

# **Social- og sundhedsassistent - en profil i bevægelse**

*Jobprofiler på social- og sundhedsassistentområdet*

*Juni 2007*

Teknologisk Institut, Arbejdsliv  
Gregersensvej  
2630 Taastrup

Tlf.: 7220 2620

Fax: 7220 2621

E-mail: [arbejdsliv@teknologisk.dk](mailto:arbejdsliv@teknologisk.dk)

ISBN: 978-87-90489-97-7

\\dmwclus\dmw\_docs\1334182\976774\_Endelig rapport.doc

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
1. Indledning .....	5
2. Fakta om arbejdsmarked og uddannelse for.....	9
3. Resultater fra den kvantitative analyse .....	12
4. Social- og sundhedsassistenter beskæftigelsesmæssige betydning på arbejdsmarkedet.....	26
5. Jobprofiler på social- og sundhedsassistentområdet .....	37
6. Jobprofil 1: Social- og sundhedsassistent inden for ældreplejen .....	40
7. Jobprofil 2: Social- og sundhedsassistent inden for ældreplejen med ledelsesfunktion .....	51
8. Jobprofil 3: Social- og sundhedsassistenter på sygehuse (med variation på afdeling/område; eksempelvis barsel).....	59
9. Jobprofil 4: Social- og sundhedsassistent på tilbud for udviklingshæmmede .....	77
10. Jobprofil 5: Social- og sundhedsassistent på socialpsykiatrisk botilbud.....	88
11. Jobprofil 6: Social- og sundhedsassistenter på psykiatrisk behandlingstilbud på sygehuse, herunder også distriktpsychiatri .....	99
12. Jobprofil 7: Social- og sundhedsassistenter ansat i vikarbureau .....	108
13. Jobprofil 8: Social- og sundhedsassistenter på socialpsykiatrisk aktivitets- og værested.....	115
14. Jobprofil 9: Social- og sundhedsassistent på hospice.....	123
15. Jobprofil 10: Social- og sundhedsassistent på sundhedscentre .....	129
16. Konklusion .....	138
Litteraturliste .....	147
Bilag 1: Definitioner på kompetenceområder .....	149
Bilag 2: Søgeprofiler - social- og sundhedsassistenter.....	153
Bilag 3A: Beskrivelse af datagrundlag for analyse af karriereveje.....	154
Bilag 3B: Brancheforklaringer jf. DS .....	156
Bilag 4: Metodisk baggrund for den kvalitative interviewundersøgelse.....	160

## Forord

De første social- og sundhedsassistenter blev uddannet i 1992 og har således eksisteret som faggruppe i snart 15 år. Men hvor er de ansat, hvor bevæger de sig hen og hvordan ser deres jobprofiler ud? De spørgsmål beskæftiger denne rapport sig med, og det er især aktuelt i forhold til de ændringer, strukturreformen medfører inden for social- og sundhedsområdet. Man kunne mene, at der findes ligeså mange jobprofiler som der findes social- og sundhedsassistenter, men rapporten indfanger et repræsentativt udsnit af den mangfoldighed af opgaver, som de løser, og forsøger dermed at give et samlende billede af social- og sundhedsassistenternes virke.

Det kvantitative resultat af analysen består af statistiske beregninger, der viser, at social- og sundhedsassistenterne generelt set er en faggruppe i vækst, og at langt de fleste er ansat inden for ældreplejen og hospitalsvæsenet. Som faggruppe vinder de indpas på flere nye områder, men der er også områder, hvor de ikke ser ud til at stige i antal.

Det kvalitative resultat består af 10 jobprofiler for social- og sundhedsassistenter, der tilsammen tegner et billede af deres arbejdsopgaver, kompetencer og typiske måder at udvikle sig enten via arbejdspladsbaseret læring eller mere formel efteruddannelse.

Rapporten viser også, at social- og sundhedsassistenterne har behov for at styrke deres faglige identitet, således at deres kernekompetencer som faggruppe i højere grad får legitimitet og bliver anvendt inden for social- og sundhedsområdet. Samtidig peger rapporten på, at social- og sundhedsassistenterne på nogle områder har behov for efteruddannelse, der blandt andet kan ruste dem til mere specialiserede funktioner.

Ifølge rapporten sker en stor del af social- og sundhedsassistenternes læring i praksis. Selvom arbejdspladserne kender til AMU-systemet, ser det ud til, at der er behov for at tilpasse arbejdsmarkedsuddannelserne, så de i højere grad understøtter og kvalificerer deres praksislæring.

Efteruddannelsesudvalget vil benytte rapporten som et strategisk værktøj i forbindelse med udvikling af nye uddannelser. Desuden ser efteruddannelsesudvalget et potentiale i at anvende jobprofilerne til at vurdere de eksisterende uddannelsesstilbud.

De uddannelsesinstitutioner, der er godkendt til at udbyde AMU-uddannelser inden for social- og sundhedsområdet, kan anvende rapporten til at målrette deres markedsføring af uddannelserne samt i det opsøgende arbejde, for at etablere partnerskaber med arbejdspladserne.

God læselyst

EPOS

# 1. Indledning

Denne rapport med jobprofilkatalog er udarbejdet som led i projektet 'Kvalifikationsanalyse på social- og sundhedsassistentområdet'. Projektet er finansieret af Undervisningsministeriet og ledet af sekretariatet for Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet (EPOS).

Projektet er gennemført sideløbende med - og har gensidigt udfordret og udviklet - et projekt vedrørende 'Ændringer i kompetencekravene til målgrupperne i FKB 2692 som følge af strukturreformen'.

Analysen er gennemført af konsulenterne Palle Banke, Lene Wendelboe, Mette Nørholm og Eva-Carina Nørskov med bistand fra studentermedhjælp Maja Sasser. Undervejs har konsulenterne modtaget input fra styregruppen for projektet, der har bestået af repræsentanter fra KL, FOA, Amtsrådsforeningen og EPOS, ligesom repræsentanter fra SOSU skolen i Århus har bistået med viden og input.

Udover disse vil vi gerne takke alle de interesserede og velvillige medarbejdere og ledere fra danske arbejdspladser inden for social- og sundhedsområdet samt øvrige ressourcerpersoner, der har bidraget til dette projekt.

## Baggrund og formål

Målet med undersøgelsen har været at skabe et handlegrundlag for udviklingen af kompetencer blandt social- og sundhedsassistenter, så de modsvarer fremtidens krav på arbejdsmarkedet. Analysen har gennem bearbejdning af kvantitativt og kvalitativt materiale haft fokus på social- og sundhedsassistenter og de behov, der rejser sig for efteruddannelse i fremtiden.

Baggrunden for at iværksætte en undersøgelse omhandlende social- og sundhedsassistenter er, at denne faggruppe vokser kvantitativt, og omfatter også nye fag- og opgaveområder. Endelig er det en faggruppe, der efterspørger efteruddannelse.

Det har været projektets mål at afdække nuværende og fremtidige jobprofiler for social- og sundhedsassistenter inden for de primære brancheområder og arbejdspladser, hvor de finder ansættelse. Resultatet foreligger i form af denne rapport, der rummer beskrivelser af jobområderne, hvor social- og sundhedsassistenter finder ansættelse, illustreret ved 10 jobprofiler. Disse jobprofilbeskrivelser afdækker hvordan arbejdets organisering, samarbejde med andre faggrupper og udviklings- og læringsmuligheder i jobbet har indflydelse på jobudførelsen og kompetencekravene.

Derudover rummer rapporten en afdækning af social- og sundhedsassistenteres placering på arbejdsmarkedet, samt deres karriereveje på baggrund af en bearbejdning af talmateriale fra Danmarks Statistik.

Formålet med analysen har således været:

- At tilvejebringe job- og kompetenceprofiler, der dækker centrale arbejdsområder på social- og sundhedsassistentområdet.
- At danne baggrund for prioritering af uddannelses tilbud for social- og sundhedsassistenterne gennem analyse af social- og sundhedsassistenternes bevægelse på arbejdsmarkedet inden for og imellem eksisterende jobområder, og analyse af nye jobområder for assistenterne.
- At de udviklede job- og kompetenceprofiler kan anvendes til at sikre, at branchens arbejdskraft har de rette kvalifikationer på kort og langt sigt i forhold til ændringerne i job- og kompetencekrav.
- Endelig skal projektets resultater bidrage med viden til at hæve uddannelsesniveaut i branchen generelt og synliggøre muligheder for karriereudvikling.

## Metodisk tilgang og datagrundlag

Analysen er gennemført med brug af kvantitative og kvalitative metoder og har omfattet følgende elementer, der efterfølgende bliver beskrevet mere uddybende.

Indledningsvist er der gennemført en **ekspertscreening**, der omfatter dannelse af antagelser og udformning af søgemodel vedrørende social- og sundhedsassistenters arbejdsmarked og jobprofiler.

Der er indhentet og bearbejdet **kvantitativt materiale** vedrørende social- og sundhedsassistenterne, samt inddraget viden fra rapporter og undersøgelser om samme.

Derudover er der gennemført **kvalitative interview** på relevante arbejdspladser med grupper af medarbejdere og ledere.

Resultaterne fra undersøgelsen er fremlagt for og **valideret** af projektets styregruppe.

Den gennemførte **ekspertscreening** omfatter dannelse af antagelser og udformning af søgemodel vedrørende social- og sundhedsassistenters arbejdsmarked og jobprofiler. Søgemodellen blev efterprøvet og valideret i samarbejde med projektets styregruppe. På baggrund af søgemodellen blev der rettet henvendelse til arbejdspladser, som ved interview kunne bidrage med viden om social- og sundhedsassistenternes arbejdsområder, arbejdsopgaver og kompetencebehov. Søgemodellen er opdelt i fem hovedområder, der repræsenterer de arbejdsområder, hvor social- og sundhedsassistenter finder ansættelse.

De fem hovedområder er:

1. Det somatiske område - sygehuse.
2. Pleje af plejekrævende ældre; plejehjem og centre, hjemmepleje, leve-bo-enheder, private leverandører og vikarbureauer.
3. Det psykiatriske og socialpsykiatriske område, som f.eks. bofællesskaber, boenheder, være- og aktivitetssteder, sygehuse for personer med sindslidelser.
4. Området pleje og udvikling af udviklingshæmmede; f.eks. bofællesskaber, aktivitets-huse mv.

5. Kategorien andet, der omfatter nyere aktivitetsområder som sundhedscentre, hospicer mv.

**Den kvantitative undersøgelse.** Der er udarbejdet opgørelser over social- og sundhedsassistenterne og deres placering på arbejdsmarkedet, samt deres bevægelser på arbejdsmarkedet.

Den kvantitative del af undersøgelsen giver således et overblik over, hvilke stillinger (arbejdsfunktioner) social- og sundhedsassistenter varetager, samt giver et billede på karriereveje for social- og sundhedsassistenter, herunder hvor social- og sundhedsassistenter er ansat og hvilke arbejdssteder (brancher) de skifter henholdsvis fra og til, samt deres skift mellem forskellige stillinger (arbejdsfunktioner).

Som del af den kvantitative analyse er der også set nærmere på, hvilken beskæftigelsesmæssig andel social- og sundhedsassistenterne udgør på arbejdsmarkedet. Herunder om der er arbejdsområder, hvor social- og sundhedsassistenter udgør en større eller mindre andel af det samlede antal ansatte - altså om deres beskæftigelsesmæssige betydning ændres.

På baggrund af den **kvalitative interviewundersøgelse** er der udarbejdet 10 detaljerede jobprofiler med beskrivelser af kompetencekrav på social- og sundhedsassistentområdet. Den kvalitative undersøgelse er primært gennemført på baggrund af gruppeinterview og i nogle tilfælde enkeltpersonsinterview på arbejdspladserne, samt interview med ledere på de pågældende arbejdspladser. Disse interview har givet perspektiver på jobindhold og kompetencebehov, der er relaterede til social- og sundhedsassistenternes arbejde på den konkrete arbejdsplads. Interviewene er gennemført i perioden november 2006 til maj 2007.

Jobprofilerne er nutids- og fremtidsrettede i den forstand, at de beskriver dels nuværende jobområder og dels de udviklingstendenser, der ses i disse år inden for social- og sundhedsassistenternes jobområde. Jobprofilerne beskriver således de kompetencebehov, der rejser sig, når social- og sundhedsassistenterne befinder sig på, og får rum til udfoldelse af deres kvalifikationer, på det pågældende område.

Analysens resultater er **valideret** ved et seminar med projektets styregruppe inden udfærdigelse af den endelige rapport.

## Læsevejledning

Rapporten er struktureret i en række kapitler, der beskrives nedenfor.

Afsnit 1 rummer en indledning, der beskriver baggrund og formål med undersøgelsen, samt hvordan undersøgelsen er grebet an metodisk.

Afsnit 2 beskriver arbejdsmarkedet for social- og sundhedsassistenter og faktuelle forhold om uddannelsen til social- og sundhedsassistent.

Afsnit 3 og afsnit 4 indeholder resultater fra den kvantitative delanalyse.

Afsnit 5-15 rummer beskrivelser af arbejdsområder, opgaver og kompetencebehov for social- og sundhedsassistenter. Der er beskrevet 10 jobprofiler inden for fem områder:

- Det somatiske område - sygehuse
- Tilbud for udviklingshæmmede
- Psykiatri og socialpsykiatri
- Ældrepleje
- og endelig nye områder, hvor social- og sundhedsassistenter finder ansættelse, der omfatter jobprofiler om social- og sundhedsassistenter på sundhedscentre og hospicer og vikarområdet.

De fem områder bliver først beskrevet overordnet hvad angår målsætning, arbejdsområde og arbejdsopgaver, hvorefter jobprofilerne bliver beskrevet i udfoldet skemaform. Jobprofilerne præsenteres i forhold til deres antalmæssige betydning, hvad angår tiltrækning af social- og sundhedsassistenterne, således at jobprofilen med flest social- og sundhedsassistenter præsenteres først, og den med færrest præsenteres sidst.

I afsnit 15 følger en konklusion.

Endelig følger litteraturliste og bilagsmateriale.



## 2. Fakta om arbejdsmarked og uddannelse for social- og sundhedsassistenter

Dette indledende kapitel vil beskrive udviklingstræk inden for social- og sundhedsassistenternes arbejdsområde og kort opridse de væsentlige udfordringer, der præger social- og sundhedsassistenternes arbejdsfelt i dag. Kapitlet vil kort redegøre for opbygningen af social- og sundhedsassistentuddannelsen.

### **Kerneopgaver for social- og sundhedsassistenter**

Som social- og sundhedsassistent er kerneopgaverne, og dermed kernefagligheden, pleje og udvikling af mennesker, og består af praktiske opgaver, planlægningsmæssige opgaver og endelig det relationelle og følelsesmæssige arbejde i relationen til og engagementet i andre mennesker. Disse kernefelter korresponderer i denne opgave med beskrivelse af kompetencebehov inden for det pleje-faglige område, og det almen-personlige kompetenceområde.

### **Udvikling på arbejdsmarkedet**

I de senere år har der i stigende omfang været mangel på arbejdskraft inden for det arbejdsområde, hvor social- og sundhedsassistenter er placerede. Årsagerne hertil er flere. Overordnet set vil den demografiske udvikling i befolkningen i de kommende år medføre et stort pres på de offentlige udgiftsposter og den fortsatte velfærdsudvikling på social- og sundhedsområdet. Velfærdskommissionen forventer, at den danske arbejdsstyrke falder med 350.000 over de næste 40 år, samtidig med at befolkningsandelen af personer over 65 år fordobles.

Inden for social- og sundhedsområdet er der en forholdsvis lav ledighed samtidig med, at en stor del af de ansatte er over 50 år. Flere af de medarbejdere, der har arbejdet som plejehjemsassistent eller hjemmehjælper, er på vej ud af arbejdsmarkedet. Derfor opstår der et potentielt øget arbejdskraftbehov inden for de social-pædagogiske institutioner, sygehussektoren og ældresektoren.

På flere uddannelsesniveauer (de grundlæggende uddannelsesniveauer og de mellem-lange uddannelser) inden for social- og sundhedsområdet, herunder uddannelsen til assistent, har det vist sig vanskeligt at rekruttere nye studerende.

Flere analyser har vist, at der på social- og sundhedsuddannelserne er et relativt stort frafald. Frafaldet ligger omkring 20 % og sker ofte i forbindelse med første praktik (Bøtker Petersen 2004 og Kold 2000). Men det er ikke kun uddannelserne, der oplever frafald, også på arbejdspladserne på feltet er der vanskeligheder med at fastholde personalet. Typiske årsager til, at nye medarbejdere udstødes og kun vinder kortvarigt fodfæste på arbejdspladsen, er blandt andet vanskeligheder i forhold til, at ledelsesforholdene er uafklarede (uformel ledelse), en barsk tone / hårdt arbejdsmiljø, dårlige normeringer, urealistiske forventninger til arbejdsindhold, geografiske afstande eller at social- og sundhedspersonalet vælger at gå i uddannelse.

Arbejdet som social- og sundhedsassistent er desuden karakteriseret ved, at der i arbejdssituationerne ofte er fysiske, men også psykosociale belastninger, og at der i sam-

menligning med andre lønmodtagergrupper er en højere forekomst af ulykker og vold og bevægeapparatskader, og at branchen er præget af længerevarigt sygefravær samt rekrutterings- og fastholdelsesproblematikker (Faber, Anne (red): ”SOSU’er årgang 2004 - det første år”, København 2007, side 7).

### **Udviklingstendenser**

Arbejdsmarkedet for social- og sundhedsassistenter er præget af en række udfordringer:

Sygehussektoren omstruktureres, idet man intensiverer behandlingsindsatsen med fokus på kortere indlæggelsestid og ambulante tilbud. Samtidig sker der en specialisering på sygehusene, og man arbejder med nye behandlingsformer. Alt i alt betyder det, at en række behandlings-, pleje- og omsorgsopgaver flyttes ud i primærsektoren (Bøtker Petersen, 2004, s. 4).

I netop primærsektoren ligger et andet stort arbejdsområde for social- og sundhedsassistenterne, nemlig ældreplejen. I forbindelse med indførelse af fritvalgsordninger, Bestiller-Udfører Model (BUM), opgave- og strukturereform og senest kvalitetsreform er der kommet stadigt mere opmærksomhed på ressourceanvendelse og forholdet mellem ressourcer og kvalitet. I forlængelse af dette fokus er der næppe nogen kommuner, hvor der ikke er sket styrings- og ledelsesmæssige forandringer i den kommunale ældre-service inden for den periode, som denne undersøgelse omfatter (Valideringsseminar 2007).

Dette medfører en række omorganiseringer, og der optræder nye benævnelser for de enheder, man som medarbejder i ældreplejen indgår i. Tilbuddene benævnes eksempelvis udekørende hjemmeplejeteam, plejecentre, integrerede ordninger, akutpladser, ældrecentre, dagscentre mv. Der etableres leve-bo-enheder, hvor det er hensigten, at der skal tages udgangspunkt i den ældres ressourcer og ønsker, ved at den ældre f.eks. selv aktivt tager del i husholdningen og får mulighed for flere forskellige fritidsaktiviteter. I forlængelse af omorganiseringer sker en nyudvikling inden for jobbene, og deraf opstår der en række nye kvalifikationsbehov.

Strukturen og de deraf koblede ændringer af opgave- og ansvarsfordeling mellem (amt), region og kommuner fører potentielt til ændringer i opgaver, der skal varetages. Forebyggelse og genoptræning er eksempler på områder, hvor der skal sættes nye grænsedragninger. Ændringer i samarbejdskonstellationer mellem de enheder, der skal varetage opgaverne, medfører øgede krav om kompetencer. Det kan også forventes, at der med den ændrede opgave- og ansvarsfordeling vil ske en ændring af brugersammensætningen inden for de enkelte tilbudstyper og institutioner. I den forbindelse er det nødvendigt med en kompetenceopbygning i forhold til mere specialiseret viden om komplekse sygdomsforløb, personer med psykiske sygdomme og dobbeltdiagnoser, der gør, at behovet for mere og bedre uddannet personale øges. Social- og sundhedsassistenter kan blive en vigtig faggruppe i den forbindelse.

### **Ny teknologi inden for social- og sundhedsassistenterens arbejdsområde**

Et andet udviklingstræk omhandler teknologiens betydning. Inden for social- og sundhedsassistenterens arbejdsområder sker der en udvikling af teknologier, hjælpeværktøjer, administrationsprogrammer og kommunikationssystemer (som f.eks. PDA), der skal skabe en bedre kvalitet blandt brugerne, og et bedre arbejdsmiljø for medarbejderne. I og med at der sker en udvikling i retning af mere teknologi-understøttet selvservice, vil

det føre til en relativ frisættelse og/eller omlægning af de ansattes arbejdsfunktioner. Disse frisatte ressourcer kan føre til enten udvidelse eller eventuelle besparelser af kapaciteten, eller den kan betyde mere tid til personlig pleje/omsorg og dermed en større fokusering på de menneskelige ressourcer i omsorgsarbejdet. Dette er i tråd med mange medarbejderes ønske om mere social kontakt og mere tid til helhedspleje. Den sidstnævnte udviklingsvej skaber behov for udvikling af f.eks. kommunikative og pædagogiske kvalifikationer, enten via rekruttering af nye profiler og/eller uddannelse af eksisterende og nye medarbejdere.

### **Uddannelsen til social- og sundhedsassistent**

Social- og sundhedsassistentuddannelsen (og SOSU hjælperuddannelsen) blev startet i 1991 og reformeret i januar 2002. De to uddannelser afløste uddannelser som plejehjemsassistent, sygehjælper, plejer mv. I dag er der fortsat personer med disse uddannelser på danske arbejdspladser, men de er ved at forsvinde, enten fordi disse personer forlader arbejdsmarkedet, eller fordi de tager en merituddannelse til eksempelvis social- og sundhedsassistent eller -hjælper.

De grundlæggende social- og sundhedsuddannelser omfatter grunduddannelsen til social- og sundhedshjælper og overbygningsuddannelsen til social- og sundhedsassistent samt den pædagogiske grunduddannelse (pgu).

Uddannelsen til social- og sundhedshjælper varer et år og to måneder, mens uddannelsen til social- og sundhedsassistent varer et år og otte måneder. Den pædagogiske grunduddannelse varer et år og syv en halv måned. Social- og sundhedsassistent uddannelsen kan tages som et sammenhængende forløb, der består af uddannelsen til social- og sundhedshjælper og uddannelsen til social- og sundhedsassistent. Denne uddannelse varer to år og 10 måneder (fra 1. juli 2006).

Uddannelserne består af skole og praktik på f.eks. daginstitution, plejehjem eller sygehus samt inden for hjemmeplejen. Skoledelen foregår på social- og sundhedsskoler og på nogle pædagogseminarier. Den pædagogiske grunduddannelse (pgu) kan desuden tages på enkelte VUC ([www.ug.dk](http://www.ug.dk) / [www.vidar.dk](http://www.vidar.dk)).

Uddannelserne er vekseluddannelser med teori og praktik i forløb, der afløser hinanden. Social- og sundhedsserhvervene er en kvindedomineret branche, idet mænd udgør gennemsnitligt 5 % af en årgang. I københavnsområdet er antallet af mænd lidt højere, idet de udgør cirka 13 % af en årgang.

### 3. Resultater fra den kvantitative analyse

#### Karriereveje for social- og sundhedsassistenter

##### Formål

Formålet med den kvantitative del af undersøgelsen er at belyse social- og sundhedsassistenteres hidtidige placering på arbejdsmarkedet, og at give et overblik over deres bevægelser på arbejdsmarkedet.

Den kvantitative del af undersøgelsen vil således give et overblik over, hvilke stillinger (arbejdsfunktioner) social- og sundhedsassistenter varetager, samt give et billede på karriereveje for social- og sundhedsassistenter, herunder hvor social- og sundhedsassistenter er ansat og hvilke arbejdssteder (brancher) de skifter henholdsvis fra og til, samt deres skift mellem forskellige stillinger (arbejdsfunktioner).

##### Datagrundlaget for undersøgelse af karriereveje

Der er foretaget en afgrænsning af de data (personer), der indgår i undersøgelsen vedrørende karriereveje for social- og sundhedsassistenter. I udvælgelsen af data er det betinget, at der kun indgår personer, der:

1. er uddannede til social- og sundhedsassistent (deres højeste gennemførte uddannelse) og
2. at disse personer er beskæftigede som social- og sundhedspersonale på institutioner eller i private hjem.

Denne persongruppe er fulgt fra perioden 2003 til 2006<sup>1</sup>.

I undersøgelsen er der set nærmere på, om denne persongruppe har skiftet fra en type arbejdssted (branche) til et andet.

Analysen er baseret på særkørsler fra Danmarks Statistik.

Der skal gøres opmærksom på, at resultaterne viser bevægelserne for en gruppe af social- og sundhedsassistenter. Materialet kan bruges til at give et billede på, hvor stor en andel, der er skiftet fra et arbejdssted (f.eks. plejehjem) til et andet (f.eks. sygehus) i perioden 2003 - 2006. Det belyses ikke hvilke bevægelser, der er sket i den mellemliggende periode, men ses alene på skift fra år 2003 - 2006 for den udvalgte persongruppe.

##### Arbejdssted i år 2003

Der indgår i alt 17.095 uddannede social- og sundhedsassistenter i undersøgelsen om karriereveje.

---

<sup>1</sup> Datagrundlaget i undersøgelsen er baseret på særkørsler fra Danmarks Statistik. Her er dataene opgjort pr. november 2002 og november 2005. Disse benævnes i det følgende 2003 og 2006 - og følger dermed den tidsangivelse, der også benyttes af Danmarks Statistik, når de offentliggør data.

Blandt disse var størstedelen ansat på henholdsvis 'Plejhjem og beskyttede boliger' (41 %) og på 'Sygehuse' (33 %) i år 2003, jf. tabel 1. En mindre del (10 %) var ansat på 'Døgninstitutioner for voksne med handicap', 8 % i 'Hjemmepleje', og 2 % var ansat på 'Dagscentre for ældre', mens 2 % var ansat i et 'Vikarbureau'.

**Tabel 1: Social- og sundhedsassistenter, som indgår i undersøgelsen vedrørende karriereveje. Fordelt efter arbejdssted (branche). 2003.**

Branche (arbejdssted) 2003	Antal	Pct.
Plejhjem og beskyttede boliger	6.948	41
Sygehuse*	5.722	33
Døgninstitutioner for voksne med handicap	1.734	10
Hjemmepleje**	1.434	8
Dagscentre for ældre mv.	264	2
Vikarbureauer	349	2
Forsorgshjem mv.	53	0
Døgninstitutioner for børn og unge	51	0
Revalideringsinstitutioner	36	0
Familiepleje	35	0
Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold***	20	0
Institutioner for stofmisbrugere og alkoholskadede	18	0
Jordemødre og jordemodercentre	10	0
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	7	0
Øvrige offentlige og private tjenesteydelser	306	2
Øvrige brancher, samt uoplyst	108	1
I alt	17.095	100

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

\* Betegnelsen 'Sygehuse' omfatter også hospicer samt psykiatriske sygehuse.

\*\* Hos Danmarks Statistik anvendes betegnelsen 'Hjemmehjælp', for den kategori, som virksomheder kan anvende til at indberette ansættelsessted for medarbejdere, hvis primære arbejdsområde er opgaver inden for hjemmepleje. For at anvende ensartet sprogbrug i rapporten, vil betegnelsen hjemmepleje blive anvendt.

\*\*\* Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold omfatter aktiviteter, der udøves hele døgnet med henblik på at yde social bistand til børn, ældre og særlige kategorier af personer med begrænset evne til at klare sig selv, dog uden at lægebehandling og optræning er væsentlige elementer.

Ses der nærmere på hvor social- og sundhedsassistenterne er beskæftigede, har billedet ikke ændret sig markant i perioden 2003 - 2006 for den gruppe af assistenter, der indgår i analysen (jf. tabel 2). Om end der på nogle områder er sket en reduktion i antallet, er social- og sundhedsassistenterne fortsat overvejende ansat på plejhjem og sygehuse, når der ses på den procentvise fordeling på brancheområder. En mindre del - knap 7 % - er ikke i beskæftigelse i 2006.

**Tabel 2: Arbejdssted (branche) fra 2003 - 2006 for social- og sundhedsassistenter. Fordelt efter arbejdssted (branche). 2003 - 2006. Antal og procent, samt ændring i antal.**

Branche (arbejdssted) 2003 - 2006	År 2003	År 2006	År 2003	År 2006	Ændring 2003-06
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	Antal
Plejhjem og beskyttede boliger	6.948	6.557	41	38	-391
Sygehuse	5.722	4.795	33	28	-927
Døgninstitutioner for voksne med handicap	1.734	1.551	10	9	-183
Hjemmepleje	1.434	1.020	8	6	-414
Dagcentre for ældre mv.	264	280	2	2	16
Vikarbureauer	349	481	2	3	132
Forsorghjem mv.	53	65	0	0	12
Døgninstitutioner for børn og unge	51	68	0	0	17
Revalideringsinstitutioner	36	41	0	0	5
Familiepleje	35	41	0	0	6
Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold	20	73	0	0	53
Institutioner for stofmisbrugere og alkoholskadede	18	34	0	0	16
Jordemødre og jordemodercentre	10	12	0	0	2
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	7	26	0	0	19
Øvrige offentlige og private tjenesteydelser	306	531	2	3	225
Øvrige brancher, samt uoplyst	108	379	1	2	271
Ikke beskæftiget	0	1.141	0	7	1141
<b>I alt</b>	<b>17.095</b>	<b>17.095</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Men ses der mere detaljeret på de enkelte arbejdssteder (brancher), kan der gives flere nuancer på de bevægelser på arbejdsmarkedet, der trods alt er blandt social- og sundhedsassistenterne. Dette vil blive uddybet i det efterfølgende.

### **Brancheområder, som social- og sundhedsassistenter bliver indenfor eller søger væk fra**

Ses der nærmere på bevægelserne mellem brancherne, viser undersøgelsen, at der er forskel på hvor mange (hvor stor en andel), der skifter fra et brancheområde til et andet. Der er med andre ord nogle brancher (typer af arbejdssteder), som social- og sundhedsassistenterne hyppigere skifter fra, og nogle, som de hyppigere bliver indenfor. Disse overordnede bevægelser er illustreret i tabel 3, og uddybes i de efterfølgende afsnit.

Tabellen skal læses på følgende vis: Af de social- og sundhedsassistenter, der indgår i undersøgelsen om karriereveje, var 5.722 assistenter ansat på et sygehus i 2003. Disse assistenter er fulgt i perioden 2003 til 2006. Her viser undersøgelsen, at der i 2006 var 4.193 assistenter, der fortsat var ansat på et sygehus. Dette svarer til, at 73 % fortsat er beskæftigede på et sygehus. (Opgørelserne viser ikke bevægelserne mellem forskellige sygehuse, men alene bevægelser mellem forskellige brancheområder).

Plejhjem og beskyttede boliger er også et brancheområde, som social- og sundhedsassistenterne i mindre omfang skifter fra. Her er omkring 74 % fortsat beskæftigede inden for dette brancheområde tre år efter. Der er ligeledes en vis andel - knap 2 ud af 3 - der fortsat er beskæftigede inden for døgninstitutioner for voksne med handicap tre år efter.

Inden for dagcentre for ældre er lidt over halvdelen fortsat beskæftigede, mens der er større skift til andre brancher for assistenter, der har været ansat inden for hjemmepleje. Her har lidt over hver tredje (37 %) skiftet fra hjemmepleje til et andet brancheområde i perioden 2003-2006.

Lidt under hver tredje (29 %) af de social- og sundhedsassistenter, der var ansat hos et vikarbureau i 2003, er fortsat beskæftigede hos et vikarbureau i år 2006. 62 % af de assistenter, der var ansat hos et vikarbureau, er derimod tre år efter ansat inden for et andet brancheområde. Vikarbureauer er således et af de brancheområder, hvorfra der hyppigst skiftes til et andet område. En mulig forklaring kunne være, at vikaransættelse fører til fast ansættelse inden for et af de andre brancheområder efterfølgende. Det kan imidlertid ikke belyses via denne undersøgelse.

**Tabel 3: Fastholdelsesprocent. Andelen af social- og sundhedsassistenter, der fortsat er beskæftiget inden for det pågældende brancheområde fra 2003 til 2006.**

	År 2003	År 2006	År 2006
	Antal SOSU-ass. inden for branchen	Antal SOSU-ass. inden for branchen	Pct.-andel, som fortsat er ansat inden for branchen
Plejhjem og beskyttede boliger	6.948	5.164	74 %
Sygehus	5.722	4.193	73 %
Døgninstitutioner for voksne med handicap	1.734	1.102	64 %
Dagscentre for ældre mv.	264	138	52 %
Hjemmepleje	1.434	529	37 %
Vikarbureau	349	102	29 %

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

### Stilling og socioøkonomisk status

De assistenter, der indgår i undersøgelsen om karriereveje, var alle i år 2003 beskæftigede som lønmodtagere og varetog stillinger som 'social- og sundhedspersonale på institutioner eller i private hjem'.

Ses der nærmere på om der er sket skift i den socioøkonomiske status for denne gruppe, er størstedelen - 93 % - af de social- og sundhedsassistenter, der indgår i karriereanalysen, fortsat ansat som lønmodtagere i 2006 (jf. tabel 4). 1 % har skiftet status fra lønmodtager i 2003 og er i 2006 beskæftigede med selvstændig virksomhed. 1 % er ledig, mens 6 % er uden for arbejdsstyrken (efterløn, førtidspension, pension mv.) i 2006.

**Tabel 4: Socioøkonomisk status for social- og sundhedsassistenter 2006.**

	<b>Antal</b>	<b>Pct.</b>
Selvstændige	89	1
Lønmodtagere	15.865	93
Ledige	155	1
Uden for arbejdsstyrken	986	6
Total	17.095	100

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

I undersøgelsen er det ligeledes undersøgt, om der er sket et skift i de stillinger, social- og sundhedsassistenterne varetager.

Blandt de social- og sundhedsassistenter, der var ansat som lønmodtagere i 2006, varetog 90 % fortsat stillinger (arbejdsfunktioner) som 'social- og sundhedspersonale på institutioner eller i private hjem' (overvejende i institutioner, jf. tabel 5). Det er altså kun en mindre del, der er skiftet til andre stillinger (arbejdsfunktioner) i perioden 2003-2006.

Blandt de social- og sundhedsassistenter, der er skiftet til andre stillinger (arbejdsfunktioner), er der tale om skift til stillinger (arbejdsfunktioner), der forudsætter viden på mellemniveau (svarende til eller nærmende sig kompetenceniveau for sygeplejerske). For uddybning af mellemniveau henvises til bilag 3A.

Det drejer sig konkret om skift til følgende stillinger (arbejdsfunktioner):

- 2 % er skiftet til at varetage 'teknikerarbejde inden for biologiske emner'. Dette drejer sig om sygeplejearbejde, der forudsætter viden på mellemniveau.
- 1 % er skiftet til at varetage 'Undervisnings- og omsorgsarbejde'. Dette drejer sig om omsorgs- og pædagogisk arbejde for børn og voksne i specialinstitutioner, der forudsætter viden på mellemniveau.
- 1 % er skiftet til at varetage 'Arbejde med salg, finansiering, forretningsservice, administration mv.'. Det kan dreje sig om socialrådgivning og tilsvarende omsorgsarbejde, der forudsætter viden på mellemniveau (eksempelvis som hjemmehjælpsleder, hjemmeplejeleder, omsorgskonsulent, familievejleder mv.).



**Tabel 5: Stilling (arbejdsfunktion) for social- og sundhedsassistenter, som var ansat som lønmodtager i 2006.**

	Antal	Pct.
<b>Ledelse på øverste plan i virksomheder, organisationer og den offentlige sektor</b>	9	0
<b>Arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for pågældende område</b>	33	0
- Heraf forskning og/eller anvendelse af færdigheder inden for medicin, farmaci og de biologiske grene	(10)	0
- Heraf undervisning i folkeskoler, erhvervsskoler, gymnasier og højere læreranstalter mv.	(18)	0
<b>Arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau</b>	702	4
- Heraf arbejde, der forudsætter færdigheder på mellemniveau	(9)	0
- Heraf teknikerarbejde inden for ikke-biologiske emner	(10)	0
- Heraf teknikerarbejde inden for biologiske emner	(367)	2
- Heraf undervisnings- og omsorgsarbejde	(117)	1
- Heraf arbejde med salg, finansiering, forretningsservice, administration mv.	(199)	1
<b>Kontorarbejde</b>	88	1
- Heraf kontorarbejde	(18)	0
- Heraf internt kontorarbejde	(53)	0
- Heraf kontorarbejde med kundebetjening	(17)	0
<b>Detailsalg, service- og omsorgsarbejde</b>	14.602	92
- Social- og sundhedspersonale på institutioner	(14.162)	89
- Heraf social- og sundhedspersonale i private hjem	(209)	1
- Heraf salgsarbejde	(13)	0
<b>Arbejde inden for landbrug, gartneri, skovbrug, jagt og fiskeri, der forudsætter viden på grundniveau</b>	1	0
<b>Håndværkspræget arbejde</b>	17	0
<b>Proces- og maskinoperatørarbejde samt transport- og anlægsarbejde</b>	18	0
- Heraf betjening af industrimaskiner	(14)	0
<b>Andet arbejde</b>	44	0
- Heraf rengørings- og renovationsarbejde, bud- og vagttjeneste samt telefon- og dørsalg med videre	(32)	0
- Heraf manuelt arbejde inden for bygge- og anlægssektoren, transportsektoren samt fremstillingsvirksomhed	(10)	0
<b>Uoplyst</b>	351	2
<b>I alt</b>	<b>15.865</b>	<b>100</b>

Kilde: Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

I forhold til tolkningen af analyseresultaterne må der gøres opmærksom på, at det ikke er alle skift i stillinger (arbejdsfunktioner), der ajourføres i de indberetninger, der foretages til Danmarks Statistik. Der kan således godt være forekommet flere skift i opadgående retning blandt de social- og sundhedsassistenter, der indgår i undersøgelsen, men hvor ændringerne ikke indberettes. Selv om assistenterne varetager arbejdsfunktioner, der i realiteten svarer til et højere kompetenceniveau, er det altså ikke sikkert, at det får betydning for den måde, som arbejdsstedet indberetter til Danmarks Statistik på.

## Bevægelser til og fra sygehuse

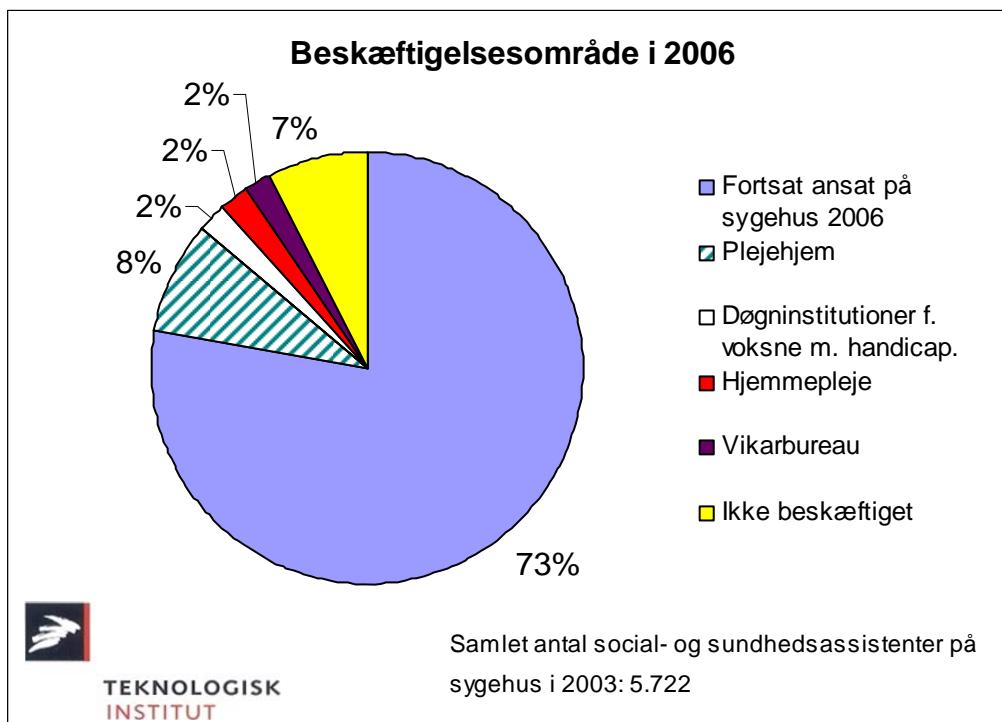
Som et muligt scenarion på en karrierevej for en social- og sundhedsassistent er det undersøgt, hvor social- og sundhedsassistenter, der i 2003 var ansat på et sygehus, er ansat tre år senere (i 2006).

Størstedelen - 73 % - af de assistenter, der var ansat på et sygehus i 2003, er fortsat ansat på et sygehus tre år efter. 7 % er ikke i beskæftigelse, mens de resterende har fundet beskæftigelse inden for andre brancheområder.

Sygehuse er således et brancheområde, som social- og sundhedsassistenter i overvejende grad forbliver indenfor. (Det er ikke muligt at belyse, om der sker skift mellem forskellige sygehuse).

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra sygehusområdet, opnår de især beskæftigelse på plejehjem og beskyttede boliger. Dette er tilfældet for 8 %.

En mindre del har opnået beskæftigelse inden for hjemmepleje (2 %), døgninstitutioner for voksne med handicap (2 %) og inden for vikarbureau (2 %). Lidt under hver tiende (7 %) er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse på et sygehus. Heraf er langt størstedelen trådt ud af arbejdsstyrken, mens kun en mindre del er ledige; Af de 379 personer som ikke var i beskæftigelse, var 38 ledige, mens de resterende 341 var trådt ud af arbejdsstyrken (førtidspension, efterløn, pension mv.).



For den gruppe af social- og sundhedsassistenter, der indgår i undersøgelsen af karriereveje, er der sket et fald i antallet af assistenter, der er ansat på et sygehus i perioden 2003-2006. I år 2003 var der 5.722 ansatte social- og sundhedsassistenter på sygehuse, i

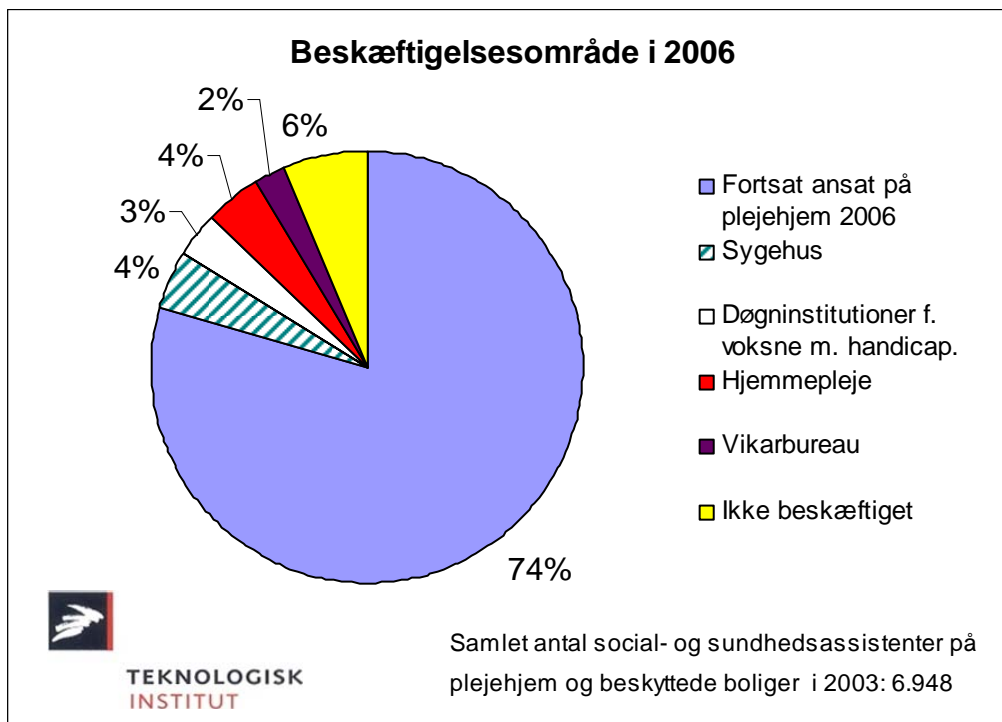
2006 var det faldet til 4.795 assistenter. Bevægelsen sker altså ikke kun til sygehusene, men også fra sygehusene.

Blandt de 4.795 assistenter, der i år 2006 var ansat på et sygehus, havde 6 % tidligere været ansat på plejehjem, 2 % på en døgninstitution for voksne med handicap og 1 % i hjemmepleje. 2 % har tidligere været ansat i et vikarbureau.

### Bevægelser til og fra plejehjem og beskyttede boliger

Ses der nærmere på hvilke bevægelser, der er blandt social- og sundhedsassistenter, der i 2003 var ansat på et plejehjem (og beskyttede boliger), er dette område også kendetegnet ved, at en stor del - 74 % - af social- og sundhedsassistenterne fortsat er ansat på et plejehjem tre år senere (i 2006).

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra plejehjem (og beskyttede boliger), opnår de beskæftigelse på sygehuse (4 %), inden for hjemmepleje (4 %) eller inden for døgninstitutioner for voksne med handicap (3 %), mens 2 % søger mod vikarbureauer. Omkring hver tyvende - 6 % - er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse på et plejehjem (og beskyttede boliger). Heraf er langt størstedelen trådt ud af arbejdsstyrken, mens kun en mindre del er ledige; Af de 440 personer som ikke var i beskæftigelse, var 67 ledige, mens de resterende 373 var trådt ud af arbejdsstyrken (førtidspension, efterløn, pension mv.).



For den gruppe af social- og sundhedsassistenter, der indgår i undersøgelsen af karriereveje, er der sket et fald i antallet af assistenter, der er ansat på et plejehjem (og beskyttede boliger) i perioden 2003-2006. I år 2003 var der 6.948 ansatte social- og sundhedsassistenter på plejehjem og beskyttede boliger, i 2006 var det faldet til 6.557 assistenter. Af de 6.557 havde 5.164 tidligere været ansat på et plejehjem.

Bevægelsen sker altså ikke kun fra plejehjem, men også mod plejehjem. Der er således også en del (1.393) social- og sundhedsassistenter, der ikke tidligere (tre år forud) var ansat på plejehjem, men som har søgt til plejehjem i år 2006.

Blandt de social- og sundhedsassistenter, der søgte til et plejehjem (og beskyttede boliger), havde 8 % tidligere været ansat i hjemmepleje, 7 % kom fra et sygehus, mens 3 % tidligere var ansat på døgninstitutioner for voksne med handicap. En meget lille del - 1 % - havde tidligere været beskæftiget i et vikarbureau og 1 % på et dagcenter for ældre mv.

