

Professionsbachelor som Humanistisk Teknologikoordinator (HTEKO)

Behovet for den nye uddannelse

Udbredelsen af velfærdsteknologi har høj prioritet i Danmark (Social- og Integrationsministeriet 2013). Regeringens nye digitale velfærdsstrategi har således to foki; *hvordan teknologien kan gøre hverdagen lettere for borgere og medarbejdere, eller hvordan de mange data og systemer, der anvendes i den sociale sektor, kan anvendes mere effektivt og med et bedre resultat* (Digital velfærdstrategi, Socialstyrelsen, 30.9.2013).

Anvendelsen af velfærdsteknologiske og IT-baserede løsninger indebærer at borgere/brugere, der ellers ville kræve stort personnærvær i konkrete behandlings- eller hjælpesituationer i højere grad kan – og vil skulle – klare sig selv og i en længere periode. Modtageren af de bevilgede ydelser er såvel voksne og ældre som børn og unge, der er midlertidigt sygdomsramte eller funktionshæmmede, plejekrævende, har særlige sociale behov, brug for kognitiv støtte eller er kronisk syge. Centralt for alle mål- og brugergrupper er, at velfærdsteknologiske og IT-baserede løsninger skal tilbyde en lettelse i hverdagen, en fortsat samfundsdeltagelse og for de ældste og enkelte andre målgrupper – så længe som muligt at kunne bevare et sundt liv. Der er her tale om det brede sundhedsbegreb – miljø og rammer for tilværelsen – og heri størst mulig bevarelse af værdighed, selvstændighed og livskvalitet – uanset alder og fysisk/psykisk formåen.

Der er imidlertid i høj grad fokus på velfærdsteknologi i relation til gruppen af ældre¹, idet befolkningsfremskrivninger for den vestlige del af verden viser, at især her øges 'ældrepopulationen' – de over 60 årige – og dermed en befolkningsandel som stadig er erhvervsaktiv og vil være det i flere år frem. Samtidig gælder det, at befolkningerne gennemsnitligt forventes at leve længere. Befolkningsfremskrivninger angiver ligeledes, at der bliver forholdsvis færre yngre til at løfte opgaver forbundet med (re)habilitering, evneudnyttelse, genoptræning, omsorg og pleje, ligesom den gennemsnitlige levealder stiger (KL's Ældrepolitiske udspil – nye ældre-nye muligheder, 2010, Danmarks Statistik, Befolkningens udvikling, 2011).

Trods tegn på en stigning i tilbagetrækningsalderen på 1,3 år i perioden 2002-2012, forklaret af såvel helbred, som uddannelsesniveau og efterlønsreform (AE, juni 2013) vil der potentielt – målt med i dag – være dobbelt så borgere/brugere om 30 år, der har et større eller mindre behov for hjælp i form af robotteknologi som fx hævestole, vende-madrasser, dør- og gulvcensorer, mini-kraner, applikationer for medicin, blodtryk, KOL og hjerterytme kufferter, rengøringsinstallationer, hjælp til personlig hygiejne og meget andet. Til sammenligning er gruppen over 65 år steget med ca. 150.000 fra 2007 – 2013 (Ugebrevet A4 29.8.2013).

Disse tal må sammenholdes med, at ... *brugen af velfærdsteknologi i dag er et ungt område der er i vækst...* og ... *at kompetencer til at indføre velfærdsteknologiske løsninger bliver betragtet som væsentlige i forhold til at opnå øget effektivisering og øget kvalitet i offentlige vel-*

¹ FN opererer med alderen 60 som determinant for at tilhøre gruppen af 'ældre' er 60-årige i I-lande ikke nødvendigvis sammenlignelige med 60 årige i NIC-lande.

færdsydelser i aftagerorganisationerne KL og Danske Regioner. (Behovsundersøgelse, Ledelse i Velfærdsteknologi_Diplomuddannelse 2011).

Samlet set forventes de teknologiske løsninger, når disse er optimalt etableret og iværksat, hos den enkelte borger/bruger og i større sammenhænge på institutioner at muliggøre, at det professionelt uddannede omsorgs- og plejepersonale kan varetage andre, eventuelt mere krævende og omfattende opgaver.

Fælles for modtagerne af velfærdsteknologi er, at de teknologiske løsninger har til hensigt at understøtte den enkeltes hverdagsliv og i højere grad gøre ham eller hende selvhjulpne, muliggøre samfundsdeltagelse samt medvirke til at øge oplevelsen af værdighed.

Fælles for yderne af velfærdsteknologien, kommuner og regioner, er at implementeringen oftest ledsages af forventningen om, i hvilket omfang velfærdsteknologi kan rationalisere og effektivisere velfærdsydelsen og med særligt henblik på de plejekrævende ældre borgere. Således hedder det, at ... *nye teknologiske hjælpemidler som for eksempel robotstøvsugere og robottoiletter [kan] frigøre ressourcer, idet de kan erstatte eller effektivisere de professionelle hjælp.* (Ældreområdet – internationale perspektiver, Social- og Integrationsministeriet 2013:50).

Velfærdsteknologi.nu viderefører disse betragtninger og understreger et overordnet samfundsmæssigt behov for udvikling af velfærdsteknologiske løsninger, ligesom vækstteamet for sundheds- og velfærdsløsninger i januar 2013 fremsatte 15 anbefalinger, heraf anbefaling nr. 3, behovet for fagprofessionelle inden for velfærdsteknologi.²

Behovet for og nødvendigheden af fremsynede, innovative velfærdsteknologiske tiltag betyder at ABT fonden i 2012 er blevet til Fonden for Velfærdsteknologi og har bevæget sig fra at subsidiere lokale/regionale projekter til: ... *større strategiske satsninger og velafprøvede løsninger på brede tværsektorielle indsatsområder* (ffvt.dk 19.12.2011).

I sin formålsbeskrivelse har fonden samtidig formuleret udviklingen og implementeringen af velfærdsteknologi på særligt sygehuse og plejehjem som en nødvendig fornyelse og effektivisering af den offentlige service.

Succes med implementering af velfærdsteknologiske løsninger – herunder ikke mindst præmissen brugerinddragelse – er åbenlys nødvendig. Nødvendig af ressourcemæssige årsager, jf. ovenstående, af årsager knyttet til befolkningens aldersforhold og endelig fordi, der er tale om et paradigmeskift i billedet af modtageren af ydelse, støtte og hjælp.

Der er tale om en ændring i sygdomsbilledet af de brugere/borgere (patienter), der har en varig lidelse; kronikerne. Patienten – den kronisk syge – indtager en ny rolle og er nu den aktive patient, informeret og informationssøgende, en patient 2.0. (Århus Universitet, INCUBA og Jane Ege Møller, oplæg 2010).

Denne opfattelse af 'den deltagende modtager' – eller medhelende patient – genfindes i ældreplejen, hvor modtageren af 'den gode pleje' via empowerment, støttet selvhjulpnehed og fritvalgsordninger har antaget skikkelse af borgeren, der er 'længst muligt i eget liv' (KORA 2013, Hjemmehjælpskommissionen, juli 2013).

² http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2013/Januar/~ /media/Mediebibliotek_2011/Nyheder/anbefalinger-vaekstteamet-for-sundheds-og-velfaerdsloesninger.ashx anbefaling 3 (side 3)

Imidlertid vil befolkningsgruppen 'de ældre' frem mod 2040 fremstå betydeligt mere inhomogen, i den forstand, at mange vil arbejde, til de når en nu højere folkepensionsalder, flere vil være aktive og ved gennemsnitligt bedre helbred og have et stort netværk. Andre vil have brug for hjælp til selvhjælp (rehabilitering), og atter andre være betragtelig mere plejekrævende.

