

RAPPORT

ORGANISERING AF SYGEPLEJEN PÅ DANSKE HOSPITALER



ORGANISERING AF SYGEPLEJEN PÅ DANSKE HOSPITALER

Forskningsgruppe/redaktion: Camilla Bernild, Ingrid Poulsen, Janet F. Jensen, Kathrine Hoffmann Kusk, Line Ryberg Rasmussen, Lisbeth Uhrenfeldt, Louise Schlosser Mose, Malene Missel, Selina Kikkenborg Berg, Sofie Langergaard

Copyright® 2025 Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til impact.rigshospitalet@regionh.dk

Layout: Company:k **Foto:** iStock **Tryk:** Tafdrup&Co **Oplag:** 300

Afsendere: Rigshospitalet; Amager-Hvidovre Hospital; Sjællands Universitetshospital; Sygehus Lillebælt, Syddansk Universitetshospital; Aalborg Universitetshospital; Esbjerg og Grindsted Sygehus, Syddansk Universitetshospital.

ISBN: 978-87-976355-0-6

INDHOLD

FORORD	4
RESUMÉ	5
INTRODUKTION	6
Formål	6
Fremgangsmåde	7
ANBEFALINGER TIL FREMTIDIG PLEJEORGANISERING	8
Anbefaling 1: Fleksibel og transparent plejeorganisering	8
Anbefaling 2: Stærke ledelseskompetencer	8
Anbefaling 3: Vurdere fordele og ulemper ved forskellige plejeformer	10
Anbefaling 4: Integrering af nye faggrupper og kompetencer	11
Anbefaling 5: Vurdering af generel opgaveuddelegering og situationsbestemt opgavefordeling	11
Anbefaling 6: Kompetencevurdering	11
Anbefaling 7: Oplæring i at indgå i forskellige plejeformer	11
RESULTATER	12
Del 1: Sygeplejerskernes erfaringer med tildelt patientpleje, gruppepleje og hybridpleje	13
· Tildelt patientpleje	13
· Gruppepleje	16
· Hybridpleje – en ny organiseringsform	19
Del 2: Sygeplejerskernes fremtidsrefleksioner om plejeorganisering	23
Del 3: Ledernes betragtninger om plejeformer og kompetencemix	25
MATERIALER OG METODER/EKSPERIMENTELT ARBEJDE	30
Metode	30
Dataindsamling	33
Dataanalyse	33
Etiske overvejelser	33
REFERENCER	34
FORSKERNE	35
BILAG	36

FORORD

Denne rapport er skrevet for at støtte og styrke det faglige afsæt for plejeorganisering på hospitalsafdelinger. Det er en rapport, som giver stemme til de sygeplejefaglige ledere, som hver dag sætter holdet og den giver plads til de erfaringer og refleksioner, som plejeorganisering er forankret i. Rapporten giver også stemme til de sygeplejersker, som arbejder på hospitaler, og som har mange erfaringer med forskellige plejeformer. Tilgangen til at skrive om plejeorganisering er altså at spørge: Hvordan organiseres plejen? Hvad bestemmer strukturerne? Og hvilke lokale overvejelser gør man sig – både om plejeorganisering i dag og i fremtiden?

Sundhedsvæsenet er i en forandringstid. Der præsenteres mange politiske planer og reformer, og det betyder, at der arbejdes med forankring af de politiske idéer. Det kan være mere samarbejde om vagtarbejdet på tværs af afdelinger, nye personale-sammensætninger, introduktion af udenlandske

medarbejdere og andre indsatser, som stiller den faglige ledelse over for nye opgaver. Det er dette faglige oversættelsesarbejde og de refleksioner, som begrunder de valg og fravalg, der gøres, som præsenteres her.

Arbejdet med plejeorganisering er lavet i et partnerskab mellem seks hospitaler: Rigs-hospitalet; Amager-Hvidovre Hospital; Sjællands Universitetshospital; Sygehus Lillebælt, Syddansk Universitetshospital; Aalborg Universitetshospital; Esbjerg og Grindsted Sygehus, Syddansk Universitetshospital. Der er foretaget interviews på alle hospitalerne, og forskere fra hvert hospital har sammen analyseret data og skrevet denne rapport. I rapporten finder du en ny model for analyse af plejeorganisering i eget afsnit, ligesom rapporten også peger på, hvornår tildelt pleje og team-/gruppepleje kan være hensigtsmæssig.

Vi har lært, at plejeorganisering ofte er en hybrid af mange former – at organiseringen kan se forskellig ud i hver vagt. Plejeorganisering kræver faglig indsigt – både indgående indsigt i patientgrundlag, i kompetencemix og i forløb og kompleksitet.

Fremtiden er uvis. Vi ved, at der kommer mere aktivitet og mindre årgange til at varetage sygeplejen. Et stærkt fokus og sprog for plejeorganisering kan styrke den sygeplejefaglige ledelse – ligesom vidensdeling og gensidigt samarbejde kan. Konkurrence mellem afdelinger er ikke længere efterspurgt. Det er derimod partnerskaber og fællesskaber. Det er disse værdier, som denne rapport sendes afsted med. God læselyst.

På vegne af forskergruppen

Selina Kikkenborg Berg

*Sygeplejerske, professor
Collaborate to Care*



RESUMÉ

– Organisering af sygeplejen på danske hospitaler

Det danske sundhedsvæsen står over for en voksende udfordring: flere patienter med komplekse forløb og færre sygeplejersker. For at sikre høj kvalitet, kontinuitet og patientsikkerhed i plejen er der behov for nytænkning af, hvordan sygeplejen organiseres på hospitalerne. Denne rapport præsenterer resultater fra en kvalitativ undersøgelse baseret på interviews med 140 kliniske sygeplejersker og 63 ledere fra seks danske hospitaler. Rapportens formål er at undersøge nuværende plejeformer og formulere anbefalinger til fremtidens organisering af sygepleje.

Tre centrale perspektiver belyses: 1) *Tildelt patientpleje* skaber høj kontinuitet og tilfredshed, men kan være psykisk belastende og sårbar ved mangel på erfaring; 2) *Gruppepleje* fremmer samarbejde og læring, men kan medføre fragmentering og svagere ansvarsfølelse; og 3) *Hybridpleje* kombinerer det bedste fra de to andre modeller, men kræver tydelig rollefordeling og koordinering.

Lederne peger på behovet for balance mellem specialiseret og generaliseret pleje, fleksibel organisering og sikring af faglighed. De oplever udfordringer med vagtplanlægning, kontinuitet og kompetencemix – og ser potentiale i tværfaglige teams, men understreger nødvendigheden af at værne om sygeplejefagligheden. Ledelsesrummet skal styrkes ved uddannelse, tydelig kommunikation og tæt daglig opfølgning.

Sygeplejen vil i fremtiden kræve mere tværfagligt samarbejde, klinisk lederskab gennem andre og bedre koordinering på tværs af sektorer. Der efterlyses klare opgavefordelinger, større tværgående kompetencer og struktureret samarbejde mellem hospital og primær sektor.

Fremtidens sygeplejeorganisering kræver differentierede, lokalt tilpassede og fleksible

modeller, der understøtter både kvalitet i patientforløb og et bæredygtigt arbejdsmiljø for sundhedspersonalet. Rapporten udgør et vigtigt beslutningsgrundlag for ledere og politikere med ansvar for sundhedsvæsenets udvikling.

Rapportens anbefalinger:

1. Gør plejeorganisering fleksibel og gennemsigtig – tilpasset lokale behov.
2. Styrk ledelseskompetencer og gør analyse af patientgrundlag og kompetencer til grundlag for organisering.
3. Brug tildelt pleje ved korte, forudsigelige forløb og teambaseret pleje ved komplekse forløb – kombiner i hybridmodeller, hvor relevant.
4. Integrér andre faggrupper med eksplicit rollefordeling og fokus på kerneopgaver.
5. Skeln mellem opgaver, der kræver sygeplejefaglig kompetence, og opgaver, der kan uddelegeres.
6. Vurder og tilpas kompetencer løbende i forhold til patienternes behov.
7. Træn medarbejdere og studerende i alle plejeformer og styrk deres viden om organisering og samarbejde.

INTRODUKTION

Sundhedsvæsenet udfordres, når levealderen generelt er stigende, og flere lever med kronisk og multisygdom. Det stiller krav til et fleksibelt hospitalsvæsen, der kan yde højt specialiseret behandling omkranset af en række plejemæssige behov, der fordrer forebyggende, sundhedsfremmende, kurative, pallierende og rehabiliterende indsatser. Samtidig oplever ledergrupper krav om øget aktivitet, samt personalemæssige rekrutterings- og tilknytningsudfordringer, som rækker langt ind i fremtiden. Denne komplekse opgave fordrer naturligvis mangefacetterede tiltag på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Denne undersøgelse vil fokusere på, *hvordan sygeplejefprofessionen kan bidrage til løsninger på de aktuelle udfordringer gennem en reorganisering af det sygeplejefaglige arbejde i en hospitalskontekst. Det sker med afsæt i plejeformer, der både imødekommer patienternes behov og samtidig tager højde for de sygeplejefaglige kompetencer og de ressourcer, der er til rådighed lokalt.*

Patienternes perspektiv på pleje og behandling, sammenfattet som tilfredshed, er en udbredt og velkendt måling af patienternes oplevelser. Det giver én form for markør for kvalitet i pleje og behandling. Fra studier internationalt og nationalt ved vi, at det, der har særlig betydning for patienter relateret til sygepleje, typisk handler om:

- 1) sygeplejerskernes adfærd
- 2) opmærksomhed
- 3) tilgængelighed
- 4) individuel pleje og information
- 5) tryghed samt
- 6) åbenhed og u-formalitet

Vi ved tillige, at patienter værdsætter, at de samme sygeplejersker tager sig af dem i længere tid, idet denne kontinuitet betyder, at sygeplejerskerne har et godt kendskab til patientens individuelle situation.^{1,2} Studier viser dog også, at der ikke synes at være sammenhæng mellem patienternes udbytte i forhold til deres funktionelle status, egenomsorg og plejeformen tildelt patientpleje.³

Samtidig står lederne over for en række opgaver, når manglen på sygeplejersker søges afhjulpet gennem rekruttering af udenlandske sygeplejersker eller andre faggrupper, som skal indgå i normeringen, og når plejen samtidig skal rettes mod patienters behov⁵.

På flere danske hospitalsafdelinger benytter og værdsætter man i dag at organisere sygepleje ud fra plejeformen tildelt patientpleje⁶. Det betyder, at det er én sygeplejerske, der varetager al sygeplejen og det kliniske lederskab hos den enkelte patient. Ifølge litteraturen har plejeformen tildelt patientpleje fordele i forhold til omsorg, relationen til patienten samt kontinuitet i den sygepleje, der skal finde sted.³ Den er udfordret af manglen på sygeplejersker – både fordi det kræver mange, og fordi den enkelte sygeplejerske skal varetage en række meget forskelligartede opgaver knyttet til de patienter, hvis pleje hun/han er ansvarlig for. Det spænder fra at være specialiseret og kompleks sygepleje til mere generel sygepleje – hvilket kan være vanskeligt især for uerfarne sygeplejersker.

Samlet set står vi i dag i en situation, hvor stigende kompleksitet i plejen kombineres med færre sygeplejersker, hvilket betyder, at der er behov for nytænkning i forhold til, hvordan det sygeplejefaglige arbejde kan tilrettelægges. Der mangler dog indsigt i, hvilke plejeformer, der praktiseres på de danske hospitaler. Ligesom vi mangler viden om, hvordan disse erfares af både klinikere og ledere. Det er en viden vi anser for at være nødvendig for at kunne komme med kvalificerede bud på bæredygtige fremtidige plejeformer.

Formål

Formålet er at undersøge, hvilke plejeformer der praktiseres på forskellige hospitaler og afsnit i Danmark samt klinikeres og lederes erfaringer med disse plejeformer. På den baggrund undersøges fordele og ulemper ved forskellige plejeformer i en hospitalskontekst – set fra et klinisk, professions-

og organisatorisk perspektiv. Rapportens konklusioner munder ud i en række anbefalinger til fremtidens plejeorganisering på danske hospitaler.

Fremgangsmåde

Denne undersøgelse er baseret på 38 gruppeinterviews med 140 klinisk udøvende sygeplejersker samt 63 ledende sygeplejersker på forskellige niveauer. Ledende sygeplejersker er oversygeplejersker, kliniske sygeplejespecialister/udviklingssygeplejersker og chefsygeplejersker.

En semistruktureret interviewguide blev anvendt alle steder. Interviewene er gennemført på Rigshospitalet; Amager-Hvidovre Hospital; Sjællands Universitetshospital; Sygehus Lillebælt, Syddansk Universitetshospital; Aalborg Universitetshospital; Esbjerg og Grindsted Sygehus, Syddansk Universitetshospital.

En forskergruppe indsamlede og analyserede data og ekstraherede anbefalinger til fremtidens plejeorganisering. En uddybende beskrivelse af fremgangsmåde og metode præsenteres efter resultatafsnit og anbefalinger.



ANBEFALINGER TIL FREMTIDIG PLEJEORGANISERING

Syv anbefalinger er trukket frem, baseret på undersøgelsens resultater. Resultaterne præsenteres mere detaljeret efter anbefalingerne.

