Sygeplejevidenskab.dk

Journal for Sygeplejevidenskab
Fag | Disciplin | Fagkundskab

Tilgængelig online på Sygeplejevidenskab.dk

SPL Publishing

# Nye kompetencemix og plejeformer - forandringen er i gang, hvordan kvalificerer vi den?

Selina Kikkenborg Berg[1] Lisbeth Uhrenfeldt[2] Ingrid Poulsen[3] Ida Elisabeth Højskov[1] Malene Missel[1] Camilla Bernild[1]

**1** sygeplejerske, ph.d. Rigshospitalet, Hjertecentret, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
**2** sygeplejerske, ph.d. Sygehus Lillebælt, Ortopædkirurgisk afdeling, Kolding sygehus, Sygehusvej 24, 6000 Kolding
**3** sygeplejerske, ph.d. Amager og Hvidovre Hospital, Klinisk Forskningsafdeling, Kettegård alle 30, 2650 Hvidovre

Tegnehimlen.dk

## Introduktion

Som sygeplejeprofession er det nødvendigt at tænke nyt i forhold til organisering af sygepleje på hospitalerne, når vi skal opretholde kvalificeret sygepleje til patienter i en fremtid med knappe personaleressourcer.

Sundhedsvæsenet står overfor kendte udfordringer, hvor den stigende ældrebefolkning betyder, at flere lever med kronisk- og multisygdom med forskellige ressourcemæssige udgangspunkter ift. at kunne håndtere sygdom og behandling.

Det afstedkommer både flere og mere komplekse patientforløb i hospitalssektoren, hvor den højt specialiserede behandling omkranses af en række plejemæssige behov, som fordrer forebyggende, sundhedsfremmende, kurative, pallierende og rehabiliterende indsatser. Og det i en tid, hvor der både er krav om besparelser, og hvor der er rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer af hospitalets traditionelle faggrupper.

Den komplekse problemstilling fordrer naturligvis mangefacetterede tiltag på alle niveauer i sundhedsvæsnet. Eksempelvis forventningsafstemning om ansvar i "det nære sundhedsvæsen" hospitaler imellem, som må intensiveres med kommunikation og koordinering med og omkring patienten. Forholdet mellem professionerne må rumme mere fleksibilitet, så faggruppernes kompetencer kommer mere i spil og potenserer hinanden til fordel for patienter og pårørende.

I denne artikel vil vi fokusere på sygepleje i hospitalskontekst, og komme med nogle bud på en forandring af organisering af plejen. Vi håber, at artiklens budskaber kan inspirere og starte dialoger.

Mange hospitalsafdelinger har allerede foretaget forandringer i forhold til organisering af det sygeplejefaglige arbejde i bestræbelse på, at opretholde patientsikkerhed og kvalitet.

Det kan for eksempelvis være forandringer i personalesammensætning og deraf behov for ændringer i plejeformer.

De nødvendige lokale forandringer i personalesammensætning kan f.eks. være ansættelse af social-og sundhedsassistenter i sygeplejerske stillinger eller ansættelse af pensionerede sygeplejersker fem timer dagligt (kl. 8-13, eller 9-14) for at tilføre erfaring til en yngre stab af sygeplejersker.

Sådanne nye sammensætninger kan føre til behov for ændringer i plejeformer for at opretholde patientsikkerhed og kvalitet.

**Formål**
Formålet med nærværende artikel er at undersøge og perspektivere, hvordan vi kan samtænke professions- og organisationsudvikling i plejeorganisering.

**Der er to gensidigt afhængige hovedkomponenter i plejeorganisering.**

**Den ene komponent** vedrører hvem, der indgår i plejearbejdet og **den anden komponent** vedrører hvordan plejearbejdet er tilrettelagt. Komponenterne kan beskrives som henholdsvis fagkonstellation og plejeform.

Fagkonstellation henviser til den formelle uddannelse plejepersonalet har – og de deraf afledte kompetencer de besidder, og plejeformen henviser til tilrettelæggelsen af, hvordan plejepersonalet udfører sygepleje til en gruppe patienter.

