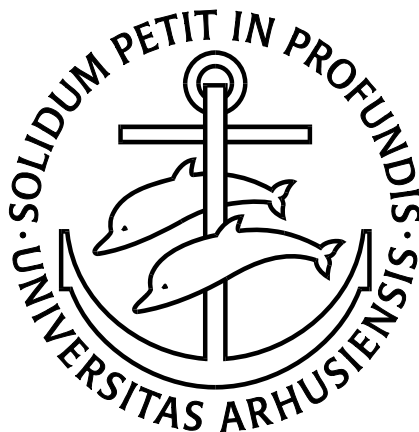


Kandidatspeciale



Den primære sundhedssektor

Opgaveglidning og arbejdsopgaver – en nutidshistorisk analyse af artikler fra
fagbladet Sygeplejersken

af

Catja Bigum Nielsen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Catja Bigum Nielsen
Modul: Kandidatspeciale
Måned og år: Juni 2009
Vejleder: Susanne Malchau Dietz
Anslag: 119.976

Den primære sundhedssektor

Opgaveglidning og arbejdsopgaver – en nutidshistorisk analyse af artikler fra
fagbladet Sygeplejersken

af

Catja Bigum Nielsen

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Resumé

Med udgangspunkt i opgaveglidningen fra sygeplejersken til social- og sundhedsassistenten, samt en ændring af hjemmesygeplejerskens arbejdsopgaver, er opgavens undersøgelsesspørgsmål: **Hvordan formuleres opgaveglidningen og sygeplejerskens arbejdsopgaver i den primære sundhedssektor? Hvordan kan udviklingen af hjemmesygeplejen historiske set, kaste lys over nutidens problematikker?** Der søges i artikler fra sygeplejerskernes fagblad, *Sygeplejersken*, hvor 22 artikler fremkommer. Artiklerne analyseres ud fra tre perspektiver og der udledes tre temaer under hvert perspektiv: **Praksisperspektivet:** Mistet kompetence og faglig identitet, Social- og sundhedsassistenterne overtager sygeplejeopgaver og Strukturændringer medfører ændrede arbejdsopgaver. **Det udviklingsmæssige perspektiv:** Større krav til dokumentation, Definition af primær-sygeplejerskens opgaver og Behov for specialisering og **Det politiske perspektiv:** Brug for sygeplejersker i den primære sundhedssektor, Primærsygeplejerskens rolle og Specialisering. Det konkluderes at der er forskellige holdninger til opgaveglidningen alt efter hvilket perspektiv det betragtes fra. Der er dog enighed om sygeplejerskers berettigelse i hjemmesygeplejen.

Summary

Primary care

The social- and health worker taking over home nurse's tasks, and a change of the home nurse's tasks – a contemporary historical analysis of articles from the journal *Sygeplejersken*

In the light of a change of tasks for the home nurse, and the social- and health worker taking over nursing tasks, the research question is: **How is the social- and health worker taking over tasks from the home nurse and the nurse's work in primary health care described? How can the development of home nursing historical terms, highlight contemporary issues?** On the basis of a search of journal articles from *Sygeplejersken*, 22 articles are included. The articles are analyzed from three perspectives and discharged three themes under each perspective: **The practice perspective:** Lost competence and professional identity, Social- and health care worker takes over the nursing tasks and Structural changes resulting in changing tasks. **The developmental perspective:** Increased requirements for documentation, Definition of primary nurse's tasks and, A need for specialization and **The political perspective:** Use of nurses in Primary Care, The home Nurse's role and Specialization. The conclusion is, that there are different approaches to the social- and health worker taking over of nursing tasks, depending on the perspective. However, there is consensus on the legitimacy of nurses in home nursing.

KANDIDATUDDANNELSEN I

SYGEPLEJE

Navn: Catja Bigum Nielsen

Studienr.: 20070035

Kandidatspeciale

Måned og år: Juni 2009

Vejleder: Susanne Malchau

Anslag: 119.976

Den primære sundhedssektor

Opgaveglidning og arbejdsopgaver - en nutidshistorisk analyse af artikler fra
fagbladet Sygeplejersken

Institut for Folkesundhed

Afdeling for Sygeplejevidenskab

Aarhus Universitet

Høegh-Guldbergs Gade 6A

Bygning 1633

8000 Århus C

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	1
2.	Problembeskrivelse	1
2.1	Fokus på hjemmesygepleje	2
2.2	Opgaveglidning	3
2.3	Social- og sundhedsassistenten	4
3.	Opgavens undersøgelsesspørgsmål	5
4.	Metodeovervejelser	6
4.1	Tekstanalyse	7
4.2	Historisk tekstanalyse	8
4.3	Litteraturgennemgang	9
4.4	Fagbladet Sygeplejersken	11
4.5	Kildekritik	12
4.6	Videnskabsteoretisk ramme	14
5.	Hjemmesygeplejens historie	15
5.1	Historisk udvikling af hjemmesygeplejen	15
5.2	Landsygeplejerskens arbejdsforhold	16
5.3	Uddannelse	17
6.	Praksisperspektivet	21
6.1	Mistet kompetence og faglig identitet	21
6.2	Social- og sundhedsassistenterne overtager sygeplejeopgaver	23
6.3	Strukturændringer medfører ændrede arbejdsopgaver	26
7.	Det udviklingsmæssige perspektiv	30
7.1	Større krav til dokumentation	30
7.2	Definition af primærsygeplejerskens opgaver	31
7.3	Behov for specialisering	33
8.	Det politiske perspektiv	35

8.1	Brug for primærsygeplejersker.....	35
8.2	Primærsygeplejerskens rolle i hjemmesygeplejen	40
8.3	Specialisering	43
9.	Konklusion og perspektivering	45

1. Indledning

Dette speciale har fokus på hjemmesygeplejen i Danmark. Her ses primært på hjemmesygeplejerskens arbejdsområder og opgaver i forbindelse med den opgaveglidning, der sker fra primærsygeplejersken til social- og sundhedsassistenten. Udvalgte artikler fra sygeplejerskernes fagblad, - *Sygeplejersken*, analyseres ud fra praksisperspektivet, det udviklingsmæssige perspektiv og det politiske perspektiv. Det tidsmæssige udgangspunkt er fra 2000, hvor der sættes fokus på opgaveglidning i fagbladet samt i medierne og op til starten af 2009. Interessen for den primære sundhedssektor er opstået gennem mit arbejde som primærsygeplejerske. For at få en forståelse for opgaveglidning i hjemmesygeplejen 2009, inddrages det historiske perspektiv. Specialet tager udgangspunkt i den nuværende situation i hjemmesygeplejen i Danmark, hvor vi ser et stigende antal ældre borgere som modtager hjemmesygepleje, samt et fald i antal sygeplejersker, og tale om en afprofessionalisering og opgaveglidning i hjemmesygeplejen. Dette vedrører både primærsygeplejerskens nye arbejdsopgaver i forhold til terminal pleje, kronikere og andre specialiserede områder, samt social- og sundhedsassistenternes overtagelse af sygeplejerelaterede opgaver. Det diskuteres om der i forhold til hjemmesygeplejerskens arbejdsområder og uddannelse kan læres noget af hjemmesygeplejens historiske udvikling.

2. Problembeskrivelse

Udviklingen i det danske sundhedssystem stiller høje krav til hjemmesygeplejen. Det drejer sig om øget specialisering, accelererede patientforløb, fokus på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, et stigende antal ældre og kronisk syge, samt øgede krav til dokumentation (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2006). Hjemmesygeplejen er på baggrund af denne udvikling blevet et arbejdsområde hvor der løses mere komplekse og specialiserede sundhedsopgaver end tidligere (Ibid.).

Fra 1985-2007 er antallet af ældre over 80 år steget med 37 % (Statistisk Årbog 2008 s.155). En befolkningsfremskrivning estimerer, at antallet af ældre over 65 år i 2040 vil udgøre ca. 23 % af befolkningen (DSI 2006 s. 37). Den demografiske udvikling, sammen med et stigende antal kronikere, betyder at behovet for døgn- og sygepleje vil stige i årene fremover (Statistisk Årbog 2008 s.155). Fra regeringens side er man opmærksomhed på den demografiske udvikling.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udgav i oktober sidste år regeringens resultater og initiativer på sundhedsområdet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008). Her tilkendegives det, at befolkningsudviklingen de kommende år vil stille store krav til sundhedsvæsenet, idet antallet af ældre er stigende og levealderen er blevet højere (Ibid.). Det er dog tankevækkende, at der i denne forbindelse kun fokuseres på sygehusområdet. Det beskrives, at der i regeringens kvalitetsreform bliver sat fokus på efter- og videreuddannelse af sygeplejersker. Den store mangel på arbejdskraft forsøges løst ved blandt andet at øge optagelsen på sygeplejeskolerne, give lettere adgang til social- og sundhedsuddannelserne, og sørge for at behandling og pleje bliver sundhedspersonalets hovedområde ved at sikre afbureaukratisering på sygehusområdet (Ibid.).

2.1 Fokus på hjemmesygepleje

Institut for Sundhedsvæsen (DSI) gennemførte i 2006 et projekt, som skulle klarlægge eksisterende viden om hjemmesygeplejen i Danmark (DSI 2006). Baggrunden for projektet var et manglende fokus på hjemmesygeplejen i Danmark i en tid hvor strukturreformen¹ ellers satte fokus på den kommunale sundhedssektor (Ibid. s.3). Der tages afsæt i situationen med faldende indlæggelsestider på landets hospitaler og de konsekvenser det medfører for opgaverne i den primære sundhedssektor. Konsekvensen var et voksende antal sygeplejerelaterede opgaver i primær sektor, der samtidig med en afprofessionalisering, som følger af et faldende antal sygeplejersker i den primære sektor, resulterede i ansættelse af mindre kvalificeret personale (Ibid.). Forfatterne bag undersøgelsen mener på baggrund af dette, at den primære sektor har øget behov for forskningsmæssig såvel som sundhedspolitisk bevågenhed.

Den primære sundhedssektor er ikke kun et aktuelt område for sundhedssektoren herhjemme. 12. maj 2008 satte International Council of Nurses (ICN) fokus på ledende hjemmesygeplejersker verden over. Det skete i Geneve, Schweiz, hvor sygeplejersker fra hele verden samledes om emnet "*Nurses Leading Primary Health Care - Delivering Quality, Serving Communities*" (ICN 2008). Dette viser, at sygepleje i den primære sundhedssektor er kommet på dagsordenen verden over og sygepleje beskrives af ICN som værende selve essensen af den primære sundhedssektor (Ibid.).

¹ Trådte i kraft d. 1. januar 2007 med inddeling af landet i 5 regioner. En af de markante ændringer på sundhedsområdet er, at al forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, der ikke finder sted på et sygehus bliver et kommunalt ansvar (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004).

2.2 Opgaveglidning

Som et resultat af patienternes tidligere udskrivelser fra hospitalerne og en overførsel af teknologi fra sygehuset til borgerens hjem, øges hjemmesygeplejerskens opgaver (Nielsen og Lomborg 2001). Denne omfordeling af opgaverne kaldes opgaveglidning. Betegnelsen bliver i primær sektor både anvendt for den opgaveglidning, der sker fra hospital til hjemmepleje, samt den opgaveglidning der finder sted mellem primærsygeplejersken og social- og sundhedsassistenterne (betegnes fremover assistenten). Komplexiteten i hjemmesygeplejerskens arbejdsopgaver samt uforudsigelige patientforløb, har gjort den primære sektor til et særdeles udfordrende arbejdsområde (Ibid. s. 132).

Ordet opgaveglidning er meget anvendt i sundhedssektoren og har længe været et stærkt belyst emne i medierne og omdiskuteret i fagbladet *Sygeplejersken*. Det tyder på første gang at blive omtalt i *Sygeplejersken* år 2000, af DSR formanden Connie Kruckow (*Sygeplejersken* 30/2000). Hun mener, at der altid har eksisteret en opgaveglidning mellem personalegrupperne i sundhedsvæsenet og ikke kun fra lægen til sygeplejersken. Artiklen belyser fortrinsvist den opgaveglidning, der er sket fra lægerne til sygeplejerskerne i hospitalsregi (Ibid.).

I 2003 fyrede Brovst Kommune i Nordjylland fem ud af otte hjemmesygeplejersker, og ansatte i stedet assistenter til varetagelse af sygeplejerskens opgaver (*Sygeplejersken* 46/2003). Det skabte røre i blandt andet DSR, hvor de mente, at det ville gå ud over de terminale borgere i kommunen og også medføre længere indlæggelsesforløb, da der ikke var de nødvendige faglige kompetencer til at udføre opgaverne i hjemmet. Måden at omfordele arbejdet i hjemmesygeplejen, blev kendt under navnet Brovst-modellen (Ibid.).

Københavns Amt udgav i 2005 rapporten "*Kompetenceudvikling og opgaveglidning*" (Københavns Amt 2005). Formålet var at skabe attraktive arbejdspladser og forene patienternes behov for et sammenhængende forløb på et højt fagligt niveau med de ansattes behov for et tilfredsstillende arbejde. Heri indgik kompetenceudvikling, faggrænser, ændring i fordelingen af arbejdsopgaver og procedurer (Ibid.). Det har blandt andet betydet, at assistenter går stuegang, giver smertestillende medicin og anlægger saltvandsdrop efter oplæring fra sygeplejersken. Det nævnes, at initiativerne kan inspirere til lignende tiltag på andre sygehuse, men der nævnes ikke noget om relevans eller overførbare forhold til den primære sundhedssektor.

Her følger en kort gennemgang af assistenternes uddannelse, med det formål at opnå en forståelse for, hvilke kompetencer de besidder efter endt uddannelse. Begrundelsen er, at de sammen med primærsygeplejersken spiller en vigtig rolle i den opgaveglidning, som vil blive bearbejdet i specialets analyse og diskussion.

2.3 Social- og sundhedsassistenten

Uddannelsen til social- og sundhedsassistent blev oprettet i 1991 (Teknologisk Institut 2007). Adgangskravene til optagelse på social- og sundhedsskolen er enten gennemførelse af uddannelsen til social- og sundhedshjælper eller mindst 14 måneders relevant erhvervs erfaring eller uddannelse (Århus social- og sundhedsskole 2009). Uddannelsen til social- og sundhedsassistent har en varighed af 20 måneder fordelt mellem skole og praktikforløb (Ibid.). Under hele uddannelsen får eleven løn af den kommune han eller hun ansættes under. Fagene er: sundheds- og sygepleje, medicinske fag, social- og samfundsfag, pædagogik med psykologi, kultur- og aktivitetsfag samt dansk og naturfag på c-niveau (Ibid.). Praktikforløbene er fordelt mellem sygehus, psykiatrien og praktik på et lokalcenter. Social- og sundhedsassistenten er uddannet til selvstændigt at udføre grundlæggende sygeplejeopgaver. Uddannelsen giver desuden kompetence til at genkende symptomer på de almindeligste sygdomme og tage beslutning om hvorvidt der er brug for lægelig assistance (Ibid.). Uddannelsen er adgangsgivende til sygeplejerskeuddannelsen og i relation til sygepleje er formålet med uddannelsen at:

”... eleven erhverver sig forudsætninger for at kunne vurdere behov for og selvstændigt at tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver inden for social- og sundhedssektorens område for pleje og omsorg og udføre koordinerende og undervisende opgaver” (Århus social- og sundhedsskole 2007 s. 4).

I 2007 gennemførte Teknologisk Institut en undersøgelse af assistenternes jobprofil, med formålet: *”at skabe et handlegrundlag for udviklingen af kompetencer blandt social- og sundhedsassistenter, så de modsvarer fremtidens krav på arbejdsmarkedet” (Teknologisk Institut 2007 s. 5).* Baggrunden for at undersøge dette var, at gruppen af assistenter vokser og får nye opgave- og fagområder. Det påpeges, at selv om assistenterne ikke er uddannet til en ledelsesfunktion, varetager de ofte teamledelsen i hjemmeplejen eller på plejecentre (Ibid.). Undersøgelsen peger desuden på at assistenterne, i deres faglige forståelse i hjemmeplejen, sigter mod sygeplejerskernes arbejdsfunktioner i stedet for at udnytte de kompetencer de selv har. Assistenternes har kompetencer i forhold til at tænke helhedsorienteret, aktivitetsskabende for borgeren og assistenternes evner til at indgå i relationer på flere niveauer (Ibid. s. 145).

Den 1. oktober 2008 blev Social- og sundhedsassistenternes uddannelse autoriseret. Sundhedsminister Jacob Axel Nielsens begrundelse for at indføre autorisationen er, at det vil styrke patientsikkerheden (Sommer 7/2008²). DSR er imod en autorisation af assistenternes uddannelse, da de mener den skaber usikkerhed om, hvilke opgaver assistenterne selvstændigt kan varetage, da uddannelsen til social- og sundhedsassistent kun giver kompetencer til at varetage grundlæggende sundheds- og plejeopgaver. Den komplekse sygepleje er forbeholdt sygeplejerskernes arbejdsområde, mener de (Ibid.). Forbundet for Offentlig Ansatte (FOA), mener derimod at autorisationen er med til at øge patientsikkerheden. Den skal være med til at give assistenterne større selvtillid og anerkendelse, samt optimere opgavevaretagelse og arbejdstilrettelæggelse, mener FOA (Sommer 7/2008).

I lyset af de ændrede opgaver på primærsygeplejerskens arbejdsområde samt den opgaveglidning, der er sket fra den sekundære til den primære sundhedssektor og fra sygeplejersken til social- og sundhedsassistenten, synes det aktuelt at undersøge hvilke konsekvenser dette har for sygeplejerskens arbejde i hjemmesygeplejen.

3. Opgavens undersøgelsesspørgsmål

Ud fra ovenstående problemafgrænsning kan det sammenfattende udledes, at hjemmesygeplejen som forskningsmæssigt genstandsområde er yderst relevant både internationalt og nationalt set. Som vist gør den demografiske udvikling i antallet af ældre borgere i Danmark, behovet for udvikling i den primære sektor til en stor og vigtig opgave. De mange omstruktureringer i primærsygeplejerskens arbejde i forbindelse med blandt andet opgaveglidningen, får konsekvenser for tilrettelæggelsen af hjemmesygeplejen og for hvilke ansvarsområder og arbejdsopgaver der i fremtiden kommer til at indgå under primærsygeplejersken, og hvilke sygeplejerelaterede opgaver assistenterne overtager. På baggrund af problemafgrænsningen samt med udgangspunkt i omfattende litteratursøgninger og gennemgang af relevante undersøgelser om hjemmesygeplejen i Danmark, synes det derfor relevant at undersøge:

² Artiklen omhandler social- og sundhedsassistenternes rolle i sundhedsvæsenet generelt og ikke i forbindelse med hjemmesygeplejen. Artiklen er på baggrund af dette ikke medtaget i analysedelen.