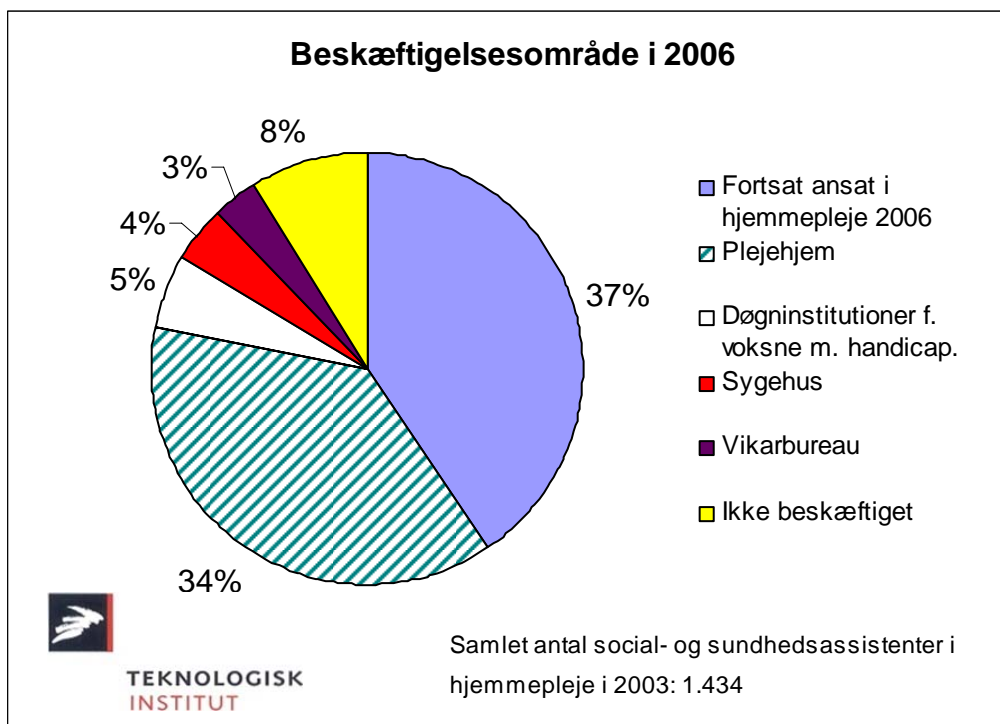
### **Bevægelser til og fra hjemmepleje**

Modsat de social- og sundhedsassistenter, der er beskæftigede på plejehjem, søger en stor del af de assistenter, der er ansat på hjemmeplejeområdet, mod andre brancheområder (arbejdssteder).

Der er således, kun 37 % af de social- og sundhedsassistenter, der var ansat inden for hjemmepleje i 2003, som fortsat er ansat her indenfor tre år efter. Hjemmepleje er således et brancheområde, som social- og sundhedsassistenter i overvejende grad søger væk fra.

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra hjemmepleje-området, opnår de især beskæftigelse på plejehjem og beskyttede boliger. Dette er tilfældet for 34 %. Der må på den led siges at være en forholdsvist tydelig karrierevej for disse assistenter.

En mindre del (5 %) er søgt til døgninstitutioner for voksne med handicap, 4 % til sygehuse, mens 3 % er søgt til vikarbureauer og 2 % til dagcenter for ældre. Forholdsvist få (1 %) er blevet ansat ved hjemmesygepleje og sundhedspleje og 1 % på andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold. 8 % er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse i hjemmeplejen. Heraf er langt størsteparten trådt ud af arbejdsstyrken, mens kun en mindre del er ledige; Af de 108 personer som ikke var i beskæftigelse, var 16 ledige, mens de resterende 92 var trådt ud af arbejdsstyrken (førtidspension, efterløn, pension mv.).

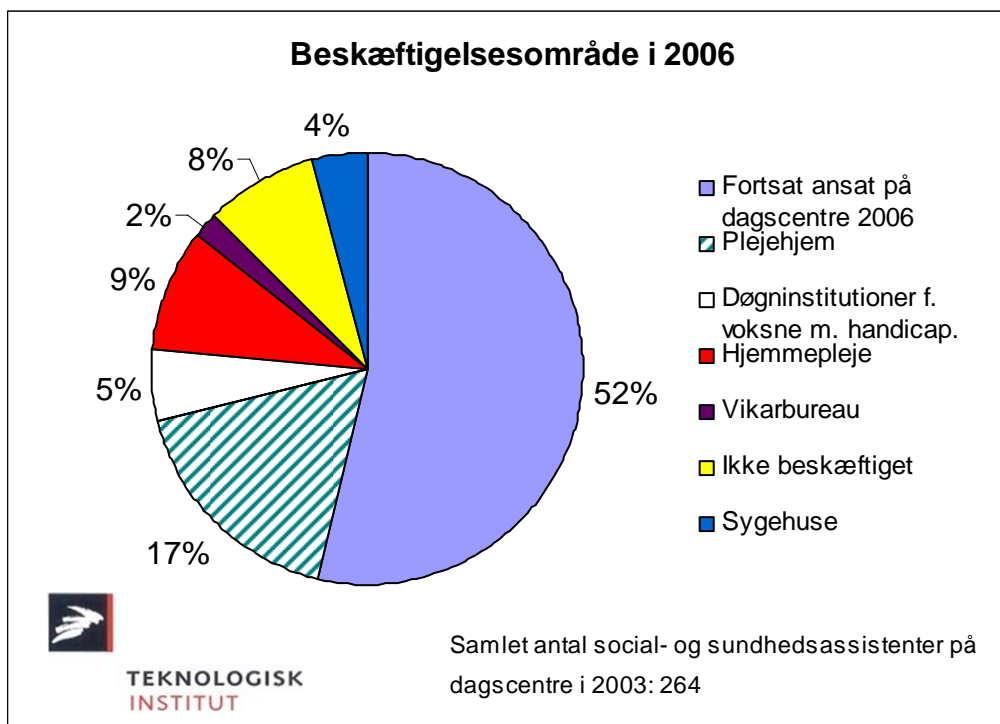


### Bevægelser til og fra dagscentre for ældre

Ses der nærmere på hvilke bevægelser, der er blandt social- og sundhedsassistenter, der i 2003 var ansat på et dagcenter for ældre, er det et område, hvor der er en vis bevægelse både mod og fra. Omkring halvdelen (52 %) af social- og sundhedsassistenterne er fortsat ansat på et plejehjem tre år senere (i 2006). - Eller omvendt, halvdelen af de ansatte, der tidligere har været ansat på et dagcenter for ældre, er søgt mod andre brancher.

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra dagcentre for ældre, søger de især til plejehjem. Dette er tilfældet for 17 %, mens 9 % opnår ansættelse inden for hjemmepleje. Der kan på den led siges at være visse karriereveje mellem disse områder.

5 % bliver ansat inden for døgninstitutioner for voksne med handicap, 4 % på sygehuse, 1 % i vikarbureauer, mens 8 % ikke er i beskæftigelse tre år senere. Heraf er langt størsteparten trådt ud af arbejdsstyrken, mens kun en mindre del er ledige; Af de 20 personer som ikke var i beskæftigelse, var 1 ledige, mens de resterende 19 var trådt ud af arbejdsstyrken (førtidspension, efterløn, pension mv.).



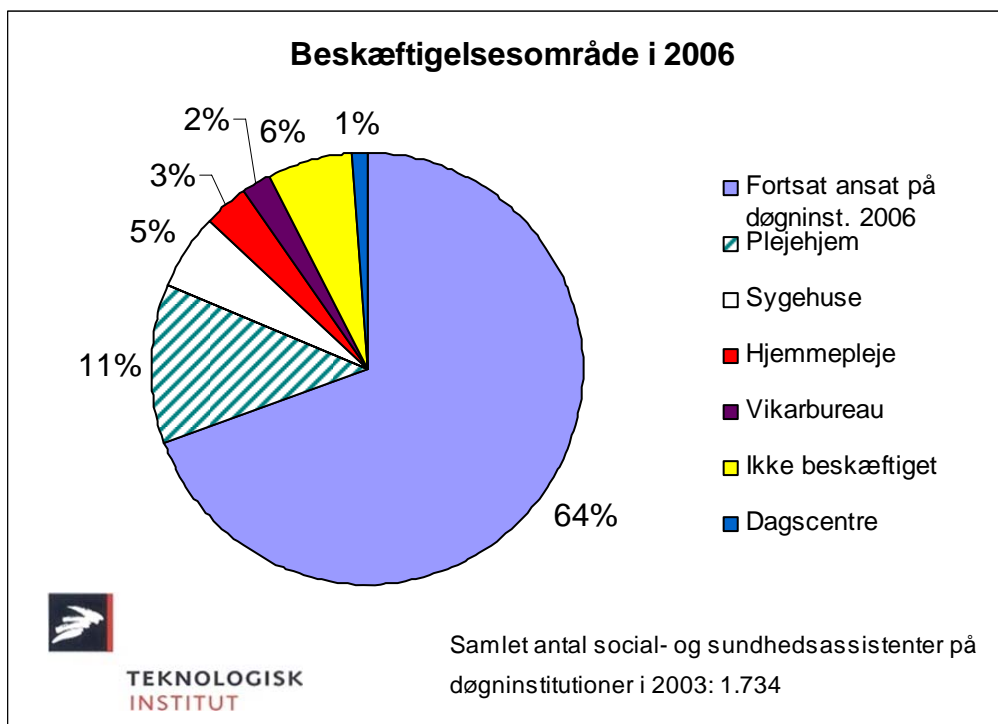
Bevægelsen sker dog ikke kun fra dagscentre for ældre, men også til dette område. Der er således også en del (138) social- og sundhedsassistenter, som ikke tidligere (tre år forud) var ansat på et dagcenter for ældre, men som har søgt hertil i år 2006.

Blandt de 280 assistenter, der i år 2006 var ansat på et dagcenter for ældre, havde 26 % tidligere været ansat på plejhjem og 10 % inden for hjemmepleje, mens 6 % havde været ansat på sygehuse og 6 % på en døgninstitution for voksne med handicap. 1 % havde tidligere været ansat hos et vikarbureau.

### Bevægelser til og fra døgninstitutioner for voksne med handicap

Døgninstitutioner for voksne med handicap er - i lighed med sygehuse og plejhjem - et område, som social- og sundhedsassistenter i større udstrækning bliver indenfor. Blandt de assistenter, der i 2003 var ansat på en døgninstitutioner for voksne med handicap, er 64 % forsat beskæftigede inden for dette område tre år senere (i 2006).

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra døgninstitutionerne, søger de overvejende mod plejhjem og beskyttede boliger. Dette var tilfældet for 11 %, mens 5 % søgte til sygehuse. 3 % fik ansættelse inden for hjemmepleje, 2 % hos vikarbureauer og 1 % på dagscentre for ældre. 6 % var ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse på en døgninstitution for voksne med handicap. . Heraf er langt størsteparten trådt ud af arbejdsstyrken, mens kun en mindre del er ledige; Af de 104 personer som ikke var i beskæftigelse, var 11 ledige, mens de resterende 93 var trådt ud af arbejdsstyrken (førtidspension, efterløn, pension mv.).



Der er imidlertid ikke kun bevægelser fra døgninstitutioner for voksne med handicap, men også mod disse arbejdssteder.

For den gruppe af social- og sundhedsassistenter, der indgår i undersøgelsen af karriereveje, er der sket et fald i antallet af assistenter, der er ansat på en døgninstitution for voksne med handicap i perioden 2003-2006. I år 2003 var der 1.734 ansatte social- og sundhedsassistenter på døgninstitutionerne, i 2006 var det faldet til 1.551 assistenter. Af de 1.551 var der 1.102, der også tidligere var ansat på en døgninstitution for voksne med handicap. Der er således en del (449) social- og sundhedsassistenter, der ikke tidligere (tre år forud) var ansat på en døgninstitution, men som har søgt til en døgninstitution for voksne med handicap i år 2006.

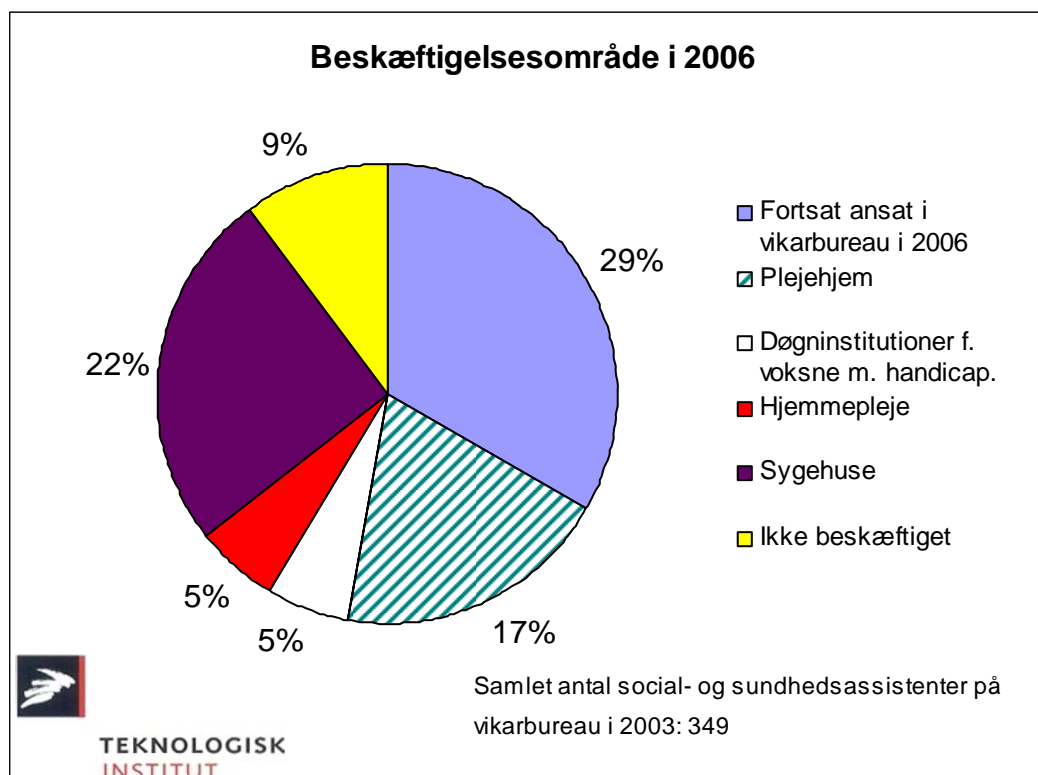
Blandt de social- og sundhedsassistenter, der er blevet ansat på en døgninstitution for voksne med handicap, er det særligt assistenter, der tidligere har været ansat på plejehjem og beskyttede boliger, der søger hertil. Dette er tilfældet for 13 %, mens 8 % tidligere har været ansat på sygehuse. 5 % kommer fra hjemmeplejeområdet og 1 % fra henholdsvis vikarbureau og dagcenter for ældre mv.

#### **Bevægelser til og fra vikarbureauer**

Som et muligt scenario på en karrierevej for en social- og sundhedsassistent er det også undersøgt, hvor social- og sundhedsassistenter, der i 2003 var ansat hos et vikarbureau, er ansat tre år senere (i 2006). Det er kun 29 %, der er ansat hos et vikarbureau i 2006. Størstedelen - omkring 60 % - har fundet beskæftigelse inden for andre brancheområder.

I den forbindelse søger social- og sundhedsassistenterne særligt mod sygehus (22 %) og mod plejehjem og beskyttede boliger (17 %). En mindre del har opnået beskæftigelse inden for hjemmepleje (5 %) og døgninstitutioner for voksne med handicap (5 %). Lidt

under hver tiende (9 %) er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse i vikarbureau. . Heraf er langt størsteparten trådt ud af arbejdsstyrken, mens kun en mindre del er ledige; Af de 33 personer som ikke var i beskæftigelse, var 7 ledige, mens de resterende 26 var trådt ud af arbejdsstyrken (førtidspension, efterløn, pension mv.).



For den gruppe af social- og sundhedsassistenter, der indgår i undersøgelsen af karriereveje, er der sket en stigning i antallet af assistenter, der er ansat hos et vikarbureau i perioden 2003-2006. I år 2003 var der 349 ansatte social- og sundhedsassistenter hos vikarbureauerne; i 2006 var det steget til 481 assistenter. Af de 481 var der kun 102, der tidligere havde været ansat hos et vikarbureau.

Bevægelsen sker altså ikke kun fra vikarbureauer, men også mod vikarbureauer. Der er således også en del (379) social- og sundhedsassistenter, der ikke tidligere (tre år forud) var ansat hos et vikarbureau, men har søgt til vikarbureau i år 2006.

Blandt de 481 assistenter, der i år 2006 var ansat i et vikarbureau, havde 29 % tidligere været ansat på sygehuse og 28 % på plejehjem, 9 % på en døgninstitution for voksne med handicap og 8 % i hjemmepleje.

For at få et mere retvisende billede af vikarbureauernes betydning i det samlede beskæftigelsesmønster, bør dette dog sammenholdes med hvor mange (hvor stor en andel), skift til vikarbureau udgør af det samlede antal skift, der foretages inden for den pågældende branche. Dette er illustreret i tabel 6.

Tabellen skal læses på følgende vis: Der var i alt 5.722 social- og sundhedsassistenter på sygehuse i 2003. Af disse havde 138 skiftet til et vikarbureau i 2006. De 138 svarer til 2 % af de 5.722. Andelen, der er skiftet til et vikarbureau, udgør altså en meget be-



grænset del, sammenlignet med hele den gruppe, der har været ansat på sygehuse i 2003.

Selv om knap 1/3 af de ansatte hos vikarbureauerne kommer fra sygehuse, udgør den andel, der søger fra sygehuse til vikarbureauer, altså en forholdsvis beskeden andel i forhold til det antal, der i alt søgte væk fra sygehuse.

Som det fremgår af tabel 6, udgør skift til et vikarbureau en meget beskeden del af de skift, der foretages til andre brancheområder for flertallet af brancheområderne.

**Tabel 6: Andelen af social- og sundhedsassistenter, som er søgt fra en branche til et vikarbureau, sammenlignet med hvor mange der i øvrigt skifter til et andet brancheområde.**

	År 2003	År 2006	År 2006
	Antal SOSU-ass. inden for branchen	Antal SOSU-ass. inden for vikarbureau	Pct.-andel, som er skiftet til vikarbureau ud af det samlede antal fra branchen
Sygehus	5.722	138	2 %
Plejhjem og beskyttede boliger	6.948	137	2 %
Hjemmepleje	1.434	38	3 %
Dagscentre for ældre mv.	264	2	1 %
Døgninstitutioner for voksne med handicap	1.734	18	1 %
Vikarbureau	349	102	29 %

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

## 4. Social- og sundhedsassistenter beskæftigelsesmæssige betydning på arbejdsmarkedet

### Formål

Som del af den kvantitative analyse er der også set nærmere på, hvilken beskæftigelsesmæssig andel social- og sundhedsassistenterne udgør på arbejdsmarkedet. Herunder om der er arbejdsområder, hvor social- og sundhedsassistenter udgør en større eller mindre andel af det samlede ansatte - altså om deres beskæftigelsesmæssige betydning ændres.

### Datagrundlaget for undersøgelsen af beskæftigelsesmæssig betydning

Det er undersøgt, dels hvilke brancher social- og sundhedsassistenterne er beskæftigede indenfor, og dels om andelen af social- og sundhedsassistenter er øget eller mindsket inden for udvalgte brancher (arbejdssteder) sammenlignet med andre fag-/uddannelsesgrupper; eksempelvis om andelen af social- og sundhedsassistenter er tiltaget eller aftaget inden for 'sygehuse' sammenlignet med andre (uddannelses)grupper.

Der er anlagt et udviklingsperspektiv i forhold til disse data, hvor sammenligning foretages mellem år 2003 og 2006.

Der er indhentet data (særkørsler) fra Danmarks Statistik om hvilken branche vedkommende er ansat indenfor (kun for hovedbeskæftigelse) og hvilken højst fuldførte uddannelse den pågældende har.

I karriereanalysen indgik kun personer, der i 2003 havde en uddannelse som social- og sundhedsassistent - og som var beskæftiget inden for området i 2003. Der er ikke foretaget den samme form for afgrænsning i den nedenstående analyse; her indgår alle personer, der var på arbejdsmarkedet i 2003 og 2006. Datamaterialet fra de to typer af analyse er derfor ikke sammenfaldende.

### Uddannede social- og sundhedsassistenter 2003 - 2006

Der er i perioden 2003 - 2006 blevet 26 % flere uddannede social- og sundhedsassistenter (jf. tabel 7). I 2003 var der 19.262 personer, hvis højeste fuldførte uddannelse var social- og sundhedsassistent, mens det i 2006 drejede sig om 24.341.

Ses der på den samlede fordeling på uddannelser, er der generelt blevet flere på arbejdsmarkedet med en videregående uddannelse i perioden 2003 - 2006. Antallet af personer med en kort, videregående uddannelse er steget med 14 %, med en mellemlang, videregående uddannelse 6 %, med en bachelor 24 % og en lang, videregående uddan-

nelse med 14 %. Derimod er antallet med en erhvervsuddannelse faldet med 2 %, ligesom antallet af personer, der ikke har en uddannelse ud over grundskolen, er aftaget med 6 %.

Personer med en erhvervsuddannelse eller personer, der ikke har en uddannelse udover grundskolen, udgør dog fortsat de største uddannelseskategorier i arbejdsstyrken; personer hvis højeste fuldførte uddannelse er grundskole eller en erhvervsuddannelse udgør henholdsvis 25 % og 36 % af den samlede arbejdsstyrke i 2006 (jf. tabel 7).

**Tabel 7: Arbejdsstyrken fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemførte uddannelse	2003	2006	2003	2006	Ændring 2003- 2006	Ændring 2003- 2006
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	Antal	Pct.
Grundskole	730.218	686.973	27	25	-43.245	-6
Almengymnasiale uddannelser	169.179	168.400	6	6	-779	0
Erhvervsgymnasiale uddannelser	71.799	6.594	3	3	4.795	7
Erhvervsuddannelser	1.023.535	1.004.035	37	36	-19.500	-2
- heraf social- og sundhedsassistent	19.262	24.341	1	1	5.079	26
- heraf pædagogisk grunduddannelse	866	4.479	0	0	3.613	417
- heraf social/sundhed (eud) ivu	906	925	0	0	19	2
- heraf social- og sundhedshjælper	33.954	38.207	1	1	4.253	13
- heraf sygehjælper	20.619	15.806	1	1	-4.813	-23
- heraf beskæftigelsesvejleder	1.797	1.481	0	0	-316	-18
- heraf plejehjemsassistent	2.612	2.429	0	0	-183	-7
- heraf plejer	2.813	2.207	0	0	-606	-22
- heraf barneplejerske	2.153	.564	0	0	-589	-27
Korte, videregående uddannelser	122.638	139.855	4	5	17.217	14
Mellemlange, videregående uddannelser	358.090	378.259	13	14	20.169	6
Bachelor	34.699	43.001	1	2	8.302	24
Lange, videregående uddannelser	169.321	192.933	6	7	23.612	14
Uoplyst	61.907	64.596	2	2	2.689	4
I alt	2.741.386	2.754.646	100	100	13.260	0

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Rettes fokus mod hvor stor en andel - hvor stor betydning - social- og sundhedsassistenter udgør af det samlede antal personer på arbejdsmarkedet, udgør de under 1 % såvel i 2003 som i 2006. Selv om antallet af social- og sundhedsassistenter er steget med 5.079 (svarende til 26 %) personer i perioden 2003-2006, har det ikke ændret markant på hvor stor en beskæftigelsesandel - deres beskæftigelsesmæssige betydning - de udgør på arbejdsmarkedet. (Dette skal ses i sammenhæng med, at antallet af social- og sundhedsassistenter måles i forhold til hele arbejdsstyrken, der udgør et stort antal).

## Uddannede social- og sundhedsassistenter fordelt på brancheområder

Tabel 8 viser, hvor personer, der er uddannede som social- og sundhedsassistenter, var beskæftigede i henholdsvis 2003 og 2006. Der vises såvel en opgørelse i antal, som en procentvis opgørelse. I kolonnen med overskrift 'Pct.' opgøres det, hvor stor en andel antallet af beskæftigede social- og sundhedsassistenter inden for den enkelte branche udgør af det samlede antal uddannede social- og sundhedsassistenter.

Som det fremgår af tabel 8, er plejehjem og sygehuse de områder, hvor størstedelen af social- og sundhedsassistenterne er ansat - såvel når der måles på antal, som når der ses på hvor stor en andel de udgør af det samlede antal uddannede social- og sundhedsassistenter. 43 % af de uddannede social- og sundhedsassistenter er således ansat på plejehjem, mens 26 % er ansat på sygehuse i 2006.

**Tabel 8: Uddannede social- og sundhedsassistenter fordelt efter beskæftigelsessted (branche). 2003 og 2006. Antal og procent.**

Branche	2003	2006	2003	2006	Ændring
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	2003-2006
Plejehjem og beskyttede boliger	7.431	10.357	39	43	2.926
Sygehuse	5.855	6.384	30	26	529
Døgninstitutioner for voksne med handicap	1.859	2.255	10	9	396
Hjemmepleje	1.501	1.520	8	6	19
Vikarbureauer	604	877	3	4	273
Dagcentre for ældre mv.	286	381	1	2	95
Aldersintegrerede institutioner	72	113	0	0	41
Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold	27	106	0	0	79
Forsorgshjem mv.	61	105	0	0	44
Døgninstitutioner for børn og unge	81	102	0	0	21
Familiepleje	70	89	0	0	19
Revalideringsinstitutioner	69	81	0	0	12
Institutioner for stofmisbrugere og alkoholskadede	22	54	0	0	32
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	13	37	0	0	24
Øvrige offentlige og private tjenesteydelser	783	986	4	4	203
Øvrige brancher, samt uoplyst	528	894	3	4	366
I alt	19.262	24.341	100	100	5.079

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

## Sygehuse og den beskæftigelsesmæssige betydning

Sygehuse<sup>2</sup> er det næststørste beskæftigelsesområde for uddannede social- og sundhedsassistenter er ansat. I 2006 drejede det sig om 6.384 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, svarende til 26 % (jf. tabel 8).

<sup>2</sup> I branchebetegnelsen hos Danmarks Statistik benyttes betegnelsen 'Hospitaller' i stedet for sygehuse. Branchen omfatter almindelige og specialiserede hospitaler, sanatorier og institutioner inden for forebyggende sundhedspleje, klinikker (herunder distriktspsykiatriske klinikker), revalideringscentre og andre institutioner inden for sundhedsvæsen med kapacitet til patientindlæggelse, herunder privathospitaler. Omfatter også hospicer.

I den forbindelse kan det være interessant at undersøge, om sygehuse er et arbejdsområde, hvor social- og sundhedsassistenter får større eller mindre beskæftigelsesmæssig betydning sammenlignet med andre faggrupper. Dette tema vil blive nærmere undersøgt i det nedenstående.

Ses der på det samlede antal ansatte på sygehuse, er der sket en mindre reduktion i perioden 2003 - 2006 fra knap 108.000 til knap 106.000, hvilket svarer til et fald på 2 % (jf. tabel 9).

Der er især blevet færre ansatte med en gymnasial uddannelse, ansatte med en erhvervsuddannelse eller ansatte, der ikke har en uddannelse ud over grundskolen. Den beskæftigelsesmæssige betydning er således aftaget for disse grupper af ansatte.

Det er dog ikke alle grupper af ansatte, der har oplevet et sådant fald. Tværtimod er der blevet flere ansatte med en mellemlang, videregående uddannelse (som eksempelvis sygeplejersker) eller lang, videregående uddannelse (som eksempelvis læger) i perioden; antallet er steget med henholdsvis 1.774 og 1.552. Sammenholdes antallet med disse uddannelser med det samlede antal ansatte på sygehuse, udgør ansatte med en mellemlang, videregående uddannelse henholdsvis 42 % i 2003 og 45 % i 2006 af det samlede antal ansatte, mens ansatte med en lang, videregående uddannelse udgør 12 % i 2003 og 14 % i 2006. Den beskæftigelsesmæssige betydning for disse grupper er altså steget i perioden 2003-2006.

**Tabel 9: Ansatte inden for sygehuse. Fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemførte uddannelse	2003	2006	2003	2006	Ændring	Ændring
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	2003-2006	2003-2006
Grundskole	11.362	9.089	11	9	-2.273	-20
Almengymnasiale uddannelser	4.641	3.280	4	3	-1.361	-29
Erhvervsgymnasiale uddannelser	783	690	1	1	-93	-12
Erhvervsuddannelser	28.310	26.569	26	25	-1.741	-6
- heraf social- og sundhedsassistent	5.855	6.384	5	6	529	9
- heraf pædagogisk grunduddannelse	4	43	0	0	39	975
- heraf social/sundhed (eud) ivu	111	134	0	0	23	21
- heraf social- og sundhedshjælper	804	800	1	1	-4	0
- heraf sygehjælper	4.166	2.588	4	2	-1.578	-38
- heraf beskæftigelsesvejleder	73	43	0	0	-30	-41
- heraf plejhjemsassistent	71	44	0	0	-27	-38
- heraf plejer	1.052	707	1	1	-345	-33
- heraf barneplejerske	107	78	0	0	-29	-27
Korte, videregående uddannelser	2.498	2.461	2	2	-37	-1
Mellemlange, videregående uddannelser	45.678	47.452	42	45	1.774	4
Bachelor	475	596	0	1	121	25
Lange, videregående uddannelser	12.992	14.544	12	14	1.552	12
Uoplyst	1.071	1.081	1	1	10	1
I alt	107.810	105.762	100	100	-2.048	-2

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Ses der nærmere på social- og sundhedsassistenternes beskæftigelsesmæssige betydning på sygehuse, udgør de i 2003 5 % ud af det samlede antal ansatte på sygehuse og i 2006 6 %. Der er således relativt blevet flere social- og sundhedsassistenter i perioden, og deres beskæftigelsesmæssige betydning er steget.

I denne sammenligning mellem personalegrupper bør der dog tages højde for, at antallet af sygehjælpere og plejere er reduceret med henholdsvis 1.578 og 345 (i alt 1.923). Stigningen blandt social- og sundhedsassistenter er i samme periode 'kun' på 529 personer. Stigningen i antallet af social- og sundhedsassistenter kan således ikke helt opveje reduktionen i andet plejepersonale.

Med til det samlede billede hører også, at antallet af ansatte med en erhvervsuddannelse er reduceret med 1.741 personer, mens antallet med en mellemlang, videregående uddannelse (som eksempelvis sygeplejersker) i samme periode er steget med 1.774.

### **Plejhjem og den beskæftigelsesmæssige betydning**

Plejhjem og beskyttede boliger<sup>3</sup> er det område, hvor der er flest uddannede social- og sundhedsassistenter ansat. I 2006 var der således 10.357 assistenter ansat inden for dette område ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, svarende til 43 % (jf. tabel 8).

I den forbindelse er det værd at bemærke, at plejhjem i perioden 2003 - 2006 har fået en stigende betydning for social- og sundhedsassistenter. Her er antallet af social- og sundhedsassistenter således steget med knap 3.000 personer; fra 39 % i 2003 til 43 % i 2006.

For at belyse hvilken betydning brancheområdet plejhjem har, er det undersøgt om plejhjem er et arbejdsområde, hvor social- og sundhedsassistenter får større eller mindre beskæftigelsesmæssig betydning sammenlignet med andre faggrupper. Dette tema vil blive nærmere undersøgt i det nedenstående.

Ses der på det samlede antal ansatte på plejhjem er der sket en stigning i perioden 2003 - 2006. I perioden er antallet forøget fra lidt over 91.000 til lidt over 98.000, hvilket svarer til en stigning på 8 % (jf. tabel 10).

**Tabel 10: Ansatte inden for Plejhjem og beskyttede boliger. Fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemført uddannelse	2003		2006		Ændring 2003-2006	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Grundskole	18.746	21	17.586	18	-1.160	-6
Almengymnasiale uddannelser	3.954	4	5.657	6	1.703	43
Erhvervsgymnasiale uddannelser	629	1	1.032	1	403	64
Erhvervsuddannelser	53.565	59	58.616	60	5.051	9

<sup>3</sup> I branchebetegnelsen hos Danmarks Statistik omfatter plejhjem og beskyttede boliger institutioner og særligt indrettede lejligheder (med tilknyttet personale) især for ældre beboere, dagcentre for ældre (hvis disse drives sammen med plejhjem eller er en del af en integreret plejeordning), samt integrerede plejeordninger (plejecentre, ældrecentre).

- heraf social- og sundhedsassistent	7.431	10.357	8	11	2.926	39
- heraf pædagogisk grunduddannelse	28	122	0	0	94	336
- heraf social/sundhed (eud) ivu	91	96	0	0	5	5
- heraf social- og sundhedshjælper	18.727	22.180	21	23	3.453	18
- heraf sygehjælper	8.673	6.806	10	7	-1.867	-22
- heraf beskæftigelsesvejleder	785	604	1	1	-181	-23
- heraf plejehjemsassistent	1.447	1.384	2	1	-63	-4
- heraf plejer	298	267	0	0	-31	-10
- heraf barneplejerske	185	142	0	0	-43	-23
Korte, videregående uddannelser	1.777	1.871	2	2	94	5
Mellemlange, videregående uddannelser	11.091	11.809	12	12	718	6
Bachelor	310	500	0	1	190	61
Lange, videregående uddannelser	228	395	0	0	167	73
Uoplyst	739	919	1	1	180	24
I alt	91.039	98.385	100	100	7.346	8

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Der er især blevet flere ansatte med en erhvervsuddannelse på plejehjemmene. Det drejer sig især om flere social- og sundhedsassistenter, der er steget fra at udgøre 8 % af det samlede antal ansatte i 2003, til i 2006 at udgøre 11 %. Den beskæftigelsesmæssige betydning af social- og sundhedsassistenter er således tiltaget i perioden 2003-2006.

Social- og sundhedshjælpere er ligeledes øget i antal og udgør 21 % i 2003 til 23 % i 2006. Antallet af sygehjælpere, plejehjemsassistenter, plejere m.fl. er derimod aftaget i perioden. Faldet i sidstnævnte opvejes dog af den stigning, der har fundet sted blandt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, så der samlet er blevet en større gruppe plejepersonale med en erhvervsuddannelse.

Der er desuden blevet flere ansatte med en kort, mellemlang uddannelse (som eksempelvis sygeplejersker) eller lang, videregående uddannelse i perioden; antallet er steget med henholdsvis 94, 718 og 167. Sammenholdes antallet af disse uddannelser med det samlede antal ansatte på plejehjem, udgør ansatte med en mellemlang, videregående uddannelse dog uændret 12 % i 2003 og i 2006 af det samlede antal ansatte, ligesom ansatte med en lang, videregående uddannelse udgør under 1 % såvel i 2003 som i 2006. Den beskæftigelsesmæssige betydning for disse grupper er altså uændret i perioden 2003-2006.

Til gengæld er den beskæftigelsesmæssige betydning for ansatte, der ikke har en uddannelse udover grundskolen, aftaget. Andelen er således faldet fra 21 % til 18 % i 2006, mens ansatte med en gymnasial uddannelse er steget fra 4 % til 6 %. Denne udvikling kunne muligvis indikere, at personer med en gymnasial uddannelse indgår som mere løst ansatte personer frem for personer med grundskole.

## Hjemmepleje og den beskæftigelsesmæssige betydning

Hjemmeplejen<sup>4</sup> har en mindre beskæftigelsesmæssig betydning for uddannede social- og sundhedsassistenter. I 2006 var der 1.520 assistenter ansat inden for dette område ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, svarende til 6 % (jf. tabel 8). Andelen af social- og sundhedsassistenter, der er ansat inden for dette område, har desuden været aftagende i perioden 2003 - 2006, hvor andelen er faldet fra at udgøre 8 % til 6 % af alle uddannede social- og sundhedsassistenter.

**Tabel 11: Ansatte inden for Hjemmepleje. Fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemførte uddannelse	2003		2006		Ændring 2003-2006	
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	Antal	Pct.
Grundskole	6.791	6.109	27	25	-682	-10
Almengymnasiale uddannelser	1.681	1.912	7	8	231	14
Erhvervsgymnasiale uddannelser	252	357	1	1	105	42
Erhvervsuddannelser	14.095	12.555	57	51	-1.540	-11
- heraf social- og sundhedsassistent	1.501	1.520	6	6	19	1
- heraf pædagogisk grunduddannelse	14	72	0	0	58	414
- heraf social/sundhed (eud) ivu	21	27	0	0	6	29
- heraf social- og sundhedshjælper	6.619	5.706	27	23	-913	-14
- heraf sygehjælper	1.090	709	4	3	-381	-35
- heraf beskæftigelsesvejleder	112	84	0	0	-28	-25
- heraf plejhjemsassistent	154	117	1	0	-37	-24
- heraf plejer	76	65	0	0	-11	-14
- heraf barneplejerske	62	42	0	0	-20	-32
Korte, videregående uddannelser	347	401	1	2	54	16
Mellemlange, videregående uddannelser	1.211	2.761	5	11	1.550	128
Bachelor	114	260	0	1	146	128
Lange, videregående uddannelser	152	183	1	1	31	20
Uoplyst	294	323	1	1	29	10
I alt	24.937	24.861	100	100	-76	0

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Antallet af ansatte er stort set uforandret inden for hjemmeplejen i perioden 2003 - 2006. Antallet er således kun mindsket med 76 ansatte (jf. tabel 11).

Der er generelt blevet færre ansatte med en erhvervsuddannelse inden for hjemmeplejen. Det drejer sig især om færre social- og sundhedshjælpere, hvor antallet er aftaget med 913 personer og som følge er faldet fra at udgøre 27 % af de ansatte inden for

<sup>4</sup> I branchebetegnelsen hos Danmarks Statistik benyttes betegnelsen 'Hjemmehjælp' i stedet for hjemmepleje. Branchen omfatter praktisk bistand i hjemmet til ældre, handicappede eller syge, herunder også andet omsorgsarbejde end hjemmehjælpsordningen uden for institutionerne. Den omfatter derimod ikke hjemmesygepleje og hjemmehjælp, der er en del af en integreret plejeordning.



hjemmepleje i 2003 til at udgøre 23 % i 2006. Antallet af sygehjælpere, plejehjemsassistenter, plejere m.fl. er ligeledes aftaget i perioden.

Derimod er antallet af social- og sundhedsassistenter stort set uændret. Assisterer udgør såvel i 2003 og 2006 6 % af det samlede antal ansatte inden for hjemmeplejen. Den beskæftigelsesmæssige betydning af social- og sundhedsassistenter er uforandret i perioden 2003-2006.

Til gengæld er den beskæftigelsesmæssige betydning for ansatte med en mellemlang, videregående uddannelse (som eksempelvis sygeplejersker) tiltaget i perioden. Ansatte med disse uddannelser er steget fra at udgøre 5 % af alle ansatte inden for hjemmeplejen i 2003 til at udgøre 11 % i 2006. Antallet er steget med 1.550, mens antallet med en erhvervsuddannelse tilsvarende er aftaget med 1.540 personer.

## Dagcentre for ældre og den beskæftigelsesmæssige betydning

Det er kun en mindre del af de uddannede social- og sundhedsassistenter, der er beskæftigede på dagcentre for ældre<sup>5</sup>; i 2006 drejede det sig om 381, hvilket svarer til 2 % af alle uddannede social- og sundhedsassistenter (jf. tabel 8).

Set over perioden 2003 - 2006 er der imidlertid blevet 33 % flere ansatte social- og sundhedsassistenter inden for området. Assistererne udgør dog fortsat en mindre del af de faggrupper, der er beskæftigede på dagcentre for ældre; henholdsvis 6 % i 2003 og 7 % i 2006 (jf. tabel 12). Der er således en svag tendens til, at social- og sundhedsassistenter får en større betydning (udgør en større andel) som faggruppe inden for dagcentre for ældre.

**Tabel 12: Ansatte inden for Dagcenter for ældre. Fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemførte uddannelse	2003		2006		Ændring 2003-2006	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Grundskole	860	18	887	17	27	3
Almengymnasiale uddannelser	185	4	199	4	14	8
Erhvervsgymnasiale uddannelser	42	1	35	1	-7	-17
Erhvervsuddannelser	1.948	40	2.106	40	158	8
- heraf social- og sundhedsassistent	286	6	381	7	95	33
- heraf pædagogisk grunduddannelse	4	0	10	0	6	150
- heraf social/sundhed (eud) ivu	3	0	3	0	0	0
- heraf social- og sundhedshjælper	426	9	448	8	22	5
- heraf sygehjælper	195	4	180	3	-15	-8
- heraf beskæftigelsesvejleder	120	2	106	2	-14	-12
- heraf plejehjemsassistent	51	1	42	1	-9	-18
- heraf plejer	64	1	67	1	3	5

<sup>5</sup> I branchebetegnelsen hos Danmarks Statistik omfatter Dagcenter for ældre mv. åbne dagcentre for pensionister og dagcentre med særlige optagelsesbetingelser for ældre og handicappede med behandlingsbehov, samt væresteder. Branchen omfatter ikke daghjem, der normalt er en del af en integreret plejeordning.

- heraf barneplejerske	11	9	0	0	-2	-18
Korte, videregående uddannelser	145	150	3	3	5	3
Mellemlange, videregående uddannelser	1.503	1.778	31	34	275	18
Bachelor	31	30	1	1	-1	-3
Lange, videregående uddannelser	67	70	1	1	3	4
Uoplyst	51	41	1	1	-10	-20
I alt	4.832	5.296	100	100	464	10

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Antallet af ansatte på dagcentre for ældre er generelt øget over perioden med 10 %, så der i 2006 var 5.296 ansatte her inden for. Størstedelen - 40 % - af de ansatte har en erhvervsuddannelse, mens 34 % har en mellemlang, videregående uddannelse. Andelen af ansatte med en erhvervsuddannelse har ikke ændret sig i den 3-årige periode fra 2003-2006, mens andelen med en mellemlang, videregående uddannelse er øget fra at udgøre 31 % af de ansatte på dagcentre for ældre i 2003 til at udgøre 34 % i 2007. Der er altså sket en mindre forskydning i forholdet mellem disse to hovedgrupper af uddannede og hvor bevægelsen er mod et højere uddannelsesniveau.

## Døgninstitutioner for voksne med handicap og den beskæftigelsesmæssige betydning

10 % af de uddannede social- og sundhedsassistenter er ansat på døgninstitutioner for voksne med handicap<sup>6</sup>, hvilket i antal drejer sig om 2.255 personer (jf. tabel 8).

Set over perioden er der blevet 11 % flere ansatte inden for døgninstitutioner for voksne med handicap; en stigning fra 28.144 personer i 2003 til 31.149 i 2006.

Antallet af social- og sundhedsassistenter er i den tilsvarende periode steget, så de fortsat udgør 7 % af de ansatte; de har således formået at opretholde deres beskæftigelsesmæssige andel.

Det skal dog i den forbindelse nævnes, at antallet af sygehjælpere er reduceret i perioden fra 757 personer til 575. Der er ligeledes flere af de øvrige grupper af ansatte med en erhvervsuddannelse, der er reduceret. Andelen af ansatte med en erhvervsuddannelse er da også samlet set reduceret fra at udgøre 29 % af alle ansatte på døgninstitutioner for voksne med handicap i 2003 til at udgøre 28 % i 2006.

I den tilsvarende periode er andelen af ansatte med en mellemlang, videregående uddannelse (som eks. sygeplejersker) øget fra at udgøre 35 % til 38 %. Der er altså også inden for dette brancheområde sket en forskydning mod et højere uddannelsesniveau blandt de ansatte.

<sup>6</sup> I branchebetegnelsen hos Danmarks Statistik omfatter Døgninstitutioner for voksne med handicap døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap samt psykiatriske plejehjem, samt bofællesskaber for handicappede.

**Tabel 13: Ansatte inden for døgninstitutioner for voksne med handicap. Fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemførte uddannelse	2003		2006		Ændring 2003-2006	
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	Antal	Pct.
Grundskole	5.057	5.050	18	16	-7	0
Almengymnasiale uddannelser	2.387	2.568	8	8	181	8
Erhvervsgymnasiale uddannelser	375	494	1	2	119	32
Erhvervsuddannelser	8.189	8.768	29	28	579	7
- heraf social- og sundhedsassistent	1.859	2.255	7	7	396	21
- heraf pædagogisk grunduddannelse	40	299	0	1	259	648
- heraf social/sundhed (eud) ivu	9	8	0	0	-1	-11
- heraf social- og sundhedshjælper	543	706	2	2	163	30
- heraf sygehjælper	757	575	3	2	-182	-24
- heraf beskæftigelsesvejleder	112	88	0	0	-24	-21
- heraf plejehjemsassistent	227	186	1	1	-41	-18
- heraf plejer	473	372	2	1	-101	-21
- heraf barneplejerske	44	38	0	0	-6	-14
Korte, videregående uddannelser	1.521	1.407	5	5	-114	-7
Mellemlange, videregående uddannelser	9.941	11.953	35	38	2.012	20
Bachelor	224	336	1	1	112	50
Lange, videregående uddannelser	192	264	1	1	72	38
Uoplyst	258	309	1	1	51	20
I alt	28.144	31.149	100	100	3.005	11

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

## Vikarbureauer og den beskæftigelsesmæssige betydning

En mindre del af de uddannede social- og sundhedsassistenter er beskæftigede inden for vikarbureauer<sup>7</sup>; i 2006 drejede det sig om 877 ud af de 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, hvilket svarer til 4 %. I 2003 drejede det sig om 3 % (jf. tabel 8).

Der er generelt sket en stigning i antallet af ansatte inden for vikarbureauer, hvor antallet er steget fra lidt over 20.000 i 2003 til knap 34.000 i 2006. Dette svarer til en stigning på 65 % (jf. tabel 14).

I den tilsvarende periode har antallet af ansatte social- og sundhedsassistenter næsten gennemgået en tilsvarende procentvis stigning. Antallet af social- og sundhedsassistenter er således steget med 273 personer fra 604 i 2003 til 877 i 2006, hvilket svarer til en stigning på 45 %.

Social- og sundhedsassistenter udgør dog en mindre del - 3 % - af alle ansatte inden for vikarbureauer såvel i 2003 som i 2006. Social- og sundhedsassistenter har altså opret-

<sup>7</sup> Der indgår kun oplysninger for hovedbeskæftigelse. Antallet af ansatte inden for vikarbureauer omfatter derfor ikke oplysninger om personer med bi- eller deltidsbeskæftigelse i vikarbureauer.

holdt deres beskæftigelsesmæssige betydning sammenlignet med andre faggrupper, men har ikke øget deres andel.