I denne sammenhæng er også lederens ageren meget betydningsfuld.

**Er der behov for forandring i fagkonstellationer og plejeformer på danske hospitaler?**
Ændret befolkningssammensætning med flere ældre, stigende levealder og et øget antal af danskere med kronisk sygdom påvirker udgiftsgrundlaget i sundhedssektoren (1).

Udgifter til sundhedsvæsenet stiger også, fordi det er blevet dyrere at behandle. Udgifter til medicin på hospitalerne er steget fra knap 5 milliarder kroner i 2007 til knap 10 milliarder kroner i 2022.

Den danske sundhedsøkonom Jes Søgaard peger på, at visse industrier har formået at øge kvalitet samtidig med, at de har sat priserne ned. Det gælder f.eks. bilindustrien.

Medicinalindustrien har haft entydigt fokus på udvikling af lægemidler og har ikke haft fokus på reduktion af priser. En Citroen c3 ville koste 15 mio. kr. i dag, hvis bilindustrien havde fulgt medicinalindustriens prisudvikling (3).

Disse øgede udgifter til medicin har, sammen med andre prisstigninger i behandling og inflation, ført til krav om besparelser andre steder på hospitalerne.

Man har arbejdet systematisk med effektiviseringer i personalets arbejdsgange, for at kunne opretholde aktiviteten med færre personaleressourcer.

Effektivitet er godt, så længe at kvalitet bevares og udvikles. For hvem vil betale mere for noget, som ikke udgør en værdi? Problemet opstår, hvis kvantitet bliver det eneste, som bevares, når kvaliteten samtidig er under pres.

**Mangel på arbejdskraft**
I tillæg til de økonomiske udfordringer ses i disse år store udfordringer med mangel på arbejdskraft i store dele af verden (WHO) (4). Danske Regioner mener, at:

*”manglen på arbejdskraft presser det danske sundhedsvæsen”* (5).

Der er ifølge Kommunernes og Regionernes Løndatakontor sket et fald i antal af sygeplejerske-årsværk i Regionerne fra 36.019 i 2019 til 35.645 i 2023, på trods af intentionen om 1000 flere sygeplejersker (6).

Der er lige nu ca. 5000 ledige sygeplejerske-stillinger i Danmark (7) og Damvad Analytics anslår, at der vil mangle 8000 sygeplejersker i Danmark i 2030 (8).

Det er ikke realistisk at tilføre sundhedsvæsenet det antal sygeplejersker på den korte bane. Der er i sommeren 2022 foretaget en rundringning til landets ledende sygeplejersker. I regionerne mangler 58% af afdelingerne plejepersonale.

Personaleomsætningen er stigende i sundhedssektoren, og 21% af stillinger, som slås op, besættes ikke som tiltænkt; 13% besættes ikke, 8% besættes med en anden profil.

Samtidig efterspørger den nuværende generation af sygeplejersker mere samarbejde, så man ikke står alene med opgave og ansvar (9).

I alt 64% af de ledende sygeplejersker mener, at manglen på sygeplejersker nu har alvorlig konsekvens for tilbuddet til patienter (10).

Der er i øjeblikket 85.000 patienter på venteliste til operation mod tidligere 10.000 patenter i 2020 (11).

**Politisk**

Fra politisk side ønsker man naturligvis at bremse denne selvforstærkende kompleksitet. Regeringen har sat som mål at få ventelisterne nedbragt inden udgangen af 2024 ved at øge aktiviteten med 3% og har forelagt en akutplan i samarbejde med bl.a. Danske Regioner (12).

Danske Regioner har fremlagt *"Regionernes plan for kortere ventelister"*, som samstemmigt peger på inklusion af nye medarbejdergrupper som en af vejene til mål. Danske Regioner har som en del af strategien at ansætte forskellige faggrupper, herunder hjælpepersonale til aflastning af sundhedsuddannede.

**Plejekrise**

Samlet set forstår vi dette problemkompleks, som en form for *'plejekrise'*, der fordrer bæredygtig nytænkning.

