.

Assistenternes kompetencer

Lederne nævner en række kompetencer hos social- og sundhedsassistenterne, som de lægger særligt vægt på, og som er blandt de væsentligste årsager til, at de ønsker at have social- og sundhedsassistenter i plejepersonalet. De peger på at social- og sundhedsassistenterne har stor viden om og fokus på at tage udgangspunkt i det raske menneske frem for det syge. Lederne fremhæver, at social- og sundhedsassistenterne har et stort fokus på områder som ernæring, mobilisering og træning af aktiviteter til daglig livsførelse (ADL).

Lederne fremhæver særligt, at der på sengeafsnit er et stort behov for social- og sundhedsassistenternes kompetencer inden for grundlæggende sygepleje, herunder fx personlig pleje og hygiejne. Men også sårpleje er et område, hvor flere ledere fremhæver social- og sundhedsassistenternes kompetencer.

Desuden fremhæver lederne, at social- og sundhedsassistenterne ofte har stærke relationelle kompetencer i forhold til patienter, og flere ledere oplever at social- og sundhedsassistenterne bruger meget af deres arbejdstid på at være til stede hos patienter ude på stuerne på sengeafdelinger. Lederne har forskellige oplevelser af, om det primært skyldes social- og sundhedsassistenternes opgaver, eller om det også skyldes social- og sundhedsassistenternes kompetencer og prioritering af at være til stede omkring patienterne.

Endelige peger flere ledere på, at social- og sundhedsassistenter ofte har værdifuld erfaring og viden om primærsektoren. Det handler både om faglig men også om organisatorisk viden, som er vigtig at have i afdelingerne, fordi hospitalerne i stigende grad samarbejder med kommunerne omkring fx udskrivelser af patienter, der har behov for kommunale ydelser. Social- og sundhedsassistenterne har denne viden fordi de under deres uddannelse har længere ophold i primærsektoren end sygeplejersker. Det forstærkes af, at mange af dem kommer fra tidligere kommunale ansættelser, og derfor har de ofte et indgående kendskab til primærsektoren.

Omvendt oplever lederne, at det særligt er i forhold til det, de omtaler som "*refleksionsevne*", hvor sygeplejerskerne har stærkere faglige kompetencer end social- og sundhedsassistenterne. Derfor peger flere af dem på, at det særligt er evnen til at reflektere over deres observationer, lederne har fokus på at styrke hos social- og sundhedsassistenterne. Refleksionsevne er en kompetence lederne gerne så, social- og sundhedsassistenterne fik med i endnu højere grad, via deres uddannelse. I denne forbindelse bør det nævnes, at refleksion er et af de områder, der blev styrket med ændringerne i uddannelsen i 2017. Da uddannelsen varer 46 måneder, er det på nuværende tidspunkt – ultimo 2023 – begrænset, hvor mange social- og sundhedsassistenter der er kommet igennem den nye reviderede uddannelse. Derfor kan det ikke forventes at lederne mærker effekten af denne ændring endnu.

Social- og sundhedsassistenternes opgaver

Lederne oplever generelt, at der de senere år i højere grad er sket en markant *kvalitativ* ændring i, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenter kan varetage selvstændigt i afdelingerne, end der er sket en *kvantitativ* ændring i antallet af social- og sundhedsassistenter på deres afdelinger. Således er social- og sundhedsassistenterne mange steder gået fra at udføre basale plejeopgaver og mere eller mindre være assistenter for sygeplejerskerne, til at udføre en lang række opgaver mere selvstændigt, blandt som følge af mere systematisk kompetenceudvikling.

Lederne nævner i den forbindelse både på en lang række instrumentelle opgaver fx i relation til IV-adgang, medicinering og blodtransfusion, sonder, dræn, stomier, katetre (blære, CVK, PVK), blodprøver i både vener og arterier (a-punkturer). Derudover peger de på opgaver i relation til sår, både tryksår og operationssår.

Endelig peger lederne på mere generelle opgaver som fx modtagelse af patienter, klargøring til operation, samt stuegang, som social- og sundhedsassister opnå kompetence til at varetage, herunder også mere koordinerende opgaver i relation til patientforløb og i relation til udskrivelse.

Der er forskel på, hvilke opgaver social- og sundhedsassister på de enkelte afdelinger kan få kompetence til at varetage. Mange afdelinger har nogle opgaver, som er forbeholdt sygeplejersker (det gælder fx injektioner under tvang i psykiatrien, eller håndtering af bestemte typer af højpotent IV-medicin).

De ledende sygeplejersker peger på to aspekter af social- og sundhedsassistenternes opgavevaretagelse, som det er væsentligt at være opmærksom på: For det første understreger mange ledere, social- og sundhedsassistenternes opgavevaretagelse ikke alene afhænger af, om de har fået kompetence til at udføre en bestemt instrumentel opgave. Det handler i høj grad også om hvorvidt patienterne er komplekse, akutte og/eller svært syge patienter.

For det andet lægger lederne stor vægt på at have et individuelt - i modsætning til faggruppebaseret - syn på medarbejdernes kompetencer, og dermed også hvilke opgaver hver enkelt medarbejder kan varetage. Det er

således ikke nødvendigvis *alle* social- og sundhedsassistenter i en afdeling, der kan eller vil erhverve de samme kompetencer. Dette gælder for alle faggrupper, påpeger lederne, og de sammenligner ofte social- og sundhedsassistenterne med sygeplejersker, hvor lederne også oplever meget store individuelle kompetenceforskelle, ikke mindst som følge af anciennitet, men også som følge af personlige præferencer og evner. Lederne understreger at der ofte er tendens til at se kompetencer alene som et spørgsmål om grunduddannelse. Mange af lederne i denne undersøgelse advokerer stærkt for et mere individuelt syn på kompetencer, udvikling af dem.

Kompetenceudvikling af social- og sundhedsassistenter

Det er primært de ledende sygeplejersker, som bestemmer, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenterne kan opnå kompetence til at varetage. Men flere ledere peger også på, at der på ledelsesniveauer over dem, sættes lokale rammer for, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenter kan opnå kompetence til at varetage, fx inden for rammerne af det enkelte hospital. Således er der ledere som påpeger, at social- og sundhedsassistenterne i deres afdeling ikke kan oplæres til håndtering af fx IV-adgang, fordi det på højere ledelsesniveauer er besluttet, at det ikke skal være muligt for social- og sundhedsassistenter.

De ledende sygeplejersker støder ikke kun på interne barrierer for social- og sundhedsassistenternes kompetenceudvikling og opgavevaretagelse. Og så eksternt møder de barrierer. Fx i sygeplejefaglige netværk eller sammenslutninger, som lederne ønsker, deres social- og sundhedsassistenter skal deltage i. Her oplever flere ledere, at deres social- og sundhedsassistenter afvises fra fora eller kompetenceudvikling, alene med henvisning til deres grunduddannelse. Et eksempel er en leder, der har gjort en social- og sundhedsassistent til nøgleperson på palliationsområdet, men hvor hospitalets palliationsnetværk der koordinerer og udvikler indsatsen på tværs, kun tillader sygeplejersker som afdelingsrepræsentanter. Der er også eksempler på eksterne tilbud om efter-/videreuddannelse, temadage o.lign., hvor lederne ikke kan tilmelde deres social- og sundhedsassistenter, alene med den begrundelse at de ikke er professionsbachelor, og uagtet hvilke kompetencer den enkelte medarbejder har, eller hvilken funktion hun har i afdelingen.

Lederne mener generelt, at der er væsentligt ringere muligheder for efter- og videreuddannelse til social- og sundhedsassistenter, end der fx er til sygeplejersker. Kompetenceudviklingen af social- og sundhedsassistenter er i høj grad lokal og afdelingsspecifik. Afdelingerne har således selv udviklet den form for intern kompetenceudvikling, de finder relevant, og den har et indhold og en formaliseringsgrad, som er tilpasset den enkelte afdeling. Der anvendes alt fra sidemandsoplæring og følgedage, til færdighedslaboratorier og simulationscentre, til egentlige interne kurser med teori, undervisning og nogle steder også tests (fx multiple choice eller en form for praktisk udførelse der godkendes af en anden fagperson, typisk læge eller sygeplejerske).

En del af den interne kompetenceudvikling er specialespecifik. Men der er også en stor del, der handler om generelle færdigheder, særligt i relation til instrumentel sygepleje og medicinering. Her viser undersøgelsen, at der mange steder bruges ressourcer lokalt på at udvikle metoder og materialer til at give social- og sundhedsassistenter ensartede kompetencer på mange forskellige afdelinger og hospitaler. Derfor er der også eksempler på sygeplejefaglige ledere, der forsøger at løfte de lokalt udviklede tilbud om kompetenceudvikling op på et højere organisatorisk niveau, enten på det enkelte hospital eller regionalt, fordi det er spild af ressourcer, at så mange bruger tid og kræfter helt lokalt på at udvikle undervisningsmetoder og materialer om de samme former for sygepleje. Det er også grunden til at flere ledere efterlyser en langt mere ensartet regional eller national tilgang til kompetenceudvikling og efter-/videreuddannelse af social- og sundhedsassistenter.

Social- og sundhedsassistenter har som nævnt en erhvervsfaglig uddannelse, og derfor er det relevant at høre lederne syn på anvendelsen af AMU (Arbejdsmarkedsuddannelser). Enkelte ledere i denne undersøgelse bruger AMU-kurser til social- og sundhedsassistenter, men størstedelen nævner ikke AMU-kurser som et område, de bruger i efter- og videreuddannelsen af deres social- og sundhedsassistenter. Dette er ikke overraskende, idet lederne selv er professionsbachelor, og den form for efter-/videreuddannelse de er orienteret mod er i højere grad professionshøjskolerne, der er langt mere fokuserede på sygepleje.

Således var der en leder, som havde to social- og sundhedsassistenter, der har taget et diplommodul på en professionshøjskole, hvor der normalt ikke er adgang for social- og sundhedsassistenter, fordi de ikke har en kort eller mellemlang videregående uddannelse, men i stedet en erhvervsuddannelse. Derfor kræver det en individuel kompetencevurdering og en dispensation. Ifølge lederen bestod de to social- og sundhedsassistenter modulet ”med fine karakterer” og lederen oplever et stort udbytte i hverdagen af de erhvervede kompetencer.

Netop fordi det er så svært for social- og sundhedsassistenterne at blive efter-/videreuddannet på måder, der giver dem anerkendte kompetencer, har stort set alle ledere eksempler på social- og sundhedsassistenter, som enten har taget eller er i gang med at tage sygeplejerskeuddannelsen forfra. Lederne ser forskelligt på dette: De fleste har den erfaring, at social- og sundhedsassistenter kun kan få, hvad der svarer til ca. 3 måneders merit, når de tager en sygeplejerskeuddannelse forfra. Nogle mener, at dette er tilstrækkeligt, men hovedparten mener, at mulighederne for at bygge videre fra social- og sundhedsassistentuddannelsen til sygeplejerskeuddannelsen er for ufleksible, og at vejen er for lang, når social- og sundhedsassistenterne efter 46 måneders uddannelse, og oftest også lang erhvervs erfaring med tilhørende kompetenceudvikling, skal starte forfra på en 41 måneder lang sygeplejerskeuddannelse på SU. Særligt i et sundhedsvæsen, hvor der er behov for at supplere, udvide og udvikle kompetencerne maksimalt i de kommende år, som blandt andet Robusthedskommissionen har peget på.

Relationerne mellem social- og sundhedsassistenter og medarbejdere fra andre faggrupper

Det sidste emne i interviewundersøgelsen omhandler lederne oplevelse af de andre faggruppers syn på social- og sundhedsassistenteres opgavevaretagelse på hospitaler og dermed samarbejdet i hverdagen på afdelingerne mellem faggrupperne.

Lederne oplever ikke store udfordringer med samarbejdet mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i afdelingerne. De to faggrupper er – og har altid været – organiseret sammen under samme sygeplejefaglige ledelse på hospitaler. Men lederne oplever forskellige reaktioner fra sygeplejerskerne afhængig af, hvad det konkret betyder for dem, enten at antallet af social- og sundhedsassistenter vokser i afdelingen, eller at social- og sundhedsassistenternes opgavevaretagelse ændres, og hvilke konsekvenser det har for sygeplejerskerne. Her ses stor variation. Nogle ledere oplever, at det kan være svært for sygeplejerskerne, at social- og sundhedsassistenterne i højere grad varetager opgaver selvstændigt og hele parallelt med sygeplejerskerne, og lederne bruger tid og kræfter på at tale med deres sygeplejersker om hvad udfordringerne kan være for dem. Men lederne peger også på, at sygeplejerskerne ofte er glade for, at der er flere kollegaer at dele vagtarbejdet med, når social- og sundhedsassistenterne i højere grad kan varetage opgaver selvstændigt.

Ifølge lederne er samarbejdet mellem social- og sundhedsassistenter og læger uproblematisk. En del af lederne mener faktisk, at lægerne i deres afdelinger ikke er bevidste om, hvorvidt det personale de samarbejder med, er en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske. Nogle ledere oplever, at lægerne er en hjælp når social- og sundhedsassistenter (eller nyuddannede sygeplejersker) skal oplæres i forskellige opgaver, der kræver lægesamarbejde, fx stuegang. Det skyldes at særligt mere senior læger er meget vant til at undervise og lære fra sig i en klinisk hverdag og oplære alle mulige medarbejdere omkring dem – faggruppe underordnet.

Lederne oplever den største skepsis i forhold til at anvendelse af social- og sundhedsassistenter og udvikling af deres kompetencer, fra deres sygeplejefaglige lederkollegaer. Dette er givet et resultat af, at lederne i denne undersøgelse ikke er udvalgt med henblik på at være gennemsnitlige, men i stedet er udvalgt fordi de har mange erfaringer med at integrere social- og sundhedsassistenter i deres personalegruppe og udvikle deres kompetencer. Når de sygeplejefaglige ledere i denne undersøgelse oplever, at de møder størst skepsis og i nogle tilfælde også direkte modstand fra deres sygeplejefaglige lederkollegaer, tyder det på, at der er store forskelle på, hvordan ledende sygeplejersker ser muligheder og barrierer i forhold til at bruge og udvikle social- og sundhedsassistenternes kompetencer på hospitaler. Da det primært er de ledende sygeplejersker, der bestemmer hvem de ansætter, og hvilke opgaver de enkelte medarbejdere kan opnå kompetence til at varetage, er det derfor ikke overraskende, at de medvirkende ledere peger på, at den væsentligste barriere for udviklingen af social- og sundhedsassistenters opgavevaretagelse på hospitaler, er lederne selv.

Indledning

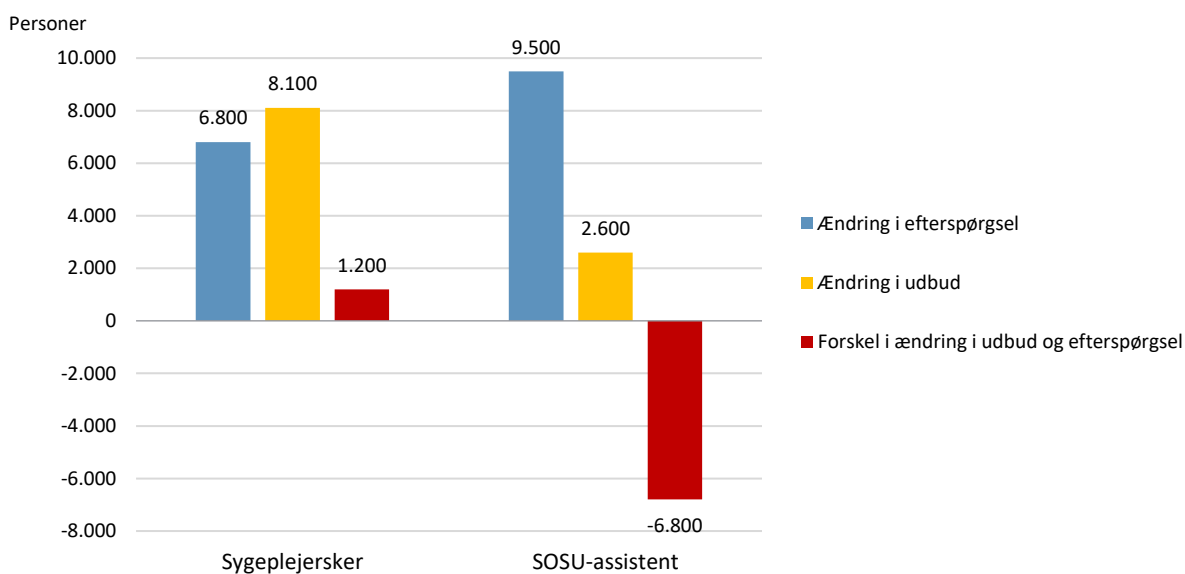
Social- og sundhedsassistenter (herefter omtalt som assistenter²) er for langt størstedelens vedkommende ansat i kommunerne: Primært i hjemmeplejen, på midlertidige pladser og på plejehjem, men i mere begrænset omfang på det sociale område. Ud af de offentligt ansatte assistenter er kun godt én ud af fire assistenter regionalt ansatte. Desuden viser denne rapport, at assistenter kun udgør 17 % af plejepersonalet³ på hospitalerne i 2022. Så hvorfor en hel rapport om assistenter på hospitaler?

Det er der flere grunde til. For det første er assistenterne i fremmarch på hospitalerne. På 5 år, fra 2018 til 2022, er der kommet 10 % flere assistenter. Ikke blot i psykiatrien, hvor assistenter i mange år har udgjort en væsentligt større andel af personalet end i somatikken, og ikke blot på brede, medicinske afdelinger, med mange plejkrævende patienter på sengeafsnit. Men som denne undersøgelse viser, så ansætter de sygeplejefaglige ledere på alt fra onkologiske til hæmatologiske, urologiske, kardiologiske og kirurgiske afdelinger assistenter. Det gør de ikke af nød, fordi de ikke kan besætte stillingerne med sygeplejersker, men fordi de ledende sygeplejersker har behov for assistenterne i plejepersonalet, særligt på sengeafdelinger.

En anden væsentlig årsag til at sætte fokus på assistenter på hospitaler er, at der i de kommende år kommer væsentligt flere ældre – og dermed også flere multimorbide ældre medicinske, kirurgiske og psykiatriske patienter – som alt andet lige er mere plejkrævende. Det kalder blandt andet på den type kompetencer, som lederne i denne undersøgelse peger på, at assistenterne har.

Men en tredje årsag til at fokusere på assistenternes rolle og opgavevaretagelse, er rekrutteringssituationen. Robusthedskommissionen peger på, at behovet for assistenter bliver markant højere end udbuddet, og allerede i 2030 vurderes der at være et underskud på ca. 6.800 assistenter, mens der estimeres at komme et moderat overskud af sygeplejersker. Det får også konsekvenser for hospitalerne – ikke kun for kommunerne.

Figur 1: Fremskrivning af ændring i udbud af og efterspørgsel efter assistenter og sygeplejersker (2019-2030)



Anm.: Fremskrivningerne kan ikke tolkes som prognoser, men er alene mekaniske fremskrivninger, der bygger på nuværende adfærd, serviceniveau, personalesammensætning mv. Den fremtidige udvikling er forbundet med stor usikkerhed. Resultaterne er angivet i antal personer, ikke årsværk, og der antages en konstant arbejdstidsfordeling i fremskrivningsårene.

Kilde: Robusthedskommissionen 2023, (figur 35)

² I denne rapport er den fulde titel, social- og sundhedsassistenter, forkortet og der anvendes herefter betegnelsen assistenter af hensyn til læsbarheden.

³ Opgjort som andelen af assistenter (omregnet til fuldtidsstillinger) ud af den samlede plejegruppe bestående af sygeplejersker og assistenter.

Sidst men ikke mindst er assistenter på hospitaler en underbelyst faggruppe, og der har i mange år været sat mere eller mindre lighedstegn mellem plejepersonale i hospitalssektoren og sygeplejersker. Det er imidlertid en misforståelse. Derfor er der behov for at få mere viden om assistenterne i hospitalssektoren og særligt i somatikken.

Denne rapport er udarbejdet med afsæt i en aftale indgået i forbindelse med OK 2021 mellem Danske Regioner og FOA. Formålet med undersøgelsen er at afdække, hvor mange og hvor assistenterne er ansat samt udviklingen i antallet, hvordan assistenters kompetencer anvendes i dag, hvilke opgaver de varetager, og hvordan de indgår i samarbejdet med det øvrige personale om den samlede opgaveløsning på hospitaler. (Protokolteksten er gengivet i Bilag 1, s. 67).

Anvendte data og metoder

Rapporten rummer en kvantitativ kortlægning såvel som en kvalitativ interviewundersøgelse.

Den kvantitative kortlægning er baseret på udtræk fra KRL - Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, leveret af Danske Regioner samt egne beregninger. Den kvantitative kortlægning er afrapporteret i Del 1, s.14ff.

Den kvalitative interviewundersøgelse er afrapporteret i Del 2, s.19ff. Den er baseret på interviews med i alt 16 ledende sygeplejersker – otte oversygeplejersker og seks chefsygeplejersker (hvoraf en var afdelingsleder på en akutafdeling uden lægelig leder) – fordelt på 10 afdelinger samt to direktionsmedlemmer. Der deltager to afdelinger fra hver region, otte somatiske og to psykiatriske. De to sygeplejefaglige direktører er fra hhv. somatikken og psykiatrien. Følgende specialer er repræsenteret: Gastroenterologi, kirurgi, urologi, hæmatologi, kardiologi, geriatri, endokrinologi, lungemedicin, neurologi, somatisk akutmodtagelse (FAM) samt lukket såvel som åben psykiatri og psykiatrisk akutmodtagelse.

De deltagende afdelinger er valgt ud fra et ønske om geografiske såvel som faglig spredning. Desuden er der valgt afdelinger, hvor de sygeplejefaglige ledere har arbejdet med at integrere assistenter i plejegruppen. Selvom der således er såvel faglig som geografiske spredning i de deltagende afdelinger, har det ikke været målet at udvælge ledende sygeplejersker, der udgør et repræsentativt udsnit. Det betyder, at deltagerne og deres erfaringer med assistenter på hospitaler, ikke kan ses som et udtryk for, hvordan ledende sygeplejersker i hospitalssektoren generet set ser på anvendelse af assistenter og kompetenceudvikling af i hospitalsregi. Men netop fordi de deltagende ledere har gjort sig mange erfaringer med anvendelse og udvikling af assistenternes kompetencer og opgaver, kan deres erfaringer pege på hvilke muligheder – og barrierer - der er i forhold til at anvende og udvikle assistenternes kompetencer i hospitalsregi.

Der er foretaget det metodiske valg, at selvom fokus for rapporten er assistenter på hospitaler, er der alene interviewet ledere og disse er alle sygeplejersker. (En enkelt viste sig efter udvælgelsen også at være uddannet assistent, inden hun blev sygeplejerske). Rapporten belyser således ikke, hvordan assistenterne selv oplever anvendelsen af deres kompetencer og arbejdet i hospitalssektoren. Dette valg er truffet, fordi det er lederne, der har ansvaret for bemandingen og udviklingen af kompetencerne blandt deres personale – herunder assistenter. Ligesom det er lederne, der bestemmer opgavefordelingen blandt deres personale, og dermed også hvilke opgaver assistenterne løser. Lederne er desuden alle steder ledere for hele plejepersonalet, inklusive sygeplejersker, og lederne har derfor stor indsigt i assistenternes opgavevaretagelse og samarbejdet mellem faggrupper i hverdagen. Valget om alene at inkludere sygeplejefaglige ledere i interviewundersøgelsen er truffet i enighed mellem opdragsgiverne og forfatteren.

Alle interviews er optaget og transskriberet. Efter aftale med informanterne citeres anonymt fra interviews for at sikre, at lederne kan tale frit, også om eventuelle svære emner. Der henvises i alle citater til sygeplejerskerne som ”ledende sygeplejerske”, da det ikke er relevant for citaternes indhold, om de ledende sygeplejersker er oversygeplejersker, chefsygeplejersker, afdelingsledere eller direktører. Desuden har mange af lederne lang erfaring – også med at integrere assistenter i plejepersonalet – der går på tværs af forskellige lederstillinger, matrikler og regioner. Det er en væsentlig grund til alene at referere til dem som ledende sygeplejersker. Et andet væsentligt

hensyn er anonymitet: Når der kun indgår én somatisk og én psykiatrisk direktør samt én afdelingsleder kan der selvfølgelig ikke bruges titler ved anonymisering af informanter.

Der er ligeledes foretaget en vurdering af, hvornår det er relevant at nævne afdelingens speciale. Det afhænger af indholdet i de enkelte citater. Når lederne fx taler om, hvilke opgaver assistenterne har på et sengeafsnit og begrundet det med patientkategorier, behovet for observation, medicintyper, behandlingsregimer o. lign., kan det være relevant at vide, hvilket speciale der er tale om. Men når de taler om deres oplevelse af udviklingen i assistenters bevæggrunde for at tage assistentuddannelsen, er deres speciale ikke relevant.

Efter aftale med informanterne er alle citater redigeret sprogligt, så talesprog – der ofte er præget af, at interviewpersonerne associerer frit, du ved, og som man ligesom ikke så tit bruger på skrift, vel, og der optræder ofte halve sætninger fordi man,... ja, altså, du ved – fremstår mere læsevenligt på skrift.

Læsevejledning

Rapporten indledes med et afsnit med fakta om assistenternes uddannelse, autorisation og antal.

Herefter følger del 1, som indeholder en kvantitative kortlægning af udviklingen i antallet af assistenter på hospitaler, deres andel af det samlede plejepersonalet, samt udviklingen i deres beskæftigelsesgrad fra 2018-2022 indenfor hhv. somatikken og psykiatrien og fordelt på regioner.

I del 2 afreporteres den kvalitative interviewundersøgelse med ledende sygeplejerskers om deres erfaringer med og perspektiv på assistenter på hospitaler. Her fokuseres på ledernes perspektiv på assistenternes motivation til at arbejde på hospitaler, og ledernes motivation til at ansætte assistenter; ledernes syn på assistenternes kompetencer og udviklingen af dem; deres syn på assistenternes opgavevaretagelse og udviklingen i den; samt ledernes oplevelse af samarbejdet mellem forskellige faggrupper i hverdagen.

Da der er tale om en kortlægning og ikke en analyse, indeholder rapporten ikke nogen konklusion. Der henvises i stedet til sammenfatningen først i rapporten.

Rapporten afsluttes i stedet med en perspektivering, der går ud over opgavets rent kortlæggende sigte, og sætter rapportens fund i relation til Robusthedskommissionens anbefalinger.

Fakta om social- og sundhedsassistenter

Uddannelsen tager 3 år, 9 måneder og 3 uger og er en erhvervsfaglig uddannelse. Siden etableringen i 1991 er uddannelsen revideret flere gange, og frem til 2017 var den en overbygning på social- og sundhedshjælperuddannelsen. Men i 2017 blev de to uddannelser adskilt, og assistentuddannelsen er i dag en selvstændig uddannelse. Samtidig blev uddannelsen forlænget med 4 måneder og det faglige niveau hævet.

Hovedforløbet i uddannelsen har følgende **kompetencemål**:

- 1) Eleven kan i tværprofessionelt samarbejde selvstændigt udøve arbejdet som social- og sundhedsassistent i overensstemmelse med etiske principper, borgerens og patientens rettigheder, samt lovgivning på social- og sundhedsassistentens arbejdsområde som autoriseret sundhedsperson.
- 2) Eleven kan begrunde og selvstændigt tilrettelægge, udføre og evaluere sygepleje af borgere og patienters grundlæggende behov ud fra en metodisk og rehabiliterende tilgang.
- 3) Eleven kan indgå i komplekse behandlingsforløb i borgerens eget hjem og varetage palliativ pleje af borgere og patienter.
- 4) Eleven kan anvende sygeplejefaglig vurdering til at handle på forandringer i borgerens og patientens fysiske og psykiske symptomer samt anvende værktøjer til tidlig opsporing af forandringer hos borgeren og patienten.
- 5) Eleven kan selvstændigt igangsætte forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende tiltag til borgere og patienter ud fra de hyppigst forekommende fysiske og psykiske sygdomme og funktionsnedsættelser.
- 6) Eleven kan etablere, udvikle og afslutte en professionel relation og skabe et involverende samarbejde med borgere, patienter og pårørende, samt vejlede og motivere gennem målrettet kommunikation.
- 7) Eleven kan i et tværprofessionelt samarbejde selvstændigt tilrettelægge, gennemføre og evaluere sociale, kulturelle, fysiske og kreative rehabiliterende aktiviteter for borgere, patienter og grupper, samt reflektere over og sikre empati i arbejdet med borgere og patienter med funktionsnedsættelse.
- 8) Eleven kan selvstændigt indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde om koordinering af et sammenhængende patient- og borgerforløb og anvende kommunikation til at forebygge vold og konflikter.
- 9) Eleven kan koordinere og indgå i ledelse af teamsamarbejde og organisering af arbejdet omkring sygepleje samt patient- og borgerforløb.
- 10) Eleven kan selvstændigt varetage medicindispensering og medicinadministration i henhold til lovgivning og arbejdspladsens kliniske retningslinjer og procedurer.
- 11) Eleven kan selvstændigt dokumentere den udførte sygepleje i digitale dokumentationssystemer og videregive faglige informationer skriftligt og mundtligt til tværprofessionelle samarbejdspartnere i overensstemmelse med regler om videregivelse af oplysninger, tavshedspligt og GDPR.
- 12) Eleven kan selvstændigt anvende relevant velfærdsteknologi og digitale hjælpemidler i arbejdet hos borger og patient, samt vise initiativ ved implementering af ny teknologi.
- 13) Eleven kan selvstændigt anvende hygiejniske retningslinjer for afbrydelse af smitteveje, herunder rene rutiner, sterilteknikker, isolation samt kan vejlede borgere, patienter, pårørende, kolleger og frivillige herom.
- 14) Eleven kan ud fra borgerens og patientens ressourcer selvstændigt tilrettelægge eget og andres arbejde ud fra ergonomiske principper, brug af hjælpemidler og arbejdspladsens regler om arbejdsmiljø og sikkerhed, samt vise initiativ til at skabe et godt psykisk og fysisk arbejdsmiljø.
- 15) Eleven kan selvstændigt planlægge, igangsætte, evaluere og kvalitetssikre arbejdsopgaver og arbejdsprocesser ud fra kvalitetsstandarder, serviceniveau, procedurer og patientsikkerhed.

Kilde: BEK nr. 640 af 17/05/2022

Siden 2008 har assistenter kunnet søge **autorisation**, og i [autorisationsregistret](#) var der med udgangen af 2023 over 76.000 autoriserede assistenter. Udviklingen i antallet af nye autorisationer er vist i Tabel 1 herunder, hvor der som forventet ses et meget stort antal de første år (2008-2009), hvorefter antallet af autorisationer har stabiliseret sig. Dog ses en faldende tendens de seneste år, hvor der frem til 2017 var 3000-3500 årligt, hvorefter der siden 2018 været under 3000 nye autorisationer årligt.