Anbefaling 1

FLEKSIBEL OG TRANSPARENT PLEJEORGANISERING

Sygepleje kan organiseres på flere forskellige måder. Der er nogle velbeskrevne historiske plejeformer: rundepleje, gruppepleje, tildelt patientpleje og en mængde lokale udgaver inspireret af disse og andre organiseringsmåder. Plejeorganisering er ikke en konstant størrelse, men noget, som skal genovervejes løbende. Flexibilitet i forhold til at kunne ændre organiseringsmåde over tid og mellem vagter er nødvendig. Det kalder på, at ledere og medarbejdere har et fælles sprog og en fælles forståelse af, hvilke plejeorganiseringer der er i brug i afdelingen. Medarbejderne skal kende de forskellige organiseringsformer og have viden om, hvordan plejen er tilrettelagt i hver enkelt. De skal samtidig være bevidste om deres rolle i organiseringen og hvordan denne påvirker udøvelsen af sygepleje.

- > Lederen skal kontinuerligt vurdere, hvilken plejeorganisering der er bedst i afdelingen.
- > Medarbejderne og lederne skal have et fælles sprog for organisering og en klar opfattelse af organiseringsformerne i afdelingen samt kende deres rolle og opgaver i hver organiseringsform.

I hverdagen kan der benyttes time-out, hvor man vurderer, om en omstrukturering på dagen er nødvendig, ligesom der kan anvendes flow-sygeplejersker, som går på tværs af teams eller afdelinger.

Anbefaling 2

STÆRKE LEDELSESKOMPETENCER

Lederne skal gøre sig vigtige faglige overvejelser,

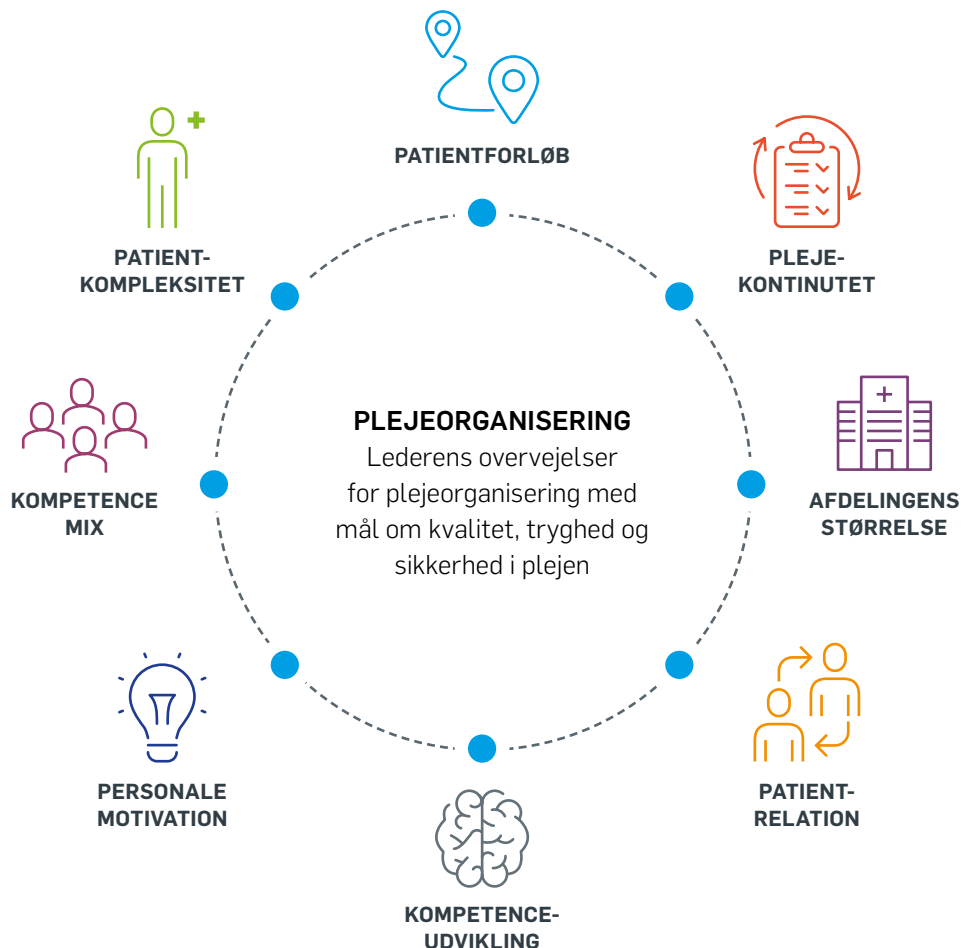
når de skal beslutte plejeorganisering. Det kræver sygeplejefagligt stærke ledere, som har indsigt i patientgrundlag, forløb og, hvilke plejekompetencer afdelingens patienter skal mødes med.

Lederne i afdelingerne skal være sygeplejefagligt stærke, have gode analytiske kompetencer, og være i stand til at formidle og lede plejeorganisering blandt medarbejderne.

Plejeorganisering baseres på en analyse af:

- > **Kompleksiteten af patientens sygdomssituation:** Ved planlagte og forudsigelige forløb anbefales tildelt patientpleje, mens komplicerede forløb kan kræve mere teambaserede plejeformer.
- > **Patienternes forløb:** Ved korte forløb, inkl. ambulante besøg, kan tildelt patientpleje anbefales, hvor teambaseret pleje anbefales til længere forløb.
- > **Plejekontinuitet:** Hvis den samme medarbejder plejer de(n) samme patient(er) gennem et forløb, giver det kontinuitet. Der kan også være kontinuitet i teampleje, hvor nogle medarbejdere går igen fra dag til dag. Medarbejdere, der overlapper mellem vagter, kan ligeledes styrke kontinuitet.
- > **Patientrelation:** Relationen mellem sygeplejerske og patient, som er fundamentet for personcentreret pleje, sikres bedst ved tildelt pleje i korte forløb og teambaseret pleje i længere forløb.
- > **Afdelingens størrelse:** På en mindre afdeling anbefales et mindre kompetencemix*, hvor en større afdeling kan organiseres med flere faggrupper i teamorganisering.

Denne figur kan inspirere til en analyse af optimal plejeorganisering i et hospitalsafsnit. (Figur 1)



(*Kompetencemix er sammensætning af færdigheder, kompetencer, opgaver og roller indenfor og på tværs af sundhedsprofessionelle og eller teams.)

- > **Kompetencemix:** Mange nye medarbejdere og forskellige faggrupper i plejen kræver eller fordrer en teambaseret plejeform, hvor mere ensartet kompetenceniveau kan organiseres som tildelt pleje. Patienten skal have de nødvendige samlede kompetencer omkring sig for at sikre kvalitet og patientsikkerhed i pleje og behandling.
- > **Personalets kompetenceudvikling:** Personalets læringsbehov vurderes, og der tages stilling til, om det imødekommes bedst

ved at have andre tæt på, og skabe overblik i fællesskaber eller træne pleje i det fulde forløb alene.

- > **Personalets motivation:** Det anbefales at vurdere, om personalet selv kan tilrettelægge vagtplanen ud fra ønsker eller om der skal tages særlig højde for kontinuitet og kompetencemix i vagtplanen, hvilket vejer tungere i forhold til patientsikkerhed og kvalitet. Derudover bør man overveje, om personalet er særligt motiverede af en specifik plejeorganisering.

Figur 1 illustrerer centrale strategiske overvejelser som sygeplejefaglige ledere gør sig når plejen bestemmes.

Anbefaling 3

VURDERE FORDELE OG ULEMPER VED FORSKELLIGE PLEJEFORMER

Det anbefales at analysere afdelingens struktur og sammensætning, når plejeformen skal bestemmes. Det er relevant at medtænke afdelingens størrelse, patientkompleksitet, patientforløb, kompetencemix og læringsbehov.

Vilkårene i afdelingen kan være med til at pege på, hvilken plejeform der vil være mest oplagt. Figur 2 præsenterer en generaliseret model for, hvornår plejeformen er hensigtsmæssig.

- > Tildelt patientpleje anbefales i afdelinger med et ensartet kompetencemix, mindre afdelinger og i korte og forudsigelige patientforløb. I sådanne tilfælde er der mindre tid til koordinering, og forudsigeligheden reducerer

behovet for sparring. Patienttilfredshed, kvalitet og tryghed styrkes af tæt relationsdannelse og kontinuitet i det korte forløb.

- > Teampleje anbefales i afdelinger med et bredere kompetencemix, hvor nogle medarbejdere ikke har alle de nødvendige kompetencer til patientplejen. Fagligheden styrkes gennem en fælles faglig forståelse, og kompetenceudvikling fremmes gennem gensidig læring. Samarbejde og koordinering må understøttes af den faglige leder i afdelingen. Denne plejeform er velegnet til længere, mere uforudsigelige og komplekse patientforløb i større afdelinger.
- > Hybridpleje kombinerer elementer fra tildelt patientpleje og teampleje, og udfoldes i lokale meningsfulde organiseringsformer. Ofte anvendes makkerpar-organisering eller en

ANBEFALING AF PLEJEORGANISERING

Figur 2

		TILDELT PLEJE ORGANISERING	TEAMPLEJE ORGANISERING	HYBRIDPLEJE ORGANISERING
AFDELINGENS STØRRELSE	STOR AFDELING	●	●	●
	LILLE AFDELING	●	●	●
PATIENT- KOMPLEKSITET	KOMPLEKSE FORLØB	●	●	●
	UKOMPLEKSE FORLØB	●	●	●
PATIENTFORLØB	LANGE FORLØB	●	●	●
	KORTE FORLØB	●	●	●
KOMPETENCEMIX	STORT KOMPETENCEMIX	●	●	●
	LILLE KOMPETENCEMIX	●	●	●
LÆRINGSBEHOV	STORT LÆRINGSBEHOV	●	●	●
	LILLE LÆRINGSBEHOV	●	●	●

Denne figur kan inspirere til beslutning om, hvilken plejeform som er hensigtsmæssig i en konkret hospitalsafdeling.

● Den grønne prik indikerer at plejeformen kan være hensigtsmæssig.

● Den røde prik indikerer at der kan være udfordringer ved plejeformen.

vekslen mellem tildelt patientpleje og teams. Flexibilitet er afgørende for, at denne plejeform kan fungere. Den kan skabe kvalitet ved at være omstillingsfaciliterende i forhold til den aktuelle kompleksitet i patienternes forløb og personalets kompetencemix.

Anbefaling 4

INTEGRERING AF NYE FAGGRUPPER OG KOMPETENCER

Det er nødvendigt at introducere nye faggrupper til plejearbejde i disse år på grund af mangel på plejepersonale. Det er vigtigt nøje at overveje, hvilke funktioner og opgaver der kan varetages af andre faggrupper, og det er afgørende, at opgavefordelingen er situationsbestemt, når det gælder kerneopgaverne i plejen.

- > Alle medarbejdertyper, som deltager i plejearbejde, bør indgå i vagtarbejde, da der ellers hviler en for stor vagtbelastning på nogle medarbejdergrupper.
- > Økonomi skal overvejes, da nogle medarbejdergrupper er dyrere end andre.
- > Lederne skal arbejde systematisk for at etablere kendskab til og tillid mellem forskellige faggrupper, ligesom der skal arbejdes systematisk med kommunikationsstruktur i alle vagter, så arbejdet koordineres.
- > Det kliniske lederskab skal varetages af sygeplejersker, som skal uddannes og trænes i denne funktion.
- > Der skal være kriterier for, hvornår og hvor ofte en patient skal tilses og vurderes af en sygeplejerske.

Anbefaling 5

VURDERING AF GENEREL OPGAVE- UDDELEGERING OG SITUATIONSBESTEMT OPGAVEFORDELING

Det er oplagt at vurdere, hvilke opgaver der kan varetages af andre faggrupper, når der er mangel på plejepersonale. Det er afgørende at

skelne mellem opgaver, som kræver plejefaglig kompetence, og opgaver som plejemedarbejdere har fået tildelt, men som andre faggrupper eller ufaglærte kan udføre lige så kvalificeret.

- > Sygeplejens kerneopgaver kan alene delegeres og fordeles situationsbestemt, da de beror på patientcentrede faglige vurderinger.
- > De generaliserede opgaver, som ikke er sygeplejens kerneopgaver, kan listes og uddelegeres.

Anbefaling 6

KOMPETENCEVURDERING

De fleste patienter ønsker kontinuitet i form af, at det er den samme sygeplejerske, som plejer patienten igennem forløbet. Når sygeplejerskers faglige vurdering er, at patientsikkerhed styrkes ved ændringer i forhold til de kompetencer, der er til stede i plejeteamet, så kan kontinuitet sikres ved god kommunikation og dialog i overleveringer eller plejeteams, hvor der er overlap af medarbejdere fra dag til dag.

- > Hvis en plejemedarbejder ikke har de kompetencer, som patientplejen kræver, må der ske udskiftning til en medarbejder med det nødvendige kompetenceniveau, eller tilføres flere plejeressourcer i teamet.

Anbefaling 7

OPLÆRING I AT INDGÅ I FORSKELLIGE PLEJEFORMER

Medarbejdere og studerende skal lære alle plejeformer for at kunne skifte mellem dem. Det kræver, at der tales om plejeorganisering, og at organisering beskrives, trænes og støttes ledelsesmæssigt.