Men et entydigt billede af ældreomsorg, hvor man ... *har taget over for borgeren ved at løse de opgaver, som den enkelte ældre ikke selv kan klare...* må forventes at forsvinde (Thomas Børner, formand for Hjemmehjælpskommissionen, i kronik ved offentliggørelsen af kommissionens rapport juli 2013).

Fra europæisk politisk hold er der tilsvarende betydelig opmærksomhed på de ældre befolkningsgrupper og en aktiv overgang fra arbejdsliv til en mere tilbagetrukket tilværelse – kaldet Aktiv Aldring.

2012 var europæisk år for Aktiv Aldring og dermed for indsatser samlet om de fællesnævnerne som WHO har knæsat som gældende for at blive ældre og stadig have livskvalitet: Sundhed, sikkerhed og deltagelse. (*Active Ageing – A Policy Framework, Age Platform Europe*).

Især deltagelse er udfoldet som nødvendigheden af ... *Remain active in the labour market for longer, Keep playing an active role in society for longer, Be independent and included in society* (Fra åbningskonferencen af Det Europæiske År for Aktiv Aldring og Solidaritet mellem Generationer, 2012 under Danmarks Formandskab).

Senest har opmærksomheden på ældreområdet i relation til velfærdsteknologi fået ny næring af et stærkt stigende antal personer, der grundet diagnosen Alzheimer eller andre demenssygdomme, kræver særlig hverdagsstøtte og nye boligformer. Antallet af demente ældre forudses frem mod 2040 at stige til ca. 170.000 (Jyllands-Posten 21.9.2013).

Center for robotteknologi tester forskellige devices, der skal assistere demente og mennesker med kognitive skader i at finde vej, fx applikationen Safe Walk, og etableringen af følsomme gangzoner, som støtter personalet i 'opsynet' med dørsøgende demente.

Men behovet for og nytteværdien af velfærdsteknologiske og intelligente løsninger omfatter andre borgergrupper end de personer, der primært defineres af målgrupperne 'ældre og syge'.

Velfærdsteknologi kan tilsvarende assistere handicappede borgere/brugere med en langvarig fysisk, mental, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse. Funktionsnedsættelser kan i samspil med forskellige barrierer forhindre fuld og effektiv deltagelse i samfundslivet på lige fod med raske borgere og forhindre ... *adgang til for eksempel uddannelse, arbejdsmarked og foreningsliv* (Socialministeriet 2011) og forhindre inklusion, tilgængelighed og frihed (Det Centrale Handicapråd, 2011).

Et eksempel i relation til foreningsliv er fritidsaktiviteter, hvor tilgængelighed er en central faktor. Mennesker med funktionsnedsættelse har 10 gange så stor risiko som almenbefolkningen for dårlig helse pga. manglende fysisk aktivitet, så bevægelse i naturen har afgørende, sundhedsfremmende betydning for forhold som kondition, koordination, råstyrke og balance.

Teknologiske løsninger kan muliggøre adgang og evt. deltagelse helt på egen hånd (self-efficacy) eller teknologiske indretninger kan i et samarbejde mellem borger/bruger og den funktionshæmmede muliggøre vedkommendes aktive medvirken i fx vand- og sejlsport, lejr- og friluftsliv – og dermed understøtte ham/hende i egen indsats for et sundt liv (Handicapidrættens Videnscenter, 2013).

Et andet nøgleord er livskvalitet, der som begreb kontekstualiseres af nationalpolitiske mål for forebyggelse af livsstilssygdomme, for et ønske om at øge danskernes levealder med 3 år over de næste 10 år, og dermed for sundhed generelt (Forebyggelseskommissionen, 2009).

Men ansvaret for sundhed og sygdomsforebyggelse hviler ikke kun hos kommunen/regionen... *... alle dele af samfundet skal bidrage til at løfte. Dvs. staten, regioner, kommuner, arbejdsmarkedets parter, virksomhederne, civilsamfundet, familierne og den enkelte.* (Sundhedsministeriet, kommissorium for Forebyggelseskommissionen, 2008).

Den enkeltes bidrag og dermed ansvar for egen sundhed knytter sig til begrebet Health Literacy, der på en og samme tid vedrører *... individets egen evne til at tilegne sig sundhedsrelateret information* og forebyggelse/sundhedsfremme i henhold til egen sundhed og livskvalitet og eventuel nødvendig adfærdsændring i den forbindelse. (Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2009). Health Literacy - Helbredskompetence eller Handlekompetence for Sundhed – er systemets forventning om, at borgeren selv tager ansvar for egen sundhed hele livet igennem (Det Nationale Kompetenceregnskab, 2002).

Det betyder at også borgere/brugere med psykiske lidelser og eventuelt også dobbeltdiagnosticerede samt borgere med følger af hjerne- arbejds- eller trafikskader er ansvarliggjorte for medvirken i egen sundhed og ansvarlig for at tilvejebringe betingelser for egen livskvalitet. Et eksempel på dele af denne 'ansvarsplacering' er Digitaliseringsstyrelsens oversigt over kompenserende applikationer fra 2013. Oversigten kobler handicap til applikation.

Oversigten peger samtidig indirekte på de utallige grupper og undergrupper, som må forventes at skulle betjene sig af såvel disse applikationer som øvrige understøttende intelligente løsninger af IT baseret art.

Der er tale om borgere/brugere med fx høretab, med ADHD eller med senhjerneskader, og dermed også om samfundsborgeren 2.0 (informationssøgende, aktiv, medlevende, spørgende). En borger/bruger med stadig stigende forventning om at blive mødt professionelt med teknologisk viden om muligheder og udvikling, færdigheder i installation, instruktion, sikkerhed ved ibrugtagning samt beslutningsdygtighed i spørgsmål om intelligente løsninger og velfærds-teknologi.

Professionsbachelor som Humanistisk Teknologikoordinator – PB HTEKO

Uddannelsen har et omfang af 3½ års fuldtidsstudium tilrettelagt med både teori- og praktikmoduler.

Et modul har typisk en varighed af 10 uger ~ 15 ECTS; dog har første praktikperiode en varighed af 8 uger = 12 ECTS,

Moduler kan tilrettelægges i meningsfulde sammenhænge på tværs af indholdselementerne.

Teorimoduler: I alt 150 ECTS.

Praktikmoduler: I alt 60 ECTS.

Hele uddannelsen er på 210 ECTS, heraf tilrettelægges 30 ECTS som e-læring. Anvendelsen af it-baserede løsninger er et konstituerende fagligt element i professionen, hvorfor e-læring anses for en relevant og naturlig læringsform i selve uddannelsen.

Alle elementer i uddannelsen er konstituerende/obligatoriske, bortset fra valgfag svarende til 10 ECTS-point.

1. studieår - 60 ECTS i alt:

Fokus er på introduktion til fagets kerneområder og dets to ankerpunkter:

Borger/bruger 2.0 (den kritiske og undersøgende modtager) og Sundhed og teknologiforståelse.

Indhold:

- Kommunikation og pædagogik - 8 ECTS
- Borger/bruger inddragelse, patientsikkerhed - 8 ECTS
- Ethiske aspekter af teknologibrug – man/machine - 6 ECTS
- Anatomi og fysiologi- 6 ECTS
- Sundhed og sygdomsbegreber - 4 ECTS
- Teknologi som kulturforandring - Innovation og entreprenørskab - 12 ECTS
- Jura - 5 ECTS
- Praktik - 12 ECTS.