Hvordan formuleres opgaveglidningen og sygeplejerskens arbejdsopgaver i den primære sundhedssektor? Hvordan kan udviklingen af hjemmesygeplejen historiske set, kaste lys over nutidens problematikker?

Spørgsmålene er fremkommet på baggrund af en omfattende søgning på emnet hjemmesygepleje i Danmark, hvor nyere litteratur om hjemmesygeplejen er gennemgået. Opgaveglidning betragtes i analysen som den, der sker fra primærsygeplejersken til social- og sundhedsassistenten.

Her følger en gennemgang af overvejelser, der er gjort i forbindelse med de anvendte metoder og en præsentation af specialets kapitler og indhold.

4. Metodeovervejelser

Fra et nutids-historisk perspektiv undersøges det hvordan opgaveglidning og arbejdsopgaver i primærsygeplejen formuleres ud fra **praksisperspektivet, det udviklingsmæssige perspektiv samt det politiske perspektiv**. Analyse og diskussion tager udgangspunkt i en tematisk bearbejdelse af artikler fra fagbladet Sygeplejersken. I artiklerne gives udtryk for de tre perspektiver på specialets underspørgsmål, og på baggrund af dette fandt opdelingen sted. Til belysning af de forskellige faglige diskurser, inddrages litteratur af relevans for problemstillingen og et kapitel omhandlende hjemmesygeplejens historie.

Der er fundet inspiration i Lone Hasle Bucks kandidatspeciale (Buck 2003), hvori der foretages en analyse af artikler fra *Sygeplejersken*. Buck anvender en tekstanalytisk fremgangsmåde, hvor det forsøges at udlede temaer samt finde mønstre, som går igen i de udvalgte artikler, til belysning af problemområdet (Ibid. s. 12). De forskellige aktører der udtaler sig, inddeler Buck i tre kategorier: Sygeplejerskerne, ledere og fagorganisationen Dansk Sygeplejeråd samt Myndigheder og politikere (Ibid. s.16). Argumentationen for valg af ateoretisk datamateriale er, at få et indblik i hvad der rører sig i tidsperioden 2000-2009, samt undersøge hvordan opgaveglidningen og arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen formuleres i "*den virkelige verden*" (Ibid.).

I kapitel 1 – 3 indledes og afgrænses specialets undersøgelsesspørgsmål. I kapitel 4 følger overvejelser i forhold til den metodiske tilgang som tekstanalyse inspireret af lektor i kommunikation Leif Becker Jensen, historisk tekstanalyse inspireret af den norske professor i historie Knut Kjeldstadli og amerikanske sygeplejehistoriker Barbra Mann Wall. Dernæst en gennemgang af den anvendte litteratur samt kildekritik. Sidst i kapitlet beskrives den

videnskabsteoretiske ramme for specialet, hvor den tyske filosof Hans Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik præsenteres. I kapitel 5 følger en historisk gennemgang af hjemmesygeplejens opståen og udvikling. Kapitlerne 6-8 indeholder en analyse og diskussion af udvalgte artikler fra Sygeplejersken ud fra specialets undersøgelsesspørgsmål. Der tages udgangspunkt i praksisperspektivet, det udviklingsmæssige perspektiv og det politiske perspektiv. I kapitel 9 konkluderes og diskuteres der på baggrund af de samlede fund fra analysen og slutteligt perspektiveres der i forhold til omsorg og fremtidens hjemmesygepleje.

4.1 Tekstanalyse

Leif Becker Jensens tekstanalytiske metode vil benyttes som inspiration til analyse af den udvalgte litteratur. Ifølge Jensen kan tekstanalyse defineres som ”... *det sæt spørgsmål man stiller til en konkret tekst for at løse en konkret problemstilling og give nogle begrundede svar der kan overbevise andre om at man har ret.*” (Jensen 2005 s. 20). Jensen understreger dog, at den tekstanalytiske metode ikke findes, men der må gøres teoretiske overvejelser og eventuelt se hvordan andre har gjort. Den bedste metode ifølge Jensen er dog at tekstanalysere igen og igen (Ibid. s. 20). Jensen skriver, at den opstillede problemstilling bestemmer analysens undersøgelsesområde (Jensen 2005). Det vil konkret sige, at de elementer i teksten, som er relevante udvælges og undersøges nærmere, og de elementer som er mindre relevante fravælges.

I tekstanalysen går man fra commonsense-niveauet, hvor teksten læses første gang, til analysen hvor der arbejdes kritisk og bevidst med teksten. Tekstanalysen bliver en vekselvirkning mellem det induktive og deduktive, hvilket vil sige en bevægelse fra helhed til detalje og tilbage til helhed (Ibid. s. 26). Det samme er gældende for perspektiver, som kan betragtes som isolerede fænomener, men først rigtig kan vurderes i sammenligning med hinanden og i relation til tekstens samlede argumentation (Ibid. s.39). Der er i analysen tale om en erkendelsesproces, hvor der ændres og revideres i den umiddelbare opfattelse af teksten (Ibid.). Analysen er ligeledes en balance, hvor man på samme tid må leve sig ind i den og distancere sig fra den (Ibid.). På det næranalytiske niveau stilles spørgsmålene: ”*Hvad siger teksten?*” og ”*Hvordan fremsættes tekstens budskab?*” (Ibid. s. 37). I næranalysen opfattes enhver tekst som en struktur, hvori de enkelte tekstelementer først får betydning ved sammenligning med andre tekstelementer eller i forhold til deres kontekst (Ibid. s. 38). Dette er gældende på alle tekstens niveauer, hvor ord kan opfattes positivt, neutralt eller negativt, alt efter hvilken tekst der er tale om.

I følgende kapitel præsenteres den historiske tekstanalyse, hvor der er fundet inspiration til specialets historiske perspektiv hos Knut Kjeldstadli og Barbra Mann Wall.

4.2 Historisk tekstanalyse

For Kjeldstadli er historien noget man *må* forholde sig til, også selvom man er bevidst om at gøre tingene på en anden måde i nutiden (Kjeldstadli 1999). Han mener, at historien kan have samfundsmæssig nytte. At medtage et historisk perspektiv er det eneste som kan vise om en forandring er af nogen betydning og give indsigt i hvad der er stabilt og hvad der forandrer sig (Ibid. s.19-21). Fortiden viser de mange forskellige måder at gøre tingene på, hvordan mennesker organiserede sig og datidens opfattelse af hvad der var rigtigt og forkert (Ibid. s. 21). For at opnå en forståelse af den nutid vi lever i, må vi derfor vide, hvordan den er tilblevet (Ibid.). Kjeldstadli betragter historien som en identitet som mennesker og samfund ikke kan være foruden. Hvis et samfund ikke ved noget om sin fortid, ved det heller ikke hvad det er, hvordan det er opstået eller hvor det er på vej hen (Ibid. s. 25). Ved at betragte ”gamle dage” ses en sammenhæng formet af begivenheder, som fandt sted længe før det man betragter fandt sted. Historien kan nedbryde myter om hvordan fortiden var. Kjeldstadli mener, at hvis man bevidst eller ubevidst, lader sig styre af forestillinger om fortiden, bør forestillingerne så vidt muligt være rigtige (Ibid. s.28). Der må være et formål med at studere fortiden. De spørgsmål der stilles, må tage udgangspunkt i nutiden, men svarene må findes i fortiden. For at historien kan forsvare sin plads i videnskaben, mener Kjeldstadli at de resultater den giver, skal være relevante i det nutidige samfund (Ibid. s. 29). De mønstre, regelmæssigheder, der fandtes i fortiden var mangeartede og varierende fra samfund til samfund. Med andre ord forstod og tolkede mennesker de samme fænomener forskelligt. Fortidens mønstre træder frem afhængigt af hvilke spørgsmål, der stilles til fortiden.

Barbra Mann Wall beskriver tekstanalyse som:”...*a means of gathering and analyzing data and making likely interpretations of that information. It includes not only analyzing what is represented but also how it is represented* (Wall s. 227). Wall ser ikke tekstanalysen som en løsning på de problemer historikere søger svar på. Historisk tekstanalyse skal derimod ses som en måde hvorpå det undersøges, hvordan viden om det historiske felt blev til, frem for hvad der egentlig skete. Tekstanalyse giver en indsigt i, hvordan bestemte samfund fremstiller meningen med deres liv og arbejde. I tekstanalyse må der findes beviser for forfatterens formål med at skrive teksten, den personlige og kulturelle kontekst, om forfatteren forsøger at påvirke læseren, samt tekstens kontekst i forhold til tid, sted og historie (Ibid. s.229).

I følgende kapitel bliver den i specialet anvendte litteratur gennemgået. Der redegøres for tidsperioden for litteratursøgningen, selve søgningen med udvalgte søgeord og til slut en samlet oversigt over de udvalgte artikler.

4.3 Litteraturgennemgang

For at opnå en forståelse for hvordan opgaveglidning og primærsygeplejerskens arbejdsopgaver i forbindelse med opgaveglidningen i hjemmesygeplejen formuleres, inddrages materiale i form af artikler fra sygeplejerskernes fagblad Sygeplejersken fra tidsperioden 2000-2009. Det ønskes at sammenligne holdninger fra de forskellige aktører, der udtaler sig til fagbladet Sygeplejersken vedrørende specialets interessefelt. Der blev gennemført en søgning under Sygeplejerskens artikelarkiv, med søgeordene: ”primær sundhedssektor”, ”hjemmesygepleje”, ”arbejdsopgaver”, ”opgaver”, ”opgaveglidning”, ”social- og sundhedsassistent” med forskellige kombinationer samt trunkering med ”?” for at få alle mulige endelser medtaget. Der blev søgt i artikler fra årene 2000-2009. Litteratursøgningen blev foretaget fra januar – februar 2009, artikler skrevet efter februar 2009 er derfor ikke medtaget i analysen. Efter den systematiske søgning fulgte en usystematisk søgning på funktionen ”relaterede artikler” for at få eventuelle relevante artikler medtaget, som ikke blev fundet under den systematiske søgning. Artiklerne er af journalistisk karakter, hvilket kan betyde at der ikke er direkte sammenhæng mellem overskrifter og indhold, derfor var en grundig gennemlæsning af alle artikler der forekom under søgningen nødvendig. Alle for problemformuleringen relevante artikler fra Sygeplejersken, blev derefter udvalgt, hvilket vil sige artikler omhandlende primærsygeplejerskens arbejdsopgaver og/- eller opgaveglidningen fra primærsygeplejersken til social- og sundhedsassistenten. Desuden fandt en søgning med samme ord på dansk/engelsk sted på Bibliotek.dk, SveMed+, PubMed og Cinahl, med hensigten at finde litteratur til belysning af undersøgelsesspørgsmålet.

Her følger en samlet oversigt over de 22 relevante artikler:

- ”Send sygeplejersken ud til de svageste ældre” (Bjørnsson 9/2006)
- ”Kommunerne skal bruge specialister” (Bjørnsson 19/2004D)
- ”Hjemmesygeplejen er afprofessionaliseret” (Kruckow 12/2006)
- ”Drop hjemmesygeplejens specialister” (Søndergaard 23/2008)
- ”Sygeplejersker skal bruges rigtigt” (Hørslev-Petersen 11/2005)
- ”Sygeplejefaglig kvalitet i hjemmeplejen” (Bendsen 17/2005)

- ”*Fornem sygeplejefaglig opgave*”(Rasmussen 1/2009)
- ”*Fokusér på hjemmesygeplejen* (Geller 13/2006)
- ”*Lærer vi for lidt?*” (Jacobsen & Poulsen 1/2006)
- ”*Rystende arbejdsforhold*” (Schiellerup 49/2003)
- ”*Vi har ikke længere en hovedrolle*” (Bjørnsson 15/2004A)
- ”*Faglig identitet i opløsning*” (Tholle 3/206)
- ”*Udbyg sundhedsvæsenet i kommunerne*” (Bjørnsson 19/2004D)
- ”*Hjemmesygeplejen i en brydningstid*” (Kruckow 7/2004)
- ”*Sygeplejersker med varedeklaration*” (Kjeldsen 11/2005)
- ”*Ny kultur i hjemmeplejen*” (Kjeldsen 5/2006)
- ”*Et kompetenceløft på plejeområdet*” (Kruckow 9/2006)
- ”*Kompetence til at yde meget kompleks sygepleje*³” (Langvad 3/2006)
- ”*Kommuner dropper hjemmesygepleje om natten*” (Pedersen 34/2003)
- ”*Erstatter sygeplejersker med social- og sundhedsassistenter*” (Leick 46/2003)
- ”*Ud med sygeplejerskerne*” (Kjeldsen 30/2004)
- ”*Brug for tre slags hjemmesygeplejersker*” (Bjørnsson 18/2004B)

Derudover inddrages litteratur omhandlende hjemmesygeplejens udvikling af historisk karakter. Dette har til formål at opnå en forståelse for hvordan hjemmesygeplejens historiske udvikling kan kaste lys over de temaer der fremkommer, vedrørende opgaveglidning og primærsygeplejerskens arbejdsopgaver.

Her følger en kort gennemgang af fagbladet *Sygeplejerskens* historie, samt en beskrivelse af *Sygeplejerskens* læsere med baggrund i brugerundersøgelser og en begrundelse for valget af artikler fra dette tidsskrift.

³ Der findes forskellige definitioner af kompleks sygepleje. Et forslag lyder således: ”*et ustabil forløb, hvor der er behov for tætte observationer og daglige revurderinger af situationen. Borgeren har et stort antal og/eller meget komplicerede problemstillinger. Det er ikke oplagt, hvad den optimale sygepleje er, og borgeren og/eller hans pårørende kan være uenige i sygeplejen. Situationen kan være præget af etiske dilemmaer*” (Sygeplejersken 17/2005).

4.4 Fagbladet Sygeplejersken

Baggrunden for valg af empirisk materiale i form af ateoretiske artikler fra fagbladet *Sygeplejersken* er, at det er sygeplejerskernes førende fagblad hvori meninger fra både sygeplejersker, Dansk Sygeplejeråd, kommuner, organisationer samt politikere fremgår. Desuden afspejler sygeplejerskernes fagblad de aktuelle temaer, der er fremtrædende på udgivelsestidspunktet og fungerer som sygeplejerskernes "talerør". Sygeplejerskernes fagblad *Sygeplejersken*, som udgives af Dansk Sygeplejeråd, har eksisteret i over 100 år. I januar 1901 udkom det første nummer⁴, som dengang hed *Tidsskrift for Sygepleje* (Wingender 1999). Dansk Sygeplejeråd har gennem årene været deltagende i debatten på primærområdet og har været aktive med udgivelser i forbindelse med de omstruktureringer, der er sket på primærområdet siden den i 1899 blev stiftet (Wingender 1999). Det synes derfor relevant at undersøge hvordan primærsygeplejerskens arbejdsopgaver samt opgaveglidningen i den primære sundhedssektor formuleres i fagbladet, samt hvad der har rørt sig blandt primærsygeplejersker, udviklingsygeplejersker og politiske instanser.

Sygeplejersken udkommer hver 14. dag og 99 % af læserne læser fagbladet hver gang, eller næsten hver gang (DSR 2006). *Sygeplejersken* har en position som sygeplejerskernes primære kilde til information og 60 % af læserne mener, at det har betydelig- eller stor værdi som informationsmedie inden for sygeplejefaget. 67 % af læserne er tilfredse eller meget tilfredse med fagbladet (*Sygeplejersken* 5/2009). Hovedparten af artiklerne fra *Sygeplejersken* er skrevet af journalister og overskrifterne er af journalistisk karakter og afspejler derfor ikke nødvendigvis artiklernes indhold. Artiklernes form er hovedsageligt interview. De anvendte citater er medtaget i analysen for at få agenternes og ikke journalistens meninger fremhævet, idet en eventuel omskrivning kan give et andet billede af agenten (Buck 2003).

I følgende kapitel redegøres for valg af videnskabsteoretisk ramme, som tager udgangspunkt i Hans Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik og hans måde at forstå og fortolke tekster på. Der redegøres for overvejelser i forbindelse med de aktører, der udtaler sig i artiklerne.

⁴ Da tidsskriftet første gang udkom, var det en plejemoder samt to læger der stod bag redaktionen. Sygeplejerskernes uddannelse og vilkår blev dengang forhandlet mellem Dansk Sygeplejeråd og læger og hospitals-myndigheder. Derfor kan det tænkes at *Sygeplejersken* havde brug for de to lægers autoritet for at vinde accept udadtil (Wingender 1999 s.41).

4.5 Kildekritik

Kildekritik er traditionelt en række grundlæggende spørgsmål, som må stilles til teksten, før den analyseres. Kjeldstadli ser kildekritik som et regelsæt til behandling af sine kilder, så der undgås at fejltolke den information, der ligger i dem. Kjeldstadli kalder disse regler ”*systematiseret sund fornuft*” (Kjeldstadli 1999 s. 177). Ideelt skal der benyttes flere og uafhængige førstehåndskilder, primærkilder, men dette er en nutidshistorisk afhandling, hvorfor der fortrinsvist er benyttet sekundære kilder. De sekundære kilder er prioriteret på baggrund af specialets omfang og desuden med en vurdering af ophavspersonens fremstilling af historien (Ibid. s. 187). Der er hovedsageligt valgt materiale med en objektiv fremstilling af primærsygeplejens historie, for at undgå at kilderne har tendens⁵ (Ibid.). Kjeldstadli konkluderer dog at der ikke er et facit for kildekritikken. Bestemmelse af en kildes brugbarhed afgøres ud fra en række spørgsmål til kilden. De spørgsmål som i dette speciale har relevans er:

- *Hvilke kilder findes der til belysning af spørgsmålet?*
- *Hvad står der i kilderne?*
- *Hvad kan kilderne bruges til?*
- *Vil ophavspersonen give en tilnærmelsesvis objektiv fremstilling, eller vil kilden have tendens?* (Kjeldstadli 1999 s. 177-78 og 187).

Vedrørende tendens må der gøres overvejelser i forhold til de aktører, der udtaler sig i det udvalgte kildemateriale fra *Sygeplejersken*. Opdelingen i de tre perspektiver, fandt sted på baggrund af de forskellige perspektiver på hjemmesygepleje, alt efter hvilken position aktørerne har i sundhedssystemet (Hansen og Weinreich 2007 s. 55-57). De forskellige tilgange til den primære sundhedssektor tager udgangspunkt i de værdier, der vurderes som essentielle for faget og har konsekvenser for det rationale, der styrer handlingerne. Inden for den politiske og forvaltningsmæssige tænkning, eksisterer en økonomisk rationalitet, hvor de der modtager sygepleje opfattes som brugere, forbrugere eller kunder (Ibid.). Til den sygeplejefaglige tænkning knytter sig en ansvarsrationalitet med en humanistisk tilgang, hvor målet er den bedst mulige kvalitet ud fra den enkelte patients behov (Ibid.). Det der opfattes som korrekt fra det politiske perspektiv, kan derfor være modstridende med den sygeplejefaglige (Ibid.).