- > Medarbejdere i klinisk praksis og studerende må lære og træne forskellige plejeplejeformer

RESULTATER

Resultaterne af undersøgelsen præsenteres i tre dele og udgør grundlaget for anbefalingerne i det foregående afsnit.

Del 1: Sygeplejerskernes erfaringer med tildelt patientpleje, gruppepleje og hybridpleje.

Del 2: Sygeplejerskernes fremtidsrefleksioner om plejeorganisering.

Del 3: Ledernes betragtninger om plejeformer og kompetencemix.



Del 1

Sygeplejerskernes erfaringer med tildelt patientpleje, gruppepleje og hybridpleje

I nedenstående udfoldes de fem tematikker der fremkommer ved interview med de klinisk udøvende sygeplejersker omhandlende tildelt patientpleje, gruppepleje og hybridpleje.

- > Patientsikkerhed og tilfredshed
- > Kontinuitet og relation
- > Faglighed
- > Kompetencer og læring
- > Koordinering og samarbejde

Tildelt patientpleje

BESKRIVELSE AF PLEJEFORM

Deltagerne beskriver tildelt patientpleje som en organiseringsform, hvor én sygeplejerske selvstændigt yder al pleje til en eller flere patienter i sin vagt. Formålet med tildelt patientpleje er ifølge deltagerne at sikre kontinuitet i plejen, hvor sygeplejersken kan præsentere sig for patienten som 'din sygeplejerske i dag'. Fordelingen af patienter (ideelt set) foregår med blik for kompleksitet hos patienten(terne). Deltagerne fremhæver, at de fremmødte sygeplejersker, bruger hinanden til fælles refleksion, selvom de arbejder alene hos 'egne patienter', men at det fordrer en tryk kultur, hvor man kan være ærlig omkring manglende kompetencer over for kollegaerne.

I det følgende beskrives deltagernes perspektiver på fordele og ulemper ved tildelt patientpleje.

Tildelt patientpleje – Fordele

PATIENTSIKKERHED OG TILFREDSHED

Deltagerne vurderer tildelt patientpleje som en fordelagtig organisering af plejen, når det gælder styrkelse af patientsikkerheden. Ved at have hele ansvaret for patienten i én eller flere vagter, opnår

sygeplejersken et dybt kendskab til patienten og et samlet overblik over patientens forløb. Dette bidrager til at forebygge de fejl, der kan opstå i kommunikationen mellem flere. Flere deltagere fremhæver, at de hellere vil have travlt og selv bevare overblikket frem for at uddelegere noget af overblikket til andre.

Deltagerne er generelt af den opfattelse, at patienterne er tilfredse med tildelt patientpleje, fordi det er tydeligt, hvem der har ansvaret for deres pleje. Det giver tryghed, mener de.

Flere deltagere fremhæver også, at det særligt er de korte, mere ukomplicerede patientforløb, som er særligt gode i forhold til at være organiseret med tildelt patientpleje, fordi det for alle parter kan være forvirrende med flere ind og ud i tidsmæssigt komprimerede forløb.

KONTINUITET OG RELATION

Tildelt patientpleje associeres i stort omfang med kontinuitet, fordi den enkelte sygeplejerske har ansvaret for patientens omsorg og pleje i hele vagten – og gerne over flere dage. Det betyder at sygeplejersken kender patienten, hvilket deltagerne anser som en høj kvalitet. Der er mulighed for at lægge planer for og med patienten, der rækker frem i tid, og som hun/han selv kan følge op på sammen med patienten.

Det fremhæves, at tildelt patientpleje understøtter sygeplejerskens relationsdannelse til patienten, så der er mulighed for en personlig og forpligtende kontakt. Det ligger i tråd med deltagerne opfattelse af 'sygeplejens DNA', hvor udgangspunktet er 'det hele menneske' og ikke 'fragmenterede opgaver'. Gennem kendskab til patienten opbygges en god kommunikation, hvor der kommer en dybere forståelse for patientens oplevelse eller manglende oplevelse af mening.

FAGLIGHED

Erfaringen med tildelt patientpleje er, at det i høj grad understøtter den faglighed, som sygeplejersker lægger meget vægt på, nemlig kendskab og relation til patienten, hvor der er mulighed for at yde personcentreret og helhedsorienteret sygepleje. Det fremmer sygeplejerskers faglige identitet, som dem, der er tæt på og ansvarlige for patientens forløb. De fremhæver selv, at de gennem det selvstændige ansvar for patienten ved tildelt patientpleje opnår yderligere kompetencer og bliver eksperter i egen afdeling.

KOMPETENCER OG LÆRING

Når deltagerne bliver spurgt om, hvordan de ser på kompetenceudvikling i tildelt patientpleje, fremhæver flere, at det er befordrende for kompetencetilegnelse, fordi man som sygeplejerske lærer gennem forpligtende ansvar over for patienten, hvor der ikke er andre, der 'lige' kan gøre tingene for en. For optimal udnyttelse af sygeplejerskers forskellige kompetencer, ser flere en fordel i, at patienter fordeles med blik for den enkeltes kompetencer.

Mange deltagere fortæller, at de på deres afdelinger har en god læringskultur med gensidig refleksion i alle vagttag, og hvor de erfarne f.eks. minder mindre erfarne sygeplejersker om ting, de skal huske, og hvor det er tilladt at spørge og konsultere hinanden kontinuerligt. Også de erfarne må spørge og bede om råd.

"Det er egentlig det, jeg som person har mest respekt for, hvis folk siger til mig, at det er jeg ikke tryk ved. Fordi det betyder også meget for en gruppe, at man står ved sine kompetencer og ens begrænsninger, og man gør opmærksom på, at det har jeg altså ikke helt styr på. ... Det synes jeg jo er fordelene ved, at vi også kender hinanden så godt,

at det har man ikke nogen problemer med at spørge ind til."

KOORDINERING OG SAMARBEJDE

Deltagerne mener, at tildelt patientpleje er mest hensigtsmæssigt for det tværprofessionelle samarbejde, fordi sygeplejersken med sit dybe kendskab til og kontinuerlige pleje af patienten bedre kan koordinere de tværprofessionelle samarbejdspartneres bidrag til behandling og pleje. Det er også tydeligere for de tværprofessionelle samarbejdspartnere, hvem de skal henvende sig til, mener flere.

I samarbejdet med lægen associeres tildelt patientpleje med tryghed og kvalitet, hvor sygeplejerskens kendskab til patienten indgår som et vigtigt element i at sikre den rette behandling. Lægen får suppleret sin viden om patienten gennem sygeplejersken.

Tildelt patientpleje – Ulemper

PATIENTSIKKERHED OG TILFREDSHED

Tildelt patientpleje kan have den ulempe, at der kun er én sygeplejerskes kliniske blik på patienten. Det betyder, at der kan opstå fejl, hvis den enkelte sygeplejerske f.eks. overser noget. I den forbindelse mener flere, at det ville være hensigtsmæssigt med fælles refleksion – særligt i komplekse patientsituationer.

Nogle deltagere taler om, at en ulempe ved tildelt patientpleje kan være, hvis patienten ikke er tilfreds med den sygepleje, som den enkelte sygeplejerske yder, eller relationen mellem sygeplejerske og patient ikke fungerer. I det tilfælde vil plejeformen virke negativt på patienttilfredshed.

KONTINUITET OG RELATION

Ifølge deltagerne er tildelt patientpleje en plejeform, der godt kan knække nakken på nogle sygeplejersker, der så forlader afdelingen eller faget. Den kontinuerlige relation til patienter kan i nogle tilfælde være udfordrende. Deltagerne fortæller, at selvom afdelingen er organiseret med tildelt patientpleje med fokus på kontinuitet, vælger de at rotere ved særligt komplekse, opslidende eller udfordrende og svære patientforløb. Også

selvom det kompromitterer kontinuiteten. Desuden er det i mange tilfælde svært at sikre kontinuitet, f.eks. grundet skift i vagttrykter.

"Jeg tænker også, at da vi havde primær sygepleje i dagstid, der var rigtig mange unge sygeplejersker, som knækkede halsen, og som syntes, det var alt for hårdt at være ved, og som faktisk også rejste igen, fordi de syntes, det var svært"

KOMPETENCER OG LÆRING

Deltagerne fortæller, at tildelt patientpleje betyder, at sygeplejersken 'går alene hos patienten'. Derfor kan det være svært at reflektere over egen sygepleje, lære af det og opdage eventuelle fejl. Dette er særligt svært for nyuddannede eller ved skift mellem afdelinger. I den forbindelse er en central kompetence at kende egne begrænsninger og at besidde evnen til at opsøge fælles refleksion og vejledning hos kollegaer, når behovet opstår. For de erfarne er dette lettere.

Tildelt patientpleje betyder også, at sygeplejersken skal have blik for helhedsorienteret pleje, som generelt betragtes positivt. Dog kan en ulempe være, at sygeplejersken forventes at favne alle opgaver omkring patienten. Deltagerne taler om at deres kompetencer skal dække 'hele vejen rundt', hvilket indbefatter mange forskelligartede handlinger, herunder personlig pleje, kliniske observationer, håndtering af diverse instrumenter, kommunikation af forskellig art, relationsdannelse, organisatorisk kompetence osv., og hvad der prioriteres af den enkelte sygeplejerske i tildelt patientpleje, kan være forskelligt.

KOORDINERING OG SAMARBEJDE

Tildelt patientpleje opfattes af deltagerne som en plejeform, hvor rigtig meget koordinering omkring patienten ender hos dem som sygeplejersker. Flere fremhæver, at de til stadighed forsøger at uddelegere eller komme af med opgaver som lige så godt kunne ligge hos en sekretær eller servicemedarbejder, f.eks. fylde og rydde op inde ved patienten, bestille specifikke varer til patienten og koordinere andres arbejde inde hos patienten. På den baggrund er der flere, der udtrykker et ønske om at få hjælp af andre faggrupper.

Det fremhæves som en ulempe når social- og sundhedsassistenter indgår i en organisering med

tildelt patientpleje, altså også selvstændigt har patienter, fordi der er nogle områder, hvor deres virksomhedsområde ikke rækker, f.eks. relateret til medicin og stuegang. Det giver en skævvridning i ideen om tildelt patientpleje.

OPSUMMERING AF SYGEPLEJERSKERS ERFARING MED TILDELT PATIENTPLEJE

Tildelt patientpleje er en organiseringsform, hvor én sygeplejerske har ansvaret for en eller flere patienter under sin vagt. Sygeplejersker fremhæver om denne plejeform, at det styrker kontinuitet og patient-sikkerheden, da sygeplejersken får et dybt kendskab til patientens forløb. De mener også, at det fremmer patienttilfredshed, da ansvarsfordelingen er tydelig og relationsdannelsen mellem sygeplejerske og patient understøttes, hvilket giver mulighed for personcentreret pleje.

Fagligt set bidrager plejeformen til kompetenceudvikling og læring, idet sygeplejersker opnår erfaring gennem selvstændigt ansvar. Sygeplejerskerne oplever dog også, at det kan være en udfordring, at sygeplejersken 'går i sin egen verden', fordi kun én sygeplejerskes vurdering af patientens tilstand kan føre til fejl og er særligt sårbar for nye sygeplejersker. Den kontinuerlige kontakt kan også være psykisk belastende for sygeplejersker, især ved komplekse forløb. Derudover kræver tildelt patientpleje et stort koordineringsarbejde for den enkelte, især hvis andre faggrupper ikke inddrages tilstrækkeligt.



Gruppepleje

BESKRIVELSE AF PLEJEFORM

Deltagerne beskriver gruppepleje som en organiseringsform, hvor patientpleje fordeles mellem mindre grupper bestående af sygeplejersker og eventuelt andre faggrupper. Formålet med gruppepleje er at sikre en tættere koordinering og samarbejde i mindre enheder, hvor gruppe-medlemmerne har et fælles ansvar for plejen af en gruppe patienter. Der udpeges en gruppeleder eller lignende. Gruppepleje opfattes som en struktureret måde at udnytte forskellige kompetencer på, samtidig med at det giver mulighed for faglig støtte i gruppen. Det indebærer dog også en arbejdsdeling, hvor opgaver og ansvar fordeles, hvilket kan påvirke både overblik, kontinuitet og engagement i det enkelte patientforløb.

I det følgende beskrives deltagernes perspektiver på fordele og ulemper ved gruppepleje.

Gruppepleje – Fordele

PATIENTSIKKERHED OG TILFREDSHED

Gruppepleje bliver fremhævet som en vigtig faktor for patientsikkerheden. Deltagerne påpeger, at den klare struktur og arbejdsfordeling i gruppepleje ikke nødvendigvis giver et bedre overblik over hele patientforløbet, men snarere gør det muligt for medarbejderne at fordybe sig i og blive særligt dygtige til de specifikke opgaver, de har fået i gruppen. Denne specialisering bidrager til højere kvalitet i udførelsen af opgaverne og reducerer risikoen for fejl, da medarbejderne opnår en større sikkerhed og kompetence inden for deres ansvarsområder. Deltagerne vurderer, at denne arbejdsform skaber en balance mellem effektivitet og sikkerhed, idet den giver plads til både individuel faglig udvikling og tæt samarbejde i teamet.

Derudover fremhæves det, at gruppepleje skaber en robusthed i situationer, hvor medarbejdere

midlertidigt hjælper til på andre afsnit. Struktur og klar fordeling af arbejdet bidrager desuden til at opretholde patientsikkerheden, selv i pressede situationer.

