

Kommission
for **robusthed i**
sundhedsvæsenet

Robusthedskommissionens anbefalinger

September 2023

September 2023

Adresse:

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00

E-mail: sum@sum.dk

ISBN 978-87-7601-419-3 (trykt version)

ISBN 978-87-7601-420-7 (digital version)

Fotos:

Forside: Akutmodtagelsen, Amager og
Hvidovre Hospital

Side 4: Joakim Rode, Sundhedsstyrelsen

Side 11: Tine Sletting, Sundhedsstyrelsen

Side 47: Troels Heien, Sundhedsstyrelsen

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets
kommunikationsenhed

Tryk: OnPrint A/S

Publikationen kan hentes på
www.sum.dk

Indhold

Forord	2
Kommissionens anbefalinger	5
Indledning	6
KOMMISSIONENS SAMMENSÆTNING OG ARBEJDE	6
KONTEKST FOR KOMMISSIONENS ARBEJDE	7
ØKONOMISKE RAMMER OG PERSPEKTIVER	9
CENTRALE BEGREBER	10
Status	12
DEN DEMOGRAFISKE UDVIKLING VIL UDFORDRE SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET	14
SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET TRÆKKER EN STIGENDE ANDEL AF SAMFUNDETS RESSOURCER	23
VANSKELIGT AT DÆKKE FREMTIDENS PERSONALEBEHOV	40
MEDARBEJDERNES TILKNYTNING ER UDFORDRET	48
ARBEJDSMILJØET ER PÅ NOGLE OMRÅDER UDFORDRET	57
DER UDDANNES FLERE, MEN SØGNINGEN TIL MANGE UDDANNELSER FALDER	62
Viden	68
VIDENGRUNDLAG FOR KOMMISSIONENS ANBEFALINGER	70
STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING	70
ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN	87
RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET	99
Udfordringer og muligheder	110
RINGE TILKNYTNING OG HØJT ARBEJDSPRES FORSTÆRKER HINANDEN	112
STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING	114
ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN	114
RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET	115
Anbefalinger	116
PRÆMISSER FOR KOMMISSIONENS ANBEFALINGER	118
STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING	120
ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN	129
RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET	135
Implementering og opfølgning	142
IMPLEMENTERING AF KOMMISSIONENS ANBEFALINGER	144
OPFØLGNING	144
Litteraturliste	146
Figurer og bokse	156
Appendiks 1: Kommissorium og medlemsliste	162
Appendiks 2: Metodevalg og supplerende materiale	166

Forord

Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet blev nedsat i sommeren 2022 i forlængelse af den politiske aftale af 20. maj 2022 om en sundhedsreform.

Det politiske ønske var, at kommissionen skulle komme med anbefalinger til løsning af de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet og på ældreområdet med sikring af uddannet og kompetent personale i hele landet. Kommissionen skulle særligt have fokus på den lange bane, hvor der bliver flere ældre og forventes flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser.

Kommissionens hovedopgave har været at pege på tiltag, der i fremtiden kan sikre mere personale og personale med mere tid til den borger- og patientnære kerneopgave bl.a. gennem bedre tilrettelæggelse af uddannelser, bedre overgang fra uddannelse til praksis, styrket tilknytning til arbejdspladsen samt mere fleksibel og tværfaglig løsning af opgaver. Kommissionen har også haft fokus på tiltag som prioritering og smartere opgaveløsning samt bedre brug af teknologier, der alle kan give personalet mere tid og rum til at løse kerneopgaven.

Kommissionen blev udpeget d. 26. august 2022, og vi havde vores første møde d. 8. september 2022. Vores arbejde var sat i bero under folketingsvalg og regeringsforhandlinger i efteråret 2022. Trods dette er det lykkedes for os at aflevere vores samlede afrapportering i september 2023, hvilket er tidligere end planlagt. Det skyldes bl.a., at vi ved genbekræftelse af vores mandat efter regeringsdannelsen i december 2022 samtidig aftalte at undlade en selvstændig afrapportering af de første anbefalinger.

Vi har afholdt i alt 12 kommissionsmøder, to workshops og et stormøde for interessenter. I vores arbejde har vi fået udarbejdet en række analyser samt inddraget eksisterende viden og praksisnære erfaringer fra sundheds- og ældreområdet. Desuden har en række eksterne interessenter løbende indsendt bidrag. Kommissionen har været bistået af et tværministerielt sekretariat.

Jeg vil gerne takke både kommissionsmedlemmer, sekretariat og eksterne bidragsydere for stort engagement og væsentlige bidrag, som alle har været med til at give kommissionens anbefalinger både ambition, vision og tyngde.

Vi finder, at der skal ske en gennemgribende forandring på sundheds- og ældreområdet i Danmark for, at vi kan sikre robusthed og bæredygtighed i indsatserne på længere sigt. For at skabe bedre rammer om den patient- og borgernære kerneopgave skal tilbuddene prioriteres, opgavemængden skal nedbringes, og opgaverne skal løses smartere og mere fleksibelt.

Personalet skal fortsat ønske at arbejde i sundhedsvæsenet og på ældreområdet, og vi skal sikre, at de har de rette kompetencer til behovet i fremtiden. Men mere af det samme er ikke en holdbar løsning, hvis kollegerne fortsat skal finde det attraktivt med et langt og fuldt arbejdsliv med borger- og patientnære opgaver.

Vi har med det udgangspunkt opstillet i alt 20 anbefalinger, som hviler på seks præmisser:

- Vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken.
- Vi skal have meget skarpere prioritering.
- Vi skal sikre attraktive arbejdspladser, og opgaverne skal løses fleksibelt med rette kompetencer.
- Vi skal opprioritere vækst, innovation og kvalitet i det primære sundhedsvæsen.
- Vi skal have større ambitioner for den strukturelle forebyggelse.
- Vi skal have fokus på, at den sociale og geografiske ulighed ikke øges yderligere.

Vores anbefalinger er opstillet inden for tre temaer:

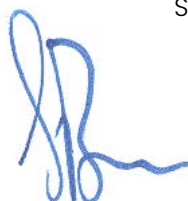
- Stærkere prioritering og klogere opgaveløsning
- Attraktive arbejdspladser og tid til kerneopgaven
- Rette kompetencer og faglig fleksibilitet.

Bredden i vores anbefalinger afspejler både alvorligheden af de udfordringer, vi står over for, og kompleksiteten af de tiltag der skal til. Vi finder, at der er behov for indsatser på alle områder, og at indsatserne inden for de tre temaer kan supplere og forstærke hinanden. Det er ikke ét initiativ, som alene vil gøre udslaget, der skal mere til. Vi vil derfor opfordre til, at vores 20 anbefalinger ses som en samlet vifte af effektive tiltag, som, hvis de iværksættes, tilsammen kan sikre mere personale og personale med mere tid til den borger- og patientnære kerneopgave. Sker det, har vi tillid til, at vi kan robustgøre sundheds- og ældreområdet også i fremtiden.

Vi har under de enkelte anbefalinger forsøgt at angive styrken af vidensgrundlaget samt potentiale og tidshorizont for effekt af anbefalingerne, så beslutningstagere kan inddrage disse aspekter i de politiske prioriteringer. Hvis vi skal lykkes med de tiltag, som vi peger på, kræver det opbakning fra alle aktører på sundheds- og ældreområdet både nationalt og lokalt, og fra politikere, fagfolk, arbejdsmarkedets parter, institutioner og civilsamfund.

Vi håber, at vores anbefalinger bliver godt modtaget!

København, september 2023
Søren Brostrøm, formand





Kommissionens anbefalinger

STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

Anbefaling 1: Nationalt prioriteringsråd skal frigøre ressourcer til kerneopgaven

Anbefaling 2: Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering

Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

Anbefaling 4: Uhensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

Anbefaling 5: Kompetencer skal bruges på tværs af geografi og sektorer

Anbefaling 6: Der skal indføres et fælles princip om "digitalt og teknologisk først"

Anbefaling 7: Der skal sikres bedre rammer for hurtig ibrugtagning af dokumenteret arbejdskraftbesparende teknologi

Anbefaling 8: Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes

ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

Anbefaling 9: Ledelse skal prioriteres, og ledelseskvaliteten skal styrkes

Anbefaling 10: Flere skal op i tid

Anbefaling 11: Vagtarbejdet skal udtynnes og deles mellem flere

Anbefaling 12: Stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde

Anbefaling 13: Potentialet ved senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet skal indfries

Anbefaling 14: Kompetencer fra udlandet skal bruges bedre gennem styrket tilknytning

Anbefaling 15: Flere og bedre introforløb til nyuddannede

RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelserne skal reformeres, så karrierevejene rettes mod praksis

Anbefaling 18: Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage

Anbefaling 19: Kobling mellem uddannelse og job skal styrkes, så praksis- og ansvarschok undgås

Anbefaling 20: Mere strategisk og langsigtet styring af udbud af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

Indledning

Tilstrækkeligt sundheds- og plejepersonale med den nødvendige tid og rum til kerneopgaven er en forudsætning for, at vi kan blive mødt med nærværende omsorg, pleje og behandling, når vi har brug for det. Personalet er den vigtigste ressource i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. I takt med at befolkningen bliver ældre, forventes behovet for behandling og pleje at stige, og personaleressourcerne skal derfor tilpasses fremtidens opgavemængde.

Kommissionen peger i sine anbefalinger på en række tiltag, som tilsammen kan bidrage til at sikre, at sundheds- og ældreområdet også i fremtiden er robust og bæredygtigt, så borgere og patienter i hele landet kan få den nødvendige og tilstrækkelige behandling og pleje i fremtiden. Kommissionens anbefalinger er særligt målrettet sygehusene og de kommunale sundhedstilbud. Andre dele af sundhedsvæsenet, der kan aflaste sygehusene, inddrages også. Det er fx praksissektoren, andre dele af den kommunale sundheds- og ældreindsats og samarbejdet med den private sektor.

Et robust sundhedsvæsen skal have tid til den enkelte patient og borger. Det kræver tilstrækkeligt og kompetent personale, der modsvarer omfanget og antallet af opgaver. Med det afsætte har kommissionen fokus på en række tiltag, der både skal øge arbejdsudbuddet og understøtte bedre brug af kompetencer og samtidig sikre reduktion af unødigt aktivitet og smartere opgaveløsning gennem bl.a. bedre brug af teknologi.

KOMMISSIONENS SAMMENSÆTNING OG ARBEJDE

Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet blev nedsat af den daværende regering i august 2022 i forlængelse af den politiske aftale af 20. maj 2022 om en sundhedsreform. Kommissionen fik til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven og anbefalinger til smartere opgaveløsning gennem systemer og teknologier, der nedbringer bureaukrati og giver mere tid og bedre rum til at løse kerneopgaven. Kommissionen fik genbekræftet sit mandat efter regeringsdannelsen i december 2022.

Arbejdet har haft fokus på et bredt spænd af personalegrupper på sundheds- og ældreområdet og har inddraget relevante udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Kommissionens kommissorium kan ses i appendiks 1.

Kommissionen har bestået af en formand, otte medlemmer udpeget som eksperter og otte medlemmer udpeget som repræsentanter for arbejdsmarkedets parter. Undervejs har der været enkelt udskiftninger. Den samlede oversigt over medlemmer kan ses i appendiks 1.

Boks 1. Kommissionens medlemmer pr. september 2023

- Søren Brostrøm, tidligere direktør, Sundhedsstyrelsen, formand for kommissionen
- Annemarie Hellebek, hospitalsdirektør, Bornholms Hospital
- Bodil Overgaard Akselsen, chefsygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Gødstrup
- Christian Bøtcher Jacobsen, professor i sundhedsledelse, Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse, Aarhus Universitet
- Christian Harsløf, direktør, KL
- Dorthe Boe Danbjørg, 2. næstforkvinde, Dansk Sygeplejeråd
- Helene Rasmussen, direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune
- Klaus Larsen, IT-direktør, Region Nordjylland
- Lisbeth Lintz, formand, Akademikerne
- Mickael Bech, professor i sundhedsøkonomi og -ledelse, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet
- Mona Striib, forbundsformand, FOA
- Nanna Højlund, næstformand, Fagbevægelsens Hovedorganisation
- Per B. Christensen, formand, Danske SOSU-skoler
- Randi Brinckmann, dekan, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Københavns Professionshøjskole
- Ricco Dyhr, sygehusdirektør, Nykøbing Falster Sygehus
- Rikke Margrethe Friis, forhandlingsdirektør, Danske Regioner
- Thomas Kiær, administrerende direktør, Acure Privathospital

Kommissionen har været bistået af et sekretariat i Indenrigs- og Sundhedsministeriet med deltagelse af repræsentanter fra Finansministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Udlændinge- og Integrationsministeriet og Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

KONTEKST FOR KOMMISSIONENS ARBEJDE

Kommissionens bidrag supplerer en række øvrige igangværende eller afsluttede arbejder, der med forskelligt afsæt og vinkler bidrager til at sikre mere personale med mere tid til kerneopgaven i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Kommissionens anbefalinger skal således ses i sammenhæng med bl.a. arbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen, Reformkommissionen og Lønstrukturkomitéen samt nylige politiske aftaler og udviklingsarbejder.

Regeringen nedsatte i marts 2023 en Sundhedsstrukturkommission, som forventes at afrapportere i foråret 2024. Kommissionen har til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skal understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen med en opgavefordeling, der sikrer, at patienten kommer i centrum.

Sundhedsstrukturkommissionen skal samtidigt pege på tiltag, der kan styrke det nære sundhedsvæsen, så flere borgere kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet, og tiltag der kan nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed samt sikre et sundhedsvæsen, der er mere bæredygtigt, og som skal understøtte frit valg og patientrettigheder. Kommissionen skal desuden forholde sig til strukturen for almen praksis, den regionale struktur, digitale løsninger og IT-infrastruktur, sundhedsvæsenets finansiering samt kultur og ledelse.

Efter nedsættelsen af Sundhedsstrukturkommissionen har Robusthedskommissionen tilpasset sine prioriteter og anbefalinger for at undgå overlap i arbejdet mellem de to kommissioner.

På ældreområdet blev der under den forrige regering nedsat et rådgivende panel og tre ekspertgrupper, der skulle rådgive regeringen i arbejdet med en ny ældrelov med udgangspunkt i tre temaer: Værdighed og retssikkerhed, kvalitet og faglighed samt valgfrihed og selvbestemmelse. Arbejdet blev afsluttet med en afrapportering i september 2022, der beskrev en række mulige greb, der kan anvendes i en ny ældrelov.

Det fremgår af regeringsgrundlaget, at regeringen ønsker at gennemføre en frisættelse af den offentlige sektor, og at frisættelsen skal starte på ældreområdet. Frisættelsen af den offentlige sektor har til formål at øge det frie valg for den enkelte, styrke det lokale ansvar, afskaffe unødigt regulering og kontrol samt styrke samarbejdet mellem det offentlige, civilsamfundet og det private erhvervsliv.

Robusthedskommissionen har jf. sit kommissorium ikke forholdt sig særskilt til organiseringen af ældreområdet men fokuseret på udfordringerne vedrørende personaleressourcer, som går på tværs af sundheds- og ældreområderne.

Robusthedskommissionen har i sit arbejde ikke fokuseret på de fremtidige speciallægekompetencer, da Sundhedsstyrelsen har et igangværende omfattende arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse.

Reformkommissionen blev nedsat i oktober 2020 af den daværende regering for at foreslå reformer, der tager hånd om komplekse udfordringer. Kommissionens arbejde har koncentreret sig om tre temaer: Bedre uddannelser for alle, flere i job samt flere og bedre job. Flere af Reformkommissionens anbefalinger er relevante i forhold til Robusthedskommissionens sigte fx anbefalingen om bedre danskundervisning for udlændinge og nye veje fra ufaglært mod faglært.

Lønstrukturkomitéen blev nedsat i oktober 2021 og afrapporterede i juni 2023. Lønstrukturkomitéen har bl.a. haft til opgave at analysere og sammenligne lønstrukturer og lønudvikling i den offentlige sektor samt belyse konsekvenser af eventuelle ændringer. Det fremgår af Robusthedskommissionens kommissorium, at kommissionen ikke skal forholde sig til overenskomstforhold eller spørgsmål omfattet af Lønstrukturkomitéens arbejde, herunder spørgsmål om løn.

En række nylige politiske aftaler og udviklingsarbejder er desuden relevant kontekst for Robusthedskommissionens anbefalinger.

Det gælder bl.a. den aftale om en akutplan, som Regeringen og Danske Regioner indgik i februar 2023. Sigtet med aftalen er at nedbringe ventetider, robustgøre akutmodtagelserne samt løfte aktiviteten og produktiviteten på sygehusene. Med aftalen er der afsat 2 mia. kr. for perioden 2023-2024. Akutplanen rummer fem temaer, der i forskellig udstrækning flugter med temaer i Robusthedskommissionens anbefalinger: Afhjælpning af flaskehalse og bemandingsmæssige problemer, hurtigere autorisation af udenlandsk arbejdskraft, bedre brug af kapaciteten på de offentlige sygehuse, robustgørelse af akutmodtagelser og brug af kapacitet på private sygehuse. Aftalen indeholder altså en bred vifte af tiltag med fokus på at få mere sundhedspersonale til de opgaveområder, hvor der aktuelt er personaleudfordringer.

I forlængelse af aftalen er der nedsat en taskforce om udenlandsk arbejdskraft. Taskforcen har til opgave at komme med anbefalinger til en smidig og effektiv proces, der sikrer, at udenlandske sundhedspersoner med efterspurgte kompetencer hurtigt kan komme til at deltage i løsningen af opgaverne i sundhedsvæsenet. Taskforcen skal fx se på, hvilke sprogkrav der skal stilles til sundhedspersoner fra tredjelande og muligheden for en hurtigere proces for behandling af autorisationsansøgninger.

I økonomiaftalerne for 2024 har regeringen aftalt med KL og Danske Regioner at etablere flerårige samarbejdsprogrammer, der skal udvikle den borgernære velfærd. Med Danske Regioner er det konkret aftalt, at samarbejdsprogrammet skal følge op på Robusthedskommissionens anbefalinger i forhold til bl.a. fleksibel brug af kompetencer, digitalisering og implementering af ny teknologi.

Det fremgår af regeringsgrundlaget af december 2022, at regeringen vil invitere arbejdsmarkedets parter til trepartsforhandlinger om udmøntningen af en ekstraordinær ramme på 1 mia. kr. i 2024 stigende til 3 mia. kr. i 2030 til løn og arbejdsvilkår i den offentlige velfærd.

Med den politiske aftale om rammerne for reform af universitetsuddannelserne af 27. juni 2023 blev der afsat 300 mio. kr. årligt fra 2025, stigende til 400 mio. kr. varigt fra 2030 til at løfte kvaliteten på erhvervsuddannelserne, herunder til de to social- og sundhedsuddannelser. Investeringerne kan bl.a. målrettes nedbringelse af frafald, understøttelse af øget søgning, styrket kvalitet i uddannelserne, moderne udstyr på skolerne mv. Der blev desuden afsat 200 mio. kr. årligt fra 2025, stigende til 300 mio. kr. årligt i 2030 og frem til de professionsrettede videregående uddannelser på velfærdsområdet.

ØKONOMISKE RAMMER OG PERSPEKTIVER

Kommissionens 20 anbefalinger vurderes samlet set at være udgiftsneutrale. Anbefalingerne 1-8 under temaet "stærkere prioritering og klogere opgaveløsning" vurderes samlet set at kunne frigøre ressourcer. Udmøntning af anbefalingerne 9-15 under temaet "attraktive arbejdspladser og tid til kerneopgaven" forudsætter drøftelser og aftaler mellem arbejdsmarkedets parter om prioritering og udmøntning. Anbefalingerne 16-20 under temaet "rette kompetencer og faglig fleksibilitet" vurderes at være udgiftsneutrale.

Kommissionen anerkender, at det politisk fastlagte kommissorium forudsætter, at kommissionens anbefalinger skal være neutrale for de offentlige finanser. Udgangspunktet for kommissionens arbejde har således været udgiftsneutralitet, således at kommissionen skal foreslå konkret modgående finansiering i det omfang, at anbefalingerne indebærer merudgifter i det offentlige.

Blandt kommissionens medlemmer er der dog den opfattelse, at sundheds- og ældreområdet vil kunne yderligere robustgøres og fremtidssikres ved at tilføre økonomi til tiltag, der skal bidrage til at sikre de rette, fleksible kompetencer på sundheds- og ældreområdet.

Hvis der i forbindelse med politiske drøftelser er et ønske om at tilføre midler med henblik på yderligere robustgørelse af sundheds- og ældreområdet, kan kommissionens medlemmer således anbefale, at der anvendes midler til indsatser, der styrker rekruttering og tilknytning af det personale, herunder særligt social- og sundheds- samt plejepersonale, der forventes at blive størst mangel på. Det kan være gennem indsatser, der styrker rekrutteringen til og kvaliteten af uddannelserne, så frafald mindskes, og flere elever og studerende gennemfører. Konkret kan det fx være gennem bedre mulighed for at tage uddannelsen på udstrakt tid eller deltid, fx kombineret med øget relevant arbejde ved siden af uddannelsen, intensiveret sprogstøtte, øget brug af simulationstræning samt styrket praktik.

Kommissionen ønsker samtidigt at fremhæve, at gennemgribende forandringer på sundheds- og ældreområdet i Danmark, der skal sikre robusthed og bæredygtighed i indsatserne på længere sigt, kræver en fremadrettet prioritering, der i højere grad målrettes det nære sundhedsvæsen.

CENTRALE BEGREBER

I rapporten bruger vi generelt begrebet "sundheds- og ældreområdet" om de offentlige sundhedstilbud og den ældrepleje, der leveres af kommuner og regioner, herunder den del af praksissektoren der understøttes af offentligt tilskud.

Med "borger- og patientnære" opgaver mener vi de faglige tilbud, der gives tæt på den enkelte borger og patient, evt. via digitale løsninger, som fx samtaler, undersøgelser, behandlinger, pleje, personlig hjælp mv. Opgaver som ledelse, administration, forskning, kursusdeltagelse, undervisning af fagfolk mv. er således ikke omfattet.

Begrebet "behandling" anvendes meget bredt, og vil både omfatte sundhedsfaglige opgaver som udredning, behandling, pleje, rehabilitering, palliation mv. jf. den brede anvendelse af begrebet i dansk sundhedslovgivning.



Operating Room Record

Time	Temp	SpO2	HR	RR	BP
08:00	36.0	98	72	16	110/70
08:30	36.1	98	70	16	110/70
09:00	36.2	98	70	16	110/70
09:30	36.3	98	70	16	110/70
10:00	36.4	98	70	16	110/70
10:30	36.5	98	70	16	110/70
11:00	36.6	98	70	16	110/70
11:30	36.7	98	70	16	110/70
12:00	36.8	98	70	16	110/70
12:30	36.9	98	70	16	110/70
13:00	37.0	98	70	16	110/70
13:30	37.1	98	70	16	110/70
14:00	37.2	98	70	16	110/70
14:30	37.3	98	70	16	110/70
15:00	37.4	98	70	16	110/70
15:30	37.5	98	70	16	110/70
16:00	37.6	98	70	16	110/70
16:30	37.7	98	70	16	110/70
17:00	37.8	98	70	16	110/70
17:30	37.9	98	70	16	110/70
18:00	38.0	98	70	16	110/70

stodis

I dette kapitel præsenteres de væsentligste udfordringer, som sundheds- og ældreområdet står overfor. Gennemgangen indeholder beskrivende statistik og danner afsæt for kommissionens anbefalinger. De metodemæssige valg beskrives i appendiks 2 i boks A.1.

Sundheds- og ældreområdet står over for betydelige udfordringer særligt på det kommunale område. Andelen af ældre vil stige, der bliver flere patienter med kroniske sygdomme og multisygdom, behovet for behandling og pleje vil stige, og kompleksiteten i opgaverne øges.

Kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet over de seneste årtier har medført, at flere sygdomme kan behandles bedre, samtidig med at en sundere livsstil, bedre arbejdsmiljø, ulykkesforebyggelse mv. har medført, at vi lever sundere og længere. Den demografiske udfordring er altså delvist et resultat af sundhedsvæsenets succes.

De seneste årtier har sundheds- og ældreområdet brugt en stigende andel af samfundets ressourcer både som resultat af den demografiske udvikling og af, at kvaliteten i sundhedsvæsenet er øget over en årrække, og fordi områderne er blevet prioriteret højt politisk. Samtidig er digitalisering og brug af teknologi øget, og arbejdsgangene er blevet mere effektive. I de senere år, som bl.a. har været præget af covid-19, er der dog tegn på et fald i produktiviteten i det specialiserede sundhedsvæsen med færre operationer, ambulante kontakter og antal indlæggelser.

Udfordringerne med rekruttering har været store de sidste par år, men synes dog at aftage lidt for de største personalegrupper. Men i fremtiden kan det blive svært at øge rekrutteringen til sundheds- og ældreområdet i samme omfang som hidtil, da den erhvervsaktive del af befolkningen ikke vokser i samme takt som de allerældste. Den gradvise øgning af folkepensionsalderen kan til dels modvirke dette, men behovet for personaleressourcer til borger- og patientnære opgaver forventes at vokse endnu hurtigere.

Udfordringerne fordeler sig skævt på tværs af landet, og der er betydelige sociale og geografiske forskelle i sygdomsbyrden, hvorfor sociale og geografiske uligheder i pleje- og behandlingstilbud risikerer at øges.

Mekaniske fremskrivninger tyder på, at det særligt er i de kommunale indsats- og særligt i gruppen af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, at der kommer til at mangle personaleressourcer i fremtiden.

Medarbejdernes tilknytning til sundheds- og ældreområdet er udfordret, hvilket bl.a. kan ses ved, at mange medarbejdere, der starter deres arbejdsliv i det offentlige sundhedsvæsen, falder fra over årene. I 2020 arbejdede knap 47.000 sundhedsuddannede uden for sundheds- og ældreområdet. Frafaldet er ikke nyt, men synes at være tiltagende særligt på vagtbelastede områder, akutfunktioner, medicinske afdelinger og i psykiatrien.

Omfanget og længden af det kliniske arbejdsliv er ulige fordelt mellem personalegrupperne. Mange medarbejdere på sundheds- og ældreområdet arbejder på deltid, også når der sammenlignes med de øvrige velfærdsområder, og vagtarbejdet er ulige fordelt både mellem og inden for faggrupperne. Mens mange jordemødre, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere trækker sig tilbage omkring efterlønsalderen, så bliver læger på arbejdsmarkedet i længere tid.

Medarbejdere på sundheds- og ældreområdet motiveres i høj grad af at gøre en forskel for patienter og borgere, ligesom de i høj grad også er motiverede af at gøre noget godt for samfundet generelt samt af glæden ved at løse selve opgaven. Men mange oplever at stå i følelsesmæssigt svære situationer i deres arbejde, og det psykiske arbejdsmiljø er mere udfordret i fx akutte funktioner, vagtarbejde og i psykiatrien end i speciallægepraksis.

For de fleste sundhedsfaglige uddannelser var antallet af personer, som startede på uddannelse, stabilt frem til 2022, men siden har der været et relativt stort fald i optaget til sygeplejerske- og ernærings- og sundhedsuddannelsen samt tendens til et fald i førsteprioritetsansøgere til mange af de sundhedsfaglige uddannelser.

DEN DEMOGRAFISKE UDVIKLING VIL UDFORDRE SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET

I takt med at befolkningen bliver ældre, forventes behovet for behandling og pleje at stige, da ressourcetrækket er størst for de ældste patienter og borgere. Den stigende levealder skyldes bl.a., at flere sygdomme kan behandles, at patienter kan leve længere med alvorlige sygdomme, og at der er sket ændringer i befolkningens levevaner og arbejdsmiljø.

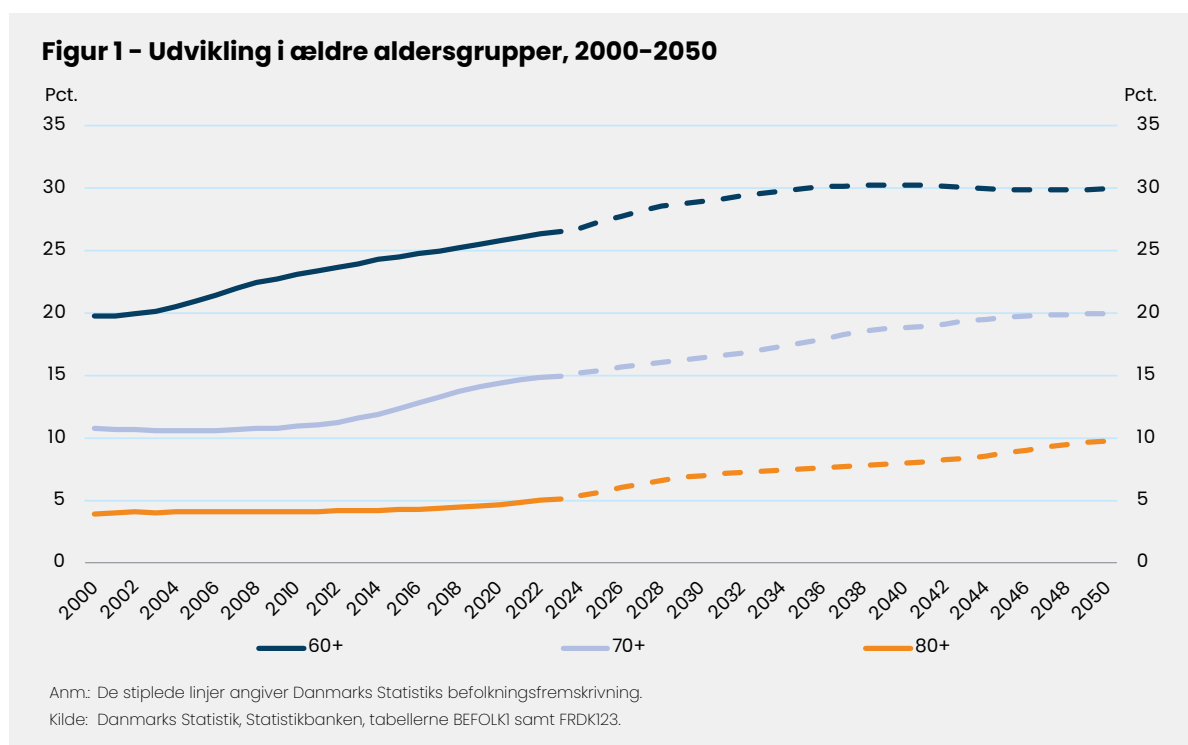
Der er betydelige geografiske forskelle i sygdomsbyrden samtidig med, at rekrutteringsudfordringerne er størst, der hvor sygdomsbyrden er størst.

Det stigende behov for behandling og pleje samt den stigende kompleksitet vil øge behovet for medarbejdere på sundheds- og ældreområdet, hvis opgaveløsningen ikke forandres. Mekaniske fremskrivninger for de største medarbejdergrupper tyder på, at det særligt er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der kommer til at mangle i fremtiden, fordi plejeopgaven af de ældste vokser. Samtidig er rekrutteringspotentialet presset, da der relativt set kommer færre personer i den erhvervsaktive alder i forhold til antallet af borgere over 80 år.

Behovet for sundhedsydelser vil stige i fremtiden

Over de seneste 20 år er andelen af personer over 60 år steget kraftigt, jf. figur 1. Mens knap hver femte dansker i 2000 var over 60 år, er det i dag mere end hver fjerde, og fra 2040 forventes det at være ca. hver tredje.

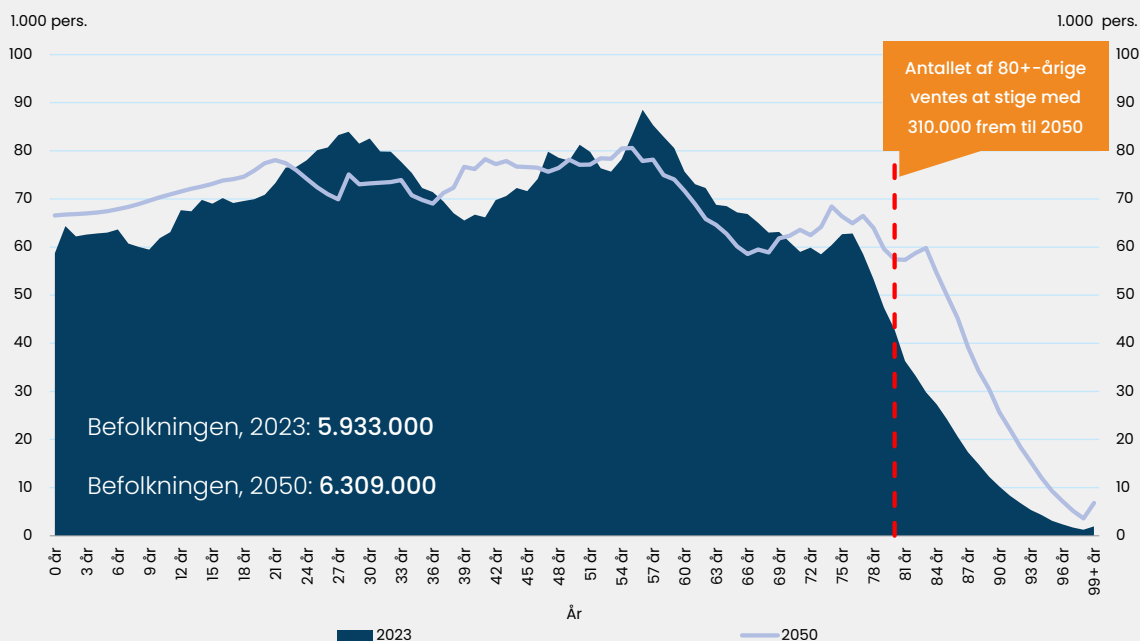
Det er især andelen af personer over 80 år, som øges, og som i 2050 forventes at udgøre en dobbelt så stor andel af befolkningen som i 2023. Denne aldersgruppe optager mange ressourcer til behandling og pleje både i eget hjem, på plejehjem og i sundhedsvæsenet.



Figur 2 viser, at der forventes en markant ændring i befolkningens alderssammensætning, så der frem mod 2050 kommer lidt flere børn og markant flere ældre, samtidig med at der kommer færre mellem 25 og 40 år og mellem 55 og 70 år, da den antalsmæssigt store efterkrigs-tidsgeneration ældes, og deres børn får børn.

Det medfører et øget demografisk pres på sundheds- og ældreområderne, da særligt de allærældste er mere behandlings- og plejekrævende, og den erhvervsaktive befolkning mellem 25 og 65 år stiger ikke relativt til antallet af børn og ældre. Det vil give en dobbelt demografisk udfordring, fordi rekrutteringspotentialet vil være presset.

Figur 2 - Demografisk udvikling i befolkningen, 2023-2050

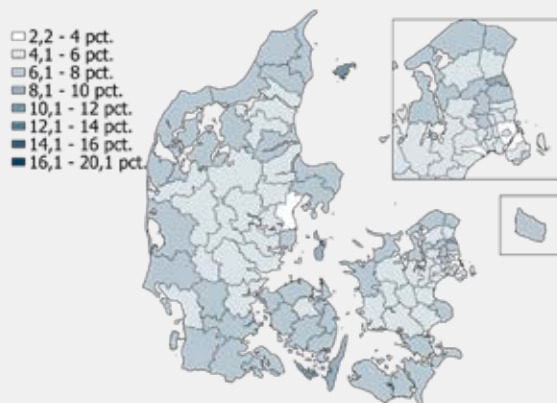


Anm: Den røde stiplede linje angiver 80-årige.

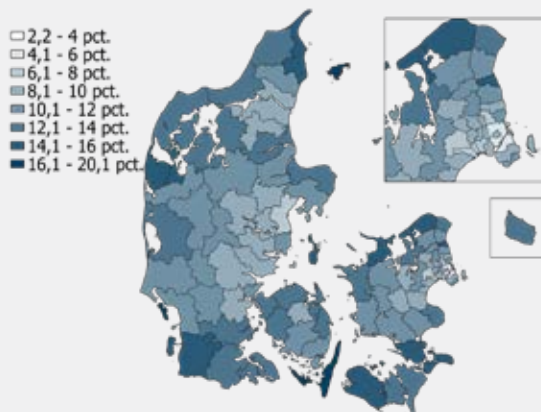
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne BEFOLK1 samt FRDK123.

Fremskrivninger af befolkningen på kommunalt niveau peger på, at den dobbelte demografiske udfordring vil være skævt fordelt på tværs af landet, jf. figur 3.a og 3.b, med relativt flere ældre og færre yngre i land- og yderkommunerne. Figur 3.b viser, at næsten hver sjette indbygger i 2050 vil være over 80 år i kommuner som fx Halsnæs, Odsherred og Læsø. Omvendt vil det i de større byområder være færre end hver sjette, der er over 67 år. Dette skyldes bl.a., at uddannelsesinstitutionerne i de større byer tiltrækker mange unge.

Figur 3.a - Andel 80+ årige, 2023



Figur 3.b - Andel 80+ årige, 2050

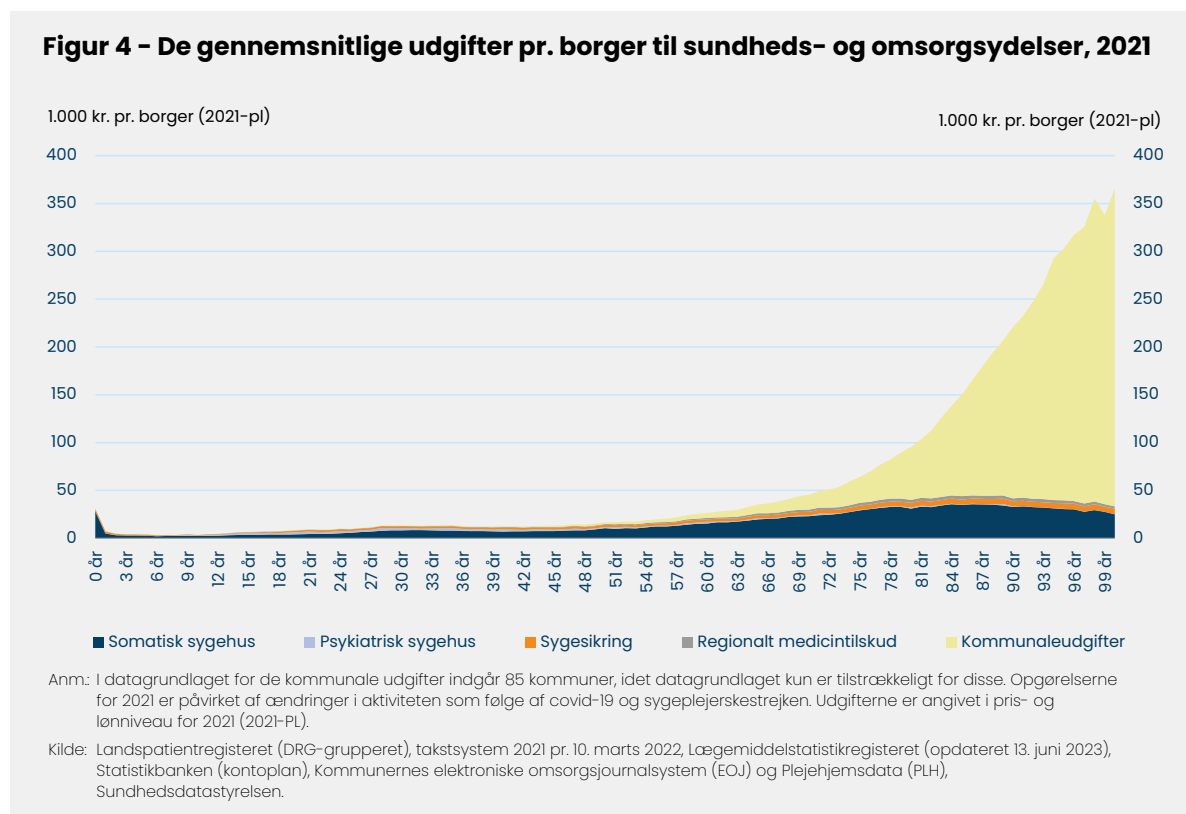


Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne FRKM123 samt FOLK1AM, egne beregninger.

De ældste har det største ressourcetræk

De regionale sundhedsudgifter pr. borger er højst for personer mellem 80 og 90 år, mens de kommunale sundheds- og plejeudgifter pr. indbygger er højst for personer over 90 år, *jf. figur 4*. Sygehusudgifterne pr. indbygger er lidt lavere for personer over 90 år i forhold til personer mellem 80 og 90 år. Det kan hænge sammen med, at mere ressourcekrævende behandling fravælges af de allerældste eller ikke tilbydes ud fra sundhedsfaglige grunde.

En betydelig andel af de høje kommunale udgifter pr. borger for de allerældste aldersgrupper skyldes, at plejeindsatsen ofte er mest krævende i de sidste leveår^{1,2}.

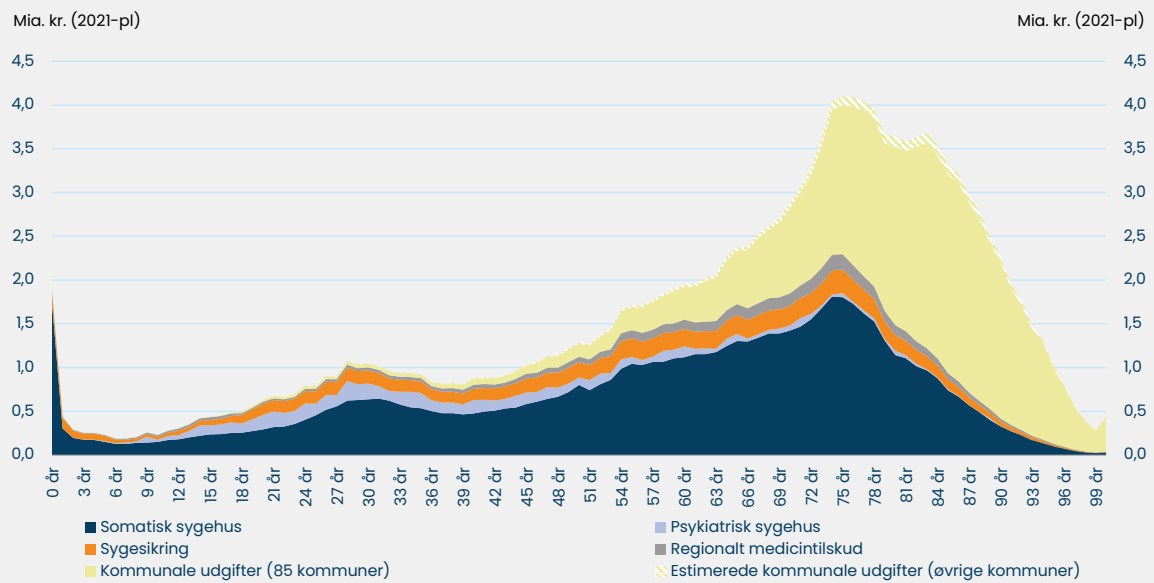


Når gruppen af personer over 80 år vokser, vil det især medføre et øget træk på kommunerne, da de kommunale sundheds- og omsorgsydelser udgør den største udgiftspost for denne gruppe.

Selvom udgifterne pr. borger er størst for de allerældste borgere, og de i fremtiden kommer til at vokse relativt mest, så er den samlede udgiftsbyrde aktuelt størst for borgere i 70-års alderen, *jf. figur 5*, da denne gruppe er antalsmæssigt stor.

¹ Sundheds- og Ældreministeriet. 2018. Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse.

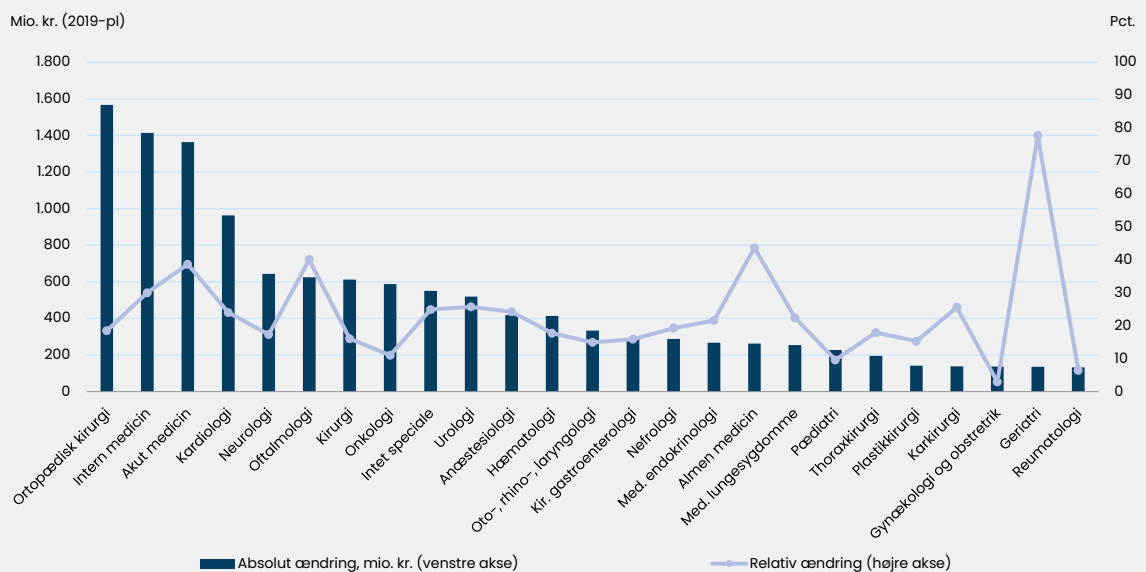
² De kommunale sundheds- og plejeudgifter pr. borger er stigende i alder, også når man kontrollerer for afstand til død, men mere afmålt end figur 4 indikerer.

Figur 5 – Samlede offentlige udgifter til sundheds- og omsorgsydelser, fordelt på alderstrin, 2021


Anm.: I de kommunale udgifter indgår data fra 85 kommuner, hvor datagrundlaget er tilstrækkeligt. For de øvrige 13 kommuner er udgifterne estimeret ud fra aldersfordelingen af ydelser i de øvrige kommuner. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (2021-PL).

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), takstsystem 2021 pr. 10. marts 2022, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret 13. juni 2023), Statistikbanken, Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og Plejehjemsdata (PLH), Sundhedsdatastyrelsen.

Hvis det nuværende sygdomsbillede fremskrives med den forventede stigning i antallet af ældre, kan det pege på, at der på sygehusene især kan forventes et øget pres på områder som ortopædkirurgi, kardiologi og øvrige medicinske specialer. For et speciale som geriatri forventes udgifterne at stige med op mod 78 pct. frem mod 2045, jf. figur 6.

Figur 6 – Fremskrevet udvikling i udgifter fordelt på specialer i det sekundære sundhedsvæsen, 2019–2045


Anm.: Fremskrivningerne er grupperet efter lægelige specialer og andre grupper registreret i DRG-systemet, det vil sige, hvilke afdelinger patienternes udgifter er tilknyttet. I fremskrivningen indgår beregnet udgiftsniveau (DRG-værdi) som et treårigt gennemsnit pr. person i 2016–2018 sammenholdt med den forventede demografiske udvikling. Kategorier uden specialeangivelse indgår ikke i grafen. Specialer, hvor en forventet udvikling i udgifter udgør mindre end 1 pct. af den samlede stigning frem mod 2045, indgår ikke i figuren. Udgifter til psykiatrien registreres ikke i DRG-systemet, og er derfor ikke med i grafen. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2019 (2019-PL).

Kilde: Sundhedsstyrelsen. 2022. Lægeprognose 2021–2045: Udbuddet af læger og speciallæger.

I takt med at sundhedsadfærd, sygdomsmønstre, behandlingsmuligheder og organisering af opgaveløsning ændrer sig, kan de aldersfordelte sundheds- og plejeudgifter ændre sig over tid. Hvis stigende levealder betyder tilsvarende flere sunde leveår uden sygdom, vil det udskyde nogle sundheds- og plejeudgifter til en højere alder. Det svarer til, at personer på et givent alderstrin i fremtiden i gennemsnit vil være sundere, end det er tilfældet i dag. Det kaldes sund aldring. Der opereres med forskellige grader af sund aldring, hvilket uddybes i boks A.2 i appendiks 2. Hvis der korrigeres for delvis sund aldring, kan det, ifølge Finansministeriet, være med til at mindske de stigende udgifter fra ændret demografi med ca. 13 pct.³

Over tid er der indikationer på, at sundheds- og plejeudgifterne pr. borger er blevet højere for de ældste aldersgrupper⁴. Nedenfor beskrives nogle af de faktorer, der kan lede til et øget pres for højere gennemsnitlige sundhedsudgifter.

Boks 2. Øvrige faktorer med betydning for vækst i sundhedsvæsenets udgifter

Det samlede udgiftsniveau til det offentligt finansierede sundhedsvæsen er en politisk beslutning, hvor presset for ændringer også påvirkes af andre faktorer end befolkningssammensætning og sundhedstilstand. De gennemsnitlige udgifter for særligt de ældre aldersgrupper er steget siden 2007, selvom levealderen er steget^{5,6}. Det er ikke nødvendigvis en indikation på usund aldring, men kan skyldes et andet pres på sundhedsudgifterne fx:

1. Udviklingen af nye behandlinger:

Den sundhedsfaglige udvikling betyder nye typer behandling, herunder medicin, som i mange tilfælde er dyrere.

2. Generel velstandsvækst:

Forventningerne til og efterspørgslen på behandlings- og plejeydelser vil følge den generelle velstandsvækst, da sundhed kan tillægges højere værdi, hvis gevinsten af et ekstra leveår er relativt større, desto mere velstående man er.

Kilde: De Økonomiske Råd. 2009. Dansk Økonomi.

Der kommer flere med kroniske sygdomme og multisygdom

I takt med at antallet af ældre i befolkningen stiger, forventes et stigende antal personer med to eller flere samtidige kroniske sygdomme såkaldt multisygdom. Den stigende forekomst må forventes at drive stigende sundhedsudgifter for ældre personer, *jf. figur 7*. Figuren viser en stigende forekomst af multisygdom særligt fra 60-års alderen. Ca. 18 pct. af personer mellem 80 og 84 år, men kun under 2 pct. af de 50-54-årige har to eller flere af de udvalgte sygdomme i opgørelsen. Hvis opgørelsen udvides til at omfatte flere somatiske og psykiske sygdomme udover astma, demens, KOL, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes og type 2-diabetes, vil forekomsten være endnu højere.

Personer med multisygdom har ofte komplekse problemstillinger med både somatiske og psykiske sygdomme, sociale udfordringer, reduceret funktionsevne og udfordret tilknytning til arbejdsmarkedet. På ældreområdet vil borgere med multisygdom ofte have brug for mere pleje, og i sundhedsvæsenet vil patienter med multisygdom ofte have komplekse og ressourcetrækvende forløb.⁷

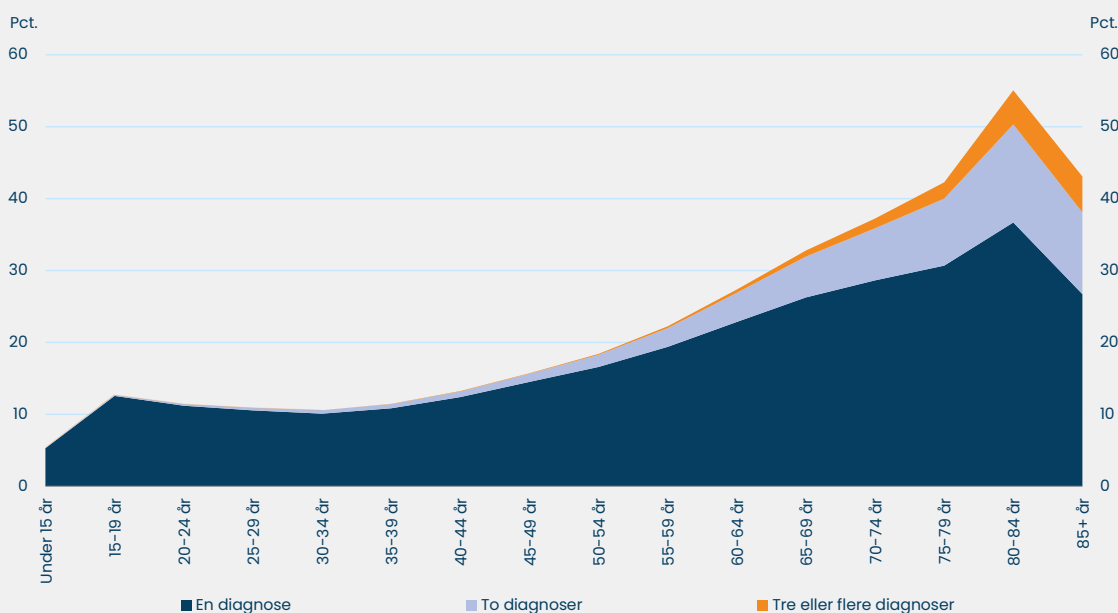
3 Finansudvalget. 2019. Notat: Betydningen af delvis sund aldring.

4 VIVE. 2020. Fremtidens sundhedsudgifter.

5 VIVE. 2018. Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste?.

6 VIVE. 2020. Fremtidens sundhedsudgifter.

7 Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom. 2022. Multisygdom i Danmark.

Figur 7 - Andel borgere med én eller flere udvalgte kroniske sygdomme, fordelt på aldersgrupper, 2022

Anm: Antal borgere med kroniske sygdomme er opgjort pr. 1. januar i året. De udvalgte kroniske sygdomme: Astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes og type 2-diabetes. Der gøres opmærksom på, at borgere ikke kan opgøres som både havende henholdsvis KOL og astma og type 1 og type 2 diabetes i Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og derfor kun vil være opført under den ene diagnose.

Kilde: Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen. RUKS indeholder oplysninger om udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser herunder astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes og type 2-diabetes.

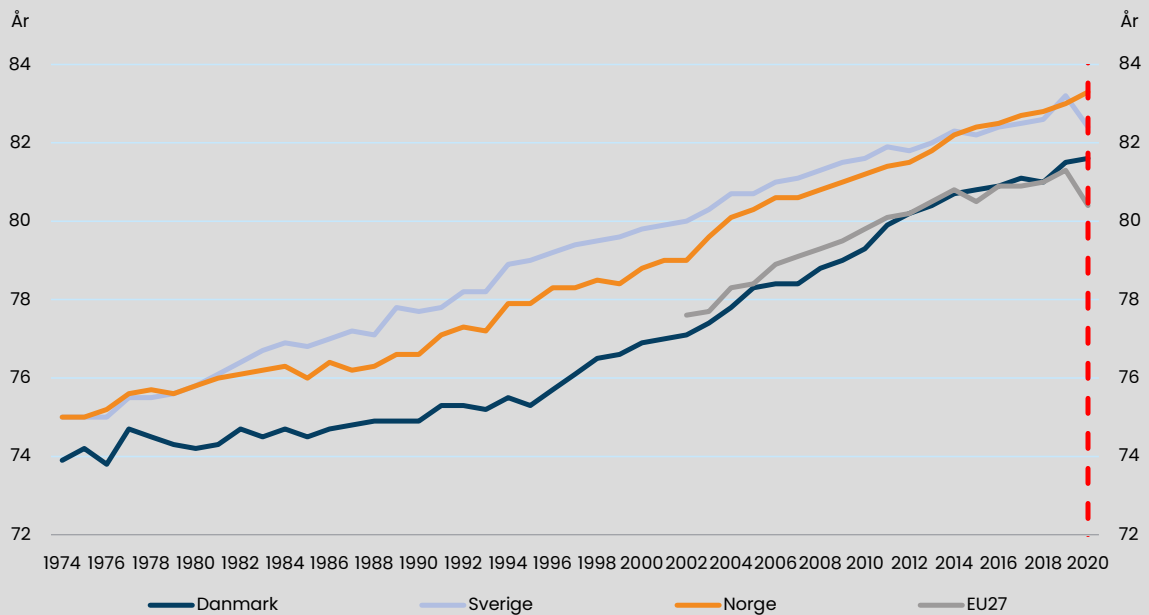
Kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet bidrager til, at vi lever længere og sundere

En del af forklaringen på, at den danske befolkning i gennemsnit lever længere, er, at sundhedsvæsenets tilbud er blevet bedre og har øget overlevelsen af mange sygdomme. Det er også medvirkende, at folkesundheden generelt er blevet bedre gennem bedre levevilkår, øget forebyggelse, bedre arbejdsmiljø og færre ulykker.

Boks 3. Eksempler på kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet

Kvaliteten er steget over en årrække

Den forventede levetid er steget siden 1974. En nyfødt kunne i 2020 forvente at blive otte år ældre, end det var tilfældet for en nyfødt i 1974. Den forventede levealder er de sidste to årtier steget kraftigere i Danmark end i de øvrige nordiske lande og i EU som helhed, uden at Danmark har indhentet de øvrige nordiske lande. Det kan bl.a. forklares ved en stærkere kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i Danmark siden årtusindeskiftet, ændrede levevaner og -vilkår og bedre arbejdsmiljø. Der er stadig udfordringer i forhold til den generelle folkesundhed.

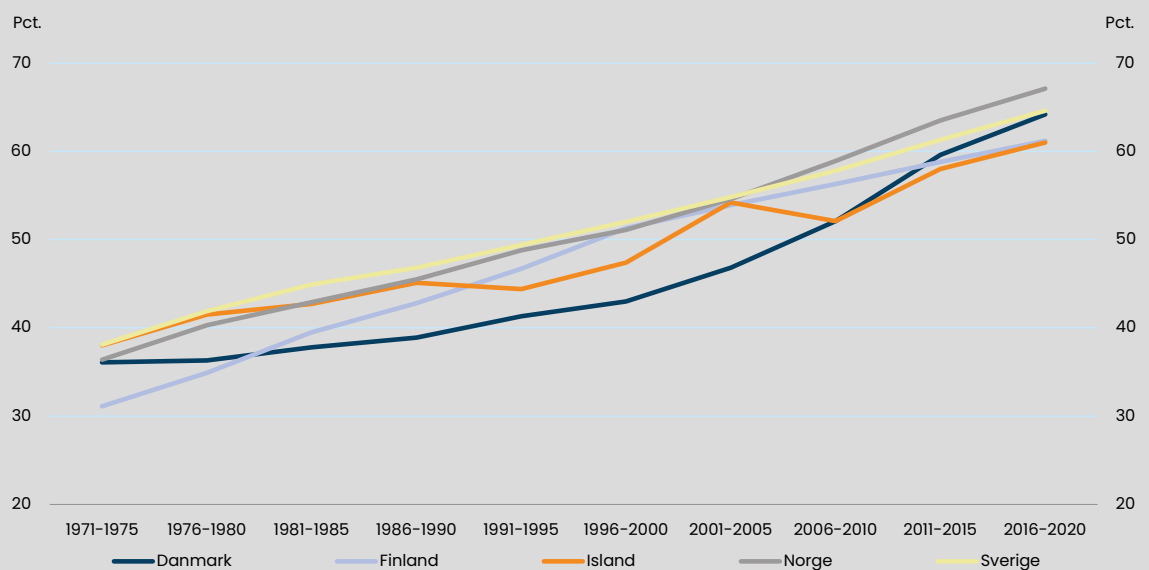
Figur 8.a - Forventet middellevetid for 0-årige, 1974-2020

Anm: Den røde stiplede linje angiver starten af covid-19. Data for EU27 er først tilgængeligt fra 2002

Kilde: Eurostat, tabel 'DEMO_MLEXPEC'

Et eksempel på den forbedrede kvalitet i Danmark, særligt i det specialiserede sundhedsvæsen, er på kræftområdet, hvor den politiske og faglige prioritering over fire kræftplaner med samtidig styrkede patientrettigheder, specialisering af sygehusvæsenet, styrkelse af faglige miljøer mv. har bragt Danmark i front internationalt. Den aldersstandardiserede relative 5-årsoverlevelse efter en kræftdiagnose kan være en indikator for kvaliteten i sundhedsvæsenets indsats med hurtig diagnose og behandling på højt niveau. Figur 8.b viser udviklingen i den aldersstandardiserede relative 5-årsoverlevelse efter en kræftdiagnose for kvinder siden 1971. Udviklingen for mænd viser en lignende tendens.

Denne indikator er også velegnet til sammenligning mellem lande. Danmark har siden årtusindeskiftet indhentet de øvrige nordiske lande undtagen Norge, hvilket, trods den dårligere folkesundhed generelt, må tilskrives den forbedrede kvalitet i sundhedsvæsenet. Tilsvarende udvikling ses på områder som hjerte-kar-sygdom, diabetes, visse neurologiske lidelser mv.

