

**Minna Friemann
Marit Strandquist**

**Projekt IKOS
Faglig begrundet bemanning af
sygeplejen**

Projektrapport 1/2015

University College Lillebælt

Minna Friemann og Marit Strandquist

Projekt IKOS Faglig begrundet bemanning af sygeplejen

Projektrapport nr 1/2015.

University College Lillebælt 2015.

ISBN: 978-87-93067-04-2

University College Lillebælt

UCL Campus Vejle

Vestre Engvej 51 C

7100 Vejle

ucl@ucl.dk

Alle rettigheder forbeholdes.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Resume	4
1.0 Indledning og formål	6
1.1. Baggrund	6
1.2. Resume af litteraturgennemgang	7
2.0 Præsentation af IKOS	10
2.1 Projektets brug af IKOS	12
3.0 Hjemmesygeplejen i Langeland Kommune	13
4.0 Metode	14
4.1 Del 1: Definition af centrale IKOS begreber og standarder	14
4.2 Del 2: Udvikling og afprøvning af dataindsamlingsmatrix	16
4.3 Del 3: Valg af evalueringsmetode	18
5.0 Ethiske overvejelser	18
6.0 Resultatopgørelse Del 1	19
6.1 Oversættelse af centrale begreber i IKOS til dansk	19
6.2 Faggruppernes kompetenceniveauer	22
6.2.1 Kompetence til sygeplejersvarlig funktion	23
6.2.2 Kompetencebehov i de direkte sygeplejeindsatser	25
6.2.3 Kompetenceniveau social og sundhedshjælper	26
6.2.4 Kompetenceniveau social- og sundhedsassistent	27
6.2.5 Kompetenceniveau professionsbachelor i sygepleje/sygeplejerske	28
6.3 Patienternes sundheds- og livssituation og tilhørende kompetencebehov	29
7.0 Resultatopgørelse af Del 2	31
7.1 Måling af kvalitet	31
7.1.1 Definition af kvalitetsindikatorer	35
7.1.2 Resultatopgørelse af kvalitetsmåling	36
7.2 Resultater af beregning af kompetencebehov	37
7.2.1 Definition af opgaver personalet bruger tid på	37
7.2.2 Resultatopgørelse af brug af tid til alle opgaver	40
7.2.3 Resultatopgørelse af patienternes sundheds- og livssituation	40
7.2.4 Resultatopgørelse bemandingsplan	42
7.2.5 Projektleders forslag til alternativ brug af tid og kompetencer	43
8.0 Resultatopgørelse af Del 3	45
8.1 Projektleders refleksion	45
9.0 Diskussion	46
9.1 Resultaternes gyldighed og overførbarhed	51
10.0 Konklusion	53
11.0 Perspektivering	54
12.0 Bilag	55
Bilag 1 Søgestrategi	55
Bilag 2 Patientcases	55
Bilag 3 IKOS Funktionsbeskrivelse for sygeplejersvarlig	60
Bilag 4 IKOS Funktionsbeskrivelse for primærkontakt	62
Bilag 5 Dataindsamlingsmatrix 1	63
13.0 Litteraturliste	64

Forord

Foreliggende rapport dokumenterer Partnerskabsprojektet: *Projekt IKOS – Faglig begrundet bemanning af sygeplejen*, som blev gennemført i hjemmesygeplejen i Langeland Kommune i perioden august 2013-august 2014.

Projektet ejes af UCL og Konsens AS, Norge. Projektejere i UCL er Uddannelseschef Lena Busch Nielsen, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense og Forskningsleder Poul Bruun, Sundhedsuddannelsernes Forskningsenhed, UC-Lillebælt. Projektejer for Konsens AS er daglig leder/seniorrådgiver Marit Strandquist.

Daglig leder i Konsens AS, Marit Strandquist, har bidraget med at stille værktøjet IKOS til rådighed, faglig vejledning i ft. brugen af IKOS, metodevejledning, kontinuerlig sparring i ft. projektledelse og er medforfatter af denne rapport. Seniorrådgiver Ingunn Finsveen, fra Konsens AS, har ligeledes bidraget med faglig sparring og rådgivning i ft. projektleders indtastning i IKOS, estimering og vurdering af bemandingsplaner.

Projektet blev styret af en **styregruppe**, som havde til opgave at styre projektet i forlængelse af mål, leverancer og succeskriterier samt tage beslutninger om f.eks. nye mål, evaluerings- og interventionsmetoder samt økonomi. Den bestod af alle projektejere, sundhedskoordinator i Langeland Kommune Inger Stenstrøm og sygeplejeleder af hjemmesygeplejen i Langeland Kommune Hanne Barfod Albertsen og projektleder, Minna Friemann fra UCL, som var ansvarlig for projektets fremdrift. Projektets løsninger blev udviklet af projektleder og en projektgruppe nedsat af styregruppen. **Projektgruppen** blev ledt af projektleder og bestod desuden af Hanne B. Albertsen og Inger Stenstrøm fra Langeland Kommune. Projektgruppen havde til opgave at beskrive, afprøve, udvikle og kvalificere konkrete IKOS metoder og redskaber.

Der blev nedsat en **referencegruppe** bestående af de vigtigste aktører på området. De fik til opgave, indenfor rammerne af projektbeskrivelsen og med projektets formål for øje, at fungerer som et dialogforum for projektgruppen og bidrage til projektets formål i samarbejde med projektgruppen. Deltagere i referencegruppen:

Organisation	Navn
Dansk Sygeplejeråd (DSR)	v/ Konsulent i Professionsafdelingen Lene Herlev Vindeløv
Fag og Arbejde (FOA)	v/ Uddannelseskonsulent Lotte Meilstrup
Faglig sammenslutning, Lederforeningen	v/ Næstformand Jeanette Krogh Palmer
Faglig sammenslutning af hjemmesygeplejersker	v/ Formand for FSHS og Udviklingssygeplejerske i Kalundborg Kommune Inge Jenkes

Resume

Studier har vist, at mangelfuld bemanning kan føre til, at patienternes behov for sygepleje ikke imødekommes og risikoen for indlæggelser og utilsigtede hændelser stiger. Der savnes afprøvede ledelses- og styringsredskaber til at sikre en faglig begrundet bemanning og arbejdsdeling tværfagligt i hjemmesygeplejen i Danmark. Derfor indgik UC-Lillebælt ved Sygeplejerskeuddannelsen i Odense og Sundhedsuddannelsernes Forskningsenhed, Konsens AS (Norge) v. Marit Strandquist og

Hjemmesygeplejen i Langeland Kommune en partnerskabsaftale omkring et tværprofessionelt udviklingsprojekt. Projektet havde til formål at afprøve om det norske styringsystem IKOS kunne anvendes i en dansk kontekst med henblik på faglig begrundet bemanning og arbejdsdeling. Til dette blev Langelands tværfaglige hjemmesygeplejeenhed brugt som empiri.

Formålet med projektet var således at vurdere IKOS som metode til faglig begrundet bemanning med henblik på kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation i sygeplejen. Projektets afprøvning af IKOS som metode har resulteret i en evaluering af Langelands hjemmesygepleje, som er kendt af de deltagende parter. Afrapporteringen vil udelukkende fokusere på IKOS som metode til og hvad resultaterne af IKOS ressourceanalyse kan anvendes til i et ledelses- og styringsperspektiv.

For at tilpasse de norske IKOS kvalitetsindikatorer til dansk kommunal kontekst blev den danske lovgivning og udvalgte lokale kommunale retningslinjer på området analyseret. Det blev herved afklaret, hvilke kvalitetskrav der, i projektet, kunne stilles til sygeplejeindsatser, efter § 5 og § 138 i Sundhedsloven, til den enkelte patient. Kvalitet er når de obligatoriske indsatser i patientforløbet udføres. På denne baggrund blev de danske IKOS kvalitetsindikatorer udarbejdet og det blev afklaret, hvilke lettilgængelige data, der skulle monitoreres i dataindsamlingsugen. De let tilgængelige data for de udvalgte kvalitetsindikatorer blev indsamlet af udvalgte informanter med inspiration i auditmetoden, indtastet i IKOS af projektleder og blev opgjort af IKOS på baggrund af kvantitative metoder.

Analyse af teori om kompetence og analyse af de aktuelle sundhedsuddannelser på området blev gjort for at tilpasse det norske IKOS koncept til dansk kommunal kontekst. Dette fordi projektet arbejdede med IKOS' logik om, at der findes fem forskellige sundheds- og livssituationer som patienten kan være i. Hver situation generer et specifikt formelt kompetencebehov som den, der varetager de direkte sygeplejeindsatser, skal besidde for at håndtere situationen fagligt forsvarligt. Projektet opgjorde derfor, ved hjælp af IKOS, patienternes forekomst i de fem sundheds- og livssituationer. Patienternes aktuelle forekomst i de fem sundheds- og livssituationer og leders opgørelse af tid og kompetencebrug til alle opgaver i enheden blev lagt til grund for leders bemanningsplan. Bemanningsplanen var estimeret ud fra den måde leder skønnede, at man aktuelt fordelte og udførte alle opgaver på. Projektleder lavede på baggrund af kvalitetsopgørelsen og IKOS norske standard for sygeplejeansvarlig og primærkontakt en alternativ bemanningsplan og arbejdsdeling, hvis Langeland skulle bemane og arbejdsdele ud fra IKOS logikken. Begge bemanningsplaner blev lavet indenfor samme aktuelle økonomiske ramme.

Projektet evaluerede IKOS ressourceanalyse og metode til faglig begrundet bemanning ud fra resultaterne og projektleders refleksioner over resultaterne og brug af IKOS som koncept. IKOS ressourceanalyse giver ledelsen metoder og resultater til at reflektere over brug af tid og kompetencer i afdelingen. Projektleder formoder, at man ved brug af IKOS som koncept vil få en kontinuerlig kvalitetsmåling og et kontinuerligt indblik i patienternes sundheds- og livssituation, og dermed patienternes kompetencebehov. Validiteten af kvalitetsdata, data om patientgrundlag, data om tid til alle opgaver i afdelingen og dermed de estimerede bemanningsplaner formodes at kunne øges ved brug af IKOS som koncept pga. den gentagne månedlige indberetning af data. Det formodes igen at give ledelsen et bedre fagligt argumenteret grundlag at bemane og arbejdsdele ud fra. Herved bedres muligheden formodentlig i at styre og lede i retning mod mere kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation. Men der efterlyses en konkret pilotafprøvning af den norske IKOS standard for arbejds- og ansvarsfordeling ved sygeplejeansvarlig (SA) og primærkontakt (PK).

1.0 Indledning og formål

Bemanding af sygeplejen og personalesammensætningen i primærsektor er i disse år til debat. Mangelfuld bemanding, hvor der ikke er sikret de nødvendige sygeplejefaglige kompetencer, har vist at kunne føre til, at patienternes behov for sygepleje ikke imødekommes og risikoen for indlæggelser og utilsigtede hændelser stiger (Lerner 2013).

Forkert bemanding med dårlig kvalitet i plejen og øget risiko for utilsigtede hændelser til følge kan være frustrerende for plejepersonalet, hvilket bl.a. kan resultere i dårligt arbejdsmiljø og personaleflugt (Castle, Anderson 2011).

UCL ved Sygeplejerskeuddannelsen i Odense samt Sundhedsuddannelsernes Forskningsenhed tog derfor i 2013 initiativ til at indgå i et Partnerskabsprojekt med Hjemmesygeplejen, Langeland Kommune og Konsens AS, Norge. Projektet blev gennemført i august 2013 - oktober 2014 i Langeland Kommunes tværfaglige hjemmesygeplejeenhed, som stillede data til rådighed fra januar til juni 2014.

Partnerskabsprojektets formål:

At afprøve om det norske styringssystem IKOS kan bruges som metode til at lave en faglig begrundet estimering af patienternes og den tværfaglige sygeplejeenheds behov for kompetence i en dansk kontekst med henblik på at sikre kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation i sygeplejen.

For at opnå dette blev følgende to overordnede forskningsspørgsmål undersøgt:

1. **Hvordan tilpasse IKOS til dansk lovgivning og de danske sundhedsuddannelser, som gør sig gældende i den tværfaglige sygeplejeenhed?**
2. **Hvordan kan kvalitet på patientindividuelementer måles og faglig minimumskompetence i bemandingsplanen estimeres?**
3. **Hvilken betydning kan den tilpassede IKOS ressourceanalyse og IKOS som koncept få for sygeplejeenheders bemanding, arbejdsdeling, kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation?**

De to første forskningsspørgsmål blev undersøgt i projektet kvantitativ metode. Dette uddybes i metodeafsnittet. Det tredje spørgsmål besvares ved projektleders refleksion og diskussion over resultaterne. Fremstilling af resultaterne er i rapporten opdelt i tre områder jf. forskningsspørgsmålene. Afslutningsvis diskuteres, konkluderes samt perspektiveres undersøgelsen i sin helhed.

1.1. Baggrund

Kommunerne herunder hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er de sidste år udfordret på grund af en stigende mængde sygeplejeopgaver og kompleksiteten af sygeplejeopgaverne. Det skyldes flere forhold: udviklingen i det regionale sundhedsvæsen, den demografiske udvikling samt antallet af kronisk syge patienter og krav om en mere økonomisk forpligtende rolle i det samlede sundhedsvæsen (KL 2012a).

Men trods de flere, nye og mere komplekse og kompetencekrævende opgaver ansatte kommunerne ikke flere sygeplejersker i perioden 2000 – 2010. Nye tal fra KL viser dog, at der i 2011 var ansat det samme antal sygeplejersker i basisstillinger som i år 2000, og at tallet er stigende (KL 2012a).

I 42 % af kommunerne er der ansat sygeplejersker i alle kommunens plejecentre. Der er ansat sygeplejersker i flere plejecentre i 35 % af kommunerne, men ikke i alle plejecentre. I 24 % af

kommunerne er der ikke ansat sygeplejersker i kommunens plejecentre. Fastansatte sygeplejersker har i højere grad mulighed for at forebygge indlæggelser og lave tidlig opsporing af sygdom/problemer. Ligeledes kommer sygeplejerskerne kun hvis de bliver tilkaldt, hvilket overlader et vurderingsansvar til faggrupper som ikke formelt har kompetence til dette (Dansk Sygeplejeråd 2012).

Det anbefales i Ældrekommissionens rapport, at kommunerne bakker op om plejehjemsledelsen og stiller de instrumenter og redskaber til rådighed, som er nødvendige for at sikre en værdig pleje af beboerne og tilfredsstillende arbejdsforhold for medarbejderne (Kommission om Livskvalitet og Selvbestemmelse i Plejebolig og Plejehjem 2012, s. 89).

I 2007 lavede Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) en undersøgelse på plejecentre og hjemmeplejen som pegede på, at dårlig planlægning og et højt sygefravær påvirker kvaliteten af plejen. Ved at have fokus på sygefraværet og en bedre planlægning kan ledelsen både sikre en bedre kvalitet i plejen til gavn for beboerne samt en større trivsel blandt medarbejderne (Rostgaard, Thorgaard 2007).

Da kommunernes sundhedsopgaver vil variere alt afhængig af patientgrundlaget, vil et overblik over den aktuelle kommunes patientgrundlag måske kunne give et overblik over patienternes behov for kompetencer, og dermed, hvilke kompetencer bemanningen i sygeplejen skal omfatte.

Men hvordan vurderer den enkelte kommune, hvor mange sygeplejersker, assistenter og hjælpere de med deres unikke patientgrundlag har brug for i sygeplejen? Der mangler metoder til at vurdere kompetencebehovet og dermed personalesammensætningen og arbejdsfordelingen tværfagligt. Derfor undersøges, ud fra hvilke metoder og med hvilke redskaber, man bemander sygeplejen i andre lande. Findes der i udlandet metoder, der på baggrund af patientgrundlaget og dermed patienternes individuelle behov beregner behovet for kompetencer? I så fald, hvilke erfaringer og resultater findes der med disse metoder i udlandet? Det vil der blive redegjort for i næste afsnit.

1.2. Resume af litteraturgennemgang

For at belyse ovenstående spørgsmål er der den 08/08/13 lavet en litteratursøgning i både skandinaviske og internationale i søgemaskiner¹.

Litteraturen tegner et billede af, at ovenstående problemstilling også gør sig gældende i andre lande. I 2005 erklærede Healthcare Commission i United Kingdom (UK), at sygeplejerskebemanningen i UK er irrationel, historisk og usystematisk. Kun meget få steder anvendes forsknings- og bemandingsmetoder (Healthcare 2005). Hurst beskriver, at beslutninger om et teams størrelse, sammensætning og udgifterne hertil ligger på ledelsens skuldre. Det er et stort ansvar, der påhviler ledelsen, idet der er påvist, at en forkert og mangelfuld personalesammensætning kan sætte patienternes sikkerhed på spil, koste unødige indlæggelser og dermed øgede omkostninger til pleje og behandling (Hurst 2006). Collier beskriver, at beboere på plejehjem med høj sygeplejerskebemanning havde større sandsynlighed for at rehabilitere og stabilisere sig og havde mindre risiko for at blive indlagt end de plejehjem, hvor personalet var mindre sygeplejefagligt bemanded (Collier, Harrington 2008). Man har i et amerikansk studie forsøgt at finde den bedste model til at vurdere behovet for bemanning og fastholdelse af personalet, målt ud fra

¹ Se beskrivelse af søgestrategi i Bilag 1.

patientresultater og personaleresultater ift. ældre patienter i subakutte og plejehjemspladser. Resultaterne af denne undersøgelse var inkonklusiv og kaldte på yderligere undersøgelser på dette område. Andre undersøgelser beskriver en model, der kobler patientens behov for sygepleje med behov for kompetencer (Brewer 2006, Edwards 1999). Denne model kaldes Synergimodellen².

Foruden litteratursøgningen er KL, DSR og FOA adspurgt om deres kendskab til kommuner eller hospitalsafdelinger, der i sygeplejen anvender metoder til at afdække kompetencebehovet og sikre faglig forsvarlig arbejdsdeling og bemander ud fra analyser af patientgrundlaget.

DSR og FOA har oplyst, at man i Danmark – på hospitalsafdelinger - har god erfaring med den amerikanske sygeplejemodel, Synergimodellen. Bl.a. Region Hovedstaden har med udgangspunkt i Synergimodellen, kortlagt patienternes individuelle behov for kompetencer og herigennem udviklet en metode til en faglig begrundet arbejdsdeling. Synergimodellen tager udgangspunkt i patienternes fysiske, psykiske og sociale individuelle behov, og man har i projektet i Region Hovedstaden kædet disse behov sammen med behov for kompetencer. Sygeplejeopgaverne har derefter kunne fordeles mellem eksempelvis sygeplejersker og SOSU-assistenten, så opgaverne varetages af medarbejdere med de relevante kvalifikationer og kompetencer (Storm, Helen Panduro : Kirkegaard, Mona Ellen Bang 2012). Der er dog rejst kritik af modellen, fordi der ikke hører en given kompetence til et givent patientkarakteristikum. Den analyse skal den, der vurderer, selv foretage hver gang. Herved er der risiko for at modellen ift. bemanning bliver for subjektiv (Ramhøj et al. 2000).

I kommunerne har der ikke været projekter af ovenstående karakter. Bemanning og arbejdsdeling samt anvendelse af kompetencer synes primært at være foregået som i UK altså usystematisk, bestemt af historie, traditioner og økonomi. DSR oplyser, at mange kommuner har lavet sygeplejerske-, og SOSU-assistent og SOSU-hjælperprofiler eller sygeplejeprofiler for at beskrive hvilke faggrupper, der varetager bestemte sygeplejeopgaver. Men der ligger ingen opgjorte analyser af, hvordan patientkategorierne fordeler sig i de forskellige kommuner og hvordan dette så bruges af ledelsen ift. bemanning og personalesammensætning.

KL's Partnerskabsprojekt 1³ kortlagde, hvilke indsatser man leverer i hjemmesygeplejen i de 45 deltagende kommuner. Men sammenhængen mellem indsatskataloget, patientkategorier og behov for kompetencer er ikke opgjort. Der mangler således at blive udviklet og afprøvet faglige metoder til vurdering af det samlede kompetencebehov, yde beslutningsstøtte vedrørende personalesammensætningen og arbejdsdelingen i de kommunale sygeplejeenheder i DK.

DSR afholdte i 2011 en konference vedr. Fremtidens Sygepleje. Her fortalte daglig leder af Konsens AS, Marit Strandquist om det norske IKOS. IKOS står for Individbaseret KOMPetenceSTyring (se præsentation af IKOS i afsnit 2.0). IKOS er et værktøj som bygger på et koncept – en model - som er udviklet i Norge i perioden 2002-2010, og som fortsat videreudvikles. Marit Strandquist har været projektleder på alle de projekter, der har ledt til udviklingen af IKOS. Projekterne er lavet i et samarbejde mellem Norsk Sykepleieforbund og Højskolen i Vestfold og forskellige norske kommuner (Stokke, Nøtterøy, Horten og Oslo). Projekternes resultater viste, at hverken

² Læs mere om Synergimodellen på <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?pid=1&&menu>

³ Læs mere om KL's Partnerskabsprojekt 1 og 2 på <http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Hjemmesygepleje/Partnerskabsprojektet-Hjemmesygepleje/>

funktionsniveau, plejetyngde, patientens diagnoser eller sundhedsproblemer kan beskrive og begrunde, hvilken kompetencer medarbejderen skal have for at yde gode direkte ydelser. Det kan kun patientens totale situation, som blev benævnt sundheds- og livssituation. Sundheds- og livssituation er defineret som den totale situation (fysisk, psykisk og/eller socialt) som en person med et sundhedsproblem er i (Strandquist, Adal 2011 s. 90-91). Med udgangspunkt i sygeplejeteoretikeren Marit Kirkevolds redegørelser om forskellige typer praksissituationer som sygeplejersker møder, og som byder på forskellige faglige udfordringer og kompetencebehov (Kirkevold 1996, s. 51-52), udviklede og beskrev Strandquist og Adal fem sundheds- og livssituationstyper, som patienter i kommunerne kan være i. Der er blevet redegjort for, hvordan kategorisering af patientens sundheds- og livssituation kan danne grundlag for en kompetencebaseret bemandingsplan. Målet med IKOS er kvalitet i plejen, arbejdsmotivation og effektivitet gennem faglig begrundet brug af tid og kompetencer (Strandquist, Adal 2011). IKOS kan anvendes alle de steder i kommunen, hvor der ydes kompetencekrævende plejeindsatser. IKOS logikken formodes anvendelig for ledelser i en dansk kommunal kontekst, fordi den er udviklet i en norsk kommunal kontekst og ikke som Synergimodellen i en amerikansk intensiv afdeling. Ligeledes har IKOS kædet patienternes sundheds- og livssituationstype sammen med behov for formelle kompetencer, dog vil disse skulle tilpasses de danske sundhedsuddannelsers kompetenceniveauer. Den norske kommunale kontekst vurderes som tættere på den virkelighed, som den skal anvendes i, i dette projekt, da de norske hjemmesygepleje patienter ligner de danske mere end de amerikanske intensiv patienter gør. Ligeledes anvender mange kommuner mere eller mindre bevidst IKOS's sundheds- og livssituationskategorierne i deres sygeplejeprofiler, hvilket angiver, at også kommunerne finder sundheds- og livssituationskategorierne genkendelige ift. deres patientgrundlag.

Projektet indtager en position, hvor målet er at styrke beslutningstagerne omkring ledelsen af sygeplejen. Projektet formodes at kunne give ledelsen en metode til at samle de nødvendige faglige belæg for en fremadrettet beslutningstagen om personalesammensætningen og arbejdsdelingen.

Projektet indtager også medarbejdernes position, fordi anvendelsen af IKOS i Norge har øget plejepersonalets arbejdsmotivation ved bl.a. at give plejepersonalet et konkret redskab, der implementerer deres fagprofiler i dagligdagen således, at patienterne og sygeplejeopgaverne fordeles ud fra en faglig begrundelse med en klar og tydelig rolle- og ansvarsfordeling tværfagligt.

Projektet indtager også indirekte patienternes position, fordi målet med projektet er at sikre en kompetent bemanding og faglig arbejdsdeling med øget kvalitet herunder patientsikkerhed, til følge. Det bliver dog ikke muligt at måle ledelsens, medarbejdernes og patienternes vurdering af kvalitet i dette projekt, idet vi udvikler og afprøver IKOS i en dansk kontekst, men ikke implementerer det. Men ved evt. senere implementering er ledelsens, medarbejdernes og patienternes tilfredshed og vurdering af kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation en del af det, man kan måle på. Dette er værd at have sig for øje ved evt. fremtidigt projekt i forlængelse af dette projekt.

Dette projekt ønsker derfor at tage første skridt i retning mod at udvikle og afprøve IKOS således, at personalebemandingen og arbejdsdelingen tværfagligt fremadrettet kan ske på et mere fagligt argumenteret grundlag. Når en faglig begrundet grundbemanding er fastsat med IKOS, skal ledelsen have et redskab til at afgøre, hvordan de ansattes kompetencer udnyttes bedst muligt. Dette ud fra en betragtning om, at en faglig begrundet sammensætning af faggrupper i grundbemandingen er ikke nok til at sikre faglig forsvarlig sygepleje. IKOS logikken antager, at kompetencerne skal

anvendes således, at den fagligt begrundede arbejdsdeling understøtter, at medarbejdernes kompetencer anvendes på en udviklende og effektiv måde. Hvorvidt det er, hvad IKOS kan gøre i dansk kontekst når det er implementeret, det ligger udenfor dette projekts tidsmæssige og økonomiske rammer.