Tabel 1: Antal assistenter der har fået autorisation (2008-2022)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
14.786	20.349	3.533	3.115	3.069	3.115	3.341	3.660	3.406	3.278	2.275	1.466	2.839	2.621	2.389	2.985

Kilde: Autorisationsregistret

Assistenterne udgør en af de største grupper af autoriserede sundhedspersoner i Danmark. (Til sammenligning fik 3.150 sygeplejersker autorisation i 2023).

Samlet set er der i kommuner og regioner ansat godt 40.000 assistenter, svarende til ca. 33.000 fuldtidsstillinger. Langt hovedparten, godt 30.500, er ansat på det kommunale område, svarende til ca. 25.000 fuldtidsstillinger, mens der på det regionale område, som både inkluderer hospitaler og andre regionale institutioner, samlet set er ansat ca. 9.000 assistenter, svarende til godt 7.500 fuldtidsstillinger. I alt er 77 % af det offentligt ansatte assistenter ansat på det kommunale område, mens 23 % i dag er ansat i regionerne (pr. juli 2023). Hertil kommer et ukendt antal assistenter, der er ansat hos de i alt 299 private leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje efter servicelovens § 83, hvor der er lovkrav om frit valg, og hvor mindst én leverandør i alle kommuner skal være en privat leverandør, jf. servicelovens § 91 ([Redegørelse om ældreområdet 2023](#), Social-, Bolig- og Ældreministeriet, marts 2023).

Del 1: Talmæssig belysning af udviklingen i assistenter på hospitaler

I dette kapitel belyses udviklingen i antallet og andelen af assistenter på hospitaler. Kortlægningen dækker udviklingen fra 2018-2022. Denne periode er valgt for at sikre et retvisende billede af udviklingen, og derfor starter perioden før covid-19. Som det vil fremgå ses ingen store udsving i årene med covid-19.

I kortlægningen skelnes mellem somatik og psykiatri indenfor de enkelte regioner. Ud over antal og andel af plejepersonalet belyses assistenternes beskæftigelsesgrad også.

Alle data er trukket af KRL og stammer fra [KRL_sirka](#) (Kommunernes og regionernes løndatakontor).

Antal assistenter på hospitaler

Fra 2018-2022 har der været en stigning i antallet af assistenter på somatiske og psykiatriske hospitaler; fra 5.819 til 6.426 (omregnet til fuldtidsstillinger), svarende til en stigning på 10 %. Til sammenligning har der i samme periode været et fald i antallet af sygeplejersker på hospitaler på -2 % (omregnet til fuldtidsstillinger).

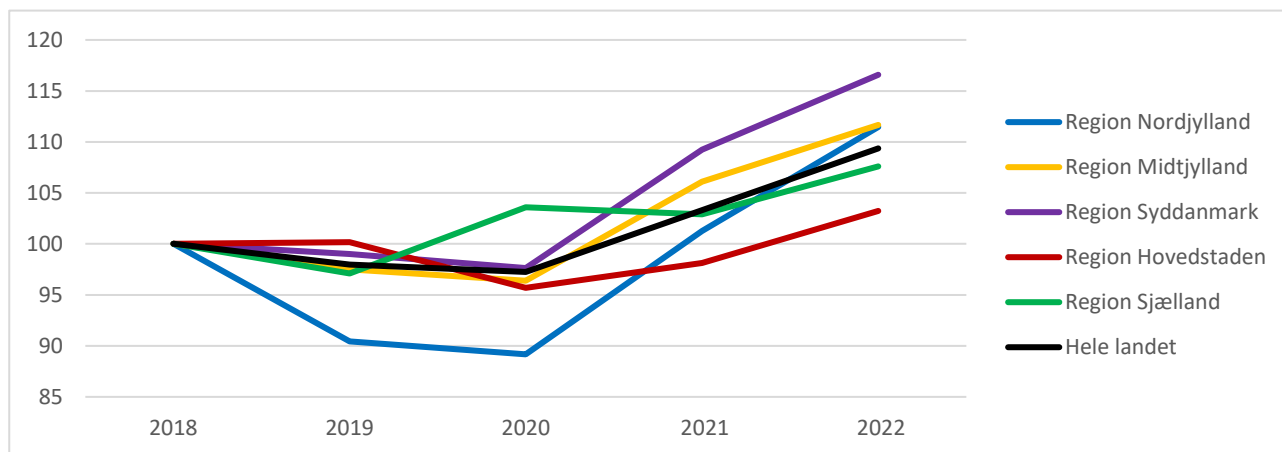
Tabel 2 og Figur 2 herunder viser udviklingen i antallet af assistenter på **somatiske** hospitaler fra 2018-2022 (omregnet til fuldtidsstillinger).

Tabel 2 Antal assistenter på **somatiske** hospitaler 2018-2022 (fuldtidsstillinger)

SOMATIK	Antal assistenter på hospitaler				
	2018	2019	2020	2021	2022
Region Nordjylland	314	284	280	318	350
Region Midtjylland	720	702	694	764	804
Region Syddanmark	802	794	783	876	935
Region Hovedstaden	1.114	1.116	1.066	1.093	1.150
Region Sjælland	724	703	750	745	779
Hele landet	3.673	3.599	3.574	3.797	4.019

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

Figur 2 Indekseret udvikling i antal assistenter på **somatiske** hospitaler 2018-2022 (fuldtidsstillinger)



Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

Som det fremgår af Tabel 2, har der i alle regioner været en stigning i antallet af assistenter fra 2018-2022. Figur 2 viser, at stigningen har været størst i Region Syddanmark, hvor den har været 16 % i perioden, mens den har været lavest i Region Hovedstaden med 3 % i samme periode.

På landsplan har der samlet set været en stigning på 9 % i antallet af assistenter på somatiske hospitaler (omregnet til fuldtidsstillinger). Til sammenligning har der i samme periode været et fald i antallet af sygeplejersker på de somatiske hospitaler på -3 % (omregnet til fuldtidsstillinger).

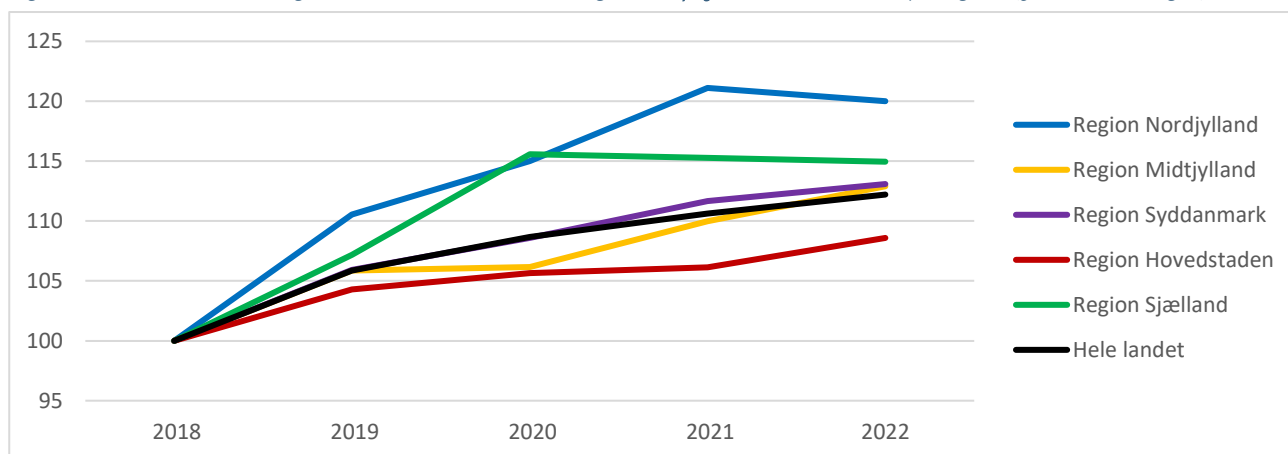
Tabel 3 og Figur 3 herunder viser udviklingen i antallet af assistenter i den regionale psykiatri fra 2018-2022 (omregnet til fuldtidsstillinger).

Tabel 3 Antal assistenter i den regionale psykiatri 2018-2022 pr. region (fuldtidsstillinger)

PSYKIATRI	Antal assistenter på hospitaler				
	2018	2019	2020	2021	2022
Region Nordjylland	180	199	207	218	216
Region Midtjylland	341	361	362	375	385
Region Syddanmark	489	518	531	546	553
Region Hovedstaden	815	850	861	865	885
Region Sjælland	321	344	371	370	369
Hele landet	2.146	2.272	2.332	2.374	2.408

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

Figur 3 Indeksret udvikling i antal assistenter i den regionale psykiatri 2018-2022 pr. region (fuldtidsstillinger)



Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

Som det ses af Tabel 3 har der i alle regioner været en stigning i antallet af assistenter i den regionale psykiatri fra 2018-2022, mens Figur 3 viser, at stigningen har været størst i Region Nordjylland, hvor den har været 20 %, mens den har været lavest i Region Hovedstaden, hvor den har været 8 % i samme periode.

På landsplan har der samlet set været en stigning på 12 % i antallet af assistenter på psykiatriske hospitaler (omregnet til fuldtidsstillinger). Til sammenligning har der i samme periode været en stigning i antallet af sygeplejersker i psykiatrien på 4 % (omregnet til fuldtidsstillinger).

Andelen af assistenter i plejepersonalet på hospitaler

For perioden 2018-2022 er det opgjort, hvor stor en andel af plejepersonalet assistenterne udgør. Plejepersonalet er her defineret som gruppen af sygeplejersker og assistenter⁴.

Generelt er andelen af assistenter væsentligt højere i psykiatrien end i somatikken i alle regioner. Således udgør assistenterne 37 % af plejepersonalet i psykiatrien, mod 13 % i somatikken i 2022. På landsplan udgør assistenterne samlet set 17 % af plejepersonalet på hospitalerne, hvilket er en stigning fra 15 % i 2018.

Tabel 4 herunder viser udviklingen i andelen af assistenter i plejepersonalet i **somatikken**. I alle regioner har der været en svag stigning på 1-2 procentpoint i andelen af plejepersonalet, der udgøres af assistenter fra 2018-2022. I Region Nordjylland og Midtjylland udgør assistenterne 10 % af plejepersonalet i 2022, mens de i Region Syddanmark og Region Hovedstaden udgør en smule mere nemlig 12-13 %. I Region Sjælland udgør assistenterne en højere andel, nemlig 19 % af plejepersonalet i somatikken i 2022.

Tabel 4 Assistenternes *andel af plejepersonalet i somatikken pr. region (2018-2022)*

SOMATIK	Andel assistenter i plejepersonalet				
	2018	2019	2020	2021	2022
Hele landet	11 %	11 %	11 %	12 %	13 %
Region Nordjylland	9 %	9 %	8 %	9 %	10 %
Region Midtjylland	9 %	9 %	9 %	10 %	10 %
Region Syddanmark	11 %	11 %	11 %	12 %	13 %
Region Hovedstaden	11 %	11 %	11 %	11 %	12 %
Region Sjælland	18 %	18 %	19 %	19 %	19 %

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

Tabel 5 herunder viser udviklingen i andelen af assistenter i plejepersonalet i **psykiatrien**. I alle regioner har der været en stigning i andelen af plejepersonalet, der udgøres af assistenter fra 2018-2022. Stigningen har været en smule højere end i somatikken, og udgør således 1-3 procentpoint.

I Region Midtjylland udgør assistenterne 30 % af plejepersonalet i 2022, men Region Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden ligger på samme niveau: Her udgør assistenterne 37-39 % af plejepersonalet i psykiatrien i 2022. I Region Sjælland udgør assistenterne 43 % af plejepersonalet i 2022.

Tabel 5 Assistenternes *andel af plejepersonalet i psykiatrien pr. region (2018-2022)*

PSYKIATRI	Andel assistenter i plejepersonalet				
	2018	2019	2020	2021	2022
Hele landet	36 %	36 %	36 %	36 %	37 %
Region Nordjylland	34 %	36 %	35 %	36 %	37 %
Region Midtjylland	29 %	29 %	28 %	28 %	30 %
Region Syddanmark	36 %	37 %	37 %	37 %	39 %
Region Hovedstaden	37 %	38 %	38 %	38 %	39 %
Region Sjælland	42 %	44 %	44 %	43 %	43 %

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

⁴ Som det vil fremgå af interviewundersøgelsen i del 2, er der på nogle afdelinger også ansat andre faggrupper, der i begrænset grad også løser plejeopgaver nogle steder. Fx diætister, farmakonomer, ergo- og fysioterapeuter. Da omfanget af disse faggrupper er begrænset, og da de ikke indgår i fx vagtarbejdet ligesom sygeplejersker og assistenter på de medvirkende afdelinger, er der foretaget det metodiske valg at opgøre det samlede plejepersonale antallet af assistenter og sygeplejersker i alt.

Assistenternes beskæftigelsesgrad

Tabel 6 herunder viser udviklingen i beskæftigelsesgraden for assistenter fra 2018–2022 i de fem regioner indenfor henholdsvis somatikken og psykiatrien.

Tabel 6 *Beskæftigelsesgrad for assistenter (2018-2022)*

	2018	2019	2020	2021	2022
Region Nordjylland	91 %	91 %	92 %	92 %	93 %
- Somatikken	91 %	91 %	91 %	92 %	93 %
- Psykiatrien	92 %	93 %	93 %	93 %	93 %
Region Midtjylland	82 %	82 %	82 %	82 %	83 %
- Somatikken	80 %	80 %	81 %	80 %	81 %
- Psykiatrien	87 %	87 %	86 %	85 %	86 %
Region Syddanmark	80 %	80 %	81 %	82 %	82 %
- Somatikken	79 %	79 %	79 %	80 %	80 %
- Psykiatrien	81 %	82 %	83 %	86 %	86 %
Region Hovedstaden	78 %	79 %	79 %	80 %	81 %
- Somatikken	78 %	79 %	79 %	79 %	81 %
- Psykiatrien	78 %	78 %	79 %	80 %	80 %
Region Sjælland	84 %	84 %	84 %	85 %	85 %
- Somatikken	82 %	81 %	83 %	83 %	84 %
- Psykiatrien	89 %	89 %	88 %	89 %	88 %
Alle regioner	81 %	81 %	82 %	83 %	83 %
- Somatikken	80 %	80 %	81 %	81 %	82 %
- Psykiatrien	83 %	83 %	84 %	85 %	84 %

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

En beskæftigelsesgrad på 100 % svarer til 37 timer/uge, mens en beskæftigelsesgrad på 90 % svarer til ca. 33 timer/uge, og en beskæftigelsesgrad på 80 % svarer til ca. 30 timer/uge.

Tabel 6 viser at beskæftigelsesgraden for assistenter i gennemsnit er steget med 2 procentpoint fra 81 % i 2018 til 83 % i 2023.

Der er dog en betydelig regional variation i beskæftigelsesgraden: I Region Nordjylland er den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad 93 % i 2022, mens den i Region Hovedstaden er 81 %, en forskel på 12 procentpoint. De øvrige tre regioner har en beskæftigelsesgrad for assistenter på 82 – 85 %, og således skiller Region Nordjylland sig markant ud fra de øvrige regioner på dette punkt.

Endelig viser Tabel 6, at der er en lidt højere beskæftigelsesgrad i psykiatrien (84 % i 2022), end i somatikken (82 % i 2022). Denne tendens genfindes i alle regioner bortset fra Region Hovedstaden hvor beskæftigelsesgraden er en smule højere i somatikken end i psykiatrien.

Table 7 herunder viser beskæftigelsesgrad opgjort på en anden måde end den gennemsnitlige procentuelle beskæftigelsesgrad i tabel 6. Tabel 7 viser hvor stor en andel af det samlede antal stillinger (omregnet til fuldtid), der er besat af fuldtidsmedarbejdere.

Table 7 Andel af det samlede antal (fuldtids)stillinger, der er besat af fuldtidsmedarbejdere (2018-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022
Region Nordjylland	50 %	51 %	52 %	56 %	60 %
- Somatikken	45 %	45 %	46 %	52 %	56 %
- Psykiatrien	60 %	61 %	61 %	64 %	67 %
Region Midtjylland	43 %	46 %	47 %	52 %	56 %
- Somatikken	37 %	38 %	41 %	46 %	51 %
- Psykiatrien	58 %	60 %	61 %	64 %	67 %
Region Syddanmark	38 %	38 %	41 %	46 %	47 %
- Somatikken	33 %	33 %	35 %	41 %	40 %
- Psykiatrien	46 %	47 %	50 %	55 %	58 %
Region Hovedstaden	39 %	40 %	39 %	41 %	43 %
- Somatikken	37 %	38 %	37 %	38 %	42 %
- Psykiatrien	41 %	42 %	42 %	44 %	45 %
Region Sjælland	43 %	44 %	43 %	42 %	42 %
- Somatikken	34 %	34 %	34 %	35 %	34 %
- Psykiatrien	63 %	64 %	62 %	61 %	59 %
Alle regioner	41 %	42 %	43 %	46 %	48 %
- Somatikken	36 %	37 %	37 %	41 %	43 %
- Psykiatrien	49 %	51 %	52 %	54 %	56 %

Anm: Tabellen viser hvor stor en andel af det samlede antal stillinger (omregnet til fuldtidsstillinger), der er besat af fuldtidsmedarbejdere. (Den viser således ikke antallet af fuldtidsansatte assistenter ud af *antallet* af ansatte assistenter).

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor og egne beregninger.

Af Tabel 7, at der på 5 år fra 2018-2022 har været en stigning i andelen af fuldtidsansatte fra 41 % til 48 % på landsplan. Stigningen har været på 7 procentpoint i både somatikken og i psykiatrien. I somatikken er andelen steget fra 36 % til 43 %, mens den i psykiatrien er steget fra 49 % til 56 %.

Der er således på landsplan en markant højere andel af stillinger besat af fuldtidsansatte assistenter i psykiatrien (56 % i 2022), end der er i somatikken (43 % i 2022). Med andre ord: Beskæftigelsesgraden for assistenter er markant højere i psykiatrien, end den er i somatikken. I alle regioner genfindes denne generelle tendens, dog er der store forskelle regionerne imellem: I Region Hovedstaden er der således ikke nogen markant forskel mellem andelen af fuldtidsansatte assistenter i somatikken (42 % i 2022) og i psykiatrien (45 % i 2022). I alle andre regioner er forskellene i beskæftigelsesgraden mellem somatikken og psykiatrien markant højere, som det fremgår af Tabel 7.

Tabellen viser desuden at der er markante forskelle på assistenternes beskæftigelsesgrad regionerne imellem. Således er andelen af stillinger (omregnet til fuldtid), der er besat af fuldtidsmedarbejdere højere i Region Nordjylland (60 %) og Region Midtjylland (56%), mens andelen i de øvrige tre regioner ligger mellem 42 og 47%. Dette stemmer overens med opgørelsen af den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad i Tabel 6, hvor Region Nordjylland havde den højeste gennemsnitlige beskæftigelsesgrad, nemlig 93 %, mens de øvrige fire regioner lå på 81 – 85 %.

Del 2: Ledernes perspektiver på assistenter på hospitaler

Rapportens del 2 handler om de ledende sygeplejerskers erfaringer med og perspektiver på assistenter på hospitaler. Første kapitel handler om ledernes perspektiv på, hvorfor assistenterne ønsker at arbejde på hospitalerne, mens det efterfølgende kapitel forklarer, hvorfor de sygeplejefaglige ledere ønsker at ansætte assistenter. Herefter følger kapitler om hhv. assistenternes kompetencer og de aspekter af dem, som lederne lægger særlig vægt på, assistenternes opgaver og hvordan de har udviklet sig de seneste år, samt kompetenceudvikling af assistenter, både internt i afdelingerne og mulighederne for ekstern kompetenceudvikling. Del 2 afsluttes med et kapitel om, hvordan de ledende sygeplejersker oplever samspillet med andre faggrupper og deres syn på assistenterne.

Hvorfor vil assistenterne arbejde på hospitalerne?

Siden etableringen af assistentuddannelsen i 1991 har assistenter primært fundet ansættelse i kommunerne hvor 77 % af de offentligt ansatte assistenter er beskæftiget, mens 23 % er ansat på hospitalerne. Men som del 1 viste, så er antallet af assistenter, der arbejder på hospitaler, stigende. Derfor er det relevant at få indblik i, hvorfor assistenterne i stigende grad søger beskæftigelse i hospitalssektoren? Og ikke kun i psykiatrien, hvor der traditionelt har været mange assistenter i personalegruppen, men også til somatikken? Det er selvfølgelig assistenterne selv, som er de mest nærliggende til at svare på dette. I denne undersøgelse fokuseres dog på de ledende sygeplejerskers syn på det, fordi det er afgørende for ledernes rekrutteringsstrategier, måden de vælger at anvende assistenter på i deres afdelinger, samt hvilke opgaver de oplever, tiltrækker og fastholder assistenter.

Faglig udvikling og muligheden for at bruge sine kompetencer

De ledende sygeplejersker peger samstemmende på, at den væsentligste begrundelse assistenterne giver for at arbejde på hospitalerne er, at de får langt bedre mulighed for at bruge deres kompetencer, end de gør i kommunerne. Følgende citater fra forskellige fra ledende sygeplejersker, viser variationer over samme tema, som er gennemgående for ledernes perspektiv:

Assistenterne bliver ikke udfordret fagligt ude i hjemmesygeplejen. (ledende sygeplejerske)

Assisterer, vil gerne arbejde hos os, fordi de får lov til at bruge deres kompetencer mere, end de gør i kommunerne. (ledende sygeplejerske)

En tredje ledende sygeplejerske uddyber her, hvorfor hun oplever assistenterne gerne vil arbejde i hospitalssektoren:

De bliver ikke udfordret ude i kommunerne på den uddannelse, de faktisk har taget sig. Og det er det, vi formår at gøre, både ved at give dem lov til at gå stuegang og at oplære dem i diverse ting, som de sagtens kan varetage. Assistenterne siger, at 'det og det må jeg ikke ude i hjemmeplejen', og 'ude i hjemmeplejen, skal jeg være oplært ved den enkelte borger'. Hvor herinde, hvis du er oplært i at gå stuegang, så er du oplært i at gå stuegang. Så kommer du selvfølgelig og henvender dig, hvis du står med noget, du ikke kan. Men det er jo også et behov sygeplejerskerne har. Der er der jo ingen forskel. Og jeg tror, det er det, assistenterne har opdaget, at de får på hospitalerne: De får lov til at bruge deres faglighed og får lov til at udvikle deres faglighed. Og det er jeg rigtig stolt af at være med til og give dem lov til. (ledende sygeplejerske)

Netop denne forståelse af forskellene i de opgaver assistenterne får mulighed for at varetage i hhv. den kommunale sektor og hospitalssektoren en spiller i rolle i forhold til ledernes strategier for rekruttering af assistenter til sengeafsnit. En kardiologisk ledende sygeplejerske forklarer:

Da jeg søgte efter assistenter til de opgaver, som de altid har lavet hos mig, altså de basale plejeopgaver, så fik jeg heller ikke rigtig nogen ansøgere. Men da jeg begyndte at rekruttere efter

assistenter, der kunne få lov at gå stuegang og tage imod akutte patienter og administrere medicin, så fik jeg rigtig mange ansøger. (ledende sygeplejerske, kardiologi)

En ledende sygeplejerske i en akutafdeling har samme oplevelse:

Jeg tror, vi har fat i den lange ende. For jeg har ingen problemer med at rekruttere assistenter, overhovedet. Og det er fordi, det er rygtedes, at her får man lov til at bruge sine kompetencer. Det jeg hører lige nu, det er at assistenter ude fra primærsektoren begynder at søge ind på hospitalerne, fordi det er lidt mere spændende at være her, og der sker lidt mere, og man får lov til at bruge sine kompetencer mere, end man gør ude i primærsektoren. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

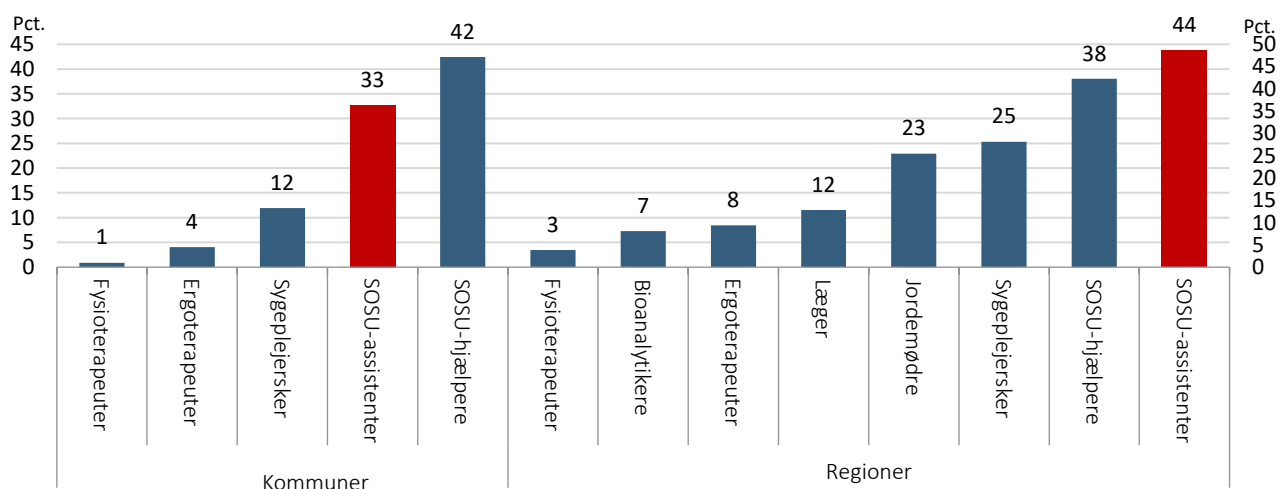
Som beskrevet i indledningen er de medvirkende afdelinger udvalgt, fordi de har en del erfaring med at integrere assistenter i afdelingernes sengeafsnit. Derfor oplever flere af dem også, at deres tilgang til kompetenceudvikling af assistenter gør det lettere for dem at tiltrække assistenter fra primærsektoren såvel som fra andre afdelinger. I to forskellige afdelinger, der begge har udviklet en række kompetencekort med forskellige typer af opgaver og færdigheder, som assistenterne kan opnå via intern uddannelse, har lederne følgende oplevelse:

Det rygtes [hvordan kompetencekort bruges i afdelingen, red.], for jeg har ikke problemer med at få ansøgere, når vi slår en stilling op: Der er rigtigt mange ansøgere, også fra andre afdelinger. Og når vi har dem til samtale, så siger de, at de måske så småt er begyndt at snuse til lidt stuegang andre steder, men slet ikke i den udstrækning, som vi har. (ledende sygeplejerske)

Jeg tror rigtig mange af de assistenter, jeg har i afdelingen lige nu, er landet der rent arbejdsmæssigt, hvor de gerne vil lande. De tænker: 'Det her, det er fuldstændig fantastisk: Vi får lov at bruge alle vores kompetencer. Vi får lov at gøre en forskel for de her patienter.' Hvor rigtig mange sygeplejersker hele tiden er i en eller anden udviklingsfase og skal videre til et eller andet. (ledende sygeplejerske)

Lederne mener, at det i høj grad er muligheden for at bruge og udvikle kompetencer, som får assistenterne til at søge mod hospitalerne. Ingen af lederne nævner løn eller arbejdsvilkår som faktorer der tiltrækker assistenter. Flere peger derimod på, at vagtbelastningen er høj på hospitalerne, men for assistenterne opvejes den ulempe af mulighederne for at bruge og udvikle deres kompetencer og det tætte samarbejde med sygeplejersker og læger. Denne beskrivelse stemmer overens med Robusthedskommissionens kortlægning af fordelingen af vagtarbejdet på hhv. sektorer og faggrupper. Den viser, at assistenter har en højere vagtbelastning i regioner (44 %), end i kommuner (33 %), som det fremgår af Figur 4 herunder. I begge sektorer har de desuden en væsentligt højere vagtbelastning end sygeplejersker:

Figur 4: Andel arbejdstimer der ligger om aftenen, natten eller i weekenden (udvalgte personalegrupper, 2021)



Kilde: Robusthedskommissionens betænkning, 2023 (figur 43)

Lederne oplever dog også, at assistenterne er forskellige, og at nogle er meget interesserede i kompetenceudvikling og nye opgaver, mens andre ikke er så interesserede i udvidelse af deres kompetencer. Og det er ofte deres mere erfarne assistenter, som har været i afdelingerne i mange år, der falder i den sidste kategori:

Der er flere af mine assistenter, der siger: 'Jeg vil helst bare passe patienterne. Så hvis der er nogen, der gerne vil være med til at udvikle, hvordan vi laver TOKS, kan I så ikke gøre det - så tager jeg mig af patienterne.' Jeg tror assistenterne er mere tilfredse med det, de har fremfor altid at stræbe efter noget mere ligesom sygeplejerskerne. Og jeg tror også, at alderen har noget at sige. Assistenterne er generelt ældre. Jeg har en assistent, som er 68 år, og på et andet afsnit har vi en, der er 71. Og der er ikke noget galt med deres faglighed. Men jeg oplever egentlig, at de er mere tilfredse med det, de er i, i modsætning til sygeplejerskerne. 'Hvis jeg bare kan få lov til at passe mine patienter, så er jeg glad.'
(ledende sygeplejerske, psykiatri)

Samorganisering gør sygeplejersker og assistenter til kollegaer

Der er også en anden væsentlig forskel på at arbejde i en kommune og på et hospital set fra assistenternes perspektiv: På alle de medvirkende afdelinger er assistenter organiseret sammen med sygeplejersker under samme ledelse og indgår således i én samlet medarbejdergruppe. Dette til forskel fra kommunerne hvor assistenter og sygeplejersker oftest ikke er kollegaer med samme leder. Her er de to faggrupper typisk organiseret i hver sin søjle: Sygeplejerskerne i (hjemme)sygeplejen eller akutsygeplejen, og assistenterne i hjemmeplejen sammen med social- og sundhedshjælper. Denne organisatoriske og ledelsesmæssige opdeling mellem assistenter og sygeplejersker eksisterede ikke på de medvirkende hospitalsafdelinger. Her er der ikke tradition for at adskille de to faggrupper organisatorisk og ledelsesmæssigt. For at forstå hvorfor, er det nødvendigt at skele til den historiske udvikling samt forskellig og ligheder i uddannelserne og deres institutionelle forankring.

Sygeplejerskeuddannelsen har siden 2001 været en professionsbachelor, hvilket er en mellemlang videregående uddannelse, der udbydes på professionshøjskoler – også kaldet et *University College*. Og ligesom alle andre videregående uddannelser kræver det en adgangsgivende ungdomsuddannelse, fx en studentereksamen eller tilsvarende. Selve uddannelsen varer 41 måneder.