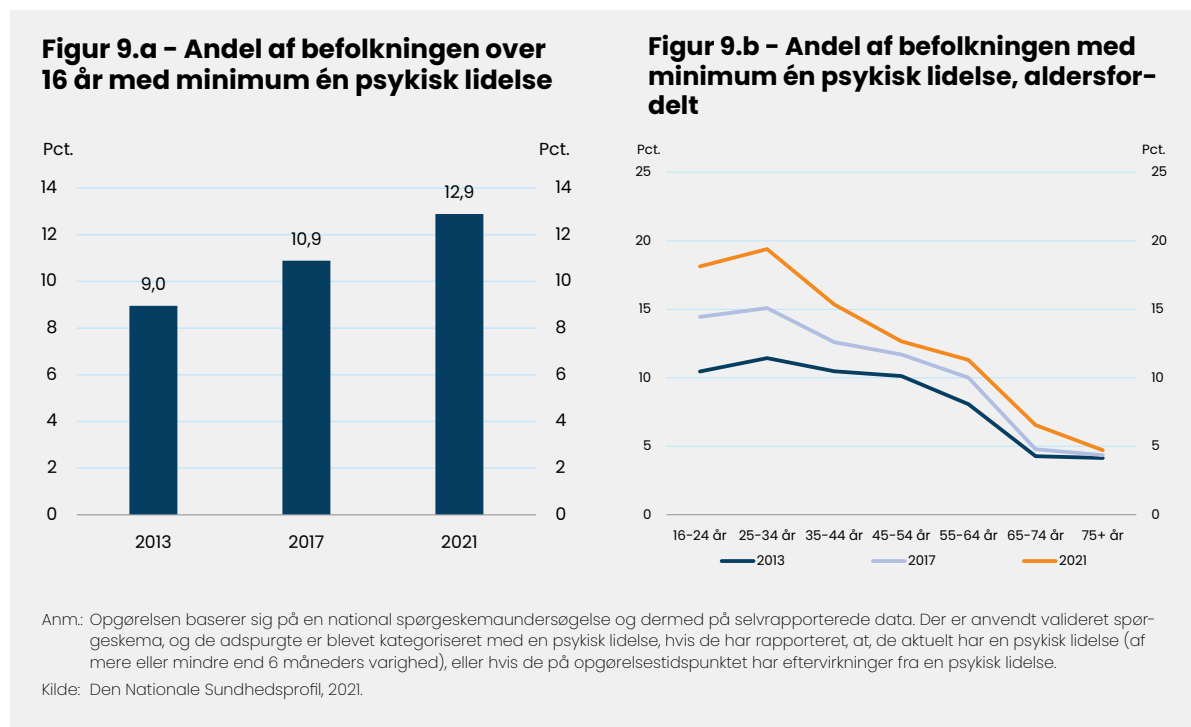
Figur 8.b - Relativ 5-års overlevelse af kræft for kvinder, 1971-2020

Anm: Alle kræftformer undtagen hud-, bryst- og prostatakræft, da denne opgørelse giver god indikation på forbedring over tid på tværs af ikke-tidskritiske og kønspecifikke kræftformer. Den aldersjusterede relative overlevelse kan tolkes som sandsynligheden for at overleve kræft, hvis der ses bort fra andre dødsårsager for samme aldersgruppe. Der er en statistisk usikkerhed ved tallene på ca. +/- 1 procentpoint.

Kilde: NORDCAN.

Øget forekomst af psykiske lidelser

Forekomsten af selvrapporteret psykisk lidelse er steget betydeligt for samtlige aldersgrupper, men særligt blandt personer under 35 år, hvor fx en ud af fem 25-34-årige i 2021 angav at have en psykisk lidelse, jf. figur 9.b.

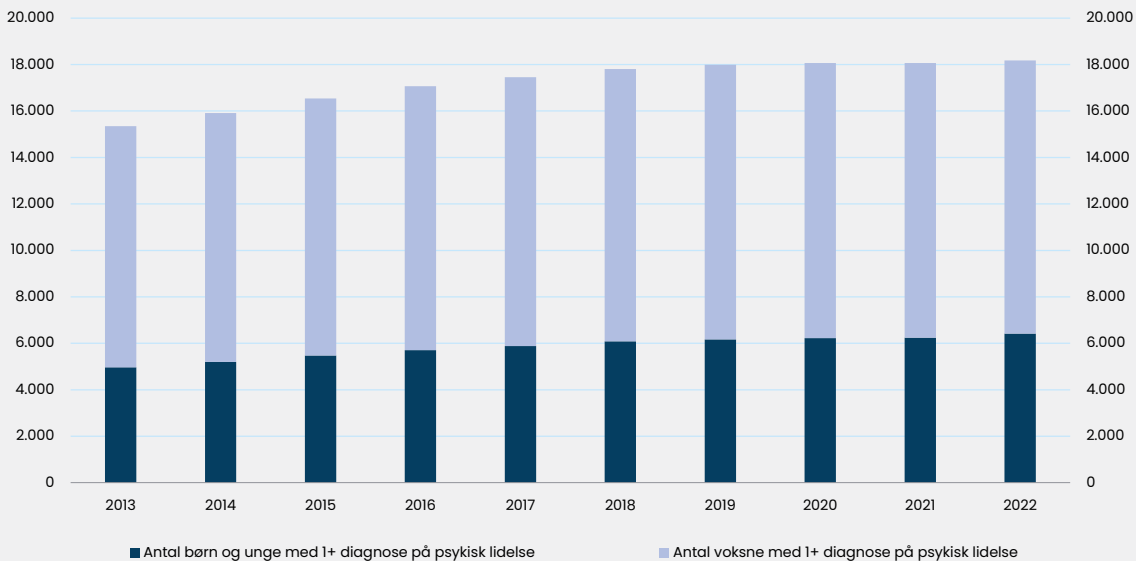


Tendensen genfindes i opgørelser af personer, der har været i kontakt med det regionale sundhedsvæsen og har fået registreret en diagnose på psykisk lidelse, jf. figur 10. Den øgede forekomst kan bl.a. skyldes, at flere end tidligere bliver udredt og behandlet i den regionale psykiatri, da adgangen til den ambulante psykiatri er blevet forbedret det seneste årti. Disse data kan derfor både være udtryk for en øget sygelighed, ændrede kontaktmønstre samt ændret udbud og efterspørgsel af udredning og behandling.

Figur 10 – Antal personer med minimum én diagnose på psykisk lidelse pr. 100.000 indbyggere

Antal personer med min. én diagnose på psykisk lidelse pr. 100.000 indbyggere

Antal personer med min. én diagnose på psykisk lidelse pr. 100.000 indbyggere



Anm: Børn og unge defineres som 0-17-årige, mens voksne defineres som 18+-årige. Opgørelsen viser unikke personer, der pr. 1. januar i opgørelsesåret har haft kontakt til det regionale sygehusvæsen med en aktions- eller bidiagnose på psykisk lidelse en eller flere gange inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregistret og CPR-registret).

Blandt børn og unge er der særligt sket en stigning i forekomsten af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser fx ADHD og i psykiske udviklingsforstyrrelser fx autisme. Blandt voksne har der især været en stigning i de nervøse og stressrelaterede tilstande fx angst og i de affektive sindslidelser fx depressive og bipolare lidelser.

Psykiske lidelser har meget forskellige sværhedsgrader og træk på sundhedsvæsenets ydelser. Fx udgør patienter med en diagnose inden for skizofreni, skizotypiske sindslidelser og psykoser den fjerdestørste gruppe voksne patienter, men står for det største antal indlæggelser og ambulante besøg⁸.

SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET TRÆKKER EN STIGENDE ANDEL AF SAMFUNDETS RESSOURCER

Udgifterne er steget i alle dele af sundheds- og ældreområdet siden 2010. Den relative vækst har været størst for de kommunale sundheds- og genoptræningsindsatser samt de psykiatriske hospitaler, mens den absolutte vækst i udgifter har været størst for det somatiske sygehusvæsen. Alle typer kontakter til sundhedsvæsenet er i vækst undtagen indlæggelser, hvilket afspejler omlægningen mod mere ambulante aktiviteter på sygehusene.

Det stigende ressourceforbrug er et resultat af mange faktorer, herunder den demografiske udvikling, ændret udbud og efterspørgsel, øget aktivitet, kvalitetsudvikling og politiske prioriteringer. Sundhedsydelser er generelt blevet mere specialiserede, hvilket fx afspejles i, at andelen af befolkningen, som har været i kontakt med sygehusvæsenet og speciallægepraksis er steget, mens kontakt til almen praksis stort set er uændret.

Frem til 2018 var der tegn på betydelige produktivitetstigninger i sygehusvæsenet med bl.a. faldende indlæggelsestider og stigende antal kontakter opgjort pr. fuldtidspersonale. Det kan bl.a. forklares ved omstillingen til ambulante aktiviteter, indførelse af ny teknologi og digitalisering. Siden 2019 er der dog tegn på et fald i produktiviteten, der afspejles i antallet af operationer, ambulante kontakter og antal indlæggelser. Produktivitetstallet skal ses i lyset af de seneste års påvirkning af bl.a. covid-19 og konflikt på sygeplejerskeområdet.

Sundhedsvæsenet og ældreområdet beskæftiger i dag en større andel af den samlede arbejdsstyrke end tidligere. Næsten 9 pct. af alle i beskæftigelse er ansat i sundhedsvæsenet, på plejehjem eller på institutioner for psykiske syge, handicappede mv., og Danmark ligger over EU's gennemsnit. Samtidig udgør andelen af udenlandske sundhedspersoner en meget begrænset andel af det autoriserede sundhedspersonale i den danske arbejdsstyrke og mindre end i sammenlignelige lande.

Stigende ressourcetræk

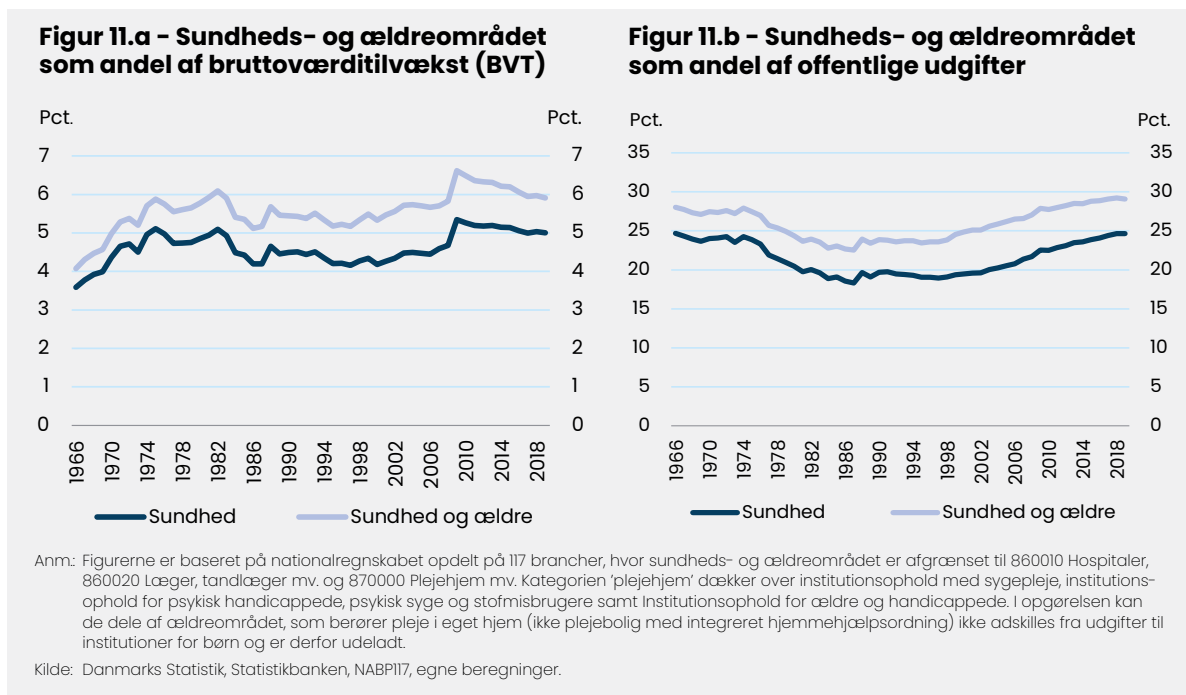
Over de sidste 50 år er den andel, som sundheds- og ældreområdet udgør af dansk økonomi, steget. I 1966 udgjorde området tilsammen 3,3 pct. af Danmarks bruttoværditilvækst (BVT)⁹, det vil sige den samlede værdiskabelse, mens det i 2019 var 5,1 pct., *jf. figur 11.a*. Væksten var særlig stor i 1960'erne og 1970'erne, mens den stagnerede i 1980'erne og 1990'erne. Siden år 2000 har sundheds- og ældreområdet igen udgjort en stigende andel af dansk økonomi og er vokset fra 4,4 pct. af BVT til 5,1 pct. af BVT i 2019.

Det store spring i 2009 skyldes finanskrisen, hvor BVT faldt markant, mens de offentlige sundhedsudgifter fortsatte med at stige. Siden 2010 er andelen af BVT til offentlige sundheds- og ældreudgifter faldet. Det afspejler bl.a. vækst i BVT og indførelsen af budgetloven, som fra 2014 har dæmpet udgiftsudviklingen i kommuner og regioner.

Udgifterne til sundhedsvæsenet og ældreområdet har siden 1995 udgjort en stigende andel af de offentlige udgifter. De er vokset fra 23 pct. i 1995 til 29 pct. i 2019, *jf. figur 11.b*. Sundheds- og ældreområderne er samlet set vokset hurtigere end de øvrige velfærdsområder. Siden 2007 er det især sundhedsområdet, der er vokset, mens udgifterne til plejehjem mv. har været faldende. Opgørelsen vedrører ikke det samlede ældreområde, da pleje i eget hjem ikke kan adskilles fra udgifter til institutioner for børn og derfor er udeladt¹⁰.

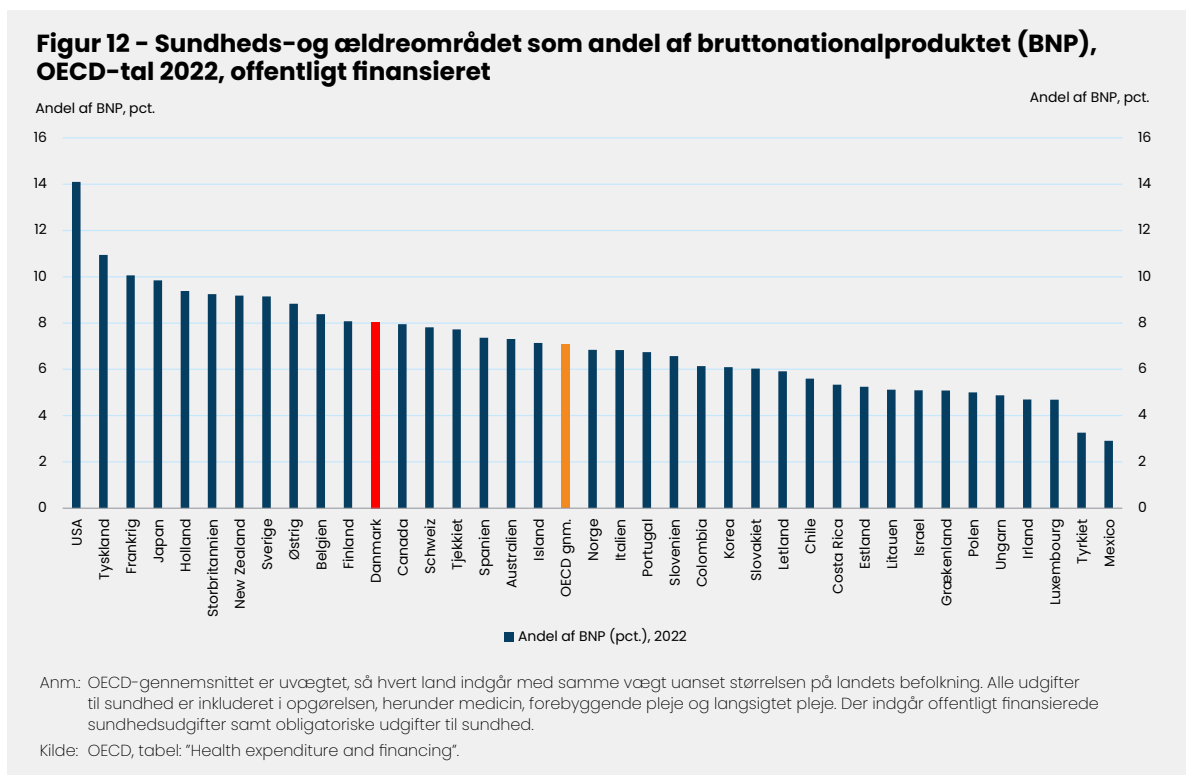
⁹ Bruttoværditilvæksten (BVT) svarer til bruttonationalproduktet (BNP) fratrukket nettoafgifter. BVT angiver således den værdi, der skabes ved økonomisk aktivitet.

¹⁰ Pleje i eget hjem er eksklusive plejebolig med integreret hjemmehjælpsordning.



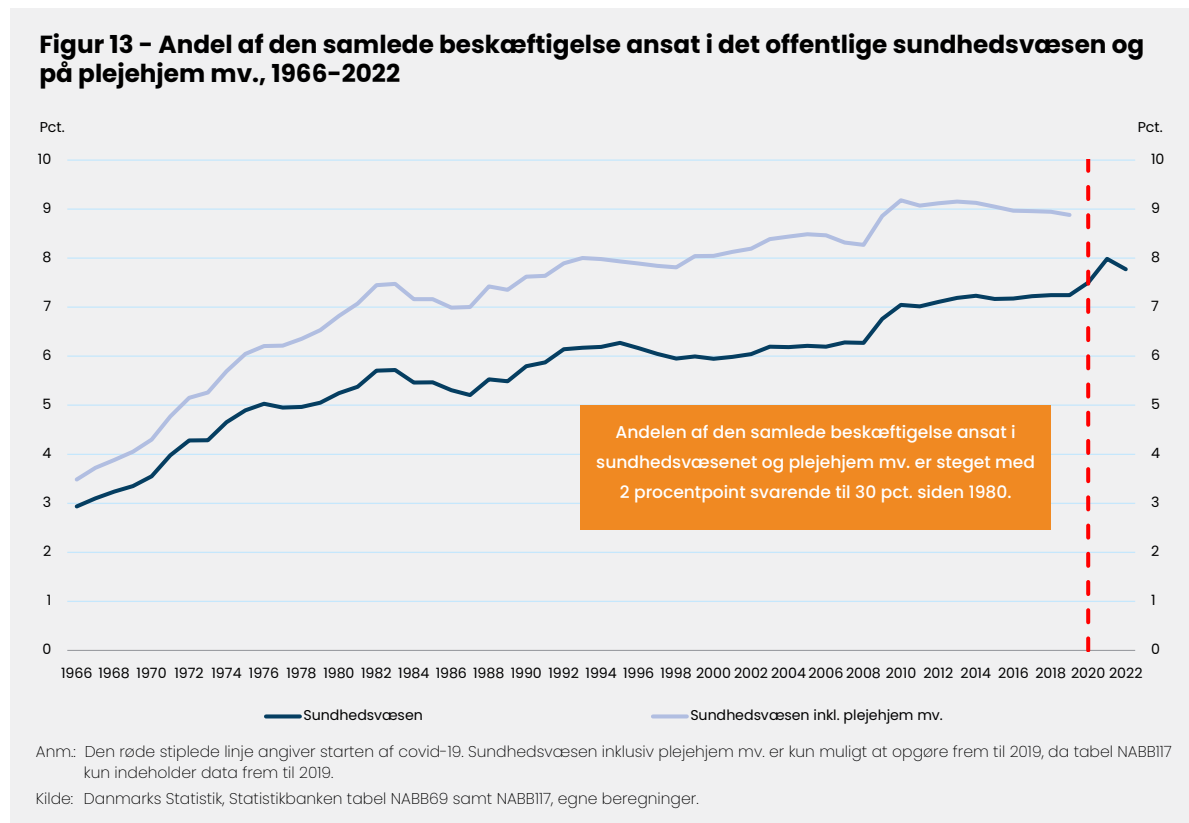
I OECD's internationale sammenligninger bruges en anden afgrænsning af sundhedsområdet, hvor fx hele plejesektoren indgår. OECD-tallene er desuden opgjort i forhold til bruttonationalprodukt (BNP), mens de danske tal er opgjort i forhold til BVT. Det svarer til BNP eksklusiv nettoafgifter. Tallene kan derfor ikke sammenlignes direkte med danske opgørelser.

I OECD's opgørelse anvender Danmark en lidt større andel af BNP på sundhed end gennemsnittet af OECD-lande, men mindre end fx USA, Tyskland og Sverige. Baseret på OECD's opgørelse anvendte Danmark 8,1 pct. af BNP på sundhed, mens OECD-gennemsnittet var på 7,1 pct. i 2022, jf. figur 12.



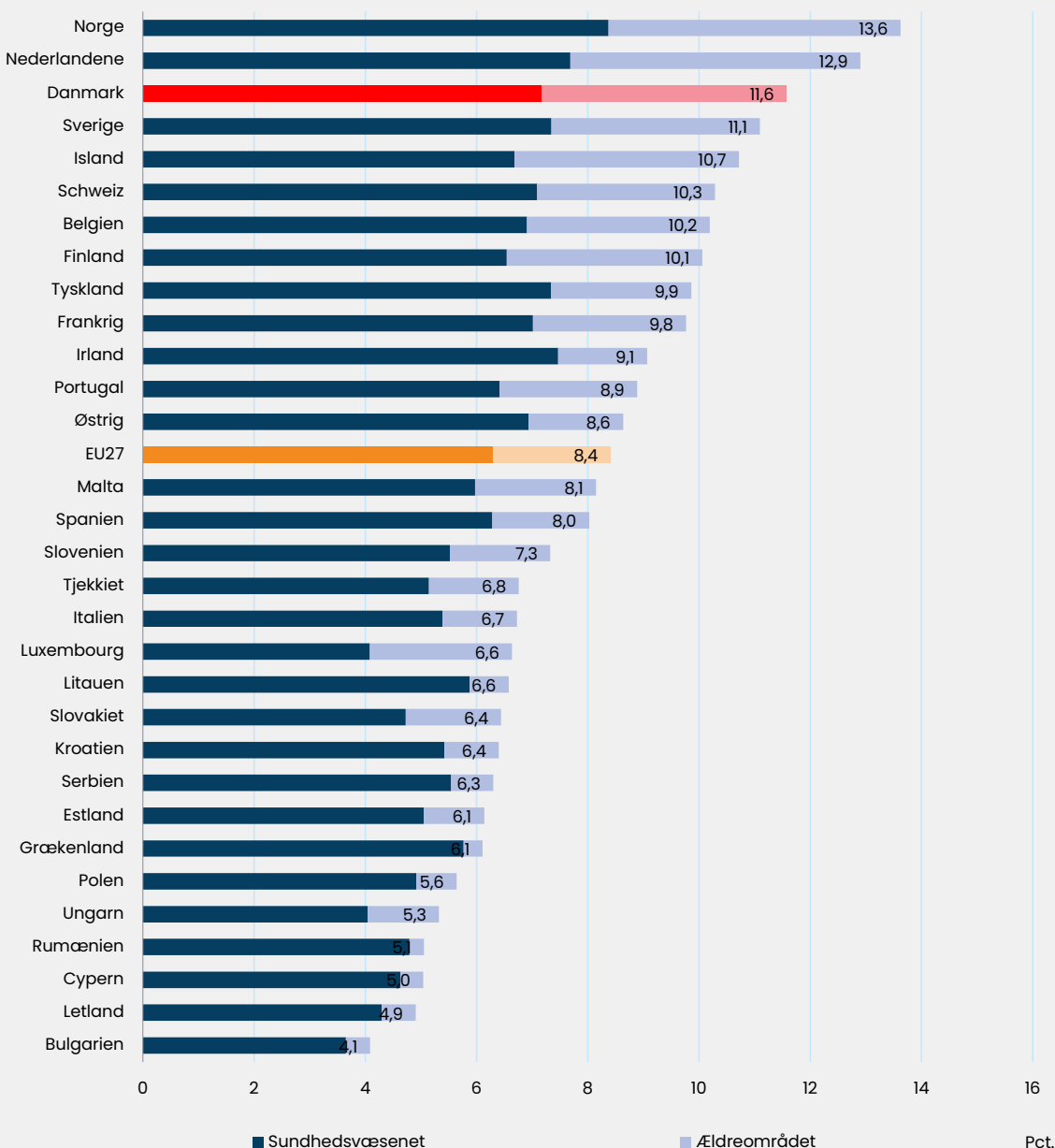
Sundhedsvæsenet og ældreområdet udgør i dag en større andel af den samlede beskæftigelse end tidligere. I dag er næsten 9 pct. af alle i beskæftigelse ansat i sundhedsvæsenet, på

et plejehjem eller på institutioner for personer med psykisk sygdom, handicap mv., mens det i 1980 var knap 7 pct., jf. figur 13.



Sammenlignet med andre lande er andelen, der har beskæftigelse i sundhedsvæsenet og på ældreområdet i Danmark, forholdsvis høj, jf. figur 14. Figuren viser, at sundheds- og ældreområdet udgør 11,6 pct. af den samlede beskæftigelse i Danmark. Det er væsentligt over gennemsnittet for EU på 8,4 pct. Det er således kun Norge og Nederlandene, som anvender en større andel af beskæftigelsen på sundheds- og ældreområdet. Andelen i denne figur afviger en smule fra opgørelsen i figur 13, da privatfinansieret sundhed ikke indgår i figur 13. Bemærk, at hjemmepleje mv. ikke er inkluderet i denne opgørelse.

Figur 14 – Andel af den samlede beskæftigelse ansat i sundhedsvæsenet og ældreområdet i EU og EØS, 2022



Anm: EU-gennemsnittet er uvægtet. Det vil sige hvert land indgår med samme vægt uanset størrelsen på landets befolkning. Der indgår både offentlig- og privatfinansieret sundhed. Omsorgstjenesten er defineret som NACE-kode 87, der omfatter institutionsophold det vil sige fx plejehjemsophold og døgninstitutioner, mens hjemmepleje fx ikke indgår. Det skyldes, at det i Eurostats opgørelser ikke er muligt at inkludere hjemmepleje uden at inkludere hele socialsektoren, hvilket er inklusive børneinstitutioner.

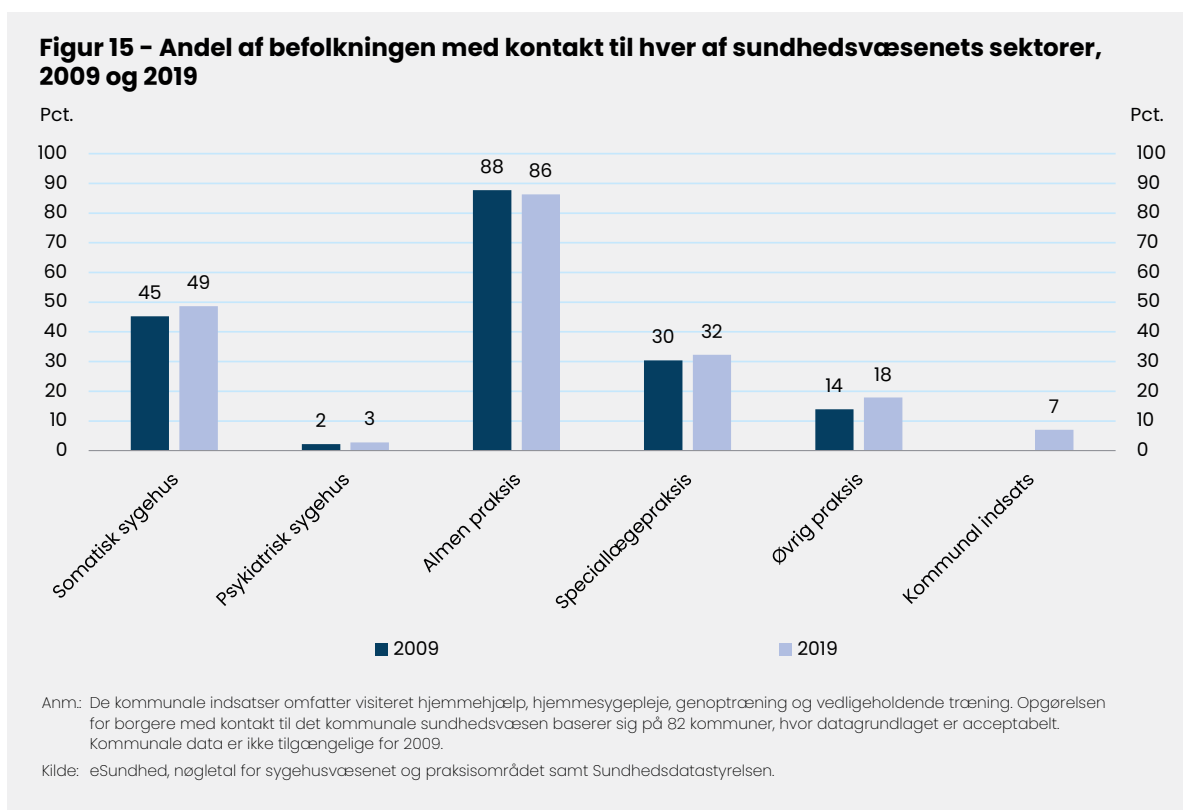
Kilde: Eurostat tabel: "Employment by sex, age and detailed economic activity" (LFS), Egne beregninger.

Vækst i det specialiserede sundhedsvæsen

Befolkningens kontaktmønstre til sundhedsvæsenet har stor betydning for hvilken og hvor stor aktivitet, der er på sundheds- og ældreområdet, og kontaktmønstret har samtidig betydning for aktivitetens specialiseringsniveau. Fx har almen praksis en gatekeeper rolle. De er i mange tilfælde indgangen til sundhedsvæsenet og kan viderehenvise til de mere specialiserede dele af sundhedsvæsenet.

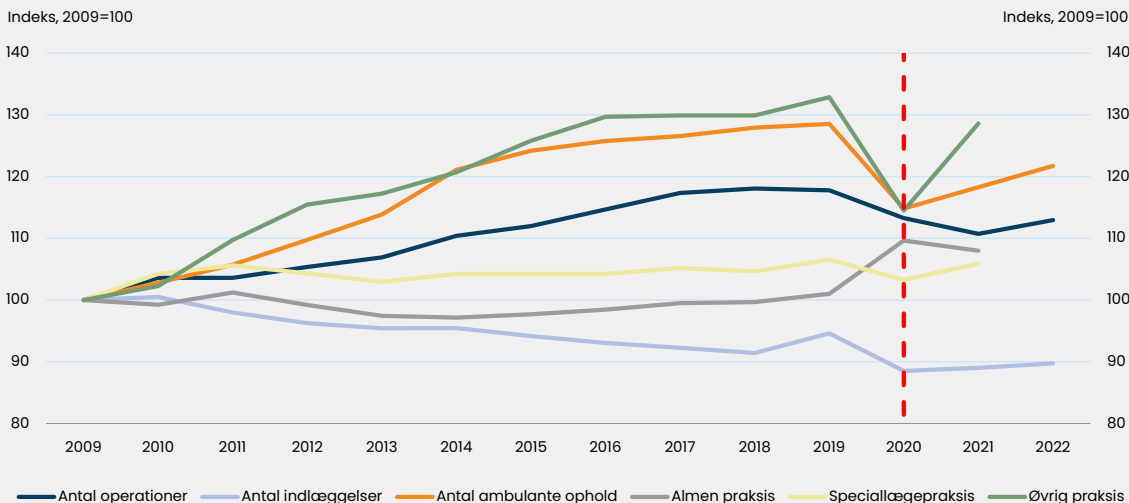
Der er tegn på, at der er sket en mindre bevægelse, hvor en større del af befolkningen har kontakt til det specialiserede sundhedsvæsen end tilfældet var i 2009, jf. figur 15. I samme periode har en mindre andel af befolkningen haft kontakt til almen praksis. Udviklingen skal ses i lyset af, at en del af aktiviteten på sygehusene er omlagt til ambulante aktiviteter, hvilket i udgangspunktet er produktivt fremmende.

Andelen af borgere, der modtager en kommunal indsats, er markant højere for de ældre aldersgrupper, jf. figur A.2 i appendiks 2.



Figur 16 viser udviklingen i antal kontakter til sundhedsvæsenet fra 2009 til 2019. Det fremgår, at antallet af alle typer kontakter til sundhedsvæsenet er steget undtagen indlæggelser, jf. figur 16. Der har i perioden været et ændret kontaktmønster med flere ambulante kontakter særligt i sygehusvæsenet og den øvrige praksissektor, og flere kontakter til speciallægepraksis og almen praksis. Tallene fra 2020 og frem er påvirkede af covid-19. Det kan forklare faldet i ambulante kontakter på sygehusene og stigningen i antal kontakter i almen praksis i forhold til årene lige op til pandemien.

Udviklingen skal ses i lyset af, at der er stor forskel på typerne af kontakt i forhold til fx længde, intensitet, ressourcetræk mv., som gør dem svære at sammenligne direkte. En indlæggelse kan fx være et indlæggelsesforløb på mange dage, mens en kontakt hos almen praksis fx kan være en telefonkonsultation. Udviklingen, hvor indlæggelser erstattes med ambulante kontakter, er med til at øge sundhedsvæsenets effektivitet. Det skyldes, at der sker en substitution mod behandling til det lavest påkrævede specialiseringsniveau, som er mindre ressourcintensivt. Det kan betyde, at antallet af kontakter øges, mens ressourcforbruget samlet set reduceres.

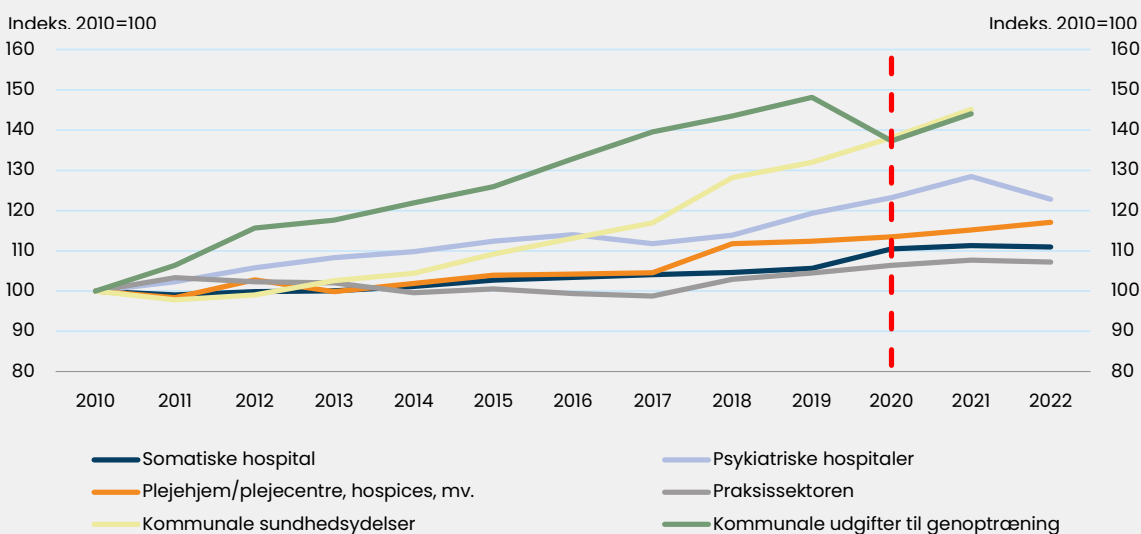
Figur 16 - Indeks for antal kontakter til sundhedsvæsenet, 2009-2022, sektorfordelt

Anm.: Den røde stiplede linje angiver starten af covid-19. Der er afgrænset til aktivitet, der er offentligt finansieret, det vil sige, at alle kontakter i opholdet er offentligt finansieret. Der er derudover afgrænset til personer med dansk bopæl. Der er databrud i 2019 på grund af overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3). Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med varsomhed. Opgørelser vedrørende aktivitetsåret 2020 og 2021 kan være påvirkede af covid-19. Opgørelser vedrørende hospitalsaktivitet i 2021 kan være påvirkede af sygeplejerskestrejken. I 2014 blev 1813 indført i Region Hovedsta den som afløsning for vagtlægeordningen. Fysisk kontakt til 1813 er en del af sygehusvæsenet i opgørelsen (ambulant ophold), hvor imod øvrig fysisk kontakt til vagtlægeordningen er en del af almen praksis. Sammenligninger af tal for 2014 og frem med tal for årene før, skal derfor foretages med varsomhed.

Kilde: Data for "Antal operationer i alt", "Antal indlæggelser" og "Antal ambulante ophold" er fra Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023 fra Sundhedsdatastyrelsen. Øvrige data er fra eSundhed, Nøgletal for sygehusvæsenet og praksissektoren.

Udgifterne er vokset i alle dele af sundheds- og ældreområdet siden 2010, mens den relative vækst har været størst for de kommunale sundheds- og genoptræningsindsatser samt de psykiatriske sygehuse, jf. figur 17.

I kommunerne går 84 pct. af udgifterne på sundheds- og ældreområdet til ældreområdet, jf. figur A1.a i appendiks 2. Hjemmehjælp og plejehjem udgør langt den største udgift.

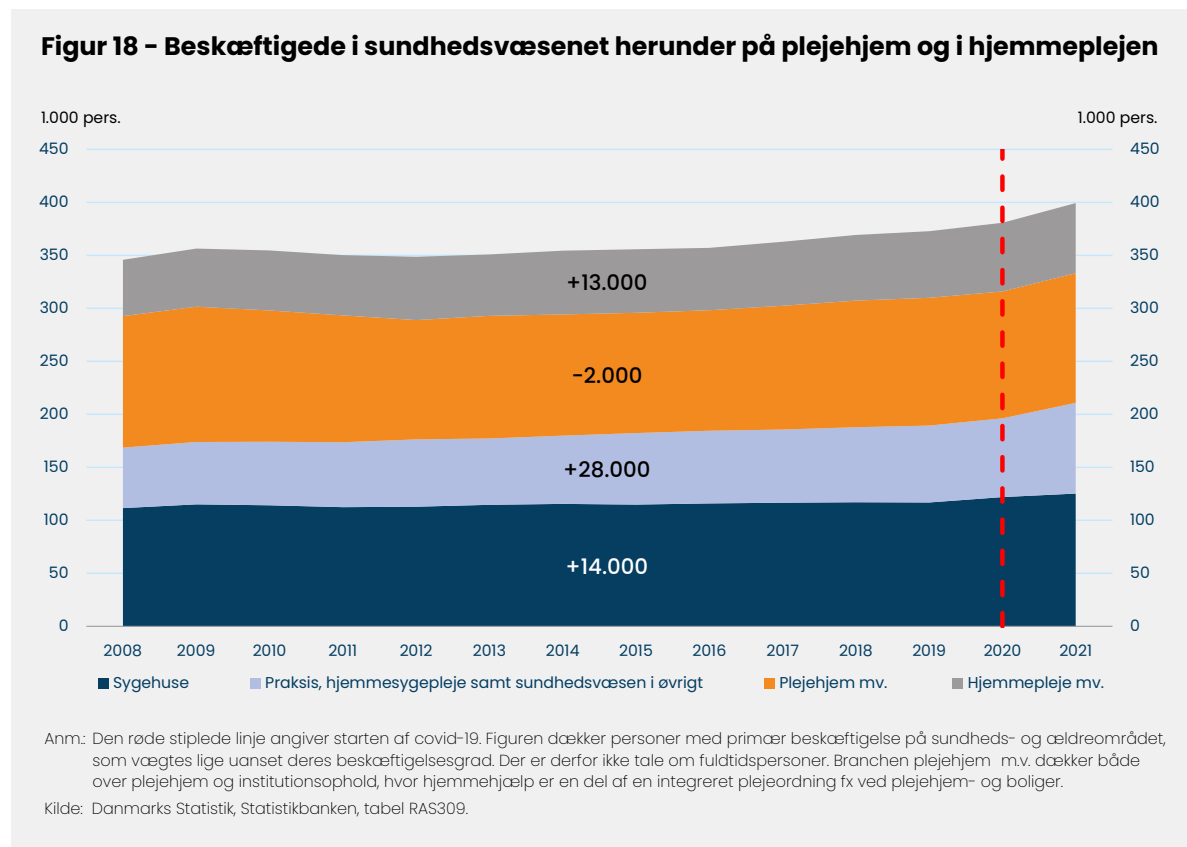
Figur 17 - Indeks for sundhedsudgifter for udvalgte aktører, 2010-2022

Anm.: Den røde stiplede linje angiver starten af covid-19. Kilden dækker forbrugsudgifter til sundhed opgjort i faste 2023-priser. Sundhed følger OECDs definition af sundhedsforbrugsudgifter SHA. Udgifter til hospital dækker både indlæggelser samt ambulant aktivitet på hospitaler. Praksissektoren dækker over almen praksis, speciallægepraksis og praktiserende psykiatere. Kommunale sundhedsydelse dækker bl.a. over skole- og børnetandpleje, kommunalhjemmesygepleje, dagpenge under sygdom og andre kommunale sygesikringsfunktioner. Kommunale udgifter er kun muligt at opgøre frem til 2021, da tabel ESSPROS1 kun går frem til 2021.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel SHA1 og ESSPROS1, egne beregninger.

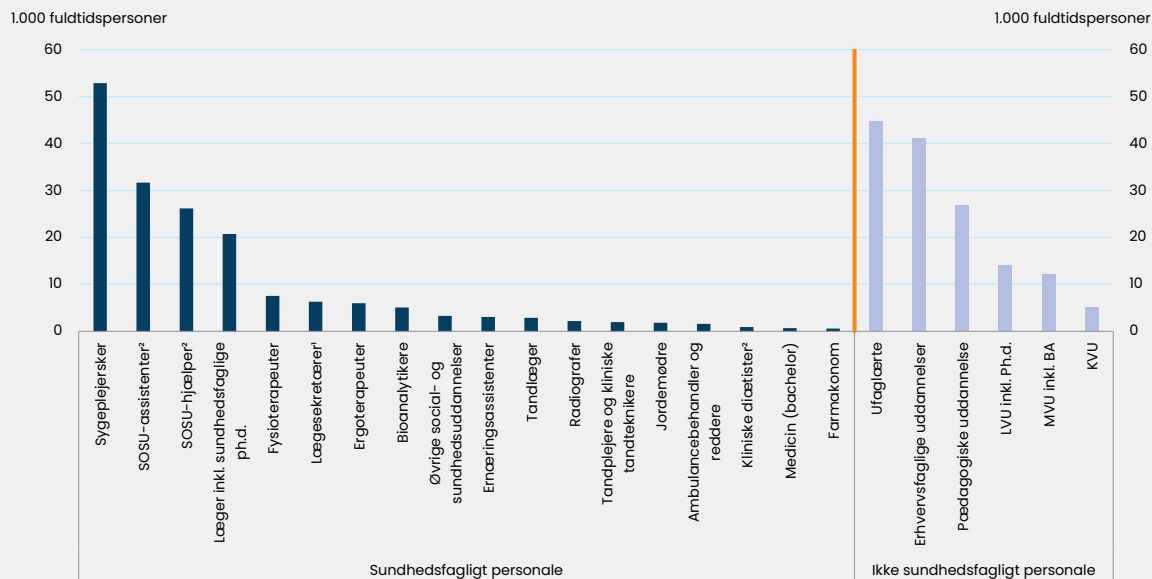
Knap 400.000 personer har deres primære beskæftigelse i sundhedsvæsenet eller på ældreområdet. Halvdelen er beskæftiget på sygehuse, i den kommunale sygepleje eller i praksis, og halvdelen på ældreområdet mv., herunder på plejehjem, i hjemmeplejen eller i andre typer institutionsophold med sygepleje.

Over de sidste 15 år er antallet af beskæftigede steget med mere end 50.000 personer, hvilket svarer til en stigning på 15 pct., *jf. figur 18*. Stigningen ses særligt på praksisområdet og den kommunale sygepleje. Fra 2020 til 2021 er antallet af beskæftigede næsten fordoblet i gruppen "sundhedsvæsenet i øvrigt" til 22.000, hvilket må formodes at hænge sammen med covid-19.



De store personalegrupper er vokset mest

Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt læger er de største sundhedsfaglige personalegrupper på sundheds- og ældreområdet, *jf. figur 19*. Derudover er der en række mindre personalegrupper, som fx radiografer, fodterapeuter, kiropraktorer, ernæringsassistenter. Der er også store grupper uden en sundhedsfaglig uddannelse fx ufaglærte og personer med en pædagogisk eller øvrig erhvervsfaglig uddannelse.

Figur 19 - Personalegrupper i sundhedsvæsenet og ældreplejen, fuldtidspersoner, 2021

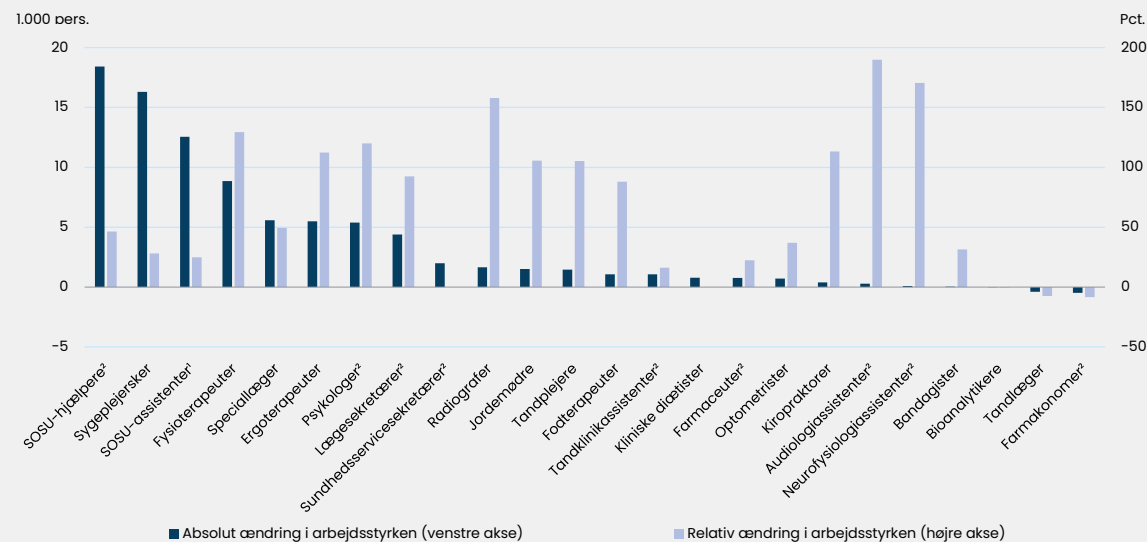
Anm.: LVU: Lang videregående uddannelse, MVU: Mellemlang videregående uddannelse. Gruppen inkluderer også personer, der har gennemført en akademisk bacheloruddannelse, som deres højst fuldførte uddannelse, KVU: Kort videregående uddannelse.

¹Gruppen af lægeselektriker tæller også sundhedsservicesekretærer.

²Gruppen af kliniske diætister omfatter også professionsbachelorer i ernæring og sundhed, mens social- og sundhedsassistenter og -hjælpere inkluderer de ophørte uddannelser til plejehjemsassistent, beskæftigelsesvejleder, plejer og sygehjælper.

Kilde: Lovmodellen, egne beregninger

De absolutte stigninger i antallet af sundhedspersonale har været størst for social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, læger og fysio- og ergoterapeuter, jf. figur 20. Det er kun antallet af farmakonømr og tandlæger i arbejdsstyrken, der er blevet mindre siden 2000.

Figur 20 - Ændring i sundhedspersonale i arbejdsstyrken fra 2000 til 2020

Anm.: Opgørelsen dækker personer i arbejdsstyrken, det vil sige ledige og personer i beskæftigelse. Der er dermed ikke tale om fuldtidspersoner. Ændringen i arbejdsstyrken afspejler ikke nødvendigvis en ændring i hvor mange i faggrupperne, der er beskæftiget på sundheds- og ældreområderne. Sundhedsfaglige grupper, hvor der i 2020 er færre end 1.000 personer i arbejdsstyrken indgår ikke i opgørelsen.

¹ Uddannelserne til beskæftigelsesvejleder, plejer, plejehjemsassistent og sygehjælper blev nedlagt i 1990, hvor uddannelsen til social- og sundhedsassistent erstattede disse. De indgår derfor alle under gruppen af social- og sundhedsassistenter. Den relative ændring for sundhedsservicesekretærer vises ikke, da uddannelsen først trådte i kraft i 2005. Tilvæksten i denne faggruppe svarer dermed til hele gruppens størrelse.

² Autoriseres ikke af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Den relative ændring er udeladt for de kliniske diætister, da uddannelsen og personalegruppen har ændret definition i perioden.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsen.

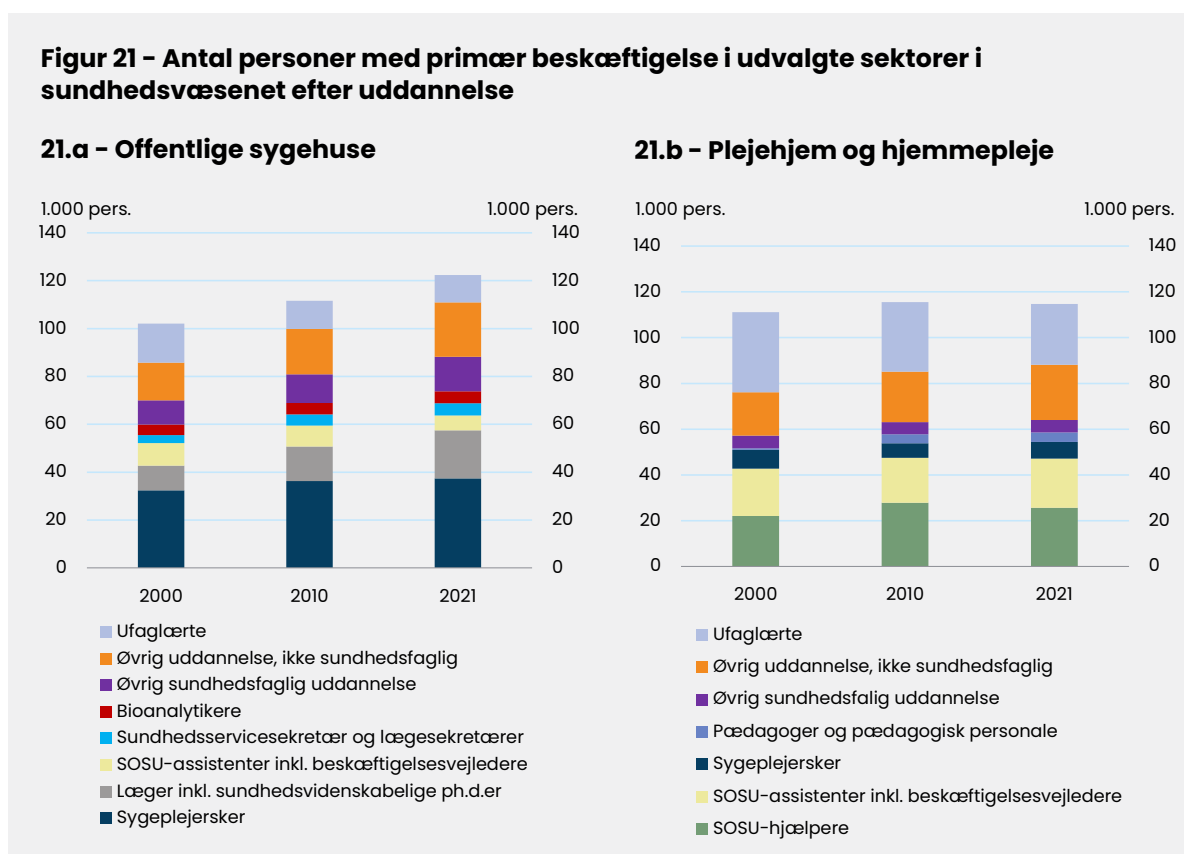
Hvis den samlede vækst i personale på sundheds- og ældreområdet opdeles, fremgår det, at væksten har været størst på de offentlige sygehuse, *jf. figur 18*. Hvis der opdeles både på sektor og faggruppe, ses det, om ændringen særligt skyldes vækst i bestemte faggrupper, og hvor faggrupperne søger hen.

På de offentlige sygehuse er der sket den største absolutte stigning i antallet af personale, hvor der er blevet ansat over 20.000 flere personer fra 2000 til 2021, *jf. figur 21.a*. Stigningen er bl.a. drevet af ca. 10.000 flere læger, således at der er dobbelt så mange læger ansat på offentlige sygehuse i 2021 i forhold til i 2000.

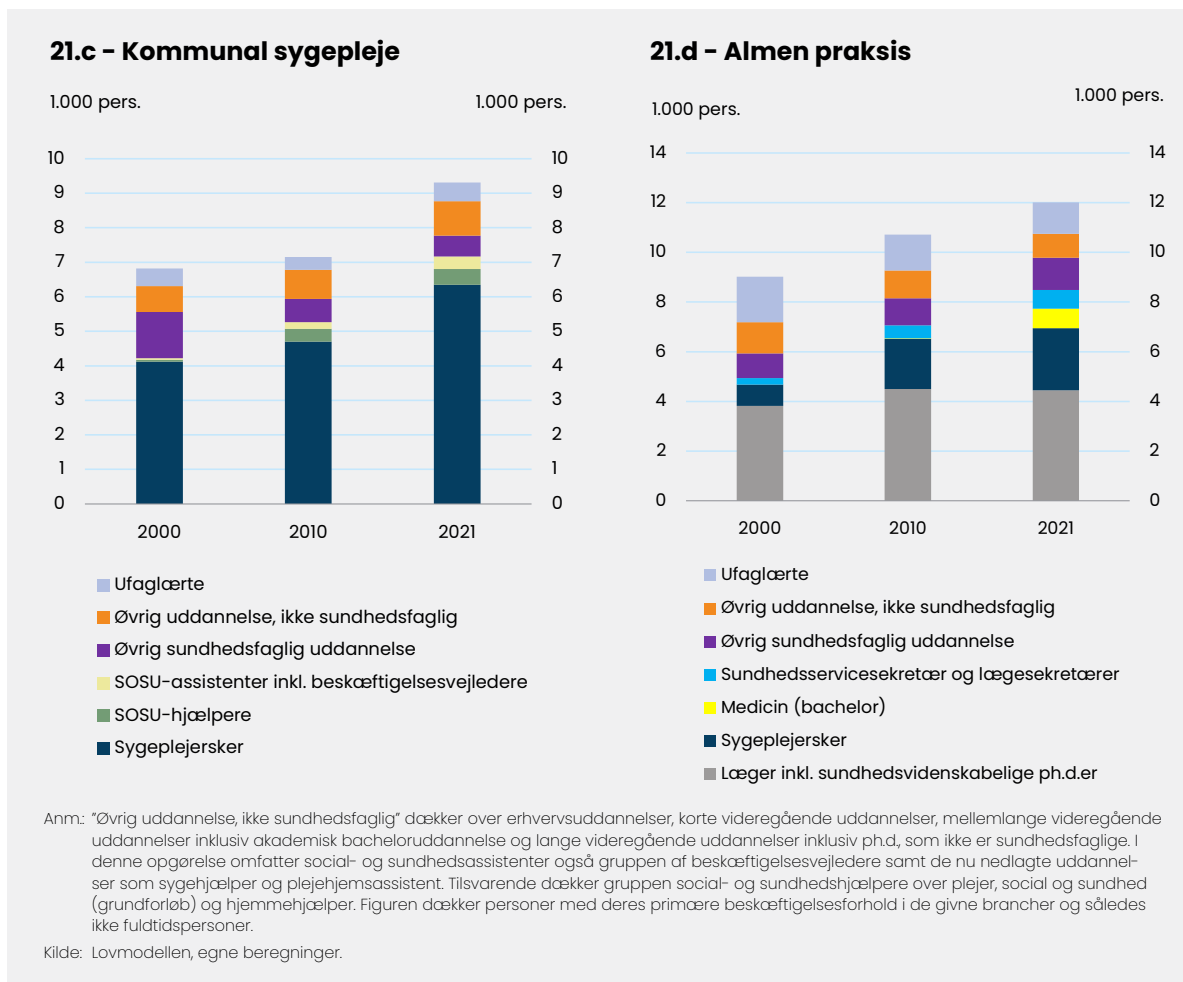
På plejehjem og i hjemmeplejen er der ikke blevet ansat flere medarbejdere, men fordelingen har ændret sig med 25 pct. færre ufaglærte og bl.a. flere pædagoger, social- og sundheds-hjælper og -assistenter.

Der er kommet flere sygeplejersker, og stigningen har primært været på de offentlige sygehuse, men i stigende grad også i den kommunale hjemmesygepleje¹¹ samt i almen praksis. De øvrige faggrupper på de offentlige sygehuse er samlet set vokset mere end sygeplejerskerne, så andelen af sygeplejersker her er mindre i 2021 end den var i 2000.

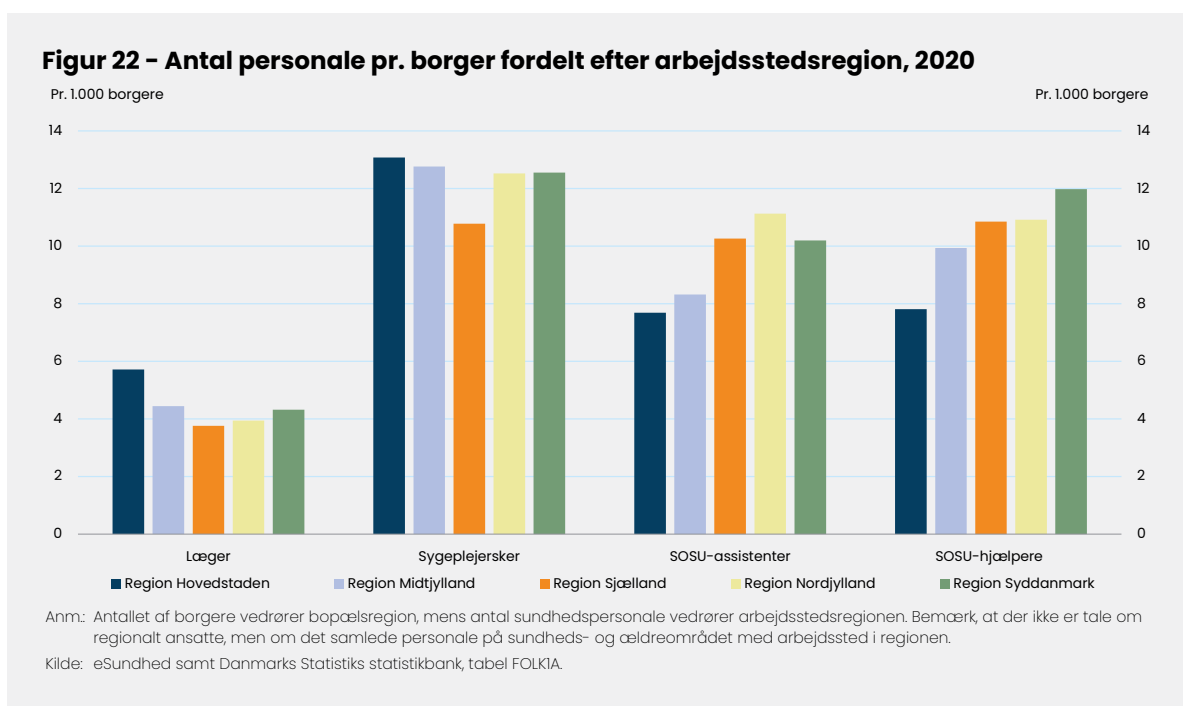
På tværs af de viste sektorer er antallet af ufaglærte i beskæftigelse faldet. Omvendt er den øvrige gruppe af personer uden en sundhedsfaglig uddannelse steget på de offentlige sygehuse samt på plejehjem og i hjemmeplejen.