⁵ Når kildens ophavsmand har en interesse i at fremstille en sag på en bestemt måde (Kjeldstadli 1999 s. 187).

Praksisperspektivet: Er uddannede til at yde sygepleje og omsorg med patienten i centrum og føler måske disse kerneområder er blevet tilsidesat i arbejdet som sygeplejerske, til fordel for en mere administrativ rolle (Ibid. s. 66). Ser desuden deres rolle som varetager af sygeplejen, delvist blive overtaget af andre faggrupper (Jacobsen og Poulsen 1/2006, Tholle 3/2006), hvilket tydeliggøres i følgende udsagn: *"I dag oplever vi en opløsning af vores faglige identitet og kompetenceområder. Andre faggrupper, bl.a. sosu-assistenter har kørt primærsygeplejerskerne ud på et sidespor"* (Tholle 3/2006). Sygeplejerskerne ønsker at fastholde rollen som udøvere af sygepleje de havde før strukturændringerne i sundhedsvæsenet (Ibid., Bjørnsson 15/2004A).

Det udviklingsmæssige perspektiv: Det udviklingsmæssige perspektiv befinder sig tilsyneladende i feltet mellem praksisperspektivet og det politiske perspektiv. Gruppen består af ledere af hjemmesygeplejen, en sundhedsinformatiker og koordinatore, og sygeplejersker med videreuddannelser inden for sundhedsområdet. De har den fordel, at de ved hvad det vil sige at arbejde som sygeplejerske og hvilke kompetencer de besidder, hvilket følgende udtalelse viser: *"Sygeplejerskerne er ofte de personer i den primære sundhedstjeneste, der sikrer helheden i relation til de komplekse sygeplejeforløb for den enkelte borger..."* (Rasmussen og Jørgensen 1/2009). I kraft af deres ledende eller udviklende funktion, ser de sygeplejen i et bredere samfundsmæssigt og politisk perspektiv end praksisperspektivet. De tænker konstruktivt og ser muligheder frem for begrænsninger, hvilket ses i følgende udtalelse:

"Samfundet og dermed hjemmesygeplejen er under konstant forandringspres, og det er vigtigt at forstå, at hjemmesygepleje i 2008 ikke på nogen måde kan sammenlignes med hjemmesygepleje før strukturreformen. Offentlige organisationer er yderst komplekse, hvorfor vi mener, det er nødvendigt, at man ved forskning i hjemmesygeplejen inddrager kompleksiteten både på organisatorisk niveau, samfunds-, gruppe- og individniveau." (Ibid.).

Det politiske perspektiv: Gruppen består forholdsvis af Dansk Sygeplejeråd, Kommunernes Landsforening, Institut for Sundhedsvæsen, samt politikere. Udtalelserne fra DSR er dominerende i denne gruppe, hvilket givetvis skyldes at de selv udgiver fagbladet. Denne gruppe er fortrolige med regeringens målsætninger samt de økonomiske midler der afsættes på sundhedsområdet. På det taktiske økonomiske niveau afvejes de sygeplejefaglige mål i forhold til hvad der bedst kan betale sig (Hansen og Weinreich 2007 s. 57). Kommunernes Landsforening er en politisk styret organisation som varetager kommunernes interesser i form af rådgivning og information (Kommunernes Landsforening 2008). Dansk Sygeplejeråd har givetvis interesser i forhold til erhvervelse af nye medlemmer, samt fastholdelse af eksisterende medlemmer. DSR varetager

sygeplejerskernes interesser frem for alt (DSR 2006B s. 8) og ønsker givetvis på deres medlemmers vegne at andre sundhedsgrupper ikke overtager sygeplejerskernes arbejde og kerneområder: ”Som jeg ser det, har patienterne i kommunerne mere end nogensinde før brug for sygeplejersker” (Kruckow 9/2006) udtaler formand Connie Kruckow.

I følgende kapitel præsenteres specialets videnskabsteoretiske referenceramme. Her præsenteres Hans Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik, som har været inspiration i fortolkningen af de anvendte artikler.

4.6 Videnskabsteoretisk ramme

Der er i afhandlingen fundet inspiration i Hans Georg Gadamer's⁶ fortolkning af den forståelsesproces, der sker ved mødet med tekster. Gadamer afviser, at der findes nogen egentlig humanvidenskabelig metode til brug, men benægter ikke relevansen af at anvende metoder (Gadamer 2004). For Gadamer er det ikke afgørende, hvad vi gør eller skal gøre, men derimod hvad vi ubevidst vil og gør (Ibid.). Forståelse og fortolkning hører ifølge Gadamer uløseligt sammen. Forståelse er en hændelse og dermed ikke noget vi ved hjælp af metoder og erkendelsesteori kan opnå. Gadamer mener også at man må sætte sine fordomme *i* spil for at sætte dem *på* spil, for herigennem at bryde med traditionelle fordomme, som derefter erstattes af nye forståelser, som derved bliver til nye fordomme. Det fordomsfrie menneske mener Gadamer dermed ikke eksisterer, fordi fortolkning sker på baggrund af tidligere forståelser, vores fordomme. ”Den hermeneutiske cirkel” er princippet om, at vi kun kan forstå de enkelte dele af en tekst ud fra helheden af teksten og vi kun kan forstå helheden ud fra de enkelte dele. Denne måde at tænke på er ifølge Gadamer et grundtræk ved menneskets eksistens (Ibid.). Vores ”for-forståelse” mener Gadamer er en forudsætning for at kunne forstå en tekst. Med en fortid som hjemmesygeplejerske forsøger jeg at være bevidst om mine fordomme i forhold til den måde, hvorpå jeg forstår og fortolker de analyserede artikler. Jeg forsøger at forholde mig objektivt, da jeg ikke befinder mig i praksisfeltet.

Kjeldstadli skriver: ”*For at forstå nutiden må man vide hvordan den er blevet til*” (2001 s. 22). Inspireret af denne tankegang følger her en kort gennemgang af hjemmesygeplejens historie og

⁶ Gadamer er med sin filosofiske hermeneutik (fortolkningslære) inspireret af sin læremester filosofen Martin Heidegger og fik først sit filosofiske gennembrud som 60-årig. Gadamer's interesse for den filosofiske hermeneutik udspringer af beskæftigelsen med humanvidenskaberne og de problemer der her er i forhold til forståelse og fortolkning (Gadamer 2004).

udvikling, som den ser ud i Danmark fra slutningen af 1800 – tallet og frem til nutiden. Dernæst følger kapitel omhandlende arbejdsforhold og uddannelse og sidst en sammenfatning af det historiske kapitel.

5. Hjemmesygeplejens historie

”Sygeplejens historie er måske uinteressant for andre i samfundet, men fagets udøvere har brug for kundskaber om fortiden for bedre at forstå nutidens hændelser og finde mening deri. Desuden har enhver selvstændig disciplin sin historie at perspektivere nutiden i.”

(Bente Sigvaldsen i Sygepleje i fortid, nutid og fremtid, Pedersen et al. 1995 s. 13)

Det er valgt at inddrage hjemmesygeplejens historie, dels for at få en bedre forståelse af hvorfor hjemmesygeplejen i dag ser ud som den gør, dels for at forsøge at kaste lys over problematikken i de senere år med omlægning af arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen samt assistenternes rolle i hjemmesygeplejen. Det historiske perspektiv kan måske være medvirkende til en forståelse for, i hvilken retning hjemmesygeplejen udviklingsmæssigt bevæger sig. Da der ikke er tale om et historisk speciale, er det valgt primært at benytte andre forskere og forfatteres beskrivelser af den historiske udvikling af hjemmesygeplejen i Danmark af nyere dato. Undtagelsen er bogen Hjemmesygeplejen (Voltenen i 1934). Derudover har det været nødvendigt at inddrage anden litteratur af ældre dato, af den grund at denne ikke findes beskrevet i nyere litteratur, eksempelvis Årsberetning for Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet fra 1981. Sygeplejens historie er inddraget, da denne er tæt forbundet med hjemmesygeplejens opståen og etablering.

5.1 Historisk udvikling af hjemmesygeplejen

Den Danske Diakonissestiftelse blev oprettet i 1863 (Malmgart 2002). Diakonisserne var kvinder, der havde valgt at leve et liv i fællesskab med hinanden, for at tjene Kristus og de syge (Ibid.). I 1870'erne udsender Den Danske Diakonissestiftelse i samarbejde med Stefansforeningen, diakonisser til Københavns fattige som den tids ”hjemmesygeplejersker”. Den første diakonisse blev sendt ud for at pleje de syge og fattige i 1872 (Ibid., Nielsen og Lomborg 2001). Disse søstre fra Den danske Diakonissestiftelse blev starten på hjemmesygeplejen i Danmark, som i løbet af de næste mange år spredtes til resten af Danmark. Ordet hjemmesygepleje blev formentlig første gang nævnt i artiklen ”Sygeplejesagen” i *Ugeskrift for læger* i 1910 (Ryder 1910, Voltenen 1934). I artiklen efterlyses en organisering af sygeplejen i hjemmet, hvor både sygeplejerskernes, borgernes og hospitalernes krav ønskes tilgodeset (Ryder 1910). Udviklingen af hjemmesygeplejen på landet

beskrives som en måde, hvorpå indlæggelser på hospitalerne kunne forkortes (Ibid. s. 133). Der har været tale om en 3-årig uddannelse af hospitalssygeplejerskerne i byerne og en 1-årig uddannelse af sygeplejerskerne på landet (Ibid. s. 135). I artiklen opfordres de mindre byer til at tage sig af at uddanne hjemmesygeplejerskerne. Synspunktet i artiklen er, at end ikke de uddannede hospitalssygeplejersker vil kunne træde ind i en stilling som hjemmesygeplejerske ”... *selv vel uddannede Plejersker af ren Mangel paa Kendskab til Forhold og Mennesker ofte gør en dårlig figur i hjemmene.*” (Ibid. s.136). Den oprindelige betegnelse for hjemmesygeplejersken var ”privatsygeplejerske”, ”landsygeplejerske” eller ”foreningssygeplejerske” (Voltenen 1934). I Århus Kommune, dengang amt, blev hjemmesygeplejen indført d. 24. januar 1910 (Ibid. s. 280).

Lægen William Jacobi⁷ havde længe eftersøgt etablering af en forening som tilgodeså hjemmesygeplejens vilkår og organisering, herunder deres uddannelse samt sociale og økonomiske situation, da Dansk Sygeplejeråd i december 1908 tog initiativ til et møde mellem ham og formanden for Dansk Sygeplejeråd, Henny Tscherning⁸ (Ibid. s. 20). Herefter stiftede Jacobi i 1909 Centralforeningen af Sygeplejevirkomheder uden for København (Wingender 2002). Tscherning håbede, at samarbejdet med Centralforeningen ville resultere i en bedre uddannelse af landsygeplejerskerne (Wingender 2002). De næste ti år steg antallet af sygeplejevirkomheder med 40 til 50 medlemmer årligt (Ibid. s. 32).

5.2 Landsygeplejerskens arbejdsforhold

Landsygeplejersken havde vanskelige arbejdsforhold (Clausen et al. s. 117). Hun cyklede rundt, ofte meget langt og på dårlige veje og arbejdede altid alene og måtte derfor stole på sin intuition. Hjemmesygeplejerskens ”virksomhedsfelt” var dengang meget bredt med mange forskellige

⁷ William Jacobi (1869-1928) var stifter og formand for Centralforeningen af Sygeplejevirkomheder udenfor København i 1909- 1928 (Voltenen 1934 s. 9-11). Foreningen holdt deres første møde i Odense d. 4. maj 1909 (Wingender 2002). I 1909 vedtog bestyrelsen udgivelsen af medlemsbladet *Sygeplejen*, som i 1911 blev et gratis medlemsblad, som blev udgivet fra 1909-1974. Ved foreningsmøderne var deltagerne en broget mængde fra alle samfundslag, som trods forskelligheder fandt en fælles sag i arbejdet for hjemmesygeplejen (Ibid. s 26).

⁸ Henny Tscherning (1853-1932) var formand for Dansk Sygeplejeråd 1899-1927, hvor hun som 74-årig valgte at gå af (DSR 1999 s.35).

opgaver i hjemmene. Der var tilsyneladende ingen klare retningslinjer for arbejdet. Hvis den syges familie- og eller hjem led under sygdomsforløbet, tog sygeplejersken sig også af dette (Malmgart 2002 s. 45). Landsygeplejersken kunne risikere at skulle fodre dyrene og hente brænde (Ibid.). Der berettes også om, at de der arbejdede som hjemmesygeplejersker ofte ikke holdt så længe i faget som deres kolleger på hospitalerne og ofte måtte gå af som invalide (Voltenen 1934 s. 37). Arbejdet som hjemmesygeplejerske var dårligt lønnet og diakonisserne slog ikke til i arbejdet i hjemmene. Derfor rekrutterede Centralforeningen unge piger fra sognene og gav dem en kort uddannelse på det lokale sygehus, hvorefter de blev ansat som hjemmesygeplejersker (Voltenen 1934).

5.3 Uddannelse

Centralforeningen havde ved et stort sygeplejemøde i Grundtvigs Hus i København 1910, gjort det klart at det af økonomiske grunde ikke var muligt med en uddannelse til landsygeplejerske af mere end et års varighed (Wingender 2002). Dansk Sygeplejeråd frygtede dermed en klassificering af sygeplejersker, de der havde et års uddannelse og de med tre års uddannelse. Tscherning lagde ved mødet ikke skjul på sin utilfredshed med den korte uddannelse til landsygeplejerske og mente, at landsygeplejerskerne ikke gjorde sig fortjent til titlen. Det lykkedes ikke Dansk Sygeplejeråd at slå igennem med deres forslag om, at alle sygeplejersker skulle have en treårig uddannelse (Ibid.).

Da Den internationale filantropiske Kongres blev afholdt i København i 1910, var landsygeplejen nået ud til ca. 1/3 af Danmarks dengang 1673 sogne (Malmgart 2002, DSR 1999). Kongressen blev indledt med et oplæg om *"Sygepleje paa landet, navnlig ved Hjælp af Sygeplejersker, der virker i de syges Hjem"*, som sekretær ved De samvirkende Menighedsplejer Alfred Theodor Jørgensen⁹ stod for (DSR 1999 s. 134). Han ønskede at skabe opmærksomhed om de dårlige forhold og betingelser landsygeplejen i Danmark led under, og få organiseret landsygeplejen så ikke kun de der boede i byerne fik den hjælp, de havde brug for (Ibid.).

Uddannelsen til hjemmesygeplejerske på landet foregik på amtssygehusene og havde en varighed af 1-2 år med løn. De amter hvor uddannelsen varede to år, fik eleverne mindre løn det sidste år.

⁹ Alfred Theodor Jørgensen (1874-1953). Færdiggjorde Teologisk kandidateksamen 1897. Jørgensen ønskede en akademisk karriere på universitetet og forsøgte flere gange at kvalificere sig til dette dog uden held. Efter at have undervist teologiske studenter, rejst i blandt andet Tyskland hvor han besøgte flere store diakonale institutioner, og arbejde som skribent af kirkelige emner i Berlinske Tidende, endte Jørgensen med at bruge sit liv på sekretærarbejde ved Stefansforeningen og Samvirkende Menighedsplejer (Malmgart 2002 s.21).

Eleven forpligtede sig for det meste, til at arbejde to år som hjemmesygeplejerske i det amt, hun var uddannet under. Dette var en del af aftalen mellem Centralforeningen og amterne. I 1912 fik eleverne bevilliget tilskud fra staten til deres uddannelse. Der blev oprettet et elevkontor i Centralforeningen, som skulle stå for rekruttering af eleverne til uddannelsen som hjemmesygeplejerske og sikre at forholdene for eleverne var nogenlunde ens i de forskellige amter. Fra 1914/1915 blev der indført obligatoriske kurser for eleverne i barselpleje og massage. Interessen for elevpladserne var stigende og overgik snart udbuddet (Ibid. s. 61). Allerede året efter i 1916 gik det dog tilbage med rekrutteringen af elever til hjemmesygeplejeuddannelsen og nogle elever så man også uegnet til jobbet som sygeplejerske. I 1927 oprettede DSR en højskole, med henblik på at vurdere egnetheden af elever til videre uddannelse (Ibid.).

Jacobi var fortalere for, at der skulle midler til fra samfundets side til landsygeplejen og uddannelse af landsygeplejerskerne. Der manglede også sygeplejersker til hjemmesygeplejen og bedre økonomiske vilkår for de, der arbejdede der. Han understreger forskellene mellem de "rigtige" hjemmesygeplejersker og de, der kun yder praktisk hjælp, og mener at der er meget brug for uddannelse af førstnævnte (Nielsen og Lomborg 2001). Holdningen i sygeplejeforeningerne var, at der skulle afsættes så få økonomiske midler til uddannelse af hjemmesygeplejerskerne på landet som muligt, og der var en opfattelse af, at selv uuddannede kvinder kunne fungere udmærket som hjemmesygeplejerske (Wingender 2002).

DSR og Centralforeningen havde meget modstridende meninger om uddannelsesniveaue hos datidens hjemmesygeplejersker (Wingender 2002). De sygeplejersker der var ansat gennem Centralforeningen, havde kortere uddannelse end de, der var ansat gennem DSR. DSR ønskede en lige uddannelse på tre år af alle sygeplejersker, mens Centralforeningen som nævnt ønskede at holde udgifterne til uddannelse af deres ansatte sygeplejersker på et minimum (Ibid.). Ifølge DSR manglede der dengang forståelse for betydningen af, at hjemmesygeplejerskerne også fik en ordentlig uddannelse (Ibid.). Dengang var opfattelsen blandt de sygeplejefaglige konsulenter, som ofte var læger, at det ikke var længden af uddannelsen det kom an på, men derimod om den pågældende hjemmesygeplejerske havde hjertet på rette sted og kunne begå sig blandt borgerne i hjemmene (Ibid. s.52). Enkelte mente ligefrem, at de der havde den korteste uddannelse klarede sig bedst som landsygeplejersker. Opfattelser som denne var sammen med de hårde arbejdsvilkår med til at gøre arbejdet som landsygeplejerske i de private sygeplejeforeninger mindre attraktivt (Ibid.).

Fra 1933 blev alle sygeplejersker med 3-årig uddannelse, statsgodkendt og *Lov om autoriserede sygeplejersker* trådte også i kraft samme år (Wingender 2002).