Vi har brug for nye medarbejdere med andre kompetencer end sygeplejeuddannelse, hvorfor vi bør arbejde med en faglig omorganisering af plejearbejdet med henblik på at kunne invitere f.eks. flere social- og sundheds-assistenter og nye plejemedhjælpere ind, for dermed at kunne sikre faglig kvalitet, medarbejder-tryghed og patientsikkerhed.

**Kompetencemix**

WHO har udgivet en strategi *"Global strategy on human resources for health: workforce 2030"* (4).

**WHO** anbefaler implementering af modeller til levering af sundhedsydelser, med hvad de benævner et passende og bæredygtigt kompetencemix, for at møde befolkningens sundhedsbehov ligeligt.

Der er begrænsede anbefalinger og evidens for, hvad passende og bæredygtige kompetencemix betyder; særligt i høj-indkomst kontekst.

**Der fremhæves tre vinkler på kompetencemix:**

- **Re-allokering af opgaver**
- **Tilføjelse af nye opgaver og roller**
- **Introduktion eller forandring af team-samarbejde.**

**Kompetencemix innovation** er en disciplin, hvor man arbejder med ændringer i kunnen (skills), kompetencer, roller og opgaver indenfor eller imellem sundhedsprofessionelle grupper og uformelle omsorgsgrupper.

*'Task-sharing'* og *'task shifting'* er begreber, som henviser til forskellige måder at arbejde med arbejdsdeling på for at øge adgang til sundhedsydelser og opnå bedre ressourceudnyttelse. Typisk overgår der opgaver fra højere uddannede til lavere uddannede og oftest i et samarbejde.

Kompetencemixlitteraturen, som omhandler sygeplejersker, har hidtil handlet om opgaver, som blev overdraget fra læge til sygeplejerske, med god effekt på sundhedsoutcomes, samt medicin-relaterede opgaver givet fra sygeplejersker til farmakonomer med omkostningsbesparelse og bedre sundhedsoutcomes som resultat (13).

Da sygeplejersker er autoriserede sundhedspersoner og kun har et meget snævert virksomhedsområde, som er forbeholdt dem, kan sygeplejersker benytte medhjælp.

Sygeplejersker uddannes til at formidle og lede sygepleje foruden deres kliniske udøvelse og udviklingsarbejde. De har dermed kompetencer til klinisk ledelse af medhjælpere, hvor de er forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (14).

Det er her, vi ser en vigtig opgave for sygeplejeprofessionen i aktivt at tage ansvar for at formidle og lede sygepleje med inklusion af andre fagligheder i nye plejeformer.

**Plejeformer**

I Danmark er sundhedsvæsnet en væsentlig del af velfærdssamfundet, hvor skiftende styringsparadigmer og udvikling i behandlingsmuligheder har haft indflydelse på hospitalssygeplejens organisering, planlægning og kontrolsystemer.

Ifølge Parreira et al. er plejeformen konceptuelt forankret, struktureret og allokeret i bestemte kommunikations -og koordinations mønstre, som afspejler skiftende tendenser indenfor management-teori og styringsparadigmer (15).

Disse tendenser har og har haft indflydelse på sygeplejens syn på for eksempel gruppedynamik, individuel motivation og patientcentrerede metoder - særligt afspejlet i det der benævnes individuel pleje og gruppepleje, men også den nyere primær pleje (15).

**Ledelsesparadigmerne**

Ledelsesparadigmerne har naturligvis været påvirket af historiske begivenheder såsom den økonomiske krise i 30erne, verdenskrigene og efterkrigstiden, men også 60ernes sociale bevidsthed og industriens kapitalistiske ledelsessystemer.

I nyere tid har man forsøgt at revitalisere flere ældre ledelsesparadigmer ved at kombinerer flere (15).

I starten af 1900-tallet var de fremtrædende ledelsesteoretikere Taylor som argumenterede for individuel specialisering, Weber som argumenterede for regler og nedskrevne regulativer og Fayol som pegede på, at arbejdere skulle arbejde under en manager ud fra samme handleplan.

I begyndelse af 30erne kom adfærdsteorierne, og Mayo pegede på, at mennesker arbejder bedst i grupper. Follet lagde vægt på, at lederen skulle lede gennem mennesker, og at de bedste beslutninger træffes tæt på begivenhederne.