Assistenternes uddannelse har siden grundlæggelsen i 1991 været en erhvervsuddannelse, der kan påbegyndes direkte efter folkeskolen, og som udbydes på landets SOSU-skoler. Som nævnt var assistentuddannelsen frem til 2017 en overbygning på uddannelsen til social- og sundhedshjælper. Men siden 2017 har assistentuddannelsen været en selvstændig uddannelse på 46 måneder, mens uddannelsen til social- og sundhedshjælper varer 26 måneder.

Selvom de ledende sygeplejersker ser mange ligheder mellem assistenters og sygeplejerskers kompetencer, og begge faggrupper er uddannet til at yde sygepleje, så har uddannelserne vidt forskellig institutionel forankring: Mens assistentuddannelsen er en erhvervsuddannelse ligesom uddannelsen til social- og sundhedshjælper, er sygeplejerskeuddannelsen en professionsbachelor. Det betyder, at sygeplejersker under uddannelse er *studerende*, der er i praktik forskellige steder i sundhedsvæsenet, mens assistenter under uddannelse er *elever*, der får (elev)løn under uddannelsen, og således er ansat i elevtiden. Frem til 2001 var sygeplejersker under uddannelse også elever, og ikke studerende. Dette er med til at forklare hvorfor flere ledende sygeplejersker i denne undersøgelse sammenligner assistenternes uddannelse med det, de kalder "*den gamle sygeplejerskeuddannelse*."

I debatten om sundhedsvæsenet og dets udvikling slås assistenter og hjælpere imidlertid ofte i hartkorn og omtales som en samlet gruppe af "*sosuer*." Det skyldes givet at uddannelserne til assistent og hjælper har det samme præfiks: *social- og sundhed*, og indtil for få år siden var de også delvist sammenlagt, idet assistentuddannelsen var en overbygning på hjælperuddannelsen. Alle lighederne i historik, navn og institutionel forankring mellem hjælper- og assistentuddannelserne til trods, er der imidlertid tale om to helt adskilte uddannelser, og assistentuddannelsen er 20 måneder længere end hjælperuddannelsen.

Hertil kommer at assistenter og sygeplejersker typisk er organiseret i forskellige fagforeninger: FOA organiserer assistenter og hjælpere, mens Dansk Sygeplejeråd organiserer sygeplejersker.

De ledende sygeplejersker i denne undersøgelse omtaler dog ikke hjælpere og assistenter som en samlet gruppe af *sosuer*. For lederne er det i stedet de kompetencemæssige ligheder mellem assistenter og sygeplejersker, der gør det relevant for dem at have begge faggrupper ansat i plejepersonalet. Ser man på uddannelsernes længde, indhold og kompetencemål, er dette forståeligt. De medvirkende ledere har derfor ansat assistenter og sygeplejersker i samme personalegruppe under samme ledelse. Dette er helt parallelt til den måde læger med forskellige uddannelsesniveauer, også er under samme ledelse på hospitaler – selvom de ligesom assistenter og sygeplejersker – er i forskellige fagforeninger (hhv. Yngre Læger og Foreningen af Speciallæger).

Det kan virke ganske selvfølgelig at alt plejepersonalet i en afdeling har samme leder, men det er det ikke for assistenterne. Under deres uddannelse og tidligere ansættelser har de været ansat i kommuner, hvor assistenter og hjælpere oftest er ansat i hjemmeplejen, mens sygeplejersker oftest er ansat i en separat enhed, typisk kaldet (hjemme)sygeplejen, under en anden ledelse end assistenterne og hjælperne.

Lederne er ganske bevidste om, at det er vigtigt for assistenterne at være en del af én samlet personalegruppe eller plejegruppe, som fx denne ledende sygeplejerske:

Jeg tror, det handler meget om den tilgang, man har som leder på sit afsnit. Og den tilgang, man har til at ansætte personale, i stedet for at ansætte sygeplejersker eller assistenter. Jeg kalder det aldrig sygeplejegruppen, sygepleje-dit eller sygepleje-dat. Jeg kalder det plejepersonalet. Det er vigtigt at være bevidst om, hvordan man italesætter det, og at vi alle sammen er lige meget værd. Det tror jeg faktisk betyder ret meget. (ledende sygeplejerske)

Men selvom der aldrig har været tradition for at organisere de to faggrupper separat i hospitalsregi, peger lederne på, at der tidligere har været et stærkere hierarki mellem sygeplejersker og assistenter, og mange af lederne i denne undersøgelse, er bevidste om at bryde med denne kultur:

Når man snakker med assistenterne, efter de har været her i afdelingen i et stykke tid, så siger de selv, at de har et langt større ansvar, at de lærer, og at de får lov til at bruge deres kompetencer på en anden måde. Der er et andet oplæringsprogram. Men vi har også arbejdet rigtig meget med kulturen i afdelingen. Det der med, at man ikke er andenrangs, fordi man er assistent. Ligesom det var i gamle dage mellem en sygeplejerske og en sygehjælper. Assistenterne er faktisk lige så gode, og vi har lige så meget brug for dem. (ledende sygeplejerske)

Som nævnt er de ledende sygeplejersker i denne undersøgelse ikke nødvendigvis gennemsnitlige i relation til deres anvendelse af og syn på assistenter i hospitalsregi. Men samorganiseringen af sygeplejersker og assistenter er ikke noget unikt fænomen på de medvirkende afdelinger og det ses alle steder i hospitalssektoren. Det betyder – alt andet lige – at samarbejdet mellem sygeplejersker og assistenter både opleves tættere og mere ligeværdigt på hospitalsafdelinger, end det er i kommuner.

Hvorfor ansætter hospitalerne assistenter?

Social- og sundhedsassistenter er ikke noget nyt fænomen i somatikken og slet ikke i psykiatrien. Flere af de ledende sygeplejersker har så lang erfaring, at de også har arbejdet sammen med forløberne for assistenter i hospitalsregi; sygehjælpere. Flere af dem peger på, at assistenter tidligere er blevet ansat på hospitaler som konsekvens af sygeplejerskemangel. Men når der så igen har været sygeplejersker nok, er assistenterne mange steder blevet skiftet ud med sygeplejersker. Derfor eksisterer der en fortælling om, at assistenterne er en nødløsning på sygeplejerskemangel på hospitalerne, og at det ideelle ville være, at der var sygeplejersker nok, for så ville der ikke være assistenter på hospitalerne. Af den grund er det relevant at undersøge, om de ledende sygeplejersker mener, at assistenter på hospitaler er en form for nødløsning på udfordringer med rekruttering af sygeplejersker.

Assistenten som nødløsning på sygeplejerskemangel?

På de medvirkende afdelinger har der været assistenter – og før da ofte også sygehjælpere – lige så længe, som de deltagende lederne kan huske, men antallet af assistenter har tidligere været påvirket af mulighederne for at rekruttere sygeplejersker.

De medvirkende ledere blev spurgt, hvilken personalesammensætning, de ser som ideel i deres afdelinger, hvis de skulle se helt bort fra nuværende eller tidligere rekrutteringssituationer. Ingen af de medvirkende ledende sygeplejersker ønsker en ren sygeplejerskenormering på deres sengeafsnit. På ambulatorier og klinikker er situationen en anden, og her er der stort set kun sygeplejersker. Om end nogle ledere i psykiatrien peger på, at assistenterne er på vej ind på det ambulante område også, hvilket de ikke har været tidligere. Lederne begrundede assistenternes generelle fravær på det ambulante område med to ting: For det første at opgaverne på ambulatorierne i højere grad end i sengeafsnittene er centreret omkring specialiseret behandling eller kontroller, og for det andet at der ikke er mange plejopgaver på ambulatorierne.

De ledende sygeplejersker har dog forskellige ønsker til fordelingen på faggrupper: Spændet går fra 15 % assistenter til 50 %. Men lederne understreger, at de har nogen bestemt eller ideel fordeling baseret på medarbejdernes grunduddannelse alene, men at de i stedet ser meget mere på individuelle kompetencer. De angivne andele skal derfor tages med dette forbehold.

Lederne begrundede primært deres ønske om at have assistenter ansat med to forhold: For det første assistenternes kompetencer, for det andet assistenternes anciennitet, idet alle lederne oplever, at assistenter generelt bliver (væsentligt) længere i afdelingerne, end sygeplejersker gør. Flere af lederne påpeger, at det særligt gør sig gældende for de lidt yngre generationer af sygeplejersker, som typisk er dem, der er ansat i sengeafdelingerne i et par år i starten af deres karriere.

Kompetencer og anciennitet hænger sammen: Når assistenterne bliver længere i afdelingerne, er der bedre muligheder for at opbygge deres kompetencer – ikke mindst de mere specialespecifikke kompetencer. To ledere af hhv. en kirurgisk og en medicinsk afdeling forklarer herunder, hvordan de ser sammenhængen mellem anciennitet og kompetencer:

En helt klar fordel ved assistenter, det er, at de bliver i afdelingen, mens sygeplejersker kan få det job, de har lyst til. Men assistenterne, de er værd at investere i, fordi de bliver i længere tid. (ledende sygeplejerske, kirurgi)

Fordelingen mellem assistenter og sygeplejersker er næsten 50-50 [på sengeafsnittet]. Der er faktisk assistenter på medicinsk sengeafsnit, som er markant dygtigere end nogle af sygeplejerskerne, fordi de har meget længere erfaring, for assistenterne bliver der jo. De shopper ikke rundt. Det har sygeplejerskerne gode muligheder for at gøre, for der er lidt flere karrieremuligheder for dem, så de bliver ikke lige så længe, som assistenterne gør. Og når assistenterne bliver så lang tid i afdelingen, så får de meget lokal erfaring, og de kan jo oplæres til rigtig mange ting. Det tager selvfølgelig tid, og det kræver en indsats og en investering, men når man så har lavet den investering, så synes jeg, man får virkelig meget: De bliver virkelig kompetente. Jeg har en koordinator, der er assistent, og jeg har en assistent i en palliationsnøglefunktion. Den slags har man ellers aldrig givet til assistenter tidligere, men hun har simpelthen så meget erfaring og er så dygtig, at hun varetager det på lige fod med, hvad en sygeplejerske ville gøre. (ledende sygeplejerske, lungemedicin)

I det følgende afsnit uddybes spørgsmålet om anciennitet og ledernes syn på, hvad det betyder for deres tilgang til assistenterne, og i det efterfølgende kapitel gives en karakteristik af de kompetencer hos assistenterne, som lederne lægger særligt vægt på.

Men det er også værd at bemærke, at mange ledere gerne vil have assistenter – og i flere tilfælde også andre faggrupper – fordi de oplever, at en tværfaglig personalegruppe er bedre end en monofaglig. De oplever, at medarbejderne fra forskellige faggrupper bidrager med forskellige perspektiver, og at alle bliver skarpere af at

skulle forholde sig til perspektiver og spørgsmål, som kommer fra en anden faglig baggrund end deres egen. Dette gælder både ledere i somatikken såvel som i psykiatrien. En leder fra psykiatrien forklarer dette ved at eksemplificere, hvad det fx kan betyde i en tænkt situation:

Alle faggrupper bidrager til, at vi ser patienterne og deres problemstillinger fra forskellige synsvinkler. Hvis man fx kun ser det fra sygeplejerskens perspektiv, så skal patienten måske sættes ned i noget medicin, fordi vi ser bivirkninger. Men ser man det fra et pædagogens perspektiv, så kan man sætte spørgsmålstejn ved, om patienten har brug for det her medicin overhovedet, for hvis vi går ind og laver nogle bestemte aktiviteter, så kunne patienten måske godt klare de udfordringer, patienten har, uden medicinen. Og hvis man ser det fra assistentens perspektiv, så har de måske haft nogle rigtig gode samtaler med patienten, hvor de har fundet ud af, at det faktisk ikke er medicin, der giver de her bivirkninger, men det er fordi patienten er blevet bange samtidig med, at vedkommende har været indlagt, eller noget i den stil. Min pointe er, at alle de her faggrupper ser noget forskelligt, så når vi har det hele med, så bliver det det bedste outcome. Når der kun er én faggruppe, så bliver det lidt enøjet, når vi kigger på patienten. Og når vi har flere faggrupper, så får vi flere nuancer med. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Der er således tre typer af forklaringer på, hvorfor lederne gerne vil have assistenter: Det handler både om assistenternes kompetencer, om assistenternes alder, erfaring og anciennitet, og om et mere generelt ønske om at have tværfaglige personalegrupper.

Assistenter bliver længere i afdelingerne end sygeplejersker

De ledende sygeplejersker oplever, at assistenter bliver længere i afdelingerne, end sygeplejerskerne gør. Særligt i forhold til de lidt yngre sygeplejersker oplever lederne en forskel. Lederne lægger stor vægt på at have det, de kalder en stabil "grundstamme" eller "basisgruppe" i personalet, som både sikrer kontinuitet i de faglige kompetencer, men som også fungerer som det nogle kalder "kulturbærere." Tre ledende sygeplejersker fra forskellige specialer forklarer her, hvordan de oplever det:

Jeg har et stort turnover af sygeplejersker, for de er her kun et par år. Og det er jo et kæmpe arbejde hele tiden at oplære nyt personale, plus at det tager bare lang tid at introducere nye. Jeg vil gerne have en god basisgruppe af assistenter, som bliver ordentligt oplært og uddannet til at kunne varetage de funktioner [stuegang, modtage akutte patienter, diverse medicin håndtering og en række andre instrumentelle ydelser]. Og så bliver de basisstammen. Jeg kommer til at ansætte færre nye i år, for indtil videre har jeg kun fået to opsigelser i år, og noget af det skyldes, at de assistenter, de bliver bare. Det er godt for en afdeling at have noget stabilitet. Så nej, jeg vil helst ikke tilbage til det, vi kom fra [en højere andel af sygeplejersker på sengeafsnittet]. (ledende sygeplejersker, kardiologi)

Assistenterne giver noget robusthed. Vi er nødt til at have en fast stamme af noget godt personale, der er godt uddannet, og som kan nogle ting plejemæssigt. Og der tror jeg, at assistenterne er kommet for at blive i stor stil. Så jeg tror også, at jeg fortsat vil prioritere, at vi har 50-50 i forhold til vores normering [af hhv. sygeplejersker og assistenter], selvom tingene skulle ændre sig, [i forhold til rekruttering af sygeplejersker]. For jeg tror også, at vi fortsat vil se unge sygeplejersker, der går videre. (ledende sygeplejerske geriatri og endokrinologi)

Jeg har tre tidligere sygehjælpere, der er omskølet til assistenter, og de har arbejdet i sygehusvæsenet i alle årene. Så de har fulgt med i omlægninger, omstruktureringer, nye patientkategorier, nye behandlinger. Og de har været på, og de har haft lyst og overskud til at lære og deltage i det på lige fod med sygeplejerskerne. Og de har været en stabil gruppe, mens sygeplejerskerne har været mindre stabile. Så sygeplejerskerne nu, de holder ikke i afdelingerne lige så længe. Og de lærer ikke det grundlæggende lige så godt, synes jeg. (ledende sygeplejerske, gastromedicin)

Som det fremgår, lægger de ledende sygeplejersker stor vægt på at have en stabil grundstamme af personale på deres sengeafsnit. Og en væsentlig årsag til at de lægger vægt på anciennitet, er at oplæring og introduktion af nye medarbejdere er en tids- og ressourcetrækkende opgave. Dette gælder ikke mindst de mere specialiserede afdelinger, hvor det for alle medarbejdere tager tid at komme ind i specialet, lære patientkategorierne at kende og de behandlinger og observationer, der kendetegner specialet og sygeplejen i afsnittet.

Men flere af de ledende sygeplejersker peger også på, at ønsket om at have en stabil gruppe af assistenter også handler om, at de gerne vil have en nogle medarbejdere, som er lidt ældre og har "noget mere livserfaring", som denne leder af hæmatologien på et universitetshospital forklarer:

Der også noget generationsspecifikt i det her. Vi kan rekruttere erfarne assistenter, men når vi har stillingsopslag oppe til sygeplejersker, er det oftest nyuddannede. Og det gør noget at få nogle personer ind med noget livserfaring i sådan en afdeling her, hvor patienterne er svært syge. Sygeplejersker har en tendens til, at de shopper rundt i specialerne i starten af deres ansættelser, og det må vi se som et vilkår. Men vi har en afdeling, som er meget højt specialiseret, så vi har brug for en kerne, vi har brug for nogen, der har et højt vidensniveau inden for området. Og hvis det så ligger ved mange af assistenterne, så er det fint. For vi har brug for nogen, der bærer afdelingen, en kerne i afdelingen. (ledende sygeplejerske, hæmatologi)

Helt den samme oplevelse kan genfindes i psykiatrien:

Det er en generationsting, der har noget at gøre med, at vi har nogle ældre assistenter. Og det er jo ikke bare fordi, de bliver længe hos os, men det er også fordi, vi får dem ældre. Rekrutteringsmæssigt kan vi godt få assistenter, som er i 40'erne, som kommer fra hjemmeplejen for eksempel eller fra somatikken eller fra bosteder, og som synes, at de har fået så meget livserfaring, at de nu har noget at bidrage med hos os. Det er godt. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Dette perspektiv fylder hos flere af lederne. Og det betyder også at gruppen af medarbejdere med højere anciennitet ikke bare får stor erfaring og mange kompetencer indenfor et speciale og bestemte patientkategorier. For lederne handler det også om at have medarbejdere med "livserfaring". Som en leder udtrykker det: "De holder fast i de gode takter, vi har." Dette gælder selvfølgelig for alle medarbejdere med højere anciennitet, ikke kun assistenter, men også de erfarne sygeplejersker, der vælger at blive i sengeafsnittene. Som en leder udtrykker det, så bliver de mere erfarne medarbejdere ofte de kulturbærende:

Det handler også om assistenternes gennemsnitsalder og erfaringsalder, som er højere end vores sygeplejerskers. Så assistenterne bliver limen i en personalegruppe, det der får os til at holde sammen, de der indbyrdes relationer. De er kulturbærere. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Mange jobmuligheder for sygeplejersker øger deres jobmobilitet

Lederne oplever generelt, at det ikke er let at rekruttere sygeplejersker til sengeafsnit. Men det er endnu sværere at fastholde sygeplejerskerne på sengeafsnittene. De oplever, at sygeplejersker skifter job oftere end assistenterne, og de har flere bud på, hvorfor assistenter generelt er lettere at fastholde på sengeafsnit end sygeplejersker er.

For det første er mange af de sygeplejersker, der kan rekrutteres til sengeafdelingerne yngre – mange er helt nyuddannede. Og i den del af deres karriere vil de gerne rundt og prøve forskellige ting. Nogle ledende sygeplejersker kommer med eksempler på helt nyansatte og nyuddannede sygeplejersker, som kort efter ansættelsen fortæller, at de har planer om at søge videre efter relativt kort tid. Og lederne ser det i vidt omfang som "et vilkår, vi må leve med" (ledende sygeplejerske).

Men lederne peger også på, at sygeplejerskerne søger videre, fordi de – når de har fået en smule erfaring – har let ved at få mere attraktive stillinger end at være på et sengeafsnit. Det handler både om færre vagter og om at få mere i løn – og ofte en kombination af de to:

Når vi får sygeplejersker på medicinske afsnit, så er det mange gange nyuddannede sygeplejersker, der bliver ansat. Og de er hos os og træder deres basale barnesko for at få noget erfaring. Og det er de måske et par år, og så vil de gerne noget andet. Det er måske en anden karrierevej, men også det her med vagtmængden, som er stor for dem. (ledende sygeplejerske)

Når sygeplejerskerne siger op, så er det jo vagter, de bruger som argument: De kan rejse ud i kommunen, hvor de arbejder færre vagter, og hvor de får mere i løn: 'Jeg skal kun arbejde hver ottende weekend.' Og så har de været hos os i et par år, og så er det det, der sker. Og det er jo trist, fordi vi passer de dårligste patienter. Men det er bare sådan, det er. Selvfølgelig er der nogen, der vil en anden karrierevej og gerne vil være anæstesisygeplejersker eller noget. Men over halvdelen, det er fordi, de gerne vil arbejde i stillinger, hvor de ikke skal have vagter. (ledende sygeplejerske)

Sygeplejerskerne rejser mange gange fra sengeafsnit på grund af vagterne. Det er ikke fordi, de ikke synes, deres arbejde er spændende, men der er mange gennem tiden, som er rejst, fordi de kan få nogle stillinger, hvor de ikke har så stor en vagtmængde, som de har på sengeafdelinger. Det kan være i lægepraksis eller ambulatorie eller andre steder, hvor de måske ikke får lov at bruge deres faglighed. Assistenterne har ikke den samme mulighed for at arbejde i jobs andre steder, hvor der ikke er vagter. Assistenten er bare – om man kan lide eller ej – placeret et andet sted i hierarkiet. Det er jo meget enkelt: De har ikke de der muligheder [for stillinger med få eller ingen vagter]. (ledende sygeplejerske)

Der er dog også en ledende sygeplejerske, som har oplevet assistenter, der rejser fra sengeafdelingerne af præcis de samme årsager som sygeplejerskerne:

Der er nogle ældre assistenter, der har søgt ud som assistenter i almen praksis, fordi lægepraksis er begyndt at slå assistentstillinger op. Og de har hapset nogle stykker fra mig ud i almen praksis, fordi det er nogle erfarne assistenter. Nogle har været her i 20 år. Og de har akut-erfaring, det er jo gufat at få ud i en lægepraksis. Men når jeg så har talt med dem om det, så sidder de også og keder sig lidt [i almen praksis]: De bliver ikke udfordret godt nok fagligt. Men deres arbejdstider og lønninger er det, der gør, at de bliver derude. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

Samlet set mener lederne, at de væsentligste årsager til, at assistenterne generelt bliver længe i afdelingerne, er de opgaver, de får på en hospitalsafdeling, og den lokale kompetenceudvikling de får – kombineret med det faktum, at assistenterne ikke har de samme muligheder som sygeplejerskerne har for at få fagligt udfordrende stillinger andre steder, hvor der er færre eller ingen vagter:

Assistenterne søger ikke ud i kommunerne, som sygeplejerskerne gør. Og det er fordi, de ikke bliver udfordret fagligt ude i hjemmesygeplejen, som de gør herinde [på akutafdelingen]. Og det tæller allermost for assistenterne frem for at komme ud og få færre weekendvagter. Men det gør det ikke for sygeplejerskerne: Der tæller det at komme ud i hjemmesygeplejen og få en lille pause, hvor der ikke er så mange weekendvagter. Det tæller mere for en sygeplejerske end en assistent, fordi en assistent kan risikere ikke at kunne komme tilbage igen [til hospitalet]. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

Når det er sværere for en assistent at "komme tilbage", skyldes det, at de kompetencer, de får i den enkelte afdeling, i høj grad er lokale, og derfor ikke automatisk kan anvendes i andre afdelinger. Dette emne behandles i næste afsnit.

Lokale kompetencer til assistenter begrænser deres mobilitet

Ordet kompetencer anvendes på to måder i sundhedsvæsenet: (1) En *kunnen* i form af en evne, man har erhvervet sig, og som gør, at man er i stand til at udføre en opgave. (2) en *tilladelse* til at udføre en given type af opgave. Således taler lederne både om at kompetenceudvikle assistenter til at kunne udføre forskellige typer af opgaver og om at give assistenter tilladelse til at udføre forskellige opgaver. Det kan fx være at gå stuegang, modtage akutte patienter, håndtere forskellige former for medicin samt en lang række instrumentelle opgaver relateret til katetre, sonder, dræn, drop, blodprøver o. lign.

Kompetenceudviklingen af assistenter på hospitalsafdelinger er i høj grad lokal og afdelingsspecifik. Afdelingerne har selv udviklet den form for intern kompetenceudvikling, de finder relevant, og den har et indhold og en formaliseringsgrad, som er tilpasset den enkelte afdeling. Det foregår på forskellige måder. Der anvendes alt fra sidemandoplæring og følgedage, over færdighedslaboratorier og simulations-centre, til interne kurser med teori, undervisning og nogle steder også test (fx multiple choice eller en form for praktisk udførelse der godkendes af en anden fagperson, typisk en læge eller en sygeplejerske). Det afhænger af hvilke kompetencer, der er tale om, men det handler i høj grad også om lokale forhold i den enkelte afdeling. (Dette emne behandles mere indgående i afsnittet om Kompetenceudvikling af assistenter, s.48ff.).

Når kompetenceudviklingen er lokal og kontekstbundet, bliver assistenternes muligheder for at bruge deres kompetencer også lokal: Hvis de rejser fra én afdeling til en anden, forsvinder deres kunnen (evne og viden) selvfølgelig ikke. Men de kompetencer, assistenterne får mulighed for at bruge på de deltagende afdelinger, er bundet til den specifikke kontekst. Det er ikke generelle kompetencer, der erhverves på standardiserede måder, og som anerkendes på tværs af sundhedsvæsenet. I den forstand kan de ikke tage deres kompetencer med sig.

En ledende sygeplejerske forklarer herunder, at hvis en assistent tager til et andet hospital, så er det ledelsen der, som bestemmer, om hun kan bruge de kompetencer, hun har fået via intern kompetenceudvikling:

Det bestemmer [ledelsen på det nye hospital]. Vi laver en kompetenceprofil, og vi laver kompetencekort, som de får beskrevet og vurderet og signeret, så man kan se, hvad det er for nogle kompetencer, de har opnået. Og det kan de bringe med sig. Man kan kun håbe på, at andre steder vil drage nytte af det og sige, at det er rigtig dejligt, at de har de her kompetencer, som de er uddannede til og at de kan varetage de her opgaver. Og nu har de også fået et bevis på, at de har gennemgået det her [interne kompetenceudviklingskursus], og at de kan de her ting. Så ville det være ærgerligt, hvis ikke de fik lov til at bruge de kompetencer andre steder end her. (ledende sygeplejerske)

Men, som en anden ledende sygeplejerske forklarer, så vil det hver gang være afhængigt af, hvad den lokale ledelse synes, fordi kompetencerne er lokale og i den forstand ikke er formaliserede:

Hvis en assistent herfra kom over på en anden afdeling og sagde, 'jeg kan godt håndtere det her,' så ville jeg mene, at det kunne ledelsen på den anden afdeling godt gå med til. Men det er jo os som afdelingsledelse, der skal lave et delegeret ansvar her. Det er jo os, der står inde for det. Så det ville jo kræve, at ledelsen på det nye sted også står inde for det. (ledende sygeplejerske)

Det medvirker selvfølgelig til at begrænse assistenternes muligheder for jobmobilitet, hvis de ønsker at bruge deres viden og evner i andre kontekster. Og i den forstand er lokale kompetencer med til at begrænse assistenternes jobmobilitet.

Flere af de medvirkende ledere oplever, at de er gået længere med at kompetenceudvikle assistenter til mere selvstændig opgaveløsning end andre hospitalsafdelinger, hvor assistenter nogle steder stadig har mere grundlæggende og basale plejeopgaver, og ikke i samme grad er blevet kompetenceudviklet. Og dermed oplever flere af dem også, at det i sig selv er med til at fastholde assistenter i deres afdelinger:

Assistenter bliver fastholdt længere end sygeplejerskerne i min afdeling, fordi det er svært for dem at finde en afdeling, hvor de får så mange kompetencer, som her på akutafdelingen. Når man kigger ud i andre afdelinger, så har de ikke så stor en beføjelse og så højt et kompetenceniveau, som de har her på min akutafdeling. Og det er nok en af årsagen til, at de bliver her i afdelingen. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

Lokal kompetenceudvikling er således med til at sikre såvel rekruttering som fastholdelse af medarbejdere. Men det er også en konsekvens af, at der ikke findes standardiserede og formaliserede, regionalt eller nationalt anerkendte systemer til udvidelse og udvikling af assistenters kompetencer.

Assistenternes kompetencer

Assistenternes kompetencer er som beskrevet en af de væsentligst årsager til, at de ledende sygeplejersker ikke ønsker en ren sygeplejerskenormering i deres sengeafsnit, men foretrækker en mere tværfaglig personalegruppe. Dette afsnit handler om de ledende sygeplejerskers syn på assistenternes kompetencer med vægt på de aspekter, lederne finder væsentlige, når de skal sammensætte deres personalegruppe.

De ledende sygeplejersker er enige om, at assistenterne – ligesom sygeplejersker – er individuelle medarbejdere, og at der indenfor hver faggruppe er store individuelle forskelle. Men de mener også, at der er generelle fællestræk indenfor de to faggrupper, der gør det meningsfuldt at tale om, hvad der karakteriserer assistenterne som gruppe – og hvordan det adskiller sig fra det, der karakteriserer sygeplejerskerne som gruppe. De ledende sygeplejersker er også enige om, at assistenternes kompetencer ikke blot er en delmængde af sygeplejerskernes kompetencer. Stort set alle peger på, at ”*assistenterne har en anden indgangsvinkel [end sygeplejersker] til, hvordan man tilgår patienterne*,” som en ledende sygeplejerske på et gastromedicinsk sengeafsnit formulerer det.

I de følgende afsnit sætter de ledende sygeplejersker ord på, hvordan de oplever assistenternes kompetencer, hvad der kendetegner deres faglighed og den ”*anden indgangsvinkel til patienterne*”. Når lederne skal sætte ord på det, gør de det ofte ved at sammenligne assistenternes kompetencer og faglighed med sygeplejerskernes. Det er således ikke muligt at beskrive deres perspektiv på assistenternes kompetencer uden samtidig at komme ind på deres perspektiv på sygeplejerskernes kompetencer. Herunder de områder, hvor de oplever, at begge grupper har deres stærke såvel som mindre stærke kompetencer.

Det er vigtigt at understrege, at følgende er de deltagende ledende sygeplejerskers perspektiv. Og det er også værd at tilføje, at det for mange af de ledende sygeplejersker var svært at sætte ord på assistenternes kompetencer, og at de ofte bruger meget konkret eksempler, som de mener illustrerer de væsentlige forskelle mellem faggrupperne. Der er således ikke tale om hverken en ekstern karakteristik af assistenternes kompetencer eller assistenternes eget syn på deres kompetencer. Men da det som nævnt er de ledende sygeplejersker, der er afgørende for ansættelse af assistenter på hospitaler samt udvikling og anvendelse af deres kompetencer, er det væsentligt at få mere viden om, hvilke kompetencer de ledende sygeplejersker lægger vægt på.

Udgangspunkt i det raske menneske, frem for den syge patient

En ledende sygeplejerske på en kardiologiske afdeling oplever at den væsentligste forskel mellem de to faggrupper er, at assistenternes faglighed har det raske menneske som udgangspunkt, mens hun oplever, at sygeplejerskernes faglighed i højere grad har det syge menneske som udgangspunkt. Hun beskriver forskellen således:

Assistenterne har nogle andre kompetencer, som sygeplejerskerne ikke har dyrket ret meget. Det handler om det normale: Fx det normale bevægelsesmønster og normal ernæring. Sygeplejersken har fokus på det syge: Vores patienter fejler noget. Sygeplejersker er meget optaget af, hvad patienterne fejler, og hvordan kan vi hjælpe dem med at behandle deres sygdom. Vores assistenter har et andet blik, der handler om, at hvis man er syg, hvad har man så brug for, for at blive rask? Så har man brug for mere mobilisering, end sygeplejerskerne tænker, for hun tænker i første omgang noget medicinering eller noget. Assistenten tænker: Du har brug for at få noget god ernæring, ellers bliver du aldrig rask. De har hele tiden det raske for øje: Hvis man er rask, så spiser og drikker man sufficient; det gør den her patient ikke: Ergo er du ikke rask, og derfor skal vi hjælpe dig med at få noget god ernæring. Hvis du skal blive rask, så skal du mobiliseres op til måltider, du skal selv gå på toilettet osv.; det gør den her patient ikke: Ergo skal vi hjælpe dem til det. Det er mere assistentens syn, hvor sygeplejersken i højere grad tænker, hvis du ikke får noget at spise, så må du jo være for syg, gad vide hvad du fejler. Det er to vildt forskellige måder at tænke på. (ledende sygeplejerske, kardiologi.)