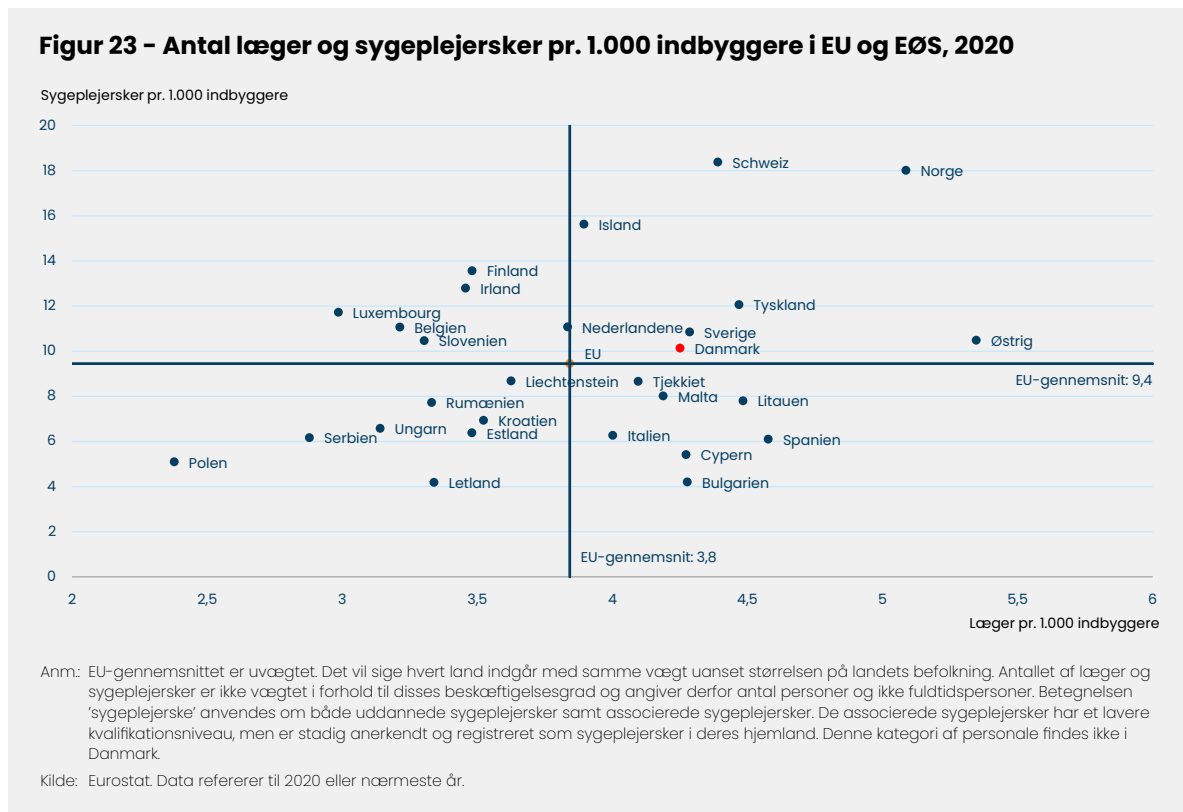
¹¹ Hjemmesygepleje har d. 1. juli 2023 ændret betegnelse til kommunal sygepleje.



Opgjort på tværs af sektorer efter arbejdssted har Region Hovedstaden og Region Midtjylland et forholdsvis højt antal læger og sygeplejersker pr. borger og et forholdsvis lavt antal social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, mens det modsatte fx er tilfældet for Region Sjælland. Det kan afspejle forhold som placering af store universitetssygehuse og rekrutteringsudfordringer, som forklarer ubalance i fx lægegruppen, mens forskelle i befolkningssammensætningen med flere ældre kan forklare forskelle i social- og sundhedshjælpere og -assistenter.

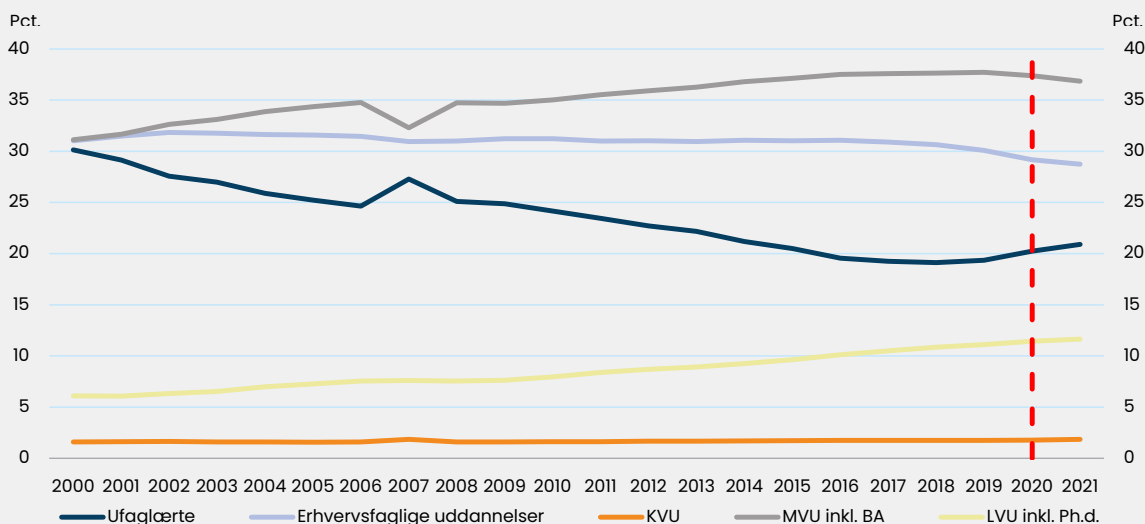


I forhold til de andre EU-lande ligger Danmark over gennemsnittet for antal læger og sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere. Danmark har fx 4,3 læger pr. 1.000 indbyggere, mens EU-gennemsnittet er 3,8. Danmark ligger nogenlunde på niveau med Sverige og Island, men har færre læger end fx Østrig og Norge. Tilsvarende har Danmark 10,1 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere, hvilket er højere end EU-gennemsnittet på 9,4, men lavere end mange andre EU- og EØS-lande fx Norge, Island og Finland, *jf. figur 23*. Opgørelsen skal tages med forbehold for, bl.a. hvilke faggrupper, der varetager hvilke opgaver på tværs af landene.



Færre ufaglærte og flere med mellemlange og lange sundhedsuddannelser

I 2019 havde hver fjerde medarbejder i sundhedsvæsenet en lang videregående uddannelse, mens det var hver femte medarbejder i 2008. Omvendt havde hver tiende medarbejder i 2019 ikke færdiggjort en uddannelse, mens det i 2008 var hver syvende medarbejder, *jf. figur 24*. Det kan fx skyldes, at støttepersonale over en længere årrække er blevet reduceret, at sundhedsvæsenet er blevet mere specialiseret, og at det generelle uddannelsesniveau i befolkningen er steget. Stigningen af ufaglærte i 2020 og 2021 kan forklares ved opgaver som podning, vaccination eller i støttefunktioner fx husassistenter i forbindelse med covid-19.

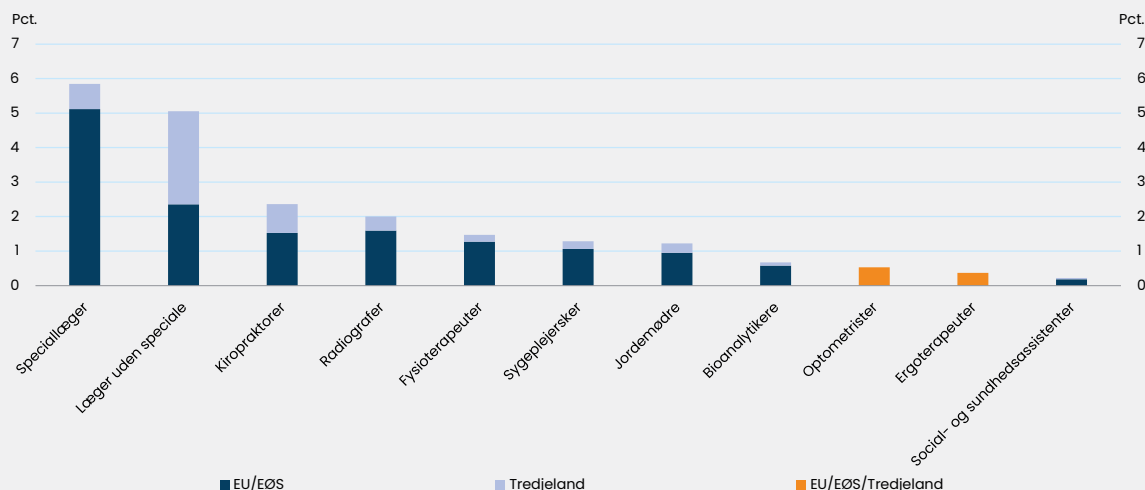
Figur 24 - Uddannelsesniveaue for ansatte i sundhedsvæsenet og ældreplejen, andele

Anm: Den røde stiplede linje angiver starten af covid-19. Ufaglærte dækker i opgørelsen over personer, der højst har gennemført grundskolen, en gymnasial uddannelse eller ikke har nogen uddannelsesoplysninger. Det betyder, at gruppen af ufaglærte også tæller studerende på sundhedsfaglige uddannelser, som ikke har gennemført en uddannelse fx medicinstuderende på bacheloruddannelsen, social- og sundhedsselever mv. LVU: Lang videregående uddannelse, MVU: Mellemlang videregående uddannelse. Gruppen inkluderer også personer, der har gennemført en akademisk bacheloruddannelse, som deres højst fuldførte uddannelse, KVU: Kort videregående uddannelse. Data for 2007 er med forbehold pga. databrud i forbindelse med etablering af regionerne og de nye kommuner.

Kilde: Lovmodellen, egne beregninger.

Udenlandske sundhedspersoner udgør en lille del af sundhedspersonalet

Bortset fra i lægegruppen udgør udenlandske sundhedspersoner¹² i dag en meget begrænset andel af det autoriserede sundhedspersonale i arbejdsstyrken, jf. figur 25. Størstedelen af de udenlandske sundhedspersoner kommer fra EU- og EØS-lande. De ganske få udenlandske social- og sundhedsassistenter skal bl.a. ses i lyset af, at ansøgere fra både EU/EØS-lande og tredjelande meget sjældent har en uddannelse, der kan sidestilles med den danske social- og sundhedsassistentuddannelse.

Figur 25 - Udenlandske sundhedspersoner fordelt på faggrupper, 2020

Anm: Opgørelsen dækker over autoriseret sundhedspersonale i arbejdsstyrken i 2020. Personer defineres som udenlandske sundhedspersoner, hvis de har taget deres uddannelse i udlandet, har udenlandsk statsborgerskab og ikke er efterkommere. De faggrupper, hvor der ikke er udenlandske sundhedspersoner, er udeladt. Efter sin udtræden af EU indgår Storbritannien under gruppen af tredjelande. Storbritannien er også henført til gruppen af tredjelande i årene før udtræden.

Kilde: Bevægelsesregisteret, egne beregninger.

¹² Udenlandske sundhedspersoner forstås her som autoriserede sundhedspersoner, der både er uddannet i udlandet og har udenlandsk statsborgerskab. Personer bosat i Danmark, og som er efterkommere af forældre født i udlandet, indgår her ikke i opgørelsen af udenlandske sundhedspersoner. Bemærk at definitionen afviger fra den definition, der anvendes i afsnittet om tilknytning og rekruttering af udenlandsk arbejdskraft på side 98.

Danmark ligger betydeligt under OECD-gennemsnittet for andelen af læger og sygeplejersker, der er uddannet i udlandet, *jf. figur A.3 og A.4 i appendiks 2.*

Blandt personer, der fuldførte social- og sundhedsuddannelserne i Danmark i 2022, var ca. 35 pct. af social- og sundhedshjælperne og ca. 20 pct. af social- og sundhedsassistenterne udenlandske statsborgere, *jf. figur A.5.a i appendiks 2.* Størstedelen af de udenlandske statsborgere på social- og sundhedsuddannelserne er fra tredjelande. Blandt nyuddannede læger var 9 pct. udenlandske statsborgere, hvoraf størstedelen var fra Norden. Blandt nyuddannede sygeplejersker var 5 pct. udenlandske statsborgere, *jf. figur A.5.b i appendiks 2.*

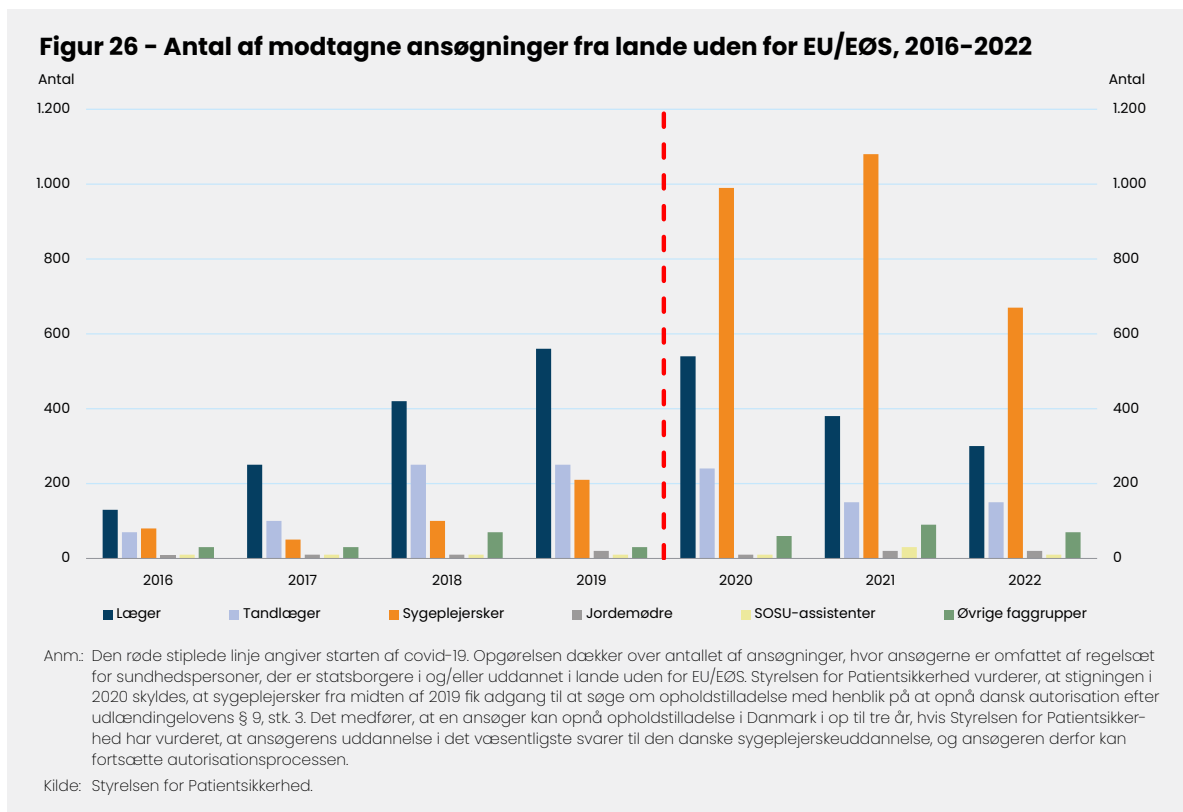
Efter fem år var omkring 20 pct. af de udenlandske læger og sygeplejersker, der blev autoriseret i perioden 2016–2021, rejst ud af landet igen, *jf. figur A.6 i appendiks 2.* Knap 30 pct. af lægerne fra Norden var udvandret efter fem år, mens ca. 20 pct. af lægerne fra det øvrige EU/EØS og kun 4 pct. af lægerne fra tredjelande var udvandret efter fem år. Det skal bemærkes, at nogle udenlandske sundhedspersoner særligt læger ansættes gennem forskerordningen.

Kravene for ansøgere fra EU/EØS er væsentligt simplere end kravene for ansøgere fra tredjelande. Det skyldes bl.a. standardiserede uddannelseskra­v til brug for gensidig anerkendelse af visse uddannelser mellem EU-landene, der er med til at sikre overholdelse af EU's krav om fri bevægelighed af arbejdskraft.

For læger og sygeplejersker fra tredjelande, der opnåede autorisation i 2021, tog det i gennemsnit henholdsvis fire år og ti måneder og to år og ti måneder at opnå dansk autorisation, mens det typisk tager tre til fire måneder, fra en ansøger fra et EU/EØS-land har indsendt en fuldt dokumenteret ansøgning, til sundhedspersonen meddeles dansk autorisation.

Der var ca. 50 ansøgere til autorisation som sygeplejerske i 2017 og ca. 100 ansøgere i 2018. Heraf fik henholdsvis ca. 20 pct. og ca. 25 pct. autorisation. Indtil 2020 var antallet af ansøgere højest blandt læger. Der er generelt få ansøgere om autorisation blandt jordemødre og social- og sundhedsassistenter. For begge faggrupper har det gennemsnitlige antal ansøgninger været ca. ti om året i perioden 2016–2021. Det kan hænge sammen med, at jordemødre og social- og sundhedsassistenter fra lande uden for EU/EØS ikke har mulighed for at opnå opholdstilladelse med henblik på at opnå en dansk autorisation på samme måde, som læger, tandlæger og sygeplejersker har.

De seneste år er der sket en stor stigning i antallet af modtagne ansøgninger fra lande uden for EU/EØS, *jf. figur 26.* Udviklingen drives primært af sygeplejersker fra tredjelande, som siden juni 2019 har haft mulighed for at opnå opholdstilladelse under autorisationsprocessen, hvis det vurderes, at ansøgerens uddannelse i det væsentligste svarer til den danske sygeplejerskeuddannelse. I 2019 søgte omkring 200 fra tredjelande om autorisation som sygeplejerske, mens det i 2020 og 2021 var omkring 1.000, hvoraf mere end 60 pct. var uddannet i Iran.

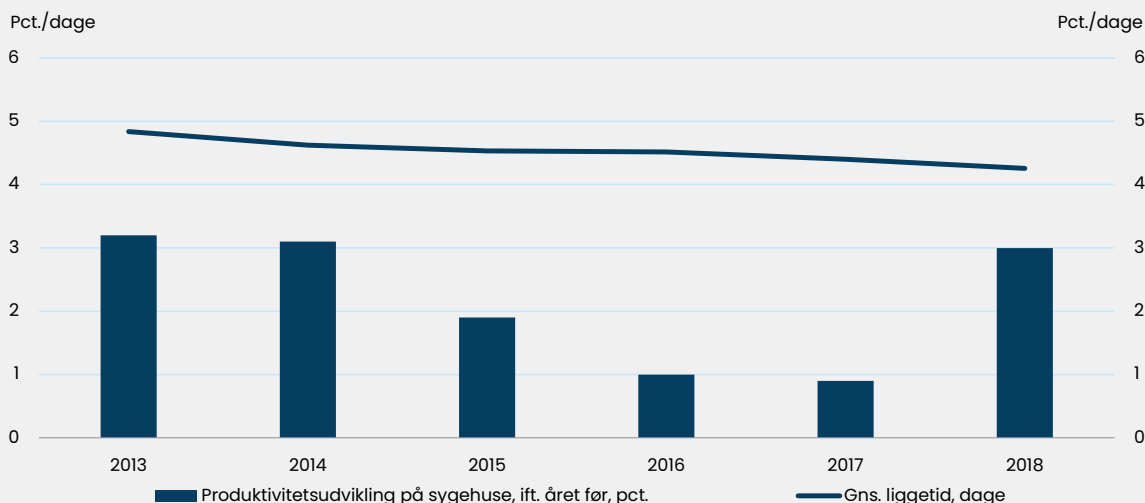


Produktiviteten på sygehusene er øget

Produktiviteten er et mål for, hvor meget der bliver produceret relativt til de anvendte ressourcer. Målet er således afhængigt af, hvordan aktivitet og ressourcer opgøres. Produktivetsopgørelser er forbundet med usikkerhed, da det fx er vanskeligt at tage højde for ændringer i kompleksiteten af opgaverne over tid eller en ændret arbejdsdeling mellem de forskellige sektorer i sundheds- og ældreområdet. Produktiviteten på sygehusene opgøres ofte som udviklingen i den korrigerede produktionsværdi på de offentlige sygehuse relativt til driftsudgifterne¹³. I perioden 2013 til 2018 har der været betydelige produktivetsstigninger på de danske sygehuse, jf. figur 27.

Da der i alle år har været stigninger i produktiviteten, indikerer det, at man på sygehusene for de samme ressourcer har kunnet producere mere og mere sundhed. I samme periode er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet med 12 pct., hvilket ligeledes kan indikere, at sundhedsvæsenet er blevet mere effektivt i perioden og har omstillet til mere ambulante behandling.

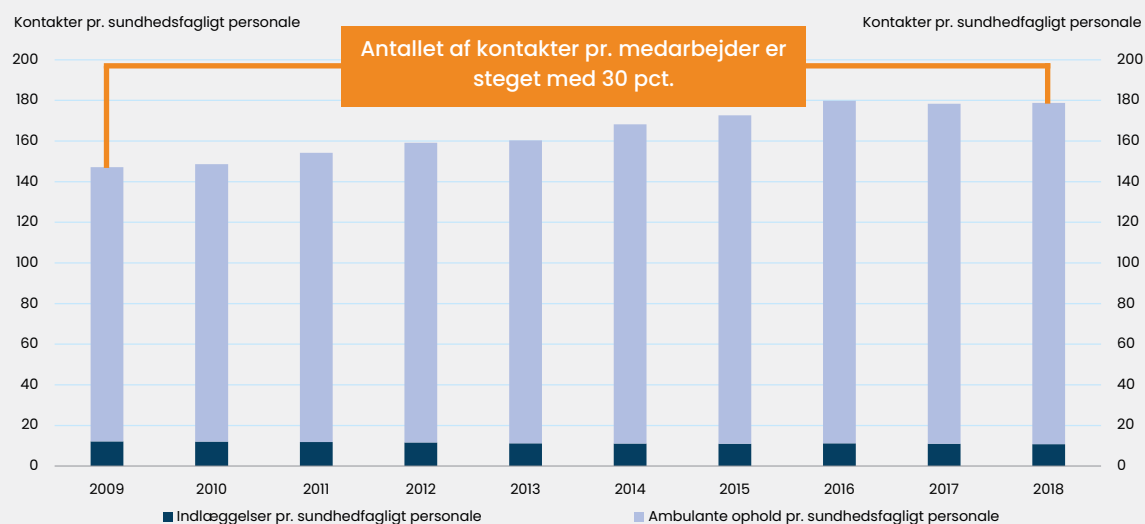
¹³ Sundhedsdatastyrelsen. 2021. Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren.

Figur 27 - Udvikling i produktiviteten på sygehusene samt udviklingen i den gennemsnitlige liggetid på de somatiske sygehuse, 2013-2018

Anm: Produktivetsniveauet opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede, tilrettede driftsudgifter målt i forhold til landsgennemsnittet. Værdien af sygehusenes aktivitet måles ved en DRG-produktionsværdi, som tager hensyn til, hvor ressourcekrævende behandlingen af den enkelte patient er. Denne værdi korrigeres for forbrug af medicin på ambulante afdelinger og for forskelle i organisering på sygehusene. Driftsudgifterne korrigeres ved at ekskludere udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling fx huslejeudgifter, internt finansieret forskning og udgifter til medicin på ambulante afdelinger.

Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Samtidig med at den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet, er antal årlige kontakter pr. fuldtidsmedarbejder på de offentlige sygehuse steget med 21 pct. fra 2009 til 2018, *jf. figur 28*. Kontakter inkluderer både ambulante kontakter og indlæggelser. Det kan i lyset af stigninger i produktionsværdien indikere, at den enkelte medarbejder i perioden er blevet mere produktiv. Omstillingen til mere ambulante behandling har dog også betydet et ændret opgaveindhold for personalet.

Figur 28 - Antal årlige kontakter (indlæggelser samt ambulante ophold) i sygehusvæsenet pr. sundhedsfaglig fuldtidsmedarbejder

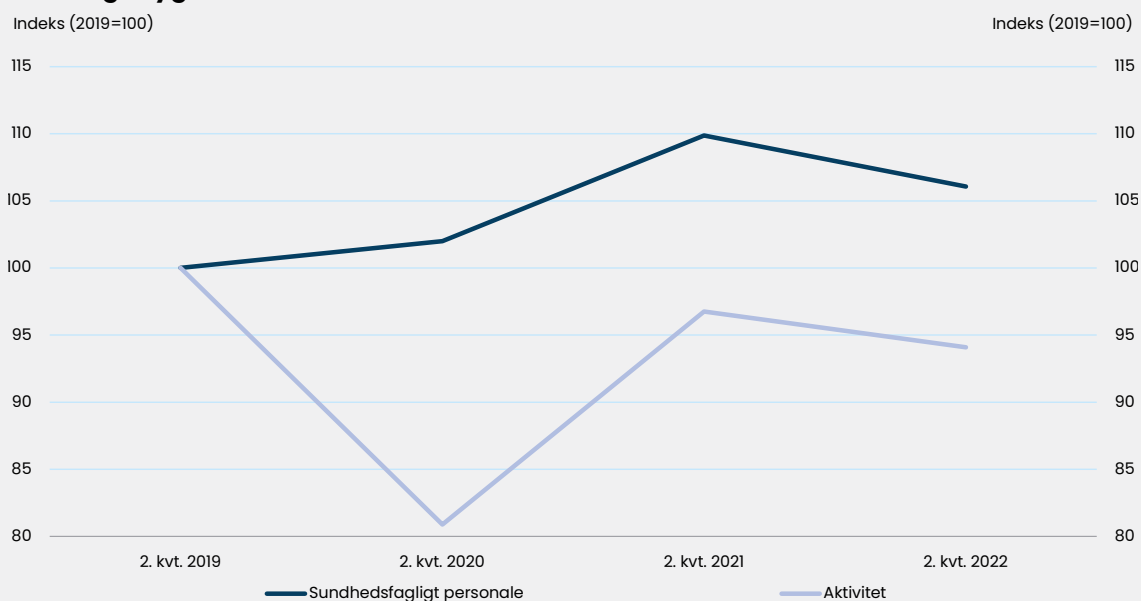
Anm: I figuren indgår ikke oplysninger for 2019, 2020 og 2021, da disse er påvirket af databrud på grund af overgang til LPR3 samt covid-19 og derfor er vanskelige at sammenligne med årene før 2019. Ambulante ophold er defineret som ophold på under 12 timer. Opgørelsen er foretaget som antal kontakter pr. fuldtidsårsværk med en sundhedsfaglig uddannelse.

Kilde: Egne beregninger på opgørelser fra [eSundhed.dk](https://www.esundhed.dk) samt Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Siden 2019 er der kommet mere personale på sygehusene, samtidig med at den opgjorte aktivitet er faldet, hvilket tyder på et produktivetsfald, *jf. figur 29*. Aktivitetsfaldet afspejles både i antallet af operationer, antallet af ambulante kontakter og antal indlæggelser. Udviklingen i de seneste år skal bl.a. ses i lyset af ændrede opgaver og aktiviteter under covid-19 samt konflikten på sygeplejerskeområdet.

Produktiviteten er her ikke opgjort for de kommunale sundhedsindsatser og for praksisområdet.

Figur 29 - Indeks over udvikling i antal sundhedsfagligt personale og aktiviteten på de offentlige sygehuse, 2019-2022

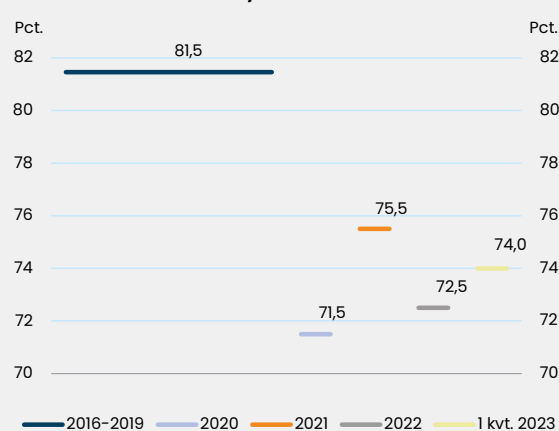


Anm: Aktiviteten er opgjort som summen af antal operationer, antal ambulante kontakter og antal indlæggelser. Sundhedsfagligt personale dækker over ansatte på offentlige sygehuse. Figuren dækker sundhedsfaglige fuldtidsårsværk, der er beskæftiget på de offentlige sygehuse
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret samt KRL

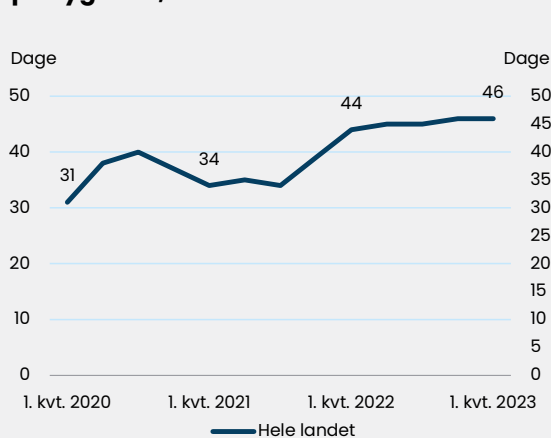
De aktuelle udfordringer giver længere ventelister

Rekrutteringsudfordringerne på sundhedsområdet samt den store opgave med at afvikle behandlingsefterslæb efter covid-19 og konflikten på sygeplejerskeområdet har skabt udfordringer med længere ventetider, særligt til planlagte kirurgiske indgreb. Andelen af forløb, hvor udredningsretten er overholdt, ligger under niveau i forhold til perioden inden covid-19, og ventetid til somatisk behandling på sygehus har ligget højt gennem 2022 og ind i 2023, jf. figur 30.a og 30.b.

Figur 30.a - Andel forløb hvor udredningsretten er overholdt, somatikken



Figur 49.b - Ventetid i dage til behandling på sygehus, somatikken



Anm: Figur 30.a: Årligt gennemsnit for andelen af forløb, hvor udredningsretten er overholdt. På grund af overgangen til LPR3 er der kun data for 3. og 4. kvartal i 2019. Efter overgangen til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022) er tallene for Region Nordjylland for særligt 2-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.
Figur 30.b: Ventetiden er opgjort i gennemsnitlig antal dage fra patienten er endeligt udredt til færdigbehandlet.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientregisteret pr. maj 2023.

Øget digitalisering og brug af velfærdsteknologi

Kommunikation mellem borger og sundhedspersonale sker i stigende grad digitalt. I 2009 var hver 20. kontakt til almen praksis digital, mens det i 2021 næsten var hver fjerde, *jf. figur A.7 i appendiks 2*. Mere end hver fjerde borger har digital kontakt med sundhedsvæsenet, og mere end hver anden er interesseret i endnu mere digital kontakt, *jf. figur A.8 i appendiks 2*.

I almen praksis udgjorde videokonsultationer knap 1 pct. af alle kontakter i 2022¹⁴. Brugen af videokonsultationer er ikke opgjort for sygehusvæsenet, men i 2020 blev det estimeret, at ca. 40 pct. af alle konsultationer her kan omlægges til videokonsultation. Der findes ikke dokumentation for, at videokonsultationer er tidsbesparende for medarbejdere, men der er undersøgelser, som viser, at videokonsultationer kan spare patienter for transporttid og for brug af mentale og fysiske ressourcer samt øge deres trykkel¹⁵.

Danmark er blandt de førende lande, når det gælder politisk prioritering af digitalisering, IT-infrastruktur, digital modenhed og brug af data i sundhedsvæsenet. I 2022 blev Danmark for tredje gang kåret af FN til at være det land i verden, der er længst fremme i forhold offentlig digitalisering¹⁶. I begrundelsen blev bl.a. Danmarks evne til at samarbejde på tværs af stat, regioner og kommuner om de offentlige digitale løsninger, som bl.a. har udmøntet sig i centrale infrastrukturer som NemID, Borger.dk og Digital Post, fremhævet.

I kommunerne er brugen af velfærdsteknologier og digitale løsninger stigende¹⁷. Fx anvender kommunerne i stigende grad skærmbesøg i hjemmeplejen, sygeplejen mv., *jf. figur A.9 i appendiks 2*.

Den digitale modenhed i den danske befolkning er høj, hvilket bl.a. afspejles i en betydelig stigning i anvendelsen af sundhedsapps og brug af internettet til at søge helbredsmæssig information, *jf. figur A.10.a og 10.b i appendiks 2*. Generelt er borgere positive over for brugen af ny teknologi og digitale løsninger i de kommunale tilbud fx ved selv at benytte digitale løsninger, der giver mulighed for at modtage hjælp og behandling i eget hjem og dermed undgå transport til læge, hospital mv., *jf. figur A.11 i appendiks 2*. Hovedparten er positive over for at få installeret faldsensorer i hjemmet, og mere end halvdelen er enige i, at kommunen må bruge deres sundhedsdata til planlægning og tilrettelæggelse af fx specialiserede tilbud og forebyggende indsatser til dem i fremtiden, *jf. figur A.12 i appendiks 2*.

¹⁴ Egne beregninger på baggrund af data fra [eSundhed.dk](https://www.esundhed.dk) "Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet".

¹⁵ Digitaliseringsstyrelsen. 2023. Analyse: Videomøder i den offentlige sektor.

¹⁶ United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2022. E-Government Survey 2022.

¹⁷ Carenet, Danishcare & Teknologisk Institut. 2022. Velfærdsteknologi i de danske kommuner 2022.

VANSKELIGT AT DÆKKE FREMTIDENS PERSONALEBEHOV

Rekrutteringsudfordringerne på sundheds- og ældreområdet er taget til over de seneste år, og i 2021 var mere end hvert tredje rekrutteringsforsøg for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, sygeplejersker og jordemødre forgæves. I 2023 er rekrutteringssituationen dog forbedret for alle disse grupper undtagen jordemødrene. Rekrutteringsudfordringerne fordeler sig ikke jævnt på tværs af landet. Aktuelt er udfordringerne størst i Nordjylland, Sjælland og på Fyn, mens rekrutteringssituationen for alle fire faggrupper ser ud til at være mere gunstig i Hovedstaden.

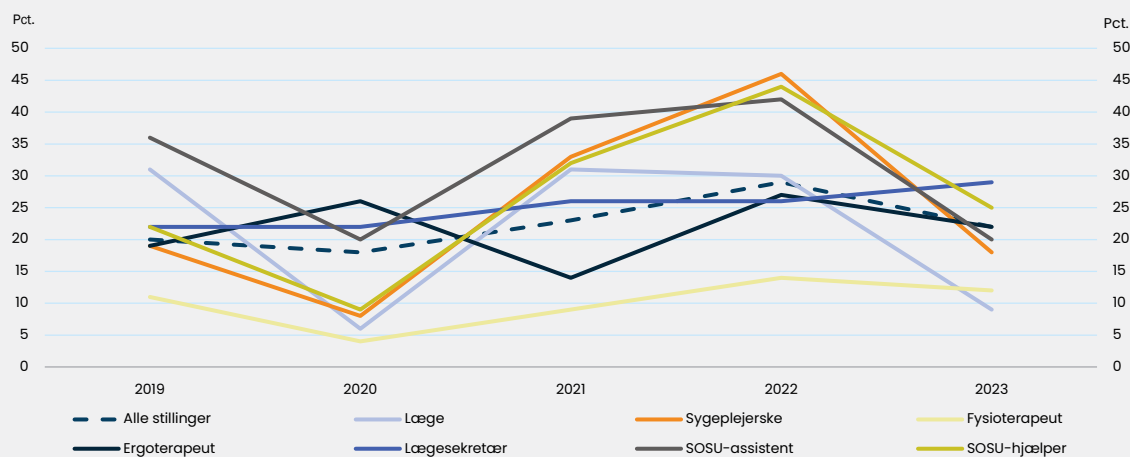
Rekrutteringssituationen ser ud til at blive mere vanskelig i fremtiden. I løbet af de seneste 20 år er der blevet færre til at forsørge og tage sig af de personer, der er ældre end folkepensionsalderen. Fremover vil andelen være nogenlunde konstant, fordi folkepensionsalderen gradvist øges i takt med, at middellevetiden stiger. Behovet vil dog vokse endnu hurtigere, da det især er de ressourcekrævende ældre, som der kommer flere af. I fremtiden kan det altså blive svært at øge rekrutteringen til sundhedsvæsenet og til ældreområdet i samme omfang, som man tidligere har gjort, da det ville kræve, at områderne skulle optage en endnu større andel af den samlede arbejdsstyrke end i dag.

Mekaniske fremskrivninger af personalebehovet tyder på, at der i fremtiden vil mangle flere social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i forhold til i dag, rekrutteringssituationen vil forbedres en smule for sygeplejersker i forhold til i dag, mens det bliver lettere at rekruttere læger. Fremskrivninger er bl.a. baseret på en række forudsætninger, herunder fastholdt tilgang til uddannelser, og er dermed forbundet med betydelig usikkerhed, og udsigterne kan ændres ved fx at bruge kompetencer og tilrettelægge arbejdet anderledes. Der tages i fremskrivningerne ikke højde for den nuværende rekrutteringssituation, ligesom det ikke indregnes, om efterspørgslen efter behandling og pleje ændres på grund af forebyggelsesindsatser, eller om teknologi i fremtiden kan betyde, at borgere og patienter i højere grad kan yde egenomsorg.

Det er blevet sværere at rekruttere

De seneste år har det danske arbejdsmarked generelt været præget af lav ledighed og rekordhøj beskæftigelse. Det har bl.a. medvirket til, at både private og offentlige arbejdspladser har svært ved at rekruttere arbejdskraft. På dele af sundheds- og ældreområdet har udfordringerne været større end på det samlede arbejdsmarked. I 2021 og 2022 var det relativt sværere at rekruttere sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, men det tyder på, at rekrutteringssituationen for disse grupper er forbedret i 2023, *jf. figur 31*. Det skal dog bemærkes, at en stigende rekruttering af ikke-uddannede social- og sundhedshjælpere kan påvirke tallene.

Figur 31 - Andel forgæves rekrutteringsforsøg blandt udvalgte sundhedsfaglige personalegrupper, september-februar, 2019-2023

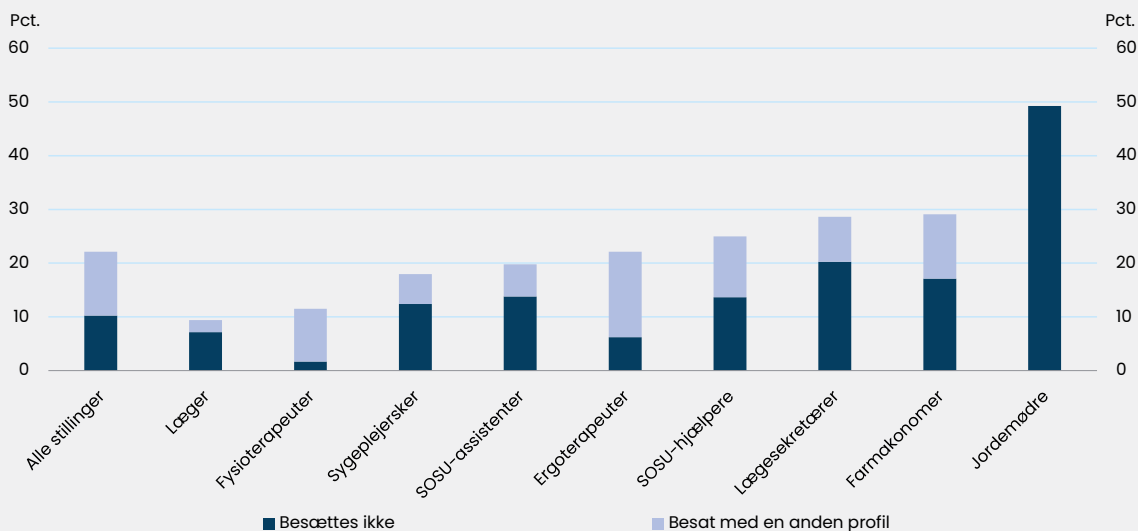


Anm: Et rekrutteringsforsøg betragtes som forgæves, hvis et opslag ikke bliver besat eller hvis det bliver besat af en person med en anden profil end den ønskede. Alle stillinger dækker over jobopslag på det samlede arbejdsmarked det vil sige på tværs af brancher og faggrupper. Flere faggrupper, herunder bioanalytikere, indgår ikke i figuren, da der på grund af utilstrækkeligt datagrundlag ikke er opgjort forgæves rekrutteringsrate i en eller flere af de viste perioder.

Kilde: STAR rekrutteringssurvey, juni 2023 på baggrund af svar på jobopslag fra september til februar for hvert af årene.

Næsten halvdelen af alle rekrutteringsforsøg blandt jordemødre var forgæves fra september 2022 til februar 2023. Andelen af forgæves rekrutteringsforsøg var også forholdsvis høj blandt farmakonomer, lægesekretærer og social- og sundhedshjælpere, mens det var relativt lettere at rekruttere læger og fysioterapeuter, *jf. figur 32*. De overordnede tal er på landsplan og kan dække over betydelig lokal variation i muligheden for at rekruttere personale. Det er for en række mindre faggrupper ikke muligt at opgøre rekrutteringsforsøg med en tilstrækkelig statistisk sikkerhed til at vise evt. rekrutteringsudfordringer.

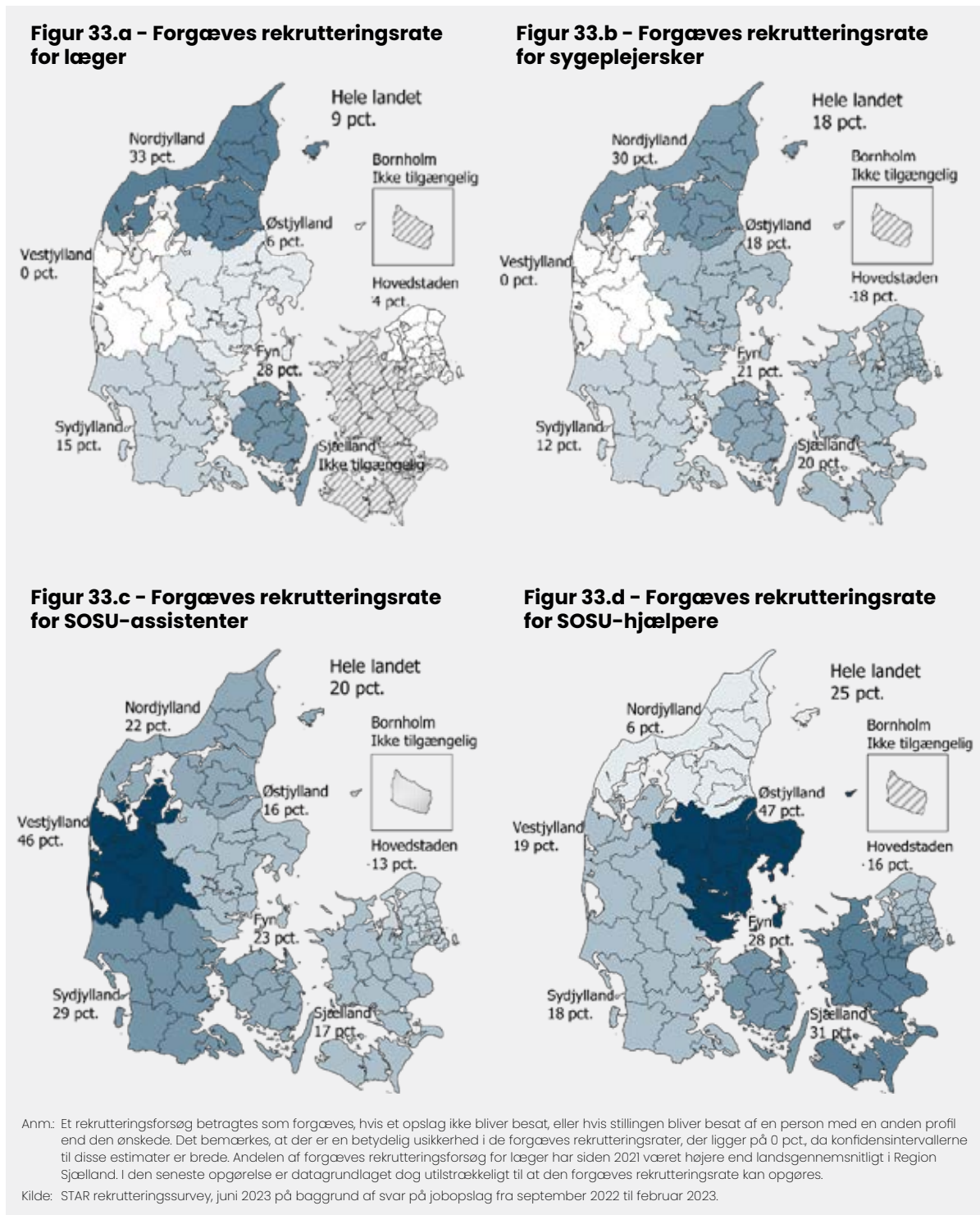
Figur 32 - Forgæves rekrutteringsforsøg blandt udvalgte sundhedsfaglige personalegrupper, september 2022 til februar 2023



Anm: Et rekrutteringsforsøg betragtes som forgæves, hvis et opslag ikke bliver besat, eller hvis stillingen bliver besat af en person med en anden profil end den ønskede. Alle stillinger dækker over det jobopslag på samlede arbejdsmarked. Det vil sige på tværs af brancher og faggrupper. Bioanalytikere indgår ikke i figuren, da der på grund af utilstrækkeligt datagrundlag i perioden ikke er opgjort forgæves rekrutteringsrate. Sidst datagrundlaget for bioanalytikere var tilstrækkeligt (september 2022 dækkende december 2021 – maj 2022) var 21 pct. af rekrutteringsforsøgene forgæves, hvoraf 12 pct. blev besat med en anden profil.

Kilde: STAR rekrutteringssurvey, juni 2023 på baggrund af svar på jobopslag fra september 2022 til februar 2023.

For de største sundhedsfaglige personalegrupper er der især vanskeligheder i Nordjylland, Sjælland og på Fyn, mens rekrutteringssituationen ser ud til at være mere gunstig i Hovedstaden.



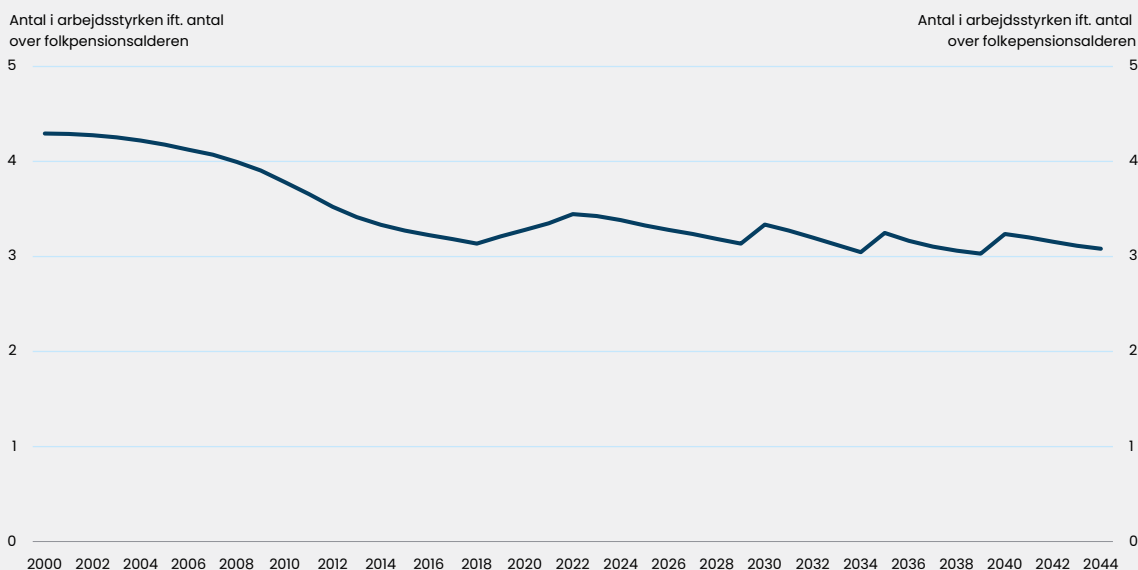
Fremtidens rekrutteringsgrundlag følger ikke med behovet

Fra 2000 til 2018 faldt størrelsen af den erhvervsaktive befolkning i forhold til antallet af personer i folkepensionsalderen. Det betyder, at der samlet set er blevet relativt færre til at forsørge befolkningen i folkepensionsalderen. Mellem 2018 og 2022 er forholdet dog stabiliseret, og det forventes at være nogenlunde konstant frem mod 2050 på grund af tilbagetrækningsreformen.

Hvorvidt den samlede arbejdsstyrke kan øges i fremtiden vil bl.a. afhænge af evt. ændringer i folkepensionsalderen, nettoindvandring, beskæftigelsesgrad og tilbagetrækningsadfærd, hvor ændrede muligheder og incitamenter for både tidligere og senere tilbagetrækning kan have indflydelse. De strukturelle reformer af tilbagetrækningssystemet med ændret efterløn og levetidsindeksering af folkepensionsalderen har samlet set bidraget til, at flere seniorer er i be-

skæftigelse i dag. Desuden er tilskyndelsen til at udskyde folkepensionen eller til at arbejde ved siden af folkepensionen øget de senere år med indførelse af en skattefri seniorpræmie og afskaffelse af modregning i folkepensionen, når ens ægtefælle eller man selv er i beskæftigelse.

Figur 34 – Forholdet mellem den erhvervsaktive befolkning og personer i folkepensionsalderen



Anm.: Med tilbagetrækningsreformen er der fastlagt en stigende folkepensionsalder indtil 2040, hvorefter denne indekseres. Folketinget skal hvert 5. år fra 2015 med 15 års varsel tage beslutning om folkepensionsalderen. I figuren antages indekseringen videreført.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne BEFOLK1 samt FRDK123.

Finansministeriet og en række andre aktører har fremskrevet behovet for personale på sundheds- og ældreområdet ud fra den forventede demografiske udvikling og en korrektion for delvis sund aldring. Der er tale om mekaniske fremskrivninger, der viderefører det eksisterende serviceniveau, og er forbundne med betydelig usikkerhed. De skal derfor tolkes varsomt. De mekaniske fremskrivninger og deres underliggende antagelser er beskrevet nærmere i boks A.3 i appendiks 2. Fremskrivningerne kan pege på relevante indsatsområder i forhold til at sikre et tilstrækkeligt antal medarbejdere. De er derfor indikationer på fremtidige scenarier og ikke egentlige forudsigelser.

Finansministeriets mekaniske fremskrivninger peger på, at der i 2030 vil være en større mangel på omkring 17.000 flere social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i forhold til 2019, *jf. figur 35*. Omvendt ser rekrutteringssituationen for sygeplejersker og læger ud til at blive en smule bedre i 2030. Rekrutteringssituationen forventes at blive forbedret med henholdsvis 1.200 sygeplejersker og 7.100 læger i forhold til 2019. Fordi der er tale om en mekanisk fremskrivning, er der ikke taget højde for, om arbejdsmarkedet er i balance i udgangspunktet for fremskrivningen. Hvis det fx vurderes, at der i udgangspunktet mangler 1.000 sygeplejersker, så vil overskuddet af sygeplejersker i 2030 alt andet lige være 1.000 mindre.

Figur 35 – Mekaniske fremskrivninger af ændring i udbud af og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsmedarbejdere i 2030 målt i forhold til 2019



Anm.: Fremskrivningerne kan ikke taltes som prognoser, men alene mekaniske fremskrivninger, der bygger på nuværende adfærd, serviceniveau, personalesammensætning og en række antagelser. Den fremtidige udvikling er forbundet med stor usikkerhed og vil afhænge af en række faktorer, som ikke nødvendigvis er medtaget. Resultaterne er angivet i antal personer, ikke årsværk, og der antages en konstant arbejdstidsfordeling i fremskrivningsårene.

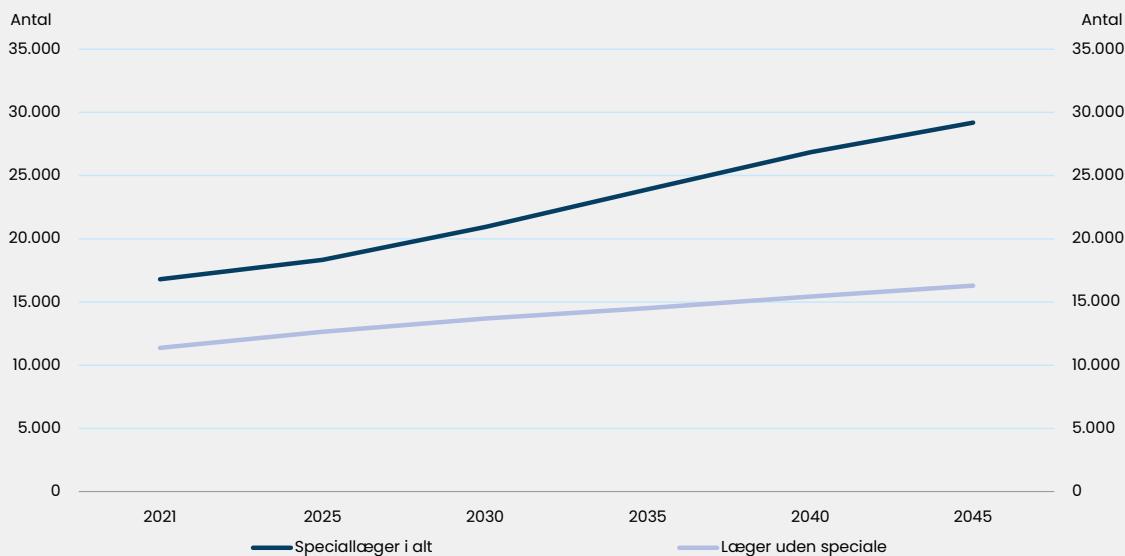
Kilde: Finansministeriets "Økonomisk Analyse: Mekaniske fremskrivninger af udbud og efterspørgsel efter velfærdsmedarbejdere, 2022".

Den forventede mangel på social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er et resultat af en stor stigning i behovet på grund af det stigende antal plejkrævende ældre, men samtidig kun en ganske beskedne stigning i arbejdsstyrken af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Det hænger sammen med, at en del af de nuværende social- og sundhedsassistenter og -hjælpere har en forholdsvis høj alder og derfor forventes at trække sig tilbage i løbet af de kommende år, mens tilgangen af nyuddannede ventes noget mindre. Fremskrivningen varslers dermed, at plejeområdet bliver mere udfordret end andre dele af sundheds- og ældreområdet.

Forbedringen af rekrutteringssituationen for læger og til dels også sygeplejersker relativt til niveauet for 2019 hænger formodentlig sammen med, at man på disse uddannelser over en årrække har øget optaget af nye studerende. Fremskrivningerne antager, at det højere optag kan fastholdes. Det er ikke sikkert, da fx antallet af førstprioritetsansøgninger til sygeplejerskeuddannelsen er faldet i 2022 og 2023.

En række organisationer har foretaget fremskrivninger af det fremtidige behov for forskellige personalegrupper, som opsummeres i boks A.4 i appendiks 2. På trods af metodemæssige forskelle peger de forskellige fremskrivninger generelt på, at rekrutteringssituationen i de kommende år ser ud til at være mest kritisk på det borger- og patientnære plejeområde, det vil sige opgaver, der i vidt omfang varetages af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i dag. For sygeplejerskegruppen giver de forskellige fremskrivninger ikke et entydigt billede af, hvorvidt der i fremtiden må forventes tiltagende eller aftagende mangel på sygeplejersker.

Fremskrivningen fra Finansministeriet ser ud til at være konsistent med fremskrivninger på udbuddet af læger, der viser, at antallet af læger og speciallæger ventes at blive øget frem mod 2045, jf. figur 36. Mens der i dag er 28.000 læger med og uden speciallægeuddannelse, vil dette antal stige med 17.000 læger frem mod 2045. Antallet af læger ventes dermed at stige med godt 60 pct. frem mod 2045, hvoraf antallet af speciallæger ventes at stige med 74 pct. Selvom det samlede antal af speciallæger ventes at stige kraftigt, så bemærkes det at, der er særlige specialer og geografiske områder, hvor der i dag er udfordringer med ubesatte stillinger.

Figur 36 - Fremskrivning af udbud af antal læger i arbejdsstyrken, 2021-2045

Anm: Fremskrivningen af det samlede antal læger tager udgangspunkt i et grundscenarie, hvor kandidatproduktionen baserer sig på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivninger heraf. Fremskrivningen af speciallæger baserer sig på et hovedscenarie, hvor antallet af besatte hovedforløb og fordelingen af kandidater er fastlagt ud fra beregninger om besatte uddannelsesforløb i 2019 og 2020.

Kilde: "Lægeprognose 2021-2045" udgivet af Sundhedsstyrelsen på baggrund af prognosekørsel foretaget af Sundhedsdatastyrelsen.

Fremskrivningerne er forbundet med usikkerhed, men kan alligevel anvendes til at pege på relevante indsatsområder i forhold til at sikre tilstrækkeligt med sundhedspersonale. Udsigterne kan ændres ved at ændre på de forhold, der er antaget at være konstante i fremskrivningerne fx anderledes brug af kompetencer og arbejdstilrettelæggelse. Der tages omvendt ikke hensyn til, om behovet reduceres på grund af forebyggelsesindsatser, eller om teknologi i fremtiden kan betyde, at borgere og patienter i højere grad kan yde egenomsorg.

De overordnede tendenser med stor mangel på plejepersonale og mindre mangel på læger og andet højt specialiseret personale kan genfindes i norske fremskrivninger. I modsætning til størstedelen af de danske fremskrivninger peger de norske også på en betydelig mangel på sygeplejersker. Fremskrivningerne fremgår nedenfor.

Boks 4. Norsk fremskrivning af behov for sundhedspersonale i 2040

Statistisk Sentralbyrå (SSB) i Norge har udarbejdet en fremskrivning af behovet for sundhedspersonale frem mod 2040. Fremskrivningen blev udarbejdet på initiativ af Helsepersonellkommissjonen.

Til fremskrivningen har SSB benyttet en model, som fremskriver henholdsvis udbud og efterspørgsel på arbejdskraft inden for sundhedsvæsenet. Der fremsættes tre scenarier for, hvor meget efterspørgslen efter sundhedspersonale i Norge ventes at vokse:

- **Lav vækst** (optimistisk scenarie), hvor der antages at være delvis sund aldring, at pårørende påtager sig en større omsorgsopgave, og at der ikke sker en betydelig vækst i serviceniveauet over for borgerne. I dette scenarie ses der i 2040 en mangel på ca. 14.000 sundhedspersoner, fordelt på især sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (helsefagsarbejdere - 6.200), mens antallet af læger stiger.
- **Middel vækst** (vurderes mest realistisk), hvor der antages at være delvis sund aldring, at pårørende yder en konstant mængde omsorg og serviceniveauet vokser med 0,5 pct. I scenariet vil der i 2040 mangle knap 70.000 sundhedspersoner, som hovedsageligt fordeler sig på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.
- **Høj vækst** (pessimistisk scenarie), hvor der antages at være usund aldring, at pårørende yder en konstant mængde omsorg og serviceniveauet vokser med 0,5 pct. I scenariet vil der i 2040 mangle knap 124.000 sundhedspersoner, som hovedsageligt fordeler sig på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men også en mindre mangel på læger.

Den enkeltfaktor som påvirker modellens forudsigelser mest er det stigende antal ældre.

Anm: Selvom Norge og Danmark i international sammenhæng er sammenlignelige lande, bør der tages en del forbehold i overførbarheden af den norske fremskrivning, bl.a. fordi Norge har de højeste udgifter til sundhed pr. indbygger i Europa, fordi udgangspunktet for den norske fremskrivning er et markant højere antal personale pr. indbygger end i Danmark, samt at Norge rent geografisk er et større land med en mere spredt befolkning og dertilhørende udfordringer.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå, 'Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040', 2023 samt OECD's Landeprofil for Norge fra 'Health at a glance 2021'.



MEDARBEJDERNES TILKNYTNING ER UDFORDRET

Langt størstedelen af de sundhedsuddannede starter deres arbejdsliv med at arbejde i det offentlige sundhedsvæsen, men over en årrække falder mange fra, og der er tegn på, at det sker i lidt større omfang end tidligere. Flere sygeplejersker på akutafdelinger og medicinske afdelinger forlader deres arbejde end gennemsnittet blandt alle regionalt ansatte sygeplejersker, og en del sygeplejersker på de offentlige sygehuse søger mod andre dele af sundheds- og ældreområdet, ligesom seniorer går på pension, og medarbejdere går ned i tid. Det modsvares dog af, at der er ansat et stort antal nyuddannede sygeplejersker, så antallet af sygeplejersker på de offentlige sygehuse samlet set er nogenlunde stabilt.

På tværs af personalegrupper er der stor forskel på, hvornår man vælger at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Mens jordemødre, sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere og -assistenter i høj grad trækker sig tilbage omkring efterlønsalderen, så bliver læger på arbejdsmarkedet i længere tid.

Mange medarbejdere på sundheds- og ældreområdet er ansat på deltid, også når der sammenlignes med de øvrige velfærdsområder. Andelen er højest blandt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Data viser dog en udvikling, hvor flere sygeplejersker og jordemødre end tidligere er ansat på fuld tid, mens tendensen for læger er omvendt, hvor andelen af deltidsansatte øges.