Disse tendenser indenfor ledelsesteori fik stor betydning for sygeplejens syn på gruppedynamik, individuel motivation og patientcentrerede metoder; særligt afspejlet i individuel pleje og gruppe pleje, men også den nyere primær pleje (15).

**Plejeformer gennem tiden**
De seneste 100 år har der været fire større plejeformer, som er beskrevet og evalueret i litteraturen (**Tabel 1**).

- **Rundepleje**
- **Gruppepleje**
- **Individuel sygepleje**
- **Primær sygepleje**

I praksis har man mange steder arbejdet med mere eller mindre kombinerede udgaver af alle fire plejeformer.

Rundepleje adskiller sig fra de tre andre ved at være en opgave-orienteret plejemodel, hvor en standardiseret og procedureorienteret tilgang baseret på en rutineret mekanisk logik har fokus på delelementer, i stedet for den enkelte patient, med lav grad af koordinering men stort fokus på tekniske kompetencer.

I et økonomisk perspektiv er rundepleje effektivt, hvorfor den er trukket ind i plejen igennem årene, når ressourcerne har været knappe.

**Primærpleje**
I de seneste 15-20 år har man på mange hospitalsafdelinger organiseret sygeplejen ud fra primær pleje.
I den organisering varetager én sygeplejerske al pleje til en lille gruppe patienter i deres forløb, og formålet har været at arbejde helhedsorienteret i relation til den enkelte patient for derved at opnå kontinuitet i sygeplejen.

Den vandt indpas i en tid, hvor der ikke var mangel på sygeplejersker, og hvor man mange steder primært ansatte sygeplejersker, idet de kunne varetage alle plejeopgaver og udvikle praksis.

Nogle steder omlagde man endda sekretærstillinger og køkkenmedhjælpere til sygeplejerskestillinger. I besparelsesrunder blev mange sekretærstillinger og køkkenmedhjælpere dog også sparet væk. Deraf har sygeplejersker i dag mange opgaver, som ikke er sygepleje.

Forud for primær sygepleje har man traditionelt arbejdet i en gruppebaseret plejeform i sygeplejen i Danmark.

I en **gruppebaseret** plejeform er der flere plejemedarbejdere, som sammen plejer en lidt større gruppe patienter.

Fordelen ved den plejeform er, at medarbejderne kan have forskellige kompetencer og sammen dække patienternes behov for pleje. Ingen medarbejdere står alene med opgaver, som de ikke er kompetente til.

**Hvad siger forskningen?**
Forskning viser, at der er meget lidt evidens for, at primær pleje skulle være bedre end gruppe pleje.

Kvalitet og patientsikkerhed kan nemt påvirkes af kompetence-mix og plejeform, ligesom personaleomsætning og jobtilfredshed kan påvirkes (16).

Flere reviews konkluderer, at der er modsatrettede fund, hvor nogle studier finder en plejeform superior i forhold til en anden, mens andre viser modsatte resultater (17,18).

Typisk måles der på tilfredshed, effektivitet, medicineringsfejl, utilsigtede hændelser og patient outcomes så som smertescore, hospitalsinfektioner og tryksår (17).

Konklusionen i litteraturen er, at der ikke er en *'one-size-fit-all'* løsning, men at faktorer som personaleressource, fagkonstellationer, arbejdsmiljø, uddannelse til plejeform og ledelses-support til plejeformen er vigtige faktorer for succes og patientsikkerhed (16,17).

Desuden er det klart, at den institutionelle kontekst på makro-niveau (region og sygehus) er medkonstituerende for betingelserne for organisering af sygeplejen.