Med indførelsen af *Lov om sygeplejersker* i 1956, kunne man nu kun kalde sig sygeplejerske ved at gennemføre den 3-årige uddannelse, i modsætning til før hvor alle kunne kalde sig sygeplejerske, blot ikke autoriseret (Wingender 2002 s. 230). Da sygeplejerskeuddannelsen første gang blev revideret i 1957, etableredes 34 sygeplejerskoler tilknyttet større sygehuse (Nielsen og Lomborg 2001). Skolerne samarbejdede med praktikuddannelsesstederne for hjemmesygeplejersker. Der blev fastsat krav om en adgangsgivende eksamen svarende til 9. Klassesettrin (Ibid.). I 1975 startede Socialforskningsinstituttet en større undersøgelse af den primære sundhedssektor (Kjøller 1979). Undersøgelsen kunne konkludere, at hjemmesygeplejerskerne i forhold til de opstillede målsætninger, manglede erfaring forud for ansættelsen som hjemmesygeplejerske og at det derfor er nødvendigt med efteruddannelse, da der er påvist en sammenhæng mellem uddannelse og den service, der ydes hos borgerne (Ibid. s. 300). Man indså, at uddannelsen var utilstrækkelig til at sygeplejersken kunne fungere i både primær- og sekundær sektor. Dette blev i 1979 rettet op på ved blandt andet indførelsen af en otte ugers lønnet praktikperiode i den primære sundhedssektor (Ibid. s.126). I 1990 resulterede en omfattende revidering af uddannelsen i, at man gik fra at være elev til at være studerende på SU og derfor ikke længere talte med i normeringen (Ibid.).

Sygeplejerskeuddannelsen blev i 2001 gjort international til en modulopbygget uddannelse til bachelor i sygepleje (DSR 2009). Der er dog variation i praktikforløbets tilrettelæggelse på landets sygeplejerskoler. I Århus er modulet "*Sygepleje, kronisk syge patienter og borgere i eget hjem*" tilrettelagt således, at den studerende har 7 ugers klinisk undervisning i hjemmeplejen (og 1 uge i sundhedsplejen) som svarer til 15 ECTS- point (Sygeplejerskeuddannelsen i Århus 2008). Til sammenligning er den kliniske undervisning på modulet "*Borgeren i primær sektor*" på Herlev Sygepleje- og Radiografiskole tilrettelagt med en varighed af 1 uges teori og 9 ugers praktik med samme antal ECTS- point (CVU Øresund Sygeplejerskeuddannelsen Herlev 2007-2008).

Fra 1981- 91 var det på Danmarks Sygeplejerskehøjskole muligt at uddanne sig til ledende hjemmesygeplejerske/plejehjemssygeplejerske. Formålet med uddannelsen var, at den studerende skulle:

- *Lede og udvikle sundheds- og sygepleje inden for hjemmesygeplejerskeordning/plejehjem, koordinere sundheds- og sygeplejen inden for arbejdsområdet med andre faggruppers arbejde.*

- *Medvirke til at udvikle den primære sundhedstjeneste, under hensyntagen til varierende lokale forhold og i overensstemmelse med ønsker og behov hos den befolkningsgruppe, arbejdet omfatter.*

(Årsberetning for Danmarks Sygeplejehøjskole ved Aarhus Universitet undervisningsåret 1981/82, 11-12).

Danmarks Sygeplejehøjskole samarbejdede blandt andet med praksis i den primære sundhedssektor, med det formål at gøre teorien levende og brugbar i vekselvirkning med praksis, og dermed undgå, at den tillærte teori blev svær at omsætte i praksis (Ibid.s.28). Der blev lagt vægt på at eleverne forudgående for uddannelsen havde en del erfaring, da undervisningen var baseret på at inddrage og udbygge de studerendes erfaringer fra praksis (Ibid.). 1991 udgik uddannelsen og samme år blev Den Sygeplejevidenskabelige Kandidatuddannelse etableret, hvor sygeplejersker fra både den primære- og sekundære sundhedssektor har mulighed for videreuddannelse.

I oktober/november måned i år (2009) oprettes Efteruddannelse for hjemmesygeplejersker. Sygeplejersker der arbejder inden for den primære sundhedssektor har her mulighed for at følge et uddannelsesforløb på tre sammenhængende uger (COK 2009). Afdelingsleder Kim Koldby fra University College Lillebælt udtaler om baggrunden for oprettelsen af uddannelsen:

"Initiativet fortøner sig lidt i det uvisse: Martha Højgaard¹⁰ fra COK og jeg selv mødtes for at drøfte mulige samarbejdsflader. Vi havde begge det primærkommunale område på vores lister - heraf udsprang også beslutningen om at udvikle et efteruddannelsesstilbud til hjemmesygeplejersker. Ret beset er det måske opgave- og strukturreformen som ligger til grund. Med den blev primær sektors rolle og position udvidet betydeligt" (Koldby 2009).

På uddannelsen tages udgangspunkt i følgende læringsmål:

- *Hjemmesygeplejerskens arbejdsfelt*
- *De lovgivningsmæssige rammer og aftaler for hjemmesygeplejen*
- *Borgerens hjem som arbejdsplads*
- *Uddelegering og opgaveglidning*
- *Specialist kontra generalist i hjemmesygeplejen*
- *Metoder til kvalitet i sygeplejen for borgere med kroniske sygdomme*

¹⁰ Martha Højgaard Pedersen, udviklingskonsulent i COK - Center for Offentlig Kompetenceudvikling.

- *Hvordan sikres et sammenhængende patientforløb?*
- *Kvalitetssikring af sygeplejen i kommunerne*
- *Diskussion af begreberne sundhedsfremme og forebyggelse*
- *Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og koordinering af Sygeplejen til borgeren*
- *Fremme borgerens opfattelse af det gode liv (COK 2009).*

Primærsygeplejersker har desuden i nogle kommuner mulighed for at uddanne sig til sårsygeplejerske, demenskoordinator og andre specialistfunktioner (KL 2008).

I følgende kapitel analyseres og diskuteres indholdet af de fundne artikler omhandlende primærsygeplejerskens arbejdsopgaver og opgaveglidningen, der sker fra sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten. Temaer i artiklerne fremhæves og diskuteres i kontekst af de nutidige problemstillinger i hjemmesygeplejen, som beskrevet i indledningen.

6. Praksisperspektivet

Dette kapitel omhandler praksisperspektivet på primærsygeplejerskens arbejdsopgaver og opgaveglidning. De fundne temaer hos sygeplejerskerne i praksis er; **Mistet kompetence og faglig identitet, Social- og sundhedsassistenterne overtager sygeplejeopgaver og Strukturændringer medfører ændrede arbejdsopgaver.**

6.1 Mistet kompetence og faglig identitet

Dette kapitel omhandler primærsygeplejerskernes oplevelse af at miste deres kompetencer og deres faglige identitet som sygeplejersker (Tholle 3/2006, Jacobsen og Poulsen 1/2006, Bjørnsson 15/2004A). Sygeplejerskerne føler, at deres tidligere kerneområder bliver overtaget af andre faggrupper, hvilket får dem til at efterlyse deres ansvarsområder og roller i den primære sundhedssektor (Jacobsen, Poulsen 1/2006, Bjørnsson 15/2004A). En sygeplejerske udtrykker det således: *"Tidligere havde hjemmesygeplejersken en koordinerende og superviserende funktion med dertil hørende klar kompetence, som blev respekteret af de respektive samarbejdspartnere"* (Tholle 3/2006). En anden primærsygeplejerske oplever, at hun og hendes kollegaer har svært ved at finde deres roller i hjemmesygeplejen og beskriver det således: *"Nogle gange bliver vi nærmest brugt til at samle op, når det kokser hist og pist"* (Bjørnsson 15/2004A). Den daglige pleje af borgerne i

hjemmesygeplejen er ifølge sygeplejerskerne selv, ikke længere deres primære arbejdsområde (Tholle 3/2006, Jacobsen, Poulsen 1/2006). Sygeplejerskerne har brug for at få deres rolle defineret, da de oplever et tab af ansvar og at visitatorerne har overtaget mange af deres opgaver. Dette mener de blandt andet er en konsekvens af indførelsen af Bestiller-Udfører-Modtager modellen (BUM-modellen), hvor opgaven med at visitere til sygeplejeydelserne ikke længere er placeret hos den enkelte primærsygeplejerske, men hos en visitator (Hansen 2007 s. 66¹¹). Kritikken af den tidligere visitation var, at vurderingerne af ydelserne var for tilfældige, alt efter hvem der visiterede og hvor i organisationen, hun var placeret (Ibid.). Ulempen ved visitationen i dag, kan ifølge sygeplejerskerne være en langsommere kommunikationsvej mellem visitator og udfører og øget mængde administrativt arbejde (Ibid.).

Sygeplejerskerne oplever, at der mangler faglige udfordringer i hjemmesygeplejen, i forbindelse med omstruktureringer¹²: ”Arbejdet var blevet uattraktivt, og der blev ikke stillet krav nok til sygeplejerskerne ud over, hvad der blev stillet til assistenterne. Der var ikke udfordringer nok” (Kjeldsen 11/2005). Det beskrives som en grund til, at sygeplejerskerne forlader hjemmesygeplejen (Ibid.). En mulig løsning på dette kan være udarbejdelse af en sygeplejerskeprofil delt op i: ledelse, pædagogik, udvikling og sygepleje (Ibid.). Meningen er, at de i hjemmesygeplejen kan bruge denne profil ved medarbejderudviklingssamtalerne, hvor der kan sættes fokus på udvikling af sygeplejerskens kompetencer. Det menes også at de øgede kompetencer kan bruges ved lønforhandlinger (Ibid.) Hvis fremtidens hjemmesygeplejersker kommer til at arbejde mere med forebyggelse og sundhedsfremme, vil den udarbejdede sygeplejerskeprofil være oplagt til at konkretisere indsatsen omkring dette arbejde (Kjeldsen 11/2005). Hvorvidt sygeplejerskeprofilen resulterede i en øget tilgang af hjemmesygeplejersker, nævnes ikke.

Her ses det, at sygeplejerskerne oplever et tab af sygeplejefaglige kompetencer og identitet i forbindelse med nye strukturer og assistenternes overtagelse af sygeplejeopgaver. Selv om italesættelsen af dette tema er negativt, har nogle kommuner givet hjemmesygeplejerskerne mulighed for kompetenceudvikling og fastholdelse af deres sygeplejefaglige identitet.

¹¹ Adskillelsen af visitator og udfører giver kommunerne mulighed for at udlicitere opgaverne til en privat udbyder (Hansen og Weinreich 2007).

¹² Omstruktureringer beskrives som indførelse af BUM-modellen og særskilt visitation (Kjeldsen 11/2005).

6.2 Social- og sundhedsassistenterne overtager sygeplejeopgaver

Kapitlet omhandler sygeplejerskernes frustration over de mange nye funktioner, de skal påtage sig og samtidig skulle overdrage de sygeplejefaglige opgaver til assistenterne. Den følelse med at have overblik som de tidligere har haft, oplever sygeplejerskerne langsomt er ved at forsvinde (Bjørnsson 15/ 2004A). Sygeplejerskerne har et stort behov for at få defineret deres rolle i forhold til andre faggrupper. De efterlyser en klar opdeling af sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens rolle (Ibid., Jacobsen og Poulsen 1/2006). Sygeplejerskerne føler assistenterne har overtaget deres tidligere opgaver. Dette ser sygeplejerskerne som en negativ udvikling i den primære sundhedssektor. Det kan tænkes, at det sygeplejerskerne i virkeligheden savner, er indflydelse. De har tilsyneladende mistet en del af kontrollen med tilrettelæggelsen af deres arbejdsopgaver, hvilket de oplever som mistet kompetence. Drejer det sig overhovedet om sygeplejen, eller er der tale om en magtkamp for at få kontrollen med de sygeplejefaglige opgaver tilbage?

Også de studerende mener, at de oplever assistenterne overtager sygeplejerskernes opgaver. To sygeplejestuderende har i praktikken i hjemmesygeplejen oplevet, at der er et flertal af assistenter og stiller spørgsmålstegn ved om dette skyldes, at de sygeplejestuderende lærer for lidt, eller om det der læres ikke er relevant: *"Vi opfatter normeringen som et signal fra samfund og sundhedsvæsen om, at det egentlig er ligegyldigt, om man ansætter en sosu -assistent eller en sygeplejerske, da begge kan udføre samme arbejde tilfredsstillende."* (Jacobsen, Poulsen 1/2006). De føler sig overflødige og mindre entusiastiske i forhold til deres roller som kommende sygeplejersker. De studerende oplevede, at primærsygeplejerskerne ikke kunne svare på, hvad det var der gjorde dem berettiget til at udøve sygepleje. Spørgsmålet rejses, om de med fordel kunne uddanne sig til social- og sundhedsassistent, en uddannelse der er af betydelig kortere varighed, frem for sygeplejerskeuddannelsen, hvis de ønsker en stilling i hjemmesygeplejen. Dette synspunkt deles af en primærsygeplejerske, der som svar til de studerende udtaler:

"Sygeplejerskerne er mange steder ikke mere med i tilrettelæggelsen eller udførelsen af den daglige pleje, den daglige supervision og observation hos de svageste og mest plejekrævende borgere. Så I har ret, desværre, I skal tage en uddannelse som sosu-assistent hvis I ønsker at have sygeplejefaglige opgaver i hjemmeplejen." (Tholle 3/2006).

Der tegner sig her en unuanceret diskussion, hvor sygepleje defineres som supervision og observation, og hvor sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens faglige kvalifikationer sidestilles. Det udtales blandt andet, at assistenterne og hjælperne har kørt primærsygeplejerskerne

ud på et sidespor (Ibid.) Men der savnes belæg og konstruktiv kritik i forhold til de negative påstande, der her fremstilles. Betragtes det faglige grundlag for at yde sygepleje, er der væsentlig forskel på de to faggrupper (se kap. 2.3 og 5.1). Forklaringen på at der er flere assistenter end sygeplejersker i hjemmesygeplejen, kan også skyldes andre forhold som for eksempel, at sygeplejerskerne søger job andre steder i sundhedsvæsnet eller på grund af en dårlig ledelse som ikke har kunnet fastholde sygeplejerskerne. Manglen på sygeplejersker har desuden været stigende de seneste år¹³. Der udtales, at der i praksis ikke er forskel på de opgaver de to faggrupper udfører (Jacobsen og Poulsen 1/2006, Tholle 3/2006). Dette er svært at tro når sygeplejeopgaverne i hjemmeplejen er blevet mere specialiserede og når kompetencebeskrivelserne for sygeplejersker og assistenter er så forskellige. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at det nogle steder forholder sig sådan, at kommunerne grundet besparelser prioriterer lavere uddannet personale.

I nogle kommuner afskaffes hjemmesygeplejerskestillinger, hvilket nogle steder resulterer i at der ikke er sygeplejersker i nattevagt (Kjeldsen 30/2004). Inspirationen kommer fra Brovst Kommune, der som tidligere nævnt, fyrede fem ud af otte hjemmesygeplejersker. Ifølge sygeplejerskerne fik de at vide, at det var en politisk beslutning som skulle afprøves (Ibid.). Sygeplejerskernes modargument var, at det kunne få konsekvenser for borgerne der kan risikere længere indlæggelser på sygehusene, og for de terminale borgere, der ikke vil kunne blive i eget hjem. *"Det er muligt at oplære assistenter til at overtage mange sygeplejeopgaver, men der er en grænse. Avanceret smertebehandling, anlæggelse og skiftning af topkateter og anlæggelse af sonde til ernæring hører til den komplekse pleje."* udtaler en primærsygeplejerske (Ibid.).

Sygeplejerskerne er tilsyneladende ikke positivt stillede overfor social- og sundhedsassistenternes rolle i hjemmesygeplejen. I én artiklen omtales assistenterne dog som *dygtige* (Jacobsen og Poulsen 1/2006). Sygeplejerskerne føler, at deres position som nøgleperson i hjemmesygeplejen er truet og frygter tilsyneladende, at assistenterne helt skal overtage de sygeplejefaglige opgaver. Spørgsmålet er så, om assistenterne er egnede i rollen som udøvere af sygepleje. Ses der på uddannelsen forholder det sig ikke i øjeblikket sådan, at den kvalificerer assistenterne til at yde sygepleje i komplicerede forløb (se kap. 1.3). Hvis assistenterne skal kunne varetage mere komplicerede sygeplejefaglige opgaver, må der finde en oplæring eller kursusdeltagelse sted, eller deres

¹³ I 2006 manglede der 1100 sygeplejersker i Danmark og sidste år var tallet 2405 (DSR 2009).

uddannelse må opdateres, så den svarer til de øgede krav der stilles i hjemmesygeplejen. I stedet for at betragte assistenterne som ”medspillere” ses en tendens hos sygeplejerskerne til at gøre det til en magtkamp om rollerne i hjemmesygeplejen, i det der nævnes at primærsygeplejerskens kerneområder er *overtaget* af assistenterne (Jacobsen og Poulsen 1/2006) og de har kørt primærsygeplejerskerne ud på et *sidespor* (Tholle 3/2006). Set i et historisk perspektiv, kan assistenterne både uddannelsesmæssigt og i varetagelsen af opgaver, minde om landsygeplejersken før i tiden (se kap. 5.2). Dengang tog hun sig af mange forskellige opgaver i hjemmet udover det rent sygeplejefaglige. Det var hendes opgave at favne bredt og have det samlede overblik over borgerens situation. Uddannelsesmæssigt var der dengang tale om en kortvarig uddannelse for landsygeplejerskerne, lige som assistenterne i dag har en kortere uddannelse, set i forhold til sygeplejerskernes uddannelse. Hjemmesygeplejersker havde i de første år en uddannelse af kun 1 års varighed de fleste steder (se kap. 5.3). Assistenternes uddannelse er af 20 mdr. varighed med vekslende praktikforløb, hvilket må siges at være væsentligt længere end den gennemsnitlige hjemmesygeplejerske havde i starten af 1900-tallet. De sygeplejefaglige opgaver er dog langt mere krævende i dag. Umiddelbart tyder det på, at den uddannelse som assistenterne har i dag sidestiller dem med det uddannelsesniveau landsygeplejersken havde. Dengang blev hjemmesygepleje af nogle opfattet som et erhverv, der ikke krævede nogen særlig uddannelse for at gennemføre, så længe hjertet var på rette sted, men den specialiserede sygepleje indgik ikke dengang, som i 2009, under hjemmesygeplejen. Det tyder på, at sygeplejerskerne kunne få gavn af at samarbejde med assistenterne og udnytte de kompetencer denne faggruppe besidder. Sygeplejersker har ikke monopol på deres fag og det er måske heri problemet ligger. Historisk set har primærsygeplejerskerne i mange år arbejdet meget selvstændigt og nogle vil måske mene fagligt isoleret (Nielsen og Lomborg s. 129). Indtil 1970’erne var sygeplejerskerne de eneste uddannede inden for sygeplejeområdet (Ibid. s. 126). I 1970-1980 hvor uddannelserne til plejer, sygehjælper og plejhjemsassistent blev etableret, blev dette monopol dermed brudt (Ibid.). Med uddannelsen til Social- og sundhedsassistent, kom der en ny faggruppe i primærsektoren, som har kompetencer til at yde grundlæggende sygepleje i takt med det stigende antal sygeplejefaglige opgaver i den primære sundhedssektor og i sundhedsvæsenet generelt. Det kan anses for at være en gentagelse af historien, da der i dag også er ”to slags sygeplejersker”, nemlig sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten.