Det samme gør sig gældende for social- og sundhedshjælpere, der også udgør 3 % af de ansatte inden for vikarbureauer såvel i 2003 som i 2006. Den procentvise stigning i antallet af social- og sundhedshjælpere har dog været større i perioden end tilfældet er blandt social- og sundhedsassistenter. Antallet af social- og sundhedshjælpere er således øget med 71 %, hvor antallet er steget fra 638 til 1.094 i 2006. Det absolutte antal af social- og sundhedshjælpere er da også lidt højere end antallet af social- og sundhedsassistenter; henholdsvis 1.094 mod 877 i år 2006.

**Tabel 14: Ansatte inden for vikarbureauer. Fordelt efter højest fuldførte uddannelse. 2003 og 2006.**

Højeste gennemførte uddannelse	2003		2006		Ændring	
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	2003-2006	2003-2006
Grundskole	4.454	8.960	22	27	4.506	101
Almengymnasiale uddannelser	4.795	6.149	24	18	1.354	28
Erhvervsgymnasiale uddannelser	1.070	1.804	5	5	734	69
Erhvervsuddannelser	6.119	9.845	30	29	3.726	61
- heraf social- og sundhedsassistent	604	877	3	3	273	45
- heraf pædagogisk grunduddannelse	4	39	0	0	35	875
- heraf social/sundhed (eud) ivu	9	16	0	0	7	78
- heraf social- og sundhedshjælper	638	1.094	3	3	456	71
- heraf sygehjælper	307	305	2	1	-2	- 1
- heraf beskæftigelsesvejleder	3	6	0	0	3	100
- heraf plejehjemsassistent	36	33	0	0	-3	- 8
- heraf plejer	46	44	0	0	-2	- 4
- heraf barneplejerske	11	11	0	0	0	-
Korte, videregående uddannelser	806	1.398	4	4	592	73
Mellemlange, videregående uddannelser	1.468	1.964	7	6	496	34
Bachelor	590	1.228	3	4	638	108
Lange, videregående uddannelser	446	782	2	2	336	75
Uoplyst	593	1.463	3	4	870	147
I alt	20.341	33.593	100	100	13.252	65

**Kilde:** Særkørsler fra Danmarks Statistik, samt beregninger foretaget af Teknologisk Institut. 2007.

Ses der nærmere på de forskellige uddannelsesgrupper, der er ansat inden for vikarbureauer, udgøres den største del af gruppen af ansatte med en erhvervsuddannelse (29 %) og ansatte uden en uddannelse ud over grundskolen (27 %), mens 18 % har en almen-gymnasial uddannelse. Sammenlignet med andre brancheområder er det således særligt personer med en kortere eller ingen uddannelse, der finder ansættelse inden for vikarbureauer. Denne tendens forstærkes over perioden 2003 - 2006, hvor andelen af personer uden en uddannelse ud over grundskolen er forøget fra at udgøre 22 % i 2003 til at udgøre 27 % i 2006 af samtlige ansatte inden for vikarbureauer. Andelen af personer med en mellemlang, videregående uddannelse er i den samme periode reduceret fra 7 % til 6 %, og andelen med en almen-gymnasial uddannelse er reduceret fra at udgøre 24 % til 18 % i 2006.

## 5. Jobprofiler på social- og sundhedsassistentområdet

På baggrund af den kvalitative interviewundersøgelse er der udarbejdet detaljerede jobprofiler med beskrivelser af kompetencekrav på social- og sundhedsassistentområdet. Jobprofilerne er nutids- og fremtidsrettede i den forstand, at de beskriver dels nuværende jobområder og dels de udviklingstendenser, der ses i disse år inden for social- og sundhedsassistenternes jobområde. Jobprofilerne beskriver således de kompetencebehov, der rejser sig, når social- og sundhedsassistenterne befinder sig på, og får rum til udfoldelse af deres kvalifikationer, på det pågældende område.

I jobprofilkataloget opereres der med følgende 10 jobprofiler inden for fem hovedområder:

Det somatiske område - sygehuse

Profilen:

- Social- og sundhedsassistent på sygehuse (med variation på afdeling/område; eksempelvis barsel).

Pleje af plejekrævende ældre; plejehjem og centre, hjemmepleje, leve-bo-enheder, private leverandører og vikarbureauer.

Profilerne:

- Social- og sundhedsassistenter inden for ældreplejen
- Social- og sundhedsassistent i ældreplejen med ledelsesfunktion.

Det psykiatriske og socialpsykiatriske område som f.eks. bofællesskaber, boenheder, være- og aktivitetssteder, sygehuse for personer med sindslidelser.

Profilerne:

- Social- og sundhedsassistent på socialpsykiatrisk botilbud
- Social- og sundhedsassistent i socialpsykiatriske aktivitets- og væresteder
- Social- og sundhedsassistent på psykiatrisk behandlingstilbud på sygehuse herunder også distriktskykiatri.

Området 'pleje og udvikling af udviklingshæmmede'; f.eks. bofællesskaber, aktivitets-huse mv.

Profilen:

- Social- og sundhedsassistent på tilbud for udviklingshæmmede.

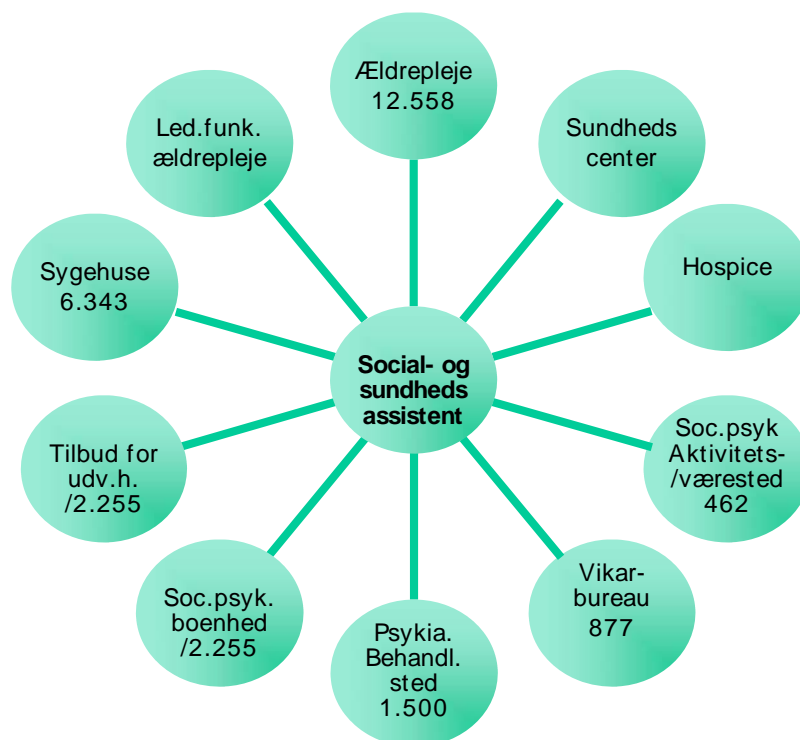
Kategorien 'andet', der omfatter nyere aktivitetsområder som sundhedscentre, hospicer mv.

Profilerne:

- Social- og sundhedsassistent på hospice
- Social- og sundhedsassistent på vikarbureau
- Social- og sundhedsassistent i sundhedscenter.

Profilerne fremstilles i rækkefølge ud fra en vurdering af profilernes kvantitative betydning (på grundlag af bearbejdning af talmateriale fra Danmarks Statistik). Det er ikke muligt at klargøre talmateriale på alle profilerne; eksempelvis er det ikke på grundlag af det foreliggende materiale muligt at afdække, hvor mange social- og sundhedsassistenter, der har en ledende funktion inden for ældreplejen. Her vil profilens kvantitative betydning blive afspejlet af det samlede antal social- og sundhedsassistenter inden for området.

En opstilling af profilerne i forhold til deres kvantitative betydning vil se ud som vist i nedenstående figur.



#### **Jobprofil 1. Social- og sundhedsassistenter inden for ældreplejen**

I alt 12.558 social- og sundhedsassistenter inden for ældrepleje i 2006.

#### **Jobprofil 2. Social- og sundhedsassistent i ældreplejen med ledelsesfunktion**

I alt 12.558 social- og sundhedsassistenter inden for ældrepleje i 2006; intet særskilt talmateriale for social- og sundhedsassistenter med ledende funktion.

#### **Jobprofil 3. Social- og sundhedsassistent på sygehuse (med variation på afdeling/område; eksempelvis barsel).**

I alt 6.384 social- og sundhedsassistenter i 2006.

#### **Jobprofil 4: Social- og sundhedsassistent på tilbud for udviklingshæmmede**

Optræder i Danmarks Statistiks opgørelse med i alt 2.255 social- og sundhedsassistenter i 2006. Kategorien omfatter også boenheder for personer med plejehov grundet psykiske lidelser.

### **Jobprofil 5: Social- og sundhedsassistent på socialpsykiatriske botilbud**

Optræder i Danmarks Statistiks opgørelse med i alt 2.255 social- og sundhedsassistenter i 2006. Kategorien omfatter også botilbud for udviklingshæmmede.

### **Jobprofil 6. Social- og sundhedsassistent på psykiatrisk behandlingstilbud på sygehuse, herunder også distriktpsychiatri**

Intet særskilt talmateriale, men indgår som del af talmateriale for sygehuse, der samlet set indbefatter i alt 6.384 social- og sundhedsassistenter i 2006. En undersøgelse fra FOA (2007) viser dog, at knap 1 ud af 4 af de social- og sundhedsassistenter, der er ansat på sygehuse, er beskæftigede inden for det psykiatriske område. Benyttes denne regnestok, vil det svare til, at omkring 1.500 social- og sundhedsassistenter er beskæftigede inden for dette område.

### **Jobprofil 7: Social- og sundhedsassistent på vikarbureau**

I alt 877 social- og sundhedsassistenter i 2006.

### **Jobprofil 8: Social- og sundhedsassistent i socialpsykiatriske aktivitets- og væresteder**

I alt 462 social- og sundhedsassistenter i 2006. Antallet omfatter ansatte på revalideringsinstitutioner (der blandt andet omfatter beskyttede værksteder og særlige dagcentre/daghjem for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap), samt dagcentre for ældre (der også omfatter væresteder).

### **Jobprofil 9: Social- og sundhedsassistent på hospice**

Intet særskilt talmateriale, men indgår som del af talmateriale for sygehuse.

### **Jobprofil 10. Social- og sundhedsassistent i sundhedscenter**

Intet særskilt talmateriale.

Jobprofilkataloget giver oplysning om følgende ved den enkelte jobprofil/-funktion:

- **Typiske arbejdsopgaver**, dvs. hvilke opgaver, der karakteriserer den enkelte jobfunktion i dag.
- **Kompetencebehov nu og fremover**, dvs. hvilke teknisk-faglige, almen-faglige og personlige kompetenceområder, der kræves nu, for at kunne varetage den enkelte jobfunktion, og hvilke kompetencer, der vil være vigtige fremover.
- **Læringsveje/-former**, dvs. på hvilken måde kompetencekravene typisk bliver indfriet - og hvilke typer uddannelse, kurser, efteruddannelser og/eller arbejdsplads-baseret læring, der anvendes for at tilegne sig kompetencerne.

Se nærmere beskrivelse af de begreber, der er anvendt til at beskrive kompetencebehov og læringsformer (centrale definitioner) i bilag 1.

## 6. Jobprofil 1: Social- og sundhedsassistent inden for ældreplejen

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere af tilbud inden for ældrepleje.

### Målsætning for arbejdsområdet

Arbejdsområdet inden for ældreplejen udgøres af en variation af arbejdspladser med det til fælles at levere visiterede ydelser inden for forskellige rammer - og til forskellige målgrupper. Overordnet set kan arbejdsområdet opdeles i to forskellige typer arbejdspladser - hjemmepleje og plejecentre. Disse to overordnede arbejdspladsområder rummer tilbud, der kan benævnes udekørende hjemmeplejeteam, plejecentre, leve-bomiljøer, integrerede ordninger, akutpladser, ældrecentre, dagscentre mv.

Den overordnede målsætning for området kan være:

- At støtte borgerne og beboerne til at opretholde en hverdag, der er så tæt som muligt på den, de er vant til.
- At muliggøre, at borgerne kan blive længst muligt i eget hjem.
- At bremse/sænke forringelsen i fysisk og/eller psykisk velbefindende.

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Medarbejderne på arbejdspladserne kan være en bred vifte af sundhedspersonale, eksempelvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere m.m. Særligt i relation til plejecentre, der er organiserede som leve-bomiljøer, kan medarbejdergruppen være bredere sammensat og også omfatte ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialpædagoger, husassistenter, rengøringsassistenter og kostfaglige medarbejdere.

Ældreplejen er et af de områder, hvor en væsentlig del af de uddannede social- og sundhedsassistenter finder beskæftigelse. 11.877 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter - svarende til 48 % - var således beskæftigede inden for ældreplejen i 2006; heraf var størstedelen (10.357) ansat på plejecentre og beskyttede boliger, mens 1.520 var ansat inden for hjemmeplejen<sup>8</sup>.

### Social- og sundhedsassistenternes bevægelser til og fra hjemmepleje, plejehjem og beskyttede boliger

Resultater fra den kvantitative delanalyse viser, at blandt de social- og sundhedsassistenter, der i 2003 var ansat på et plejehjem (og beskyttede boliger), er en stor del - 74 % - af social- og sundhedsassistenterne fortsat ansat på et plejehjem tre år senere (i 2006).

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra plejehjem (og beskyttede boliger), opnår de beskæftigelse på sygehuse (4 %), inden for hjemmepleje (4 %) eller inden for døgninstitutioner for voksne med handicap (3 %), mens 2 % søger mod vikarbureauer.

---

<sup>8</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).



Omkring hver tyvende - 6 % - er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse på et plejehjem (og beskyttede boliger).

Modsat de social- og sundhedsassistenter, der er beskæftigede på plejehjem, søger en stor del af de assistenter, der er ansat på hjemmeplejeområdet, mod andre brancheområder (arbejdssteder).

Det er således kun 37 % af de social- og sundhedsassistenter, der er registrerede som ansat inden for hjemmeplejen, der fortsat er registrerede som ansat inden for hjemmeplejen tre år efter.

I samme periode ser man i forlængelse af indførelsen af frit-valgsordninger og BUM model en række omorganiseringer på ældreområdet. Det kan således ikke afvises, at skift i medarbejdernes tilknytning skyldes skift i praksis for opgørelse.

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra hjemmeplejeområdet, opnår de især beskæftigelse på plejehjem og beskyttede boliger. Dette er tilfældet for 34 %.

En mindre del (5 %) er søgt til døgninstitutioner for voksne med handicap, 4 % til sygehuse, mens 3 % er søgt til vikarbureauer og 2 % til dagscentre for ældre. Forholdsvist få (1 %) er blevet ansat ved hjemmesygepleje og sundhedspleje, og 1 % på andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold. 8 % er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse i hjemmeplejen.

### **Brugergruppen**

Brugergruppen er en bred gruppe af ældre borgere med det til fælles, at de er i en situation, hvor de er blevet visiteret til ydelser, der kan aflaste og hjælpe dem med at få en hverdag til at fungere. Det kan være ydelser i form af praktisk bistand (rengøring, indkøb), sygepleje-faglige opgaver (medicindosering, sårpleje) eller ydelser, der relaterer sig til den personlige pleje (vask, påklædning, støttestrømper). Omfanget af disse ydelser vil variere afhængigt af den konkrete målgruppe - og af den enkelte person.

Arbejdsområdet kan således betragtes som et kontinuum, hvor en borger som oftest vil være i kontakt med hjemmeplejen inden borgeren overflyttes til et plejecenter. I hjemmeplejen modtager den ældre hjælp i eget hjem, og på et tidspunkt efter fornyet visitation, eller når den ældre og pårørende udtrykker behov for mere omfattende pleje, vil den ældre lægge en ansøgning og få visitering til plads på plejecenter. Det kan være, at den ældre får plads på et kommunalt plejecenter, men det kan også være, at den ældre bliver tilknyttet leje- eller andelsboliger, med tilknyttet udvidet hjælp og støtte.

Brugergruppen kan foruden at være svækket fysisk have yderligere problemstillinger, der gør deres situation mere kompleks. Det kan være misbrugsproblemer, ensomhed og forskellige social-psykiatriske problemstillinger.

I de senere år er der kommet et skærpet fokus på demens, og der er mange steder oprettet særlige demensafsnit på plejecentre, hvor social- og sundhedsassistenterne specialiserer sig i de problematikker, der er aktuelle for beboere med demens. Demensafsnittet kan være et særligt afsnit, eller bestå af mindre team på et afsnit. Der bliver således oprettet et antal sengepladser målrettet borgere med demens. De ansatte medarbejdere har

specialviden og interesse inden for området, og ofte har hver beboer en fast kontaktperson. Dette skal sikre kontinuiteten både i forhold til beboeren og de pårørende.

Andre særlige enheder kan f.eks. være geriatiske afsnit, hvor man tager sig af genoptræning eller eksempelvis afsnit for beboere med social-psykiatiske problemstillinger.

Flere plejecentre indrettes i dag som leve-bomiljøer. Leve-bomiljøerne bygger som oftest på en grundlæggende holdning om at give beboerne mere medbestemmelse i dagligdagen, skabe en hverdag, der ligger så tæt på den, beboerne har haft tidligere, og styrke de fælles og individuelle aktiviteter i hverdagen. Der bliver ofte taget afsæt i aktiviteter i relation til de daglige gøremål som personlig pleje, rengøring, tøjvask og madlavning.

### **Teamorganisering**

Mange arbejdspladser er teamorganiserede med team sammensat af plejepersonale. Organiseringen af teamstrukturen, og de beføjelser, der er lagt ud til det enkelte team, kan variere. Der kan være store variationer i hvor vidtrækkende kompetencer medarbejderne i teamene har i forhold til selvstændigt at tilrettelægge arbejdsplaner, aktiviteter mv. Der kan være team, hvor de selv i teamene varetager planlægning af opgaver, teamledelse, personaleledelse i form af ansættelser og arbejdstidsplanlægning, eller der kan være team, hvor der er en ansvarlig team- eller gruppeleder 'uden for' grupperne, og hvor teamene alene står for den daglige planlægning og koordinering. Denne variation åbner igen for forskellige niveauer af formel eller uformel ledelse.

Langt de fleste steder er teamene tværfagligt sammensat med en variation mellem om man arbejder med faste kontaktpersoner til faste beboere, eller om man arbejder med et mindre team knyttet til en mindre beboergruppe. Nogle steder er social- og sundhedsassistenterne en del af et team i plejegruppen (sammen med social- og sundhedshjælpere) eller de kan indgå i den sygepleje-faglige gruppe (sammen med sygeplejerskerne).

Der vil være en tendens til, at man i leve-bomiljøer ser en større tværfaglig sammensætning i de etablerede team, samt at teamene søger mere aktivt at sikre inddragelse af en bredere personalegruppe, eksempelvis fysio- og ergoterapeuter. I leve-bomiljøer kan teamet i tilknytning til deres daglige planlægning og koordinering samtidig have ansvar for drift med indkøb og økonomistyring i de enkelte enheder.

De etablerede team varetager flere centrale funktioner for medarbejderne:

- Medarbejderne i teamet bruger hinanden til at håndtere daglige problemstillinger, der opstår i kontakten og samværet med borgerne og beboerne.
- Teamet står for opgavefordeling og daglig koordinering.
- Der er øget fleksibilitet i teamstrukturen - særligt når der er tale om et mindre team med ansvar for en begrænset brugergruppe. Det muliggør eksempelvis, at man kan tage hensyn til kemien og relationer, når man organiserer det daglige arbejde.

Social- og sundhedsassistenterne kan varetage ledende funktioner i teamstrukturen - hvor de eksempelvis erstatter en ledelsesfunktion, der tidligere ofte var besat af sygeplejersker (se jobprofil 2 i jobprofilkataloget).

## Overordnede udviklingstendenser

Generelt er det overordnede indtryk, at en af de mest markante udviklingstendenser inden for ældreplejen er et fortsat øget fokus på styring af tid og ressourceanvendelse.

### **Mere dokumentation**

En følge af det øgede fokus på styring af tid og ressourceanvendelse giver sig udtryk i et øget fokus på dokumentationskrav. Det gælder både, hvad angår tidsanvendelse og øget journalarbejde.

Såvel medarbejdere som ledere oplever, at de til stadighed skal dokumentere, hvorfor de bruger tiden som de gør - og det gælder både, hvis man har brugt mere eller mindre tid end visiteret. Disse dokumentationskrav har eksempelvis været medvirkende til, at man indfører elektronisk dokumentationsudstyr - som oftest i form af PDA'er til plejepersonalet i hjemmeplejen.

Samtidig opleves journalarbejdet som mere og mere ressourcekrævende i form af øget tid, der både omfatter ændringer i eksisterende visiteringer - og nye visiteringer, ændringer i medicinjournal og opfølgning og dokumentation af plejeplaner m.m.

### **Accelererede patientforløb**

Særligt inden for hjemmeplejen mærker man allerede nu, at sygehusene udskriver patienterne tidligere end man ellers har gjort. Det har meget konkrete implikationer for belastningen af hjemmeplejen, der i dag skal håndtere borgere med større plejebehov - og andre plejebehov end tidligere.

Eksempelvis udskriver sygehuse i dag, i modsætning til tidligere, patienter før de er færdige med deres intravenøse (IV) behandling. Det stiller krav til bemanningen i hjemmeplejen, fordi det kun er sygeplejersker, der må håndtere IV forløb.

Generelt betyder det, at borgerne er svagere og har det dårligere, når de kommer hjem nu end tidligere. Det er også en effekt af, at antallet af aflastningspladserne i mange kommuner kun i ringe grad modsvarer det behov, der er for pladser. Det betyder, at ansvaret for disse borgere ligger hos hjemmeplejen, indtil der kan bevilliges en aflastningsplads - eller indtil der kan visiteres til et plejecenter.

I dette lys får ernæringsaspektet en større rolle, fordi det er en central del at sikre, at borgerne hurtigere kommer til kræfter igen. En anden effekt af, at borgerne bliver hurtigere udskrevet fra sygehusene, er et øget fokus på, at man i ældreplejen bredt set får et større ansvar for at få borgerne i gang igen.

### **Rekruttering og fastholdelse som udfordring**

Ældrepleje er et område, hvor man aktuelt - og det forudses også i fremtiden - vil have en udfordring i rekrutteringsøjemed. Det betyder, at mange arbejdspladser er nødt til at arbejde systematisk og struktureret med rekruttering og fastholdelse. Der er set eksempler på flere niveauer af dette arbejde; eksempelvis at arbejdspladser fastholder deres faste vikarer ved at ansætte dem i faste vikariater med et fast timeantal, for at sikre dem en sikker indtægtskilde og undgå, at de søger til faste job. På kommunalt niveau oprettes interne vikarbureauer som et billigere alternativ til de eksterne vikarbureauer, der kan være en stor belastning for budgetterne på de enkelte arbejdspladser.

Et eksempel på en fastholdelsesstrategi i hjemmeplejen har været at lade social- og sundhedsassistenterne indgå i en sygeplejefaglig gruppe sammen med sygeplejerskerne og varetage mere specialiserede funktioner.

### **Ændringer i arbejdsopgaver**

Ved de gennemførte interview har medarbejdere og ledere givet nogle eksempler på ændringer i opgaver, der får betydning for den daglige tilrettelæggelse af arbejdet, og dermed også ændrede kompetencekrav.

Generelt er det erfaringen, at de faste procedurer og rutiner i relation til visitation (som kan variere fra kommune til kommune) samt ændringer i visitationsregler har stor betydning for sammensætningen, og dermed ændringer, i arbejdsopgaverne. Eksempelvis er det oplevelsen, at der i stadig mindre grad visiteres til omsorgsbesøg inden for hjemmeplejen. Det bliver fremhævet som en udfordring, der stiller krav til social- og sundhedsassistenterne om i øget omfang at forsøge at tænke omsorgen ind andre steder - eksempelvis i forbindelse med medicindosering.

I forlængelse af dette bliver det fremhævet, at man i dag ser en udvikling i retning af at gå fra medicindosering til dosisdispensering. Dette vurderes at kunne få stor betydning for social- og sundhedsassistenterne, idet det vil fratage dem en betydelig del af medicinarbejdet. Social- og sundhedsassistenterne udtrykker bekymring over for denne udvikling - dels fordi det er et fagligt område, der ligger social- og sundhedsassistenterne meget på sinde, og dels fordi det vurderes at kunne få stor betydning særligt inden for hjemmeplejen, idet det ofte er besøgene i forbindelse med medicindoseringen, der skaber en central kontakt med borgerne.

Samtidig er det et generelt indtryk, at problemerne med at rekruttere sygeplejersker til ældreområdet kan betyde en ændring i social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver. Det kan dels dreje sig om uddelegering af et større selvstændigt ansvar i forbindelse med løsningen af de pleje-faglige opgaver. Det kan også indebære, at social- og sundhedsassistenterne i højere grad bliver tildelt arbejdsfunktioner med ledelsesfunktion - eksempelvis daglig teamledelse.

### **Særkendetrag ved leve-bomiljøer**

Udviklingen af leve-bomiljøer medfører en ny rolle for plejepersonalet. Også for social- og sundhedsassistenterne er det en anden måde at arbejde på. Social- og sundhedsassistenterne skal omstille sig til at indgå på en anden måde i helheden omkring beboerne - det betyder også at hjælpe med rengøringen, hvis det er et arbejdsområde, der er blevet lagt ud til plejepersonalet.

Derudover betoner udviklingen af leve-bomiljøer en række andre områder, der samlet set stiller nye krav til medarbejderne på disse arbejdspladser, fordi tilgangen til arbejdet er en anden, og fordi man ofte vil opleve at bruge sig selv på en anden måde i disse rammer.

Som eksempler kan nævnes:

- Håndtering af pårørende-kontakt.
- Motivation af beboerne - med fokus på vedligeholdende træning.

- Håndtering af tværfaglighed - med øget fokus på mangfoldighed og forskellighed.
- Selvledelsen, som følger med den øgede fleksibilitet og frihed.
- Balancen mellem engagement og professionel distance - at være ildsjæl uden at brænde ud.

## Overordnede fremtidige kompetencekrav

På baggrund af de foregående afsnit kan en oversigt over de centrale, fremtidige kompetencekrav, der tegner sig, se således ud:

### **Pleje-faglige kompetencer**

De centrale pleje-faglige kompetencer, der bliver fremhævet, er kompetencer, der afspejler de ændringer i den faglige fokusering, som social- og sundhedsassistenterne overordnet set oplever inden for ældreområdet.

#### *Eksempler:*

- At holde sig ajour inden for alle kernefagområder. Der er derfor behov for at sikre en løbende faglig opjustering på centrale/kerne-fagområder som eksempelvis sårpleje, medicin, demens og terminalpleje.
- Øget viden om ernæringsterapi for at kunne vejlede borgerne/beboerne - eksempelvis vejledning af undervægtige om kostsammensætning. Her har en bredere medarbejdergruppe brug for et løft, og her vil social- og sundhedsassistenterne kunne varetage en konsulentfunktion/oplæringsfunktion i relation til det øvrige plejepersonale - eksempelvis social- og sundhedshjælperne.
- Generel oprustning på den pædagogiske og socialpædagogiske del med fokus på motivation af borgere/beboere.
- En styrkelse af psykiatri-forståelsen. Dette område bliver betonet i lyset af tendensen til at se en øget andel af borgere/beboere med mere komplekse lidelser.
- At blive bedre rustet til at varetage de sundheds- og forebyggelsesopgaver, der tegner til at komme øget fokus på fremover.

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

De almen-faglige/personlige kompetencer, der ofte bliver fremhævet, er kompetencer, der er rettede mod at imødekomme udfordringer såvel internt i medarbejdergruppen og i teamet som udadvendt i forhold til borgere, beboere og pårørende.

#### *Eksempler:*

- Relationskompetence
- Kommunikation
- Konflikt håndtering
- Håndtering af voldelige borgere/beboere.

Et citat fra en af de interviewede social- og sundhedsassistenter opsummerer de krav, man kan møde i sit job. Citatet udspringer af en arbejdsfunktion inden for hjemmeplejen, men kan samtidig siges at have en mere generel karakter:

*”Man kan komme ud for nogle virkelig underlige situationer, som man står alene med. Det kan være meget alvorlige situationer, hvor*

*udfaldet afhænger at, at du bevarer overblikket og handler både hurtigt og rigtigt.”*  
(Social- og sundhedsassistent)

## Jobprofil

**Eksempler på stillinger:** Social- og sundhedsassistent inden for ældreområdet - i hjemmeplejen, på plejecentre - og i leve-bomiljøer.

Ældreområdet	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Planlægning af dagen.</p> <p>Tilrettelæggelse af dagsprogram.</p> <p>Fordeling og daglig koordinering af arbejdet.</p> <p>Praktiske opgaver som f.eks. at anrette morgenmad, frokost og aftensmad, madlavning sammen med beboere, smågøremål, indkøb, rengøring, tøjvask.</p> <p>Plejeopgaver i forhold til beboerne, der har følgesygdomme.</p> <p>Udarbejdelse af plejeplaner.</p> <p>Opgaver knyttede til medicinering og medicinobservation.</p> <p>Elektronisk journalisering og dokumentationsopgaver.</p> <p>Oprettelse af nye ydelser.</p> <p>Opfølgning på dagen.</p> <p>Fungere som kontaktperson for specifikke beboere - herunder håndtering af koordinering med pårørende.</p> <p>Deltage i pårørende-møder.</p> <p>Lægekontakt.</p> <p>Ansøgning om hjælpemidler.</p>
Eksempler på supplerende arbejdsopgaver	<p>Undervisning og vejledning af elever og studerende.</p> <p>Tillidsmandsarbejde, sikkerhedsrepræsentantarbejde m.m.</p>

<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til behandling og sygepleje-faglige metoder og faglige discipliner som f.eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicindosering</li> <li>• Medicingivning</li> <li>• Medicinbestilling</li> <li>• Sårpleje i praksis</li> <li>• Sårpleje - udarbejdelse af plan</li> <li>• Kompression</li> <li>• Insulin</li> <li>• Blodtryksmåling</li> <li>• Blodsuktermåling</li> <li>• Morfinplastre</li> <li>• Øjendrypning</li> <li>• Stixe urin</li> <li>• Evt. tage og aflevere urinprøver</li> <li>• Kateterskyl og pleje</li> <li>• Stomi og stomipleje</li> <li>• Terminal/palliativ pleje</li> <li>• Omsorgsopgaver</li> <li>• Akutte opgaver.</li> </ul> <p>Kendskab til social-psykiatrisk teori og viden. Afhængigt af målgruppen skal social- og sundhedsassistenten have kendskab til demens, depression.</p> <p>At kunne opspore og forebygge plejebehov og sygdomme/sygdomsforløb.</p> <p>Kunne udforme og vedligeholde sårplaner og plejeplaner generelt.</p> <p>Medicinering og medicinobservation. I hjemmeplejen er det den private læge, der udskriver medicinen og har overblik over risici for, at præparaterne i kombination med anden medicin kan have utilsigtede virkninger.</p>
<p>Det personlige og almenfaglige kompetenceområde</p>	<p>Viden og kendskab til dokumentation - herunder IT-kundskaber.</p> <p>Observationer/opmærksomhed.</p> <p>Omstillingsparathed.</p> <p>Selvstændighed.</p>



<p>Særligt for leve-bo:</p>	<p>Handlekraft.</p> <p>Robusthed.</p> <p>Ro.</p> <p>Overblik.</p> <p>At være ansvarsbevidst (fagligt og personligt).</p> <p>Tage den svære samtale.</p> <p>Konflikthåndtering. Forudse og forebygge konfliktsituationer. Have indsigt i de spil og relationer, der kan være beboere imellem eller mellem en selv som personale og en borger.</p> <p>Konfliktløsning - teknikker og metoder.</p> <p>Relationskompetencer - kunne arbejde med sig selv i relation til andre (de forskellige borgere/beboere, pårørende mv.).</p> <p>Etablere og bevare kontakt med respekt for den enkelte, både til beboere og pårørende.</p> <p>Pædagogiske metoder og teorier - at være rustet til at varetage det nye social-pædagogiske fokus i arbejdet.</p> <p>Metoder til elevarbejde, vejledning.</p> <p>At være engageret i samværssituationer af praktisk og social art med beboerne.</p> <p>At kunne arbejde med beboernes handlemuligheder (eksempelvis at gå en tur med beboeren i stedet for at ringe til ergoterapeuten).</p> <p>Samtaleformer: Hvilket spørgsmål skal f.eks. bruges i denne situation med henblik på motivation?- Gælder også med sigte på det nye sundheds- og forebyggelsesfokus.</p> <p>Respekt og rummelighed. At lære at håndtere og bruge tværfagligheden og at se forskellighed som en styrke.</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p>	<p>Man gør ikke meget brug af AMU-systemet eller efteruddannelse i form af kurser - på grund af omkostningerne.</p>

**Interne ressourcepersoner**

Man søger ofte at løfte fagligheden i medarbejdergruppen gennem uddannelse af ressourcepersoner, der kan virke som rådgivere, som kollegerne kan trække på.

Man kan således uddanne sig til ressourceperson inden for et område med relevans for arbejdspladsen - eksempelvis sår, demens, ryg, fald eller ernæring/kost. Disse ressourcepersoner vil ofte blive uddannet ved hjælp af eksterne kurser.

Kursus-dage - om eksempelvis leve-borelaterede temaer. Gennem eksterne konsulenter.

Temadage - for et større team af medarbejdere - også som led i 'teambuilding'.

Videndeling - f.eks. i form af supervision eller afholdelse af gå-hjem møder.

Den løbende erfaringsudveksling fremhæves som værende vigtig - og er ofte muliggjort gennem de mindre team, der arbejdes i mange steder.

I hjemmeplejen, hvor man arbejder mere alene, er det morgenmøderne og ugemøderne i teamet, der er de vigtigste fora for videndeling.

Desuden er der set eksempler på, at man i større kommuner har et beredskab af konsulenter (psykologer, terapeuter), som medarbejderne kan gå direkte til og trække på både i relation til direkte og indirekte faglige problematikker.

## 7. Jobprofil 2: Social- og sundhedsassistent inden for ældreplejen med ledelsesfunktion

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver for social- og sundhedsassistenter, der varetager ledelsesfunktion inden for ældrepleje.

### **Målsætning for arbejdsområdet**

Man ser ofte social- og sundhedsassistenter, der varetager ledelsesfunktioner inden for ældreplejen. Det konkrete indhold og rammerne for ledelsesfunktionen kan variere afhængigt af arbejdspladsen - og af organiseringen på arbejdspladsen.

Arbejdsområdet inden for ældreplejen udgøres af en variation af arbejdspladser med det til fælles at levere visiterede ydelser inden for forskellige rammer - og til forskellige målgrupper.

Overordnet set kan arbejdsområdet opdeles i to forskellige typer arbejdspladser - hjemmepleje og plejecentre.

Inden for hjemmeplejen kan social- og sundhedsassistenterne varetage teamlederfunktionen, hvor de ikke er deltagende i de udekørende team, og dermed heller ikke deltager i pleje- og/eller sygeplejeopgaver over for borgerne, men primært koncentrerer sig om det administrative og personalemæssige ledelsesansvar for en større gruppe medarbejdere (eksempelvis ansvarlige for grupper på 25-30 medarbejdere i udekørende team).

Inden for plejecentrene kan man se social- og sundhedsassistenterne varetage teamlederfunktioner i relation til de udførende team på de enkelte enheder på plejecentrene. Her er der dermed en anden vinkel på ledelsesopgaverne, der ofte også indbefatter deltagelse i de daglige arbejdsopgaver, og hvor ledelsesansvaret tager form af daglig koordinering af opgaverne for en mindre gruppe medarbejdere.

Inden for leve-bomiljøerne kan de formelle teamledere blive opløst - men social- og sundhedsassistenterne kan stadig have en rolle i den uformelle ledelse af teamet i kraft af deres uddannelsesmæssige baggrund.

Den overordnede målsætning er at bidrage til den daglige drift i form af koordinering af det daglige arbejde og levering af de lovede ydelser - med forskellig vægt på personaleledelse og bidrag til den strategiske udvikling af arbejdspladsen.

### **Medarbejderne på arbejdspladserne**

Medarbejderne på arbejdspladserne kan være en bred vifte af sundhedspersonale, eksempelvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere m.m. Særligt i relation til plejecentre, der er organiserede som leve-bomiljøer, kan medarbejdergruppen være bredere sammensat og også omfatte ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialpædagoger, husassistenter, rengøringsassistenter og kostfaglige medarbejdere.

Ledelsesfunktionerne kan således dække over varetagelsen af det daglige personaleansvar for en mere eller mindre sammensat personalegruppe, der har betydning for de udfordringer, man som leder står overfor.

Ældreplejen er et af de områder, hvor en væsentlig del af de uddannede social- og sundhedsassistenter finder beskæftigelse. 11.877 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter - svarende til 48 % - var således beskæftigede inden for ældreplejen i 2006; heraf var størstedelen (10.357) ansat på plejecentre og beskyttede boliger, mens 1.520 var ansat inden for hjemmeplejen<sup>9</sup>.

Det er imidlertid ikke muligt via de kvantitative data at opgøre, hvor stor en andel af de social- og sundhedsassistenter, der er beskæftigede inden for ældreplejen, som varetager ledelsesfunktioner. Gennem de kvalitative interview er det dog indtrykket, at social- og sundhedsassistenterne i stigende grad varetager ledelsesfunktioner. I takt med vanskelighederne med at rekruttere sygeplejersker og at social- og sundhedsassistenterne opnår øgede kompetencer, forventes det, at denne tendens vil fortsætte.

### **Kontaktgrupper**

Som teamleder har man en bred kontaktflade med relationer til en lang række grupper.

Medarbejderne er den helt centrale gruppe, hvor man som teamleder varetager den daglige koordinering og ledelse.

Også kollegerne i ledelsesgruppen er vigtige aktører - såvel med hensyn til den strategiske planlægning og udvikling af arbejdspladsen som med hensyn til læringsmuligheder - eksempelvis i form af kollegial supervision, ledelsesfaglig sparring og feedback.

Det vil afhænge af arbejdspladsen, hvor meget man som leder vil være inddraget i de daglige plejeopgaver - primært om man er inden for hjemmeplejen eller inden for ældrecentrene. Men man vil ofte blive inddraget i de særligt komplekse tilfælde - tit i samarbejde med en sygeplejerske.

I disse tilfælde vil brugergruppen være den gruppe af ældre borgere, der foruden at være svækket fysisk vil have yderligere problemstillinger, der gør deres situation mere kompleks. Det kan være misbrugsproblemer, ensomhed og forskellige social-psykiatriske problemstillinger.

Brugerindflydelse og brugerkrav stiller krav til ledelsesarbejdet. Det vil også som oftest være i kraft af en ledelsesfunktion, at man vil blive kontaktet af pårørende i tilfælde af problemer og/eller klager. Særligt de pårørende kan have store krav til hjemmeplejen, og det er som oftest teamlederne, der skal kunne møde disse krav med solide faglige argumenter.

---

<sup>9</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).

## Overordnede udviklingstendenser

Generelt er det overordnede indtryk, at en af de mest markante udviklingstendenser inden for ældreplejen er et fortsat øget fokus på styring af tid og ressourceanvendelse. Dette opleves i særlig grad på teamlederniveauet, med et mere overordnet ansvar og krav om overblik.

### **Mere dokumentation**

En følge af det øgede fokus på styring af tid og ressourceanvendelse giver sig udtryk i et øget fokus på dokumentationskrav. Det betyder, at medarbejderne med ledelsesfunktioner fremhæver, at særligt administration og dokumentation fylder meget i hverdagen - og til stadighed mere.

Dokumentationsarbejdet fremhæves af flere som det, der opleves som mest tidskrævende, fordi det samtidig kan være svært at se, hvilket formål dokumentationen tjener. Det kan derfor være svært som leder at skulle motivere medarbejdergruppen til en dokumentationskultur, uden helt at kunne argumentere for hvorfor det er vigtigt at bruge så meget tid på det. På nuværende tidspunkt medfører indkøringen af PDA'er i hjemmeplejen eksempelvis et ekstra arbejde. Det er håbet, at det på sigt vil blive mindre og lettere at overkomme i takt med, at der indtræder en vis rutine, og en fokusering af målepunkterne for indsatsen.

Der er særligt vanskeligt, fordi medarbejdergruppen motiveres af at yde hjælp til borgerne, og fordi dokumentationen derfor opleves som noget, der tager tiden fra de primære kerneydelser.

Der ligger derfor som leder en udfordring i løbende at motivere til og understøtte denne dokumentationsrutine.

### **Rekruttering og fastholdelse som udfordring**

Ældrepleje er et område, hvor man aktuelt - og det forudses også i fremtiden - vil have en udfordring i rekrutteringsøjemed. Det betyder, at mange arbejdspladser er nødt til at arbejde systematisk og struktureret med rekruttering og fastholdelse.

For lederne betyder dette et øget fokus på deres rolle i relation til fastholdelse samt deres betydning som ledere for skabelse og vedligeholdelse af et godt arbejdsmiljø - som det afspejles i den daglige ledelse af medarbejderne

Nogle ledere oplever, at der er ændrede krav til ledelsesrollen i retning af 'synlig ledelse' forstået som en mere indlevende og tilstedeværende ledelsesstil.

Det betyder, at man som leder skal gøre sig flere overvejelser om, hvordan man skal være, hvordan man skal reagere og agere over for medarbejderne. At man skal være mere opmærksom på, hvordan man bliver bedre til ikke blot at slå igennem og træffe beslutninger, men at lytte til medarbejderen og blive bedre til at være til stede i en situation med medarbejderne.

En af de helt centrale kompetencer som leder er at finde balancen mellem tilpasning og styring. Man skal på den ene side kunne tilpasse sin ledelsesstil efter institutionen, kul-

turen og medarbejdergruppen og samtidig være med til at definere denne kultur i kraft af sin ledelsesrolle.

Samtidig skal man som leder kunne tilpasse sig de mange forskellige situationer man bliver stillet i - med mange forskellige samarbejdspartnere og kontaktrelationer. Denne situationsfornemmelse og sociale omstillingsevne er noget af det helt centrale.

### **Overordnet ledelses- og strategiarbejde**

Udviklingen går i retning af et øget fokus på målbarhed og dokumentation, og der stilles krav til lederne om øget strategisk toning i ledelsesrollen.

Dette skal også ses i sammenhæng med en udvikling med frit valg og konkurrence på leverandørniveauet. Det er kendte udfordringer for lederne - men vurderes i fremtiden at sætte øget fokus på at sikre konkurrencedygtigheden både gennem dokumentation og kvalitetssikring af leverede ydelser - samt løbende udvikling af tilbudene.

## **Overordnede fremtidige kompetencekrav**

På baggrund af de foregående afsnit kan en oversigt over de centrale fremtidige kompetencekrav, der tegner sig, se således ud:

### **Faglige kompetencer og forudsætninger for ledelsesfunktionen**

Det er svært for lederne at skelne meget skarpt mellem de faglige kompetencer og de personlige kompetencer som baggrund for ledelsesfunktionen.

Den pleje-faglige indsigt bliver fremhævet som værende afgørende som afsæt for varetagelsen af ledelsesfunktionen - men herudover er det i høj grad de tidligere erfaringer man som medarbejder bringer med sig, der kan kvalificere til ledelsesfunktionerne.

Lederne vurderer således, at deres faglige baggrund har afgørende betydning i det daglige, fordi det giver indsigt og forståelse for de udfordringer, medarbejderne møder. Det er samtidig deres oplevelse, at det er andre faktorer, der har haft betydning for, at de i dag sidder i ledelsesfunktioner, eksempelvis at de tidligere har været beskæftigede inden for administration og økonomi - eller at de har været ansat på flere typer arbejdspladser og i mange forskellige funktioner - eksempelvis inden for sygehuse, dagcentre m.m. og på den måde bringer bredere erfaringer med sig ind i jobbet.

*Eksempler på kompetenceklumper kan være:*

- Bred plejefaglig indsigt:
  - Graden af behov for specialisering afhængigt af i hvor høj grad man varetager undervisnings-/oplæringsfunktion for den resterende medarbejdergruppe.
- Ledelsesadministrative færdigheder - med særlig vægt på:
  - Økonomi
  - Personalejura
  - Statistik
- Personaledelse - kompetencer, der knytter sig til det at varetage ledelsesrollen i relation til medarbejdergruppen eksempelvis:
  - Konfliktåndterning
  - 'Den svære samtale'

- Håndtering af vanskelige situationer
- 'Coaching'/supervisionsrollen
- At være 'den synlige leder'
- IT-erfaring - tekniske færdigheder:
  - Man forventes at kunne arbejde med IT som dagligt styringsredskab - da planlægning, normeringer, lønindberetning dokumentation m.m. foregår elektronisk.

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

De almen-faglige/personlige kompetencer, der ofte bliver fremhævet, er kompetencer, der er rettede mod at imødekomme udfordringer såvel internt i medarbejdergruppen og i teamet som udadvendt i forhold til borgere, beboere og pårørende.

Man er som teamleder i en jobfunktion, der er præget af stor handlefrihed og gode udviklingsmuligheder. Lederne beskriver, at der ikke er én dag, der er ens, og at disse mange forskellige opgaver og variationen i hverdagene er noget af det, der motiverer til jobbet.

#### *Eksempler:*

- Man skal kunne trives med uforudsigeligheden i de forskellige opgaver og variationen i hverdagen.
- Kunne lide at være med hvor tingene sker - og få ting til at ske!
- At brænde for oplevelsen af, at man er med til at få hverdagen for en gruppe medarbejdere til at fungere
- Man skal kunne motivere og engagere medarbejderne
- Man skal have gennemslagskraft
- Samarbejdsevner
- Konfliktløsning
- Coaching.

### **Mulighed for efteruddannelse/læring**

Lederne opfatter mulighedsrummet for efteruddannelse forskelligt. Nogle oplever, at der er 'frit valg på alle hylder', mens andre oplever, at der er for mange praktiske forhold - især mangel på tid - der lægger store begrænsninger for deres muligheder for faglig opkvalificering.

En forudsætning er derfor opbakning fra den øverste ledelse - og også, at man selv som leder prioriterer sin egen opkvalificering. Særligt det sidste kan være en udfordring, men det fremhæves som vigtigt at sætte tid af til, fordi det har stor betydning for trivslen i medarbejdergruppen, at man som leder er i stand til at bidrage med ny inspiration både hvad angår faglige input - men i særdeleshed ny inspiration til initiativer i medarbejdergruppen.

## Jobprofil

**Eksempler på stillinger:** Social- og sundhedsassistent med ledelsesfunktion inden for hjemmeplejen (og inden for plejecentre).