KONTINUITET OG RELATIONSdannelse

En af de mere personlige fordele ved gruppepleje, som deltagerne fremhæver, er den positive indvirkning på arbejdsmiljøet og følelsen af fællesskab. Flere deltagere beskriver, hvordan det at arbejde i en gruppe skaber en følelse af glæde og tryghed i det daglige arbejde. Mange nævner, at de "elsker" denne arbejdsform og oplever en større arbejdsglæde som følge af den tætte kontakt og samarbejde med kolleger. Gruppestrukturen betragtes også som hyggelig, da den fremmer en kultur, hvor man støtter hinanden både fagligt og socialt. Denne tryghed bidrager til et arbejdsmiljø, hvor medarbejdere føler sig set og værdsat.

Endelig bliver det fremhævet, at gruppepleje også skaber en solid base, når medarbejdere midlertidigt skal hjælpe på andre afsnit. Den velkendte arbejdsform giver en følelse af kontinuitet og sikkerhed, som gør det lettere at tilpasse sig nye omgivelser uden at gå på kompromis med arbejdsglæde eller kvalitet i plejen.

FAGLIGHED

Gruppepleje fremhæves som en struktur, der kan styrke den faglige kvalitet på afsnittene. En af de nævnte fordele er muligheden for at trække på forskellige fagprofessioner inden for gruppen, såsom ansættelse af fysioterapeuter til at styrke den lungerehabiliterende indsats. Dette bidrager til en mere målrettet og specialiseret pleje. Derudover giver gruppeplejen mulighed for at sammensætte grupper med forskellige kompetencer, som kan skabe nye og mere effektive måder at håndtere patientforløb på. Dette ses som en styrke, der både øger kvaliteten af plejen og støtter medarbejdernes faglige udvikling.

"...selvom vi er forskellige faggrupper, så synes jeg faktisk heller ikke altid, at det virker sådan. Fordi vi er gode til at supplere hinanden kompetencemæssigt."

Deltagerne understreger også, at gruppens leder spiller en central rolle for at styrke fagligheden, og det fremhæves, at gruppeledere bør være aktive i plejen frem for "kun" at være til stede på

kontoret. Denne praksis ses som en måde at sikre tæt samarbejde, vidensdeling og supervision i det daglige arbejde. Endelig nævnes det, at farmakonomers ansvar for medicinbehandling, herunder medicin ved udskrivelse, er en klar fordel. Det frigiver tid til sygeplejerskerne og sikrer samtidig en høj kvalitet og sikkerhed i håndteringen af medicin.

KOMPETENCER OG LÆRING

En af de fremtrædende fordele ved gruppepleje er den læring, der opstår hos gruppens medlemmer. Flere sygeplejersker fremhæver, at gruppepleje skaber en platform, hvor især nyansatte og mindre erfarne medarbejdere kan lære af kolleger. Samarbejdet giver mulighed for supervision i forbindelse med nye opgaver, hvilket opleves som en støtte i opbygningen af faglige kompetencer. Deltagerne påpeger også, at læring i gruppepleje ikke kun handler om at modtage viden, men også om at være bevidst om egne kompetencer og styrker. En klar forståelse af egne kompetencer og ressourcer betragtes som afgørende for at kunne bidrage effektivt til gruppen og samtidig udnytte de læringsmuligheder, der opstår gennem samarbejdet.

KOORDINERING OG SAMARBEJDE

Flere fordele ved koordinering og samarbejde fremhæves ved gruppepleje. Den klare arbejdsdeling skaber en struktur, der styrker sammenholdet og fællesskabet blandt medarbejderne, hvilket bidrager til et positivt arbejdsmiljø. Den tætte samarbejdsform giver mulighed for vidensdeling og faglig udvikling, særligt for mindre erfarne medarbejdere, som kan lære gennem supervision og støtte fra kolleger.

Desuden sikrer gruppepleje en større fleksibilitet i arbejdet, da den faste struktur gør det lettere at tilpasse sig nye opgaver og samarbejde på tværs af afdelinger. Dette skaber kontinuitet og robusthed i plejen - også i pressede situationer.

Gruppepleje – Ulemper

PATIENTSIKKERHED OG TILFREDSHED

Gruppepleje rejser bekymringer om, hvordan patientsikkerheden kan blive kompromitteret. Når ansvaret for patientpleje fordeles på flere personer, opstår der risiko for, at vigtig information

går tabt, eller at opgaver bliver overset. Dette kan føre til utilsigtede hændelser, hvor patientens behov ikke bliver opfyldt rettidigt eller korrekt. Desuden kan manglende overblik over patientforløbet blandt medarbejderne medføre, at små, men kritiske detaljer ikke bliver håndteret. Dette skaber en udfordring for både plejen og patientens sikkerhed, især i komplekse forløb, hvor kontinuitet og præcis koordinering er afgørende. Deltagerne påpeger desuden, at gruppepleje kan skabe en uklar ansvarsfordeling, hvilket yderligere kan øge risikoen for fejl. Dette understreger vigtigheden af klare kommunikationslinjer og tydeligt definerede roller inden for gruppen for at sikre, at der ikke opstår kompromittering af patientsikkerheden.

KONTINUITET OG RELATIONSdannelse

Gruppepleje kan gøre det svært for medarbejdere at bevare overblikket over patientforløb. Flere deltagere oplever udfordringer ved at acceptere en arbejdsdeling, hvor ansvaret fordeles mellem flere. Dette kan føre til en følelse af mindre ejerskab og usikkerhed, særligt hvis ikke alle medarbejdere har den nødvendige viden om patientens situation. Manglen på en tydelig gruppeleder nævnes også som en udfordring, da uklarhed om roller og ansvar kan skabe usikkerhed. Samtidig fremhæves det, at gruppepleje kan give en falsk tryghed, hvor nogle føler mindre personligt ansvar. Dette kan mindske engagementet og skabe frustration, især hvis samarbejdet i gruppen ikke fungerer optimalt.

For nogle medarbejdere kan gruppepleje påvirke arbejdsglæden negativt, da de savner en tættere tilknytning til patienterne og større indflydelse på deres pleje. Øget afhængighed af samarbejdet kan desuden være en kilde til frustration, hvis opgaver ikke løses tilfredsstillende.

FAGLIGHED

Gruppepleje rejser bekymringer om, hvordan fagligheden påvirkes. Deltagerne påpeger, at sygeplejerskens rolle kan udvandes, hvis opgaver reduceres til praktiske funktioner. Sygepleje er en samlet praksis, hvor faglighed og klinisk dømmekraft hænger sammen. Når opgaver delegeres, bør kun praktiske opgaver overdrages, da kerneopgaver kræver en helhedsforståelse af patientens situation. Der udtrykkes også bekymring for, at arbejdsdelingen kan mindske sygeplejerskers faglige engagement.

En anden bekymring er risikoen for hierarkisering af opgaver, hvor nogle opgaver, som stuegang, opfattes som mere prestigefyldte end andre, som sengebåd. Dette kan undergrave ligestilling og faglighed i plejen. Dog anerkendes det, at gruppepleje fremmer faglig læring og refleksion, når medarbejdere lærer af hinanden. Samtidig kan uklarhed om faggrupperes opgaver skabe udfordringer i samarbejdet.

KOMPETENCER OG LÆRING

Gruppepleje stiller krav til tillid og kendskab til kollegernes kompetencer. For at samarbejdet fungerer optimalt, er det nødvendigt, at gruppe-medlemmerne har en klar forståelse af hinandens styrker og faglige bidrag. Manglende indsigt i kollegernes kompetencer kan skabe udfordringer, særligt når opgaver uddelegeres til personale uden sundhedsfaglige kvalifikationer. Et konkret eksempel er uddelingen af mad, hvor patientmobilisering kan overses. En oplevelse har været, at ufaglært personale i nogle tilfælde blot placerer bakken med mad ved sengen uden f.eks. at hjælpe patienten til at sidde på en stol. Ligeledes nævnes det, at ufaglært personale, såsom en "runner", ofte accepterer et afslag fra patienten om mad, hvor en sygeplejerske med sin faglighed ville bruge strategier til at motivere patienten og sikre ernæringsindtag.

Der er også bekymring for, at sygeplejeopgaver, der uddelegeres til personer uden de nødvendige sygefaglige kompetencer, nedsætter kvaliteten af plejen. Samtidig påpeges det dog, at gruppepleje måske kan nedsætte stress blandt personalet og skabe en bedre udnyttelse af alles kompetencer, når opgaver fordeles og matches med medarbejdernes faglige viden og erfaring.

KOORDINERING OG SAMARBEJDE

En udfordring ved gruppepleje kan være kommunikation. Når information skal videregives gennem flere led, kan misforståelser opstå, hvilket kan påvirke patientsikkerheden. Dette opleves særligt problematisk, når patienter eller pårørende har behov for direkte svar, som den enkelte medarbejder ikke altid kan give. Samtidig kan samarbejdet med pårørende være udfordrende, da medarbejdere ikke altid har adgang til den fulde viden om patientens forløb. Gruppepleje stiller således høje krav til kommunikationen. Det er

vigtigt at lytte, tage imod supervision og sikre en åben dialog, men øget kommunikation internt kan trække tid væk fra patienterne. Samarbejde og koordinering udfordres også af forskelle i arbejdsmæssig kemi, hvilket kan skabe spændinger og mindske effektiviteten. Kritik af kolleger kan være svær, hvilket hæmmer læring. Uklare ansvarsområder kan føre til fejl, f.eks. hvis en patient ikke får mad, fordi opgaven overses.

"Og du kan også være 100% sikker på, hvis de [teamet] ikke snakker sammen, så er det ikke alle, der har fået mad. ... De skal være bedre til at kommunikere. Det er jo generelt kommunikation, kommunikation, kommunikation."

Koordinering i gruppepleje kræver ofte ekstra ressourcer, især til planlægning, hvilket nogle oplever som ineffektivt. Der er også skepsis over for inddragelse af andre faggrupper, da deres roller ikke altid er tydelige, hvilket kan føre til usikkerhed og ineffektivitet i samarbejdet.

OPSUMMERING AF SYGEPLEJERSKERS ERFARING MED GRUPPEPLEJE

Gruppepleje anses således som værende en organiseringsform, hvor patientpleje fordeles mellem mindre grupper, hvilket fremmer samarbejde, læring og udnyttelse af forskellige faglige kompetencer.

Deltagerne fremhæver fordele som øget faglig refleksion, tryghed i gruppen og en struktur, der kan styrke både faglighed og patientsikkerhed. Dog identificeres der også ulemper, herunder risiko for manglende overblik, koordineringsudfordringer og reduceret forpligtelse over patientforløb. Der udtrykkes desuden bekymring for, at patientsikkerheden kan kompromitteres, og at sygepleje kan reduceres til en række praktiske opgaver frem for en helhedsorienteret praksis. Gruppepleje stiller store krav til kommunikation, tillid og klare roller, hvilket gør balancen mellem arbejdsdeling og sygeplejerskernes ansvar udfordrende.

Hybridpleje – en ny organiseringsform

BESKRIVELSE AF PLEJEFORM

Hybridpleje er en ny organiseringsform, der er opstået som en kombination af elementer fra makkerpar, teams-/gruppe- og/eller primær-/tildelt patientpleje. Formålet med denne plejeform er at kombinere styrkerne fra de eksisterende plejeformer for at skabe en mere fleksibel og tilpasset tilgang til plejeopgaverne. Organiseringen af hybridpleje sker typisk forud for vagterne, enten dagen før eller om morgenen. Planlægningen tager højde for patienternes kompleksitet og medarbejdernes kompetencer. For eksempel kan nye og erfarne medarbejdere samarbejde om patienten, hvilket både sikrer støtte til de mindre erfarne og udnytter de erfarne medarbejders viden og erfaring.

I praksis indebærer hybridpleje, at sygeplejersker ofte arbejder sammen og varetager plejen i fællesskab. Dette skaber mulighed for tæt samarbejde og faglig sparring, mens det samtidig giver patienterne en følelse af kontinuitet og tilgængelighed. Der kan etableres mentorordninger, som fungerer som et 'safe space' for nye medarbejdere, hvor de kan få støtte og vejledning i deres udvikling. Hybridpleje understøttes desuden af tværfaglige møder, der afholdes om morgenen, hvor teamet kan koordinere plejen og sikre en fælles forståelse af patienternes behov. Samtidig går lægerne selv stuegang, hvilket frigiver sygeplejerskernes tid til at fokusere på deres kerneopgaver og bidrager til en tydelig arbejdsdeling.

I det følgende beskrives deltagernes perspektiver på fordele og ulemper ved hybridpleje.

Hybridpleje – Fordele

PATIENTSIKKERHED OG TILFREDSHED

Sygeplejerskernes erfaringer med hybridpleje peger på en positiv indvirkning på både patientsikkerhed og tilfredshed. Den fleksible organisering sikrer, at patienter modtager kontinuerlig og kompetent pleje, da medarbejderne kan trække på hinandens viden og erfaring. Kombinationen af fælles stuegang og tæt samarbejde mindsker risikoen

for fejl og sikrer, at vigtige informationer ikke går tabt. Det antages, at patienterne oplever større tilgængelighed og kontinuitet i plejen, hvilket skaber tryghed og øger tilfredsheden. Samtidig fremhæver sygeplejerskerne, at hybridpleje giver dem mulighed for at yde en mere helhedsorienteret pleje, hvilket styrker deres faglige engagement og arbejdsglæde.