2.0 Præsentation af IKOS

Nedstående følger en kort generel beskrivelse af IKOS-konceptet, som er hentet fra IKOS's hjemmeside (www.IKOS.no) den 15.01.2015 og frit oversat fra norsk til dansk. Oversættelse af hovedbegreberne fra norsk til dansk er uddybet i afsnit 6.1.

IKOS er et helhedsbaseret koncept og et norsk værktøj for processtyring, kvalitetsmåling og ressourcekontrol på www.IKOS.no. Det udøvende sundhedspersonale kvitterer for obligatoriske indsatser til deres tildelte patienter, og registrerer deres egne patienters sundheds- og livssituation. Lederne kortlægger, hvilke opgaver som skal udføres af personalet. IKOS leverer dagsaktuelle grafer og rapporter, som giver personale og ledere en unik oversigt over kvalitet i indsatserne, ressourceforbrug og formelt kompetencebehov.

IKOS leveres af Konsens AS (www.konsens.no) og kan anvendes på plejehjem og i hjemmesygepleje samt der, hvor der ydes psykiatrisk sygepleje og indsatser til funktionshæmmede. Det gennemtænkte og tværfaglige begrundet koncept IKOS er beskrevet i bogen *Veien til bedre helseledelse. IKOS – individbasert kompetansestyring* (Strandquist og Adal, Oslo, Norge. Kommuneforlaget 2011).

Sundhedspolitiske vejledninger, love, fagkundskab og evalueringer ligger bag. IKOS er udviklet ved at vurdere den norske helse- og omsorgstjeneste ud fra fire fortolkningsrammer: den strukturelle, human-resource, den politiske og den symbolske/kulturelle. Man kan også forklare IKOS ud fra forståelsen om kliniske mikrosystemer (Strandquist, Adal 2011, s. 59). Afdelinger, enheder og kommuner kan abonnere på IKOS for at få udarbejdet en ressourceanalyse eller indføre hele IKOS-konceptet. Begge dele leveres sammen med en kursus- og opfølgingspakke. Konsens videreudvikler IKOS ved deltagelse i læringsnetværk, udviklings- og forskningsprojekter.

Figuren illustrerer IKOS

Dagsaktuelle grafer og rapporter på alle lederniveauer viser ressourcer, resultater og hvor det svigter. Det skaber grundlag for god styring.

IKOS viser, hvad der er de rette kompetencer i grundbemandingen på baggrund af patienternes behov.

Sygeplejeansvarlige og primærkontakter sikrer lovpligtige og faglige gode indsatser til den enkelte.



Figur 1. IKOS

IKOS proces- og kvalitetsstyring

Proces- og kvalitetsstyring sker ved, at sygeplejeansvarlige (SA) og primærkontakter (PK) får ansvar for hver deres patienter. Alle patienter skal have en sygeplejeansvarlig (SA), der har faglig beslutningsmyndighed og fremdriftsansvar for indsatserne. Patienterne kan i tillæg tildeles en

primærkontakt, som samarbejder med SA om gode indsatser. Leder kan selv vælge, hvem der skal være ansvarlig for, hvilke patienter, eller delegere fordelingsopgaven til personalet. Fordelingen sker bl.a. ud fra geografi, patienternes sundheds- og livssituationer, hvor meget tid patienternes direkte indsatser er visiteret til, og ansattes specialkompetencer og interesser. IKOS sætter ud fra evalueringer en standard for, hvor mange patienter hver SA kan have ansvar for. I dag er den norske standard maksimalt 25 patienter per sygeplejerske i 100 % stilling, og 20 patienter i 75-99 % stilling. Dette er en øvre grænse, som kræver, at hver SA har ansvar for nogle ustabile, og flere afklaret stabile patienter. Sygeplejersker under 75 % kan ikke have SA-ansvar, men yder gode faglige indsatser til patienter i uafklarede og ustabile situationer.

SA skal selv hver måned udføre indsatserne og sikre kvalitet i patientforløbet til egne patienter. Det er at sørge for medinddragelse, faglige gode indsatser og sammenhæng mellem indsatser fra eksempelvis læge, sygehus og andre. Patientens sundheds- og livssituation registreres af SA (se kapittel 6.3) samtidig med, at denne kvitterer hver måned i IKOS for udførte obligatoriske indsatser i forløbet. SA, det øvrige personale og leder kan i IKOS til enhver tid se, hvor ajour man er med opfølgningen af den enkelte patient, og se grafer og rapporter som viser de samlede resultater for afdelingen.

IKOS ressourcestyring

Ressourcestyring omfatter styring af, hvad man bruger tiden på og brug af personalets kompetence i afdelingen. Leder registrerer, hvilke opgaver ansatte udfører, og hvor meget tid der går med hver opgave. Alle opgaver medregnes, såsom personalemøder, kurser, køretid, renhold af biler, direkte sygeplejeindsatser til patienterne og planlægning samt dokumentation af indsatserne.

IKOS sammenholder tiden til direkte indsatser med patienternes sundheds- og livssituation, og regner herfra ud, hvilken kompetence/uddannelse, der kræves i de direkte sygeplejeindsatser. Leder registrerer, hvilke administrative opgaver som kræver en sygeplejerskes formelle kompetencer. De resterende opgaver har alt personale kompetence til at udføre. På denne måde udregner IKOS, hvor mange personaler, der skal være sygeplejersker, og hvor mange, der skal være SOSU-hjælpere eller SOSU-assistenten, for at kunne udføre alle planlagte opgaver. Dette resultat holdes sammen med IKOS's standardkrav til, hvor mange patienter hver SA maksimalt kan have ansvar for. I hjemmesygeplejen er øvre grænse 25 patienter – andre afdelinger har andre IKOS standarder. Afdelingen skal have tilstrækkeligt antal sygeplejersker til at være SA. Ud fra disse beregninger kan afdelingen se om de har de rigtige kompetencer i bemanningen til at kunne yde indsatser med god kvalitet, eller om personalesammensætningen bør ændres.

Grafer og rapporter viser også, hvor meget tid man har valgt at bruge på hver opgave. Resultatet fra ressourceanalysen kan sammenholdes med resultaterne for kvalitet. Det kan også sammenholdes med andre målinger for afdelingen, som forekomst af utilsigtede hændelser og medarbejderundersøgelser om ansattes trivsel. Tilsammen giver dette grundlag for evaluering af om man bruger tiden bedst muligt, eller om personalet skal gøre mere eller mindre af nogle opgaver.

IKOS søger et konstruktivt møde mellem plejekulturen og den økonomiske kultur. Det giver rum for omsorg og de gode øjeblikke indenfor den økonomiske ramme. Fælles grundforståelse, begreber,

standarder, ressource- og kvalitetsmåling giver mulighed for sammenligning. Dermed kan man lære af hinanden og forbedre praksis.

Gevinst for patienter

Med IKOS får patienter og deres pårørende en konkret ansvarlig at forholde sig til. Handlingsplan, nationale krav og anden skriftlig dokumentation kommer på plads og danner grundlag for faglige gode indsatser. Personligt udstyr og tekniske hjælpemidler holdes i orden for patienter som har behov for det. Patienternes sundheds- og livssituation bliver registreret hver måned sådan, at en behovsbaseret bemandingsplan for afdelingen kan udarbejdes. Sygeplejeansvarlige sørger for sammenhængende indsatser, det vil sige, at arbejdet i afdelingen er koordineret med indsatser som ydes fra praktiserende læge, sygehus, fysioterapeut, tandlæge, eksterne ydelser, dagcenter, frivillige og andre.

Gevinst for ansatte

IKOS gør det muligt for personalet at se resultater af eget faglige arbejde. Sygeplejeansvarlige og primærkontakter tildeles ansvar for et håndterbart antal patienter. Det defineres og konkretiseres, hvad der skal ivaretages og hvem der gør det, for at sikre medinddragelse, lovpligtige, faglig gode og sammenhængende indsatser i patientforløbet for den enkelte patient. Dagsaktuelle grafer og rapporter på afdelingen viser i, hvilken grad man er ajour med arbejdet. Det gør det enklere at prioritere arbejdsopgaver, og er et lederværktøj for opfølgning af medarbejdere. Arbejdsfordelingen mellem ansatte er med henblik på, at alle skal bruge deres kompetence. Ansvar og opgaver bliver dermed forståelige, håndterbare og meningsfulde.

2.1 Projektets brug af IKOS

Projektet skulle undersøge om IKOS-konceptet og værktøjet på www.IKOS.no kan benyttes i en dansk kontekst. Dette blev gjort ved at oversætte hovedbegreber og standarder i IKOS til dansk kontekst i hjemmesygeplejen i Langeland kommune.

IKOS proces- og kvalitetsstyring

Kvalitetsindikatorerne i IKOS er, at patienten får en SA, som følger patientforløbet. Dette blev vurderet og tilpasset til dansk lovgivning og faglige krav. Derefter blev værktøjet IKOS brugt til at registrere, hvor mange af kvalitetskravene, som var dokumenteret indfriet for den enkelte patient i hjemmesygeplejen i Langeland.

Projektet fandt også standarder for, hvilke danske uddannelser som kan have rollen som SA og PK. Men at vælge SA og PK til patienterne og teste IKOS proces- og kvalitetsstyring var ikke en del af projektet.

IKOS ressourcestyring

Projektet lavede en ressourceanalyse i IKOS. Personalet registrerede den enkelte patients sundheds- og livssituation, og leder registrerede, hvilke opgaver der var planlagt, at personalet skulle bruge tid på. IKOS beregnede så, hvilken kompetence der var behov for i bemandingsplanen for at kunne udføre opgaverne.

Resultatet blev sammenholdt med resultaterne for kvalitet. Der blev lavet et forslag til, hvordan man ved at bruge mere tid på nogle opgaver, og mindre tid på andre, ville have mulighed for at sikre systematisk opfølgning af patientforløbene og måle kvaliteten af forløbene med disse let tilgængelige data. Videre blev det udregnet i IKOS, hvor mange sygeplejersker og SOSU-assistenten man ville have behov for i bemandingsplanen, hvis man skulle arbejde ud fra IKOS logikken med opgaverne.

3.0 Hjemmesygeplejen i Langeland Kommune

Projektets kontekst er en tværfaglig bemandet udekørende sygeplejeenhed – Hjemmesygeplejen – med base i Rudkøbing, Langeland kommune. Langeland kommune har ca. 13.000 borgere. Der er ved dataindsamlingens start visiteret 676 patienter til sygeplejeindsatser efter Sundhedsloven § 138 som alle indgår i projektet til en start.

Organisering af sundhedslovsindsatser i Langeland Kommune

I Langeland Kommune leveres sundhedslovsindsatser efter § 138 hjemmesygepleje af tre faggrupper: sygeplejersker, SOSU-assistenten, SOSU-hjælpere (efter oplæring og delegation). Det er derfor disse tre faggruppers kompetencer, der fokuseres på i dette projekt.

Den kommunale enhed hjemmesygeplejen er valgt fordi de aktivt ønskede deltagelse i projektet og fordi man her har de to af faggrupperne ansat nemlig sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Hjemmesygeplejen er en funktionsbærende enhed, hvilket betyder at det er en selvstændig enhed med egen ledelse. Der er altså tale om en samlet sygeplejegruppe, der er fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt afgrænset fra hjemmeplejen.

Hjemmesygeplejen er defineret som den organisatoriske enhed, der varetager opgaver efter § 138 i Sundhedsloven (Sundhedsministeriet 2010). Ifølge bekendtgørelsen om hjemmesygepleje skal hjemmesygepleje ”ydes vederlagsfrit efter lægens henvisning”, og det omfatter:

- 1) *Sygepleje, herunder omsorg og almen sundhedsvejledning, afpasset efter patientens behov.*
- 2) *Vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde, i samarbejde med lægelig og social sagkundskab til personer eller familier, der har særlige behov herfor (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007a).*

Undersøgelsen omfatter alle de patienter, som er visiteret til sygeplejeindsatser efter § 138 i Sundhedsloven leveret af hjemmesygeplejen. Langeland kommune visiterer efter KL's Partnerskabsprojekts anbefalinger. Undersøgelsen forholder sig kun til de patienter, der er visiteret til hjemmesygeplejen og klarlægger, hvor mange af disse, der er fra plejecentre, og hvor mange der - på delegation af hjemmesygeplejen - får sygeplejeindsatser leveret efter delegation af hjemmeplejen. De patienter, som udelukkende får sygeplejeindsatser leveret af hjemmeplejen på delegation – vil blive trukket ud af undersøgelsen før estimering af bemandingsbehov. Dette fordi hjemmesygeplejen ikke bruger tid og kompetencer til at levere disse patienters sygeplejeindsatser. De patienter, der både får indsatser af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen indgår.

Der er i undersøgelsen kun fokus på bemandingsbehovet i dag- og aftenvagter – ikke nattevagter, idet der her også leveres Servicelovsindsatser og projektet er af ressourceårsager afgrænset til patienter i hjemmesygeplejen med sundhedslovsindsatser efter §138. Indsatserne leveres både i eget hjem, på plejecenter og i klinik, flest dog i eget hjem. Den tværfaglige sygeplejeenhed afgrænses til ledelse og personaler, der er fastansat eller ansat i vikariat i hjemmesygeplejen, Langeland Kommune i

projektperioden. Hjemmesygeplejens bemanning består af følgende årsværk: social- og sundhedsassistent: ca. 15, Sygeplejersker: 18,5, leder: 1. De er uddannelsessted for sygeplejestuderende.

4.0 Metode

Som det fremgår tidligere var formålet at afprøve og undersøge, om det norske styringssystem IKOS kan estimere patienternes og den tværfaglige sygeplejeenheds behov for kompetencer i en dansk kontekst mhp. at sikre kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation i sygeplejen. I projektet kunne man ikke ureflekteret anvende de norske IKOS standarder. Man måtte se på de kompetencer de danske sundhedsuddannelser giver og se på, hvem der har kompetence til hvilke roller i Danmark.

På baggrund af projektets formål udledtes de i indledningen nævnte forskningsspørgsmål. De tre overordnede forskningsspørgsmål lagde op til anvendelse af en kvantitativ og en kvalitativ tilgang. Metodebeskrivelsen deles op i tre dele svarende til afviklingen af projektet og svarende de tre overordnede forskningsspørgsmål.

4.1 Del 1: Definition af centrale IKOS begreber og standarder

Forskningsspørgsmål nr. 1:

Hvordan tilpasse IKOS til dansk lovgivning og de danske sundhedsuddannelser, som gør sig gældende i den tværfaglige sygeplejeenhed?

For at kunne anvende IKOS logikken i en dansk kontekst må IKOS konceptet tilpasses den danske lovgivning og de danske sundhedsuddannelsers kompetenceniveauer, da det er dem der gør sig gældende i den kontekst IKOS skal anvendes. Så for at besvare ovenstående forskningsspørgsmål blev følgende gjort:

Centrale norske IKOS begreber og standarder for kompetencebehov og kvalitet blev defineret og tilpasset på baggrund af tekstanalyse som metode.

Kompetencebehov for at yde direkte indsatser

For at kunne kortlægge Langeland Kommunes unikke patientgrundlag og dermed behovet for kompetence, for at kunne estimere en bemandingsplan, blev følgende gjort:

1. Det centrale IKOS begreb kompetence blev defineret. Det blev gjort på baggrund af s. 46-49 i Bjarne Wahlgreen (2010): Voksnes læreprocesser – kompetenceudvikling i uddannelse og arbejde og kap. 2, 3 og 5 i Knud Illeris (2011): Kompetence.
2. Der blev redegjort for indhold, opgaver, kompetenceformer og kompetencebehov i de fem sundheds- og livssituationer ud fra s. 91-94 i Strandquist og Adal (2011): Veien til bedre Helseledelse.
3. Herefter blev det analyseret, hvilke af de tre danske faggrupper, der besidder de nødvendige formelle kompetencer jf. definitionen og de beskrevne kompetencebehov i de fem sundheds- og livssituationer. Dette blev gjort ved at analysere gældende uddannelsesbekendtgørelse for professionsbachelor i sygepleje, uddannelsesordningen for SOSU-hjælper og SOSU-assistent og deres indplacering i den danske kvalifikationsramme for livslang læring (kvalifikationsrammen). Herved blev det muligt at vurdere, om de tre

faggrupper har de nødvendige formelle kompetencer til at yde direkte sygeplejeindsatser efter § 138 i Sundhedsloven til patienter i de fem sundheds- og livssituationstyper.

4. Der blev udviklet fiktive patientcases af projektgruppen og de blev gennemgået med hhv. hjemmesygeplejersker/SOSU-assistenter i hjemmesygeplejen i Langeland Kommune og Marit Strandquist, for at sikre, at de var repræsentative for hjemmesygeplejeenhedens patientgrundlag og repræsentative for de fem forskellige sundheds- og livssituationer i IKOS.

Kompetencebehov og arbejdsdeling for at afprøve rollerne som SA og PK

Projektet ville undersøge, hvilken betydning redskabet IKOS tilpasset en dansk kontekst kunne få, hvis ordningen med SA og PK blev indført, for sygeplejeenhedens kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation. Dette tænkt som et bidrag til beslutningsgrundlaget for en evt. senere afprøvning, tilpasning og implementering af *hele* IKOS-konceptet. Det betød, at projektet udover at estimere de rigtige kompetencer gennem en faglig begrundet bemanning også måtte vise en arbejdsdeling ud fra IKOS-logikken med henblik på at udnytte tid og kompetencer effektivt og for at skabe kvalitet og arbejdsmotivation. Derfor blev følgende gjort:

5. IKOS standarderne SA og PK: funktionsbeskrivelser for ansvars- og opgavefordeling mellem de sygeplejeansvarlige, primærkontakt og andet personale blev oversat til dansk og tilpasset til de danske kvalitetskrav.
6. Projektgruppen og referencegruppen analyserede og vurderede sammen de fiktive eksemplariske patientcases som projektleder og hjemmesygeplejen i Langeland Kommune fandt dækkende for det kommunale patientgrundlag, om hjemmesygeplejen i Danmark burde have en sygeplejeansvarlig for sygeplejeindsatserne til patienterne jf. de tilpassede IKOS standarder for SA og PK.
7. Projektgruppen og referencegruppen analyserede, hvilke kompetencer rollen, ansvaret og funktionen som hhv. sygeplejeansvarlig og primærkontakt krævede. Ligeledes blev det analyseret, om faggrupperne havde de nødvendige kompetencer og derfor kunne varetage funktionen som hhv. SA og PK. Disse to standarder blev af ressourcemæssige årsager ikke afprøvet i projektet.

Men det bidrog til projektleders refleksioner over, hvad en indførelse af IKOS's norske standard for SA og PK fremadrettet kunne få af betydning for sygeplejen (mere herom i Del 3).

Kvalitet

Først:

1. Blev kvalitet defineret ud fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenets (DSKS) definition og kapitel 2 om kvalitetsbegrebet i Mainz et al (2011) Kvalitetsudvikling i praksis.
2. Så blev den norske IKOS kvalitetsdefinition analyseret for at se, om den omfattede kvalitet i den i projektet definerede forstand.

Derefter blev de norske IKOS kvalitetsindikatorer erstattet med lokale danske kvalitetsindikatorer, som de var konkretiseret i Langeland Kommune jf. gældende dansk lovgivning på området og lokal kommunal kontekst ved at:

3. analysere Sundhedsloven, Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, Klage- og erstatningsloven samt Langeland Kommunes retningslinjer: "Sårstrategi" og "Sådan fører du medicinliste" mhp. at udlede, hvilke kvalitetskrav, der var til sygeplejeindsatser efter § 138 i Sundhedsloven og udlede, hvilke kvalitetsindikatorer man i projektet kunne måle kvaliteten på patientniveau ud fra.

4.2 Del 2: Udvikling og afprøvning af dataindsamlingsmatrix

Forsknings spørgsmål nr. 2:

Hvordan kan kvalitet på patientindividniveau måles og faglig minimumskompetence i bemandingsplanen estimeres?

For at besvare ovenstående blev følgende metodiske overvejelser gjort:

Med inspiration fra auditmetoden og på baggrund af undersøgelsens del 1's konkretisering af IKOS kvalitetsindikatorer og kompetencebehov blev to checkskemaer kaldet dataindsamlingsmatrix 1 og 2 udviklet.

Dataindsamlingsmatrix 1 blev udviklet mhp. indsamling af kvantitative kvalitetsdata på patientindividniveau og data om patienternes sundheds- og livssituation.

Dataindsamlingsmatrix 2 blev udviklet med henblik på at indsamle data om sygeplejeleders estimering af hvilke opgaver ansatte bruger tid på i sygeplejeenheden. Det omfatter direkte indsatser og alle andre opgaver.

Dvs. der blev anvendt kvantitative metoder til dataindsamling og IKOS blev benyttet til statistiske beregninger for at opgøre kvalitetsdata, data om brug af tid og beregning af behov for kompetencer i sygeplejeenheden.

Organisering og planlægning

For at kunne gennemføre dataindsamlingen, via dataindsamlingsmatrix 1 og 2 i dataindsamlingsugen blev dataindsamlingen organiseret og planlagt på følgende måde:

1. Sygeplejelederen delte personalet og patienterne op i mindre geografiske distrikter – kaldet hjemmesygeplejen midt, nord og syd. Hjemmesygeplejen havde også nogle patienter visiteret som boede på plejecentrene i distrikterne midt, nord og syd. Så der blev lavet undergrupper, så disse patienter kunne opgøres separat.
2. Sygeplejelederen udarbejdede patientlister og forsynede alle patienter med et anonymt nr.
3. Sygeplejelederen tilknyttede alle de 676 visiterede patienter som indgik i undersøgelsen til en navngiven dataindsamlingsansvarlig sygeplejerske – herefter kaldet informant. Det blev tilstræbt, at informanten blev valgt ud fra størst kendskab til patientens sundheds- og livssituation. Sygeplejelederen udpegede i alt 11 informanter, som fik ansvaret for dataindsamling via dataindsamlingsmatrix 1 på ca. 60 patienter hver. De havde dataindsamlingsugen til at sørge for, at dataindsamlingsmatrixens angivne data blev indsamlet ud fra patientens elektroniske omsorgsjournal og deres kendskab til patienterne. Lettilgængelige dokumentation blev registreret manuelt. Informanterne var ligeledes ansvarlige for at anføre det anonymiserede nr. på hver af deres egne patienters

dataindsamlingsmatrixark. Ved tvivl om kategoriseringen af en patients sundheds- og livssituation skulle leder, projektleder eller anden sygeplejerske inddrages i vurderingen. Projektleder var til stede de fleste dage i dataindsamlingsugen og kunne bistå med vejledning.

Undervisning og vejledning

Der blev i opstarten af projektet (før dataindsamlingsugen) afholdt et informationsmøde for personale og ledelse i Hjemmesygeplejen i Langeland Kommune, hvor der af projektleder blev orienteret om baggrund for projektet, projektets indhold, IKOS grundforståelse og tidsplan.

Forud for dataindsamlingsugen blev informanter, og de af enhedens personale, der havde mulighed for at deltage, undervist af projektleder i kategorisering af patienternes sundheds- og livssituation jf. den tilpassede IKOS standard. Undervisningen foregik med udgangspunkt i de førnævnte udarbejdede eksemplariske patientcases.

Informanterne blev ligeledes undervist i udfyldelse og indsamling af data fra patienternes elektroniske omsorgsjournal til dataindsamlingsmatrix 1. Sygeplejeleder blev instrueret og undervist i indsamling, kategorisering og udfyldelse af dataindsamlingsmatrix 2. Der blev udarbejdet en dataindsamlingsmanual og vejledning med ordforklaring til begge matrix.

Undervisning af ledelse og personale i IKOS konceptet og redskaber/metoder og dataindsamlingsmatrix 1 og 2 inkl. ordforklaring, var tilrettelagt med henblik på at kvalificere ledelsens og personalets faglige argumentationsevne i forhold til bl.a. vurdering af egne og andre patienters sundheds- og livssituation og andre data for at sikre validiteten af de data, personalet og ledelsen indhentede.

Indtasting af data om kvalitet og sundheds- og livssituationer i IKOS

Hjemmesygeplejen i Langeland er en afdeling med tre distrikter: Midt, Nord og Syd. Hvert distrikt har ansvar for opfølgning af patienter i de lokale plejecentre. For at sammenligne resultater, blev afdelingen sat op i IKOS med Hjemmesygeplejen og Plejecentre som egne afdelinger, hvoraf hver af dem blev delt i distrikterne Midt, Nord og Syd.

- **Hjemmesygeplejen**
 - Midt
 - Nord
 - Syd
- **Plejesenter**
 - Midt
 - Nord
 - Syd

Patienter som kun fik leveret sygeplejeindsatser af hjemmeplejen (efter delegation) blev ikke medregnet i bemandingsplanen. De i alt 676 patienter blev indregistreret i IKOS med et anonymt nummer i hjemmesygeplejen eller plejehjem, og i det rigtige distrikt.

Projektleder indtastede i IKOS, de af informanterne indsamlede data om, hvilken sundheds- og livssituation hver af de 676 patientene i hjemmesygeplejen i Langeland var i, og om kvalitetsindikatorerne var dokumenteret i patientjournalen.