5

Mål:

Centralt for den studerendes fordybelse bliver innovative tilgange og løsninger samt etiske aspekter heraf i arbejdet som tværprofessionel koordinator af velfærdsteknologiske tilbud, ydelser og løsninger. Den studerende skal derfor erhverve alsidig viden om og bred indsigt i samt kunne mestre kommunikation og pædagogiske metoder til at inddrage borgere/brugere. Studieåret har en kort praktik.

2. studieår - 60 ECTS i alt:

Det andet studieår samler sig om rehabilitering af og selvhjulpenhed hos specifikke målgrupper.

Indhold:

- Pædagogisk arbejde med rehabilitering og selvhjulpenhed - 6 ECTS
- Selv- og medbestemmelse, mestring og empowerment - 4 ECTS
- Identificering af og relationsdannelse til forskellige målgrupper (børn, unge, voksne, ældre, borgere af anden etnisk herkomst end dansk, socialt udsatte, hjemløse, misbrugere) - 4 ECTS

- Coaching, vejledning, motivationsteori og psykologi mhp. borger/brugerinddragelse - 8 ECTS
- TEK-Laboratorium (teknologiske færdigheder) – brugertilpasset design - 12 ECTS
- Funktionsnedsættelser; medfødte-, trafik-, arbejds- og hjerneskader - 4 ECTS
- Vurderingsværktøjer (ex Medicinsk Teknologi Vurdering og MAST) - 5 ECTS
- Praktik - 18 ECTS.

Mål:

Den studerende træner sine færdigheder i sammen med borgeren/brugeren at afdække dennes behov og i samarbejde med øvrige faggrupper at understøtte borgerens/brugers funktionsevne. Den studerende skal i TEK-Laboratoriet for at oparbejde egne teknologiske færdigheder. Færdighederne er en forudsætning dels for at motivere brugerne/borgerne til at anvende mulig teknologi, dels til at sikre implementering af kompenserende og rehabiliterende løsninger hos borgeren/brugeren.

Studieåret byder desuden på undersøgelser af funktionsnedsættelser hos specifikke målgrupper, fx medfødte-, trafik-, arbejds- og hjerneskader. Det er nødvendigt at have alsidig viden om skader og fysiske og psykiske følgelidelser samt om muligheder for at generhverve og/eller oparbejde funktionsevne.

Studieåret indeholder praktik.

3. studieår - 60 ECTS i alt:

Fokus i 3. studieår er projektledelse.

Indhold:

- Specifikke målgrupper – individuelle behov (active ageing, udsathed og værdighed, recovery)- 10 ECTS
- Projektledelse – implementering af TEK-løsninger, herunder tværfagligt samarbejde - 10 ECTS
- Valgfag - 10 ECTS
- Praktik - 30 ECTS.

6

Mål:

Den studerende erhverver indsigt i og kompetence til selvstændigt og i et tværfagligt samarbejde at iværksætte implementering af TEK-løsninger i bred almindelighed, fx hos den enkelte, på institutioner, i virksomheder og i leve-bo miljøer. Den studerende bygger oven på sin viden om (re)habilitering, evneudnyttelse og mestring samt på de pædagogiske og kommunikative færdigheder i individuel vejledning.

Udbuddet af valgfag, hvoraf der skal vælges 10 ECTS, afspejler aktuelle problemstillinger. Studieåret indeholder praktik.

4. studieår - 30 ECTS:

Indhold:

- Samfund- og sundhedspolitik og økonomi, herunder OPI samarbejde/projekter - 5 ECTS
- Organisation, ledelse og forandringsledelse - 5 ECTS
- Kvalitetssikring, effektmåling og evaluering - 5 ECTS
- Bachelorprojekt - 15 ECTS.

Mål:

Den studerende udbygger sin viden om projektledelse med viden om samfundsforståelse, politisk strategi og styring, herunder forpligtende partnerskaber og udviklingskontrakter samt bæredygtig ressourceudnyttelse. Den studerendes omsorgsrelaterede og teknologiske kompetencer suppleres med færdigheder i projektstyring og -ledelse, herunder kendskab til OPI-samarbejde/projekter. Der arbejdes med kvalitetssikring, herunder forskellige former for effektivmålinger, formative og summative evalueringer.

Uddannelsen afsluttes med et bachelorprojekt, hvor den studerende skal demonstrere omfattende viden om det velfærdsteknologiske område og have færdigheder i at præsentere og fremstille løsningsforslag samt selvstændigt kunne implementere løsninger.

Praktik

Der indlægges tre praktikperioder i uddannelsen.

Praktik 1 udgør 12 ECTS (8 uger)

Praktik 2 udgør 18 ECTS (12 uger)

Praktik 3 udgør 30 ECTS (20 uger)

Der lægges vægt på, at den studerende kommer i praktik på så forskellige praktiksteder som muligt. Der vil være tale om ulønnet praktik.

Første praktikperiode kendetegnes ved den studerendes deltagelse og iagttagelse med henblik på at opnå kendskab til velfærdsteknologiske løsninger og disses indflydelse på borgerens hverdag. Den første praktik har endvidere til hensigt at give den studerende indsigt i kommunikative og motiverende metoder. Ved praktikkens afslutning kan den studerende forstå og forklare muligheder og barrierer ved brug af velfærdsteknologi og IT baserede løsninger samt har begyndende forståelse af sikkerhedsaspekter.

I anden praktik påbegynder den studerende mere selvstændige opgaver med problemløsninger for brugere/borgere med forskellige sygdomsbilleder og sygdomshistorik. Den studerende træner såvel sin viden om specifikke målgruppers lidelser og helbredsskader som færdigheder i brugen af teknologiske, it-baserede og intelligente løsninger. Den studerende samarbejder med modtagere af hjælp i afgrænsede udviklingsprojekter på at iværksætte og afprøve effektfulde hjælpeforanstaltninger og tester samt evaluerer disse.

Tredje praktik kendetegnes ved en høj grad af selvstændigt arbejde samt ved tværfagligt samarbejde med forskellige omsorgsfaglige og relaterede faggrupper. Den studerende skal demonstrere viden om teknologiske løsningers kulturforandringspotentiale og kunne forestå koordinering og projektledelse. Den studerende skal arbejde selvstændigt med komplekse problemstillinger, der involverer varierede teknologiske muligheder, foretage en grundig analyse af disse muligheder, samt lade sine vurderinger af nødvendige tiltag gennemløbe drøftelser med brugere/borgere under udvisning af høj etisk og professionel faglighed.

Praktikstedet udarbejder praktikstedbeskrivelse, der godkendes af uddannelsesinstitutionen, og bør have en erfaren/godkendt praktikvejleder. UC Syddanmark understøtter praktikstedet i at tilrettelægge og gennemføre praktikforløbene, idet praktikken er en ligeværdig del af uddannelsen.

Viden – Færdigheder – Kompetencer

Viden og forståelse

Vidensfeltet

Den uddannede skal have udviklingsbaseret viden om:

- velfærdsteknologi, it-baserede og intelligente løsninger,
- pædagogik og kommunikation,
- sundhed, sygdom, anatomi, fysiologi, funktionsnedsættelser, psykologi og patientsikkerhed samt om
- vurderingsværktøjer, kvalitetssikring, effektmåling og evaluering.

Forståelses- og refleksionsniveauet

Den uddannede skal kunne forstå:

- samfundspolitiske, sundhedspolitiske og økonomiske forhold og indsatser i relation til velfærdsteknologi, innovation og entreprenørskab, og
- det organisatoriske samspil omkring forandringsledelse, projektledelse og koordinering.