KONTINUITET OG RELATIONSdannelse

Hybridpleje fremmer kontinuitet og relationsdannelse ved at skabe tætte samarbejdsrelationer mellem medarbejderne og patienterne. Den løbende kommunikation i mindre teams eller makkerpar sikrer, at vigtig information om patienternes behov og forløb bevares, hvilket styrker sammenhængen i plejen. Samtidig gør den fleksible opgavefordeling det muligt at tilpasse ressourcerne efter patienternes behov, uden at det går ud over kontinuiteten. Det antages, at patienterne oplever større tryghed ved at møde de samme medarbejdere regelmæssigt, hvilket understøtter en tillidsfuld relation og øger både deres tilfredshed og oplevede kvalitet af plejen.

FAGLIGHED

Hybridpleje fremhæves som en organiseringsform, der kan styrke fagligheden ved at inddrage forskellige faggrupper, som bidrager med deres specifikke kompetencer. Et eksempel er farmakonomer, der overtager opgaver relateret til medicinhåndtering, hvilket frigiver tid for sygeplejerskerne til at fokusere på andre aspekter af plejen. Dette opleves positivt i mange afdelinger, hvor det skaber en mere effektiv arbejdsdeling og høj kvalitet i medicinhåndteringen. Dog fremhæver deltagerne, at denne organisationsform ikke nødvendigvis fungerer optimalt i alle sammenhænge. På intensivafsnit, hvor mediciner ofte ændres løbende, kan det skabe udfordringer at uddelegere denne opgave, da der er evidens for, at det kan føre til fejl. Dette understreger, at hybridpleje kræver en fleksibel tilgang, hvor faggruppernes roller og opgaver tilpasses den specifikke kontekst og patienternes behov.

KOMPETENCER OG LÆRING

Hybridpleje fremhæves som en struktur, der understøtter læring og vidensdeling blandt medarbejderne. Arbejdsformen, hvor medarbejdere

ofte arbejder tæt sammen i makkerpar eller mindre teams, skaber en kultur, hvor det føles naturligt og trygt med faglig sparring. Denne åbenhed bidrager til både individuel og kollektiv læring og sikrer, at erfaringer og viden deles i hverdagen. Deltagerne fremhæver også, at hybridpleje giver mulighed for at lære af hinanden gennem observation og samarbejde i praksis. Ved at arbejde sammen om patientplejen bliver der skabt rum for faglig sparring, hvor både nye og erfarne medarbejdere kan lære af hinanden og udvikle deres kompetencer. Dette opleves som en væsentlig fordel, der ikke kun styrker den enkelte, men også løfter den samlede faglige kvalitet i afdelingen.

KOORDINERING OG SAMARBEJDE

Hybridpleje fremhæves af deltagerne som en organiseringsform, der styrker koordineringen og samarbejdet omkring patientplejen. En væsentlig fordel ved hybridpleje er, at medarbejdere ofte arbejder tæt sammen og er sammen om og ved patienterne. Dette sikrer, at viden ikke går tabt mellem kolleger og giver mulighed for at dele observationer og beslutninger direkte, mens man er hos patienten. Denne struktur hjælper også med at fastholde sygeplejerskernes tilstedeværelse hos patienterne, frem for at blive trukket væk til andre opgaver som medicinhåndtering eller stuegang. Dette skaber arbejdsglæde blandt sygeplejersker, som oplever en større følelse af fællesskab og et tættere samarbejde omkring og med patienterne.

Derudover bidrager hybridpleje til at reducere følelsen af at stå alene med komplekse opgaver. Deltagerne fremhæver, at de oplever støtte fra en koordinator, som fungerer som en ressourceperson og 'har deres ryg'. Denne støtte gør det lettere at navigere i dagligdagens udfordringer og øger sikkerheden i arbejdet. Endelig nævnes den kollegiale kultur som en styrke ved hybridpleje. Deltagerne fortæller, hvordan de føler sig trygge ved at spørge hinanden til råds og sparre om patientrelaterede spørgsmål, hvilket fremmer samarbejde og bidrager til en højere kvalitet i plejen.

"[Det skaber arbejdsglæde], at man er fælles om patienterne. At man ikke bare føler, at man er alene. At man ved, at der er nogen, at gå til, om det er en koordinator, en kollega, eller en af dem man er et team med. Så man føler, at der er nogen, der har ens ryg, hvis man er i tvivl."

Hybridpleje – Ulemper

PATIENTSIKKERHED OG TILFREDSHED

En væsentlig ulempe ved hybridpleje er risikoen for, at nogle patienter aldrig møder en sygeplejerske under deres indlæggelse.

"Så det her med at sige, at man får identificeret, hvad det er for nogle sygeplejefaglige problemområder, der er hos de her patienter, der kan det godt ende med, at der er en patient, der smutter mellem hænderne på sygeplejen, og aldrig når at være omkring en sygeplejerske. Så man kan godt være en patient, der bliver indlagt på det her afsnit, som bliver passet af social- og sundhedsassistenter i en hel indlæggelse."

Dette betyder, at patientens kompleksitet og behov ikke bliver vurderet af en sygeplejerske med den nødvendige faglige og kliniske dømmekraft. Denne mangel på vurdering kan have konsekvenser for patientsikkerheden, da komplekse symptomer eller ændringer i patientens tilstand kan overses. Det understreger vigtigheden af, at hybridpleje organiseres, så alle patienter vurderes efter fastlagte kriterier af en sygeplejerske, uanset arbejdsfordelingen i teamet.

KONTINUITET OG RELATIONSdannelse

Hybridpleje kan udfordre kontinuiteten i patientplejen, især i perioder med travlhed eller høj sygdomsrate blandt personalet. Dette skaber en oplevelse af manglende sammenhæng i plejen og kan føre til frustration blandt både medarbejdere og patienter. Kontinuiteten kan blive yderligere udfordret, når flere faggrupper er involveret i plejen. Den øgede kompleksitet i samarbejdet kan gøre det vanskeligt at opretholde en klar struktur og arbejdsfordeling, hvilket kan påvirke kontinuiteten negativt.

Hybridpleje kan desuden udfordre relationerne mellem faggrupper, hvis forskelle i kompetencer og ansvarsområder ikke er klart definerede. Dette kan føre til spændinger, når der opstår uenighed om, hvem der bør udføre bestemte opgaver. Social- og sundhedsassistenter, der af nødvendighed har påtaget sig flere ansvarsområder, kan føle sig usikre, hvis der bliver sat spørgsmålstejn ved deres beslutninger, mens sygeplejersker kan opleve

det som vanskeligt at tage dialogen uden at skabe konflikter. Disse udfordringer peger på behovet for klare retningslinjer og bedre kommunikation omkring rollefordelingen, så relationerne styrkes frem for at blive belastet. En mangel på tydelighed kan resultere i en usikker arbejdsdynamik, hvor tillid og samarbejde mellem faggrupper udfordres.

FAGLIGHED

Hybridpleje kan udfordre fagligheden ved at skabe en arbejdsfordeling, hvor nogle patienter ikke nødvendigvis møder en sygeplejerske. Dette rejser bekymring for, om patienternes kompleksitet bliver vurderet tilstrækkeligt, da det kræver sygeplejerskernes faglige og kliniske dømmekraft at identificere subtile tegn på forværring eller komplekse behov. Denne arbejdsform kan føre til, at visse opgaver udføres isoleret uden en helhedsorienteret tilgang, hvilket potentielt kan svække den samlede kvalitet af plejen. Sygeplejerskerne oplever det som afgørende, at deres faglige rolle i at sikre overblik og vurdering af patienternes tilstand prioriteres, så plejen forbliver både sikker og helhedsorienteret.

KOMPETENCER OG LÆRING

Ved hybridpleje kan det være svært at definere præcise ansvarsområder og roller. Sygeplejersker kan stå over for situationer, hvor det er uklart, om de er ansvarlige for en specifik patients pleje, eller om de skal arbejde som en del af et team, der tager sig af flere patienter. Denne usikkerhed kan hæmme deres muligheder for læring, fordi de ikke nødvendigvis kan specialisere sig i bestemte områder. I hybridpleje vil sygeplejersker med forskellige baggrunde og erfaringer blive sat sammen i et team, hvilket kan skabe både muligheder og udfordringer for læring. Nogle sygeplejersker kan have meget erfaring med individuel pleje, mens andre måske er mere vant til at arbejde i teams. Denne variation kan føre til læringsbarrierer, hvis ikke der er etableret en struktur for at udveksle viden og erfaringer effektivt.

Sygeplejersker kan i hybridplejeformen have vanskeligheder ved at få konkret feedback og supervision på deres arbejde, især når arbejdet er opdelt mellem mange forskellige patienter og opgaver. Uden en klar faglig leder, der har overblik over både patientpleje og den enkelte

sygeplejerskes kompetencer, kan det være vanskeligt at få den rette vejledning og støtte til at udvikle de nødvendige kompetencer.

KOORDINERING OG SAMARBEJDE

Hybridpleje kan medføre udfordringer i forhold til koordinering og samarbejde, især under travle perioder eller ved sygdom blandt personalet. I sådanne situationer kan den planlagte teamstruktur "bryde sammen", og de mest erfarne medarbejdere bliver da nødt til at fokusere på administrative opgaver frem for patientplejen. Dette kan føre til en ubalance i arbejdsfordelingen og mindske kvaliteten af samarbejdet og patientplejen. Derudover nævnes det som en udfordring at balancere opgaver mellem forskellige faggrupper. For eksempel kan det være vanskeligt at påpege, at en opgave bør udføres af en sygeplejerske frem for en social- og sundhedsassistent. Dette, især når sidstnævnte har hævet deres kompetenceniveau inden for visse områder, men ikke i alle områder af plejen. Dette kan føre til konflikter, særligt i situationer, hvor sygeplejersker stiller spørgsmål til beslutninger truffet af social- og sundhedsassistenter i plejen.

En anden udfordring er risikoen for, at sygeplejen reduceres til en samling af opgaver, hvor der mangler overordnet koordinering. Dette kan svække helhedsperspektivet på patientplejen og skabe fragmentering i plejen. Hybridpleje afhænger også af tilgængeligheden af ressourcer som farmakonomer, der kun er til stede på hverdage i dagvagterne, hvilket gør organisationsformen mere sårbar i weekenden. Her er der ofte også flere vikarer, hvilket yderligere udfordrer koordineringen og samarbejdet.

OPSUMMERING AF SYGEPLEJERSKERS ERFARING MED HYBRIDPLEJE

Hybridpleje repræsenterer en fleksibel og tilpasset organiseringsform, der kombinerer elementer fra teams/makkerpar, gruppe- og/eller primær/tildelt patientpleje. Denne plejeform er kendetegnet ved at styrke samarbejde, faglighed og kontinuitet i patientplejen ved at tilpasse arbejdsfordelingen til patienternes kompleksitet og personalets kompetencer. Hybridpleje tilbyder mulighed for tættere faglig sparring, støtte til nye medarbejdere gennem mentorordninger og bedre koordinering af plejeopgaver gennem tværfaglige møder. På trods af sine styrker møder hybridpleje udfordringer. Plejeformen kan være sårbar i pressede situationer, såsom ved travlhed eller mangel på personale, hvilket kan føre til "brud" i teamstrukturen og manglende kontinuitet. Desuden kan uafklarede rollefordelinger mellem faggrupper skabe konflikter og påvirke relationer samt fagligheden i plejen. Der er også risiko for, at nogle patienter ikke vurderes af en sygeplejerske, hvilket kan kompromittere patientsikkerheden.

Hybridpleje fremstår således som en plejeform med potentiale til at forene det bedste fra forskellige modeller, men dens succes afhænger af tydelige rammer, god kommunikation og en fleksibel tilgang til både faglige og organisatoriske udfordringer.

Del 2

Sygeplejerskernes fremtidsrefleksioner om plejeorganisering

Fokusgruppeinterviewene dækker også deltageres perspektiver på, hvordan de ser på sygeplejen i en fremtid med flere patienter og færre sygeplejersker. Resultaterne fremstilles nedenfor i tre temaer: Nye og mere tværfaglige sammensætninger i organiseringen af plejen, lede gennem andre, bredere og bedre koordinering.

NYE OG MERE TVÆRFAGLIGE SAMMEN- SÆTNINGER I ORGANISeringen AF PLEJEN

Det er med en vis ambivalens deltagerne taler om, hvordan andre faggrupper kan indgå aktivt i plejen. Mange deltagere mener, at det er nødvendigt at få andre ind i plejen på afdelingen, f.eks. farmakonomer til medicindispensering inklusiv IV-behandling, flere social- og sundhedsassistenter som så må opkvalificeres til de specifikke opgaver i specialerne, pædagoger til særligt udvalgte opgaver og fysioterapeuter som en del af plejen. Det foreslås også at ansætte visitatorer til at hjælpe med udskrivelser, samt (operations) teknikere til diverse tekniske/instrumentelle opgaver.