Lige netop ernæring og mobilisering er to områder, mange af de ledende sygeplejersker fremhæver, som der hvor assistenterne – både via deres uddannelse og ofte også via deres erfaring fra primærsektoren – både har meget fokus på og mange kompetencer indenfor.

Den grundlæggende, basale sygepleje

Begreberne grundlæggende eller basal sygepleje er ingenlunde neutrale begreber og da slet ikke, når konteksten er hospitalsafdelinger og i flere tilfælde højt specialiserede afdelinger på universitetshospitaler. Det er flere af de ledende sygeplejersker meget bevidste om:

Vi har sygepleje, vi har specialiseret sygepleje, og så har vi basal eller grundlæggende sygepleje. Og jeg bryder mig ikke om det der begreb 'basal sygepleje'. Der bliver en rangorden i det, for vi tænker lidt sådan: 'Jeg vil da ikke gå og lave basal sygepleje, hvis der er noget, der er specialiseret.' Det lyder finere og mere spændende, og det er jo også med til at niveaudele, hvad en sygeplejerske laver og hvad en assistent laver. Og det synes jeg er ærgerligt, for vi laver alle sammen sygepleje, og så er der noget, som er mere specifikt i forhold til bestemte sygdomme og behandlinger osv. (ledende sygeplejerske, kirurgi)

Der kan således tolkes megen implicit rangordning ind i begreber som basal eller grundlæggende sygepleje – helt uagtet at de ledende sygeplejersker igen og igen påpeger, hvor vigtig disse aspekter af sygeplejen er. Og de peger også på, at assistenterne er særligt gode til netop dette:

Sygeplejersker er så fokuserede på sygdomslære. Assistenterne har en anden tilgang til pleje af patienterne. Der er nogle basale ting, som assistenterne har enormt meget fokus på. Fx personlig hygiejne af patienterne, der er de bare knivskarpe i forhold til deres observationer, og de har tit noget med sig ude fra primærsektoren, de kan holde det op på. De kan observere, hvad er det lige, der sker ved patienten nu: Er der lidt rødme, er der lidt feber, er der lidt varme, hvordan er hudfarven? Hele den der praktiske know-how, den har assistenterne. De er rigtig, rigtig skarpe i de aspekter. Assistentuddannelsen ligner den gamle [sygeplejerske]uddannelse: De kommer hele vejen rundt om patienten; alle aspekter. De har haft patienten eller borgerne lidt mere i hænderne, de har været ude og observere dem, de har hjulpet dem med den personlige pleje, som er noget af det allermest basale i sygeplejen. (ledende sygeplejerske, neurologi)

Assistenterne er mere praktiske. De er skolede til at varetage mere grundlæggende sygepleje; varetagelse af måltider, de har fokus på aktiviteter på en anden måde, end sygeplejerskerne har. Også sådan noget som sår, alt sådan noget, det er de bare mega skarpe i. Sygeplejerskernes uddannelse er også blevet mere teoretisk med årene. Og det kan man godt mærke. Og det er nogle unge, nyuddannede sygeplejersker, vi får ud. De er usikre. Det er en anden generation. Jeg ønsker ikke en øget akademisering af assistenterne: De er uddannet til at varetage den grundlæggende basissygepleje, og den skal vi ikke glemme, for den er rigtig vigtig i hospitalssektoren og vi stiller høje krav til basisplejen. Assistenterne er en helt uundværlig faggruppe. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Andre ledende sygeplejersker sammenligner også assistenternes uddannelse, med deres oplevelse af sygeplejerskeuddannelsen for år tilbage. Og de oplever, at særligt de lidt ældre assistenter er med til at holde fast i det, en ledende sygeplejerske her kalder "gamle sygeplejedyder":

Assistenterne er praktikerne og generalisterne. De holder fast i grundessensen, og det er enormt givtigt, at de er med til at holde de gamle sygeplejedyder i orden. Det er de rigtigt gode til at være tovholdere på og til at vedligeholde. Det kan både være hygiejne, det kan være, hvordan stuen skal være fysisk, altså ordensmæssigt. Det er de lidt ældre assistenter rigtig dygtige til. Men jeg kan høre, at de nye assistenter, de kigger måske lidt mere på sygeplejerskerne, i stedet for at tage det her til sig. Men det er faktisk vigtigt, det her. (ledende sygeplejerske, kirurgi)

Til stede hos patienterne

Når de ledende sygeplejersker skal beskrive assistenternes kompetencer, er der flere af dem, som peger på deres adfærd: De oplever at assistenterne bruger mere tid ude på stuerne hos patienterne end deres sygeplejersker gør. Nogle peger på, at det til dels skyldes, at sygeplejerskerne har andre opgaver, bl.a. af mere koordinerende art, som de løser ved en telefon og en PC på et kontor.

Blandt os sygeplejerskerne, der er der en tendens til, at man gerne vil have noget administrativt, nogle særlige opgaver eller et eller andet, der gør, at man måske ikke lige altid skal være i plejen, hvor social- og sundhedsassistenter har en lidt anden indgangsvinkel. (ledende sygeplejerske)

En leder fra psykiatrien forklarer, hvilke typer opgaver sygeplejerskerne i hendes afdeling har, som i højere grad trækker dem ind på kontorer og dermed også væk fra patientkontakten:

Det skal være en sygeplejerske, som er ansvarshavende, og som så skal sørge for, at der er vagtdækning. Så hvis der kommer en sygdomsmeddelelse, så skal sygeplejersken finde ud af, hvem kommer på vagt til aftenen fx. Det er også den ansvarshavende [sygeplejerske], der skal sikre, hvis nogen på det somatiske sygehus skal have fast vagt, og så er det os, der stiller det til rådighed. Hvis der er noget i forhold til vores beredskab, hvis vi fx har skal-lukning, fordi der er en truende patient udenfor, så er det også den ansvarshavende, der står for det. Og sygeplejerskerne har nogle opgaver, hvor de er nødt til at snakke fortroligt i telefonen. Så det giver dem helt automatisk nogle flere timer på kontoret. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

En ledende sygeplejerske peger på, at fordelingen af opgaverne på de to faggrupper i hendes afsnit gør, at assistenterne er mere "inde og røre og se patienterne" og klarer alt omkring "ernæring, hygiejne og sådan nogle ting" end de sygeplejersker, der går stuegang. Hun forklarer det således:

Hvis du spurgte min lægemakker [den ledende overlæge], så siger hun til de andre overlæger, at det er her [på et afsnit hvor 5 ud af 22 medarbejdere er assistenter], patienterne bliver passet bedst, og at det er fordi, vi har de erfarne assistenter. Hun mener, det er her, der bliver ekstra nurset omkring badet, man får fx lige ordnet neglene. Der er den der ekstra omsorg, og hun mener, at de erfarne assistenter er dem, der gør, at mine sygeplejersker lærer det. Men det er også fordi, assistenterne ikke skal ordne medicinen, de skal ikke lige fange lægen, og de skal ikke lave alt muligt i forhold til kommunen. Der giver en ro at vide, 'jeg skal passe de her fire patienter, jeg skal sørge for, at de har det godt, at de er blevet vasket, at de har fået redt håret, at de har fået rensset ørerne og børstet tænderne og alle sådan nogle ting, og jeg har tid til at snakke med dem'. Det tror jeg er forskellen. Min lægemakker mener, det er fordi, der er assistenter, og fordi de er gamle. Men når mange af mine sygeplejersker har en vagt, hvor de også skal være på gulvet [parallelt med assistenterne, og ikke gå stuegang, sørge for medicin, udskrivning osv.], så giver de jo lige præcis den samme omsorg. (ledende sygeplejerske)

Mange af lederne har en oplevelse af, at der er noget i assistenternes tilgang til patienterne, som gør, at de bruger mere tid på stuerne – også de steder hvor assistenter og sygeplejersker har de samme opgaver.

En af årsagerne kan være, at sygeplejerskerne – ifølge denne ledende sygeplejerske – har en større tendens til at gå ind i det, lederen mener er lægernes opgaver, fx at forholde sig til, hvad og hvem der skal ses på til stuegang:

Assistenterne er gode til at tage patientens parti, fordi de er rigtig gode til at vælge at være på stuerne og ude hos patienterne, hvor sygeplejerskerne har en større tendens til at gå ind i det koordinerende og samarbejde med de andre faggrupper. Så assistenterne er gode til at fremlægge patientens ønsker, og hvad patienten snakker om, og de holder sig til det og begynder ikke at gå ind i behandlingsdelen. Og det synes jeg er rigtig værdifuldt. De kommer til at advokere for patienten, og det synes jeg faktisk, at de er gode til. Vi sygeplejersker er altså nogle gange rigtig dygtige til at læne os op ad det, der bliver efterspurgt af lægerne, og så bliver det styrende for vægtningen af sygeplejen.

Assistenterne placerer sig mere ude på stuerne end i det her fælles samarbejde. De går også stuegang hos os, så det er ikke fordi, de ikke har noget med lægerne at gøre. Men jeg synes faktisk, de er dygtige til at holde fast i, at 'jeg er der for patienten', og ikke lade alle de her koordinerende ting fylde så meget. De er gode til at holde sig til 'min patient siger, at...'. Måske er det fordi sygeplejerskerne er så komplekst tænkende, at de hele tiden prioriterer, hvad der er vigtigst, hvor en assistent tænker, 'jeg er her for patientens skyld', 'jeg er ude hos patienten', 'det er det her, der er dagsordenen', og så må lægen selv finde ud af, hvad der er vigtigt og ikke vigtigt til stuegang. Hvor sygeplejerskerne, de sidder selv og vægter, hvad skal der gås stuegang på, og hvad der ikke skal gås stuegang på. Og så bliver det måske ikke det rigtige, der kommer frem, så bliver det måske mere et blodprøvesvar, end det bliver, at patienten har det faktisk rigtig skidt i dag. Mange steder er det jo sygeplejersker, der sorterer i, hvad der kommer hen til lægen, og lægerne de klapper i hænderne og synes, det er dejligt, at det er gennemtygget, og at der er lige tre ting, de skal huske, og så er der ro på sygeplejerskerne - groft sagt. Men jeg mener, det er at sænke niveauet, for det er jo en lægefaglig opgave at vurdere, hvad der skal gås stuegang på. Det er noget lægen skal gå ud og se ved selvsyn og snakke med patienten om. Og der er assistenterne bedre til at holde sig på sygeplejers bane, synes jeg. (ledende sygeplejerske)

En anden årsag til at flere af de ledende sygeplejersker har en oplevelse af, at assistenterne er mere ude hos patienterne, kan være, at sygeplejerskerne har en anden tilgang til overvågning af patienter, og hvor meget eller hvor lidt det kræver deres tilstedeværelse ude hos patienterne, som denne ledende sygeplejerske forklarer:

Når jeg kommer rundt og snakker med personale og patienterne, og det gør jeg hver dag, så er der nogen patienter, jeg hiver ud af overvågningen og siger, at det her er der ikke behov for. Det kan sygeplejerskerne jo godt se, men det er blevet en kutyme, man bare klasker teknikken på, fordi så har man overvåget patienten, og så behøver man ikke at være inde ved patienterne - groft sagt. Så kan man overvåge dem ud fra en terminal, og det synes jeg er ærgerligt, at man ikke er inde ved patienterne så tit mere. Sygeplejerskerne kommer jo ikke ud ved patienterne, fordi de kan overvåge dem på distancen. Og når man ansætter sygeplejersker, er de meget fokuseret på det tekniske, og de tror, det er det tekniske, der skal fylde på det akutte område. Det er jo et hjælpemiddel, det er nogle værktøjer, vi drager ind i vores pleje af patienter, men sygeplejerskernes tror, det er hoveddelen i den akutte pleje. (...) Jeg tror det ligger i assistenternes uddannelse og dermed også deres kultur: Man kan ikke skifte en ble på fjerndistancen, og man kan heller ikke give en patient væske eller børste tænderne på fjerndistancen. Så der ligger jo masser af plejemæssige opgaver, som du er nødt til at være inde ved patienterne for at udføre. Det har assistenterne nok en smule mere blik for, end sygeplejerskerne har. (ledende sygeplejerske)

Tre ledende sygeplejersker på hvert deres sengeafsnit peger herunder på, at de oplever, at assistenternes har lettere ved at gå ind i mødet med et andet menneske, de aldrig har set før, hvilket også kan spille en rolle i forhold til deres tilstedeværelse på stuerne, ude hos patienterne:

Jeg har en fornemmelse af, at assistenterne har været mere ude i basale pleje end sygeplejerskerne. Det virker som om, de har nemmere ved at gå ind i mødet med et menneske. (ledende sygeplejerske)

Jeg synes, assistenterne er bedre til at være i det der møde med et andet menneske. Det der med at gå ind ad en dør til et menneske, du aldrig har snakket med før. Og det kræver jo noget. Særligt hvis man ikke har det særlig meget sin uddannelse. Jeg tror faktisk, at det er enormt vigtigt at træne. Og det synes jeg faktisk, at assistenterne er rigtig gode til. De er gode til at have den der indre ro i mødet med et andet menneske. Det skal sygeplejerskerne lære, altså de nyuddannede sygeplejersker, det er ligesom et af de skridt, de skal tage. Jeg tror, at assistenterne ser det mere som deres kerneopgave, end sygeplejerskerne gør. Sygeplejerskerne har bevæget sig. Selvfølgelig er det vores opgaven at passe patienterne, det er det for os alle sammen. Men med et andet fokus for sygeplejersker end for

assistenter. Sygeplejerskernes kerneopgave er meget at koordinere patientforløb. (ledende sygeplejerske)

Nogle af vores mindre teoretiske assistenter har nogle gode menneskelige egenskaber. Og de er rigtig dygtige. De har de der kompetencer: De er rigtig gode til det der med at bare sætte sig ned og være sig selv. Så de bruger sig selv til at få den urolige patient til at falde til ro, når de sidder med patienten. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Flere af de ledende sygeplejersker peger på, at de mere relationelle kompetencer ikke kun handler om forskelle i uddannelserne hos de to faggrupper. Det handler også om, at sygeplejepersonalet på sengeafsnit ofte er yngre og relativt nyuddannede og dermed mindre erfarne end assistenterne typisk er. Som en anden ledende sygeplejerske udtrykker det:

Assistenterne er gode til det med at have plads til patienten, at gøre tingene på patientens præmisser. Det er måske også fordi, de assistenter jeg har, de er lidt ældre, så de er ikke så mig-fixerede. (ledende sygeplejerske)

En leder fra en lukket psykiatrisk modtagelse beskriver assistenternes kompetencer således:

Det relationelle aspekt er helt afgørende. Assistenterne er yderst kompetente i forhold til relationsdannelse og -vedligeholdelse, og det er helt afgørende. I forhold til nedbringelse af tvang har de også nogle særlige egenskaber og kvalifikationer, ofte qua deres erfaring. Og de fleste af mine assistenter er erfarne, så de har været i specialet i mange år, og inden har de også erfaring fra primærsektoren. Og så er de vant til at arbejde tværfagligt, og jeg har både fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialpædagoger og sygeplejersker. Assistenterne har fokus på ADL i højere grad. Og de har blik for dagligdags funktionsniveau og ressourcer. Mens sygeplejerskeuddannelsen i stigende grad er blevet mere instrumental. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

De forskellige tilgange til patienterne handler således ikke udelukkende om forskelle i faggruppernes kompetencer. Forhold som alder, anciennitet, opgaver, kultur og synet på kerneopgaven spiller også ind. Desuden er det væsentligt at minde om, at man ikke ud fra en kvalitativ interviewundersøgelse kan konkludere noget om forskellige faggruppernes faktiske adfærd og hvor meget tid de bruger sammen med patienterne. Den kan – og skal – alene afdække de ledende sygeplejerskers erfaringer med og perspektiv på assistenter på hospitaler, da det er disse perspektiver og erfaringer som er afgørende for assistenternes arbejde i hospitalssektoren.

Ekspert i primærsektor

Størstedelen af assistenternes praktik under uddannelsen foregår i kommunerne, og langt de fleste assistenter finder som nævnt i indledningen ansættelse på det kommunale område. Derfor oplever mange ledende sygeplejersker, at assistenterne både qua deres uddannelse og ofte også deres tidligere ansættelser har en større viden om primærsektoren, end mange sygeplejersker har. Da mange indlagte er ældre borgere, er det vigtigt for sengeafsnittene at have medarbejdere, som har viden om den kommunale sektor, og som er gode til samarbejdet med medarbejderne der. To ledende sygeplejersker forklarer her, hvordan de oplever det:

Assistenterne har en kæmpe viden om primærsektor, fordi de som regel har haft ansættelse ude i en kommune i forbindelse med deres uddannelse. Så der bliver bragt noget viden ind på vores hospital, som er værdifuldt. (ledende sygeplejerske)

Assistenterne kan også være knaldhamrende dygtige til udskrivelse og kommunikation med hjemmesygeplejen, fordi de faktisk kender arbejdsgangen ude i kommunerne. Vi bruger dem som brobyggere til hjemmesygeplejen. Sygeplejerskerne [på hospitalet] er elendige til at vide, hvad der sker ude i hjemmesygeplejen. De har nogle mærkelige forestillinger om, hvad der foregår derude. Det kender assistenterne helt vildt meget til. De ved, hvad der er muligt ude i et hjem. De har stået

derude i deres uddannelse og kender til det. De ved, hvad det er, de står med derude. (ledende sygeplejerske)

Godt 43 % af alle borgere over 80 år har i løbet af et år både et forløb i kommunen og på hospitalet. For befolkningen som helhed gælder det for under 6 %⁵. I takt med at vi bliver flere ældre borgere, kommer der også langt flere på hospitalerne, som har et forløb i kommunen. Derfor får hospitalerne større og større behov for at kunne samarbejde med kommunerne.

Forskellene på assistenters og sygeplejerskernes kompetencer

De foregående afsnit har haft fokus på de kompetencer hos assistenterne, som de ledende sygeplejersker fremhæver som væsentlige, og hvor de oplever, at assistenter skiller sig positivt ud. Men når lederne taler om assistenternes kompetencer, definerer de dem oftest relativt i forhold til sygeplejerskernes kompetencer. Derfor kommer de også ind på områder, hvor de oplever, at sygeplejerskerne er stærkere fagligt funderet end assistenterne. Det er netop de områder, hvor lederne har fokus på at udvikle assistenternes kompetencer. Lederne kommer fra meget forskellige specialer, og de ser ikke forskelle og ligheder mellem assistenter og sygeplejersker på samme måde. Men de er meget ens i deres beskrivelse af de områder, hvor sygeplejerskernes kompetencer er stærkere end assistenternes. Stort set alle lederne peger på det samme: Refleksion. Men også formuleringer som "at have overblik", "koordination" og "at binde alle knuderne" går igen.

Der er som sagt mange ledere, der peger på forskelle i refleksionsniveauet mellem de to faggrupper. Tre forskellige ledende sygeplejersker forklarer, hvordan de oplever det:

Jeg kan komme med et eksempel: En assistent går ind til en patient og ser, at patienten ikke kan tisse selv, og kan se, at der er en hel masse urin i blæren, så hun skal katerisere patienten. Det har hun lært, og hun anlægger et kateter, vandet løber, problemet er løst. Næste gang er det sygeplejersken, der kommer ind og ser at patienten ikke kan tisse, og hun anlægger et kateter, men hun stopper op og siger, hvorfor kan den her mand ikke tisse? Det tror jeg måske i virkeligheden er den væsentligste forskel [på assistenter og sygeplejersker]. Det har det i hvert fald været tidligere. Tidligere sagde jeg altid, at den største forskel på uddannelserne [til assistent og sygeplejerske], det er refleksionsniveauet. Men uddannelsen til assistent har ændret sig undervejs, og assistenterne kommer godt efter den del også. Det vi træner rigtig meget med vores assistenter, det er refleksion: At stoppe op hver evigt eneste gang og sige hvorfor? Det handler om refleksionsniveau. Meget af det er kommet til de sidste år via uddannelsen. Og derfor tror jeg, at vi får nogle super dygtige assistenter, som virkelig selv synes, at de har en vigtig rolle. Fordi de får lov at stille sig et 'hvorfor?', og de får lov til at dele det med deres kollegaer: Sygeplejerskerne, lægerne og terapeuterne. Og det er ikke sikkert, at de kan svare på det, men det er jo sådan, man træner det: Man snakker med andre om, hvad udfordringen er her? Det har assistenterne måske ikke kunnet få lov til at gøre så meget før, for der skulle de bare gå ud og passe patienterne. (ledende sygeplejerske, urologi)

Den mest markante forskel [mellem assistenter og sygeplejersker] er, at sygeplejersker er trænet i refleksion. De er trænet i det at se på en patient og koble det med den teori, de har lært, og de værdier, de måler. De kan lave koblingen. Assistenterne kan sagtens se på patienten og sige okay, du ser ikke særlig godt ud. Så kan de måle nogle værdier, men der går lidt mere tid, inden de laver koblingen. Når de skal give medicin, så tænker de måske ikke lige over, at de lige har målt et lavt blodtryk, og så skal de ikke lige give blodtryksænkende. Assistenterne kan sagtens lære den der refleksion, men sygeplejerskerne har bare en anden pakke af teori [via deres grunduddannelse], de kan sætte i spil, og det bliver meget tydeligt på mit sengeafsnit. (ledende sygeplejerske, lungemedicin)

⁵ Sundhedsdatastyrelsen (www.esundhed.dk/Emner/Sundhedsklynger/Datapakker)

Noget af det, vi træner meget [med assistenterne], det er refleksion. Vi gennemgår nogle patientcases, og får dem til at fortælle, hvad de reflekterer over, når de ser den her patient eller det her forløb. (ledende sygeplejerske, kardiologi)

Evnen til at reflektere, som lederne kalder det, og hele tiden søge sammenhænge i de observationer de gør sig og "stille et hvorfor?," er således en forskel mellem de to faggrupper, og et område lederne er meget bevidste om at træne deres assistenter i.

Et andet område, hvor flere lederne fremhæver sygeplejerskernes kompetencer, handler om det, lederne kalder "overblik," og som de ser som grundlaget for at kunne koordinere patientforløb og skabe sammenhæng. En ledende sygeplejerske fra en hæmatologisk afdeling på et universitetshospital, der har valgt, at hun gerne vil have ca. 20 % assistenter i personalegruppen, oplever forskellene mellem de to faggrupper således:

Vi har lange indlæggelsesforløb og de er komplekse. Der er brug for en, der har overblikket og kan holde hovedet koldt og får det hele til at hænge sammen. Der er mange bolde i luften omkring den enkelte patient, og sygeplejerskerne de skal gribe dem alle sammen. De skal skabe den sammenhæng i patientforløbet, som patienten har brug for. For ellers bliver det simpelthen for fragmenteret. At sikre alt det koordinerende, at kunne løfte sig og have overblikket over patientforløbet, det vil jeg til enhver tid sige, skal være en sygeplejerske. Det handler ikke om individuelle kompetencer: Sygeplejerskerne er på et andet fagligt niveau. Jeg synes sygeplejerskernes rolle ændrer sig. Jeg mener, at de har et større ansvar, fordi de skal have overblik over flere patienter. De bliver mere en lille leder i hverdagen på et patientforløb, end de har været tidligere. Assistenterne er rigtigt gode til, hvis du har en tjekliste, og du ved, at du skal screene for tryksår, og du ved at de ser sådan og sådan ud. Men der skal være nogen, der tænker sammenhæng mellem tryksår, ernæringsterapi, væsketerapi, madrasmobilisering, og laver alle de refleksioner og får bundet alle de knuder. Og det skal være en sygeplejerske med specialeerfaring. (ledende sygeplejerske, hæmatologi)

Som sagt ser lederne ikke helt ens på assistenternes – eller sygeplejerskernes – kompetencer. De er meget enige om, at sygeplejerskernes refleksionsniveau er højere, og at de qua deres uddannelse er trænet mere i den form for refleksion, som de ledende sygeplejersker efterspørger. Og nogle ledere oplever, at assistenternes uddannelse de seneste år har fået mere fokus på at træne eleverne i refleksion. Nogle ledere mener, at assistenterne kan lære refleksion på lige fod med sygeplejerskerne i deres afdelinger, hvis de bliver trænet i det og får et større selvstændigt ansvar for patienterne. Andre mener, at der er en niveauforskel, der ikke gør det muligt. Hvad der skyldes individuelle forskelle mellem lederne, og hvad der skyldes, at de kommer fra vidt forskellige afdelinger og specialer, kan ikke afgøres her. Men det værd at bemærke, at lederne peger på, at hovedforskellen mellem de to faggrupper ikke handler så meget om, hvilke konkrete kliniske eller instrumentelle opgaver de kan oplæres til. De sygeplejefaglige ledere peger i langt højere grad på evnen til refleksion og til at skabe koordinering og overblik.

Udviklingstendenser, der påvirker assistenternes kompetencer

Flere ledere har assistenter ansat, som oprindeligt er uddannet sygehjælper, men som er omskoleet til assistenter, da uddannelsen blev etableret i 1991. Siden etableringen er der foretaget en lang række ændringer i uddannelsen. Senest er uddannelsen til assistent blev adskilt fra uddannelsen til social- og sundhedshjælper, som den frem til i 2017 har været en overbygning på⁶. Assistentuddannelsen tager i dag 3 år, 9 måneder og 3 uger, og det er derfor begrænset, hvor meget erfaring de ledende sygeplejersker kan have med assistenter efter den nye, selvstændige 2017-uddannelse.

Ud over de formelle ændringer i uddannelsen peger de ledende sygeplejersker imidlertid også på andre udviklingstendenser, som har betydet ændringer i gruppen af assistenter.

⁶ For en gennemgang af udviklingen i uddannelsen, se Vinge & Topholm, [Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne](#) (afsnit 2.3), VIVE 2021

Dette afsnit belyser lederens oplevelse af, hvordan gruppen af assistenter har ændret sig gennem årene, og hvad det betyder for i relation til rekruttering og anvendelse af assistenternes kompetencer på hospitaler.

Flere bliver assistenter aflyst

Flere af lederne peger på, at de oplever en ændring i, hvem der søger ind på assistentuddannelsen, og ikke mindst hvorfor de søger ind. Ingen af dem sætter årstal på, men mange peger på, at der er sket en positiv udvikling. Tre ledende sygeplejersker forklarer her, hvordan de har oplevet udviklingen:

Tidligere var der rigtig mange [elever], hvor man havde en fornemmelse af, at det egentlig ikke var deres egen interesse, der gjorde, at de var på uddannelsen. Man havde en fornemmelse af, at der var mange kommuner, der brugte assistentuddannelsen til at placere unge mennesker, som måske ikke lige havde noget arbejde. Så kunne de altid tage en uddannelse til social- og sundhedsassistent. (ledende sygeplejerske)

Jeg kan mærke, at assistentuddannelsen sjældnere er et beskæftigelseshjørne nu. Det var den tidligere. Nogle af de elever vi fik ud, det var sådan: 'Hvis du er ledig, og du vil arbejde med mennesker – så er assistentuddannelsen en mulighed'. Så vi fik nogen elever, som gik ind i uddannelsen for at lukke munden på kommunen. Interessen var der ikke, og vi skulle næsten opdrage dem til at deltage i et arbejdsliv. (ledende sygeplejerske)

Mange af dem, der ikke brænder for faget, er blevet sorteret fra. Så det er nogle helt andre elever, vi får ind i huset. De har virkelig interessen for at blive assistenter. De har interessen for patienterne og for at yde sygepleje. Dem, vi får ind nu, de er helt anderledes. De er bedre rustet til at være herinde på sygehuset. (ledende sygeplejerske)

Denne ændring i motivationen til at søge ind på assistentuddannelsen oplever lederne primært i relation til de elever, de har i uddannelsesforløb på afdelingerne. Og deres vurdering af eleverne påvirker selvfølgelig deres rekrutteringsstrategier på sigt.

Men der er også en af lederne, som oplever det modsatte. En leder i psykiatrien på et hospital beliggende i udkanten af landet, beskriver her hvordan hun oplever udviklingen:

Jeg synes, der har været en glidende kurve de sidst ti år, særligt de sidste 5, hvor jeg er bekymret for, at vi lader mange, som vi ikke mener skulle bestå, gå gennem uddannelsen. Det gælder både sygeplejersker og assistenter. Udfordringen er, at der er så få unge mennesker, og at pladserne på uddannelsen ikke er fyldt op. Vi vil egentlig gerne stoppe nogen og hjælpe dem videre til noget andet, for det er synd for dem, at de skal plages med det her. Det er frustrerende: På den ene side er det synd, at de ikke kommer igennem. Men på den anden side, er det også synd, hvis man uddanner nogen til noget, de ikke skulle være, og de ikke får hjælp til at vælge den rigtige karriere. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Ændringer i assistenternes uddannelse og kompetencer

Reformen af social- og sundhedsuddannelserne i 2017 medførte, at assistenterne ikke først skal uddanne sig til social- og sundhedshjælper, for derefter at kunne uddanne sig videre til assistenter. De starter nu direkte på assistentuddannelsen.

Der er forskel på hvor tæt et kendskab, de ledende sygeplejersker har til assistenternes uddannelse, herunder til de ændringer der har været i den gennem årene. Nogle ledere har mere indgående viden om uddannelsen, fx fordi de er censorer på SOSU-skoler, har været ansat på skoler eller har anden tilknytning til skolerne. En enkelt leder er selv uddannet assistent, før hun blev sygeplejerske og siden leder. Det er derfor ikke lige tydeligt for alle lederne om den udvikling, de oplever i såvel færdiguddannede assistenter som i de elever, de får på afdelingerne, skyldes specifikke ændringer i uddannelsen, eller det skyldes andre udviklingstendenser.

Flere ledere peger på, at de får en ny type assistentelever, som er væsentligt yngre end tidligere, hvilket er en naturlig konsekvens af ændringen i 2017. Det bliver særligt tydeligt, fordi eleverne kan starte på assistentuddannelsen direkte efter folkeskolen. Derfor er nogle af assistenteleverne teenagere, når de er færdiguddannede.