Den uddannede skal kunne reflektere over:

- individ- og samfundsorienteret anvendelse af velfærdsteknologiske og it-baserede løsninger,
- relationsdannelse og brugermotivation samt over
- mål med habilitering, rehabilitering, selv- og medbestemmelse.

Færdigheder

Typen af færdigheder

8

Den uddannede skal kunne:

- anvende pædagogiske, motiverende og kommunikative tilgange, der sigter mod sundhedsfremme og styrker det enkelte menneskes handlekapalet, herunder coaching og vejledning, omkring behovsaflaring og implementering af velfærdsteknologiske og it-baserede løsninger hos specifikke målgrupper, og
- mestre organisatoriske færdigheder, herunder, projektledelse og koordinering samt
- kunne identificere potentielle udviklingsmuligheder i eksisterende tilbud og løsninger og bidrage til beskrivelse og idéudvikling af nye hjælpemidler og foranstaltninger.

Vurdering og beslutning

Den uddannede skal kunne

- dokumentere og foretage selvstændig vurdering af valg og nytteværdi af teknologiske løsninger, herunder kvalitetssikring, effektmåling og evaluering af de iværksatte foranstaltninger.

Formidling

Den uddannede skal kunne:

- formidle praksisnære og faglige problemstillinger og løsninger til samarbejdspartnere og brugere i tværsektorielle forløb under hensyntagen til velfærdsteknologiens kulturforandrende virkning.

Kompetencer

Handlingsrummet

- Den uddannede skal kunne håndtere komplekse og udviklingsorienterede situationer vedrørende velfærdsteknologiske tilbud, ydelser og aktiviteter for specifikke målgrupper.

Samarbejde og ansvar

- Den uddannede skal selvstændigt kunne indgå i fagligt og tværfagligt samarbejde og påtage sig ansvar inden for rammerne af en professionel etik.

Læring

- Den uddannede skal kunne identificere egne læringsbehov og udvikle egen viden, færdigheder og kompetencer i relation til en humanistisk og individorienteret tilgang til anvendelse og udvikling af velfærdsteknologiske og it-baserede løsninger.

Aftager- og interessentundersøgelse

Udviklingsproces

Ideen til uddannelsesforslaget til PB som HTKO udspringer af forsøget med en velfærdsteknologisk toning af sygeplejerskeuddannelsen, som p.t. gennemføres på Sygeplejeskolen i Sønderborg. Det sygeplejefaglige perspektiv dækker imidlertid ikke hele det komplekse felt, som en humanistisk tilgang til behovsafløsning, implementering, evaluering og udvikling af velfærdsteknologier spænder over, herunder også pædagogisk støtte og motivering af borgere til optimal anvendelse af velfærdsteknologiske og it-baserede løsninger samt koordinering og projektledelse på tværs af faglige sektorer, jf. forslaget.

I den konkrete udviklingsproces har medarbejdere fra PB-uddannelserne til sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, socialrådgiver og pædagog på UC Syddanmark medvirket.

Forarbejdet og ideen til den nye uddannelse er desuden drøftet på to bestyrelsesmøder i UC Syddanmark. Borgmester Tove Larsen, Aabenraa Kommune, stillede sig efter første forelæggelse til rådighed for at bidrage i en pilotfase. Ledende medarbejdere fra Aabenraa Kommune har således deltaget i en pilotvurdering af første udspil. Det reviderede forslag er derefter blevet forelagt den bredere kreds af potentielle aftagere og interessenter (nævnt nedenfor). Under anden drøftelse i bestyrelsen fremhævede prorektor Bjarne Graabech, SDU, at der allerede er tæt samarbejde med SDU i Sønderborg, og at SDU gerne indgår i den videre udvikling af uddannelsen, samt at de støtter vores ansøgning 100%.

Metode

Valg af potentielle aftagere og interessenter

Som repræsentanter for potentielle kommunale aftagere er valgt alle ti kommuner i UC Syddanmarks dækningsområde, samt nabokommunen Fredericia, der er kendt for at være langt fremme i implementering af velfærdsteknologiske løsninger blandt deres borgere, og de tre store kommuner København, Aarhus og Odense. Som repræsentant for regionale aftagere er Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, valgt.

Som repræsentanter for interessenterne er der rettet kontakt til fagforeningerne for 6 beslægtede professioner: Sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger, socialpædagoger, fysioterapeuter og socialrådgivere.

Der er desuden er valgt to fagligt relevante netværk/klynger: Welfare Tech og Partnerskabet UNIK.

Henvendelsesform

Der er udarbejdet en skriftlig præsentation – 4 A4-sider – med afsnittene:

- Aftagerundersøgelse (hvorfor henvender vi os)
- Proces og støtte til udvikling af uddannelsen (orientering om prækvalificering og akkreditering)
- Formål med uddannelsen
- Adgang til uddannelsen
- Forslag til uddannelsens indhold og kompetencemål (beskrivelse af uddannelsen, herunder forløbet over studieårene og praktik)

- Arbejdsopgaver (for den uddannede)
- Kompetenceprofil (for den uddannede)
- Titel
- Kontaktpersoner/styregruppe

Den skriftlige præsentation afsluttes med et spørgeskema – 1 side – med svarfelter, der udvider sig efter behov. Der spørges om:

- Kontaktoplysninger på respondent
- JA/NEJ-spørgsmål vedrørende:
 - o Det generelle behov for uddannelsen
 - o Det lokale konkrete behov for PB HTEKO-medarbejdere
 - o Antal nuværende PB-medarbejdere, der vil kunne bruge den nye uddannelse som efter- og videreuddannelse
 - o Antal nuværende medarbejdere (fx sosu-assistenten) der vil kunne bruge uddannelsen som overbygningsuddannelse
 - o Ønsker respondenter at deltage i den videre udvikling af uddannelsen
 - o Kan respondenter stille gæstelærere til rådighed
 - o Kan respondenter stille praktikpladser til rådighed
 - o Kan respondenter stille sig til rådighed for virksomhedsbesøg
- Respondentens forslag til uddannelsens fokus/indhold/kompetencer
- Begrundelse for at støtte oprettelse af den nye uddannelse.

Alle respondenter er indledningsvis blevet kontaktet telefonisk og har fået en mundtlig – kortere eller længere – introduktion til, hvad henvendelsen gik ud på. Efterfølgende er præsentationen og spørgeskemaet blevet tilsendt i elektronisk form.

De fleste respondenter har formidlet henvendelsen til behandling af forslaget i deres egen og andre forvaltninger.

Ud over dem, vi selv har henvendt os til, har Sundhedskartellet og FTF – Region Syddanmark, af egen drift forholdt sig til forslaget.

Svar

Der er to tydelige tendenser i svarene: De faglige organisationer støtter ikke forslaget, men peger generelt på behov for efter- og videreuddannelse på diplomniveau inden for det velfærdsteknologiske felt, mens regionen, SDU og alle kommuner på nær én, bakker op om forslaget. Ingen af de to faglige netværk/klynger har svaret (eller nået at svare).

Faglige organisationer

Alle faglige organisationer anerkender, at det velfærdsteknologiske felt er meget relevant, og at det er vigtigt at kunne erhverve specifikke kompetencer inden for området. De faglige organisationer foretrækker imidlertid, at disse specifikke kompetencer erhverves som efter- og videreuddannelse på diplomniveau – typiske begrundelser:

FTF vil anbefale, at UC Syddanmark fremadrettet udbyder diplom moduler / -uddannelse inden for relevante fagområder, hvilket også i hurtigt tempo vil kunne opfangе den velfærdsteknologiske udvikling, konkret og generelt.