I den forbindelse lægges der meget vægt på, at arbejdet skal tilrettelægges, så de nye faggrupper kan indgå i normering på lige fod med sygeplejersker - også om natten og weekenderne. Og at der i det hele taget skal være meget eksplicit fagligt begrundet arbejdsdeling, hvor kompetence-sammensætningen matcher patienternes behov på afdelingen i alle vagttag. Ellers bliver vagtbyrden for skævt fordelt, hvor sygeplejerskerne skal tage de skæve vagter, fordi de har de bredeste kompetencer. Dette ser mange som en stor udfordring og har svært ved at forestille sig, hvordan skulle kunne fungere i virkeligheden.

Flere taler om, at en mere teambaseret organisering er nødvendig, hvis andre faggrupper skal ind i plejen. I den forbindelse bliver det fremhævet,

at diagnosebaserede teams kan være en måde at sikre, at de rigtige kompetencer er til stede, hvor der kan trækkes på specialistviden. Desuden er der mange, der argumenterer for nødvendigheden af fladere strukturer i de tværfaglige samarbejder, så konstruktive tværfaglige møder om patienterne kan understøtte sammenhæng og koordinering.

Deltagerne nævner en vis vemod i forhold til at skulle invitere mange forskellige fagligheder ind i plejen. Det kan være svært at vide, hvad de andre kan, og at opbygge tillid, da den samlede personalesammensætning på afdelingerne vil give en anden 'vibe'. Derudover kan det være svært at stole på andre faggrupper (som f.eks. farmakonomer og fysioterapeuter), fordi man ikke kender deres faglighed lige så godt.

LEDE GENNEM ANDRE

Det er med en vis bekymring, at deltagerne ser ind i en fremtid, hvor de eventuelt skal lede plejen gennem andre, og dermed miste noget af den nærhed, de har til patienten. En af bekymringerne er ikke selv at have foretaget observationerne eller haft samtalerne med patienterne, og dermed ikke vide med sikkerhed, hvad der er det rigtige at gøre.

En anden bekymring går på at have kompetencer til at lede igennem andre. Flere snakker om, at det ikke ligger i sygeplejerskeuddannelsen eller arbejdet, som det er i dag, og at de derfor ikke er vant til at fokusere på sygepleje på den måde. Det fremhæves, at det at lede sygeplejen gennem

andre og delegere pleje fordrer stort overblik, ekstra gode kommunikationsevner, og at det kan være hårdt hele tiden at være dobbelt i sit blik: på patienterne og på kollegaen (noget de kender fra at gå med studerende i hverdagen). Mange udtrykker også, at de ikke kunne tænke sig et hierarki ind i plejepersonalet, men mere teams på lige vilkår, hvor en har koordineringsansvaret. I forlængelse heraf efterspørges der styrkelse af kompetencer til klinisk lederskab.

BREDERE OG BEDRE KOORDINERING

I interviewene kommer det frem, at deltagerne ser sammenhængen mellem hospitalet og det nære sundhedsvæsen, som en nødvendighed for fremtidens sundhedsvæsen.

I den forbindelse har de flere opmærksomhedspunkter og flere forslag til, hvordan plejen kan styrke sammenhængen. Først og fremmest skal dokumentationen (den skriftlige kommunikation) på det sygeplejefaglige område styrkes og struktureres så den er ens for alle hospitaler og

for det nære sundhedsvæsen. De udtrykker ønske om at sygeplejersker arbejder på tværs af sektorer: fra hospital og hjem, at der bliver etableret følge-hjem teams, at både indlæggelse og udskrivelse omkring en patientgruppe er de sammes ansvar, at de får mere viden om tilbud og muligheder på tværs af sundhedsvæsenet og sektorgrænser. Et forslag er, at sygeplejersker gennemgår et toårigt turnusforløb på tværs af sektorer for at få de brede organisatoriske kompetencer, der skal til.

I forhold til organisering af plejen på hospitalsafdelinger, mener flere at en form for rundepleje, kan blive nødvendig i særligt pressede afdelinger, men bør undgås, særligt i korte patientforløb. Desuden bliver det foreslået, at der afholdes kollektive udskrivelsessamtaler, hvor flere patienter samles på afdelingen med én sygeplejerske, der således giver flere patienter information om efterforløbet på samme tid. Og endelig er der forslag om at der udvikles kriterier for, hvornår en patient skal ses af en sygeplejerske.



Del 3

Ledernes betragtninger om plejeformer og kompetencemix

Ved leder-interview fremkommer ni tematikker som udfoldes nedenfor:

- > Patient og pleje kontinuitet
- > Den specialiserede pleje og den generaliserede pleje
- > Erfaringer med plejeformer
- > Medarbejder motivation
- > Medarbejder kompetencer
- > Samarbejde
- > Erfaringer med nye medarbejdertyper
- > Værne om sygeplejefaglighed
- > Ledelsesrum

PATIENT OG PLEJE KONTINUITET

Lederne er optaget af at skabe kontinuitet i patientforløb ved, at sygeplejerskerne følger patientforløbet, f.eks. i tildelt patientpleje, hvilket også er et led i kompetenceudvikling. Lederne påpeger, at øget arbejdsdeling giver mindre kontinuitet, idet patienterne møder flere sygeplejersker. I øvrigt kan indgående kendskab til patienten også gøre sygeplejerskerne blinde, og det kan være godt med flere øjne på. Det øger fleksibiliteten, der hvor sygeplejersker er generalister.

Sygeplejerskers privatlivs ønsker (ønsker til vagtplan) gør kontinuitet svært, hvilket er et ledelsesdilemma.

Nogle ledere har gode erfaringer med en "Flow sygeplejerske" (12-timers) for kontinuitet. Dvs. en sygeplejerske som overlapper vagtskifte for at bære viden og kontinuitet med over.

Der bliver talt om Sudoku-sygeplejersker, som flyttes efter behov når patienter bliver dårligere og når der savnes højere kompetenceniveau.

DEN SPECIALISEREDE PLEJE OG DEN GENERALISEREDE PLEJE

Den øgede teknologisering og specialisering gør det svært for lederen at bede medarbejdere om at arbejde på tværs af afdelinger fordi kvalitet og sikkerhed udfordres. Der arbejdes i diagnoseopdelte teams for at sikre specialespecifik kvalitet. Det

udfordrer fleksibilitet i plejeorganiseringen på tværs af afdelinger i de situationer hvor der mangler medarbejdere for at opretholde aktivitet og kvalitet.

Der er en tendens til, at der er mere prestige i specialiseret sygepleje end i den grundlæggende sygepleje. Også de særlige tekniske opgaver, eller delegerede opgaver fra lægerne virker prestigefyldte (f.eks. scopier eller scanning).

"Om det er det der med, at der er prestige i noget, som har gjort, at kompetenceudvikling er sket, hvor jeg bare siger, at det er fint, du tager en a-gas, men tager han [lægen] så bundskiftet. Nej, det gør han ikke. Okay, så du har bare taget en opgave mere, som gør, at du så får overarbejde. Så hvornår skal vi sige fra, og hvornår skal vi lave sygepleje?"

ERFARINGER MED PLEJEFORMER

Lederne lægger vægt på patientgrundlag, normering, kompetencer, kompetenceudvikling, fysiske rammer og patientsikkerhed når plejeformen bestemmes. Nogle benytter triagering til at vurdere patientgrundlaget, og kan veksle mellem forskellige plejeformer f.eks. tildelt pleje, makkerpar og teams. Der kan være behov for omorganiseringer i løbet af vagten, hvis patienter f.eks. bliver dårligere. Så kan sygeplejerskerne flyttes til pleje af nye patienter. Opgaveglidning til andre faggrupper er også i spil, og overvejelserne går på, at det ville være opgaver som ikke blev



varetaget, og derfor bedre at få dem varetaget af andre faggrupper end slet ikke, også i de tilfælde hvor sygeplejersken er den bedst kvalificerede. Ulempen ved at flytte opgaver kan være at overblikket mistes. Kommunikationen må være meget systematisk og konkret. Opgaveglidning til social- og sundhedsassistenter stiller større krav til dem, hvilket skal have opmærksomhed.

Gruppepleje

Grupper vurderes at være godt i det lange indlæggelsesforløb, ikke i det korte, da der så bruges for meget tid på koordinering. I de længere forløb er det bedre til at udnytte "fællesmængden" og deles om opgaven. Det angives også at den komplicerede patient passes bedst i grupper og ukomplicerede patienter bedst i tildelt patientpleje. Grupper fungerer godt når man kender hinandens kompetencer og man skal have en kultur, hvor det er okay at dele. Grupper giver mulighed for at brede kompetencerne ud, man kan have en ny, en erfaren og en assistent sammen. Sygeplejersker har et overordnet ansvar i gruppepleje med andre faggrupper. Det giver også oplagte muligheder for fælles refleksion og supervision. Man kan hjælpe hinanden videre i forhold til konkrete problemstillinger, og gruppedynamik er vigtig. Det angives at koordinering i gruppepleje kan være en udfordring og inkongruens er ikke godt for patienten. Ledere overvejer grupper ud fra kompetencer men sygeplejersker bytter til tider rundt.

Tildelt patientpleje

Lederne angiver at tildelt patientpleje giver kontinuitet og fleksibilitet, men at kendskab til patienten kan gøre en blind. Kontinuiteten gør at man kommer rundt om hele mennesket, og det kan give sygeplejerskerne en mere spændende arbejdsdag, mere indflydelse på eget arbejde og dermed styrke arbejdsglæde. Men, man skal være en erfaren og dygtig sygeplejerske for at kunne udøve tildelt patientpleje det kan gå ud over sikkerheden, hvis en sygeplejerske står med en patient alene og ikke har de rette kompetencer. Sygeplejersken kan overse noget, på grund af manglende erfaring eller indsigt. Det kan være opslidende at passe den samme patient i længere tid, hvis arbejdet er psykisk krævende, og det kan være svært at se, hvornår man skal hjælpe sine kolleger. Det kræver også tillid mellem sygeplejerske og patient for at få tildelt patientpleje til at fungere. Ellers må man skifte kontaktperson. Patienter opleves som glade og trygge for tildelt patientpleje. Social og sundhedsassistenter kan også udføre tildelt patientpleje.

I ambulatorier kan kontaktsygeplejerske nogle gange fungere, men kan være udfordret af, at sygeplejersken ikke nødvendigvis er på arbejde de dage patienten er der.

Lederne angiver at medarbejderne fortæller, at det er utrygt med vagter i sengeafsnit som ambulatoriesygeplejerske, hvis man ikke får en makker.

Rundepæle

Når man er mest presset i afdelingen, så kan man ty til rundepæle. Lederne angiver dog at man mister kvalitet og at det nedsætter patientsikkerhed.

OPSUMMERING AF LEDERES ERFARING MED PLEJEFORMER

Lederne lægger vægt på patientgrundlag, normering, kompetencer, kompetenceudvikling, fysiske rammer og patientsikkerhed når plejeformen bestemmes. Opgaveglidning til andre faggrupper er også i spil. Ulempen ved opgaveglidning kan være at overblikket mistes. Kommunikationen må være meget systematisk og konkret.

Der arbejdes i diagnoseopdelte teams for at sikre specialespecifik kvalitet. Det udfordrer fleksibilitet i plejeorganiseringen på tværs af afdelinger. I de situationer hvor der mangler medarbejdere bliver det svært at hjælpe hinanden for at opretholde aktivitet og kvalitet

Grupper vurderes at være godt i det lange indlæggelsesforløb, ikke i det korte, da der så bruges for meget tid på koordinering. Det angives også at den komplicerede patient passes bedst i teams og ukomplicerede patienter bedst i tildelt patientpleje. Grupper giver mulighed for at brede kompetencerne ud, man kan have en ny, en erfaren og en assistent sammen. Ledere overvejer grupper ud fra kompetencer men sygeplejersker bytter til tider rundt.

Lederne angiver at tildelt patientpleje giver kontinuitet. Men, man skal være en erfaren og dygtig sygeplejerske for at kunne udøve tildelt patientpleje. Det kan gå ud over sikkerhed hvis en sygeplejerske står med en patient alene og ikke har de rette kompetencer.

Når man er mest presset i afdelingen, så kan man ty til rundepæle. Lederne angiver dog at man mister kvalitet og at det nedsætter patientsikkerhed.

MEDARBEJDER MOTIVATION

Nogle medarbejdere er motiverede af at være tæt på patienterne i den direkte pleje, mens andre medarbejdere trives i mere administrative og tekniske opgaveporteføljer.

Tildelt patientpleje er særligt tiltalende for dem, som ønsker at have overblik og indflydelse på hele plejen og patienten. Det giver indflydelse på egen arbejdsdag og nogle mener det er en mere spændende dag.

Selvbestemmelse vedrørende vagtplan er også en faktor som har betydning for motivation, sådan at privatlivs ønsker prioriteres, det gør dog kontinuitet og sikring af kompetencemix svært, hvilket er et ledelsesdilemma. Nogle ledere har gode erfaringer med at sygeplejerskerne selv laver arbejdsplaner og mener det fungerer godt.