Uddannelsen til social- og sundhedsassistent er af betydelig kortere varighed end sygeplejerskernes uddannelse, og de fag der læres er langt fra alle af sygeplejefaglig karakter. På baggrund af dette

kan der argumenteres for sygeplejerskernes fortsatte berettigelse som nøglepersoner og ledere af hjemmesygeplejen. Derfor kan det undre, at sygeplejerskerne er så nervøse for, at assistenterne skal overtage deres arbejdsopgaver. Det lader til, at sygeplejerskerne fokuserer meget på, hvad der virker som en fagkamp, i stedet for at se på hvordan de to faggrupper kan supplere hinanden bedst muligt til gavn for borgerne.

Sammenfattende: Sygeplejerskerne efterlyser en definition af sygeplejerskers og assistenters opgaver i hjemmesygeplejen. De mener, at assistenterne har overtaget de fleste sygeplejerelaterede opgaver og oplever dette som en negativ udvikling. De føler, at deres position i hjemmesygeplejen er truet af assistenterne.

6.3 Strukturændringer medfører ændrede arbejdsopgaver

Dette kapitel omhandler sygeplejerskernes perspektiv på den ændring af deres arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen, der sker på baggrund af strukturelle ændringer¹⁴. Primærsygeplejerskerne virker generelt frustrerede over, at de ikke længere ved, hvad der rører sig hos de svageste borgere. Kun i de terminale forløb føler de tilsyneladende at deres rolle er tydelig, i samarbejdet med de palliative teams. Nye regler og en ny struktur i hjemmesygeplejen, med krav om øget dokumentation, Fælles Sprog og kørelister på computer, nævnes som medvirkende til en forandring af sygeplejerskens rolle. Om dette siger en sygeplejerske: *"Alt bliver skemalagt, fleksibiliteten og kreativiteten er blegnet"* (Bjørnsson 15/2004A). Det tyder på at primærsygeplejerskerne tidligere oplevede deres rolle som den der "samlede trådene" hos borgerne og havde et tættere samarbejde med gruppen af social- og sundhedspersonale og andre samarbejdspartnere omkring borgeren (Bjørnsson 15/2004A).

Medicindoseringen er en af de opgaver sygeplejerskerne oplever at have mistet med indførelsen af dosisdispensering. Dette opleves af nogle som en lettelse, da der tidligere blev brugt megen tid på at dosere medicin (Bjørnsson 15/2004A). Der gives dog udtryk for problemer forbundet med dette, i det sygeplejersken ikke længere kommer i borgerens hjem, medmindre der er tale om en borger med flere sygeplejefaglige behov. *"Hvis borgeren får vanddrivende, holder jeg øje med, hvordan*

¹⁴ Strukturændringer er her beskrevet som, dosisdispensering, Fælles Sprog, særskilt visitation, udlicitering og krav til sagsbehandling og dokumentation (Bjørnsson 15/2004).

medicinen fungerer, og med blodtrykket og om de får nok at drikke. – Det kan vi ikke, hvis vi ikke længere kommer i hjemmet ” (Bjørnsson 15/2004A). Indførelsen af dosisdispensering er med til at frigøre tid til andre mere krævende sygeplejefaglige opgaver, derfor kan indførelsen af dosisdispensering opfattes som en nødvendig udvikling.

Hjemmesygeplejerskerne i København oplevede, at deres ansvarsområder blev frataget dem som følge af strukturændringer. De giver udtryk for at have fået noget af deres tidligere ansvar og selvstændig beslutningstagen tilbage med udarbejdelse af en sygeplejeprofil:

”I stedet for at alle ydelserne er pindet ud, har vi foreslået, at nogle ydelser kan samles i pakker, så en sygeplejerske eksempelvis har ansvaret for sårpleje. Inden for kategorien sårpleje har man tillid til, at den enkelte sygeplejerske selv kan regulere op og ned på ydelserne, alt efter hvad der er nødvendigt” (Kjeldsen 11/2005).

Dette er et forsøg fra sygeplejerskernes side på at ændre på det, de opfatter som en stringent opdeling af rollerne i BUM- modellen¹⁵ for at gøre det attraktivt at arbejde som hjemmesygeplejerske inden for rammerne af denne model. Sygeplejerskerne giver udtryk for at denne opdeling medfører, at visitatorerne overtager sygeplejerskerne tidligere ansvarsområder (Ibid.). I nogle kommuner specialiserer primærsygeplejersker sig inden for eksempelvis sårbehandling, inkontinens eller demens, men de synes selv de mangler tiden til at videregive denne viden til kolleger og andet sundhedspersonale (Bjørnsson 15/2004A). Sygeplejerskerne har brug for at finde deres nye rolle i den primære sundhedssektor. Det lader til at udarbejdelse af en sygeplejeprofil (Kjeldsen 11/2005) kan være en god løsning på nogle af problemerne. Med denne kan sygeplejersken blive bevidst om hendes rolle i hjemmeplejen. Sygeplejerskerne har, i kraft af deres længere uddannelse, langt flere kompetencer end assistenterne. Det tyder på at der i fremtiden bliver brug for at viderebringe disse kompetencer og viden til assistenterne, hvis de skal tildeles flere sygeplejefaglige opgaver.

Der gives også udtryk for manglende tid til arbejdsopgaverne (Bjørnsson 15/2004A, Schiellerup 49/2003). Sygeplejerskerne føler et stigende arbejdspress som følge af flere ældre borgere og flere terminale og kronisk syge borgere. Dette medfører ifølge sygeplejerskerne, at gruppen af social- og

¹⁵ Ideen bag BUM- modellen er, at man kan adskille identificeringen af et hjælpebehov fra selve udførelsen af hjælpen. Denne opdeling er en betingelse, når kommunerne udliciterer omsorgsarbejdet (Sygeplejersken 50/2000).

sundhedspersonale i stigende grad varetager sygeplejeopgaver (Bjørnsson 15/2004A). På plejecentrene hvor hjemmesygeplejerskerne også kommer, oplever sygeplejerskerne også, at der ikke er tid nok til besøget: *"Vi kommer flyvende ind: Er der noget? Og så skal vi videre"* udtaler en sygeplejerske (Ibid.). Dette ser sygeplejerskerne som et stort problem i det de svageste borgere ofte befinder sig på plejecentrene. Også hjemmesygeplejerskens undervisende roller over for andre faggrupper kræver, at der afsættes tid. På personalemøderne opleves det, at tiden ofte går fra til diskussioner om struktur og økonomi (Ibid.). En tidligere hjemmesygeplejerske beskriver arbejdsforholdene i 2003 sammenlignet med 11 år tidligere som "rystende" (Schiellerup 49/ 2003). Arbejdet som aftenvagt i hjemmesygeplejen har ændret sig siden hun arbejdede som hjemmesygeplejerske. Hvor sygeplejersken tidligere kørte i taxa med chauffør og senere i bil sammen med en assistent, *"... er assistenten også sparet væk, og sygeplejerskerne er henvist til at køre rundt i København sent om natten"*. Sammenlignet med datidens landsygeplejersker er arbejdsforholdene stadig betydeligt bedre end de var dengang. Dengang blev der også kæmpet for at forbedre arbejdsforholdene, og det er måske forståeligt at en forringelse af arbejdsforhold er svær at acceptere for sygeplejerskerne. Det kan dog betvivles, hvorvidt en sygeplejerske der tidligere har været ansat i hjemmesygeplejen kan udtale sig om arbejdsforholdene ud fra en bekendts udtalelser. Normeringen blandt sygeplejerskerne beskrives som medvirkende til at gøre arbejdspladsen sårbar i tilfælde af sygdom, i det sygeplejerskerne oplever at de er for få ansatte om de sygeplejerelaterede opgaver (Schiellerup 49/ 2003). Det beskrives at hjemmesygeplejerskerne er glade for deres job, men at de ikke føler sig værdsat fra ledelsens side (Ibid.).

Det er, med baggrund i egne oplevelser, erfaret hvordan der blandt sygeplejerskerne selv er en tendens til at fremhæve de mindre attraktive sider af arbejdet som primærsygeplejerske, i stedet for at fokusere på de gode sider af jobbet. Det er en generel opfattelse at hjemmesygeplejen er en overset del af sundhedssektoren og det tyder på, at sygeplejerskerne selv har del i dette. Sygeplejerskerne har tilsyneladende ikke været gode til at formidle de faglige kvaliteter de besidder, og som berettiger dem til en central position i hjemmesygeplejen (DSI 2006 s. 64).

Det er stadigvæk sygeplejerskerne, der har det overordnede faglige ansvar for sygeplejen idet de er uddannede¹⁶ til at se det hele menneske og tilgodese de fysiske og psykiske sygeplejerelaterede

¹⁶ Sygeplejerskens kompetencer er beskrevet i mål for den teoretiske og kliniske undervisning på sygeplejerskeuddannelserne.

behov. Men det tyder på, at være nødvendigt at udbygge uddannelsen i takt med de fremtidige opgaver i forbindelse med en mere superviserende og konsulentpræget funktion. Det tyder på, at lysten til udvikling af kompetencer er til stede hos sygeplejerskerne, men bliver kun i ringe grad omtalt i artiklerne. Hvis det var muligt for flere at tage efteruddannelsen til hjemmesygeplejerske, ville sygeplejerskerne måske have lettere ved at argumentere for og udøve deres virke i hjemmesygeplejen.

Med hensyn til den fremtidige hjemmesygepleje kommes der med få idéer til løsningsforslag. Et forslag er, at hjemmesygeplejerskens fremtidige rolle bliver som faglig konsulent. En rolle som kan være problematisk, da sygeplejersken her ikke får mulighed for at arbejde forebyggende og først kommer ind i billedet når for eksempel et tryksår allerede er udviklet (Kjeldsen /2005, Bjørnsson 15/2004A). Hvis primærsygeplejersken skal fungere som konsulent, må hendes adgang til undervisning og supervision dog formaliseres og udvides, og der må frigives tid til disse opgaver, foreslår en sygeplejerske. Her opfattes sundhedscentre som en spændende mulighed for at bruge primærsygeplejerskens kompetencer og for at komme i kontakt med borgerne (Ibid.).

Det tyder på at sygeplejerskerne binder deres faglige identitet i hvormeget de fysisk er ude i borgernes hjem og i hvor stort et overblik de har over borgernes samlede situation. Sygeplejerskerne er klar til at kæmpe for at få ”magten” tilbage i hjemmesygeplejen, men kommer kun i mindre omfang med konkrete løsningsforslag. Det kunne tyde på, at sygeplejerskerne skal blive bedre til at definere de komplekse sygeplejefaglige opgaver som netop de er uddannet til at varetage, som også påpeget i kap. 2.1. Den demografiske udvikling samt det øgede antal kronikere og terminale, der ønsker at modtage sygepleje i eget hjem er et faktum i Danmark i dag. Da der ikke er en tilsvarende stigning i antallet af uddannede sygeplejersker, tyder det på at det er nødvendigt at indføre omstruktureringer i hjemmesygeplejen. Nogle kommuner har valgt at fyre primærsygeplejersker. Dette virker dog ikke som vejen frem, set i lyset af udviklingen i den primære sundhedssektor. Hvis ikke historien skal gentage sig og primærsygeplejerskens kvalifikationer og muligheder for uddannelse nedprioriteres, tyder det på, at sygeplejerskerne selv må tage ansvar for at bevare deres position som nøglepersoner i hjemmesygeplejen.

Sammenfattende: Sygeplejerskerne ser generelt social og sundhedsassistenternes overtagelse af sygeplejeopgaver i hjemmesygeplejen som en negativ udvikling. Sygeplejerskerne føler det går ud over deres faglige identitet og mener det er assistenterne og ikke længere sygeplejerskerne der

udfører sygepleje. Sygeplejerskerne føler en frustration over at have mistet nogle af deres tidligere opgaver i forbindelse med strukturændringer i hjemmesygeplejen.

7. Det udviklingsmæssige perspektiv

Dette kapitel omhandler det udviklingsmæssige perspektiv på primærsygeplejerskens arbejdsopgaver og opgaveglidningen. De fundne temaer i denne gruppe er: **Større krav til dokumentation**, **Definition af primærsygeplejerskens opgaver**, og **Behov for specialisering**.

7.1 Større krav til dokumentation

Kapitlet handler om det udviklingsmæssige perspektiv i forhold til dokumentation af hjemmesygeplejen. Der stilles store krav til hjemmesygeplejerskerne, og deres arbejdsopgaver har ændret sig betydeligt. Der er fokus på kvaliteten af sygeplejen, og denne skal dokumenteres (Bjørnsson 18/2004B, Geller 13/2006). Der efterlyses et overblik over de eksisterende kvalitative- og kvantitative data som findes om hjemmesygeplejen. En udviklingspsygeplejerske udtaler, at der i primær sundhedssektor, aldrig har været tradition for at beskrive og registrere sygeplejen: *"Derfor er dét at skabe et overblik over de tilgængelige viden om hjemmesygeplejen i Danmark og påvise den forskel, hjemmesygeplejen gør for klienterne i eget hjem, yderst vanskelig"* (Geller 13/2006). Dette beskrives som grunden til, at hjemmesygeplejens arbejdsopgaver er underbelyste (Ibid.). En sygeplejerske udtaler, at *"Dokumentation bliver imidlertid mere og mere nødvendig i primærsektoren, da man fra politisk side vil vide, hvad pengene går til"* og foreslår, at der arbejdes med metoder til dokumentation af sygeplejen i primær sundhedssektor (Bendsen /2005). Dette skal dokumentere det sygeplejefaglige indhold, kvalitet og udvikling i primærsektoren og tydeliggøre, hvad god pleje og behandling er (Ibid.). Her ses dog et eventuelt problem i forhold til at afsætte tid til denne dokumentation. Forslaget er derfor et samarbejde kommunerne imellem, for at frigøre de nødvendige timer til et sådan projekt. Han mener desuden, at primærsygeplejerskerne vil kunne profitere af en tydeligere og mere veldokumenteret pleje og behandling (Ibid.).

Som udviklingspsygeplejerskerne påpeger, kan det tænkes at komme sygeplejerskerne til gode, hvis der fokuseres på at dokumentere det sygeplejefaglige indhold i hjemmesygeplejen. Det kan desuden medføre en opprioritering af sygeplejerskernes rolle i hjemmesygeplejen. Set i lyset af den igangværende situation i den primære sundhedssektor med opgaveglidning og omstruktureringer, synes behovet for at beskrive sygeplejen større end nogensinde før. Det kan imidlertid betvivles,

hvorvidt sygeplejerskerne selv kan afsætte tiden til dette arbejde, men her kan gruppen af primærsygeplejersker, der arbejder med udvikling i kommunerne, tænkes at spille en vigtig rolle som talerør for de udøvende sygeplejersker.

Her ses det, at udviklingssygeplejerskerne mener det er nødvendigt at arbejde med dokumentation af hjemmesygeplejen. Dette skal ske med henblik på at dokumentere den forskel sygeplejerskerne i den primære sundhedssektor gør, og for at tilgodese krav fra politisk side vedrørende det økonomiske perspektiv af sygeplejen. Der rejses dog tvivl om, hvorvidt der under gældende forhold kan afsættes tid til denne dokumentation.

7.2 Definition af primærsygeplejerskens opgaver

En holdning blandt udviklingssygeplejerskerne er netop, at der er brug for en klar definition af det sygeplejefaglige indhold i de arbejdsopgaver primærsygeplejersken varetager, hvis en afprofessionalisering skal afværges (Geller 13/2006).

Fra det udviklingsmæssige perspektiv kommer der med forskellige forslag til definitionen af fremtidens primærsygeplejerske. Et forslag er, at der skal være tre slags primærsygeplejersker. De skal opdeles i arbejdet med alvorligt syge borgere, forebyggelse samt ansvaret for det sundhedsfaglige indhold i hjemmeplejen (Bjørnsson 18/2004B). Det tyder på at være en brugbar opdeling, hvori sygeplejerskernes ressourcer udnyttes bedst muligt. De sygeplejersker der vil arbejde med de "traditionelle" hjemmesygeplejeopgaver, har med denne opdeling mulighed for at få deres ønsker tilgodeset. Efter strukturreformen er kvalitetsudvikling¹⁷ og forbedring af patientsikkerheden kommet i fokus:

"... men desværre har en del kommuner endnu ikke vist, at de har forstået de sundhedsopgaver, som skal løses i fremtiden. Måden dette vises på er bl.a. ved at afprofessionalisere hjemmesygeplejen. Med afprofessionalisering mener jeg en nedgang i antallet af sygeplejersker til fordel for andet og kortere uddannet personale" (Geller 13/2006).

Der gives udtryk for nødvendigheden af en professionalisering af hjemmesygeplejen, samt et overblik over de eksisterende kvalitative- og kvantitative data der findes om hjemmesygeplejen

¹⁷ I forbindelse med regeringens aftale om strukturreformen, etableres en dansk model for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet som blandt andet skal fastlægge kvalitetsstandarder. Sundhedsstyrelsen vil kunne fastlægge specifikke krav til disse standarder (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004 s. 35).

(Geller 13/2006). Det tyder dog på, at det ikke kun er en definition af det sygeplejefaglige, men også en definition af de opgaver primærsygeplejersken fremover kommer til at varetage, der mangler. Primærsygeplejerskens fremtidige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse, er ligeledes relevant at definere (Bjørnsson 18/2004B).

Desuden gives der udtryk for, at primærsygeplejerskens opgaver skal defineres som ”sygepleje til de svageste borgere med ustabile og komplekse behov” (Hørslev-Petersen 11/2005). Og det tilføjes, at sygeplejerskens fremtidige rolle bliver som konsulent: *”Så snart et forløb er stabilt, skal sygeplejersken supervisere de andre i det tværfaglige team, og derefter skal hun trække sig ud og kun komme i hjemmet ad hoc”* (Ibid.).

Der er kommet en opfordring fra kommunal side til primærsygeplejerskerne, om at komme med forslag til udformningen af de nye sundhedscentre (Bendsen 17/2005). Her ses en klar mulighed for primærsygeplejerskerne for at være med til at definere deres nye rolle i sundhedscentrene. Det tyder på at udviklingssygeplejerskerne forholder sig realistisk til den fremtidige rolle primærsygeplejerskerne får, idet de kommer med løsningsforslag, og forholder sig til den udvikling der sker i den primære sundhedssektor. Det skal dog tages i betragtning, at udviklingssygeplejerskerne ikke selv er ude i praksis og derfor ikke selv er direkte involverede i den praktiske del af opgaveglidningen. De ændrede arbejdsforhold får derfor ikke direkte konsekvenser for deres arbejde. De kommer med konkrete forslag, for at forhindre det de kalder en afprofessionalisering af hjemmesygeplejen. I artiklen *”Sygeplejersker skal bruges rigtigt”* beskrives det, at der i Haderslev Kommune arbejdes med udarbejdelse af retningslinjer for arbejdsopgaver for sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i hjemmeplejen. Der udtales, at *”Hjemmeplejen får flere opgaver i fremtiden, men vi får ikke flere sygeplejersker, derfor skal de bruges rigtigt ud fra den viden, de har, og det, de er uddannet til”* (Hørslev-Petersen 2005). På denne måde defineres faggruppernes roller, ressourcerne bliver brugt bedst muligt og sygeplejerskerne får selvstændigheden tilbage (Ibid.). Det ser dermed ud til, at de faglige magtkampe kan undgås, hvis begge faggrupper får deres rolle i sygeplejen defineret.