Ældreområdet	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Planlægning af det daglige arbejde på baggrund af brugernes behov, medarbejdernes kompetencer og de økonomiske ressourcer:</p> <p>Modtagelse af sygemeldinger.</p> <p>Planlægning af dagen.</p> <p>Tilrettelæggelse af dagsprogram.</p> <p>Fordeling og daglig koordinering af arbejdet.</p> <p>Ledelse af morgenmøderne</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- information</li><li>- opfølgning på nattevagt.</li></ul> <p>Administrativt arbejde</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- indtastning af</li><li>- løn (ændringer, indberetninger m.m.)</li><li>- ændringer/planlægning i forbindelse med ferie og helligdage</li><li>- sygemeldinger, raskmeldinger</li><li>- bestilling af vikarbureauer</li><li>- overblik over sygefravær - udtrækning af data/lister</li><li>- indkaldelse til fraværssamtaler.</li></ul> <p>Gennemførelse af fraværssamtaler.</p> <p>Gennemførelse af MUS.</p> <p>Diverse mødeaktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- i ledelsesgruppen (udviklingstiltag og strategi)</li><li>- i medarbejdergruppen (tværfaglige - på pleje og sygeplejefaglige)</li><li>- diverse projektmøder (udvikling og implementering af projekter).</li></ul> <p>Kontakt med brugere og pårørende med henblik på planlægning, revidering af ydelser og supervision:</p> <p>Daglig telefontid til borgere og pårørende.</p>



	<p>Deltagelse ved hjemmebesøg hos komplekse borgere.</p> <p>Kontakt til: sagsbehandlere, terapeuter, hospitaler, dagcentre, træningscentre (særligt i relation til komplekse hjem - og i samarbejde med sygeplejersker).</p> <p>Rådgivning og vejledning af hjælpere.</p> <p>Undervisning - interne forløb - for hjælpere (eksempelvis øjendrypning, sårpleje m.m.).</p> <p>Kontakt med visitation.</p> <p>Kvalitetskontrol/gennemgang af samtlige borgere for overensstemmelse mellem ydelser og visiteret tid.</p>
<p>Det teknisk-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til behandling og sygepleje-faglige metoder og faglige discipliner er stadig nødvendig. Men med ledelsesfunktionen i fokus er det ledelses-faglige kompetencer, der kommer i centrum som f.eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomi</li> <li>• Strategi</li> <li>• Projektledelse</li> <li>• Mødeledelse</li> <li>• Ledelsesværktøjer</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Konflikt håndtering</li> <li>• 'Den svære samtale'</li> <li>• Vejledning, rådgivning</li> </ul>
<p>Det personlige og almen-faglige kompetenceområde</p>	<p>'At have den lille leder i maven'.</p> <p>Selvstændighed - at kunne sige fra.</p> <p>Gennemslagskraft - at kunne stå fast.</p> <p>Handlekraft.</p> <p><i>Men samtidig:</i></p> <p>Fleksibilitet.</p> <p>Lyttende.</p> <p>Overblik.</p>

	<p>Viden og kendskab til dokumentation. - herunder er IT-kundskaber en forudsætning for arbejdet.</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p>	<p>Social- og sundhedsassistenterne bliver klædt på til ledelsesfunktionen på forskellig vis, både gennem interne og eksterne læringsformer.</p> <p>Det er indtrykket, at der er gode muligheder for uddannelsesforløb som leder - også når det gælder eksterne lederuddannelser.</p> <p><i>Eksternt</i> Formelle kurser og længerevarende uddannelsesforløb med fokus på økonomi, strategi, personalejura, kommunikation.</p> <p>- der er ikke udbredt tro på AMU-systemet til ledelsesuddannelse. Det er vigtigt med de 'rigtige' papirer.</p> <p><i>Internt</i> Der er meget at hente i ledelsesgruppen. Det er afgørende for den interne oplæring, at der er opbakning og sparring ledelsesgruppen imellem. Der er mange ting, der ikke kan læres andre steder end på arbejdspladsen. Her er inspiration og ideer at hente i andre lederes arbejds måder generelt og til håndtering af konkrete situationer.</p> <p><i>Videndeling</i> Både på de ugentlige ledermøder. Men også ad-hoc i ledelsesgruppen.</p>

## 8. Jobprofil 3: Social- og sundhedsassistenter på sygehuse (med variation på afdeling/område; eksempelvis barsele)

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere på somatiske sygehuse.

### Målsætning for arbejdsområdet

Arbejdsområdet dækker over sygehusafdelinger med forskellige specialer beliggende forskellige steder i landet.

Den overordnede målsætning for området er:

- at patienterne får den pleje og behandling, der er brug for
- samt at varetage en mobilisering, så patienten kommer op og i gang igen efter en operation/behandling.

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Medarbejderne på sygehuse arbejder ofte i tværfagligt sammensatte team med fokus på lægefagligt og plejeorienteret arbejde. Social- og sundhedsassistenter arbejder således sammen med sygeplejersker, læger, sygehjælpere og -plejere (eventuelt under opskoling) samt fysio- og ergoterapeuter.

Sygehuse<sup>10</sup> er et af de områder, hvor en større del af de uddannede social- og sundhedsassistenter er ansat. I 2006 drejede det sig om 6.384 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, svarende til 26 %.

Social- og sundhedsassistenterne har i stigende grad fundet fodfæste på sygehuse. Fordelingen mellem de enkelte faggrupper har bevæget sig mod, at der i dag ofte er omkring 2/3 sygeplejersker og 1/3 social- og sundhedsassistenter på de enkelte afdelinger på et sygehus. I den forbindelse kan det nævnes, at en undersøgelse foretaget af FOA<sup>11</sup> viser, at antallet af social- og sundhedsassistenter på sygehuse har været stigende i gennem de seneste år, mens antallet af sygehjælpere og plejere har været faldende (FOA 2007, side 19).

Forklaringen på denne udvikling kan ifølge de interviewede være flere. De interviewede fortæller, at nogle af de vigtigste årsager er, at der er blevet uddannet flere social- og

---

<sup>10</sup> Opgørelsen af antal beskæftigede fordelt på højst gennemførte uddannelse er baseret på særkørsler hos Danmarks Statistik. I opgørelsen fra Danmarks Statistik benævnes sygehuse for hospitaler og omfatter foruden sygehuse også hospice, distriktspsykiatriske klinikker, psykiatriske sygehuse mv. Der henvises til bilag 3B for en uddybning af hvilke delbrancher, der indgår i betegnelsen sygehus.

<sup>11</sup> FOA har i 2006 gennemført en postal spørgeskemaundersøgelse blandt social- og sundhedsassistenter på danske somatiske og psykiatriske sygehuse om deres arbejdsopgaver, forventninger til fremtidig ansættelse, opbakning fra kolleger mv. I undersøgelsen blev der udsendt 1579 spørgeskemaer under hensyntagen til spredning på geografi og alder. Der var en svarprocent på 38, idet 581 returnerede et gyldigt spørgeskema (FOA 2007 side 24).

sundhedsassistenter, men også at der er stigende problemer med at kunne rekruttere tilstrækkeligt med sygeplejersker (i forhold til normeringen).

På flere sygehuse har dette givet rum for, at social- og sundhedsassistenter får mulighed for og oplæres til at varetage bredere arbejdsfunktioner - funktioner, der nærmer sig det sygepleje-faglige område og som sygeplejersker tidligere har varetaget.

Særligt på de afdelinger, hvor der er meget plejekrævende patienter, såsom medicinske afdelinger og neurologiske afdelinger, er der vanskeligheder med at rekruttere tilstrækkeligt med sygeplejersker. Der ses derfor flere steder blandt disse afdelinger en mere ligelig fordeling mellem de to faggrupper, så halvdelen af medarbejderne er sygeplejersker og den anden halvdel udgøres af social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedsassistenterne har desuden vundet fodfæste på kirurgiske afdelinger. Dette underbygges ligeledes af førnævnte undersøgelse (FOA 2007 s. 19), der viser, at blandt de adspurgte social- og sundhedsassistenter arbejder 34 % på medicinsk afdeling og 27 % på kirurgisk afdeling. Hertil kommer 16 %, der arbejder inden for andre områder på somatiske sygehuse samt i alt 23 % inden for forskellige dele af det psykiatriske sygehusområde.

### **Social- og sundhedsassistenternes bevægelser til og fra sygehuse**

Resultater fra den kvantitative delanalyse viser, at størstedelen - 73 % - af de assistenter, der var ansat på et sygehus i 2003, fortsat er ansat på et sygehus tre år efter. 7 % er ikke i beskæftigelse, mens de resterende har fundet beskæftigelse inden for andre brancheområder.

Sygehuse er således et brancheområde, som social- og sundhedsassistenter i overvejende grad forbliver indenfor. (Det er ikke muligt at belyse, om der sker skift mellem forskellige sygehuse).

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra sygehusområdet, opnår de især beskæftigelse på plejehjem og beskyttede boliger. Dette er tilfældet for 8 %.

En mindre del har opnået beskæftigelse inden for hjemmepleje (2 %), Døgninstitutioner for voksne med handicap (2 %) og inden for vikarbureau (2 %). Lidt under hver tiende (7 %) er ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse på et sygehus.

### **Målgruppen af patienter**

Social- og sundhedsassistenterne er i dag beskæftigede med en bred vifte af de behandlingsområder, der varetages på sygehuse. Arbejdsfunktionerne er derfor rettede mod patienter med forskellige sygdomme og vil afhænge af hvilket behandlingsområde, der er kerneområdet på den enkelte sygehusafdeling.

Opdelingen af hvilke behandlingsområder, der konkret varetages på den enkelte afdeling kan variere fra sygehus til sygehus. Det kan eksempelvis dreje sig om neurologiske afdelinger, hvor der kan være patienter med neurologiske lidelser, herunder patienter med epilepsi, dissemineret sklerose, Parkinsons sygdom, hjernesvulster og apopleksipatienter i den akutte fase. Det kan være medicinske afdelinger, der gennemfører undersøgelse, medicinsk behandling og pleje af patienter inden for områderne apopleksi, hormonelt betingede sygdomme (endokrinologi), sygdomme i lunger, mave- og tarmsystemet og hjerte mv. Det kan dreje sig om kirurgiske afdelinger, der behandler og plejer

patienter med kirurgiske sygdomme i lever, galdeveje, mave og tarm, bughule og bugvæg, og hvor der blandt andet tilbydes endokrin- og mammakirurgi.

Social- og sundhedsassistenter arbejder også på ortopædkirurgiske afdelinger, hvor der tilbydes behandling af patienter med sygdomme i bevægeapparatet. Også barselsafsnit er et område, hvor der er beskæftiget social- og sundhedsassistenter. På afdelingerne varetager social- og sundhedsassistenterne dels basisplejeopgaver, men også i høj grad arbejdsopgaver, der knytter an til specialet i den enkelte afdeling.

Det varierer fra assistent til assistent, hvilke arbejdsopgaver de varetager. Men typisk varetager social- og sundhedsassistenter med lang anciennitet bredere job (flere arbejdsfunktioner i forhold til den enkelte patient) end nyansatte social- og sundhedsassistenter. Det varierer ligeledes mellem de enkelte sygehuse, hvilket kan bero på den indstilling, der er på ledelsesniveau og hos andre faggrupper til at videregive arbejdsopgaver til assistentgruppen.

Der ses ligeledes variation i forhold til hvor lang tid det tager før social- og sundhedsassistenterne er 'oplært' til at varetage basale opgaver og til afdelingens specialfunktioner.

*"Det tager omkring 1½ år før en ny SSA'er er fuldt oplært i de basale funktioner på afdelingen - og endnu længere til afdelingens specialfunktioner."*

(Afdelingssygeplejerske på medicinsk afdeling)

### **Teamorganisering**

Teamorganisering er den dominerende arbejdsform, hvor social- og sundhedsassistenter arbejder i team med andre assistenter og med sygeplejersker. Sygeplejersken fungerer som regel som teamleder/gruppeleder og har ansvaret for at fordele dagens arbejdsopgaver mellem teamets medlemmer. Teamet samarbejder og har ofte ansvaret for flere patienter.

*"Arbejdet i afdelingen foregår typisk i team. Man arbejder jo aldrig alene. Der er altid nogen, man kan spørge, hvis man er i tvivl. Hvert team tager sig af omkring 10 patienter - det er typisk en sygeplejerske og to-tre assistenter."*

(Social- og sundhedsassistent)

Nogle steder har social- og sundhedsassistenter ansvaret for patienter gennem hele deres indlæggelsesforløb, mens det typisk er sådan, at social- og sundhedsassistenter har medansvar, men sygeplejerskerne det overordnede ansvar, for komplekse/alvorligt syge patienter.

## **Overordnede udviklingstendenser**

I det følgende afsnit beskrives de overordnede udviklingstendenser på arbejdsområdet.

### **Opgavefordeling i stadig udvikling**

Det varierer mellem sygehuse, hvordan ændringen af opgavefordelingen udmønter sig og dermed hvilke opgaver, der varetages af henholdsvis en sygeplejerske og en soci-

al- og sundhedsassistent. Ifølge de interviewede går skillelinjen dog flere steder ved behandling af mere komplekse patienter, ved ustabile patientforløb og ved eksempelvis intravenøs medicingivning.

Ifølge denne interviewundersøgelse er det indtrykket, at social- og sundhedsassistenter hovedsageligt medvirker ved at observere virkning og bivirkning af den givne medicin, og har viden og færdigheder til at hjælpe patienten med at tage den doserede medicin. Erfarne social- og sundhedsassistenter forestår nogle steder egentlig medicinering af patienter, der er i en rolig fase, i et stabilt forløb. I FOA-undersøgelsen fortæller 68 % af de adspurgte social- og sundhedsassistenter, at de udfører medicingivning (FOA 2007 side 10). Nogle steder har social- og sundhedsassistenter fået efteruddannelse, således at de kan foretage injektioner; andre steder er det øvrige faggrupper, som læger eller sygeplejerske, der varetager denne opgave.

Ved gennemførelse af interview i denne undersøgelse er det indtrykket, at social- og sundhedsassistenter deltager ved stuegang eller selvstændigt kan varetage stuegang for patienter i stabile sygdomsforløb. I FOA-undersøgelsen fortæller 54 % af de adspurgte social- og sundhedsassistenter, at de udfører stuegang (FOA 2007 side 10). Når social- og sundhedsassistenter deltager i stuegang, sker det med støtte i bog/kardex, hvor de har mulighed for at tage problematikker op med lægen, og får disse samt ændringer journalført. Ved ældre patienter kan der være behov for, at assistenten hjælper patienten til at huske og stille spørgsmål under stuegang. Assistenten udgør ofte den primære kontaktperson for de enkelte patienter og kan ved stuegang bidrage med den tætte viden, de har om patienten.

Men der er grænsende op til disse opgaver mange gråzoner.

Opgaveglidningen har ligeledes mange steder udviklet sig over tid. Det kompetenceområde, som social- og sundhedsassistenter må varetage, udvider sig og ændres over tid.

*”Kassen [området for hvilke arbejdsfunktioner, SSA'er må varetage] har udviklet sig og er stille og roligt blevet større og større.”*  
(Afdelingssygeplejerske).

Skillelinjen mellem hvilke opgaver, der varetages henholdsvis af en social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske, skal også ses i sammenhæng med hvilken erfaring de to faggrupper har med sig. Flere steder peges der på, at mere erfarne social- og sundhedsassistenter med lang anciennitet ofte er bedre og har en større viden end en nyuddannet sygeplejerske.

*”Flere af de mere erfarne social- og sundhedsassistenter har den der fingerspidsfornemmelse. De kan fange noget hos patienten før det bliver alvorligt.”*  
(Afdelingssygeplejerske)

### **Et eksempel på udvikling i opgavefordelingen på en ortopædkirurgisk afdeling**

Interviewpersonen fortæller, at der er et skred i gang i opgavefordelingen mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Tidligere fik social- og sundhedsassistenterne ikke lov til at udføre selvstændige opgaver, de gav ikke medicin, og gik ikke stuegang.

Dette er ændret, så de i dag for nogle patientgrupper (ikke komplekse patienter) har kompetence til at foretage totalpleje. På ortopædkirurgisk afdeling kan det f.eks. dreje sig om lettere forløb, hvor patienter kun har mindre 'skrammer'. Her har social- og sundhedsassistenten det fulde ansvar, men med reference til en sygeplejerske. De tager sig også af udskrivning, gennemfører stuegang og 'lettere' medicinering (f.eks. lettere smertestillende), samt tager sig af visse former for infektion. Social- og sundhedsassistenterne tager sig også af at modtage patienterne efter opvågning efter mindre indgreb. Afrapportering er også et område, der nu varetages af social- og sundhedsassistenter frem for som tidligere af sygeplejersker. Social- og sundhedsassistenterne tager sig dog ikke af ustabile forløb. Det er fortsat en sygeplejerske.

Ændringen af opgavefordelingen har på nogle sygehuse krævet en bevidst indsats fra ledelsens side.

En interviewperson fortæller eksempelvis, at flere af sygeplejerskerne i den pågældende afdeling var tøvende i starten, da man fra ledelsens side ønskede at ændre på arbejdsfordelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Sygeplejerskerne var bange for, at de skulle stå med ansvaret for en opgave, som en social- og sundhedsassistent havde udført. Her måtte ledelsen præcisere, at det er social- og sundhedsassistentens eget ansvar at sige fra og til i forhold til hvilke opgaver vedkommende kan magte (har kompetence til at løfte). Det var først da denne udfordring var blevet drøftet, at sygeplejerskerne ville give 'fri' på opgaverne. I dag har sygeplejerskerne mere 'konsulentfunktion' for social- og sundhedsassistenterne; de sparrer med social- og sundhedsassistenterne, når der er tvivlsspørgsmål.

Erfaringer fra andre sygehuse viser, at der flere steder i sygeplejerskegruppen har været usikkerhed over for at afgive arbejdsfunktioner til en ny faggruppe. Men i takt med, at der er blevet fortrolighed med, at social- og sundhedsassistenterne har kunnet løfte opgaverne (eller er blevet oplært hertil) er der sket en opblødning - og en fortsat udvikling i opgavefordelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

### **Behov for oplærings- og sparringsmuligheder**

Ændring i fordelingen af henholdsvis sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter giver blandt nogle interviewpersoner anledning til en vis bekymring. Der peges blandt andet på, at der kan være grænser for, hvordan fordelingen kan udvikle sig, da der kan være brug for et vist antal sygeplejersker til at oplære social- og sundhedsassistenterne; der skal være nogle at lære fra.

*”Hvis der ikke er tilstrækkeligt med sygeplejersker, kan det blive et problem for social- og sundhedsassistenterne; de har brug for nogle at lære af og sparre med, når der er tvivlsspørgsmål.”*

(Ledende afdelingssygeplejerske)

Flere steder varetages oplæringen af nye social- og sundhedsassistenter af en erfaren social- og sundhedsassistent, men under ansvar af en sygeplejerske. Det varierer dog fortsat mellem afdelinger og sygehuse, hvordan fordelingen er - og dermed hvor grænserne opleves at være for hvilken fordeling, der er bæredygtig.

Således peges der også blandt nogle interviewpersoner på, at der stadig er rum for opgaveglidning, dog under hensyntagen til det uddannelsesmæssige fundament, som social- og sundhedsassistenter har.

*”Uddannelsen udgør generelt et loft for, hvad SOSU’ere kan komme til at udføre. Men SOSU’erne kunne godt udføre flere opgaver end de gør i dag. ...Dog under hensyntagen til, at sygeplejerskernes opgaver ikke ’udhules.”*

(Ledende oversygeplejerske)

*”SSA’erne kan bruges til helhedsplejen på en helt anden måde end det foregår i dag. SSA’erne kan være selvstændigt ansvarlige for patienter. De kan gøre en del, men har naturligvis også brug for oplæring.”*

(Ledende afdelingssygeplejerske)

I forhold til det uddannelsesmæssige fundament peges der fra flere sider på, at social- og sundhedsassistenterne er gode praktikere, der er meget handlingsrettede, men at de gennem uddannelsen ikke i samme omfang har fået opøvet evnen til at se sammenhænge og til at reflektere over egen praksis.

*”SOSU’erne er gode praktikere; de er gode til at have overblikket over patientgrupper - at planlægge. Men de er ikke uddannede til at se sammenhænge. Eksempelvis hvis patientens stomi gør sådan og sådan, så må det være fordi maven gør sådan. De har ikke de uddannelsesmæssige forudsætninger for at kunne se sådanne sammenhænge.”*

(Ledende oversygeplejerske)

Dette opleves nogle steder at være en udfordring i forhold til en fortsat opgaveglidning, og i den forbindelse nævnes det blandt de interviewede, at et udvidet sidemandsoplærings-/mentorforløb med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent kunne være en løsning.

Generelt er det opfattelsen, at det er nødvendigt med en høj grad af intern oplæring ved opstart i en afdeling. Udover basal sygepleje har hver afdeling sit speciale. Hvis der ikke er kendskab til dette specialområde, foretages der en oplæring til dette ved opstart i en afdeling. En væsentlig del af oplæringen til den enkelte afdeling varetages på den enkelte afdeling enten af en erfaren social- og sundhedsassistent (under ansvar af en sygeplejerske) eller af en sygeplejerske. Det varierer fra person til person, hvor længe den



oplæring finder sted. Men typisk strækker den første oplæring sig over to-tre måneder, mens den mere specialrettede oplæring kan have et forløb på op mod et halvanden år.

Således nævnes det blandt de interviewede, at social- og sundhedsassistenterne ikke behøver at have specialerfaring (fra en anden kirurgisk afdeling) inden ansættelse.

*”Det kan de få, når de kommer. Men det gør selvfølgelig ikke noget, hvis de har lidt klinisk erfaring inden. Det tager omkring to måneder før nye er ’kørt ind’ i forhold til de basale opgaver. Oplæringen sker under ansvar af en sygeplejerske. Oplæringen til afdelingens mere specielle opgaver (stomi, sårpleje, ernæring mv.) tager omkring fire-seks måneder.”*

(Ledende afdelingssygeplejerske)

Det interne uddannelsesforløb tjener et dobbelt formål. På den ene side er det med til at styrke den nye medarbejder (hvad enten man er nyuddannet, eller blot ikke har tidligere erfaring fra sygehuset) i, at man er i stand til at løfte de opgaver, man bliver stillet overfor. Det kan altså således give den faglige sikkerhed, der er nødvendig for at stå med et stort ansvar i det daglige arbejde. På den anden side giver det samtidig kolleger og ledelse en forsikring om, at opgaverne bliver løst forsvarligt og ud fra de kvalitetsstandarder, man må kunne forvente.

### **Det motiverende i arbejdet**

I forhold til mulighederne for jobglidning, og rekrutteringsproblemer i forhold til sygeplejerskegruppen, så flere interviewpersoner gerne, at flere social- og sundhedsassistenter videreuddannede sig til sygeplejersker. Men selv om evnerne er til stede, er det ikke altid, at lysten til fortsat uddannelse også er der.

*”Flere af de erfarne ville have evner til at uddanne sig til sygeplejerske. Men det er ikke altid at lysten er til det blandt SOSU’erne. De er ikke bogligt orienterede... de ønsker ikke at videreuddanne sig.”*

(Oversygeplejerske)

I den forbindelse gives der ligeledes udtryk for, at nogle social- og sundhedsassistenter ikke ønsker at have det ansvar der følger med at være sygeplejerske. De ønsker at tage sig af og pleje patienten. Det er dét, der motiverer i jobudførelsen.

### **Jobudvidelsen er kommet for at blive**

I forhold til opgaveglidning mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker giver flere interviewpersoner udtryk for, at ”SOSU-området er kommet for blive”. Det er forventningen, at social- og sundhedsassistenterne også fremover vil varetage de arbejdsopgaver, de varetager i dag, hvor en del af opgaveglidningen i et vist omfang tilskrives mangel på sygeplejersker; dog med det forbehold, at de stillinger, der i dag er normerede til en sygeplejerske, men varetages af en social- og sundhedsassistent, muligvis vil blive besat af en sygeplejerske igen fremover, hvis der på et tidspunkt skulle blive uddannet flere sygeplejersker.

### **Perspektiver for fortsat rekruttering af social- og sundhedsassistenter**

Gennem interviewene peges der fra flere sider på, at mange social- og sundhedsassistenter gerne vil arbejde på sygehuse, og at der er begrænset personaleudskiftning sammenlignet med andre faggrupper (såsom sygeplejersker).

*”Social- og sundhedsassistenterne er bedre til at tage det lange seje træk. De bliver på pladsen. Mens sygeplejerskerne i højere grad shopper rundt.”*

*”Der er mere ’kamp om pladserne’ [på sygehusene] blandt social- og sundhedsassistenterne. SOSU-eleverne vil også helst på sygehuse i praktikperioden - og ikke så gerne inden for den primære sektor og det psykiatriske område.”*

(Afdelingssygeplejerske med ansvar for udvikling og uddannelse)

Nogle interviewpersoner giver dog udtryk for, at det måske på sigt kan blive vanskeligere at rekruttere social- og sundhedsassistenter. Denne begyndende udvikling afspejler sig blandt andet i, at der ikke er helt så mange ansøgninger fra social- og sundhedsassistenter, når der opslås en ledig stilling.

*”Der kommer ikke som tidligere 20 ansøgninger, når vi har et jobopslag. Der kommer måske fire-fem stykker.”*

(Social- og sundhedsassistent)

Også tilgangen af elever til uddannelsen begynder at mindskes:

*”Det er heller ikke prestigefyldt blandt unge at søge til området - og at uddanne sig hertil.”*

(Social- og sundhedsassistent)

Der ses på sygehusene forskellige strategier for at imødekomme disse udfordringer. Nogle forsøger at ’være langt fremme’ og være opmærksomme på, hvordan de kan give deres social- og sundhedsassistentelever en oplevelse af, at der er gode udviklingsmuligheder på sygehuset, så de ønsker at vende tilbage efter endt uddannelse. De er også opmærksomme på, at eleverne ikke får oplevelsen af kun at udføre ’standard-ting’.

Også i forhold til nuværende medarbejdere kræves der mere i dag, og der iværksættes initiativer for at fastholde gode medarbejdere. På flere sygehuse arbejdes der bevidst med at kunne tilbyde karriere-/jobudviklingsmuligheder gennem interne uddannelsesforløb:

*”Det kræver mere at holde på gode medarbejdere i dag i forhold til tidligere. Det forsøger vi at tage hånd om ved at skabe attraktive arbejdsliv og jobtilfredshed. Det er ikke nok, at medarbejderne alene udfører ’standard-opgaver’ - der skal også være udviklingsmuligheder (karrieremuligheder) og jobberigelse. Det er nogle af tankerne bag uddannelsesforløbene på sygehuset; altså at sikre og medvirke til, at medarbejderne løbende udvikler sig, så de kan varetage nye opgaver*

*og har muligheder for at få udvidet deres jobfunktion - og på den baggrund har lyst til at blive her på sygehuset.”*

(Afdelingssygeplejerske med ansvar for udvikling og uddannelse)

Brug af andre personalegrupper, som eksempelvis social- og sundhedshjælpere, som en strategi i forhold til kommende rekrutteringsproblemer, er endnu ikke aktuelt blandt de interviewede sygehuse.

På en enkelt afdeling har de forsøgsvist haft en hjælper ansat, men her var det erfaringen, at hjælperne mangler uddannelse/teoretisk viden for at kunne indgå i arbejdsgangene - der ville være for mange situationer, som de ikke ville kunne gå ind i og handle i.

Et enkelt sygehus overvejer dog, om social- og sundhedshjælpere kunne komme på tale som en fremtidig faggruppe på sygehuset. Der peges i den forbindelse på, at de vil kunne varetage 'lettere' plejeopgaver såsom at made patienterne, forflytte patienterne og på sigt at lære patienten at vaske sig selv.

### **Mere komplekse patienter og forbedrede behandlingsmuligheder**

De patienter, der i dag er indlagt på sygehuse, er generelt mere syge og mere komplekse (har flere sygdomme samtidig) end tidligere. Megen behandling udføres ambulant (dvs. uden indlæggelse) på sygehusene, og patienterne udskrives hurtigere end før. Samtidig varetager egen læge og eksempelvis hjemmeplejen i højere grad en del af behandlingen af patienterne.

Behandlingsmulighederne er samtidig styrket. Førhen døde patienterne tidligere, mens der i dag er bedre muligheder for at behandle patienterne. Eksempelvis er der i dag flere behandlingsmuligheder i forbindelse med en blodprop.

*”Vi kan behandle bedre og for flere forhold end tidligere.... Vi er blevet bedre til at holde i live.”*

(Social- og sundhedsassistent)

I dag er der derfor flere patienter, der overlever og lever videre - og det forekommer hyppigere, at patienterne har flere sygdomme samtidig. (Det kan eksempelvis dreje sig om en patient, der har haft en blodprop i hjernen, samtidig med at han har diabetes og problemer med sår på benene).

Det bliver derfor stadig mere komplekse patienter, der er indlagt på sygehuse - og forventes også at blive det fremover. Udfordringen bliver i den forbindelse, at der skal være medarbejdere til at løfte opgaverne - også set i relation til den normering og dermed de ressourcer, der er i den enkelte afdeling.

*”Der er stramme personalebudgetter, og normeringerne [sygeplejersker] er begrænsede. Dette til trods for, at det bliver mere komplekse patienter, der er indlagt på sygehusene.”*

*”... der bliver stadig flere akutte arbejdsopgaver, som sygeplejersker skal tage sig af. Det bevirker, at der bliver opgaver, som andre faggrupper [social- og sundhedsassistenter] får mulighed for at tage vare på.”*

(Ledende oversygeplejerske)

En mulig følge af udviklingen er, at det kan give mulighed for jobudvidelse for social- og sundhedsassistenterne, da der bliver brug for, at flere personalegrupper kan medvirke til at løfte opgaverne. En af barriererne for social- og sundhedsassistenterne kan dog være, at de ikke er uddannede til at tage sig af komplekse patienter.

Udviklingen trækker på den led i retning af, at også social- og sundhedsassistenterne kan blive mødt af stigende krav til den faglige kompetence fremover.

Et andet aspekt, der også trækker i retning af øgede kompetencekrav, er, at der i takt med flere behandlingsmuligheder dannes et forventningspres og stilles krav om, at disse også tilbydes til patienterne. I den forbindelse peges der dog fra fleres side på, at ressourcerne ikke altid følger med i samme takt.

De accelererede patientforløb og akutte behandlinger (uden indlæggelse) samt udviklingen af en øget andel af komplekse patienter kan samlet set få det perspektiv, at social- og sundhedsassistenterne langsomt kan forsvinde fra sygehusene. Ved et interview på ortopædkirurgisk afdeling var social- og sundhedsassistenteres fremtid således meget usikker, fordi en stor del af operationerne fremover forventes at blive foretaget akut - og at de patienter, der ville blive tilbage, var de komplekse, som social- og sundhedsassistenterne ikke ville kunne varetage.

### **Krav til dokumentation stiger**

Der forventes fremover at blive stigende krav til dokumentation, og at dette vil udgøre en større del af arbejdsfunktionen - også for social- og sundhedsassistenter. Indførelse af elektronisk patientjournal trækker også i den retning.

Der stilles allerede i dag krav til den behandling, der tilbydes patienterne, og til dokumentationen af behandlingen. Særligt hvis der kommer klager fra pårørende, er det centralt at have dokumentationen i orden.

I forhold til at kunne dokumentere behandling, nævnes det, at det er et område, hvor der kunne være behov for at styrke kompetencen blandt social- og sundhedsassistenter.

*”Et af de områder, hvor det kniber lidt for social- og sundhedsassistenter, er i forhold til at dokumentere den pleje, de udfører. Som det er i dag, giver social- og sundhedsassistenterne typisk mundtlig information videre til en sygeplejerske, der så nedskriver observationen.”*

(Afdelingssygeplejerske)

### **Følger af strukturreformen**

Det er indtrykket, at strukturreformen og implementeringen heraf stadig mange steder er i sin vorden. De ændringer, der må formodes at følge af strukturreformen, er derfor

blandt de interviewede mere på forventningsniveauet end oplevet som faktiske forandringer. Det er dog forventningen, at der på flere områder vil komme nye snitflader mellem sygehuse og den primære sektor.

*”Det kan eksempelvis være en situation med en borger med lungebetændelse i hjemmeplejen. Det vil en hjemmesygeplejerske kunne tage hånd om. Men spørgsmålet er i dag, hvem der skal gøre det. Der er stadig ikke helt klarhed over, hvor grænserne trækkes og hvordan den endelige ansvarsfordeling vil udmønte sig i praksis. Men det kommer nok på lidt længere sigt - om et års tid måske.”*

(Social- og sundhedsassistent)

Forebyggelsesområdet vil ligeledes være et område, der skal overgå til kommunerne. På et af de interviewede sygehuse har der tidligere været en 'mini-forebyggelsesafdeling'. Den er nu nedlagt ud fra en forventning om, at kommunerne nu tager (eller skal til at tage) hånd om området. Det er dog stadig ikke helt afklaret, hvordan 'overdragelsen' vil forløbe.

En af de interviewede peger på, at en følge af strukturreformen kan siges at være, at der er kommet øget fokus på accelererede patientforløb. Flere og flere afdelinger omlægges til kortvarige ophold - også akut-afdelinger forsøger man sig med flere steder. Hvis udviklingen på den led trækker i retning af, at behovet for pleje af patienterne derfor mindskes, kan det føre til, at behovet for social- og sundhedsassistenter reduceres inden for sygehusområdet. Men også på dette punkt er det endnu for tidligt at gisne om, om dette faktisk bliver det endelige udfald af udviklingen - eller om eksempelvis stigningen i behandlingsmuligheder trækker i den anden retning.

## **Overordnede fremtidige kompetencekrav**

På baggrund af de foregående afsnit kan en oversigt over de centrale fremtidige kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter på sygehuse se således ud:

### **Pleje-faglige kompetencer**

De centrale pleje-faglige kompetencer, der bliver fremhævet, er følgende:

- At holde sig ajour inden for de specialer, som den pågældende afdeling/afsnit repræsenterer på det niveau, der er nødvendigt for at kunne varetage opgaverne.
- Pleje-faglige områder, som f.eks. personlig hygiejne, mobilisering af patienter, ernæring, viden om spædbørn og amning mv.
- Observationskompetence.
- Medicinering, viden om medicins virkninger og bivirkninger.

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

De almen-faglige/personlige kompetencer, der ofte bliver fremhævet, er kompetencer, der er rettede mod dels at imødekomme de udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står overfor i de tværfagligt sammensatte team på sygehuse, dels udadvendt i forhold til patienter og pårørende.

*Eksempler:*

- Relationskompetencer.
- Kunne samtale og rådgive patienter i krise.
- Overblik og sans for planlægning.
- Situationsfornemmelse og menneskekendskab.
- At kommunikere og formidle til andre faggrupper, patienter og pårørende
- Kunne markere tydelig faglighed og stolthed (arbejde for større faglig anerkendelse og udtrykke bevidsthed om egne kompetencer).
- Pædagogiske kompetencer og formidlingsmæssige kompetencer. Eksempelvis at få patienten til at tage ansvar for sin krop og formidling til patienten om, hvorfor det er vigtigt.

## Jobprofil

**Eksempler på stillinger:** Social- og sundhedsassistent på sygehuse. Der forefindes social- og sundhedsassistenter på en lang række af de afdelinger, der er på sygehuse. Det kan dreje sig om neurologiske, medicinske, ortopædkirurgiske, kirurgiske afdelinger og barselsafsnit, samt andre afdelinger. I det nedenstående er fokus især rettet mod de nævnte områder.

Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Basale sygeplejeopgaver</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hjælpe patienter med personlig hygiejne.</li><li>- Mobilisering af patienter.</li><li>- Ernæring.</li><li>- Palliativ pleje.</li><li>- Omsorgsopgaver, eksempelvis ikke formaliserede samtaler med patienter (social- og sundhedsassistenten er ofte det 'ansigt', patienten møder hyppigst).</li><li>- Præ- og postoperativ pleje.</li><li>- Observation af patienten.</li></ul> <p>Typiske opgaver på <u>kirurgiske afdelinger</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sårskifte og -pleje.</li><li>- Stomi-pleje, herunder sondeernæring, ernæring i drop (observation heraf mv.).</li><li>- Vejledning af patienter i forbindelse med stomi. Herunder at vide og lære patienterne om, hvordan det er at have en stomi samt lære patienten 'håndværket' om en stomi. Samtaler om hvad det psykisk betyder at have en stomi.</li><li>- At modtage patienterne ved opvågning efter mindre indgreb.</li><li>- At kunne lægge en ventrikel-sonde (sondemad).</li></ul> <p>Typiske opgaver på <u>neurologiske afdelinger</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Plejeopgaver i forbindelse med urinveje - foretage blærescanning og anlægge katedre.</li><li>- Plejeopgaver i forbindelse med ernæring herunder at give sondemad, beregning af energi-, protein- og væskebehov, pleje af patient med PEG-sonde.</li><li>- Plejeopgaver i forbindelse med luftvejene: Inhalation til astmapatienter, peakflow måling, pleje af patient med trakeotomi mv.</li><li>- Medicingivning til stabile patienter og patienter med selvadministration.</li></ul>

- Afhentning og kontrollant ved blodtransfusion.
- Sårbehandling ved sår i ophelingsfasen, hvor der er lagt en plan for behandlingen.
- Udskrivning af patienter.
- Udfylde parkinsonskema.

Typiske opgaver på medicinske afdelinger

- Helhedspleje (følge en patient gennem et helt indlæggelsesforløb).
- Blodsukker-målinger.
- Insulingivning.
- Diabetes-målinger.
- Nyresyge-pleje (observation, gøre klar til dialyse, urinprøver mv.).
- Kendskab til og viden om kateter á demeure (KAD), og anlæggelse heraf, samt færdigheder omkring hygiejne.
- Kendskab og viden om KOL-patienter, samt pleje heraf.
- Hjerteovervågning og EKG.

Typiske opgaver på ortopædkirurgiske afdelinger

- Kende til procedurer i forhold til de enkelte operationer, herunder hvad patienten må efter operationen.
- Klargøring af patient til operation.
- Dræn-fjernelse.
- IV-væske.
- Lægge katedre.
- Sårskift og -pleje.

Typiske opgaver på svangre-/føde-/barselsafdelinger

- Rådgive, observere og pleje kvinde (og familie) i normale eller unormale graviditetsforløb, herunder fertilitetsbehandlinger, fødselsreaktion/-depression/-psykose.
- Deltage i præ- og postoperativ pleje (f.eks. i forbindelse med abort, kejsersnit eller øvrige indgreb).
- Plejen af den fødende, dennes partner og deres spædbarn (herunder vejledning om amning/ernæring, prævention).
- Deltage i plejen af normale spædbørn og nyfødte med misdannelser, for tidligt fødte børn eller andre særlige problemstillinger.
- Deltage ved ultralydsscanning, moderkageprøve



eller fostervandsprøve.

- Deltage ved dokumentation, samt udvikling af standarder.
- Deltage ved stuegang.
- Eventuel medicingivning.
- Studerende kontakt (blandt andre jordemoderstuderende).
- Indgå i ambulante telefonkontaktordning til nye forældre (indlæggelsestid for førstegangs fødende er kortet ned).

Foruden de ovennævnte arbejdsopgaver udfører social- og sundhedsassistenter følgende:

Fordeling og daglig koordinering af arbejdet.

Medicindosering (herunder medvirken til at observere virkning og bivirkning af den givne medicin og have viden om og færdigheder i at hjælpe patienten med at tage den doserede medicin).

Oplæring af nye social- og sundhedsassistenter (under ansvar af en sygeplejerske).

Mindre injektionsopgaver.

At give blodfortyndende medicin. Nogle social- og sundhedsassistenter er efteruddannede (sidemandsoplært) til at give blodfortyndende medicin.

Nogle social- og sundhedsassistenter foretager afrapportering/rapportskrivning og -overdragelse mellem vagter.

Medvirker ved ind- og udskrivning til hjem (særligt til hjemmepleje). Herunder kontakt til visitator og pårørende i forbindelse med udskrivning fra sygehus.

Helhedspleje/totalpleje af ikke-komplekse patienter - at følge en patient gennem et helt indlæggelsesforløb (eksempelvis lettere medicinering, deltage ved stuegang, tage sig af visse former for infektion, udskrivning mv.).

Nogle social- og sundhedsassistenter deltager i stuegang med læge i forhold til de patienter, de har ansvaret for.

Deltage eller afholde planmøder - eksempelvis afholdelse af møde med kommunen i forbindelse med udskrivning af patienter til hjemmeplejen.

	<p>Kontakt til pårørende.</p> <p>Deltage i indlæggelsessamtaler sammen med læge.</p>
Det pleje-faglige kompetenceområde	<p>Kendskab til specialeområder, plejefaglige områder og behandlingsmetoder (se eksempler på opgaveområder ovenfor).</p> <p>Observationskompetence.</p> <p>Fysiologisk viden i forbindelse med observationer (f.eks. på barsels- og svangreafsnit have viden om den rette kropsfarve på spædbørn og viden om bryst og amning).</p> <p>Medicinering, viden om medicins virkninger og bivirkninger.</p>
Det personlige og almenfaglige kompetenceområde	<p>At have overblik over patientgrupper og at kunne planlægge.</p> <p>Forandringsparat. At være indstillet på, at ikke to dage er ens.</p> <p>Empati - at kunne rumme og tage hånd om, at det er alvorlige sygdomme, mange af patienterne lider af.</p> <p>At kunne samtale med en patient i krise.</p> <p>Situationsfornemmelse og menneskekendskab.</p> <p>Observationer - og kobling til den teori, man har med sig.</p> <p>Viden og kendskab til dokumentation - at kunne dokumentere arbejde såvel skriftligt som mundtligt - herunder IT-kundskaber.</p> <p>Målrettet kommunikation. At kommunikere og formidle til andre faggrupper.</p> <p>Have viden om familiekultur, ungdomskultur og fremmede kulturer (blandt andet relevant på svangre- og barselsafsnit).</p> <p>Kendskab til reaktionsmønstre (pædagogisk og psykologisk viden) hos alvorligt syge, hos fødende, nye forældre mv.</p> <p>Have kendskab til reaktioner og relationer i familier i forbindelse med overgangssituationer og kriser (fødsel, sygdom, død) - herunder bl.a. at formidle viden og informati-</p>

	<p>oner til patienter og pårørende.</p> <p>Kunne handle med etik (normal-moral opførsel, respekt for forskellighed og kunne sige fra (på baggrund af etiske eller moralske overvejelser)).</p> <p>Kunne markere tydelig faglighed og stolthed (arbejde for større faglig anerkendelse og udtrykke bevidsthed om egne kompetencer).</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p> <p>Social- og sundhedsassistenter og ledere udtaler sig om fremtidens ønsker til uddannelse</p>	<p>Interne oplæringsforløb fra omkring tre måneder - et år. Oplæringen kan have flere elementer, eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplæring i medicinering og at blive fortrolig med 'medicinrummet'. To-tre måneder.</li> <li>• Oplæring i de undersøgelser, der gennemføres på afdelingen.</li> <li>• Oplæring i opgaver knyttede an til kontakten til og fra hjemmepleje.</li> <li>• Endelig oplæring i at gå stuegang (først efter ½ år).</li> </ul> <p>Obligatoriske et-dagskurser; f.eks. om hjertestop.</p> <p>Sidemandsoplæring.</p> <p>Temaaftener med eksterne oplægsholdere (f.eks. om terminale patienter).</p> <p>Fokusgrupper (f.eks. om palliativ pleje).</p> <p>Fokus på uddannelsesplanlægning gennem udarbejdelse af kompetencetrin ved MUS mv.</p> <p>Blandt de interviewede er der ønske om mulighed for specialisering i forhold til uddannelsen til social- og sundhedsassistent. Det kunne være som en overbygning eller som (specialiserings)moduler. Det kunne dreje sig om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationstekniker, der uddannes til at assistere på operationsstuerne (det sker allerede i Sverige).</li> <li>• Sårpleje (specialområde).</li> <li>• Ambulatorier.</li> <li>• KOL.</li> <li>• Apopleksi.</li> <li>• Diabetes.</li> <li>• Medicin.</li> <li>• Samt andre specialeområder knyttede an til de enkelte afdelinger.</li> </ul>

Efterlyser mulighed for at kunne videreudanne sig til sygeplejerske ved at tage forskellige (uddannelses)moduler, frem for at følge et længere uddannelsesforløb, jf. de muligheder, der er i dag i Sverige.

For den erfarne social- og sundhedsassistent efterspørges efteruddannelsesmuligheder, der retter sig mod områder som:

- Kommunikation (fokus på pårørendekontakt og i forhold til kollegaer, andre samarbejdspartnere mv.).
- Kollegial supervision.
- Konflikthåndtering (fokus på pårørendekontakt).
- Faglig vejledning.
- Varetagelse af helhedspleje.
- Tværfagligt samarbejde.
- Refleksion.
- Projektarbejde - at kunne arbejde projektorienteret.
- Redskaber, der kan understøtte evnen til at være opsøgende i forhold til ny viden og derigennem udvikle egne kompetencer.

## 9. Jobprofil 4: Social- og sundhedsassistent på tilbud for udviklingshæmmede

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere af tilbud for udviklingshæmmede.

### Målsætning

Den overordnede målsætning for arbejdet inden for området 'Tilbud for udviklingshæmmede' er at have fokus på udvikling. Inden for arbejdsområdet vil man udvikle forskellige typer af tilbud til udviklingshæmmede, der vil have beboerens eller brugerens personlige, fysiske og kompetencemæssige udvikling for øje. Grundlæggende handler det om at finde den enkeltes motivation og ressourcer, og med afsæt i personens behov og ønsker at få det kombineret til et meningsfyldt forløb.

*"Historisk set har handicapområdet været et medicinsk område, og vi har skullet vride det ud af kløerne på det medicinske område. Sådan ser vi på det som pædagoger. Altså at kunne kigge på mennesket og udvikling. Det er det vi må fastholde her - at uanset hvordan man er, så er det mennesket og udvikling. Det er det, de kan, og ikke sygdomme, og det, de ikke kan. Det er et vigtigt omdrejningspunkt. Der er da nogle af de ansatte, vi har haft - der har skullet bruge noget tid på at få vendt den, fra om morgenen at tage temperaturen til at sige: "Nå, godmorgen, og hvad skal der ske i dag?""*

(Viceforstander, tilbud for udviklingshæmmede)

Overordnet skelnes der mellem botilbud og dagtilbud. Personer der af den ene eller anden grund er udviklingshæmmede, og som ikke bor hjemme hos forældre eller i eget hjem, vil typisk have et bocenter, en boenhed eller et botilbud som sit hjem. (Det er de betegnelser, der normalt anvendes). Opbygningen af boenhederne kan variere i forhold til medarbejdernormering, graden af samvær med øvrige beboere og tilbuddene om udviklingsaktiviteter - igen set i lyset af beboernes pleje- og udviklingsbehov. Et dagtilbud kan have karakter af værkstedsaktiviteter og/eller samvær og aktivitetstilbud - igen afhængigt af hvilke tilbud, der afspejler den enkeltes profil. Der skelnes terminologisk mellem forskellige grupper af personer, der benytter sig af dagtilbud på en sådan måde, at de er medarbejdere, når der er tale om værkstedsaktiviteter, og brugere, når der er tale om samværsaktiviteter. Et dagtilbud kan være integreret med botilbuddet, eller det kan være fysisk og organisatorisk adskilte enheder. På nogle tilbud har man grundet knappe ressourcer overvejet om dagtilbuddene skulle foregå i de samme fysiske rammer (samme lokaler) som botilbuddets; argumentet herimod har været, at brugerne har brug for et miljøskifte i løbet af en dag.