Indtasting af data om brug af tid

Projektleder samarbejdede med leder om, hvilke data som skulle indregistreres i IKOS. Først blev der indtastet, hvor mange personer, der var i arbejde hver dag og aften samt vagtens længde. Dermed var det indregistreret i IKOS, hvor meget tid, der samlet var til rådighed i afdelingen. Tid til at yde sygeplejeindsatser af hjemmeplejen (efter delegation) blev ikke medregnet – fordi disse indsatser leveres af en anden afdeling (hjemmeplejen) - og der var derfor ikke givet tid til sygeplejeenheden til disse indsatser.

Data fra dataindsamlingsmatrix 2 blev så indtastet i IKOS i samarbejde med leder. Efterfølgende blev data diskuteret og kvalitetssikret med Marit Strandquist og Ingunn Finsveen fra Konsens AS med hensyn til validitet (at opgaverne og brug af IKOS er rigtig forstået), og med leder med hensyn til reliabilitet (at de rigtige tidsestimeringer er indregistreret).

4.3 Del 3: Valg af evalueringsmetode

Forskningsspørgsmål nr. 3

Hvilken betydning kan den tilpassede IKOS ressourceanalyse og IKOS som koncept få for sygeplejeenheders bemanning, arbejdsdeling, kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation?

For at besvare ovenstående blev følgende metodiske overvejelser gjort:

Projektleder reflekterer over projektprocessens betydning for resultaterne. De indgår i diskussionsafsnittet.

Projektleders forforståelse er farvet af flere år som først hjemmesygeplejerske og klinisk vejleder, herefter koordinerende klinisk vejleder og risk manager i en mindre dansk kommune. Har her deltaget i arbejde omkring sygeplejerskeprofiler og kompetenceudvikling af SOSU-assistenter. Er p.t. ansat, som adjunkt i UC- lillebælt Sygeplejerskeuddannelsen i Odense i uddannelsen for professionsbachelor i sygepleje. Projektleder er meget optaget af hvilken rolle, ansvar og opgaver sygeplejersker, SOSU-assistenter og SOSU-hjælpere skal have i fremtidens tværprofessionelle kommunale sygepleje for at sikre kvalitet i patientforløb. Er af samme grund i gang med en Master i offentlig ledelse og kvalitet på SDU.

5.0 Ethiske overvejelser

De etiske overvejelser ved, at der i Del 2 indgik patientdata uden, at patienterne var orienteret herom, blev der taget højde for ved at anonymisere patientdata. Projektet blev karakteriseret som et kvalitetsudviklingsprojekt, af auditkarakter, og derfor blev Datatilsynet ansøgt om tilladelse til indhentning af personfølsomme helbredsoplysninger. Datatilsynet gav tilladelse til undersøgelsens gennemførelse og opbevaring af data indtil 1/5 -2014, herefter blev lister med patienternes cpr.nr og anonyme patientnumre destrueret af sygeplejeleder.

Ledelse og personale deltog frivilligt i projektets evaluering. De blev informeret om projektets helhed og hensigt i grove træk og blev på denne baggrund spurgt om interesse for deltagelse, forud for beslutning om indgåelse af partnerskabsaftale.

For at sikre et informeret samtykke blev informanterne orienteret mundtligt via et informationsmøde, om projektets indhold, hensigt, interventions- og evalueringsmetoder.

6.0 Resultatoppgørelse Del 1

I dette kapitel besvares forskningsspørsmål nr. 1 som er:

Hvordan tilpasse IKOS til dansk lovgivning og de danske sundhedsuddannelser, som gør sig gældende i den tværfaglige sygeplejeenhet?

6.1 Oversættelse af centrale begreber i IKOS til dansk

De norske IKOS begreber som anvendes i projektet blev oversat i nedenstående tabel.

Norsk definition	Dansk definition	Forklaring
Bruker Felles betegnelse på individene som mottar helse- og omsorgstjenester.	Patient Dette projekt omfatter personer som mottager innsatser etter § 138 i Sundhedsloven og evt. innsatser etter andre lovgivninger såsom Serviceloven. Innsatser etter § 138 leveres i eget hjem, plejecenter eller på sygeplejeklinik.	Derfor anvendes Sundhedslovens terminologi patient i stedet for «bruker», som er en sproglig direkte oversættelse af «bruker».
Tjenester Hjemmesykepleie, psykisk helsetjeneste, tjenester i institusjon og tjenester til funksjonshemmede etter Helse- og omsorgstjenesteloven.	Innsatser I dette projekt defineres innsatser som sygeplejeinnsatser, der ydes etter Sundhedsloven § 138 i eget hjem, plejecenter eller på sygeplejeklinik.	«Tjenester» er direkte oversat til dansk «ydelser». Terminologien innsatser er valgt fremfor ydelser, da KL med Partnerskapsprosjektet lavede et innsatskatalog og derfor er denne kommunale terminologi valgt.
Tjenesteansvarlig Tjenesteansvarlig er bachelorutdannet med generalistkompetanse på brukergruppen, og er tildelt faglig beslutningsmyndighet og fremdriftsansvar for tjenestene som skal ytes til brukeren. Funksjonen har tre retninger: brukermedvirkning, praksis i utførerenheten og sammenhengende pasientsforløp. Der er utarbeidet en funksjonbeskrivelse herfor.	Sygeplejeansvarlig (SA) Sygeplejeansvarlig er bacheloruddannet med generalistkompetence i fht. patientgruppen, og er tildelt faglig beslutningsmyndighet og fremdriftsansvar for innsatserne som skal ydes til patienten. Funksjonen har tre retninger: medinddragelse af patient, praksis i udførerenheden og sammenhengende patientforløb.	«Tjenesteansvarlig» er direkte oversat til dansk «ydelsesansvarlig». Vi kunne have valgt «innsatsansvarlig», men da det er sygeplejen man er ansvarlig for i hjemmesygeplejen og vi har valgt at afgrænse til sygeplejeinnsatser har vi i stedet valgt «sygeplejeansvarlig». Den norske funksjonsbeskrivelse oversættes og analyse af kompetencekrav er et af projektets leverancer.

<p>Kompetanse</p> <p>Ansattes formalkompetanse er lagt til grunn for standardene i IKOS. Formalkompetanse består av kunnskap og ferdigheter som er dokumentert gjennom eksamener og prøver. I det daglige arbeidet stimulerer IKOS også for bruk av ansattes realkompetanse. Det er kompetanse som er tilegnet gjennom arbeidserfaring, hjemmearbeid, ulike typer opplæring og deltakelse i samfunnslivet.</p> <p>Tjenesteansvarlig skal ha helse- og/eller sosialfaglig bachelorgrad med bred generalistkompetanse i forhold til brukergruppen. Hovedregelen er derfor at tjenesteansvarlig i hjemmesykepleie og sykehjem er sykepleier. Vernepleier er ofte tjenesteansvarlig ved tjenester til funksjonshemmede. Primærkontakt skal ha helse- og/eller sosialfaglig fagutdanning, eller ha spesialutdanning fra høyskole eller universitet som supplerer tjenesteansvarliges generalistkompetanse.</p>	<p>Kompetence</p> <p>Ansattes formelle kompetence ligger til grunn for standardene i IKOS. Formel kompetence består av viden og færdigheter som er dokumentert gjennom eksamener og prøver. I det daglige arbeide stimulerer IKOS også til bruk og utvikling af ansattes realkompetence. Det er kompetence, som er tilegnet gjennom erhvervserfaring, hjemmearbejde, forskjellige typer oplæring og deltagelse i samfundslivet.</p> <p>Sygeplejeansvarlig skal have en sundheds- og/eller socialfaglig bachelorgrad i forhold til brugergruppen. Hovedreglen er derfor at Sygeplejeansvarlig i hjemmesygeplejen og på plejecenter er sygeplejerske. Socialpædagog er ofte indsatsansvarlig for indsatser til funktionshæmmede. Primærkontakter skal have en sundhedsfaglig uddannelse, eller have specialuddannelse fra højskole eller universitet som supplerer indsatsansvarliges generalistkompetencer.</p>	<p>I projektet kan man ikke ureflekteret anvende de norske IKOS standarder fordi de bygger på de norske sundhedsuddannelsers kompetenceniveauer. Projektet vil levere en redegørelse af hvilke kompetencer de danske sundhedsuddannelser giver, og analysere hvilke faggrupper, der har formel kompetence til at varetage de direkte sygeplejeindsatser i de fem forskellige sundheds- og livssituationer, og hvilke faggrupper der har formel kompetence til at varetage, rollen som SA og PK i Danmark.</p>
<p>Helse- og livssituasjon</p> <p>Den totale situasjon (kroppslig, psykisk og/eller sosialt) som en person med helseproblem er i. En brukers helse- og livssituasjon kan være uavklart, avklart stabil, avklart ustabil grad 1 eller 2, eller helt ustabil/avansert.</p>	<p>Sundheds- og livssituation</p> <p>Den totale situation (fysisk, psykisk og /eller socialt) som en person med et sundhedsproblem er i. En patients sundheds- og livssituation kan være enten uafklaret, afklaret stabil, afklaret ustabil grad 1 eller 2, eller helt ustabil/avanceret. Projektet vil levere en redegørelse for karakteristika, opgaver og kompetencekrav i disse fem situationstyper.</p>	
<p>Brukermedvirkning</p>	<p>Patientinddragelse</p>	

<p>Jf. Pasient—og brukerrettighetsloven kap. 3 og 4 (Helse- og omsorgsdepartementet 1999) har brukeren rett til medvirkning, informasjon og samtykke til helsehjelp.</p>	<p>Prosjektet vil levere en definition ud fra tekstanalyse af Sundhedsloven og Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.</p>	
<p>Kvalitet Kvalitet for bruker innebærer sikring av medvirkning og faglig gode og sammenhengende pasientsforløp i tråd med lovverk og kommunale retningslinjer.</p>	<p>Kvalitet Kvalitet for den enkelte patient defineres som en sikring af patientens medinddragelse, faglig gode og sammenhengende patientsforløb i overensstemmelse med lovgivning og kommunale retningslinjer. Prosjektet vil levere en definition og tilpasse de norske IKOS kvalitetsindikatorer til gældende dansk lovgivning og kommunale retningslinjer.</p>	
<p>Arbeidsmotivasjon Ansattes opplevelse av å ha en meningsfull arbeidssituasjon hvor man har forståelse, mulighet og kompetanse til handling for å oppnå ønsket resultat.</p>	<p>Arbejds motivation Arbejds motivation defineres som medarbejdernes oplevelse af at have en meningsfuld arbeidssituation, hvor medarbejderen forstår arbejdsopgaverne og oplever mulighed for og har kompetencer til handling for at opnå et ønsket resultat.</p>	
<p>Effektivitet Betyder her at tjenester ytes på Laveste Effektive OmsorgsNivå (LEON-prisippet), og at dagens tjenesteomfang ivaretas med rasjonell ressursbruk innenfor den økonomiske rammen.</p>	<p>Effektivitet Effektivitet defineres ved, at sygeplejedydelser efter Sundhedsloven §138 ydes på laveste effektive omsorgsniveau (LEON-princippet), og at dagens sygeplejeindsatsomfang ivaretages med et rationelt ressourcebrug indenfor den eksisterende økonomiske ramme. Effektivitet forstås derfor her som rigtig brug af tid og kompetencer.</p>	

6.2 Faggruppernes kompetenceniveauer

De faggrupper, der aktuelt yder direkte sygeplejeindsatser og dermed kompetencekrævende indsatser efter § 138 i Sundhedsloven i Langeland Kommune er social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. For at få tilpasset patienternes kompetencebehov, ved de direkte sygeplejeindsatser, i de fem sundheds- og livssituationer, til dansk kommunal kontekst, måtte de ovennævnte tre faggruppers kompetenceniveauer kortlægges, dokumenteres og beskrives. Herved blev de forståelige og sammenlignelige. Ligeledes måtte der redegøres for kompetencekravene som hver enkelt sundheds- og livssituation genererede.

Der defineres derfor herunder, hvad der forstås ved begrebet kompetence og der redegøres for de tre uddannelsers indplacering i Kvalifikationsrammen. Kvalifikationsrammen er en samlet, systematisk og niveaudelt oversigt over offentligt godkendte grader og uddannelsesbeviser, der kan erhverves inden for det danske uddannelsessystem – fra folkeskoleniveau til universitetsniveau samt inden for voksen- og efteruddannelsesområdet (Undervisningsministeriet 2010). Foruden kvalifikationsrammen anvendes bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygeplejes bilag 1 om læringsudbytte (Undervisningsministeriet 2008) og uddannelsesordningen for social- og sundhedsuddannelsens beskrivelse af kompetencemål trin 1 (SOSU-hjælper) og trin 2 (SOSU-assistent) (Ministeriet for Børn og Undervisning 2012). Det vil sige at en tilpasning af IKOS til danske sundhedsuddannelser udelukkende gøres ud fra en analyse af disse tekster. Dette er begrundet med henvisning til Autorisationsloven § 17. Her står, at autoriserede sundhedspersoner – her både sygeplejersker og SOSU-assistenterne - under udøvelsen af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette betyder blandt andet, at fagpersonen skal være indstillet på en kontinuerlig vedligeholdelse og videreudvikling af sine faglige kompetencer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008). Det formodes derfor at de sygeplejersker og SOSU-assistenterne som er uddannet under andre uddannelsesordninger har vedligeholdt og videreudviklet deres faglige kompetencer svarende til de aktuelle uddannelsesordninger.

Definition på kompetence

Kompetence er et flertydigt begreb, men her defineres det som et handlingspotentiale - personens vilje og evne til at handle i en konkret situation. Kompetence omfatter derfor handlingen, personen og rammer og betingelser i situationen. Der er fokus på personens viden, holdninger og færdigheder foruden følelser, erfaringer og forståelse af situationen. Kompetence er altså den enkeltes evne til at bruge sine evner i en konkret arbejdsmæssig sammenhæng. Kompetence er derfor personbunden og kontekstafhængig (Wahlgren 2010, s. 46-47). Man kan derfor sige, at det at have udviklet kompetence er det at have fornemmelse for hvad "udfordringerne i en given situation" består i. Det at afgøre hvilken form for reaktion, der lever op til disse udfordringer, samt det at sætte sig selv i scene, når reaktionen skal føres ud i livet, ofte ved bl.a. at drage nytte af en række erhvervede færdigheder og viden. Det at have udviklet kompetence indbefatter altså ofte at have erhvervet viden og en række færdigheder, men det er vigtigt at gøre sig klart, at kompetence omfatter meget mere end blot summen af ens viden og en række færdigheder. Kompetencebegrebet kan endvidere inddeles i real og formel kompetence (Wahlgren 2010, s. 13).

Realkompetence defineres her som en persons samlede viden, færdigheder og kompetencer, uanset hvor og hvordan de er erhvervet (Illeris 2011).

Denne definition betyder, at en persons realkompetencer er alt det, personen kan, som er tilegnet gennem forskellige former for læreprocesser, formelle såvel som uformelle. Man lærer i mange

andre sammenhænge end kun i det formelle uddannelsessystem. Man lærer hele tiden nyt og udvikler sine realkompetencer i forskellige læringsarenaer med vidt forskelligt formål og perspektiv.

Formelle kompetencer er derimod kompetencer erhvervet ved gennemførelse af offentlige uddannelser med centralt fastsatte mål og rammer. Her udstedes dokumentation for de erhvervede kompetencer i form af eksamensbeviser, uddannelsesbeviser og lignende (ibid.).

I tillæg til ens egne kompetencer vil man i en arbejdssituation også kunne udnytte andres kompetence gennem samarbejde eller vejledning, når opgaver skal løses. Kompetencer i en organisation er derfor det samlede produkt af viden, holdninger, færdigheder, erfaringsbaseret indsigt og evne og vilje til at bruge andres kompetence (Strandquist et al. 2005, s. 13, Strandquist, Adal 2011, s. 46).

Beregning af behov for kompetencer og dermed personalebemanding og -sammensætningen gøres med IKOS ud fra de formelle kompetencer. De grundlæggende formelle kompetencer skal findes i personalegruppen. Dette fordi, IKOS og dette projekt handler om, hvordan man som leder kan sikre en kompetent bemanding. Derfor fokuseres der i bemandingsplanen kun på de kompetencer, man kan dokumentere og garantere er til stede – altså de formelle kompetencer. IKOS logikken går ud fra at det er ikke muligt at sikre kompetencerne, hvis man fokuserer udelukkende på realkompetencer, for de er personbundne og ofte udokumenterede. Ved ikke-planlagt fravær, personaleudskiftning osv. vil de derfor variere. Men IKOS konceptet arbejder stadig ud fra tanken om, at realkompetencer skal anvendes og anerkendes ved, at man i det daglige arbejde fordeler arbejdsopgaver ud fra realkompetencen hos de personaler, som er til stede (Strandquist, Adal 2011).

For at kunne beskrive og sammenligne de tre sundhedsuddannelsers formelle kompetencer anvendes som nævnt Kvalifikationsrammen.

Kvalifikationsrammen indeholder otte niveauer. Graderne og uddannelsesbeviserne er indplaceret på et af disse otte niveauer ud fra det læringsudbytte, som uddannelserne giver i form af viden, færdigheder og kompetencer. Læringsudbyttet på de forskellige niveauer fremgår af niveaubeskrivelserne. Niveaubeskrivelserne er formuleret, så de kan rumme meget forskellige grader og uddannelsesbeviser i det danske uddannelsessystem; fra de teoretiske til de praktisk orienterede (Undervisningsministeriet 2010).

I kvalifikationsrammen tales om viden, færdigheder og kompetencer. Viden kan her være mere eller mindre kompleks, og kan sættes i større eller mindre sammenhæng alt efter, hvilket niveau man ser på. Færdigheder er det, man er i stand til at gøre og omfatter kognitive, kreative, praktiske og kommunikative færdigheder. Det man kan gøre, kan være mere eller mindre indviklet. Kompetencerne er evnen til at anvende viden og færdigheder i konkrete situationer og udgør altså den selvstændighed, handlingsparathed og det ansvar, som en person kan forventes at have. Kompetencerne omfatter således det rum, hvori handlinger udspilles og dermed personens evne til at bringe viden og færdigheder i spil, samarbejde og tage ansvar for situationen og egen læring/kompetenceudvikling (Undervisningsministeriet 2010).

6.2.1 Kompetence til sygeplejerskeansvarlig funktion

Nedenstående tabel 1, viser de tre faggruppers kompetenceniveauer i Kvalifikationsrammen. Social- og sundhedshjælper er på niveau 3, social- og sundhedsassistent er på niveau 4 og sygeplejerske er på niveau 6. Funktionen som SA kræver jf. funktionsbeskrivelsen (se bilag 3) bl.a. at denne selvstændigt skal foretage en sundhedsfaglig vurdering og opsætte samt iværksætte en helhedsorienteret sundhedsfaglig handleplan og evaluere og justere denne. Det kræver bl.a. kompetence til at analysere og vurdere teoretiske og praktiske problemstillinger samt begrunde og

vælge relevante løsninger. I kvalifikationsrammens beskrivelsen af de tre uddannelsers kompetenceniveauer ses det, at sygeplejersken er den eneste af de tre faggrupper, der formelt har den nødvendige kompetence til at vurdere teoretiske og praktiske problemstillinger samt begrunde og vælge relevante løsningsmodeller. Derfor vurderes det, at kun sygeplejersken har den formelle kompetence til at være SA. Dette fordi sygeplejersken, som den eneste af de tre faggrupper, har viden om og kan reflektere over teori, metode og praksis inden for flere fagområder og inden for sygeplejefprofessionen. Ligeledes er sygeplejersken den, der formelt har det nødvendige kompetenceniveau i at formidle faglige problemstillinger og løsningsmodeller til fagfæller, ikke-specialister og patienter/pårørende. Sygeplejersken kan således indgå, som den eneste af de tre faggrupper, *selvstændigt* i et fagligt og tværfagligt samarbejde med en professionel tilgang.

Niveau	Viden	Færdigheder	Kompetencer
3	<ul style="list-style-type: none"> • Skal have viden om basale metoder og normer inden for et erhvervs- eller fagområde. • Skal have forståelse af egne indflydelsesmuligheder på arbejdsmarkedet og i samfundet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne udføre praktiske arbejdsopgaver inden for faget/erhvervet. • Skal kunne løse faglige problemer. • Skal kunne søge og vurdere information med relevans for en praktisk arbejdsopgave indenfor et fag eller et erhverv. • Skal kunne anvende faglig terminologi i kommunikationen med kolleger, medstuderende og brugere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne tage ansvar for afgrænsede arbejdsprocesser. • Skal kunne indgå i tværfagligt samarbejde inden for et erhvervs eller et fags praksis. • Skal kunne indgå aktivt i læringssituationer inden for et erhvervs- eller fagområde.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Skal have viden om begreber, principper og processer inden for et erhvervs- eller fagområdes praksis eller i almene fag. • Skal have forståelse af sammenhænge mellem faglige problemer og samfundsmæssige/internationale forhold. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne vælge og anvende relevante redskaber, metoder, teknikker og materialer indenfor et erhvervs- eller fagområde. • Skal kunne identificere et praktisk og / eller teoretisk problem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne tage ansvar for arbejdsprocesser i normalt forudsigelige arbejds- eller studiesituationer. • Skal kunne planlægge og tage ansvar for egne og fælles arbejdsprocesser og resultater. • Skal kunne opsøge
		<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne vurdere kvaliteten af eget og andres arbejde i forhold til en given standard. • Skal kunne anvende erhvervs- og fagområdets terminologi i kommunikationen med samarbejdspartnere og brugere. 	videreuddannelse og faglig udvikling i strukturerede læringsmiljøer.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Skal have viden om teori, metode og praksis inden for en profession eller et eller flere 	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne anvende et eller flere fagområdets metoder og redskaber samt kunne 	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne håndtere komplekse og udviklingsorienterede

	<p>fagområder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne forstå og reflektere over teorier, metode og praksis. 	<p>anvende færdigheder, der knytter sig til beskæftigelse inden for fagområdet/erne eller professionen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skal kunne vurdere teoretiske og praktiske problemstillinger samt begrunde og vælge relevante løsningsmodeller. • Skal kunne formidle faglige problemstillinger og løsningsmodeller til fagfæller og ikke-specialister eller samarbejdspartnere og brugere. 	<p>situationer i studie- eller arbejdssammenhænge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skal selvstændigt kunne indgå i fagligt og tværfagligt samarbejde med en professionel tilgang. • Skal kunne identificere egne læringsbehov og strukturere egen læring i forskellige læringsmiljøer.
--	---	--	---

Tabel 1: Niveaubeskrivelser fra kvalifikationsrammen (Undervisningsministeriet 2010).

6.2.2 Kompetencebehov i de direkte sygeplejeindsatser

Patienternes behov for kompetencer i direkte sygeplejeindsatser er i IKOS blevet vurderet på grundlag af, hvad der skulle gøres i de forskellige situationer som patienterne kunne være i, og hvad kompetencerne skulle anvendes til. Man har ved udarbejdelsen af IKOS som system analyseret, hvilke kompetencekrav de forskellige sundheds- og livssituationer skabte behov for. De fire nødvendige kompetenceaspekter, der er blevet identificeret i de forskellige sundheds- og livssituationer er: vurderingskompetence, handlekompetence, samarbejdskompetence og forvaltningskompetence.

Kompetencerne beskrives således:

- **Vurderingskompetence:**
evnen til at vurdere patientens totale situation og hvilke behov for hjælp hans situation medfører, vurdere tiltag og eventuelle samarbejdspartnere. Det inkluderer bl.a. evnen til at identificere og analysere ændringer, mulige riskofaktorer, forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, erkende egen begrænsning i kompetence og behov for indhentning af anden kompetence.
- **Samarbejdskompetence:**
Patientrettet samarbejdskompetence: evnen til at samarbejde med patient og pårørende således at patientens selvbestemmelse, integritet, og tryghed ivaretages i alle situationer, også ved store ændringer og menneskelige påvirkninger.
Professionsrettet samarbejdskompetence: evnen til at samarbejde med kollegaer, i og udenfor egen profession sådan at patienten får adgang til bedst mulig behandling, pleje og omsorg.
- **Klinisk handlekompetence:**
Evne til at beslutte, planlægge, iværksette og dokumentere nødvendige indsatser ud fra god viden. Færdigheder i gennemførelse af sygeplejeinterventioner knyttet til grundlæggende behov og specielle behov ved sygdom og funktionssvigt. Herunder sundhedsfremmende og forebyggende kompetence forstået som viden og færdigheder i at hjælpe andre i at styrke egne sundhedsressourcer, fremme sunde vaner, livsstilsændringer og sundheds- og sygdomsrelateret genomsorg.
- **Forvaltningskompetence:**
kan udrede sagsforhold og visitere i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder, økonomiske rammer og gældende love og regler på området (Strandquist et al. 2005)

For at tilpasse IKOS til de danske sundhedsuddannelser er der nedenfor lavet en kort redegørelse for hvorvidt de fire nødvendige kompetenceaspekter erhverves gennem de formelle uddannelser til hhv.

SOSU-hjælper og SOSU- assistent og professionsbachelor i sygepleje. Redegørelsen er lavet på baggrund af analyse af bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje og uddannelsesordningen for social- og sundhedsuddannelserne (Ministeriet for Børn og Undervisning 2012, Undervisningsministeriet 2008). Analysen viser klare forskelle mellem faggruppernes niveau af kompetence i forhold til alle fire kompetenceaspekter.