**TABEL 1**: **Overordnede karakteristika, fordele og ulemper ved de fire plejeformer***

| PLEJEFORMER | RUNDEPLEJE | GRUPPEPLEJE | INDIVIDUEL PLEJE | PRIMÆR PLEJE |
|---|---|---|---|---|
| **KARAKTERISTIKA** | Hver professionel har hver deres opgaver i relation til de indlagte patienter. | Flere professionelle arbejder sammen om plejen til en gruppe patienter**.** | En sygeplejerske varetager hele plejen til en eller flere patienter i sin vagt. | En sygeplejerske har ansvaret for en eller flere patientforløb, og delegerer plejen til kollegaer i hendes fravær. |
| **PATIENT-PERSPEKTIV** | *Ulemper*: Manglende kontinuitet kan medføre flere fejl, dehumanisering, problemer med patientsikkerhed og utryghed. | *Fordele*: Fremmer en følelse af tryghed, da plejebehovet bliver opfyldt af en mindre gruppe sygeplejersker med forskellige færdigheds-niveauer. Høj patient-tilfredshed og sikkerhed samt effektivitet i leveringen af pleje.<br><br>*Ulemper:* Patienten kan ikke identificere en primær sygeplejerske, der har ansvaret. Der kan opstå kommunikationsbrist, som kompromitterer patientsikkerheden. | *Fordele:* Humaniseret og personlig pleje, udgangspunkt i patientens behov.<br><br>*Ulemper:* Ingen fornemmelse af overblik og relation til de skiftende sygeplejersker hver dag. Forskelle i de individuelle færdigheder og viden hos sygeplejersker og deraf asymmetri i plejeydelsen. | *Fordele:* Kontinuitet i plejen, færre antal sygeplejerske-kontakter og færre fejl.<br><br>*Ulemper:* Kvaliteten af plejen afhænger af sygeplejerskens kompetencer. |
| **SYGEPLEJE-PERSPEKTIV** | *Ulemper:* Svært at få overblik over patientens behov, svær planlægning og deraf fejl og manglende kollegialt samarbejde. | *Fordele:* Øger kommunikation og faglig støtte mellem kollegaer, hvor mere erfarne og kompetente sygeplejersker kan støtte mindre erfarne. Giver mulighed for udvikling af viden og færdigheder gennem refleksion i praksis.<br><br>*Ulemper:* Der kan opstå vanskeligheder i samspil og samarbejde, og det kræver kendskab til flere patienter. | *Fordele:* Bedre grundlag for at træffe beslutninger. Reduktion af fejl.<br><br>*Fordele/ ulemper:* Det kræver et højere niveau af færdigheder hos alle sygeplejersker. | *Fordele:* Relationen til patienten styrkes. Bedrer identifikation af behov og mulighed for evaluering mht. sundheds-outcomes.<br><br>*Ulemper:* Risiko for følelsesmæssig involvering, som kan øge stress og udbrændthed. |
| **ORGANISATIONS-PERSPEKTIV** | *Fordele:* kræver færre sygeplejersker og faste procedure kan lede til kvalitet i den enkelte opgaveløsning.<br><br>*Ulemper:* Dog er der evidens for lavere kvalitet i forløbet, der er flere fejl, flere patientklager og flere utilsigtede hændelser som kunne være undgået. | *Fordele:* Plejeteamets samlede kompetencer og færdigheder kommer patienten til gode. Letter implementeringen af nye metoder. Øger produktiviteten.<br><br>*Ulemper:* I akutafdelingerne ses der flere utilsigtede hændelser, da der er mindre tid til kommunikation og koordinering. | *Fordele:* Giver bedre kvalitet i plejen med færre kommunikations led.<br><br>*Ulemper:* Det kræver mere personale end den opgaveorientere de metode (rundepleje). | *Fordele:* Øger patienttilfredshe den og sikrer en højere plejekvalitet.<br><br>*Ulemper:* Lighed i plejen er udfordret. Det kræver større forberedelse af "assisterende" sygeplejersker. |

*Fordele og ulemper ved de fire plejeformer opsummeret efter artiklen: "Work methods for nursing care delivery" af Parreira et al. (15)

**Forandring i fagkonstellationer og plejeformer i praksis**
Spørgsmålet er, om den nuværende situation i Danmark kalder på en bestemt plejeform fra fortiden, eller om vi skal opfinde nye plejeformer.