### **Medarbejderne på arbejdspladserne**

Under 10 % (2.255 ud af 24.341 af de uddannede social- og sundhedsassistenter)<sup>12</sup> var i 2006 beskæftigede inden for området 'Døgninstitutioner for voksne med handicap'. Betegnelsen 'Døgninstitutioner for voksne med handicap' omfatter døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, samt psykiatriske plejehjem og bofællesskaber for handicappede i særkørslerne fra Danmarks Statistik.

De store faggrupper på området udgøres af pædagoger og pædagogmedhjælpere, omsorgsmedhjælpere, sygehjælpere, husassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter, ufraglærte (f.eks. studerende), social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedsmedhjælpere. Gennem interviewene med ledere på tilbud for udviklingshæmmede fremgår det, at medarbejdere med dobbelt uddannelse er efterspurgt, fordi de har en god kombination af de pleje-faglige og pædagogiske kompetencer. Det kan f.eks. være social- og sundhedsassistent, eller -hjælper, der læser til pædagog via meritvejen. Eller det kan være en profil som pædagog og ergoterapeut. Der er gennemført interview med flere medarbejdere, der har en sådan 'dobbelt profil' eller er i færd med/overvejer længere uddannelsesforløb som viderebygning på deres eksisterende uddannelse.

En leder på et tilbud for udviklingshæmmede beskriver erfaringer med en social- og sundhedsmedhjælper, der tog en uddannelse som pædagog efterfølgende, på denne måde:

*"Hun var rigtigt god at have her. Hun havde en god viden om hygiejne og om beboere, som var terminalsyge. Hun havde været på et plejehjem og vidste noget om det. ... Hun blev inspireret af at være her. Hun tog en uddannelse som pædagog bagefter. I dag er hun afdelingsleder på en ungdomsskole og har også med de handicappede børn at gøre... Hun bruger begge sine fag i dag."*

(Viceforstander på tilbud for blinde udviklingshæmmede)

### **Social- og sundhedsassistenternes bevægelser til og fra døgninstitutioner for voksne med handicap**

Resultater fra den kvantitative delanalyse viser, at døgninstitutioner for voksne med handicap er - i lighed med sygehuse og plejehjem - et område, som social- og sundhedsassistenter i større udstrækning bliver indenfor. Blandt de assistenter, der i 2003 var ansat på en døgninstitution for voksne med handicap, er 64 % forsat beskæftigede inden for dette område tre år senere (i 2006).

Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra døgninstitutionerne, søger de overvejende mod plejehjem og beskyttede boliger. Dette var tilfældet for 11 %, mens 5 % søgte til sygehuse. 3 % fik ansættelse inden for hjemmepleje, 2 % hos vikarbureauer og 1 % på dagscentre for ældre. 6 % var ikke i beskæftigelse tre år efter ansættelse på en døgninstitution for voksne med handicap.

### **Teamorganisering**

På botilbud for udviklingshæmmede arbejdes der ofte i team - med beboerne som omdrejningspunkt. Der tales nogle steder om beboerteam, således at det er teamet af beboere, der blandt andet grundet kontaktpersonsordninger konstituerer teamet af medarbej-

---

<sup>12</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).

dere. Andre steder benytter man andre, eller kombinerer med andre 'fordelingsnøgler' - typisk medarbejdernes kompetencer.

Teamorganisering er med til at skabe den nødvendige tryghed, stabilitet og overskuelighed omkring brugerne - og giver samtidig medarbejderne mulighed for øget fleksibilitet og selvstyre i det daglige arbejde. Organiseringen i team er samtidig en udfordring, fordi driftsopgaverne, der følger med teamorganisationen, kan opleves som aktiviteter, der tager tid fra det, mange oplever som de primære arbejdsfunktioner - nemlig udviklingsarbejdet og samværet med brugerne.

### **Arbejdsopgaver**

Den helt overordnede opgave, der er i fokus, kan siges at være den samme for det brede område - nemlig at skabe et godt og udviklende dagsforløb for den enkelte bruger. På arbejdspladserne findes større variationer, der afhænger meget af hvilken målgruppe man arbejder med - og hvilket tilbud, der er tale om.

Overordnet set kan udskilles følgende overordnede arbejdsopgaver:

- Administration (daglig planlægning, mødeplaner m.m.).
- Mødeaktivitet (teammøder, personalemøder med leder m.m.).
- Handleplansarbejde (internt, og i samarbejde med andre tilbud/socialrådgivere og pårørende).
- Planlægning og koordinering (telefon og kørselsplanlægning).
- Udviklingsarbejde (kan kræve både/og pædagogisk, håndværksfaglig og plejefaglig viden).
- Koordinering og planlægning af aktiviteter.
- Akut opståede problemer.
- ... Alt det man ikke kan planlægge sig ud af - og som ofte udgør en central del af arbejdsdagen.

Generelt er det kendetegnende for medarbejdernes oplevelser omkring kompetencekrav, at det er vanskeligt at skelne meget skarpt mellem pleje-faglige, almene og personlige kompetencer. Det bliver begrundet med, at man som medarbejder bruger sig selv så aktivt i det daglige arbejde, at det ikke er en adskillelse, der er mulig i praksis. Her følger to citater, som begge illustrerer denne pointe. En af de interviewede social- og sundhedsassistenter udtrykker det på denne måde:

*"Med de beboere, vi har med at gøre, som har så lille et verbalt sprog, så er det faktisk gennem plejen - den fysiske berøring, bevægelser, at vi kan nå dem - der synes jeg, jeg har en fordel som social- og sundhedsassistent, fordi vi har så meget fokus på pleje."*  
(Social- og sundhedsassistent på botilbud)

En leder på et tilbud for udviklingshæmmede siger:

*"De fleste af dem er uden verbalt sprog. Der er meget pleje og omsorg, så pædagogikken skal finde sin vej gennem pleje og omsorg."*  
(Leder på tilbud for udviklingshæmmede)

Et gennemgående resultat fra interviewene viser, at der fra ledelsesside er fokus på at rekruttere sig væk fra et ensidigt plejefokus til en kombination af de pleje-faglige og de pædagogiske kompetencer.

### **Brugergruppen**

Arbejdet med udviklingshæmmede kan dække over en bred målgruppe med store forskelle i funktionsevne og dermed i behovsprofil.

Målgruppen for tilbuddene er mennesker, der er udviklingshæmmede. Det kan være mennesker, der er født med et udviklingshandicap, eller det kan være mennesker, der har pådraget sig et udviklingshandicap midt i livet ved sygdom eller ulykke. Handicapet kan eksempelvis være en senhjerneskade, sklerose eller andre livslange sygdomme. Der er stor variation i hvor plejkrævende beboerne er - fra de beboere, der næsten kan klare sig selv, til personer, der kan have flere sygdomme og udviklingshandicap på samme tid; f.eks. at være blind og have autismespektrum.

Det er en målsætning, at brugergruppens behovsprofil sætter rammerne for og indholdet af de tilbud og aktiviteter, man som medarbejder inden for dette område vil være involveret i - eksempelvis vægtningen mellem pædagogiske opgaver og plejereleterede opgaver.

Som tidligere nævnt kan der skelnes terminologisk mellem forskellige grupper af personer, der benytter sig af dags- og aktivitetstilbud, på en sådan måde, at de er *medarbejdere*, når der er tale om værkstedsaktiviteter, og *brugere*, når der er tale om samværsaktiviteter.

## **Overordnede udviklingstendenser**

I det følgende afsnit beskrives de overordnede udviklingstendenser på arbejdsområdet.

### **Ændringer i målgruppe/brugergruppe**

Tidligere var det amtsgrænserne, der var afgrænsende for hvilke målgrupper et botilbud kunne modtage. Med strukturreformen kan man nu forvente, at det bliver en større målgruppe, fordi man nu skal være klar på at modtage borgere fra et større område.

Allerede nu tyder interviewene på, at man begynder at kunne se et skift i brugergruppen. Således opleves det, at kategorien af brugere, der ikke er så selvhjulpne, bliver større - eksempelvis kommer der flere i kørestole. Samlet set kommer der flere personer med et større plejebehov end man tidligere har set, hvilket vurderes at have flere årsager, men tilskrives overordnet set den generelle samfundsudvikling.

### **Leve-bo**

På mange botilbud forsøger man sig i forskellig udstrækning med leve-bo. I takt med flytninger eller renovering går man fra en typisk indretning med beboerværelser på lange gange, til individuelle lejligheder med fælles opholdsrum og køkken. De mindre enheder, der følger af denne type nyindretning, skaber mere ro, og kan have en gunstig virkning på beboere med eksempelvis hjerneskade eller autismespektrum. Som det dog påpeges blandt de interviewede medarbejdere, kan det også medføre en større isolation:



*”Beboerne sidder mere alene, fordi der tidligere i de større grupper altid kunne findes nogen, man kunne være sammen med.”*

(Social- og sundhedsassistent på tilbud for senhjerneskedede)

Beboere og personale indkøber og laver selv maden, eller der kan være tale om en blandingssituation, hvor man i husene selv laver maden færdig. Erfaringer viser, at de aktiviteter, der knytter sig til leve-bo, desuden har en udviklende virkning.

*”Vi får standardmad udefra fra et cateringfirma, men vi har en tradition for i vores hus, at vi også laver noget selv, for at skabe denne her aroma af, at nu bliver der lavet mad. Og vi laver altid ekstra grøntsager, og der starter vi kl. 5 og hygger i køkkenet med nogle beboere. To eller tre har måske lyst til det. Men det er på hyggebasis. Skal der blendes noget, så kan hun lige holde blenderen, og så synes hun det er sjovt. Men det har sådan en god effekt. Og det er sjovt, for lige meget hvilken atmosfære, der har været i huset, så kommer der ro, for nu skal vi snart spise og sådan.”*

(Medhjælper i tilbud for blinde udviklingshæmmede)

Fælles for leve-bo forsøgene er, at man så godt som muligt forsøger at gøre boformerne så individuelt tilpassede, at de er et 'hjem' for beboerne. (For boenhederne gælder, som det også gør sig gældende inden for de socialpsykiatriske boformer, at de på samme tid er borgerens hjem, men også en arbejdsplads for personalet, med de hensyn, der skal tages for at sikre et godt arbejdsmiljø for personalet (tilgængelighed, løfteteknologi mv.).

### **Rekruttering**

En af de store udfordringer opleves at være rekruttering af medarbejdere, og at kunne holde kvaliteten i de ydelser, man leverer. Nogle steder synes der at være opstået en ond cirkel, hvor arbejdspladsen har besvær med at rekruttere de medarbejdere, som arbejdsfunktionerne forudsætter, og på samme tid løbende at sikre, at de medarbejdere, der rekrutteres med lille eller ingen uddannelsesmæssig kompetence til arbejdsfunktionerne, løbende tilføres og opøves i de kompetencer, der er nødvendige for at levere ydelsen i god kvalitet. Manglen på medarbejdere gør det endvidere vanskeligt at igangsætte udviklingsprojekter, da der ikke er ressourcer til at drive dem igennem. I stedet bliver det en løbende kamp at sikre, at der er personale til at udfylde hullerne, og at nurse personalet, så de bliver på arbejdspladsen. De yngre generationer opleves som værende mere 'shoppende' end ældre generationer, og nogle har en kort tidshorisont ("lever fra dag til dag") (afdelingsleder på tilbud for udviklingshæmmede)), der kan gøre det vanskeligt at igangsætte og gennemføre projekter. Endelig er der på et af de interviewede botilbud gjort opmærksom på, at rekrutteringsproblemer gør, at de, der rekrutteres, hyppigere har sociale problemer.

*”... Socialrådgiverdelen af at være leder er blevet større. Lederne skal i højere grad tage stilling og tage hånd om de ansattes private problemer. De ansatte er 'smækfulde af private problemer'. Hvis omsorgen ikke gives, kan vi risikere lange sygemeldinger.”*

(Forstander på botilbud)

At drage omsorg og forholde sig til og hjælpe medarbejdere med personlige problemer, opleves at fylde en større del af den ledelsesmæssige opgave end tidligere.

Generelt oplever medarbejdere og ledere, at deres ressourcer er blevet knappere set over de senere år, således at der f.eks. flere steder permanent er vikarer tilknyttet et botilbud, idet normeringen til de faste ansatte er skåret ned. Samtidig med at det praktiske og koordinerende arbejde kommer til at fylde meget, bliver det igen vanskeligt at rekruttere det personale, man kunne ønske til at bære kvalitet og udvikling videre og vice versa.

Medarbejderne oplever generelt, at de faglige krav til plejepersonalet øges, og at faget mangler status, og dette gør det vanskeligt at rekruttere.

*”Kravene øges hele tiden. Der er for tiden fokus på effektmåling, effektivitet og kvalitet. Presset øges for, hvad de skal kunne. De får flere og flere opgaver, uden flere midler til at udføre dem, hvilket er en skjult nednormering. Dette bevirker, at folk flygter fra faget. De unge vil ikke finde sig i at arbejde meget til ingen penge. Generelt i samfundet har faget ingen faglig status, og der mangler respekt for, at jobbet ikke blot indebærer at tørre røv. Problemet er i den forbindelse, at lønningerne ikke afspejler det arbejde, de reelt udfører...”*  
(Social- og sundhedsassistent i aktivitetsdel på botilbud)

### **Social- og sundhedsassistenterne i tværfagligt pædagogisk-pleje miljø**

På botilbud for udviklingshæmmede indgår social- og sundhedsassistenter i tværfaglige team med mange faggrupper, men med en hovedvægt på de pædagogiske fag. Dette stiller krav til social- og sundhedsassistenterne om at kunne fremhæve deres egen faglighed og kompetencer i et miljø, der på den ene side er rundet af en gammel plejekultur, men trinvis overgået til et mere og mere fremherskende pædagogisk fokus - samtidig med, at medarbejdere og ledere oplever, at brugerne får større behov for fysisk pleje. På hvilken måde denne udvikling lander i forhold til opgavefordeling, samarbejde og organisation i de tværfaglige team, er ikke nemt at spå om, men det kan konstateres, at det dagligt på arbejdspladserne - i kombination med oplevelsen af begrænsede ressourcer - kan være genstand for diskussioner mellem medarbejderne eller 'fnidder' i opgavefordelingen, sådan at det kan blokere for en fælles fremtidig fokusering, hvor man kombinerer kompetencerne.

Nogle hurdler i forhold til at social- og sundhedsassistenterne indgår i disse mål om at kombinere kompetencerne er, at der kan være en tendens til, at social- og sundhedsassistenterne primært identificerer sig med det pleje-faglige, og stræber efter en profil i retning af sygeplejerskefagligheden. Der er ved interview givet eksempler på social- og sundhedsassistenter, der, når de har fået oplæring i medicin, synligt bærer nøglen til medicinskabet, som et bevis på den erhvervede kompetence og de statusgivende opgaver, der følger med det.

Derudover er det blandt de interviewede påpeget, at social- og sundhedsassistenterne har behov for yderligere at udvikle deres kompetencer i retning af at kunne reflektere over egen praksis i krydsfeltet mellem de pædagogiske og de plejemæssige opgaver.

## Overordnede fremtidige kompetencekrav

På baggrund af de foregående afsnit og den udfærdigede jobprofil kan en oversigt over de centrale fremtidige kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter på tilbud for udviklingshæmmede se således ud:

### **Pleje-faglige kompetencer**

- Forflytningsteknik.
- Pleje og hygiejne.
- Kendskab til somatiske sygdomme, der kan følge et udviklingshandicap.
- Krav om pædagogisk viden.
- Kendskab til særlige pædagogiske vinkler og metoder, f.eks. blindepædagogisk referenceramme.

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

De almen-faglige/personlige kompetencer, der ofte bliver fremhævet, er kompetencer, der er rettede mod dels at imødekomme de udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står overfor, dels i beboerteam/medarbejderteam, dels udadvendt i forhold til beboerne og deres pårørende.

#### *Eksempler:*

- Samarbejdsevne er helt afgørende - både internt i forhold til organiseringen i team og samarbejdet med kolleger - men også i lyset af det øgede fokus på samarbejde med andre tilbud og pårørende.
- For at understøtte det øgede fokus på dokumentation og evaluering som led i det daglige arbejde, skal disse temaer sikres styrket og udviklet, så det afspejles i de grundlæggende uddannelser.
- Arbejdet stiller store krav til medarbejdernes evne til forebyggelse og håndtering af konflikter.
- Man skal samtidig som medarbejder kunne arbejde aktivt for at minimere vold - gennem kommunikation og organisering af arbejdet.
- At kunne håndtere 'det uforudsete', og den pludselige og akutte hændelse kræver høj stresstærskel, omstillingsparathed, fleksibilitet - og ikke mindst beslutningsdygtighed.

## Jobprofil

**Eksempler på stillinger:** Social- og sundhedsassistent på botilbud for udviklingshæmmede.  
Social- og sundhedsassistent på aktivitetstilbud for udviklingshæmmede

<b>Tilbud for udviklingshæmmede</b>	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Fordeling og daglig koordinering af arbejdet - herunder overdragelse af information og opgaver fra eller til andre vagter.</p> <p>Inddragelse i planlægning af arbejdstid og arbejdsplan.</p> <p>Indgår i praktiske opgaver, som rengøring, tøjvask og madlavning.</p> <p>Bestilling, dosering og observation på medicin.</p> <p>Bestilling af depotvarer og madvarer.</p> <p>Samvær og udviklingsaktiviteter med beboerne.</p> <p>Observere beboeres udvikling og formulere nye krav til pleje og udvikling (f.eks. i samarbejde med ergoterapeut, fysioterapeut, pædagoger i teamet).</p> <p>Være kontaktperson.</p> <p>Opgaver knyttede til pårørendesamarbejde.</p> <p>Ledsage beboere ved lægebesøg, tandlægebesøg, tøjindkøb mv.</p> <p>Deltage i socialt liv med beboeren, f.eks. teaterforestillinger, fodboldkampe mv.</p> <p>Handleplansarbejde.</p> <p>Samarbejde med distriktspsykiatri, samt læge, sygehus eller gerontoteam.</p> <p>Vejledningsopgaver til kolleger om praktisk pleje, f.eks. af beboere med sukkersyge eller ernæringsvanskeligheder.</p>

<p>Aktiviteter særligt gældende for de social- og sundhedsassistenter, der varetager aktivitetsopgaver</p> <p>Aktiviteter særligt gældende for de social- og sundhedsassistenter, der varetager teamleder-/gruppelederfunktion</p> <p>Eksempler på supplerende arbejdsopgaver</p>	<p>Forberede og gennemføre aktiviteter (gåture, sang og musik, historiefortælling).</p> <p>Særlige beboertilbud, som f.eks. at være leder af kiosk, hvor beboerne arbejder.</p> <p>Formidle information om planlagte aktiviteter.</p> <p>Arrangere uformelle møder på tværs af de enkelte huse i boenheder.</p> <p>Har overordnet ansvar for koordinering af teamets/gruppens arbejde.</p> <p>Uddelegering af arbejdsopgaver.</p> <p>Indkalde afløsere ved sygemeldinger.</p> <p>Kan tilrettelægge rum for refleksion over plejehandlinger eller udvikling af aktiviteter.</p> <p>Sær-opgaver, som f.eks. at udfærdige legatansøgninger, hvis en beboer har særlige behov/ønsker.</p>
<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Udviklingen inden for brugergrupperne medfører større krav om pædagogisk viden - og at de pleje-faglige opgaver kommer til at fylde mere i det daglige arbejde.</p> <p>De steder, der arbejder med den mindst selvhjulpne målgruppe, stilles der krav om viden om arbejde med fysisk tunge/krævende brugere - eksempelvis forflytning og håndtering af lift.</p> <p>Grundlæggende pleje af de persongrupper, man har med at gøre (viden om tilgang til beboere med senhjerneskaade, autismespektrum, blindepædagogisk referenceramme, neuropædagogik osv.).</p> <p>I takt med udbredelse af leve-bo miljø, behov for viden om hygiejne og viden om husholdning og madlavning.</p> <p>Kendskab til serviceloven (fundamentet for arbejdet og ydelserne).</p>
<p>Det personlige og almenfaglige kompetenceområde</p>	<p>Samarbejdsevne er afgørende - både internt i forhold til organiseringen i team og samarbejdet med kolleger -</p>

men også i lyset af det øgede fokus på samarbejde med brugerne, andre tilbud og pårørende.

Herunder:

- Ansvarsbevidsthed i samarbejde i grupper.
- Værktøjer til planlægning.

For at understøtte det øgede fokus på dokumentation og evaluering som led i det daglige arbejde, skal disse temaer sikres styrket og udviklet.

Herunder:

- Kunne omsætte de abstrakte, overordnede mål i handplanerne til konkrete handlinger i hverdagen.
- Kunne observere på adfærd og ændringer i adfærd, herunder kunne målsætte og evaluere det.
- Krav om refleksion og selvevaluering.

Være sensitiv og adaptiv over for de særlige kommunikationsformer, beboerne bruger (ikke verbalt sprog, kropssprog, råb, lyde, humør).

Arbejdet stiller store krav til medarbejdernes evne til forebyggelse og håndtering af konflikter.

Man skal samtidig som medarbejder kunne arbejde aktivt for at minimere vold - gennem kommunikation og organisering af arbejdet.

Da beboerne kan være understimulerede og have behov for meget nærvær og kærlighed, skal medarbejderne kunne sætte grænser på en ikke krænkende måde.

At skulle håndtere 'det uforudsete' kræver en høj stress-tærskel - den pludselige og akutte hændelse stiller store krav til personalets omstillingsparathed, fleksibilitet - og ikke mindst beslutningsdygtighed.

Planlægning og strukturering af arbejdet, udvise overblik og sans for organisering, samt kommunikation med kolleger.

Kende egne kompetenceområder, og udviklingsbehov.

Klar kommunikation - positiv omgangstone, men også i stand til at sætte ord på ubehagelige ting.

Man skal kunne afdække potentialer og ressourcer - og skabe små succeser. Det sker gennem tålmodighed, empati og observation.

	<p>Formidlingsevne - kunne formidle praksis og rutiner, samt mål for brugerne til øvrige kolleger og vikarer.</p> <p>Skriftlighed.</p> <p>IT.</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p>	<p>Sidemandsoplæring - fremherskende læringsform.</p> <p>Særligt tilrettelagte kurser for arbejdspladser (f.eks. basiskurser om brugergruppen eller oplæg ved oplægsholdere med referenceramme til brugergruppen).</p> <p>Førstehjælpskurser.</p> <p>Kurser vedr. håndtering af medicin.</p> <p>'Blind for en dag' (med bind for øjnene opleve livet og praktiske forhold som blind - afholdes på arbejdspladsen).</p> <p>'Beboer for en dag' (opleve at blive lejret, flyttet og madet mv. - afholdes på arbejdspladsen).</p> <p>Ønske om bedre anvendelse af refleksionsrum i arbejdet (f.eks. personalemøder).</p>

## 10. Jobprofil 5: Social- og sundhedsassistent på socialpsykiatrisk botilbud

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere på boenheder på det socialpsykiatriske område.

### Målsætning for arbejdsområdet

Et socialpsykiatrisk botilbud, boenhed eller bocenter kan være et fællesskab mellem selvstændige huse eller lejligheder, hvor der bor en mindre gruppe beboere med fælles faciliteter som køkken, vaskeri og undervisningslokale. Derudover er der oftest f.eks. en cafe eller et aktivitets- og motionscenter.

Målsætningen på en socialpsykiatrisk boenhed kan være at udvikle beboerne, så de f.eks. kan flytte for sig selv i egen bolig, at de kan klare et afgrænset fleks- eller skånejob - måske et par timer om ugen - grundlæggende opnå mere indhold i livet og bestemmelsesret. Gennemgående er det målsætningen at tage udgangspunkt i den enkelte beboers situation med henblik på dialog og støtte, således at beboeren bliver i stand til at mestre sin dagligdag og tage ansvar for eget liv og fremtid.

*”Førhen sagde man, at man blev båret ind i psykiatrien, og man blev båret ud. Nu siger vi, at man igen skal kunne få så meget fat i livet, at man selv kan ”gå ud”.”*

(Forstander på socialpsykiatrisk boenhed)

*”Loven om social service fra 1999, der afløste bistandsloven, løftede livstidsklienten til at blive en deltagende samfundsborger.”*

(Forstander på socialpsykiatrisk boenhed)

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Under 10 % (2.255 ud af 24.341 af de uddannede social- og sundhedsassistenter) var i 2006 beskæftigede inden for området ’Døgninstitutioner for voksne med handicap’<sup>13</sup>. Betegnelsen ’Døgninstitutioner for voksne med handicap’ er det tætteste man kan komme på en opgørelse i forhold til socialpsykiatriske boenheder hos Danmarks Statistik og omfatter døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, samt psykiatriske plejehjem og bofællesskaber for handicappede. Antallet af ansatte inden for socialpsykiatriske boenheder må således antages at udgøre en vis del af de beskæftigede inden for ’Døgninstitutioner for voksne med handicap’.

Medarbejderne på arbejdspladserne kan være social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, læger, sygehjælpere, plejere (eventuelt pædagoger og pædagogmedhjælpere).

---

<sup>13</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).



## **Brugergruppen**

Beboere på socialpsykiatriske boenheder er personer med social-psykiatriske problemstillinger, som f.eks. skizofreni, angst, depressioner, og de deraf afledte sociale problematikker. Nogle beboere er i stand til at styre deres egen økonomi, mens andre har pårørende eller andre, der må organisere også den del af deres liv.

Flere socialpsykiatriske boenheder er i dag indrettet som leve-bo. Når eksempelvis plejecentre leder efter inspiration til at opbygge plejecentre efter leve-bo principper, vil flere hente inspiration fra socialpsykiatrien, der har en længere erfaring med dette.

Leve-bo kan betyde, at beboerne selv er med til at bestille inventar og har kontakten til leverandører. Erfaringer fra de steder, hvor det er sket, viser, at beboerne er krævende i den sammenhæng, og at der oftest findes en bedre og mindre institutionslignende rumindretning. Beboerne på leve-bo enheder deltager også i indkøb og madlavning, og på nogle botilbud har der været gennemført projekter, hvor beboerne har udgivet kogebog på et forlag. For beboerne kan det være en del af deres behandling og stimulering, at de kan bruge deres sanser, f.eks. at de kan lugte maden. Til forskel fra en situation, hvor maden kommer fra centralkøkkener, medfører leve-bo principper som disse, at man kan sanse duftene, og denne sanseoplevelse er et element i at tage aktiv del i en hverdag, og kan være et element i en socialisering på vej til et liv uden for sygehus eller boenhed.

*”Der er måske kommet for meget fokus på effektivitet i vores arbejde. Hvordan kan en metafor som effektivitet overhovedet komme ind i vores hverdag, når vi taler om samvær? Vi kender det også derhjemme. Der er blevet så meget med, at vi skal være færdig.. med madlavning osv. osv.... Måske skulle vi hellere spørge: ”Hvornår kan vi være her så længe, at vi begynder at få et samspil?””*

(Forstander på socialpsykiatrisk boenhed, ved medarbejderseminar)

Citatet illustrerer, at leve-bo og de aktiviteter, der er knyttede hertil, skal udnyttes og bruges i relation til udvikling af beboerne.

## **Teamorganisering**

Mange arbejdspladser er teamorganiserede, om end teamorganisering for langt de fleste er af nyere dato (gennemført inden for de sidste fem-syv år).

Langt de fleste steder er teamene tværfagligt sammensat med en variation mellem, om man arbejder med faste kontaktpersoner til faste patienter/beboere, eller om man arbejder med et mindre team knyttet til en patient-/beboergruppe.

Opgaverne i teamene kan være den daglige arbejdstilrettelæggelse, fordeling af opgaver og projekter, eller at medarbejderne udfærdiger handleplanerne i team i samarbejde med beboerne (under supervision, f.eks. af ledelsen). Nogle steder har man en administrativ ansat til at varetage administrative opgaver som lønssystem eller vagtplaner, at rekvirere hjælpemidler, og koordination og planlægning af møder mv. Andre steder varetages dette i teamet.

## Overordnede udviklingstendenser

I dette afsnit redegøres for de overordnede udviklingstendenser inden for det socialpsykiatriske område.

### Konsekvenser af strukturreformen

For mange af de socialpsykiatriske boenheder har processen omkring, hvorvidt de fremover ville blive placeret i region-regi eller ville overgå til kommunal ledelse, præget visioner og planlægning gennem den seneste tid. Fordelingerne er nu faldet på plads, sådan at omkring fire ud af fem af den type tilbud er overgået til kommunal ledelse. Dette vil også få konsekvenser for social- og sundhedsassistenters arbejde.

Tilbuddene inden for området står i en omstillingsproces fra mål- og rammestyrt til styring efter de principper, der er kendetegnende for de kommuner, de enkelte tilbud er blevet placeret i. Der kan være forskellige rutiner i forhold til hvordan man håndterer arbejdstidsplanlægning, indberetning af arbejdsskader, klagesager mv.

Derudover sker der forandringer af administrativ art - som det, at personer man skal henvende sig til, er placeret andre steder, har fået ny e-mail eller telefonnummer. Eller at det er blevet vanskeligt at få udbetalt kontanter til indkøb sammen med beboerne.

### Et fokusskift på det socialpsykiatriske felt

På det socialpsykiatriske felt arbejder man på mange tilbud strategisk og i udvikling af medarbejdernes kompetencer ud fra et ønske om at flytte terminologien fra at tale om klienter eller patienter til i højere grad at udføre socialt arbejde med mennesker, der har haft en sindslidelse. Tilgange som recovery og rehabilitering med fokus på menneskers kompetencer og det de kan, er i fokus. Blandt de interviewede på boenhederne hører vi strategier om at bevæge sig tydeligere mod at være et sted, hvor man tilbyder et levende og aktivt miljø, og fjerne sig fra billedet af at være en institution, der er indrettet til at passe borgere, der ikke er i stand til at tage vare på sig selv.

Denne tilgang bliver understøttet af afprøvning af nye arbejdsformer og inddragelse af brugerne, og de erfaringer, man høster i praksis. En social- og sundhedsassistent fortæller:

*”Arbejdet her hos os har ændret sig meget gennem tiden. Nye udfordringer, andet klientel, nye forstandere. Tidligere var der generelt fokus på pleje og omsorg, mens beboerne i dag inddrages og skal tage ansvar. Eksempelvis har beboerne på X [=særligt afsnit for beboere med færre personale og flere aktiviteter] været med til at bestemme tildelingen på vagtplanen. Tidligere var der en holdning til, at beboerne ikke kunne være alene. I dag er man gået fra fire til to nattevagter.”*

(Social- og sundhedsassistent på socialpsykiatrisk boenhed)

Tilsvarende erfaringer har en uddannelsesleder på et større socialpsykiatrisk botilbud gjort sig:

*”I vores regi - socialpsykiatrien - har man traditionelt haft en ret høj personaledekning. Det er en del af traditionen og erfaringen. Men det*

*vil gå i en anden retning. .. Og nogle gange skal vi måske turde stille spørgsmålet: Om det kan være en fordel for brugerne, hvis der ville være mindre personale? Faktisk er det sådan, at nogle brugere efterspørger mere pædagogfri områder.”*

(Uddannelsesleder og psykolog på socialpsykiatrisk botilbud)

Hvis scenariet er en mindre eller mere fleksibel bemanning på boenhederne, så rejser sig naturligt spørgsmålet om, hvilken ledelsesstrategi og hvilke kompetencer, der understøtter denne tilgang, der vægter mere frihed og mere inddragelse. Blandt de interviewede ledere har der været rejst spørgsmål om, hvorvidt personalegruppen (herunder social- og sundhedsassistenter) har forudsætningerne for også selv at kunne agere frit i en friere organiseret hverdag - hvilket ikke alle på forhånd har kompetencer til. Det sidste typisk fordi deres eget arbejde gennem en længere årrække har været stramt koordineret og organiseret med få frihedsgrader.

### **Mere dokumentation og markedsorientering**

Medarbejdere og ledere oplever, at der stilles krav om mere dokumentation, hvor medarbejdere og ledere i højere grad end tidligere skal dokumentere, hvorfor de bruger tiden som de gør. Medarbejdere og ledere forventer, at kommunerne vil blive kritiske brugere, der vil have sikkerhed for, at de får kvalitet og ydelse for deres penge. Det er lovbestemt, at alle tilbud skal beskrive deres ydelser på VISO, som er en tilbudsportal. Gennemgående er der ikke tvivl om, at der vil blive en større markedsorientering, blandt andet grundet kritiske brugere og pårørende, samarbejdspartnere og visiterende enheder.

### **Nye brugergrupper**

Der er i de socialpsykiatriske boenheder en forventning om, at der vil skulle udformes flere tilbud til dem 'midt imellem' i form af åbne boligtilbud, f.eks. i form af selvstændige enheder med livline-ordninger, udekørende hjælp til psykiatriske borgere eller boenheder, hvor beboerne er delvist tilknyttede. Det kan også blive forandringer i form af, at boenhederne kommer til at fungere som åbne sociale væresteder eller aktivitetscentre, hvor beboerne bor i opgangsfællesskaber i lokalområdet i tilknytning til centeret. Den type ny organisering af opgaverne gør sig blandt andet også gældende inden for plejeområdet, hvor der er en forventning om, at der vil blive etableret flere akutpladser. Den type forandringer stiller naturligvis social- og sundhedsassistenterne over for nye krav, blandt andet i retning af at udbygge deres kompetencer i endnu højere grad i retning af det aktivitetsskabende, samt at kende til de nye brugergrupper og deres særlige situation.

### **Nye arbejdsopgaver**

På de socialpsykiatriske boenheder fokuserer man meget på at skabe kvalitet gennem brugerinddragelse og mere fokus på kerneopgaven - samvær og aktivitet med beboerne. Samtidig stilles medarbejderne over for kravene om mere uddybende dokumentation af plejen, handleplaner og udvikling. Dette medfører nye arbejdsopgaver - også for social- og sundhedsassistenter inden for området. De skal have kompetencer til at afholde møder med beboerne, hvor der er fokus på inddragelse. På nogle tilbud arbejder man med at implementere frit valg af kontaktperson. Det kan f.eks. betyde, at beboerne selv vælger deres kontaktperson for et år af gangen. Dette stiller samtidig krav til social- og sundhedsassistentens evne til at kunne håndtere samarbejdet med kolleger om dette.

Mange steder oplever medarbejderne det som en udfordring at skulle håndtere den megen dokumentation. Det stiller krav om kendskab til viden og kendskab til dokumentation - herunder basale IT-færdigheder. I teamene skal medarbejderne eksempelvis kunne trække statistikker om magtanvendelse, indberetninger om arbejdsmiljø, udfærdige handleplaner, samt trække på viden fra en databank fra brugere af det fælles system. Meget dokumentation vil fremover ligge i semiåbne IT-systemer for de involverede (beboeren selv, pårørende, sagsbehandlere, læger, medarbejdere og ledere på boenhed m.fl.).

### **Rekruttering som udfordring**

Arbejdspladser inden for området socialpsykiatri vil ligesom de fleste andre områder på social- og sundhedsområdet blive nødt til at arbejde struktureret med rekruttering, da der viser sig begyndende mangel på arbejdskraft inden for fagområdet. Dette gør arbejdspladserne på forskellige måder, men nogle af de løsninger, som arbejdspladserne vælger, for at skabe den attraktive arbejdsplads er:

- At man forsøger at ansætte medarbejdere i fuldtidsstillinger.
- At man tilstræber at ansætte uddannet personale i alle team og med høj andel af uddannede.
- At ansætte faste afløsere, sådan at man gør arbejdspladsen attraktiv for elever at søge tilbage til (eventuelt gennem oprettelse af eget vikarkorps).
- Man vil skabe et uddannelsesmiljø, hvor arbejdspladsen bliver valgt som foretrukket uddannelsessted/praktiksted for social- og sundhedsassistenterne, blandt andet gennem gode introduktions- og læringsforløb.

## **Overordnede fremtidige kompetencekrav**

På baggrund af de foregående afsnit og de gennemførte interview kan en oversigt over de fremtidige kompetencekrav se således ud (se også jobprofil nedenfor):

### **Pleje-faglige kompetencer**

De centrale pleje-faglige kompetencer, der bliver fremhævet, er kompetencer, der afspejler de ændringer i den faglige fokusering, som social- og sundhedsassistenterne overordnet set oplever inden for det socialpsykiatriske område.

#### *Eksempler:*

- At holde sig kompetencemæssigt ajour og en løbende faglig opjustering på centrale/kerne-fagområder inden for psykiatri og socialpsykiatri (der sker en større specialisering og fortsat forskningsmæssig udvikling på området).
- Afhængigt af målgruppen skal social- og sundhedsassistenten have kendskab til demens, skizofreni, psykoser, depression (+ følgesygdomme).
- Viden om behandlingsmetoder og faglige discipliner.
- Pædagogiske og socialpædagogiske teorier og metoder.
- At have den faglige viden til at kunne gennemføre samtaler med beboerne.
  - Med fokus på det kognitive (hvordan skal dagen gå? Praktiske opgaver).
  - Med fokus på motivation (hvad kan motivere en beboer?).
- At have den faglige viden til at arbejde med stemmehøring (Med udgangspunkt i metoden arbejder man med de stemmer, som beboeren hører).

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

Kompetencer, der er rettede mod at imødekomme udfordringer både internt i medarbejdergruppen og udadvendt i forhold til borgere, beboere og pårørende.

- Relationskompetence.
- Kommunikation.
- Fokus på det sociale element i arbejdet med den psykisk syge og fokus på dennes ressourcer (recovery).
- Kunne stimulere og understøtte brugerinvolverende metoder og arbejdsformer.
- Konfliktåndtering og konfliktdæmpende adfærd.
- Kunne have overblik over beboeres medicinforbrug, således at en beboer ikke får den samme medicin i for lang tid (i samarbejde med læge og psykiater).
- At have kompetencer til at afholde møder med beboerne.
- Kendskab til systemer til elektronisk dokumenthåndtering.
- Viden og kendskab til dokumentation - herunder IT-kundskaber.

Følgende citat fra et interview illustrerer det, som interviewpersonen mener er baggrunden for kompetencen relationskompetence:

*”Der er ikke noget så forstyrrende som hvis en medarbejder har vanskeligheder ved at finde ud af: Hvad er mit problem? Hvad beboerens problem er, og hvad der er vores fælles problem i den relation, vi har.”*

(Forstander på socialpsykiatrisk boenhed)

## Jobprofil

<b>Socialpsykiatri</b>	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Fordeling og daglig koordinering af arbejdet. Inddragelse i planlægning af arbejdstid og arbejdsplan.</p> <p>Praktiske opgaver som f.eks. at anrette morgenmad, frokost og aftensmad, madlavning sammen med beboere, mindre gøremål, indkøb, rengøring, tøjvask.</p> <p>Plejeopgaver (al daglig personlig hygiejne).</p> <p>Plejeopgaver i forhold til beboere, der har følgesygdomme.</p> <p>Deltage i pårørendemøder og møder med samarbejdspartnere (som f.eks. sagsbehandlere).</p> <p>Deltage i evt. aflevering af patienter eller beboerne til andre tilbud.</p> <p>Elektronisk klientjournalisering og dokumentationsopgaver.</p> <p>Kontakt- og relationsarbejde.</p> <p>Vejledning af personale eksempelvis ved hjælp af Marte Meo med fokus på god adfærd, ressourcer.</p> <p>Vejledning af beboere.</p> <p>Undervisning af pædagog- og social- og sundhedselever.</p> <p>Opgaver knyttede til medicinering og medicinobservation.</p> <p>Kontakt til læger og psykiatere.</p> <p>Formidlingsopgaver til kolleger.</p> <p>Tilstedeværelse, eksempelvis i form af kontaktpersonrollen over for et team på fire-seks beboere.</p> <p>Morgenmøder og øvrige møder med beboerne. Samtaler med beboerne.</p> <p>Fungere som kontaktperson for beboere med helt særlige behov</p>

<p>Eksempler på supplerende arbejdsopgaver</p>	<p>(f.eks.: en 'posedame', der kun kontaktes ganske sjældent). Tillidsmandsarbejde, blandt andet i forhold til arbejdstidstilrettelæggelse.</p> <p>Deltagelse i projekter eller udviklingsopgaver.</p>
<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til psykiatrisk teori og viden.</p> <p>Kendskab til behandlingsmetoder og faglige discipliner som f.eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miljøterapi (struktur, overskuelighed, stimulation, adspredelse).</li> <li>• Marte Meo Metoden.</li> <li>• Stemmehøring.</li> <li>• Recovery (genfinde ressourcer og kompetencer). Recovery er en tankegang og metode udviklet inden for psykiatrien, der handler om at støtte borgeren i det positive, de formår, og i at tage ansvar for eget liv).</li> <li>• Jeg-støttende sygepleje (teori og metode).</li> <li>• Kognitiv terapi og metode: Metoder til at hjælpe beboerne i forhold til ændring af tankemønstre og handlemønstre.</li> <li>• Systemisk teori.</li> <li>• NLP.</li> <li>• Psykodynamisk teori og praksis.</li> <li>• Misbrugspsykiatri.</li> <li>• Specielle praksisformer som f.eks. NADA NADA-akupunktur er et standardiseret øreakupunkturprogram, der er en metode til hjælp i abstinensbehandling og ved psykiske problemer som angst, søvnforstyrrelser, aggressioner m.m., men også som en metode, der fremmer recovery og understøtter psykoterapeutisk arbejde og indsigt.</li> <li>• Pædagogiske metoder og teorier.</li> </ul> <p>At kunne opspore og forebygge (også) somatiske sygdomme.</p> <p>Medicinering og medicinobservation, viden om medicins virkninger og bivirkninger.</p> <p>Støtte til struktur på beboernes liv. Eksempelvis hjælp til rengøring, indkøb, aftaler med familie.</p>
<p>Det personlige og almen-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til systemer til elektronisk dokumenthåndtering.</p> <p>Viden og kendskab til dokumentation - herunder IT-kundskaber.</p> <p>Kunne gennemføre dokumentation: handleplaner, funktionsbe-</p>

	<p>skrivelser af, hvad beboere kan klare.</p> <p>Metoder til kommunikation og opsøgende relationsarbejde.</p> <p>Kunne stimulere og understøtte brugerinvolverende metoder og arbejdsformer.</p> <p>Observationer - og kobling til den teori, medarbejderen har med sig.</p> <p>Omstillingsparathed.</p> <p>At være god til at stille spørgsmål - ”hvorfør gør I som I gør?” At være kritisk konstruktiv.</p> <p>Kunne lide at være den, der er tættest på beboeren/patienten.</p> <p>Personlig og moden integritet.</p> <p>Skal kunne sætte sig i anden række i forhold til beboeren.</p> <p>Kunne reflektere.</p> <p>Kunne forklare de dilemmaer social- og sundhedsassistenten står i, i forhold til beboeren eller andre.</p> <p>Have entusiasme for beboeren.</p> <p>Besidde det man kan kalde for ’social indignation’, som de bruger konstruktivt.</p> <p>Udviklingsparathed, se muligheder, ikke begrænsninger. Relationskompetencer - kunne arbejde med sig selv i relationen til andre (patienten, beboeren, pårørende mv.).</p> <p>Arbejde professionelt - kunne handle på baggrund af analyser.</p> <p>Deltage i jobudvikling. F.eks. at tage den udfordring op, der ligger i at skrælle kartoflerne selv i stedet for at få dem bragt fra et centralkøkken.</p> <p>Kunne finde det sociale element i alle relationer, f.eks. gennem lysten til samværssituationer af praktisk art med beboerne.</p> <p>At arbejde med beboernes handlemuligheder (eksempelvis at gå en tur med beboeren i stedet for at ringe til ergoterapeuten).</p> <p>Konflikthåndtering. Have indsigt i de mellemkollegiale spil og relationer mellem personale og beboer. Forstå en konflikt og</p>
--	--



	<p>hvad, der er 'min aktie' i den.</p> <p>Konfliktløsning - teknikker og metoder.</p> <p>Tage den svære kommunikation, være autentisk, turde gå til et problem med et smil.</p> <p>Etablere og bevare kontakt med respekt for den enkelte, både til beboere og pårørende.</p> <p>Samtaleformer, hvilket spørgsmål skal f.eks. bruges i denne situation med henblik på motivation?</p> <p>Metoder til elevarbejde og vejledning (studerende).</p> <p>Samarbejdsmetoder, lytte, forstå, empati.</p> <p>Respekt og rummelighed.</p> <p>Overblik.</p> <p>Psykisk robusthed, f.eks. håndtere at blive svinet til af beboere. Sætte grænser og kunne sige fra.</p> <p>Skriftlig dokumentation, kunne give hjælp til skriftlig formulering til kolleger.</p> <p>Implementering, igangsætter: Hvordan man får et projekt i gang og fastholder det.</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p> <p>Typiske læringsformer, der anvendes i dag</p>	<p>Undervisningsformen på social- og sundhedsassistentuddannelsen er problembaseret læring og projekter, og med fokus på kommunikation og formidling.</p> <p>Læring gennem formidlingsopgaver.</p> <p>Fordybelsesdage.</p> <p>Efteruddannelse i socialpsykiatri og psykologisk orienterede teorier (fagspecifikke kurser).</p> <p>Uddannelse i relationskompetencer.</p> <p>Uddanne sig til nøgleperson inden for et område med relevans for arbejdspladsen.</p> <p>Uddannelse sammen med beboeren om fælles relevant stof.</p> <p>Supervision fra særlige team, socialrådgivere, psykologer.</p>

<p>Eksempler på læringsformer, som medarbejdere og ledere udtrykker ønske om man kunne anvende i større grad</p>	<p>Udnytte de muligheder, der ligger i AMU-systemet.</p> <p>Diplomuddannelse (f.eks. særligt udviklede forløb gennem CVU).</p> <p>Udveksling - at komme ud på andre arbejdspladser, også international udveksling.</p> <p>At gennemføre fælles uddannelsesprojekter for alle faggrupper på arbejdspladsen.</p> <p>Kursus i nye organisationsformer, f.eks. arbejde i team.</p> <p>Videndeling, f.eks. i form af supervision med psykolog i team eller tematiske eftermiddagsmøder. Udveksling af viden og undervisning mellem afdelingerne i forbindelse med f.eks. vanskelige beboere.</p>
--	---

## 11. Jobprofil 6: Social- og sundhedsassistenter på psykiatrisk behandlingstilbud på sygehuse, herunder også distriktpsychiatri

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere af psykiatriske behandlingstilbud på sygehuse, herunder også distriktpsychiatri.