Som det fremgik af forrige afsnit, oplever lederne, at flere læser til assistent af lyst, hvilket lederne naturligt nok oplever giver bedre og mere motiverede elever. Ligesom flere af dem oplever, at eleverne fagligt set er bedre rustet til at være på en hospitalsafdeling end tidligere. Reformen af assistentuddannelsen har gennem årene hævet det faglige niveau på uddannelsen. Men som det fremgik tidligere, er assistenternes anciennitet – og dermed også erfaring og alder – et af de aspekter ved assistenterne, som de ledende sygeplejersker ofte lægger vægt på. Derfor ser nogle af lederne også med en vis skepsis på, at nogle af assistenterne er meget unge, når de er færdiguddannede:

De kommer med relativt lidt i bagagen, og de kommer også med relativt lidt livserfaring i det hele taget. Jeg håber ikke, det er den tendens, at de er så unge [teenagere], når de bliver færdiguddannede som assistenter. Fordi så får vi en større udfordring i forhold til at sikre, at de bliver socialiseret godt nok ind i sundhedsvæsenet. Og at de også bliver klædt på rent personligt og menneskeligt med den livserfaring, de egentlig mangler. (ledende sygeplejerske)

Det er vigtigt at understrege, at ingen af lederne peger på faglige udfordringer ved assistenter efter den nye uddannelse fra 2017, og ingen af dem er kritiske overfor uddannelsen. Nogle oplever som sagt en udvikling i retning af mere motiverede og målrettede elever. Andre er slet ikke bevidste om, at der har været en ændring af uddannelsen. Deres skepsis handler udelukkende om det, lederen i citatet opsummerer som et behov for at have personale med "livserfaring". Dette behov – og dermed denne udfordring – gælder ikke kun for assistenter, men for alle faggrupper. Det særlige ved assistenterne er, at de er den faggruppe blandt det patientnære personale, der kan blive færdiguddannet tidligst.

Flere af lederne oplever, at der er sket ændringer i de kompetencer, assistenterne får via deres uddannelse. Og de lægger særligt vægt på kompetencer i relation til refleksionsniveau og sygdomslære, som også er de kompetencer, de ofte fremhæver hos sygeplejerskerne, hvilket disse to ledende sygeplejersker på hhv. en urologisk og en neurologisk afdeling peger på:

Assistenterne bliver mere uddannet til at være undrende og reflekterende omkring deres sygepleje. De gør ikke bare tingene, fordi de har set, hvordan man gør: Lægger et blærekateter f.eks. De har også refleksionen i det, de observerer, og de kommer hele vejen omkring. (ledende sygeplejerske, urologi)

Assistenternes uddannelse har ændret sig væsentligt inden for de sidste år. De har nogle helt andre kompetencer, end de havde for år tilbage. De er meget mere reflekterende, de har meget mere sygdomslære nu, og de kan se rigtig mange aspekter af sygeplejen. Den nye [assistent]uddannelse minder rigtig meget om, hvordan sygeplejerskeuddannelsen var i gamle dage. (ledende sygeplejerske, neurologi)

I det sidste citat sammenligner lederen assistenternes uddannelse med hendes oplevelse af sygeplejerskeuddannelsen "i gamle dage." Den sammenligning laver flere af de ledende sygeplejersker, når de taler om de karakteristika ved assistenternes kompetencer, de særligt har stort behov for på sengeafdelinger. Derfor kommer lederne ofte ind på, hvilke kompetencer og færdigheder de savner på sygeplejerskeuddannelsen i dag, når de taler om assistentuddannelsen, og hvordan den har ændret sig over tid. Lederne ser de to uddannelser i sammenhæng, fordi de to faggrupper supplerer hinanden i deres personalegrupper. Og det er netop de kompetencer, de oplever, at sygeplejerskerne nu får i mindre grad end tidligere via deres uddannelse, som de oplever, at assistenterne i højere grad får via deres uddannelse. Tre ledende sygeplejersker beskriver her, hvordan de oplever udviklingen i uddannelserne, og hvad det betyder for dem:

Sygeplejerskeuddannelsen er jo strikket sådan sammen, at man kan få en ny sygeplejerske, der har været i et ambulatorie og slet ikke har været i berøring med en patient på en sengeafdeling. Jeg kan

sagtens sidde med en nyuddannet sygeplejerske, der har været i tre ambulatorier. Så de kan jo en masse i forhold til det kommunikative. De kan en masse i forhold til den hurtige patientkontakt, og de kan etablere et tillidsfuldt forhold til en patient osv. Men de kan ikke finde ud af at skifte en ble. De har aldrig prøvet at vaske en patient. Du kan blive sygeplejerske og aldrig nogensinde have prøvet at hjælpe en patient i bad. De har aldrig nogensinde prøvet at ordne personlig hygiejne for en patient. Der er sygeplejerskeuddannelsen blevet anderledes. Og der møder man ikke på samme måde en assistent, der ikke har prøvet det. (ledende sygeplejerske)

Det jeg savner ved sygeplejerskeuddannelsen er, at de kommer hele vejen rundt: Ikke kun på en operationsgang eller i et ambulatorie. Man er nødt til at se den medicinske patient, man skal se den kirurgiske patient, man skal se den psykiatriske patient, og man skal ud i hjemmeplejen. Og det ser assistenterne. De har alle områderne. Og det mangler vi ved de nye sygeplejersker. (ledende sygeplejerske)

Jeg synes ikke, at de sygeplejersker, der kommer ud i dag, kan det grundlæggende godt nok. Det at gå ind til en patient og se, hvad behovet er i forhold til fx hygiejne: Giver det god mening, at de får rensede neglene? Patienten skal have et brusebad, men de lærer ikke de kommunikative ting i forhold til at overbevise en patient om, at nu skal du komme i bad. Jeg synes, de har for lidt viden om, hvor vigtigt det er at være ren og pæn og være velernæret. De sygeplejersker, der kommer ud, er smadderdygtige til at udregne ernæringsbehov, og hvordan man skal dække ernæringsbehovet. Men jeg synes, der mangler noget i forhold til at få ernæringen i patienten. Det er udførelsen af det, der mangler. Sygeplejerskerne mangler noget hands-on. (ledende sygeplejerske)

I det sidste citat taler den ledende sygeplejerske udelukkende om, hvordan hun oplever, at sygeplejerskernes uddannelse og kompetencer har udviklet sig, men konteksten for citatet er, at den "hands-on" og evne til at sikre "udførelsen" af sygeplejen i praksis, den oplever hun, at assistenterne i højere grad får med sig.

Assistenternes opgaver

Assistenter i hospitalssektoren er som beskrevet ikke noget nyt fænomen. Den kvantitative kortlægning i del 1 viste, at der fra 2018 – 2022 har været en stigning i antallet af assistenter på 10 % (omregnet til fuldtidsstillinger). Men snarere end en udvikling i antallet af assistenter peger lederne på, at det, der særligt er sket de senere år, er, at der er sket en markant ændring i den rolle, assistenterne har, og de opgaver de udfører. Dette gør sig særligt gældende i somatikken. En ledende sygeplejerske på et kardiologisk afsnit og med 25 års erfaring forklarer:

Der har altid, i den tid jeg har været leder, været assistenter. Men de opgaver, de udfører, har forandret sig rigtig meget. Og holdningen til at have dem ansat har også forandret sig rigtig meget. (ledende sygeplejerske, kardiologi)

Der er stor variation i, hvilke opgaver assistenterne varetager. Ikke bare afdelingerne imellem, men også indenfor de enkelte afdelinger. Som nævnt beskriver lederne, at der både er assistenter, som er "sultne" efter kompetenceudvikling, ansvar og nye opgaver – og der er assistenter, som ofte har lang erfaring, men som ikke er så "sultne" efter udvikling og nye opgaver. Lederne problematiserer generelt ikke, at der findes en gruppe af - typisk lidt ældre - assistenter, som ikke er "sultne" efter flere kompetencer:

Assistenterne må meget gerne blive akut-assistenter, men der er faktisk nogen, som ikke ønsker det. Og det skal være legalt at sige, 'jeg er meget glad for at være assistent på gulvet. Så det vil jeg gerne holde mig til at være rigtig god til'. Det er der nogen, der har valgt. Der ligger ikke nogen tvang i det [kompetenceudvikling i form af den interne uddannelse til akut-assistent]. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

Jeg har faktisk nogle ret erfarne assistenter, som siger, at når vi går over til medicineringsdelen, eller noget mere specialiseret kirurgisk, 'så er det ikke mig: Jeg er generalisten, og det trives jeg med'. (ledende sygeplejerske, kirurgi)

Vi har udviklet nogle kompetencekort for assistenterne, og det har været meget op til den enkelte assistent, hvor meget de har lyst til at gå ind i opgaven. Der er nogen, der godt kan se sig selv have nogle øgede kompetencer, men der er også nogen, der egentlig bare er rigtig trykke i, at tingene bliver ved med at være, som de er. Og det skal der også være plads til. (ledende sygeplejerske, gastromedicin)

Som det fremgår, er de ledende sygeplejersker så glade for deres erfarne assistenter – også selvom de ikke ønsker at påtage sig flere eller nye opgaver – at de ofte understreger, at "det skal der være plads til" og at der ikke skal være nogen form for "tvang" i forhold til kompetenceudvikling.

Men samtidig er der flere ledere, der påpeger, at når de ansætter nye assistenter, så er det vigtigt for dem, at det er nogen, som er "sultne" og gerne vil udvikle deres kompetencer. Der er også en enkelt leder, som fortæller, at selvom hun er meget bevidst om ikke at "presse" assistenter ud i kompetenceudvikling, så er hun også i en så gunstig rekrutteringssituation, at hun – som hun formulerer det – har valgt at "skære nogen fra", fordi afdelingen er "bedre hjulpet med nogen andre":

Vi har talt meget om, at vi ikke skal presse nogen ud i at kompetenceudvikles, og de skal have lov til at sige, at det vil de gerne afstå fra. Det er meget individuelt: Der er nogle, der kan gå i natvagt, der er andre, der ikke kan. Der er nogen, der hjælper med IV-medicin, og der er nogen, der ikke gør det og aldrig kommer til det. På den måde er vi også ret skarpe lige nu, fordi vi ikke er i [personale]nød, og det gør, at vi kan tillade os at skære nogen fra, hvor vi tænker, at vi er bedre hjulpet med nogle end med andre. (ledende sygeplejerske)

På tværs af de individuelle forskelle mellem lederne, deres afdelinger og specialer, så tegner der sig et billede af, at lederne på den ene side har et stort behov for at have en fast kerne eller en grundstamme, som nogen af dem kalder det, der har stærke kompetencer og kan varetage opgaverne omkring grundlæggende og basal sygepleje. Men de har også behov for, at assistenterne kan løse flere opgaver selvstændigt og dermed på et højere kompetenceniveau. Hæver man sig op over de individuelle forskelle på assistenterne, er der en klar tendens på

tværs af de medvirkende afdelinger, til at assistenterne kompetenceudvikles til at løse langt flere sygeplejeopgaver selvstændigt, end man tidligere har brugt assistenter til i hospitalssektoren.

Det er væsentligt igen at minde om, at de medvirkende afdelinger og ledere ikke er udvalgt med henblik på at være gennemsnitlige eller repræsentative. De medvirkende afdelinger er udvalgt, fordi de har relativt mange erfaringer med at bruge assistenter i plejepersonalet. Således påpeger flere af de medvirkende lederne, at deres assistenter meget ofte har flere og mere selvstændige opgaver, end assistenter på deres naboafdelinger på de samme hospitaler. De opgaver, der beskrives i dette afsnit, skal således ikke ses som et gennemsnitligt billede af assistenters opgaver på hospitaler. Det er snarere et billede af, hvilke muligheder og hvilket potentiale det er lykkedes nogle afdelinger at realisere.

Fra rundepleje til selvstændigt ansvar

Lederne beskriver, at assistenterne – og før da sygehjælperne – traditionelt har været brugt til det, de kalder ”rundepleje”: At assistenterne har nogle basale plejeopgaver, typisk i relation til personlig pleje, herunder hygiejne og mad, eventuelt kombineret med måling af værdier, de efterfølgende skulle meddele til en sygeplejerske. Og flere peger på, at den form for rundepleje stadig anvendes, og måske ligefrem er den mest almindelige måde at bruge assistenter på hospitaler:

Der er stadigvæk rigtig mange steder på hospitalet, hvor assistenter skal gå rundepleje og vaske patienterne og måle værdier på dem. (ledende sygeplejerske)

Det er vigtigt at understrege, at denne form for organisering af pleje på ingen måde er forkert. Som flere ledende sygeplejersker har påpeget, så har de mange steder en gruppe af typisk lidt ældre og erfarne assistenter, som har virkeligt stærke kompetencer på netop dette område, og de ledende sygeplejersker understreger ofte, hvor vigtigt det er for dem at have en kerne af medarbejdere, som kan netop dette i deres sengeafsnit.

Det er dog tydeligt, at der er forskel på, hvordan plejen er organiseret på de medvirkende afdelinger. Nogen kører primærpleje, hvor én medarbejder varetager (stort set) alt omkring en patient, mens andre afdelinger deler det mere op, så nogle medarbejdere tager sig af fx stuegang og (særligt nogle former for) medicinering for et større antal patienter, mens andre tager sig af selve plejen af patienterne.

De ledende sygeplejersker har forskellige perspektiver på fordele og ulemper ved de to former for organisering af plejeopgaverne, og mange steder ses også mellemvarianter. Men alle steder beskriver lederne en større eller mindre udvikling i de opgaver, assistenterne varetager selvstændigt i dag i forhold til tidligere:

Assistenter kan varetage meget mere af den akutte pleje, end de kunne før. Vi er nødt til at give dem uddannelse til at kunne varetage medicinering noget mere selvstændigt, end deres uddannelse lægger op til i dag. Vi er nødt til at give dem nogle kompetencer, så de kan tage nogle blodprøver, også på akutte patienter. Vi er nødt til at give dem nogle kompetencer, der gør, at de ikke bare kan tage de grønne⁷ og lette patienter, men også kan gå ind og tage de lidt mere komplicerede og lidt mere dårligere patienter, uden at der er en sygeplejerske, der skal med. (ledende sygeplejerske)

Der er masser af opgaver, som assistenter sagtens kan varetage i en akutafdeling, det er min erfaring efter 27 år i akutområdet. Og der er ikke udelukkende det basale, selvom vi jo har meget basalt sygepleje i en akutafdeling fortsat: Der er jo nogen, der skal skiftes, der er nogen, der skal have personlig hygiejne. Men da jeg startede, der skulle assistenterne meddele det til en sygeplejerske, når de havde været inde og monitorere patienterne, taget et blodtryk og målt de værdier, de skulle. Dengang kunne de ikke handle så selvstændigt, som de kan i dag. Og det er jo fordi, vi har givet dem

⁷ På akutområdet triageres patienter triageres i farvekategorierne grøn, gul og rød alt efter alvorlighedsgraden. Derfor omtales ”grønne” patienter som ”lette” patienter.

nogle kompetencer, nogle værktøjer og nogle muligheder, der gør, at de må håndtere patienterne mere selvstændigt, end de måtte før. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

Flere af de ledende sygeplejersker lægger vægt på, at skiftet over mod mere selvstændig opgavevaretagelse, set med deres øjne hænger sammen med, at assistenterne siden 2008 har kunne søge autorisation. Det har på nogle afdelinger haft konsekvenser for såvel opgavefordelingen som relationerne mellem faggrupperne. En ledende sygeplejerske forklarer her, hvad assistenternes autorisationen – ad åre – kom til at betyde i hans afdeling (hvor han også var leder før assistenterne fik mulighed for at søge autorisation):

Før assistenterne fik autorisation, var det sygeplejerskerne, der skulle vurdere, om en assistent, de gav en opgave til, kunne løse den. Og efter autorisationen er assistenterne selv ansvarlige for at vurdere det. Men da de fik autorisation, udnyttede vi ikke de muligheder, der faktisk lå i assistenternes kompetencer. Det slog ikke igennem hos os i hvert fald. For det var svært for sygeplejerskerne i starten, men det tror jeg ikke, det er mere. (ledende sygeplejerske)

Hvilke opgaver kan assistenter varetage?

På tværs af de medvirkende afdelinger peger lederne på en lang række instrumentelle opgaver, assistenterne i varierende grad er blevet kompetenceudviklet til at varetage. Blandt eksemplerne er anlæggelse af perifert venekateter (PVK), anlæggelse af sonder, katetre, drop og tage blodprøver, ikke kun i vener men også i arterier (A-punktur).

Der er også opgaver i relation til medicinering, som assistenter i varierende grad er blevet kompetenceudviklet til at varetage: I nogle afdelinger giver assistenter IV-medicin (nogle steder dog undtaget særlige typer af medicin, fx højpotent epilepsimedicin, forskellige typer af IV-morfika, mens de godt må dosere og give andre former for IV-medicin). På nogle afdelinger giver assistenter også blod. I psykiatrien er der eksempler på at en opgave som injektion under tvang, er forbeholdt sygeplejersker. Lederne begrundet undtagelserne med, at sygeplejerskerne i deres uddannelse har mere viden om såvel sygdomslære som medicin.

Endelig er der opgaver som fx modtagelse af patienter, klargøring til operation, samt stuegang, som assistenter på en del af afdelingerne kan få kompetence til, herunder også de mere koordinerende opgaver i relation til patienterne og i forhold til udskrivelse.

Det er primært de sygeplejefaglige ledere, som afgør, hvilke opgaver assistenter kan kompetenceudvikles til at varetage. Præcis ligesom de gør for nyuddannede sygeplejersker, eller sygeplejersker der kommer fra andre specialer eller områder. Og præcis ligesom ledelsen i en afdeling vurderer, hvilke opgaver læger kan delegere til andre faggrupper, herunder plejepersonalet.

Der er afdelinger, hvor assistenterne – efter oplæring og kompetenceudvikling – kan udføre alle de samme opgaver som en sygeplejerske i afdelingen. Men på de fleste af de medvirkende afdelinger er der forskel i opgavevaretagelsen, og forskellene handler som beskrevet typisk om bestemte former for medicinering, og om opgaver som fx stuegang, modtagelse og udskrivelse.

Lederne peger dog også på, at forskellene mellem de to faggruppers opgavevaretagelse ikke kun handler om, hvem der udfører hvilke konkrete opgaver – men at det i høj grad også handler om patienternes tilstand: Assistenter har i mindre grad end sygeplejersker selvstændigt ansvar for patienter, som er ustabile, svært syge og/eller akutte.

Et individuelt syn på kompetencer og opgaver

De ledende sygeplejersker ser forskellige på hvilke opgaver assistenterne kan oplæres til at varetage. Forskellene handler både om, at sygeplejerskerne leder forskellige afdelinger indenfor meget forskellige specialer og patientgrupper, at de har forskellige individuelle assistenter ansat, at de har forskellige erfaringer med deres assistenter, og at de – ligesom alle andre ledere – også har forskellige syn på assistenternes uddannelse, og hvor

langt man kan komme med de muligheder for kompetenceudvikling, der er i dag og som primært er lokale. Der er ledende sygeplejersker, som mener, at der ingen forskel er på, hvad sygeplejersker og assistenter kan oplæres til:

For mig er der ingen forskel på det: En assistent kan oplæres i de samme ting som en sygeplejerske. Men hvis man aldrig har lært det, så kan man det jo selvfølgelig ikke. Så spørgsmålet for mig er jo, at vi som personer i en afdeling kan lære en hel masse, hvis der er vilje til at lære noget, og man får undervisning i det. For du kan heller ikke sige til mig: 'Kan du ikke lige gå ned på OP og assistere?' Det kan jeg da ikke, selvom jeg er sygeplejerske, for jeg har aldrig lært det. Så en assistent kan jo også godt udvikle sig, hvis hun får lov. Der kommer nye ting, vi allesammen skal lære hele tiden. Så hvorfor ikke lave noget, som er godt for os allesammen? Det handler om at formalisere deres kompetencer, og så handler det også om at acceptere, at den her person har faktisk også en uddannelse. Og de har jo også en autorisation som assistenter. (ledende sygeplejerske)

Der er også ledende sygeplejersker, som sætter assistenter til at være mentorer for og lave oplæring af nyuddannede sygeplejersker.

Men de fleste ledende sygeplejersker har bestemte patientkategorier eller bestemte opgavetyper, som de ikke mener, deres assistenter kan kompetenceudvikles lokalt til at varetage. Som fx denne ledende sygeplejerske:

Nogen vil synes, at assistenterne i min afdeling arbejder med meget udvidede kompetencer i forhold til, hvad de gør i andre afdelinger. Og nogle siger, at når de kigger på min afdeling udefra, så kan de ikke se forskellen på, om det er en assistent eller en sygeplejerske. Men jeg er en fortaler for, at vi som ledere skal sørge for, at vores medarbejdere kan udfolde sig: Mit job er jo at få udfoldet kompetencerne max. Selvfølgelig skal jeg sikre kvaliteten, og at alle har forudsætninger for det. Men der er nogle patientkategorier, som assistenterne ikke kommer i nærheden af at have ansvaret for. De kan godt være med på stuen, men det er ikke dem, der har det sygeplejefaglige ansvar. Og så er der andre patientkategorier, der er mere forudsigelige, og hvor vi ikke har noget kritisk. Der kan assistenterne sagtens gå ind og tage det fulde ansvar for det patientforløb. (ledende sygeplejerske, kirurgi)

Selvom der er forskelle i de ledende sygeplejerskers perspektiver på, hvilke opgaver assistenter kan kompetenceudvikles til at varetage, er de fælles om at have et meget individuelt syn på deres medarbejders kompetencer – både assistenters og sygeplejerskers – og de er generelt meget bevidste om ikke at reducere deres medarbejdere til en bestemt grunduddannelse, som i mange tilfælde kan ligge endog mange år tilbage. Tre ledende sygeplejersker ser det således:

Assistenterne kan oplæres til rigtig mange ting, og de kan det også på et højt niveau. Men vi er også skarpe på at kompetencevurdere hver enkelt, fordi der er stor forskel på det faglige niveau hos dem. (ledende sygeplejerske)

Jeg synes meget ofte, det bliver talt ned, hvad assistenterne ikke kan – også inden for hospitalerne. Og jeg synes, det er meget forkert, for de kan rigtig meget. Selvfølgelig skal vi sikre, at vi har oplært dem i det, vi beder dem om. Og vi er grundige omkring, at der er nogle ting i deres uddannelse, som er forskellig fra sygeplejerskernes, det er vi bevidste om. Men vi skal ikke reducere dem til, at de ikke kan finde ud af det. For det kan de faktisk godt, og de er helt i stand til at lære at reflektere. (ledende sygeplejerske)

Vi har løbende en diskussion om, hvad forskellen er på en assistent og en sygeplejerske. Jeg mener ikke, at det er grunduddannelsen, der gør det. Det er mere personafhængigt, end det er afhængigt af grunduddannelsen. Jeg vil gerne bruge alt det, medarbejderne kan, og jeg vil gerne putte noget mere på, så de kan endnu mere i stedet for at sige, at på grund af din [uddannelses] titel, så er du i den her lille boks, og hvis du har en anden titel [uddannelse], så kan du det her og er i en anden boks. Men vi skal åbne op for, at vi kan bygge videre på begge dele. Det er jo grunduddannelser, så du er kvalificeret til at kalde dig assistent eller sygeplejerske. Hvad du så kan lære derefter, afhænger af

personlighederne og de personlige kvalifikationer: Evnen til at tilegne sig kompetencer og arbejde på et højere niveau. Og der er det sværere for assistenterne at arbejde sig videre, hvis de ikke læser til sygeplejerske først. Jeg tror, vi er på vej til at se mere på personlige kompetencer end på, om du er assistent eller sygeplejerske. Det, som man ikke kan, det kan man jo lære, hvis man får mulighed for at dygtiggøre sig. Vi ved, at det er det vi har, vi skal bygge videre på. Der tror jeg, vi skal til at tænke anderledes: Når jeg siger sygepleje, så mener jeg jo alle dem, der har med sygepleje at gøre. Jeg kigger jo på en samlet sygeplejegruppe. Der skal vi til at tænke lidt anderledes i forhold til de stillingsfunktioner, vi har. For det kører stadig lidt 70'er-agtigt: Der er enshed og lighed indenfor faggrupperne, og hvis du er sygeplejerske, så kører vi over en kam, og det samme med assistenterne: Titlen bestemmer forventningen til, hvad du skal lave og gøre. Jeg tror vi skal ud af det med at se på, om man er assistent eller sygeplejerske, men i stedet kigge på de personlige kompetencer. (ledende sygeplejerske)

Lederne i denne undersøgelse er fælles om at have et ret individuelt syn medarbejderes kompetencer, muligheder for udvikling og dermed også for (udvikling i) medarbejdernes opgavevaretagelse.

Udfordringer i relation til arbejdsplanlægning

Et mere individuelt syn på kompetencer kan imidlertid gøre arbejdsplanlægning mere udfordrende, som denne kardiologiske ledende sygeplejerske forklarer:

Det kræver rigtig meget af en vagtplanlægger, når medarbejderne har forskellige kompetencer. Vores mål det er, at alle skal kunne oplæres til det samme. Det kan godt ske, at det kommer til at tage lidt længere tid, men det er intentionen, at alle skal kunne gå stuegang [og løse en række andre instrumentelle opgaver]. For når vi laver vagtplan i dag, så er det rigtig meget med, 'hvad kan den her assistent?', og hvis det er en, der ikke kan så meget, så er det måske en mere erfaren sygeplejerske, man skal være sammen med. Det kræver rigtig meget af vagtplanlæggeren, for at vi kan sige god for, at bemanningen hænger sammen med de krav, der bliver stillet i en vagt. Så det er et større arbejde for os, at medarbejderne er så forskellige, og vi vil gerne arbejde os ud af det. (ledende sygeplejerske)

Udfordringen med at have forskellige faggrupper og kompetencer varierer. Det handler både om, hvor mange faggrupper der er, hvad de forskellige faggrupper kan, hvad de individuelle medarbejdere i hver faggrupper kan – og hvor stor en andel af medarbejderne, der er i hver faggruppe.

Derfor er der flere af lederne, der ligesom lederen i eksemplet herover, ønsker at kompetenceudvikle assistenterne mest muligt for på den måde at gøre arbejdsplanlægningen mere fleksibel og samtidig sikre, at vagtbyrden bliver så ligeligt fordelt som muligt.

Lederne pointerer også, at udfordringerne omkring vagtlægning ikke handler specifikt om assistenter, men om at deres medarbejdere har forskellige kompetencer. Det gælder også i relation til sygeplejerskegruppen, der generelt har kortere anciennitet end assistenterne, og derfor er det også en udfordring for lederne at have nyuddannede og nyansatte sygeplejersker. Særligt på mere specialiserede afdelinger.

Men netop sårbarheden i forhold til arbejdsplanlægningen er et af ledernes væsentligste argumenter, når de vælger, hvor stor en andel af assistenter de ønsker at have i deres afdelinger. Spændet går fra omkring 15 % assistenter til 50 % på sengeafsnittene i denne undersøgelse. Og som tidligere nævnt pointerer de fleste ledere, at der er opgaver, som – kompetenceudvikling underordnet – kræver, at der er en (erfaren) sygeplejerske i vagt:

Vi har omkring 15 % assistenter. Vi prøvet at have lidt flere, men det bliver for sårbart i forhold til akut kirurgi. Til de ustabile patienter bliver vi nødt til at have sygeplejersker til stede. Og hvis mængden af assistenter bliver for stor, så bliver det for skræbeligt vagtplansmæssigt, til at vi kan sikre høj nok kompetence alle døgnets timer. (ledende sygeplejerske)

Når det handler om antallet af faggrupper og udfordringer i relation til arbejdsplanlægning, skelner mange af lederne mellem på den ene side assistenter og sygeplejersker og på den anden side det, de kalder "andre faggrupper", som fx kan være terapeuter, diætister, farmakonomer o.lign. Assistenten og sygeplejersker er de to faggrupper, som har det største overlap af kompetencer, og som begge er uddannet til at yde sygepleje. En leder forklarer her, hvorfor hun hellere vil styrke assistenternes kompetencer og samarbejdet mellem assistenter og sygeplejersker, end hun vil have "andre faggrupper" i afdelingen:

På vores hospital er man generelt begyndt at tænke, at vi skal hente andre faggrupper [end sygeplejersker og assistenter] ind i vores afdelinger. Men det mener jeg ikke, for det er vigtigt, at alle kan gå ind og deltage i vagtbyrden, at alle kan gå ind og tage en aftenvagt eller en nattevagt eller en weekendvagt. Og hvis man begynder at hente alle mulige andre faggrupper ind, som de har gjort i nogle afdelinger, så bliver det lidt en skævvridning. Så har man måske en diætist, men hvad skal man bruge en diætist til om natten eller i en aftenvagt eller i en weekendvagt? Det kan godt være, de kan nogle ting, men det bliver på bekostning af noget andet. For der er nogle andre, der får en ekstra vagtbyrde. Derfor tænker jeg ikke, vi skal hente andre faggrupper ind [end sygeplejersker og assistenter]. Vi skal styrke vores assistentgruppe, så det bliver en samlet enhed. Vi skal styrke de faggrupper vi har, og vi skal styrke det samspil, vi har i forvejen. (ledende sygeplejerske)

Andre ledende sygeplejersker ser en styrke i flere fagligheder – ud over assistenter og sygeplejersker – i deres personale. Noget af forskellene i de ledende sygeplejerskers syn på dette bunder i afdelingernes forskellige størrelse. Det siger sig selv, at store afdelinger bedre kan inkorporere andre faggrupper, der ikke kan gå i vagt, uden at vagtbyrden bliver for stor for andre faggrupper.

Nogle ledere oplever, at assistenterne kan gøre arbejdstilrettelæggelsen lettere af helt andre årsager. Flere oplever nemlig, at deres assistenter har mindre imod at gå i (blandet) vagt – både dag, aften og nat – og at det er med til at lette vagtplanlægningen. En leder forklarer:

Assistenterne er mere fleksible, end mange sygeplejersker er i forhold til deres arbejdstid. Der er en stor del af assistenterne, som gerne vil gå i blandede vagter, både dag, aften og nat, tage de der vagter i ydertimerne. (ledende sygeplejerske)

Hvorfor ændrer assistenternes opgaver sig?

Udviklingen i assistenternes opgaver skyldes flere forskellige årsager. For det første ændringerne i assistenternes uddannelse, der gør, at lederne oplever, at de gennem årene er blevet bedre rustet til at løse opgaver på en hospitalsafdeling, end de har været tidligere. Dette stemmer overens med den faktiske udvikling i assistenternes uddannelse (se evt. faktaafsnittet s.12).

For det andet skyldes ændringerne ledernes ønske om at tiltrække og fastholde flere dygtige assistenter – og særligt for de lidt yngre assistenter kræver det "spændende stillinger", som en leder kalder det, hvor der er mulighed for udvikling og læring.