Generelt gælder for alle nyuddannede SOSU-hjælper, SOSU-assistent og professionsbachelor i sygepleje, at de har opnået generelle kompetencer, som er relative. De generelle kompetencer er opnået i relation til udvalgte patientgrupper. Der vil således altid være behov for et introduktionsforløb i ansættelsen af hhv. en SOSU-hjælper, SOSU-assistent eller en professionsbachelor i sygepleje, så denne får mulighed for at erhverve specifikke kompetencer relateret til de pågældende patientgrupper og organisering af plejen. Den nyuddannedes formelle kompetencer skal derfor ses i lyset af det enkelte afsnits patientforløb, sygeplejefaglige problemstillinger. Nedenstående kompetencebeskrivelser tager udgangspunkt i kompetencer hos helt nyuddannede og tager ej højde for den udvikling/erfaring, som fagpersonerne får gennem et arbejdsliv (realkompetence). Derfor er beskrivelserne et udtryk for det sæt af formelle minimumskompetencer en nyuddannet har. Den enkelte ansatte kan derfor have kvalifikationer og kompetencer, der kvalificerer dem til at levere sygeplejeindsatser over, hvad der er gældende for deres formelle uddannelse (realkompetence). Dette må lederen se efter i hver driftsenhed. Beskrivelserne har til formål at klarlægge, hvilke af de tre uddannelser, der har kompetence til at yde direkte sygeplejeindsatser efter Sundhedsloven til patienter i hjemmesygeplejen, da det kun er disse indsatser, der ydes i hjemmesygeplejen.

6.2.3 Kompetenceniveau social og sundhedshjælper

Overordnet set har social- og sundhedshjælper ikke selvstændige kompetencer til at yde indsatser efter Sundhedsloven, men arbejder på delegation, hvor de efter oplæring kan varetage lettere sygeplejefaglige opgaver i hjemmesygeplejen (realkompetencer). Dvs. at en nyuddannet SOSU hjælper har ikke kompetence til at yde indsatser inden for Sundhedsloven, men kan oplæres til nogle hen ad vejen, alt efter hvad der giver mening (arbejdsstedets behov, patienternes behov og SOSU-hjælperens evner) – dvs. oparbejde realkompetencer.

Vurderingskompetence:

Kan reagere hensigtsmæssigt på ændringer i den almene sundhedstilstand hos patienterne i stabil og afklaret situation.

Kan inden for eget kompetenceområde, som udelukkende er det primærkommunale pleje og omsorgsområde og dermed tydeligst inden for Serviceloven, selvstændigt identificere og reagere hensigtsmæssigt på ændringer i patienternes sundhedstilstand – altså ift. de ydelser, som patienterne får i kraft af serviceloven, og som SOSU-hjælper udøver hos patienterne. En hensigtsmæssig reaktion er også at sige fra og rapportere videre.

Klinisk handlekompetence:

Kan selvstændigt udføre pleje og omsorg efter lov om social service hos patienter, der også får sygeplejefaglige ydelser inden for Sundhedsloven – også hos de uafklarede patienter. Kan udføre pleje og omsorg efter skriftlige plejeplaner og kan dokumentere plejen, samt rapportere videre til samarbejdspartnere ved ændringer i patienternes tilstand – specifikt for kronikere/afklarede patienter.

Samarbejdskompetence:

Kommunikerer og samarbejder med patienter ud fra en vurdering af patienternes ressourcer og har en empatisk og etisk tilgang til denne.

Indgår i et tæt samarbejde med relevante faggrupper og ved hvornår grænse for egne kompetencer er nået – evner at sige fra over for opgaver, som SOSU-hjælperen ikke er oplært i.

Forvaltningskompetence:

SOSU-hjælperen arbejder som fag- og myndighedspersonale og kan i samarbejde med andre ud fra fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau. De kan identificere, planlægge, udføre og evaluere sine arbejdsopgaver indenfor lov om social service, men har ikke et forvaltningsansvar og kompetence inden for tildeling af sundhedslovsydelse.

6.2.4 Kompetenceniveau social- og sundhedsassistent

Social- og sundhedsassistenter har selvstændige kompetencer til at løse opgaver inden for både Sundhedsloven og Serviceloven inden for eget kompetenceområde.

Vurderingskompetence:

Kan indenfor social- og sundhedsassistentens arbejdsområde selvstændigt identificere, vurdere, tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sygepleje samt reagere hensigtsmæssigt på ændringer i patienternes/patientens psykiske og somatiske sygdomstilstand. Kan identificere ændringer i sundhedstilstanden hos stabile patienter.

SOSU-assistentens kompetenceområde er ud over det primære kommunale område også sygehus og psykiatri.

I IKOS sammenhæng er fokus naturligvis på kommunen. Her har de en dybere teoretisk forståelse for at reagere hensigtsmæssigt og selvstændigt ift. indsatser inden for både Sundhedsloven og Serviceloven.

SOSU-assistentens kan se større sammenhænge fysisk, psykisk og socialt end SOSU-hjælper, og har dermed et øget register til at identificere og reagere ud fra.

Klinisk handlekompetence:

Kan selvstændigt udføre grundlæggende sygeplejeindsatser efter Sundhedsloven ud fra en metodisk tilgang og i relation til andre sygeplejeindsatser inden for Sundhedsloven – både hos stabile og ustabile afklarede patienter. Hos de stabile uafklarede patienter har de kompetence til at varetage de afklarede og stabile.

Kan udarbejde skriftlige sygeplejeplaner i samarbejde med sygeplejersken. Kan dokumentere sygeplejen, evaluere plejen og kan rapportere videre til samarbejdspartnere ved ændringer i patienternes tilstand. Kan også tage selvstændige initiativer til plejetiltag inden for eget kompetenceområde. Kan indenfor social- og sundhedsassistentens arbejdsområde selvstændigt identificere, vurdere, tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sygepleje.

Har kompetence til at intervenere og informere/vejlede i situationer inden for eget kompetenceområde, hvor dette kræves.

Samarbejdskompetence:

Kan kommunikere og samarbejde med patienter ud fra en vurdering af patienternes ressourcer og har en empatisk og etisk tilgang til denne.

Kan indgå i et tæt samarbejde med relevante faggrupper, almen praksis, praksissektor og sygehus, samt ved hvornår grænse for egne kompetencer er nået – evner at sige fra over for opgaver, som social- og sundhedsassistenten ikke er oplært i.

Forvaltningskompetence:

Social- og sundhedsassistenten arbejder som autoriseret sundhedsperson og kan med udgangspunkt i patienternes behov, arbejdsstedets ressourcer og de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, identificere, tilrettelægge, udføre, evaluere og følge op på egne og

andres arbejdsopgaver. De har ikke et forvaltningsansvar og en forvaltningskompetence inden for tildeling af indsatser efter Sundhedsloven.

6.2.5 Kompetenceniveau professionsbachelor i sygepleje/sygeplejerske

En nyuddannet professionsbachelor i sygepleje har en meget bred viden og en høj grad af kritiske og analytiske færdigheder. Nedenstående beskrivelse af de fire kompetencer er udarbejdet på baggrund af bilag 1 i Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje (Undervisningsministeriet 2008).

Klinisk Handlekompetence:

Kan udføre, formidle og lede sygepleje, der er af såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter. Beherske sygeplejehandlinger i forhold til centrale kliniske patientsituationer som f.eks. patienten med smerter, patienten med ændret perception, patienten med ernærings- og væskeproblemer eller patienten, der er lidende og døende. Kan selvstændigt udøve sygepleje til patienter med forskellige livsopfattelser samt kulturelle, sociale og familiemæssige forhold, i alle aldersgrupper, hvis sundhed er truet, og mod patienter med akut og kronisk somatisk og psykisk sygdom dvs. til patienter i alle situationstyper.

Kan anvende principper for udarbejdelse og opdatering af pleje- og behandlingsprogrammer, kan beherske centrale instrumentelle sygeplejehandlinger, metoder og standarder og almindelig dokumentation og administration og anvende IT. Kan formidle og argumentere med anvendelse af et tydeligt fagsprog. Kan derfor udforme og ajour holde skriftlig handleplan i fht. krav om dokumentation for patienter i alle situationstyper.

Kan understøtte patienter i at mestre deres livssituation og kan varetage sundhedspædagogiske opgaver. Kan varetage ledende og koordinerende opgaver med henblik på at skabe kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb.

Vurderingskompetence:

Kan anvende systematiske dataindsamlingsmetoder til analyse af empiri. Kan selvstændigt identificere sygeplejebehov, opstille målsætninger, udføre, evaluere og justere sygepleje for udvalgte patientgrupper. Dette med fokus på både patientens grundlæggende behov og de særlige behov, der opstår ved sygdom eller når sundhed er truet. Kan kontinuerligt vurdere om der er ændringer i patientens situation. Kan medvirke ved diagnostiske undersøgelser, behandlinger og observationer knyttet hertil.

Samarbejdskompetence:

Kan samarbejde med patienter, pårørende og andre fagpersoner i planlægning, koordinering, delegering, udførelse og evaluering af sygepleje, uafhængigt af etnisk, kulturel, religiøs og sproglig baggrund.

Kan kommunikere med patienter med respekt for forskellige værdier, kultur samt intellektuelle og følelsesmæssige forudsætninger.

Kan identificere mulige dilemmaer og magtrelationer i pleje- og behandlingssituationer samt i strukturelle forhold i sundhedssektoren og handler ud fra gældende etiske retningslinjer.

Forvaltningskompetence:

Kan redegøre for og reflektere over klassifikationssystemer og standarder, lovgrundlaget for sygeplejen og sundhedsvæsnets organisation. Kender love og regler som styrer hjemmesygeplejen.

6.3 Patienternes sundheds- og livssituation og tilhørende kompetencebehov

I det følgende beskrives hver type sundheds- og livssituation som patienterne i hjemmesygeplejen kan befinde sig i og som IKOS anvender. Karakteristika i situationen forklares og der gives eksempler på, hvilke patienter der kan være tale om og det beskrives hvilke opgaver, der skal gennemføres. Patienternes sundheds- og livssituation afgør, hvilken kompetence sundhedspersonen skal have, der yder den direkte sygeplejeindsats. Personens sundheds- og livssituation kan være uafklaret, afklaret stabil, afklaret ustabil grad 1, afklaret ustabil grad 2 eller helt ustabil/ avanceret (Strandquist, Adal 2011). IKOS Sundheds- og livssituationerne er fundet dækkende for patientgrundlaget i Danmark. Da Danmark uddanner SOSU-hjælpere og SOSU –assistenter, som Norge ikke har, så er der forskelle mellem landene i, hvem der kan udføre direkte sygeplejeindsatser i situationerne. Her forklares, hvem der kan udføre de direkte sygeplejeindsatser i Danmark.

Uafklaret situation

En ny patient er altid i en uafklaret situation. Afklaring af situationen omfatter først sagsbehandling med visitation af sygeplejeindsatser, hvad der bør være sygeplejeindsatser og tildelt tid. Dette kan ske ved særskilt ved myndighedskontor eller udførerenheden og har konsekvenser for kompetence og personalebehov der. Efter at der er truffet afgørelse om visitation af sygeplejeindsatser, er patienten stadig en periode i en uafklaret situation. Patienten kommer i ny uafklaret situation, hvis han/hun kommer tilbage efter indlæggelse på sygehus eller ophold på plejehjem/rehabiliteringsafsnit.

Opgaver: Der skal i samarbejde med patienten laves en sundhedsfaglig udredning og herud fra lægges en sundhedsfaglig handleplan dvs. formuleres mål, indhold og metoder om tidsmæssig omfang for sygeplejeindsatserne, der skal leveres. Det skal vurderes og afklares, hvilken sundheds- og livssituation patienten er i.

Kompetencebehov: 100% Sygeplejerske pga. behov for en sygeplejerskes vurderings-, samarbejds-, handle- og forvaltningskompetence.

Afklaret stabil situation

Patientens behov er kendte og stabile, og ofte langvarige og omfattende, men de behøver ikke være det. Et eksempel er patienter med permanent tab af funktion på grund af lammelse eller demens. De har ofte brug for hjælp til at sikre personlig hygiejne, klare dagliglivets aktiviteter og vedligeholde deres ressourcer. Situationstypen omfatter også patienter, der af forskellige årsager, har brug for hjælp til mindre sygeplejeindsatser såsom stomipleje, hjælp til at tage af/på behandlingsstrømper, grundlæggende sygepleje, afklaret og stabil medicinadministration.

Opgaver: Udarbejdelsen af en skriftlig handleplan, gennemførelse af handlingerne i planen, evaluering, justering af planen og dokumentation i forhold til det.

Kompetencebehov: SOSU-assistents vurderings-, samarbejds- og handlekompetence. Den sygeplejerskeansvarlige sygeplejerskes vurderingskompetence, som sikrer, at ændringer i patientens totale situation og behov identificeres ved selv at yde direkte sygeplejeindsatser jævnlige.

Afklaret ustabil situation grad 1 og 2

Patientens behov er kendt, men i et afgrænset område af fysiske, psykologisk eller social karakter er patienten imidlertid i en ustabil situation. Det ustabile område er kendt som en del af patientens historie. Patienten kan for eksempel have ustabil diabetes, hjerte- eller lungesygdom, krævende sår, angst, demens eller udfordrende forhold med pårørende eller andre. Patienten kan også have udfordrende adfærd som medfører risiko for egen eller andres

sundhed. Omfanget af det ustabile afgør om patienten er i afklaret ustabil grad 1 eller 2. Når under 50% af sygeplejeindsatserne er rettet mod det ustabile område, er patienten i afklaret ustabil grad 1. Hvis over 50 % af sygeplejeindsatserne er rettet mod det ustabile, er patienten i afklaret ustabil grad 2.

Opgaver: Udarbejdelsen af en skriftlig handleplan, gennemførelse af handlingerne i planen, evaluering, justering af planen og dokumentation i forhold til det. Det ustabile område hos patienten skal løbende vurderes. Man skal observere og vurdere om ændringerne er kendte og om man kan følge patientens handleplan eller om man må iværksætte nye handlinger, eller få hjælp af specialister.

Kompetencebehov: Situationen kræver en sygeplejerskes vurderings-, handle-, samarbejds- og forvaltningskompetence ift. indsatser rettet mod det ustabile område. Indsatserne rettet mod det stabile, afklarede kræver som minimum en SOSU-assistents vurderings-, handle-, samarbejds- og forvaltningskompetence.

Ustabil situation/avanceret procedure

Der er to grupper af patienter i denne situationstype.

Nogle patienter skal have udført en procedure som er med komplikationsfare, men får ingen andre indsatser fra hjemmesygeplejen.

Procedurer som er med komplikationsfare er fx pleje og indgift via centralt venekatheter, epiduralkatheter, nefrostomikatheter, pleje og observation af nyanlagt stomi, PEG-sonde, pleje af sår hos nyopererede, inficerede sår, VAC-behandling, injektioner, respirator.

Opgaver: varetage proceduren fagligt forsvarligt. Dvs. være i stand til at tilpasse og udføre proceduren ud fra et overblik og indblik i patientens tilstand og helhedssituation, kliniske retningslinjer, professionelle standarder og principper, instruere/guide tydeligt og forståeligt, med nøjagtighed og præcision så sikkerhed for patient, sundhedsperson og miljø ivaretages.

Kompetencebehov: 100% sygeplejerske i de direkte sygeplejeindsatser.

Andre patienter er i en helt ustabil sundheds- og livssituation, og er kritisk syge og har svære symptomer eller farlig adfærd. Det ustabile i situationen er ikke kendt som en del af patientens historie. Foranstaltninger, der kan anvendes, er ikke angivet i patientens handleplan. Patienten har behov for løbende overvågning og opfølgning og evt. specialkompetence for at situationen bliver afklaret og under kontrol. Eksempler akutte vejrtrækningsproblemer, akut hjerneblødning, fald, benbrud, føling ved diabetes, fremskreden kræft, angst eller akut forvirring. Situationen kan også være ustabil socialt, hvis f.eks. patienten er afhængig af en masse hjælp fra pårørende, men disse er selv i en sårbar situation og / eller sundhedsmæssige udmattet på grund af alderdom eller langvarig omsorgsforpligtigelse.

Opgaver: sygeplejefaglig vurdering af patientens totale situation mhp., hvilke observationer og handlinger som skal gøres, udarbejdelse af en skriftlig handleplan, gennemførelse af handlingerne, evaluering, justering af planen og dokumentation i forhold til det. Patientens totale situation skal løbende vurderes for at kunne iværksætte de nødvendige kendte handlinger, forebygge komplikationer og skade, nye handlinger eller sørge for ekstern hjælp. Patienten skal sikres samtidig med prioritering og implementering af handleplan.

Kompetencebehov: 100% sygeplejerske i de direkte sygeplejeindsatser.

For patientcases og efterfølgende vurdering af sundheds- og livssituation, som blev udviklet til undervisning af personalet, se bilag 2.

7.0 Resultatopgørelse af Del 2

Dette kapitel svarer på forskningsspørgsmål nr. 2:

Hvordan kan kvalitet på patientindividniveau måles og faglig minimumskompetence i bemandingsplanen estimeres?

7.1 Måling af kvalitet

Begrebet kvalitet defineres i dette projekt som de samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger (Mainz, Krøll & Abildgaard 2003).

Derfor omfatter kvaliteten af sygeplejeindsatser efter § 138 i Sundhedsloven både den sundhedsfaglige kvalitet, den organisatoriske kvalitet og den interpersonelle kvalitet (Mainz et al. 2011, s. 39).

Den sundhedsfaglige kvalitet er kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser, som jf. Sundhedslovens § 5 omfatter *”undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient”* (Sundhedsministeriet 2010). Den interpersonelle kvalitet vedrører samspillet og kommunikationen mellem patient og sundhedsvæsen – her plejepersonalet ansat i hjemmesygeplejen. Den organisatoriske kvalitet vedrører tilrettelæggelsen af patientforløbet, herunder koordination og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbet (Mainz et al. 2011, s. 39-41).

Kvalitet for bruger er i den norske IKOS version defineret ved:

”sikring af medvirkning og faglig gode og sammenhængende behandlingsforløp i tråd med lovverk og kommunale retningslinjer” (Strandquist, Adal 2011, s. 35).

Her ses, at den norske IKOS kvalitetsdefinition omfatter både den sundhedsfaglige kvalitet (faglig gode behandlingsforløb), den organisatoriske kvalitet (sammenhængende behandlingsforløb) og interpersonelle kvalitet (sikring af brugers medvirkning), hvilket er i overensstemmelse med projektets kvalitetsdefinition.

På baggrund af IKOS’ norske definition af kvalitet, operationaliseres kvalitet, i det norske IKOS ved at:

- Brugere er tildelt en indsatsansvarlig (hedder ikke sygeplejeansvarlig fordi indsatserne ydes alle steder i kommunen, hvor der ydes kompetencekrævende indsatser)
- Brugere er ved behov i tillæg tildelt primærkontakt
- Obligatoriske ydelser i patientforløbet er udført
 - Medinddragelse af bruger
 - IPLOS (Individbaseret Pleie- og Omsorg Statistik)
 - Sundhedsfaglig handleplan
 - Sammenhængende ydelser
- Andre indsatser er i varetaget (ikke obligatorisk for alle brugere)
 - Personligt udstyr
 - Tekniske hjælpemidler
 - Medicinliste
 - Individuel Plan
 - Økonomi

Sundhedsloven har ikke fastsatte regler for indhold, omfang og kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser. Men i formålsbestemmelserne i Sundhedsloven § 1 står der, at

*”Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte”
(Sundhedsministeriet 2010).*

og i § 2, at kravene til sundhedsvæsenet er fastsat mhp. at opfylde behovet for

*”behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling”
(Sundhedsministeriet 2010).*

Altså stilles der i Sundhedsloven bl.a. krav til kommunerne om behandling af høj kvalitet og sammenhæng mellem ydelser og let adgang til information. Kommunen har også efter Klage- og erstatningsloven (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011) ansvar for, at behandlingen opfylder professionens normer til forsvarlighed, og er forpligtet til at yde erstatning for pleje- og behandlingsskader, der kunne have været undgået med anden behandling, hvor ansvarsnormen er bedste specialist (Mainz et al. 2011, s. 58). Den høje kvalitet og faglig forsvarlighed i pleje og behandling sikres med IKOS standard for SA ved, at alle patienter tildeles en SA (se SA's funktionsbeskrivelse i bilag 3). Ved at SA efterlever de i funktionsbeskrivelsen præciserede opgaver, ansvar og kompetencer og bl.a. vurderer jævnligt og kontinuerligt egne patienternes sundheds- og livssituation, får patienterne mulighed for at få leveret de direkte sygeplejeindsatser af fagpersonale med den fornødne formelle kompetence. Dette kan kvalitetssikre den daglige arbejdsdeling. Alle patienterne i hjemmesygeplejen vurderes at have **behov for SA's** funktioner og kompetencer jf. funktionsbeskrivelsen.

Sammenhæng mellem indsatser, let adgang til information sikres ligeledes med IKOS's standard for PK ved, at patienter med særlig behov og mange indsatser af sygeplejelederen tildeles en PK. PK medvirker til at skabe kontinuitet og inddrage patienten i den daglige pleje og behandling (se PK's funktionsbeskrivelse i bilag 4). Derfor er der i projektet valgt at måle på, hvor mange patienter, der vurderes at have **behov for en PK** jf. funktionsbeskrivelsen.

Bestemmelserne i Sundhedsloven er imidlertid ikke fulgt op af regler, der forpligter kommunerne til at præstere bestemte indsatser med bestemt kvalitet. Kommunerne skal via interne retningslinjer, procedurebeskrivelser og visitationskriterier selv udfylde reglerne og konkretisere indholdet af de pleje- og behandlingstilbud, der skal stilles til rådighed i hjemmesygeplejen (Mainz et al. 2011, s. 58). I Langeland Kommune har man bl.a. procedurer for føring af medicinliste og en sårstrategi. Proceduren for føring af medicinliste er udarbejdet og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen krav til journalføring af medicinliste og derfor udvælges, der i projektet en kvalitetsindikator ift. lettilgængelig dokumentation af, om **medicinlister er ført efter proceduren herfor**. Efter sygeplejeleders ønske udvælges der ligeledes en kvalitetsindikator i ft. lettilgængelig dokumentation af, om **sårstrategi er fulgt**.

Kommunerne har i følge Sundhedsloven § 4 pligt til i samarbejde med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne at sikre kvalitetsudvikling og en effektiv ressourceudnyttelse i

sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v. (Sundhedsministeriet 2010). Fordi sammenhængende indsatser og effektiv ressourceudnyttelse er et krav til kommunerne er kvalitetsindikatoren ”**sammenhængende indsatser**” udvalgt.

Kommunalbestyrelsen har, som de driftsansvarlige for de kommunale sundhedsydelse efter Sundhedsloven kap. 36-39, herunder hjemmesygepleje og efter Klage- og erstatningsloven § 39 erstatningsansvar jf. § 20, hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007a, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011). Derfor er der i projektet udvalgt lettilgængelig dokumentation af kvalitetsindikatorerne **teknisk udstyr og personligt udstyr**. Der måles herved om det er dokumenteret, at patientens tekniske og personlige udstyr er holdt i orden, rent, mærket med navn og er svarende til patientens aktuelle behov. Dette fordi det forudsættes, at kvaliteten i sundhedsindsatserne, herunder patientsikkerheden, med større sandsynlighed kan sikres, hvis det tekniske og personlige udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje er holdt i orden, rent og mærket med navn og svarende til patientens behov.

Sundhedsloven stiller i § 15, stk. 2, 3, 4 og 5, krav om, at patienterne skal medvirke og inddrages ved at give deres informerede samtykke før behandling efter § 5 indledes eller fortsættes (Sundhedsministeriet 2010). Det informerede samtykke skal gives på baggrund af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Sundhedspersoner defineres i § 6 som

”personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar”
(Sundhedsministeriet 2010).

Det informerede samtykke kan gives mundtligt, skriftligt eller efter omstændighederne stiltiende. Ofte vil der i hjemmesygeplejen blive iværksat behandling af patienten uden at denne har kontakt med den ordinerende læge, hvorfor sundhedspersonen, der modtager ordinationen overtager informationsansvaret og dermed ansvaret for at indhente et informeret samtykke. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser stiller krav om at samtykke til pleje og behandling dokumenteres i optegnelserne (her omtalt som journalen) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 15/01/2013). Sundhedsloven stiller krav til samtykkets form og indhold i § 16, stk. 2, 3, 4. Patienten skal også informeres om retten til at frabede sig information. Der gælder særlige regler for en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Her kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke dog gives af værgeren (Sundhedsministeriet 2010).

Grundet ovenstående krav er SA i IKOS den ansvarlige for at sikre samtykke. PK kan medvirke hertil. I projektet udvælges derfor lettilgængelig dokumentation af IKOS kvalitetsindikatoren **patientinddragelse**. Her måles på, om der i journalen ved seneste visitation er dokumenteret, om patienten og evt. dennes pårørende er informeret og har givet samtykke til visitationens iværksættelse.

Sundhedsstyrelsens syn på kvalitet

Ifølge Sundhedsstyrelsen bør høj kvalitet af sundhedsvæsenets ydelser være karakteriseret ved:

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet (Mainz et al. 2011, s. 36-37).