Sammenfattende: Hvis en afprofessionalisering af hjemmesygeplejen skal afværges er det nødvendigt med en klar definition af sygeplejerskens rolle og arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen. Sygeplejerskerne skal primært arbejde med de svageste borgere i den primære sundhedssektor og får givetvis også en rolle i sundhedscentre. En fremtidig rolle for primærsygeplejersken kan ifølge udviklingssygeplejerskerne være som konsulent i de komplicerede sygdomsforløb.

7.3 Behov for specialisering

Behovet for en specialisering af hjemmesygeplejersken er et tema, der går igen set fra det udviklingsmæssige perspektiv. Her tilkendegives synspunktet, at den stigende specialisering af funktioner og medarbejdere på sygehusområdet, også bliver en realitet i kommunerne i takt med den opgaveglidning, der sker fra sekundær til primær sundhedssektor:

”Behovet for pleje i hjemmene og kravene til hjemmesygeplejerskerne vokser tilsvarende, og vi ser allerede en stor opgaveglidning fra sygehusene til hjemmesygeplejen. Flere og mere sygeplejefagligt specialiserede opgaver venter kommunerne”(Geller 13/2006).

Der gives dog kun i én artikel udtryk for, at primærsygeplejens specialister har taget en *uddannelse* på det område af sygeplejen, hvor de er specialister (Rasmussen, Jørgensen 1/2009). I en anden artikel defineres det at være specialist som at have et *specielt ansvarsområde*, inden for hvilket sygeplejersken er *opdateret* og kan vejlede sine kolleger (Bjørnsson 18/2004B). En mulig definition på en sygeplejespecialist er hentet fra den sekundære sundhedssektor og betegner den kliniske sygepleje-specialist:

”Den kliniske sygeplejespecialist er karakteriseret ved at være knyttet til et klinisk område, som vedkommende forudsættes at have et omfattende kendskab til, således at hun kan udøve ekspert sygepleje direkte til patienten, undervise og vejlede om sygepleje på ekspertniveau og forske i sygepleje. Uddannelsesmæssigt er den kliniske sygeplejespecialist karakteriseret ved at have gennemgået en universitetsuddannelse og har typisk en kandidat-, master- eller Ph.d.-grad indenfor sundhedsområdet.” (Sundhed.dk 2007).

Det er det dog tvivlsomt, om denne definition kan overføres til primærsygeplejerskerne, trods udviklingssygeplejerskernes sammenligning af sekundær- og primær sundhedssektor. Cand. Cur. Inge Egerod skriver i *”Titlernes tagselvbord”*, at en sygeplejespecialist i Danmark som regel har et højt kompetenceniveau frem for en høj uddannelse (Egerod 1996). Hvorvidt der i primærsygeplejen findes sygeplejersker med universitetsuddannelser, er der tilsyneladende ingen statistikker over. Intet indikerer dog, at der er tale om et tilsvarende antal som i den sekundære sundhedssektor. Dette kan tænkes at hænge sammen med den førnævnte mangel på forskningsmæssig bevågenhed i hjemmesygeplejen. I denne sammenhæng er det interessant at se hvordan historien gentager sig. I fortidens hjemmesygepleje ses en klassificering af de sygeplejersker der arbejdede på hospitalerne og de der arbejdede i hjemmesygeplejen. Denne betragtning kan legitimeres ved hjemmesygeplejerskernes dengang meget korte uddannelse. I dag har alle sygeplejersker derimod lige lange grunduddannelser, men primærsygeplejerskerne halter tilsyneladende fortsat bagefter på nogle

områder, i forhold til sygeplejerskerne på hospitalerne (se kap. 2.1). Det tyder dog på, at der i fremtiden vil være en større ensartethed i de sygeplejeopgaver, der udføres i sundhedssektoren. Og måske vil hjemmesygeplejerskerne derfor være en lige så berettiget faggruppe hvad angår specialisering og forskning.

Som en mulig løsning på fremtidens udfordringer, ses en fremtidig hjemmesygeplejerske med både specialist- og generalistviden. Det tilkendegives dog, at der i fremtiden stadig vil være behov for generalistsygeplejersker ude i hjemmene. Dermed undgår borgerne at have mange forskellige sygeplejersker tilknyttet, til varetagelse af deres forskellige sygeplejemæssige behov, udtaler en af udviklingssygeplejerskerne om fremtidens primærsygeplejersker: *"De vil have en kombination af basisviden og et område hvor de er specialister"* (Bjørnsson 18/ 2004B). Primærsygeplejerskerne skal have et tildelt ansvarsområde hvor de har ansvaret for opdatering og vejledning af kollegerne. Dette tilslutter de sig i Kolding Kommune, hvor udviklingssygeplejerskerne understreger at primærsygeplejerskerne skal undervise og supervisere andre personalegrupper (Rasmussen og Jørgensen 1/2009). I Kolding Kommune er det besluttet, at hjemmesygeplejerskerne skal have en kombineret specialist- og generalistfunktion, med fokus på de svageste borgere. *"Man har sikret en specialviden inden for: sårbehandling, sygepleje til mennesker med KOL, med diabetes og til mennesker i den terminale fase, sygepleje i relation til hjerterehabilitering, hygiejne og MRSA. Der er ligeledes medarbejdere, der er uddannet inden for demens og inkontinens"* (Ibid.), hvilket indikerer en målrettet og struktureret opkvalificering af sygeplejerskernes kompetencer, i kommunerne. Argumentet har blandt andet været de stigende krav om høj sygeplejefaglig kvalitet fra både borgere og politikere samt opgaveglidning som følge af at borgerne udskrives tidligere fra sygehusene til primær sektor (Ibid.). Det tyder derfor på, at sygeplejerskerne i denne kommune har været gode til at argumentere for deres berettigelse i hjemmesygeplejen. Desuden menes der, at sygeplejersken er den der *"... sikrer helheden i relation til de komplekse sygeplejeforløb for den enkelte borger, og har derfor brug for at kunne trække på viden fra sygeplejersker med specialfunktion."* (Ibid.). Det tyder på, at der for borgeren kan være en gevinst i, at primærsygeplejerskerne fortsat er generalister, men med en specialistfunktion. Det kan tænkes at være en bedre løsning for borgeren som har mange forskellige sygeplejefaglige diagnoser, at han har én sygeplejerske fast tilknyttet. I en sygdomssituation er det ikke hensigtsmæssigt, at borgeren selv bliver nødt til at agere som koordinator for sin sygepleje og i mange tilfælde vil det være uoverkommeligt for borgeren grundet alder, svækkelse eller manglende viden. Sygeplejerskerne kan gavne af hinandens specialistviden, idet de opdateres/uddannes inden for forskellige

sygeplejefaglige områder. Desuden kan der tænkes at være en faglig tilfredsstillelse ved at have et område, hvor man altid er opdateret, både med hensyn til den nyeste forskning og undervisning. Det kan tænkes at give sygeplejerskerne arbejdsglæde og faglig stolthed ved, at de tildeles nogle kernekompetencer som positivt udfordrer deres faglighed.

Sygeplejersken ville i så fald være generalist med en specialistfunktion inden for hvilken, hun er ansvarlig for opdatering af viden, undervisning af andre sygeplejersker, bestilling af materialer med videre. Det ses som en mulig løsning på sygeplejerskernes ønske om en definition af deres rolle og ansvarsområde i den primære sundhedssektor. Dette vil synliggøre deres berettigelse som faggruppe i hjemmesygeplejen og kan samtidig medføre at arbejdet som hjemmesygeplejerske bliver mere attraktivt. Der mangler dog en fælles definition af, hvad det vil sige at være specialist i hjemmesygeplejen.

Sammenfattende: Behovet for specialisering i hjemmesygeplejen er et gennem-gående tema i artiklerne fra det udviklingsmæssige perspektiv, i takt med de mere specialiserede sygeplejefaglige opgaver. Det er dog ikke entydigt hvilke kompetencer og uddannelsesniveau en specialist i hjemmesygeplejen skal besidde.

8. Det politiske perspektiv

I dette kapitel beskrives primærsygeplejerskens arbejdsopgaver og opgaveglidning set fra det politiske perspektiv. De fundne temaer her er: **Brug for sygeplejersker i den primære sundhedssektor, Primærsygeplejerskens rolle og Specialisering.**

8.1 Brug for primærsygeplejersker

Det er en klar holdning hos Dansk Sygeplejeråd, at sygeplejersker ikke kan undværes i den primære sundhedssektor, hvilket belyses i størstedelen af de artikler der indgår under det politiske perspektiv (Bjørnsson 19/2004D, Kjeldsen 30/2004, Kruckow 9/2006, Langvad 3/2006, Leick 46/2003, Kruckow 7/2004). Hjemmesygeplejerskerne har en central rolle i sundhedsvæsnet, mener DSR. De skaber tryghed og sammenhæng når borgere udskrives fra sygehusene, og giver mulighed for at kronikere, handicappede og terminale borgere kan blive i eget hjem. Også ledelsesmæssigt udfylder sygeplejerskerne en central rolle (Kruckow 7/2004). Hjemmesygeplejen er et overset område af sundhedsvæsnet blandt de der træffer politiske beslutninger, set i lyset af krav om kvalitet og patientsikkerhed mener Connie Kruckow og udtaler i den forbindelse: *"Hvordan kommunerne kan*

løse de opgaver med færre og færre sygeplejersker er mig en gåde” (Kruckow 9/2006) og ”... hvis nogle kommuner rundt omkring i landet skulle tro, de kan undvære hjemmesygeplejerskerne, vil jeg opfordre dem til at tænke sig om en ekstra gang!” (Kruckow 7/2004).

Det er de svage og syge borgere, der betaler prisen, når der skæres ned på normeringen af sygeplejersker som for eksempel i Brovst Kommune, mener DSR. De mener, at beslutningen om nedskæringer ikke er taget ud fra en *”seriøs debat om arbejdsdeling”* (Leick 46/2003). Nedskæringerne vil resultere i længere indlæggelser for mange borgere, da de ikke kan få den nødvendige sygepleje i deres eget hjem. De terminale borgere der ønsker at dø hjemme bliver nødt til at lade sig indlægge i stedet mener DSR: *”Det er ganske uacceptabelt, at økonomisk kassetænkning fører til sådanne forringelser for borgerne.”* (Ibid.). De er dog enige med politikerne i Brovst om, at der er brug for nytænkning i hjemmesygeplejen, og i DSR er forslaget at der oprettes ambulatorier eller åbne klinikker som supplement til, men ikke i stedet for, hjemmesygepleje.

Ikke alle politikere i Brovst kommune stemte for den nye struktur. Enkelte politikere i Brovst kommune kritiserer Brovst-modellen og mener som DSR, at det vil gå ud over borgerne og serviceniveauet, når der er færre sygeplejersker i hjemmesygeplejen (Leick 46/2003). Det udtales, at det vil få økonomiske konsekvenser i form af flere tilkald af lægevagten og flere indlæggelser (Ibid.).

I Brovst arbejder social- og sundhedspersonalet i selvstyrende grupper med en social- og sundhedsassistent som leder (FOA 2006). Sygeplejerskerne arbejder i et sygepleje-ambulatorium, hvor borgere der er raske nok til at komme ud, kan få hjælp til de mere krævende sygepleje-behandlinger. Personalfordelingen var i 2005 på 40 assistenter og 3 sygeplejersker og en stor gruppe på 107 hjemme-, syge-, social- og sundhedshjælpere (Ibid.). Set fra det politiske perspektiv er denne model ressourcebesparende, og det kan derfor betvivles om det er borgernes behov der tilgodeses eller om det handler om besparelser i kommunerne. Borgmesteren i Brovst mener derimod, at den nye struktur er en succes og at Brovst-modellen med fordel kan indføres i andre kommuner. Han mener opgaveglidningen fra sygeplejersken til social- og sundhedsassistenten er en naturlig udvikling. Borgmesteren i Brovst Kommune udtaler dog, at dette ikke var hensigten med Brovst-modellen (Leick 46/2003). Besparelsen var på en halv million kroner årligt (Ibid.).

”Vores udgangspunkt har ikke været besparelser, men en bedre måde at organisere arbejdet på i hjemmeplejen. For mig at se er det en naturlig opgaveglidning, at sosu-assistenterne nu overtager en del af de traditionelle sygeplejerskeopgaver. Andre steder

i sundhedssektoren foregår der også opgaveglidning, hvor det er sygeplejerskerne, der overtager lægernes opgaver.” (Leick 46/2003).

Opgaveglidningen er en realitet i hjemmesygeplejen (Nielsen og Lomborg 2001). Spørgsmålet er, hvordan denne omfordeling af arbejdsopgaverne håndteres i kommunerne. Hvis formålet med at afskedige sygeplejerskerne ikke er sket med henblik på besparelser, kan det undre, hvorfor Brovst kommune valgte at afskedige sygeplejersker. Kunne en opgaveglidning ikke have fundet sted under de tidligere forhold, uden en ændring af normeringen?

I flere mindre kommuner har de valgt ikke at have hjemmesygeplejersker i nattevagt, da de i kommunerne oplever at få sygeplejersker har lyst til at arbejde om natten (Pedersen 34/2003, Kjeldsen 30/2004). Et af problemerne er ifølge lederne af hjemmesygeplejen, at der er for få udfordringer for sygeplejerskerne i nattevagterne, da sygeplejebehovet er forholdsvis lille (Pedersen 34/2003). I nogle Kommuner er det forsøgt at indgå et samarbejde med nabo-kommunerne for at få samlet sygeplejeopgaverne, men det er ikke alle kommuner der ønsker en sammenlægning (Ibid.). Det er også forsøgt at tilbyde hjemmesygeplejerskerne et fastholdelsestillæg for at arbejde om natten. Begrundelsen for at bruge assistenter er blandt andet, at det er for dyrt med sygeplejevikarer i længden, så i stedet vælger nogle kommuner at overdrage assistenter de få sygeplejeopgaver. En brugerundersøgelse har vist, at borgerne ikke har mærket forskel i plejen og en leder af hjemmesygeplejen udtaler: *”Social- og sundhedsassistenterne er uddannet til bl.a. at kunne give ordineret medicin. Desuden er de instrueret i, at såfremt der opstår tvivlspørgsmål, skal de kontakte vagtlægen. Men det er kun meget få gange, at det har været nødvendigt.”* (Ibid.). Hvordan denne brugerundersøgelse var udformet, nævnes dog ikke i artiklen. En søgning viser dog, at undersøgelsen var baseret på spørgsmål ud fra ”Tilfreds”, ”Utilfreds”, ”Meget tilfreds” og ”Hverken eller” i forhold til sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp, rengøring, information og madservice (FOA 2006). Undersøgelsen giver derfor kun et overordnet indtryk af brugernes tilfredshedsniveau. Desuden kan det ikke udelukkes, at borgerne der har deltaget i undersøgelsen, har været bange for at miste den hjælp de modtog, hvis de svarede negativt, især hvis de ikke selv kunne udfylde undersøgelseskemaet og derfor har fået hjælp af plejepersonalet. Dette kan ligeledes påvirke til et falsk grundlag for undersøgelsen. Der er også den mulighed, at borgerne er mere tilfredse med plejen under Brovst-Modellen. Det tyder derfor på, at der er brug for en større uvildig undersøgelse af hvilke konsekvenser Brovst-modellen har haft, hvor der tages forbehold for måden hvorpå borgerne bliver adspurgt og informeret om deres anonymitet. Det tyder på at være

nødvendigt at undersøge, om der har været omkostninger, både økonomiske men i særdeleshed i forhold til de borgere, der modtager hjemmesygepleje.

Brovst-modellen vækker bekymring hos ledelsen af de palliative team (Kjeldsen 30/2004). De mener, at det kan få fatale konsekvenser at afskaffe sygeplejerskerne og mener ikke, at det er sikkert at hjemsende en terminal patient med komplekse problemstillinger, hvis ikke personalet er uddannet til at observere og reagere på dem. *"Det er ikke tilfældigt, at man på de fleste hospicer har valgt stort set udelukkende at ansætte sygeplejersker"* udtaler de (Ibid.). I nogle kommuner har ledelsen i de palliative team derfor sikret sig, at der bliver indsat en sygeplejerske i rådighedsvagt i tilfælde af, at en terminal patient får behov for kompleks smertebehandling (Ibid.).

DSR forholder sig i flere artikler kritisk til den politiske tvivl, der bliver rejst i forhold til sygeplejerskernes berettigelse i den primære sundhedssektor og udtaler: *"Der bliver i stigende grad sat lighedstegn mellem sundhedsvæsenet og sygehusene: Sygepleje er noget, der udøves på sygehuse, ikke i den primære sundhedstjeneste."* Der henvises her til en tendens DSR ser, til at betragte hjemmesygeplejerskens arbejdsopgaver som sociale og ikke sundhedsfaglige, hvilket de finder problematisk (Bjørnsson 19/2004D). Hvis DSR har ret i dette, kan der drages paralleller til fortidens klassificering af sygeplejerskerne. Som beskrevet i indledningen er der klare indikationer for en manglende fokusering på den primære sundhedssektor.

Den nuværende situation i hjemmesygeplejen er, at primærsygeplejerskerne har fået flere komplekse opgaver, men der er blevet færre sygeplejersker og flere ansatte med kortere uddannelse, kalder DSR for et *"kompetencedræn"* som et modsvar til det kommunerne kalder *"et kompetenceløft på plejeområdet"* (Kruckow 9/2006). Sidstnævnte refererer til det lavere uddannede sundhedspersonales muligheder for øgede kompetencer. Social- og sundhedspersonale får muligheden for at udføre sygeplejeopgaver som de ikke er uddannede til at varetage. De har i DSR svært ved at se, hvordan sygeplejerskerne kan undværes i kommunerne, da der med kommunalreformen stilles større krav til kvalitet, patientsikkerhed og forskning:

"De skal yde sundhedstilbud til mange flere kronisk syge, bl.a. diabetes-, KOL- og kræftpatienter. De skal samarbejde med sygehusene om patienter, der udskrives tidligere og tidligere fra et stadigt mere specialiseret sygehusvæsen. Og de skal skrue gevaldigt op under blusset for sundhedsfremme og forebyggelse" (Kruckow 9/2006).