### Målsætning for arbejdsområdet

Målsætning på et psykiatrisk sygehus eller et gerontopsykiatrisk afsnit kan være at stabilisere en patients situation (gennem behandling, pleje og omsorg), sådan at han eller hun kan komme til at leve et liv i institution eller i hjemmet. Ofte vil en bruger på et psykiatrisk behandlingstilbud være i en overgangssituation (af varierende varighed), mellem en krisesituation til en mere stabil situation.

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Sygehuse er et af de områder, hvor en større del af de uddannede social- og sundhedsassistenter er ansat. I 2006 drejede det sig om 6.384 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, svarende til 26 %<sup>14</sup>. I særkørslerne fra Danmarks Statistik benævnes sygehuse for hospitaler og omfatter foruden sygehuse også hospicer, distriktpsychiatiske klinikker, psykiatriske sygehuse mv. Opgørelserne omfatter således en bredere målgruppe end de social- og sundhedsassistenter, der er ansat på psykiatriske behandlingstilbud på sygehuse.

En undersøgelse fra FOA (2007) viser dog, at knap en ud af fire af de social- og sundhedsassistenter, der er ansat på sygehuse, er beskæftigede inden for det psykiatriske område. Antages dette at kunne overføres på datamaterialet i denne undersøgelse, vil det svare til, at omkring 1.500 social- og sundhedsassistenter er beskæftigede inden for det psykiatriske område på sygehuse.

Medarbejderne på psykiatriske sygehuse og i de distriktpsychiatiske team arbejder ofte i tværfagligt sammensatte team med fokus på det læge-faglige og det plejeorienterede arbejde. Social- og sundhedsassistenter arbejder således sammen med sygeplejersker, læger, sygehjælpere, plejere, (under opskoling), ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Der ses en tendens til, at social- og sundhedsassistenter vinder mere fodfæste inden for de psykiatriske behandlingstilbud. Fordelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter var for fem-ti år tilbage 50 % - 50 %, mens der i dag er flere social- og sundhedsassistenter end sygeplejersker på denne type arbejdspladser.

Forklaringer på dette kan være flere, og de interviewede fortæller, at nogle af de vigtige årsager er, at social- og sundhedsassistenterne er blevet kompetenceudviklet, så de kan tage sig af medicindelen. Derudover er det væsentligt, om øvrige faggrupper som f.eks.

---

<sup>14</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).

sygeplejersker, er villige til at videregive deres opgaver til social- og sundhedsassistenterne (se også FOA Social- og sundhedsassistenter på sygehusene - en faglig ressource, januar 2007).

En tredje årsag til at social- og sundhedsassistenter kan vinde terræn, er ifølge nogle af de interviewede, at de psykiatriske og gerontopsykiatriske afdelinger ikke har den store tiltrækning på sygeplejerskerne, da der ikke er så høj prestige forbundet med det. Ydermere flytter psykiatrien sig i disse år væk fra tidligere at have været en mere ensidig medicinsk disciplin, til at få mere fokus på sideløbende øvrige terapiformer, aktiviteter og social-psykiatrisk arbejde.

### **Beboere og patienter**

Der er forskel på, hvordan man benævner de personer, der er på de psykiatriske sygehuse. Nogle steder omtaler man dem 'patienter', på andre benævnes de 'beboere' eller 'borgere'. Men fælles for dem er, at de er personer med forskellige socialpsykiatriske problemstillinger, skizofreni, angst, depressioner, og de deraf afledte sociale problematikker. Nogle psykiatriske sygehuse specialiserer sig i ældre, psykiatriske patienter, kaldet gerontopsykiatriske sygehuse, eller de kan være (delvist lukkede) behandlingssteder for personer med en behandlingsdom mv.

### **Teamorganisering**

Mange arbejdspladser er teamorganiserede, om end teamorganisering for langt de fleste er af nyere dato (gennemført inden for de sidste fem-syv år).

Langt de fleste steder er teamene tværfagligt sammensat med en variation mellem, om man arbejder med faste kontaktpersoner til faste patienter, eller om man arbejder med et mindre team knyttet til en patientgruppe.

Teamorganisering kan handle om, at medarbejderne foretager færdighedsvurderinger eller handleplaner i team, eventuelt i samarbejde med beboerne. (Handleplaner eller færdighedsvurderingen fremlægges derefter for deres ansvarlige leder). Eller man kan anvende teamene til f.eks. dagligt at behandle problemstillinger, man kommer ud for i samværet med patienterne, og man anvender teamene til fleksibelt at kunne fordele dagens opgaver mellem hinanden.

Her følger nogle citater, der beskriver elementer omkring arbejdsform, fordeling af kontaktpersoner og udfordringer i arbejdet i team:

*"Vi har teampleje her. Det vil sige, at vi er opdelt i to team, hvor halvdelen af patienterne så hører til hvert team. Så har vi teamdag en gang om måneden, hvor vi går fra - hvor hele teamet en hel dag snakker pleje og stuegang og så videre. Onsdagen er 'Store planlægningsdag'. Og på teamdagen snakker vi det hele igennem."*

(Social- og sundhedsassistent)

*”Men vi tilpasser det også sådan, at vi har en god kemi med patienten... altså selvom man er kontaktperson, så behøver man ikke nødvendigvis at klare alt omkring patienten.... Men det kan sagtens være sådan, at jeg er kontaktperson, men at jeg i en periode på 14 dage ikke har noget at gøre med den reelle pleje. Fordi det viser sig, at kemien er dårlig. Så tager de andre bare over i en periode, og så ændrer det sig - måske.”*

(Plejer under uddannelse til social- og sundhedsassistent)

*”Det der er sværest, det er vel at vænne sig til teamdagene. Og sidde ned og behandle i fem - seks timer, og vænne sig til, at i personalegruppen er det altid sagligt og aldrig personligt. Det har en vis tilvænnning, at man kan sige alt.”*

(Plejer under uddannelse til social- og sundhedsassistent)

Citaterne viser, at der er en række nye faglige discipliner som f.eks. metoder til refleksion, mødeledelse, samt koordinering af det daglige arbejde samt koordinerende arbejde i forhold til kontaktpersonsopgaven.

## Overordnede udviklingstendenser

I det følgende afsnit beskrives de overordnede udviklingstendenser på arbejdsområdet.

### Rekruttering som udfordring

Mange arbejdspladser inden for området socialpsykiatri vil blive nødt til at arbejde struktureret med rekruttering. Dette gør arbejdspladserne på forskellige måder, men der findes også nogle fællestræk for at skabe den attraktive arbejdsplads, som er:

- At man forsøger at ansætte medarbejdere i fuldtidsstillinger.
- At man tilstræber at ansætte uddannet personale i alle team og med høj andel af uddannede.
- At man vil ansætte faste afløsere, sådan at arbejdspladsen bliver attraktiv for elever at søge tilbage til efter endt uddannelse.
- At man vil skabe et uddannelsesmiljø, hvor arbejdspladsen bliver valgt som foretrukket uddannelsessted/praktiksted for social- og sundhedsassistenterne, blandt andet gennem gode introduktions- og læringsforløb.

### Forebyggelse og sundhedsfremme

Kommunerne overtager fremover det primære ansvar for indsatsen i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Følgende citat kan beskrive noget om de ændrede vilkår for forebyggelse og genoptræning, som også social- og sundhedsassistenter skal kunne tage del i.

*”I dag har jeg fundet ud af, at der er kommet nogle nye regler for fysikbehandling - at det skal ordineres herfra inden udskrivning, for ellers bliver der ikke sat noget i værk. Det bliver vores lægers ansvar, at de papirer bliver skrevet inden patienten bliver udskrevet. Kommunerne har ikke nogen ordineringsret eller behandlingsret, så det skal være i*

*orden herfra....Og det er så noget, vi har fundet ud af i dag, og nu er der så gået fire uger [siden 010107], og der skal sikkert nok komme mange sjove ting.”*

(Plejer under opskoling til social- og sundhedsassistent)

Social- og sundhedsassistenterne gennemfører i dag i nogle tilfælde genoptræning. Det kan være genoptræning af patienter, der er ude over deres psykiatriske lidelse, og som har somatiske problemer, f. eks er dårligt gående eller har gigt. Her er social- og sundhedsassistenten med til at visitere fysioterapi, eller de gennemfører gangtræning i afdelingen.

### **Diagnoser frem for helhedssyn**

Blandt de interviewede forventer medarbejdere og ledere, at der fremover kan blive mere fokus på dokumentation af plejehandlinger, dokumentation af handleplaner samt ikke mindst beskrivelse af diagnoser og diagnoser som måleenhed for, hvordan der gives bevillinger. De forventer, at der skal arbejdes mere målrettet med en diagnose, hvor man tidligere har arbejdet med mere brede og dækkende beskrivelser af patienten. Medarbejdere og ledere mener, at de skal ruste sig til denne udvikling ved at blive gode til præcist at få klarlagt og dokumenteret de diagnoser, der arbejdes med.

### **Medarbejderne ønsker evidens og kvalitetsmålinger baserede på kvalitative parametre**

De interviewede social- og sundhedsassistenter har et ønske om at blive målt på kvaliteten. I undersøgelsen er der kortlagt en række af de parametre, som social- og sundhedsassistenter ville definere som kendetegnende for en god kvalitativ plejeindsats. Disse beskrives i følgende punkter:

- F.eks. ved at de får nogle gode konstruktive tilbagemeldinger, eller at der gennemføres nogle gode flytninger af patienter eller beboere.
- Tilbagevendende vurdering gennem patient- og pårørendeundersøgelser.
- En anden indikator for god kvalitet i plejen, er et mindre antal skadeanmeldelser på personalet (når patienterne slår, sparker, bider og spytter på grund af afmagtsforhold i relationen mellem personale og beboer, eller på grund af patienternes almene tilstand, som plejen er i stand til at behandle).
- Endelig kunne social- og sundhedsassistenterne ønske at blive målt på, om det er en attraktiv arbejdsplads, det psykiske arbejdsmiljø samt på om arbejdspladsen opfattes som et højt kvalificeret uddannelsessted, som studerende søger tilbage til.

## **Overordnede fremtidige kompetencekrav**

På baggrund af det foregående afsnit og de gennemførte interview kan en oversigt over de fremtidige kompetencekrav se således ud (se også jobprofil nedenfor):

### **Pleje-faglige kompetencer**

- Kompetencer, rettede mod behandlingsmetoder og faglige discipliner (forskellige terapiformer).

- Observationskompetence ('klinisk blik') i forhold til at kunne opspore og forebygge også somatiske sygdomme.
- At have udvidet viden om medicinens virkninger og bivirkninger.

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

Kompetencer, der er rettede mod at imødekomme udfordringer både internt i medarbejdergruppen og udadvendt i forhold til patienter, borgere, beboere og pårørende.

- Metoder til refleksion.
- Formidlingsopgaver.
- Mødeledelse samt koordinering af det daglige arbejde.
- Samt koordinerende arbejde i forhold til kontaktperson-rollen og samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet.

## Jobprofil

**Eksempler på stillinger:** Social- og sundhedsassistent på psykiatrisk sygehus, social- og sundhedsassistent i distriktpsikiatrisk team

Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Rapportskrivning og -overdragelse mellem vagter.</p> <p>Fordeling og daglig koordinering af arbejdet.</p> <p>Deltage i medicinuddeling.</p> <p>Praktiske opgaver som f.eks. at anrette morgenmad, frokost og aftensmad, nogle gange med madlavning sammen med patienter og beboere, smågøremål, indkøb, rengøring, tøjvask.</p> <p>Plejeopgaver (al daglig personlig hygiejne).</p> <p>Plejeopgaver i forhold til patienter eller beboerne, der har følgesygdomme.</p> <p>Følge og bistå ved ECT behandlinger (chokbehandlinger), røntgenundersøgelser, CT scanninger.</p> <p>Deltage i pårørendemøder.</p> <p>Deltage i udskrivningskonferencer, f.eks. med kommune.</p> <p>Udarbejde færdighedsvurderinger og handleplaner.</p> <p>Stuegang. Social- og sundhedsassistenterne har med støtte i bog/kardex mulighed for at tage problematikker op med lægen, og få disse samt ændringer journalført.</p> <p>Deltage i indlæggelsessamtaler sammen med læge. Social- og sundhedsassistenten bidrager med især relevante plejespørgsmål. Det kan være dialog med hjemmeplejen om hvordan patienten/beboeren/borgeren spiser, og hvordan plejen i det hele taget hidtil er foregået. Social- og sundhedsassistenten har typisk nogle mere almene plejespørgsmål og spørgsmål om den enkelte persons vaner og hverdag, hvor lægen typisk kan lægge mere vægt på medicinering.</p>



<p>Snitflader til andre faggrupper</p>	<p>Deltage i aflevering af patienter eller beboerne til andre tilbud.</p> <p>Injektionsopgaver. Nogle steder har social- og sundhedsassistenter fået efteruddannelse, således at de kan foretage injektioner, andre steder er det øvrige faggrupper som læger eller sygeplejerske, der varetager denne opgave.</p> <p>Nogle steder kan social- og sundhedsassistenter varetage ledelsesfunktioner. Andre steder kan de ikke indgå i lederstillinger (afhænger f.eks. af den lokale sygehusledelse i et tidligere amt/nu region).</p> <p>Nogle steder har man ansat en administrativ medarbejder til at varetage administrative opgaver som lønsystem eller vagtplaner, at rekvirere hjælpemidler, og koordination og planlægning af møder mv. Andre steder er det i teamene blandt plejepersonalet, at disse opgaver varetages.</p> <p>Elektronisk patientjournalisering (EPJ). På tidspunktet for de gennemførte interview var der en stående debat om, hvorvidt social- og sundhedsassistenter kan få lov at skrive EPJ, eller om de blot kan læse deri. Status er, at social- og sundhedsassistenterne de fleste steder betjener sig af elektronisk dokumenthåndtering, som f.eks. TERIAC (medicinmodul) eller Labcare (laboratiemodul).</p>
<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til behandlingsmetoder og faglige discipliner som f.eks.:</p> <p>Miljøterapi (struktur, overskuelighed, stimulation, adspredelse).</p> <p>Demensforskning og teori.</p> <p>Forskning og teorier vedr. aldring og psykiatri (gerontopsykiatri).</p> <p>At kunne opspore og forebygge (også) somatiske sygdomme.</p> <p>Pleje-faglige områder.</p> <p>Observationskompetence.</p> <p>Medicinering, viden om medicins virkninger og bivirkninger.</p> <p>Afhængigt af målgruppen skal social- og sundhedsassistenten have kendskab til demens, skizofreni, psykoser,</p>

	depression m.fl.
Det personlige og almenfaglige kompetenceområde	<p>Kendskab til systemer til elektronisk dokumenthåndtering. Eksempelvis kunne trække statistikker om f.eks. magtanvendelse, indberetninger, anvende funktionalitet til at udarbejde handleplaner, samt trække på viden fra en databank fra alle brugere af et fælles system.</p> <p>Helhedssyn - at man er orienteret mod hele personen, ikke bare det dysfunktionelle eller sygdommen.</p> <p>At møde 'det hele menneske' - ikke omtale som en diagnose: "Det er en dement".</p> <p>Grundlæggende viden om både det somatiske område, hjemmepleje og det psykiatriske.</p> <p>At have blik for detaljer, men også helhed.</p> <p>Viden og kendskab til dokumentation - herunder IT-kundskaber.</p> <p>Observationer - og kobling til den teori, man har med sig.</p> <p>Ydmyghed i forhold til det fagområde, man er i - der er meget at lære, når man er ny. <i>"Vi læser og læser og læser, - men jeg kan først bruge det, når jeg kommer ud og får fingrene i det."</i> (Social- og sundhedsassistent)</p> <p>At gennemføre gode kommunikationsforløb. Inden for psykiatrien udarbejder medarbejderne en kommunikationsrapport. Dette kan være et projekt om noget, man vil beskrive og formidle - og bagefter evaluere mht. hvordan det gik.</p> <p>At formidle til andre faggrupper. Social- og sundhedsassistenter skal både være specialister og være i stand til at give videre til nogen, der slet ikke er uddannet. Her ligger en stor udfordring i fremtiden.</p>
Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)	<p>Undervisningsformen på SOSU uddannelsen er problem-baseret læring og projekter, og med fokus på kommunikation og formidling.</p> <p>At lære gennem formidling til andre - den undervisende og vejledende kompetence.</p>



## 12. Jobprofil 7: Social- og sundhedsassistenter ansat i vikarbureau

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere inden for arbejdsområdet 'vikarbureau'.

Arbejdsområdet for vikarbureauer er i sagens natur bredere end det, der kendetegner en given arbejdsplads. Beskrivelsen nedenfor vil både omhandle forhold på vikarbureauet som arbejdsplads og forholdene på arbejdspladser, som vikarer henvises til.

### Målsætning for arbejdsområdet

Når vikarbureauer retter sig mod kundegruppen, sker det primært med tilbud om at udfylde akut opstået behov for personale, som kompetent og motiveret kan indgå i opgaveløsning i samarbejde med fast personale. Kundegruppen kan f.eks. anføres som: 'Offentlige og private hospitaler, hjemmepleje, plejehjem, sundhedspleje, praktiserende læger og speciallæger, børn eller voksne, der har behov for pasning i eget hjem, døgninstitutioner, socialforvaltninger, kriminalforsorg og private firmaer'.

Branchen er imidlertid under en kraftig udvikling, og der tegner sig mulighed for udvikling af ydelser, f.eks. i forbindelse med rekruttering af fast personale. Også hvad angår arten af arbejdet, er der tendens til ikke blot at 'udfylde akut opståede huller' men også varetagelse af mere udviklingsorienterede aktiviteter.

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Omkring 4 % (877 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter) var i 2006 beskæftigede inden for vikarbureauer<sup>15</sup>. Antallet har været stigende i perioden 2003 - 2006, hvor antallet er steget fra 604 til 877 svarende til en stigning på 45 %.

Nogle bureauer er specifikt rettede mod sundhedssektoren, men de fleste vikarbureauer dækker flere brancher og har en organisatorisk enhed specielt rettet mod sundhed og sygepleje. De fleste søger at dække en bred vifte af uddannelser, der på sundhedsområdet ofte når op på mere end 10 uddannelses- eller jobtyper, der angives på bureauernes hjemmesider.

På de arbejdssteder, som vikarerne anvises til, vil man over en periode typisk komme til at samarbejde eller forholde sig til et langt bredere udsnit end på en given arbejdsplads.

Både i vikarbureauerne og hos andre interviewpersoner er det opfattelsen, at den typiske vikar har særlige kendetegn. Aldersmæssigt dækker gruppen fra helt unge til 70 år, dog med et gennemsnit, der menes højere end i gruppen som helhed. Dette skyldes dels en interesse fra vikarbureauerne for at få medarbejdere med en vis erfaring og dels, at man-

---

<sup>15</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).

ge vikarer efter at de har været nogen tid i en fast stilling, ønsker at opnå nogle af de særlige arbejdsbetingelser, der tilbydes i vikarjob.

Eksempler på disse særlige jobkarakteristika ses tydeligt på bureauernes hjemmeside og i annoncer efter vikarer. Her fremhæves det, at arbejdet som vikar kendetegnes ved høj/god løn, afvekslende arbejde på 'spændende arbejdspladser', stor personlig frihed til at bestemme arbejds mængde og -tidspunkt. Dermed tager man i rekrutteringen fat om forhold, det har vist sig vanskeligt på offentlige arbejdspladser at leve op til. I annoncer tager man også fat på nogle af de punkter, som det kan forventes at være vanskeligt at leve op til i et job, hvor man i princippet kan anvise ny arbejdsplads dag for dag. Blandt andet gøres der generelt meget ud af, at man får en tilknytning til vikarbureauet, og at man der har et fællesskab med gode kolleger ("kom og bliv medlem af vores fællesskab"), der organiseres personalegoder, f.eks. i form af indkøbsforening, personaleblad, sociale aktiviteter og kursusdage.

### **Bevægelser til og fra vikarbureauer**

På baggrund af den kvantitative delanalyse viser der sig en tendens til, at der er større udskiftning i vikarbureauer end i de øvrige beskæftigelsesområder. Af de 17.095 social- og sundhedsassistenter, der indgår i den kvantitative delanalyse om karriereveje for social- og sundhedsassistenter, var der i 2003 beskæftiget 349 i et vikarbureau, mens tallet i 2006 var 481. Datamaterialet i den kvantitative analyse belyser imidlertid kun udviklingen for personer, hvis hovedbeskæftigelse er inden for denne branche. Da det antages, at en ganske stor del af social- og sundhedsassistenter har tilknytningen til vikarbureauet som supplerende indtægt, ville disse ikke være dækket af den kvantitative analyse. Det er derfor sandsynligt, at antallet af vikarer er betydeligt større end dataene antyder, og også at væksten på området er betydelig.

Ikke desto mindre viser tallene en stigende tendens, der også underbygges ved delanalysen vedrørende annoncer i fagblade. Denne annonce-analyse viser, at der i 2001 ikke forekom annoncering efter social- og sundhedsassistenter fra vikarbureauer, mens der i de udvalgte fagblade i 2005 og 2006 gennemsnitligt var 10 opslag pr. månedsblad, hvilket overgår annonceringen af faste stillinger, der nu kun repræsenterer en tredjedel.

Den kvantitative delanalyse viser desuden, at 29 % af dem, der var ansat i vikarbureau i 2003, stadig var det i 2006. Omkring 60 % har fundet beskæftigelse inden for andre brancheområder, og primært på sygehuse (22 %), på plejehjem (17 %) og en mindre del til hjemmepleje (5 %) og døgninstitutioner for voksne udviklingshæmmede (5 %), mens 9 % ikke er beskæftiget (se afsnit 2: Resultater fra den kvantitative analyse).

## **Overordnede udviklingstendenser**

I det følgende afsnit beskrives de overordnede udviklingstendenser på arbejdsområdet.

Der dukker flere og flere vikarbureauer op på social- og sundhedsområdet. Det drejer sig dels om oprettelse af brancheområder i eksisterende bureauer og om nystartede bureauer. Hvad de sidste angår, er det ikke ualmindeligt, at bureauer startes af social- og sundhedsassistenter.

Gennem det interview, der er gennemført med vikarbureauer, og de arbejdspladser, som de retter sig imod, er der nævnt en række forhold, der dels opfattes som problematiske i forbindelse med vikaranvendelse, og dels giver et udviklingsperspektiv i forhold til en fremtidig anvendelse af vikarbureauer.

### **Problemer og mangler i forbindelse med vikarfunktion**

Vikarbureauerne gør meget ud af, at deres medarbejdere vil være kompetente og have stor evne til at passe ind i en given samarbejdsrelation på en arbejdsplads. Et bureau udtrykker det på den måde, at ”vores vikarer er omstillingsparate og tager imod ordrer om, hvad de skal gøre”. De skal indgå som en del af det team, de kommer i, og må f.eks. aldrig sige: ”Jeg er jo bare vikar; det kan jeg jo ikke vide”. Men selvom vikarer lever op til dette, spiller modtagelsen af vikaren på en given arbejdsplads en afgørende rolle. Det vil altid kræve ressourcer (og kompetencer) at sætte en vikar ind i arbejdet, og hvis der er tale om et kortvarigt vikariat, måske bare en enkelt dag, opstår der let situationer, hvor vikaren sættes til de mest enkle, rutineprægede opgaver. På en interviewet arbejdsplads blev dette udtrykt på denne måde:

*”Det er meget lettere, at jeg selv udfører ’opgaven’ og så f.eks. beder vikaren om ikke hun kan køre beboeren en tur ned til søen, så han får lidt frisk luft”.*

(Social- og sundhedsassistent på botilbud; de anvender social- og sundhedsassistent-vikarer)

Hvad angår kompetencer, nævner et bureau, at man i princippet ansætter folk med de kompetencer, der er brug for. Større bureauer gennemfører dog 1-dags kurser inden for eksempelvis emner som førstehjælp, sårbehandling og -pleje, demens, medicinhåndtering og forflytning. Sådanne kurser er åbne for alle uddannelsesgrupper, og det er gratis at deltage. Tiden tæller som ’interessetimer’, dvs. uden løn. I forhold til den relevante personalegruppes størrelse har denne type kurser ikke noget stort omfang. Det er ikke indtrykket, at der er meget opmærksomhed på de muligheder, der ligger for efteruddannelse gennem AMU-systemet. Alt i alt ser det ud til, at efteruddannelsesmulighederne, eller brugen af dem, er mindre for vikarer bortset fra den læring, de opnår gennem vikarbejde.

Som det fremgår af de øvrige profilbeskrivelser, er der forskellige initiativer i gang med henblik på udvidelse af arbejdsfunktioner for social- og sundhedsassistenter, også beskrevet som ’jobglidning’ eller en opstigende spiral. Det at arbejde med i et team, der overtager nye opgaver og f.eks. arbejder sammen med sygeplejersker, fysioterapeuter eller portører ud fra principper om brede job, forudsætter et langt tættere kendskab til arbejdsorganiseringen på den konkrete arbejdsplads end man i almindelighed kan opnå som vikar. Dette kan dels forstærke tendensen til, at vikarerne får let definerbare marginalfunktioner, og en mere omfattende brug af vikarer på en arbejdsplads kan hæmme eller forhindre en udvikling i retning af brede job.

### **Udviklingsmuligheder i vikarfunktionen**

En interviewperson udtrykte meget klart, at så længe der gøres en indsats for at trimme de offentlige arbejdspladser, som det har været tilfældet de senere år, så længe vil der være et marked for vikarbureauer. I den forbindelse er der grund til at se på, hvilke særlige muligheder for nytænkning og udvikling, som vikarfunktionen kunne tilbyde. Og i denne forbindelse er det ikke afgørende, om der er tale om private vikarbureauer eller

om en vikarfunktion, der er organiseret i forbindelse med en større offentlig arbejdsplads.

Mange bureauer tilbyder en 'try and hire' ordning, der indebærer, at en arbejdsplads kan have en medarbejder på vikarvilkår i en periode på typisk 12-14 uger og derefter frit kan ansætte vikaren i en fast stilling. En sådan 'prøveordning' har indlysende fordele for både arbejdsplads og medarbejder.

Nogle vikarbureauer har en personalesammensætning, der afspejler stor mangfoldighed i forhold til etnisk baggrund. Der er nævnt eksempler, hvor eksempelvis et plejehjem beder om en vikar, der kan fungere som tolk i forbindelse med 'indkøring' af en beboer, hvor man ikke aktuelt på plejehjemmet har medarbejdere med den relevante baggrund. En mulighed i en sådan situation var også at bruge lejligheden til at introducere de faste medarbejdere, der senere får ansvaret for beboeren i de særlige kulturelle forhold, der er relevante.

Det har været nævnt som en mulighed, at et vikarbureau kan træde til i forbindelse med afdelinger eller hele institutioner, der er 'kørt ned' i forhold til arbejdspladskultur, motivation, personaleomsætning og sygefravær. Modellen kunne så være, at et vikarbureau gik ind med et sammenarbejdet team og overtog samtlige funktioner i den pågældende enhed. Efter nogle måneder, hvor arbejdspladsen igen var bragt på fode, kunne man derefter trinvist indsluse tidligere eller nye medarbejdere, og efter en periode ville vikarteamet have trukket sig helt ud.

Nogle vikarbureauer har erfaringer med at rekruttere personale fra udlandet og i denne forbindelse stå for praktiske forhold som sprogtræning, arbejdstilladelse og bolig. Denne ekspertise kunne muligvis være relevant i forbindelse med de overvejelser, der er inden for social- og sundhedssektoren omkring nødvendigheden af at søge arbejdskraft i udlandet.

Vikarjobbet giver mange forskellige praksiserfaringer, der f.eks. kan indebære konkret kendskab til arbejdsopgaverne i tilgrænsende funktioner på en arbejdsplads. Sådanne erfaringer kan være særdeles nyttige i forbindelse med eksempelvis helhedsorienteret pleje og accelererede patientforløb. Det store spørgsmål er, hvordan man i en konkret situation giver rum til at udnytte disse potentielle muligheder.

## **Overordnede fremtidige kompetencekrav**

På baggrund af de foregående afsnit gives nedenfor en oversigt over de centrale fremtidige kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter på vikarbureauer:

De pleje-faglige kompetencer, der kræves, vil variere i forhold til den type arbejdsplads, man vikarierer på. På baggrund af denne analyse fremgår det, at der er nogle gennemgående personlige og almen-faglige kompetencer, der kommer stærkt i fokus for social- og sundhedsassistenter ansat som vikar, og som kan siges at være gennemgående på tværs af arbejdspladstype.

### **Pleje-faglige kompetencer**

Vil afhænge af kompetencekravene på den pågældende arbejdspladstype.

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

De almen-faglige/personlige kompetencer er rettede mod at imødekomme de særlige udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står i igennem deres vikariater på forskellige arbejdspladser.

#### *Eksempler:*

- Situationsfornemmelse - at kunne 'spotte arbejdspladsen' og hurtigt opfange hvilken kultur og rutiner, der findes på arbejdspladsen.
- Der kræves en moden personlighed og integritet for at kunne begå sig på mange forskellige typer af arbejdspladser. Man skal være i stand til på kort tid at kunne etablere et passende tillidsforhold til brugere, kolleger og ledelse.
- På grund af den relativt flygtige tilknytning, vikaren har til arbejdspladsen, skal man have en evne til at kunne reagere hensigtsmæssigt i mellemkollegiale konflikter, rettede mod vikaren, eller blandt de øvrige kolleger. Dette stiller krav om tålmodighed - en evne til at fornemme situationer, samt vælge de situationer, hvor det er nødvendigt at markere standpunkter.
- Vikaren skal på kort tid kunne give udtryk for sine særlige kompetencer for bedst muligt at blive anerkendt og få anvendt sine kompetencer i forhold til konkrete plejesituationer.
- At kunne acceptere, at de, der bliver ens kolleger, er dem, der i en startsituation suverænt bestemmer arbejdsfordeling.
- Selvstændighed i opgavevaretagelsen. Da vikaren ofte går ind og erstatter personale i enheder, hvor der er 'huller', vil arbejdet stille høje krav til evnen til at handle selvstændigt på situationsbestemte forhold. Dette kræver et bredt erfaringsgrundlag.
- Forandringsparat. At være indstillet på, at ikke to dage er ens. Er indstillet på fleksibel arbejdstid og er fleksibel hvad angår arbejdssted.



## Jobprofil

**Eksempler på stillinger:** Social- og sundhedsassistenter ansat i vikarbureauer henvises til arbejdspladser på enten offentlige og private hospitaler, hjemmepleje, plejehjem, sundhedspleje, praktiserende læger og speciallæger, børn eller voksne, der har behov for pasning i eget hjem, døgninstitutioner, socialforvaltninger, kriminalforsorg eller private firmaer.

Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
<p>Typiske arbejdsopgaver</p> <p>Her gengives de arbejdsopgaver, som en social- og sundhedsassistent kan varetage grundet dennes ansættelsesform og særlige tilknytning til arbejdsstedet:</p> <p>Her gengives eksempler på de særlige opgaver, der knytter sig til det, der kan kaldes 'den udvidede vikarfunktion':</p>	<p>Der henvises til profilbeskrivelser under de enkelte arbejdsområde-afsnit.</p> <p>Kan varetage enkle arbejdsopgaver, der kræver ingen eller minimal instruktion. Dette er standardopgaver fælles for arbejdssteder inden for brancheområdet.</p> <p>De patient-/beboer-/brugerrelaterede opgaver kan kun varetages i det omfang det resterende personale afsætter tid til oplæring.</p> <p>Tolkning til beboere med udgangspunkt i egen etnisk baggrund.</p> <p>Deltage i udrykningsteam til en enhed på en arbejdsplads, og overtage samtlige funktioner i den pågældende enhed. Opgaver i forbindelse med trinvis indslusning af tidligere eller nye medarbejdere.</p>
<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Der henvises til profilbeskrivelser under de enkelte arbejdsområde-afsnit.</p>
<p>Det personlige og almen-faglige kompetenceområde</p> <p>Her gengives eksempler på de særlige kompetencebehov, der rejser sig for en social- og sundhedsassistent grundet dennes ansættelsesform og særlige tilknytning til arbejdsstedet</p>	<p>Der henvises til profilbeskrivelser under de enkelte arbejdsområde-afsnit.</p> <p>Situationsfornemmelse - at kunne 'spotte arbejdspladsen'.</p> <p>Moden personlighed og integritet, kunne etablere et passende tillidsforhold til brugere, kolleger og ledelse.</p> <p>Evne til at reagere hensigtsmæssigt i mellemkollegiale konflikter. (Tålmodighed, en evne</p>

	<p>til at fornemme situationer, samt vælge de situationer, hvor det er nødvendigt at markere standpunkter).</p> <p>Kunne give udtryk for sine særlige kompetencer.</p> <p>At kunne acceptere, at de, der bliver ens kolleger, er dem, der i en startsituation suverænt bestemmer arbejdsfordeling.</p> <p>Selvstændighed i opgavevaretagelsen. Fordrer et vist erfaringsberedskab.</p> <p>Forandringsparat. At være indstillet på, at ikke to dage er ens.</p> <p>Er indstillet på fleksibel arbejdstid og er fleksibel, hvad angår arbejdssted.</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p>	<p>Sidemandsoplæring på arbejdspladserne.</p> <p>I større vikarbureauer gennemføres kortere uddannelsesforløb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• f.eks. førstehjælp, forflytningskursus, medicinhåndtering, sårbehandling, demens mv.</li> </ul> <p>Sprogtræning og øvrig vejledning til nydanske medarbejdere.</p> <p>Der er behov for større opmærksomhed på de muligheder, der ligger i AMU-systemet.</p>

## 13. Jobprofil 8: Social- og sundhedsassistenter på socialpsykiatrisk aktivitets- og værested

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere på aktivitets- og væresteder på det socialpsykiatriske område.

### Målsætning for arbejdsområdet

Et socialpsykiatrisk aktivitets- og værested kan fungere i tilknytning til en boenhed, eller det kan være selvstændige enheder, der anvendes af brugere af distriktspsykiatrien eller beboere på socialpsykiatriske boenheder. Der er typisk tale om væresteder med sociale samlingssteder med cafe, eventuelt med salg, køkken, motionscenter og en række værksteds- og produktionslokaler. Der kan også være have og dyrehold tilknyttet. Der gennemføres aktiviteter efter brugernes interesser og behov, f.eks. fiskeri, sejlads, malerkunst, billedtolkning, produktionsopgaver for erhvervslivet, udflugter, keramik, medieproduktion, syning og en mangfoldighed af andre aktiviteter. Aktivitetssteder er typisk ikke døgnbemandede, hvorimod værestederne kan være det. Generelt er det sådan, at aktivitets- og væresteder skal opleves som fristeder, hvor brugerne skal og kan tage mere vare på sig selv.

Målsætning på et socialpsykiatrisk aktivitets- og værested er at udvikle brugernes kompetencer og ressourcer, sådan at de kan opnå mere indhold i livet og øget bestemmelsesret. Aktiviteterne på et aktivitets- og værested er desuden en mulighed for at have et socialt netværk, relationer til og daglig samtalemulighed med andre. Brugere skal bygges op, således at de oplever en mestring af deres situation, f.eks. med sigte på, at de kan flytte for sig selv i egen bolig, eller kan klare et afgrænset fleks- eller skånejob. Gennemgående er det målsætningen at tage udgangspunkt i den enkelte brugers situation med henblik på dialog og støtte, således at brugeren opbygger kompetence ved at have succesoplevelser.

*”Vores opgave er at klæde dem på til de arbejdsopgaver, de kan magte, så de ikke får fiaskooplevelser, og alternativt at arbejde for at sagtne deres tilbagefald.”*

(Værkstedsassistent)

Målsætningen er, at det er brugerne, der definerer opgaven (aktiviteterne), og personalet, der hjælper med at gennemføre den.

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Det er ikke muligt hos Danmarks Statistik at få oplysninger decideret om socialpsykiatriske aktivitets- og væresteder. Området er dog inkluderet i branchebetegnelserne ’revalideringsinstitutioner’ (der blandt andet omfatter beskyttede værksteder og særlige dagscentre/daghjem for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap), samt ’dagscentre for ældre’ (der også omfatter væresteder). Anvendes opgørelser fra disse

brancheområder, er der ansat 462 ud af de 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter inden for området, hvilket svarer til 2% <sup>16</sup>.

Medarbejderne på arbejdspladserne kan være social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, husassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pædagoger, pædagogmedhjælpere, journalister, værkstedsassistenter, håndværkere, mediemedarbejdere, folkeskolelærere, musikere, korledere, ernæringsassistenter, økonomaer, medarbejdere med brugerbaggrund m.fl.

Medarbejdere med brugerbaggrund, der arbejder i tilbuddene, kan være personer, der har været igennem et revalideringsforløb, og som gerne skulle i arbejde, eller det kan være medarbejdere i skånejob. Der findes også medarbejdere ansat på disse vilkår, der ikke har været brugere (altså ikke har haft en sindslidelse).

### **Brugergruppen**

Brugere på socialpsykiatriske aktivitets- og væresteder er personer med socialpsykiatriske problemstillinger som f.eks. skizofreni, angst, depressioner, og de deraf afledte sociale problematikker. De kan have mistet forbindelse til deres familier eller har et problematisk forhold til familie og venner. Typisk har mange også misbrugsproblemer i form af narkotika eller alkohol, og kan være plagede af gener efter flere års brug af psykofarmaka.

### **Teamorganisering**

Arbejdspladserne er tværfagligt sammensat i medarbejderteam med medarbejdere med pædagogiske og plejemæssige kompetencer, der samarbejder med personer med håndværksmæssig, kunstnerisk eller mediemæssig baggrund. I velfungerende team kan der over årene udvikle sig en flerfaglighed (hvor fagene supplerer hinanden) eller en integreret faglighed, hvor man gensidigt påvirker hinanden til en særligt tilpasset faglighed udviklet i det enkelte aktivitets- og værested.

### **Opgaver på aktivitets- og væresteder**

Det er vigtigt, at man som medarbejder har en evne til at skabe synlighed om de gavnlige effekter af de aktiviteter og det relationsarbejde, der sker på aktivitets- og væresteder. Der kan godt være en holdning blandt brugerne selv, lokalsamfundet og samarbejdspartnere om, at det ikke er fagligt solidt arbejde - men mere 'pjat' eller 'tidsfordriv'. Når det er sagt, er det også et meget væsentligt kompetenceområde, at medarbejderen har flair for det praktiske og de koordinerende opgaver. Det vil i praksis sige: En evne til at planlægge, grundigt forberede, gennemføre og følge op på en aktivitet. Det kan handle om koordination af indkøb af materialer, koordinering af transport i forbindelse med aktiviteter eller at sørge for, at brugeren kommer og deltager ved at hente vedkommende på bopælen. Det kan også være at sørge for den fornødne information til lokalområdet om en aktivitet og informere den boenhed, hvor beboeren bor osv. - alt i alt arbejdsopgaver af praktisk og koordinerende art - på mange niveauer.

Medarbejdere, der har et stort engagement og et interesseområde (f.eks. en hobby), er ofte de medarbejdere, der har god succes og gennemslagskraft i deres arbejde. Medarbejderen skal gerne have en interesse inden for et aktivitetsområde, som vedkommende

---

<sup>16</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).

brænder for, for at kunne overføre det til brugeren. Blandt de interviewede har det været påpeget, at det for nogle social- og sundhedsassistenter gælder, at de i den sammenhæng kan være forankrede i et traditionelt 'plejer'-selvbillede, og ikke ser potentialet i at bringe deres personlige interesser i spil i arbejdet.

## Overordnede udviklingstendenser

I dette afsnit redegøres for de overordnede udviklingstendenser inden for det socialpsykiatriske område set i relation til arbejdet på aktivitets- og væresteder.

### **Integration på tværs af tilbud på det socialpsykiatriske felt**

På hele det socialpsykiatriske felt taler man om at flytte terminologien fra at tale om klienter eller patienter til i højere grad at ville udføre socialt arbejde med mennesker, der har haft en sindslidelse - tilgange som recovery og rehabilitering med fokus på menneskers kompetencer og det de kan.

Blandt de interviewede socialpsykiatriske boenheder hører vi også strategier om at bevæge sig tydeligere hen imod at være et aktivitetssted med et levende og aktivt miljø, og på den måde vriste sig fri af et billede fra tidligere om, at tilbuddene var indrettet til at passe borgere, der ikke var i stand til at leve et fuldt liv. På den måde finder der en tilnærmelse sted mellem de socialpsykiatriske boenheder og de socialpsykiatriske aktivitets- og væresteder.

Og i forlængelse af dette er det også sådan, at de etablerede socialpsykiatriske være- og aktivitetssteder i højere grad vil samarbejde med andre etablerede aktiveringstilbud. Der er således ideer blandt de interviewede om et tættere samarbejde med jobcentre om fleks- og skånejob, andre væresteder, oprettelse af interne arbejdspladser på tilbuddene mv. Det sidste kan eksempelvis være brugere, der arbejder på aktivitets- og væresteder, eller på værksteder på boenhederne, eller eksempelvis ansættes i forbindelse med nye madordninger i sammenhæng med, at der etableres leve-bo ordninger på bostederne. Dette ligger godt i tråd med tidens temaer om social inklusion (og ikke segmentering) og nærhedsprincippet - altså, at alle borgere skal have deres liv og tilbud tæt på deres levested.

### **Aktivitets- og væresteder som løftestang for udvikling af kompetencer**

Som tidligere nævnt skal aktivitets- og væresteder opleves som fristeder, hvor brugerne skal og kan tage mere vare på sig selv. Der er erfaringer med, at ved at give brugere mere frit råderum, og f.eks. ikke bemande massivt, da vokser brugerne med det ansvar, der gives. Eksempler herpå er en bruger, der flyttede fra en døgnbemandet boenhed til en mere brugerstyret kombination af bosted og aktivitetssted. Denne bruger havde ikke tidligere været nem at få til at stå op, men efter flytningen var hun i stand til at stå op ved eget vækkeur (eksempel fortalt af social- og sundhedsassistent).

### **Nye brugergrupper**

Ligesom det gælder for de socialpsykiatriske boenheder er der en forventning om, at der fremover vil skulle tilbydes mere fleksible løsninger i samarbejde med boenheder, selvstændige enheder med livline-ordninger, opsøgende psykoseteam eller distriktspsykiatrien. Dette hænger sammen med de skitserede forandringer vedrørende socialpsykiatriske boenheder, der kan komme til at fungere som åbne sociale væresteder eller aktivi-

tetscentre, hvor beboerne bor i opgangsfællesskaber i lokalområdet i tilknytning til centeret. Det er således forventningen, at der vil blive en ny type af opgavedeling mellem aktivitets- og væresteder og boenheder, og at det vil fordrø en højere grad af samarbejde.

Ligeledes fortælles der blandt de interviewede, at man ser flere af de såkaldt 'tungere brugere' med et større plejebøhov. Dette er en potentiel åbning for social- og sundhedsassistenterne, fordi de i deres kompetenceprofil har kompetencen at kunne varetage plejeopgaver. For at social- og sundhedsassistenterne i større grad kan vinde indpas inden for aktivitets- og værestederne, kunne en mulighed være at arbejde med et 'realkompetence-fokus' for at bringe de andre faglige og private interessefelter i spil.

## Overordnede fremtidige kompetencekrav

På baggrund af de foregående afsnit og de gennemførte interview kan en oversigt over de fremtidige kompetencekrav se således ud (se også jobprofil nedenfor):

### **Pleje-faglige kompetencer**

De centrale pleje-faglige kompetencer, der bliver fremhævet, er kompetencer, der afspejler de ændringer i den faglige fokusering, som social- og sundhedsassistenterne overordnet set oplever inden for det socialpsykiatriske område.

#### *Eksempler:*

- At holde sig kompetencemæssigt ajour og en løbende faglig opjustering på centrale/kerne-fagområder inden for psykiatri og socialpsykiatri (der sker en større specialisering og fortsat forskningsmæssig udvikling på området).
- Afhængigt af målgruppen skal social- og sundhedsassistenten have kendskab til demens, skizofreni, psykoser, depression (+ følgesygdomme).
- Pædagogiske og socialpædagogiske teorier og metoder, som eksempelvis Recovery (genfinde ressourcer og kompetencer). Recovery er en tankegang og metode udviklet inden for psykiatrien, der handler om at støtte borgeren i det positive, de formår, og i at tage ansvar for eget liv).
- At have den faglige viden til at kunne gennemføre samtaler med beboerne.
  - Med fokus på det kognitive (Hvordan skal dagen gå? Praktiske opgaver).
  - Med fokus på motivation (Hvad kan motivere en bruger?).

### **Almen-faglige og personlige kompetencer**

Kompetencer, der er rettede mod at imødekomme udfordringer både internt i medarbejdergruppen og udadvendt i forhold til borgere, beboere og pårørende.

#### *Eksempler:*

- Have et engagement i sit eget fagområde og meget gerne en interesse, der kan overføres til brugeren.
- Evne til planlægning, grundig forberedelse, praktisk og koordineret gennemførelse samt opfølgning på en aktivitet.
- En evne til at skabe synlighed om de gavnlige effekter af de aktiviteter og det relationsarbejde, der sker på aktivitets- og væresteder.

- Have lyst og kompetence til at deltage i jobudvikling og udviklingsprojekter. F.eks. at arbejde med at udvikle en integreret faglighed mellem boenhed og aktivitets- og værestedstilbud.
- Konfliktåndtering. Kunne forholde sig til egen aktie i konflikter mellem kolleger og i relationer mellem brugere og personale.