Sundhedsstyrelsen stiller i Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser krav til indholdet i de sygeplejefaglige optegnelser. Her stilles krav om analyse af patientens konkrete sygeplejefaglige problemstillinger og klarlægning af sammenhænge, årsager og konsekvenser, samt at kortlægge patienternes sundhedsbehov og sygdomsrisiko. Der skal identificeres sygeplejefaglige indsatsområder og iværksættes handleplaner, som dækker patienternes behov og der skal sikres en løbende opfølgning (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 15/01/2013). Dette kaldes i projektet en sundhedsfaglig udredning, som udmunder i en sundhedsfaglig handleplan.

Derfor udvælges lettilgængelig dokumentation af IKOS kvalitetsindikatoren **sundhedsfaglig handleplan**. Der måles på, hvorvidt der ved seneste visitation er ført sygeplejefaglige optegnelser svarende til de krav Sundhedsstyrelsen stiller i vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Den sundhedsfaglige udredning og løbende opfølgning/evaluering sikres i IKOS ved, at SA jævnligt deltager i direkte sygeplejeindsatser og har et konkret beskrevet ansvar (jf. funktionsbeskrivelsen bilag 3) ift. egne tildelte patienter. Sundhedsfaglig udredning ses endvidere som en obligatorisk indsats til patienter i uafklaret sundheds- og livssituation.

Som det fremgår af ovenstående er IKOS kvalitetsindikatorer i dette projekt udvalgt på baggrund af ovenstående definitioner af kvalitet og tilpasset, så de er i overensstemmelse med de lovgivningsmæssige krav og kommunale retningslinjer til ydelser efter § 138 i Sundhedsloven. De omfatter både aspekter fra den sundhedsfaglige, organisatoriske og interpersonelle kvalitet. Det konkluderes, at alle patienterne har behov for en SA, hvorfor det ikke registreres i dataindsamlingsugen.

Som det fremgår af ovenstående kan opsummeres, at kvalitet derfor måles på patientniveau ved at registrere lettilgængelig dokumentation af følgende kvalitetsindikatorer:

- Patienternes individuelle behov for en sygeplejeansvarlig.
- Patienternes individuelle behov for en primærkontakt.
- Obligatoriske indsatser i patientforløbet er udført:
 - Patientinddragelse
 - Sundhedsfaglig handleplan
 - Sammenhængende indsatser
- Andre indsatser :
 - Personligt udstyr
 - Tekniske hjælpemidler
 - Medicinliste
 - Sårstrategi.

7.1.1 Definition af kvalitetsindikatorer

Hver af de udvalgte kvalitetsindikatorer defineres nedenfor:

Sygeplejeansvarlig (SA):

Alle patienter, der er visiteret til sundhedslovsindsatser i hjemmesygepleje vurderes at have behov for en sygeplejeansvarlig med det formål at sikre medinddragelse af patienten, faglig praksis i udførelsen og sammenhængende patientforløb. Ansvar og rolle er konkretiseret i funktionsbeskrivelse for SA (se bilag 3).

Primærkontakt (PK):

Det registreres, om patienten vurderes at have behov for en primærkontakt. Patienter, der får sundheds- og evt. også servicelovsindsatser hver dag eller af anden grund har behov for kontinuitet får ved behov tildelt en PK (se bilag 4).

Obligatoriske indsatser i patientforløbet:

Patientinddragelse:

Ved visitation af seneste sygeplejeindsats er journalen udformet jf. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 15/01/2013). Dvs. journalen er opdateret med kontaktoplysninger på dem, som er patientens nærmeste pårørende/ værge.

Det er dokumenteret, at patienten mundtligt er gjort bekendt med hvem, der har ansvar for sygeplejeindsatserne, kontaktoplysninger og indholdet i samarbejdet. Pårørende/ værge er informeret, når patienten samtykker til det. Det er journalført, hvis patienten ikke ønsker dette.

Det er journalført, hvis patienten ikke har samtykkekompetence. Samarbejdet sker da med patientens nærmeste pårørende og hvis sådanne er fraværende, meldes et behov for værge.

Handleplan

Ved visitation af seneste sygeplejeindsats er sygeplejeindsatserne ført i journalen og den sundhedsfaglige dokumentation udformet i overensstemmelse med Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.

Dvs. der foreligger en handleplan, der indeholder:

- En grundig udredning af patientens aktuelle samt potentielle problemer/behov, i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder.
- En struktureret dokumentation af sammenhængen mellem den planlagte behandling og udførte behandling.
- En kvalificeret opfølgning af de igangsatte indsatser, gennem dokumentation af de opnåede resultater ved den udførte behandling (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 15/01/2013).

Sammenhængende indsatser:

Det registreres, om det i journalen er dokumenteret om der er andre, der yder sundheds- og omsorgsindsatser til patienten og om disse andre indsatsydere er registreret med kontaktoplysninger i journalen. Det kan være egen læge, sygehuslæge, fysioterapeut, ergoterapeut, tandlæge, dagtilbud, støttekontaktperson, hjælpemiddel central, hjemmeplejen.

Dette for, at SA ved behov og efter aftale med patienten kan tage kontakt og samarbejde med andre sundheds- og omsorgsydere for at medvirke til et helhedsorienteret, sammenhængende og koordineret forløb.

Andre indsatser (ikke obligatorisk/relevant for alle patienter):

Personligt udstyr:

Det registreres, hvorvidt det er dokumenteret, at personligt udstyr, som kan omfatte klæder, toiletsager, briller, høreapparat, inkontinensudstyr og bolig, er anskaffet og svarer til behov, mærket med navn, holdt rent og i orden.

Tekniske hjælpemidler:

Det registreres, hvorvidt det er dokumenteret om tekniske hjælpemidler, som kan omfatte, rullestol, rollator, lift, seng, inhalator, respirator og andet er anskaffet og svarer til behov, mærket med navn, holdt rent og i orden.

Medicinliste:

Det registreres, hvorvidt det er dokumenteret om medicinlisten, ved behov herfor, er opdateret og journalført efter gældende retningslinjer for dokumentation af medicinordination i Langeland Kommune.

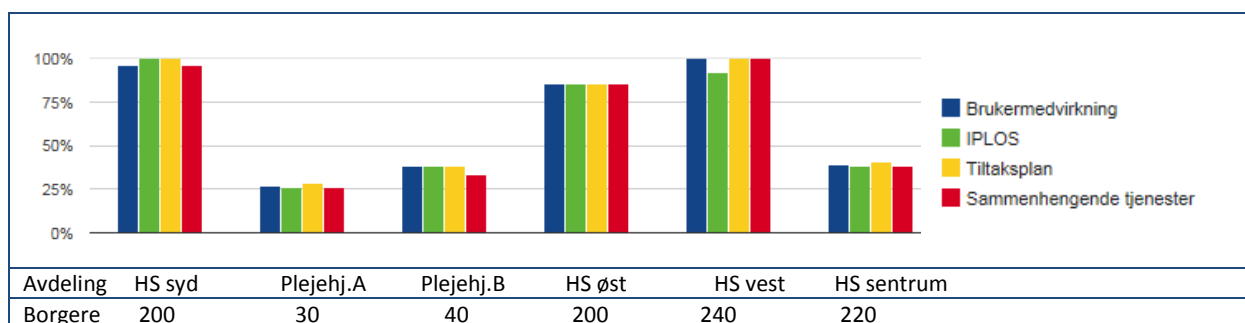
Sårstrategi:

Det registreres, hvorvidt det er dokumenteret, at sårproceduren, ved behov herfor, er fulgt jf. gældende sårstrategi i Langeland Kommune. I IKOS opgøres dette under fanen "Økonomi".

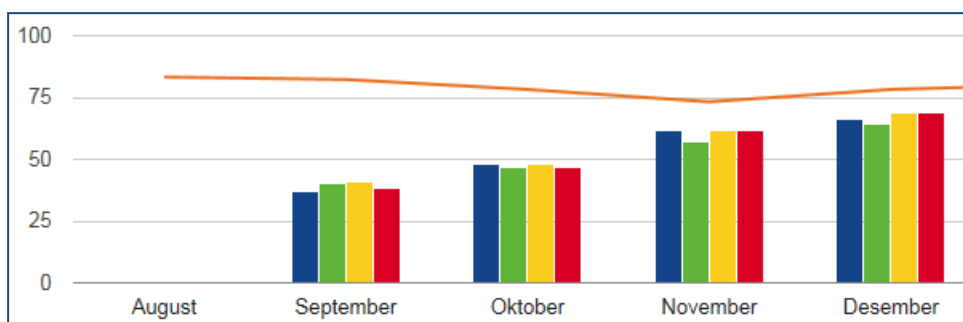
7.1.2 Resultatopgørelse af kvalitetsmåling

Data (fra dataindsamlingsmatrix 1) blev af projektleder indtastet i IKOS. IKOS opgjorde på den baggrund, hvor mange af patienterne, der ifølge deres journal havde lettilgængelig dokumentation for, at de obligatoriske indsatser i patientforløbet og andre indsatser var blevet udført.

Resultaterne fra dette projekt indgår ikke i alle tilfælde i rapporten, men bliver fremstillet grafisk på baggrund af resultater fra norske kommuner. Disse grafer viser en udvikling i kvalitet og patienter over tid. Første graf sammenligninger kvalitetsmålinger i de forskellige kommunale distrikter og nederste graf viser udvikling i opfyldelse af kvalitetsindikatorerne obligatoriske indsatser over tid. IKOS kan også vise grafer der angiver i antal, hvor mange patienter, der har fået udført obligatoriske indsatser/ har fået fulgt op på deres patientforløb, og hvor det svigter.



Figur 2. Procentandel patienter, der har fået udført de obligatoriske indsatser i patientforløbet i den forgangne måned i hver afdeling/distrikt i en kommune.



Figur 3. Udviklingen i antal patienter, der har fået udført de obligatoriske indsatser i patientforløb i samme afdeling/distrikt. Den orange linje er antal patienter.

Projektet fandt, at alle patienter bør have en SA tilknyttet, og det blev registreret, hvor mange patienter, der i tillæg havde behov for en PK. Disse resultater blev opgjort i IKOS og illustreret ved en graf.

7.2 Resultater af beregning af kompetencebehov

Som tidligere beskrevet i afsnit 2 beregnes kompetencebehovet i IKOS på følgende måde:

1. Først opgøres, hvad personalet bruger tiden på i afdelingen. Leder registrerer, hvilke opgaver personalet udfører, og hvor meget tid, der går med hver opgave. Leder angiver, hvilke af de administrative opgaver, som kræver sygeplejerskekompetence. De resterende opgaver kan alt personale udføre.
2. Tiden, der bruges til de direkte sygeplejeindsatser, og som er angivet af leder, sammenholdes af IKOS med opgørelsen af alle patienternes sundheds- og livssituation, og det beregnes her ud fra, hvilken kompetence/uddannelse, der kræves i de direkte sygeplejeindsatser.
3. På baggrund af punkt 1 og 2 udregner IKOS en bemandingsplan, der angiver, hvor mange af personalet der skal være sygeplejersker, og hvor mange der skal være SOSU-assistenters, for at kunne udføre alle afdelingens planlagte opgaver.

Dette resultat holdes sammen med IKOS standardkrav til, hvor mange patienter hver SA maksimalt kan have ansvar for. Afdelingen skal have tilstrækkeligt antal sygeplejersker til at være SA. Ud fra disse beregninger kan ledelsen af afdelingen se, om de har nok formel kompetence i bemanningen til at kunne yde sygeplejeindsatser med god kvalitet, eller om personalesammensætningen bør ændres. Resultatet fra ressourceanalysen kan sammenholdes med resultaterne for kvalitetsmålingen. Det kan også sammenholdes med andre målinger for afdelingen, såsom forekomst af utilsigtede hændelser og medarbejderundersøgelser om personalets trivsel. Tilsammen giver dette grundlag for ledelsens evaluering af om man bruger tiden bedst muligt, eller om personalet skal gøre mere eller mindre af nogle opgaver.

7.2.1 Definition af opgaver personalet bruger tid på

Nedenfor defineres indhold i Dataindsamlingsmatrix 2, som er alle opgaver i afdelingen.

Direkte indsatser til patienterne

Visiterede sundhedslovsindsatser efter § 138 i hjemmesygeplejen. Tiden til direkte indsatser kobles sammen med patienternes sundheds- og livssituation for at beregne, hvilke kompetencer der er behov for i bemandingsplanen i store tal. I IKOS kaldes de **direkte tjenester**.

Administration som kræver sygeplejerske

Det er de administrative, ledende og koordinerende opgaver som kræver bacheloruddannelse, men som i det daglige kan delegeres til andre. Tiden til nedenstående opgaver kobles i IKOS bemandingsplan til behov for sygeplejerske kompetencer.

Læge- og specialistsamarbejde	
Beredskab:	
Akuttelefon	
Visitation til akutboliger	
Vagtlæge	
SA-patientadministration:	
Modtage og afslutte patienter*(se def. herunder)	Kun den tid som leder angiver kræver sygeplejerskekompetence, resten føres under modtage/udskrive under generel administration.
Gruppemøde med hj.pl	Sygeplejerskernes møde med hjælpergrupper vedr. patienter f.eks. triagering dagl. i hver udegruppe
Møde med visitator	Månedligt møde mellem sygeplejersker, visitatorer og disses ledere for at bedre samarbejdet.
Visitationsmøder	Møder mellem sygeplejerske, visitator og patient / pårørende vedr. korttidspladser
Forløbskoordination	Særlig koordinerende opgaver i forhold til særlige patienter

*Modtage og afslutte patienter:

Aktiviteter ved modtag af en ny patient:
<ul style="list-style-type: none">• Forberede modtagelse; visitation, mål, indhold, omfang, sætte på køreliste• Information om kvalitets- og serviceniveau• Dokumentere handlinger inkl. evt. medicinliste
Aktiviteter ved afslutning af en patient:
<ul style="list-style-type: none">• Information til samarbejdspartnere og evt. pårørende, som følger patienten videre• Tilrettelægge overdragelse af ansvar for patientrelaterede opgaver.• Afslutte patienten i omsorgssystemet• Oprydning i patientens hjem samt rengøring af lånte remedier

Administration generelt

er de nedenstående opgaver som leder vurderer, at alle ansatte i enheden har formel kompetence til at udføre:

Egen rapport

Tid til rapportlæsning, få tildelt opgaver og afgiv rapport/dokumentere. Ansattes samlede tidsforbrug ved vagtstart, midtvejs og ved vagtafslutning.

Transport

Transporttid (gå, cykle, bil) mellem ydelsesstederne. Transport= køretid = kilometer x fart.

Personaletid

Tid i minutter pr. ansat pr. vagt. Dette er personaletid som kommer i tillæg til aftalt tid til pause.

Personalemøder

Sygeplejemøder	Alle ansatte i gruppen men kun tiden der bruges til information.
Gruppemøde	Møde i lokalgrupper vedr. gruppens trivsel og udfordringer. Nord, Syd, Midt
Gruppemøde A/N	Møde i lokalgrupper vedr. gruppens trivsel og udfordringer. Aften / nat
HU og MED	Hovedudvalgsmøde og MED- møde, for TR og AMR
MUS	Medarbejderudviklingssamtaler
Ø-akademi møder	Møde mellem medarbejdere i de 5 små Ø-kommuner 3 personer 2 timer hv. 2. mnd.
TR HU-deltager	Fast afsat tid til TR-arbejde herunder HU og MED
TR	Uden HU og MED
AMR	Arbejds miljørepræsentant
Møde med Visitor	

Kompetenceudvikling

Fagkurser	Diverse faglige kurser og temadage vedr. vidensområder
Brandøvelse	Årlig obligatorisk
Oplæring af nyansatte	Kun den del alle medarbejdere kan varetage.
Oplæring af nye tekniske hjælpemidler	Tekniske hjælpemidler i forbindelser med pleje og behandling af patienter.
Studerende	2 kliniske vejlederes tidsforbrug
Efteruddannelse	For alle fastansatte
Kvalicare	Alle ansattes faglige opdatering i forhold til sårpleje.
Faglig sparring vidensansvar	Møder for videnspersoner f.eks. møde med diverse kontaktpersoner SSA og SSH
Ø-akademi	Møde mellem medarbejdere i de 5 små Ø-kommuner
Erfa- og netværksmøder	Møder for videnspersoner med erfaringsgrupper og netværk i andre kommuner og regionen
Forflytningsinstruktion	Årligt alle ansatte
Sygeplejemøde	Kun den tid på mødet der vedrører faglige diskussioner, procedurer, opfølgning og forberedelse til diverse andre møder
Projektmøder	Møder om diverse projekter for medarbejdere
Ad Hoc møder	Hvor medarbejdere er indkaldt til diverse arbejdsgrupper, Innovation, partnerskab, triage m.m.

Driftsopgaver

Vedligehold / renhold / delegerede lederopgaver:
Sygeplejedepot, bestilling og modtagelse af varer samt oprydning i depot
Biler – tankning
Biler opfyldning, oprydning
Delegerede lederopgaver, akut vagtplanlægning v. ikke planlagt fravær m.m.
Køreplaner
Kvalicare (såranalyse 1 gang årligt)+ daglig brug
Delegerede lederopgave i ft. IT system

Ledelse/specielle funktioner

Er tid til daglig ledelse af enheden.

7.2.2 Resultatopgørelse af brug af tid til alle opgaver

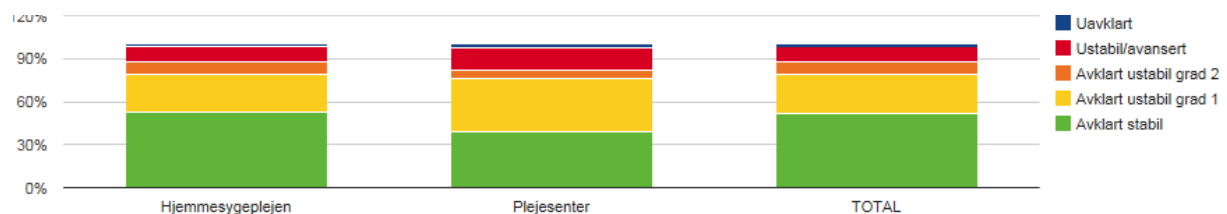
Det blev kortlagt, hvor mange sygeplejersker og SOSU-assistenten afdelingen havde, der kunne være SA og PK.

Det blev kortlagt, hvor meget tid afdelingen havde til disposition hver uge. Lederen angav, hvor mange sygeplejersker og SOSU-assistenten, der var planlagt i dagvagt på hverdage, aftener og weekender. Ved at se på antal ansatte og længden på vagterne, så blev det kortlagt, hvor meget tid afdelingen havde til rådighed i en normal uge.

Lederen skønnede, hvor meget tid hun planlagde at bruge på alle afdelingens opgaver. Anvendt tid skulle være lig tid til rådighed sådan, at bemandingsplanen blev indenfor den fastlagte økonomiske ramme. Leder havde ikke tidligere erfaring i IKOS's form for opgørelse af tid til alle opgaver, og der måtte justeres i tid til alle opgaver af flere omgange ud fra leders bedste skøn. På baggrund af denne opgørelse af opgaver og tid anvendt hertil genererede IKOS grafer der viste opgørelse over tidsbrug for dag og aften i hjemmesygeplejen i timer per uge og procent.

7.2.3 Resultatopgørelse af patienternes sundheds- og livssituation

Følgende graf angiver i procent og antal, forekomst af patienter i de fem sundheds- og livssituationer under dataindsamlingsugen i Langeland (hjemmesygeplejen (midt, nord, syd) og plejecentre (midt, nord, syd)). Data herfra blev brugt til beregning af kompetencebehov.



Helse- og livssituasjoner - april 2014 - Langeland

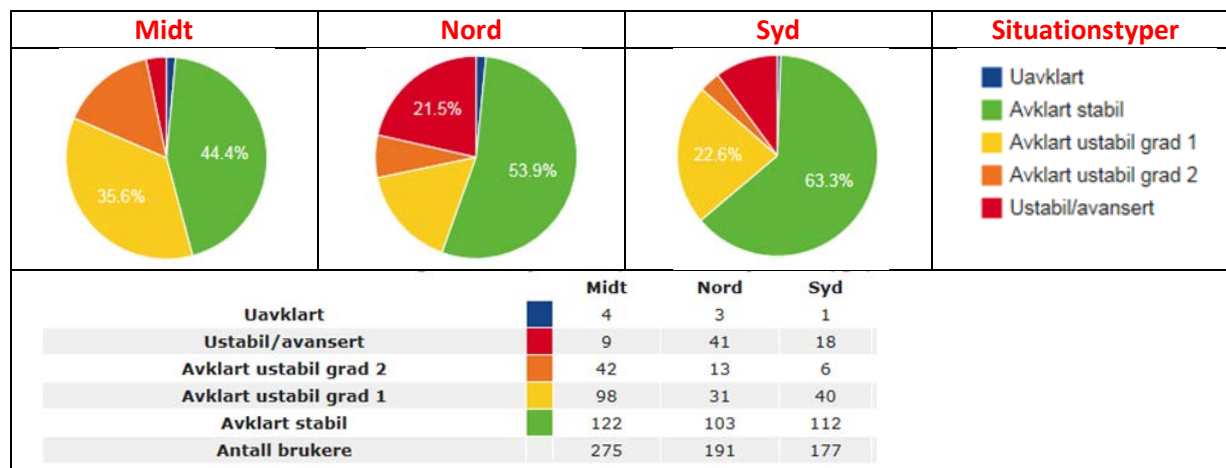
	Hjemmesygeplejen	Plejesenter	TOTAL
Uavklart	8	1	9
Ustabil/avansert	68	5	73
Avklart ustabil grad 2	61	2	63
Avklart ustabil grad 1	169	12	181
Avklart stabil	337	13	350
Antall brukere	643	33	676

Figur 4. Forekomst af antal patienter i de forskellige sundheds- og livssituationer i Langeland.

Af ovenstående figur 4 ses det, at de 676 patienter totalt fordelte sig i de fem sundheds- og livssituationer således: 9 var uafklaret, 73 var ustabil/avanceret, 63 var afklaret ustabil grad 2, 181 var afklaret ustabil grad 1 og 350 var afklaret stabile. Ved hjemmesygeplejens i alt 643 patienter var fordelingen sådan, at 8 var uafklaret, 68 var ustabil/avanceret, 61 var afklaret ustabil grad 2, 169 var afklaret ustabil grad 1 og 337 var afklaret stabile. Ved plejecentrenes i alt 33 patienter var 1

uafklaret, 5 ustabil/avanceret, 2 var afklaret ustabil grad 2, 12 var afklaret ustabil grad 1 og 13 var afklaret stabile.

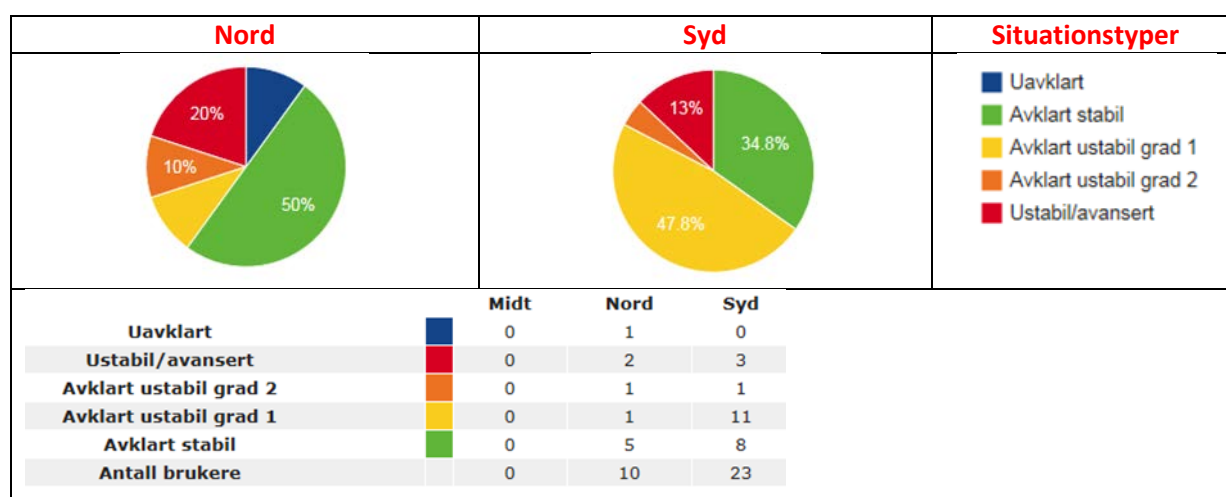
Nedenstående graf viser forekomst af antal patienter i de forskellige sundheds- og livssituationer i hjemmesygeplejen Midt, Nord og Syd.



Figur 5. Forekomst af patienter i de forskellige sundheds- og livssituationer i Hjemmesygeplejen.

Ovenstående figur 5 uddyber resultaterne vist i figur 4 ved at vise forekomsten af patienter i sundheds- og livssituationer i hjemmesygeplejens tre områder Midt, Nord og Syd. Det ses at område Midt havde 275 patienter hvoraf 4 var uafklaret, 9 var ustabil/avanceret, 42 var afklaret ustabil grad 2, 98 var afklaret ustabil grad 1, 122 var afklaret stabile. Område Nord havde 191 patienter hvoraf 3 var uafklaret, 41 var ustabil/avanceret, 13 var afklaret ustabil grad 2, 31 var afklaret ustabil grad 1, 103 var afklaret stabile. Område Syd havde 177 patienter hvoraf 1 var uafklaret, 18 var ustabil/avanceret, 6 var afklaret ustabil grad 2, 40 var afklaret ustabil grad 1, 112 var afklaret stabile.