Mange steder i verden vinder gruppebaseret pleje indpas -igen. Nogle kalder det team-pleje. Ved **teampleje** kan man sammensætte personalegruppen i forskellige fagkonstellationer, hvilket er en fordel i en tid med mangel på sygeplejersker.

Uagtet hvad den enkelte kliniske konktest kalder på, er der en række overvejelser, der med fordel kan arbejdes strategisk med, såfremt forandring skal til.

**Kompetencemix**
Inspireret af litteraturen om innovative kompetencemix skal følgende forhold være afklaret:

**(1) roller og kunnen**
**(2) træning og uddannelse**
**(3) gennemgang og eventuel justering af en formaliseret kommunikation i form af eksempelvis retningslinjer og standarder**
**(4) opdatering af juridiske forhold, så forældet lovgivning ikke forårsager flaskehals for forandring.**

De fire områder hænger gensidigt sammen, hvor ny rolleforståelse muliggøres gennem træning og uddannelse, og hvor en formaliseret kommunikation og de juridiske forhold i organisationen understøtter kompetencemix (13).

**Organisationsudvikling og implementering**
Ligesom det er gældende for enhver anden organisationsudvikling, er der flere elementer, der skal tages til overvejelse i forbindelse med implementering; herunder om forandringen opfattes som nødvendig eller ej af medarbejderne og lederne, om der er den tilstrækkelige finansiering, særligt startup funding, og om der er den fornødne tid til forandringen i organisationen.

Det fremhæves som afgørende for implementering af kompetencemix, at der arbejdes henimod en fælles viden om betydningerne af kompetencemix, herunder teambaseret træning i den specifikke kontekst og tværprofessionelle træningssessioner.

Etablering af pilotprojekter, som indeholder supervision og mentorship, kan være en idé i forhold til at fremme forandringen og opnå vedvarende support, ligesom organisatorisk formalisering af nye roller, relationer og opgaver er afgørende for succes (13).

**Klinisk lederskab**
Ved implementering af mere teambaserede plejeformer, hvor sygeplejersken skal lede andre faggrupper i plejen, er det vigtigt at sygeplejersken klædes på til at tage det kliniske lederskab på avanceret niveau.

Det drejer sig om, ifølge Marit Kirkevold, at have kvalifikationer til at varetage kliniske ledelsesopgaver i forhold til patientforløbet og at kunne lede andre i plejen (19).

**Kliniske, organisatoriske, pædagogiske og kommunikative kompetencer** er afgørende for at lykkes med faglig forsvarlig delegering og samarbejde med medhjælpere (16).
Hvis man bare sætter personale sammen i en gruppe, opnår man ikke automatisk samarbejdende teams. Der skal mere til (20).

**Trivsel og Psykologisk tryghed**
Udover disse mere formelle strukturer, fordrer en omkalfatring af plejearbejdet, at der i dialog med alle involverede på den konkrete afdeling, arbejdes kontinuerligt med trivsel og psykologisk tryghed i arbejdet.

Et studie fra 2019 fandt, at sygeplejersker der arbejder i kompetence-mix grupper kan opleve emotionel udmattelse når dem, som de skal lede har mindre sundhedsfaglig uddannelse end social og sundhedsassistenter.

Forskning viser også, at i de akutte afdelinger, går det ud over patientsikkerhed og kvalitet, når der indføres kompetence-mix sygepleje (21). Som led i inklusion af andre fagligheder og omlægning af plejeform er det endvidere væsentligt at indtænke to sammenhængende forhold.

**Kultur og professionsidentitet**

Det ene er de enkelte afdelingers kultur. Kulturen er formet af grundlæggende antagelser og uskrevne regler, der ifølge organisationsteoretikeren Schein, angiver samspillet mellem medarbejdere i en organisation (22).

Det andet er aktørernes professionsidentitet. Den består af et koordineret sæt af antagelser og handlinger, der formet gennem socialisering i praksisfællesskaber giver et særligt slags blik og professionelt beredskab (23–25).

Det er i sagens natur ikke altid en 'nem' opgave at få øje på egne grundlæggende antagelser og 'selvfølgelige' professionelle beredskab, men netop integrationen af andre fagligheder og tilrettelæggelse af nye plejeformer giver måske anledning til at få øje på 'sig selv' og arbejde konstruktivt med tilrettelæggelse af plejen.