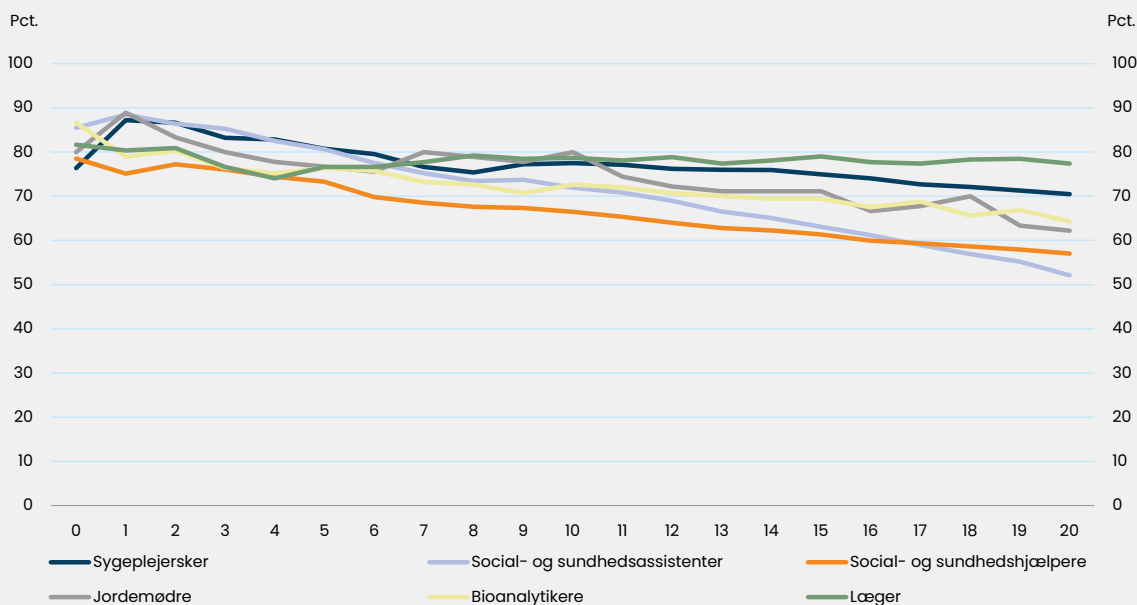
Nogle faggrupper varetager en stor del af vagtarbejdet, og inden for hver enkelt faggruppe er der nogle medarbejdere, som varetager en stor del af vagtarbejdet, mens andre har lidt eller intet vagtarbejde.

Sygefraværet for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er betydeligt over gennemsnittet, sygeplejersker og jordemødres sygefravær ligger omkring gennemsnittet, mens læger har væsentligt lavere sygefravær. På tværs af alle faggrupper er sygefraværet steget efter covid-19.

Medarbejdere forlader sundheds- og ældreområdet i løbet af deres arbejdsliv

I 2020 var det knap 47.000 sundhedsuddannede, som arbejdede uden for sundheds- og ældreområdet¹⁸. Det svarer til 17 pct. Blandt den årgang af sundhedspersonale, som blev uddannet i år 2000, er 57 pct. af social- og sundhedshjælpere og 52 pct. af social- og sundhedsassistenter efter 20 år stadig i arbejde inden for sundheds- og ældreområdet eller har taget en ny sundhedsfaglig uddannelse. Sygeplejersker og læger er mere tilbøjelige til at blive i deres fag.

¹⁸Egne beregninger på Bevægelsesregisteret. Sundhedsuddannede i beskæftigelse uden for sundhedsområdet inkluderer speciallæger, læger uden speciale, sygeplejersker, farmaceuter, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre, farmakonomer, ambulancereddere, plejere, plejehjemsassistenter, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, sygehjælpere, psykologer, lægesekretærer og sundhedsservicesekretærer. Farmaceuter er ikke inkluderet i opgørelsen.

Figur 37 - Andel sundhedsuddannede i beskæftigelse på sundheds- og ældreområdet 20 år efter endt uddannelse

Anm: Figuren viser andelen af de, som færdiggjorde deres uddannelse i 2000, som hvert år efter endt uddannelse enten er beskæftiget på sundheds- og ældreområdet, eller som opnår en ny sundhedsfaglig uddannelse. "Sundheds- og ældreområdet" dækker over offentlige og private sundheds- og ældreindsatser i regioner, kommuner, praksissektor og i det private, jf. boks A1 i appendiks.

Kilde: Egne beregninger på data fra Bevægelsesregisteret.

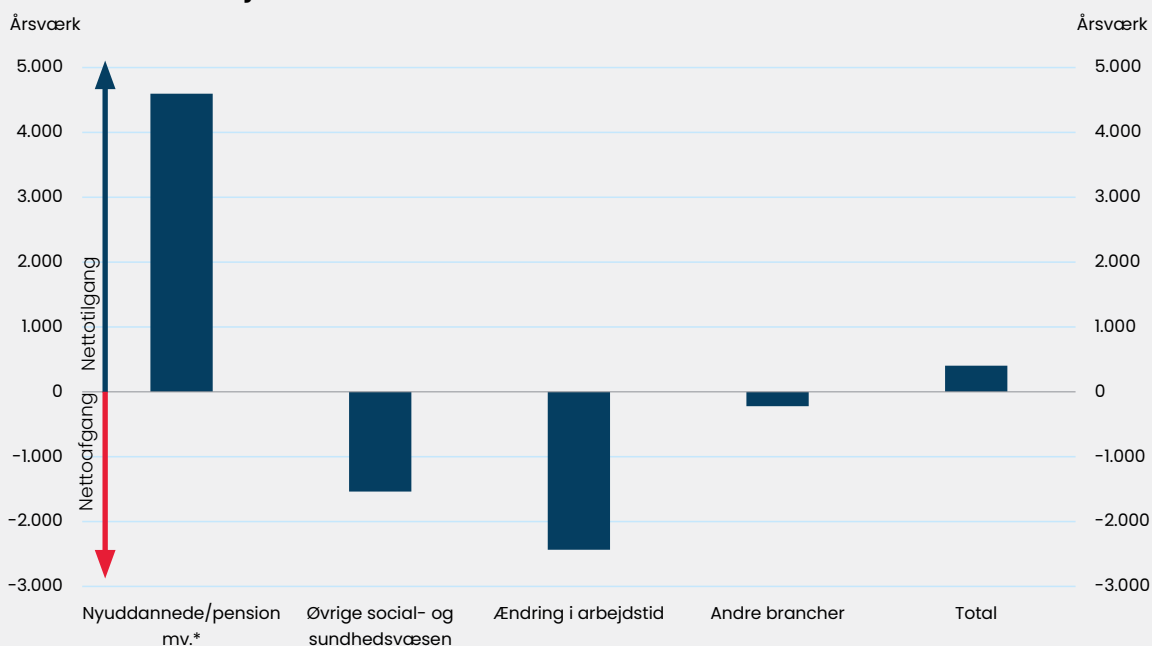
Hastigheden, hvormed sundhedspersonalet forlader det offentlige sundheds- og ældreområde, ser ud til at være nogenlunde stabil for de forskellige uddannelsesårgange. Der ses dog for nogle af faggrupperne bl.a. jordemødrene og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, at det de senere år er en mindre andel af hver årgang, som finder beskæftigelse på det offentlige sundheds- og ældreområde, jf. figurer A.13.a-f i appendiks 2. Der kan dermed være et potentiale i at øge tilknytningen til det offentlige sundhedsvæsen.

I 2020 var 12 pct. af de beskæftigede social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker og 21 pct. af social- og sundhedshjælpere beskæftiget uden for social- og sundhedsområdet. Det svarer til ca. 26.800 personer. Hvis 10 pct. af dem vender tilbage til sundheds- og ældreområdet og arbejder svarende til det gennemsnitlige timeantal for uddannelsesgrupperne i det offentlige, vil det svare til et potentiale på ca. 900 årsværk for social- og sundhedshjælpere, 500 årsværk for social- og sundhedsassistenter og 700 årsværk for sygeplejersker.

Erfarne sygeplejersker forlader offentlige sygehuse, men bliver på sundheds- og ældreområdet

Fra oktober 2019 til maj 2023 er der netto kommet ca. 400 flere sygeplejerskeårsværk på de offentlige sygehuse, jf. figur 38. Det dækker over forskellige bevægelser ind og ud af de offentlige sygehuse. Der er kommet næsten 4.600 flere, fordi der er startet flere sygeplejersker, som i oktober 2019 ikke var i beskæftigelse, end der er sygeplejersker, som er trådt ud af beskæftigelse fordi de fx er gået på barsel eller pension. Derimod har næsten 1.500 årsværk søgt til det øvrige social- og sundhedsvæsen. Det er mere erfarne sygeplejersker. I samme periode er den gennemsnitlige arbejdstid for sygeplejersker på de offentlige sygehuse faldet i et omfang svarende til 2.400 fuldtidsårsværk.

Figur 38 - Nettoændring i sygeplejerskers beskæftigelse på de offentlige sygehuse, oktober 2019 – maj 2023



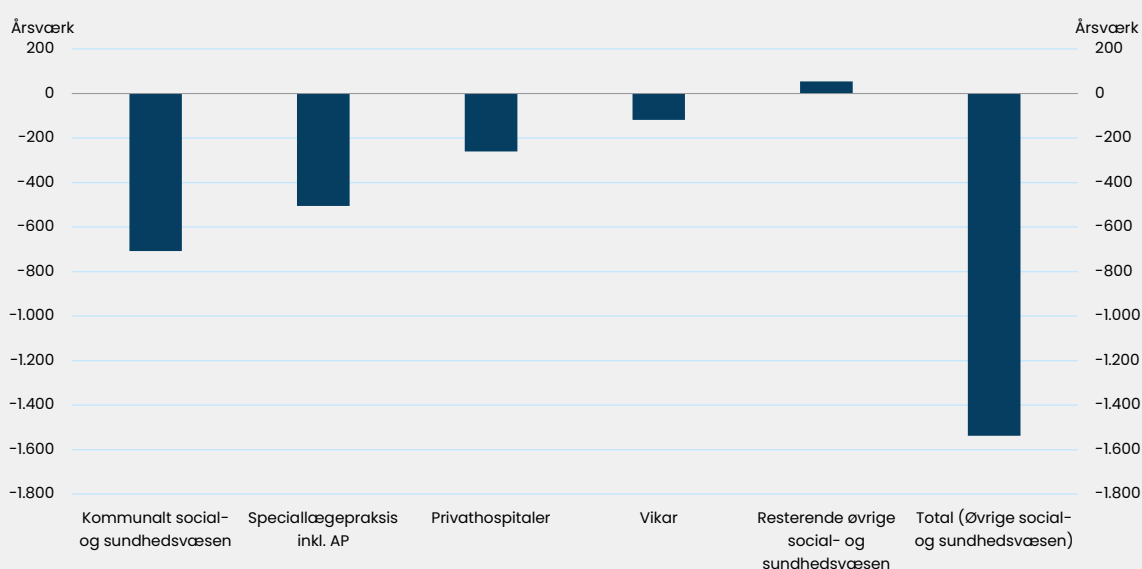
Anm: Opgjort som fuldtidsårsværk. Figuren viser nettoændringer og skal således tolkes som den samlede effekt af, at der i perioden både har været sygeplejersker, som har forladt de offentlige sygehuse for at finde beskæftigelse bl.a. i det øvrige social- og sundhedsvæsen, og at der er sygeplejersker med en tidligere beskæftigelse i det øvrige social- og sundhedsvæsen, som i maj 2023 er beskæftiget på et offentligt sygehus. Opgørelsen tager ikke højde for, at der i perioden efter covid-19 har været en stigning i sygefraværet blandt offentligt ansat sundhedspersonale, jf. figur 44.

*Bevægelser ind og ud af beskæftigelse kan fx dække over tilgang i form af nyuddannede eller personer, der har været ledige eller på barsel, mens afgangene fx kan dække over personer, der trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet, går på barsel, udvandrer, bliver ledige eller starter på en ny uddannelse.

Kilde: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings (STAR) Forløbsdatabase, DREAM og Det Statistiske Autorisationsregister, Sundhedsdatastyrelsen.

Nettoafgangen til de øvrige dele af social- og sundhedsvæsenet er opdelt yderligere i figur 39 nedenfor. De sygeplejersker, som har søgt til andre dele af sundhedsvæsenet og ældreområdet, har især fundet beskæftigelse i det kommunale social- og sundhedsvæsen, speciallægepraksis og almen praksis, jf. figur 39.

Figur 39 - Nettoændring i sygeplejerskers beskæftigelse på de offentlige sygehuse, opdeling af nettoafgangen til det øvrige social- og sundhedsvæsen, oktober 2019-maj 2023



Anm: Opgjort som fuldtidsårsværk. Figuren viser nettoændringer og skal således tolkes som den samlede effekt af, at der i perioden både har været sygeplejersker, som har forladt de offentlige sygehuse for at finde beskæftigelse i det øvrige social- og sundhedsvæsen, og at der er sygeplejersker med en tidligere beskæftigelse i det øvrige social- og sundhedsvæsen, som i maj 2023 er beskæftiget på et offentligt sygehus.

Kilde: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings (STAR) Forløbsdatabase, DREAM og Det Statistiske Autorisationsregister, Sundhedsdatastyrelsen.

Der er stor udskiftning i personale blandt nogle grupper og på nogle områder

Afgangen af sygeplejersker fra sygehuse og af social- og sundhedspersonale¹⁹ i kommunerne er generelt steget, men med stor variation på tværs af aldersgrupper, geografi mv.²⁰. På det kommunale ældreområde er personaleudskiftningen størst blandt ufaglærte samt de yngste og ældste blandt social- og sundhedspersonalet. Blandt sygeplejerskerne på sygehuse er udskiftningen størst på akutafdelinger og medicinske afdelinger og ligeledes blandt de yngste og ældste sygeplejersker.

Blandt social- og sundhedspersonalet forlod 19,5 pct. af alle medarbejdere deres stilling i en afdeling på det kommunale ældreområde fra september 2021 til september 2022^{21,22}. Det er 3 procentpoint mere end i 2019. Det svarer til, at ca. 12.500 personer i denne personalegruppe forlod deres stilling på det kommunale ældreområde mellem september 2021 og september 2022. På tværs af kommunerne varierede afgangsprocenten på ældreområdet i 2022 fra omkring 14 pct. for den kommune med den laveste afgangsprocent til næsten 32 pct. for kommunen med den højeste²³.

Afgangsprocenten varierer betydeligt inden for personalegrupperne på det kommunale ældreområde. I 2022 var afgangsprocenten blandt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere henholdsvis 16,2 pct. og 13,5 pct., mens afgangsprocenten blandt det ufaglærte social- og sundhedspersonale var 53,0 pct. i 2022.

Afgangsprocenten var højest blandt de yngste og ældste aldersgrupper på det kommunale ældreområde. Fx var afgangsprocenten 55 pct. blandt ansatte under 25 år, 35 pct. for de 25-29-årige og 31 pct. blandt ansatte på 65 år eller derover. Gruppen fra 40 til 60 år havde de laveste afgangsprocenter. Fx havde de 55-59-årige en afgangsprocent på 10 pct.

Blandt sygeplejerskerne var det i 2022 13,3 pct., som forlod sygehusvæsenet. Det svarer til, at ca. 4.600 forlod deres stilling som sygeplejerske i det offentlige sygehusvæsen mellem november 2021 og november 2022. Mens afgangsprocenten fra 2017 til 2020 var stabil blandt sygeplejersker i sygehusvæsenet, så er den steget med 2,5 procentpoint fra 2020 til 2022²⁴.

Også blandt sygeplejersker i sygehusvæsenet var afgangsprocenten højest blandt de yngste og ældste aldersgrupper. Fx var afgangsprocenten 18,6 pct. for sygeplejersker under 30 år, 15,8 pct. for 30-39-årige og 15,2 pct. for sygeplejersker på 60 år eller derover. Gruppen af 40-59-årige havde de laveste afgangsprocenter, der fx var 7,0 pct. for de 50-59-årige²⁵.

Analysen viser, at sygeplejersker med en specialuddannelse forlader sygehusvæsenet i mindre omfang end sygeplejersker uden. Sygeplejersker uden specialuddannelse havde en afgangsprocent på 13,8 pct. i 2022, mens sygeplejersker med en specialuddannelse havde en afgangsprocent på 9,3 pct. Sygeplejersker med specialuddannelse i kræft havde den laveste afgangsprocent på 7,3 pct., mens sygeplejersker med speciale i anæstesi havde den højeste afgangsprocent på 10,4 pct.²⁶.

Tal for personaleafgang blandt sygeplejersker fra Danske Regioner viser, at flere forlader deres stillinger på akutafdelinger og medicinske afdelinger end gennemsnittet blandt alle regionalt ansatte sygeplejersker. På de akutmedicinske afdelinger forlod 24 pct. af personalet deres job i 2023, mens det var 20 pct. på de medicinske afdelinger, *jf. figur 40*. Det er markant højere end

¹⁹ Social- og sundhedspersonalet omfatter social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglært social- og sundhedspersonale og en række andre mindre personalegrupper.

²⁰ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. Fastholdelse af sygeplejersker på sygehuse samt Fastholdelse af social- og sundhedspersonalet på det kommunale ældreområde.

²¹ Afgangsprocent er opgjort som andel af personalet, der forlader arbejdspladsen mellem september 2021 og september 2022. Analysen fokuserer alene på social- og sundhedspersonale på det kommunale ældreområde, der er månedslønnet og ordnært ansat.

²² Social- og sundhedspersonalet omfatter social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglært social- og sundhedspersonale og en række andre mindre personalegrupper.

²³ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. Fastholdelse af sygeplejersker på sygehuse.

²⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. Fastholdelse af sygeplejersker på sygehuse.

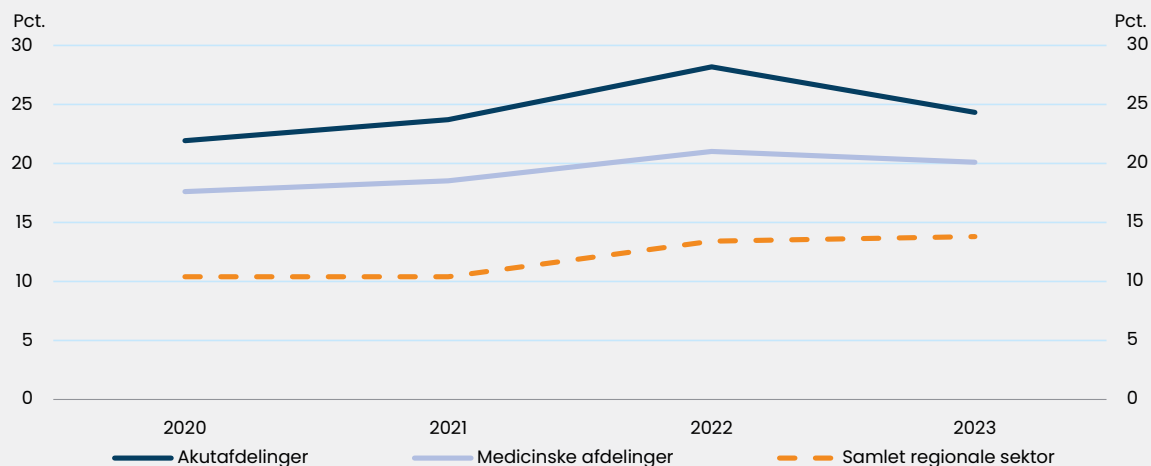
²⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. Fastholdelse af sygeplejersker på sygehuse.

²⁶ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. Fastholdelse af sygeplejersker på sygehuse.

gennemsnittet på 14 pct. blandt alle regionalt ansatte sygeplejersker. Det fremgår desuden, at personaleafgangen generelt har været højere i 2022 og 2023 end i de to foregående år.

Ses der på tværs af somatikken og psykiatrien, er der en mindre forskel på afgangsprocenten blandt sygeplejersker. I 2022 var afgangsprocenten blandt sygeplejersker ansat i somatikken 13,6 pct., mens den var lidt højere i psykiatrien med 15,4 pct.²⁷.

Figur 40 – Personaleafgang for sygeplejersker på akutmedicinske og medicinske afdelinger fra 2020 til 2023



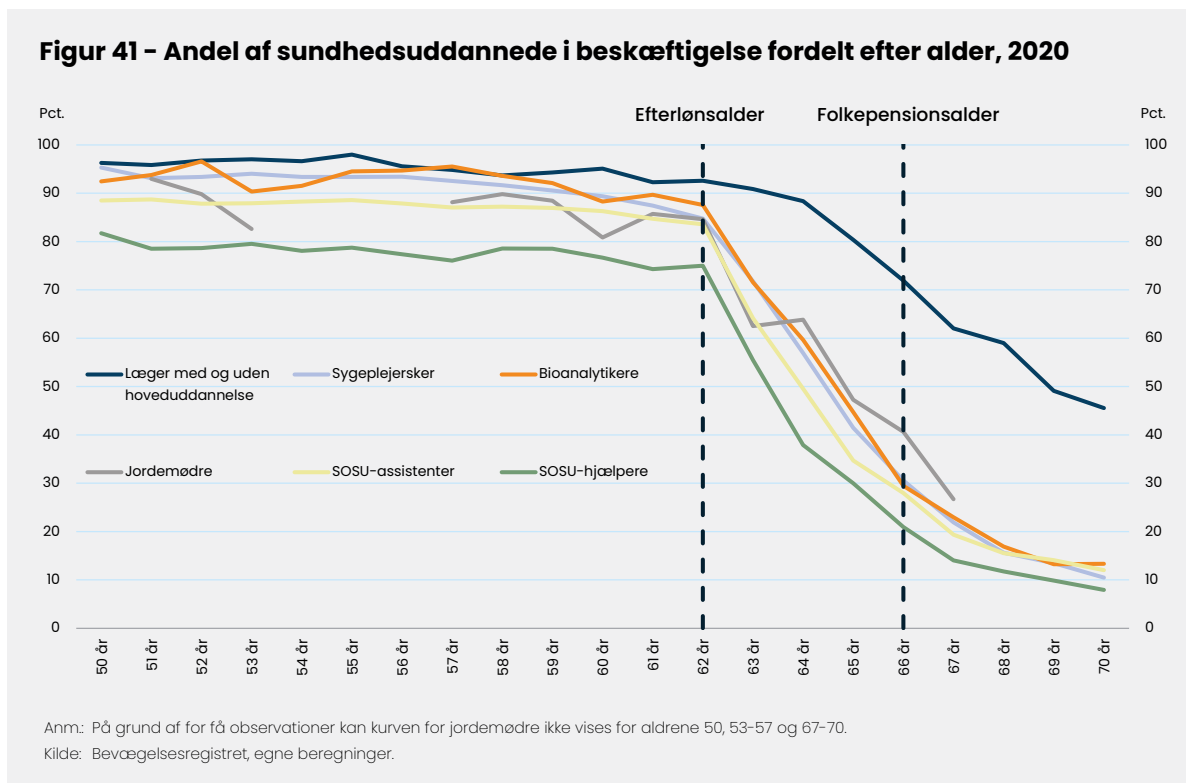
Anm: Opgørelsen viser andelen (procent) af regionalt ansatte sygeplejersker (eksklusiv ledere), som stoppede med at have ansættelse i en given afdeling i perioden januar 2020 til og med januar 2023. Der findes kun særskilt data for akut- og medicinske afdelinger. Opgørelsen viser både intern og ekstern afgang, det vil sige både de sygeplejersker, der forlader den regionale sektor, og de sygeplejersker der forlader de inkluderede afdelinger, men stadig har ansættelse i en anden afdeling, sygehus eller område i den regionale sektor. Fordelingen mellem intern og ekstern afgang er omtrent ligeligt fordelt i perioden. Der har i perioden været en mindre stigning i ekstern afgang fra 47,7 pct. i 2020 til 51,7 pct. i 2023. Intern afgang er tilsvarende faldet en smule. Det bemærkes at skift i aflønningsform, det vil sige et skift fra månedslønnet til timelønnet, også indgår i statistikken som afgang. Data er trukket for månedslønnede ordinært ansatte basissygeplejersker (personer) og for afdelingstyperne medicinske afdelinger og akutafdelinger. Det understreges, at hospitalerne er organiseret forskelligt, og at afdelingerne ikke nødvendigvis varetager de samme funktioner på tværs af hospitalerne. Det bemærkes også, at nogle medarbejdere kan være tilknyttet én afdeling, men stadig varetage opgaver i andre afdelinger. Det gør sig gældende for læger, men tilsvarende forbehold tages i forhold til sygeplejersker.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danske Regioner.

Forskelle i tilbagetrækning mellem faggrupper

På tværs af de sundhedsfaglige faggrupper er der stor forskel på, hvornår den enkelte vælger at trække sig tilbage. Mens jordemødre, sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere og -assistenter i høj grad trækker sig tilbage omkring efterlønsalderen, bliver læger på arbejdsmarkedet i længere tid. Næsten halvdelen af de 70-årige læger er i beskæftigelse, mens det kun gælder 8-12 pct. af sygeplejerskerne og social- og sundhedshjælpere og -assistenter på 70 år, *jf. figur 41*.

²⁷ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. Fastholdelse af sygeplejersker på sygehusene.



Beskæftigelsesfrekvensen blandt de 55-64-årige i Danmark er på 73 pct., hvilket er relativt højt i forhold til de øvrige EU-lande, hvor gennemsnittet er 62 pct. Sammenlignet med de øvrige skandinaviske lande er der dog potentiale for at øge beskæftigelsen blandt danske seniorer. I Sverige er det således 77 pct., som fortsat er i beskæftigelse i aldersgruppen 55-64 år, mens det i Norge er 75 pct., jf. figur A.14 i appendiks 2.

Andelen blandt seniorer i beskæftigelse, der forventer at forlade arbejdsmarkedet efter folkepensionsalderen, er steget fra 19 pct. og 20 pct. i henholdsvis 2018 og 2020 til 23 pct. i 2022. Samtidig er andelen af beskæftigede seniorer, der forventer at forlade arbejdsmarkedet, fordi de ikke længere vil kunne klare arbejdet, steget fra 25 pct. i 2018 til 30 pct. i 2020 og er fortsat på 30 pct. i 2022²⁸.

Hvis beskæftigelsesandelen blandt seniorer kan øges fx via forebyggelse af nedslidning og arbejdsskader, økonomiske incitamenter og bedre seniorvilkår, udgør det et betydeligt potentiale for mere arbejdskraft. Hvis det fx antages, at man kan fastholde sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere ét år længere i beskæftigelse, og man korrigerer for andelen af deltidsbeskæftigede, så udgør potentialet ca. 1.000 årsværk for sygeplejersker og ca. 600 årsværk for henholdsvis social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Der forventes i forvejen et generelt fald i antallet af personer på efterløn frem mod 2030²⁹.

Mange er deltidsansatte

En stor del af sundhedspersonalet arbejder på deltid, også når der sammenlignes med de øvrige velfærdsområder. Deltidsarbejde forstås som beskæftigelse, hvor den aftalte arbejdstid er mindre end 37 timer pr. uge i gennemsnit. Selvom en person er ansat på deltid, kan den faktiske arbejdstid i én eller flere uger være på 37 timer eller mere, hvis der fx suppleres med ekstra vagter.

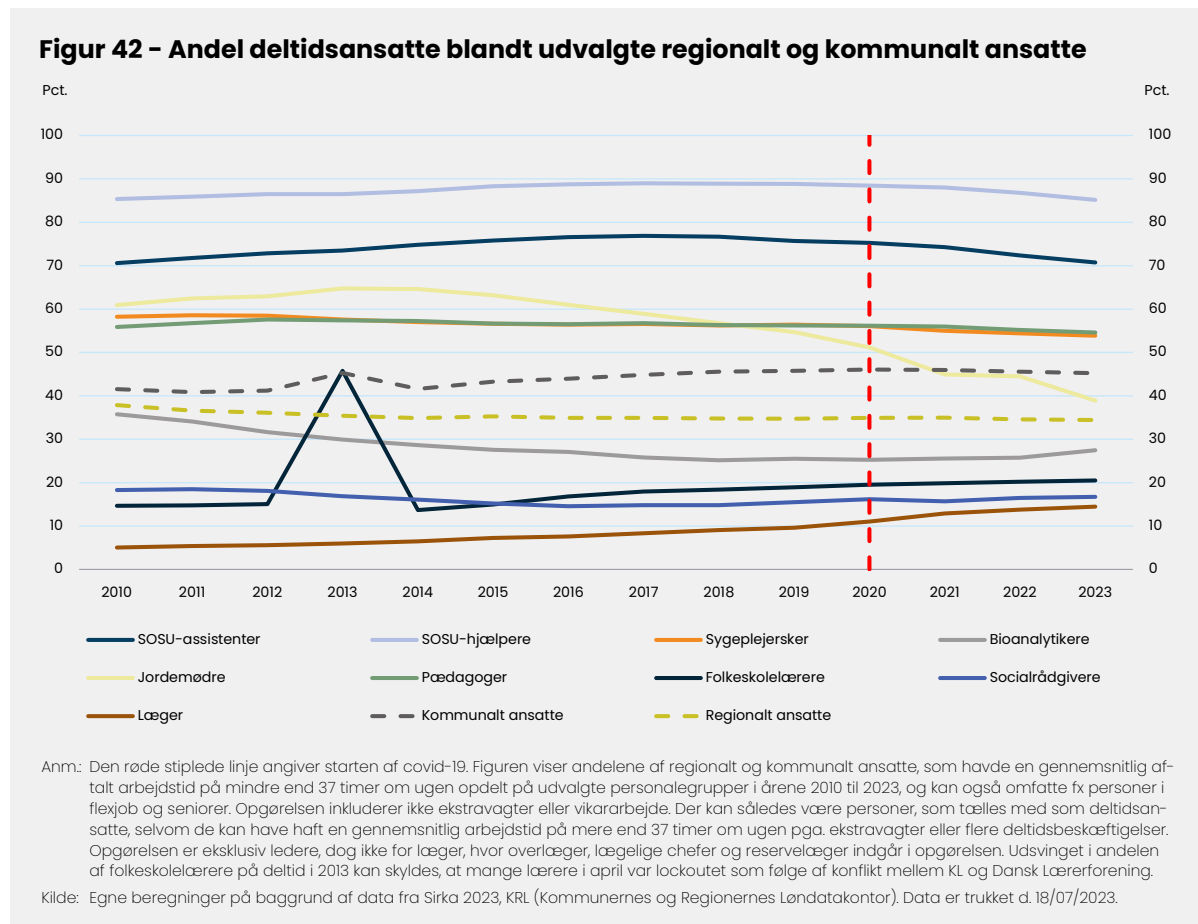
Andelen af medarbejdere på deltid er højest blandt social- og sundhedshjælpere og -assistenter, hvor henholdsvis 85 pct. og 71 pct. er ansat til at arbejde mindre end 37 timer om ugen, jf. figur 42. Andelen af social- og sundhedshjælpere og -assistenter, der er ansat på deltid, har

²⁸ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2023. Motiver, muligheder og barrierer for et længere arbejdsliv i Danmark.

²⁹ Regeringen. 2023. Danmarks Konvergensprogram 2023.

været næsten konstant siden 2010. Blandt sygeplejersker og jordemødre er det henholdsvis 54 pct. og 39 pct., som er ansat på deltid.

Blandt sygeplejerskerne har der været et svagt fald i andelen af deltidsansatte fra 2012 og frem, mens der blandt jordemødrene er sket et større fald på 20 procentpoint siden 2013. Blandt bioanalytikere har der været et fald i andelen på deltid fra 2010 til 2018, hvorefter andelen har været nogenlunde konstant på 25-27 pct. For læger ses det, at der har været en stigning i andelen på deltid fra 5 pct. i 2010 til 14 pct. i 2023. Til sammenligning er det omkring 15-20 pct. af folkeskolelærere og socialrådgivere, som er ansat på deltid. Blandt pædagoger er det 55-60 pct., der er ansat på deltid, hvilket svarer til niveauet for sygeplejersker, jf. figur 42.



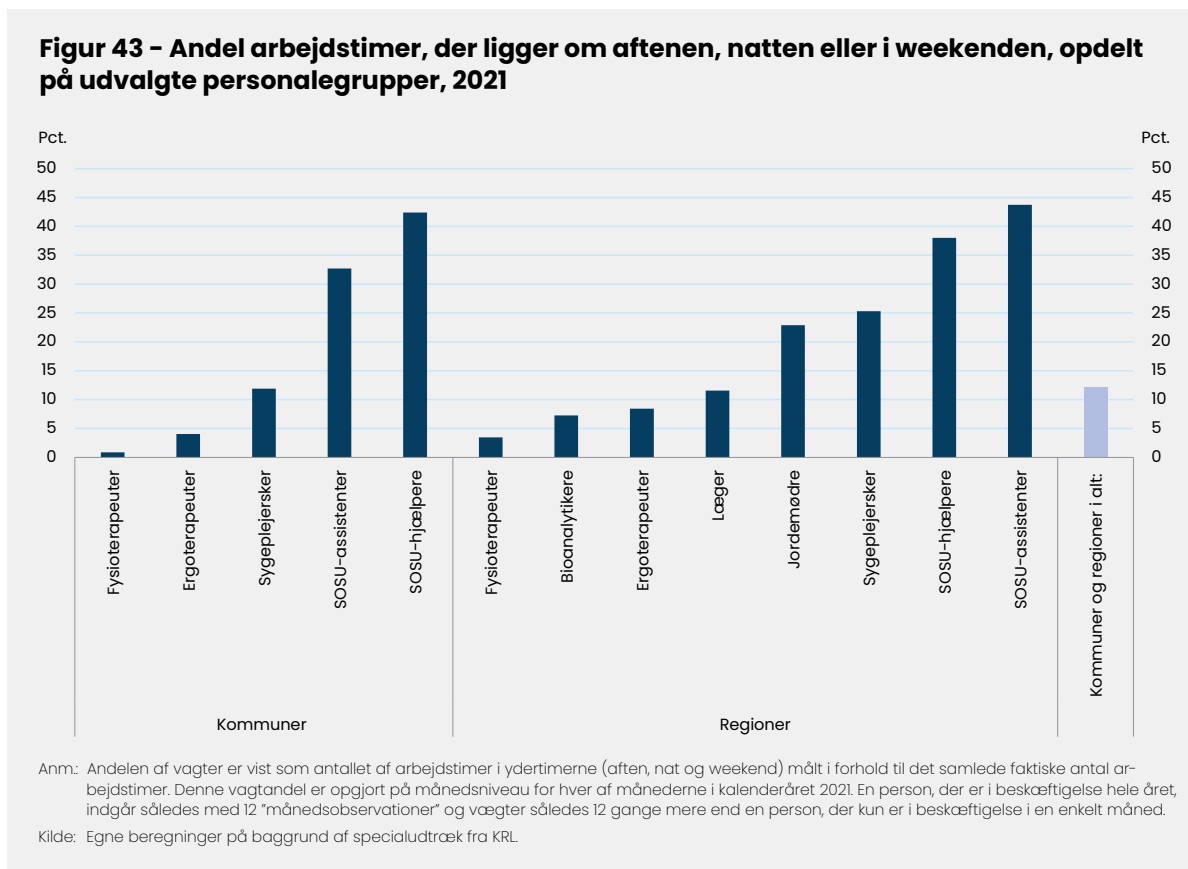
Der er store forskelle på andelen af deltidsansatte inden for en faggruppe afhængigt af, hvilken del af sundhedsvæsenet og ældreområdet de arbejder i. Fx er andelen ansat på deltid blandt sygeplejersker i kommunerne ca. 17 procentpoint højere end for sygeplejersker ansat i regionerne. For social- og sundhedsassistenter er denne forskel på ca. 22 procentpoint. Det bemærkes, at en del af de deltidsansatte også har arbejde som vikarer ved siden af deres ansættelse i regionerne og kommunerne. Fx var det 2 pct. af de regionalt ansatte sygeplejersker, som samtidig arbejdede i et privat vikarbureau i 2019³⁰.

Hvis arbejdstiden kan øges blandt deltidsansat personale, udgør det et betydeligt potentiale for mere arbejdskraft. Hvis man fx kan få deltidsansatte til at arbejde én time mere om ugen, udgør potentialet ca. 700 årsværk for social- og sundhedshjælpere, ca. 600 årsværk for social- og sundhedsassistenter og ca. 600 årsværk for sygeplejersker. Hvis andre personalegrupper kan have en stigning i andelen af fuldtidsbeskæftigede svarende til den udvikling, jordemødrene har haft de seneste 10 år, er potentialet endnu større.

³⁰ Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet & Danske Regioner. 2022. Eksternt vikararbejde for sygeplejersker i det regionale sygehusvæsen.

Vagtarbejdet er ujævnt fordelt

Vagtarbejde er en uomgængelig del af opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Der er dog markante forskelle i mængden af vagtarbejde mellem forskellige medarbejdergrupper i sundhedsvæsenet. Vagtarbejde forstås her som aften-, natte- og weekendarbejde. Social- og sundhedsassistenter er den personalegruppe på sundheds- og ældreområdet, der bruger den største andel af deres arbejdstid på vagtarbejde, idet mere end en tredjedel af arbejdstiden er vagtarbejde, *jf. figur 43*. Sygeplejersker og jordemødre i regioner har også en relativ høj vagtbelastning på mere end 20 pct. af arbejdstiden. Sygeplejersker i kommuner og læger har en vagtbelastning på omkring 10 pct., mens bioanalytikere, lægesekretærer, ergoterapeuter og fysioterapeuter har en mindre vagtbelastning.



Der er samtidig stor variation i vagtbelastningen inden for de forskellige faggrupper på sygehusene, *jf. figur A.15 i appendiks 2*. Blandt læger er det hver tredje, som har fem eller færre aften-, weekend- eller nattevagter om året, mens det blandt sygeplejerskerne er mere end hver fjerde. Fem eller færre vagter årligt svarer til mindre end én vagt hver tiende uge.

Blandt jordemødre, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er det mere end 27 pct., som har flere end 80 vagter om året. Det svarer til, at over hver fjerde i gennemsnit har over 1,5 vagter om ugen, *jf. figur A.15 i appendiks 2*. Blandt læger, radiografer og erhvervsuddannede serviceassistenter har færre end 17 pct. flere end 80 vagter om året. Ergo- og fysioterapeuter, lægesekretærer og bioanalytikere deltager også i vagtarbejdet, og relativt få tager mange vagter.

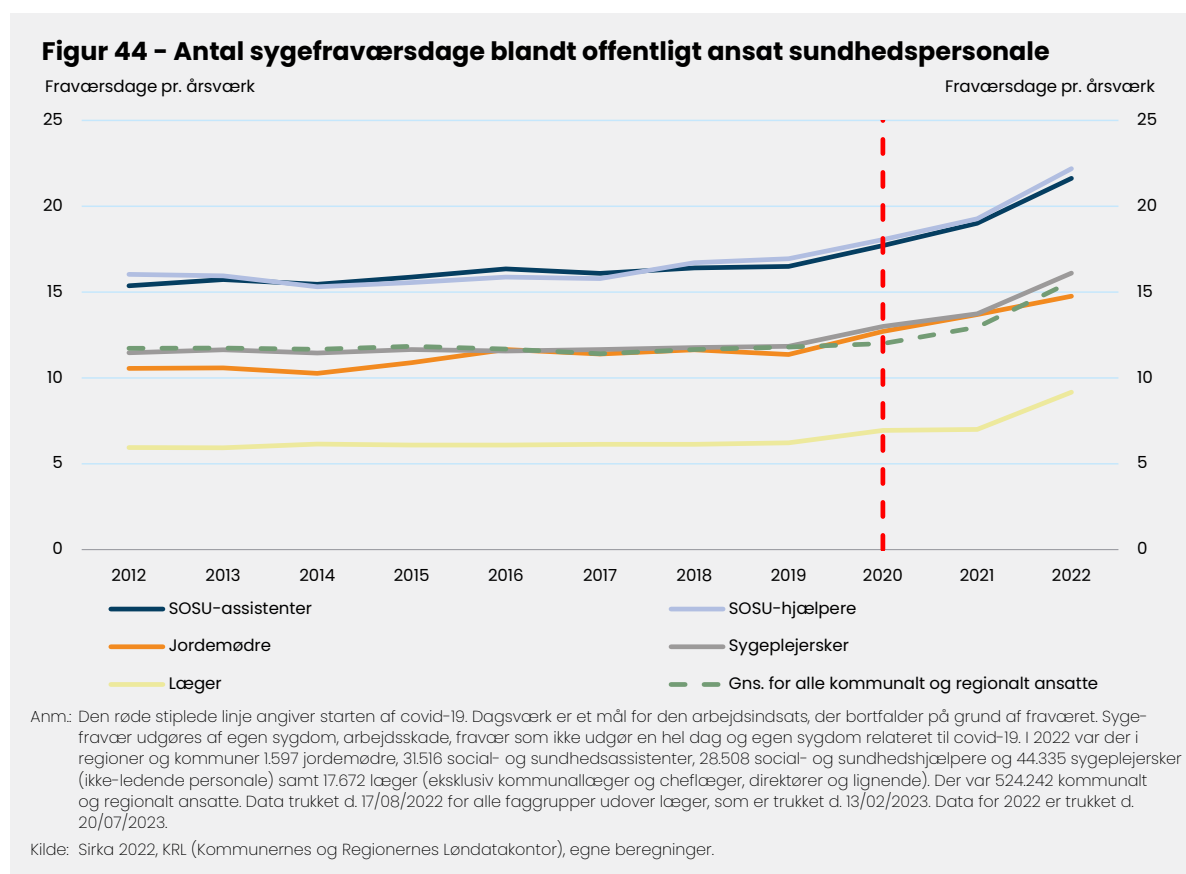
Det indikerer, at der kan være potentiale for at inddrage flere faggrupper i vagtarbejdet og udjævne vagtarbejdet inden for de faggrupper, der i forvejen varetager en stor del af opgaverne i vagttid.

Der er en tydelig sammenhæng mellem vagtbelastning og aftalt arbejdstid for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere og sygeplejersker, *jf. figur A.16 i appendiks 2*. Ansatte med en lavere aftalt arbejdstid har en markant større vagtbelastning.

Store variationer i sygefravær

Sygefraværet for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere ansat i kommuner og regioner er betydeligt over gennemsnittet for alle kommunalt og regionalt ansatte, *jf. figur 44*. Sygefraværet for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere var i 2019 henholdsvis 16 og 17 fraværsdage, mens gennemsnittet for alle kommunalt og regionalt ansatte samme år var på 12 fraværsdage. Sygeplejersker og jordemødres sygefravær ligger omkring gennemsnittet for alle kommunalt og regionalt ansatte, mens læger har væsentligt lavere sygefravær. På tværs af alle faggrupper er sygefraværet steget efter covid-19, hvilket bl.a. kan skyldes ændrede sygdomsmønstre på grund af covid-19 og andre smitsomme sygdomme, ændret sygdomsadfærd på grund af smitteforebyggende anbefalinger, hvor flere bliver hjemme også med lettere sygdomme, samt at arbejdsmiljøet har været påvirket efter epidemien.

Hvis sygefraværet kan nedbringes, udgør det et potentiale for mere arbejdskraft. Hvis det fx antages, at sygefraværet kan nedbringes med én dag om året, så udgør potentialet ca. 100 årsværk for social- og sundhedsassistenter, ca. 100 årsværk for social- og sundhedshjælpere og ca. 200 årsværk for sygeplejersker. Hvis sygefraværet kan reduceres til niveauet for alle kommunalt og regionalt ansatte, er potentialet endnu større.



ARBEJDSMILJØET ER PÅ NOGLE OMRÅDER UDFORDRET

Arbejds miljø har betydning for medarbejdernes trivsel, helbred og tilknytning til deres arbejde, og dårligt arbejdsmiljø kan være en vigtig årsag til jobskifte. Arbejds miljø er derfor vigtigt at have i fokus i forhold til at forebygge udfordringer på en arbejdsplads.

Medarbejdere på sundheds- og ældreområdet er i høj grad motiverede af at gøre en forskel for deres patienter og borgere, ligesom de i høj grad er motiverede af at gøre noget godt for samfundet generelt og af glæden ved at løse selve opgaven. Arbejdet på sundheds- og ældreområdet har en særlig karakter, hvor der er meget kontakt med mennesker, og det afspejles i medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsmiljø fx med mange følelsesmæssigt svære situationer.

Ledelse og relationer til nærmeste kollegaer er områder, hvor medarbejderne på sundheds- og ældreområdet ikke adskiller sig markant fra lønmodtagere generelt. Sygehusansatte sygeplejersker adskiller sig positivt ved bl.a. i højere grad at føle sammenhold og samhørighed blandt dem selv og deres kollegaer og opleve, at de og deres kollegaer er gode til at samarbejde, når der opstår problemer, som kræver fælles løsninger.

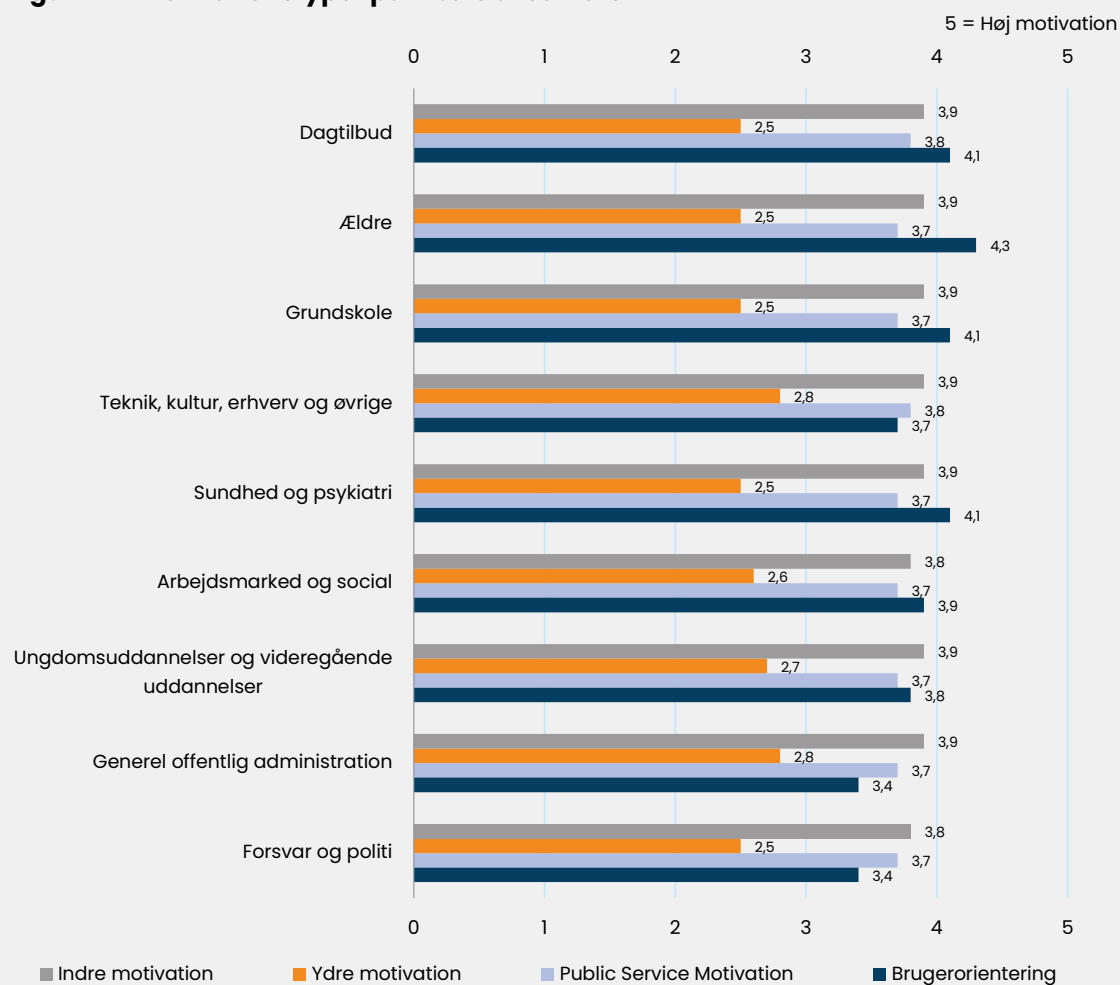
Medarbejdere i dele af sundhedsvæsenet og ældreområdet, som er præget af fx akut aktivitet og vagtarbejde, oplever højere grad af pres bl.a. i form af oplevelser af at føle sig udbrændt, psykisk nedslidt og stresset.

Medarbejderne motiveres af at hjælpe borgere og patienter

Offentlige ansatte, som arbejder med sundhed, psykiatri og ældre, er i deres arbejde særligt motiverede af at hjælpe borgeren og patienten (brugerorienteret motivation), jf. figur 45. Motivationen er således rettet mod opgaven og handlingens konsekvenser for den individuelle modtager. De ansatte er i høj grad også motiverede af at gøre noget godt for samfundet generelt (Public Service Motivation) samt af glæden ved at løse selve opgaven (indre motivation)³¹. De ansatte i sundhed, psykiatri og ældre er i lavere grad drevet af at gavne sig selv eller undgå kritik, fx via anerkendelse, løn, belønning, kritik mv. (ydre motivation). Ydre motivation er generelt det, der fylder mindst hos offentligt ansatte i alle sektorer. Ansatte inden for sundhed og psykiatri samt ældre ligner i sammensætningen af motivationstyper i høj grad sektorerne dagtilbud og grundskole, jf. figur 45.

Betydningen af motivation i arbejdet uddybes i kapitlet om viden.

³¹ Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer. 2022. Offentligt ansattes motivation.

Figur 45 – Motivationstyper på tværs af sektorer

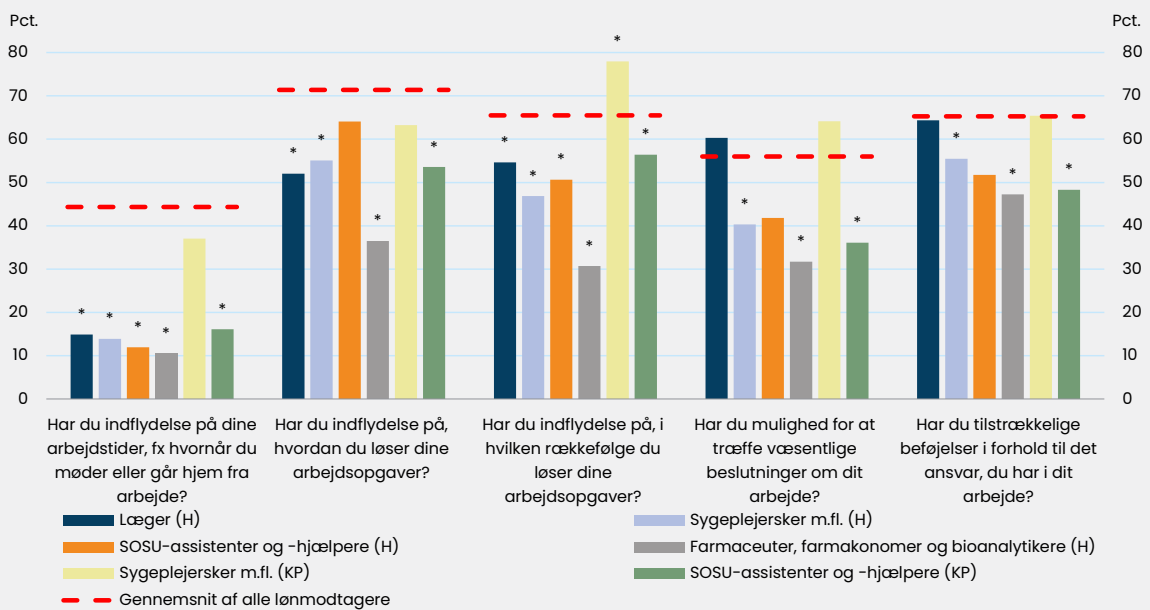
Anm: Figuren viser den gennemsnitlige motivation blandt offentligt ansatte på tværs af sektorer. Der er 6.949 deltagere i undersøgelsen, heraf 575 i gruppen "Dagtilbud" (8% af deltagere i undersøgelsen), 725 i gruppen "Ældre" (10%), 810 i gruppen "Grundskole" (12%), 1.021 i gruppen "Teknik, kultur, erhverv og øvrige" (15%), 1.673 i gruppen "Sundhed og psykiatri" (24%), 623 i gruppen "Arbejdsmarked og social" (9%), 689 i gruppen "Ungdoms- og videregående uddannelser" (10%), 463 i gruppen "Generel off. administration" (7%) og 370 i gruppen "Forsvar og politi" (5%). De offentligt ansatte, der indgår i undersøgelsen, er defineret som: Fuldtids- og deltidsansatte i den offentlige sektor (fraserteret ansatte som har under 8 arbejdstimer om ugen, timelønnede og personer ansat på ekstraordinære vilkår).

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af rapporten "Offentligt ansattes motivation" juni 2022, Nationalt Partnerskab om Ledelse og kompetencer.

Mange oplever en lavere grad af indflydelse

Flere personalegrupper på sundheds- og ældreområdet rapporterer i lavere grad end lønmodtagere generelt at have indflydelse på, hvordan de løser deres arbejdsopgaver. Fx er det på sygehusene 55 pct. af sygeplejersker mfl. og 37 pct. af farmaceuter, farmakonomer og bioanalytikere, som angiver, at de i "meget høj grad" eller "høj grad" har indflydelse på, hvordan de løser arbejdsopgaverne, mens det i gennemsnit er 71 pct. af alle lønmodtagere, som angiver det tilsvarende, jf. figur 46.

Sundhedspersonalet oplever også i lavere grad end gennemsnittet af alle lønmodtagere, at de har indflydelse på rækkefølgen i løsningen af deres opgaver. En undtagelse til dette er dog sygeplejersker mfl. i den kommunale pleje, som i højere grad end andre grupper oplever, at de har indflydelse på rækkefølgen for opgaveløsningen, jf. figur 46.

Figur 46 - Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om indflydelse

Anm: (H): Hospital, (KP): Kommunal pleje. *indikerer, at gruppen i besvarelsen adskiller sig signifikant fra gennemsnittet af alle lønmodtagere. Der er afgrænset til den offentlige sektor, og derfor indgår medarbejdere på privathospitaler ikke. Deltagerne i undersøgelsen er udtrukket i en population på ca. 2,3 mio. 15-69-årige i befolkningen, som havde et lønmodtagerjob i september, oktober og november 2020 med minimum 34 timers arbejde pr. måned, svarende til ca. 8 timer om ugen. Data er indsamlet i første halvår 2021 under usædvanlige forhold under covid-19-epidemien. Resultaterne skal derfor ses i lyset af, at restriktioner og virksomheders hjemsendelse af medarbejdere kan have haft væsentlig betydning for arbejdsmiljøet afhængigt af branche og job. Besvarelsene er vægtet ud fra antallet af respondenter. Estimerne for social- og sundhedsassistenter på hospitalerne samt farmaceuter, farmakonomer og bioanalytikere skal tolkes med varsomhed pga. et lavt antal respondenter.

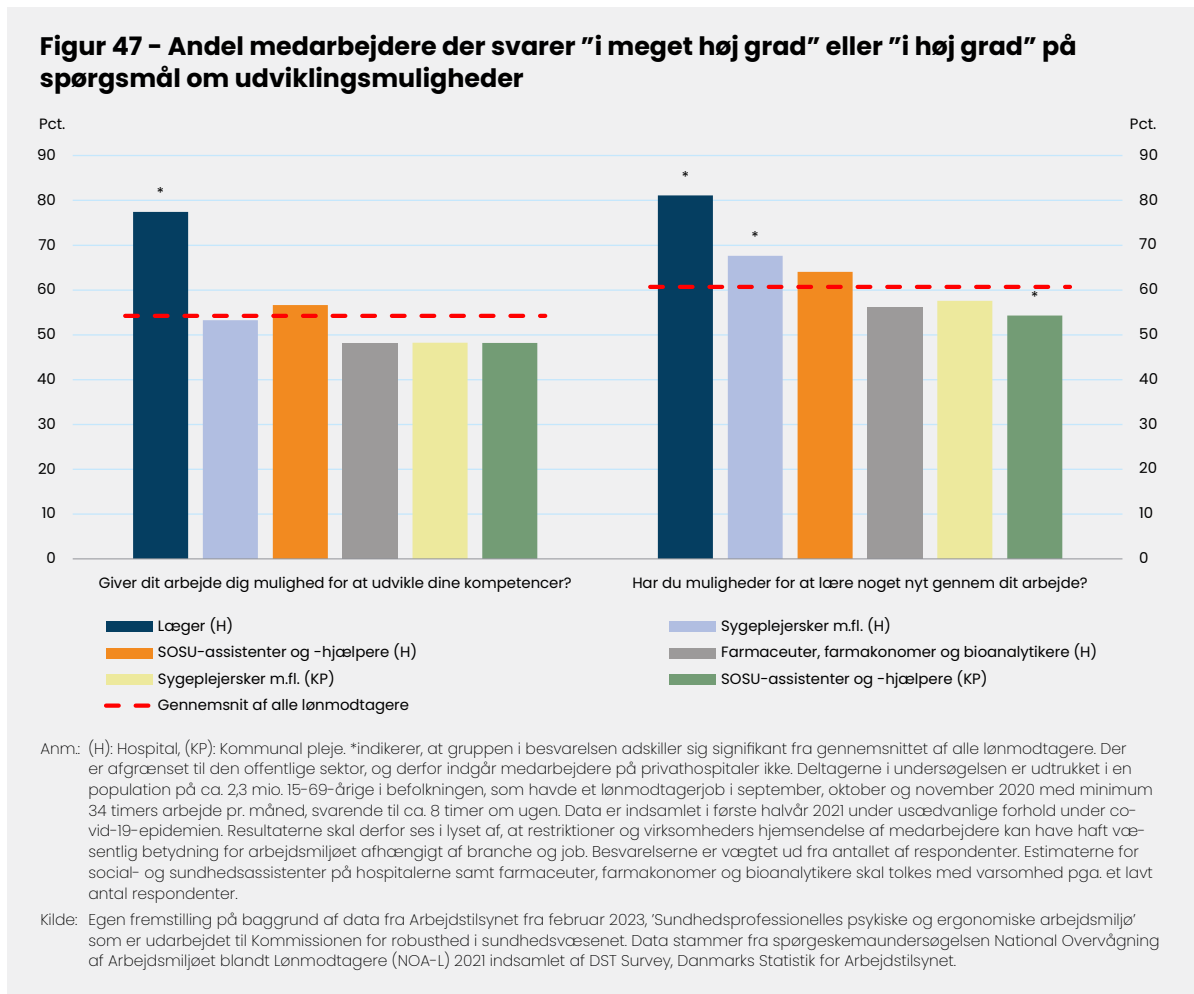
Kilde: Egen fremstilling på baggrund af data fra Arbejdstilsynet fra februar 2023, 'Sundhedsprofessionelles psykiske og ergonomiske arbejdsmiljø' som er udarbejdet til Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L) 2021 indsamlet af DST Survey, Danmarks Statistik for Arbejdstilsynet.

Når det kommer til at stå til rådighed uden for normal arbejdstid, at arbejde på fridage og lignende og at arbejde over den forventede eller aftalte arbejdstid, så ligger sundhedspersonalet overordnet på niveau eller bedre end gennemsnittet for alle lønmodtagere. Den eneste undtagelse er læger, der i højere grad end andre lønmodtagere rapporterer, at det altid eller ofte er nødvendigt at arbejde over, jf. tabel A.2 i appendiks 2.

Nogle medarbejdergrupper har gode udviklingsmuligheder

Der er et stort spænd i, hvordan medarbejderne på sundheds- og ældreområdet oplever deres udviklingsmuligheder. 77 pct. af læger, der er ansat på sygehuse, oplever i meget høj grad eller høj grad, at deres arbejde giver dem mulighed for at udvikle deres kompetencer. Det er signifikant højere end gennemsnittet for alle lønmodtagere, der ligger på 54 pct. De øvrige grupper af sundhedspersonale adskiller sig ikke signifikant fra gennemsnittet, jf. figur 47.

Læger og sygeplejersker mfl., der er ansat på sygehuse, ligger signifikant over gennemsnittet i forhold til oplevelse af mulighederne for at lære noget nyt gennem deres arbejde.



Mange oplever følelsesmæssigt vanskelige situationer i deres arbejde

Læger og sygeplejersker mfl., der arbejder på sygehuse, og sygeplejersker mfl., social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der er ansat i den kommunale pleje, rapporterer oftere end lønmodtagere generelt relationer, der er følelsesmæssigt vanskelige at håndtere, følelsesmæssigt krævende situationer eller situationer, hvor de er nødt til at skjule deres følelser, jf. tabel A.3 i appendiks 2. En undersøgelse viser, at kvindelige medarbejdere i stillinger med høje følelsesmæssige krav har 1,44 gange flere sygefraværperioder sammenlignet med dem, der er ansat i stillinger med lave følelsesmæssige krav³².