Nedenstående graf viser forekomsten af patienter i de to plejecentre distrikter Nord og Syd.



Figur 6. Forekomst af patienter i de forskellige sundheds- og livssituationer på plejecentre.

Af figur 6 ses, at der ikke blev registreret nogle patienter visiteret fra Plejecentre i område Midt – dette var en fejl. Mere herom under diskussionen. Plejecentre i område Nord havde 10 patienter visiteret til hjemmesygepleje, hvoraf 1 var uafklaret, 2 var ustabil/avanceret, 1 var afklaret ustabil grad 2, 1 var afklaret ustabil grad 1, 5 var afklaret stabile. Plejecentre i område Syd havde 23

patienter visiteret til hjemmesygepleje, hvoraf 0 var uafklaret, 3 var ustabil/avanceret, 1 var afklaret ustabil grad 2, 11 var afklaret ustabil grad 1, 8 var afklaret stabile.

7.2.4 Resultatopgørelse bemandingsplan

Da 78 patienter af de 676 patienter fik sygeplejeindsatser leveret af hjemmeplejens personale på delegation, blev de efterfølgende trukket ud af gruppen af de stabilt afklarede patienter og tiden til deres indsatser blev ligeledes trukket ud, før estimering af kompetencebehov og dermed bemandingsplan. De blev trukket ud af gruppen af stabilt afklarede fordi leder angav, at kun stabilt afklarede patienter delegeres til hjemmeplejens personale. Derfor indgik 676 patienter minus de 78 patienter lig med 598 patienter i estimering af bemandingsplan.

Projektleder lavede i IKOS en bemandingsplan for Langeland med den omtrættelige brug af tid, sådan som leder havde skønnet brug af tid og kompetencer. Resultatet var derfor ikke 100 % korrekt, men viste et kvalificeret anslag på, hvordan tid og kompetencer aktuelt bruges.

Bemandingsplanen blev altså estimeret i IKOS på baggrund af bemandingsbehovet ved leders fordeling af tid og kompetencer, samt kompetencebehovet genereret af den registrerede forekomst af patienter i de forskellige sundheds- og livssituationer i hjemmesygeplejen. Herunder vises et eksempel på, hvordan bemandingsplaner vises i IKOS. Eksemplet er fra en kommune i Norge.

Bemanningsplan																							
		Mandag			Tirsdag			Onsdag			Torsdag			Fredag			Lørdag			Søndag			
		Har	Behov	Behov m/k.slakk	Har	Behov	Behov m/k.slakk	Har	Behov	Behov m/k.slakk	Har	Behov	Behov m/k.slakk	Har	Behov	Behov m/k.slakk	Har	Behov	Behov m/k.slakk	Har	Behov	Behov m/k.slakk	
Ledelse	Leder	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
	Merkantil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
DAG	Bachel.	4	4	5	4	6	7	4	5	6	4	5	6	4	4	4	5	2	3	4	2	3	4
	Fagutd.	6	6	5	7	5	4	6	5	4	7	6	5	6	6	5	7	6	5	7	6	5	
Tjeneste- utøvelse	KVELD Bachel.	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
	Fagutd.	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	

Figur 7. Eksempel på IKOS bemandingsplan for sygeplejen dag og aften i en kommune i Norge.

Leders bemandingsplan viste, at IKOS estimerede, hvilken bemanning, der som minimum var nødvendig for at skabe *det målte niveau af kvalitet på patientniveau*. IKOS estimerer ud fra leders vurdering af behov for tid og kompetence til at varetage andre opgaver i sygeplejenheden, samt informanternes vurdering af patienternes sundheds- og livssituation. Leders bemandingsplan viste, hvilken bemanning man har aktuelt, hvilket behov for bemanning patienterne har, og bemandingsbehov med kompetenceoverlap (ekstra kompetence for at tåle et ikke planlagt medarbejderfravær) – *hvis der stræbes efter det målte niveau af kvalitet*.

Leders bemandingsplan og leders fordeling af tid og kompetencer generer omvendt det aktuelle målte kvalitetsniveau. Det er derfor, det kaldes en IKOS ressourceanalyse – leder kan herigennem vurdere om brug af tid og kompetencer er effektivt og via kvalitetsmålingen vurdere, om der skabes det ønskede kvalitetsniveau i sygeplejen.

Antal patienter pr. SA

Som et led i ressourceanalysen blev antal patienter pr. SA blev udregnet ud fra hjemmesygeplejens patienter alene. Dvs. de 676 patienter fratrukket hjemmeplejens 78 patienter og plejecentrenes 33 patienter. Dette fordi, projektet udelukkende vil vurdere om hjemmesygeplejen havde sygeplejersker nok til at lykkes med ordning med SA for egne patienter. Hjemmesygeplejen leverer under nuværende organisering kun direkte sygeplejeindsatser til patienter på plejecentrene – herunder

udarbejdelsen af en sundhedsfaglig udredning efter visitation, ved alle nye borgere samt ved ændrede behov. Sygeplejerskerne har ikke en kontinuerlig opsøgende funktion i ft. alle plejecentrenes beboere og i ft. hjemmesygeplejens delegerede afklaret stabile patienter i hjemmeplejen, som er beskrevet i SA funktionsbeskrivelse. Derfor er antal patienter i hjemmesygeplejen lig 565. På baggrund af opgørelse af antal sygeplejersker, der p.t. er ansat i stillinger, der er mellem 75-99% og i 100 % stillinger kunne der opgøres, hvor mange sygeplejersker i hjemmesygeplejen, der kunne være SA jf. norsk IKOS standard for SA (se afsnit om norsk IKOS standard for sygeplejersvarlig i kapitel 2).

Antal patienter pr. PK

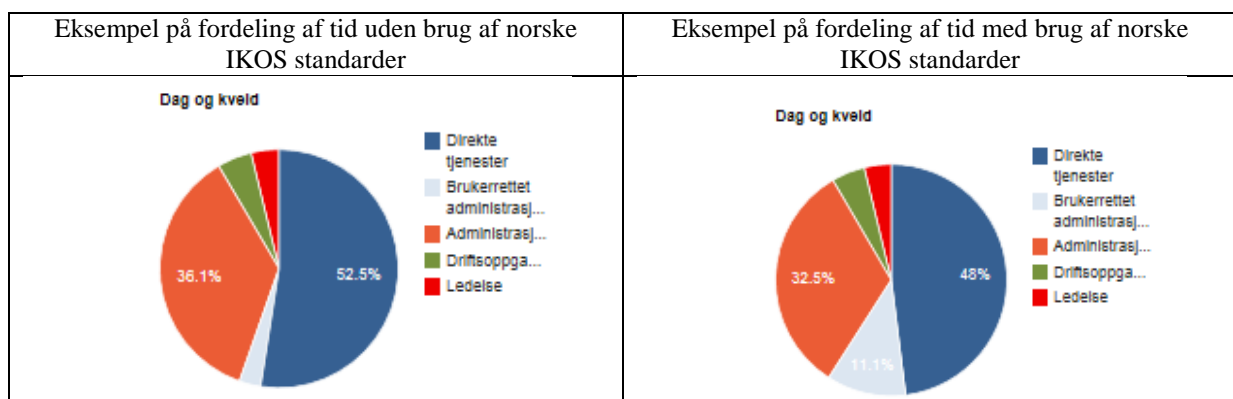
Ligeledes blev opgørelse af antal patienter med behov for en PK og antal SOSU-assistenters ansat i enheden brugt til at opgøre om hjemmesygeplejen havde nok SOSU-assistenters til at lykkedes med PK ordningen. Det udregnet, hvor mange patienter, der skulle være pr. SOSU-assistent.

7.2.5 Projektleders forslag til alternativ brug af tid og kompetencer

På baggrund af ovenstående beregninger og målinger lavede projektleder et alternativt forslag til brug af tid og kompetencer i enheden. Dette tankeeksperiment blev lavet med henblik på at vurdere, hvordan bemanningen ville se ud, hvis man indførte de norske IKOS standarder for ansvars- og arbejdsdeling i afdelingen.

Projektleder lavede derfor en alternativ bemandingsplan som viste bemandingsbehovet, hvis man fremadrettet gradvist ville indføre norske IKOS standarder for SA og PK og dermed anvende den eksisterende tid og kompetencer ud fra IKOS logikken. Begge bemandingsplaner blev lavet indenfor samme økonomiske ramme.

Herunder gives et tilfældigt eksempel på, hvordan tid og kompetencer kan bruges med og uden norske IKOS standarder for SA og PK. Det illustreres i grafer (ikke i reelle tal) og forklares med tekst.



Figur 8. Eksempel på fordeling af tid med og uden brug af norske IKOS standarder for arbejdsdeling mellem SA og PK.

Med den alternative fordeling af tid og kompetencer, efter indføring af norske IKOS standarder for SA og PK, reduceres i tiden til de direkte sygeplejeindsatser, og administration generelt i form af kompetenceudvikling og egen rapport. Det kan gøres fordi, der samtidig tilføres tid til SA's-patientadministration (vises i grafen som "brugerrettet administration") og tid til at modtage/afslutte inkl. evt. overføring af ny patient. Dette bl.a. for at anvende sygeplejerskernes formelle kompetencer til at lede, koordinere, planlægge, vurdere og dokumentere mere effektivt. Hvis tiden bruges jf.

IKOS-logikken, så kan SA få ansvar for hver deres patienter og dokumentere på udførte indsatser som graferne viser. Leder kan derved lettere bruge sygeplejerskernes/SA's eksisterende kompetencer til at sikre lovpligtig dokumentation, sikre sammenhæng, kontinuitet og kvalitet i patientforløbene. De obligatoriske indsatser i IKOS er et udtryk for det patientforløb som skal udføres ved alle patienter hver måned. SA kvitterer altså i IKOS på, at SA følger de patientforløb, som er blevet tildelt.

Det tænkes muligt at reducere tiden til direkte sygeplejeindsatser, da visitationer, sundhedsfaglig handleplan og kørelister bliver ført ajour af SA (i samarbejde med PK, hos de ptt. der har en sådan) og det vil primært være kendt personale, der kommer hos patienterne. Så skal man ikke starte forfra hver gang man besøger pt. fordi, man har kendskab til problemer, behov, præferencer og ressourcer i pt.'s sundheds- og livssituation. Dette fordi sygeplejen ud fra IKOS logikken organiseres i små kliniske mikrosystemer med pt./pårørende og SA/PK.

Omvendt kan det personale, der blot yder en enkelt direkte sygeplejeindsats tillade sig at overlade ansvaret for alle andre problemstillinger end den direkte sygeplejeindsats til SA/PK. De skal ikke bruge tid på at ligge/ændre i handleplaner blot følge den lagte, og kun tage over ved akutte livstruende problemer.

Tiden til kompetenceudvikling tænkes muligt at reducere for alle ansatte, da organiseringen i mikrosystemer omkring egne patienter giver mulighed for "bed side" læring. SA og PK samarbejder omkring pt. Oplæring og udvikling af realkompetencer hos PK vil derfor forekomme i det omfang afdelingens ledelse tillader det, og situationen giver mulighed for det.

SA's realkompetencer vil også øges idet SA, ved behov herfor, trækker de specialiserede kompetencer internt og eksternt ind i mikrosystemet. Derigennem har også SA mulighed for at være i læringsforløb "bed side" i ft. egne kontinuerlige patientforløb sammen med andre mere specialiserede praktikere.

I praktisk hverdag bliver konsekvensen, at SOSU-assistenter får mindre tid på kontoret til administration og til kurser/efteruddannelse. De skal i stedet bruge deres eksisterende kompetencer til at *udføre flere* direkte sygeplejeindsatser til patienter i afklaret stabil situation, og være PK ved tildelte patienter.

Sygeplejersker får mere tid på kontor til patientrettet administration (kun dem man er SA for). De får mindre tid til kurser, møder og *udfører færre* direkte sygeplejeindsatser til afklaret stabile patienter. I stedet prioriteres SA funktionen og dermed kontinuitet i forløbene, så de primært varetager egne ptt. De får herved mere tid til at udføre direkte sygeplejeindsatser til de patienter, der er i ustabile og uafklarede sundheds- og livssituationer.

Når leder har justeret i brug af tid og kompetencer jf. norske IKOS standarder, kan leder med det samme bede IKOS lave en ny bemandingsplan som nu gælder for, hvis IKOS skal indføres gradvist. På bemandingsplanen kan man så se det personale man har planlagt (før IKOS standarderne), hvad man har brug for ud fra IKOS standarderne og patienternes behov, og behov med kompetenceoverlap (for at kunne modstå uplanlagt fravær). Herved får leder et overblik som kan bruges i beslutninger om, hvordan personalesammensætningen skal være og hvordan arbejdet skal fordeles. Leder har dermed beslutningsstøtte til en mere faglig begrundet bemanding og arbejdsdeling.

8.0 Resultatopgørelse af Del 3

På baggrund af resultaterne og processen afledt af IKOS ressourceanalyse og viden om IKOS som koncept fra afsnit 2.0, samt projektafviklingen reflekterer projektleder i dette afsnit over undersøgelsens spørgsmål 3:

Hvilken betydning kan den tilpassede IKOS ressourceanalyse og IKOS som koncept kan få for danske sygeplejeenheders kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation?

8.1 Projektleders refleksion

Resultaterne viste at grafer i IKOS over kvalitetsindikatorerne obligatoriske indsatser, andre indsatser kan vise en udvikling i kvalitet og patienter over tid. IKOS sammenligner kvalitetsmålinger i de forskellige kommunale distrikter og viser udvikling i opfyldelse af kvalitetsindikatorerne obligatoriske indsatser i patientforløbet over tid. IKOS kan også vise grafer, der angiver i antal hvor mange patienter der har fået opfyldt kvalitetskrav, og hvor det svigter. Dette giver ledelsen mulighed for at vide, hvor ressourcer skal styres hen for at sikre kvalitet i alle patientforløb.

Projektet fandt, at alle patienter bør have en SA tilknyttet, og det blev registreret, hvor mange patienter, der i tillæg havde behov for en PK. Disse resultater blev opgjort i IKOS og illustreret ved en graf. Ud fra en sådan opgørelse bliver det muligt for ledelsen at vurdere om de har tilstrækkeligt personale til at indføre IKOS som koncept fremadrettet, hvis dette ønskes.

Informanternes opgørelse af patienternes forekomst i sundheds- og livssituationer samt leders skøn af brug af tid og kompetencer til alle opgaver i enheden blev lagt til grund for leders bemandingsplan. Disse resultater er ikke 100% korrekte fordi de er baseret på subjektive skøn. Men de er det bedste bud på et aktuelt behov der giver leder og personale noget at reflektere over ved beslutninger om brug af tid og kompetencer i enheden. Leder kan sammenholde resultat af kvalitetsmåling, utilsigtede hændelser og arbejdsmiljøvurderinger med aktuel brug af tid og kompetencer. Leder kan derved vurdere om tid og kompetencer skal bruges anderledes fremadrettet for at skabe mere kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation i sygeplejen.

Leders og projektleders kendskab til IKOS´s metode til at gruppere og opgøre tid og kompetence på var meget begrænset. Projektleder og leder blev derfor instrueret af Konsens ved Marit Strandquist og projektleder tog til Konsens i Norge for at sikre korrekt indtastning og gruppering af leders data i IKOS. Men at opgøre alle opgaver i afdelingen og diskutere, hvilken tid og kompetence opgaverne kræver, er en proces der kræver mere tid, refleksion og sparring mellem leder og udvalgt personale og Konsens end der var mulighed for i projektet. Resultatet af leders bemandingsplan via IKOS ressourceanalyse er derfor ikke 100% korrekt, men det bedste bud ud fra leders skøn af brug af tid og kompetencer.

Gennemføring af projektet skete ved undervisning af ledelse og personale i IKOS konceptet og redskaber/metoder og dataindsamlingsmatrixen i foråret og forsommeren. Dette med henblik på at lære personalet at bruge IKOS´s faglige argumenter i forhold klassificere deres patienters sundheds- og livssituation og for at sikre validiteten af de data, personalet skulle indhente.

Projektleder formoder, at man ved implementering af IKOS som koncept, kan øge validiteten af data fordi, at informanterne – her patienternes tildelte SA'er – er sikret det nødvendige kontinuerlige kendskab til egne patienter og leders kendskab til brug af tid kan øges. Derfor vil validiteten af data

formodentlig stige i takt med IKOS implementeres. Ligeledes forventes også personalets arbejdsmotivation at stige. Ved brug af IKOS standarder tydeliggør og konkretiserer ledelsen nemlig forventninger til de to faggruppers rolle, ansvar, opgaver og samarbejde omkring patienterne. Personalet ved, hvad kvalitet i forløb er og måles på. SA har tillige, jf. organisering i kliniske mikrosystemer, en delegeret forløbskoordinerende rolle i monitorering og sikring af kvalitet i egne patientforløb. Ledelsen har omvendt prioriteret og afsat tiden hertil i bemandingsplanen og via arbejdsdelingen. Dermed formodes det, at begribeligheden, håndterbarheden og meningsfuldheden vil øges for alle parter i organisationen.

Indblikket i patienternes sundheds- og livssituationer giver, hvis implementeret i flere kommuner og afdelinger, mulighed for at sammenligne patientgrundlaget, tidsforbruget og kompetencebehovet ud fra mere end blot opgavevaretagelsen. Et sårskift er mere kompetencekrævende at udføre, hvis patientens situation er ustabil eller uafklaret. Det kompetenceperspektiv får man ikke ved at opgøre antal sårskift i kommunerne. Sådanne data må kombineres med kompetencekrav afledt af patienternes sundheds- og livssituation.

Opgørelsen af patienternes sundheds- og livssituation viste at ca. halvdelen af tiden til direkte sygeplejeindsatser er rettet mod patienter i stabil afklaret situation. Direkte sygeplejeindsatser kan derfor udføres af SOSU-assistenter forudsat, at en SA er tilknyttet og jævnligt selv yder sygeplejeindsatser, så patienten løbende vurderes. Denne rolle- og ansvarsfordeling ud fra patienternes sundheds- og livssituation formodes at kunne sikre arbejds- og opgavedeling på et fagligt argumenteret grundlag. Personalet får et fælles sprog at fordele og forstå ansvar- og opgavedeling ud fra. Det gør det mere overskueligt for både sygeplejersker og SOSU-assisterne at vurdere, hvorvidt opgaver er indenfor deres egen faggruppes formelle ansvars- og kompetenceområde. Dermed bliver det nemmere for alle parter at udføre indsatsen med omhu og samvittighed og sige til og fra på opgaver.

9.0 Diskussion

I dette afsnit diskuteres fund og resultater fra kapitel 6, 7 og 8.

Kvalitetsindikatorer

Resultatet af tilpasning af IKOS norske kvalitetsindikatorer til dansk kontekst viser, at IKOS kvalitetsindikatorer kan måle kvaliteten i sygeplejen. De valgte indikatorer opfylder sundhedsstyrelsens krav (Sundhedsstyrelsen 1996, s. 22) om at være specifikke, veldefinerede, målbare, hyppigt forekommende inden for tidsperioden og er uafhængig af patienternes diagnoser og henvisningsårsag. Dog er indikatoren "fulgt sårstrategi" specifikt knyttet til Langeland Kommunes kvalitetskrav og kunne derfor være valgt anderledes i andre kommuner. Ved, at indikatorerne er udvalgt og defineret ud fra gældende lovkrav, såsom indikatorerne sundhedsfaglig handleplan, patientinddragelse og medicinliste gør dem alment accepterede som indikatorer, og lignende indikatorer anvendes ved embedslægens tilsyn af plejecentre (Sundhedsstyrelsen 2014, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007b). De er altså alment accepteret af fagprofessionelle.

Datafangsten var behæftet med fejl af flere årsager. De informanter, der skulle kvittere for kvalitetsindikatorerne havde ikke alle kendskab til, hvorvidt obligatoriske indsatser og andre indsatser var udført hos deres patienter. Leder havde inddelt patienterne i distrikter og så skulle

sygeplejerskerne i hvert enkelt distrikt selv varetage fordelingen efter hvem der kendte patienten bedst. Derfor blev det besluttet at se om de obligatoriske indsatser og andre indsatser var dokumenteret skriftligt i omsorgsjournalen. Kvalitetsmålingen var derfor kun et udtryk for den skriftlige dokumentation af de indsatser, og ikke hvorvidt indsatserne var udført.

Data om samtykke til behandling og pleje var ikke dokumenteret et specifikt sted, og datafangst blev derfor besværliggjort og mindre valid. Samtykket kunne ex. ligge indirekte i en lægekorrespondance. Skal der produceres mere valide data kræver det, at informanterne har færre patienter som de har godt kendskab til. Ligeledes kræver det, at det er specificeret, hvor kvalitetsindikatorerne skal dokumenteres og om de skal dokumenteres/kvitteres for andre steder end i IKOS. Datafangst om tekniske hjælpemidler og personlige hjælpemidler var heller ikke mulig at finde i alle journaler fordi, at det dokumenteres i terapeuternes journalsystem og ikke i sygeplejens.

De udvalgte IKOS indikatorer er primært struktur- og procesindikatorer, hvis tilstedeværelse tænkes som en forudsætning for at sikre, at man lever op til lovkrav og kommunale retningslinjer. Af ovenstående fremgår derfor, at de udvalgte og tilpassede IKOS kvalitetsindikatorer kan give en valid måling af dokumenteret kvalitet i sygeplejen på patientindividniveau. Der måles på de samlede dokumenterede egenskaber ved en sygeplejeydelse, der betinger ydelsens evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger (Mainz, Krøll & Abildgaard 2003). Men IKOS kvalitetsindikatorer kan tilpasses den enkelte kommunes ønsker og behov. Dog vil muligheden for at sammenligning på tværs af kommuner kun være mulig, hvis de bliver alment gyldige.

Aktuelt er kommunerne ikke omfattet af Den Danske KvalitetsModel (DDKM) eller Den Kommunale Kvalitetsmodel (KKM), det er frivilligt. Det kunne give mening, at arbejde for, at et system som IKOS kunne sættes op til både struktur-, proces- og resultatindikatorer ud fra det af de kvalitetssystemer som bliver gældende i en kommunal kontekst.

De kvalitetsindikatorer, der er i dansk IKOS er ligesom de norske, udvalgt som almengyldige uanset patientforløb. Det giver god mening at udlede sådanne generelle kvalitetskrav til et patientforløb. IKOS standarderne er ledelsesmæssige overvejelser over, hvilke strukturer, der skal være til stede for at sikre SA og PK mulighed for at sikre kvalitet i alle patientforløb. De obligatoriske indsatser og andre indsatser er det SA forpligter sig til at følge op på månedligt og kvittere for hos egne tildelte patienter. Herved bliver SA's forløbskoordinerende rolle og ansvar konkretiseret, og der sikres tid i arbejdsplanen til funktionen.

Man kunne forestille sig en videreudvikling af IKOS, hvor IKOS standarderne blev set som strukturindikatorer som lederne skal kvittere for månedligt i IKOS. Eksempelvis kunne lederne kvittere for i hvor høj grad IKOS bemandingsplanen var fulgt, og hvorvidt der var afsat tid til, at hver SA får de i standarden beskrevne 225 min. pr. uge til at følge op på om kvalitetsindikatorerne i egne patientforløb. Der er allerede ledelsesmæssige strukturindikatorer i IKOS eksempelvis skal leder tildele alle patienter en SA, og ved behov en PK. Men hvis ikke der er nok sygeplejersker vil der være patienter, der ikke kan få en SA tildelt. Derved er varetagelsen af kvalitetsindikatorerne og den obligatoriske forløbskoordinering ikke sikret hos disse patienter. Dette kunne leder så foreligge sin leder og så kunne en fælles allokering af tid til opgaver i IKOS eller tildeling af flere ressourcer være en mulighed.

IKOS's ligger altså op til kvalitetssikring gennem selvevaluering i hele organisationen. Dette princip er også gældende i KKM. Man kunne udvikle en form for ekstern akkreditering via deltagelse og

organisering i IKOS-netværk, som også kunne fungere som lærings- og udviklingsnetværk, når IKOS skal implementeres, fastholdes og indikatorer besluttet/udvikles. IKOS implementeres i norske kommuner af Konsens via gennembrudsmetoden, netop med deltagelse i lærings- og udviklingsnetværk kommunalt. Der deltager endvidere sygeplejersker med akademiske kompetencer indenfor bl.a. geriatri, organisationsudvikling og kompetenceudvikling m.v. i disse netværk. Herved styrkes lederne i kvalitetsudvikling af egen praksis. Denne måde at implementere på og andre kommuners erfaringer hermed kunne kommunerne måske have gavn af, når de ønsker udvikling af en kvalitetsmodel i fremtiden. De norske IKOS standarder er p.t. tilpasset den norske kontekst. Derfor kunne næste skridt være at afprøve og tilpasse ordning med SA og PK til den danske kontekst, hvor der er ansat SOSU-assistenter.

Men først må kommunerne beslutte, hvad de forstår ved kvalitet i patientforløb, hvordan de kan monitorere den, og hvad skal der til for at opnå den helt konkret i hvert enkelt patientforløb. Her findes IKOS standarder som et godt sted at starte og udvikle videre udfra.