Vi [Socialrådgiverforeningen] mener derfor, at uddannelsesbehovet i stedet bør dækkes via efter- og videreuddannelsessystemet i form af et eller flere tværfaglige diplom- og evt. akademimoduler rettet hhv professionsuddannede og sosu-assistenten m.fl. I betragtning af den relativt høje ledighed blandt en del professionsuddannede i Region Syddan-

mark, synes det i særlig grad oplagt at dække behovet via efter- og videreuddannelse af disse grupper fremfor etablering af en ny, specialiseret grunduddannelse. Det vil være hensigtsmæssigt at udbyde moduler regionalt, hvor kommunerne/regionen i fællesskab tegner sig for det fornødne antal deltagere.

Fagforeningernes tilbagemelding om behovet for efter- og videreuddannelse på diplomniveau agter vi naturligvis at tage alvorligt. Der findes p.t. en række moduler på de forskellige diplomuddannelser som kan indgå i 'skræddersyede' fleksibelt tilrettelagte diplomforløb med hovedemne inden for det velfærdsteknologiske felt. Disse muligheder vil vi drøfte med fagforeningerne. Det vil dog næppe være eventuelt ledige medlemmer, der vil få glæde af skræddersyede diplomforløb deltagerbetaling og aktiveringsregler taget i betragtning.

Sundhedskartellet sigter dog mod kandidatniveau:

Sundhedskartellet er enige i, at der er et behov for at udvikle nye velfærdsteknologiske løsninger for en lang række patientgrupper. Sundhedskartellet vurderer imidlertid, at der ikke er behov for uddannelsen i form af en professionsbachelor. Efter vores opfattelse er der behov for en videreuddannelse på kandidatniveau som overbygning på en etableret sundhedsfaglig uddannelse samt solid klinisk erfaring. For at give kvalificerede bud på teknologiske løsninger for patienter med fx kroniske sygdomme, handicap osv. kræver det indgående kendskab til de pågældende sygdomme for at kunne forholde sig til de nødvendige og mulige løsninger.

I vurderingen af behovet for en uddannelse på professionsbachelorniveau støtter vi os på tilbagemeldingerne fra kommunerne (se nedenfor), hvorimod vi fuldt ud kan tilslutte os Sundhedskartellet's ønske om kandidatniveau inden for det velfærdsteknologiske felt; dette vil på sigt bidrage til at øge sammenhængen i uddannelsessystemet.

12

Region, kommuner og SDU/medarbejder

Kun to kommuner (Fanø og Odense) har ikke svaret (eller ikke nået det endnu). Enkelte kommuner har efter eget valg sendt svar fra to forvaltninger/afdelinger.

Fredericia Kommune har som den eneste af kommunerne svaret nej til, hvorvidt der er behov for den foreslåede uddannelse. Fredericia Kommune er som nævnt forholdsvis langt fremme i deres håndtering af implementering af velfærdsteknologiske løsninger, hvilket bl.a. understøttes af, at de selv har "efteruddannet 'velfærdsteknologiske ambassadører' til at forestå implementeringen af velfærdsteknologiske løsninger bistået af en enkelt teknologimedarbejder." Desværre har de læst vores forslag som om, det udelukkende koncentrerer sig om den teknologiske side, hvilket langt fra er tilfældet; vi er helt på linie med Fredericia Kommune, når de påpeger, at "vægten skal være på evnen til at finde gode løsninger i situationen." Fredericia Kommune har således på eget initiativ fundet en løsning, der p.t. fungerer for dem, men det løser ikke problemet for de øvrige kommuner, der enstemmigt bakker op om vores forslag. På længere sigt mener vi, at en national professionsbacheloruddannelse, der løbende udvikles med tilgang af viden fra anvendt forskning og udviklingsarbejde inden for Frascatimanualens rammer, bedst sikrer alle kommuner og øvrige aftagere adgang til medarbejdere med fremtidsorienterede kompetencer.

Det lokale konkrete behov for PB HTEKO-medarbejdere

Svarene svinger her mellem behov for 1-3 i små kommuner, 5 (København), 10 (Varde) og op til 25-50 (Sønderborg); svarene må bero på, hvordan og af hvem man ser velfærdsteknologisk relaterede opgaver løst.

Antal nuværende PB-medarbejdere, der vil kunne bruge den nye uddannelse som efter- og videreuddannelse

Svarene svinger mellem "svært at angive konkrete skøn", "det lyder relevant", "ca. 12" (Varde), "15-20 (Billund), "225 pt" (Sønderborg) og op til "i alt 310" (København); man forestiller sig næppe i Sønderborg og København, at alle nuværende PB-medarbejdere skal benytte muligheden.

Antal nuværende medarbejdere (fx sosu-assistenten) der vil kunne bruge uddannelsen som overbygningsuddannelse

Svarene går fra "et par stykker årligt" (Kolding), "5-6" (Vejen), "21" (Varde), "1214 pt" (Sønderborg) og op til "i alt 2800" (København); også her gælder der formentlig, at det næppe er alle kort- eller erhvervsuddannede, der vil benytte muligheden.

Ønsker respondenterne at deltage i den videre udvikling af uddannelsen

Her svarer alle ja.

Kan respondenterne stille gæstelærere til rådighed

Så godt som alle svarer ja.

Kan respondenterne stille praktikpladser til rådighed

Alle svarer positivt inden for spektret "meget gerne" (Region Syddanmark), "det vil vi kunne – dog højst to ad gangen" (Vejen), "Vi kan godt stille praktikpladser til rådighed, men det er vigtigt at det inden uddannelsen sættes i værk, at praktikforløbene er afklaret og der er lavet aftaler med praktikstederne" (Haderslev); her vil svaret fra Haderslev formentlig være dækkende for alle respondenter. I praksis vil UC Syddanmark har trække på sine erfaringer fra vore øvrige PB-uddannelser, hvor erfarne praktikkoordinatorer træffer konkrete aftaler med alle praktiksteder og bistår med udformning af individuelle praktikplaner for alle studerende.

Kan respondenterne stille sig til rådighed for virksomhedsbesøg

Alle svarer her positivt.

Respondentens forslag til uddannelsens fokus/indhold/kompetencer

Her er indkommet en sand mangfoldighed af konstruktive ideer, forslag og tilbud:

Aabenraa:

Mere fokus på:

- Procesledelse/facilitering, og forandringer og kulturændringer (ledelse) specielt i forhold til implementering – herunder medarbejderinddragelse. (Vores erfaring er 10-20 % teknologi og 80 % forandring og kulturændringer).
- Datahåndtering, Velfærdsteknologivurdering og gevinstrealisering.

Haderslev:

- Det er vigtigt med relevante praktikforløb, hvor de studerende foruden kommunikation og projektledelse og får faglig/ håndværksmæssig viden.

Kolding:

- Fokus på relationerne mellem faggrupperne er væsentlige for succes.
- Fokus på inddragelsen af borgeren
- De innovative processer/designprocesser

- Samarbejde med leverandør af teknologi
- Der bør indtænkes mere omkring samarbejde med private aktører omkring udvikling af teknologier.