På baggrund af udtalelserne fra DSR er holdningen derfor, at sygeplejerskernes generalist- og specialistviden er nødvendig for at sikre borgerne i den primære sundhedssektor den pleje, de har brug for. DSR mener, at der er brug for en oprustning og et kompetenceløft af sygeplejen og at der

skal sættes penge af til at styrke sygeplejen, ved at kompetenceudvikle medarbejderne og opruste lederne (Ibid., Kruckow 7/2004).

DSR mener, at der er brug for *både* sygeplejersker og assistenter i hjemmeplejen til at supplere hinanden (Langvad 3/2006). Det der skal afgøre, hvornår det er sygeplejersken der skal udføre sygeplejeopgaverne, må vurderes ud fra den enkelte borgers situation. Der kan dog godt være sammenfald mellem de opgaver som de to faggrupper udfører, mener DSR (Ibid.). De mener dog, at niveauet i opgaveløsningen vil være forskelligt, da kun sygeplejerskeuddannelsen giver kompetence til at udføre den totale sygepleje omkring borgeren. DSR mener, at det er op til den ledende sygeplejerske i primær sektor, at afgøre hvornår det er en sygeplejeopgave og hvornår social- og sundhedsassistenten kan udføre opgaverne (Ibid.). Manglen på sygeplejersker vil medføre forringelse af kvaliteten af sygeplejen, mener de. Hansen og Weinreich (2007) skriver, at man på det politiske niveau må tydeliggøre intentioner og vedtagne beslutninger på primærområdet (s.59). Der må udvikles et overordnet værdigrundlag og skabes ny viden mellem det strategiske, taktiske og operationelle niveau (Ibid.). De forskellige rationaler i spændingsfeltet mellem pleje og service spiller alle en vigtig rolle i hjemmesygeplejen. Opgaveglidning med omlægning af arbejdsopgaver er en realitet i den primære sundhedssektor. DSR's forslag om, at sygeplejersker og assistenter kan supplere hinanden i sygeplejen, synes derfor velbegrundet. Det lader derfor til, at de forskellige aktører i hjemmesygeplejen, kan få gavn af hinanden, hvis de søger at *"berige hinanden i stedet for at bekrige hinanden"* (Ibid. s.60).

En prioritering i forhold til hvilke opgaver primærsygeplejersken skal udføre i fremtiden bliver nødvendig, mener DSR: *"Vi kommer til at stå med sygeplejerskemangel på et tidspunkt, og så er det ikke hensigtsmæssigt, at vi vil blive ved med at gøre alt, hvad vi plejer. Vi må prioritere."* (Bjørnsson 19/2004D). De mener ikke, at sygeplejersken nødvendigvis skal ind i den *"brede del af ældreplejen"*, men at assistenterne eventuelt kan overtage nogle af opgaverne. Sygeplejerskerne skal tage sig af de mere komplekse områder som palliation og sygepleje til borgere med KOL, samt opgaver i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme: *"Sygeplejersken skal kun ind, hvis der er komplekse problemstillinger hos den ældre. Hvis der f.eks. er risiko for komplikationer på grund af en meget dårlig ernæringsstilstand"*, mener de i DSR (Ibid.). DSR mener, at der må være tillid til at assistenternes siger fra over for de opgaver som de ikke føler sig rustet til (Ibid.).

I DSR forstår de godt at sygeplejerskerne ikke finder arbejdet udfordrende nok: *"Der er ingen sygeplejersker, som synes, det er sjovt bare at vende patienter og skifte bleer nat efter nat."*

Sygeplejersker vil have indhold og udfordringer i arbejdsopgaverne” udtaler de, og foreslår derfor en sammenlægning af sygeplejeopgaverne imellem kommunerne (Ibid.). De mener, at det handler om at bruge de forskellige faggruppers ressourcer i et tværfagligt samarbejde, i stedet for at tro at alle skal kunne udføre de samme opgaver, og tilføjer endvidere at assistenterne kan bruges i de stabile plejeforløb, hvilket de er uddannede til (Ibid.).

Det kommunerne sparer på sygeplejerskernes løn i forhold til assistenternes løn, bliver dyrere i den sidste ende, mener DSR. Hvis de komplekse sygeplejeopgaver ikke kan løses i hjemmet, bliver resultatet længere indlæggelser eller tilkaldelse af vagtlægen, mener de (Ibid.): *”Hvis vi ikke sikrer, at der er topkvalificeret personale i hjemmeplejen 24 timer i døgnet, så vil vi ende i den situation, at det får konsekvenser for patienterne. Borgerne vil opleve, at der mangler sammenhæng i sundhedsvæsenet”* (Kjeldsen 30/2004). I DSR mener de ikke, at der er tale om misundelse fra hjemmesygeplejerskernes side, men en bekymring for manglende oprustning af hjemmeplejen i kommunerne, i forbindelse med opgaveglidningen fra sekundær- til primær sundhedssektor (Ibid.). Det tyder dog på at det er svært at dokumentere, at afskaffelsen af primærsygeplejerskerne får konsekvenser for borgerne, da det vil kræve en sammenligning af identiske patientforløb fra kommuner med og uden dækning af de sygeplejefaglige opgaver.

Sammenfattende: Der er fra politisk side generelt enighed om, at der er brug for sygeplejersker i hjemmesygeplejen og at afskedigelser af primærsygeplejerskerne vil føre til forringelse af borgernes muligheder for at modtage kvalificeret hjemmesygepleje.

8.2 Primærsygeplejerskens rolle i hjemmesygeplejen

Det tyder på, at debatten om primærsygeplejerskernes nye roller i forbindelse med omstruktureringer på sundhedsområdet, er kommet sent i gang. Også i DSI efterlyses en større debat om hjemmesygeplejerskens rolle, især i forbindelse med forebyggelse, kronikere og terminale borgere (Bjørnsson 9/2006). DSR kritiserer politikerne for at rejse tvivl om sygeplejerskens rolle i hjemmesygeplejen, idet de mener, at den tendens der er fra politisk side til at overse sygeplejerskernes rolle, øger det pres der i forvejen ligger på primærsygeplejerskerne.

”De står i et krydspres. Overordnet har mange politikere ikke forstået, hvor stor sygeplejerskernes betydning er i kommunerne. Samtidig oplever sygeplejersker, at de går hos borgere, hvor de ikke kan levere det, der er nødvendigt” (Bjørnsson 19/2004D).

DSR mener, at det er sygeplejerskerne selv samt deres ledere, der har ansvaret for at synliggøre betydningen af deres rolle i den primære sundhedssektor. I DSI sættes der spørgsmålstegn ved den

manglende diskussion om hjemmesygeplejerskens rolle i forbindelse med kommunalreformen og de nye opgaver kommunerne dermed får ansvaret for (Bjørnsson 9/2006). Det frie leverandørvalg på hjemmehjælpsområdet har ført til, at der i nogle kommuner er en eller få sygeplejersker, der visiterer til hjemmehjælp, hvor det før var en opgave for alle sygeplejerskerne (Bjørnsson 18/2004B). Fordelen er ifølge en af lederne, en mere ensartet behandling af borgerne men smidigheden er væk og der bruges lang tid på udveksling af information om borgerne fra hjemmesygeplejerskerne til de visiterende sygeplejersker:

”Når en borger kommer hjem fra sygehuset og skal have meget mere hjælp, skal visitatoren selv lære borgeren at kende. Eller hun må have informationen fra den sygeplejerske, der kender ham, ved hvordan hjemmet er indrettet og kender alle de andre små detaljer, der betyder noget”, udtales det i DSR (Bjørnsson 18/2004B).

Det beskrives af DSR hvordan primærsygeplejerskerne i amtet førhen havde svært ved at definere deres rolle i hjemmesygeplejen (Kjeldsen 5/2006). Derfor indførte nogle kommuner monofaglige møder, hvor sygeplejerskerne diskuterede forskellige relevante emner. Det startede som et etårigt projekt, men de fleste kommuner har fortsat sygeplejemøderne. *”Når vi kom ud til forhandlinger med arbejdsgiverne, oplevede vi, at de faglige ledere også selv havde svært ved at præcisere værdien af en sygeplejerske. Arbejdsgiverne kunne ikke se forskel, så hvorfor skulle en sygeplejerske f.eks. have tillæg for en speciel funktion”* udtaler amtskredsformanden (Kjeldsen 5/2006). Emnerne på de monofaglige møder har for eksempel været, hvilken forskel det gør, om patienten får besøg af en assistent eller en sygeplejerske efter udskrivelse fra sygehuset, og om hvordan primærsygeplejerskerne skal afsætte tid til alle de nye tiltag, der implementeres i hjemmesygeplejen. Et andet emne var: *”Hvad brugte du tiden på i går?”*, hvor sygeplejerskerne skulle notere deres arbejdsopgaver i løbet af en udvalgt dag. Sygeplejerskerne brugte blandt andet tid på tjekke statistikker, bestille medicin, tage sig af sygdommeldinger, fylde depotvarer op og tanke benzin, hvilket sygeplejerskerne ikke mente hører med til deres rolle i hjemmesygeplejen (Ibid.).

Det tyder på, at primærsygeplejerskerne i fremtiden får en mere koordinerende rolle i forbindelse med en stigning i antallet af borgere med store behandlingsbehov. DSI ser et problem i, at kommunerne sender de dårligst uddannede ud til de svage borgere og lader sygeplejerskerne være dem, der koordinerer og kun kommer i hjemmet i forbindelse med deres rolle som specialist (Bjørnsson 9/2006). Det tyder desuden på, at hjemmesygeplejerskerne i fremtiden får en mere fremtrædende rolle i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse (Bjørnsson 19/2004D, Bjørnsson 9/2006, Kruckow 9/2006, Bjørnsson 19/2004C). Det vil være nødvendigt at

arbejde mere med forebyggelse, hvis kommunerne kommer til at betale for behandlingen af kronikere og terminale borgere mener DSI (Bjørnsson 9/2006). Oprettelsen af sundhedscentre vil kunne danne ramme om en del af denne forebyggelse, hvor sygeplejersken vil samarbejde med andre faggrupper omkring forebyggelsen. Der er enighed mellem politikere og fagforeningerne, om nødvendigheden af ændrede arbejdsområder samt opgaveglidning i hjemmesygeplejen. Hvordan denne opgaveglidning skal foregå, er der dog uenighed om.

Politikerne ser opgaveglidningen fra sygeplejersken til assistenten som en selvfølge (Bjørnsson 19/2004D). Alt tyder derfor på, at rollefordelingen i fremtidens hjemmesygepleje vil se væsentligt anderledes ud end i dag. Hvis sygeplejersken overtager de meget specialiserede opgaver og måske, som det udtrykkes fra politisk side, lægefaglige opgaver, og samtidig skal virke som konsulent i praktiske og undervisningssituationer, lader det til at assistenterne ikke kan undgå at spille en væsentlig rolle i primærsygeplejen. KL mener, at social- og sundhedshjælpere og assistenter skal overtage mange af sygeplejerskens tidligere opgaver, og sygeplejersken skal tage sig af de komplicerede forløb og i det der betegnes som "*problemhjem*" (Bjørnsson 19/2004D). Politikerne mener derfor at assistenterne får rollen som varetager af de almindeligste sygeplejeopgaver og sygeplejersken får rollen som konsulent for denne personalegruppe (Ibid.).

Kommunernes Landsforening (KL) og DSR er enige om, at en autorisation af assistenternes uddannelse skaber uklarhed om, hvilke af primærsygeplejerskens opgaver der skal delegeres til assistenterne. I beskrivelsen af uddannelsen til assistent betegnes deres kompetencer at ligge inden for tilrettelæggelse, udførelse og evaluering af de *grundlæggende* sygeplejeopgaver og altså ikke de komplicerede forløb (se kap. 2.3). Det skal dog ikke udelukkes, at assistenter med mange års praktisk erfaring i hjemmeplejen, måske kan oplæres til de mere krævende sygeplejeopgaver. Dette kan være et nødvendigt tiltag, set i lyset af udviklingen på det primære sundhedsområde, hvis borgerne fortsat skal have mulighed for at blive længst muligt i eget hjem. Som tidligere nævnt sigter assistenterne mod sygeplejerskens faglige kompetencer i hjemmesygeplejen, og efter gennemgang af artiklerne er dette ikke så underligt. Der lægges i stigende grad op til, at assistenterne påtager sig flere sygeplejefaglige opgaver og får mere ansvar. Det kan dog problematiseres, hvis der ikke længere kan skelnes mellem de to faggrupper, da der er væsentlig forskel på uddannelsernes længde og det der gives kompetence til efter endt uddannelse (se kap. 2.3 og 5.3).

Sammenfattende: Opgaveglidningen ses fra det politiske perspektiv, som en naturlig udvikling i hjemmesygeplejen. DSR mener, at sygeplejerskerne spiller en vigtig rolle i hjemmesygeplejen, hvilket de mener politikerne har en tendens til at overse. De mener, at primærsygeplejersker har svært ved at definere deres rolle i hjemmesygeplejen i forbindelse med nye strukturer.

8.3 Specialisering

Specialisering ses som et tema i primærsygeplejerskens fremtidige rolle fra det politiske perspektiv (Bjørnsson 9/2006, Søndergaard 23/ 2008, Kruckow 9/2006, Bjørnsson 19/2004D, Bjørnsson 19/2004C). Der er tale om en primærsygeplejerske, der har en specialistviden inden for et sygeplejefagligt område. Om hun har tilegnet sig denne specifikke viden gennem uddannelse, erfaring eller et kursus, er der ingen definition af. Det vides derfor ikke, hvad der kræves for at primærsygeplejerskerne kan kalde sig ”specialist”. Ifølge KL skal primærsygeplejersken i fremtiden specialisere sig inden for visitation, sundhedsfremme, tilsyn og i lederstillinger. Der skal også være sygeplejersker med specialistfunktion i sygeplejeopgaver som for eksempel terminalforløb (Bjørnsson 19/2004C). Argumentet er den øgede forekomst af eksempelvis kronikere og terminale borgere, der kræver, at der er specialister i hjemmesygeplejen (Ibid.).

DSI ser specialisering som en tendens til at omdanne hjemmesygeplejen til et ”minisygehus”, og nævner specialisering inden for demens, apopleksi, forebyggende samtaler og koordinatører (Søndergaard 23/ 2008). DSI mener, at: ”... *specialiseringen, som udhuler fagligheden i den basale hjemmesygepleje. Den bliver i alt for høj grad nedprioriteret, glemt og overset, når nye tiltag placeres hos særlige specialister.*” (Ibid.). De mener, at primærsygeplejersken fortsat skal varetage de opgaver, hun hele tiden har gjort og fokusere på en generalistrolle frem for en specialistrolle (Søndergaard 23/2008, Bjørnsson 9/2006) I DSR mener de også, at det er nødvendigt med både specialister og generalister blandt primærsygeplejerskerne (Bjørnsson 19/2004D). I DSI mener de, at hjemmesygeplejen skal undgå en kopiering af hospitalernes specialisering, men i DSR mener de derimod, at en sådan udvikling er uundgåelig: ”*Vi skal stadig sætte pris på, at sygeplejersker har en generalistuddannelse. Men vi vil se den samme tendens til specialisering, som vi har set på sygehusene.*” (Ibid.). DSR mener, at det er nødvendigt at kommunerne samarbejder, for at opnå en faglig dækning af borgernes sygeplejelerede behov. Desuden mener de, at der skal fokuseres på hjemmesygeplejerskernes muligheder for uddannelse, i lyset af den øgede specialisering (Ibid.). Modargumentet fra DSI er, at specialiseringen betyder, at borgeren selv skal være tovholder i sit eget sygdomsforløb. Afspecialisering vil derimod give en mere personlig relation mellem borger

og primærsygeplejerske, samt give sygeplejersken overblik over borgerens sundhedsmæssige behov (Søndergaard 23/2008, Bjørnsson 9/2006). De kan dog godt se fordelene ved at hjemmesygeplejersken tilegnes viden inden for et specielt felt, men mener det går galt når der skal for mange forskellige sygeplejersker ind i en patients forløb, som for eksempel når en apopleksipatient med mange sygeplejefaglige problemstillinger ønsker pleje og behandling i eget hjem (Ibid.).

DSR mener, at der i fremtidens hjemmesygepleje vil være samme tendens til at specialisere sig som på sygehusområdet og mener det skal til for at sundhedsvæsenet kan flytte fra sygehuse til hjemmesygeplejen (Kruckow 9/2006). Der må derfor udarbejdes tilbud om uddannelse. Derfor kan det tænkes, at både DSR og landets kommuner vil se positivt på den nye videreuddannelse for hjemmesygeplejersker. Trods den korte varighed på tre uger, er fagene meget relevante for de kompetencer og den viden primærsygeplejerskerne har brug for i nutidens hjemmesygepleje (se kap. 5.4). Fra det politiske perspektiv kan de uddannede sygeplejersker være med til at sikre en bedre kvalitet i hjemmesygeplejen, idet der blandt andet undervises i kvalitetssikring af sygeplejen i kommunerne.

Hvis alle primærsygeplejersker skal være specialister risikeres det, at den basale sygepleje bliver overset, som også DSI påpeger (Søndergaard 23/2008). Det tyder dog på, at dette ikke nødvendigvis behøver at være et problem. Det bliver først et problem, hvis ikke der følges op på de kvalifikationer assistenterne har i form af oplæring, undervisning og en tidssvarende tilrettelæggelse og udbygning af uddannelsen. Hvis assistenterne i fremtiden i stigende grad varetager de sygeplejefaglige opgaver, skal der sandsynligvis prioriteres anderledes i forhold til de fag der udbydes i uddannelsen, og fokus på de sygeplejerelaterede fag skal øges. Det virker usandsynligt, at primærsygeplejerskerne, som DSI foreslår, skal fortsætte i de roller, de indtil nu har haft. Det virker mere sandsynligt, at der bliver tale om både specialister og generalister i fremtidens hjemmesygepleje, for at tilgodese alle grupper af borgere.

Sammenfattende: Specialisering er et omdiskuteret emne blandt politiske instanser, dog uden en præcis definition af hvad en sygeplejespecialist er eller hvilke krav, der stilles til deres uddannelsesniveau. Der er dog delte meninger om, hvorvidt primærsygeplejerskerne skal følge hospitalernes specialisering eller vedblive at være generalister.

9. Konklusion og perspektivering

Her følger en konklusion af, hvordan opgaveglidningen og arbejdsopgaver i den primære sundhedssektor formuleres ud fra praksisperspektivet, det udviklingsmæssige perspektiv og det politiske perspektiv. Der perspektiveres til hjemmesygeplejens fremtid og omsorgsperspektivet.