En analyse viser, at medarbejdere, der udsættes for stor arbejdsmængde og tidspres og samtidigt udsættes for høje følelsesmæssige krav, har en større risiko for langvarigt sygefravær og depressive symptomer end medarbejdere, der kun er udsat for en eller ingen af de to faktorer. I branchegruppen ”hospitaler” rapporterer 58 pct. af svarepersonerne i undersøgelsen, at de er udsat for både høje følelsesmæssige krav og stor arbejdsmængde og tidspres³³. Høje følelsesmæssige krav kan altså være et vigtigt element i at forstå forekomsten af sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning blandt medarbejderne i sundhedsvæsenet og på ældreområdet.

Samtidig oplever særligt sygeplejersker mfl. på sygehusene samt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere på sygehuse og i den kommunale pleje oftere end gennemsnittet for alle lønmodtagere, at de er udsat for krænkende handlinger, vold og trusler på arbejdet, jf. tabel A.3 i appendiks 2. Det er oftest medarbejdere, som er i tæt og direkte kontakt med patienterne,

32 Sørensen, et al. 2023. Psychosocial working conditions and sickness absence among younger employees in Denmark: a register-based cohort study using job exposure matrices.

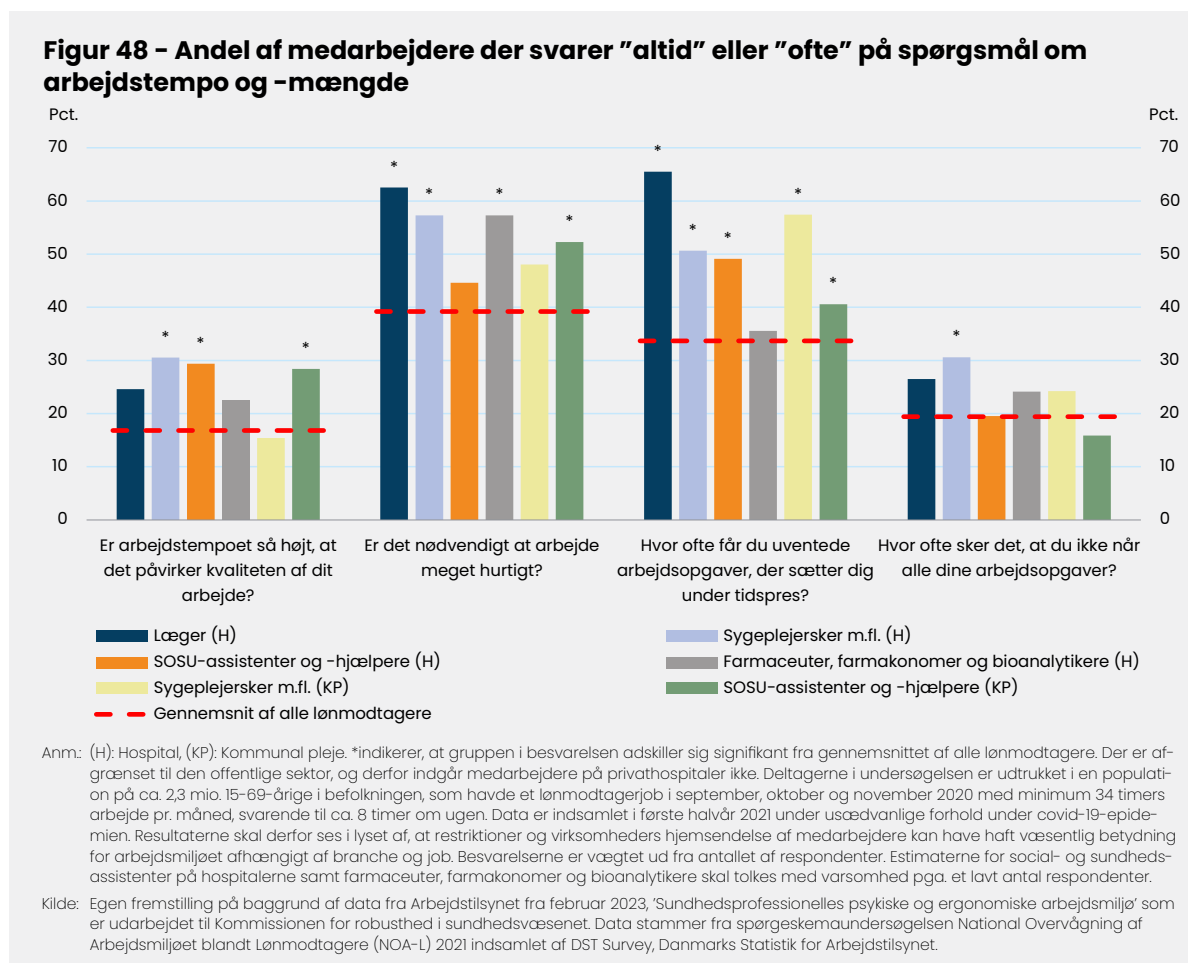
33 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2022. Sammenhænge mellem kombinationer af faktorer i det psykosociale arbejdsmiljø og helbredsrelaterede udfald blandt arbejdstagere i Danmark.

som er udsat for vold og trusler om vold. I mere end 98 pct. af tilfældene er det borgere og patienter, der står bag udøvelsen af fysisk vold eller truende adfærd³⁴.

Særligt nogle områder ser ud til at have udfordret arbejdsmiljø

Medarbejdere på sundheds- og ældreområdet svarer oftere end gennemsnittet af alle lønmodtagere, at de altid eller ofte har et højt arbejdstempo eller får uventede opgaver, som sætter dem under tidspres, *jf. figur 48*. Det er fx 63 pct. af alle læger og 57 pct. af sygeplejersker mfl., farmakonomer, farmaceuter og bioanalytikere på sygehuse, som altid eller ofte finder det nødvendigt at arbejde meget hurtigt, mens det samme gælder for 40 pct. af alle lønmodtagere. Samtidig oplever særligt sygeplejersker mfl. på sygehuse, at de ikke kan nå alle deres arbejdsopgaver, *jf. figur 48*.

Hvis sundhedspersonale forhindres i at yde den pleje og behandling, som de føler sig forpligtede til, fx på grund af for stor arbejdsmængde, kan det risikere at føre til moralsk stress. Moralsk stress kan skade medarbejdernes trivsel, følelse af integritet og selvværd som sundhedsprofessionelle og er desuden associeret med højere personaleomsætning og utilfredshed med arbejdet³⁵.



Det er særligt medarbejdere på medicinske afdelinger, skadestuer og akutmodtagelser samt kirurgiske, børne- og psykiatriske afdelinger, som oplever den højeste grad af pres målt på en række faktorer som bl.a. oplevelsen af at føle sig udbrændt, psykisk nedslidt og stresset. Omvendt ser det ud til, at sygeplejersker i ambulatorier, hos praktiserende læger, på anæstesi-afdelinger, på opvågningsafsnit og operationsafdelinger samt i sundhedsplejen oplever den laveste grad af pres, *jf. figur A.17.a-f i appendiks 2*.

³⁴ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2021. Psykosocialt arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser.

³⁵ West et al. 2020. The courage of compassion: Supporting nurses and midwives to deliver high-quality care.

Ledelse og relationer

Ledelse og relationer til nærmeste kollegaer er et område, hvor sundhedspersonalet ikke adskiller sig markant fra gennemsnittet af lønmodtagere. Når medarbejdere på sundheds- og ældreområdet skal vurdere deres relationer til deres nærmeste kollegaer, så svarer mellem 64 og 76 pct. af medarbejderne, at de i meget høj grad eller i høj grad har en følelse af sammenhold og samhørighed blandt dem selv og deres kollegaer, *jf. figur A.18 i appendiks 2*. Sygeplejersker mfl. på sygehuse er den gruppe, hvor den største andel oplever følelse af sammenhold (76 pct.). Denne medarbejdergruppe er samtidig den eneste, der adskiller sig signifikant fra gennemsnittet for lønmodtagere (68 pct.).

Mellem 76 og 88 pct. af medarbejderne svarer, at de og deres kollegaer er gode til at samarbejde, når der opstår problemer, som kræver fælles løsninger. Medarbejderne på sundheds- og ældreområdet adskiller sig i deres svar ikke markant fra gennemsnittet for lønmodtagere på 78 pct. Eneste undtagelse fra det er igen sygeplejersker mfl. på sygehuse, som ligger signifikant højere end gennemsnittet for alle lønmodtagere på 88 pct.

Medarbejderne på sundheds- og ældreområdet svarer i lavere grad end andre medarbejdergrupper, at deres nærmeste leder er god til fx at kommunikere klare mål for arbejdet, og at lederen prioriterer trivslen på arbejdspladsen, *jf. figur A.19 i appendiks 2*. Svarene er dog ikke signifikant forskellige fra gennemsnittet af alle lønmodtagere. En undersøgelse af offentligt ansattes motivation viser desuden, at ansatte inden for sundhed og psykiatri samt ældre ligger på niveau med andre offentligt ansatte i deres vurdering af deres nærmeste leder³⁶.

DER UDDANNES FLERE, MEN SØGNINGEN TIL MANGE UDDANNELSER FALDER

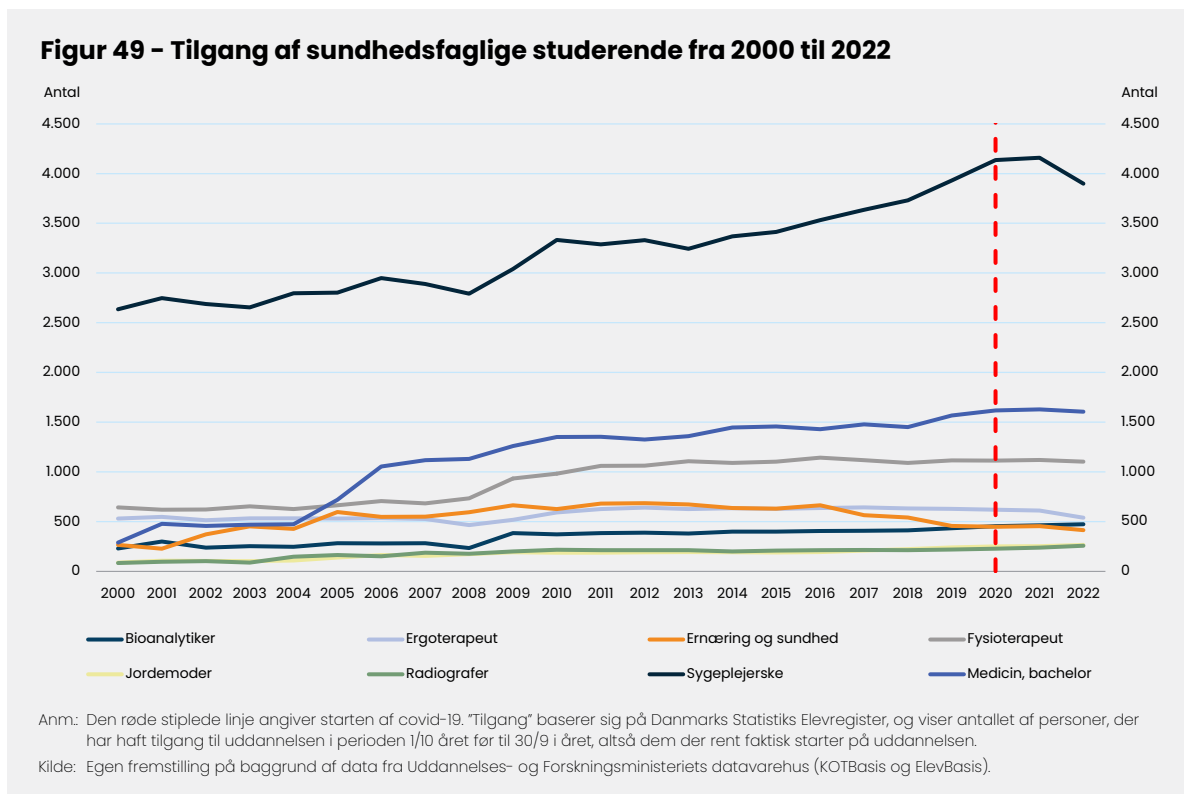
Det fremtidige rekrutteringsgrundlag for sundheds- og ældreområdet afhænger af, at unge vælger uddannelserne inden for området til, og at studerende og elever gennemfører deres uddannelse. For de fleste sundhedsfaglige uddannelser har antallet af personer, som er startet på uddannelsen, ikke ændret sig markant indtil 2022. Her oplevede man et relativt stort fald på nogle af uddannelserne. Samtidig er der en tendens til, at færre søger de sundhedsfaglige uddannelser som deres førsteprioritet, når de skal vælge uddannelse. Det samlede antal af ansøgere overstiger fortsat antallet af studiepladser.

Blandt de, som begynder på social- og sundhedsuddannelserne, falder en stor andel fra igen. På de sundhedsfaglige professionsuddannelser er mere end hver fjerde faldet fra efter det tredje år. Mange nyuddannede sundhedsprofessionelle oplever desuden, at overgangen fra uddannelse til arbejde kan være svær.

Stigende tilgang er afløst af fald de seneste år

Fra 2005 til 2022 har tilgangen af sundhedsfaglige studerende, det vil sige antallet af personer, som starter på en sundhedsfaglig uddannelse, været forholdsvis konstant for de fleste uddannelser, *jf. figur 49*. Undtagelserne til dette er dog antallet af studerende, som starter på henholdsvis bacheloruddannelsen i medicin, sygeplejerske- og fysioterapeutuddannelsen. På bacheloruddannelsen i medicin startede der i 2021 20 pct. flere studerende end i 2013, og der startede 28 pct. flere på sygeplejerskeuddannelsen. I 2022 ses et fald i tilgangen på sygeplejerskeuddannelsen og enkelte andre sundhedsfaglige uddannelser, *jf. figur 49 og 50.a-h*.

³⁶ KL, Danske Regioner, Medarbejder- og Kompetencestyrelsen & Finansministeriet. 2022. Offentligt ansattes motivation.



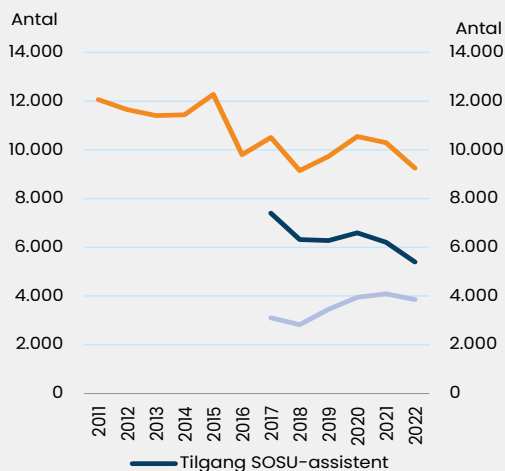
Det fremtidige rekrutteringsgrundlag til sundheds- og ældreområdet kan blive truet af, at der ses et fald i antallet af ansøgere til bl.a. professionsbacheloruddannelserne inden for sundhed. Fra 2019 til 2023 har der således været et fald i førsteprioritetssøgningen til mange af professionsbacheloruddannelserne, jf. figur 50.a-i. Søgningen har i en årrække været højere end tilgangen. Faldet i førsteprioritetssøgningen betyder ikke nødvendigvis, at færre uddannes, men når ansøgningsfeltet er mindre, kan der være en ændring i, hvilke studerende der optages. Der kan desuden lokalt være uddannelsessteder, som oplever at have ledige pladser.

I 2022 var der for første gang flere førsteprioritetsansøgere til bacheloruddannelsen i medicin (4.223) end til sygeplejerskeuddannelsen (3.376). Observationen skal ses i lyset af, at de to uddannelser er dimensioneret med ca. 1.160 pladser på medicinuddannelsen og ca. 4.350 pladser på sygeplejerskeuddannelsen. I samme periode har der dog været et samlet fald i søgningen til alle videregående uddannelser, selvom det ikke har været lige så kraftigt som faldet for de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Fx er antallet af førsteprioritetsansøgere til de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser faldet med ca. 25 pct. fra 2018 til 2023, mens det tilsvarende er steget med ca. 13 pct. på de akademiske bacheloruddannelser i sundhedsvidenskab. Søgningen til de store professionsbacheloruddannelser på velfærdsområdet (folkeskolelærer, pædagog, socialrådgiver og sygeplejerske) er samlet set faldet med 28 pct. i perioden 2018-2023. Tilgangen på disse uddannelser er faldet med 10 pct. fra 2018 til 2022.

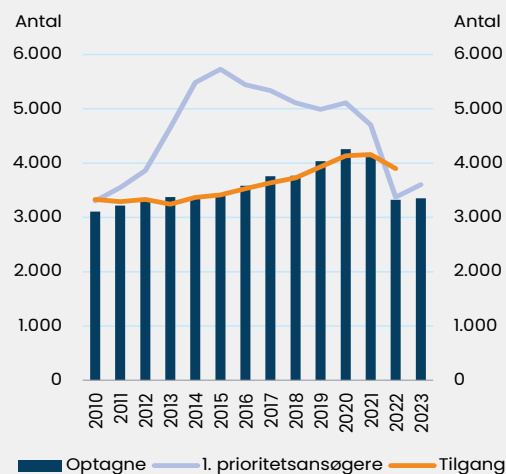
Rekordmange søgte optagelse på de videregående uddannelser under covid-19-epidemien i 2020 og 2021, hvilket blev afløst af et markant fald i 2022, som bl.a. kan tilskrives eftervirkningerne af epidemien og den høje optagelse i denne periode. Der har således generelt været et skift i søgningen til de videregående uddannelser de seneste år.

Figur 50 - Førsteprioritetsansøgninger, optag og tilgang, udvalgte uddannelser

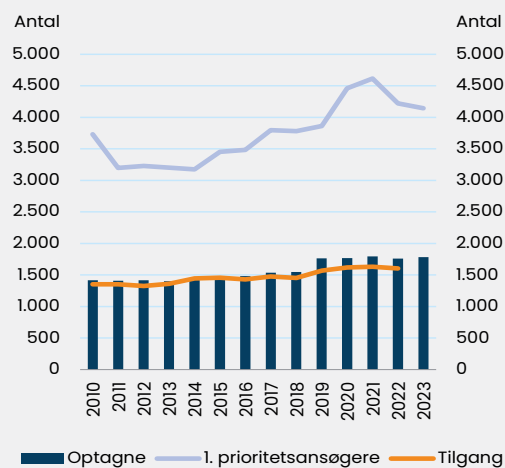
Figur 50.a - Social- og sundhedsuddannelserne



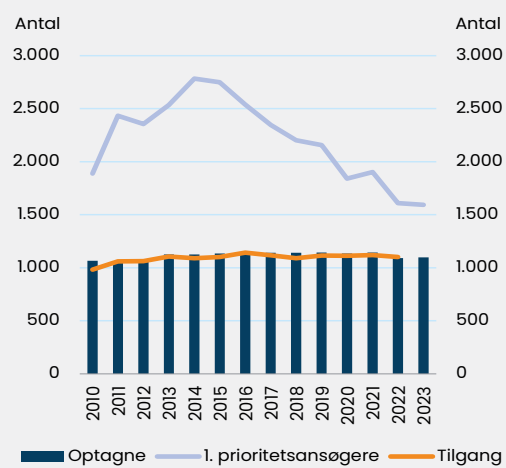
Figur 50.b - Sygeplejerske



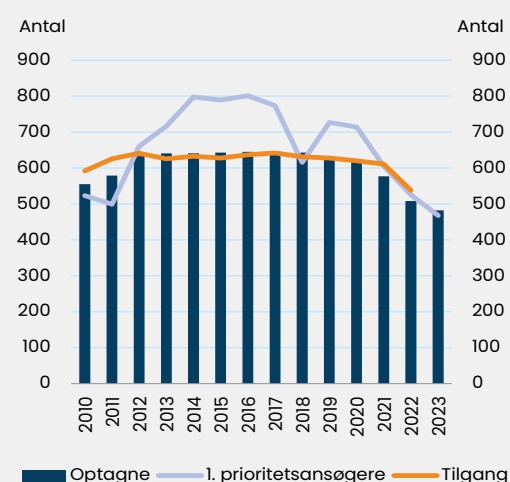
Figur 50.c - Medicin, bachelor



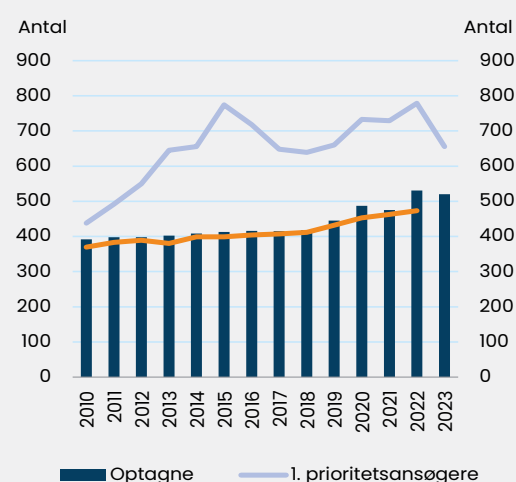
Figur 50.d - Fysioterapeut



Figur 50.e - Ergoterapeut

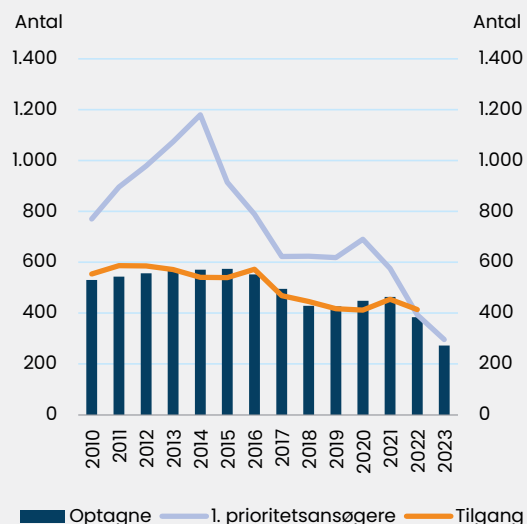
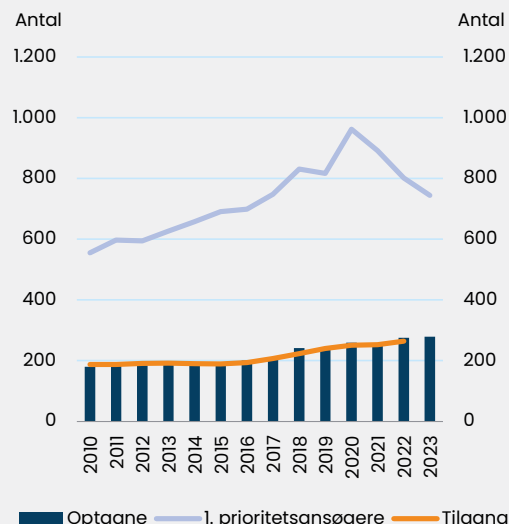
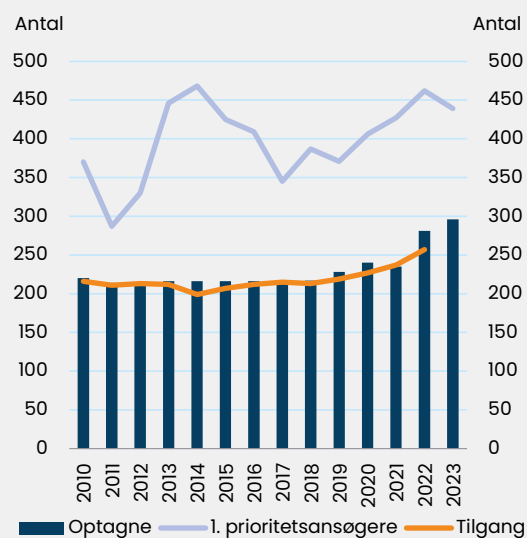


Figur 50.f - Bioanalytiker



Anm: "1. prioritetsansøgere" er antallet af personer, som ved optagelse har haft den udvalgte uddannelse som førsteprioritet. "Antal optagne" udtrykker antallet af personer, som blev optaget på studiet pr. 28. juli i året. "Tilgang" baserer sig på Danmarks Statistiks Elevregister, og viser antallet af personer, der har haft tilgang til uddannelsen i perioden 1/10 året før til 30/9 i året, altså dem der rent faktisk starter. Efter optaget d. 28. juli er der mulighed for at blive optaget på eventuelle ledige pladser. Derudover kan nogle uddannelsesinstitutioner vælge at tilbyde optag med vinterstart udenom Den Koordinerede Tilmelding. Dette kan bl.a. medføre en højere tilgang end optag pr. 28. juli. Bemærk, at i figur 50.a starter data fra 2011, fordi social- og sundhedsuddannelsen i år 2017 blev delt i to uddannelser: Social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælper.

Kilde: Figur 50.a er egen fremstilling på baggrund af data fra Børne- og Undervisningsministeriet. Figur 50.b- i er egen fremstilling på baggrund af data fra Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus (KOTBasis og ElevBasis).

Figur 50.g - Ernæring og sundhed**Figur 50.h - Jordemoder****Figur 50.i - Radiograf**

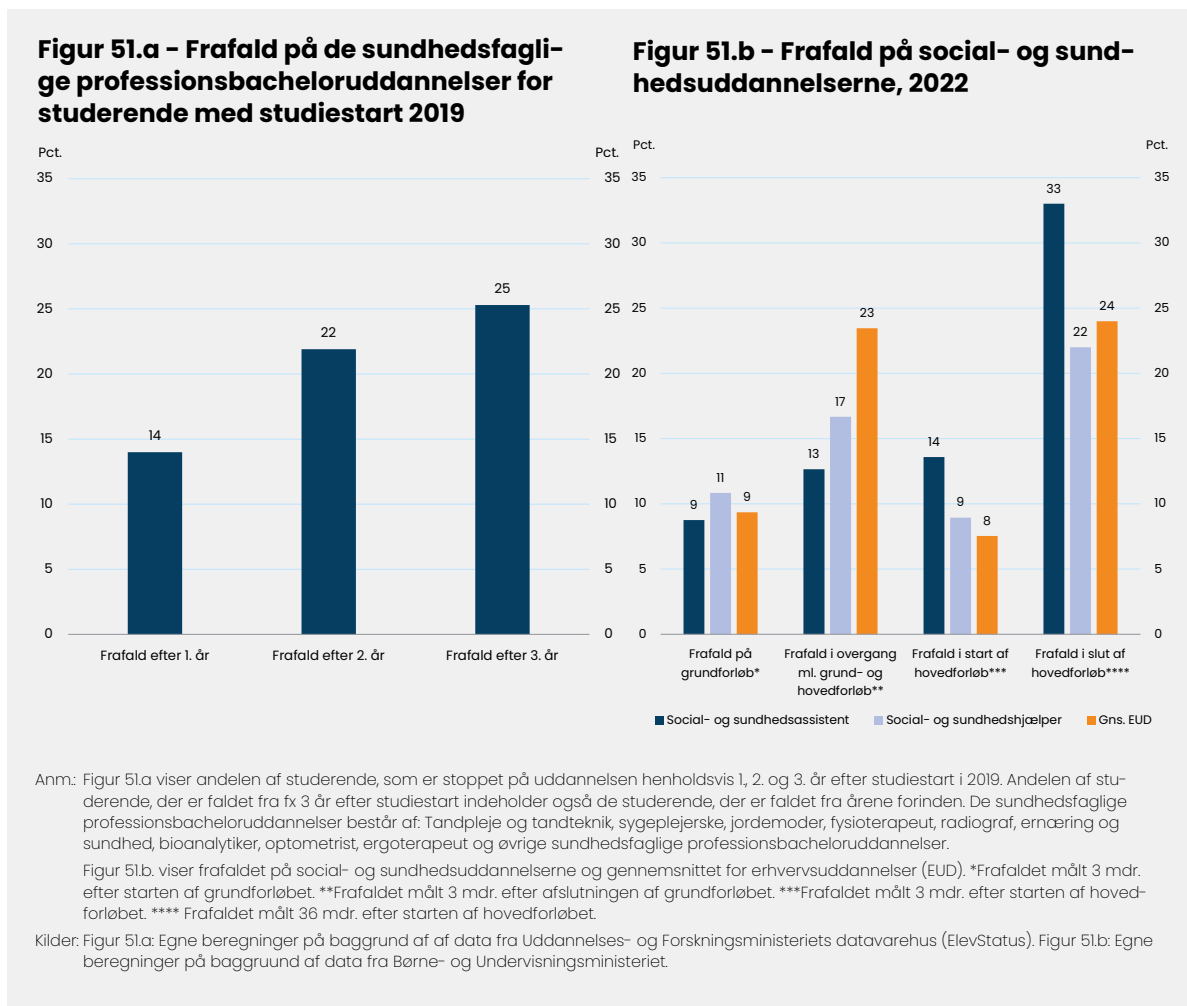
Anm: Se anmærkning til figur 50.a-i.

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af data fra Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus (KOTBasis og ElevBasis).

Mange falder fra

På de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser er hver fjerde studerende faldet fra efter tredje år, *jf. figur 51.a.*, hvoraf mere end halvdelen falder fra efter det første år. Frafaldet på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser er imidlertid på niveau med andre professionsbacheloruddannelser og en smule lavere end på de akademiske bacheloruddannelser, hvor det tilsvarende tal er 26 pct. efter tre år. Der er desuden variation i frafaldet mellem de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. For studerende, der startede på uddannelserne i 2019, var andelen af frafaldne efter det første år på radiografuddannelsen næsten 27 pct., mens den tilsvarende andel på jordemoderuddannelsen var 10 pct.

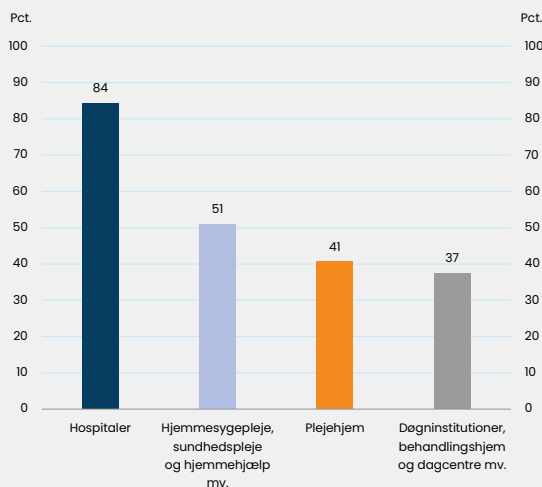
På social- og sundhedshjælper og -assistentuddannelserne er frafaldet opgjort på grundforløbet, i overgangen mellem grundforløbet og hovedforløbet samt i starten og slutningen af hovedforløbet, *jf. figur 51.b.* De fleste elever falder fra i overgangen mellem grundforløb og hovedforløb eller i løbet af hovedforløbet. Frafaldet igennem hele hovedforløbet er højere på social- og sundhedsassistentuddannelsen end på de øvrige erhvervsuddannelser. På grundforløbet er frafaldet for social- og sundhedsuddannelserne på niveau med de øvrige erhvervsuddannelser, mens det i overgangen mellem grund- og hovedforløbet er lavere end på de øvrige erhvervsuddannelser.



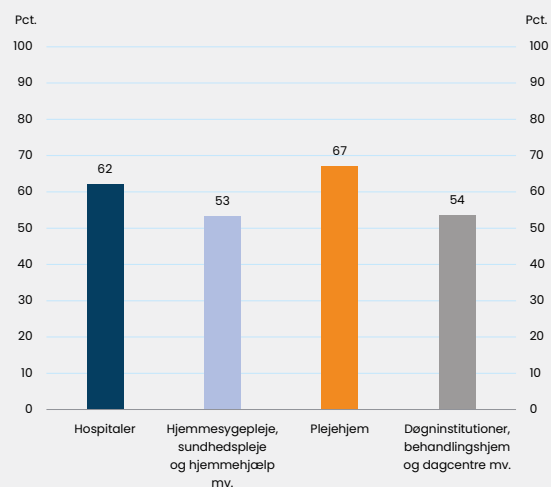
Mange nyuddannede sundhedsprofessionelle oplever, at overgangen fra uddannelse til arbejde kan være svær. Fx har 59 pct. af dimittenderne fra sygeplejerskeuddannelsen svaret, at de er "helt enige" eller "enige" i, at overgangen fra uddannelse til arbejdsmarkedet var svær³⁷. Det afspejles også i, at en del nyuddannede skifter job og branche inden for de første år efter endt uddannelse, jf. figur 52.a-b. Eksempelvis skifter mellem 33 og 47 pct. af social- og sundhedsassistenterne branche inden for to år efter endt uddannelse. Tilknytningen i denne faggruppe er stærkest blandt nyuddannede, der arbejder på plejehjem, hvor flest også starter i deres første job (51 pct.). Samme tendens ses blandt sygeplejersker, hvor den stærkeste tilknytning af nyuddannede er i hospitalsbranchen (84 pct.), hvor størstedelen også får deres første job (77 pct.).

37 Uddannelses- og Forskningsministeriet. 2022. Danmarks studieundersøgelse.

Figur 52.a - Andel nyuddannede sygeplejersker som fortsat arbejder i samme branche to år efter endt uddannelse



Figur 52.b - Andel nyuddannede social- og sundhedsassistenter som fortsat arbejder i samme branche to år efter endt uddannelse



Anm: Opgørelsen er foretaget ved at undersøge, hvor stor en andel af dem, som havde første beskæftigelse på >30 timer/uge i en given branche, fortsat arbejder i samme branche to år efter endt uddannelse. I opgørelsen indgår personer, som har færdiggjort deres uddannelse i årene 2014-2018. Andelen, som er tilknyttet en given branche to år efter endt uddannelse, kan være påvirket af antallet af stillinger i branchen, således at tilknytningen fx kan være højere i brancher, hvor en faggruppe har mange mulige stillinger/arbejdspladser at skifte i mellem set i forhold til brancher med færre stillinger/arbejdspladser at skifte i mellem. Opgørelsen inkluderer kun brancher, hvor >80 nyuddannede har haft første beskæftigelse. Hospitaler inkluderer både private og offentlige hospitaler.

Kilde: Lovmodellen, egne beregninger.

videre

Sundhedsvæsenet står overfor grundlæggende udfordringer, og de kan være umulige at løse ved blot at øge aktiviteten yderligere og ansætte flere medarbejdere. I stedet skal sundhedsvæsenets ressourcer bruges til de rigtige opgaver fx gennem stærkere prioritering og mere effektive arbejdsgange. Kompetencer skal bruges bedst muligt, så medarbejdere sikres attraktive arbejdspladser.

Vidensgennemgangen peger på, at det er afgørende at fokusere på kerneopgaven og prioritere i, hvad sundheds- og ældreområdet skal kunne levere i fremtiden ved fx at skære overbehandling og uhensigtsmæssig dokumentation fra. Tid til kerneopgaven har samtidig betydning for medarbejdernes motivation og tilknytning. Det kan gå ud over trivslen, når medarbejdere oplever at stå over for opgaver, som de ikke har tiden eller kompetencerne til at løse. Samtidig skyldes en del af frafaldet på nogle sundhedsuddannelser, at de studerende ikke kan se dem selv i det efterfølgende job. Den viden, der gennemgås i kapitlet, peger altså på, at det er nødvendigt at sætte ind med forskellige typer af indsatser for at robustgøre sundheds- og ældreområdet.

VIDENSGRUNDLAG FOR KOMMISSIONENS ANBEFALINGER

Vidensgennemgangen er ikke en systematisk gennemgang af forskningslitteratur inden for de tre temaer. Kommissionen har generelt inddraget tre former for viden:

- Solid viden, som fx dansk og international peer-reviewed forskning. Denne type viden er systematisk og bygger på forskning baseret på den samlede litteratur inden for et område.
- Brede erfaringer og kontekstnær viden som fx rapporter og analyser. Denne type viden har været nødvendig at inddrage, da den er direkte koblet til sundhedsvæsenet og ældreområdet.
- Beskrivelser af cases, eksisterende tiltag, indsatser og praksis på sundheds- og ældreområdet. Denne type er inkluderet for at sikre praktisk anvendelighed og fremhæve gode erfaringer.

Vidensgrundlaget er opsummeret i litteraturlisten på side 148.

For at sikre et tilstrækkeligt vidensgrundlag har kommissionen i forbindelse med sit arbejde igangsat eksterne analyser på en række centrale områder. Analyserne er generelt af typen brede erfaringer, mens enkelte er solid viden, da de er peer-reviewed. Hovedkonklusioner fremgår nedenfor. Analyserne er opsummeret i appendiks 2 i boks A.5, og de enkelte rapporter er publiceret som bilag til rapporten.

STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

I afsnittet gennemgås viden om drivkræfter for og mulige indsatser mod uhensigtsmæssig behandling og dokumentation, viden om klogere brug af personaleressourcer på tværs af geografi samt viden om, hvilke arbejdskraftbesparende teknologier, der med fordel kan implementeres i sundhedsvæsenet, og hvordan barrierer mod implementering kan overkommes.

Uhensigtsmæssig behandling

En betydelig andel af sundhedsvæsenets udgifter går til at håndtere spild, skader og fejl. I 2017 anslog OECD, at en ud af ti patienter lider skade under behandling pga. forebyggelige fejl, og at mere end 10 pct. af sygehusudgifter i OECD-lande bruges på at håndtere fejlene. Derudover modtager mange patienter unødvendig behandling eller behandling med lav værdi. Samlet set tyder evidens på, at op mod en femtedel af sundhedsudgifter kunne bruges bedre³⁸. Der er solid viden om, at der foregår uhensigtsmæssig behandling, og at der er et væsentligt potentiale ved at reducere omfanget, men der findes ikke præcise tal for omfanget. Det skyldes bl.a., at det forudsætter en fælles forståelse af, hvad der er den hensigtsmæssige behandling for patienter.

I analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet, som Implement har udført for kommissionen, skønnes det, at i omegnen af 15-30 pct. af aktiviteten i det danske sundhedsvæsen er uhensigtsmæssig eller irrelevant. Tallet er et groft estimat baseret på internationale undersøgelser samt på den kvalitative analyse. Informanterne i analysen oplyste, at der er bred kon-

³⁸ OECD. 2017. Tackling Wasteful Spending on Health.

sensus om, at dele af sundhedsvæsenets aktivitet i bedste fald er klinisk overflødig og i værste fald påfører patienter mere skade end gavn.

Nedenfor præsenteres udvalgte konklusioner om uhensigtsmæssig behandling og diagnostik.

Boks 5. Eksempler på viden om uhensigtsmæssig behandling og diagnostik

Diagnostik og behandling anvendes for meget og forkert

Et review af international litteratur finder, at der tages for mange unødvendige prøver, at overbehandling er udbredt, og at det kan gøre skade på patienter. Reviewet giver en række eksempler fra litteraturen på overforbrug af prøver, fx at der i 22 til 38 pct. af almindelige MR- eller CT-undersøgelser gøres tilfældige fund, som ikke er relateret til undersøgelsens formål, og at en ud af ti kvinder med kræft i stadie fire får udført brystkræftscreeninger. Eksempler på overbehandling i den gennemgåede litteratur er fx, at 39 pct. af patienter, der besøger et akut sundhedstilbud, modtager antibiotika, og at patienter med en iltmætning på over 94 pct. modtager iltbehandling.

Kilde: Morgan et al. 2019. Update on Medical Overuse.

Forskellige drivkræfter for overbehandling kan stå i vejen for kvaliteten i behandling

Overforbrug af ineffektiv behandling og underforbrug af effektive behandlinger er to centrale kvalitetsudfordringer, som sundhedsvæsenet står over for. I oversigtsartiklen defineres kvalitet som graden af match mellem sundhedsydelse og behovene, som søges mødt. Drivere af overbehandling kan grupperes i tre grupper: Økonomi, incitament og integrationen af sundhedsydelse; manglende viden, misvisende psykologiske faktorer og fejlagtige overbevisninger; samt magtasymmetri mellem patienter og udbydere af sundhedsydelser, der hæmmer, at patienters mål og præferencer inddrages ordentligt.

Kilde: Berwick, Donald M. 2017. Avoiding Overuse—the Next Quality Frontier.

Overbehandling er et problem i mange lande, men måling af omfanget er vanskeligt

Overbehandling er udbredt i hele verden og måske stigende. Artiklen fremhæver, at overbehandling sker på tværs af lægelige specialer, at det er svært at måle overbehandling, og at der bør skabes bedre viden for udbredelsen af overbehandling.

Kilde: Brownlee, Shannon et al. 2017. Evidence for overuse of medical services around the world.

Overforbrug af diagnostiske prøver bidrager markant til sundhedsudgifter og kan potentielt udsætte patienter for unødvendig skade

Et internationalt review viser, at diagnostiske prøver overforbruges, og at graden af overforbrug varierer meget. Præoperative tests og billeddiagnostik for uspecifikke lænderygsmærter er de typer undersøgelser, der oftest har lav værdi. Der bør laves mere ensartede definitioner og vurderinger for at kunne skabe større forståelse af omfanget af overforbrug af diagnostik. Data stammer ikke fra Danmark, men er fra USA, Canada samt en række europæiske lande.

Kilde: Müskens, Joris L. J. M. et al. 2021. Overuse of diagnostic testing in healthcare: A systematic review.

Patienter oplever at få gentaget undersøgelser, som fx blodprøver og billeddiagnostik

Vælg Klogt har gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som viser, at patienter oplever at få gentaget undersøgelser som fx blodprøver eller billeddiagnostik, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Det gælder især prøver taget i forbindelse med sektorovergange og for patienter, der følges på flere afdelinger. Vælg Klogt anbefaler derfor, at man undgår at tage blodprøver, hvis et relevant prøvesvar allerede findes, eller hvis svaret ikke vil have betydning for patientens forløb. Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber har taget initiativ til Vælg Klogt-organisationen, og den er finansieret af Danske Regioner.

Kilde: Vælg Klogt. 2022. Blodprøver.

I analysen af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet, som VIVE har udført for kommissionen, defineres uhensigtsmæssig behandling som bestående af tre delelementer: Overbehandling, behandlinger med lav værdi og opgaver, som løses på et for højt specialiseringsniveau, jf. boks A.6 i appendiks 2.

På baggrund af en gennemgang af videnskabelig og grå litteratur og en interviewundersøgelse har VIVE lavet en analyse, der peger på, at uhensigtsmæssig behandling kan resultere i reduktion i medarbejdermotivation og -trivsel, fejl, kapacitetsproblemer, økonomisk pres og uhensigtsmæssigt tidsforbrug. Analysen er afgrænset til behandling i regi af almen praksis og det somatiske sygehusvæsen.

Analysen peger på, at uhensigtsmæssig behandling kan have en række drivkræfter på flere niveauer og opstå af pres og krav fra samfundsmæssige normer og regler, sundhedssystemets organisering samt patienters, pårørendes og fagpersoners adfærd. Analysen peger samtidig på en række mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig behandling.

Boks 6. Mulige drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling og indsatsområder

	Drivkræfter	Indsatsområder
Samfund og kultur	Forventninger og efterspørgsel fra samfundet stiger, snæver mediedækning kan skabe frygt blandt fagpersoner og, popularitetsparadokset giver falsk tryghed.	Oplysningskampagner fra sundhedsmyndigheder og oplysende mediedækning kan udfordre befolkningens antagelse om, at "mere behandling altid er bedre" og dermed modvirke uhensigtsmæssig behandling.
Marked og teknologi	Lobbyvirksomhed og økonomiske interesser samt økonomiske incitamenter for private udbydere af sundhedsforsikringer og sundhedsaktører kan øge udbuddet af behandling med lav værdi. Teknologiuudviklingen betyder, at flere biologiske afvigelser kan findes, hvilket medfører risiko for overdiagnostik.	Bedre samarbejde og øget regulering mellem offentlige og private aktører samt evalueringsarbejde og transparente prioriteringsprocesser i forbindelse med indkøb og implementering af medicinske teknologier kan bidrage til at modvirke uhensigtsmæssig behandling.
Politiske og regulatoriske rammer	Uddifferentierede patientrettigheder samt kvalitetsstandarder, vejledninger og målstyring vanskeliggør fagligt skøn og prioritering. Tilsyns- og klagesystemet kan skabe usikkerhed blandt fagpersoner.	Fokus på bedre rammebetingelser for klinisk forskning og evidensbaserede behandlingsvejledninger samt styrket dialog omkring klager og tilsyn skal modvirke defensiv adfærd og dermed risiko for behandling med lav værdi.
Organisering	Utilstrækkelig koordinering på tværs af behandlingssystemer, funktions- og plejeniveau kan føre til behandlingsoverlap og gentagende undersøgelser. Organisatoriske rutiner kan bidrage til, at behandling ikke tilpasses individuelle behov og geografi har betydning for adgang til undersøgelser og behandling og dermed ulighed i sundhed.	Opgør med vanetænkning og organisatoriske rutiner samt styrkelse af kritisk refleksion på alle organisatoriske niveauer kan modvirke uhensigtsmæssig behandling og behandling med lav værdi. Politisk og faglig opmærksomhed på ulighed i sundhed skal sikre, at ressourcerne bruges på de borgere, der har størst behov.
Professionelle	Det højtspecialiserede blik og professionelles logik kan føre til behandling på et for højt specialiseringsniveau. Faglig usikkerhed og frygten for at overse sygdom kan bidrage til overbehandling. Manglende evidens kan føre til uhensigtsmæssig behandling.	Ledelse skal understøtte, at fagpersoner ser patienter med et helhedsorienteret blik og har kompetencer til at stoppe behandling, hvis det er hensigtsmæssigt.

Drivkræfter	Indsatsområder
Det kliniske møde	Defensiv adfærd hos fagpersoner, øget efterspørgsel fra patienter og pårørende samt mangel på kontinuitet kan bidrage til, at der gives behandling som har lav værdi eller ikke er fagligt begrundet.
	Øget fælles beslutningstagning og mere kontinuitet kan styrke relationen mellem patient og fagperson, således at det sikres, at undersøgelser og behandling har den rette værdi for patienten.

Kilde: VIVE. 2023. U hensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet.

Eksisterende indsatser med styrket prioritering

Både i analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet og i analysen af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling fremhæves styrket prioritering som en indsats, der kan reducere uhensigtsmæssig diagnostik og behandling. I analysen af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling påpeges det, at der fortsat er behov for eksplicit behandlingsprioritering, men også behov for opmærksomhed på, at der sker en indirekte prioritering ved den måde, som ressourcerne i sundhedsvæsenet fordeles på tværs af specialer, geografi, sektorer og via patientrettigheder.

Der findes en række områder, hvor der i dag sker en systematisk vurdering af sundhedsindsatser, fx ibrugtagningen af ny sygehusmedicin, medicinsk udstyr og ny sundhedsteknologi, tilskud til receptpligtige lægemidler, tilskud til vacciner, nationale screeningsprogrammer (kræft og medfødte sygdomme) samt kliniske retningslinjer og behandlingsvejledninger. Fælles for indsatserne er, at der hovedsageligt prioriteres, når nye indsatser skal indføres, at der prioriteres på relativt få områder, og at der ikke koordineres på tværs af organisationer. Samtidig er det en udfordring, at nogle vurderinger ikke omfatter ressourceforbrug.

Medicinrådet og Behandlingsrådet er eksempler på prioriteringsorganer, der bidrager til prioritering på sundhedsområdet. Se boks A.7 i appendiks 2. I 2022 afsluttede Medicinrådet 59 anbefalinger af nye lægemidler eller indikationsudvidelser, og heraf anbefalede Medicinrådet 29 lægemidler, otte blev delvist anbefalet, og 22 blev ikke anbefalet.

Prioriteringsorganer i andre lande har forskellige modeller for forankring. Nogle har en rådgivende rolle, mens andre udarbejder bindende anbefalinger. Det er fælles, at de har fokus på udfasning af eksisterende ineffektive teknologier og på inddragelse af klinikere, borgere og patienter. Blandt de skandinaviske lande vurderes Norge til at være det land, som er længst fremme i forhold til at sikre eksplicit prioritering på sundhedsområdet. Nye Metoder er det norske system til at prioritere, hvilke metoder eller tiltag, der skal indføres og finansieres af det norske specialiserede sundhedsvæsen. Formålet med Nye Metoder er at sikre lige adgang til dokumenteret og effektiv behandling³⁹.

Et andet eksempel på en organisation, der bidrager til prioritering og identifikation af uhensigtsmæssig behandling, er Vælg Klogt. Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber har taget initiativ til Vælg Klogt-organisationen, og den er finansieret af Danske Regioner foreløbigt til og med 2024. Den danske model er unik, idet både det lægefaglige perspektiv og patientens virkelighed er med i kernen af organisationen fra start. Vælg Klogt skal bidrage til, at ressourcerne i sundhedsvæsenet kommer flest patienter til gavn, så alle patienter bliver tilbudt en høj kvalitet både nu og i fremtiden.

Vælg Klogt er udkommet med en række konkrete anbefalinger om bl.a. scanning ved lænderygsmerter, antibiotika til urinvejsinfektioner, blodprøvepakker og anæsthesitilsyn. Nedenfor beskrives et eksempel på en anbefaling fra Vælg Klogt.

³⁹ VIVE. 2019. Kortlægning og komparativ analyse af modeller for nationalt behandlingsråd og sundhedsområdet.

Boks 7. Eksempel på Vælg Klogt-anbefaling: Undgå diabeteskonsultationer for personer med velbehandlet diabetes

Ifølge kliniske vejledninger skal alle personer med diabetes følges med en årlig statusundersøgelse samt et varierende antal mellemliggende diabeteskonsultationer. Disse mellemliggende konsultationer forekommer enten fast, fx hver tredje måned, eller efter behov. Dette gælder både personer med type 2-diabetes, som følges i almen praksis, og personer med type 1-diabetes, som følges i de specialiserede diabetesambulatorier. Diabeteskonsultationer bidrager til at fastholde og motivere til livsstilsændringer, regulere metaboliske faktorer og forebygge udvikling af diabetiske komplikationer.

En spørgeskemaundersøgelse, som Vælg Klogt har gennemført, viser, at der er personer med velbehandlet diabetes, som oplever at skulle gennemgå unødvendige diabeteskonsultationer. Diabeteskonsultationerne er tids- og ressourcekrævende for patienterne og sundhedsvæsenet. I sidste ende betyder det, at der er mindre kapacitet til det, der er nødvendigt.

Studier viser, at man ved en individualiseret og brugerstyret tilgang til diabeteskonsultationer kan reducere behovet for rutinemæssigt planlagte diabeteskonsultationer. Herudover er det påvist, at den brugerstyrede tilgang bibeholder behandlingskvalitet og øger patienttilfredsheden.

Kilde: Vælg Klogt. 2023. Diabeteskonsultation.

Analysen af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling viser, at retningslinjer kan være en drivkraft for uhensigtsmæssig behandling, men at de samtidig kan være et redskab, der kan reducere overbehandling. Fx kan visitationsretningslinjer bidrage til prioritering. Retningslinjerne beskriver henvisningsvejen til udredning og/eller behandlingsmuligheder for en given sygdom eller tilstand, så patienten henvises til den rette instans på det rette tidspunkt. Visitationsretningslinjer kan forebygge uhensigtsmæssig variation på tværs af landet, indikations-skred og overbehandling samt sikre lighed i sundhed ved behov for prioritering.

Visitationsretningslinjer udarbejdes typisk på områder, hvor der er faglig uenighed eller tvivl om henvisningsvejen eller et ønske om at styre aktiviteten på et område, fx ved at undgå stigninger i udgifter og samtidig sikre, at dem med størst behov får behandling. Retningslinjerne udarbejdes typisk af regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen kan også udarbejde visitationsretningslinjer, fx for komplekse områder eller som led i økonomiaftaler mellem regeringen og regionerne. Det er regioner og kommuner, som har til opgave eller får til opgave at implementere gældende visitationsretningslinjer. I nogle tilfælde kan visitationsretningslinjer erstatte det faglige skøn og dermed føre til et for højt behandlingsniveau. Det er derfor et redskab, som kan overvejes i bestemte situationer, fx ved meget dyre behandlinger, tegn på overbehandling eller stor, uhensigtsmæssig variation.

Eksisterende indsatser med øget involvering af patient og borger

Der er solid viden om, at fælles dialog og beslutninger mellem patient og kliniker har potentiale til at modvirke uhensigtsmæssig behandling.

I dag arbejdes der allerede med fælles beslutningstagning som metode flere steder i sundhedsvæsenet. Metoden skal understøtte sundhedspersoner i at skabe den bedst mulige beslutningsproces på baggrund af et fælles vidensgrundlag og patientens præferencer. Det indebærer typisk en samtale mellem patienten og den sundhedsprofessionelle om valg, muligheder og beslutning.

Analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet peger imidlertid på, at der er en tendens til, at behandlingsniveauet lægges på et for højt niveau for patienter i livets afsluttende fase. Ifølge informanterne skyldes det, at patienterne ofte er i en situation, hvor de ikke selv er i stand til at vurdere fordele og ulemper ved et givent behandlingsvalg, og at sundhedsfaglige mangler kompetencer til at initiere dialogen og tage en fælles beslutning om det rette behandlingsniveau. Det rette behandlingsniveau i livets afslutning er væsentligt både af hensyn til patient-

tens livskvalitet og af ressourcemæssige årsager. Sundhedsudgifter for patienter i de sidste 12 måneder op til deres død udgør ca. 11 pct. af de samlede sundhedsudgifter^{40,41}.

Nedenfor beskrives et eksempel fra Geriatrisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital om "at tage snakken" om behandling i livets afslutning.

Boks 8. Eksempel på indsats der øger involvering af patient og borger: Dialog om patientens ønsker til livets afsluttende fase

På Geriatrisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital oplevede man, at skrøbelige patienter kom i en indlæggelses- og behandlingsmølle med hyppige indlæggelser og genindlæggelser, som patienten ikke selv ville have valgt, hvis der havde været kompetente og rettidige snakke samtaler om behandlingsforløbet frem mod livets afslutning.

Geriatrisk Afdeling har derfor oprettet et udkørende subakutgeriatrisk ambulatorium, som påbegynder snakken dialogen med den ældre patient om dennes overvejelser om den sidste tid. En sådan snak dialog vil ofte strække sig over en periode og involvere borgerens/patientens pårørende, hvor det er relevant og ønsket.

Det udkørende ambulatorium arbejder tæt sammen med og er til stede på Aalborg Kommunes midlertidige pladser og plejecentre med henblik på at opsøge borgere, som med fordel kan tilknyttes ambulatoriet. Når borgere vurderes at være på vej ind i forløb med gentagende indlæggelser og dårlig prognose, tages der hul på dialogen om livskvalitet og livets afslutning. Hvis patienten tilknyttes det udkørende ambulatorium, vil borgeren være i et forløb i ambulatoriet, og behandlingsansvaret placeres hos den tilknyttede geriater.

Ifølge afdelingens ledelse er der flere forudsætninger for, at indsatsen kan lykkes:

- **De rette kompetencer:** At kunne "tage snakken" er et kompetencemæssigt spørgsmål. Afdelingen har gode erfaringer med et tværfagligt team sammensat af geriater, plejepersonale samt fysio- og ergoterapeuter, der sammen bidrager til en nuanceret vurdering og snak om behandlingsmuligheder.
- **Behandlingsansvaret:** Det vurderes nødvendigt, at behandlingsansvaret forankres på sygehuset med henblik på at sikre handlerum hos de læger, som har den løbende dialog med patienten. Ansvaret kan gives tilbage til almen praksis.
- **Samarbejde mellem sygehus og kommune:** Den proaktive opsøgning af de borgere, for hvem snakken om livets afslutning er væsentligst, forudsætter tilstedeværelse i de kommunale arenaer, hvor borgerne oftest befinder sig. Dette sikres ved, at en geriater fra afdelingen går stuegang på kommunens akutpladser.

Kilde: Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

Eksisterende indsatser der sikrer rette specialiseringsgrad

Et element af uhensigtsmæssig behandling er behandling på et for højt specialiseringsniveau. Der er brede erfaringer med, at det er hensigtsmæssigt, at de rette opgaver løses på det rette specialiseringsniveau. Potentialets omfang er vanskeligt at vurdere, da omstillingen i sit fulde omfang vil medføre en stor forandring af sundhedsvæsenet. Mulige potentialer kan bl.a. findes i forhold til ældre og skrøbelige patienter med ukomplicerede sygdomme, hvor et behandlingsforløb i eget hjem kan være at foretrække og samtidig være mere omkostningseffektivt. Der peges desuden på, at indlæggelser kan forebygges ved at give den præhospitale indsats adgang til basalt diagnostisk udstyr og adgang til speciallægekompetencer ved behov. Dermed kan en del af de patienter, som tidligere blev indlagt på en akutmodtagelse, håndteres i eget hjem⁴².

Der er samtidig en udvikling i gang med det formål at sikre en enklere og mere fleksibel adgang til sundhedsvæsenet og at flytte mere behandling ind til eller tæt på borgerens eget hjem. Det kan fx foregå ved, at flere borgere modtager deres behandling, kontrol og opfølgning

40 Bech & Gaardboe. 2020. Der er mange gode grunde til, at vi skal tale mere om døden - også sundhedsøkonomiske.

41 Pedersen. 2019. Sundhedsøkonomiske problemstillinger omkring palliation: End-of-life costs; QALY; cost-effectiveness

42 Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

tættere på gennem en indsats i kommunen, ved almen praksis eller ved, at borgeren understøttes i at varetage behandlingen selv.

Der findes en lang række eksempler på indsatser, som medvirker til, at behandling løses på rette specialiseringsniveau. Nedenfor fremgår to eksempler.

Boks 9. Eksempler på indsatser der fremmer behandling på rette specialiseringsniveau

eHospitalet i Region Sjælland understøtter, at behandling kan foregå uden for sygehuset

Gennem telemedicinske løsninger kan borgerne behandles hjemme eller i det kommunale sundhedsvæsen. eHospitalet i Region Sjælland foretager ambulante kontakter, forebyggende projekter og rådgivning via teknologi og understøttet af mobile behandlingssenheder.

Når en borger indlægges eller er i ambulans forløb på eHospitalet, er det eHospitalets læge, som har behandlingsansvaret for patienten og går virtuel stuegang på borgeren. En indlæggelse på eHospitalet kan fx omfatte behandling med antibiotika (evt. i drop), væskebehandling, smertebehandling, iltbehandling og/eller tæt observation af blodprøver og vitale parametre. Ambulante forløb omfatter løbende hjemmemonitorering med mulighed for direkte virtuel adgang til eHospitalet.

Patienter kan visiteres til eHospitalet via egen læge, lægevagten eller en sygehusafdeling. En indlæggelse på eHospitalet kan forebygge en sygehusindlæggelse eller -genindlæggelse. En indlæggelse på eHospitalet kan også bidrage til at forkorte varigheden af sygehusindlæggelsen for patienter, som er færdigudredte, men ikke er færdigbehandlede, hvor eHospitalet overtager effektueringen af behandlingsplanen fra den udskrivende afdeling.

eHospitalet har på daglig basis indlagte patienter i eget hjem i en størrelsesorden, der svarer til en medicinsk afdeling. I alt var ca. 1.600 patienter indlagt i 2022.

Kilde: Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

Forebyggelse af genindlæggelser gennem udvidet behandlingsvar i 72 timer

I 2021 indgik Region Hovedstaden, 29 kommuner og PLO-Hovedstaden en aftale om at udvide behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse, så den udskrivende sygehusafdeling påtager sig at håndtere de henvendelser, som sundhedsfaglige i fx kommune og almen praksis kan have efter udskrivelse fx om behandling eller medicin.

Aftalen dækker færdigbehandlede patienter, der har behov for kommunal sygepleje, og som udskrives til en midlertidig kommunal døgnplads, et plejecenter eller kommunal sygepleje i eget hjem eller på et kommunalt bosted.

Formålet er at sikre trygge overgange for borgerne mellem behandling på sygehuset og borgerens hjem eller ophold på midlertidige kommunale døgnpladser og plejecentre. Modellen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for de borgere, der har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse. Det udvidede behandlingsansvar skal understøtte, at der er relevant viden hos de sundhedsprofessionelle i kommunerne, som plejer og behandler borgerne, og modellen har dermed potentiale til at mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser. Det er politisk besluttet at udbrede modellen, så det udvidede behandlingsansvar kommer til at gælde på nationalt niveau inden udgangen af 2023.

Kilde: Region Hovedstaden: Center for Sundhed. 2022. Model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling.

Omstillingen til, at opgaver skal løses på det korrekte specialiseringsniveau, hænger stærkt sammen med princippet om, at opgaver i sundhedsvæsenet generelt skal løses på laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau (LEON-princippet). Omstillingen kan siges at eksistere på tre niveauer. På mikroniveauet fx internt i en sygehusafdeling, skal omstillingen finde sted ved, at opgaver løses af medarbejdere med et "lavere" kompetenceniveau. På mesoniveau skal omstillingen fx finde sted mellem forskellige grader af specialiserede professioner, hvor opgaver fx overdrages fra sygeplejersker til portører. På makroniveauet skal omstillingen fx finde sted ved, at opgaver overdrages til mindre specialiserede aktører i sundhedsvæsenet, fx når opgaver flyttes fra sygehusvæsenet til almen praksis eller det kommunale sundhedsvæsen.