Sønderborg:

- Uddannelsen tegner rigtig godt, så held og lykke med prækvalificeringen og akkrediteringen!
- Gør uddannelsen bred, så den kan anvendes indenfor mange fagområder og er fremtidssikret til nye behov, vi pt. ikke kender.
- Sørg for, at både unge mænd og kvinder finder uddannelsen attraktiv.
- Lær de unge at formidle deres ideer og kompetencer. De skal kunne være stærke kommunikationsmæssigt
- Uddannelsen må ikke fremstå for "nørdet", men netop med et humanistisk og teknologisk /digitalt indhold.

Tønder:

- Når vi skal indføre velfærdsteknologi, oplever vi, at teknologien virker fint, men personalet har svært ved at omstille sig til at bruge den. Vi foreslår derfor, at uddannelsen lægger vægt på forandringsledelse evt. i 4. studieår, hvor organisations og ledelse er på programmet.

Varde:

De uddannedes arbejdsopgaver:

- Motivation for brug af velfærdsteknologi. Målgruppe: Brugere og medarbejdere.
- Konkret undervisning i brug af velfærdsteknologi: Målgruppe: Brugere og medarbejdere.
- Bidrage til paradigmeskifte, hvor der konsekvent tænkes i velfærdsteknologiske løsninger i pleje-, omsorgs- og udviklingsopgaver.
- Bidrage til udvikling af velfærdsteknologi – i krydsfeltet: Bruger, medarbejder, teknologi og i samarbejde med producenter af velfærdsteknologi.
- Bidrage til vurdering af velfærdsteknologi (effekt set i forhold til omkostninger).
- Afsøge markedet for anvendelig velfærdsteknologi til konkrete løsninger.

14

Kommentarer til den udsendte beskrivelse af uddannelsen:

- Generelt synes vi, det er et rigtigt godt oplæg. Vi kan tilslutte os hovedlinjerne i indholdet, herunder hilser vi med tilfredshed, at der lægges op at ansatte med en uddannelse får mulighed for at supplere deres oprindelige uddannelse med elementer fra den nye uddannelse (merit).
- Uddannelsen bør efter vores opfattelse også have fokus på Social-IT som i dag især retter sig imod specialområdet, men som sandsynligvis også vil blive udbredt på ældreområdet.

Specifikke bemærkninger til indholdet i uddannelse:

- Første studieår: Indholdet om kommunikation og pædagogik: Det bør også rumme motivationsteori.
- Andet studieår: Medicinsk Teknologi Vurdering er et meget omfattende vurderingsværktøj. De studerende bør også introduceres til andre – lettere håndterbare - vurderingsværktøjer. Det kan f.eks. være den VelfærdsTeknologiVurdering, der er udviklet af Teknologisk Institut, og det kan være udarbejdelse af business cases.

Vejlen:

- Det er vigtigt at en del af uddannelsen bliver rettet mod borger rettede IT løsninger, da det bliver en meget stor andel af velfærdsteknologiske løsninger.
- Det er også vigtigt, at der i uddannelsen lægges stor vægt på det tværfaglige samarbejde med de fagprofessionelle, som har viden indenfor sygepleje, fysio- og ergoterapi mv.

København:

- Bredt fokus på velfærdsteknologi – også i forhold til målgrupper som socialt udsatte borgere, børn, hjemløse, misbrugere.
- Der er behov for øget viden og medarbejdere der kan se muligheder og løsninger her også.

Aarhus:

- Udover de, der er listet op kunne en kompetence og arbejdsopgave også være at tilrettelægge læringsforløb for og udvikle læringsmateriale til medarbejdere og borgere i anvendelse af teknologiske hjælpemidler.

SDU/medarbejder:

Det ser overordnet meget interessant ud, og jeg har kun få kommentarer - I har sikkert tænkt på tanker om nedenstående forslag og måske ligger det i det implicit i det beskrevne:

- Hvordan vil I klæde de studerende på, så de er opdaterede på, hvad der findes af teknologi på området
- Hvordan vil I sikre, at de studerende forbliver på et højt opdateret niveau rent teknologisk – efter uddannelsens afslutning og fremadrettet.
- Uddannelsens fokus må betyde, at underviserne klædes på løbende på en anden måde, end hvis man fx. underviser i anatomi.
- I vil undervise i MTV. Det er selvfølgelig en god ide, men velfærdsteknologi og ikke mindst telemedicin evalueres også efter MAST modellen (Model for Assessment of Telemedicine) læs evt mere på <http://www.patientathome.dk/nyheder-og-aktiviteter/nye-bog-om-evalueringsmodellen-mast.aspx>
- Måske skulle denne nye gruppe have lidt mere fokus på evaluering af velfærdsteknologi – dvs. også så der sikres en lidt kritisk holdning til teknologi – man kan forestille sig at denne gruppe ville være oplagte som sparringspartnere i udviklingsprojekter, og der er det vigtigt at tænke en tværfaglig evaluering ind fra starten af projektet
- På samme måde som det er vigtigt at tænke de organisatoriske implikationer ind i især projektforsløb.
- Måske sikkerhed/patientsikkerhed burde være et emne (måske jeg har overset det i materialet)

RSD:

- Vi har 50 ansatte og underviser på flere uddannelser. Lad os tage et møde.

Begrundelse for at støtte oprettelse af den nye uddannelse

Aabenraa:

- Der er brug for øgede velfærdsteknologiske kompetencer – vellykket implementering og forankring forudsætter medarbejder- og borgerinddragelse samt ledelsesfokus.
- Velfærdsteknologier udvikler sig hastigt og der er brug for investering i kompetenceudvikling af både frontpersonale og ledere. Med ledere tænker vi mellemledere/driftsledere, som i praksis skal lede/"gå foran" i implementeringsprocesserne.

Billund:

- Altid en god ide med ny viden og vinkler på eksisterende viden

Haderslev:

- Det er meget i tråd med udviklingen indenfor vores sektor.

Kolding:

- I jagten på at øge borgerens evne og mulighed for at styre eget liv, er der brug for nye uddannelser eller en løbende tilpasning af uddannelserne for at kunne dette. Jeg tror I har set rigtigt ved at fokusere på plejeområdet, hvor den kendte udfordring om mange ældre og færre hænder råber på en ny tilgang.
- Uddannelsen adresserer de behov, der for at kunne implementere og udnytte potentialet i ny velfærdsteknologi. Koblingen til rehabilitering og fokus på øget livskvalitet er med til at understøtte eksisterende uddannelsers grundsyn i arbejdet.

Sønderborg:

- Der er brug for kompetencer inden for velfærdsteknologi
- Jeg tror, der fremover vil være et behov for disse kompetencer, som vi slet ikke ser i dag.

Vejen:

- Det vigtigste argument vil være, at det vil kunne rekruttere flere mandlige ansøgere til social-, ældre- og sundhedsområderne.

København:

- Uddannelsen er relevant og giver mulighed for at f.eks. også pædagogisk personale kan blive efteruddannet i forhold til fokus på velfærdsteknologi

Aarhus

- Velfærdsteknologien er et felt der udvikler sig hastigt med henblik på at finde svar på hvordan vi kan forene behovet for at styrke borgernes selvstændighed og aktive livsudfoldelse og behovet for at udnytte personaleressourcerne bedst muligt. De nuværende professionsbachelorere har kun begrænsede kompetencer på det teknologiske område.

SDU/medarbejder:

- Jeg kan desværre ikke udtale mig på vegne af SDU, men vi er jo heller ikke aftagere af denne gruppe. Jeg arbejder med velfærdsteknologi i hverdagen, og udtaler mig som privatperson, men med afsæt i min erfaring på området
- Har I brug for en mere officiel tilkendegivelse på uddannelsen herfra må jeg bede Jer kontakte ledelsen selv – pga. Jeres meget korte svarfrist
- Håber I kan anvende svarene og held og lykke med uddannelsen.