Ved implementering af IKOS bruges gennembrudsmetoden til at sikre leder denne refleksion og sparring via deltagelse i netværk og via faste møder med Konsens over et helt kalenderår. Hvad tiden bruges til i afdelingen ud over direkte sygeplejeindsatser er derfor lavet ud fra leders bedste skøn. Validiteten af disse data vil kunne øges, hvis leder reflekterer og diskuterer ud fra de angivne tal med andre sygeplejefaglige ledere og udvalgte medlemmer af eget personale eks. i planlæggerfunktioner.

Men et større indblik i hvad egne ressourcer, i form af tid og kompetencer, anvendes til kan formodentlig give ledelsen større mulighed for at styre i retning af mere kvalitet. Dette ved, at leder allokere tid og kompetencer derhen, hvor kvalitetsmålingerne viser, at det svigter. Leder har IKOS standarderne og kvalitetsmålingerne at styre ud fra. IKOS Standarderne er udviklet ud fra andre kommunale lederes erfaringer i at styre tilsvarende afdelinger i retning mod mere kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation i sygeplejen.

Patienternes behov for kompetencer

Analysen viste, at en faglig begrundet bemandingsplan kun kunne sikres via en sikring af de *formelle* kompetencer som hver enkelt patients sundheds- og livssituation generer, idet realkompetencer er individuelle, kan være udokumenterede og personafhængige. IKOS anbefaler dog anvendelse af realkompetencer i den konkrete daglige arbejdsfordeling ved, at leder udnytter realkompetencerne hos de konkrete personaler, som er til stede.

Analysen af funktionsbeskrivelserne for SA og PK viste, at rollen og ansvaret som SA kræver sygeplejerskekompetence. Dette begrundes ud fra analysen af kvalifikationsrammen og uddannelsesordningerne for de tre uddannelser. Analysen viste, at det kun er sygeplejersker, der formelt har den nødvendige kompetence til at vurdere teoretiske og praktiske problemstillinger samt begrunde og vælge relevante løsninger.

Analysen af funktionsbeskrivelsen for PK viser, at rollen og ansvaret som PK kræver som minimum SOSU-hjælperkompetence.

En afprøvning og tilpasning af funktionsbeskrivelserne for SA og PK i dansk kontekst vil være ønskværdig fordi, at SOSU-assistenterne formentlig har formelle kompetencer som kunne indskrives i funktionsbeskrivelsen for PK. Man kunne derved forvente en justering i opgavefordeling, der er anderledes end, hvis PK er SOSU-hjælper. Men ansvaret forbliver uændret i det kun sygeplejersker har den formelle kompetence til at foretage en sundhedsfaglig vurdering af hele patientens sundheds- og livssituation som kræves af SA.

Analysen af patientcasene (se bilag 5) viser, at alle patienter med indsatser efter § 138 i Sundhedsloven, uanset deres sundheds- og livssituation, har behov for en sygeplejerske til at sikre de lovpligtige krav til patientforløbet. Dette fordi standard for SA sikrer kvalitet i patienternes forløb ved at sikre varetagelse af de lovpligtige kvalitetsindikatorer, hvorfor undersøgelsen finder, at en SA bør være obligatorisk for alle patienter. Dette fund underbygger valg af kvalitetsindikatoren "patienten er tildelt en SA".

Resultaterne viser videre patienternes sundheds- og livssituation delt på tre niveauer: Langeland (Hjemmesygeplejen + Plejecentre), Hjemmesygepleje (Nord + Syd + Midt) og Plejecentre (Nord + Syd).

Resultaterne af patienternes sundheds- og livssituation giver et overblik og indblik i behov for kompetencer i de direkte sygeplejeindsatser. De viser, at ca. halvdelen af patienterne visiteret i hjemmesygeplejen er stabilt afklaret og kan derfor modtage alle direkte sygeplejeindsatser af SOSU-assistenten. Dog forudsætter dette, at patienten er tildelt en SA, der jævnligt kommer selv og udfører sygeplejeindsatser, og sikrer kvalitetsindikatorerne i patientforløbet jf. funktionsbeskrivelsen for SA. Ca. en fjerdedel af patienterne er afklaret ustabile grad 1, og indsatser rettet mod de stabile områder kan varetages af SOSU-assistenten. Sygeplejeindsatser rettet mod de ustabile kræver sygeplejerskekompetence.

Ca. en fjerdedel af patienterne kræver udelukkende eller overvejende sygeplejerskekompetence i de direkte sygeplejeindsatser, fordi patienter er uafklaret, ustabil/avanceret og afklaret ustabil grad 2. Ovenstående resultat giver en faglig begrundelse for, at både SOSU-assistenten og sygeplejersken er ansat i hjemmesygeplejen til at udføre de direkte sygeplejeindsatser til Hjemmesygeplejens unikke patientgrundlag. IKOS ressourceanalyse har derved vist et dokumenteret indblik og overblik over hjemmeplejens patienters kompetencebehov i de direkte sygeplejeindsatser. Det er en forudsætning for, at ledelsen kan arbejdsfordele og bemane ud fra en faglig begrundelse og sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede.

Resultaterne viser, at der af de på plejecentrene visiterede patienter er ca. 1/3 der er stabilt afklaret og 2/3 der er i afklaret ustabil grad 1 og 2, ustabil/avanceret og uafklaret situation. Derfor er der også her faglig begrundelse for SOSU-assistenten og sygeplejersken til varetagelsen af de direkte sygeplejeindsatser samt behov for SA .

I flere kommuner udfører personale på plejecentre og i hjemmeplejen pleje efter Serviceloven til alle patienter, også til ustabile/uafklarede/avancerede patienter. Ud fra resultaterne af denne undersøgelse, kan man stille spørgsmålstejn ved om, det er fagligt forsvarligt og effektiv bemanning samt arbejdsdeling, at lade SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen varetage direkte sygeplejeindsatser til patienter i ustabile/uafklaret/avanceret situation. Det kræver i såfald dokumenterede realkompetencer ligesom jævnlig vurdering af patientens sundheds- og livssituation skal sikre på anden måde.

Den kontinuerlige opfølgning og kvalitetssikring af pleje- og behandlingsforløb til patienter, der modtager sundhedslovsydelse, kræver ifølge denne undersøgelse vurderingskompetence. Dermed forudsætter kvalitet i forløb en tilknytning af en sygeplejerskekompetence i form af eksempelvis en SA. IKOS standard foreslår, at SA udfører sygeplejeindsatser jævnligt til alle tildelte patienter. Ligeledes er IKOS standard for antal patienter pr. SA 20-25 patienter ved henholdsvis 75-100% stilling. Kun en afprøvning af de forskellige IKOS standarder med udgangspunkt i Norges erfaringer kan være med til at definere dette "jævnligt" og antal patienter pr. SA yderligere i en dansk kontekst.

Igen bør SOSU-assistenten som fast PK indtænkes i en sådan afprøvning og tilpasning af funktionsbeskrivelserne for at udnytte alle de eksisterende kompetencer i organisationen effektivt.

Personalets ansvar afgrænses, så behøver de ikke føle et ansvar for alt i forløbet hos alle patienter. Det er der heller ikke tid til i en travl hverdag. IKOS ordning med SA og PK ses derfor som en mulighed for at konkretisere ansvar for opfølgning og koordinering i de konkrete patientforløb, sikre den lovpligtige dokumentation og give mulighed for en helhedsorienteret sygepleje. Det kunne bedre muligheden for at skabe sammenhæng, kvalitet i patientforløb og dermed også bedre arbejdsmotivationen. Samtidig formodes en sådan kvalitetsbeskrivelse for sygeplejen, udarbejdet efter ledelsens og personalets perspektiver, også at bidrage til, at de ansatte udfører sygepleje på et mere ensartet niveau, som stemmer overens med ledelsens krav til sygeplejen.

Men at påvise en sådan kausalitet mellem struktur, proces og resultat ligger uden for dette projekts rammer. Men det kunne danne baggrund for metodiske overvejelser ved en evt. fremtidig afprøvning af IKOS i sin helhed, evt. i en mindre målestok.

Bemandingsplaner

Resultaterne viser to måder at anvende tid og kompetencer på. En uden og en med anvendelse af IKOS standarder for SA og PK.

Brug af tid og kompetence med IKOS standarder viste, hvordan leder i IKOS kunne allokere tid og kompetencer i IKOS indenfor den eksisterende økonomiske ramme. Her er IKOS som redskab meget nyttigt til at illustrere, hvordan øgede krav på et område kræver et bevidst fravalg, hvis den økonomiske ramme skal overholdes.

Det har ikke været muligt at finde dokumentation for, at bemandingsplaner i kommuner er baseret på indblik og overblik over kompetencebehovet affødt af patienterne og de aktuelle andre opgaver i enheden. IKOS som ledelses- og styringsredskab ses derfor som det bedste bud kommunerne har for nuværende til, at dokumentere deres bemandingsbehov.

Ressourceanalysens opgørelse af patienternes forekomst i de fem sundheds- og livssituationers, giver personale og ledelse faglige redskaber til refleksion over arbejdsdeling. Nogle kommuner har brugt IKOS sundheds- og livssituationer i deres sygeplejeprofiler, men har ikke aktivt opgjort deres unikke patienters forekomst i situationerne. IKOS er her et redskab til større indblik og overblik over enhedens samlede behov for tid og kompetencer samt arbejdsdeling. Men en implementering af hele IKOS, forudsætter grundig oplæring, dialog og information af både ledelse og personale om fordele og krav. IKOS som koncept medfører en helt ny faglig argumenteret måde at arbejdsdele og bemande på. Det kan kræve en kulturændring, hvorfor implementering af IKOS i Norge ofte sker efter gennembrudsmetoden med bl.a. flere dagsmøder med andre kommuner samt løbende ledersparring med Konsens over et kalenderår.

IKOS kvalitetsindikatorer og mål kan med fordel diskuteres og udvikles, så de er koordineret på et mere overordnet niveau fx via Kommunernes Landsforening. Men målene skal først og fremmest give mening for de kommuner, der måtte have interesse for at starte kvalitetsmonitorering og bemanning via IKOS. Dette samarbejde omkring udvælgelse og udvikling af kvalitetsindikatorer var der desværre ikke nok fokus på og ressourcer til i denne projektproces. Men fremadrettet vurderes det at være det bedste for alle parter.

Alternativ brug af tid og kompetencer viste, hvordan SOSU-assistenternes og sygeplejerskernes formelle kompetencer kan anvendes, hvorved brug af tid til kompetenceudviklingsbehov reduceres og i stedet ligger implicit i praksis. Samtidig vil en organisering efter IKOS standarder sikre sygeplejersker, SOSU-assistenters og SOSU-hjælpere faglig sparring omkring de enkelte patienter via SA funktion og kompetenceudvikling i de kliniske mikrosystemer. Visitationer og handleplaner opdateres løbende af SA og PK i samarbejde. Det formodes at sikre leder valide data ift. ressourcer anvendt til direkte indsatser og give effektive patientforløb, fordi der er lagt en plan, som jævnlig følges op af SA. SOSU-assistentens formelle kompetencer formodes at kunne udvide ansvarsområdet for PK i Hjemmesygeplejen i ft. bl.a. sikring af opdaterede medicinlister hos de stabile afklarede patienter.

IKOS ressourceanalyse viser, at en arbejdsdeling efter sundheds- og livssituation, hvor udnyttelse af SOSU-assistentens formelle kompetencer til at yde direkte sundhedsindsatser til stabile og afklarede patienter samt være PK, kan frigive sygeplejerskernes tid og kompetencer. Herved kan sygeplejerskernes formelle kompetencer udnyttes og målrettes en forløbskoordinerende funktion som SA, der varetager kvalitetssikrende, koordinerende, dokumenterende og ledende opgaver i egne patientforløb.

Af ovenstående findes det overvejende sandsynligt, at en organisering af kompetenceudviklingen i kliniske mikrosystemer efter ordning med SA og PK og vidensansvarlige kan bidrage til relevant og konkret kompetenceudvikling. SA vil kunne oplære, delegere og arbejdsdele til relevante og konkrete personaler i ft. egne patienter, hvor det giver mening i ft. det enkelte patientforløb. Herved kan ledelsen via SA også løbende følge op på om realkompetencerne via denne oplæring er tilstrækkelig.

Ligeledes vil IKOS standard for kvalitet og IKOS standarder for SA og PK funktionen konkretisere kvalitetskravene til det enkelte patientforløb og sikre tiden til dette i bemandingsplanen. Det kunne støtte ledere i at argumentere for det aktuelle ressourcebehov i form af tid og kompetencebrug til alle opgaver i sygeplejeenheden. Dermed bliver kvalitetsniveauet i hjemmesygeplejen ikke op til den enkelte sygeplejeleder eller fagperson at definere.

IKOS kan levere kvalitetsmål og kvalitetsdata sådan, at det bliver muligt for ledelsen at vurdere hvorvidt man i organisationen når kvalitetsmål. Ledelsen kan sætte ind der, hvor kvaliteten svigter med kvalitetsforbedrende tiltag og overvåge i IKOS, hvorvidt det hjælper. Det giver altså ledelsen og personalet noget at reflektere, diskutere og prioritere brugen af tid og kompetencer ud fra således, at organisationens mål kan nås.

9.1 Resultaternes gyldighed og overførbarhed

For det første er det en teoretisk afprøvning af IKOS – en ressourceanalyse foretaget på baggrund af én dataindsamling, hvor man ikke ser resultaterne implementeret i praksis. IKOS ressourceanalyse og IKOS kvalitetsmåling som metode, kan bruges til at anskueliggøre nuværende kvalitet på patientniveau ved eksisterende bemandingsplan og organisering af sygeplejen, samt om tid og kompetencer udnyttes effektivt. Patientgrundlag vil variere fra afdeling til afdeling og kommune til kommune. Estimering af bemandingsbehov skete i den kontekst og det tidsrum kortlægningen af data blev indhentet i og kan således falde anderledes ud hvis patienterne, tidsrummet og informanterne ændres. Måden hvorpå projektet er implementeret og gennemført har som beskrevet ovenfor påvirket projektets resultater.

Visiteret tid til sygeplejeindsatser og sygeplejeleders skøn af brug af tid og kompetencer er normativ, og ikke en registrering af faktisk brugt tid og kompetence. Sygeplejeleder lavede et skøn over hvor meget tid, hun fandt der burde bruges på disse opgaver og hvad hun vurderede, der skulle bruges af kompetencer til disse opgaver. Denne ledelsesmæssige ressourcevurdering er subjektiv, men med IKOS som redskab gør tallene det muligt for ledelsen at reflektere, diskutere og se konsekvensen af ressourceallokering evt. i fællesskab med personalet eller øverste ledelse. Validiteten af tid angivet af leder vil dermed løbende stige i takt med, at den gøres til genstand for refleksion og diskussion i dialog mellem ledelse og personale.

Resultaternes validitet vil være afhængig af, hvordan informanterne vurderer deres patienter ud fra indblik i patienternes situation og om de forstår det samme ved de 5 sundheds- og livssituationskategorier. Vurderingen af, hvilken situation patienterne er i, er ikke en objektiv sandhed. Den er subjektiv og kan variere fra fagperson til fagperson. Der er forsøgt kompensere for dette ved at undervise personalet i kategorisering af patienter.

Informanterne havde ansvaret for dataindsamling og analyse af sundheds- og livssituation på hver ca. 60 patienter og informantens kendskab til disse patienter var i nogle tilfælde begrænset. Særligt hos de, der bor på plejecenter eller kun har kontakt med hjemmeplejen. Derfor skal resultaterne tages med forbehold for dette. Dog gør den fælles undervisning af personalet i kategorisering af patienterne i de fem sundheds- og livssituationer, at personalet har et fælles erfaringsgrundlag at kategorisere ud fra. IKOS som koncept formodes at kunne sikre validiteten af data ved i standard for SA at anbefale max. 20-25 patienter pr. informant/SA i hjemmesygeplejen. Herved vil SA have viden om, hvorvidt kvalitetsindikatorerne er opnået eller ej i de enkelte patientforløb.

Informanterne i hjemmesygeplejen Midt fik desværre ikke opdelt, hvilke af deres patienter der hører til plejecentrene, hvorfor der skal tages højde for dette i analyse af resultatet. Leder og personale anslår efterfølgende, at hjemmesygeplejen midt har ca. samme antal patienter visiteret ind fra plejecentre (altså ca. 16) som de to andre områder, men dette vides ikke med sikkerhed.

Informanterne manglende kendskab til patienternes sundheds- og livssituation kan sænke validiteten af IKOS ressourceanalyse, og det kan der tages højde for i fremtidige ressourceanalyser. IKOS har en standard, der tager højde for dette, ved at fastsætte et max. på 25 patienter pr. SA og en funktionsbeskrivelse samt 225 min. pr. uge afsat i bemandingsplanen til funktionen. Derfor kan en afprøvning af IKOS standard for SA og PK, deres indvirkning på kvaliteten i sygeplejen målt via de tilpassede kvalitetsindikatorer, være ønskelig fremadrettet.

Estimering af bemandingsbehovet afhænger af patientgrundlaget som formodentlig vil ændres over tid. Derfor blev projektets estimering af bemandingsbehov taget med det forbehold. IKOS anbefaler, for at give brugbare og valide beregninger af bemandingsbehovet, at der opdateres med data fra SA og leder hver måned. Herved leverer IKOS statistisk kontrol mhp. monitorering og udvikling af kvalitet.

IKOS som koncept imødekommer KL's anbefalinger til kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser. KL anbefaler kommunerne at sikre sygeplejefaglig udredning, behandling, opfølgning/evaluering og koordinering (KL 2012b). Dette kunne kommuner imødekomme med IKOS standard for SA og PK og bemanding ud fra patientens og enhedens behov for tid og kompetencer.

10.0 Konklusion

I dette afsnit konkluderes i ft. de tre forskningsspørgsmål:

Hvordan tilpasses IKOS til dansk lovgivning og de danske sundhedsuddannelser, som gør sig gældende i den tværfaglige sygeplejeenhed?

Hvordan kan kvalitet på patientindividniveau måles og faglig minimumskompetence i bemandingsplanen estimeres?

Hvilken betydning kan den tilpassede IKOS ressourceanalyse og IKOS som koncept få for sygeplejeenheders bemanding, arbejdsdeling, kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation?

For at kunne vurdere det aktuelle kvalitetsniveau i sygeplejen blev det afklaret, ud fra en analyse af den danske lovgivning og kommunale retningslinjer på området, hvilke kvalitetskrav der skal stilles til sygeplejeindsatser, efter § 138 i Sundhedsloven, til den enkelte patient. De norske IKOS kvalitetsdefinitioner blev her ud fra tilpasset. Der blev udarbejdet danske IKOS kvalitetsindikatorer som undersøgelsen fandt, var gældende for alle patienter, der modtog sundhedslovsindsatser. Undersøgelsen konkluderer derfor, at kvalitetsindikatorerne omsætter lovgivningens krav og forventninger på en valid og faglig måde. Dog var der udfordringer i ft. datafangst, som påvirkede resultaternes validitet. De udvalgte kvalitetsindikatorer blev indsamlet af udvalgte informanter med inspiration i auditmetoden og vurderet på baggrund af kvantitative evalueringmetoder.

Det vurderes, at IKOS ressourceanalyse kan give leder valide metoder og resultater til at reflektere over brug af tid og kompetencer i enheden. Validiteten af kvalitetsdata, data om patientgrundlag, data om tid til alle opgaver i afdelingen og dermed de estimerede bemandingsplaner formodes at kunne øges ved refleksion over data, gentagne månedlige indberetning af data fra leder og de sygeplejeansvarlige SA. Det formodes igen at give ledelsen et bedre fagligt argumenteret grundlag at bemane og arbejdsdele ud fra, og hermed bedre mulighed for at styre og lede i retning mod mere kvalitet, effektivitet og arbejdsmotivation.

Det blev af projektleder og hjemmesygeplejens personale udviklet fiktive patientcases som var repræsentative for alle typer af patienter i hjemmesygeplejen. Ud fra patientcasene blev det vurderet, at patienter bør have en sygeplejeansvarlig for sygeplejeindsatserne. Det konkluderes, at kun sygeplejersker har den formelle kompetence til at vurdere patientens sundheds- og livssituation og dermed være SA. De har formel kompetence til at observere, identificere, analysere, vurdere og prioritere og dermed foretage en sundhedsfaglig vurdering. De kan her ud fra opsætte samt iværksætte en helhedsorienteret sundhedsfaglig handleplan, evaluere og justere denne. Dette fordi sygeplejersker, som den eneste af de tre faggrupper, har viden om og kan reflektere over teori, metode og praksis inden for flere fagområder og inden for sygeplejefprofessionen.

Ligeledes er sygeplejersker de, der formelt har det nødvendige kompetenceniveau i at formidle faglige problemstillinger og løsningsmodeller til fagfæller, ikke-specialister og patienter og kan således indgå, som den eneste af de tre faggrupper, selvstændigt i et fagligt og tværfagligt samarbejde med en professionel tilgang.

Det konkluderes, at der er faglig begrundelse for, at SOSU-assistenter varetager rollen som PK og udfører de direkte sundhedslovsindsatser til patienter i afklarede og stabile sundheds- og livssituationer og opgaver rettet mod det/de stabile områder til patienter i afklaret ustabil situation grad 1 og 2. Dog forudsætter det, at en sygeplejerske har rollen som SA.

Det konkluderes, at der er faglig begrundelse for, at sygeplejersker er ansat som faggruppe til at varetage de direkte sygeplejeindsatser til patienter i uafklaret, ustabil/avanceret situation samt opgaver rettet mod det ustabile i afklaret ustabil situation grad 1 og 2. Dog forudsættes der, at der er en SA tilknyttet hver enkelt patient, også de afklaret stabile, som løbende sikre kvalitetsindikatorerne igennem jævnlig sundhedsfaglig vurdering og opdatering af handleplan, ved selv jævnligt at udføre sygeplejeindsatserne.

Således har IKOS ressourceanalyse vist at kunne lave en valid estimering af det aktuelle bemandingsbehov i en sygeplejeenhed, forudsat at informanterne får et afgrænset antal patienter og lederen støttes og undervises i opgørelse af tid og kompetencer til alle opgaver i enheden – herunder datagruppering i IKOS.

Behov for kompetence blev beregnet ud fra tiden som blev skønnet anvendt til alle opgaver i enheden og ud fra, hvilken kompetence leder vurderede opgaverne krævede. Opgørelse af patienternes sundheds- og livssituation blev lagt til grund for beregning af kompetencebehov i de direkte sygeplejeindsatser.

Resultatet viste hvilken bemanding man har, patienternes behov, og behov med kompetenceoverlap (ekstra kompetence for at tåle et ikke planlagt medarbejderfravær). Der blev på baggrund af norske IKOS standarder af projektleder vist en alternativ måde at bruge tid og kompetencer på, hvis man skulle indføre ordningen med SA/PK. Men før implementering kan anbefales kræves der afprøvning og tilpasning af de norske standarder for ordning med SA og PK ligesom de juridiske perspektiver i ft. dataudveksling skal undersøges nærmere og sikres.

11.0 Perspektivering

I Sundhedsloven § 193 stilles krav om at kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser efter Sundhedsloven (Sundhedsministeriet 2010). Første skridt er altså at definere, hvad kvalitet i ydelser efter Sundhedsloven er og udarbejde kvalitetsindikatorer, der gør det muligt at måle og vurdere dem. Undersøgelsen finder, at IKOS kvalitetsdefinition og indikatorer er gældende for alle patienters forløb uanset visitation og omsætter lovgivningens krav og forventninger til konkrete handlinger. Kvalitetsudvikling som begreb rummer flere begreber fordi det forudsætter, at man fastsætter kvalitetsmål, kvalitetsstyring, kvalitetsvurdering, kvalitetssikring, kvalitetsmonitorering og kvalitetsforbedring. IKOS leverer en metode til alt dette og de generede data gør det muligt at diskutere kvaliteten. Men hvis ikke personalet og ledelsen anerkender kravene (i form af kvalitetsindikatorerne), så virker det ikke motiverende men kontrollerende. Derfor er kommunernes perspektiv på kvalitet i forløb og forslag til kvalitetsindikatorer vigtige at medtage ved en fortsat afprøvning og pilotimplementering af IKOS i dansk kontekst.

Resultaterne af denne undersøgelse viser tydeligt, at patienter i uafklaret/ustabil og avanceret situation, kræver behandling og pleje efter § 5 i Sundhedsloven – altså en sundhedslovsindsats og ikke en servicelovsindsats. Det fordi indsatsen og plejehøvet grundet patientens ustabile/uafklarede/avancerede sundheds- og livssituation ikke er afdækket eller ikke kan forudsiges og derfor ikke er af vedligeholdende karakter. Plejeindsatserne til patienter i disse uafklarede og ustabile situationer har i stedet et sundhedsfagligt sigte, og må tilrettelægges ud fra en løbende sundhedsfaglig vurdering af patientens sundhed- og livssituation. Har man ikke sygeplejersker, med vurderingskompetence jævnligt tilknyttet disse patienter gennem udførelse af direkte sygeplejeindsatser, så er det overvejende sandsynligt, at det ikke opdages, at patienternes sundheds-

og livssituation ændrer sig. Indsatserne kan dermed risikere at ændre sig og gå fra at være servicelovsindsatsen ”personlig pleje” til at være sundhedslovsindsatsen ” grundlæggende sygepleje” uden at plejepersonalet opdager det.