En tredje begrundelse er, at det giver lederne en større fleksibilitet i forhold til arbejds- og vagtplanlægning, at assistenterne kan indgå i normeringen på mere lige fod med sygeplejersker, end de har kunnet tidligere. Det har også betydning for sygeplejerskerne, at assistenterne kan løse flere opgaver selvstændigt og tage mere ansvar, fordi afdelingerne således bliver mindre afhængige af sygeplejerskerne. Dette er særligt relevant i forhold til at sprede vagtbelastningen, der er afgørende for fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker. En ledende sygeplejerske forklarer:

Om natten bemander vi typisk sengeafsnittene med fire sygeplejersker, fordi der er rigtig meget håndtering af IV-medicin. Men så udfordrede jeg det: Hvorfor kan assistenter ikke give IV-medicin? Hvis det er de gængse præparater? For det ville lette vagtbyrden for sygeplejerskerne. Og så har vi arbejdet med det og lavet noget oplæring og noget e-learning. Og der er flere af assistenterne nu, der

kan håndtere det. Og det betyder, at vi - afhængig af kompleksitet - kan bemande med en assistent i nattevagt frem for sygeplejersker. (ledende sygeplejerske, hæmatologi)

En fjerde årsag til ændringerne er rekrutteringssituationen. Som en ledende sygeplejerske påpegede i det foregående afsnit, så ved lederne godt, at de kigger ind i en fremtid med mindre plejepersonale relativt set i forhold til udviklingen i demografien (se evt. Figur 1, s.9). Og derfor er der med en ledende sygeplejerskes ord behov for "at bruge alt det medarbejderne kan", "putte noget mere på" og dermed "udfolde kompetencerne max".

En sidste men nok så væsentlig årsag til ændringerne i assistenternes opgaver handler om mere smidige arbejdsgange, færre flaskehalse og opgaveskift og dermed bedre patientforløb:

Det er da en gave for os alle sammen og for patienten, at de kan få målt et blodsukker og få insulin med det samme, for assistenten skal ikke gå ud og finde en anden [sygeplejerske]. Eller når assistenten kommer ind på stuen og ser et drop, der løber subcutant [løber forkert, ud under huden], og hun bare siger 'ud med droppet, jeg lægger et nyt.' (ledende sygeplejerske)

Flere af lederne beskriver, at det netop er vigtigt for flowet i deres afdelinger, at sygeplejerskerne ikke bliver flaskehalse i forhold til patientforløbene, og at det også af den årsag er vigtigt at give assistenterne alle de kompetencer, de ønsker, og som lederne mener, de kan kompetenceudvikles til at varetage.

Samlet set er en af de udfordringer ledende støder på, at sikre fleksibilitet i forhold til arbejdstilrettelæggelsen. Blandt andet derfor er de meget bevidste om at udvikle assistenternes kompetencer i så vidt et omfang som muligt for at kunne opnå så stor en fleksibilitet i arbejdsplanlægningen som muligt og for at kunne brede vagtarbejdet ud på så mange som muligt.

Hvad bestemmer grænsen for assistenternes opgaver?

Det er primært lederne i afdelingerne, som bestemmer, hvilke opgaver assistenterne kan varetage, og hvilken form for kompetenceudvikling det kræver. Men det er ikke udelukkende den enkelte ledende sygeplejerske, som sætter grænserne for assistenternes opgavevaretagelse. De ledende sygeplejersker peger på tre eksterne forhold, som er med til at sætte grænser for assistenternes kompetenceudvikling og dermed opgavevaretagelse. For det første ledelsesbeslutninger truffet på niveauerne over dem, for det andet det nogle ledere beskriver som "uklarhed" og derfor også usikkerhed om de juridiske rammer og det ledelsesmæssige ansvar ved lokal overdragelse af kompetencer til assistenter, og for det tredje eksterne barrierer for kompetenceudvikling af assistenterne. Disse tre typer af grænser beskrives herunder.

Ledelsesbeslutninger truffet på højere niveauer

Flere af lederne oplever, at det ikke blot er de enkelte afdelinger på et hospital, der har forskellige regler og rammer for, hvilke opgaver assistenter må varetage. Der er også forskel mellem hospitaler i samme region.

Forskellene, lederne peger på, handler om alle type af opgaver, både de mere instrumentelle som fx at lægge sonder, kateter, tage blodprøver (A-punktur), til hvorvidt assistenter må håndtere medicin, både tablet og intravenøst, til forskelle i hvorvidt assistenter kan kompetenceudvikles til at gå stuegang.

Resultatet er, at assistenter på ét hospital i en region oplæres til at varetage opgaver, som de ikke må kompetenceudvikles til at varetage på nabohospitalet i samme region – på sammenlignelige afdelinger. De ledende sygeplejersker, der oplever disse forskelle, kan ikke begrunde dem fagligt, og forskellene virker arbitrære, kultur- og traditionsbundne mere end fagligt funderet. Netop fordi der er så store forskelle, kan det være svært for lederne at forklare – og forsvare – forskellene overfor medarbejderne. Det bliver til et spørgsmål om "holdninger". En ledende sygeplejerske forklarer, hvorfor assistenterne i hendes afsnit ikke må blive kompetenceudviklet til at administrere IV-medicin:

Det er jo ikke noget, jeg har besluttet. Det er besluttet oppefra, at det må de ikke. Og egentlig ved jeg ikke, hvem der har besluttet det. Det må de bare ikke. Det er sådan nogle holdninger, der er herude [på dette hospital]. (ledende sygeplejerske)

Et andet eksempel på ledelsesbeslutninger truffet på højere niveauer end afdelingsledelserne er en ledende sygeplejerske på et stort hospital, hvor der på ledelsesniveauerne over hende var blevet truffet beslutning om at udfase assistenterne ved at konvertere deres stillinger til sygeplejerskestillinger, når der opstod vakancer. Den ledende sygeplejerske fandt beslutningen problematisk, fordi hun som leder af et medicinsk sengeafsnit har stort behov for assistenternes kompetencer, og fordi hun oplever, at sygeplejersker ikke har samme praktiske færdigheder og plejemæssige kompetencer som assistenterne. Derfor vil de ledende sygeplejersker som beskrevet helst have en blanding af assistenter og sygeplejersker på deres sengeafsnit.

En ledende sygeplejerske i psykiatrien peger også på, hvilke typer af situationer det medfører, når der træffes beslutninger på et højere ledelsesniveau, hvor der udelukkende skelnes mellem faggrupper på baggrund af grunduddannelse, og der ikke tages højde for individuelle kompetencer:

Man kan få en assistent, som har været i faget i 10-20 år, og så har de bare en anden robusthed og en anden tilgang til opgaverne og et andet gåpåmod. Og så kan du stå i en situation, hvor der skal gives en injektion under tvang. Formelt set skal det være en sygeplejerske, der giver den. Det skal det være. Så står den nyuddannede sygeplejerske med en mega erfaren assistent ved siden af, men vedkommende må ikke. Så sygeplejersken kan få sparring fra assistenten, der måske har givet injektioner massevis af gange i andre situationer. Det kan godt blive en smule hierarkisk. Og den helt overordnede regionale regel, den er ved at blive ændret, og der er ved at blive kigget på forskellige arbejdsgange. (ledende sygeplejerske, psykiatri)

Usikkerhed om jura og ledelsesansvar

Når der er forskelle på reglerne for assistenternes opgavevaretagelse og tilhørende kompetenceudvikling mellem afdelinger og hospitaler i samme region, betyder det også, at de ledende sygeplejersker i vidt omfang står alene med kompetenceudvikling og udvidelse af assistenternes opgavevaretagelse. Det er op til den enkelte ledende sygeplejerske at vurdere, hvilken form for oplæring det kræver, og om det skal kombineres med nogen former for test, prøve eller eksamination. Ligesom det er op til hver enkelt leder selv at vurdere, i hvor høj grad den givne kompetenceudvikling skal dokumenteres (fx i de enkelte medarbejderes personalesager).

Et eksempel på hvad det kan have af konsekvenser, er et kardiologisk afsnit, hvor assistenterne var blevet kompetenceudviklet til at administrere nogle typer af IV-medicin, men hvor den opgave nu – midlertidigt – er blevet trukket tilbage igen. Den ledende sygeplejerske forklarer det således:

Vi var begyndt på, at assistenterne måtte administrere IV-antibiotika, de måtte give furex [vanddrivende], de måtte give noget smertestillende og forskellige ting. Og det har vi trukket tilbage, fordi vi bliver opmærksomme på, at på [nabohospitalet i samme region] havde man givet assistenterne et kursus, hvor de også bestod en lille prøve for at få lov til det. Så nu er vi gået tilbage i forhold til administration af IV-medicin, fordi der er noget uklarhed om, hvordan vi står juridisk. For det er mig, det falder tilbage på, hvis der bliver et eller andet. Jeg har brug for at vide, at jeg står rigtigt, hvis der skulle komme en sag, fx en fejlmedicinering eller noget. Jeg reagerede, fordi jeg er usikker på, om vi står os godt nok juridisk ved det, vi har gjort. Jeg synes, at vi havde givet en god oplæring, men vi havde jo ikke noget dokumentation på det. Det har været sidemandsoplæring, og så har det været noget teoretisk undervisning. Men vi havde ikke dokumenteret det, og de havde ikke noget bevis for, at de kunne administrere det her medicin. Så nu er vi i proces med at lave noget uddannelse og noget kompetenceudvikling, som bliver mere formaliseret. Jeg er ved at lave et uddannelsesprogram til assistenterne, hvor de skal til en lille eksamination ved en læge, og hvor de får noget teoretisk undervisning i forhold til de præparater, de skal give. Jeg har også henvendt mig til

en af vores uddannelsesansvarlige sygeplejersker, som sidder i vores simulations-center [hvor man kan simulere situationer med patienter i træningsøjemed]. Hun har hjulpet med at lave et oplæringsprogram og har været på studiebesøg på [nabohospitalet], og hun har taget kontakt til vores HR-afdeling for at lave nogle retningslinjer. Og så kommer der et dokument i deres personalesag på, at de er kompetente til det. Men det er jo noget, som vi er blevet klogere på, nu hvor jeg fandt ud af, at det gjorde de på [nabohospitalet]. Og så tænkte jeg, at det er vi simpelthen nødt til at undersøge, for vi var bare startet. Som leder synes jeg, der mangler nogle lidt mere klare retningslinjer på det her område. Vi famler lidt i det. (ledende sygeplejerske, kardiologi)

Der er ikke en udbredt fornemmelse af usikkerhed og uklarhed blandt de ledende sygeplejersker i relation til overdragelse af opgaver til assistenter. Men eksemplet er medtaget, fordi det berører nogle principielle spørgsmål om konsekvenserne af, at der foregår en udvidelse af assistenternes opgaver i disse år, og at den i høj grad foregår lokalt og decentralt. Det betyder, at udvidelsen af assistenternes opgavevaretagelse og tilhørende kompetenceudvikling for det første kan virke arbitrær set på tværs af afdelinger og hospitaler, men at den enkelte leder på hver afdeling står ret alene med at sikre kompetenceudvikling og håndteringen af det juridiske ansvar, der følger med. Og der bruges mange kræfter på at udvikle systemer og programmer til lokal kompetenceudvikling. Også selvom det er mange af de samme instrumentelle opgaver, assistenter på et hospital – eller i en region – bliver kompetenceudviklet til at varetage (fx omkring IV, sonder, blærekatetre, CVK, PVK, blodprøver, a-punkturer mv.).

Eksterne barrierer for kompetenceudvikling

Assistenternes opgavevaretagelse hænger sammen med deres muligheder for kompetenceudvikling. Og særligt, når det kommer til at varetage forskellige nøglefunktioner i afdelingerne, kommer eksternt definerede grænser for assistenternes deltagelse i spil.

Flere af de ledende sygeplejersker har assistenter, som varetager særlige nøglefunktioner eller har ansvar for bestemte faglige områder i afdelingen. I flere tilfælde handler det om områder som ernæring og mobilisering, men også områder som forflytningsvejleder, klinisk koordinator og arbejdsmiljøkonsulent. I nogle afdelinger varetager assistenterne disse funktioner alene, i andre tilfælde i samarbejde med en sygeplejerske.

Internt i afdelingerne er det uproblematisk ifølge de ledende sygeplejersker. Men der kan opstå udfordringer i samspillet med omverdenen. De følgende to eksempler illustrerer, hvilke typer udfordringer det kan give for såvel en del ledende sygeplejersker som for assistenterne. Det første eksempel handler om en afdeling, hvor der er lungemedicinske patienter, og hvor en assistent er palliationsnøgleperson. På hospitalet er der et tværgående palliationsnetværk. Den ledende sygeplejerske forklarer:

Jeg skulle så melde en palliationsnøgleperson ind til palliationsnetværket, og måske fordi jeg var ny, så meldte jeg bare min assistent ind. Hun interesserede sig helt vanvittigt meget for det, hun er hammerdygtig til de her patienter, som ligger på deres sidste, og har så meget erfaring, hun kan bidrage med. Men det blev afvist. Så skrev jeg til vores chefsygeplejerske. Jeg tror, jeg fik skrevet noget med, at jeg synes, det var snobbet. Og det mener jeg faktisk. Der har bare været den holdning på hospitalet, at palliation, og alt hvad der var i tilknytning til det, det var for sygeplejersker: Nøglefunktioner, palliationsuddannelsen og sådan noget, det var tiltænkt sygeplejersker og forbeholdt sygeplejersker. (ledende sygeplejerske)

Hun kan dog også se situationen fra den anden side og har forståelse for, hvorfor der opstår modsatrettede perspektiver:

Vores enhed for lindrende behandling [palliationsområdet] har jo primært de sværeste tilfælde, vi har på hospitalet. Og de udspringer jo af en afdeling, hvor der primært er ansat sygeplejersker. Så det er nok ikke så underligt, at de primært tænker sygeplejersker over i intensiv regi. De er først ved at lære

og få øjnene op for, hvad assistenterne kan. Så måske er det også bare et udtryk for uvidenhed, mere end det er et udtryk for en holdning. (ledende sygeplejerske)

Den ledende sygeplejerske forklarer videre, at i hendes tilfælde endte det med, at assistenten kom ind i hospitalets palliationsnetværk. I samme interview deltog en kardiologisk ledende sygeplejerske, som havde haft samme udfordring, men hvor deres fælles overordnede, chefsygeplejersken, ikke var lykkedes med at få assistenter ind i tværgående fora og netværk på hospitalet. Hun tilføjer at *"chefsygeplejersken har spurgt flere gange: Hun har virkelig forsøgt at stå op for assistenterne, men de har fået nej indtil videre. Vi har en udfordring her i huset."* (ledende sygeplejerske)

Begge eksempler viser, at der er strukturer – eller kulturer – forskellige steder i sundhedsvæsenet, som i praksis udgør barrierer for assistenternes opgavevaretagelse, og som ligger udenfor de enkelte ledende sygeplejerskers domæner.

Kompetenceudvikling af assistenter

En af de væsentlige grunde til at assistenter arbejder på sengeafsnit – vagtbelastningen til trods – er ifølge de ledende sygeplejersker, at assistenterne generelt set har væsentligt bedre muligheder for kompetenceudvikling på hospitaler, end de har i kommunerne. Men når det så er sagt, så er de også enige om, at der er væsentligt færre muligheder for efter- og videreuddannelse af assistenter, end der er for sygeplejersker. En ledende sygeplejerske svarede ganske kort og klart på, hvordan han så mulighederne for efter- og videreuddannelse for assistenter: *”Der er slet ikke nok!”*

De ledende sygeplejersker peger på flere forskellige grunde til at sikre mere efter- videreuddannelse til deres assistenter, hvilket følgende tre ledende sygeplejersker illustrer. En ledende sygeplejerske lægger vægt på behovet for at skabe karrieremuligheder for assistenterne for at motivere dem til at blive i faget:

Det handler om karrieremuligheder. Men det er jo sådan, at hvis vi skal blive i faget, så skal vi også have nogle veje at gå. Og der skal jo gerne være flere veje. Og der skal også være noget for assistenterne. Det handler jo om at føle sig værdsat som medarbejder og tro på, at der er nogen, der vil investere i mig. Og der kan vi jo ikke parkere en gruppe og sige, at du kan få et AMU-kursus hver fjerde år, og så kører du ellers bare videre. Hvad skal det føre til? Hvad med dem der gerne vil dygtiggøre sig? Der må vi tage dialogen: Skal du have et ansvarsområde? Hvad tænker du? Og der har vi nogle diskussioner, der ikke er taget nationalt i forhold til assistenterne. (ledende sygeplejerske)

En kardiologiske sygeplejerske ser det således:

Hvis vi også gerne vil behandle dem ordentligt og fastholde assistenterne, så skal der jo være nogle andre muligheder for dem, så det ikke bliver sådan, at det hele tiden er sygeplejerskerne, der kommer på de spændende længerevarende uddannelser, og der ikke er noget til dem. Det er jo ikke sådan, at der slet ikke er noget [for assistenter], men der er bare ikke nær så meget [som der er for sygeplejersker]. (ledende sygeplejerske)

En anden ledende sygeplejerske uddyber det perspektiv, der handler om at behandle medarbejderne *”ordentligt”*, som hun udtrykker det:

Mit vigtigste budskab er, at det er mega vigtigt, at når vi gerne vil ansætte assistenter, så er vi også nødt til at opføre os ordentligt: Vi kan ikke bare sige, at vi gerne vil have deres arbejdskraft, og så vil vi i øvrigt ikke tilbyde dem ret meget andet end weekendvagter og nattevagter og så ingen oplæring. Det bliver jo lidt sådan, at man vil godt have dem med den ene hånd til at sikre vores drift, vores weekendvagter og vores nattevagter, men man vil ikke klæde dem på [underforstået: give dem uddannelse]. Vi kommer jo til at holde lige så meget af dem som sygeplejerskerne, så de skal have en ordentlig behandling, og de skal anerkendes på en ordentlig måde. (ledende sygeplejerske)

De deltagende afdelinger er alle kendetegnet ved, at de har arbejdet med kompetenceudvikling af assistenter, og lederne har en klar holdning til udvikling af medarbejderne og deres kompetencer. Flere af lederne fortæller, at de tidligere har haft rekrutteringsudfordringer, men ingen beretter, at de aktuelt har rekrutteringsudfordringer. Og flere peger på, at netop deres tilgang til kompetenceudvikling gør det relativt nemt for dem at tiltrække ansøgere. Men udbuddet af efter- og videreuddannelsesmuligheder for assistenter på somatiske hospitaler gør også, at de i høj grad gør brug af intern kompetenceudvikling, som de selv skaber rammer og muligheder for i deres egne afdelinger. Og kun i sekundært og i meget varierende omfang har de gjort brug af ekstern kompetenceudvikling af deres assistenter. Både intern – og derefter ekstern kompetenceudvikling af assistenter behandles i de følgende afsnit.

Intern kompetenceudvikling

Intern kompetenceudvikling kan opdeles i to typer: For det første de typer af kompetenceudvikling som ikke er faggruppenspecifikke. Det gælder fx ofte for introduktion for nyansatte. For det andet de typer af kompetenceudvikling som er målrettet assistenter og deres grunduddannelse.

Fælles introduktion for nyansatte og fælles kompetenceudvikling på tværs af faggrupper

De ledende sygeplejersker i afsnittene understreger, at kompetenceudvikling i forbindelse med ansættelse ofte er nødvendig for alle deres personalegrupper og ikke kun for assistenter. Derfor har afdelingerne næsten alle fælles introduktionsprogrammer til en lang række færdigheder, der i mange tilfælde ikke er afdelings- eller specialespecifikke, som eksemplet her illustrerer:

Vi har hele vores introduktionsprogram for vores nyansatte. Der er et årshjul, hvor de bliver introduceret både til, at man er helt nede i, hvordan man måler værdier på patienterne, hvordan man kateriserer, hvordan man måler blodtryk korrekt. Der er nogle, der godt kan komme igennem en uddannelse uden at være i nærheden af nogle af de her somatiske ting. Så det tilbyder vi til alle vores nyansatte [både sygeplejersker og assistenter]. (ledende sygeplejerske)

Lederne oplever, at alle medarbejdere har behov for introduktion til afdelingen, og at der er en række emner, som alle medarbejdere kan have behov for at blive kompetenceudviklet indenfor. I psykiatrien nævnes fx brugen af tvang, som et område, alle medarbejdere skal introduceres til på en afdeling – også læger, pædagogisk personale osv. I psykiatrien er personalet generelt mere tværfagligt sammensat med en højere andel af assistenter, men også terapeuter, pædagogisk personale og socialrådgivere. Derfor er en stor del af introduktionerne og den interne kompetenceudvikling tværfaglig og meget specialespecifikt målrettet psykiatrien. Der nævnes fx alt i relation til anvendelse af tvang, nedskalering af konfliktsituationer til kognitiv adfærdsterapi og 'den gode samtale'.

Indenfor plejegruppen peger de også på, at især nyuddannede eller yngre sygeplejersker eller sygeplejersker fra helt andre områder har et mindst lige så stort behov for at lære forskellige færdigheder særligt indenfor grundlæggende sygepleje, og at deres behov i mange tilfælde er større end assistenternes. Desuden er det vigtigt for lederne at signalere klart og tydeligt til nye medarbejdere, at de er én samlet (syge)plejegruppe eller personalegruppe. Som en ledende sygeplejerske formulerer det, da han forklarer, hvorfor så meget kompetenceudvikling på plejeområdet er samlet på tværs af faggrupper i hans afdeling. Han har mere fokus på, hvad der trænes, end på hvem der træner:

Det vi træner er sygepleje, og sygepleje er jo ikke et forbeholdt [virksomheds]område. Vi er mange, der arbejder med sygepleje. (ledende sygeplejerske)

Ud over fælles introduktion har afdelingerne oftest også mere specialespecifikke tilbud, der ligeledes kan gå på tværs af personalegrupper, som fx denne afdelings tværfaglige interne "hæmatologiskole":

Vi har en del interne kurser og det, vi kalder vores hæmatologiskole. Der er ikke noget, der kun er for sygeplejersker eller assistenter eller terapeuter. Det hele er en stor blanding. (ledende sygeplejerske)

En ikke ubetydelig del af den interne kompetenceudvikling i de deltagende afdelinger er således ikke målrettet assistenter specifikt, men enten plejepersonalet i afdelingerne, eller medarbejdere i afdelingerne helt generelt.

Kompetenceudvikling målrettet assistenter

De ledende sygeplejersker griber kompetenceudvikling af assistenter lidt forskelligt an. Ikke mindst fordi afdelingerne er af forskellig størrelse, og der er tale om forskellige specialer og specialiseringsgrader.

Der anvendes forskellige metoder, og der er tale om forskellige grader af formalisering af kompetenceudviklingen. Således er der både eksempler på træning i simulationscentre eller færdighedslaboratorier, sidemandsoplæring,

undervisning i grupper (fx ved læger eller sygeplejersker i afdelingen) og online moduler med teori, som i nogle tilfælde er kombineret med forskellige former for tests eller prøver.

Et redskab, mange af afdelingerne bruger, er forskellige former for kompetencekort, som er en art moduler, som assistenter kan tage via intern uddannelse og oplæring af forskellig art, og som giver assistenterne kompetence til at udføre bestemte opgaver. Det kan både være instrumentelle opgaver, opgaver i relation til medicin, såvel som de mere brede opgavetyper som fx at kunne gå stuegang.

I det følgende præsenterer ledende sygeplejersker forskellige eksempler på, hvordan kompetenceudvikling målrettet assistenter foregår i deres afdelinger. Den første er en neurologisk afdeling, der i høj grad bruger kompetencekort:

Vi har udviklet nogle kompetencekort for assistenterne, og jeg tror, vi er oppe på 10-12 kompetencekort efterhånden. Det har været meget op til den enkelte assistent, hvor meget de har haft lyst til at gå ind i opgaven: Der er nogen assistenter, der godt kan se sig selv have nogen øgede kompetencer, men der er også nogen, der egentlig bare er rigtig trykke i, at tingene bliver ved med at være, som de er. Og det skal der også være plads til, så der er nogle enkelte, der har fået lov til at blive ved med at køre, som de altid har gjort, for det er den måde, de gerne vil arbejde på, og det er dét, de er trykke i. Men den resterende gruppe af assistenter, som higer efter udviklingen, de er hoppet på at arbejde med vores kompetencekort. Så vi har assistenter her i afdelingen, der går stuegang hos patienterne, som koordinerer omkring patienterne på samme måde, som sygeplejerskerne, og som anlægger PVK [perifert venekateter], opsætter isotoniske væsker osv. (ledende sygeplejerske)

Den anden er en større hæmatologisk afdeling, som har et både udvidet og ret formaliseret kompetenceudviklingstilbud til assistenterne:

Vi har nogen kompetencemodeller for alle faggrupper, og det har vi selvfølgelig også for assistenterne. Noget af det, der er meget basalt, det er for eksempel grundlæggende sygepleje. Men så efterhånden, som man kommer ind i specialet og kan bygge ovenpå, så kommer man jo på et højere kompetenceniveau. Vi bruger individuelle samtaler i forhold til, hvor de er henne: Der er jo nogen, der kan rykke sig med lynet hast, hvor de efter tre måneder kan det, som en anden kan efter to år. Vi prøver at skubbe til alle medarbejdere på den her meget individuelle måde. Og alle har skemalagte samtaler med deres [sygeplejerske]mentorer og med deres ledere. Lad os sige vi har en assistent, der hedder Erika, og jeg ved, hun er dygtig. Så kan jeg sige, hvornår er hun egentlig klar til at begynde på noget, IV f.eks.? Jeg skubber lidt til det, for jo flere der kan det jo bedre. Og så snakker lederen med hende, og hvis de så vurderer, at hun er fagligt kompetent og har lyst til at komme videre med det, så kontakter vi en af vores to introduktions- og uddannelsesansvarlige sygeplejerske, som har alle faggrupper. De har sat det fuldstændigt i system. Inde på 'plan to learn' ligger der et uddannelsesprogram som f.eks. håndtering af IV. Så skal Erika tage det, læse sig ind i det og svare på spørgsmål osv. Når hun er færdig med det, snakker hun det igennem med udviklingssygeplejersken. Så har hun en følgedag, hvor udviklingssygeplejersken går sammen med hende og ser hende håndtere det og spørger ind til bivirkninger, virkninger, observationer og alle de her ting. Og sådan gør vi med alle de områder, vi har udvidet assistenternes kompetenceområder med. (ledende sygeplejerske)

Det sidste er en akutafdeling, hvor der er fælles introduktion til alle i plejegruppen, men herefter er det muligt for assistenter at tage en intern uddannelse og blive akut-assistent:

Når man har været assistent i et stykke tid, kan man udvikle sig til akut-assistent. Det betyder, at man skal gå ind og tage en række kurser og moduler hos os. Det er vores kliniske sygeplejerske-specialister, vores kvalitets- og udviklingssygeplejersker, der giver dem den uddannelse, der skal til alt afhængig af, hvad det er, der skal gives af uddannelse. Teorimæssigt er det en uge samlet set, og så er der jo noget praktisk, hvor de skal vise, at de har de færdigheder, de har tillært sig. Og så bliver man certificeret ved, at man går til test i de forskellige færdigheder, eller ved at man skal have vist

færdigheden X-antal gange. En af de test, vi går meget op i, det er medicinering, hvor de får mulighed for at varetage selvstændigt eller noget mere selvstændigt, end de kunne før. Og i det ligger der noget teori, som vores farmaceuter giver dem, og så er der en multiple-choise test. De kan også give noget andet intravenøst medicin, hvis de har taget en udvidet test, som farmaceuterne også står for. Så kan de f.eks. hænge blod op, sætte antibiotika op og give det intravenøst. Og når man har fuldført det, og taget de tests og er blevet certificeret, så har man nogle udvidede færdigheder, og kan kalde sig akut assistent lokalt her i afdelingen. (ledende sygeplejerske, akutafdeling)

De tre eksempler er valgt for at illustrere forskellige variationer om modeller for kompetenceudvikling af assistenter, som alle har det til fælles at der er tale om metoder, der er udviklet specifikt til og i de enkelte afdelinger. I psykiatrien er kompetenceudvikling til assistenter mere målrettet specifikke psykiatriske kompetencer, og ikke i samme grad som i somatikken den mere instrumentelle del af sygeplejen. Dog ikke udelukkende – også i psykiatrien arbejdes der med fx farmakologikurser i relation til medicinering af patienter.

Fra intern til ekstern uddannelse

Som det er fremgået, så er noget af kompetenceudviklingen mere speciale- og dermed afdelingsspecifik, mens andre kompetencer går igen på tværs af specialer og afdelinger. Derfor oplever mange af lederne også, at der er behov for mere standardiserede og tværgående metoder til at sikre denne type af kompetencer på en ensartet og desuden også mindre ressourcekrævende måde for de enkelte afdelinger. Fordelen ved den interne uddannelse er, at alt kan skræddersys til den enkelte afdeling. Men ulemperne er store. Både set i et afdelingsperspektiv, hvor der skal bruges tid og ressourcer på at udvikle interne kurser, moduler, materialer, tests, kompetencekort, kompetencemodeller, uddannelser osv. og interne medarbejdere skal frigøres til undervisning (alt fra læger til farmaceuter og sygeplejersker i diverse konsulentstillinger). Og derudover skal selve afholdelsen organiseres. Men også set ud fra assistenternes perspektiv, fordi der ikke er nogle ensartede og bredt anerkendte standarder på området, og derfor er lokalt erhvervede kompetencer netop kun lokale, og assistenterne kan derfor ikke uden videre tage dem med sig, hvis de skifter job.

Derfor ser en del af lederne et potentiale i, at der sker en udvikling fra ren intern kompetenceudvikling af assistenter i de enkelte afdelinger til mere ensartet og bredt anerkendt uddannelse.