RSD:

- Velfærdsteknologi er et væsentligt skridt ind i fremtiden, det kræver viden og faglighed at arbejde med at udvikle dette felt.

Dimittender og beskæftigelsesgrad ved beslægtede uddannelser

Beslægtede uddannelser

Niveau	Uddannelse	Udbydes i Region Syddanmark af
Erhvervsuddannelse	Sosu-hjælper (SSH)	Sosu-Skoler i Aabenraa, Esbjerg, Fredericia-Horsens, Fyn/Middelfart/Odense/City/Svendborg
	Sosu-assistent (SSA)	
Akademiuddannelse	AU i Velfærdsteknologi	Udbydes ikke i RSD, udbydes af UC Nordjylland
	EA i Designteknologi	EA Sydvest i Sønderborg
Bacheloruddannelse	BA i Velfærdsteknologi	SDU i Odense
	BA i Teknoantropologi	Udbydes ikke i RSD udbydes af AAU i Aalborg og København
	BA i HumTek (Den humanistiske-teknologiske BA)	Udbydes ikke i RSD, udbydes af RUC
Professionsbachelor	PB i Sygepleje	UC Syddanmark, UC Lillebælt
	PB i Ergoterapi	UC Syddanmark, UC Lillebælt
	PB i Fysioterapi	UC Syddanmark, UC Lillebælt
	Socialrådgiver, PB	UC Syddanmark, UC Lillebælt
Diplomuddannelse	Sundhedsfaglig diplomuddannelse, herunder et modul i Velfærdsteknologi (EVU)	UC Syddanmark, UC Lillebælt
	Diplomingeniør - Sundhedsteknologi	IH/AU og DTU/Ballerup
Kandidatuddannelse	Civilingeniør i Velfærdsteknologi	SDU i Odense
	Civilingeniør i Sundhedsteknologi	Udbydes ikke i RSD, udbydes af AAU
	Kandidat i Teknoantropologi	Udbydes ikke i RSD udbydes af AAU i Aalborg og København
	Kandidat i Folkesundhedsvidenskab	SDU i Esbjerg
	Kandidat i Sygepleje	Udbydes ikke i RSD, udbydes af AU
	Sundhedsfaglig kandidat	SDU i Odense
	Kandidat i Fysioterapi	SDU i Odense
Masteruddannelse	Health Management	Udbydes ikke i RSD, udbydes af CBS
	Idræt og velfærd	Udbydes ikke i RSD, udbydes af KU
	Klinisk sygepleje	Udbydes ikke i RSD, udbydes af AU
	Rehabilitering	Udbydes ikke i RSD, udbydes af SDU i Odense
	Sundhedsfremme	Udbydes ikke i RSD, udbydes af RUC
	Sundhedsvidenskab, sygepleje	Udbydes ikke i RSD, udbydes af VIA UC for australsk uddannelsesinstitution

En PB som HTEKO vil ligge på samme kvalifikationsniveau som BA-, PB- og diplomuddannelserne (markeret med fed i skemaet), dvs. niveau 6.

I figur 1 er en oversigt over antal dimittender (på landsplan) for de beslægtede uddannelser (kilde: Uni-C's databank). Oversigten viser blandt andet at grunduddannelser inden for SOSU-området, som er en potentiel fødekilde til en ny professionsbacheloruddannelse som humanistisk teknologikoordinator, producerer ca. 7-8.000 dimittender årligt.

Nogle af de ovennævnte uddannelser optræder imidlertid ikke selvstændigt i databanken. En mulig årsag kan være, at uddannelserne er for små og derfor havner i en restgruppe. Det drejer sig om følgende:

- AU i Velfærdsteknologi
- Diplomingeniør – Sundhedsteknologi
- Health Management
- Sundhedsvidenskab, sygepleje

For andre uddannelser gælder det, at de optræder i Uni-C's databank, men der er ikke registreret dimittender. Dette kan skyldes fejl ved registreringer, at der ikke er registreret dimittender, at der er for få dimittender eller at uddannelserne er nye og derfor endnu ikke har produceret dimittender.

I figur 2 er de uddannelser, ved hvilke der ikke fremkom resultater ved søgning på dimittender, derfor listet med optaget, idet der kan være tale om nye uddannelser, der endnu ikke har produceret dimittender (kilde: Uni-C's databank). Også ved optaget er der imidlertid uddannelser, hvor der ikke fremkommer resultat. Det drejer sig om følgende:

- BA i Velfærdsteknologi
- Civilingeniør i Velfærdsteknologi
- Civilingeniør i Sundhedsteknologi
- Kandidat i Sygepleje
- Sundhedsfremme, master

Årsagen kan være fejlregistreringer eller for få eller slet ingen registreringer. Ifølge KOT Hovedtal er der imidlertid optaget ca. 10-20 nye studerende på BA i Velfærdsteknologi om året siden 2010 (se bilag 2). Uddannelsen er en ingeniøruddannelse og er derfor ikke at forveksle med en professionsbacheloruddannelse som Humanistisk Teknologikoordinator.

18

Ser man på beskæftigelse/ledighed blandt dimittenderne ved de beslægtede uddannelser (figur 4 (antal) kilde: Uni-C's databank), tegner der sig et billede af en høj beskæftigelsesgrad på gennemsnitligt 88 %. Kigger man alene på de beslægtede uddannelser på kvalifikationsniveau 6, er beskæftigelsesgraden omtrent den samme: 87,6 %. Dette bør sammenholdes med de seneste ledighedstal for juli 2013, hvor bruttoledigheden er på det laveste niveau siden oktober 2009, *Danmarks Statistik, august 2013*, så reelt må ledigheden blandt personer med beslægtede uddannelser antages at være faldet, og samtidig må der antages at være gode beskæftigelsesudsigter henset til de store årganges tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Uni-C's seneste beskæftigelsestal er fra 2009/2010. På University College Syddanmark er der imidlertid gennemført en beskæftigelsesundersøgelse blandt dimittenderne i 2012. Undersøgelsen er foretaget som en spørgeskemaundersøgelse med en svarprocent på 57,2 %. Undersøgelsens resultater viser følgende:

78,6 % af dimittenderne fra fysioterapeutuddannelsen,
88,1 % af dimittenderne fra sygeplejerskeuddannelsen og
65,4 % af dimittenderne fra socialrådgiveruddannelsen var i arbejde et år efter endt uddannelse.

Dette synes at indikere, at der er plads på arbejdsmarkedet til dimittender med en professionsbacheloruddannelse som Humanistisk Teknologikoordinator.