## Jobprofil

<b>Socialpsykiatri</b>	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Planlægge, gennemføre og følge op på aktiviteter i samarbejde med brugere.</p> <p>Evaluering og dokumentation, f.eks. i forbindelse med aktiviteter, støttet med eksterne midler.</p> <p>Kontakt- og relationsarbejde. Støtte til brugernes øvrige sociale liv.</p> <p>Samtaler med brugere.</p> <p>Være kontaktpersoner til brugere (og evt. pårørende).</p> <p>Indgå i samarbejde om brugerne med boenheder, læger, sygeplejersker, psykoseteam, distriktspsykiatri, socialrådgivere og andre.</p> <p>Vejledning af brugere.</p> <p>Opgaver knyttede til evt. uddeling af medicin og medicinobservation i samarbejde med evt. boenhed, distriktspsykiatrisk team eller læge.</p> <p>Dokumentationsopgaver - f.eks. opstille aktivitetsmålsætninger og funktionsbeskrivelser for brugerne.</p> <p>Fordeling og daglig koordinering af arbejdet. Medvirke ved planlægning af arbejdstid og arbejdsplan.</p> <p>Formidlingsopgaver til kolleger.</p> <p>Formidling til lokalsamfund om stedets aktiviteter.</p> <p>Deltage i brugermøder og møder med samarbejdspartnere (som f.eks. sagsbehandlere).</p>



<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til behandlingsmetoder og faglige discipliner som f.eks.:</p> <p>Socialpædagogiske teorier og metoder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miljøterapi (struktur, overskuelighed, stimulation, adspredelse).</li> <li>• Recovery (genfinde ressourcer og kompetencer).</li> <li>• Kognitiv terapi og metode: metoder til at hjælpe brugerne i forhold til ændring af tankemønstre og handlemønstre.</li> </ul> <p>Systemisk teori.  NLP (Neuro Linguistic Programming).  Psykodynamisk teori og praksis.  Misbrugspsykiatri.  Viden om og indsigt i sociale forhold.  Viden om forebyggelse, kost og sund levevis.  Kendskab til relevant lovgivning på brugernes område.</p> <p>Medicinering og medicinobservation, viden om medicins virkninger og bivirkninger.</p> <p>Støtte til struktur på brugernes liv. Eksempelvis hjælp til indkøb, lægebesøg, aftaler med familie mv.</p>
<p>Det personlige og almenfaglige kompetenceområde</p>	<p>Have et engagement i sit eget fagområde og meget gerne en interesse, der kan overføres til brugeren.</p> <p>Evne til planlægning, grundig forberedelse, praktisk og koordineret gennemførelse samt opfølgning på en aktivitet.</p> <p>Evne til at skabe synlighed om de gavnlige effekter af de aktiviteter og det relationsarbejde, der sker på aktivitets- og væresteder.</p> <p>Viden og kendskab til dokumentation - herunder IT-kundskaber.</p> <p>Kunne gennemføre dokumentation: handleplaner, funktionsbeskrivelser af, hvad brugerne kan.</p> <p>Metoder til kommunikation og opsøgende relationsarbejde.</p> <p>Personlig og moden integritet.</p> <p>Reflektionsevne.</p> <p>Have entusiasme for brugeren.</p>

	<p>Besidde det man kan kalde for 'social indignation' med en konstruktiv tilgang.</p> <p>Relationskompetencer.</p> <p>Have lyst og kompetence til at deltage i jobudvikling og udviklingsprojekter, f.eks. at arbejde med at udvikle en integreret faglighed mellem boenhed og aktivitets- og værested.</p> <p>Konflikthåndtering. Kunne forholde sig til egen aktie i konflikter mellem kolleger og i relationer mellem brugere og personale.</p> <p>Konfliktløsning - teknikker og metoder.</p> <p>Tage den svære kommunikation og være autentisk.</p> <p>Etablere og bevare kontakt med respekt for den enkelte.</p> <p>Samarbejdsmetoder, lytte, forstå, empati.</p> <p>Respekt og rummelighed.</p> <p>Overblik og praktisk sans.</p> <p>Skrivefærdigheder til skriftlig dokumentation, kunne give hjælp til skriftlig formulering til kolleger.</p>
<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p> <p>Eksempler på læringsformer, som medarbejdere og ledere udtrykker ønske om, at man kunne anvende i større grad</p>	<p>Læring gennem formidlingsopgaver.</p> <p>Fordybelsedage.</p> <p>Efteruddannelse i socialpsykiatri og psykologisk orienterede teorier (fagspecifikke kurser).</p> <p>Uddannelse i relationskompetencer.</p> <p>Uddannelse sammen med brugerne om fælles relevant stof (inden for feltet kaldet for med-edukation) - f.eks. om sindslidelser, behandlingsformer, konflikter mv.</p> <p>Supervision fra særlige team, socialrådgivere, psykologer.</p> <p>Videndeling mellem aktivitets- og væresteder, og videndeling mellem kolleger med divergerende interessefelter og aktivitetsområder.</p>

## 14. Jobprofil 9: Social- og sundhedsassistent på hospice

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere af hospice.

Jobprofilen for social- og sundhedsassistenter på hospice repræsenterer et jobområde, som social- og sundhedsassistenter ikke har tradition for at være ansat indenfor og først for nylig er trådt ind på. Der foreligger således ikke eksisterende rapporter, og relevante interviewpersoner findes kun i begrænset omfang. Erfaringerne fra arbejdspladser, der har ansat social- og sundhedsassistenter på hospiceområdet, vil blive beskrevet i det følgende afsnit, og kan give perspektiver på deres placering på arbejdsområdet fremover, men rummer også perspektiver i forhold til øvrige arbejdsområder, hvor social- og sundhedsassistenter kan blive bølgebrydere.

*” ... de skulle egentlig ikke være her - men jeg er utroligt glad for dem, vi har.”*

(Sygeplejerske i ledende stilling om social- og sundhedsassistenter)

Denne jobprofil er blevet til på grundlag af rapporter og andet materiale vedrørende hospicer i Danmark, hospicetanken, kompetencebehov og de specifikke uddannelses tilbud, der er rettede imod dette fagområde (det palliative felt). Der er foretaget telefoninterview og udvalgte kvalitative interview med især ledere, men også medarbejdere på danske etablerede hospicer, eller på hospicer under etablering, som dermed er i gang med deres rekrutteringsproces. Der er således på grundlag af 15 kortere telefoninterview gennemført en scanning over, hvorvidt der ansættes social- og sundhedsassistenter på danske hospicer.

### **Målsætning for arbejdsområdet**

Etablering af hospicer i Danmark er af nyere dato. Verdens første hospice blev etableret i England for ca. 100 år siden, og tanken har siden 1960'erne bredt sig herfra. I Danmark blev det første hospice etableret i 1992 på Skt. Lukas Stiftelsen i København ([www.hospiceforum.dk/page89.aspx](http://www.hospiceforum.dk/page89.aspx)). For få år siden var der omkring 50-60 hospicepladser i Danmark, men med en ny hospicelov, der trådte i kraft i 2005, er der kommet gang i byggeriet, og en lang række hospicepladser er under opførelse.

Der findes et hospiceforum i Danmark, og på de interviewede arbejdspladser refereres hyppigt til hospicetankegangen, der repræsenterer et særligt sæt af værdier knyttede til en værdig pleje og den åndelige dimension i forbindelse med et menneskes livsafslutning. Der er fokus på kvalitet i det, der for langt de fleste patienter er et kortere ophold på hospice (blandt andet kaldet for 'Aktiv livshjælp'). Således beskriver en af de interviewede, at hendes motivation for ansættelse er "et ønske om at forbedre vilkårene for døende". På den arbejdsplads hvor hun arbejder, fremgår det, at deres målsætning er, at "lindre patienten, støtte de pårørende og yde en behandling, der hverken må være livsforkortende eller -forlængende" (årsberetning).

### **Medarbejderne på arbejdspladserne**

Hospicer er ofte små enheder - eksempelvis med 12 senge og en medarbejdergruppe på ca. 30-40 personer. Plejepersonalet på hospicer består af læger, (hospice-)sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og der samarbejdes med hospicepræsten, socialrådgivere, psykologer, fysioterapeuter, pædagoger, musikerterapeuter og økonomaer/diætister. Derudover har hospicer ofte tilknyttet et antal frivillige medarbejdere.

I forhold til hvor mange social- og sundhedsassistenter, der er ansat på hospice, er det ikke muligt hos Danmarks Statistik at indhente oplysninger særskilt om ansatte på hospicer. Hospicer indgår som del af brancheområdet 'Sygehuse', hvor der er ansat 6.384 personer ud af 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter<sup>17</sup>, svarende til 26 %. Den kvalitative undersøgelse viser dog, at antallet er væsentligt lavere på de 15 hospicer, der indgår i scanningen af området (jf. efterfølgende afsnit).

Det er dog ikke alene på hospicer, at der gennemføres palliative og terminale plejeforløb. Dette er også vigtige elementer på arbejdspladser som eksempelvis plejehjem mv. De arbejdsfunktioner og kompetencer, der omtales i dette kapitel, må derfor antages at være aktuelle for en større målgruppe end blot social- og sundhedsassistenter på hospicer.

### **Målgruppen er patienter og deres familier**

Målgruppen er patienter i den terminale fase af deres sygdomsforløb, og deres pårørende.

## **Overordnede udviklingstendenser**

I det følgende afsnit beskrives de overordnede udviklingstendenser på arbejdsområdet.

### **Social- og sundhedsassistenter på arbejdspladserne - eller ikke**

Den gennemførte scanning viser, at man på fire af de interviewede 15 arbejdspladser vil ansætte, eller allerede har ansat, social- og sundhedsassistenter. Når de interviewede ledere (overvejende med faglig baggrund som sygeplejerske) begrundet valget af *andre* faggrupper end social- og sundhedsassistenter, fremhæver hovedparten af de interviewede, at kravene til de ansattes sygepleje-faglige eller ligefrem lægelige kompetencer er benhårde.

Således kræver arbejdsopgaverne på hospicer, at man behersker sygeplejeopgaver på højt fagligt niveau og en fysiologisk og anatomisk grundviden på højt niveau. Medicin-givning og den lindrende behandling på hospicer er meget kompleks, da man medicinerer på en helt anden måde end inden for andre dele af sygehusvæsenet.

Patienter, der kommer på hospice, er terminale patienter: De er ofte ramt af sygdomme på flere af deres organer og har en række følgesygdomme og følgesymptomer på grund af sygdommen eller medicingivningen. Det er nødvendigt at have viden om samspillet mellem de enkelte organområder, og om sammenhængen mellem eksempelvis kost, åndedræt, kredsløb mv. Ofte kombinerer man medicingivningen, og i nogle tilfælde ud-

---

<sup>17</sup> Opgørelserne vedrørende antal ansatte inden for området er baserede på særkørsler fra Danmarks Statistik. Opgørelsen angiver antal beskæftigede fordelt efter højst gennemførte uddannelse (her social- og sundhedsassistent).

nytter man bivirkningen af en medicin i stedet for virkningen. Medarbejdere på hospicer skal kunne foretage en hurtig reaktion på observationer, de skal varetage medicinering i ustabile forløb, og arbejdsopgaverne er komplekse, grundet de mange forskellige behandlingstilbud. Endelig fremhæves det, at det er nødvendigt med 'komplette profiler', der besidder samtlige de nødvendige kompetencer (herunder de sygepleje-faglige) af hensyn til patienter og de pårørende. Der skal være kontinuitet i patientkontakten, sådan at patienten møder få ansatte under forløbet.

### **Social- og sundhedsassistenternes kompetencer set i et hospice-perspektiv**

De steder, hvor man har valgt at ansætte social- og sundhedsassistenter, begrundes det med, at man efterstræber et tværfagligt miljø, og man udtrykker et holdning om, at et praktisk og et teoretisk udgangspunkt kan kombineres igennem samarbejde. De steder, hvor man har ansat social- og sundhedsassistenter, fortæller de interviewede, at der er tale om social- og sundhedsassistenter med længere erfaring. Samtlige interviewede påpeger, at alle skal modtage supplerende efteruddannelse udover deres grunduddannelse (det gælder for så vidt både social- og sundhedsassistenter såvel som sygeplejersker). Denne supplerende oplæring omfatter hovedsagligt de forskellige former for lindrende behandlinger, samt medicingivning. Alle medarbejdere skal have viden og kompetence i et helhedsorienteret tilbud, der retter sig ikke bare mod en patient, men mod en hel familie. Rekrutteringsproblematikken nævnes ikke af de interviewede - det er generelt ikke vanskeligt at finde personale til ansættelse på hospicer.

Gennemgående beskrives social- og sundhedsassistenternes tilgang til patienterne som mere helhedsorienteret. Social- og sundhedsassistenterne vil se det hele menneske, hvorimod sygeplejersker generelt er mere sygdoms- og helbredsorienterede. Ud fra en betragtning om, at hospicepatienter ikke skal helbredes, men har behov for pleje og helhedsorienteret omsorg - passer social- og sundhedsassistent-profilen således godt til målsætningen på hospice.

Deres vigtigste kompetencer er, at de

- har solid erfaring fra andre stillinger (f.eks. psykiatri og socialpsykiatri)
- har en god tilgang til de psykiske forhold
- har en god tilgang til kommunikation
- fungerer godt i tværfaglige forløb
- er gode til at sige ting direkte
- kan håndtere de mange svære samtaler
- er gode til at give hele familien omsorg (gode til at skabe relationer).

## **Overordnede fremtidige kompetencekrav**

På baggrund af de foregående afsnit og den udfærdigede jobprofil kan en oversigt over de centrale fremtidige kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter på hospice se således ud:

Pleje-faglige kompetencer

De centrale pleje-faglige kompetencer, der bliver fremhævet, er følgende:

- Pleje-faglige kompetencer i forhold til pleje, sårpleje, medicingivning, at kunne lægge kateter mv.

- Kunne se sammenhænge i symptomer og sygdomsforløb.
- Medicinanvendelse på hospice. Specifik viden om den alternative anvendelse af medicin på hospice, herunder eksempelvis medicinkendskab i forhold til at håndtere smerteproblematikker og kvalme.

### **Almen-faglige/personlige kompetence**

De almen-faglige/personlige kompetencer, der ofte bliver fremhævet, er kompetencer, der er rettede mod dels at imødekomme de udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står overfor, dels i de tværfagligt sammensatte team, dels udadvendt i forhold til patienter og pårørende.

#### *Eksempler:*

- Relationskompetencer.
- Kunne samtale og rådgive patienter i krise.
- At kunne omsætte det teoretiske til praksis.
- Rummelig person.
- Familie terapeutiske metoder og erfaring (gennem erfaring fra f.eks. psykiatri).
- Etik i kommunikation og handlinger.

## Jobprofil

<b>Hospice</b>	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
<p>Typiske arbejdsopgaver</p>	<p>Social- og sundhedsassistenter udfører samme arbejdsopgaver som sygeplejersker, på nær de intravenøse og epidurale injektioner (se nedenstående grænsefladebeskrivelse).</p> <p>Social- og sundhedsassistenterne foretager:</p> <p>Observationer.            Pleje (normal pleje, sårpleje mv.).            Lindrende behandlinger.            Analyser af patienterne, og vurderer evt. behov for ekstra eller alternativ medicinering.            Lægger kateter og sonde.            Samtaler og samvær med beboere.            Koordinering med øvrige medarbejdergrupper.            Dokumentationsopgaver.</p>
<p>Grænseflader til øvrige faggrupper</p>	<p>Social- og sundhedsassistenter må give medicin subkutant (under huden) eller oralt, mens det er en sygeplejeopgave eller en lægeopgave at give medicin intravenøst eller epiduralt (rygmarv).</p> <p>Det at give medicin på de særlige måder, som det praktiseres på hospicer, er eksempler på læge-faglige opgaver, der er videregivet til plejepersonalet i takt med deres kompetenceudvikling.</p>
<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Pleje-faglige kompetencer i forhold til pleje, sårpleje, medicingivning, at kunne lægge kateter mv.</p> <p>Kunne se sammenhænge i symptomer og sygdomsforløb.</p> <p>Medicinanvendelse på hospice. Specifik viden om den alternative anvendelse af medicin på hospice, herunder eksempelvis medicinkendskab i forhold til at håndtere smerteproblematikker og kvalme.</p>
<p>Det personlige og almenfaglige kompetenceområde</p>	<p>Bred erfaring fra andre job.            Livserfaring.            At kunne omsætte det teoretiske til praksis.            Rummelig person.            Kendskab til sig selv (styrker og begrænsninger).            Bevidsthed om egne kompetencer og målsætninger (væ-</p>

	<p>sentligt at have drivkraft og målbevidsthed).          Psykisk og fysisk robusthed.          Kreativ (f.eks. i forhold til kombination af lindrende behandlinger samt medicinkombination).          Familieterapeutiske metoder og erfaring (gennem erfaring fra f.eks. psykiatri).          Anerkendende tilgang.          Lyst til vedvarende læring.          Humor og godt humør.          Kunne klare pressede situationer.          Kunne lytte og kommunikere.          Kunne håndtere vanskelige samtaler (direkte og klar kommunikation, empati).          Samarbejdsevne og empati.          Kunne håndtere angstsituationer.          Kunne koble fra.</p>
<p>Læringsformer          (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p>	<p>Grunduddannelse, samt mange gange erfaring fra arbejde f.eks. i psykiatrien.</p> <p>Den individuelle arbejds erfaring og livserfaring (vigtig), men generelt er der behov for styrkelse på alle kompetenceområder ved ansættelse på hospice.</p> <p>Intern introducerende oplæring, hvor der kan undervises i grundlæggende palliation, herunder kost, depression, pårørende kontakt, åndelig omsorg mv.</p> <p>Sparring med kolleger.</p> <p>Gennemskuelighed om hinandens styrker og kompetencer, der gør det muligt at spørge om råd, erfaringsudveksle og give undervisning til hinanden.</p> <p>Interne opfølgingskurser - f.eks. på baggrund af interne kompetenceafklaringsforløb, hvor medarbejderne inddeles i interessegrupper, der igennem en længere periode (flere år) arbejder med et specifikt område, f.eks. kvalmeobservation.</p> <p>Intern læring sammen med kollega i arbejdet.</p> <p>Uddannelse, der gennemføres af (hospice-)sygeplejerske på stedet.</p> <p>Offentlige eller private kurser - f.eks. i kommunikation.</p>



## 15. Jobprofil 10: Social- og sundhedsassistent på sundhedscentre

Her følger en beskrivelse af arbejdsområde og arbejdsopgaver, samt hvad der kendetegner medarbejdere og brugere af sundhedscentre.

Jobprofilen for social- og sundhedsassistenter på sundhedscentre repræsenterer et nyt jobområde i og med, at sundhedscentre altovervejende er under etablering og medarbejdergrupperne under indkøring. Der er således ikke gennemført interview med social- og sundhedsassistenter i aktuelle job på sundhedscentre, men indhentet viden gennem interview med social- og sundhedsassistenter, der tidligere har været ansat i sundhedscentre samt lignende ansættelsesområder, og interview med ledere på sundhedscentre.

Erfaringerne fra medarbejdere og ledere (sidstnævnte fra etablerede sundhedscentre) vil blive beskrevet i det følgende afsnit. Det vil give perspektiver på social- og sundhedsassistenternes placering på arbejdsområdet fremover, og rummer også perspektiver i forhold til øvrige arbejdsområder, hvor social- og sundhedsassistenter kan blive bølgebrydere.

### **Målsætning for arbejdsområdet**

Indledningsvist skal der pointeres en skelnen mellem sundhedshuse og sundhedscentre.

Sundhedshuse defineres som lægepraksisser, hvor flere læger har slået sig sammen, eventuelt i fællesskab med andre specialister, som fysioterapeuter, tandlæger eller jordemødre.

Sundhedscentre er tvær- eller flerfaglige sundhedsfaglige centre, hvor borgerne kan henvende sig. Borgerne kan eksempelvis modtage genoptræning efter udskrivning, eller det kan være kronikergrupper, der har konstaterede sygdomme (hjerte, diabetes, KOL), der skal følge et efterbehandlings- eller forebyggelsesforløb. Den primære faggruppe på de etablerede sundhedscentre er terapeuter (ergoterapeuter og fysioterapeuter) samt sygeplejersker, men nogle steder er der også erfaringer med, at social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere bliver en del af medarbejdergruppen.

Et sundhedscenter kan etableres i tilknytning til eksempelvis et aktivitetscenter med genoptræning, så borgeren kan opnå behandling og service på flere områder (walk-in tankegangen, se nedenfor). En anden variation af et sundhedscenter kan være oprettelse af en rehabiliteringsafdeling med et antal sengepladser, der tilbyder kortere patientforløb. Etablerede parallel-tilbud til sundhedscentre er eksempelvis særlige behandlingscentre i forhold til specifikke sygdomme, f.eks. sklerose eller kræft.

## Eksempler på etablerede sundhedscentre og -ordninger:

**Sundhedscenter Sygehus Fyn.** Aktiviteterne i Sundhedscenter Sygehus Fyn er at fremme det forebyggende sundhedsarbejde i forhold til patienter, pårørende og samarbejdspartnere inden for sundhedsområdet og personalet, blandt andet følgende aktiviteter: Faldforebyggelse, aktiviteter rettede mod personalet i Sygehus Fyn, patientundervisning - diverse patientskoler, osteoporoseskolen, fødselsforberedelse, lungeskole, hjerteskolet, slankeskole, kostrådgivning, rygestopkurser, motionshold, inkontinens, ældreidræt. (Sundhedskartellet januar 2004)

**Nibe sundhedscenter** Nibe sundhedscenter fungerede i perioden 1987-2005. Her var samlet praktiserende læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, hjemmepleje, hjælpemiddelkonsulenter og tandlæger under samme tag, hvortil borgeren kunne henvende sig f.eks. i forbindelse med et genoptræningsbehov, vurdering af hjælpemiddelbehov, behov for hjemmeplejeydelser m.v. (Sundhedskartellet januar 2004). Sundhedscenteret fungerede efter walk-in center princippet, hvor borgerne kunne komme ind uden sygesikring og få behandling. Centeret blev blandt andet benyttet af mennesker, der var nervøse ved at gå til egen læge. (Interview med social- og sundhedsassistent)

## Eksempler på internationale aktiviteter, der har inspireret til udvikling af danske sundhedscentre:

**Walk in Centre (Wic) i England** er sundhedstilbud, hvor borgere uden forudgående tidsaftale kan gå ind fra gaden syv dage om ugen for at få klaret mindre sygdoms- og skadetilfælde og få råd og vejledning om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Wic er en del af en større plan med henblik på at modernisere og forbedre det offentlige sundhedsvæsen. Intentionen er at hjælpe borgerne til at udnytte det offentlige sundhedsvæsen bedre, at hjælpe professionelle til at udnytte deres kompetencer og er et forsøg på at være mere lydhør i forhold til, hvordan moderne mennesker lever. Centrene er placerede på steder med nem adgang som f. eks i shoppingcentre. Walk-in centre blev etableret i 2000, og der findes 42 i England - alle placerede i større byer. Centrene dækker ca. 12 mio. mennesker. Centrene ledes af specialuddannede sygeplejersker. Afhængigt af lokalt behov er der ansat praktiserende læger, andet sundhedspersonale og socialarbejdere. (Sundhedskartellet januar 2004)

**Vårdcentraler, Sverige.** I Sverige er vårdcentraler det sted, man henvender sig i første omgang ved tilfælde af sygdom og i forbindelse med sundhedsfremmende og forebyggende initiativer. Vårdcentralerne er bemandede med læger, bioanalytikere, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordemødre og sundhedsplejersker. Vårdcentralerne har åbent døgnnet rundt om læger og sygeplejersker i vagt. Personalet kan endvidere foretage hjemmebesøg. Fysioterapeuter og ergoterapeuter tager sig af genoptræning både på vårdcentralen og i patientens eget hjem. (Sundhedskartellet januar 2004)

### Medarbejderne på arbejdspladserne

Mellem de enkelte kommuner kan der være en meget forskellig bemanning på sundhedscentrene, om end der er nogle fællestræk. Lederstillinger inden for sundhedssektoren i kommunerne er primært besat af personer med en mellemlang grunduddannelse som f.eks. sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, ofte suppleret med ledelsesuddannelser (diplomuddannelse mv.). Plejepersonalet er primært social- og sundhedsuddannet personale, og primært jordemødre, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kost-

vejledere mv. På baggrund af denne undersøgelse er det vurderingen, at social- og sundhedsassistenter fortrinsvist optræder de steder, hvor sundhedscentre har et tæt samarbejde med ældreplejen i kommunen eller er direkte knyttede til eksempelvis en rehabiliteringsafdeling på et plejehjem. Da mange kommuner endnu er i en opstillingsproces, er det for tidligt i forløbet at give et bud på, hvor mange social- og sundhedsassistenter, der kan forventes fremover at varetage arbejdsfunktioner på sundhedscentrene.

### **Brugergruppen**

Brugergruppen er borgere, der skal modtage genoptræning efter udskrivning, eller det kan være kronikergrupper, der har konstaterede sygdomme (hjerte, diabetes, KOL), der skal følge et efterbehandlings- eller forebyggelsesforløb.

## **Overordnede udviklingstendenser**

I det følgende afsnit beskrives de overordnede udviklingstendenser på arbejdsområdet.

### **Sundhedsvæsen, sundhedsfremme og forebyggelse**

Det danske sundhedsvæsen forandrer sig i disse år i lyset af strukturreformen og den nye sundhedslov. Med sundhedsloven fra 2005 overtager kommunen en del af de opgaver, der førhen blandt andet blev varetaget af amterne. Det handler blandt andet om genoptræning efter udskrivning fra sygehus, om forebyggelse og sundhedsfremme for børn, voksne og ældre, samt om behandling af alkohol- og stofmisbrug.

Med den nye sundhedslov præciseres det, at kommunerne får hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse deles mellem regionerne (primært sygehusene) og kommunerne. Den borgerrettede forebyggelse sigter mod at forebygge sygdomme og ulykker i at opstå, mens den patientrettede forebyggelse har til formål at begrænse udviklingen af en allerede opstået sygdom. Den borgerrettede forebyggelse kan foregå i daginstitutioner, skoler eller på plejecentrene og i hjemmeplejen. Opgaver knyttede til det sidstnævnte, og som er relevante for denne undersøgelse, er blandt andet faldforebyggelse, forebyggelse af ensomhed og social isolation, opsporing af eksempelvis demens, depression mv., samt forebyggende foranstaltninger i forhold til rygning, alkohol, fedme osv.

Den patientrettede forebyggelse retter sig især imod de kronisk syge. Det kan være patienter med sukkersyge, KOL patienter, allergier, muskel- eller skeletlidelser. Den patientrettede forebyggelse forankres i sundhedscentrene, men kan også finde sted gennem nye tilbud i borgernes eget hjem, etablering af kronikercentre eller udekørende team. På sundhedscentrene får patienterne den nødvendige pleje, behandling og rehabilitering af et fler- eller tværfagligt team af sundhedsfagligt personale samt nogle steder patientforeninger og frivillige.

På genoptræningsområdet overtager kommunerne ansvaret for og finansiering af al genoptræning, der foregår efter udskrivning fra sygehus i det omfang der foreligger en genoptræningsplan (der skal være lægefagligt begrundet). Det vil herefter være kommunernes ansvar at sammensætte det rigtige tilbud. Derudover skal både sygehuse, såvel som kommunerne arbejde systematisk med at indtænke genoptræning (og øvrige sundhedsfremmeforhold) fra start til slut i et patientforløb.

### **Social- og sundhedsassistenter på sundhedscentre - eller ikke**

I følgende afsnit vil der blive beskrevet tre forskellige vinkler på potentialerne i forhold til social- og sundhedsassistenterne på sundhedscentre.

#### **Sundhedscenteret, der ikke ansætter social- og sundhedsassistenter**

Det første eksempel omhandler et nystartet sundhedscenter, hvor man ikke ansætter social- og sundhedsassistenter.

Kommunen har netop i foråret 2007 indviet et nyt sundhedscenter. Der er ikke social- og sundhedsassistenter ansat på centret. Grunden til dette er, at centeret ikke behandler patienter, men i stedet har fokus på undervisning og oplysning omkring f.eks. diabetes. Ifølge lederen, er social- og sundhedsassistenteres uddannelse praktisk orienteret i forhold til pleje og er i mindre grad uddannet til at varetage den formidlingsopgave, som sundhedscentret løfter:

*”Vi forebygger i stedet for at behandle, og social- og sundhedsassistenterne er ikke undervisningsuddannede - de har en praktisk uddannelse.*  
(Leder af sundhedscenter)

#### **Hvor der er døgnpleje, er der social- og sundhedsassistenter**

Det andet eksempel beskriver et sundhedscenter under etablering, oprettet med sigte på tæt samarbejde med en rehabiliteringsafdeling. Interview med en social- og sundhedsassistent belyser, at der er muligheder for social- og sundhedsassistenter, men der kan blive rekrutteringsproblemer, hvis ikke kompetenceudviklingen understøttes.

Rehabiliteringsafdelingen er oprettet under en kommune som et sundhedscenter, og består af et antal sengepladser, der tilbyder kortere patientforløb på to-tre uger. Det fungerer som mellemstation mellem sygehuset og hjemmeplejen, og der tilbydes genoptræning og ernæringsvejledning, der skal forberede patienten på at komme tilbage til eget hjem. Den primære patientgruppe er i dag ældre mennesker, der eksempelvis bliver udskrevet fra ortopædkirurgisk afdeling, men som ikke kan klare sig selv. Det nye sundhedscenter skal i højere grad fremover også varetage yngre patientgrupper.

Dette sundhedscenter er i en omstillingsperiode i forbindelse med strukturreformen, hvor det er gået fra at være geriatrik afdeling til i fremtiden at skulle overflytte til et samlet sundhedscenter i kommunen, der er under opbygning. På det nye sundhedscenter skal der være mere fokus på genoptræning, men i de to-tre ugers patientforløb er der stadig tale om døgntilbud, hvorfor social- og sundhedsassistenterne fortsat vil være en del af medarbejdergruppen, da de har kompetencen til helhedsplejen.

Centret er således midt i en omskiftelig periode, der har bevirket, at de arbejdsopgaver, social- og sundhedsassistenterne varetager i dag, bærer præg af ’hjelperopgaver’. Dette gør det svært at tiltrække og fastholde social- og sundhedsassistenter. Målsætningen er, at social- og sundhedsassistenter i fremtiden skal have mulighed for at udnytte deres kompetencer og indgå i patientforløb ved at have ansvar for at regulere plejen, medicingivning, samt kontakt til hjemmepleje og andre eksterne. (Interview med social- og sundhedsassistent, samt leder)

#### **Social- og sundhedsassistents udfordrende job på sundhedscenter giver lyst til karrierespring i nuværende job**

Det tredje eksempel er en social- og sundhedsassistent, der havde et spændende arbejde i et nu nedlagt sundhedscenter. Det har givet lyst til nye karrieremuligheder i hendes nuværende job.

På det nu nedlagte sundhedscenter arbejdede social- og sundhedsassistenten på halv tid i teamet af terapeuter, hvor hun i sit daglige arbejde indgik på stort set lige fod med terapeuterne i træning og genoptræning af patienter.

Hendes arbejdsopgaver indebar blandt andet bækkenbundstræning, træning af apopleksipatienter, udredning af inkontinens mv.

Træning kunne foregå både som holdundervisning og som individuel træning, men kunne også foregå i hjemmet hos patienten. Størstedelen af holdtræningen varetog social- og sundhedsassistenten selvstændigt, mens træningen af apopleksiholdene foregik i samarbejde med en terapeut.

Kompetencerne til at udføre disse arbejdsopgaver havde social- og sundhedsassistenten først og fremmest opnået gennem sidemandsoplæring fra terapeuterne i teamet. Dels for at tilegne sig yderligere kompetencer men også for at sikre dokumentation på mange af de kompetencer, hun havde tilegnet sig gennem erfaring, ønskede hun at efteruddanne sig inden for ældretræning. Hun erfarede, at det var begrænset, hvad der fandtes af efteruddannelsesmuligheder inden for dette, hvorfor hun var nødsaget til at rejse til en større by i en anden del af landet. Her tog hun en uddannelse som koordinator og instruktør i ældretræning på universitetet samt kursus i bækkenbundstræning på CVU.

Efter nedlæggelsen af sundhedscenteret arbejder social- og sundhedsassistenten i dag som aktivitetsmedarbejder på et plejecenter. Dette indebærer blandt andet, at hun underviser i gradueret gymnastik, men hun føler langt fra, at hun til fulde får sine kompetencer i spil. Hun påpeger, at problemet ligger i, at kommunen 'tænker i kasser' forstået på den måde, at det er klart defineret, hvad de forskellige faggrupper får lov til at udføre af arbejdsopgaver. Hun må eksempelvis ikke foretage bækkenbundstræning, idet dette skal varetages af terapeuter, mens inkontinensudredning kun må foretages af sygeplejersker.

Social- og sundhedsassistenten udtrykker frustration over, at hendes kompetencer ikke udnyttes, hvorfor hun for sig selv har opstillet det ultimatum, at hvis det ikke bliver bedre i den nærmeste fremtid, vil hun begynde at lede efter et andet job, hvor hun kan bruge det, hun har lært. (Interview med social- og sundhedsassistent)

Som det fremgår af de ovenstående eksempler, er der således en stor spredning i erfaringer på arbejdsområdet, og konturerne af hvordan arbejdsopgaver placeres er kun netop ved at vise sig. På grundlag af denne undersøgelse tyder det dog på, at sundhedscentre primært vil række ud efter faggrupper som terapeuter, sygeplejersker, diætister mv., mens social- og sundhedsassistenterne har et stykke vej endnu, før de opleves som 'naturlige' i sundhedscenter-sammenhæng. Der vil dog være åbninger, hvor sundhedscentre samarbejder tæt med døgnbemandede tilbud som f.eks. plejecentre.

## Overordnede fremtidige kompetencekrav

På baggrund af de foregående afsnit og den efterfølgende jobprofil kan en oversigt over de centrale fremtidige kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter på sundhedscentre se således ud:

### Pleje-faglige kompetencer

De centrale pleje-faglige kompetencer, der bliver fremhævet, er følgende

- Kendskab til specifikke sygdomme som f.eks. diabetes, hjerneblødning, demens, KOL mv.

- Kendskab til sundhedsforhold omkring kost, motion, graviditet, amning, spædbørn mv.
- Kendskab til lov om patientsikkerhed, og metoder og praksisser i forbindelse med udmøntning af lov.
- Kendskab til anvendte medicintyper.
- Kendskab til forløb på sygehuse (rådgivning til borgere om accelererede patientforløb mv.).

### **Almen-faglige/personlige kompetencer**

De almen-faglige/personlige kompetencer, der ofte bliver fremhævet, er kompetencer, der er rettede mod at imødekomme de udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står overfor, dels i de tværfagligt sammensatte team, dels udadvendt i forhold til patienter og pårørende.

#### *Eksempler:*

- Kunne arbejde helhedsorienteret og tværfagligt.
- Kunne varetage en koordinerende rolle.
- Evne til at kommunikere med borgerne om deres behov.
- Kunne undervise og formidle i korte eller længere forløb.
- Arbejde systematisk med plejeplaner, behovsafdækning.

## Jobprofil

Sundhedscentre	
Beskrivelse af arbejdsområdet, arbejdsopgaver og tilhørende kompetencekrav	
Typiske arbejdsopgaver	<p>Have ansvar for at regulere plejen og sammensætte plejeplaner for tilbud til borgerne.</p> <p>Kontakt til hjemmepleje og andre eksterne - f.eks. i forhold til plejeplaner, planer for genoptræning.</p> <p>Deltage i kommunikation med sygehus, praktiserende læger, medarbejderne på ældreområdet osv. Blandt andet via den Elektroniske Patientjournal.</p> <p>Varetage opgaver i forhold til medicin - rådgivning til borgere.</p> <p>Udarbejde og deltage i tilbud til gravide og særlige tilbud til udsatte gravide, f.eks. meget unge kvinder.</p> <p>Deltage i kampagner om f.eks. fysisk aktivitet og overvægt, rygning, motion.</p> <p>Tilbyde rådgivning om kost, motion og livsstilsændringer til borgerne i lokalområdet.</p> <p>Deltage i projekter, hvor indsatser koordineres mellem daginstitutioner, skoler, sundhedsplejersker, tandpleje, osv.</p> <p>Deltage i planlægning, etablering og undervisning på 'patientskoler', hvor f.eks. diabetikere får undervisning i egenkontrol og sygdommen.</p> <p>Være kontaktperson for en borger, der f.eks. er ramt af hjertesygdom, apopleksi, KOL eller demens.</p> <p>Vejledning og information til borger eller pårørende i forhold til forestående indgreb/operation på sygehus (accelereret patientforløb).</p> <p>Varetage opgaver, hvis der er etableret åben skadeklinik, hvor borgerne kan få taget blodprøve, skiftet forbindelse, fjernet sting, målt blodtryk, skiftet kateter mv.</p>

<p>Det pleje-faglige kompetenceområde</p>	<p>Kendskab til specifikke sygdomme som f.eks. diabetes, hjerneblødning, demens, KOL mv.</p> <p>Kendskab til sundhedsforhold omkring kost, motion, graviditet, amning, spædbørn mv.</p> <p>Kendskab til lov om patientsikkerhed, og metoder og praksisser i forbindelse med udmøntning af lov.</p> <p>Kendskab til anvendte medicintyper.</p> <p>Kendskab til forløb på sygehuse (rådgivning til borgere om accelererede patientforløb mv.).</p>
<p>Det personlige og almenfaglige kompetenceområde</p>	<p>Kunne arbejde helhedsorienteret og tværfagligt i forhold til løsning af borgernes behov.</p> <p>Kunne varetage en koordinerende rolle, da man skal løfte flere opgaver fra sygehusene, og da borgerens problemer bliver mere komplekse, hvilket vil involvere flere aktører.</p> <p>Samarbejdsevne.</p> <p>Evne til at kommunikere med borgerne om deres behov.</p> <p>Kunne etablere en god kontakt i det tilfælde, hvor social- og sundhedsassistenten ville optræde i rollen som kontaktperson for en borger.</p> <p>Kunne undervise og formidle i korte eller længere forløb.</p> <p>Viden- og metodeudvikling.</p> <p>Arbejde systematisk med plejeplaner, behovsafdækning og formulering (metodiske kompetencer).</p> <p>Systematisk kvalitetsudvikling.</p> <p>Sundhedsfaglig dokumentation, herunder kendskab til benyttede IT-værktøjer.</p> <p>Lederne skal udvikle nye ledelseskompetencer som forudsætning for at udvikle kvalitet i ydelserne og skabe rammer for optimale kommunale sundhedstilbud.</p>



<p>Læringsformer (arbejdspladsbaseret læring og formaliseret efteruddannelse)</p>	<p>I fremtiden kan personale fra sundhedscentre undervise andet plejepersonale i kommunerne, eksempelvis undervise social- og sundhedshjælpere ude i borgernes hjem.</p> <p>Interne kurser og oplæringsforløb.</p> <p>Efteruddannelse (AMU).</p>
---	--

## 16. Konklusion

I dette afsluttende kapitel vil undersøgelsens resultater blive opsummeret og præsenteret.

Undersøgelsen tog afsæt i, at social- og sundhedsassistenter er en faggruppe i vækst og er en faggruppe, der vinder indpas på nye opgaveområder. I lyset af dette har det været intentionen med undersøgelsen at fastlægge, hvordan disse udviklingstræk kommer til udtryk i form af krav om tilpassede kompetenceudviklingsmuligheder.

I det følgende vil der indledningsvist blive konkluderet på social- og sundhedsassistenternes beskæftigelsesmæssige betydning. Herefter vil det blive beskrevet på hvilke områder social- og sundhedsassistenter vinder indpas samt hvilke nye kompetencekrav dette rejser. Kapitlet vil afslutte med at stille skarpt på nogle spørgsmål og overvejelser om læring og fremtidige kompetenceudviklingsinitiativer, som jobudviklingen inden for de beskrevne profilområder giver anledning til.

### **Social- og sundhedsassistenteres beskæftigelsesmæssige betydning**

Der er i perioden 2003-2006 blevet 21 % flere uddannede social- og sundhedsassistenter. I 2003 var der 19.262 personer, hvis højeste fuldførte uddannelse var social- og sundhedsassistent, mens det i 2006 drejede sig om 24.341. Selv om antallet af social- og sundhedsassistenter er steget med 5.079 (svarende til 26 %) personer i perioden 2003-2006, har det ikke ændret markant på, hvor stor en beskæftigelsesandel de udgør på arbejdsmarkedet vurderet i forhold til den samlede arbejdsstyrke (1% i såvel 2003 som i 2006). Dette tal skal dog ses i relation til, at social- og sundhedsassistenterne relativt set har fået en øget betydning inden for deres delarbejdsmarked. Plejehjem og sygehuse er de områder, hvor størstedelen af social- og sundhedsassistenterne er ansat - såvel når der måles på antal personer, som når der ses på, hvor stor en andel de udgør af det samlede antal uddannede social- og sundhedsassistenter. 43 % af de uddannede social- og sundhedsassistenter er således ansat på plejehjem, mens 26 % er ansat på sygehuse i 2006.

### **Perspektiver for social- og sundhedsassistenter inden for ældreplejen**

Omkring 51 % af social- og sundhedsassistenterne er i 2006 beskæftigede inden for ældreplejeområdet, der omfatter arbejdspladser i tilknytning til hjemmepleje, plejecentre og aktivitetscentre for ældre. Det er dermed ét af de helt store arbejdsområder for SSA'erne.

Social- og sundhedsassistenterne har en fast position inden for ældreplejen. I perioden fra 2003-2006 er der kommet lidt over 3000 flere social- og sundhedsassistenter til de tre områder, og social- og sundhedsassistenterne har således samlet set styrket deres position inden for ældreplejen.

Inden for plejecentrene har der været vækst i antallet af SSA'er - sammenholdt med en i øvrigt uændret andel af medarbejdere med erhvervsuddannelsesmæssig baggrund. Inden for hjemmeplejen har der i perioden 2003-2006 været et fald i den overordnede gruppe

af medarbejdere med en erhvervsfaglig uddannelsesbaggrund. Dette fald modsvarer af en stigning i gruppen af medarbejdere med mellemlang, videregående uddannelse. I samme periode ligger social- og sundhedsassistenternes andel af medarbejdergruppen stabilt – og de har således relativt set forstærket deres position på området.

Ældreplejen har samtidig en høj fastholdelsesgrad. Nogle medarbejdere skifter fra hjemmepleje til plejecentre - eller omvendt - men samlet set befinder lige under tre fjerdedele af medarbejdergruppen fra 2003 sig stadig inden for ældreplejen i 2006.

Prioriteringen af de accelererede patientforløb sammenholdt med manglende aflastningspladser og set i sammenhæng med 'længst muligt i eget hjem'-princippet medfører samlet set ændringer i målgruppen/borgergruppen inden for ældreplejen i retning af mere plejekrævende ældre med mere sammensatte problemstillinger. Således ser man eksempelvis inden for hjemmeplejen en stigning i antallet af borgere med angst- og misbrugsproblematikker. Denne udvikling stiller øgede krav til plejepersonalets kompetencer - særligt inden for det psykosociale og psykiatriske område.

Det fortsat stigende antal dokumentationsopgaver fylder meget i medarbejdernes oplevelse af arbejdsdagen og jobfunktionerne. Det kunne være en anledning til at udvikle et perspektiv på dokumentationen som et afsæt til at få debatteret principper og metoder i relation til observationsopgaven - eksempelvis i forbindelse med medicinering og ændringer i medicinen. Et perspektiv kunne således være at arbejde mere målrettet for at gøre dokumentationsopgaverne til et afsæt for refleksion og videndeling på arbejdspladserne.

Særligt inden for hjemmeplejen er der desuden udviklingspotentialer i at skabe mere fokus på social- og sundhedsassistenternes kompetencer i relation til sundheds- og forebyggelsesopgaverne - særligt med henblik på mobilisering af borgerne efter sygdom og/eller indlæggelse - som et element i social- og sundhedsassistenternes aktiveringskompetencer.

SSA'erne bliver på arbejdspladserne defineret som den oplagte medarbejdergruppe til at varetage specialistfunktioner - eksempelvis inden for områder som demens, forflytning, fald m.m. I et uddannelsesmæssigt sigte kan der derfor ligge en opgave i at understøtte SSA'erne i disse specialistfunktioner - herunder varetagelse af formidlingsrollen både hvad angår oplæring af kolleger og i kontakten til beboere/borgere og pårørende.

Ofte ser man SSA'ere med ledelsesfunktioner - særligt teamledelse i både formel og uformel form inden for såvel hjemmepleje som plejecentre. SSA'erne er ikke i udgangspunktet formelt klædt på til at varetage ledelsesfunktionerne og vil ofte delvist udfylde dem i kraft af personlige kompetencer. En stor del af læringen som leder hentes gennem kollegial sparring. Samtidig er det indtrykket, at der - i større omfang end på medarbejderniveauet - er opmærksomhed på betydningen af formel kompetencegivende efteruddannelse for ledelsesfunktionerne.

## Perspektiver for social- og sundhedsassistenter på sygehuse

Omkring hver fjerde social- og sundhedsassistent er ansat på sygehuse, som dermed er et af de mere betydende arbejdsområder for gruppen af uddannede social- og sundhedsassistenter.

Set over perioden 2003-2006 har social- og sundhedsassistenter i stigende omfang vundet fodfæste på sygehuse og udgør 6 % af det samlede antal ansatte på sygehuse i 2006. Stigningen opvejer dog ikke helt den reduktion, der i samme periode har været blandt andet plejepersonale med en erhvervsuddannelse (som eksempelvis sygehjælpere og plejere). Med til billedet hører også, at der i samme periode er sket en stigning i andelen af ansatte med en mellemlang og en lang, videregående uddannelse. Sygehussektoren bevæger sig således mod et højere uddannelsesniveau.

Der er forholdsvist begrænset udskiftning blandt social- og sundhedsassistenter inden for sygehusområdet. Knap tre ud af fire social- og sundhedsassistenter bliver inden for området set over perioden 2003-2006. Den typiske karrierevej for assistenter er altså, at de bliver inden for sygehussektoren, når først de er blevet ansat inden for området. (Undersøgelsen belyser ikke skift mellem afdelinger).

Social- og sundhedsassistenter er ansat inden for en bred vifte af de behandlingsområder, der varetages på sygehuse. Afdelinger med mere plejekrævende patienter (såsom medicinske og neurologiske afdelinger) har dog ofte relativt flere social- og sundhedsassistenter ansat end andre afdelinger.

Arbejdsfordelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter - og dermed ansvarsområder for social- og sundhedsassistenter - varierer ikke kun mellem afdelinger, men kan også variere mellem sygehuse. Grænsedragninger på arbejdsfeltet er flydende, om end visse områder stadig er forbeholdt sygeplejersker, eksempelvis behandling af komplekse patienter, ustabile patientforløb og intravenøs medicingivning.

Det kan således variere, hvilke arbejdsfunktioner den enkelte social- og sundhedsassistent varetager. Social- og sundhedsassistenternes realkompetencer (erfaringer og anciennitet) har i den forbindelse stor betydning for opgavefordeling.

Det generelle indtryk er, at social- og sundhedsassistenternes arbejdsområde over tid er blevet udvidet - og fortsat udvides. Ledelsens (typisk oversygeplejerskernes) opbakning og prioritering er en afgørende forudsætning for denne udvikling.

Sygehusområdet er samtidig kendetegnet ved mere komplekse og syge patienter end tidligere. Samtidig udføres megen behandling ambulant, og patienterne udskrives hurtigere i takt med, at accelererede patientforløb effektueres. Udvikling mod en mere videntung og videnkrævende sygehussektor rejser spørgsmål til plejepersonalets rolle inden for sektoren i fremtiden.