MEDARBEJDER KOMPETENCER

Lederne er optaget af den enkelte medarbejders kompetencer og kompetencemixet i afdelingen har betydning for den måde de organiserer arbejdet på. Den plejeform som vælges, skal også reflektere ønsker for kompetenceudvikling. Det kan være at man ønsker at styrke sygeplejerspersonalets overblik over patientforløbet, ved at lade dem følge forløbet, eller at man vælger at lade personalet arbejde i teams fordi man mener det øger kompetencerne. Lederne oplever en udfordring i, at de planlægger arbejdets deling og form ud fra medarbejdernes kompetencer, men at de så efterfølgende selv bytter rundt imellem sig. Dermed kan hensyn til personlige præferencer for vagtplan og samarbejdspartnere komme til at stå i vejen for arbejdstilrettelæggelse med blik på kompetenceudvikling og sammensætning.

"Fordi når man laver arbejdsplan, så har man jo en masse ting inde i hovedet, en masse tanker om det, og en masse viden omkring folks ønsker, behov og kompetencer og alt muligt. ... Og så sidder der nogle, som selvfølgelig er nogle dygtige folk, men de har jo ikke al den viden, og det kan de ikke have. Så der kan jo hurtigt blive byttet om på en hel masse, som så gør, at apropos det der med at gå glad på arbejde, og føle sig tryk i det man er i, det kan jo godt gå fløjten."

SAMARBEJDE

Lederne angiver at samarbejde på tværs af afdelinger opleves som positivt af nogle medarbejdere. Andre oplever det modsatte. Noget af det som giver samhørighed på tværs af afdelinger er, når der arbejdes med en fælles forståelse af, hvad god sygepleje er, med tydelig teoretisk fundering som f.eks. *Excellent sygepleje* og *Fundamentals of care*. Det giver et fælles sprog og styrker det faglige fællesskab. Lederne pointerer også vigtigheden af at samarbejde med f.eks. sygeplejestuderende, at tilknytte dem gennem studiejob, og ser gerne at de får en stamafdeling. Ufaglærte piccoliner kan også tilknyttes for at varetage ad hoc-opgaver væk fra patienten, ligesom IT-medarbejdere nogle steder kan løse ikke patientnære opgaver.

ERFARINGER MED NYE MEDARBEJDER TYPER

I forbindelse med opgaveglidning og ansættelse af andre faggrupper end sygeplejersker til sygeplejeopgaver angiver lederne, at det der skal være fokus på er, at det er den rigtige faggruppe til opgaven. Diætist giver mad, fysioterapeut aktiverer og træner patienten i afdelingen. Multidisciplinære/tværfaglige teams har den fordel, at alle patienter f.eks. bliver set af en diætist, hvis en sådan ansættes. Hvis andre skal overtage, skal der være klare rammer og konkret kommunikation. Sygeplejersker har et overordnet ansvar i gruppepleje med andre faggrupper. Jo færre af en faggruppe, jo mere sårbart bliver det også, hvis det er særlige opgaver som overdrages. Andre kan også ansættes for at lave ikke-sygeplejefaglige opgaver, hvilket er meget aflastende. Udfordringen er, at man som sygeplejerske ikke kommer hele vejen rundt om patienten og det kan føre til tab af overblik. På den anden side kan patienten få tilført en ressource, der ellers ikke ville have været på grund af personalemangel.

I sammensatte personalegrupper må man se hinandens fagidentitet, reflektere sammen og stole på hinanden når man afgiver opgaver. Der angives øget kvalitet på det medicinske område efter farmakonomer kom til. Det kan dog være en ulempe for nyuddannede på grund af manglende overblik over medicin.

Det angives også at sygeplejersker, der læser videre, skal kobles op til praksis, hvor kandidatuddannede kan gå foran i udvikling af sygeplejen.

I forbindelse med ansættelse af social- og sundhedssister på hospitalerne angiver lederne, at social- og sundhedsassistenter også kan lave tildelt patientpleje med en sygeplejerske som back-up. Social- og sundhedsassistenter viser stort engagement og ansvar, f.eks. i forbindelse med fast vagt opgaver, men kan være mindre fagligt analyserende end sygeplejerskerne. Social- og sundhedsassistenter bliver som regel længe i ansættelsen på en hospitalsafdeling.

Farmakonomer er nogle glade for på grund af deres specialiserede viden, andre foretrækker at ansætte sygeplejersker, hvis det er muligt, fordi de kan gå i vagt og er mere fleksible i opgavevaretagelsen.

I forbindelse med rekruttering kan det være gavnligt at ansætte sygeplejestuderende som timelønnede allerede under deres uddannelse, for at lette rekruttering til afdelingen. De skal også trænes i at gå stuegang på de patienter de passer.

Lederne nævner andre, der kan indgå i plejen. F.eks. kan man ansætte sundhedsplejersker, runnere til ikke patientnære opgaver og give pårørende en mere fremtrædende rolle.

Nogle har sagt farvel til udenlandsk arbejdskraft fra f.eks. Tyrkiet og Holland, på grund af sproglige udfordringer.

Det har også vist sig at være en dyr løsning at ansætte andre faggrupper da de skal have mere i løn.

VÆRNE OM SYGEPLEJEFAGLIGHED

Lederne ønsker at værne om sygeplejefagligheden. De er opmærksomme på at tale deres eget fag op og ikke ukritisk tage andres opgaver ind. Sygeplejersker har let ved at tage yderligere eller nye opgaver ind, fordi de er ordentlige og vil have tingene til at fungere for de patienter de møder hele døgnet. De bemærker, at sygeplejersker ikke kan løse hele sundhedsvæsenets opgaver som en enmandshær. De pointerer, at man skal tale om sygepleje med hinanden for at kunne uddelegere på en god måde.

LEDELSESROM

Lederne taler om deres ledelsesrum og vilkår for ledelse. Det opleves som vigtigt som leder at engagere sig i alle sygeplejerskens funktioner for at kunne danne sig et indtryk og sikre kvaliteten af sygeplejen som ydes i afdelingen. Nogle ledere laver plejeresuméer og planer for ugen. Det er en ledelsesopgave, at der er høj faglighed, og at sygeplejen italesættes. Det er en ledelsesopgave at sørge for, at der er stillinger til de akademiske sygeplejersker, så deres kompetencer integreres i praksis. Kommunikation med patienter skal der også fokuseres på i det "tætte" lederskab. Nogle leder store afdelinger, hvor det er svært at give feedback og være tæt på den enkelte. Medarbejdernes trivsel kan evalueres når man er "tæt på".

Organiseringen er også i fokus i hverdagen, og det er lederens opgave at huske medarbejderne på aftaler om organisering af arbejdet. Nogle benytter triagering for at fordele medarbejderne til patienterne, og peger på, at patientgrundlaget bestemmer plejeformen. Nogle benytter forskellige former for time-out eller "5-minutters stoppested" hvor man koordinerer resten af dagen. Det har kunnet nedbringe overarbejde med op til 50% fordi man hjælper hinanden.

Ledere bør uddannes i ledelse f.eks. ved diplomuddannelse og hvis sygeplejerskerne i afdelingen skal lede andre, skal de også uddannes til det arbejde så det professionaliseres.

OPSUMMERING

Nogle medarbejdere er motiverede af at være tæt på patienterne i den direkte pleje, mens andre medarbejdere trives i mere administrative og tekniske opgaveporteføljer. Selvbestemmelse vedrørende vagtplan er også en faktor, som har betydning for motivation, idet privatlivsønsker prioriteres. Det gør dog kontinuitet og sikring af kompetencemix svært, hvilket er et ledelsesdilemma. I forbindelse med opgaveglidning og ansættelse af andre faggrupper end sygeplejersker til sygeplejeopgaver angiver lederne, at det, der skal være fokus på, er, at det er den rigtige faggruppe til opgaven.

Sygeplejersker har et overordnet ansvar i gruppepleje med andre faggrupper. Jo færre af en faggruppe, jo mere sårbart bliver det også, hvis det er særlige opgaver som overdrages. I sammensatte personalegrupper må man se hinandens fagidentitet, reflektere sammen og stole på hinanden, når man afgiver opgaver. Social- og sundhedsassistenter viser stort engagement og ansvar f.eks. i forbindelse med fast vagt, men kan være mindre fagligt analyserende end sygeplejerskerne. Nogle har sagt farvel til udenlandsk arbejdskraft fra f.eks. Tyrkiet og Holland, på grund af sproglige udfordringer.

Lederne ønsker at værne om sygeplejefagligheden. De pointerer, at man skal tale om sygepleje med hinanden for at kunne samarbejde og uddelegere på en god måde.

MATERIALER OG METODER/ EKSPERIMENTELT ARBEJDE

METODE

Denne kvalitative undersøgelse er baseret på interviews med klinisk udøvende sygeplejersker samt ledende sygeplejersker på forskellige niveauer. Ledende sygeplejersker er oversygeplejersker, kliniske sygeplejespecialister/udviklingssygeplejersker og chefsygeplejersker. Dataindsamlingen er tilrettelagt med henblik på at udforske deltagernes erfaringer og perspektiver på plejeformer i en hospitalskontekst. Analysen er inspireret af en fortolkende tilgang, hvor formålet er at identificere mønstre og temaer i data.⁷

KONTEKST OG DELTAGERE

Undersøgelsen blev gennemført på tværs af flere hospitaler og afsnit i Danmark. Deltagerne

blev udvalgt pragmatisk⁷ med henblik på at repræsentere forskellige erfaringer og perspektiver på plejeformer i en hospitalskontekst (medicinske, kirurgiske med accelererede og/eller længerevarende patientforløb). Interviews er gennemført på Rigshospitalet; Amager-Hvidovre Hospital; Sjællands Universitetshospital; Sygehus Lillebælt, Syddansk Universitetshospital; Aalborg Universitetshospital; Esbjerg og Grindsted Sygehus, Syddansk Universitetshospital.

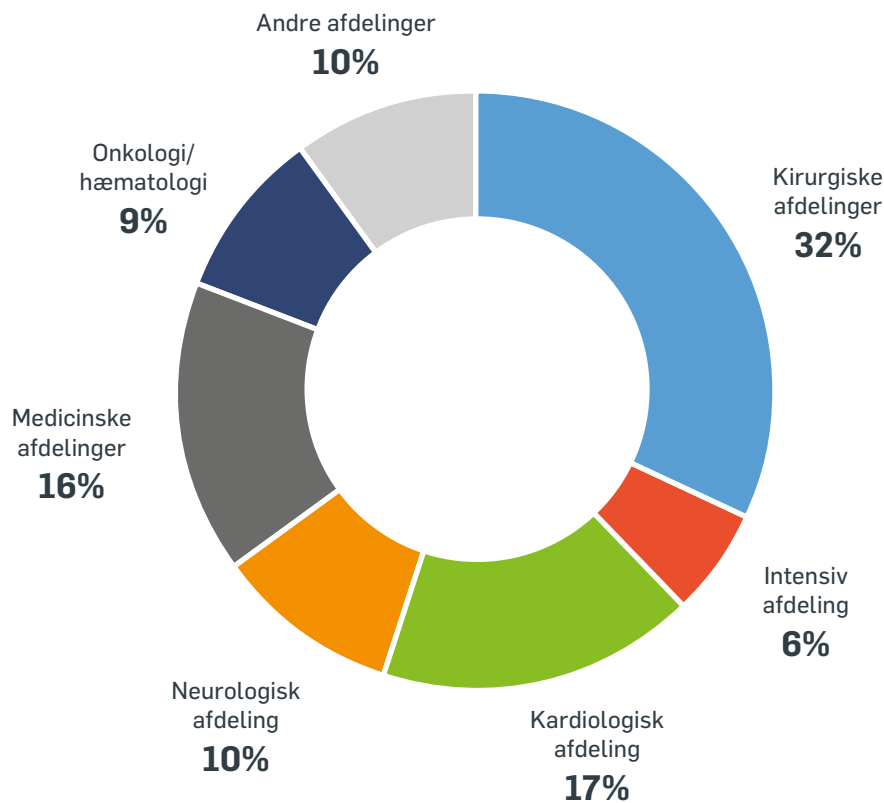
De to grupper af sygeplejersker, som undersøgelsen har fokus på, beskrives kort i det følgende.



KLINISK UDØVENDE SYGEPLEJERSKER (N=140, 26 GRUPPEINTERVIEWS)

Indenfor denne gruppe er fokus på både nyuddannede samt erfarne sygeplejersker med henblik på at få et varieret syn på deres oplevelser af at arbejde i nuværende og øvrige plejeformer. Der er indhentet indsigter fra sygeplejersker, der har erfaringer med at samarbejde om sygeplejen med andre/'nye' faggrupper som f.eks. social- og sundhedsassistenter, terapeuter, farmaceuter mv.

135 kvinder og 5 mænd med en gennemsnitsalder på 39,4 år og en gennemsnitserfaring på 11,2 år deltog i fokusgruppe interviewene. Nedenstående figur viser, hvordan de fordeler sig på specialer.