Figur 1 Dimittender ved beslægtede
uddannelser hele landet
(Kilde: UNI*c)

	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	Total
Social- sundhedshjælper	4.877	4.890	4.852	1.170		45.701
Social- sundhedshjælper eud			21	1.928	4.292	6.242
Social- sundhedsassistent	2.409	2.270	2.418	990	515	25.661
Social- sundhedsassistent eud			42	1.363	2.949	4.373
Designteknolog, kvu	406	457	432	486	544	3.540
Sygeplejerske,prof.bach.	2.080	2.357	2.571	2.690	3.074	25.100
Ergoterapi,prof.bach.	589	619	595	624	633	5.574
Fysioterapi,prof.bach.	708	715	703	893	925	7.089
Socialrådgiver,prof.bach.	607	768	770	827	818	3.790
Sundhedsfaglig,diplomudd.	203	71	183	164	282	945
Folkesundhedsvidenskab,c.san.publ.	69	62	73	92	105	498
Sundhedsfaglig,c.scient.san.	28	17	64	69	86	475
Idræt-velfærd,master		18				50
Klinisk sygepleje,master	21	27	19	13	25	135
Rehabilitering,master	16	19	23		12	105
Total	12.013	12.290	12.766	11.309	14.260	129.278

Figur 2 Optagetel for de uddannelser,
 hvor der ikke fremkom resultater ved
 søgning på dimittender
 (Kilde: KOT Hovedtal, 2010, 2011, 2012, 2013)

		(EAK) Tilgang					
		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Humanistisk-teknologisk (RUC), bach.	Sjælland	85	134	160	191	176	746
Teknoantropologi, bach.	Hovedstaden				43	96	139
	Nordjylland				21	34	55
Fysioterapi, kand. 2år	Syddanmark				28	31	59
Kandidat: teknoantropologi	Hovedstaden					17	17
	Nordjylland					5	5

kilde: Uni-C's databank

Optagtal:		2010	2011	2012	2013
BA i Velfærdsteknologi	SDU, Odense	8	9	17	19

Figur 3. Dimittenders beskæftigelses-
grad, beslægtede uddannelser hele lan-
det, hele tal
(Kilde: UNI*c)

		2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	Total
Social- sundhedsassistent	2a.Beskæftiget	2.233	2.196	2.001	2.090	770	23.022
	2b.Ledig	18	22	15	25	22	398
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	50	54	116	131	66	628
Social- sundhedsassistent eud	2a.Beskæftiget				33	1.148	1.199
	2b.Ledig					48	49
	2c.Udenfor arbejdsstyrken					95	100
Social- sundhedshjælper	2a.Beskæftiget	4.794	4.565	4.410	4.229	969	40.944
	2b.Ledig	94	85	51	131	41	1.359
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	158	142	330	415	136	2.148
Social- sundhedshjælper eud	2a.Beskæftiget				20	1.504	1.524
	2b.Ledig					130	130
	2c.Udenfor arbejdsstyrken					258	259
Ergoterapeut, prof. bach	2a.Beskæftiget	413	536	530	504	468	4.109
	2b.Ledig	27	12		25	31	257
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	16	26	59	45	86	373
Fysioterapeut, prof. bach.	2a.Beskæftiget	519	609	610	598	707	4.962
	2b.Ledig					12	153
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	30	25	35	20	43	316
Sygeplejerske, prof. bach.	2a.Beskæftiget	1.825	1.906	2.067	2.199	2.283	19.613
	2b.Ledig	11	12		12	50	188
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	61	57	110	130	187	839
Socialrådgiver,prof.bach.	2a.Beskæftiget	481	536	676	681	706	5.873
	2b.Ledig			12		15	166
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	11	27	41	41	64	311
Sundhedsfaglig,diplomudd.	2a.Beskæftiget	38	201	69	182	158	652
Folkesundhedsvidenskab,c.san.publ.	2a.Beskæftiget	21	56	50	49	63	283
	2b.Ledig						14
	2c.Udenfor arbejdsstyrken					16	34
Sundhedsfaglig,c.scient.san.	2a.Beskæftiget	45	23	14	50	55	310

	2b.Ledig						10
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	15					38
Rehabilitering, master	2a.Beskæftiget	21	16	18	23		92
Klinisk sygepleje, master	2a.Beskæftiget	27	20	27	19	13	108
Idræt-velfærd, master	2a.Beskæftiget	17		17			46

Figur 4 Beskæftigelsesgrad for dimittender, beslægtede uddannelser, landsplan. Kilde: Uni*C's databank

		2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Social- sundhedsassistent (inkl. EUD) + Social- sundhedshjælper (inkl. EUD)	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	7.027	6.761	6.411	6.372	4391
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	112	107	66	156	241
	Dimittender	208	196	446	546	555
	Beskæftigelsesprocent	7.628	7.286	7.160	7.333	5.451
	Ledighedsprocent	92 %	93 %	90 %	87 %	81 %
	Procentvis udenfor arbejdsstyrken	1 %	1 %	1 %	2 %	4 %
		3 %	3 %	6 %	7 %	10 %
Ergoterapeut, prof. bach	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	413	536	530	504	468
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	27	12		25	31
	Dimittender	16	26	59	45	86
	Beskæftigelsesprocent	475	589	619	595	624
	Ledighedsprocent	87 %	91 %	86 %	85 %	75 %
	Procentvis udenfor arbejdsstyrken	6 %	2 %	0 %	4 %	5 %
		3 %	4 %	10 %	8 %	14 %
Fysioterapeut, prof. bach.	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	519	609	610	598	707
	2c.Udenfor arbejdsstyrken					12
	Dimittender	30	25	35	20	43
	Beskæftigelsesprocent	618	708	715	703	893
	Ledighedsprocent	84 %	86 %	85 %	85 %	79 %
	Procentvis udenfor arbejdsstyrken	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
		5 %	4 %	5 %	3 %	5 %
Sygeplejerske, prof. bach.	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	1.825	1.906	2.067	2.199	2.283
	2c.Udenfor arbejdsstyrken	11	12		12	50
	Dimittender	61	57	110	130	187
	Beskæftigelsesprocent	1.993	2.080	2.357	2.571	2.690
	Ledighedsprocent	92 %	92 %	88 %	86 %	85 %

	Procentvis udenfor arbejdsstyrken	1 %	1 %	0 %	0 %	2 %
		3 %	3 %	5 %	5 %	7 %
Socialrådgiver,prof.bach.	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	481	536	676	681	706
	2c.Udenfor arbejdsstyrken			12		15
	Dimittender	11	27	41	41	64
	Beskæftigelsesprocent	536	607	768	770	827
	Ledighedsprocent	90 %	88 %	88 %	88 %	85 %
	Procentvis udenfor arbejdsstyrken	0 %	0 %	2 %	0 %	2 %
		2 %	4 %	5 %	5 %	8 %
Sundhedsfaglig,diplomudd.	2a.Beskæftiget					
	Dimittender	38	201	69	182	158
	Beskæftigelsesprocent	38	203	71	183	164
		100 %	99 %	97 %	99 %	96 %
Folkesundhedsvidenskab,c.san.publ.	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	21	56	50	49	63
	2c.Udenfor arbejdsstyrken					
	Dimittender					16
	Beskæftigelsesprocent	35	69	62	73	92
	Ledighedsprocent	60 %	81 %	81 %	67 %	68 %
	Procentvis udenfor arbejdsstyrken					
						17 %
Sundhedsfaglig,c.scient.san.	2a.Beskæftiget					
	2b.Ledig	45	23	14	50	55
	2c.Udenfor arbejdsstyrken					
	Dimittender	15				
	Beskæftigelsesprocent	64	28	17	64	69
	Ledighedsprocent	70 %	82 %	82 %	78 %	80 %
	Procentvis udenfor arbejdsstyrken					
		23 %				
Rehabilitering,master	2a.Beskæftiget					
	Dimittender	21	16	18	23	

	Beskæftigelsesprocent	21	16	19	23	
		100 %	100 %	95 %	100 %	
Klinisk sygepleje, master	2a. Beskæftiget					
	Dimittender	27	20	27	19	13
	Beskæftigelsesprocent	28	21	27	19	13
		96 %	95 %	100 %	100 %	100 %
Idræt-velfærd, master	2a. Beskæftiget					
	Dimittender	17		17		
	Beskæftigelsesprocent	19		18		
		89 %		94 %		