Fra praksisperspektivet er opfattelsen af opgaveglidningen præget af negativitet og frustrationer. De ser **assistenternes overtagelse af sygeplejeopgaver** som en trussel for deres egen fremtidige rolle i hjemmesygeplejen. De føler **et tab af kompetencer** og at have mistet deres faglige identitet. I forbindelse med **strukturændringer** oplever sygeplejerskerne, at ændringen af deres arbejdsopgaver medfører en bevægelse væk fra de sygeplejerelaterede opgaver og hen imod de mere administrative. De oplever deres opgaver bliver frataget dem med indførelse af dosisdispensering og fratagelse af visitationsopgaver. Sygeplejerskerne er bekymrede over ikke at have overblik over borgernes situation i forbindelse med indførelse af dosisdispensering og manglende tid hos borgerne (Kjeldsen 11/2005, Bjørnsson 15/2004A). Primærsygeplejerskerne kan tilsyneladende få deres indflydelse tilbage med udarbejdelse af en sygeplejeprofil, hvilket kan ses som en mulig løsning på problemerne med faglig identitet og rollefordelingen i hjemmesygeplejen.

Fra det udviklingsmæssige perspektiv er opfattelsen af opgaveglidningen generelt positiv. Udviklingssygeplejerskerne mener, at hjemmesygeplejen er forskningsmæssigt underbelyst. **Sygeplejen skal dokumenteres** til gavn for primærsygeplejerskernes fortsatte berettigelse i hjemmesygeplejen. De mener, at en afprofessionalisering af hjemmesygeplejen kan afværges ved at **definere sygeplejerskens rolle og arbejdsopgaver** i hjemmesygeplejen. I fremtiden skal sygeplejerskerne primært arbejde med de svageste borgere i den primære sundhedssektor og får sandsynligvis en rolle som konsulent i de komplicerede sygdomsforløb. De får givetvis også en rolle i de nye sundhedscentre. Udviklings-sygeplejerskerne mener, at der er **behov for specialisering** i hjemmesygeplejen i takt med de mere specialiserede sygeplejefaglige opgaver. Hvilke kompetencer og hvilket uddannelsesnivea en specialist i hjemmesygeplejen skal besidde er der ikke enighed om. De mener, at sygeplejersken skal videregive sin specialistviden til kolleger i hjemmesygeplejen. Fra det udviklingsmæssige perspektiv tyder det derfor på, at primærsygeplejersken i fremtiden stadig skal være generalist men med en specialistfunktion.

Fra det politiske perspektiv er der stort set enighed om, at der er **brug for sygeplejersker** i hjemmesygeplejen og at afskedigelser af primærsygeplejerskerne vil føre til forringelse af

kvaliteten af hjemmesygeplejen. De besparelser der umiddelbart er ved at ansætte assistenter i hjemmesygeplejen, medfører ifølge de politiske instanser øgede omkostninger til vagtlægebesøg og indlæggelser grundet manglen på kvalificeret sygepleje. Der er uenighed om **sygeplejerskens rolle** i hjemmesygeplejen. DSR mener, at sygeplejerskerne spiller en vigtig rolle i hjemmesygeplejen som dog ofte bliver overset. Det beskrives, at sygeplejerskerne har svært ved at definere deres rolle i hjemmesygeplejen, hvilket indførelsen af sygeplejefaglige møder kan afhjælpe. Fra det politiske perspektiv ses primærsygeplejerskens fremtidige rolle som konsulent. Hun skal primært komme hos de svageste borgere og arbejde mere med forebyggelse og sundhedsfremme, eventuelt i sundhedscentre. **Specialisering** er et emne, der deler aktørerne i det politiske perspektiv. Nogle mener, at en øget specialisering vil højne det faglige niveau i hjemmesygeplejen, og andre mener, at det vil få konsekvenser for borgere med mange sygeplejefaglige diagnoser.

Opfattelsen af opgaveglidningen og sygeplejerskens opgaver i hjemmesygeplejen, er forskellige set fra henholdsvis praksisperspektivet, det udviklingsmæssige perspektiv og det politiske perspektiv. Der er dog enighed om, at sygeplejersker i fremtiden skal være en del af den primære sundhedssektor. Diskussionen om hvem der skal udføre sygepleje i hjemmene og hvilken uddannelse der kræves, har eksisteret siden starten af 1900-tallet (se kap. 5.3). Det er interessant, at der for 100 år siden en lignende diskussion om hjemmesygeplejerskernes uddannelse. Indtil uddannelsen kom i faste lovmæssige rammer, herskede diskursen om det vigtigste var, at være accepteret blandt borgerne i hjemmene eller, at være en repræsentant for sundhedsvidenskabens fremskridt (Nielsen og Lomborg 2001 s. 130).

Ved gennemgang af tekster kan det ofte være interessant at se på det, der *ikke* omtales. I dette tilfælde har det undret, hvorfor omsorgen til borgeren i primær sektor ikke nævnes i forbindelse med primærsygeplejerskens ændrede arbejdsopgaver. Sygeplejersken har tilsyneladende mistet mange af de sygeplejefaglige opgaver, der relaterer sig til omsorg. Historisk set kan der argumenteres for, at primærsygeplejersken langsomt har bevæget sig væk fra de basale omsorgsopgaver, så som den personlige pleje og hen imod varetagelsen af de mere sygeplejefagligt krævende opgaver (Hansen og Weinreich s. 26). Omsorgen kræver tid og ro, og det er vigtigt, at omsorgen ikke bliver overset i diskussionen om arbejdsopgaver og faglige magtkampe. Hvis primærsygeplejersken i fremtiden skal have en konsulentrolle er det hovedsagelig social- og sundhedsassistenten, der kommer til at arbejde med omsorgsopgaverne. Sygeplejerskens funktion vil blive at sikre kvaliteten af omsorgen og eventuelt undervise i omsorgsteori, så der bliver mulighed for at diskutere eventuelle problematiske situationer. Hvis vi i nutiden skal lære noget af

fortidens organisering af landsygeplejen, er det måske netop at omsorgen ikke afhænger af uddannelsesniveau. Diakonisserne var de første, der blev sendt til de danske hjem, med tanken om næstekærlighed og for at følge kaldet om at hjælpe syge og ringere stillede borgere (Malmgart 2007). Spørgsmålet er, om assistenterne ikke lige så vel som sygeplejerskerne kan have de rette forudsætninger for at yde omsorg for borgerne i hjemmesygeplejen?

Der er tilsyneladende brug for en mere konstruktiv og positiv italesættelse af opgaveglidningen og sygeplejeopgaver blandt primærsygeplejerskerne, hvis de vil sikre deres fortsatte berettigelse i hjemmesygeplejen. Helen Frost har i sit kandidatspeciale taget udgangspunkt i en undren over, at der ansættes færre, eller fyres, primærsygeplejersker til trods for, at behovet for sygeplejersker synes at være stigende (Frost 2007). Frost mener, at sygeplejersken må argumentere for sine sygeplejefaglige kvalifikationer, for dermed at tydeliggøre sine faglige kompetencer over for politikerne. Hun mener, at primærsygeplejersken skal dokumentere den sygepleje hun yder for omverdenen, ved at definere termer som for eksempel "*kompleks sygepleje*" for dermed at synliggøre de kompetencer hun besidder (Ibid. s.9). Dermed kan der komme øget fokus på sygeplejerskens rolle i den primære sundhedssektor. Hvis politikerne skal overbevises om, at sygeplejersker ikke kan undværes i den primære sundhedssektor, er der brug for dokumentation for, at hjemmesygepleje stiller andre krav end hospitalsvæsnet til både social og faglig selvstændighed og alsidighed. Og i nutidens hjemmesygepleje, stiller politikere store krav til kvalitet, dokumentation og udnyttelse af ressourcer. (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2007).

Med oprettelsen af den nye uddannelse for hjemmesygeplejersker, kan der komme fokus på vigtigheden af, at hjemmesygeplejerskerne tilegnes viden inden for opgaveglidning og arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen. Der tyder på, at være brug for en definition af hjemmesygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens opgaver og et tættere samarbejde på tværs af faggrænserne. Også forskningsmæssigt tyder det på, at der med fordel kan sættes fokus på, hvilken forskel sygeplejerskerne gør for borgeren i den primære sundhedssektor.

Sygeplejersker, fagforeninger og politikere bør samarbejde om at definere sygeplejerskens rolle i fremtidens hjemmesygepleje. Deres perspektiver og deres positioner i sundhedsvæsnet er forskellige, men alle er de vigtige brikker i organiseringen af en velfungerende hjemmesygepleje.

Litteraturliste

Becker, J 2005, *Indføring i tekstanalyse*. Roskilde Universitetsforlag.

Bendsen 2005, "Sygeplejefaglig kvalitet i hjemmeplejen" *Sygeplejersken* nr. 17, årg. 2005, s. 27. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13064>

Bjørnsson 2004A, "Vi har ikke længere en hovedrolle" *Sygeplejersken* nr. 15, årg. 2004, s. 6. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=11241>

Bjørnsson 2004B, "Brug for tre slags hjemmesygeplejersker" *Sygeplejersken* nr. 18, årg. 2004, s.14. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=11293>

Bjørnsson 2004C, "Kommunerne skal bruge specialister" *Sygeplejersken* nr. 19, årg. 2004, s. 26. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=11341>

Bjørnsson 2004D, "Udbyg sundhedsvæsenet i kommunerne" *Sygeplejersken* nr. 19, årg 2004, s. 28. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=11342>

Bjørnsson 2006, "Send sygeplejersken ud til de svageste ældre" *Sygeplejersken* nr. 9, årg. 2006, s.12. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13836>

Clausen, I m.fl. 1999. *Landsygeplejens historie 1863-1910*, Dansk Sygeplejeråd.

COK 2009, *Efteruddannelse for hjemmesygeplejersker*. Lokaliseret 01.05.2009 på: <http://cok.dk/default.asp?id=16638061614152120052008>

DSI 2006. *Hjemmesygeplejen i Danmark*, Institut for Sundhedsvæsen 2006. Lokaliseret 02.02.2009 på: <http://www.dsi.dk/Publikationer/Publikationer/hjemmesygepleje/Hjemmesygeplejen.pdf>

DSR 1982, *Den primære sundhedstjeneste. Hjemmesygeplejerskeområdet*. Dansk Sygeplejeråd.

DSR 1986, *Den primære sundhedstjeneste. Aften- og døgnhjemmeplejen*. Dansk Sygeplejeråd.

DSR 1986, *Den primære sundhedstjeneste: aften- og døgnhjemmeplejen*, Dansk sygeplejeråd.

DSR 1989, *Hjemmesygeplejen i en omstillingstid*. Dansk Sygeplejeråd.

DSR 2006, *Målgruppeanalyser*. Lokaliseret 12.03.2009 på:

["http://www.dsr.dk/msite/text.asp?id=132&TextID=2351](http://www.dsr.dk/msite/text.asp?id=132&TextID=2351)

DSR 2006B, *Vision, værdigrundlag og målsætning*. Lokaliseret 01.06.2009 på:

<http://www.dsr.dk/dsr/upload/Vision,%20værdigrundlag%20og%20målsætningerf1.pdf>

DSR 2008, *Medlemsstatistik for januar 2008*. Lokaliseret 02.03.2009 på:

http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/600/medlemsstatistik_08_samlet.pdf

DSR 2009, *Danmark mangler sygeplejersker*. Lokaliseret 07.05.2009 på:

<http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=745>

DSR 2009, *Sygeplejerskeuddannelsens historie*. Lokaliseret 02.04.2009 på:

http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/Sygeplejerskeuddannelsens_historie.pdf

Sommer C, 2008, "Hård kritik af autorisation til social- og sundhedsassistenter". *Sygeplejersken*, nr. 7, årg. 2008, s. 13. Lokaliseret 02.02.2009 på:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=16735>

Den Danske Diakonissestiftelse 2009. Lokaliseret 02.03.2009 på: www.diakonissestiftelsen.dk

Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1982. *Årsberetning for Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet undervisningsåret 1981/82*.

Egerod I, "Titlernes tagselvbord", *Sygeplejersken*, nr. 46, årg. 1996 s. 38-40.

FOA 2006, *Brovst- Modellen*. Lokaliseret 03.04.2009 på: http://www.foa.dk/graphics/pjecer/Social-Sundhed/brovst_modellen.pdf.

Frost H, 2007, *Sygeplejerskers tale om deres sygepleje i den primære sundhedssektor*, Kandidatspeciale, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Geller M, 2006, "Fokusér på hjemmesygeplejen" *Sygeplejersken* nr. 13, årg. 2006, s.22. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13964>

Hørslev-Petersen 2005, ”Sygeplejersker skal bruges rigtigt” *Sygeplejersken* nr. 11, årg. 2005, s. 19. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=12801>

Hansen M, & Weinreich E, 2007, *Sygepleje i primær sundhedssektor*, Munksgaard Danmark, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, *Aftale om strukturreform*. Lokaliseret 01.04.2009 på: <http://www.im.dk/publikationer/struktureftale/index.html>

ICN 2008, *Nurses Leading Primary Health Care. Delivering Quality, Serving Communities*. Lokaliseret 02.03.2009 på: http://www.icn.ch/PR10_08.htm#1

Jacobsen & Poulsen 2006 ”Lærer vi for lidt?”. *Sygeplejersken* nr. 1, årg. 2006, s. 28. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13461&menu=195009>

Kjeldstadli K, 2001, *Fortiden er ikke hvad den har været*, Roskilde Universitetsforlag.

Kommunernes Landsforening 2008, *Præsentation af KL*. Lokaliseret 30.04.2009 på: <http://www.kl.dk/ncms.aspx?id=19103f41-1e16-4ac2-bc87-533f2b940e3e&menuid=1000068-8&menuobj=3ad9c5d2-0d3f-4135-b92d-62b368bd0e59>

Kjeldsen 2004, ”Ud med sygeplejerskerne” *Sygeplejersken* nr. 30, årg. 2004, s.10. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=12021>

Kjeldsen 2005, ”Sygeplejersker med varedeklaration” *Sygeplejersken* nr. 11 årg. 2005, s.16. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=12799>

Kjeldsen 2006, ”Ny kultur i hjemmeplejen” *Sygeplejersken* nr. 5, årg. 2006, s.30. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13678>

Kruckow C, 2004, ”Hjemmesygeplejen i en brydningstid” *Sygeplejersken* nr. 7, årg. 2004, s.2. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=11022>

Kruckow C, 2006, ”Et kompetenceløft på plejeområdet” *Sygeplejersken* nr. 9, årg. 2006, s.15. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13837>

Kruckow 2006, "Hjemmesygeplejen er afprofessionaliseret" *Sygeplejersken* nr. 9, årg. 2006, s.5. Lokaliseret 01.02.2006 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13853>

Kjøller M, 1979, *Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste, I Hjemmesygeplejersker*. Socialforskningsinstituttet, Teknisk Forlag, København.

Københavns Amt 2005, *Kompetenceudvikling og opgaveglidning*, Københavns Amt. Lokaliseret 01.05.2009 på: http://www.personaleweb.dk/syspub/upload/publication/attachment/kompetenceudvikling_opgave-glidning.pdf

Langvad 2006, "Kompetence til at yde meget kompleks sygepleje" *Sygeplejersken* nr.3, årg. 2006, s.43. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13574>

Leick 2003 "Erstatter sygeplejersker med social- og sundhedsassistenter" *Sygeplejersken* nr.46, årg. 2003 s. 6. Lokaliseret 01.02.2009 på:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=10726>

Malchau S, 2005, Et historiografisk blik på sygeplejens historie. *Ugeskrift for læger*, 12. december årg. 2005, s. 4731-4733.

Malmgart L, 2002, *Udviklingslinjer i nyere dansk diakoni. Social indsats og diakonal selvforståelse i to kirkelige organisationer i det 20. Århundrede*. Ph.d. afhandling, Det Teologiske Fakultet, Københavns Universitet.

Nielsen E, & Lomborg K, 2001, *På arbejde i hjemmet. En bog om hjemmepleje*. Munksgaard Danmark, København.

Pedersen 2003, "Kommuner dropper hjemmesygepleje om natten" *Sygeplejersken* nr. 34, årg. 2003, s.6. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=9226>

Rasmussen 2009 "Fornem sygeplejefaglig opgave" *Sygeplejersken* nr. 1, årg. 2009 s. 32. Lokaliseret 01.02.2009 på <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=17842>

Ryder V, 1910, Sygeplejesagen. Meddelelser fra Dansk Medicinsk Selskab. *Ugeskrift for læger*, 1910 nr.5 s. 132-136.

Samvirkende Menighedsplejer, 2009, *Velkommen til Samvirkende Menighedsplejer*. Lokaliseret 01.03.2009 på: <http://www.menighedsplejer.dk/index.php?id=8>

Schiellerup 2003, "Rystende arbejdsforhold" *Sygeplejersken* nr.1, årg. 2003, s. 16. Lokaliseret 01.02.09 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=10797>

Sundhed.dk 2009, *Den kliniske sygeplejespecialist*, Lokaliseret 11.05.2009 på: <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=25209.366>

Sygeplejersken 2004, Lokaliseret 01.03.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=10894&menu=195009>

Sygeplejersken 2009, Lokaliseret 12.03.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=18014&strSetLoginEvent=19200>

Sygeplejersken 2002, Lokaliseret 12.03.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=8475>

Søndergaard 2008 "Drop hjemmesygeplejens specialister" *Sygeplejersken* nr. 23, årg. 2008, s.28. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=17649>

Tholle K, 2006 "Faglig identitet i opløsning" *Sygeplejersken* nr. 3, årg. 2006, s.43. Lokaliseret 01.02.2009 på: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=13575>

Voltelen J, 1934, *Hjemmesygeplejen – Historisk og biografisk haandbog*. Axel Kappels Forlag, København.

Wingender N.B. 1999, *Firkløveret og ildsjælene. Dansk Sygeplejeråds historie 1899 – 1999*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Århus Kommune 2007, *Brovst-model holder ikke*, Lokaliseret 22.02.2009 på: http://www.aarhus.dk/vis_artikel.asp?ArticleId=29944

Århus social- og sundhedsskole 2007, *Uddannelsesordning social- og sundhedsassistent*. Lokaliseret 01.04.2009 på: http://www.sosuaarhus.dk/multimedia/SSAuddordn_jan07__rhus.pdf

Århus Social- og Sundhedsskole 2009, *Social og Sundhedsassistentuddannelsen*. Lokaliseret 17.02.2009 på: <http://www.sosuaarhus.dk/index.dsp?area=17>

Århus social- og sundhedsskole 2009, *Optagelse på social- og sundhedsassistent uddannelsen*. Lokaliseret 01.04.2009 på: <http://www.sosuaarhus.dk/index.dsp?page=84>

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, *Regeringens resultater Sundhedsområdet*. Lokaliseret 02.02.2009 på:

http://www.sum.dk/IMEVEREST/Publications/imdk%20x2D%20dansk/SSTAT/20081006133554/CurrentVersion/Regeringens_resultater_sundhed_2008.pdf