Prioriteringen af accelererede patientforløb og akutte behandlinger (uden indlæggelse) samt flere komplekse patienter fører til krav om stadigt stigende kompetenceniveau - og kan få det perspektiv, at social- og sundhedsassistenterne på sigt må se sig udkonkurreret af andre faggrupper på sygehusområdet.

Samtidig er der allerede i dag flere steder i landet vanskeligheder med at rekruttere det nødvendige antal sygeplejersker. Udviklingen trækker således i retning af et øget behov for, at flere personalegrupper kan medvirke til at løfte de stadig mere komplekse patient- og sygdomsforløb. Dette kunne tale for muligheder for jobudvidelser for social- og sundhedsassistenter.

## **Perspektiver for social- og sundhedsassistenter på det socialpsykiatriske felt**

Det psykiatriske og socialpsykiatriske område omfatter f.eks. bofællesskaber, boenheder, være- og aktivitetssteder og sygehuse for personer med sindslidelser. Det vurderes, at social- og sundhedsassistenter vinder terræn inden for arbejdsområdet. Således bliver der opskolet stadig flere plejere til social- og sundhedsassistenter inden for de psykiatriske sygehuse, og der ansættes flere og flere social- og sundhedsassistenter til fordel for eksempelvis sygeplejersker. Gennemsnitligt en ud af fire social- og sundhedsassistenter på sygehuse er ansat inden for det psykiatriske felt, hvilket svarer til ca. 1500 social- og sundhedsassistenter.

Tilsvarende får flere og flere social-psykiatriske boenheder øjnene op for social- og sundhedsassistenteres kompetencer i forhold til brugerne, i social- og sundhedsassistenternes særlige kompetencekryds med plejefaglige kompetencer, kompetencer til relationsarbejde og kompetencer til at etablere aktiviteter sammen med brugerne. Ligesådan kan aktivitets- og væresteder i fremtiden i langt højere grad blive et vigtigt arbejdsområde for social- og sundhedsassistenter, da der sker en del omstruktureringer inden for arbejdsfeltet. Social- og sundhedsassistenter på botilbud mv. udgør i 2006 sammen med social- og sundhedsassistenter på tilbud for udviklingshæmmede en gruppe på godt 2200 personer, og det er vurderingen, at de er i vækst.

Kommuner, der har hjemtaget socialpsykiatriske tilbud, kan vælge at samtænke tilbud via boenheder med åbne væresteder, således at der vil blive et langt mere integreret samarbejde mellem forskellige tilbud, hvilket også åbner muligheder for social- og sundhedsassistenter. F.eks. kan man forestille sig, at et botilbud kan etablere et åbent værested med aktiviteter for brugere, der ikke bor på tilbuddet, eller at brugere, der er blevet mere velfungerende, flytter for sig selv, men stadig er tilknyttede ordningen.

Blandt de interviewede er der ingen tvivl om, at social- og sundhedsassistenterne fremover skal indstille sig på, at deres kompetencer kan udnyttes langt mere fleksibelt end det sker i dag, og at de skal betone deres kompetencer inden for feltet at etablere og udvikle aktiviteter. De skal markedsføre sig på andet og mere end de plejefaglige kompetencer, og de skal indgå i tværfagligt samarbejde i den forbindelse. På baggrund af undersøgelsen vurderes det som meget væsentligt, at social- og sundhedsassistenter bliver rustet til at indgå i de ofte vanskelige relationer til brugerne, pårørende samt håndtere det kollegiale samspil omkring vanskelige brugere. Således betoner de interviewede virksomheder social- og sundhedsassistenteres evne til at agere reflekteret, kunne fremlægge observationer, og indgå i forpligtende samarbejde med kolleger inden for et arbejdsområde, der stiller store krav til medarbejderens personlige kompetencer.

## Perspektiver for social- og sundhedsassistenter på tilbud for udviklingshæmmede

Indenfor arbejdsområdet 'Tilbud for udviklingshæmmede' vil man finde forskellige typer af tilbud til udviklingshæmmede, der har brugerens personlige, fysiske og kompetencemæssige udvikling for øje. Overordnet skelnes der mellem botilbud og dagtilbud, samt integrerede tilbud. Social- og sundhedsassistenten skal således oftest i større eller mindre udstrækning kunne varetage opgaver der både omhandler det at etablere aktiviteter for brugerne og de opgaver som knytter sig til beboeren i hans eller hendes hjem.

Under 10 % (2.255 ud af 24.341) af de uddannede social- og sundhedsassistenter var i 2006 beskæftigede inden for området 'Døgninstitutioner for voksne med handicap', som dog også indbefatter social- og sundhedsassistenter ansat på psykiatriske plejehjem. Resultater fra den kvantitative delanalyse viser, at døgninstitutioner for voksne med handicap - i lighed med sygehuse og plejehjem - er et område, som social- og sundhedsassistenter i større udstrækning bliver indenfor. Blandt de assistenter, der i 2003 var ansat på en døgninstitution for voksne med handicap, er 64 % fortsat beskæftigede inden for dette område tre år senere (i 2006). Når social- og sundhedsassistenter søger væk fra døgninstitutionerne, søger de overvejende mod plejehjem og beskyttede boliger.

Det er en udfordring for tilbud for udviklingshæmmede at tiltrække og fastholde medarbejdere, og det er indtrykket at der ikke er en udbredt tradition for at social- og sundhedsassistenter søger til området. Men i og med at arbejdspladserne grundet deres rekrutteringsproblemer også interesserer sig for gruppen er det forventningen at flere og flere social- og sundhedsassistenter vil søge denne vej.

De centrale fremtidige kompetencekrav for social- og sundhedsassistenter på tilbud for udviklingshæmmede er en række pleje-faglige kompetencer i relation til at man på tilbuddene oplever at brugerne har et mere massivt plejebehov. Det drejer sig om forflytningsteknik, pleje og hygiejne og kendskab til somatiske sygdomme, der kan følge et udviklingshandicap. Derudover stiller der krav om en række særlige pædagogiske vinkler og metoder, f.eks. blindepædagogisk referenceramme, som social- og sundhedsassistenten må tilegne sig efter endt grunduddannelse. De almen-faglige og personlige kompetencer, der er fremhævet i undersøgelsen, er kompetencer, der er rettede mod dels at imødekomme de udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står overfor, dels i beboerteam/medarbejderteam, dels udadvendt i forhold til beboerne og deres pårørende. Det drejer sig om samarbejdsevne - både internt i forhold til organiseringen i team og samarbejdet med kolleger - men også i lyset af det øgede fokus på samarbejde med andre tilbud og pårørende, forebyggelse og håndtering af konflikter, samt dokumentation og evaluering i det daglige arbejde.

## På nye stier - social- og sundhedsassistenter inden for nye arbejdsområder

I et uddannelsesmæssigt perspektiv er det interessant at se på de områder, hvor social- og sundhedsassistenter er bølgebrydere i den forstand, at de betræder nye arbejdsområder og skal udvikle deres kompetencer på et nyt arbejdsfelt. Uddannelsen som social- og sundhedsassistent er bred og helhedsorienteret, og det har således været normen for social- og sundhedsassistenterne at kunne indtræde på nye arbejdsområder, når behovene

viser sig. Denne undersøgelse viser, at nye områder for assistenterne er hospiceområdet, sundhedscentrene, de socialpsykiatriske aktivitets- og væresteder samt barsels- og svangreafsnit på de somatiske sygehuse. Endelig er det også en nyere udvikling, at en større gruppe social- og sundhedsassistenter er tilknyttede vikarområdet.

### **Social- og sundhedsassistenter på hospice-området**

Etablering af hospicer i Danmark er primært sket inden for de sidste 15 år. Social- og sundhedsassistenter har endnu ikke haft en solidt indtræden på feltet, der har været præget af andre faggrupper. Dog viser denne undersøgelse, at hver fjerde hospice har ansat eller overvejer at ansætte social- og sundhedsassistenter.

Når social- og sundhedsassistenter ansættes på hospice, er de primært værdsat for deres kompetencer til at indgå i en relation til ikke bare en patient, men en hel familie samlet om en person, der er syg. De har ofte grundet en længere og bred erhvervserfaring fra andre dele af pleje- og omsorgsområdet en god evne til at tackle vanskelige samtaler, fokusere på mennesket, og det liv som dette menneske lever, og ikke kun at fokusere på sygdommen. På den måde ligger social- og sundhedsassistentens kompetencer godt på linie med det, der er værdigrundlaget på de fleste hospicer, nemlig at sikre en god livsafslutning med vægt på ressourcer og de positive aspekter, selv i vanskelige situationer.

Der hvor man i hospicefeltet ser behov for yderligere opkvalificering er at kunne overskue og observere på symptomer, behandlingsformer, medicinering og bivirkninger i et specialiseret, palliativt felt, en opkvalificering, der dog ikke kun gælder social- og sundhedsassistenter, men alle medarbejdere med plejansvar på hospicer.

### **Social- og sundhedsassistenter på sundhedscentre**

Sundhedscentre er som hospicer ligeledes en tilbudsform af nyere dato, der forventes at få endnu større betydning i de kommende år, blandt andet grundet den ændrede ansvarsfordeling mellem sygehuse og primærsektor omkring forebyggelsesindsatser, genoptræning og rehabilitering. I et sundhedscenter vil social- og sundhedsassistenten indgå i et tværfagligt team med ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker m.fl., og det vil typisk være mindre enheder, sammenlignet med sygehusafdelinger eller plejecentre. Social- og sundhedsassistenter vil derfor skulle udvikle deres eget faglige ståsted uden nødvendigvis at have andre social- og sundhedsassistenter at spejle sig i. Det må være forventningen, at man som social- og sundhedsassistent i udpræget grad skal være i stand til at være samarbejdsorienteret og kunne skabe sig rum for sit arbejdsområde i den mindre gruppe af personer med længerevarende uddannelse. I og med at der er fokus på en direkte brugerkontakt samt formidlingsopgaver til f.eks. skoler, børneinstitutioner og ældreplejen, er formidlings- og kommunikationsevnerne desuden af stor betydning.

På baggrund af denne undersøgelse tyder det på, at social- og sundhedsassistenterne oplever arbejdet på sundhedscentrene som meget udviklende, og at de, når de har 'smagt på' eksempelvis opgaver med selvstændigt genoptræningsansvar for brugergrupper, kan have vanskeligt ved at tilpasse sig et arbejde med mere begrænset indhold.

### **Social- og sundhedsassistenter på vikarområdet**

Betydningen af assistance fra vikarbureauer til dækning af sundheds- og pleje-faglige opgaver på arbejdspladserne synes at være stigende, hvis man ser på forekomsten af annoncer fra vikarbureauer i fagblade mv. Det er dog en mindre del af den samlede gruppe af uddannede social- og sundhedsassistenter, der er beskæftigede inden for vikarbureau-

er; i 2006 drejede det sig om 877 ud af de 24.341 uddannede social- og sundhedsassistenter, hvilket svarer til 4 %.

Generelt er der på det danske arbejdsmarked sket en stigning i antallet af ansatte inden for vikarbureauer (en stigning på 65 % i perioden fra 2003 og 2006). Inden for samme periode er antallet af social- og sundhedsassistenter ansat i vikarbureauer steget med 273 personer, hvilket svarer til en stigning på 45 %.

Vikarområdet er kendetegnet ved en stor variation i arbejdsopgaver og kompetencer på den måde, at der synes at være en polarisering inden for vikararbejdsmarkedet. I den ene ende af spektret er der social- og sundhedsassistenter, der indtræder i arbejdsfunktioner for at udfylde akut opståede huller, og typisk får let definerbare marginalfunktioner. En mere omfattende brug af vikarer på en arbejdsplads kan hæmme eller forhindre en udvikling i retning af brede job, blandt andet grundet *oplevelsen* af sporadisk tilknytning blandt vikarerne selv og blandt kolleger på arbejdsstedet, der blokerer for langsigtet tænkning.

I den anden ende af spektret indgår social- og sundhedsassistenterne i mere udviklingsorienterede aktiviteter. Eksempelvis kan vikarerne udgøre et team af medarbejdere, der i en periode skal rette op på en arbejdsplads, der er 'kørt ned' i forhold til arbejdspladskultur, motivation, personaleomsætning og sygefravær. Andre muligheder er at anvende de kompetencer, som vikarerne kommer med grundet deres brede erhvervserfaring

Sammenfattende kan det slås fast, at vikarjobbet giver mange forskellige praksiserfaringer, der kan være særdeles nyttige i forbindelse med helhedsorienteret pleje og accelererede patientforløb. Det store spørgsmål er, hvordan man i en konkret situation giver rum til at udnytte disse potentielle muligheder. Et andet spørgsmål er, hvordan man understøtter en sådan udvikling med relevant efteruddannelse inden for en branche, hvor der har vist sig at være et ringe kendskab til mulighederne i det offentlige efteruddannelsessystem.

## **Læringsveje på social- og sundhedsassistenters arbejdsområde**

Undersøgelsen har afdækket, at der er behov for at skabe mere opmærksomhed på mulighederne inden for AMU-systemet. Om end arbejdspladserne inden for sygehuse, ældrepleje, de social-psykiatriske og social-pædagogiske områder kender til og benytter AMU-systemet, er der ingen tvivl om, at deres kendskab til mulighederne kunne udbygges. De private udbydere (vikarbureauer mv.) kunne i særlig grad udnytte og anvende de muligheder, der er i det offentlige uddannelsessystem, langt mere end de gør i dag, hvor anvendelsen er meget begrænset.

Arbejdspladserne kender til AMU-systemet, men der er behov for at tilpasse uddannelserne til at kunne understøtte og kvalificere den betydende del af læringsprocesserne, der foregår gennem praksis.

### **Det plejefaglige kompetenceområde**

Inden for det plejefaglige kompetenceområde påviser undersøgelsen en stor variation og 'toning' afhængigt af arbejdsområde - både på de overordnede områder - men i særdeleshed i relation til de specialer, man som medarbejder kommer i berøring med. Det er



ikke oplevelsen, at det er på specialeområderne, AMU nødvendigvis har den store gennemslagskraft, og måske heller ikke sin styrke. Men kunne den læring gennem praksis tilgang, som er udbredt, understøttes af AMU-udbudte forløb, f.eks. af forløb vedrørende de interne underviseres kompetence til formidling og undervisning af kolleger?

På det overordnede niveau (også pleje-fagligt), har AMU derimod en klar funktion. Her kan etableres kurser, der kan gå på tværs af områder, og dermed kan bidrage til medarbejdernes helhedsforståelse af det sundhedsfaglige område, de er en del af.

### **Det alment-faglige og personlige kompetenceområde**

Overordnet set har undersøgelsen afdækket, at der fortsat er behov for at styrke social- og sundhedsassistenternes faglige selvforståelse inden for arbejdsområderne. Dette vil i det følgende blive eksemplificeret i forhold til en række vigtige kompetenceområder, og vil samtidig skitsere, hvor der er behov for at fastholde og styrke tilbud inden for AMU-systemet.

#### *Aktiveringskompetence*

Særligt inden for hjemmeplejen, men også inden for de somatiske sygehuse indoptager SSA'erne en faglig forståelse, der tager afsæt i at sigte mod sygeplejerskernes arbejdsfunktioner i højere grad end mod at definere deres egen faglige profil. Her er det indtrykket, at social- og sundhedsassistenterne i højere grad kunne vinde ved at profilere sig på deres kompetencer til at tænke helhedsorienteret, deltage i aktivitetsskabelse for brugerne og deres evne til at indgå i relationer på flere niveauer, ikke mindst set i lyset af ændringer i ansvarsfordeling mellem sygehuse og primærsektoren.

Inden for de socialpsykiatriske tilbud og for tilbud for udviklingshæmmede, stiller problemstillingen sig på en anden måde. Her søger social- og sundhedsassistenter typisk til, fordi de ønsker at bruge deres kompetencer til at indgå i udviklingsorienterede forløb, og hvor motivationen for dem kan være at indgå i relationer til andre mennesker med udvikling for øje. Men her ansættes social- og sundhedsassistenter til et felt med en høj andel af medarbejdere med pædagogisk eller psykologisk orienterede uddannelser, og her er forventningen, at social- og sundhedsassistenten skal bidrage med deres kompetencer inden for en snævrere definition af pleje; nemlig de behov, der rejser sig, når brugerne har det fysisk dårligere og har et større basalt plejebehov. Her har social- og sundhedsassistenterne ofte lysten til at bruge deres aktiverende og relationsskabende kompetencer, men 'kæmper' til tider med kollegers og lederes forventninger til, at de har plejefagligt fokus.

#### *Formidlingskompetence*

Social- og sundhedsassistenterne vil i stigende grad indtræde i formidlingsroller. Dette kan både være i forhold til aktuelle behov inden for etablerede/konsoliderede områder, samt også inden for områder som sundhedscentre eller aktivitets- og væresteder, hvor der har vist sig en mulighed for vækst. Det drejer sig dels om pædagogiske kompetencer og dels formidlingsmæssige kompetencer; eksempelvis at få patienten til at tage ansvar for sin krop og formidling til patienten om, hvorfor det er vigtigt.

#### *Observationskompetence*

Dette drejer sig for social- og sundhedsassistenter om kompetencer til at observere og formidle deres observationer til kolleger og andre, herunder refleksion og systematisering. Der ses her en tydelig kobling til dokumentationsformer, skriftligt, mundtligt såvel

som IT-baseret. Man kan overveje, hvorvidt man i uddannelsessystemet kan understøtte udviklingen af et perspektiv på dokumentation som noget, der kan betragtes som et refleksionsværktøj - og dermed et værktøj til erfaringsudveksling, videndeling og faglig udvikling

#### *Relationskompetence*

Samtaler med ledere og medarbejdere inden for alle de berørte arbejdsfelter har peget på, at evnen til at indgå i frugtbare relationer til brugerne, pårørende og kolleger er omdrejningspunktet for en god håndtering af arbejdsopgaverne. Man skal som medarbejder have evnen til at vurdere, hvilke reaktionsmønstre, der kan skyldes en brugers almene situation eller tilstand, og hvilke, der skyldes relationen til medarbejderen. Ligeledes bliver der med teamorganisering sat fokus på, hvordan man kompetent indtræder i forpligtende faglige fællesskaber med kolleger, ledere og samarbejdspartnere. Endelig bliver der som følge af et større fokus på brugerinddragelse behov for at styrke kompetencerne til at kunne indgå i relationer med brugere og pårørende om deres situation.

### **Fortsat udvikling af job og kompetenceprofiler**

Undersøgelsens skitsering af centrale arbejdsområder og udviklingen i kompetencebehov vil kunne indgå i den fortsatte udvikling af uddannelses tilbud rettet mod social- og sundhedsassistenterne.

Det er desuden håbet at undersøgelsen kan bidrage til at skærpe uddannelsesinstitutionernes opmærksomhed på mulighederne for målrettet indsats indenfor de enkelte arbejdsområder for social- og sundhedsassistenterne.

De udledte kompetencebehov skal i samarbejde med skolerne fortolkes i relation til den konkrete kontekst på arbejdspladserne: Det er på arbejdspladsniveauet at målsætningen om en fortsat udvikling af social- og sundhedsassistenternes faglige profil og arbejdsfunktioner må tage sit afsæt.

## Litteraturliste

Arbejdsliv: Arbejdsliv og læring - en antologi om involverende læreprocesser på danske arbejdspladser, Taastrup 1999.

Banke m.fl.: National Dialog Konference i netværket på Kryds og Tværs. Udvikling af arbejdsorganisering - medarbejderbytte til inspiration, Teknologisk Institut, Taastrup 2001.

Bottrup, Pernille; Helms Jørgensen, Christian (red.), 2004: Læring i et spændingsfelt - mellem uddannelse og arbejde. Roskilde Universitetsforlag, Learning Lab Denmark.

Clematide, Bruno og Claus Agø Hansen: Et fælles begreb om kvalifikationer? Taastrup 1996.

Div. Materiale fra hospiceforums hjemmeside [www.Hospiceforum.dk](http://www.Hospiceforum.dk).

Div. materiale fra de interviewede arbejdspladser (i form af funktionsbeskrivelser, oplærings-skema mv.).

Faber, Anne (red): "SOSU'er årgang 2004 - det første år", København 2007, side 7).

FOA bladet, diverse numre.

Illeris, Knud (red.), 2002: Udspil om læring i arbejdslivet. Roskilde Universitetsforlag.

Illeris, Knud, 2003: Voksenuddannelse og voksenlæring. Roskilde Universitetsforlag, Learning Lab Denmark.

Kamillianergårdens årsberetning 2005.

KL, Sundhedskartellet og Det Kommunale Kartel: Nye sundhedsopgaver - fokus på kompetenceudvikling. 2005.

LO/DTI Arbejdsliv: Læring på arbejdspladsen - virksomhedsintern uddannelse og læring i teori og praksis, 1997.

Materiale fra Lis Fibæk Laursen, SOSU skolen Århus vedr. kompetencebehov for social- og sundhedsassistenter på barsels-/svangre-/fødeafsnit.

Meilstrup, Lotte: "Hvad laver social- og sundhedsassistenterne på sygehusene og i psykiatrien?" Arbejdspapir, FOA, 2007

Mærsk Nielsen mfl.: Analyseopgave vedr. voksen-, efter- og videreuddannelse (VEU) Delrapport litteraturstudier, 2005.

Mærsk Nielsen, Lizzie (red): Uddannelsesplanlægning - virksomhedsudvikling gennem medarbejderudvikling, 2005.

Rebien, Helle og Kampmann, Trine, 2002: Helhed, handling og relationer - en referenceramme for kompetenceudvikling og læring. Udviklingscentret, Personaleafdelingen, Københavns Amt.

Sankt Lukas Hospice og hjemmehospice årsrapport 2005.

Sundhedskartellet. Artikler om igangværende sundhedscenter-aktiviteter nationalt og internationalt, januar 2004, gengivet på [www.sundhedskartellet.dk](http://www.sundhedskartellet.dk).

Sundhedskartellet: Sundhedscentre - nødvendige lokale sundhedstilbud, 2004.

Sørensen, Kim, Conny Bauer, Lasse Hjorth Madsen, Thomas Hermann: Kompetenceløft i Danmark - sammenfatning, Teknologisk Institut/IFKA, 1998.

# Bilag 1: Definitioner på kompetenceområder

## Centrale definitioner

I gennem de seneste år er der sket et skift i opmærksomheden fra kvalifikationer til kompetencer, og kompetencer er blevet det begreb, der anvendes af langt de fleste uddannelses- og forskningsinstitutioner. Der er ikke en entydig holdning til, hvad der menes med henholdsvis kvalifikationer og kompetencer, og der er mange forskellige opfattelser af, hvordan begreberne kvalifikationer og kompetencer anvendes.

Det begrebsmæssige fundament for denne analyse er, at hvor begrebet kvalifikationer er knyttet til den enkelte person og betegner den viden og de færdigheder, som han eller hun på et givet tidspunkt har i forhold til arbejdslivet, så er begrebet kompetencer knyttet til, hvordan han eller hun faktisk udfolder - herunder har mulighed for at udfolde - sin viden og færdigheder i det konkrete arbejde for at løse arbejdsopgaverne.

I rapporten har vi anvendt begrebet kompetencer i beskrivelse af jobprofilerne. Det gør vi, fordi jobprofilerne beskriver de kvalifikationsbehov, der er knyttede til, at medarbejderne rent faktisk vil kunne udfylde de arbejdsopgaver, der er beskrevet, altså at der er sammenhæng mellem kvalifikationer og den organisatoriske setting (arbejdspladsens rammer). Vores jobprofiler er nutids- og fremtidsrettede i den forstand, at de beskriver dels nuværende jobområder og dels de udviklingstendenser, der ses i disse år inden for social- og sundhedsassistenternes jobområde. Jobprofilerne beskriver således de kompetencebehov, der rejser sig, når social- og sundhedsassistenterne befinder sig på, og får rum til udfoldelse af deres kvalifikationer på det pågældende område.

I vores forståelse har begrebet kompetence tre dimensioner - en organisatorisk, en relationel og en personlig dimension - og det at være kompetent bestemmes af samspillet mellem disse tre dimensioner (Rebien m.fl., 2002). *Den organisatoriske dimension* handler om de rammer og betingelser, som arbejdspladsen sætter for den enkelte medarbejder og gruppen af medarbejdere. Denne dimension omfatter blandt andet de hierarkiske og beslutningsmæssige strukturer og kan på den måde minde noget om den traditionelle definition af det at have kompetence. *Den relationelle dimension* handler om de forskellige samarbejdsrelationer, som de enkelte personer indgår i, f.eks. med ledelsen, kollegaer og kunder. Endelig handler *den personlige dimension* om den enkelte persons kompetencer og erfaringer.

### **A. Det teknisk-faglige kompetenceområde (i denne rapport kaldet pleje-faglige kompetenceområde)**

Det teknisk-faglige område beskriver særkendet ved arbejdet i en bestemt branche eller fag. Kompetencerne består f.eks. i:

- Manuelle færdigheder, fysisk styrke og finmotorik.
- Paratviden og forståelse for processer, materialer, værktøjer, procedurer og kunder/klienter.
- Kendskab til teori inden for fagområdet.
- Kendskab til praktiske discipliner, som f.eks. sårpleje, pleje og personlig hygiejne.

- De teknisk-faglige kompetencer er ofte nogle, der kan læres igennem formaliserede uddannelser, der 'lægger op til' en bestemt type arbejde.

## **B. Det almen-faglige kompetenceområde**

Det almen-faglige område knytter an til kompetencer, der ikke 'ejes' af en bestemt branche eller et fag, da de i høj grad forventes at kunne blive anvendt i flere fag/brancher, men som samtidig har forskellige konkrete toninger afhængigt af det arbejdsfelt, man arbejder i. De almen-faglige kompetencer kan opdeles i følgende kategorier:

- **Metodiske kompetencer**
  - At kunne analysere, gruppere, syntetisere, systematisere, planlægge, at kunne skelne væsentligt fra uvæsentligt, at kunne søge, sortere og vurdere informationer, at kunne identificere principper i junglen af mange konkrete hændelser - abstraktions-evne, at kunne planlægge arbejdsskridt i forhold til givne mål, at kunne foretage logiske slutninger, at kunne analysere og danne synteser og lignende.
- **Kommunikative kompetencer**
  - At have evnen til at forstå og tolke, hvad andre skriver og siger og selv at være i stand til at formidle et budskab skriftligt og mundtligt (eventuelt også fremmedsprog). Altså, at kunne skrive, læse og forstå dansk. Nogle mener, at det i dag er et kompetencekrav, som der ikke mere er behov for at have fokus på. Desværre viser det sig imidlertid, at mange mennesker kommer igennem grundskolen uden at tilegne sig de tilstrækkelige kompetencer til at kunne kommunikere både skriftligt og mundtligt. Dette kombineret med, at denne kompetence efter vores erfaring bliver mere og mere central, således er der i dag kun er ganske få fag/faggrupper, der ikke stilles over for kravet om at kunne kommunikere med kollegaer, ledere eller kunder skriftligt og mundtligt. Samtidig er dette kompetencekrav grundlaget for, at en række andre almene kompetencer kan tilegnes; f.eks. kan man ikke få pc-kørekort uden at kunne læse og skrive på et rimeligt højt niveau.
- **Organisationskompetencer**
  - At kunne se sig selv i den organisatoriske helhed, at kunne finde råd, hvis man er i tvivl, at kunne forholde sig hensigtsmæssigt til skrevne og uskrevne regler i organisationen og at kunne forme organisatoriske løsninger for at opnå et givent mål.
- **Talforståelse og matematiske færdigheder**
  - At kunne indsamle og registrere data, at kunne vælge en hensigtsmæssig nøjagtighedsgrad ved indsamling af data, at kunne bruge de fire regningsarter samt decimal, brøk og procentregning, præsentation af resultater, hvortil hører en lang række teknikker som at kunne vurdere mængder og proportioner, tolke og udforme diagrammer m.m.
- **IT-kompetencer**
  - Det er den af de almen-faglige kompetencer, der p.t. er under hurtigst forandring på grund af den teknologiske udvikling; spændvidden er enorm, og der kan stilles spørgsmålstejn ved, i hvor høj grad der reelt er tale om almen-faglige eller teknisk-faglige kompetencer, der hører til et bestemt fag eller branche. I langt de fleste job i dag er det et krav, at medarbejderne på brugerniveau kan anvende edb, og det er det

almene IT-kompetencekrav. For superbrugere og i særdeleshed for IT-afdelingens personale vil der derimod være tale om teknisk-faglige kompetencer, fordi det er så tæt knyttet til netop det job. Til den almen-faglige kategori vil vi henregne f.eks. edb-baseret forberedelse, behandling og præsentation af information, både tekst, grafik og tal. Men vurdering af forskellige IT-applikationer, at vælge og anvende passende software til at redigere informationer, kombinere informationer fra forskellige kilder og at kunne foretage en kritisk vurdering af fordele og ulemper af edb for bestemte brugere hører nok snarere til de teknisk-faglige kompetencer. Men grænserne er flydende og i stadig udvikling, således at mere og mere i denne gruppe kommer til at være almen-fagligt.

### **C. Det personlige kompetenceområde**

Det personlige område henfører til det, der tidligere blev kaldt de procesafhængige kvalifikationer, der dækker noget, man forbinder med individer:

- Selvstændighed
- Ansvarsbevidsthed
- Samarbejdsevne
- Fleksibilitet forstået som omstillingsparathed i forhold til nye ukendte situationer
- Nysgerrighed.

De personlige kompetencer vil altid være kontekstafhængige. Spørgsmålet om, hvorvidt de bliver sat i spil og brugt på arbejdspladsen er altså afhængigt af, hvilke muligheder der er for det på arbejdspladsen. Dertil kommer, at de personlige kompetencer ikke eksisterer løst fra de øvrige kompetencer. Således kan der være specifikke opgavefunktioner eller delopgaver af teknisk-faglig karakter, som personen varetager grundet personbundne kompetencer.

Især de personlige kompetencer er i deres udfoldelse meget afhængige af de arbejdsmæssige og virksomhedsorganisatoriske sammenhænge. F.eks. kan ansvarsbevidsthed kun komme til udtryk i de situationer, hvor den enkelte har mulighed for at tage et ansvar, og man kan kun vise samarbejdsevne i de situationer, hvor der reelt er noget at samarbejde om osv.

Det er historisk bestemt, hvilke personlige kompetencer der er i fokus. Det er f.eks. stadig vigtigt at være en stabil medarbejder, men det er i dag ikke den kompetence, der oftest nævnes i debatten om, hvad der skal til for at være en god medarbejder. Det er derimod kompetencer såsom samarbejdsevne, tværfaglighed, initiativ og omstillingsevne.

### **Læringsformer**

I jobprofilerne skelnes der mellem den arbejdspladsbaserede læring og den mere formaliserede læring gennem erhvervsuddannelse eller anden efteruddannelse.

**Erhvervsuddannelse og efteruddannelse** er formaliserede aktiviteter, der er produceret af offentlige eller private kursusarrangører, konsulenter mv. Eksempler herpå er kursusaktiviteter ved AMU centre, SOSU skoler, tekniske skoler og handelsskoler, eller eksempelvis et sygehus' eget uddannelsescenter. Aktiviteterne afholdes oftest på uddannelsescentre, kursussteder mv., men kan også være forlagt til arbejdsstedet.

**Arbejdspladsbaseret læring** udgøres af institutionaliserede læringsaktiviteter, der afholdes på arbejdspladsen, strukturerede og planlagte aktiviteter, som virksomheden selv gennemfører. Denne form for læring kan kaldes 'Læring på arbejdet'. Aktiviteterne omfatter formaliserede introduktionsforløb, sidemandoplæring, udviklingsprojekter med mere. Aktiviteterne kan være konsulentstøttede, eller de kan være selv bærende. Hertil hører også den læring, der følger som en naturlig og integreret del af arbejdet, dvs. at man ved at løse arbejdsopgaver uvilkaarligt gennemgår læreprocesser.



## Bilag 2: Søgeprofiler - social- og sundhedsassistenter

Område	Det somatiske område - sygehuse	Pleje af plejekrævende, f.eks.: Plejehjem og centre, private leverandører, hjemmepleje, leve/bo-miljøer	Socialpsykiatri, f.eks.: Bofællesskaber, være- og aktivitetssteder, aktivitetshuse og bosteder	Handicapområdet, f.eks.: Bofællesskaber, være- og aktivitetssteder	Andet, f.eks.: Andre boformer, sundhedscentre, initiativer ift. forebyggelse og folkesundhed
Jobudvikling					
Vertikalt nedadgående					
Vertikalt opadgående					
Horisontalt					

Søgemodellen er anvendt i afdækningen af nuværende jobprofiler og pejlingen af fremtidige jobprofiler.

Søgemodellen er opbygget som en matrix og favner de hovedarbejdsfelter, hvor social- og sundhedsassistenter er ansat. Med anvendelse af søgemodellen har undersøgelsen villet afdække eksempler på ændringer i arbejdsdeling eller opgaveglidning, der er

- vertikalt nedadgående; dvs. hvor en faggruppe med længerevarende uddannelse (SSA) overtager opgaver fra en gruppe med kortere uddannelse.
- vertikalt opadgående; dvs. hvor en faggruppe med kortere uddannelse (SSA) overtager opgaver fra en gruppe med længerevarende uddannelse.
- eller horisontalt; dvs. hvor opgaverne flyttes mellem faggrupper på formelt samme uddannelsesniveau.

Konkret har søgemodellen været anvendt til ved interview at stille spørgsmål som:

- Vil social- og sundhedsassistenter overtage nye opgaveområder?
- Hvilke nye opgavekrav vil opstå, hvis eksempelvis psykiatrien for alvor bliver et voksende arbejdsmarked for social- og sundhedsassistenter?
- Vil de træde ind i ledende funktioner - f.eks. som ledere af plejecentre?

- Og hvilke åbninger vil oprettelse af sundhedscentre medføre? Osv.

## Bilag 3A: Beskrivelse af datagrundlag for analyse af karriereveje

Analysen af hvilke stillinger (arbejdsfunktioner) social- og sundhedsassistenter varetager, og deres eventuelle skift mellem stillinger (arbejdsfunktioner) i perioden 2003-2006, er baseret på data indhentet via særkørsler fra Danmarks Statistik.

Oplysninger vedrørende arbejdsfunktion/stillingsbetegnelse er baserede på indberetninger til Danmarks Statistik. Alle virksomheder med over 10 ansatte er pligtige til at indberette oplysninger vedrørende lønudbetaling til den enkelte ansatte. Som del af denne indberetning afgives ligeledes oplysninger om, hvilken arbejdsfunktion/stillingsbetegnelse, den pågældende varetager. Disse oplysninger indberettes på et 6-cifret niveau.

Det første ciffer angiver på hvilket (kompetence)niveau den pågældende arbejdsfunktion/stillingsbetegnelse er indplaceret (se nedenfor for uddybning af de enkelte niveauer).

### **DISCOLØN**

DISCOLØN har været anvendt til national lønstatistik siden 1993 og udgør således lønstatistikens fagklassifikation. DISCOLØN er en særlig version af DISCO, der er den danske version af International Labour Office og EUs officielle nomenklatur for arbejdsfunktioner ISCO-88 (International Standard Classification of Occupations).

Anvendelsen af DISCOLØN gør det muligt at sammenligne personer med samme arbejdsfunktion - uanset medarbejderens formelle titel og uddannelse.

DISCOLØN 2004 består af i alt 570 forskellige koder og er udtryk for en opdeling af de forskellige arbejdsfunktioner, der findes på arbejdsmarkedet. I opdelingen er der lagt vægt på, at den enkelte arbejdsfunktion udgør et afgrænset og homogent område.

Danmarks Statistik vedligeholder i samarbejde med Dansk Arbejdsgiverforening tabeller over stillingsbetegnelser med tilhørende DISCOLØN-kode.

### **Opbygningen af DISCOLØN**

DISCOLØN består af ni hovedgrupper. Hver hovedgruppe er underopdelt på 2- og 3-cifrede grupper, så arbejdsfunktioner inden for samme faglige område er grupperede tilsvarende i nomenklaturen.

**1 Ledelse på øverste plan i virksomheder, organisationer og den offentlige sektor**

Direktører, lovgivere og højere embedsmænd. Hovedgruppen omfatter ledelsesarbejde på virksomhedens øverste administrative plan - uanset virksomhedens størrelse og uanset arbejdets krav til færdighedsniveau.

**2 Arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for pågældende område**

Arbejde der består i anvendelse af viden og/eller forskning på det højeste niveau inden for et bestemt fagområde. Endvidere medarbejdere beskæftigede med undervisningsarbejde, der kræver høj faglig viden eller faglig viden kombineret med pædagogisk viden samt kunstnerisk eller anden intellektuel udfoldelse på højt niveau. Som eksempler kan nævnes ingeniører, læger, akademikere, arkitekter, advokater, lærere, journalister.

**3 Arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau**

Teknikere og programmører o.l., terapeuter, sygeplejersker, pædagoger, funktioner inden for salg, finansiering, forretningservice og administration samt politimæssigt arbejde.

**4 Kontorarbejde**

Almindeligt kontorarbejde og kundeservice vedr. pengetransaktioner, reservationer o.l. Endvidere registreringsarbejde vedr. varelagre, transport, produktion, udlån og telefonomstillingsarbejde.

**5 Detailsalg, service- og omsorgsarbejde**

Servicearbejde med relation til rejseaktivitet, husholdning, servering, personlig pleje, overvågnings- og redningsvæsen samt salgsarbejde vedr. kundeekspedition og demonstrationsarbejde.

**6 Arbejde inden for landbrug, gartneri, skovbrug, jagt og fiskeri, der forudsætter viden på grundniveau**

**7 Håndværkspræget arbejde**

Håndværkspræget arbejde inden for minedrift, industri samt bygge-, anlægs- og fremstillingsvirksomhed. Arbejde der primært består i betjening af maskiner, er indeholdt i hovedgruppe 8.

**8 Proces- og maskinoperatørarbejde samt transport- og anlægsarbejde**

Betjening og overvågning af procesmaskiner og andre stationære maskiner, monterings- og samlebåndsarbejde samt transport- og anlægsarbejde.

**9 Andet arbejde**

Medarbejdere beskæftigede med rengøring, pakning og budtjeneste. Ligeledes arbejde, der ikke kræver særlige kvalifikationer inden for områder som landbrug, skovbrug, bygge- og anlægsvirksomhed, fremstillingsvirksomhed og transport.

## Bilag 3B: Brancheforklaringer jf. DS

Datagrundlaget for den kvantitative undersøgelse er baseret på særkørsler fra Danmarks Statistik. I forhold til opgørelserne vedrørende branche (arbejdssted) er der indhentet oplysninger om alle brancher på et overordnet niveau, samt mere detaljeret om brancher inden for sundhedsvæsen og sociale foranstaltninger (branchekode 85), samt oplysninger om vikarbureauer (74.50.29).

Der er indhentet mere detaljerede oplysninger om følgende brancher:

<b>Branchebetegnelse</b>	<b>Branchekode hos Danmarks statistik</b>
Sygehuse (benævnes hos Danmarks Statistik for hospitaler)	85.11.00
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	85.14.10
Jordemødre og jordemodercentre	85.14.20
Døgninstitutioner for børn og unge	85.31.10
Familiepleje	85.31.20
Institutioner for stofmisbrugere og alkoholskadede	85.31.30
Døgninstitutioner for voksne med handicap	85.31.40
Plejehjem og beskyttede boliger	85.31.50
Forsorgshjem mv.	85.31.60
Hjemmepleje (benævnes hos Danmarks Statistik for hjemmehjælp)	85.32.35
Dagcentre for ældre mv.	85.32.40
Revalideringsinstitutioner	85.32.45
Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold	85.32.90
Vikarbureauer	74.50.29

En del af de betegnelser, der benyttes i daglig tale om forskellige brancheområder, kan ikke direkte genfindes hos Danmarks Statistik. I det nedenstående er der derfor gengivet forklaringer i forhold til branchebetegnelserne hos Danmarks Statistik, så det er muligt for læseren at afklare hvilke delområder, der indgår i de forskellige branchebetegnelser. Der er kun medtaget forklaring for de væsentligste brancheområder fra den kvantitative undersøgelse.

### **Hospitaler (85.11.00)**

Omfatter:

- Almindelige og specialiserede hospitaler, sanatorier, institutioner inden for forebyggende sundhedspleje, klinikker (herunder distriktspsykiatriske klinikker), revalideringscentre og andre institutioner inden for sundhedsvæsen med kapacitet til patientindlæggelse, herunder privathospitaler. Omfatter også hospicer.

- Sondringen mellem hospitaler mv. på den ene side og sociale institutioner (f.eks. plejehjem) på den anden, beror på det lægelige element i plejen.

Omfatter også:

- Forskning, der sker som en integreret del af hospitalers aktiviteter.

Omfatter ikke:

- Plejehjem (jf. 85.31.50)
  - Redningsaktiviteter (jf. 75.25.00)
  - Ambulancekørsel (jf. 85.14.90)
- 

### **Familiepleje (85.31.20)**

Omfatter:

- Døgnpleje af børn og unge eller personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap anbragt i private hjem (herunder socialpædagogiske behandlingskollektiver) i henhold til kontrakt med offentlige myndigheder.
- 

### **Institutioner for stofmisbrugere og alkoholskadede (85.31.30)**

Omfatter:

- Institutioner for afvænnning af stofmisbrugere (ungdomscentre, dag- og døgncentre), samt behandlingshjem for alkoholikere (uden lægebehandling).

Omfatter ikke:

- Alkoholambulatorier (jf. 85.12.20)
- 

### **Døgninstitutioner for voksne med handicap (85.31.40)**

Omfatter:

- Døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap samt psykiatriske plejehjem.

Omfatter også:

- Bofællesskaber for handicappede
- 

### **Plejhjem og beskyttede boliger (85.31.50)**

Omfatter:

- Institutioner og særligt indrettede lejligheder (med tilknyttet personale) især for ældre beboere.

Omfatter også:

- Dagscentre for ældre. (Disse drives sammen med plejhjem eller er en del af en integreret plejeordning).
- Integrerede plejeordninger (plejecentre, ældrecentre).

Omfatter ikke:

- Dagscentre (jf. 85.32.40).
  - Ældreboliger (jf. 70.20.10) - der har overskriften 'Almennyttige boligselskaber, herunder kollegier, ungdomsboliger og handicapegnede boliger samt ældreboliger'
- 

### **Hjemmehjælp (85.32.35)**

Hører under hovedkategorien Sociale foranstaltninger uden institutionsophold (85.32)

Omfatter:

- Praktisk bistand i hjemmet til ældre, handicappede eller syge, herunder også andet omsorgsarbejde end hjemmehjælpsordningen uden for institutionerne.

Omfatter ikke:

- Hjemmesygepleje (jf. 85.14.10).
  - Hjemmehjælp, der er en del af en integreret plejeordning (jf. 85.31.50).
  - Hjemmeservice (jf. 74.70.10).
- 

### **Dagcenter for ældre mv. (85.32.40)**

(Hører under hovedkategorien 85.32: Sociale foranstaltninger uden institutionsophold)

Omfatter:

- Åbne dagcentre for pensionister og dagcentre med særlige optagelsesbetingelser for ældre og handicappede med behandlingsbehov.
- Væresteder

Omfatter ikke:

- Daghjem, der normalt er en del af en integreret plejeordning (jf. 85.31.50).
- 

### **Revalideringsinstitutioner (85.32.45)**

Omfatter:

- Revalideringsklinikker, hvor der for invaliderede og andre erhvervshæmmede foretages vurdering af arbejdsevne og -mulighed, arbejdsmæssig optræning eller omskoling.

Omfatter også:

- Beskyttede værksteder.
- Særlige dagcentre/daghjem for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

Omfatter ikke

- Institutioner for stofmisbrugere og alkoholskadede (jf. 85.31.30).
  - Særlige daginstitutioner for børn med vidtgående fysiske eller psykiske handicap (jf. 85.32.25).
-

## Bilag 4: Metodisk baggrund for den kvalitative interviewundersøgelse

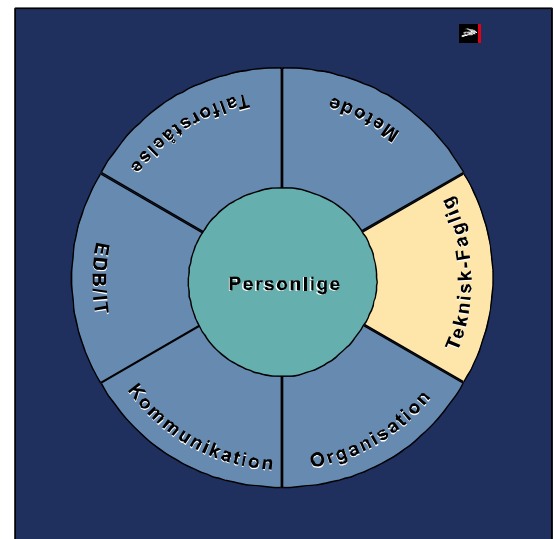
Et centralt element i undersøgelsen er udarbejdelsen af et jobprofilkatalog med beskrivelse af - og eksempler på - nuværende og fremtidige jobprofiler og kompetencekrav på social- og sundhedsassistentområdet i forhold til forskellige jobsituationer og arbejdspladstyper.

Afdækningen af kompetencer er gennemført som en kvalitativ analyse. Analysen baserer sig dels på kvalitative enkeltpersonsinterview og ved gruppeinterview på et dialogværktøj - kvalifikationsspillet - der strukturerer den nødvendige samtale omkring nutidige og fremtidige krav om kvalifikationer.

Metoden er med til at skærpe opmærksomheden og engagementet omkring afdækningen af kvalifikationer. Det er vores erfaring, at de fleste har vanskeligt ved at udtrykke sig meget præcist omkring kvalifikationskrav. Ofte bliver arbejdsituationer eller særlige rutiner, metoder mv. overfladisk beskrevet og langt fra udtømmende.

På illustrationen til højre ses dialogværktøjets 'spilleplade'. Den optegnede cirkel på pladen skal illustrere et 'kvalifikationsunivers'. Dette univers er inddelt i almen-faglige, personlige og teknisk-faglige kvalifikationer.

Deltagerne i interviewene har i samarbejde med konsulenterne vurderet de fremkomne kvalifikations tilhørsforhold i disse tre kategorier. Dette er gjort dels for at hjælpe deltagerne på vej i forhold til at forstå kvalifikationer, og dels for at kunne differentiere kvalifikationer i forhold til primærkvalifikationer eller understøttende kvalifikationer.



Derudover er der gennemført desk research på de udvalgte jobtyper med fokus på uddannelsesveje, kompetencenuancer, mv. Der er ligeledes inddraget materiale fra parallelle kompetenceundersøgelser og anden relevant viden på feltet, der har understøttet kvalificeringen af profilerne.