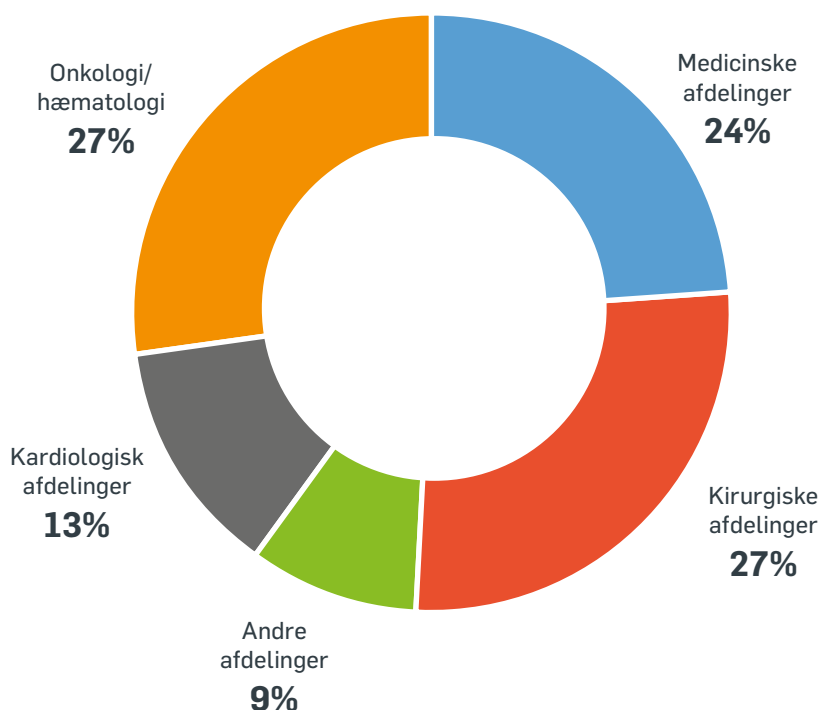


Figur 3: Kirurgiske afdelinger indeholder kæbekirurgi, plastikkirurgi, ryggkirurgi, urinvejskirurgi, ortopædkirurgi, øre-næse-hals kirurgi, mave-tarm-kirurgi og lungekirurgi. Medicinske afdelinger indeholder lungemedicin, geriatrisk, almen medicin, infektions-medicin, endokrinologi og afdeling for nyresygdomme. Under andre afdelinger ligger gynækologi, barselsafsnit, øjenambulatorium og rehabiliteringsafsnit.

LEDEDE SYGEPLEJERSKER INKL. FAGLIGE LEDERE (N=63, 12 GRUPPEINTERVIEWS)

Fokus er chefsygeplejersker, oversygeplejersker og kliniske sygeplejespecialister (nogle steder bruges andre betegnelser) og deres overvejelser om den plejeform, som sygeplejen er organiseret ud fra i deres afsnit.

Blandt de deltagende ledende sygeplejersker var alle 63 kvinder med en gennemsnitsalder på 49,6 år. De fordelte sig på 11 chefsygeplejersker, 29 oversygeplejersker, 11 klinisk sygeplejespecialister og 4 souschefer/assisterende oversygeplejersker.



Figur 4: Kirurgiske afdelinger indeholder kæbekirurgi, plastikkirurgi, mave-tarm-kirurgi, urinvejskirurgi og ortopædkirurgi. Medicinske afdelinger indeholder afdeling for nyresygdomme, neurologi, almen medicin, lungemedicin og geriatrisk. Andre afdelinger indeholder øjenambulatorium, akutmodtagelse, intensiv, barselsafsnit.

En forsker fra hvert deltagende hospital har haft overordnet ansvar for gennemførelse af interviews samt håndtering af data.

DATAINDSAMLING

Fokusgruppe interview (6-8 deltagere) er valgt for at skabe et trygt og socialt acceptabelt miljø, hvor sygeplejerskerne kan drøfte deres tanker, bekymringer og holdninger sammen med kolleger. På Amager-Hvidovre Hospital kom de fra forskellige afdelinger til samme interview. Denne tilgang er desuden velegnet til at skabe koncentrerede data på et kollektivt niveau om deltagernes erfaringer med og perspektiver på plejeformer. Deltagerne kan således inspirere hinanden, og den enkeltes udsagn kan blive nuanceret. Ved interviewene har dialog og åbne spørgsmål været vægtet for at give sygeplejerskerne mulighed for at udtrykke deres tanker om plejeformer i deres daglige sygepleje af patienter.

Der er benyttet en interviewguide, som er udviklet på baggrund af tematikker udledt fra individuelle pilotinterviews foretaget med fire klinisk udøvende sygeplejersker (både erfarne og nyuddannede) samt to ledende sygeplejersker. Tematikkerne drejer sig om forholdet mellem organisering af sygeplejen og selve patientplejen, kompetencer, tryghed i arbejdet, og tværprofessionalitet (bilag 1). Interviewguiden er opbygget således, at der først er fokus på de *aktuelle* lokale organiseringer af sygeplejen/plejeformer i anvendelse og *der-efter fremtidsudkast* til plejeformer (bilag 2). En moderator^{8,9} introducerede indledningsvist deltagerne til formålet med og rammen for interviewet, herunder en kort introduktion til *plejeformer* ud fra bilag 2. Moderator havde desuden ansvar for at facilitere dialog blandt deltagerne, samt at deltagerne overvejer barrierer og muligheder ved både aktuel og fremtidige organiseringer af sygeplejen. Desuden er indhentet baggrundsoplysninger om deltagerne. I alt blev der indhentet 38 fokusgruppeinterviews med 203 sygeplejersker. Interviewene blev udført af forskere med en master eller ph.d., med enten sygeplejefaglig eller sociologisk baggrund, som var ansat på de givne hospitaler.

DATAANALYSE

Dataanalysen blev udført gennem en systematisk og iterativ proces inspireret af principper for kvalitativ indholdsanalyse.⁷ Fokus var på at identificere gennemgående temaer og mønstre i data, som kunne belyse fordele, ulemper, forestillinger og

fremtids refleksioner relateret til forskellige plejeformer. Alle involverede forskere fra de inkluderede hospitaler deltog i analyse møder, hvor interview materialet blev gennemgået og diskuteret. Gennem en fælles indsats blev data analyseret på tværs af de gennemførte fokus-gruppeinterviews. Dette sikrede, at forskellige perspektiver blev inddraget, og at analysen forblev tæt på deltagernes erfaringer og udsagn.

Processen bestod af flere faser: Først blev interviewene gennemlæst gentagne gange for at opnå en dybdegående forståelse af materialet. Herefter blev centrale temaer og kategorier identificeret og organiseret ud fra interviewenes indhold. I denne fase blev data kodet og grupperet med fokus på at fremhæve sygeplejerskernes og ledernes perspektiver på plejeformer og organisering.

Den tværgående analyse muliggjorde en dybere indsigt i, hvordan plejeformer opleves og vurderes i en hospitalskontekst. For at sikre en grundig og nuanceret analyse blev fundene diskuteret på tværs af forskergruppen for at perspektivere resultaterne yderligere.

ETISKE OVERVEJELSER

De sygeplejefaglige lederne fra de inkluderede afdelinger blev kontaktet for at indhente tilladelse til at gennemføre interviews. Deltagerne blev informeret om undersøgelsens formål, og deltagelsen var frivillig. Mundtligt informeret og skriftligt samtykke blev indhentet, inden interviewene fandt sted. Deltagerne blev desuden gjort opmærksomme på, at de til enhver tid kunne trække sig fra undersøgelsen uden at skulle begrunde deres beslutning.

Helsinki-deklarationens regler om forskningsetik¹⁰ blev overholdt, og ifølge dansk lovgivning om forskningsetik var det ikke nødvendigt at anmelde undersøgelsen til det videnskabsetiske komité-system. Lovgivningen om databeskyttelse blev fulgt, og undersøgelsen blev registreret ved Region Hovedstadens Databeskyttelsesenhed med journalnummer P-2023-15255.

REFERENCER

1. 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
2. Missel M, Bergenholtz HM. The Understanding of Dignity Among In-Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer. *Cancer Nurs*. 2021;44(6):E429-E437. doi:10.1097/NCC.0000000000000859
3. Gonçalves I, Mendes DA, Caldeira S, Jesus É, Nunes E. The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3). doi:10.3390/ijerph20032391
4. Uhrenfeldt L, Veilis HV, Kronborg D, Pedersen PU. Hen imod excellent sygepleje gennem klinisk, faglig og strategisk ledelse [Towards Excellent nursing care, through clinical, professional and strategic leadership]. *Klin Sygepleje*. 2025;39(1):1-17. doi:10.18261/ks.39.1.5
5. Uhrenfeldt L, Pedersen PU, Pedersen MK, Ingstad K. Surgical patients' assessment of healthcare encounters after elective surgery: A descriptive study. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2024;189:15-23. doi:https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.08.001
6. Berg SK, Uhrenfeldt L, Poulsen I, Højskov IE, Missel M, Bernild C. Sygeplejevidenskab.dk -Fag, Disciplin & Fagkundskab, marts 2024, <https://doi.org/10.62680/FA0624>
7. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th ed. Wolters Kluwer; 2020.
8. Breen RL. A practical guide to focus-group research. *J Geogr High Educ*. 2006;30(3):463-475. doi:10.1080/03098260600927575
9. Carey M. The group effect in Focus Groups: Planning, Implementing and Interpreting Focus Group Research. In: Morse JM, ed. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. SAGE Publications; 1994:224-241.
10. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025;333(1):71-74. doi:10.1001/jama.2024.21972

FORSKERNE



Camilla Bernild

Sygeplejerske,
klinisk seniorspecialist,
forsker, lektor



Lisbeth Uhrenfeldt

Sygeplejerske,
professor



Ingrid Poulsen

Sygeplejerske,
professor



Louise Schlosser Mose

Sygeplejerske,
lektor



Janet F. Jensen

Sygeplejefaglig
forskningsleder,
forskningslektor



Malene Missel

Klinisk sygeplejespecialist,
seniorforsker, lektor



Kathrine Hoffmann Kusk

Specialkonsulent



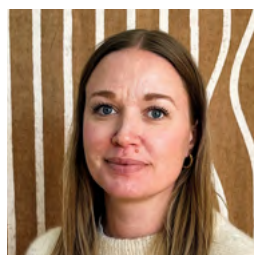
Selina Kikkenborg Berg

Sygeplejerske,
professor



Line Ryberg Rasmussen

Sygeplejerske,
forsker



Sofie Langergaard

Sygeplejerske,
postdoc

BILAG

Bilag 1: Interviewguide

FORSKNINGSTEMATIK	INTERVIEWSPØRGSMÅL	OPFØLGENDE SPØRGSMÅL
Aktuelle typer af organiseringer af sygeplejen	Hvordan er sygeplejen organiseret på afsnittet –plejeform?	Hvem gør hvad og hvorfor?
Aktuel sammenhæng mellem organisering af sygeplejen og kvalitet i relation til patientplejen	Hvilken betydning har den nuværende plejeform i forhold til patienten?	Bed deltagerne give eksempler på hvad plejeformen betyder ift. fx: tryghed, sikkerhed for patienten, inddragelse af patient og pårørende, kontinuitet, omsorg
Professionens forhold til patienten		Hvad muliggør plejeformen? Hvad er svært ved plejeformen?
Aktuel sammenhæng mellem organisering af sygeplejen og den samlede organisation, herunder det tværprofessionelle samarbejde	Hvordan hænger den overordnede tilrettelæggelse af arbejdet og det tværprofessionelle samarbejde sammen med plejeformen	Bed deltagerne komme med eksempler på: • Hvem de samarbejder med hvornår de samarbejder med dem • Hvordan de samarbejder med dem • Hvad de samarbejder om
Professionens forhold til den institutionelle kontekst		Hvornår lykkes det? Hvornår er det svært?
Aktuel sammenhæng mellem organisering af sygeplejen og kompetenceudvikling og læring	Hvad betyder plejeform/organisering af sygeplejen og det tværprofessionelle samarbejde for kompetenceudvikling i praksis	Bed deltagerne komme med eksempler på: • Hvordan gives der feedback i hverdagen? • Hvad er motiverende for at lære nye ting? • Hvem lærer hinanden hvad?
		Hvad kan være en barriere for læring og kompetenceudvikling?

FORSKNINGSTEMATIK	INTERVIEWSPØRGSMÅL	OPFØLGENDE SPØRGSMÅL
Aktuel sammenhæng mellem organisering af sygeplejen og oplevelsen af (psykologisk) tryghed, trivsel og arbejdsglæde	Hvad betyder plejeform/organisering af sygeplejen og arbejdsgange for oplevelse af tryghed i arbejdet – eller fraværet af samme?	Hvad forstår de ved et praksisfællesskab? Bed deltagerne komme med eksempler på: • Hvad der skaber trivsel og arbejdsglæde? • Hvad der ikke skaber trivsel og arbejdsglæde?
Fremtidsudkast til plejeformer Figur med fremtidens plejeformer / arbejdsgruppeform introduceres for deltagerne	Hvad vil en ny (fremtidige) plejeform betyde for / i forhold til: • Patienten? • Tilrettelæggelse af arbejdet og det tværprofessionelle samarbejde? • Kompetenceudvikling i praksis? • Tryghed og trivsel i arbejdet	Bed deltagerne komme med tænkte eksempler Spørg uddybende i forhold til muligheder og barrierer
Forslag fra sygepleje-professionen til fremtidens plejeformer/ organisering af sygeplejen	• Forslag/idéer til andre/nye plejeformer? • Er der opgaver i praksis, som andre medarbejdergrupper kan varetage? • Hvis der ansættes andre medarbejdergrupper i plejen, hvordan skal de så indgå i samarbejdet med sygeplejerskerne?	Bed deltagerne komme med tænkte eksempler Spørg uddybende i forhold til muligheder og barrierer

Bilag 2: Figur over 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.

Plejeformer opsummeret efter artiklen: "Work methods for nursing care delivery" af Parreira et al.¹