Selvom man tilkalder en sygeplejerske udnyttes dennes kompetence til sundhedsfaglig vurdering langt bedre, hvis denne har et fast kendskab til patienten og personalet.

Et resultat i denne undersøgelse er, at alle patienter med sundhedslovsindsatser har behov for en SA. Det betyder, at også patienter, hvis sygeplejeindsatser er delegeret til hjemmeplejen samt patienter på plejecentre, der ex. modtager sundhedslovsydelser af andre end sygeplejersker har behov for en SA. På trods af det beskedne omfang af denne undersøgelses resultater er det projektleders håb, at ledere på alle kommunaleniveauer ser IKOS som en metode til at reflektere over, hvorvidt deres tværfaglige bemandingsbehov er begrundet i patienternes behov for kompetencer, de steder, hvor der aktuelt ydes kommunale sundhedslovsindsatser. IKOS kan bruges overalt hvor kompetencekrævende sundhedslovsindsatser ydes – ikke kun ved sygeplejeindsatser.

Kontinuerlig opfølgning, via IKOS konceptets statistiske styring, giver ledelsen indblik og overblik i patientgrundlag, tids- og kompetencebehov og forslag til bemandingsplaner. I projektet er kvalitetsindikatorerne tilpasset projektets kontekst således, at det kan lade sig gøre at måle kvaliteten som en punktmåling uden at implementere ordningen med SA/PK.

Hvis ordning med SA og PK skal afprøves i et nyt projekt anbefales det, at den deltagende kommune skal være enig i de tilpassede IKOS kvalitetsindikatorer ellers må de omdefineres så alle parter der deltager er enige om, hvad kvalitet i forløb er, og hvordan det helt praktisk monitoreres i IKOS. Akkreditering i kommunerne og kvalitetsudvikling, der beskriver kvalitet i ydelserne og hvordan der måles på dette og hvor ofte og af hvem er en opgave, der venter kommunerne. IKOS konceptet vurderes at være et kvalificeret bud herpå, fordi der måles via selvevaluering på patientindividniveau og uafhængigt af diagnoser og indsatser. Ligeledes er krav til kvalitet i indsatserne er udarbejdet på baggrund af de lovgivningsmæssige krav og kommunale retningslinjer og forventninger.

12.0 Bilag

Bilag 1 Søgestrategi

Jeg lavede d. 8/8-2013 en computerbaseret litteratursøgning i PubMed, CINAHL, SweMed, Bibliotek.dk og Sygeplejersken.dk og brugte en kombination af følgende søgeord: staff-patient-ratios, patientclassification, nurse, staff, calculation, skill mix, workforce planning tools, home care nursing, nurse staffing levels. Søgningen blev begrænset til: litteratur, der var publiceret mellem 2002-2013 som var på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Denne søgning resulterede i 22 fund. Alle 22 abstracts blev læst og jeg udvalgte dem som var relevante ift. problemstillingen. Hvilke, der var relevante i fht. problemstillingen definerede jeg som de, der indeholdt alle former for diskussioner af bemanding i sygeplejen, arbejdsplanlægningsmetoder og/eller redskaber, overvejelser i fht. personale-patient-ratios, metoder til at afgøre den tværfaglige bemanding i sygeplejen. Herved fandt jeg frem til 4 artikler som alle er brugt til at belyse problemstillingen og to metoder Synergimodellen og IKOS.

Bilag 2 Patientcases

Case 1:

Mand, 69 år, gift og bor sammen med rask hustru i rækkehus. Har god kontakt og støtte i to voksne børn og 3 børnebørn, der alle bor tæt på pt. Er pensioneret funktionær. Hustru er pensioneret sekretær. Ingen økonomiske problemer.

Interesser: familien, læse, se tv og løse kryds og tværs.

Hjælpemidler: høreapparat, briller, tandprotese, rollator, lift, bækken- og kørestol, kolbe og plejeseng

Fysisk:

Diagnoser: apoplexia cerebri sequale (nedsat gangfunktion og nedsat funktionsniveau), DM2 – tabletbeh., forhøjet BT, forhøjet kolesterol, tendens til rosen på UE og skællende eksem.

Indsatser:

Anlæggelse af kortstrækskompressionsbind. Anlægges x 3 ugentlig. Hvis rosen da dgl.

Daglig hjælp til pers. hyg. og påklædning og ugentligt bad.

Hjælp til toiletbesøg.

Medicinsk behandling af eksem på UE med forskellige cremer samt forebyggende og behandlende hudpleje x 3 ugentligt.

Medicindispensering hv. 14 dag

Medicinadministration x 2 dgl.

Vedligeholdende træning i Sundhedscenter x 2 ugentlig.

Case 2:

Kvinde 77 år, bor alene i hus. Manden er død for år tilbage, børn og børnebørn bor langt fra pt. og kommer ca. hver 2. – 3. mdr.

Økonomisk ingen problemer.

Diagnoser: begyndende demens – er ved at blive udredt og skal opstarte medicinskbehandling.

Har været faldet i løst tæppe i eget hjem og pådraget sig fractur af ve.håndled og kraveben – har armen fixeret i 90 gr.

Netop udskrevet fra sygehus.

Indsatser inden indlæggelse:

Går i aktivitetscenter for demente i kommunen – bliver kørt til og fra i bustransport finansieret af kommunen.

Daglig hjælp, støtte og guidning i pers. hyg. og påklædning og måltider.

Har madordning fra kommunen.

Hjælp til medicindispensering hv. 14 dag af flere præparater.

Medicinadministration x flere daglig

Observation af virkning og bivirkning af medicin – nyopstartet medicin for demens.

I forløb med demenskoordinator og egen læge.

Case 3:

74 år kvinde, bor med mand og søn i rækkehus. Søn har psykisk funktionshæmning og er førtidspensionist. Hjemmet er præget af slid, mangel på rengøring og mange husdyr (kat, hund, fugle).

Manden er kognitivt påvirket efter mange års alkoholmisbrug – uvist om der er diagnosticeret demens.

Kvinden laver selv alt mad. Sønnen hjælper med indkøb og henter dosispakket medicin på apoteket for sin mor hver 14 dag.

Diagnoser: Kronisk atrieflimmer er i Marevanbehandling. Behandlingen styres af egen læge. Kronisk obstruktiv lungelidelse KOL – af den grund nedsat funktionsevne.

Indsatser:

Daglig hjælp til pers. hyg. , påklædning og medicinadministration.

Sikre blodprøvetagning hos egen læge.

Dispensering af Marevan hver 14 dag med mindre egen læge vurderer andet.

Case 4:

55 årig kvind førtidspensionist . Bor sammen med ægtefælle i rækkehus. 2 børn og 4 børnebørn som pt. har god kontakt til. Ryger.

Diagnoser: svær KOL, traumatisk sår, der er inficeret.

Indsatser:

Sårpleje daglig.

Case 5:

64 år kvinde, bor alene i rækkehus. Fraskilt – ingen kontakt til ex-mand. Ingen børn. Lidt kontakt til søster, der bor et par timer derfra. Klarer normalt selv alt det huslige selv.

Diagnoser:

Er lige udskrevet fra sygehus og er nyopreret for byld ved anus. Er inden udskrivelse sat i antibiotisk behandling har reageret med røde knopper og hævet ansigt. Har fået anti histamin og penicillin til dagen efter med ved udskrivelsen. Men er ved besøg stadig hævet og har kvalme. Angiver tendens til forstoppelse og urininkontinens og nedsat appetit. Har tabt 10 kg i løbet af sygdomsforløb over de sidste måneder. Er under udredning for dette i ambulant sygehusregi.

Har ikke tidligere haft kontakt med hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen.

Har ingen hjælpemidler.

Indsatser:

Sårpleje dagligt og herefter ud fra vurdering.

Hjælp til medicindispensering.

Har flere ambulante kontroltider.

Vurdering af sygeplejebehov.

Case 6:

58 årig mand, bor sammen med hustru og voksen datter i et lille hus. Hustru har psykiatrisk diagnose som hun nægter at blive behandlet for medicinsk. Datteren har flere selvmordsforsøg bag sig og befinder sig mest på sit værelse og har svært ved at strukturere sin hverdag og skabe sig en fremtid.

Diagnoser: alkohol- og stofmisbruger. Er i metadon behandling via misbrugscenter i nærliggende provinsby. Har KOL i meget svær grad. Iltbehandling. Ryger. Har tabt sig meget og været indlagt akut 2 gange nyligt pga. blandingsmisbrug. Hustru er i depressiv periode.

I gode perioder har parret stor egenomsorg og klarer sammen det huslige og pers. hyg. I dårlige perioder har pt. næsten ingen kræfter og kan ikke klare pers. hyg. på egen hånd. Er meget ked af sin og familiens situation.

Indsatser:

Udlevering af metadon x flere daglig.

Case 7:

Kvinde 60 år, bor i eget hjem. Fraskilt, god kontakt til søn, der bor i nærheden. Førtidspensionist.

Økonomiske problemer – svært ved at styre egen økonomi.

Har tidligere dom efter overfald på personale i fbm. indlæggelse. Meget ustabil psykisk, ind imellem truende andre tider grædende. Plederende for noget medicin, men .

Diagnoser:

Paranoid skizofren, DM 2 - insulinbehandling, hjerte-karlidelser i medicinsk behandling

Indsatser:

Dgl. bls-måling x 2

Inj. insulin x 2 dgl.

Medicindisp. hver uge

Medicinadministration x 3 dgl.

Tilknyttet psykiatrisk støttecenter hvor hun kommer 2 x ugentligt – har støttekontaktperson ift. at strukture hverdagen.

Distriktspsykiatrien kommer hv. 14 dag og giver inj. psykofarmaka. Psykiatrisk medicin styres af behandlende overlæge i psykiatrisk regi – ikke egen læge.

Diabetes ambulatorie styrer insulinbehandling

Hjælp og støtte til pers. hygiejne, rengøring

Case 8:

66 årig mand , bor sammen med erhvervsaktiv hustru i istandsat nedlagt landbrug i udkanten af en lille landsby, boligen er i 2 etager med soveværelse på 1. sal. Indrettet plads i stuen med plejeseng.

Voksen søn og datter bor begge et par timers kørsel derfra.

Diagnoser: lungecancer med metastaser til knogler. Har det sidste år tabt meget i vægt og pga. sengeleje pådraget sig et tryksår på os sacrum.

Ernæring: har vanskeligt ved at spise, og får tilskud af protein drikke.

Borger har god humor, og har længe klaret sig selv mht. personlig hygiejne, nu er sygdommen så fremskreden og borger er meget afkræftet og har problemer med lufthunger og funktionsdyspnø.

Hjælpemidler:

Plejeseng med antidecubitusmadras

badebænk

Rollator

Toiletstol

Har tryghedskasse

Indsatser:

Palliativt team styre smertebehandlingen og tilser jævnligt borger efter behov.

Skift af smertepaster hver 3. dag

Skift af sc. Kanyle hver 3. dag.

Medicin dispensering 1 x ugentlig

Medicinadministration x flere dagligt. (tabletter og inj.)

Dagligt personlig pleje og observation af smerter og søvn/hvile.

Dagligt sårpleje os sacrum.

Vejledning og psykisk støtte af borger og pårørende.

Pt-cases vurdering:

Case 1:

Afklaret ustabil grad 1. Begrundelse observation og vurdering af UE. Anlæggelse af kompressionsbind.

Case 2:

Før indl. afklaret ustabil grad 1. Efter udskr. uafklaret – mangler sygeplejefaglig vurdering + handleplan. Sikring af sammenhængende ydelser.

Case 3:

Afklaret ustabil grad 1. Resten klares af ssh.

Case 4:

ustabil/avanceret = 100% sygeplejerske pga. urent sår.

Case 5:

Uafklaret + ustabil/avanceret = 100 % sygeplejerske.

Case 6:

Uafklaret. Ustabil. Gode perioder afklaret ustabil grad 1. Resten assistent.

Case 7:

Ustabil. Vi definerer kun kompetence ved 1. person. PK ass. mhp. kontinuitet, når SA er fraværende.

Case 8:

Ustabil. 2 pers. PK assistent.

Bilag 3 IKOS Funktionsbeskrivelse for sygeplejeansvarlig

IKOS funktionsbeskrivelse er udarbejdet af Konsens AS, Norge, for brug sammen med styringssystemet www.IKOS.no. Funktionsbeskrivelsen er oversat for brug af IKOS i Danmark ved Minna Friemann, UCL. 2014.

Rolle og myndighedsområde

Sygeplejeansvarlig

- har faglig beslutningsmyndighed og fremdriftsansvar for indsatserne til egne tildelte patienter.
- samarbejder med eventuel primærkontakt.
- vurderer egne patienters behov og visitationer og sundheds- og livssituation gennem direkte sygeplejeindsatser.
- sørger for at sygeplejeindsatser er i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunale retningslinjer og faglig god praksis.

Ansvar og opgaver

1.0 Patientinddragelse

- 1.1 Er patientens hovedkontakt vedrørende sygeplejeindsatserne.
- 1.2 Holder oplysninger om patientens nærmeste pårørende og andre pårørende opdateret.
- 1.3 Giver oplysning, råd og vejledning til patienten om sygdom- og sundhedstilstanden og indholdet i sygeplejeindsatserne.
- 1.4 Sørger for at patienten efter behov og evne inddrages i planlægning og udførelse af sygeplejeindsatserne.
- 1.5 Samarbejder med patientens nærmeste pårørende om spørgsmål om sygeplejeindsatser, i de tilfælde hvor patientens samtykkekompetence helt eller delvis er bortfaldet. Melder behov for hjælpeværge eller værge hvis ikke medvirkning fra pårørende er muligt.
- 1.6 Tilrettelægger nødvendige sygeplejeindsatser for at forebygge væsentlig sundhedsskade samt for at forebygge og begrænse brug af tvang til personer uden samtykkekompetence, som modsætter sig sygeplejeindsatser.

2.0 Praksis på ydelsesstedet

- 2.1 Yder jævnligt direkte sygeplejeydelser til patienten for at vurdere om sygeplejeindsatserne er hensigtsmæssige. Dette kan ikke delegeres til andre.
- 2.2 Dokumenterer patientens sundheds- og livssituation, som viser hvilken kompetence ansatte som yder direkte sygeplejeydelser skal have. Sørger for at patienten er kortest mulig tid i uafklaret situation.
- 2.3 Sikrer at patientens sygeplejefaglige handleplan udgør en helhed som er dagsaktuel og vidensbaseret, og som bidrager til at fremme sundhed og forebygge sygdom, skade og sociale problemer.
- 2.4 Sørger for at sygeplejefaglig dokumentation om patienten og sygeplejevisitationen holdes opdateret, foruden medicinliste og sygeplejejournal.
- 2.5 Bidrager til at ydelserne ydes på laveste effektive omsorgsniveau. Dette ved at overholde visitationstiden og melde til/fra ved behov for ændring af

sygeplejeindsatsernes indhold og omfang, samt koordinere med andre relevante fagpersoner.

2.6 Indhenter specialkompetence ved behov fra resourcepersoner og andre kilder udpeget af nærmeste leder.

2.7 Vejleder andre tværfaglige medarbejdere i udførelse af indsatser i handleplanen.

2.8 Kan ud fra den gældende ansvars- og kompetenceplan delegere opgaver indenfor eget fagområde til primærkontakt og eventuelt andre konkrete personer efter oplæring og efter aftale med leder.

3.0 Sammenhængende indsatser

3.1 Sørger for opdateret oversigt over hvilke andre som yder indsatser til patient med kontaktoplysninger. Det kan omfatte

- andre kommunale indsatser som rengøring, dagtilbud, støttekontaktperson, andet
- egen læge/sygehuslæge, ergo- og fysioterapiydelser, tandlæge
- palliativt team, hjælpemiddelcentral,
- frivillige, andre

3.2 Samarbejder med dem som yder andre indsatser fra kommunen, eksterne samarbejdspartnere for at medvirke til sammenhængende og koordinerede indsatser.

3.3 Initierer, udarbejder og anbefales som koordinator for forløbsplan for patienter med langvarige, tværfaglige og koordinerede sundheds- og omsorgsindsatser, hvor de sygeplejefaglige indsatser og problemstillinger er overvejende i det samlede behov.

Kompetencebehov: 100% Sygeplejerskes vurderings-, samarbejds-, handle- og forvaltningskompetence.

Bilag 4 IKOS Funktionsbeskrivelse for primærkontakt

IKOS funktionsbeskrivelse er udarbejdet af Konsens AS, Norge, for brug sammen med styringssystemet www.IKOS.no. Funktionsbeskrivelsen er oversat for brug af IKOS i Danmark ved Minna Friemann, UCL. 2014.

Rolle og myndighedsområde

Primærkontakt

- samarbejder med sygeplejeansvarlig
- bidrager med faglig kompetence og patientinddragelse i planlægning af sygeplejeindsatsen
- sørger for kvalitet og kontinuitet i sygeplejeindsatserne ved selv at yde direkte sygepleje.

Ansvar og opgaver

1.0 Patientinddragelse

- 1.1 Er godt kendt med patientens ressourcer, behov og handleplan.
- 1.2 Sørger for at patienten inddrages i planlægning og udførelse af sygeplejeindsatserne.

2.0 Praksis på ydelsesstedet

- 2.1. Yder sygeplejeindsatser til patient i henhold til handleplanen.
- 2.2. Indhenter viden og samarbejder med sygeplejeansvarlig om at holde handleplanen opdateret.
- 2.3. Vurderer om patient har behov i forhold til tøj, personligt udstyr, hjælpemidler og/eller bolig, og giver sygeplejeansvarlig besked om behovene.
- 2.4. Kan tildeles ansvar for opfølgning af særskilte områder som personlig udstyr, hjælpemidler, medicin.
- 2.5. Udfører delegerede opgaver. Dette kan ikke videredelegeres til andre.
 - 2.5.1. medicinopgaver efter delegation fra leder af virksomheden.
 - 2.5.2. særskilte opgaver efter delegation fra sygeplejeansvarlig, som sår- og stomipleje, brug af tekniske hjælpemidler og samarbejde for at forebygge/håndtere udfordrende adfærd.
 - 2.5.3. træningsprogram efter delegation fra fysioterapeut.
- 2.6. Vejleder medarbejdere i udførelse af handleplanen.
- 2.7. Bidrager til at indsatserne ydes på laveste effektive omsorgsniveau. Overholder den tildelte ressourceramme og melder fra/ til sygeplejeansvarlige ved behov for ændring i visitationens indhold/omfang. Hastesager meldes ansvarshavende sygeplejerske ved sygeplejeansvarliges fravær.

3.0 Sammenhængende indsatser

- 3.1 Aftaler med sygeplejeansvarlig om samarbejde med andre indsatsydere. Det kan omfatte
 - andre kommunale indsatser som rengøring, dagtilbud, støttekontakt, ergo- og fysioterapitjeneste
 - Hjælpemiddelcentral, frivillige, besøgsven, frisør, fodterapeut

Kompetencekrav: SOSU-hjælperes samarbejds-, vurderings-, forvaltnings- og handlekompetence.

Bilag 5 Dataindsamlingsmatrix 1

Aflleveres i udfyldt form til Sygeplejeleder Hanne Barfoed Albertsen. Opbevares i aflåst skab.

Dataindsamlingsmatrix 1 til brug af personale i Langeland Kommune i uge 14 - 2014.			
Angiv dataansvarliges navn			
Angiv anonymt patientnummer			
Angiv dato for udfyldelse			
Kvalitetsindikatorer			
Primærkontakt	Ja	Nej	
Har pt. også behov for primærkontakt? Sæt kryds			
Er de obligatoriske ydelser er i varetaget? Sæt kryds Herunder:	Ja	Nej	
Patientinddragelse			
Sygeplejefaglig handleplan			
Sammenhængende ydelser			
Er andre ydelser i varetaget? Sæt kryds Herunder:	Ikke relevant	Hvis relevant, er det i orden?	
		Ja	Nej
Personligt udstyr			
Tekniske hjælpemidler			
Medicinliste			
Fulgt sårstrategi			
Sundheds- og livssituation			
Sæt kryds udfør den sundheds og livssituation patienten befinder sig i aktuelt. Sæt kun et kryds.			
Uafklaret			
Afklaret stabil			
Afklaret ustabil grad 1			
Afklaret ustabil grad 2			
Ustabil/avanceret			

13.0 Litteraturliste

- Brewer, B.B. 2006, "Is patient acuity a proxy for patient characteristics of the AACN Synergy Model for Patient Care?", *Nursing administration quarterly*, vol. 30, no. 4, pp. 351-357.
- Castle, N.G. & Anderson, R.A. 2011, "Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: using dynamic panel estimation methods", *Medical care*, vol. 49, no. 6, pp. 545-552.
- Collier, E. & Harrington, C. 2008, "Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities", *Research in gerontological nursing*, vol. 1, no. 3, pp. 157-170.
- Dansk Sygeplejeråd 2012, *Fremtidens sygepleje i kommunerne*, marts edn, [Dansk Sygeplejeråd].
- Edwards, D.F. 1999, "The Synergy Model: linking patient needs to nurse competencies", *Critical Care Nurse*, vol. 19, no. 1, pp. 88-90, 97-9.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008, "The qualitative content analysis process", *Journal of advanced nursing*, vol. 62, no. 1, pp. 107-115.
- Halkier, B. 2010, "I Brinkmann, S, & Tangaard, L." *Kvalitative metoder*, København, Hans Reitzels Forlag, , pp. 121-136.
- Healthcare, C. 2005, *Acute Hospital Portfolio: Ward Staffing.*, Commision for Healthcare, Audit and Inspection. London 2005.
- Helse- og omsorgsdepartementet, N. 1999, *Lov om pasientrettigheter*.
- Henderson, V. 2012, *ICN. Sygeplejens grundlæggende principper*. 7.udg. edn, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Hurst, K. 2006, "Nursing by numbers", *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, vol. 21, no. 7, pp. 22-25.
- Illeris, K. 2011, *Kompetence*, Samfundslitteratur.
- Kirkevold, M. 1996, *Vitenskap for praksis? Ad Notam*, Gyldendal.
- KL 2012a, *Det nære sundhedsvæsen*, KL.
- KL 2012b, *KL-notat: Hvordan sikres kvaliteten i sygeplejen?*.
- Kommission om Livskvalitet og Selvbestemmelse i Plejebolig og Plejehjem 2012, *Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem*, Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem.
- Lerner, N.B. 2013, "The relationship between nursing staff levels, skill mix, and deficiencies in Maryland nursing homes", *The health care manager*, vol. 32, no. 2, pp. 123-128.
- Mainz, J., Krøll, V. & Abildgaard, T. 2003, "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og-definitioner", *Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)* .
- Mainz, J., Bartels, P., Bek, T., Pedersen, K.M., Krøll, V.P. & Rhode, P. 2011, *Kvalitetsudvikling i praksis*, Munksgård Danmark.
- Ministeriet for Børn og Undervisning 2012, "Uddannelsesordningerne for social- og sundhedsuddannelsen", .
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011, "Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, LBK nr 1113 af 07/11/2011", .
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, "Bekendtgørelse af lov om Autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr. 1350 af 17/12/2008.", .
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007a, *Bekendtgørelse om hjemmesygepleje, BEK nr 1601 af 21/12/2007*, Lovtidende A.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007b, "Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder". VEJ nr 10334 af 20/12/2007 Gældende.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 15/01/2013, "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser", VEJ nr 9019 af 15/01/2013 Gældende.
- Ramhøj, P., Taleman, J., Kjeldsen, A. & Egerod, I.E. 2000, *Klinisk sygepleje. [Bind] 1*, Akademisk Forlag, [Kbh.].
- Rostgaard, T. & Thorgaard, C. 2007, *God kvalitet i ældreplejen: sådan vægter ældre, plejepersonale og visitatorer*, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Kbh.

- Storm, Helen Panduro : Kirkegaard, Mona Ellen Bang 2012, *Inspirationskatalog: Projekt Fagligt begrundet arbejdsdeling*, Arbejdsmarkedsafdelingen, Region Hovedstaden.
- Strandquist, M. & Adal, L. 2011, *Veien til bedre helseledelse*, 1 st, edn, Oslo, Norge. Kommuneforlaget.
- Strandquist, M., Næss, G., Andersson, A.M., Stigen, A.M., Adal, L. & Kirkevold, M. 2005, *Kompetansebasert bemanningsplan. Verktøy for kategorisering av patientsituasjoner og beregning av bemanningsbehov.*, Norsk Sykepleierforbund Vestfold. Høgskolen i Vestfold, Norge. Rapport 7/2005.
- Sundhedsministeriet, I. 2010, "LBK nr 913 af 13/07/2010 (Sundhedsloven)", *Set på www.retsinformation*, vol. 23.
- Sundhedsstyrelsen 2014, "Målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn på plejehjem " .
- Sundhedsstyrelsen 1996, *Kriterier, standarder og indikatorer for kvalitet*. Komiteen for Sundhedsoplysning, København.
- Undervisningsministeriet 2010, "Introduktion til den danske kvalifikationsramme for livslang læring".
- Undervisningsministeriet 2008, "Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje". BEK nr 29 af 24/01/2008 Gældende .
- Wahlgren, B. 2010, *Voksnes læreprocesser: kompetenceudvikling i uddannelse og arbejde*, Akademisk Forlag.
- www.IKOS.no .
- www.konsens.no

University College Lillebælt

UCL Campus Vejle

Vestre Engvej 51 C

7100 Vejle

ucl@ucl.dk