Ifølge analysen om kompetencemangel i sundhedsvæsenet er der en tendens til, at plejepersonalet på sygehusene varetager en stor del af både de kliniske plejeopgaver samt administrativt og forefaldende arbejde. Der er derfor et potentiale i at styrke omstillingen ved, at opgaver løses på rette specialiseringsniveau på både mikro- og mesoniveau. Adgang til de relevante kompetencer og fleksibel brug af kompetencerne i sundhedsvæsenet kan samtidig være en forudsætning for at kunne foretage omstillingen på makroniveau, det vil sige mellem sundhedsvæsenets aktører. Brede erfaringer viser, at en vigtig forudsætning for at varetage flere opgaver på det kommunale sundheds- og ældreområde er adgangen til relevante specialiserede kompetencer og adgang til borgerens behandlingsansvarlige læge.

Mange steder arbejdes der allerede med en mere fleksibel brug af kompetencer og medarbejderressourcer, der kan understøtte, at opgaver løses på det rette specialiseringsniveau. Der fremgår eksempler nedenfor.

Boks 10. Eksempler på indsatser der fremmer behandling på rette specialiseringsniveau

Intravenøs behandling udføres andre steder end på sygehus

I 2021 aftalte Region Hovedstaden og 29 kommuner, at nogle typer intravenøs (IV) behandling kan varetages af kommunerne til gavn for patienter og for sygehusene. Det betyder, at når IV-behandling er nødvendig kan patienten modtage behandlingen hjemme eller på en kommunal sygeplejeklinik i deres nærområde i stedet for på sygehuset. Patienten kan dermed udskrives tidligere fra sygehuset, hvilket frigiver kapacitet og oftest er foretrukket af patienten selv.

Kilde: Region Hovedstaden og Københavns Kommune. 2021. Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi.

Delesygeplejersker ansat mellem sektorer for at sikre at information ikke går tabt

Som en del af projektet "Tværsektorielt teamsamarbejde for og med de svageste ældre" i Region Sjælland blev der ansat delesygeplejersker mellem Sjællands Universitetshospital i Roskilde og Roskilde Kommune. Formålet var at bygge bro mellem sektorerne og undgå, at der gik information tabt i sektorovergange. Delesygeplejerskerne var ansat med formelt delt ledelse mellem sygehus og kommune. Der blev i projektet afprøvet forskellige modeller for, hvordan delesygeplejerskerne skulle fordele arbejdstiden mellem sygehus og kommune. Delesygeplejerskernes opgave var bl.a. at sætte sig ind borgerens situation og behov og udarbejde sygeplejefaglige handleplaner. Derudover planlagde delesygeplejerskerne udskrivelser og hvis muligt besøg hos borgeren efter udskrivelse m.m. En evaluering af indsatsen foretaget af VIVE viste, at der var signifikant færre akutte indlæggelser i indsatsgruppen ved opfølgning efter 7, 30 og 90 dage.

Kilde: VIVE. 2020. Styrket sammenhæng for de svageste ældre.

Plejeportører på afdelinger til forflytning, støtte i plejen og praktiske opgaver

På Neurologisk Afdeling og på Hjerteafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har afdelingerne plejeportører i dagtimerne, som hjælper med plejeopgaver og praktiske opgaver. Plejeportørerne hjælper fx med at skaffe rene senge, at kontrollere ilt og sug på stuerne, at gøre mad klar, at veje patienter, at tage EKG og med forflytning og mobilisering af patienter.

Kilde: Witthøft. 2022. Plejeportører aflaster sygeplejersker.

Uhensigtsmæssig dokumentation

Dokumentation er en del af kerneopgaven i sundhedsvæsenet og skal give værdi og sikkerhed for patienter. Samtidig er det vigtigt at sikre enkle og hensigtsmæssige arbejdsgange for dokumentation. I analysen af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet defineres uhensigtsmæssig dokumentation som bestående af tre delelementer:

Boks 11. U hensigtsmæssig dokumentation

- **Dobbeltdokumentation:** Samme information registreres flere gange. Enten inden for samme organisation eller i overgangen mellem forskellige organisationer eller sektorer.
- **Besværlig dokumentation:** Arbejdsgangene med at generere information opfattes som unødigt tidskrævende og besværlige.
- **Meningsløs dokumentation:** Informationen opfattes ikke som meningsfuld af dem, der skal generere eller læse den. Det er enten, fordi informationen opleves som irrelevant, fordi validiteten betvivles, eller fordi informationen udelukkede tjener til rygdækning.

Kilde: VIVE. 2023. U hensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet.

Analysen peger på en række drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation. Der peges desuden på, hvad de primære drivkræfter er på henholdsvis det kommunale sundheds- og ældreområde, i almen praksis og på sygehuse.

På det kommunale område opstår uhensigtsmæssig dokumentation fx, fordi lovgivningen opdeler den kommunale sundheds- og ældrepleje i en række adskilte paragraffer med forskellige funktioner. Paragraforganiseringen gennemsyrrer omsorgssystemer, funktionsopdeling og faglige standarder (FSIII). Det fremgår af analysen, at resultatet er besværlig dokumentation og dobbeltdokumentation, der tager tid fra borgerne. Den opdeltede dokumentation udfordrer også overblik og helhedsorientering, og derfor er der tale om en praksis, der øger risikoen for fejl og misforståelser på tværs af de funktioner og fagpersoner, der er involveret i borgernes forløb.

I almen praksis opstår defensiv dokumentation fx på grund af ønsket om at undgå klager og for at leve op til tilsynskrav. Systemtekniske forhold og dårligt kendskab til tværsektoriel dokumentationspraksis og -behov kan være en kilde til mangelfuldt overblik. Det kan skabe uhensigtsmæssig dokumentation og risiko for fejl.

På sygehuse fremstår tilsynskrav og frygt for fejl og klager med udspring i regulatoriske rammer som en drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation. Ifølge analysen er der stigende tendens til, at personalet dokumenterer proces og ikke-fund, hvilket skaber uhensigtsmæssig dokumentation. Dokumentationen foretages bl.a. for at honorere målstyringskrav, tilsynskrav og divergerende krav i vejledninger. Dette tager tid fra patienter, reducerer motivation og forårsager manglende overblik i patientjournalen.

På tværs af sektorerne er der identificeret en række mulige drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og mulige indsatsområder, der kan modvirke dette.

Boks 12. Mulige drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og indsatsområder

	Drivkræfter	Indsatsområder
Marked og teknologi	Manglende brugervenlighed, manglende overblik, manglende kompatibilitet mellem systemer kan føre til uhensigtsmæssig dokumentationspraksis.	Fortsat krav til brugervenlighed ved indkøb, integration af IT-systemer og udvikling af dokumentationsløsninger, der ikke kræver skriftlighed kan modvirke besværlig dokumentation.

	Drivkræfter	Indsatsområder
Politiske og regulatoriske rammer	Manglende samordning af krav på tværs af forskellige lovgivninger og mellem specialespecifikke vejledninger, målstyring, som ikke understøtter lokal læring, eksponering af enkeltsager og dokumentation til sekundære formål, der stiller større krav til detaljeringsgrad, end hvad der er klinisk relevant.	Begrænsning af målstyring til områder, som ledere og fagpersoner kan handle på kan modvirke meningsløs dokumentation. Tydeligere politisk og ledelsesmæssig prioritering af primære og sekundære formål med dataregistrering, forenkling af det kommunale tilsyn og kommunikationsstandarder samt den kommunale paragraforganisering kan modvirke uhensigtsmæssig dokumentation.
Organisering	Uhensigtsmæssige fysiske rammer og manglende rutiner kan gøre dokumentationsopgaven tidskrævende og besværlig. Uklar ansvars- og arbejdsfordeling mellem fagpersoner og sektorer kan betyde, at flere fagpersoner skal forholde sig til samme patientforløb.	Rutiner og fysiske rammer skal tilrettelægges, så de giver arbejdsro og let adgang til dokumentationsopgaven. Klare ansvars- og arbejdsfordelinger skal modvirke dobbeltdokumentation, og ledelser skal opfordres til at afslutte målinger og fjerne vejledninger samt at inddrage fagpersoner i fastsættelse af relevante mål.
Professionelle	Uoverensstemmelse mellem kompetencer og opgaver, udbredelse af kvalitetsstandarder og dokumentationskrav fra ét klinisk område til generelle standarder uden kritisk stillingtagen, manglende forståelse for forskelle i dokumentationskrav og informationsbehov, er alle drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling.	Bedre oplæring, mulighed for støtte og erfaringsudveksling, udveksling af erfaringer mellem organisationer og mellem professionelle skal modvirke besværlig dokumentation og dobbeltdokumentation. Etablering af fælles forståelse for informations- og dokumentationsbehov skal reducere meningsløs dokumentation.
Det kliniske møde	Frygt for at begå fejl, for klager eller sanktioner efter tilsyn kan føre til meningsløs dokumentation. Forventning om at dokumentation virker fremmedgørende for patienter og borgere i det kliniske møde kan føre til dobbeltdokumentation ligesom bevidsthed om, at patienter kan læse dokumentation kan føre til meningsløs dokumentation.	Kontinuerlig og tværgående dialog om dokumentationspraksis og frygt for klager mellem fagpersoner, ledelse og tilsynsmyndigheder skal modvirke defensiv dokumentationspraksis. Undersøgelse af forventninger og praksis hos patienter og borgere kan af- eller bekræfte de forventninger, som fagpersoner har til den information, der registreres om dem.

Kilde: VIVE. 2023. Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet.

En analyse baseret på dokumentationspraksis i fire kommuner peger på, at dokumentation, videndeling og kommunikation om borgerne i omsorgsjournalssystemet er en integreret del af opgaveløsningen for medarbejderne. Undersøgelsen viser, at der er forskel på faggruppers forståelse af meningsfuld dokumentation og forskel på deres dokumentationspraksis. Fx bruger social- og sundhedshjælpere kortest tid på dokumentation og bruger primært tid på at læse, mens social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker bruger mere tid i omsorgsjournalssystemet og har en nogenlunde jævn fordeling af tid brugt på at skrive og tid brugt på at læse. Analysen peger på en række anbefalinger, herunder at det er nødvendigt at have et vedholdende og systematisk fokus på, hvad god dokumentationspraksis er, og hvad god brug af omsorgsjournalssystemet er. Det anbefales at bruge tjeklister, guides og løbende sparring, da erfaringer viser, at det kan bidrage væsentligt til at sikre en ensartet dokumentationspraksis⁴³.

Et eksempel på en indsats, der modvirker uhensigtsmæssig dokumentation, er projektet "Forenkling og kvalitet styrker omsorg og nærvær for borgeren". Projektet blev gennemført af Sønderborg Kommune sammen med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og IT-leverandøren De-

43 PA Consulting. 2023. Dokumentationspraksis i den kommunale ældrepleje.

dalus. Formålet med projektet er at skabe forbedringer i dokumentationen, og der er foretaget en række indsatser med fokus på kompetencer, IT-systemer og devices, kultur, dokumentation med borgeren og brug af journalsystemet.

Hovedresultater af indsatsen fremgår nedenfor.

Boks 13. Eksempel på indsats mod uhensigtsmæssig dokumentation: Sønderborg Kommunes projekt "Forenkling og kvalitet styrker omsorg og nærvær for borgeren"

Dokumentation foregår hos og sammen med borgeren. Det betyder, at medarbejderne er mere hos borgerne, og de kan inddrages i dokumentationen om dem. Det opleves, at det bidrager med tryk-
hed for borgerne.

Den daglige vurdering af borgeren er udvidet med tryksårsvurdering og mund- og tandpleje-
screening. Det er gjort til omdrejningspunkt for medarbejdernes dokumentation. Dermed er en stor
del af den tidligere dokumentation overflødiggjort. Den daglige vurdering er nu den daglige doku-
mentation, hvis der ikke er ændringer i borgerens tilstand.

Dokumentation med borgeren nedsætter risikoen for fejl. Det har bidraget med et bedre arbejds-
miljø for medarbejderne, der ikke skal være nervøse for at glemme oplysninger ved først at dokumente-
re senere, da de nu gør det med det samme.

92 papirkemaer er fjernet. Heraf er 74 udgået, mens de resterende er integreret i den elektroniske
omsorgsjournal.

Kilde: VIVE. 2023. Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet; Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2022. Kvalitet og forenkling af dokumentation: Inspirationskatalog på baggrund af erfaringer fra Sønderborg Kommune til alle, der ønsker at forenkle dokumentationsprocesser og skabe mere tid til – og kvalitet for – borgerne.

Bedre brug af personaleressourcer på tværs

Ifølge analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet kan ulige adgang til sundhedsfag-
lige kompetencer være en central årsag til, at sundhedsvæsenets ressourcer ikke prioriteres
derhen, hvor der skabes mest sundhed for pengene. Det hænger sammen med behovet for
omstilling til opgaveløsning på rette specialiseringsniveau, men også med behovet for at bru-
ge personaleressourcer bedst muligt på tværs – horisontalt mellem organisationer, fx mellem
to regioner eller mellem to afdelinger.

Skævheden i adgang til kompetencer opleves af informanterne i analysen både på tværs af
sektorer og geografi. Regioner og kommuner har udfordringer med at rekruttere plejepersona-
le, og den geografiske fordeling af både rekrutteringsudfordringerne og tilgængeligheden af
sundhedsfaglige kompetencer er skæv. Særligt yderområder og landkommuner er udfordre-
de. Analysens informanter oplever desuden, at skævheden i tilgængeligheden af sundheds-
faglige kompetencer kombineret med den skæve sygdomsfordeling i befolkningen betyder,
at det visse steder kan være vanskeligt at levere de sundhedsydelse og den pleje, som man
gerne vil.

Der findes eksempler på initiativer, der sikrer en mere fleksibel adgang til kompetencer på
tværs af geografi. Nedenfor præsenteres to eksempler samt en opsummering af den norske
Helsepersonellkommisjons anbefaling om "hus-og-hytte" stillinger.

Boks 14. Eksempler på brug af kompetencer på tværs af geografi

Samarbejdsaftaler om deling af kompetencer på tværs af geografi

I december 2022 indgik Region Hovedstaden og Region Sjælland en samarbejdsaftale, der bl.a.
omfatter, at Region Sjælland styrkes med speciallægeressourcer fra Region Hovedstaden svarende
til 30 årsværk inden sommeren 2023 eventuelt suppleret med flytning/digitalisering af opgaver fx
diagnostik, der ikke kræver fysisk tilstedeværelse. Der tages udgangspunkt i specialerne: Kardiologi,
karkirurgi, lungemedicin, radiologi, patologi, børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, endokri-
nologi samt gynækologi og obstetrik. Radiologi og patologi håndteres særskilt udover de 30 årsværk.
De konkrete tiltag er fx delestillinger (evt. efter aftale med de forhandlingsberettigede organisatio-

ner), udlån, frivilligt merarbejde mv.

Kilde: Region Hovedstaden. 2022. Hovedstaden og Sjælland tager fælles ansvar for sundhedsvæsenet i hele Østdanmark.

Delestillinger og virtuelle konsultationer på Bornholm

Under overskriften "Digital Ø – Nærhed bedst" har Bornholms Hospital siden 2019 arbejdet med virtuelle konsultationer og andre teknologiske løsninger, hvor fx en læge eller en beskrivende radiograf er fysisk placeret et andet sted i Region Hovedstaden og har virtuel kontakt med patienten på Bornholms Hospital. Sygehuset arbejder yderligere med delestillinger, hvor medarbejdere fx læger, sygeplejersker og jordemødre har en delt ansættelse mellem Bornholms Hospital og et andet sygehus i Region Hovedstaden. I 2023 arbejdes specifikt mod et styrket formaliseret samarbejde mellem Bornholms Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Kilde: Eksempel sendt til Robusthedskommissionen af Bornholms Hospital.

Kombinationsstillinger på tværs af enheder og geografi

Den norske Helsepersonellkommissjon har foreslået, at kombinationsstillinger, hvor den ansatte har hovedansættelse ét sted, men flere arbejdssteder, kan være et virkemiddel til at hente personale ind på tværs af enheder og geografi alt efter, hvor behovet er størst. Kommissionen mener samtidig, at disse "hus-og-hytte-stillinger" kan repræsentere en effektiv vej for overførelse af viden og kompetencer, bedre kulturforståelse og indsigt mellem enheder, hvilket kan gøre stillingerne attraktive for personalet. Endelig kan "hus-og-hytte-stillinger" nedbringe behovet for ansættelse af vikarer. Helsepersonellkommissjonen fremhæver, at personalet skal sikres den nødvendige oplæring, så overgangen mellem de to arbejdssteder er tryk og hensigtsmæssig for både medarbejderen, kolleger og arbejdsstedet.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. 2023. Tid for handling.

Den teknologiske udvikling i sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen er blevet digitaliseret betydeligt over de seneste 20–30 år. På tværs af sundhedsvæsenet er der brede erfaringer med, at sundhedsteknologi og digitale løsninger er en nøgleforudsætning for at kunne håndtere de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for.

IT-branchen har i en analyse konkluderet at ved blot at udbrede få modne og brugervenlige teknologier i sundhedsvæsenet, kan der frigives op mod 3.000 sundhedsfaglige medarbejdere samtidig med, at patientforløb styrkes og beslutninger og arbejdsgange forbedres⁴⁴. Teknologi er samtidig et væsentligt middel til at understøtte den nødvendige omstilling til det primære sundhedsvæsen, hvor der sker et skifte fra at levere ydelser på sygehusene til at levere ydelserne fra sygehusene. I nogle tilfælde i patientens eget hjem samt på tværs af specialer og på tværs af sektorer.

Nedenfor fremgår en række konkrete eksempler på, hvordan teknologier, der frigør mere tid til kerneopgaven, i dag anvendes i sundhedsvæsenet.

Boks 15. Eksempler på moden arbejdskraftbesparende teknologi

Ward 24/7 – overvågning af patienter gennem kunstig intelligens

Ward 24/7 er baseret på kunstig intelligens og er en løsning til overvågning af indlagte patienter, som er i risiko for alvorlige komplikationer. Læger og sygeplejersker på Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har afprøvet systemet på mere end 2.500 patienter. Løsningen sender alarmer til sundhedspersonalets smartphones og giver mulighed for at sætte hurtigere ind ved tidlige tegn på komplikationer. Foreløbigt forventes 70 pct. reduktion i tidsforbrug i forhold til den direkte monitoreringsopgave, ligesom patienterne kan bevæge sig mere frit med det trådløse udstyr.

Digirehab – digital hjemmetræning

I Aalborg Kommune har man satset på forebyggelse gennem digital hjemmetræning. Løsningen giver mulighed for, at social- og sundhedsassistenterne i kommunen kan gennemføre individuelt

44 IT-branchen. 2023. Teknologier skal fremtidssikre sundhedsvæsenet.

måltrettet træning af ældre borgere i eget hjem. Ved at udstyre social- og sundhedsassistenterne med en "digital fysioterapeut under armen", gør det dem i stand til at bruge metoder, som normalt ville blive anvendt af fysioterapeuter. Kommunernes egne data viser, at hver borger, der kan gennemføre 12 ugers træning, i løbet af det efterfølgende år vil få en reduceret efterspørgsel på pleje på ca. 75 timer. En fuldtidstræner kan træne med imellem 50-70 borgere på et år og dermed reducere behovet for fem til syv medarbejdere. Aalborg Kommune var først med løsningen, men den anvendes i dag i 30 kommuner.

AI mammo – granskning af mammografi-screening gennem kunstig intelligens

Region Hovedstaden har investeret i en AI-baseret teknologi, som anvendes til mammografiscreeningsbilleder. Løsningen har erstattet én af to radiologer og forventes at reducere tidsforbruget ved screening af kvinder i lavrisikogruppen med 30-37 pct. Samtidig viser en evaluering, at antallet af falsk positive svar foreløbigt ser ud til at kunne reduceres med 25 pct. Dette er til fordel for patienterne og for regionen, som dermed skal gennemføre færre opfølgende undersøgelser. De øvrige regioner har forpligtet sig på at arbejde efter at opstarte implementering af systemet i løbet af 2023.

Et Samlet Patientoverblik – inddragelse af patienter gennem digital løsning

Det tværsektorielle program "Et Samlet Patientoverblik" udnytter digitale løsninger til at styrke koordination, samarbejde og involvering af patienter gennem deling af data på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. De første dele af programmet handler om deling af aftaler og stamdata, som både patienter og sundhedsfaglige kan tilgå. Evalueringen af pilotafprøvningen viser bl.a., at sundhedspersonalet oplever at spare tid ved at kunne se stamdata og aftaler på tværs af sektorer.

Kilde: Workshop om implementering af teknologi og digitale løsninger i sundhedsvæsenet

I litteraturen er det bredt beskrevet, hvordan patienter i fremtiden i langt højere grad vil blive diagnosticeret, behandlet og genoptrænet i eget hjem ved hjælp af bl.a. telemedicin, sensortechnologi og datadeling^{45,46,47}. Patienter og borgere vil i stigende grad få mulighed for at blive mere selvhjulpne og proaktive med understøttelse fra digitale assistenter.

Solid viden viser, at der er et stort potentiale ved at flytte fysiske kontakter og behandling til digital kontakt med patienter og borgere hjemmefra. Flere studier viser, at telemedicinske løsninger enten har uændrede eller positive kliniske effekter. På Odense Universitetshospital har man verdens største database for evidensbaseret telemedicin inden for 24 medicinske specialer. Blandt de over 500 studier i databasen viser 98 pct. af studierne, at telemedicin enten forbedrer eller giver patienterne uændret sygdomstilstand⁴⁸.

I fremtiden kan flere sundhedsfaglige vurderinger og beslutninger blive automatiseret, og medarbejdere kan i stigende grad blive assisteret af digitale assistenter. Teknologi giver desuden mulighed for at reducere antallet af ambulante besøg gennem selvmonitorering og digital adgang til lægefaglige konsultationer. Digitale videokonsultationer blev mere udbredte under covid-19-epidemien, og det fremgår i dag af de praktiserende lægers overenskomst, at alle praktiserende læger i 2024 skal tilbyde videokonsultationer⁴⁹.

Internationalt satses der også på ny teknologi og digitale løsninger. Det skaber en acceleration i udviklingen af ny teknologi, som også præger sundhedsområdet og skaber nye måder at levere sundhedsydelser på. Fx har Sverige indført et princip om digitalt først. Princippet er indført i deres akuthjælp, hvor patienter har mulighed for at søge om hjælp digitalt via videokonsultationer og automatiseret triagering som et redskab til prioritering af akutte patienter. Den norske Helsepersonellkommisjon anbefaler også et "digitalt først-princip" om, at alle opgaver, hvor sundhedspersonalet ikke har fysisk kontakt til patienter, borgere og pårørende, automatiseres i størst mulig grad inden for de teknologiske muligheder og et omkostningseffektivitetsaspekt. Det gælder fx informationsindhentning og dokumentation⁵⁰.

45 Reiermann & Andersen. 2017. 10 tendenser for fremtidens sundhedsvæsen.

46 Dare Disrupt. 2018. Fem Teknologiske Temaer.

47 VIVE. 2017. Fem Megatrends Der Udfordrer Fremtidens Sundhedsvæsen.

48 IT-Branchen. 2023. Teknologi skal fremtidssikre sundhedsvæsenet.

49 Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. 2022. Overenskomst om almen praksis.

50 Helsepersonellkommisjonen. 2023. Tid for handling.

Både regioner og kommuner har udarbejdet analyser, der peger på modne teknologier, som med fordel hurtigt kan implementeres og bruges i hele sundhedsvæsenet. Kommunerne har bl.a. udarbejdet et casekatalog over tidsbesparende teknologier med dokumenteret effekt og udarbejdet en teknologiradar, som vurderer forskellige teknologiers modenhed her og nu i kommunerne^{51,52}. Regionerne har ligeledes fået udarbejdet forskellige casekataloger, der peger på modne arbejdskraftbesparende teknologier⁵³. Regionernes Behandlingsråd skal desuden bidrage til at målrette sundhedsvæsenets ressourcer til teknologier og indsatser, der giver mere sundhed for pengene.

Nedenfor beskrives eksempler på og erfaringer med teknologier, der frigør tid til kerneopgaven, og som kommuner og regioner har vurderet modne til bred implementering i sundhedsvæsenet. Teknologierne forventes derfor at forme fremtidens sundhedsvæsen.

Boks 16. Eksempler på modne teknologier der frigør tid til kerneopgaven

Videoløsninger

Videoløsninger kan anvendes til konsultationer og konferencer. Det kan spare transporttid for både sundhedspersonale og patienter. Derudover kan videoløsninger øge kvaliteten i diagnosticering på afstand, fordi det gør det muligt at se patienten frem for fx at skulle diagnosticere ud fra beskrevne symptomer.

Sensorer

Sensorer er apparater, som kan registrere bevægelse, lyd, lys, temperatur mv. Sensorerne opkobles til en digital infrastruktur, der gør det muligt at dele sensorernes målinger med sundhedspersonalet i realtid. Det betyder, at sundhedspersonalet har et godt grundlag at diagnosticere og træffe beslutninger ud fra. Det kan forebygge indlæggelser og dermed aflaste sundhedspersonalet. Derudover giver sensorteknologi mulighed for, at sundhedspersonalet kan overvåge flere patienter samtidig.

Selvbetjening og skærme

Skærme og selvbetjeningsløsninger anvendes til visning af informationer, underholdning og interaktion med patienter. Fx anvendes digitale skærme til at sikre, at sundhedspersonalet på et sengeafsnit kan få et samlet overblik over alle patienters vitale værdier, hvilket sparer sundhedspersonalet for tid, når de ikke skal tilse hver patient på deres stue.

Kunstig intelligens

Kunstig intelligens (AI) er programmerede algoritmer, som efterligner aspekter fra den menneskelige intelligens fx evnen til at analysere, at løse problemer eller at tænke abstrakt. AI kan i samspil med big data bidrage til klinisk beslutningsstøtte ved fx at identificere sammenhænge mellem patientkarakteristika og sygdomme. AI kan bl.a. anvendes som beslutningsstøtte i patientbehandling eller automatisere kliniske opgaver og dermed frigive tid hos sundhedspersonalet. Det kan både betyde, at sundhedsfaglige kan træffe beslutninger og stille diagnoser hurtigere, ligesom det kan muliggøre, at flere dele af behandlingen kan foretages af mindre specialiseret arbejdskraft. Fx kan en relativt uerfaren sygeplejerske ved at bruge beslutningsstøtteværktøjer udføre opgaver, som mere erfarne sygeplejersker normalt udfører. Ligesom fx en hjemmesygeplejerske hurtigt kan få vejledning i de rigtige handlinger i en situation, hvor en borger bliver dårlig, så en akut indlæggelse kan forhindres.

Apps

Apps kan bruges til indsamling og deling af data og gør det muligt for patienter at dele hjemmemålinger med sundhedspersonalet hurtigt og let. Det kan frigive tid hos sundhedspersonalet, når de kan nøjes med at følge patienten på afstand og ikke skal tilse patienten fysisk. Samtidig kan apps bidrage til en øget fleksibilitet, mobilitet og effektivitet i sundhedspersonalets arbejdsgange, når de løbende kan tilgå patientens oplysninger på farten frem for at være bundet til et skrivebord. Apps kan desuden bruges til genoptræning, hvor en borger fx kan gennemgå rehabiliteringsforløb i eget hjem.

Automatisering og robotter

Robotic Process Automation (RPA) er softwarerobotter, der kan automatisere manuelle og simple administrative arbejdsopgaver. RPA-robotter kan fx afhjælpe dobbeltregistrering, så personalet ikke skal registrere den samme oplysning flere gange i forskellige systemer. Et andet eksempel er autonom

51 KL. 2022. Caseanalyse: 10 tidsbesparende teknologier med dokumenteret effekt.

52 KL. 2023. Kommunernes teknologiradar.

53 IT-branchen. 2022. Katalog over løsninger til sundhedssektoren.

robotkirurgi, som er robotter med ingen eller kun delvis menneskelig involvering.

Augmented og virtual reality

Augmented reality (AR) er computergenerede billeder, lyd eller andre data. Virtual reality (VR) er computerskabte illusioner i form af lyd og billeder. AR og VR kan fx anvendes i oplæring og uddannelse af personale, hvor de giver personalet mere erfaring, inden de skal udføre procedurer i forbindelse med patientbehandlingen. Det kan bidrage til at nyt sundhedspersonale kan gennemføre procedurer hurtigere.

Trods udviklingen mod et mere digitalt sundhedsvæsen viser brede erfaringer, at teknologiens mulige bidrag til smartere opgaveløsning ikke udnyttes til dets fulde potentiale⁵⁴. Der eksisterer en række barrierer, der står i vejen for, at teknologi, der frigør tid til kerneopgaven, kan implementeres og udbredes tilstrækkeligt. Implementeringsbarriererne er velbeskrevne i litteraturen og kan overordnet inddeles i barrierer på strukturelt niveau og barrierer på organisatorisk og kulturelt niveau.

Barrierer for implementering af teknologi

Udviklingen mod et mere digitalt sundhedsvæsen, der understøtter en smartere opgaveløsning for medarbejdere og øget kvalitet for patienten, bør følges af en udvikling, hvor sundhedsvæsenet i langt højere grad samarbejder om fælles teknologiske løsninger og deling af data. Brede erfaringer peger på, at de nuværende strukturelle rammer i nogle tilfælde kan være en hæmsko for, at sundhedsvæsenets aktører prioriterer digitale løsninger og investerer i dem.

Analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet peger på, at det er omkostningstungt og kompetencekrævende, hvis alle 98 kommuner, 21 akutsygehuse, fem regioner mv. hver afprøver og implementerer nye løsninger selvstændigt og parallelt. Det skaber desuden risiko for, at der ikke arbejdes efter fælles mål, men at ressourcer til udvikling og implementering prioriteres til egne og parallelle løsninger. Dette kan medvirke til en række små lokale teknologiprojekter, som aldrig udbredes og opskaleres landsdækkende. Desuden peger sundhedsvæsenets aktører på, at der i regionerne hersker en "not-invented-here-tilgang", hvor der er større prestige i at udvikle egne løsninger frem for at implementere fra andre regioner⁵⁵. Det resulterer i, at ressourcer prioriteres til udvikling og pilotafprøvninger frem for til idriftsættelse og skalering.

Teknologierne tydeliggør økonomiske barrierer, fordi de stiller høje krav til fælles organisation og investeringer mellem sektorer i et krydsfelt mellem IT-afdelinger og kliniske afdelinger. Det skyldes også, at udgifter og gevinster i mange tilfælde ikke falder ligeligt mellem sektorerne. Eksempelvis kan investeringer i ny teknologi hæmmes af "høste-så-problematikker", hvor omkostninger og gevinster falder ujævnt, fx at gevinsten falder i en anden sektor eller i en anden institution end der, hvor teknologien blev implementeret⁵⁶.

Konsekvensen af "høste-så-problematikken" er, at investeringer og udbredelse af digitale løsninger, som samlet set kan medføre store gevinster for samfundet, bremses. Derudover er der med implementering af ny teknologi ofte tale om forudbetaling mod langsigtede gevinster, hvilket særligt i kommunalt regi kan være en hæmsko for prioritering og villighed til at investere i teknologi i en presset økonomi⁵⁷.

Nedenfor følger et eksempel på håndtering af "høste-så-problematikken".

54 Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

55 PWC. Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023.

56 PA Consulting. 2021. Business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med hjertesvigt.

57 Deloitte. 2018. Analyse af barrierer for udbredelse af nye teknologier.

Boks 17. Eksempel på håndtering af "høste-så-problematikken": Dosispakket medicin

En analyse peger på, at det er realistisk at øge antallet af modtagere af dosispakket medicin med 40.000 inden for de kommende år. Det kan potentielt frigive tid svarende til 600 årsværk i kommunerne, fordi medarbejdere ikke længere skal dosere medicin for modtagere af den dosispakke medicin. På længere sigt vurderes det, at 900 årsværk kan frigøres i kommunerne.

Øget brug af dosispakket medicin er imidlertid hæmmet af, at gevinsterne tilfalder kommunerne, mens omkostningerne ligger hos egen læge, fordi denne skal bestille og løbende justere dosispakningen. For at overkomme denne "høste-så-problematik" har Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn i fællesskab indgået aftale om honorar til læger med det formål at øge udbredelsen af dosispakket medicin.

Der arbejdes på et fællesoffentligt implementeringsprogram, der skal understøtte, at kommunerne kan realisere potentialet ved at anvende dosispakket medicin og i frigørelse af arbejdskraft. Programmet skal bidrage til, at der udarbejdes og implementeres et mere hensigtsmæssigt set-up, hvor kommuner og apoteker kommer til at spille en større rolle.

Kilde: Muusmann. 2023. Dosispakket medicin – en analyse.

Brede erfaringer viser, at der er en række juridiske barrierer for udvikling og anvendelse af ny teknologi. Et eksempel på en juridisk barriere er, at mange datadrevne teknologier udvikles som led i forskningsprojekter, og når de slutter, kan den indsamlede data ikke bruges til andre formål, herunder i patientbehandling, som følge af databeskyttelsesloven. Data skal således indsamles på ny, hvis løsningen skal videreudvikles og sættes i drift. Et andet eksempel på en juridisk barriere er, at lovgivningen i dag hindrer brug af sensorteknologi med kamera, hvis borgeren ikke kan afgive samtykke. Det betyder fx, at sensorer ikke må anvendes om natten til at sikre ældre demente borgers tryghed. I stedet udføres natbesøg, som forstyrrer deres søvn.

En anden juridisk barriere er, at der ofte er usikkerhed om mulighederne for anvendelse og deling af data på tværs af lovgivninger og myndigheder. Fx giver Sundhedsloven brede muligheder for, at sundhedspersoner har adgang til en borgers data, når det er relevant i forbindelse med aktuel patientbehandling, men der opleves uklarhed om gældende regler. Det handler både om forskelle i fortolkning af lovgivningen på tværs af kommuner og regioner, ligesom den enkelte medarbejder kan opleve usikkerhed om, hvad man må. Dette kan medføre, at der indhentes unødvendigt samtykke, eller at sundhedspersonalet ikke henter oplysninger, som de ellers har lov til, eller at loven tolkes strammere, end den er.

Dertil opleves juridiske barrierer for datadeling på tværs af sundhedslov og tilstødende lovgivninger fx ældre-, service- og psykiatrilov. Det kræver således samtykke, hvis kommunale medarbejdere, som kun arbejder under serviceloven, skal have adgang til oplysninger om sundhedsydelser under sundhedsloven. Det kan opleves som en udfordring, da ydelser efter sundhedsloven fx hjemmesygepleje og omsorgsydelser efter serviceloven fx hjemmehjælp er tæt forbundne, og opgaverne i et vist omfang udføres af de samme medarbejdere. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har igangsat en juridisk barriereanalyse, der skal afdække denne problemstilling.

Der er bred enighed om, at brugerinvolvering i udviklings- og implementeringsprocessen bidrager til, at medarbejderne er motiverede for at bruge en digital løsning, og at de vil være ambassadører for den. Samtidig kan brugerinvolvering sikre, at teknologien og digitale løsninger understøtter de sundhedsfaglige behov. Brugerinvolvering kan også sikre, at løsninger har en brugervenlighed, som er tilpasset de kompetencer, der er blandt medarbejderne^{58,59}.

Kommunerne peger ligeledes på organisatorisk forankring som afgørende for en succesfuld implementering af ny teknologi⁶⁰. Trods dette er der i dag for lidt involvering af sundhedspersonale og af patienter i udvikling og implementering af teknologi. Sundhedspersonale oplever derfor, at der bliver trukket løsninger ned over hovedet på dem.

58 KL. 2022. Caseanalyse: 10 tidsbesparende teknologier med dokumenteret effekt; VIVE. 2020. Ledelse af digitalisering.

59 VIVE. 2020. Ledelse af digitalisering.

60 KL. 2022. Caseanalyse: 10 tidsbesparende teknologier med dokumenteret effekt.

De seneste ti år har der været et generelt fokus på at få teknologi ind på sundhedsuddannelserne, så fremtidens medarbejdere bliver klædt på til og forberedt på at skulle kunne navigere i det digitale landskab og understøtte patientens og borgerens forløb med teknologi. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA) udarbejdede i 2018 fem pejlemærker for det videre arbejde med implementeringen af sundhedsuddannelsernes teknologifokus, som resulterede i, at mange sundhedsuddannelser i dag har udarbejdet en kompetenceprofil for arbejdet med teknologi. Senest er det besluttet, at innovation fra efteråret 2024 indgår som fast fag på medicinuddannelsen på Københavns Universitet⁶¹.

Trods øget fokus på teknologi i sundhedsuddannelserne viser solid viden, at medarbejderes manglende digitale kompetencer er en væsentlig barriere for implementering af ny teknologi^{62,63,64}. Nogle medarbejdere har hverken evner eller villighed til at tage digitale og teknologiske virkemidler i brug. En konsekvens af dette er, at der er en relativt udstrakt utryghed ved at stole på ny teknologi og data. Der er således et stort potentiale i øget fokus på uddannelse af nuværende og fremtidigt sundhedspersonale i de rette digitale kompetencer og teknologiforståelse.

Ledere kan også mangle de rette kompetencer til at lede en digital omstilling fx forandringsledelse, teknologiforståelse og digitale kompetencer⁶⁵. Analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet forudsiger ligeledes, at en central ledelsesevne i stigende grad bliver at kunne forstå og være nysgerrig på, hvordan nye teknologier virker og påvirker de mennesker, der skal anvende dem. Analysen peger ligeledes på, at succesfuld implementering af teknologi kræver, at ledere går forrest og afsætter ressourcer. I dag er der tendens til, at drift prioriteres over innovation, og ledere kan desuden have en manglende risikovillighed til at investere i ny teknologi, da der ofte er en række usikkerheder forbundet med implementering og gevinstrealisering^{66,67,68}.

En anden væsentlig barriere er manglende organisatorisk setup til implementering af ny teknologi. Små enheder kan have svært ved at løfte opgaven med at identificere, afprøve, udbyde, implementere og skalere nye teknologier⁶⁹. Der er brede erfaringer med, at implementering af veldokumenterede løsninger udveksles for lidt, og der er et utilstrækkeligt fokus på at få evalueret teknologien.

For at sikre øget vidensdeling har man kommunalt oprettet Kommunernes Teknologipartnerskab, der har til formål at sikre øget udbredelse af veldokumenterede teknologier, der sparer tid og løfter borgernes velfærd. Med partnerskabet får kommunerne sparring af konsulenter om implementering af konkrete teknologier og får samtidig mulighed for at sparre med og lade sig inspirere af andre kommuner, som er kommet succesfuldt i mål med implementering af nye teknologier. Ligesom man i Region Syddanmark har erfaringer med indsatser, der skal styrke udvekslingen af viden og evaluering. Her anvender man "Model for Assessment of Telemedicine" (MAST), som er den mest anvendte ramme for evaluering af telemedicin i Europa, i alle beslutninger om indførelse af telemedicinske løsninger.

61 Krabbe. 2023. Innovation bliver en fast del af medicinuddannelsen i København.

62 VIVE. 2020. Ledelse af digitalisering.

63 Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

64 KPMG & VIVE. 2022. Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktion og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner.

65 VIVE. 2020. Ledelse af digitalisering.

66 Deloitte & Digitaliseringsstyrelsen. 2018. Analyse af barrierer for udbredelse af nye teknologier.

67 VIVE. 2020. Ledelse af digitalisering.

68 Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

69 Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

Der er et væsentligt potentiale i at sikre stærkere tilknytning blandt medarbejdere i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Tilknytning skal her forstås som, at sundhedsvæsenet og ældreområdet er attraktive arbejdspladser, hvor medarbejderne er motiverede til at bidrage, og hvor de samtidig har lyst til at blive i deres arbejde. I det følgende afsnit gennemgås viden om, hvilke rekrutteringsstrategier der er mest virksomme, tilknytning og motivation, ledelse i sundhedsvæsenet og hvilke særlige faktorer, der gør sig gældende for tilknytning af nyuddannede, seniorer og udenlandsk arbejdskraft.

Rekruttering

Rekruttering er en udfordring for mange offentlige arbejdsgivere, og det gælder også for arbejdsgivere i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Solid viden viser, at på et arbejdsmarked, hvor der mangler medarbejdere, kan det være nødvendigt at gentænke rekrutteringsindsatserne fx ved at kontakte potentielle medarbejdere direkte, arbejde med branding, minimere forhindringer og samtidig arbejde aktivt med tilknytningen på arbejdspladsen. Tilknytningen er særligt relevant, fordi der er flere ligheder mellem de faktorer, der har indflydelse på rekruttering, og de faktorer, der har indflydelse på tilknytning⁷⁰.

Udvalgte, evidensbaserede rekrutteringsstrategier fremgår af boksen nedenfor.

Boks 18. Viden om evidensbaserede rekrutteringsindsatser

- **Mulige medarbejdere i fokus:** På et arbejdsmarked, hvor der er mangel på medarbejdere, kan det være nødvendigt for arbejdsgiverne at vende arbejdsmarkedet på hovedet. I sundhedsvæsenet søger arbejdsgivere medarbejdere og ikke omvendt. Effektiv rekruttering kræver, at kommunikation og processer er kandidatcentrerede.
- **Direct sourcing:** På grund af den høje grad af digitalisering, er der et stort potentiale for, at arbejdsgiverne kan rekruttere direkte gennem digital kontakt til mulige kandidater både i Danmark og i udlandet.
- **International rekruttering:** Der ligger muligheder i at tiltrække og muliggøre endnu mere rekruttering fra det internationale arbejdsmarked især i Europa. Der findes allerede støtte til arbejdsgivere, som kan bruges mere intensivt.
- **Færre forhindringer:** Et konkret bidrag til at lette rekrutteringen af fagfolk kan være at fjerne administrative forhindringer, som fx gebyrer for at blive autoriseret som sygeplejerske.
- **Employer branding:** En synlig arbejdsgiver, der "brander" sig selv på sociale medier, har bedre chancer i rekrutteringen, da medarbejdere udvælger arbejdsgivere ud fra indtryk og kommunikation. Arbejdsgivernes budskaber er effektive for rekrutteringen, hvis de er nye, autentiske, målgruppeorienterede og differentierer sig fra øvrige arbejdsgivere.
- **Netværk og tryouts:** Der er et uudnyttet potentiale i tilknytning af praktikanter og tidligere medarbejdere via netværk og medarbejderanbefalinger. Prøveformater fx tidsbegrænset udveksling muliggør samspil fx mellem kompetencer fra det private og det offentlige.

Kilde: Keppeler et al. 2023. Det ved vi om rekruttering.

Tilknytning, motivation og godt arbejdsmiljø

Tilknytning af medarbejdere er centralt for at sikre, at de rigtige kompetencer er til stede i sundhedsvæsenet og på ældreområdet, og for at sikre, at patienter og borgere kan modtage den behandling og pleje, som de har brug for. Desuden viser studier, at personaleafgang er omkostningsfuldt og kan gå ud over kvaliteten⁷¹. I en litteraturgennemgang gennemført for

70 Keppeler et al. 2023. Det ved vi om rekruttering.

71 Keppeler et al. 2023. Det ved vi om rekruttering.

Dansk Sygeplejeråd skønnes det, at omkostningerne, når en fuldtidssygeplejerske skifter job, er knap 150.000 kr.⁷².

Forskning viser, at forbedringer i det psykosociale arbejdsmiljø har stort potentiale i at sikre fastholdelse. Et studie af fastholdelse af medarbejdere på regionale arbejdspladser viser, at det potentielt ville være muligt at fastholde 44 pct. af de medarbejdere, som forlader deres arbejdsplads, gennem forbedringer i det psykosociale arbejdsmiljø. I studiet peges der på jobtilfredshed, stress, sociale relationer og lederskab som væsentlige psykosociale arbejdsmiljødimensioner⁷³.

Viden om, hvad der driver og motiverer sundhedsansatte, kan derfor bidrage til at udvikle attraktive arbejdspladser, så ansatte har lyst til at arbejde i sundhedsvæsenet og blive ved med at arbejde der. Medarbejdere på sundheds- og ældreområdet oplever at være motiverede af glæden ved selve opgaveløsningen, at gøre noget godt for den enkelte borger og patient samt at bidrage til den offentlige sektor generelt⁷⁴. Undersøgelsen bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt 8.700 offentligt ansatte, heraf 1.700 ansatte i regionerne. Undersøgelsen viser desuden, at faktorer som mening, tilhørsforhold, kompetencer og ledelse er relevante i forhold til offentligt ansattes motivation. Faktorerne og motivationstyperne uddybes nedenfor.

Motivation spiller desuden en rolle for valg af uddannelse. Unge med højere public service motivation søger oftere ind på de store velfærdsuddannelser, og de studerendes motivationsprofil præger deres ønsker til fremtidigt job. Studerende med høj public service motivation vil typisk være mere tiltrukket af at arbejde i det offentlige sundhedsvæsen, og deres motivation er stabil igennem deres uddannelsesforløb⁷⁵.

Boks 19. Viden om motivation

Medarbejdere på sundheds- og ældreområdet drives af brugerorientering, indre motivation og public service motivation

- **Indre motivation:** Motivationen er drevet af glæden ved at løse den enkelte opgave. Motivationen handler om selve opgaveløsningen og ikke dens konsekvenser.
- **Public service motivation:** Motivationen er drevet af at gøre noget godt for samfundet generelt.
- **Brugerorientering:** Motivationen er drevet af at hjælpe den specifikke bruger eller borger via at levere offentlige ydelser.

Fire faktorer har særlig betydning for offentlig ansattes motivation

- **Mening:** At finde sit arbejde meningsfuldt, er den motivationsfaktor, der betyder mest for de offentligt ansattes motivation. Mening har stor betydning for offentligt ansattes motivation uanset sektor. Det gælder både for så vidt angår at finde personlig mening i sit arbejde, men også bredere i forhold til samfundet generelt.
- **Tilhørsforhold:** At opleve at høre til på sin arbejdsplads fagligt og socialt har betydning for offentligt ansattes motivation. Faktoren er særligt relateret til motivationsformen brugerorientering.
- **Kompetencer:** At opleve, at man har kompetencerne til at udføre arbejdet har betydning for offentligt ansattes motivation. Faktoren hænger især sammen med indre motivation, men også med public service motivation og brugerorientering.
- **Ledelse:** Oplevelsen af ens nærmeste leders evne til at lede har betydning for offentligt ansattes motivation. Faktoren er især vigtig i forhold til public service motivation og brugerorientering.

Kilde: KL, Danske Regioner, Medarbejder- og kompetencestyrelsen & Finansministeriet, 2022. Offentligt ansattes motivation.

72 HBS Economics. 2021. Hvad er omkostningen ved at sygeplejersker skifter job?

73 Mathisen & Hulvej Rod. 2021. Forbedringer i det psykosociale arbejdsmiljø kan bidrage til fastholdelse af medarbejdere på regionale arbejdspladser.

74 KL, Danske Regioner, Medarbejder- og Kompetencestyrelsen & Finansministeriet. 2022. Offentligt ansattes motivation.

75 Kjeldsen. 2012. Vocational study and public service motivation: Disentangling the socializing effects of higher education.

Stor arbejdsbyrde, oplevelsen af at have utilstrækkelig tid med brugeren, et højt arbejdstempo, utilstrækkelig ledelse og oplevelsen af utilstrækkelige kompetencer kan udfordre et godt arbejdsmiljø. Det fremgår af et litteraturstudie, som Implement har udført for kommissionen. På baggrund af en gennemgang af forskningslitteratur, grå litteratur og inspirationslitteratur udpeges faktorer og indsatser, der har betydning for tilknytning på individ-, ledelses- og organisationsniveau.

Studiets hovedkonklusioner er opsummeret nedenfor.

Boks 20. Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og tilknytning

Motivation i jobbet, mening og tilhørsforhold fremmer tilknytning

Faktorer på individniveau, der fremmer rekruttering og fastholdelse, er bl.a., at medarbejdere oplever: Motivation i jobbet, et meningsfuldt job, et job med tilhør og samhørighed, og en følelse af at være kompetent i jobbet. Fx systematisk, individuel feedback samt individuel og løbende kompetenceudvikling er indsatser, som fremmer og understøtter disse faktorer.

Visionær ledelse, delegation og ansvarsdeling samt støtte fra lederen fremmer tilknytning

Faktorer på ledelsesniveau, som fremmer rekruttering og fastholdelse, er bl.a., at medarbejdere oplever visionær ledelse, delegation og ansvarsdeling, involvering og deltagelse, tillidsvækkende og tillidsbaseret ledelse samt støtte fra deres leder. Fx kan videreuddannelse af ledere og øget anvendelse af transformationsledelse og distribueret ledelse fremme disse faktorer.

Et konstruktivt teamsamarbejde, psykologisk tryghed i samarbejdet, supervision og indflydelse fremmer tilknytning

Faktorer på organisationsniveau, som fremmer rekruttering og fastholdelse, er bl.a., at medarbejdere oplever at indgå i et konstruktivt teamsamarbejde, psykologisk tryghed i samarbejdet, et arbejdsmiljø med feedback, tryghed og udvikling gennem supervision samt indflydelse på vagtplanlægning. Fx kan relationel koordinering i arbejdet, systematiske indsatser til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø, indsatser til fremme af psykologisk tryghed i arbejdsmiljøet og opbygning af en data- og vidensinformeret faglig praksis med fokus på læring og forbedringer fremme disse faktorer.

Kilde: Implement. 2023. Litteraturstudie – Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

Solid viden viser, at der særligt er tre typer indsatser, der har positive effekter i forhold til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø og/eller medarbejderes tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er indsatser med fokus på arbejdstid, indsatser, der øger indflydelse, og indsatser, der introducerer nyuddannede til deres nye arbejdsplads. Resultaterne er baseret på et meta-review af eksisterende forskningsreviews, og uddybes nedenfor⁷⁶.

I en undersøgelse af det psykosociale arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser fremhæves det, at indsatser, der skal forbedre arbejdsmiljøet, skal baseres på et solidt vidensgrundlag. Det er samtidig en forudsætning, at medarbejdere inddrages i processen, og at der tages hensyn til den lokale kontekst på arbejdspladsen, som indsatsen skal gennemføres i⁷⁷.

Boks 21. Viden om effektive indsatser der har positive effekter i forhold til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø og/eller arbejdsmarkedstilknytning

- Indsatser, der ændrer arbejdstider og øger medarbejdernes indflydelse på egen arbejdstid, har positiv effekt.
- Indsatser, der øger medarbejdernes indflydelse på eget arbejde og arbejdsopgaver, har positiv effekt.
- Indsatser, der introducerer nyuddannede til deres nye arbejdsplads, har positiv effekt.

Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2017. Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner – Hvad virker?.

76 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2017. Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner – Hvad virker?

77 Hagedorn-Rasmussen et al. 2021. Psykosocialt arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser. En kortlægningssrapport.

Indflydelse, fleksibilitet og arbejdstid

Solid viden viser, at medarbejdernes indflydelse på tilrettelæggelse af arbejdstid har betydning for deres psykosociale arbejdsmiljø. Et systematisk review finder stærk evidens for, at særligt indsats, der giver medarbejdere mere indflydelse på arbejdstiden fx i forbindelse med vagtplanlægning har positiv effekt på arbejdsmiljøet særligt i forhold til balancen mellem arbejdsliv og privatliv⁷⁸.

Tilrettelæggelsen af arbejdstid har også betydning for medarbejdernes helbred. Undersøgelser viser, at tilrettelæggelse af arbejdstiden har betydning for risikoen for arbejdsulykker, kort- og langtidssygefravær samt komplikationer under graviditet blandt sundhedspersonale i regionerne. Forskere anbefaler højst tre nattevagter i træk, mindst 11 timer mellem to vagter og højst ni timers varighed pr. vagt. Derudover anbefales det, at gravide normalt arbejder maksimalt en nattevagt om ugen for at mindske risikoen for spontan abort og andre komplikationer⁷⁹.

Informanterne i analysen om kompetencemangel i sundhedsvæsenet peger desuden på, at oplevelsen af indflydelse på arbejdstid og opgavevaretagelse er central for medarbejderes tilknytning til deres arbejdsplads. De oplever desuden, at medarbejderes forventninger til fleksibilitet, medindflydelse og individualisering er stigende.

Medindflydelsen kan komme til udtryk på flere måder fx gennem indflydelse på beslutninger, arbejdstider og arbejds gange. Det vil stille større krav til både ledelser og til vagtplanlæggere, jo mere indflydelse medarbejdere får på deres vagter. Der er samtidig erfaringer med, at vagtplanlægning på tværs af faggrupper er mere kompleks end vagtplanlægning for en enkelt faggruppe.

Der er brede erfaringer med, at muligheden for at arbejde mindre end fuld tid for nogle medarbejdere kan bidrage til at øge tilknytningen. I en stor spørgeskemaundersøgelse blandt regionalt ansatte svarede over halvdelen af respondenterne, at personlige forhold var afgørende for deres beslutning om at arbejde på deltid, mens en tredjedel svarede, at arbejdsbelastning samt ønsket om mere overskud på arbejdspladsen var væsentligt for deres valg om at arbejde på deltid. Mange stillinger i sundhedsvæsenet er præget af aften-, natte- og weekendvagter, og nogle arbejder derfor på deltid for at få mere frihed og fleksibilitet i arbejdslivet⁸⁰. Nogle medarbejdere søger også at opnå fleksibilitet i arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse ved at arbejde deltid og supplere timerne op med vikararbejde⁸¹.

Samtidig viser erfaringer, at flere på fuldtid har mange mulige gevinster. Foruden højere arbejdsudbud kan det bidrage til øget livsindkomst, pension og ligestilling for den enkelte. Det kan ligeledes styrke kvaliteten i opgaveløsningen, forbedre arbejdsmiljøet samt styrke borgerens såvel som medarbejdernes oplevelse af kontinuitet og sammenhæng⁸².

I norsk forskning peges der på, at den høje andel af deltidsansatte i sundhedsvæsenet skyldes en deltidskultur. Hvis kulturen skal forandres, kræver det, at medarbejdere og ledere samarbejder. Indsatsen med at få flere op i tid skal være forankret i topledelsen, som skal bakke op om lokale lederes indsats for at få flere til at arbejde flere timer. Det kræver samtidig, at medarbejdere involveres i at finde lokale og individuelle løsninger, der virker for dem⁸³. I indsatsen "En fremtid med fuldtid" finder Forhandlingsfællesskabet og KL lignende resultater⁸⁴.

Der arbejdes allerede med øget indflydelse på vagtplanlægning og arbejdstid i sundhedsvæsenet. Nedenfor følger eksempler.

78 Aust et al. 2023. How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews.

79 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2020. Videnskabelige anbefalinger om tilrettelæggelse af natarbejde så risiko for ulykker, kræft og graviditetskomplikationer mindskes.

80 Olsen et al. 2011. Deltidsbeskæftigelse på regionale arbejdspladser, sammenfatning.

81 VIVE. 2023. Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet.

82 Moland. 2013. Heltid-deltid.

83 Jørgensen. 2022. Norsk ekspert: Flere på fuldtid er win-win-win.

84 KL & Forhandlingsfællesskabet. 2020. En fremtid med fuldtid.

Boks 22. Eksempler på indsatser der har fokus på øget indflydelse, fleksibilitet og arbejdstid

Puslevagtplaner

I Hedensted Kommune har man indført pusleplanlægning, fordi der gik meget tid med at lægge rulleplaner, der samtidig var for ufleksible. Planerne havde svært ved at rumme ændringer af fx kø-reruter, antal borgere og vagtbytte mellem medarbejderne. Pusleplaner lægges for otte uger ad gangen. Alle medarbejdere tildes en pusleseddel med ønsker til den kommende vagtplan, som skal udfyldes i løbet af 14 dage. Herefter afholdes et "puslemøde". Pusleplanlægningen har medført positive tilbagemeldinger fra medarbejderne. I dag arbejder alle udkørende teams i kommunen efter pusleplaner, og der bruges nu kun ca. en halv time hver ottende uge på at lægge vagtplanen for de næstkommende otte uger.

Kilde: KL. 2022. Hedensted Kommune: Fra rulleplan til pusleplan giver bedre vagtdækning.

Mulighed for fire dages arbejdsuge for medarbejdere

På afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler på Regionshospitalet Gødstrup har medarbejderne fået mulighed for at tilmelde sig en ordning, hvor man arbejder i ni-timers-vagter fire dage om ugen i stedet for otte-timers-vagter fem dage om ugen. Man bliver stadig afløst af en ny kollega efter otte timer, men de sidste 45 minutter af vagten er afsat til at gøre arbejdet færdigt. Det kan fx være ved at skrive journaler, overlevere ved vagtskifte og hjælpe kollegaer færdige, der skal hjem efter otte timer. Ni-timers-vagterne understøtter, at man som medarbejder nu som hovedregel kan gå hjem til tiden, hvilket ikke altid var muligt tidligere. Det opleves, at overarbejde er reduceret i afdelingen, og medarbejderne udtrykker tilfredshed med og tryghed i at være sikre på at kunne færdiggøre opgaverne.

Kilde: Eksempel sendt til Robusthedskommissionen af Regionshospitalet Gødstrup.

På lungemedicinsk afdeling deles de om vagterne

På OUH's lungemedicinske sengeafsnit er det lykkedes at fordele natte- og weekendvagter på flere medarbejdere, da sygeplejerskerne får hjælp fra deres kolleger i ambulatoriet til at dække de skæve vagter. Det giver bedre balance mellem arbejds- og familieliv. Der opleves stor vilje til at hjælpe hinanden i afdelingen. Ordningen har fokus på, at der skal tages individuelle hensyn, og at der er stor forskel på arbejdet på et sengeafsnit og i et ambulatorium selv inden for samme speciale. Medarbejdernes psykologiske og faglige tryghed sikres derfor, inden de indgår i vagten. I Region Syddanmark er ordningen bredt ud og trådte i kraft pr. 1 september 2022.

Kilde: Sørensen & Nielsen. 2022. På sengeafdelingen får sygeplejersker hjælp fra kolleger i ambulatoriet til at dække de skæve vagter.

I Odense går social- og sundhedsassistenter og -hjælpere lidt op i tid og gør en forskel

I november 2021 igangsatte Odense Kommune projektet "Lidt op i tid. Gør en forskel". Indsatsen er målrettet social- og sundhedsassistenter og -hjælpere ansat på deltid og skal øge medarbejdernes opmærksomhed på behovet for, at flere går op i tid. Centralt i projektet står en række materialer målrettet ledere og medarbejdere, som har til formål at starte samtaler om det at gå op i tid. Materialepakken indeholder et motiverende brev til medarbejderne, plakater om indsatsen samt forskellige hjælpematerialer til at understøtte lederens arbejde. Det er for tidligt at vurdere de fulde effekter af indsatsen. Foreløbige resultater viser, at i alt 230 medarbejdere har valgt at gå op i tid fra 1. november 2021 til 1. februar 2022. Det har samlet set betydet 827 ekstra arbejdstimer pr. uge.

Kilde: KL. Odense Kommune: Mere tid er bedre tid.

Tilknytning af nyuddannede

Overgangen fra studie til job kan være vanskelig, og der er solid viden om, at en god start på arbejdslivet er afgørende for arbejdsmarkedstilknytning. I en undersøgelse af det psykosociale arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser fremhæves det, at der er brug for opmærksomhed på den særlige fase i arbejdslivet, som nyuddannede medarbejdere befinder sig i. Bred viden viser, at nyuddannede ofte vil opleve et transitionschok på grund af den umiddelbare oplevelse af krævende arbejdsbetingelser i en kompleks hverdag på et sygehus⁸⁵. I en rapport fremhæves tre tilgange til indsatser, der kan være relevante at have fokus på for at forbedre introduktionen af nyansatte og nyuddannede.

85 Hagedorn-Rasmussen et al. 2021. Psykosociale arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser.

Tilgangene fremgår nedenfor.

Boks 23. Viden om effektive indsatser der kan forbedre introduktionen af nyansatte og nyuddannede

- Formel introduktion fx mentorordninger og/eller onboardingprogrammer.
- At skabe rum for faglig udvikling og refleksion samt muligheder for at forebygge og håndtere udsættelse for negative adfærd fx gennem feedback og organiserede dialoger på arbejdspladsen.
- At skabe en kultur med plads til undren, spørgsmål og læring.

Kilde: Hagedorn-Rasmussen et al. 2021. Psykosocialt arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser. En kortlægningsrapport.

Informanterne i analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet fremhæver arbejdspress som en barriere for at give nyuddannede den rette lokale oplæring. Der gives udtryk for, at nogle nyuddannede derfor oplever, at de ikke er i stand til at løse deres opgaver.

Der findes en lang række eksempler på, hvordan arbejdsmiljøindsatser for nyuddannede omsættes til den enkelte arbejdsplads. Nedenfor fremgår to eksempler.