Vi har jo et helt imponerende roderi i hele sygeplejen med vores efter- videreuddannelse: At vi kan have så mange medarbejdere, så store faggrupper, begge faggrupper [assistenter og sygeplejersker], og der simpelthen ingen linjer er i det. Som leder kunne jeg godt tænke mig, at videreuddannelse for assistenter var sådan, at jeg vidste, 'nu har du fået de her kvalifikationer, og du har den her grundkompetence.' I dag skal vi selv sammensætte det hele. (ledende sygeplejerske)

Et eksempel på hvordan den udvikling kan være på vej, er en stor en stor medicinsk afdeling med ca. 300 medarbejdere i plejegruppen, hvor ca. 40 % er assistenter i sengeafsnittene. Eksemplet er relevant, fordi det peger ud over den enkelte afdeling. Kompetenceudviklingen er startet lokalt i afdelingen, men har sidenhen spredt sig: I første omgang til resten af hospitalet og sidenhen udenfor hospitalet. Og med denne udvikling følger også en højere grad af standardisering, formalisering og anerkendelse af de kompetencer, assistenterne får via efteruddannelse:

Kompetenceudviklingen er noget, vi selv har fundet på i den her medicinske afdeling. Vi er nødt til at styrke de kompetencer, som vi skal bruge. Når man kigger på assistentuddannelsen, så er den jo langt mere målrettet til kommunerne, og den snuser lidt til vores sektor. Så vi bygger videre på de kompetencer, de har fået på deres uddannelse, for på en medicinske afdeling er der nogle kompetencer, vi skal dyrke noget mere, og som vi skal udvikle på. Så vi har ansat en udviklingssygeplejerske, der har et særligt fokus på at lave et uddannelsesprogram, målrettet til assistenter i vores afdeling. Så det er os selv, der har kreeret et uddannelsesprogram til assistenterne, hvor vi går længere ind i alle vores specialer og vores sygdomme. (ledende sygeplejerske)

Men efter en tid spreder afdelingens uddannelsesprogram sig fra afdelingen til resten af hospitalet. Den ledende sygeplejerske forklarer, hvad der sker:

Det rygtes jo ret hurtigt ud i huset, og det blev efterspurgt flere steder, om andre [assistenter fra andre afdelinger] de kunne få en plads på vores hold. I det første år har vi budt lidt i pladser ud. Hvis vi fx selv havde seks assistenter på et hold, og vi havde plads til ti, så har vi udbudt de fire sidste pladser. Men det blev så efterspurgt, og vi kan simpelthen ikke nå at følge med, hvis vi skal dække det hele. Vi er også økonomisk ansvarlige for hver vores afdeling, og det er os, der ansatte en udviklings-sygeplejerske, der lavede det her program. Derfor er vi gået til hospitalets uddannelsesafdeling for at høre, om ikke de synes, at vi skulle tage at løfte det og brede det ud til hele huset. Og det gør de nu. Det bliver stadig os, der leverer undervisningen, men det er ikke os, der kommer til at blive ved med at stå for at arrangere det, for det bliver for omfattende. Men vi har spredt det til hele vores hospital. (ledende sygeplejerske)

Udviklingen er imidlertid ikke standset her. Næste skridt er at løfte det bredere ud, forklarer den ledende sygeplejerske:

Efterfølgende er vi sammen med vores uddannelsesafdeling gået i dialog med SOSU-skolerne for at finde ud af, om vi kan lave noget, som er målrettet til assistenterne efter deres grunduddannelse. Og jeg tænker, at det ender med, at vi får oprettet nogle amu-kurser, som er målrettet til assistenterne, og som bygger over på de kompetencer, de får på deres uddannelse, men som er målrettet akutte medicinske forløb. Og det er bare supergodt. Det bliver nok både for os her i huset og for dem ude i kommunerne, fordi vi har et stort samarbejde med vores kommuner. Vi ved godt, at de får flere og flere komplicerede patienter ud i kommunerne, og det med at styrke på kompetencer på tværs vil vi rigtig gerne være med til. (ledende sygeplejerske)

Dette eksempel viser, hvordan lokale initiativer kan løftes op og bredes ud. Men i den nuværende struktur afhænger det hele af, at enkelte afdelinger og deres ledende sygeplejersker tager initiativet og ser behovet, og at der er lokale uddannelsesinstitutioner, som kan og vil understøtte denne udvikling. Og det skal også understreges, at selvom der udvikles et amu-kursus, så gør det ikke de kompetencer, assistenterne kan opnå den vej, bredt anerkendte. Der skal andre nationale strukturer til, hvis der skal sikres kompetencegivende efter- og videreuddannelser, som rækker ud over de enkelte afsnit og afdelinger. Og et er netop, hvad flere af lederne efterlyser:

Der er ikke ret meget uddannelse for assistenterne, når de bliver færdiguddannet. Jeg har [i en anden Region] været med til at få lavet noget efteruddannelse for assistenterne sammen med FOA, og det vil vi også godt gøre her; lave et efteruddannelsesforløb for de assistenter, der er i en akutafdeling. Så kan vi også give dem et brush-up med jævne mellemrum, give dem en opdateret viden, for den kan de ikke få, hvis vi ikke giver dem, for der er ikke noget på markedet til at give dem den viden. Så det er vigtigt, at vi gør det. Og jeg ser også det som en pligt, at når vi tager assistenter ind, så skal vi ikke bare nøjes med at have dem. Vi har også pligt til at sikre uddannelse for dem og efteruddannelse for dem. Og det er der, at kæden hopper af for mange assistenter rundt omkring i landet. Der er ikke mange muligheder for dem. Jeg så gerne, at regionerne gik sammen og lavede noget mere regionalt for dem. Der er jo en akutuddannelse for sygeplejersker, men der er jo ikke noget for assistenter. (ledende sygeplejerske)

Ekstern kompetenceudvikling

Mens intern kompetenceudvikling i oftest foregår samlet for assistenter og sygeplejersker, fordi lederne finder det mest hensigtsmæssigt, er billedet et ganske andet når det kommer til ekstern efter- videreuddannelse: Det foregår i to adskilte systemer: For assistenternes vedkommende går det gennem de såkaldte AMU-kurser, mens der for sygeplejerskerne er en lang række muligheder i regi af professionshøjskolerne. Dette skyldes de strukturelle

forskelle i uddannelsernes formelle organisering og indplacering, og forandringen i forskellige uddannelsesinstitutioner (se evt. s.21ff).

AMU-kurser på SOSU-skolerne

AMU står for ArbejdsMarkedsUddannelser. AMU er efteruddannelse til bl.a. faglærte, som social- og sundhedsassistenter, der ikke har en videregående uddannelse og fx sygeplejersker, der er professionsbachelor. AMU-kurser til assistenter udbydes typisk af SOSU-skolerne og kan være af kortere eller længere varighed, men oftest fra 1 dag op til en uge på de områder, som er relevante for social- og sundhedsassistenter.

Direkte adspurgt om de bruger AMU-kurser i forbindelse med videreuddannelse og kompetenceudvikling af assistenter, svarer enkelte ledere, at de bruger de eksisterende AMU-kurser, der er tilgængelige for dem, og få svarer, at de er rigtig glade for de kurser, der udbydes i deres område. Men størstedelen nævner ikke AMU-kurser som et område, de tænker med ind i efter- og videreuddannelsen af deres assistenter. Nogle fordi de ikke synes, de udbudte kurser er relevante i hospitalsregi eller inden for deres specialer. Andre er ikke rigtig bekendt med AMU-kurserne. Og nogle er af den opfattelse, at AMU-kurser er under afvikling. Det sidste kan givet tilskrives et begrænset kendskab til AMU.

Denne undersøgelse har ikke haft til formål at undersøge nærmere, hvad dette skyldes. En forklaring kunne være, at lederne alle er sygeplejersker ligesom størstedelen af deres medarbejdere, og at AMU-kurser ikke er en del af efter- og videreuddannelsessystemet for sygeplejersker. En anden forklaring kan være, at fordi langt de fleste assistenter er ansat i kommunerne, så er langt de fleste AMU-kurser, som er relevante for assistenter, målrettet områder og opgaver indenfor den kommunale sektor.

Diplomuddannelse på professionshøjskoler

Selvom diplomuddannelserne er tiltænkt professionsbachelor, er det på en af de medvirkende afdelinger lykkedes to assistenter at tage et modul på en diplomuddannelse / et diplom-kursus på en professionshøjskole. Diplomuddannelserne kræver en adgangsgivende uddannelse svarende til en kort eller mellemlang videregående uddannelse, men opfylder man ikke de formelle adgangskrav, kan man søge om at blive realkompetencevurderet, fx hvis man er faglært og har lang erhvervs erfaring. Lederen forklarer her, hvordan det kom i stand:

Jeg har to assistenter, som har taget et diplommodul på en professionshøjskole, og det er faktisk helt exceptionelt, for det er egentlig forbeholdt sygeplejersker. Der var et kirurgisk [diplom]modul, og der var nogle sygeplejersker i afdelingen, der tog det. Så var der en assistent, der sagde, 'det vil jeg også på'. Jeg sagde, 'jeg tror ikke du kan, men prøv'. Så tog hun kampen op og argumenterede for, hvorfor hun skulle på den. Til sidst åbnede de døren for hende, og så tog hun en kollega med, og så tog de den sammen. Og jeg tror det var godt, at de var sammen, for det var noget helt nyt og uhørt [at der var assistenter på en diplomuddannelse]. Jeg har ikke hørt, at de blev set skævt til, men jeg kan høre på de sygeplejersker, jeg har fortalt om det, at jeg får kommentarer som 'hvad de laver der?', og 'det har de da ikke forudsætninger til!'. Hvor jeg så bare kan sige, at de har gennemført det, og de er bestået med fine karakterer og har fået et kæmpe udbytte af det. Vi [sygeplejersker, ikke afdelingen] har sådan en kultur, hvor vi kan være lidt uddannelsessnobbede. Sygeplejerskerne, de tænker, at professionshøjskolen, det er vores sted. Der ligger assistentuddannelsen ikke. Der skal du være sygeplejerske, eller have en mellemlang videregående uddannelse for at kunne deltage i kurserne på diplomniveau. Jeg vil ikke tage æren for det – den ligger hos [de to assistenter]: De tog det op og tænkte, det skal vi udfordre. Så det bliver sådan noget personbundet. Og det lykkedes kun for dem, fordi de var ihærdige, og de havde gejsten til det. Ellers var de jo aldrig kommet der. (ledende sygeplejerske)

Der er blandt de ledende sygeplejersker ikke andre eksempler på assistenter, som har deltaget i efter-videreuddannelse på professionshøjskoler.

Ekstern kompetenceudvikling kun for professionsbachelorer

De ledende sygeplejersker har en del eksempler på, at de støder på eksterne barrierer andre steder i sundhedsvæsenet, når de forsøger at kompetenceudvikle deres assistenter på lige fod med deres sygeplejersker. Internt i deres afdelinger er det primært dem selv, der bestemmer, hvilke kompetencer, ansvar og funktioner de uddanner og udvikler deres personale til at varetage, herunder assistenter. Men uden for afdelingerne er der flere eksempler på, at de støder på eksterne barrierer, som eksemplerne i dette afsnit illustrerer.

En ledende sygeplejerske fortæller, at hun har en assistent og en sygeplejerske, der tilsammen udgør de ernæringsansvarlige på hendes sengeafsnit. Lederen havde tilmeldt dem begge til et eksternt undervisningstilbud om ernæringsterapi til terminale patienter. Ifølge den ledende sygeplejerske var det udbudt af ”*diætisternes sammenslutning*” (Kost- og ernæringsforbundet, red.). Lederen fortæller videre:

Assistenten er min ernæringsansvarlige, så hende tilmeldte jeg. Men jeg fik besked på, at hun ikke var velkommen, fordi hun kun er assistent. Så skrev jeg tilbage, at jeg synes det var noget sludder, for hun er jo min ernæringsansvarlige assistent på den her afdeling, og hun er ansvarlig sammen med en sygeplejerske, og de varetager opgaven på hele mit afsnit. De svarede igen: 'Desværre, det kunne hun ikke'. Så sagde jeg: 'Skulle jeg have løjet og skrevet, at hun er sygeplejerske, da jeg meldte hende til?' For det kan de jo ikke tjekke nogen steder. Så sagde de, 'nej, men hvis der nu blev et afbud, så kunne hun få den plads'. Der kom jo ikke noget afbud, og jeg var rasende over det. Næste gang tilmelder jeg hende bare som sygeplejerske. Jeg synes, det var forkert, fordi det var udbudt til ernæringsinteresserede og dem, som havde nogle kompetencer i afdelingen. Men nej, assistenter kan jeg ikke få ind. Kun sygeplejersker og diætister. Men det var jo undervisning, det var viden, som hun lige så godt kunne have hørt, og som hun lige så godt kunne have viderefornidlet herhjemme. (ledende sygeplejerske)

Et andet eksempel er fra en kardiologisk ledende sygeplejerske:

Assisterter har ikke samme muligheder for efteruddannelse som sygeplejersker. Jeg sidder selv og er med til at lave en regional efteruddannelse for kardiologiske sygeplejersker. Og der taler jeg ind i, at der også skal være plads til assistenter. Men som udgangspunkt er det for sygeplejersker, og kun hvis der er ledige pladser, kan man optage assistenter. Men jeg tror, vi kommer til at ændre på det i fremtiden, for selvfølgelig skal der også være en mulighed for assistenterne. Men det er der ikke i dag. De kan komme på forflytningsvejlederkursus. (ledende sygeplejerske, kardiologi)

Det sidste eksempel er hele parallelt og handler om efteruddannelse for lungesygeplejersker, hvor en ledende sygeplejerske forklarer, at hun også sidder med omkring regional efteruddannelse, og at det samme gør sig gældende på dette område. Hun redegør for, at hun ”*lige har siddet med dem, og de vil ikke tage assistenter ind.*” Det er den samme ledende sygeplejerske, som havde gjort en assistent til nøgleperson på palliationsområdet, og som havde haft svært ved at få hende optaget i hospitalets palliationsnetværk.

Sygeplejerskeuddannelsen

Langt de fleste af lederne har haft assistenter, som enten har taget sygeplejerskeuddannelsen forfra, eller som er i gang med det. En af de medvirkende psykiatriske afdelinger havde 12-14 sygeplejersker, som havde været assistenter i afdelingen tidligere, og fire af dem er efterfølgende også blevet specialuddannede sygeplejersker i psykiatri. Der var også blandt de medvirkende lederne en, der selv havde været assistent i 5 år, inden hun blev sygeplejerske og siden leder.

Nogle af lederne mener, at de nuværende muligheder for merit er tilstrækkelige. En leder, som er censor på begge uddannelser, ser det således:

Man er nødt til at starte lidt forfra og få sygeplejerskeuddannelsen forfra. Det er kun omkring tre måneder, nogle få fag, assistenterne kan få merit for. Så langt de fleste, de tager faktisk hele

uddannelsen, fordi det er så forsvindende lidt, de får merit for. Jeg har en tre-fire stykker, der har [tage sygeplejerskeuddannelsen] som fjernuddannelse, og de har alle taget det hele på nær tre måneder, de kan få merit for i praktikken. (ledende sygeplejerske)

Men de fleste mener, at uddannelsessystemet er for ufleksibelt. For det første fordi der ikke er tilnærmelsesvis de samme muligheder for efter- og videreuddannelse og kompetenceudvikling for assistenter, som der er for sygeplejersker. Og lederne har et lige stort behov for – og føler en lige stor forpligtelse til – at videreudanne alle deres medarbejdere, uagtet hvilken grunduddannelse de har. Og for det andet fordi de assistenter, som 'støder mod loftet' og til sidst ikke kan komme videre i deres udvikling uden at starte forfra på en sygeplejerskeuddannelse, netop er nogle af de dygtigste, der allerede har søgt al den faglige udfordring og kompetenceudvikling, de har kunnet. Derfor mener de fleste ledere, at der bør findes andre løsninger end den nuværende, som er at assistenterne skal starte forfra på en ny grunduddannelse, og – som flere af lederne bemærker – gå på SU i hele den periode.

En ledende sygeplejerske forklarer her, hvorfor han mener, der er behov for at skabe andre mulige karriereveje for assistenter end at starte forfra på sygeplejestudiet:

Når vi nu har den her arbejdsressource i form af assistenterne i sygeplejen, så bliver vi nødt til at gå ind og kigge på, hvordan vi kan kvalificere dem bedst muligt. Og det er ligegyldigt, om du er assistent eller sygeplejerske: Der er brug for lidt karrierevejstænkning. En assistent kan aldrig blive andet end assistent. De kan måske blive områdeleder eller vagtplanlægger eller sådan noget. Men der er jo ikke nogen karrierestigning. Jeg ved godt, at der sidder en assistent som er kommunal chefi Næstved Kommune. Men det er undtagelsen. Assistenterne har også svært ved at komme ind i ledelsesrummet, fordi der sidder et meget tungt lag af sygeplejersker. Der er ikke nogen valgmuligheder for assistenterne. Hvordan kan de bygge videre? Det er jo ikke en mellemlang videregående uddannelse. Hvordan får de de kvalifikationer, vi efterspørger i ledelsessystemet? Eller til at blive specialist? Der skal være noget, der kan løfte en assistent op, og som ikke nødvendigvis behøver at være en sygeplejerskeuddannelse. Men noget der gør, at de kan videreudanne sig til fx de her specialistfunktioner. For nogle af dem de brager jo ind i loftet: De vil gerne noget mere, men de bliver nødt til at blive sygeplejerske først for at komme længere i deres karriere. Det er for ufleksibelt. (ledende sygeplejerske)

Også i psykiatrien peges der på, at ledelse traditionelt har været forbeholdt sygeplejersker, og at man ikke har set så meget på individuelle kompetencer men mere på grunduddannelsen:

Vi har en knaldhammerende dygtig assistent, hvor vi overvejer, om han eventuelt kunne være en assisterende afsnitsleder. Kunne det være muligt? Det er jo personbåret. Det ville vi godt turde. Men hvis man bare tænkte, skal vi have en assistent eller en sygeplejerske? så har vi stadigvæk en tendens til at sige, at det skal være en sygeplejerske. Men der er bare nogen, der har nogle personlige kvalifikationer og kompetencer, der gør, at de er dygtige. (chefsygeplejerske, psykiatri)

En anden ledende sygeplejerske synes også det nuværende uddannelsessystem er for ufleksibelt, og han har følgende ønske:

FOA og Dansk Sygeplejeråd skulle overveje, om man kunne lave en anden tilgang til opgraderingen fra assistenter til sygeplejersker. Man er nødt til at kigge på det på en helt anden måde, en mere praksisrelateret måde, hvor man opgraderer assistenter med nogle løbende eksaminationer. En anden form for merit, så man ikke skal igennem de tre et halvt år, efter man har læst tre et halvt år til assistent. Det synes jeg ikke giver mening. Det er sådan nogle tanker, der er nødt til at komme på bordet i forhold til det her, vi kigger ind i [omkring rekrutteringsudfordringer i fremtiden]. (ledende sygeplejerske)

Og i det foregående eksempel med den interne afdelingsuddannelse, der blev løftet op for at blive bredt ud, var planen også et AMU-kursus. De to grupper af medarbejdere – assistenter og sygeplejersker – er i alle de

deltagende afdelinger kollegaer, der udgør en samlet sygepleje-, eller personalegruppe. Og afdelingerne har oftest såvel introduktionsforløb som kompetenceudvikling, der omfatter begge faggrupper. I afdelingerne kan assistenter kompetenceudvikles til i varierende omfang at varetage sygeplejeopgaver, som tidligere har været forbeholdt sygeplejersker. I enkelte afdelinger kan assistenter kompetenceudvikles til at varetage de samme opgaver som sygeplejersker. Men når de bevæger sig udenfor afdelingerne, og det kommer til ekstern efter- og videreuddannelse, er de to grupper helt afskilt. Udgangspunktet er igen *grunduddannelsen*, altså *hvem* der undervises, og ikke *hvad* der undervises i. Eksemplet herover viser dog, at det er muligt for assistenter at deltage i efter- videreuddannelse på diplomniveau på professionshøjskoler.

Relationer til andre faggrupper

Det interne samarbejde og relationerne mellem faggrupperne er et væsentligt aspekt af at have flere faggrupper integreret i en plejegruppe. Derfor handler dette afsluttende kapitel om, hvordan de ledende sygeplejersker oplever samarbejdet og relationerne mellem faggrupperne, særligt deres oplevelse af sygeplejerskernes og lægernes syn på assistenterne og deres rolle i afdelingerne.

De ledende sygeplejersker pegede dog også på en anden gruppe, som de finder meget central i forhold til anvendelse af assistenters kompetencer på hospitaler: Deres egne sygeplejefaglige lederkollegaer på andre afdelinger eller på højere ledelsesniveauer. Dette skal ses i lyset af, at de medvirkende afdelinger som nævnt i indledningen ikke er udvalgt med henblik på at være gennemsnitlige, men snarere er afdelinger ledet af sygeplejersker, som af forskellige årsager har valgt at gå gået aktivt ind i udviklingen af assistenternes rolle og opgavevaretagelse på hospitaler. Derfor er det ikke underligt, at denne gruppe af sygeplejefaglige ledere ofte oplever, at de skiller sig ud fra deres egne kollegaer i synet på muligheder og barrierer for anvendelse af assistenters kompetencer på hospitaler.

Relationen mellem assistenter og sygeplejersker

De ledende sygeplejersker oplever forskellige reaktioner fra sygeplejerskerne i forhold til assistenternes opgavevaretagelse. Og lederne peger på, at sygeplejerskernes reaktioner er afhængig af, hvad det konkret betyder for dem, at enten *antallet* af assistenter i deres afdelinger eller assistenternes *rolle* og opgaver bliver ændret. I nogle afdelinger har det betydet, at assistenterne varetager flere opgaver selvstændigt og kan tage ansvar for nogle typer af patientforløb – mens det i andre i højere grad har betydet en bevægelse væk fra primærpleje.

En leder, som har mange års erfaring, men som for relativt nyligt er tiltrådt i sin nuværende stilling som ledende sygeplejerske, fortæller her, hvordan han har oplevet at, sygeplejersker reagerer meget forskelligt på assistenternes ændrede rolle:

Jeg har været vikar forskellige steder i regionen det sidste år, og der er kæmpeforskelle på, hvordan sygeplejere reagerer i forhold til, at der går nogle assistenter rundt og laver sygeplejeopgaver eller går stuegang. Der er nogen, der er meget for det, og der er nogen, der stadigvæk er meget, meget imod det. Og det er noget, folk taler om. På [dette hospital] synes jeg, man er meget positiv og meget pro i forhold til, at sygeplejersker og assistenter laver nogenlunde det samme og bliver oplært i nogenlunde de samme ting. Men jeg skal ikke længere væk end [nabohospitalet], hvor jeg kommer fra, hvor der er nogle andre holdninger til det. Så der er stadigvæk en hel del dogmer hos nogle sygeplejersker. (ledende sygeplejerske)

Det, lederen beskriver, handler således ikke så meget om antallet af assistenter i afdelingerne, men snarere om deres ændrede rolle og opgavevaretagelse de seneste år, som på mange af de medvirkende afdelinger har været en udvikling hen imod en større grad af ensartethed i sygeplejerskers og assistenters opgavevaretagelse.

En leder på en hæmatologisk afdeling anvender assistenter på en anden måde og forklarer her, hvordan hun oplever at assistenternes opgavevaretagelse ændrer sygeplejerskernes rolle, og hvad det betyder for dem:

Denne generation af sygeplejersker, som typisk er i sengeafsnit nu, er vokset op med primærpleje. Det er det, de har lært på skolerne: Det er dem, der skal have alt omkring patienten. De skal være dem, der går ind og siger godmorgen, giver tabletterne, hænger IV-medicinen op, måske lige hjælper med badet, og samtidig skal de gå stuegang, og de skal screene for tryksår, og de skal det hele. Men nu skal vi have vendt hele den kultur, så sygeplejersken ikke længere gør alle ting selv. De skal stole på andres [fx assistenternes] observationer, og de skal stole på andres håndtering af medicin og væsketerapi for eksempel. Det er det, der har været de største udfordringer i afdelingen, for sygeplejerskerne har skullet vænne sig til at have en mere overordnet og koordinerende funktion end tidligere. Og det kunne være svært at give slip på nogle af alle de opgaver. Jeg tror, vi skal turde sige

det højt, vi skal italesætte det. Vi har brugt mange personalemøder på at tale om den ændrede rolle for sygeplejerskerne. Som ledere skal vi anerkende, at vi godt ved, at rollen som sygeplejerske ændrer sig, når vi ansætter andre faggrupper. Og vi skal snakke med dem om, at det er en anden måde at være sygeplejerske på, og at vi er fuldt ud klar over det. Og de skal vide, at det er helt i orden, at de synes, det er svært. (ledende sygeplejerske)

Lederne er meget bevidste om, at en udvidelse af assistenternes antal, kompetencer eller rolle i afdelingerne kræver tæt dialog med sygeplejerskerne, og at det bliver legitimt at tale om, hvad de eventuelt er utrygge ved eller uenig i.

Det er selvfølgelig vigtigt, hvad vi som ledere siger til personalegruppen, men det handler også rigtig meget om dialog med personalegruppen. Hvor man får snakket om, hvad det er, man bange for. Men sådan er det jo med alting: Vi skal skabe gennemsigtighed og dialog om, hvad der er på spil. Hvad er det I tror? Så man får bragt de demoner frem, der kan være, og får snakket om dem og får håndteret dem. (ledende sygeplejerske)

Jeg hører fra nogle sygeplejersker, at det i bund og grund nok er en frygt for, om assistenterne er en faggruppe, der stille og roligt er ved at overtage rigtig mange opgaver, som sygeplejerskerne har stået for. Uagtet at man godt ved, at der er en brændende platform og stor mangel på begge faggrupper. Så er der nogen, der er meget frygtsomme overfor det her, fordi de føler: 'Hvorfor skal assistenterne have lov til det, når de ikke er uddannet til det? Så kunne de jo læse videre til sygeplejersker.' Den har jeg faktisk hørt gentagne gange det sidste års tid. Jeg vil da også være ærlig og sige, at jeg også selv har haft en lille frygt for, om det nu var nogen, der var ved at overtage sygeplejerskearbejdet helt og holdent. Nu er jeg også gammel fagforeningsmand. Men den frygt har jeg ikke mere, og jeg mener, der skal være plads til alle. Men jeg kan godt forstå, hvis der er nogen, der går rundt og frygter lidt, fordi der er sket et stort skred, og jeg tror bare, vi har set begyndelsen på det. (ledende sygeplejerske)

Flere af lederne oplever, at sygeplejerskernes skepsis ofte bunder i usikkerhed og uklarhed. Og derfor er det også væsentligt, at sygeplejerskerne er trygge ved assistenternes kompetencer, og ikke mindst trygge ved, at assistenterne – ligesom alle andre sundhedsfaglige medarbejdere, sygeplejersker inklusiv – siger fra, når de føler, at deres kompetencer ikke rækker til. En kardiologisk ledende sygeplejerske forklarer:

Jeg oplever, at assistenterne bliver taget rigtig godt imod [blandt sygeplejerskerne]. Selvfølgelig har sygeplejerskerne lige skullet vænne sig til, at nu går assistenterne også stuegang. Men når de oplever, at assistenterne siger fra eller beder om hjælp, der hvor de ikke føler, at deres kompetencer er ordentlige, så giver det en kæmpe tryghed for sygeplejerskerne. Det er noget af det, vi italesætter rigtig meget og forventer af vores assistenter i takt med, at de bliver oplært: De skal virkelig sige det højt, hvis der er noget, de ikke føler, at de har kompetencerne til. Det er jo fordi, det er nyt, at det er assistenterne. For vi har jo altid italesat overfor nyansatte, at det er vigtigt, at de siger fra, hvis der er noget, de ikke kan bunde i. Og de har jo skullet finde ud af, at assistenterne godt kan varetage de nye opgaver, de bliver bedt om at varetage. (ledende sygeplejerske)

En leder af en akutafdeling, hvor nogle assistenter er blevet internt kompetenceudviklet til at være såkaldte akut-assistenter, pointerer vigtigheden af, at lederne er tydelige omkring, hvilke kompetencer de forskellige medarbejdere har for at undgå det, han kalder "usikkerhedsmomenter" og "gnidninger":

Jeg har en meget klar opfattelse af, at sygeplejerskerne er glade for assistenterne, og de har et godt samarbejde med assistenterne. Og det kommer af, at det er vigtigt, at hver faggruppe ved, hvad alle kan og må. Og sygeplejerskerne ved, at når der kommer en akut-assistent med på holdet, der hvor de er to om en patient, så kender de hinandens kompetenceniveau. Jeg tror, at det er utroligt vigtigt, at der er en tydelighed i, hvad man må og ikke må. Og hvis der ikke er det, så tror jeg, at der kommer de her gnidninger og usikkerhedsmomenter. Og så er det, der opstår de her fagsnakke i krogene. Men hvis man har en større tydelighed omkring, at 'du må det her, når du har gennemgået det og det,' så

er der også større forståelse blandt sygeplejerskerne, og samarbejdet bliver hævet væsentligt. (ledende sygeplejerske)

Det samme behov for tydelighed omkring kompetencer og opgaver genfindes i psykiatrien, særligt i lukket akut psykiatri, hvor der også er kritiske akutte forløb, hvor der skal træffes hurtige beslutninger. En ledende sygeplejerske på en psykiatrisk akutmodtagelse forklarer her, hvordan hun oplever, at netop usikkerhedsmomenter kan være med til at gøre dialogen om assistenternes opgavevaretagelse svær og meget følsom for medarbejderne:

Der er nogle kritiske og komplekse forløb i vores akutmodtagelse, og derfor er det så vigtigt, at der i alle situationer er klar bevidsthed om, hvornår det er en assistent, og hvornår det er en sygeplejerske, der tager opgaven. Det må ikke blive uklart. Og det er noget af det, vi har arbejdet med: At definere, hvad, der er sygeplejerskens ansvarsområde, og hvad der er assistentens. Der er nødt til at være klarhed over, hvad man må og ikke må. Men i sundhedsvæsenet vil vi hele tiden støde på gråzoner, og så laver vi timeouts. Og der kan der godt være en drøftelse, hvor man bliver lidt usikker: 'Handler det om mig, eller er det på grund af min faggruppe?' Det er rigtig vigtigt, at vi tør sige, hvad det er, der er udfordringen. Vi er nødt til at kommunikere klart: Hvad er det, der gør, at man ikke har kompetencen til en opgave? Man kan være dygtig, man kan være vant til det fra tidligere, men hvis det ikke er en opgave, der er inde under ens ansvarsområde, så gør vi det ikke. Det er vigtigt, at vi tør tale om det. Det kunne fx være abstinensbehandling. Der kan vi jo have en assistent med inde over og måle vitale værdier. Men assistenterne må ikke tage de kritiske forløb. Det vil sige, at hvis det er en patient, der får nogle højere doser medicin, så er vi nødt til at være skarpe på, hvornår sygeplejersken skal involveres. Det kræver en systematisk tilgang. Det ikke personligt. Det handler om faggruppen og den begrænsning, der er i assistenternes kompetencer qua grunduddannelsen. Der er så vigtigt at sige, at det er derfor, vi skelner mellem sygeplejersker og assistenter. For det er vigtigt, at assistenterne ikke får opgaver, som er uden for deres kompetenceområdet. Det er jo ikke, fordi man er mindre god som medarbejder. Og det er det, der gør den her dialog så svær, og i mange år har det været meget følsomt. Fordi assistenterne har haft svært ved at komme ordentligt ind i psykiatrien. Historikken har været, at det primært var sygeplejersker, der blev rekrutteret til den akutte psykiatri. Og det handler også om faglig stolthed, og jeg er selv stolt af at være sygeplejerske. Men derfor kan man jo stadig være åben over for andre faggrupper og deres evner. (ledende sygeplejerske, psykiatri.)