**Udvikling af plejeformer**

Da der ikke er entydig evidens for plejeformernes effekt, fordele og ulemper, er det de enkelte afdelinger og afsnit, der må vælge, hvad der passer bedst til dem.

**Sygeplejeledere** må kontinuerligt revidere sammensætningen af personaler for at imødekomme patientbehov i betragtning af manglen på plejepersonale. Plejeformer må udvikles og tilpasses vilkår og det betyder at plejeformerne må være fleksible og foranderlige (26).

I valget af plejeform eller i udviklingen af en tilpasset plejeform (hybrid plejeform) på de enkelte afdelinger, må der naturligvis medtænkes flere faktorer.

Nogle steder kan det måske være nødvendigt at indføre en tillempet rundepleje i en afgrænset periode pga. personalemangel, hvor vi dog mener, at man så skal være bevidst om, hvordan man sikrer, at patienten er i centrum for beslutningerne.

**Overvejelser i forbindelse med valg af plejeformer**

Sygeplejerskemangel kan måske håndteres bedre ved klinisk lederskab i grupper med kompetencemix, snarere end på opgaveniveau ved rundepleje.

**Nyttige overvejelser i forbindelse med valg af plejeform er:**

- **Hvilken vej peger vores konceptuelle forståelse af sygepleje og vores værdiramme?**
- **Hvilken retning peger vores kompetencemix i afdelingen?**
- **Hvilken type sygepleje ydes og har det betydning for plejeform?**
- **Hvad betyder de materielle og strukturelle forhold for plejeform?**
- **Hvad betyder de arkitektoniske forhold i afdelingen i relation til plejeform?**
- **Hvordan opnår vi krav til excellence, patientsikkerhed, kontinuitet og involvering af patienter og pårørende samt patient og personale-tilfredshed? (15).**

Alle disse overvejelser vil pege i retning af fordelagtige plejeformer, og vælges plejeformen med blik på fordele og ulemper, så er der mulighed for at kompensere for ulemperne og drage nytte af fordelene.

**Anbefalinger**

Med denne artikel vil vi anbefale, at der eksperimenteres med nye plejeformer, og at vi som ledere og forskere deler vores erfaringer med hinanden. Det er afgørende, at der laves undersøgelser af effekten, og at der investeres i dygtige sygeplejefaglige ledere på afdelingerne.

Når fokus er på værdien for patienterne, så er et centralt spørgsmål, hvordan og hvor sygeplejerskernes kompetencer bruges bedst. Så længe der er mangel på sygeplejersker, må der foregå en prioritering af, hvad sygeplejerskens ansvarsområde er.

Det er oplagt, at de mest kompetente sygeplejersker skal opholde sig tæt på patienten, hvor de mest kvalificerede beslutninger skal træffes.

Der er ikke tvivl om, at en velovervejet, velimplementeret og velsupporteret plejeform i den enkelte afdeling vil have betydning for plejens kvalitet og for patientsikkerhed og personaleomsætning i de næste 10 år.