Boks 24. Eksempler på indsatser der har fokus på tilknytning af nyuddannede

Oplæringsstillinger for nyuddannede sygeplejersker

På Regionshospitalet Horsens bliver nyuddannede ansat i oplæringsstillinger for at sikre høj faglighed og for at gøre de nyuddannede fortrolige med arbejdsgange og funktioner. Der er tale om to-årige forløb med moduler på det afsnit, hvor man har sin ansættelse, kombineret med dage i andre afdelinger og afsnit, som man typisk vil være i berøring med. Der indgår supervision i stillingerne, enten i grupper eller enkeltvis, og der afholdes samtaler undervejs som bl.a. forventningssamtaler og statusamtaler. Under forløbet indgår den nyuddannede i normeringen på sin afdeling.

Kilde: Regionshospitalet Horsens. 2022. Oplæringsstillinger giver nyuddannede sygeplejersker en god start.

Fælles principper for introduktionsforløb for nyuddannede sygeplejersker ansat i regionerne

I 2022 indgik Danske Regioner og Dansk Sygeplejeråd en aftale om fælles principper for introduktionsforløb for nyuddannede sygeplejersker. Sygehuse i alle regioner har i mange år arbejdet med introduktionsforløb for nyuddannede sygeplejersker på forskellige måder og med forskellig varighed. Erfaringerne har dannet grundlag for aftalen.

Med aftalen giver man nyuddannede sygeplejersker ret til introduktionsforløb. Der er opstillet en række principper for introduktionsforløbene, fx at introduktionsforløbene tilrettelægges, så ansvar og opgavevaretagelse tilpasses den individuelle parathed, at den nyuddannede får tilknyttet en mentor, at der afholdes statusamtaler, at forløbet skal have en varighed, hvor den nyuddannede føler sig tryk, samt at der følges op på de lokalt fastlagte introduktionsforløb med vurderinger af, om forløbene understøtter formålet. Det konkrete indhold i forløbene fastlægges lokalt.

Kilde: Danske Regioner & Dansk Sygeplejeråd. 2022. Principper for introduktionsforløb for nyuddannede sygeplejersker.

Ledelse

Oplevelsen af ledelse har betydning for medarbejderes tilknytning og motivation. Oplevelse af dårlig ledelse er desuden associeret med en række negative faktorer som fx utilfredshed med jobbet og højere personaleomsætning^{86,87}. I den forbindelse er det relevant at fokusere på den kontekst og de vilkår, som ledere udøver ledelse under, og på hvilke tilgange til ledelse, der er mest virksomme.

⁸⁶ Backhaus & Vogel. 2022. Leadership in the public sector: A meta-analysis of styles, outcomes, contexts, and methods.

⁸⁷ Jacobsen et al. 2022. Not too narrow, not too broad: Linking span of control, leadership behavior, and employee job satisfaction in public organizations.

Brede erfaringer viser, at utilstrækkelig ledelse er en faktor, som særligt kan udfordre det gode arbejdsmiljø⁸⁸. I litteraturstudiet om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse fremhæves medarbejdernes oplevelse af ledelsesstøtte, oplevelsen af visionær ledelse samt oplevelsen af involvering og deltagelse som faktorer, der er særligt virksomme i forhold til at sikre et godt arbejdsmiljø og styrke medarbejderes tilknytning.

Nedenfor følger opsummering af faktorerne.

Boks 25. Viden om ledelsesfaktorer med positiv effekt på arbejdsmiljø og fastholdelse

Oplevelse af ledelsesstøtte fremmer fastholdelse

Medarbejdere, der oplever en støttende, kompetent og tillidsbaseret ledelse, er mere tilbøjelige til at blive i jobbet, end medarbejdere, der oplever det modsatte. Det er en ledelsesstil, hvor dialog fremmes, der gives sparring på opgavevaretagelsen, og hvor lederen er lydhør og handler på medarbejdernes ønsker.

Oplevelse af visionsledelse fremmer fastholdelse

En visionær og målorienteret ledelsesstil har en positiv virkning i forhold til fastholdelse af medarbejdere, idet den bidrager til medarbejdernes følelse af autonomi, kompetencer og tilknytning til jobbet. Ledelsesstilen gør organisationens vision og mål tydeligere for medarbejdere, som i højere grad motiveres til at arbejde i retning af organisationens mål.

Oplevelse af involvering og deltagelse fastholdelse

En ledelsesstil, der understøtter medarbejdernes deltagelse i planlægningen, beslutninger og indflydelse på arbejdet, har positiv betydning for medarbejdernes motivation og dermed fastholdelsen.

Kilde: Implement. 2023. Litteraturstudie – Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

Ledere med en stærk lederidentitet er mere tilbøjelige til at svare, at de udøver visionsledelse, hvor der skabes klarhed om visioner, fælles mening og øget engagement blandt medarbejderne. Det fremgik af en spørgeskemaundersøgelse blandt offentlige ledere udført i forbindelse med Ledelseskommisionen. Lederidentitet forstås her som det at føle sig som leder og have lyst til ledelse. Undersøgelsen viste desuden, at den uddannelsesgruppe af ledere, som har den markant laveste lederidentitet, er ledere med en lang sundhedsfaglig uddannelse, oftest med titel af ledende overlæger. Af de undersøgte grupper havde ledere med en mellem-lang sundhedsfaglig uddannelse den næststærkeste lederidentitet⁸⁹.

Foruden visionsledelse er distribueret ledelse en ledelsesstil, der er dokumenteret gavnlig for medarbejdernes trivsel. Distribueret ledelse er en ledelsesform, som indebærer, at ledelsesopgaver bliver løst i samarbejde mellem lederen og en eller flere medarbejdere. Et studie blandt medarbejdere på et sygehus i Region Midtjylland undersøger betydningen af medarbejderindflydelse på ledelsesbeslutninger og finder en sammenhæng mellem distribueret ledelse og innovation blandt medarbejdere og medarbejderes trivsel⁹⁰.

Nedenfor fremgår eksempler på indsatser relateret til ledelse, der kan styrke medarbejderes tilknytning.

Boks 26. Eksempler på ledelse der fremmer tilknytning

Frigørelse samt brud med silotænkning og "permission culture"

På afdeling for kvindesygdomme på Regionshospitalet Horsens har der været succes med et udviklingsprojekt anført af cheflægen, som har fjernet regler, ændret på arbejdsopgaverne og givet sine medarbejdere mere tid til udvikling, drift og ledelse. Projektet startede med, at lederen tog alle medarbejdere med på hyttetur, hvor afdelingens ansatte skulle lære hinanden og sig selv bedre at

88 Implement. 2023. Litteraturstudie – Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

89 Ledelseskommisionen. 2018. Sæt borgerne først.

90 Jakobsen et al. 2023. Distributed leadership and performance-related employee outcomes in public sector organizations.

kende for at kunne arbejde bedre sammen og nedbryde siloer. Alle ansatte på tværs af faggrupper deltog og fik dermed en forståelse for, hvordan de forskellige arbejdsfunktioner er vævet ind i hinanden. Efter medarbejderne kom hjem fra hyttetur, mødes de fortsat i tværfaglige teams.

Et centralt element i cheflægens projekt har været et opgør med en "permission culture", hvor medarbejderne spørger om lov til alt. Frygten for at fejle var blevet for stor. Ledelsesstrategien har derfor været en slags frigørelsesproces.

Kilde: Schelde. 2022. De mangler hverken jordemødre eller sygeplejersker på denne afdeling.

Faglige koordinatore skaber bedre rammer for selvledelse

Høje-Taastrup Kommune har løst udfordringen med store ledelsesspænd i hjemmeplejen ved at styrke ledelseskraften og ansætte faglige koordinatore, som skaber bedre rammer for selvledelse. To faglige koordinatore blev i 2019 tilknyttet hver deres hjemmeplejegrupper. De faglige koordinatore har en nøglerolle, når de mest komplekse forløb skal koordineres, fx når en borger bliver udskrevet fra sygehuset. De er også tilgængelige for medarbejderne, når der er faglige udfordringer eller konflikter i et hjem, eller hvis medarbejdere har brug for faglig sparring. Koordinatorerne sikrer tydelige rammer, roller og ansvar, som medarbejderne trives under, og lederne får samtidig mulighed for nemmere at få et overblik over de udfordringer, som skaber frustration i hverdagen.

Kilde: Callesen. 2020. Ledelsesspænd handler om mere end antallet af medarbejdere.

Ledernes vilkår har ændret sig over tid, og et centralt ledelsesvilkår er ledelsesspændet. Ledelsesspændet er over de sidste 20 år blevet større i sundhedsvæsenet, og i dag har mange ledere ansvar for mange medarbejdere og komplekse ledelsesområder. Det rette ledelsesspænd er afgørende for offentlig ledelse og for jobtilfredshed. Der er gennemført en række studier om ledelsesspænd i sundhedsvæsenet og hvilken størrelse spænd, der har den bedste effekt på jobtilfredsheden.

Nedenfor følger udvalgte konklusioner om ledelsesspænd i sundhedsvæsenet og på ældreområdet.

Boks 27. Viden om ledelsesspænd i sundhedsvæsenet

Det rette ledelsesspænd afhænger af den enkelte enheds egenskaber

Det er ikke muligt at pege entydigt på et optimalt ledelsesspænd, da det fx afhænger af antal faggrupper, vagtbelastning, patient- og borgergruppen m.m. Jo mere komplekst et område der ledes, jo mindre skal ledelsesspændet være. For små ledelsesspænd har mindre distribueret ledelse og mindre retningsgivende ledelse, og for store ledelsesspænd har mindre retningsgivende og støttende ledelse, fordi afstanden til lederen er for stor. Der er tegn på, at et ledelsesspænd på ca. 30-40 er forbundet med højere jobtilfredshed og mere aktiv ledelse på sundhedsområdet sammenlignet med ledelsesspænd, der enten er meget små eller meget store.

Kilde: Jacobsen et al. 2022. Not too narrow, not too broad: Linking span of control, leadership behavior, and employee job satisfaction in public organizations.

Ledelsesspænd på sundheds- og ældreområdet

Det gennemsnitlige ledelsesspænd på ældreområdet var i 2017 på 32 medarbejdere, mens det gennemsnitlige ledelsesspænd på sundheds- og psykiatriområdet var 24 medarbejdere. Gennemsnittet blandt de offentlige ledere i undersøgelsen var 21. En fjerdedel af lederne på ældreområdet havde direkte personaleledelsesansvar for over 45 medarbejdere, og nogle ledere havde direkte personaleledelsesansvar for over 100 medarbejdere. Opgørelsen viste desuden, at de største variationer i ledelsesspænd var at finde på bl.a. ældreområdet og sundheds- og psykiatriområdet.

Kilde: Ledelseskommisionen. 2017. Offentlige ledere og ledelse anno 2017 - Samlet afrapportering fra Ledelseskommisionens spørgeskemaundersøgelse.

Der er tegn på, at afdelingssygeplejerskers ledelsesspænd er større ved mere komplekse ledelsesområder

En undersøgelse blandt afdelingssygeplejersker på sygehuse viser, at ledelsesspænd oftere er større på regionshospitaler end universitetshospitaler, oftere er større for senge- og intensivafsnit end for ambulatorier, oftere er større for afdelinger, der dækker flere lægelige specialer, end afdelinger, der

dækker et lægeligt speciale, og oftere er større på afdelinger, hvor ledere leder flere faggrupper end én.

Kilde: Pedersen, et al. 2021. Ledelsesspænd blandt afdelingssygeplejersker på danske hospitaler. En undersøgelse af afdelingssygeplejerskers ledelsesspænd, ledelsesadfærd og ledelsesvilkår.

I Ledelseskommisionens afrapportering er der også fokus på ledernes vilkår, og hvordan de offentlige ledere rustes til at varetage ledelsesopgaven. I en spørgeskemaundersøgelse blandt offentlige ledere udført i forbindelse med Ledelseskommisionen blev lederne adspurgt "Er der andre forhold vedrørende offentlige leders karakteristika, vilkår og styrker, som du vil fremhæve (...)?" Af negative påvirkninger på ledernes arbejdsvilkår blev ressourceknaphed, den politiske ledelse og dokumentationskrav fremhævet⁹¹.

Tilknytning af seniorer

I afslutningen af arbejdslivet er der andre faktorer, der spiller en væsentlig rolle i tilknytningen til arbejdsmarkedet. Årsagerne til, at man enten forlader arbejdsmarkedet tidligt eller vælger at arbejde til høj alder, er komplekse og dynamiske. Brede erfaringer viser, at beslutningen om tilbagetrækning især afhænger af økonomiske, jobmæssige, helbredsrelaterede og familierelaterede faktorer⁹².

Ifølge en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt +50-årige lønmodtagere i Danmark kunne faktorer som mulighed for nedsat tid, mere fritid, øget fleksibilitet, økonomi og bedre fysisk og psykisk arbejdsmiljø spille en rolle, hvis de skulle vælge at blive længere tid på arbejdsmarkedet end planlagt⁹³. Der er dog ikke målt på, om tiltagene reelt fastholder seniorer længere tid på arbejdsmarkedet.

Forskningsprojektet viser også, hvad der har betydning for beslutningen om at forlade arbejdsmarkedet eller fortsætte på arbejdsmarkedet for sundhedspersonale. Konklusioner fra undersøgelsen fremgår nedenfor.

Boks 28. Viden om grunde til henholdsvis at forlade og fortsætte på arbejdsmarkedet for sundhedspersonale

Dårligt helbred og ønske om mere fritid er grunde til at forlade arbejdsmarkedet

De vigtigste grunde til at forvente at forlade arbejdsmarkedet er forskellige for de sundhedsfaglige faggrupper. For både læger og sygeplejersker er de vigtigste grunde relateret til mere fritid, fx tid til familien eller til selv at kunne bestemme, hvad man vil foretage sig. For social- og sundhedsmedarbejdere er den vigtigste grund dårligt fysisk helbred.

Flere seniordage og mindre anstrengende arbejde kan få flere til at arbejde til en højere alder

Der er også forskel på, hvad der kan få de sundhedsfaglige faggrupper til at arbejde til en højere alder, end de ellers havde forestillet sig. For sygeplejersker er muligheden for flere seniordage den vigtigste grund til at forvente at fortsætte på arbejdsmarkedet til en højere alder. For læger er det muligheden for nedsat tid. For social- og sundhedsmedarbejdere er mindre fysisk og/eller psykisk anstrengende arbejde den vigtigste grund til at forvente at arbejde til en højere alder.

Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2023. Push- og stay-faktorer for sundhedspersonale.

Seniortænk tanken beskrev i 2019, at der er behov for nytænkning, der giver bedre mulighed for gradvis tilbagetrækning, for at øge seniorers tilknytning til arbejdsmarkedet efter folkepensionsalderen. Det kan fx være i form af fleksible arbejdsformer, der sikrer balance mellem arbejds- og privatliv. For at lykkes kræver det, at både arbejdsgivere, ledere og seniorer tænker tilknytning og opgaveløsning på en anden måde. På baggrund af analyser og arbejds-

⁹¹ Ledelseskommisionen. 2018. Sæt borgerne først.

⁹² Seniortænk tanken. 2019. Fremtidens seniorarbejdsliv.

⁹³ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). 2021. SeniorArbejdsliv - Muligheder og barrierer for et langt og sundt arbejdsliv i Danmark.

pladsbesøg i regi af tænketanken blev det konkluderet, at følgende lokale indsatser særligt efterspørges: Flexibilitet i såvel arbejdstid som arbejdsopgaver fx nedsat arbejdstid aftalt efter konkrete behov og muligheder, samt opgaver, som både udfordrer og tager eventuelle individuelle skånehensyn. Det efterspørges, at seniorers faglighed og værdi anerkendes, og at seniorer værdsættes af ledelse og kolleger. Desuden efterspørges faglig efteruddannelse på lige fod med efterspørgslen hos øvrige medarbejdergrupper. Seniorer skal selv være opmærksomme på at udvikle sig løbende og efterspørge kompetenceudvikling⁹⁴.

Både i regioner og kommuner er der fokus på tilknytning af seniorer. Der findes en lang række indsatser, der skal bidrage til at skabe attraktive rammer, som gør, at seniorer ønsker at for-sætte på arbejdsmarkedet fx livsfasepolitikker samt øget fleksibilitet i arbejdstid og arbejdsop-gaver.

Nedenfor fremgår erfaringer fra Aalborg Universitetshospital og Fredensborg Kommune.

Boks 29. Eksempler på indsatser der har fokus på tilknytning af seniorer

Ressourcepersoner skal hjælpe og oplære yngre og mindre erfarne kolleger

Aalborg Universitetshospital har en ambition om at hente tidligere ansatte tilbage og fastholde se-niorer. Derfor har de som forsøg i et ni måneders langt pilotprojekt oprettet en ny type job. Ressour-cepersoner skal hjælpe og oplære yngre og mindre erfarne kolleger. Seniorerne får indflydelse på arbejdstid og arbejdsopgaver, hvilket indebærer, at de kan få det antal arbejdstimer, de ønsker, når de ønsker det. Ressourcepersonerne skal således ikke indgå i vagtplaner. Med pilotprojektet forsøger man at imødekomme seniorers ønske om mere fleksibel arbejdstid og mindre belastende arbejdsop-gaver.

Kilde: Witten. 2023. Sagde farvel til gode kollegaer – nu vil de tilbage til jobbet.

Seniorsamtalekoncept sikrer udvikling og motivation

Fredensborg Kommune har arbejdet med en styrket dialog mellem leder og seniormedarbejder og derfor afprøvet forsøg med seniorsamtaler, hvor formålet er at give seniorer lyst til og mulighed for at blive længere tid på arbejdsmarkedet. Samtalen er bygget op om i dele:

- Forberedelse, hvor medarbejderen tænker over ønsker til deres sidste år på arbejdsmarkedet, og lederen afklarer og tænker over, hvilke muligheder, de kan tilbyde medarbejderen.
- Selve samtalen, som skal berøre emnerne faglighed, trivsel, fleksibilitet og fremtiden.
- Opfølgning, hvor det skrives ned, hvad der er aftalt, og hvem der følger op hvornår.

Kilde: KL og Forhandlingsfællesskabet. 2023. Seniorsamtalen må ikke være afvikling.

Tilknytning og rekruttering af udenlandsk arbejdskraft

Begrebet "udenlandsk arbejdskraft" kan defineres på forskellige måder. Hvor definitionen i sta-tuskapitlet var smallere og dækkede over udenlandske sundhedspersoner, der er autoriserede, uddannede i udlandet og har udenlandske statsborgerskaber, så udvides definitionen her. Her defineres udenlandsk arbejdskraft inden for sundheds- og ældreområdet som autorisere-de sundhedspersoner eller andet personale med ansættelse i sektoren, som er udenlandske statsborgere, der er kommet til Danmark som arbejdstagere og studerende mfl. Det betyder, at flygtninge, familiesammenførte og indvandrere, der er kommet til Danmark som børn, samt efterkommere ikke er omfattet af definitionen. Her er altså fokus på mulighederne for at rekrut-tere medarbejdere til sundhedsvæsenet udefra.

Der er forskel på, om rekruttering af udenlandsk arbejdskraft foregår inden for eller uden for EU/EØS både i form af potentielle barrierer for fleksibilitet og mobilitet samt i forhold til de etiske overvejelser. Inden for EU gælder princippet om fri bevægelighed mellem medlemslandene, herunder for arbejdskraft, som medlemsstaterne er forpligtede til at sikre. Det medfører bl.a., at udenlandske statsborgere fra EU/EØS-lande, modsat statsborgere fra lande uden for EU/EØS, ikke skal ansøge om opholds- og arbejdstilladelse i Danmark.

⁹⁴ Seniortænketanken. 2019. Fremtidens seniorarbejdsliv.

Mangel på tilstrækkeligt sundhedspersonale er et problem verden rundt, og internationalt er der vedtaget et kodeks for god praksis for international rekruttering af sundhedspersonale⁹⁵. Kodekset skal fremme frivillige principper og praksisser for etisk international rekruttering af sundhedspersonale. Det anbefales bl.a. i kodekset, at man bør afstå fra aktiv international rekruttering af sundhedspersonale fra udviklingslande, der står overfor kritisk mangel på sundhedspersonale, og at rekrutteringsprocesser skal gøre sundhedsmedarbejdere i stand til at foretage rettidige og informerede beslutninger og give dem mulighed for at vurdere fordele og risici forbundet med ansættelser.

Flere arbejdsgivere i regioner og kommuner anvender rekrutteringsindsatser målrettet udenlandsk sundhedspersonale. Der er positive tilbagemeldinger fra flere indsatser baseret på arbejdsgiverdrevet rekruttering, men der mangler målbare effekter af de konkrete strategier, og der mangler viden om forholdet mellem ressourceforbrug og effekt. Flere sygehuse samarbejder bl.a. med rekrutteringskonsulenter til at headhunte og matche kvalificerede udenlandske sundhedspersoner til de efterspurgte stillinger. Rekruttering af personale er generelt ressourcetrækkende, men der kan være behov for særlige indsatser i forbindelse med rekruttering af udenlandsk arbejdskraft, der fx kan have behov for særlig hjælp og støtte til bolig- og samfundsforhold, sproglig opkvalificering og tid til oplæring af kolleger.

To eksempler på indsatser med international rekruttering beskrives nedenfor.

Boks 30. Eksempel på rekruttering af udenlandsk arbejdskraft

International rekruttering til social- og sundhedsområdet i Lolland Kommune

Indsatsen drives af Lolland Kommune og består af flere dele. Bl.a. samarbejde med Work in Denmark om synlighed gennem stillingsopslag på internationale jobportaler og repræsentation på messer, tilegnelse af danskundskaber gennem sprogundervisning i hjemlandet og på sprogskole i tre måneder inden opstart på et af kommunens plejehjem, forventningsafstemning og indsats mod frafald fx besøg i Danmark inden ansættelse og onboardingprogram, samt hjælp til boligsøgning, registrering, kompetenceafklaring m.m.

Det første hold blev rekrutteret med flytning til Danmark pr. 1. januar 2023. 15 ud af de 16 personer, der blev tilbudt en stilling, accepterede den. De 15 nye medarbejdere startede efter et intensivt sprogundervisningsforløb med lønnet daglig danskundervisning på deres nye arbejdsplads 1. marts 2023. Det næste hold på yderligere 16 personer er allerede i gang med deres sprogundervisningsforløb.

Målgruppen blev efter første rekrutteringsrunde fokuseret til at være EU/EØS-borgere med motivation, stærke personlige kompetencer og engelskundskaber samt enten en relevant social- og sundhedsfaglig uddannelse og erfaring eller motivation for at tage en social- og sundhedsassistentuddannelse i Danmark.

Kilde: Eksempel sendt til Robusthedskommissionen af Lolland Kommune.

Rekruttering af speciallæger i Region Sjælland

I de fem regioner arbejder man med rekruttering af udenlandsk arbejdskraft. Fx arbejder Region Sjælland målrettet med en række indsatser i forhold til at rekruttere og fastholde speciallæger fra andre lande. Foruden selve rekrutteringen omfatter indsatserne bl.a. hjælp til at finde bolig, hjælp til at finde job til medfølgende partner og hjælp til indskrivning i skole eller daginstitution for medfølgende børn. Regionen tilbyder også et omfattende sprogprogram, hvor danskundervisning startes op online, mens kandidaten befinder sig i sit hjemland og forsætter som individuel undervisning ved regionens sprogkonsulenter, når vedkommende er kommet til Danmark.

Kilde: Eksempel sendt til Robusthedskommissionen af Region Sjælland.

Brede erfaringer viser, at indsatser med fokus på den enkelte udenlandske medarbejder og den medfølgende families trivsel kan være afgørende for, hvorvidt medarbejderen har en god tilknytning og fortsætter i sit arbejde. En analyse fra 2020 af opfattelsen af livet og arbejdet i Danmark som expat⁹⁶ viser, at det er væsentligt, at rekrutterings- og fastholdelsesindsatser

⁹⁵ WHO. 2010. Global code of practice on the international recruitment of health personnel.

⁹⁶ I undersøgelsen defineres expats som udenlandske statsborgere, der bor og arbejder i Danmark, er mindst 20 år gamle, ankom til Danmark efter den 1. juli 2015 og har en gennemsnitlig indkomst på 30.000 kr. pr. måned.

betragtes som en helhed. Studiet er baseret på en generel spørgeskemaundersøgelse blandt næsten 2.000 primært højtuddannede expats, der arbejder inden for forskellige brancher i Danmark. Heraf arbejder en andel inden for sundheds- og ældreområdet⁹⁷.

Forløbet fra den indledende rekruttering og match mellem arbejdsgiver og ansøger bør kobles med indsatser, der styrker tilknytningen og lægger vægt på, at medarbejderen falder til på arbejdspladsen, samt at evt. medfølgende familie trives.

Erfaringer viser, at det fx kan omfatte, at der etableres sprogundervisning, at kommende kolleger klædes på til at modtage en udenlandsk kollega, at der etableres netværk for udenlandske medarbejdere, og at medarbejderen og evt. familie falder godt til i Danmark. Her er der behov for et samarbejde på tværs af ansættelsesstedet og relevante myndigheder, særligt i form af den kommune, som medarbejderen og evt. familie er bosat eller bosættes i, så kommunen kan yde hjælp til at finde en bolig, institution, skole og job samt danskundervisning til en eventuelt medfølgende ægtefælle. Kommunen kan desuden understøtte tilknytning til civilsamfundet via foreningsliv, venskabsfamilier mv., så udenlandske medarbejdere og deres familier får et netværk blandt danskere uden for arbejdspladsen, hvilket kan være en vigtig faktor for tilknytningen.

Brugen af udenlandsk arbejdskraft kræver, at arbejdsgivere og befolkning er klar til at tage imod den udenlandske arbejdskraft og sikre medarbejderne en god tilknytning. En analyse peger på, at der generelt er potentiale for større brug af udenlandsk arbejdskraft på arbejdsmarkedet, og at der kan gennemføres indsatser, der gør brug af udenlandsk arbejdskraft mere oplagt inden for fx social- og sundhedshjælperfaget⁹⁸. Nedenfor præsenteres udvalgte konklusioner fra analysen.

Boks 31. Viden om befolkningen og arbejdsgiveres holdning til brug af udenlandsk arbejdskraft

Analysen er baseret på en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt befolkningen og en spørgeskemaundersøgelse blandt arbejdsgivere. Analysens hovedkonklusioner er bl.a.:

- Særlige danske sprogfærdigheder har betydning for arbejdsgivernes åbenhed over for at ansætte udenlandsk arbejdskraft. En lille andel af arbejdsgivere er åbne over for at ansætte social- og sundhedshjælpere uden særlige danske sprogfærdigheder.
- Opkvalificering af de sproglige kompetencer har betydning for holdningen blandt arbejdsgivere og befolkning. Blandt både arbejdsgivere og befolkning påvirker det deres holdning i en positiv retning, hvis udenlandske social- og sundhedshjælpere eller sygeplejersker har gennemført et sprogkursus i dansk på to måneder.
- Knap tre ud af fire plejehjemsledere angiver, at de udenlandske medarbejdere i social- og sundhedshjælperstillinger skal kunne tale og skrive dansk på niendeklasseniveau eller professionelt niveau.
- En lille del af befolkningen mener, at det er helt uproblematisk med udenlandske social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker fra lande uden for Norden. Resultaterne er anderledes for social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker fra Norden. Her er respondenterne markant mere positivt stemt.

Kilde: DEA. 2023. Til kamp for kompetencerne.

97 Oxford Research. 2020. The Expat Study 2020.

98 DEA. 2023. Til kamp for kompetencerne.

RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

I det følgende afsnit gennemgås viden om, hvilke kompetencer, sundhedsvæsenet og ældreområdet mangler nu og kommer til at mangle i fremtiden. Der gennemgås viden om, hvad der motiverer studerende og elever, når de vælger uddannelse, og hvad der kan forhindre dem i at falde fra deres uddannelse. Der gennemgås desuden viden om, hvordan kompetencerne i sundhedsvæsenet og på ældreområdet kan bruges mere fleksibelt.

Kompetencebehovet

I dag opleves der i dele af sundheds- og ældreområdet mangel på kompetencer og udfordringer med at rekruttere medarbejdere. Ofte forstås denne mangel koblet til specifikke faggrupper og specialiseringer, som fx anæsthesisygeplejersker og jordemødre. I denne rapport skal kompetencer forstås bredere. Kompetencer forstås som en kombination af den grundlæggende viden, evner, færdigheder og værdier, der skal til for at udøve effektivt arbejde til gavn for patienter og borgere⁹⁹. Kompetencer, der fremhæves som centrale til at supplere en specifik faglighed, er etik og jura, ledelse, samarbejde, evidensbaseret tilgang og patientfokus. Fokus på kompetencer fremfor faggruppe kan være medvirkende til at nedbryde eksisterende siloer^{100,101,102,103}.

I takt med at den demografiske sammensætning i befolkningen ændrer sig, og grupperne af ældre og patienter med multisygdom kommer til at udgøre en større andel af den samlede befolkning, vil der opstå større behov for brede generalistkompetencer og teamsamarbejde blandt sundhedsfaglige. Øget specialisering har bidraget med højere kvalitet og bedre behandlingsresultater for patienter.

Stigningen i antallet af patienter med multisygdom vil udfordre sundhedsvæsenet, der særligt i sygehusvæsenet er bygget op om den enkelte sygdom eller organsystem¹⁰⁴. Der er risiko for, at patienter med multisygdom vil opleve mindre sammenhængende forløb, for mange kontakter til sundhedsvæsenet og for dårlig kvalitet, hvis ikke de rette kompetencer er til stede. Det er derfor vigtigt, at generalistkompetencer som fx brede internmedicinske kompetencer styrkes.

Ifølge informanterne i analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet opleves kompetencemanglen størst og mest kritisk nu på det brede plejeområde. Analysen peger på, at det forventes, at det også er her, der vil være størst mangel på kompetencer i fremtiden. Dette indebærer kompetencer til at løfte opgaver, der i dag primært løses af social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde og af sygeplejersker på sygehusområdet.

Fremskrivninger af det fremtidige behov varierer, og de er forbundet med usikkerhed. Selvom der ikke er fuldstændig enighed om, hvilke faggrupper vi kommer til at mangle, er der enighed om, at der kommer til at være stor mangel på social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Dette kan bekræfte billedet af, at det er kompetencer inden for pleje og omsorg, der vil mangle i fremtiden. Analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet påpeger desuden, at manglen er skævt fordelt fx i forhold til geografi og subspeciale. Geografisk set er særligt yderområder og landkommuner udfordrede i forhold til rekrutteringsudfordringer og tilgængelighed af sundhedsfaglige kompetencer. Fordeling af kompetencer på tværs af landet er således et vigtigt tema. Samtidig viser analysen, at manglen på kompetencer opleves størst inden for funktioner med høj vagtforpligtelse fx i akutmodtagelserne og på sengeafsnit.

99 Shilton et al. 2001. Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia.

100 Frenk. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.

101 WHO. 2013. Transforming and scaling up health professionals' education and training.

102 Yaqoob et al. 2021. A systematic review of healthcare professionals' core competency instruments.

103 Halcomb et al. 2016. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review.

104 Whitty et al. 2020. Rising to the challenge of multimorbidity.

Det konkluderes i analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet, at manglen på kompetencer i sygehusvæsenet og på ældreområdet også kan ses som en konsekvens af barrierer og bindinger, der afgør, hvilke kompetencer, der kan bringes i spil til hvilke opgaver. Det dækker både over fagligt velbegrundede bindinger, men også bindinger, som ikke har noget at gøre med det konkrete og nødvendige kompetencebehov. Det fremhæves fx i analysen, at traditions- og aftalebunden opgavedeling mellem faggrupper vanskeliggør nytænkning af opgaveløsningen, og at stærke pres, hierarkier og traditioner gør systemet trægt til at omstille sig. Det fremhæves desuden, at regler, lovgivning og retningslinjer skubber på for en opgaveløsning på et unødigt højt omkostnings- og kompetenceniveau, hvilket opleves begrænsende for fleksibilitet.

Valg af uddannelse

Unge studievalg er typisk en langstrakt og kompleks proces, som er nært bundet op på unges identitetsopbygning og en fornemmelse af at kunne passe ind i forhold til den uddannelse eller profession, de vælger. Fx kan små begivenheder have stor betydning for unges studievalg, også uden at de unge er opmærksomme på det^{105,106}. Selvom der er viden om unges studievalg, skal opgørelser af årsager tolkes med forbehold.

En stor spørgeskemaundersøgelse blandt kommende studerende viser, at studerende, som bliver optaget på en videregående uddannelse, først og fremmest begrundes deres valg af videregående uddannelse med faglig interesse (90 pct.) og et ønske om at blive en mere dannet og vidende person (63 pct.). Mange angiver også gode beskæftigelsesmuligheder (56 pct.) og geografisk beliggenhed (39 pct.) som årsager til deres studievalg^{107,108}.

Når unge i dag skal træffe beslutning om uddannelse, er der tegn på, at sundhedsuddannelserne ikke i tilstrækkelig grad ses som en attraktiv karrierevej med mulighed for faglig, livslang udvikling. En spørgeskemaundersøgelse blandt studerende viser, at fravalg af de fire store professionsuddannelser på velfærdsområdet ofte begrundes med præferencer for en længere videregående uddannelse, bekymring om lavt fagligt niveau på uddannelsen og forestillinger om arbejdslivet. Blandt studerende, der har valgt sygeplejerskeuddannelsen fra, var bekymring om arbejdsvilkår og interesse for andre uddannelser de mest udbredte begrundelser for fravalg¹⁰⁹. Undersøgelsens resultater uddybes nedenfor.

Undersøgelser viser, at de studerendes begrundelse for at tilvælge de fire store professionsuddannelser på velfærdsområdet (folkeskolelærer, pædagog, sygeplejerske og socialrådgiver) især er ønsket om at gøre en positiv forskel for andre. 94 pct. svarer, at ønsket om at gøre en positiv forskel for andre i høj eller meget høj grad har været afgørende for deres valg. Det er en markant større andel, end man finder blandt studerende på andre professionsbacheloruddannelser, hvor 62 pct. angiver denne begrundelse. Gruppen af unge, der tilvælger de fire store professionsuddannelser på velfærdsområdet, adskiller sig også ved, at færre begrundes deres studievalg med muligheden for en høj indkomst¹¹⁰.

Unge motiver for valg af uddannelse har i dag en mere strategisk karakter end tidligere, hvor unge er fokuserede på at holde dørene åbne og træffe sikre uddannelsesvalg^{111,112}. Unge har fx fokus på at træffe valg om ungdomsuddannelse, som giver flere muligheder. Lignende kan også antages at have betydning i overgangen fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse, fx hvis den uddannelsessøgende oplever at være "låst fast" ved at vælge en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse. En undersøgelse af social- og sundhedsuddannelsernes

105 Holmegaard et al. 2012. To Choose or Not to Choose Science.

106 Danmarks Evalueringsinstitut. 2015. Det svære uddannelsesvalg.

107 Danmarks Evalueringsinstitut. 2019. Sammenhæng mellem unges begrundelser for studievalg og fravalg på de videregående uddannelser.

108 Danmarks Evalueringsinstitut. 2021. Begrundelser for studievalg: Hvem lægger fokus på hvad?

109 Danmarks Evalueringsinstitut. 2022. Valg og fravalg af velfærdsuddannelserne.

110 Danmarks Evalueringsinstitut. 2021. Begrundelser for studievalg: Hvem lægger fokus på hvad?

111 Juul et al. 2016. Uddannelsesvalg, vejledning og karrierelæring i et ungeperspektiv.

112 Juul. 2018. Det 'sikre' valg i en uvis fremtid.

image viste i 2022, at dårligt image kan have en negativ effekt for rekruttering til uddannelserne¹¹³.

Udvalgte konklusioner fra undersøgelser af unges overvejelser omkring valg af videregående uddannelse samt om social- og sundhedsuddannelsernes image fremgår nedenfor.

Boks 32. Viden om forhold der har betydning for rekruttering til uddannelser

Unge vælger sygeplejerskeuddannelsen fra, fordi de vurderer, at andre uddannelser er mere spændende, og ud fra forventninger til løn, arbejdsvilkår og karrieremuligheder

En spørgeskemaundersøgelse blandt 840 studerende, som har overvejet at søge ind eller har søgt ind på sygeplejerskeuddannelsen, viser udbredte årsager til at have valgt uddannelsen fra:

- Der var andre uddannelser, jeg vurderede var mere spændende (66 pct. af søgere og 67 pct. af overvejere).
- Arbejdsvilkårene er ikke gode nok (58 pct. af søgere og 62 pct. af overvejere).
- Lønnen inden for professionen er for lav (50 pct. af søgere og 54 pct. af overvejere).
- Jeg ville hellere ind på en længere videregående uddannelse (28 pct. af søgere og 26 pct. af overvejere).
- Karrieremulighederne er ikke gode nok (12 pct. af søgere og 13 pct. af overvejere).
- Var i tvivl om, hvorvidt det faglige niveau var for lavt (15 pct. af søgere og 11 pct. af overvejere).
- For lidt prestige i professionen (16 pct. af søgere og 13 pct. af overvejere).
- Videreuddannelsesmulighederne efter uddannelsen er ikke gode nok (8 pct. af søgere og 9 pct. af overvejere).

Kilde: EVA. 2022. Valg og fravalg af velfærdsuddannelserne.

Imageudfordringer har negativ effekt på rekruttering til social- og sundhedsuddannelserne

En analyse bestående af 92 danske avisartikler, ni fokusgruppeinterviews og tre workshops finder, at der er et dominerende negativt billede af social- og sundhedsuddannelserne blandt potentielle ansøgere og udbredte fordomme om fagene i befolkningen. 69 af de 92 artikler er overordnet baseret på en negativ fremstilling af social- og sundhedsfagene, og det påvirker rekrutteringen til fagene og forventninger til faget i en negativ retning. Ifølge analysen stammer imageudfordringerne fra begrænset viden om fagene hos potentielle ansøgere og et fremherskende negativt billede i medier. Ansøgernes billede af fagene er formet af medierne frem for af fx studievejledere, besøg på social- og sundhedsuddannelserne, praktikforløb mv.

Kilde: VIVE. 2022. Analyse af social- og sundhedsfagenes image og imageudfordringer.

Nedenfor præsenteres eksempler på indsatser, som skal styrke kendskabet til social- og sundhedsuddannelserne og de mellemlange videregående sundhedsuddannelser.

Boks 33. Eksempler på indsatser der skal tiltrække studerende og elever

Fritidsjob skal inspirere unge fra spire til social- og sundhedsassistent eller -hjelper

Horsens Kommune har sammen med FOA udviklet en såkaldt spireordning, hvor unge mellem 14-17 år bliver ansat til at arbejde to timer to gange om ugen efter skoletid i pleje- eller demensboliger. Spireordningen giver unge mulighed for at prøve kræfter med arbejdet på ældre- og sundhedsområdet gennem opgaver som fx at læse for beboerne, gå ture, lave mad og spille spil sammen med beboerne. Formålet med ordningen er at øge de unges kendskab til og motivation for at uddanne sig inden for social- og sundhedsområdet.

Alle spirer får tilknyttet en mentor, en af de faste social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere, som følger dem i hele ansættelsesforløbet. Spirestillingerne har deres egen overenskomst, så der er lige rettigheder på tværs af kommunegrænser. Horsens Kommune har oplevet stor interesse for spirestillingerne, som også har bredt sig til mange andre kommuner.

Kilde: KL. 2021. Horsens Kommune: Unge spirer til SOSU-uddannelserne.

¹¹³ VIVE. 2022. Analyse af social- og sundhedsfagenes image og imageudfordringer.

DM i Skills skal vise talent og skærpe fagligheder

Hvert år afholdes DM i Skills, der er et danmarksmesterskab for unge fra erhvervsuddannelserne. Ca. 300 unge deltager i konkurrencen. Gennem deltagelsen får de mulighed for at vise deres talent, skærpe deres faglige niveau og vise omverdenen erhvervsuddannelsernes muligheder. I 2023 havde DM i Skills 51.000 gæster.

For at vinde social- og sundhedsdisciplinen i 2023 skulle deltagerne igennem 13 opgaver baseret på virkelighedstro situationer. I flere opgaver deltog skuespillere fx i en opgave, hvor en dement borger stak af i messehallen for at lede efter sin kat, opgaver om rehabilitering i eget hjem, pleje af ældre på en medicinsk afdeling samt situationer fra en mave- og tarmkirurgisk afdeling. Deltagerne vurderes ud fra en række temaer, som fx lovgivning, planlægning og gennemførelse af opgaver, rehabilitering og ergonomi, sygepleje og kommunikation samt etik.

Kilde: Wahlers. 2023. Signe løb med DM i Skills; SKILLSDENMARK. 2023. Guldvindere fundet i 45 fag ved DM i Skills 2023

Projekt "UNG I VELFÆRD" skulle udbrede viden om karriere inden for sundhed og omsorg

Projektet skulle udbrede viden blandt unge, deres forældre og vejledere i folkeskolen om social- og sundhedsuddannelserne, faget og karriere- og videreuddannelsesmulighederne. Projektet var et samarbejde mellem 11 social- og sundhedsskoler landet over, hvor 150 elevambassadører i alderen 16 til 25 år besøgte folkeskoler, uddannelsesmesser, åbent hus-arrangementer og lignende for at møde grundskoleelever, fortælle om mulighederne og svare på spørgsmål om social- og sundhedshjælper- og assistentuddannelserne. Projektet blev opstartet i august 2021 og afsluttet i august 2023.

Kilde: Ung i Velfærd og Tietgenfonden. 2023. Evaluering af projekt UNG I VELFÆRD.

Frafald fra uddannelser

Der findes adskillige bud på, hvilke typer af studerende, der har større risiko for at afbryde en uddannelse end andre, og hvad årsagen til afbrydelsen er. Det afspejler, at beslutningen om at stoppe et uddannelsesforløb kan være meget personlig og kompleks. Derfor må det formodes, at mange faktorer spiller ind. Det er altså vanskeligt at pege på en hovedårsag til at afbryde uddannelser.

I en undersøgelse har frafaldne studerende forholdt sig til forskellige årsager til at falde fra studiet og angivet, i hvilken grad årsagerne var medvirkende til deres beslutning om at afbryde studiet. Det er en generel tendens, at studerende på professionshøjskoler afbryder deres uddannelse, fordi de ikke kan se sig selv i det efterfølgende job, mens universitetsstuderende falder fra, fordi de oplever uddannelsen som for teoretisk og for lidt fokuseret på praksis¹¹⁴. Udvalgte resultater fra undersøgelser om frafald på uddannelser fremgår nedenfor.

Boks 34. Viden om forhold der har betydning for frafald

Årsag til frafald er forskellige for henholdsvis universitetsuddannelser og professionsuddannelser

- På professionshøjskoler blev kvaliteten af undervisningen (40 pct.) og det, at uddannelsens efterfølgende job ikke var det rette (49 pct.), angivet som primære medvirkende årsager til at afbryde uddannelser. Desuden nævnes personlige forhold uden for studiet (38 pct.) som årsag til frafald.
- På professionshøjskolerne bliver uddannelsens faglige krav af flere også nævnt som årsag til frafald. Blandt frafaldne studerende angiver 40 pct., at de tvivlede på, om de havde evnerne til at studere på det niveau, som uddannelsen krævede, og at de var bekymrede for sværhedsgraden af uddannelsen.
- På universiteter blev det faglige niveau (45 pct.) samt for meget teori og for lidt fokus på det praktiske i uddannelsen (52 pct.) angivet som primære medvirkende årsager til at afbryde uddannelser. Desuden nævnes ensomhed på studiet (43 pct.) som årsag til frafald.

Kilde: Styrelsen for Forskning og Uddannelse. 2018. Frafall og studieskift – Spørgeskemaundersøgelse blandt frafaldne studerende ved videregående uddannelser.

¹¹⁴ Uddannelses- og Forskningsministeriet. 2018. Frafall og studieskift.

Når sygeplejerskestuderende falder fra skyldes det ofte, at de ikke kan se sig selv i jobbet som sygeplejerske

- Den hyppigst angivne årsag til at afbryde sygeplejerskeuddannelsen blandt de studerende selv er, at de studerende ikke kan se sig selv i jobbet som sygeplejerske (55 pct.). Dette svarer til andre professionsuddannelser.
- Øvrige hyppige årsager til frafald blandt studerende på sygeplejerskeuddannelsen er personlige forhold uden for studiet (36 pct.) samt uddannelsens faglige niveau (36 pct.).
- Sygeplejerskestuderende fremhæver i mindre grad end øvrige professionsbachelorstuderende henholdsvis kvaliteten af undervisningen og kontakten med underviserne som afgørende for deres frafald.

Kilde: Task force om social- og sundhedsmedarbejdere. 2020. Veje til flere hænder.

Årsag til frafald på social- og sundhedsuddannelserne

- Årsager til frafald på social- og sundhedsuddannelserne opgøres ikke på samme måde, som det er tilfældet for professions- og universitetsuddannelserne, hvorfor man skal være forsigtig med at drage konklusioner.
- Trods manglende kvantitative data er der enighed om, at overgangen til hovedforløbet, hvor eleverne starter i oplæring, er et væsentligt indsatsområde i forhold til fastholdelse på uddannelserne. Enlige forsørgere og elever med lavere karaktergennemsnit falder i højere grad fra i denne overgang.

Kilde: Task force om social- og sundhedsmedarbejdere. 2020. Veje til flere hænder.

Overgangen fra uddannelse til praksis

Mange nyuddannede sundhedsprofessionelle oplever, at overgangen fra uddannelse til arbejde er svær, og brede erfaringer viser, at praktik- og oplæringsforløb har en afgørende rolle i forhold til overgangen til arbejdslivet. I en undersøgelse svarede 59 pct. af dimittenderne fra sygeplejerskeuddannelsen eksempelvis, at de var "helt enige" eller "enige" i, at overgangen fra uddannelse til arbejdsmarked var svær¹¹⁵.

Det fremgår af en analyse om rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedsmedarbejdere, at overgangen fra teori til praksis repræsenterer den største risiko for frafald på sygeplejerskeuddannelsen¹¹⁶. Indsatser som fx velfungerende oplærings- og praktikforløb og brug af simulationstræning kan styrke overgangen fra uddannelse til arbejdsliv, hvilket kan mindske risikoen for praksischock i forbindelse med overgangen og dermed potentielt også frafaldet¹¹⁷.

Evalueringer fra 2022 og 2023 af elever og studerendes oplevelser med praktik, som er baseret på over 7.000 praktikevalueringer fra elever og studerende på uddannelser på velfærdsområdet, viser at gode praktik- og oplæringsforløb er afgørende for elever og studerendes kompetenceopbygning, gennemførelse af uddannelsen, overgang til arbejdslivet og efterfølgende lyst til at beskæftige sig med faget^{118,119}. Et projektsamarbejde mellem Rigshospitalet og professionshøjskolerne har desuden gode erfaringer med, at praktikforløb tilrettelægges, så de ligger sidst i uddannelsen og derved letter overgangen fra studieliv til arbejdsliv¹²⁰.

Faglig dialog med medarbejdere på praktik- eller oplæringsstedet er afgørende for, at elever og studerende kan se sig selv arbejde der i fremtiden. Det kan konkluderes på baggrund af de store evalueringer af praktik blandt elever og studerende. Blandt elever og studerende, som har haft mulighed for at indgå i faglig dialog, havde 68 pct. lyst til at vende tilbage til praktik- eller oplæringsstedet i en fremtidig ansættelse. For elever og studerende, som ikke har oplevet mulighed for faglig dialog, var det 13 pct., der havde lyst til at vende tilbage til praktik- eller oplæringsstedet i en fremtidig ansættelse. 22 pct. af de sygeplejerskestuderende og 38 pct.

¹¹⁵ Uddannelses- og Forskningsministeriet. Data fra Danmarks Studieundersøgelse

¹¹⁶ Rambøll, 2018. Kortlægning: Rekruttering og fastholdelse af social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner

¹¹⁷ Strategisk Partnerskab om Uddannelse. 2023. Status på Praktik 2023.

¹¹⁸ Strategisk Partnerskab om Uddannelse. 2022. Status på Praktik 2022.

¹¹⁹ Strategisk Partnerskab om Uddannelse. 2023. Status på Praktik. 2023.

¹²⁰ Nielsen et al. 2022. Evalueringsrapport af projekt "Nytaenkning af 6. og 7. semester.

af social- og sundhedselever oplever at være alene og uden vejleder i løbet af deres praktik/ oplæringsperiode¹²¹.

Uddannelseshospitalet i Frederikssund er et eksempel på, hvordan praktikforløb kan tilrettelægges.

Boks 35. Eksempler på tilrettelæggelse af praktikforløb

Uddannelseshospitalet på Nordsjællands Hospital skal give studerende erfaringer med at indgå i praksisfællesskab

Professionshøjskolerne har gode erfaringer med etablering af uddannelseshospitaler og uddannelsesafdelinger, der kan styrke de studerendes overgang til praksis med hensyn til oplevelse af faglig sikkerhed og mod til at tage ansvar.

Uddannelseshospitalet i Frederikssund er et eksempel på, hvordan de studerende kan være i front med ansvar for patientplejen som en del af praksisfællesskabet. Dermed sikres det, at de studerende i højere grad er parate til overgangen fra uddannelse til praksis. På Uddannelseshospitalet er der fokus på læringsformer, der styrker sammenhængen mellem teori og praksis, og de studerende samarbejder på tværs af semestre med afdelingens sygeplejersker og underviserne fra uddannelsesinstitutionen. Herudover kan uddannelsesafdelingerne rumme flere studerende på samme tid, hvilket kan være med til at afhjælpe uddannelsesopgaven hos regioner og kommuner.

Kilde: Nordsjællands Hospital & Københavns Professionshøjskole. 2023. Kommunikationspapir om Uddannelseshospitalet.

Et større dansk litteraturstudie finder, at anvendelsen af simulationsbaseret undervisning på grunduddannelserne på sundhedsområdet forbereder de studerende til deres praktikforløb. I litteraturstudiet fremhæver forfatterne bl.a. international evidens for, at simulation kan træde i stedet for dele af den tid, de studerende ellers skulle have været i praktik eller brugt på klinisk oplæring¹²². Solid viden viser, at øget brug af simulationstræning giver studerende og elever mulighed for at træne sundhedsfaglige kompetencer og tværprofessionel opgaveløsning i praksisnære miljøer, idet flere forskellige kompetencer og roller med fordel kan indarbejdes i samme scenarie^{123,124}. Simulation tager udgangspunkt i realistiske situationer, hvor elever og studerende får erfaring med at håndtere den velfærdsteknologi, som de vil møde i praksis, eller træner et akutsценarie, inden de møder det i praktikken og oplæringen.

En undersøgelse viser desuden, at studerende på de sundhedsfaglige professionsuddannelser ikke oplever tilstrækkelig mulighed for at træne og øve. Kun 62 pct. er enige eller helt enige i, at undervisningen er tilrettelagt, så de har mulighed for at øve deres kompetencer og færdigheder¹²⁵. Udfordringen er dog, at simulationstræning typisk foregår i mindre grupper, hvilket gør denne type undervisning væsentlig mere omkostningstung end almindelig teoriundervisning.

En interviewundersøgelse viste i 2020, at social- og sundhedselever gerne vil have mere simulationsbaseret undervisning, og at de opnår en anden læring og kommer tættere på deres fag via simulation¹²⁶.

Boks 36. Simulationstræning kan bidrage med øget læringsudbytte og mindske praksis- og ansvarschok

- Simulationstræning kan øge læringsudbyttet, styrke tværfaglighed og bidrage til en bedre forventningsafstemning for elever og studerendes til arbejdslivet i sundhedssektoren.
- Simulationstræning kan forberede elever og studerende til den sundhedsfaglige praksis og derved forebygge praksischock.
- Simulationstræning under uddannelse kan afhjælpe den øgede uddannelsesopgave hos regioner og kommuner.

Kilde: Larsen et al. 2018. Fremtidens kompetencer i sundhed.

121 Strategisk Partnerskab om Uddannelse. 2022. Status på Praktik. 2022.

122 Larsen et al. 2018. Fremtidens kompetencer i sundhed.

123 Task force om social- og sundhedsmedarbejdere, 2020. Veje til flere hænder.

124 Larsen et al. 2018. Fremtidens kompetencer i sundhed.

125 Uddannelses- og Forskningsministeriet. 2020. Læringsbarometer.

126 Holm & Secher. 2020. Erfaringsbaseret viden i relation til simulation som pædagogisk metode.

Sproglige vanskeligheder

I 2021 havde 44 pct. af eleverne ved indgangen til social- og sundhedsuddannelserne sproglige vanskeligheder. De 44 pct. omfatter både elever med udfordringer grundet ordblindhed, andre læsevanskeligheder og elever med dansksproglige udfordringer fundet ved en national screening på social- og sundhedsskolerne i 2021¹²⁷.

Sproglige udfordringer har desuden stor betydning for elevernes mulighed for at forsætte deres uddannelse. Ud af de social- og sundhedselever, som fik afslag på en læreplads i perioden maj 2021 til januar 2023, var sproglige udfordringer den primære årsag til afslaget for 5 pct. af social- og sundhedsassistenteleverne og 17 pct. af social- og sundhedshjælpereleverne¹²⁸.

Erfaringer fra oplæringssteder viser, at utilstrækkelige dansksproglige kompetencer har betydning for relationen til patienter og borgere og kan resultere i misforståelser. Sprogvanskeligheder kan desuden lede til misforståelser i forhold til instruktioner og potentielt føre til utilsigtede fejl. Endelig gør de manglende sprogkompetencer det vanskeligt for eleverne at udtrykke deres faglige refleksioner. På skolerne oplever man, at eleverne kan have svært ved at følge med i undervisningen, fordi tempoet i undervisningen opleves for højt. De manglende sprogkompetencer udgør en risikofaktor for, at eleven mister motivationen og afbryder sin uddannelse eller bliver opsagt i prøvetiden.

Der er mange eksempler på indsatser målrettet de sproglige udfordringer på social- og sundhedsuddannelserne fx sprogstøtte i Københavns Kommune.

Boks 37. Eksempel på indsats målrettet sproglige udfordringer: Sprogstøtte mindsker frafald blandt social- og sundhedselever i Københavns Kommune

I Københavns Kommune har man siden 2021 afprøvet et tilbud om systematisk sprogstøtte til social- og sundhedselever med dansk som andetsprog. Sprogstøtten består af 1,5 times undervisning om ugen og tilrettelægges ud fra elevernes behov i forhold til de områder, der er afgørende for at kunne kommunikere med borgere, kolleger og pårørende. Sprogstøtten foregår, mens eleverne er i oplæring og suppleres af e-læringsmateriale samt halvårslige netværksmøder på tværs af oplæringsstederne.

86-100 pct. af eleverne, der havde modtaget tilbuddet om sprogstøtte, oplevede fremskridt i deres sproglige færdigheder. Desuden oplevede Københavns Kommune et markant lavere frafald på grund af sproglige udfordringer, end de normalt ser blandt samme gruppe. Indsatsen har givet mulighed for at udvikle en model, som støtter vejledere og oplæringssteder i at udvikle elevernes sproglige kompetencer, så de kan fastholdes på uddannelsen.

Kilde: KL. 2022. Københavns Kommune: Sprogindsats for elever med dansk som andetsprog forbereder sproglige kompetencer og reducerer frafald.

Brug af merit

Merit er godskrivelse af uddannelseselementer på baggrund af tidligere erfaring eller beståede elementer fra en tidligere uddannelse. Det vil sige uddannelseselementer og beskæftigelse, som kan stå i stedet for fag, uddannelses- eller oplærings-/praktikdele i uddannelsen. Det er altid uddannelsesinstitutionen, der træffer afgørelse om meritoverførsel/godskrivning på baggrund af en konkret faglig vurdering af det gennemførte uddannelsesforløb, det faglige niveau og indhold af forløbet.

Omkring en fjerdedel af de studerende på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser falder fra i løbet af deres uddannelse, og omkring to tredjedele (67 pct.) af dem, der har afbrudt en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse, er gået i gang med en ny uddannelse inden for to år¹²⁹. Der er i dag begrænset brug af merit i forbindelse med studieskift på tværs af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.

¹²⁷ Fællesudvalget for erhvervsrettede velfærdsuddannelser (FEVU). 2022. Sproglige kompetencer hos elever på social- og sundhedsuddannelserne.

¹²⁸ Børne- og Undervisningsministeriets uddannelsesstatistik.

¹²⁹ Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus.

Begrænsningen skyldes bl.a., at der er få fælleselementer på tværs af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, og at uddannelsesforløbenes opbygning i vid udstrækning ikke er koordineret på tværs af uddannelser. Tilegnelsen af en given faglighed kan fx være placeret på forskellige tidspunkter af forskellige uddannelser selvom uddannelserne har indholdsmæssige overlap. Studerende, der skifter fra en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse til en anden, vil derfor ofte skulle begynde forfra. Ligeledes vil merit ikke nødvendigvis bidrage til, at de studerende kan afslutte uddannelsen hurtigere, da meritten ikke altid kan samles på samme semester og kan således føre til huller i den studerendes skema.

Karriereveje samt efter- og videreuddannelsesmuligheder

Muligheden for udvikling i sit job kan have en betydning for ansattes motivation og er centralt for at sikre, at medarbejdere har de rigtige kompetencer til at løse deres opgaver. Ufleksible og utydelige muligheder for efter- og videreuddannelse kan bidrage til et tidligt exit fra sundheds- og ældresektoren, til fravalg af en sundhedsfaglig grunduddannelse og til fravalg af det offentlige sundhedsvæsen som arbejdsplads, herunder særligt det patient- og borgernære arbejde^{130,131}. Generelt vurderer offentligt ansatte, at udviklingsmulighederne i deres arbejde er gode¹³². En analyse af efter- og videreuddannelserne på sundheds- og ældreområdet udført af VIVE for kommissionen peger dog på, at udbuddet af efter- og videreuddannelser er stort og vidtforgrenet i forhold til uddannelsernes indhold, geografiske placering og uddannelsesniveau. Det kan være svært at navigere i og gøre det vanskeligt at identificere konkrete karriereveje¹³³.

Der er flest udbud rettet mod sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter, mens fx portører og lægesekretærer oplever mere begrænsede efter- og videreuddannelsesmuligheder. Analysen viser, at professionshøjskoler er de største udbydere af diplom- og akademikurser, og at kurserne er det hyppigste uddannelsesniveau. For social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og ufaglærte i kommunerne er AMU-systemet den primære udbyder af efter- og videreuddannelse. Udviklingen af udbud sker ofte i samarbejde med arbejdspladser, hvilket gør udbuddene praksisrelevante og konkrete, men potentielt svære at overføre til andre sammenhænge. Analysen er baseret på en interviewundersøgelse og en omfattende dokumentanalyse af materiale om efter- og videreuddannelser¹³⁴. Hovedkonklusioner fremgår nedenfor.

Boks 38. Hovedkonklusioner fra analyse af efter- og videreuddannelserne på sundheds- og ældreområdet

Medarbejdernes motivation for efter- og videreuddannelse er typisk:

- Anerkendelse og karrierespæktiver.
- Mulige gevinster i form af fx løn, fleksibilitet og bedre vilkår på arbejdspladsen.
- Værdi i at udvikle sig og blive bedre til sin profession.

Der identificeres en række udfordringer forbundet med det eksisterende efter- og videreuddannelsessystem:

- Komplexiteten i udbuddet af efter- og videreuddannelse betyder, at det kan være svært for den enkelte at kende forskel på de forskellige uddannelser og uddannelsesveje.
- Der opleves at være en mangel på konkrete systematiske karriereveje for de enkelte faggrupper.
- Travlhed og arbejdspress opleves som hæmmende for efter- og videreuddannelse.

I analysen peges på mulige greb, der kan afhjælpe udfordringerne:

130 EVA. 2022. Valg og fravalg af velfærdsuddannelserne.

131 Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

132 KL, Danske Regioner, Medarbejder- og kompetencestyrelsen & Finansministeriet, 2022. Offentligt ansattes motivation.

133 VIVE. 2023. Efter- / videreuddannelse i sundhedsvæsenet.

134 VIVE. 2023. Efter- / videreuddannelse i sundhedsvæsenet.

- En national strategi for efter- og videreuddannelse med mulighed for lokal tilpasning.
- Klare karriereveje og opgavebeskrivelser.
- Tværfaglige efter- og videreuddannelser, eftersyn af professionsbeskrivelser.
- Tydeligere incitamenter, prioriteringer af spor og fleksibilitet.

Kilde: VIVE. 2023. Efter-/ videreuddannelse i sundhedsvæsenet.