En af de ting, der kan gøre det udfordrende, er ifølge nogle af lederne, at det kan være svært for sygeplejerskerne at se, at der kan være noget vundet ved at have andre kompetencer end deres egne ind over:

Jeg har arbejdet intenst med kulturen i afdelingen. Det handler om, at sygeplejerskerne, det er mig selv inklusiv, vi er jo opdraget til, at vi kan det hele. Og vi er faktisk allerbedst til det hele. Vi kan både rense vasken, hvis den er stoppet, og vi kan også give omsorg til patienten, og vi kan give medicin i den rette mængde og ellers varetage den øvrige sygepleje. Vi kan det hele. Og pludselig så kommer jeg og beder dem om at dele ansvaret med assistenter. Det har de svært ved. Det er svært at sige, at der er noget, som der måske er nogle andre, der kan varetage lige så godt eller bedre end dem. Der er jo meget på spil. Der er identitet på spil. Jeg sagde til sygeplejerskerne: Prøv at nævne tre ting, som I gør, som man ikke behøver være sygeplejerske for at varetage. Og det havde de vanskeligt ved. Fordi de synes jo, at det hele griber ind i hinanden. Det hænger jo sammen det hele. Men vi skal arbejde som team, vi skal komplementere hinanden, vi skal være fælles om det, vi skal drage de fagligheder ind, som opgaven kalder på. Og bruge hinandens styrker i stedet for at sige, 'jeg kan godt det hele.' (ledende sygeplejerske)

Det er vigtigt at understrege, at det samlede indtryk fra interviewundersøgelsen blandt lederne ikke er, at de oplever store udfordringer med samarbejdet mellem assistenter og sygeplejersker i afdelingerne. De to faggrupper er – og har altid været – organiseret sammen under samme sygeplejefaglige ledelse, og lederne er derfor tæt på begge faggrupper, ligesom alle lederne selv er sygeplejersker, og derfor både kender og forstår sygeplejerskernes

kultur og reaktioner indefra. Flere af dem kommer med eksempler på, hvordan de to faggrupper med tiden bliver mere og mere integrerede og i stigende grad finder det naturligt at arbejde sammen, også omkring kompetenceudvikling. Et andet eksempel på samarbejde mellem de to faggrupper er en højt specialiseret afdeling på et universitetshospital, hvor de to tillidsrepræsentanter for hhv. sygeplejersker og assistenter i stigende grad samarbejder:

Vores tillidsrepræsentanter for sygeplejerskerne og for assistenterne er gået sammen i et lidt unikt samarbejde. De har fx administrativ tid samtidig, og de samler personalet til informationsmøder. Senest er de også begyndt at holde undervisning for elever og studerende, når de er i praktik her. Så samler de dem alle sammen og fortæller om, hvad det er for en god afdeling, og hvordan overenskomsterne bliver brugt, og hvad der er kompetenceudvikling og sådan noget. Da jeg hørte det, tænkte jeg: Det var sgu da godt tænkt af dem! (ledende sygeplejerske)

Andre fortæller, at deres sygeplejestuderende ofte følges med assistenterne i afdelingen, og at assistentelever i øvrigt også ofte følges med sygeplejerskerne, ligesom de erfarne assistenter også har nyansatte sygeplejersker med som føl. En ledende sygeplejerske forklarer, hvorfor det er sådan i hendes afdeling:

Sådan er det, fordi de [erfarne assistenter] ved mere. Og det har de nye sygeplejersker ikke noget problem med. De har også deres sygeplejefaglige mentor. Og til vores introduktion for nyansatte, går jeg rigtig meget ind i emner som værdier og kultur og tværfagligt samarbejde. Det her er generelt en afdeling, der er præget af en meget flad struktur. (ledende sygeplejerske)

Nogle lederne er sågar blevet positivt overraskede over sygeplejerskernes reaktioner på, at assistenternes opgaver er blevet udvidet de seneste år, som denne leder forklarer:

Det er tit vores egne barrierer, der holder os lidt tilbage. Jeg har jo også haft nogle bekymringer, der er blevet gjort til skamme. F.eks. sådan noget som at håndtere IV og transfusioner med blod og blodplader, det har været en sygeplejersketing. Og dem er der rigtig mange af her. Og der tænkte jeg, det kan assistenterne også godt gøre, hvis bare de er uddannet til det. Jeg troede sygeplejerskerne ville tænke 'det er mit område,' 'det er mig som sygeplejerske, der kan håndtere alt, hvad der hedder IV og transfusioner og den slags.' Så det havde jeg troet ville møde modstand fra sygeplejerskerne, men det er faktisk blevet taget imod som en kæmpe håndtrækning. (ledende sygeplejerske)

Relationen mellem assistenter og læger

Lederne har stort set samme oplevelse af lægernes reaktion på, at assistenters roller ændres, herunder at de fx flere steder går stuegang og har selvstændigt ansvar for patientforløb og dermed arbejder direkte sammen med lægerne. Når lederne skal forklare, hvad lægerne siger til den udvikling, er det korte svar: "Ingenting". De fleste lederne vurderer, at lægerne ofte ikke er klar over, om det er en assistent eller en sygeplejerske, de samarbejder med i hverdagen. Som en leder formulerer det:

Det er ikke altid, lægerne får kigget på skiltet. De tror, at de alle sammen er sygeplejersker. (ledende sygeplejerske)

Andre ledende sygeplejersker har samme oplevelse:

Når man kommer som læge her i afdelingen, så tror jeg overhovedet ikke, de har noget begreb om, om det er en sygeplejerske eller en assistent, de taler med. Her er vi alle på fornavn. Så jeg tror overhovedet ikke, lægegruppen tænker over det. (ledende sygeplejerske)

Lægegruppen respekterer fuldt ud, at det er min assistent, der ringer til dem og siger, 'jeg ringer fra afsnit [xxx], og vi har brug for hjælp til det og det.' Men mange af lægerne, de ved ikke, om du er assistent eller sygeplejerske. De hører dine faglige kommentarer. Så når vi står til vores tavlemøder, så er der en respekt om dem. Jeg har en assistent, der lærer nogle af de yngre læger op i at lægge PVK. De medicinstuderende kommer også og spørger assistenterne. (ledende sygeplejerske)

Jeg synes, samarbejdet med lægerne foregår rimelig ukompliceret. Jeg ser ikke, at lægerne går og kigger på skiltet, om det er den ene eller den anden [uddannelse]. Det er et spørgsmål om navnet: De leder efter Pia eller Hanne, og så tager man den derfra. Jeg har ikke hørt, at lægerne synes, at niveauet er for lavt. Vi har tit både monofaglige og tværfaglige patientgennemgange, hvor vi drøfter, hvor er vi henne i forhold til sygeplejen, og vi har en sygeplejekonference, hvor de gennemgår alle patienterne, der er indlagt lige nu og drøfter, hvad der er svært, og hvor de sparrer med hinanden. Der deltager assistenterne på lige fod og kommer med deres meninger. Det samme i forhold til den stuegangsgående læge: Der er det jo assistenten, der fortæller, hvor patienten er henne i forløbet, hvad er det for nogle symptomer, vi har fundet, er det typisk eller atypisk, og er det noget, lægen skal kigge på osv. (ledende sygeplejerske)

En ledende sygeplejerske, som for relativt kort tid siden har kompetenceudviklet assistenterne til at gå stuegang, oplever faktisk, at lægerne har været en hjælp i den sammenhæng:

Lægerne er jo supergode til at undervise undervejs. De sidder til stuegangen og siger 'det er godt,' eller 'det jeg efterspørger nu, det er sådan og sådan,' og 'grunden til, at jeg gør det, det er fordi sådan og sådan.' Så lægerne har været rigtig gode til at bidrage. De gør jo egentlig bare det samme, som de gør med en nyuddannet sygeplejerske. For en nyuddannet sygeplejerske har heller ikke de kompetencer. (ledende sygeplejerske)

Ifølge de ledende sygeplejersker er det lægelige samarbejde således ikke en udfordring i relation til at integrere assistenter i afdelingerne. Måske ligefrem tværtimod, fordi lægerne generelt er vant til at have en undervisende rolle overfor alle slags medarbejdere – det være sig lægelige såvel som alle andre faggrupper, de skal arbejde sammen med.

Reaktioner fra andre sygeplejefaglige ledere

Lederne oplever helt klart den største skepsis og de fleste forbehold i forhold til at ansætter og kompetenceudvikle assistenter i relation til deres sygeplejefaglige lederkollegaer. Det er uden sammenligning den gruppe, de ledende sygeplejersker oplever flest reaktioner fra.

Når jeg siger andre steder, at assistenterne fx håndterer IV-medicin, lægger PVK, trækker blodprøver og alt sådan noget, så bliver jeg mødet med: 'Hvorfor gør de det, og hvordan kan de det, og kan I stå inden for det?' For der er ikke mange steder, de gør det. Men vi har jo haft kompetenceudvikling, og vi har lavet det i samarbejde med sygeplejerskerne. (ledende sygeplejerske)

En leder beskriver herunder, hvad der skete, da en gruppe assistenter med kompetencer til at udføre forskellige opgaver skulle flyttes til et andet hospital, hvor assistenterne ikke havde mulighed for at blive kompetenceudviklet til at varetage disse opgaver. Det skabte udfordringer, da assistenter fra andre afdelinger fandt ud af, at de tilkomne assistenter havde andre kompetencer og opgaver end dem selv:

Det blev diskuteret rundt i afdelingerne, hvad mine kollegaer, de andre oversygeplejersker, syntes om det [at assistenterne var kompetenceudviklet til flere opgaver]. Så kom oversygeplejerskerne over til mig og spurgte, 'hvorfor må dine assistenter det?' 'Jamen det har vi lært dem op til. Vi har jo undervist dem, og vi har vejledet dem, vi havde et helt program for det. Så selvfølgelig må de det.' Så var der en polemik om, hvad de andre oversygeplejersker syntes eller ikke syntes, deres assistenter skulle have lov til. Men de andre oversygeplejersker, de syntes ikke, at assistenterne var uddannet godt nok til at kunne varetage den slags opgaver. Min holdning er, jamen så må vi jo lære dem det. Det handlede om, at de andre oversygeplejersker ikke ville give assistenterne kompetencerne. (ledende sygeplejerske)

En anden ledende sygeplejerske oplever, at det skabte "krusninger på vandene" blandt hendes lederkollegaer, at hun vil give nogle af hendes erfarne assistenter kompetencer til at være ansvarshavende i de vagter, hvor de er sammen med andre sygeplejersker eller assistenter, som er mindre erfarne. Hun forklarer, hvad hun oplever:

Dem der udfordrer mig på assistenternes rolle, det er ikke lægerne. Det er faktisk mine sygeplejelederkolleger. For eksempel har jeg arbejdet lidt med et kompetencekort i forhold til at assistenter må være ansvarshavende i vores afdeling. Og det er ikke, fordi jeg tænker, det er normen, at det skal til at være sådan, og det er ikke for alle assistenter. Men jeg har nogle assistenter, der har været her i rigtig mange år, og nogle gange når de er på vagt, er de den, der er mest kompetent i den pågældende vagt, hvis de er på arbejde med sygeplejersker, som måske er yngre og mere uerfarne. Så jeg overvejer at lave et kompetencekort til assistenter, så de kan blive ansvarshavende i en vagt. Og det kan jeg godt høre, at det giver lidt krusninger på vandene, og der er mange af mine lederkollegaer, der spørger, 'hvad siger dine sygeplejersker til det? Vil de godt acceptere det? Hvad siger resten af personalegruppen?' Der er en eller anden forestilling om, at der stadigvæk er en lille smule fagkamp. Ikke i vores afdeling, men generelt på hospitalet. Os der arbejder sammen i afdelingen i det daglige, vi har den ikke. (ledende sygeplejerske)

En anden ledende sygeplejerske fortæller om lignende reaktioner fra hans lederkollegaer i forhold til at kompetenceudvikle assistenter til at give IV-medicin:

Vi diskuterer lige i øjeblikket, om en assistent kan give IV medicin. Jeg har den holdning, om man giver en tablet eller IV: Du putter stadigvæk et stof ind i et menneske. Reaktionen vil komme lidt hurtigere ved IV, men om det er en tablet eller IV, så er reaktionerne de samme. Men du skal selvfølgelig vide noget om det, du gør, uanset om det er den ene eller den anden form. Men mange af mine nuværende lederkolleger siger: 'Det kunne jeg da ikke drømme om at sætte en assistent til!'. Mine kolleger de er langt væk i forhold til os. De mener ikke engang, at en assistent skal have adgang til medicinrummet. De mener ikke, at de er klædt på til det. Men jeg mener: Så må I da klæde dem på til det, for det er da dumt, at de ikke har adgang og at det hele skal gå igennem en sygeplejerske. Det er da bare at gøre sygeplejersken til en flaskehals. Vi har jo et AMU-kursus til assistenter i farmakologi, som er rigtig godt. (ledende sygeplejerske)

Det er gennemgående, at de ledende sygeplejersker har oplevet de kraftigste reaktioner på deres måde at kompetenceudvikle og anvende assistenter på i deres afdelinger fra andre lederkollegaer. Og de mener, det skyldes flere forskellige ting: Nogle peger på *uvidenhed* om assistenternes uddannelse og kompetencer, andre på *uvilje* mod at kompetenceudvikle assistenterne og andre igen peger på *uenighed* om, hvad assistenterne kan kompetenceudvikles til. Men de ledende sygeplejersker peger også på forhold som tradition og kultur, på det en leder i et citat på forrige side kaldte "en lille smule fagkamp", og som herunder beskrives som et 'magthierarki':

Det er lidt et magthierarki, hvor det handler om, hvem der er øverst i hierarkiet. Vi er ikke ret gode til at snakke om magt i sygeplejen heller ikke ledelsesmæssigt. Vi har den der pæne overflade, vi taler pænt, vi ordner tingene, og det skal altid ske i fordragelighed, men der ligger en masse magt i det her også. Som sygeplejersker, der sidder vi jo lidt højere i hierarkiet end assistenterne. I hvert fald i hospitalsregi. Vi er jo så socialiserede inde i det, og vi er med til at fastholde det, og det er assistenterne også. Det er rigtig svært at bryde ud af de her magthierarkier, og hvis man kigger på vores organisation, så er der jo en veldefineret magtstruktur. Og virkeligheden er, at assistenterne ikke er højest i hierarkiet, og det er sygeplejersker heller ikke. Men det legaliserer jo ikke, at vi er højest i magthierarkiet indenfor dem, der arbejder med sygepleje, og at vi kører videre i den der magtstruktur. Og det oplever jeg, at vi gør, i hvert fald når jeg snakker med mine [leder]kolleger. De er så vanetænkende omkring, at der skal være forskel på en assistent og en sygeplejerske. Og det er selvfølgelig, fordi de selv er sygeplejersker, og de synes, de bliver kompromitteret af, at en assistent kan nogle opgaver, som de mener er sygeplejerskernes. Vi skal ikke holde sådan fast i de her

sygeplejerskeopgaver. Vi er bare med til at lave kløfter frem for at bygge bro mellem de to faggrupper. Det er unødvendige konflikter. Vi har så mange andre ting at tage os til end at være med til at skabe de her konflikter. Jeg kunne godt tænke mig, at det var et tættere samarbejde mellem fagforeningerne [DSR og FOA]. At det hedder 'os, der arbejder i sygeplejen' for eksempel. At man prøvede at finde nogle fælles fodslag. (ledende sygeplejerske)

En anden ledende sygeplejerske peger på, at assistenterne også selv kan være med til at fastholde et hierarki mellem dem og sygeplejerskerne:

Det handler rigtig meget om ledernes syn på brug af assistenter. Jeg er stor fortaler for at bruge assistenter, men jeg er mest af alt fortaler for, at man lader være med at puste til det der hierarki, som kan opstå mellem sygeplejersker og assistenter. Og det forekommer jo fra begge faggrupper. Nogen assistenter påtager sig næsten per automatik at være lavest i hierarkiet: 'Nu er jeg også bare assistent'. Men jeg tænker: 'Nej, det er du faktisk ikke: Du er social- og sundhedsassistent, og du er mega dygtig, og vi skal bruge alt det, du kan, og vi skal lære dig mere!'. (ledende sygeplejerske)

Samlet set peger de ledende sygeplejersker på, at sygeplejerskerne i deres afdelinger i vidt omfang er glade for at assistenterne bliver kompetenceudviklet, fordi det letter både ansvar, vagtbyrde og opgaver for dem. Lægerne fylder intet i de ledende sygeplejerskers bevidsthed, når det handler om udfordringer i relation til samarbejdet, og nogle påpeger ligefrem, at lægerne er en hjælp i relation til kompetenceudvikling af assistenter, fordi de har en tendens til hele tiden at lære fra sig og undervise. Den største skepsis og modstand møder lederne blandt deres egne sygeplejefaglige kollegaer. Derfor undrer det heller ikke, at der blandt lederne er en del, som helt eksplicit peger på, at den største barriere for udvikling af dette område er lederne selv:

Den største barriere er den ledelsesmæssige. Det er jo lederne, der bestemmer, hvem de vil have i deres personalestab. Hvis de ikke ser muligheden for tværfaglighed i plejen, så kommer det jo aldrig til at ske. Det er lederne, som vurderer mulighederne, så det er jo lederne selv, der er den begrænsende faktor. (ledende sygeplejerske)

Herned afrundes rapportens del 2: Interviewanalysen med ledende sygeplejersker på hospitaler om deres erfaringer med og perspektiver på anvendelse af assistenter. De ledende sygeplejersker har peget på en lang række muligheder og fordele, men også udfordringer og barrierer i forhold til bedre anvendelse og udvikling af assistenters kompetencer på hospitaler.

Som beskrevet i indledningen konkluderes der ikke på rapporten, da der alene er tale om en kortlægning, og resultaterne af både del 1 og del 2 er i stedet sammenfattet i starten af rapporten (se s.3).

På de følgende sider afsluttes rapporten i stedet med en perspektivering, der sætter kortlægningen i relation til anbefalingerne fra Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet (september 2023). Kommissionens anbefalinger har fokus på, hvordan der kan sikres mere personale og mere tid til kerneopgaverne på sundheds- og ældreområderne. Således er mange af de forhold, som denne kortlægning afdækker, relevante at se i lyset af Robusthedskommissionens anbefalinger.

Perspektivering

I september 2023 udkom Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet med sine [anbefalinger](#) til, hvordan der kan sikres mere personale og mere tid til kerneopgaverne på sundheds- og ældreområderne.

En væsentlig præmis for kommissionens anbefalinger har været den demografiske udvikling, der både betyder flere ældre, men også flere børn og unge, som har behov for andre velfærdsmedarbejdere end sundhedsfaglige, fx pædagoger og lærere i daginstitutioner og folkeskolen, og samtidig falder antallet af medarbejdere i den arbejdsdygtige alder. Derfor kan sundheds- og ældreområderne ikke rekruttere sig ud af udfordringerne, ved at fortsætte sin ekspansion. Kommissionen formulerer det således:

Vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken. Sundheds- og ældreområdet, både det offentlige og private, kan samlet set og på sigt ikke optage en uforholdsmæssig større del af samfundets ressourcer, herunder af den samlede arbejdsstyrke. Det ville svække velfærdssamfundets bæredygtighed. (Robusthedskommissionen, 2023, s. 118)

Derfor peger kommissionen på følgende:

Vi skal sikre attraktive arbejdspladser, og opgaverne skal løses fleksibelt med rette kompetencer. Der skal være mere tid til den borger- og patientnære kerneopgave, som personalet brænder for. (...) Flere skal tage del i vagtarbejdet, faglige siloer skal nedbrydes, og opgaverne skal løses fleksibelt. Uddannelserne skal gøres mere fleksible med bedre muligheder for at skifte spor og løse opgaver på tværs og med flere og bedre karriereveje, der gør det attraktivt med et langt og fuldt arbejdsliv med borger- og patientnært arbejde. (Robusthedskommissionen, 2023, s. 118)

En række af kommissionens anbefalinger er særligt relevante i forhold til resultaterne af denne kortlægning. Herunder er udvalgt syv anbefalinger, der er særligt relevante i lyset af rapportens resultater:

Anbefaling 10: Flere skal op i tid

Samlet set går udviklingen på dette punkt i den rigtige retning: Den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad er stedet fra 81 % i 2028 til 83 % i 2022, og derfor overrasker det ikke, at andelen af assistenter i fuldtidsstillinger også er steget i samme periode. Således har der været en stigning i andelen af fuldtidsansatte fra 41 % i 2018 til 48 % i 2022. Stigningen har været på 7 procentpoint i både somatikken og i psykiatrien, men i hele landet ses en markant højere andel af fuldtidsansatte blandt assistenter i psykiatrien (56 % på landsplan), end i somatikken (43 %).

Desuden ses en betydelig regional variation. Således er andelen af stillinger (omregnet til fuldtid), der er besat af fuldtidsmedarbejdere i 2022 hhv. 60 og 56 % i Region Nordjylland og Region Midtjylland, som er de to regioner hvor den er højest, mens andelen i de øvrige tre regioner ligger mellem 42 og 47%. Dette peger på, at der er betydeligt potentiale i at undersøge hvad disse forskelle skyldes, og overføre erfaringerne fra de regioner, som har en højere andel af fuldtidsbeskæftigede, til de regioner hvor andelen er lavere. Ligesom det bør undersøges om somatikken kan lære af psykiatrien i forhold til sikre flere fuldtidsmedarbejdere.

Anbefaling 11: Vagtarbejdet skal udtyndes og deles mellem flere

Rapporten beskriver, at der ud over stigningen i antallet er assistenter på hospitaler, også er sket mere indholdsmæssige ændringer i assistenternes opgavevaretagelse i retning af mere selvstændig opgavevaretagelse. Det har krævet kompetenceudvikling af assistenterne. De ledende sygeplejersker peger på at dette er væsentligt, for at gøre det muligt at assistenterne i højere grad indgår i vagtarbejdet på lige fod med sygeplejersker. Derfor er styrket også mere systematiske kompetenceudvikling af de 17 % af plejepersonalet på hospitalerne, der udgøres af assistenter, helt afgørende for at sikre udtynding af vagtarbejdet og muliggøre, at det kan deles mellem flere.

Det skal dog bemærkes, at netop assistenter ansat i regionerne er den medarbejdergruppe på ældre- og sundhedsområdet, som har den højeste vagtbelastning, nemlig 44 % af arbejdstiden (i aften, nat eller

weekendvagter), mens sygeplejerskernes vagtbelastning på de regionale arbejdspladser til sammenligning er 25 %, jf. Figur 4, s.20. Assistenten deltager således allerede i meget høj grad i vagtarbejdet.

Anbefaling 12: Stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde

Interviewanalysen blandt ledende sygeplejersker peger på, at assistenterne i høj grad varetager patientnære opgaver i afdelingerne. Men de giver også udtryk for, at der er meget begrænsede karriereveje for denne gruppe af medarbejdere, medmindre de vælger at starte forfra på sygeplejerskeuddannelsen. Hvis de forbliver assistenter, er karrierevejene meget begrænsede. Analysen bekræfter således Robusthedskommissionens efterlysning af karriereveje, der i højere grad er forankret i det patientnære arbejde.

Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

De fleste ledende sygeplejersker i interviewundersøgelsen mener, at der er for lidt fleksibilitet på tværs af assistentuddannelsen og sygeplejerskeuddannelsen. I dag ligger de to uddannelser helt adskilte systemer og institutioner, både hvad angår grunduddannelse såvel som efter- og videreuddannelse.

Lederne beskriver at assistenter typisk kan få op til 3 måneders merit, hvis de tager springet og vælger at starte helt forfra på en sygeplejerskeuddannelse. De fleste ledere mener det er for lidt, og at vejen for de assistenter der har såvel evnerne som motivationen til at uddanne sig videre, er for lang og for ufleksibel i dag. Ikke mindst set i lyset af, at de assistenter der gerne vil videre og bygge ovenpå deres grunduddannelse, er de mest erfarne der allerede kommet så langt som de overhovedet kan med lokal kompetenceudvikling ovenpå deres assistentuddannelse. Men de 'støder mod muren', som flere af lederne kalder det: Der er ingen karriereveje for dem, og der er ingen sammenhæng mellem uddannelserne til assistent og sygeplejerske. Derfor er eneste mulighed for assistenterne at starte forfra på en sygeplejerskeuddannelse.

Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelserne skal reformeres, så karrierevejene rettes mod praksis

De ledende sygeplejersker oplever at der er mangel på kompetencegivende ekstern efter- og videreuddannelse til assistenter. Flere af dem peger på at der allerede findes forskellige relevante tilbud, men at disse ofte er forbeholdt sygeplejersker, fx i regi af diplommoduler på professionshøjskoler eller i regi af forskellige (ofte specialespecifikke) faglige sammenslutninger af sygeplejersker. Dette opleves af flere ledere som barrierer for at opnå relevant efter-videreuddannelse af deres assistenter.

Anbefaling 18: Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage

De medvirkende ledere peger på, at det ikke er assistenterne sygeplejefaglige kollegaer på afdelingerne, som udgør den største barriere for mere fleksibel opgavevaretagelse. Det er i stedet manglen på relevant, kompetencegivende efter- videreuddannelse, kombineret med at ledende sygeplejersker mere bredt set, har meget forskellige holdninger til hvorvidt, i hvilket omfang og hvordan assistenternes kompetencer kan anvendes og videreudvikles indenfor hospitalssektoren.

Lederne i denne kortlægning mener, at det både handler om uvidenhed om assistenternes kompetencer, men også om kultur og det nogle af lederne kalder "*en lille smule fagkamp*" og "*et magthierarki*" i relationen mellem assistenter og sygeplejersker. Det ændrer imidlertid ikke ved, at de medvirkende ledere peger på, det er ledernes ansvar lokalt at arbejde for at nedbryde de faglige siloer, så flere kan bidrage maksimalt til den fælles opgaveløsning. Derfor ser de også lederne som den væsentligste barriere for udvikling af området.

Anbefaling 20: Mere strategisk og langsigtet styring af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

Assistentuddannelsen er siden grundlæggelsen i 1991 ændret, styrket fagligt og forlænget flere gange, senest i 2017 hvor uddannelsen blev adskilt fra uddannelsen til social- og sundhedshjælper, som den indtil da havde været

en overbygning på. En del af de ledende sygeplejersker sammenligner da også assistentuddannelsen, med det de kalder *"den gamle sygeplejerskeuddannelse"*, som frem til 2001 også var en elevuddannelse og ikke den professionsbachelor den har været siden. Hvorvidt denne sammenligning er retvisende, kan denne undersøgelse ikke afgøre, men en del af de medvirkende ledere er selv uddannet efter det de kalder den gamle uddannelse.

De to uddannelser til assistent og sygeplejersker har ligheder såvel som forskelle, som denne rapport har illustreret. De ledende sygeplejersker tegner dog et billede af, at de to faggruppers opgavevaretagelse i praksis har nærmet sig hinanden de seneste år. På nogle af de medvirkende somatiske afdelinger er der således ingen forskel i hvilke opgaver de to faggrupper kan kompetenceudvikles til at varetage. Det betyder på ingen måde at uddannelserne er ens. Og lederne lægger vægt på, at de to faggrupper har forskellige kompetenceprofiler, og at de qua deres grunduddannelser har forskellige faglige styrker og dermed også forskellige perspektiver på patienterne og deres behov. Men de peger på et behov for mere systematisk og kompetencegivende efter- videreuddannelse til assistenter, og at koblingen mellem uddannelserne på dette område bør gentænkes i lyset af de seneste års udvikling i opgavevaretagelsen og rekrutteringssituationen de kommende år.

Resultaterne af denne kortlægning understøtter Robusthedskommissionens anbefaling om en mere strategisk og langsigtet styring af de sundhedsfaglige uddannelser på dette område. Både i relation til grund-, efter- og videreuddannelse.

Bilag 1: Forhandlingsprotokol fra overenskomst 2021 om Social- og sundhedsassistenter i fremtidens sundhedsvæsen

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

FOA – FAG OG ARBEJDE

FORHANDLINGSPROTOKOL

VEDRØRENDE

FORNYELSE AF OVERENSKOMSTER FOR SOCIAL- OG SUNDHEDSPERSONALE, TILSYNSFØRENDE ASSISTENTER VED FORSORGSJEM, NEUROFYSIOLOGIASSISTENTER OG PICCOLOER/PICCOLINER

PR. 1. APRIL 2021

INDEN FOR

FOA – FAG OG ARBEJDES

FORHANDLINGSOMRÅDE

Bilag 4 – Social- og sundhedsassistenter i fremtidens sundhedsvæsen

Parterne er enige om at gennemføre en indsats i overenskomstperioden med henblik på at afdække og tydeliggøre anvendelse af social- og sundhedsassistenternes kompetencer på de regionale arbejdspladser samt undersøge, hvordan social- og sundhedsassistenternes kompetencer kan bringes i spil i forhold til opgaveløsning i sundhedsvæsenet nu og i fremtiden.

Udviklingen i sundhedsvæsenet og i de opgaver, der løses, skaber nye muligheder for organisering af arbejdet og nye muligheder for at bringe kompetencer i spil til gavn for patienterne. Der er på det regionale område behov for øget tværfagligt samarbejde både på de regionale arbejdspladser, mellem de regionale arbejdspladser og på tværs af sektorer. Det har betydning for hvilke kompetencer, der vil blive efterspurgt fremadrettet og vil også have betydning i forhold til at kunne rekruttere og fastholde dygtige medarbejdere.

Social- og sundhedsassistenterne varetager i dag en lang række opgaver på det regionale område, og projektet skal tage udgangspunkt i en afdækning af, hvordan social- og sundhedsassistenternes kompetencer anvendes i dag. Afdækning vil både være baseret på dataudtræk og kvalitative beskrivelser af de opgaver, som gruppen varetager i dag og hvor de er ansat her.

Derudover er parterne enige om at foretage en undersøgelse af, hvordan social- og sundhedsassistenternes kompetencer kan anvendes i fremtidens sundhedsvæsen særligt med henblik på at understøtte udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen med patienten i fokus.

Resultat

Resultatet af indsatsen skal give inspiration til, hvordan social- og sundhedsassistenternes kompetencer kan anvendes i løsningen af opgaverne i fremtidens sundhedsvæsen både i forhold til organisering, ansvarsområder og specialiseringsmuligheder.

Afdækning

Den fælles indsats skal nærmere afdække:

Hvilke opgaver varetager social-og sundhedsassistenter

- På hvilke afdelinger arbejder social-og sundhedsassistenter i dag?
- I hvilke specialer arbejder social-og sundhedsassistenter i dag?
- Hvordan indgår social-og sundhedsassistenter i samarbejdet med det øvrige personale i opgaveløsningen?

Udviklingsmuligheder

På baggrund af det afdækkende arbejde, vil det i forbindelse med indsatsen blive undersøgt:

- Hvilke kompetencer efterspørger regionerne til løsningen af fremtidens opgaver i sundhedsvæsenet, og hvilke opgaver forventes social-og sundhedsassistenter at varetage i fremtidens sundhedsvæsen?
- Hvor er der potentialer for nye opgaver for social-og sundhedsassistenter i fremtiden, og hvad kan understøtte realiseringen af de potentialer?

Inddragelse af regionerne i arbejdet

Parterne er enige om, at det er væsentligt, at regionerne inddrages på forskellige niveauer både i forhold til afdækningsdelen og udviklingsdelen.

Denne proces afklares i forbindelse med den nærmere beskrivelse af indsatsen.

Politisk dialog

Det aftales, at der efter afslutning af afdækningsdelen er en politisk dialog mellem FOA og RLTN om resultaterne og proces for det videre arbejde med udviklingsdelen. Det aftales endvidere, at der afholdes et politisk dialogmøde inden afslutningen af udviklingsdelen.