## Referencer


**1**. Hvidberg MF, Johnsen SP, Davidsen M, Ehlers L. A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark. PharmacoEconomics - Open. 2020;4(2):361-380. doi:10.1007/s41669-019-0167-7
**2**. Danske Regioner. Medicin. https://www.regioner.dk/sundhed/medicin/
**3**. Larsen K. Kræftbehandling koster nu 12 mia. kr. årligt. Ugeskr Læger. Published online 2016. https://ugeskriftet.dk/nyhed/kraeftbehandling-koster-nu-12-mia-kr-arligt
**4.** World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030.; 2016. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1
**5.** Danske Regioner. Regionernes plan for kortere ventelister. RegionerDk. Published online 2022. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/september/danske-regioner-lancerer-plan-for-at-bekaempe-ventelister-og-personalemangel-i-sundhedsvaesenet
**6.** DR.dk nyheder/tal fra de Danske Regioner: https://www.dr.dk/nyheder/indland/trods-politiske-maal-om-flere-sygeplejersker-antallet-er-stort-set-uaendret Published online 28. aug. 2023
**7.** Ludvigsen MB. Ubesatte stillinger presser hospitalsafdelinger. Sygeplejersken. 2022;6(6):34-35. https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/sygeplejersken-argang-2022-nr-6/ubesatte-stillinger-presser-hospitalsafdelinger/
**8.** Damvad Analytics, Danske Professionshøjskoler. Danmark vil mangle mere end 8.000 sygeplejesker i 2030. https://danskeprofessionshøjskoler.dk/wp-content/uploads/2021/07/Faktaark-Danmark-vil-mangle-mere-end-8000-sygeplejersker-i-2030.pdf
**9.** Tjørnelund AM, Pedersen LM. Et godt arbejdsmiljø får sygeplejersker til at blive i faget. Fag Forsk. 2022;(3):48-53. https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/fag-forskning-argang-2022-nr-3/et-godt-arbejdsmiljoe-faar-sygeplejersker-til-at-blive-i-faget/
**10.** Dansk Sygeplejeråd. Notat: Mangel og rekruttering. Published online 2022:33-34.
**11.** Redaktionen. Akutplan: De meget lange ventelister til operation skal væk indenfor to år. Sundhedspolitisk Tidsskr. Published online 2023. https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/sundhedspolitik/7419-akutplan-praesenteres-i-dag.html
**12.** Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Akutplan med bred vifte af initiativer skal hjælpe trængte sygehuse. Published 2023. https://sum.dk/nyheder/2023/februar/akutplan-med-bred-vifte-af-initiativer-skal-hjaelpe-traengte-sygehuse
**13.** European Observatory on Health Systems and Policies. Skill-Mix Innovation, Effectiveness and Implementation. Improving Primary and Chronic Care. (Maier, CB; Kroezen, M; Busse R; Wismar M, ed.). Cambridge University Press; 2022. doi:10.1017/9781009031929
**14.** Uhrenfeldt L, Rasmussen B. Excellent sygepleje, person-centrering med omhu og personorientering. Klin sygepleje Accept 20092023. Published online 2024.
**15**. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Work methods for nursing care delivery. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1-17. doi:10.3390/ijerph18042088
**16.** Winslow S, Cook C, Eisner W, Hahn D, Maduro R, Morgan K. Care delivery models: Challenge to change. J Nurs Manag. 2019;27(7):1438-1444. doi:10.1111/jonm.12827
**17.** Prentice D, Moore J, Desai Y. Nursing care delivery models and outcomes: A literature review. Nurs Forum. 2021;56(4):971-979. doi:10.1111/nuf.12640
**18.** Gonçalves I, Mendes DA, Caldeira S, Jesus É, Nunes E. The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: ASystematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3). doi:10.3390/ijerph20032391
**19.** Kirkevold M. Hvad Er Sygeplejens Rolle i Dagens Og Fremtidens Sundhedsvæsen? Dansk Sygeplejeråd; 2012.
**20.** Havaei F, MacPhee M, Dahinten VS. The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses. J Adv Nurs. 2019;75(10):2144-2155. doi:10.1111/jan.13997
**21.** Havaei F, Dahinten VS, MacPhee M. Effect of Nursing Care Delivery Models on Registered Nurse Outcomes. SAGE Open Nurs. 2019;5:1-10. doi:10.1177/2377960819869088
**22.** Schein EH. Organizational Culture and Leadership. 3. edition. Jossey-Bass; 2004.
**23.** Wackerhausen S. Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - i sundhedsområdet. Hans Reitzel; 2002.
**24.** Wackerhausen S. Refleksion i praksis : skriftserie : Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. :21 s.
**25.** Wackerhausen S. Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. J Interprof Care. 2009;23(5):455-473. doi:10.1080/13561820902921720
**26.** Prentice D, Moore J, Fernandes B, Larabie E. Nursing Care Delivery Models and Intraprofessional Collaborative Care: Canadian Nurse Leaders' Perspectives. SAGE Open Nurs. 2022;8. doi:10.1177/23779608221133648