Fleksibel brug af kompetencer

Et review af litteratur på området viser, at strategier med fokus på udvikling og fleksibel brug af kompetencer og færdigheder er forbundet med bedre behandlingsresultater for patienter samt mere effektiv og fleksibel drift¹³⁵. Den nuværende tilgang til opgaveløsningen i sundhedsvæsenet kan medvirke til, at der opleves mangel på bestemte kompetencer i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet er kendetegnet ved en høj specialisering, hvor bestemte personalegrupper varetager nogle specifikke opgaver. Informanterne i analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet peger på, at det sikrer en høj kvalitet i opgaveløsningen af den enkelte ydelse, men også kan gøre det vanskeligt at håndtere mangelsituationer på bestemte faggrupper og sikre effektiv opgaveløsning, når opgaver ændrer sig¹³⁶.

Ifølge analysen om kompetencemangel i sundhedsvæsenet er der en tendens til, at plejepersonalet på sygehusene varetager en stor del af både de kliniske plejeopgaver samt administrativt og forefaldende arbejde. En del af forklaringen kan være, at effektiviseringer og sparekrav over en længere årrække har resulteret i en reduktion af supportfunktionerne med det resultat, at opgaverne er gledet over på plejepersonalet.

I rapporten fra Implement anføres, at ca. 20 pct. af de opgaver, som i dag primært løses af sygeplejersker, måske med fordel kan løses af andre kompetenceprofiler. Flere informanter i analysen vurderer således, at muligheden for at aflaste plejepersonalet ved at få ufaglært arbejdskraft til at varetage de administrative og forefaldende opgaver kan reducere trækket på plejepersonalet med 10 pct., mens yderligere 10 pct. kan frigives ved at inddrage andre faggrupper til håndtering af udvalgte kliniske plejeopgaver. I rapporten angives et eksempel, hvor en sygehusafdeling gennem ansættelse af husassistenter og fordeling af kliniske opgaver til andre faggrupper har aflastet sygeplejerskegruppen, så afdelingen har kunnet reducere fra syv til seks sygeplejersker i dagvagten.

Fagligt kan mere fler- og tværfaglig opgaveløsning være at foretrække, da faggrupper med enten lige så gode eller bedre faglige forudsætninger for udvalgte dele af plejeopgaven inddrages. Fordelingen af opgaver skal tage hensyn til kontinuitet i patienters forløb og patientsikkerhed. Et systematisk review af international litteratur viser, at sammensætningen af kompetencer i plejeteams har betydning for patient outcomes. Reviewet peger på, at en højere andel af sygeplejersker i forhold til patienter lader til at være centralt for at sikre patientsikkerhed og kvalitet. Reviewet viser desuden, at sammensætningen af kompetencer bør tage højde for fx patientsammensætning, graden af akut sygdom og patient flow¹³⁷.

Behovet for omstilling mod en mere fler- og tværfaglig opgaveløsning kan også skyldes et substitutionsrationale. Substitutionsrationalet knytter sig til muligheden for i højere grad at bringe andre kompetencer og ufaglærte medarbejdere i spil for at gøre sig mindre afhængig af faggrupper, der er svære at rekruttere. Substitutionen kan samtidig frigøre særlige kompetencer, som der er mangel på, og muliggøre, at opgaver løses på det lavest effektive omkostnings- og omsorgsniveau.

En del af forklaringen kan ifølge informanterne i analysen af kompetencemangel være, at effektiviseringer og sparekrav over en længere årrække har resulteret i en reduktion af supportfunktionerne med det resultat, at opgaverne er gledet over på plejepersonalet. Det anslås i

¹³⁵ Dubois & Singh. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management.

¹³⁶ Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

¹³⁷ Griffiths et al. 2014. The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements.

analysen, at en del af de opgaver, som primært løses af sygeplejersker, med fordel kan løses af andre kompetenceprofiler, herunder serviceassistenter, administrativt personale, andre sundhedsfaglige faggrupper samt ufaglærte. At løse opgaver på et lavere, men tilstrækkeligt specialiseringsniveau kan frigive tid og ressourcer til patienter og borgere, og der kan samtidig være en besparelse forbundet med brug af LEON-princippet, hvis opgaver kan overdrages til medarbejdere på en lavere lønramme.

Implements rapport peger på en række potentielle barrierer for mere fleksibel brug af kompetencer.

Boks 39. Potentielle barrierer for mere fleksibel brug af kompetencer

I analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet identificerer informanterne i undersøgelsen en række potentielle barrierer for mere fleksibel brug for kompetencer:

Kultur og traditioner som barrierer for fleksibilitet

Sundhedsvæsenet er præget af stærke fagidentiteter, traditioner og kulturer samt ledelses- og organisationsformer, der er præget af hierarki. Der er kan altså være en række kulturelle barrierer i at skabe mere fleksible grænser mellem faggrupper.

Autorisationsloven som barriere for fleksibilitet

Autorisationslovens regler om forbeholdt virksomhedsområder kan være en barriere for mere fleksibel opgaveløsning. Barrieren fremhæves særligt i relation til jordemødre, hvor den begrænser mulighederne for at tænke i oplæring af andre faggrupper til at varetage opgaver.

Fagspecifikke instrukser som barrierer for fleksibilitet

Fagspecifikke instrukser, som ikke løbende opdateres, kan udgøre en barriere for mere fleksibel brug af kompetencer, idet de kan være uhensigtsmæssigt retningsgivende for, hvilke kompetencer, der kan bringes i spil til hvilke opgaver. Samtidig kan instrukser, der ikke løbende opdateres, være en barriere for implementering af ny viden og mere effektiv opgavevaretagelse samt teknologiunderstøttelse, der ellers kan være med til at sænke eller ændre kompetencekravene til opgaveløsningen.

Fagspecifikke arbejdstidsaftaler som barrierer for fleksibilitet

Forskelligartede arbejdstidsaftaler og lokale aftaler kan udfordre fleksibel arbejdstilrettelæggelse, herunder vagtplanlægning. For eksempel kan ansættelsesvilkår gøre det vanskeligt at bruge personale på tværs af afdelinger ved akutte mangelsituationer, og lokale arbejdstidsaftaler kan gøre det vanskeligt at vagtplanlægge på tværs af faggrupper. Der er samtidig indikationer på, at kompleksiteten er blevet så stor, at det kan svære svært at gennemskue, hvor de forskellige fleksibilitetsbegrænsende regler og aftaler stammer fra.

Kilde: Implement. 2023. Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet.

For så vidt angår oplevelsen af, at regler om forbeholdt virksomhedsområde kan virke som en barriere for fleksibilitet, skal det bemærkes, at der inden for gældende regler er vide muligheder for delegation af denne virksomhed til andet personale. Der er bl.a. krav om, at den, der modtager delegationen, er kompetent til at løse opgaven, og at der er faglige instrukser for udførelsen af delegerede opgaver, så det sker patientsikkert. Oplevede barrierer kan således skyldes organisatoriske, ledelsesmæssige og kulturelle forhold snarere end selve regelværket.

For så vidt angår oplevelsen af, at fagspecifikke arbejdstidsaftaler kan opleves som en barriere for fleksibilitet, skal det bemærkes, at arbejdstidsaftaler er knyttet til overenskomsten. Lokale arbejdstidsaftaler kan fravige og supplere centralt aftalte arbejdstidsbestemmelser, så de er tilpasset de lokale forhold. En rapport fra 2016 peger på, at lokalafgifter er en måde at understøtte opgavevaretagelse og imødekomme større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen¹³⁸.

I analysen af kompetencemangel peges på, at det at anvende kompetencer mere fleksibelt, herunder ved brug af støttepersonale fx portører og serviceassistenter, er særligt relevant inden for plejeområdet, hvor der fremover forventes at være stor mangel på arbejdskraft. Der

¹³⁸ Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning (KORA). 2016. Arbejdstilrettelæggelse på danske hospitaler.

vurderes at være et stort potentiale ved at anvende støttepersonale i både somatikken og psykiatrien.

På sygehusene vurderes potentialet at være størst på sengeafsnittene, men der er samtidigt et væsentligt potentiale på det ambulante område. Potentialet vurderes at være mindre på akutafdelinger på grund af usikkerheden om patientens tilstand ved modtagelse på afdelingen, og det vurderes derfor at være vanskeligere at uddelegere opgaver til øvrige faggrupper, ligesom der er et større behov for mere specialiserede sundhedsfaglige kompetencer i opgaveløsningen.

Potentialet vurderes at være væsentligt mindre på det kommunale område, da man i den kommunale sektor har arbejdet med mere fleksibel brug af kompetencer i forhold til pleje- og hjemmesygeplejeopgaver i en årrække. Derudover er præmisserne i stationære og udekørende indsatser forskellige fra sygehusene. Således er der behov for, at de kommunale medarbejdere har kompetencer til at udføre en bred vifte af opgaver, når de er i borgerens hjem, så man undgår at skulle have flere personer end nødvendigt ud til borgeren.

Mange steder arbejdes allerede med en mere fleksibel brug af kompetencer og med at flytte opgaver, som kan varetages af andre faggrupper. Nedenfor præsenteres eksempler fra sundhedsvæsenet på fleksibel brug af kompetencer.

Boks 40: Eksempler på fleksibel brug af kompetencer

Kliniske diætister varetager ernæringsrelaterede opgaver

På Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital er kliniske diætister en fast del af et tværfagligt team på en afdeling, hvor de løser de ernæringsrelaterede opgaver, som traditionelt har ligget hos sygeplejerskerne. Det, at de kliniske diætister har deres arbejdsdag i afdelingen i stedet for at blive kaldt som tilsyn, har bidraget med et fagligt løft og betyder, at medarbejderne kan koncentrere sig om de ting, de er dygtige til. Fx er patienternes vægttab i afdelingen faldet efter de kliniske diætister er blevet fast tilknyttet afdelingen. Det opleves, at det er væsentligt at prioritere den monofaglige sparring for at sikre og udvikle diætistkompetencer.

Kilde: Jensen. 2022. Nødplan har vist sig at være nøglen til fremtiden

”Opgavekompasset” giver administrative medarbejdere mulighed for at aflaste sundhedspersonalet

I Struer kommune har man anvendt værktøjet ”Opgavekompasset”. Værktøjet er udviklet af KL og HK til at udvikle den administrative opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet og til at sikre den mest hensigtsmæssige fordeling af opgaver. U hensigtsmæssig opgaveløsning kan fx være sundhedsfaglige, der bruger lang tid på at indkalde borgerne til behandling og genoptræning, og plejepersonale, der tager den omfattende dialog med de pårørende ved indflytning på plejehjem. I Struer Kommune førte brugen af værktøjet til, at administrative medarbejdere kunne aflaste de sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i forbindelse med opgaver om nødkald.

Kilde: HK & KL. 2022. Struer Kommune: Opgavekompasset gav overblik over opgaverne.

Serviceassistenter har overtaget opgaver på neurologisk afsnit på Regionshospitalet Viborg

Opgaveflytning fra sygeplejersker til serviceassistenter på Neurologisk Afsnit på Regionshospitalet Viborg har givet mere effektive patientforløb og en bedre samhørighed mellem de to personalegrupper.

For at imødekomme rekrutteringsudfordringer på sygeplejeområdet er de sygeplejefaglige og patientnære opgaver blevet kortlagt for at se, hvordan opgaverne kunne løses mest effektivt. Kortlægningen identificerer opgaver i patientforløb, som kunne løses af serviceassistenter i stedet for sygeplejersker. Igennem kortlægningen blev flere opgaver identificeret, der ikke udelukkende er sygeplejefaglige, men som sygeplejerskerne alligevel løste fx ernæring, mobilisering, psykosociale opgaver og rengøring.

Ved at flytte opgaver har serviceassistenterne fået mere afveksling i deres opgaver. Serviceassistenterne giver fx mad til patienter, fylder skabe på sengestuer og gangen op, hjælper i forbindelse med sygeplejeopgaver i samarbejde med sygeplejersker og forflytninger. Mellem klokken 15 og 16 på hverdage tager serviceassistenterne sig desuden af patientklokkerne, mens sygeplejerskerne får ro til at dokumentere.

Kilde: Eksempel sendt til Robusthedskommissionen af 3F.

**Udfordringer
og
muligheder**

ET PARADOKS

Presset på sundhedsvæsenet og ældreområdet truer vores velfærdssamfund. Der bliver flere ældre i Danmark og flere med kroniske sygdomme, multisygdom og funktionstab, hvilket øger behovet for ydelser på sundheds- og ældreområdet i fremtiden. Det skaber yderligere pres og øger behovet for personale særligt på plejeområdet.

Selvom tilbagetrækningsreformer kan give en vis balance, så vil arbejdsudbuddet ikke øges i samme omfang, som behovet for personaleressourcer vil stige. Medmindre vi gør noget.

Personalemanglen og rekrutteringsudfordringerne på de særligt udfordrede dele af sundheds- og ældreområdet vil øges, medmindre der sættes ind med nye tiltag. Den geografiske og sociale ulighed i tilbud og ydelser vil forværres yderligere, og der kan skabes en ond cirkel med svigtende tillid til de offentlige tilbud på sundheds- og ældreområderne både hos borgere og medarbejdere.

Paradoksalt nok hænger udfordringerne sammen med sundhedsvæsenets egen succes. De seneste par årtiers politiske prioriteringer, investeringer og faglig udvikling på sundhedsområdet har givet et betydeligt løft i kvaliteten, hvilket har ført til bedre overlevelse og bedre livskvalitet ved behandling af store folkesygdomme som kræft, diabetes, hjerte-kar-sygdomme mv. Sammen med en vis forbedring af folkesundheden betyder det, at den danske befolkning kan forvente at leve længere.

Vi får en større andel af ældre i befolkningen, og de flere ældre vil have sygdomme og funktionstab, der medfører et større træk på sundhedsvæsenet og ældreområdet. Den teknologiske og faglige udvikling på sundheds- og ældreområdet og en stigende velstand vil samtidig øge forventningerne til velfærdstilbuddene både i befolkningen, blandt medarbejdere og hos beslutningstagere.

Men kvalitetsudviklingen og den øgede efterspørgsel har omkostninger. Sundheds- og ældreområdet trækker en stigende del af samfundets ressourcer og en stigende andel af den samlede arbejdsstyrke.

Deri ligger paradokset. For det er naturligvis en succes og en gevinst for både samfundet og for den gennemsnitlige borger, der har fået flere gode leveår. Stigende middellevetid øger behovet for behandling, pleje og omsorg på trods af delvis sund aldring. Samtidig udvikles der hele tiden nye behandlingsmuligheder, og det betyder, at flere og flere kan tilbydes behandling – ofte højt specialiseret. Når vi samtidig har stærke, lovbestemte rettigheder, som giver befolkningen mulighed for hurtig udredning og behandling, så betyder det, at borgerne har høje forventninger til kvalitet og service i sundhedsvæsenet.

Fremadrettet vil forventningerne blive sværere at honorere, og udfordringerne kun blive større. Simpel vækst i rekruttering og ressourceforbrug er ikke bæredygtigt. Der skal andre, mere gennemgribende og strukturelle tiltag til for at sikre robusthed på sundheds- og ældreområdet.

RINGE TILKNYTNING OG HØJT ARBEJDSPRES FORSTÆRKER HINANDEN

Fremadrettet vil de største udfordringer være i forbindelse med de borger- og patientnære plejeopgaver. Udfordringen er todelt, da det ikke kun handler om, at det er svært at tiltrække sundheds- og plejepersonale. Det handler også om, at mange medarbejdere forlader de mest belastede opgaver eller helt forlader det offentlige enten ved at gå ned i tid, ved at trække sig tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet eller ved at søge til andre brancher og sektorer.

Selvom vi har øget optaget på de fleste sundhedsfaglige uddannelser, kan vi tilsyneladende ikke følge med. Og noget tyder på, at flere af sundhedsfagene ikke længere er så attraktive blandt unge generationer.

Det kan hænge sammen med, at der i nogle dele af sundheds- og ældreområdet opleves et højt arbejdspress, særligt i de patient- og borgernære dele, hvor personalet søger væk fra de vagtdækkende funktioner. Det resulterer i en negativ spiral, hvor ringe tilknytning og højt arbejdspress forstærker hinanden.

Udfordringerne er langt fra unikke for Danmark, og i mange af vores nabolande er der større udfordringer.

MERE AF DET SAMME ER IKKE BÆREDYGTIGT

Stigende forventninger til hvad sundheds- og ældreområdet kan levere, en demografisk udvikling med flere ældre og flere med multisygdom, og de konsekvenser det har for arbejdsmiljøet i dele af sundheds- og ældreområdet udgør samlet set så massive udfordringer, at det kan beskrives som en krise. Hvis vi ikke gør noget, risikerer vi et fremtidsscenario, hvor det offentlige sundhedsvæsen og ældrepleje som fundament for en stærk velfærdssektor risikerer at sprække.

En stigende social og geografisk ulighed i ydelser vil forværre dette yderligere, så tillid og opbakning til offentlige tilbud på sundheds- og ældreområdet brister.

Geografisk ulighed i sundhed kan forstærkes, hvis sundhedspersonalet i endnu højere grad koncentrerer sig og omkring de store byer. Og den sociale ulighed i sundhed kan forstærkes, fordi ressourcestærke borgere og patienter, der kan navigere i regler og rettigheder, bliver prioriteret før borgere og patienter, som er mindre ressourcestærke, men måske har større behov.

Men det er ikke bæredygtigt, hvis vi blot sigter på at bruge flere ressourcer, herunder en større andel af arbejdsstyrken, i et forsøg på at mætte behovet for sundhedsydelser og ældrepleje. Andre sektorer mangler også arbejdskraft, og det vil være på bekostning af bl.a. de andre velfærdsområder, den grønne omstilling, globale dagsordner og virksomhederne.

Sundheds- og ældreområdet skal ikke nedprioriteres. Men vi skal sikre en meget skarpere fagligt funderet prioritering af de tilbud, der giver mest sundhed for pengene. Vi skal løse opgaverne smartere, så medarbejderne på tværs af fag har mest mulig tid til de borger- og patientnære opgaver, og vi skal i højere grad indfri de nye teknologiers arbejdskraftbesparende potentiale. Vi skal skabe mere attraktive arbejdspladser med større tværfaglighed i opgaveløsningen, så medarbejderne har lyst til at arbejde fuldt og længe med borger- og patientnære opgaver. Og vi skal have mere kvalitet og fleksibilitet i uddannelser på alle niveauer, så medarbejderne kan få et langt og godt arbejdsliv med attraktive karriereveje i de borger- og patientnære opgaver.

Med markante tiltag er det muligt at sikre et bæredygtigt sundheds- og ældreområde. Men det kræver modige beslutninger og vilje til forandring hos både borgere, politikere og fagpersoner. For et robust sundhedsvæsen kræver andre beslutninger og tiltag end hidtil.

STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

Der er behov for en stærkere og bredere tilgang til prioritering, hvor behandlingsmetoder, diagnostiske undersøgelser og indsatser skal holdes op mod trækket på personaleressourcer og et mål om at skabe mest mulig sundhed for pengene.

For at det skal lykkes, er det centralt at få identificeret den rette balance mellem universelle rettigheder og differentierede indsatser, hvor flere borgere og patienter skal understøttes i egenomsorg, mens mindre ressourcestærke borgere og patienter vil få mulighed for en tættere kontakt med sundhedsvæsenet.

Arbejdskraftbesparende teknologi kan medvirke til at aflaste sundhedspersonalet, dels ved at teknologi kan overtage visse opgaver, fx overvågningsopgaver, og dels ved at fungere som et værktøj til, at nogle patienter og borgere kan understøttes i at drage egenomsorg og bidrage til behandling i deres eget hjem. På den måde kan teknologi samtidig blive en katalysator for mere differentierede indsatser, der tager udgangspunkt i den enkelte borger og patients behov og ressourcer.

Det kan fx betyde, at nogle patienter kan leve et almindeligt liv med en kronisk sygdom uden mange kontakter til særligt det specialiserede sundhedsvæsen. Det vil samtidig betyde, at der frigives tid og kapacitet til patienter og borgere, der har brug for tæt og kontinuerlig opfølgning fra sundhedsvæsenet. På den måde kan ressourcerne i sundhedsvæsenet i højere grad fordeles efter behov.

ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

Kommissionen har identificeret tiltag, som på kortere sigt understøtter bedre arbejdsmiljø og arbejdsvilkår. Tilknytningen af personale, der arbejder på sundheds- og ældreområdet, kan og skal øges, så flere ønsker at arbejde flere timer og trækker sig senere tilbage fra arbejdsmarkedet. Sundhedsvæsenet er en attraktiv arbejdsplads med mange udviklingsmuligheder, men nye generationer af medarbejdere stiller nye krav og har ønsker om fleksibilitet, som sundhedsvæsenet traditionelt ikke lever op til. Ligeledes har man som senior brug for arbejdsvilkår, der i højere grad er tilpasset den enkelte.

Karrierevejene på sundheds- og ældreområdet skal have en større bredde og mangfoldighed, så det ikke kun er dem med de længste uddannelser, der får mere uddannelse og forfremmelse. Der skal også være mulighed for, at flere grupper af medarbejdere kan få kompetenceudvikling, der giver motivation og styrker tilknytning til de udfordrende opgaver i det borger- og patientnære arbejde.

Gennem bedre ledelse, mere fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse og opgaveløsning og mindre låste faggrænser kan vi komme langt i robustgørelsen af sundheds- og ældreområdet. Vi skal forbedre arbejdspladserne, så arbejdet i højere grad tilrettelægges fleksibelt og ud fra den enkeltes ønsker og behov, samtidig med at personalet har tid til deres patienter og borgere, når patienterne og borgerne har behov for det.

RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

Bedre kompetenceudnyttelse starter allerede ved rekrutteringen til og tilrettelæggelsen af sundhedsuddannelserne. Kommissionens analyser viser, at det er centralt, at karrierevejene i sundhedsvæsenet fremstår tydelige og attraktive for de unge, der skal træffe valg om uddannelse. Kommissionen finder, at karrierevejene skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde, og det skal sikres, at karriereveje som fx ledelse, undervisning og forskning ikke fjerner den enkelte sundhedsperson herfra.

Uddannelsesvejene skal samtidig være fleksible, så det fx er muligt at skifte spor mellem sundhedsuddannelserne uden at skulle starte forfra på en uddannelse, og der skal være en bedre kobling mellem undervisning og praktik samt oplæring. Det vil på mellemlangt sigt samtidig medvirke til at øge rekrutteringen og mindske frafald på uddannelserne, samt at sikre bedre anvendelse af kompetencer, og at sundhedspersonalet kan arbejde mere fleksibelt og bedre træde i hinandens sted. Der er derfor behov for at skabe et mere fleksibelt uddannelsessystem på tværs af sundhedsuddannelserne.

Arbetsfallingen

Sundheds- og ældreområderne er grundpiller i vores velfærdssamfund. Sundhed er både fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom, smerte og skavanker. Et sundt liv er forudsætningen for et produktivt liv med uddannelse, arbejde, familie og socialt samvær. Et stærkt og moderne sundhedsvæsen er en samfundsprioritet, og gennem årene er der tilføjet økonomiske ressourcer til sundhedsområdet. Langsigtede investeringer og hensigtsmæssig brug af ressourcerne medvirker til, at vi fortsat kan have et robust sundhedsvæsen.

Tilstrækkeligt sundheds- og plejepersonale med den nødvendige tid og rum til kerneopgaven er en forudsætning for, at vi kan blive mødt med nærvær, når vi har brug for det. Personalet er den vigtigste ressource i sundhedsvæsenet og på ældreområdet, men de skal have de rette rammer, tid og kompetencer til at løse den borger- og patientnære kerneopgave. I en tid hvor mangel på arbejdskraft vil udgøre en generel udfordring for samfundet, er det afgørende, at knappe ressourcer, særligt personalets ressourcer, bruges optimalt, så der skabes mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer.

Kommissionen har fået til opgave at komme med anbefalinger til løsninger, som kan håndtere de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, så der sikres robusthed i opgaveløsningen og adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet. Det gælder særligt på længere sigt, hvor der bliver flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser.

Med afsæt i seks præmisser har kommissionen opstillet 20 anbefalinger. Anbefalingerne er inddelt i tre overordnede tilgange, som skal sikre, at fremtidens sundheds- og ældreområde er robust og kan tilbyde borgere og patienter den nødvendige og tilstrækkelige behandling og pleje.

- Gennem øget prioritering og mere effektiv opgaveløsning skal vi sikre, at vi løser de rigtige opgaver og på nye måder, som reducerer behovet for arbejdskraft.
- Ved at styrke tilknytning og gøre arbejdspladser mere attraktive skal vi sikre, at flere medarbejdere ønsker et langt og fuldt arbejdsliv med patient- og borgernært arbejde.
- Ved at gøre uddannelsessystemet meget mere fleksibelt, og gennem styrket kobling mellem uddannelse og job, skal vi sikre, at vi har de rette kompetencer, der modsvarer behovene i sundhedsvæsenet.

De tre tilgange supplerer og forstærker hinanden og skal tilsammen sikre et robust sundhedsvæsen med tid til den enkelte patient og borger og med tilstrækkeligt og kompetent personale, der modsvarer omfanget og antallet af opgaver.

PRÆMISSER FOR KOMMISSIONENS ANBEFALINGER

Overordnet er det kommissionens vurdering, at der skal ske en gennemgribende, systematisk og strukturel ændring af rammer og styring af de faglige indsatser på sundheds- og ældreområdet for, at disse er robuste og bæredygtige på sigt. Mere af det samme er ikke en holdbar løsning. Der er behov for en ny retning. Opgavemængden skal nedbringes, og opgaverne skal løses smartere og mere fleksibelt. Personalet skal fortsat finde det attraktivt at have et langt og fuldt arbejdsliv med den borger- og patientnære kerneopgave på sundheds- og ældreområdet i Danmark, samtidigt med at vi sikrer de rette kompetencer til behovene i fremtiden.

Skal det lykkes at vende udviklingen, kræver det grundlæggende ændringer i opgaveløsningen mellem sektorer. Omstilling til et mere nært sundhedsvæsen med styrket fokus på forebyggelse, og med indsatser, der mindsker den geografiske og sociale ulighed er en forudsætning for et robust sundhedsvæsen.

Robusthedskommissionen har identificeret seks grundlæggende præmisser for de 20 anbefalinger, der skal sikre robusthed og bæredygtighed på sundheds- og ældreområdet i Danmark:

- **Vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken.** Sundheds- og ældreområdet, både det offentlige og private, kan samlet set og på sigt ikke optage en uforholdsmæssig større del af samfundets ressourcer, herunder af den samlede arbejdsstyrke. Det ville svække velfærdssamfundets bæredygtighed. Derfor er der behov for en transformation af sundheds- og ældreområdet gennem stærkere faglig funderet prioritering, smartere opgaveløsning, mindre unødigt aktivitet og bedre brug af teknologi, der kan frigøre tid til de borger- og patientnære kerneopgaver.
- **Vi skal have meget skarpere prioritering.** Offentlige tilbud på sundheds- og ældreområdet skal tilpasses og differentieres, ellers er det ikke bæredygtigt på langt sigt. Kvaliteten i sundhedsvæsenet skal være tilfredsstillende og stå mål med det fornødne ressourceforbrug. Men alle ydelser skal ikke leveres af specialister. Og alle skal ikke have det samme. Mange ressourcestærke kan klare sig med mindre ressourcekrævende løsninger og understøttes i egenomsorg ved brug af teknologi, så der frigøres ressourcer til dem, der har behov for mere. Prioritering og omstilling af sundhedsvæsenet bør ske på baggrund af en bred samfundsdebat med transparente principper og stærkt fagligt grundlag. Det forudsætter klarere forventninger til, hvad det offentlige sundhedsvæsen skal tilbyde, og hvordan ydelserne leveres.
- **Vi skal sikre attraktive arbejdspladser, og opgaverne skal løses fleksibelt med rette kompetencer.** Der skal være mere tid til den borger- og patientnære kerneopgave, som personalet brænder for. Hvor arbejdsmiljøet er udfordret, skal der være et meget højere ambitionsniveau for tiltag, der styrker tilknytning til arbejdspladsen og arbejdsmiljøet. Flere skal tage del i vagtarbejdet, faglige siloer skal nedbrydes, og opgaverne skal løses fleksibelt. Uddannelserne skal gøres mere fleksible med bedre muligheder for at skifte spor og løse opgaver på tværs og med flere og bedre karriereveje, der gør det attraktivt med et langt og fuldt arbejdsliv med borger- og patientnært arbejde. Sundheds- og ældreområdet skal være attraktivt for unge, og de skal introduceres tidligt fx gennem fritidsjob og praktikophold.
- **Vi skal opprioritere vækst, innovation og kvalitet i det primære sundhedsvæsen.** En større andel af opgaverne i den samlede indsats, særligt for ældre og mennesker med multisygdom, skal fremadrettet håndteres i det primære sundhedsvæsen med inddragelse af flere faggrupper og med bedre brug af velfærdsteknologi og digitale løsninger. Praksissektor, kommunale indsatser og nye tværsektorielle samarbejder tæt på borgerne skal i højere udstrækning varetage behandlingen, så det specialiserede sundhedsvæsen, særligt sygehusene, kan fokusere på at tage sig af de mest syge og det mest komplicerede.

- **Vi skal have større ambitioner for den strukturelle forebyggelse.** Vi kan se, at det særligt er forekomsten af kroniske sygdomme, multisygdom og funktionsnedsættelse særligt hos ældre, der vil lægge pres på sundheds- og ældreområderne i fremtiden. Vi ved, at en stor del af sygdomsbyrden kan forebygges. Bæredygtighed på sundheds- og ældreområdet handler derfor også om, at vi bliver mere ambitiøse på de strukturelle forebyggelsesindsatser, som vi ved virker, herunder at børn og unge ikke begynder at ryge, at den usunde alkoholkultur i Danmark brydes, at fysisk inaktivitet og usunde kostvaner modvirkes, og at den mentale sundhed øges. Omkostningseffektive forebyggelsestiltag og tidlige indsatser skal prioriteres i meget højere grad end i dag.
- **Vi skal have fokus på, at den sociale og geografiske ulighed ikke øges yderligere.** Der er tiltagende geografisk ubalance på tværs af landet i forhold til, hvor ældre og mennesker med multisygdom bor, og hvor sundhedsvæsenet er stærkest. Der er bl.a. behov for, at der sikres en bedre lægedækning på tværs af hele landet, at karriereveje rettes mod det borger- og patientnære arbejde, så sundhedsfaglige kompetencer bruges, hvor behovet er størst, og at de specialiserede kompetencer i højere grad bringes i spil på tværs af geografi, herunder ved hjælp af digitale løsninger og udvikling af tilbud til behandling tættere på hjemmet

STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

Gennemgangen i de indledende kapitler viser, at sundheds- og ældreområdet har optaget en stigende andel af samfundets ressourcer siden 2000 og er vokset hurtigere end resten af den offentlige sektor.

Opgavepresset på sundheds- og ældreområdet vil alt andet lige stige de kommende år som følge af bl.a. flere ældre, flere og bedre behandlingsmuligheder, stærke patientrettigheder og større forventninger til sundhedsvæsenet. Samtidig anslår analyser, at omkring en femtedel af al behandling i sundhedsvæsenet er uhensigtsmæssig i form af overdiagnostik, behandling med lav effekt eller på for højt specialiseringsniveau, og medarbejdere kan opleve dokumentation som noget, der er bureaukratisk og tager tiden fra patientkontakten.

Det danske samfund er et af de mest digitaliserede i verden, og det gælder også sundhedsvæsenet og borgernes brug af digitale sundhedsydelser. Undersøgelser peger på, at danskerne overordnet er positive overfor digital adgang til sundhedsvæsenet og ældreområdet. Der er en bred forståelse i hele sundhedsvæsenet af, at både digitale løsninger og anden sundhedsteknologi spiller en vigtig rolle i fremtidens sundhedsvæsen og ældrepleje ved både at være arbejdskraftbesparende, øge kvaliteten og være mere omkostningseffektiv. Det er samtidig et redskab til, at mere ressourcestærke borgere kan styrkes i egenomsorg, så ressourcer frigøres til dem, der har størst behov. Samtidig peger analyser på, at der er væsentlige barrierer for, at arbejdskraftbesparende teknologi implementeres og opnår faglig forankring.

Kommissionen vurderer derfor, at der på længere sigt er et stort potentiale forbundet med stærkere og mere systematisk prioritering af, hvilke opgaver, der skal løses i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Det handler om at nedbringe overbehandling og uhensigtsmæssig dokumentation, prioritere sammen med den enkelte borger og patient samt understøtte bedre implementering af arbejdskraftbesparende teknologi. Dette for at sikre et robust og bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor personalet har tid til kerneopgaven.

Anbefaling 1: Nationalt prioriteringsråd skal frigøre ressourcer til kerneopgaven

Den demografiske udvikling samt udviklingen og indførelsen af nye behandlingsmuligheder medfører et betydeligt øget pres på sundhedsvæsenet. Samtidig har vi solid viden om, hvilke drivkræfter som medvirker til, at der igangsættes uhensigtsmæssig behandling. Det er bl.a. stigende forventninger og øget efterspørgsel. Prioritering kan modvirke presset ved at identificere opgaver, som enten ikke skal løses eller skal løses på en anden måde, og dermed frigøre ressourcer til kerneopgaven og investeringer i et robust sundhedsvæsen. I Norge har man fx en stærk tradition for faglig prioritering på baggrund af politisk fastsatte kriterier. I Danmark er Behandlingsrådet og Medicinrådet eksempler på prioriteringsorganer.

Regeringen har i sit regeringsgrundlag udmeldt, at den vil nedsætte et prioriteringsråd. Kommissionen vurderer, at et prioriteringsråd med de rette rammer og ambitioner kan udgøre en grundsten for et bæredygtigt og robust sundhedsvæsen.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 1: Nationalt prioriteringsråd skal frigøre ressourcer til kerneopgaven

Det nationale prioriteringsråd skal fremme en tværgående, transparent og retfærdig prioritering. Rådet skal fremme systematisk prioritering i, hvad det offentlige sundhedsvæsen skal tilbyde inden for og på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet og dermed understøtte, at sundhedsvæsenets ressourcer anvendes, hvor de gør mest mulig gavn for

samfundet. Det gælder særligt i forhold til de personalemæssige ressourcer.

Det indebærer bl.a., at prioriteringsrådet:

1. skal have et fokus på sundhedsvæsenets opgaveløsning, der går på tværs af sektorer
2. skal inddrage patienternes perspektiver i deres arbejde fx gennem patientforeningerne
3. skal have mandat til at vurdere både nye og eksisterende behandlingstilbud med stort potentiale for ressourcefrigørelse
4. skal komme med anbefalinger om fx skærpet visitation, reduktion af behandlingsniveau, øget egenbetaling eller tilskud frem for vederlagsfri behandling
5. kan komme med anbefalinger om investering i konkrete teknologier eller indsatser, som kan bidrage til at robustgøre sundheds- og ældreområdet.

Rådet skal arbejde med en fastsat målsætning om at frigøre ressourcer, der kan anvendes til at robustgøre sundhedsvæsenet fx gennem investeringer i ny arbejdskraft-besparende teknologi eller forebyggelse. Det kan fx ske ved at identificere overflødige, dyre behandlingsformer, anbefale ændret opgavevaretagelse eller rationalisere brugen af ambulante kontroller i sygehusregi. Hvis 1 pct. af de offentlige udgifter til sundhed kan frigøres, svarer det til ca. 2,2 mia. kr., som kan anvendes i andre dele af sundheds- og ældreområdet. Hvis sundheds- og ældreområdets nuværende aktivitet kan reduceres med 1 pct., er der potentiale for at frigøre 3.200 årsværk.

Rådet skal arbejde ud fra politisk vedtagne grundprincipper for prioritering. Grundprincipperne skal angive de kriterier, som sundhedsindsatser skal op- eller nedprioriteres efter. Principperne skal sikre politisk mandat til den overordnede prioritering og styring, samtidig med at der sikres armslængde til de konkrete anbefalinger baseret på faglige vurderinger.

Rådet skal bidrage til at sikre, at personale- og ressourcetræk indarbejdes systematisk i retningslinjer. Udarbejdelsen af bl.a. kliniske retningslinjer skal følge de samme politisk vedtagne principper om prioritering og skal vurdere omkostningseffektivitet, personale- og ressourcetræk, samt organisatoriske og afledte konsekvenser.

Kommissionen vurderer, at et kommende prioriteringsråd med formål og ambition som beskrevet ovenfor på længere sigt vil have markant betydning for et robust sundhedsvæsen. Implementering indebærer, at der skal vedtages ny lovgivning. Implementeringen og effekten har således en længere tidshorisont.

Anbefaling 2: Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering

Det skønnes, at op mod en femtedel af sundhedsudgifter kunne bruges bedre på grund af fx overdiagnostik, behandling med lav effekt eller på for højt specialiseringsniveau. Samtidig anslog OECD i 2017, at en ud af ti patienter lider skade under behandling på grund af, forebyggelige fejl, og at mere end 10 pct. af hospitalsudgifterne i OECD-lande bruges til at håndtere fejlene.

Vi har solid viden om, at drivkræfterne bag uhensigtsmæssig behandling findes på flere forskellige niveauer. Efterspørgslen på sundhedsydelser drives bl.a. af, hvilke behandlingsmuligheder og diagnostiske undersøgelser der er tilgængelige. Endvidere er regulatoriske rammer som fx faglige retningslinjer, behandlingsvejledninger og instrukser, der sætter en høj standard for

behandlingsniveauet uden tilstrækkelig hensyntagen til ressourceforbrug, og uhensigtsmæssig organisering på tværs af sektorer blandt de drivkræfter, der medvirker til uhensigtsmæssig behandling. Der er samtidig erfaring med, at faglige visitationsretningslinjer, som indskærper, at de med størst behov kan modtage behandling, og at tiltag, som styrker indsatsen uden for sygehusene, kan medvirke til at nedbringe uhensigtsmæssig behandling, og at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 2: Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering

Almenmedicinske tilbud uden for sygehusene skal varetage mere behandling. Behandlingsopgaver i bred forstand, herunder udredning og opfølgning, skal i større grad varetages eller koordineres af almenmedicinske tilbud udenfor sygehusene, så der ikke unødigt iværksættes en specialiseret og ressourcekrævende behandling. Fast og kendt læge nær patienten skal fortsat være omdrejningspunktet for denne indsats, men almenmedicinens rolle skal gentænkes. Det skal bl.a. ske ved, at den faste læges ansvar for patientens samlede behandlingsforløb styrkes og gøres mere tilgængelig i hele landet og ved inddragelse af flere faggrupper i indsatsen. De nære almenmedicinske tilbud skal understøttes i at kunne løse flere behandlingsopgaver som fx ultralydsdiagnostik eller opfølgning efter kræftbehandling, så henvisninger til praktiserende speciallæger eller hospitaler kan undgås. Muligheden for at få specialistvejledning fra praktiserende speciallæge eller fra hospitalet skal styrkes, så patienten undgår en viderehenvisning. For skrøbelige borgere på fx plejehjem eller i kommunale akutfunktioner skal der sikres god adgang til hjælp fra læge eller sygeplejerske, så indlæggelser kan undgås.

Mere systematisk faglig prioritering af ressourcekrævende behandlinger med begrænset sundhedsfaglig effekt eller potentielle skadevirkninger. Det kan fx ske ved udvælgelse af områder, hvor der indføres faglige visitationsretningslinjer, som baseres på både sundhedsfaglige vurderinger af gavn og skade samt vurderinger af det økonomiske og personalemæssige ressourcetræk for den givne behandling sammenlignet med andre behandlinger. Forskning i faglig prioritering skal styrkes, og det ledelsesmæssige ansvar for prioritering og visitation skal tydeliggøres. Den skærpede visitation skal frigive økonomiske midler og personaleressourcer til at varetage behandlinger med større sundhedsfaglig effekt i forhold til omkostningerne.

Styrkede forebyggende og tidlige indsatser samt visitation i det primære sundhedsvæsen. Indlæggelser og behandlingskrævende sygdom skal i højere grad forebygges gennem indsatser i det primære sundhedsvæsen. I kombination med en skarpere visitation skal det reducere antallet af unødige henvendelser, indlæggelser og lægebesøg. Det kan fx være i tilfælde af akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere på plejehjem, hvor kommunens akutfunktion kan tilse borgeren, før der visiteres til det specialiserede sundhedsvæsen. Det kan også være ved at udbrede og anvende præhospitale visitationsenheder eller akutbiler med en sundhedsprofessionel, der kan sendes ud til borgere i de tilfælde, hvor vagtcentralen har behov for yderligere kvalificering af, om patienten skal indlægges eller kan behandles på skadestedet eller i eget hjem. Det kan give en opgaveændring, hvor der frigives ressourcer i ambulancetjenesterne og på sygehusene, borgeren undgår unødvendige indlæggelser, og eventuel behandling samlet set varetages på et mere effektivt omsorgs- og omkostningsniveau.

Kommissionen vurderer, at stærkere faglig prioritering på længere sigt vil have betydning for et bæredygtigt og robust sundhedsvæsen. Effekten afhænger fx af omfanget af områder, hvor der indføres visitationsretningslinjer. Udvalgelsen af områder kan forestås af et kommende prioriteringsråd. Udviklingen af visitationsretningslinjer indebærer et grundigt fagligt arbejde, og implementering har derfor en længere tidshorisont. Kommissionen bemærker, at Sundhedsstrukturkommissionen skal vurdere konkrete løsninger for at aflaste sygehusene, herunder organisering og styring af almen praksis.

Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

Uhensigtsmæssig behandling kan opstå på flere niveauer, herunder i mødet mellem sundhedspersonen og den enkelte patient og borger. Solid viden viser, at bl.a. defensiv adfærd hos sundhedspersonen og frygten for at overse sygdom er kræfter, der driver uhensigtsmæssig behandling. Indsatser, der kan modvirke uhensigtsmæssig behandling er bl.a. fælles beslutningstagning, større kontinuitet i relationen mellem behandler og patient samt større fokus på patientpræferencer og -involvering. En høj andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes på patienter, som er ved livets afslutning. Samtidig er patientbehandling ofte standardiseret og reguleret ud fra viden om den bedste behandling af forskellige sygdomme med manglende differentiering efter individuelle behov og ressourcer. Indsatser for mennesker i det sidste leveår udgør ca. 11 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Samtidig findes solid viden om, at det rette behandlingsniveau er væsentligt for patientens livskvalitet, og at fx en fremrykket palliativ indsats i stedet for fortsat behandling kan øge livs- og behandlingskvalitet, ligesom det er forbundet med reducerede omkostninger.

Der er bred erfaring med, at man bør anerkende patienten som ressource og differentiere indsatserne, så de tilpasses den enkeltes behov. Tilgangen indebærer, at patienternes og borgernes egne ressourcer bringes i spil, og den vil have grundlæggende betydning for organisationen og opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Kommissionen vurderer, at hvis flere borgere og patienter understøttes i egenomsorg til at kunne varetage en del af deres sygdom, vil det frigive ressourcer til borgere, der har brug for tættere kontakt med sundhedsvæsenet. Differentierede indsatser bidrager dermed til mere lighed i sundhed.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

Patienten og borgeren skal systematisk inddrages i beslutninger om deres behandling.

Det vil sikre, at flere patienter og borgere i højere grad modtager den behandling, de ønsker og har gavn af, at ressourcerne fordeles mere hensigtsmæssigt, og at behandlingsintensiteten reduceres, så mindre indgribende behandlinger oftere vælges til. Tilgangen anvendes allerede flere steder på sundheds- og ældreområdet, men bør udbredes og systematiseres.

Sundhedspersonalet skal have bedre kompetencer og redskaber, der understøtter fælles beslutningstagen med patienten. Det skal reducere risikoen for over- og underbehandling, da patienter ofte ønsker mindre intens og indgribende behandling, når de inddrages i beslutninger. Det gælder bl.a. svære samtaler om behandling ved livets afslutning.

Helbredende behandling skal afsluttes, og palliativ indsats startes i rette tid ved livets afslutning. Det indebærer foruden inddragelse af patienter og pårørende, at faglige vejledninger mv. i højere grad skal kunne rumme en individuel tilgang til behandling, herunder stop af behandling og medicinering. Det skal sikre, at patienter ikke fortsætter med at modtage uhensigtsmæssig medicin og behandling, og det skal fx reducere antallet af medicinrelaterede genindlæggelser samt sikre, at en eventuelt palliativ indsats startes rettidigt.

Flere skal understøttes i egenomsorg, og indsatserne skal være differentierede og behovsstyrede. De borgere, der kan, skal i langt højere grad understøttes i at tage vare på deres sundhed og sygdom, så der frigives ressourcer til dem, der har brug for mere støtte. Det indebærer en større differentiering i behandlingsindsatser, og at der findes den rette balance mellem individualiserede og standardiserede behandlingsforløb. Det kan ske gennem tilpassede løsninger og brug af digitale løsninger, så borgerne fx selv kan monitorere og kontrollere deres sygdom og ved åben og digital adgang til sundhedspersonale på rette specialiseringsniveau. Det skal fx erstatte faste kontrolbesøg i et ambulatorium.

Indsatser, som understøtter borgeren i egenomsorg, skal formelt ansues som lavest effektive omkostnings- og omsorgsniveau. Det vil ikke alene aflaste sundhedsvæsenet, men det vil også gøre det lettere for mange borgere at leve et almindeligt liv med fx en kronisk sygdom, hvor indlæggelser og mere alvorlige forløb i højere grad forebygges. Det vil frigive ressourcer fx til, at borgere, der har brug for tættere og hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet, kan modtage en indsats, der passer til deres behov.

Kommissionen vurderer, at fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg har stort potentiale på mellemlang sigt i forhold til at nedbringe både over- og underbehandling, såfremt tilgangen udbredes systematisk. Det gælder særligt i forbindelse med behandling i patientens sidste tid. Implementering kræver faglig forankring og kan foregå løbende.

Anbefaling 4: U hensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

U hensigtsmæssig dokumentation optager ressourcer på sundheds- og ældreområdet og demotiverer personalet. Solid viden peger på, at drivkræfterne bag u hensigtsmæssig dokumentation er komplekse og opstår på mange niveauer både i det kliniske møde, i relation til fagpersoners interesser og kompetencer, som følge af arbejdsorganiseringen på sundheds- og ældreområdet og i de politiske og regulatoriske rammebetingelser. For at modvirke u hensigtsmæssig dokumentation er det nødvendigt med flerstrengede og langsigtede tiltag på strukturelt, organisatorisk og individuelt niveau.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 4: U hensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

Krav om dokumentation, som ikke giver værdi, og som dermed ikke kan forsvares, skal fjernes. De nuværende informations- og dokumentationskrav samt dokumentationspraksis bør gennemgås med henblik på at nedbringe dokumentation uden værdi. Det indebærer en gennemgribende oprydning og prioritering i retningslinjer, vejledninger og dataregistrering og fokus på at afslutte kvalitetsmålinger, vejledninger, tjeklister mv., som ikke gør en forskel i det daglige arbejde. Oprydningen og prioriteringen skal ske på tværs af niveauer: Kommunalt, regionalt og nationalt. Nationalt skal det bl.a. ske gennem lovgivning, og i region, kommune og på den enkelte institution skal det fastlægges og tydeliggøres, hvorfor der skal dokumenteres. Borgerens muligheder for at dokumentere egne data skal tænkes ind i arbejdet.

Dialogen om dokumentationskrav skal styrkes mellem fagpersoner, ledelse, tilsyn og borgere. Der skal skabes en mere ensartet forståelse om dokumentationskrav mellem fagpersoner, ledelse, tilsyn og borgere på tværs af sektorer, faggrupper og funktioner med udgangspunkt i den fælles opgaveløsning om patienten og borgeren. Formålet skal være at minimere defensiv medicin og adfærd blandt sundhedspersoner, herunder læger, der resulterer i unødigt og overflødig diagnostik og behandling. Der skal derudover sikres oplæring og mulighed for støtte til medarbejdere i forhold til brug af digitale løsninger og viden om dokumentationskrav. Borgerne skal inddrages meget mere i forhold til at inddrage egne oplysninger og kritisk vurdere omfanget af dokumentationen.

Tilsynet skal forenkles særligt på det kommunale område. Det skal bevirke, at der ikke er unødigt bureaukrati med flere forskellige og delvist overlappende tilsyn, som det fx er tilfældet i kommunerne. Forenklingen kan fx ske ved at reducere antallet af tilsynsmyndigheder og ved at sikre en øget koordination mellem tilsynsmyndigheder fx i forhold til hyppighed af tilsyn. Det skal mindske dobbeltdokumentation, hvor fagpersoner skal dokumentere flere steder eller defensivt dokumentere, hvordan de lever op til separate eller delvist overlappende krav og vejledninger.

Kommissionen vurderer, at nedbringelse af uhensigtsmæssig dokumentation har et stort potentiale til at frigive ressourcer til kerneopgaven på mellemlang sigt. Implementering kan foregå løbende, men vil for så vidt angår ændringer i den nuværende tilsynsordning kræve ændret lovgivning. Fuld implementering og effekt kræver faglig forankring på tværs og i regioner og kommuner og har dermed en længere tidshorisont.

Anbefaling 5: Kompetencer skal bruges på tværs af geografi og sektorer

Udfordringer med at rekruttere tilstrækkeligt med medarbejdere på sundheds- og ældreområdet varierer på tværs af faggrupper og geografi. Samtidig er der en ubalance i lægefaget med rekrutteringsproblemer i dele af landet og til visse specialer, mens der omvendt er stor søgning til meget specialiserede funktioner og universitetssygehuse. Det modsvarer ikke fremtidens behov for øget fokus på ældre og patienter med multisygdom, psykiske lidelser mv.

Da der også fremadrettet vil være en stigende andel ældre i land- og yderkommunerne, vil nogle dele af landet få en tiltagende dobbelt udfordring med både rekrutteringsvanskeligheder og en befolkning, der har et relativt højt træk på sundhedsvæsenet. Der findes en række gode eksempler på, hvordan personaleressourcer kan udnyttes bedre på tværs af geografi. Kommissionen vurderer, at tiltag, som spreder og fordeler kompetencerne i sundhedsvæsenet både geografisk og på tværs af sektorer, skal udbredes for at sikre, at de knappe kompetencer og personaleressourcer ikke i uhensigtsmæssigt omfang samler sig om de større byer.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 5: Kompetencer skal bruges på tværs af geografi og sektorer

Der skal udvikles attraktive kombinationsstillinger, hvor den enkelte medarbejder kan have flere tjenestesteder. Kombinationsstillinger kan være horisontalt mellem enheder fx en speciallæge eller andre specialiserede kompetencer, der efter aftale arbejder i to regioner, det kan være på tværs af sektorer fx fra hospital til kommunalt tilbud, og det kan være på tværs af kliniske og ikke-kliniske opgaver fx mellem hospital og uddannelses- eller forskningsinstitution. Det er centralt at sikre, at stillingerne er attraktive for medarbejderne fx i form af gode udviklingsmuligheder, tilknytning til begge arbejdssteder, klar ledelsesreference mv.

Der skal være forpligtende samarbejde om de samlede personaleressourcer i de tilfælde, hvor arbejdet ikke kræver fysisk tilstedeværelse. Over de senere år er der inden for fx radiologi arbejdet med at gøre kompetencer tilgængelige på tværs af geografi og organisatoriske enheder gennem digitale løsninger. Erfaringer med matrikelløs bemanding eller opgaveløsning, fx telemedicinske overvågningscentre, skal udvides til andre områder, på tværs af sektorer og eventuelt på tværs af landegrænser. Enheder kan fx indgå forpligtende samarbejdsaftaler, og der kan oprettes fælles vagttelefoner.

Ny teknologi og den digitale infrastruktur skal understøtte det diagnostiske område.

Samarbejde på tværs af enheder og geografi om analyser af prøvesvar, billedlæsning mv. forudsætter en moderne digital infrastruktur og udbredelse af digitale løsninger, der gør, at analyser og billeder kan tilgås af det relevante personale uafhængigt af deres ansættelsessted eller geografiske placering. Samtidig er der behov for øget udbredelse af AI-teknologier (kunstig intelligens) til beslutningsstøtte på det diagnostiske område.

Lægelige kompetencer skal fordeles bedre på tværs af specialer og geografi. I opfølgning og implementering af Sundhedsstyrelsens gennemgang af den lægelige videreuddannelse skal der sikres et øget fokus på lægelige kompetencer og karriereveje, der sikrer et bredere fokus på generalistkompetencer, multisygdom, psykisk lidelse mv. og et øget fokus på karriereveje, der ikke fører væk fra det kliniske arbejde.

Kommissionen vurderer, at kombinationsstillinger og forpligtende samarbejde om personaleressourcer med digital understøttelse har potentiale på længere sigt i forhold til at sikre, at kompetencerne når ud i alle dele af landet og kommer patienter og borgere til gavn. Effekten af tiltagene afhænger af udbredelse og villigheden i sektoren til at dele personaleressourcer samt villigheden blandt sundhedspersonalet til at indgå i kombinationsstillinger. Vilkår for at indgå i kombinationsstillinger skal konkretiseres af arbejdsmarkedets parter. Implementering skal ske i regioner og kommuner og kan foregå løbende.

Anbefaling 6: Der skal indføres et fælles princip om "digitalt og teknologisk først"

Der er bred erfaring med, at det går for langsomt med at udbrede og implementere teknologi, der frigør tid til kerneopgaven på trods af, at der er meget innovation i det danske sundhedsvæsen. Det skyldes bl.a. uklarhed om, hvad der skal løftes på henholdsvis nationalt og lokalt niveau samt manglende rammer for implementering af digitale løsninger på tværs af sundhedsvæsenet. Det udgør strukturelle barrierer for implementering af teknologi, der frigør tid til kerneopgaven. Det bevirker bl.a., at fælles, nationale løsninger nedprioriteres, og der spildes ressourcer på at udvikle de samme løsninger på tværs af regioner og kommuner. Hvis teknologiens arbejdskraftbesparende potentiale skal indfries, er der behov for fælles prioritering og retning for udviklingen af den digitale og ressourcebesparende transformation. Kommissionen vurderer, at der er behov for en klar, fælles retning for brug af teknologi.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 6: Der skal indføres et fælles princip om "digitalt og teknologisk først"

Der skal politisk vedtages et grundprincip om "digitalt og teknologisk først". Digitale løsninger og ny teknologi, herunder velfærdsteknologi, som har en dokumenteret effekt i forhold til at kunne frigive tid og ressourcer, skal være førstevalget til at løse opgaver i sundhedsvæsenet. Udbredelsen af princippet skal særligt ske i forhold til opgaver, der er arbejdskraftskrævende, kan standardiseres, og hvor der ikke er behov for fysisk patientkontakt. Således understøtter "digitalt og teknologisk først" LEON-princippet.

Der skal i fællesoffentlige aftaler fastsættes nationale krav om, hvilke opgaver der skal omfattes af et "digitalt og teknologisk først"-princip. De nationale krav skal sikre en fælles retning for, hvilke opgaver, der i hele sundhedsvæsenet skal løses ved brug af digitale løsninger og ny teknologi. Kravene skal give regioner og kommuner et forpligtende implementeringsansvar med mulighed for lokale beslutninger om fx det konkrete valg af produkt. De nationale krav skal tage udgangspunkt i opgaveområder med størst volumen og størst modenhed. Det kan fx være digitale videokonsultationer og digital hjemmemonitorering.

Der skal aftales fælles tværsektorielle mål for den digitale og teknologiske udvikling i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Alle aktører, herunder stat, regioner, kommuner og almen praksis, forpligter sig på at arbejde i en fælles retning mod en digital omstilling for at frigive mere tid hos personalet til kerneopgaven. Det kan fx være mål om, at en tredjedel af al ambulant aktivitet omlægges til digital kontakt.

Teknologi og digitale løsninger skal være en integreret del af retningslinjer og vejledninger både lokalt og nationalt. Det skal understøtte implementeringen af princippet om "digitalt og teknologisk først" og bidrage til, at vurderinger foretaget ved hjælp af fx AI vægtes svarende til vurderinger foretaget af personale. Det skal bidrage til, at sundhedspersonalet ser det som sundhedsfagligt anbefalet og fagligt legitimt at anvende teknologi og digitale løsninger.

Kommissionen vurderer, at det er afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen på både kort og lang sigt, at teknologiens arbejdskraftbesparende potentiale indfries. Implementering kræver forpligtelse på tværs af stat, regioner og kommuner samt faglig forankring i regioner og kommuner. Implementering kan ske løbende. Fuld implementering har en længere tidshorisont. Kommissionen bemærker, at Sundhedsstrukturkommissionen skal vurdere organisering af digitale løsninger og IT-infrastruktur i sundhedsvæsenet, der understøtter udbredelsen af fælles løsninger og gnidningsfri udveksling af digitale oplysninger på tværs af sektorer, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved at styrke den nationale koordinering og samarbejde på området.

Anbefaling 7: Der skal sikres bedre rammer for hurtig ibrugtagning af dokumenteret arbejdskraftbesparende teknologi

Der findes allerede arbejdskraftbesparende teknologier med dokumenteret effekt, som ikke implementeres. Der er bred erfaring med, at der eksisterer en række strukturelle og organisatoriske barrierer for implementering og udbredelse af teknologier, der frigør tid til kerneopgaven. Det er bl.a. manglende økonomiske incitament, "høste-så-problematikker", juridiske barrierer og manglende ledelsesmæssig prioritering.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 7: Der skal sikres bedre rammer for hurtig ibrugtagning af dokumenteret arbejdskraftbesparende teknologi

Nye modeller for økonomiske strukturer på tværs af sektorer skal undersøges. Der skal igangsættes et arbejde, som kan identificere nye styringsmodeller, der skaber balance-rede incitament på tværs af "høste-så-barrierer", og som fremmer udvikling og udbredelse af digitale løsninger og andre teknologier, der skaber mere tid til kerneopgaven. Det kan kræve en grundlæggende nytænkning af styring og samarbejdet om bl.a. fælles digitale løsninger på tværs af sektorer. Samtidig er der behov for, at der ved finansiering af konkrete tiltag tænkes i et flerårigt investeringsperspektiv, da gevinsterne ved ny teknologi typisk ikke kan indfries på kort sigt.

Lovgivningen skal moderniseres, så den understøtter udvikling, anvendelse og implementering af datadrevet teknologi i hele sundhedsvæsenet. Der skal gennemføres et moderniseringsarbejde på tværs af stat, regioner og kommuner som skal tage højde for gældende EU-regler, borgernes privatlivsbeskyttelse mv.

De juridiske rammer for deling af data og kendskabet skal styrkes. Hvor det er muligt, skal lovgivningen opdateres, så der ikke er juridiske barrierer for deling af data på tværs af sundhedsvæsenet, og så det bliver muligt at dele flere oplysninger på tværs af sundhedsvæsenet og ældreområdet, hvor det er fagligt relevant. Der skal i arbejdet tages hensyn til gældende EU-regler og privatlivsbeskyttelse af borgernes data. Samtidig skal kendskabet til de juridiske rammer for, hvilke oplysninger om patienter der allerede i dag kan deles, udbredes, så tvivl om fortolkningen og manglende kendskab til reglerne ikke udgør en barriere for datadeling.

Kommissionen vurderer, at det er centralt at nedbryde strukturelle barrierer for implementering af teknologier, der kan frigøre tid til kerneopgaven som led i at sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen på kort og lang sigt. Kommissionen bemærker, at Sundhedsstrukturkommissionen skal undersøge og vurdere finansierings- og incitamentsstrukturer, der understøtter omstilling til det nære sundhedsvæsen samt en bedre udnyttelse af ressourcer og kapacitet inden for og på tværs af sektorer.

Anbefaling 8: Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes

Manglende digitale kompetencer og teknologiforståelse blandt både ledere og medarbejdere på sundheds- og ældreområdet kan være en barriere for implementering af ny teknologi. Der er samtidig bred erfaring med, at personalet ikke inddrages tilstrækkeligt i implementerings- og udviklingsprojekter. Medarbejdernes digitale kompetencer er en forudsætning for at kunne vurdere borgeres digitale kompetencer og understøtte borgere i brug af digitale redskaber. Det udgør organisatoriske og kulturelle barrierer for implementering af teknologi. Kommissionen mener, at det er afgørende, at barriererne nedbrydes.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 8: Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes

Der skal mere teknologiforståelse på de sundhedsfaglige grunduddannelser. Der skal fortsat være fokus på teknologiforståelse i undervisningen på de sundhedsfaglige grunduddannelser og efter- og videreuddannelser, og det skal løbende vurderes, om undervisningen giver studerende og elever de kompetencer, som efterspørges. Derudover kan der oprettes flere valgfag på professionshøjskolerne, som studerende på de sundhedsfaglige og tekniske uddannelser kan tage sammen, hvor fokus er på sundhedsinnovation, brugen af teknologier og tværfaglig teknologiforståelse i en sundhedsfaglig kontekst. På social- og sundhedsuddannelserne kan teknologiforståelse fremmes med inspiration fra DigiTech assistentuddannelsen, som udbydes på nogle social- og sundhedsskoler i dag. DigiTech er en social- og sundhedsassistentuddannelse, som er rettet mod digitalisering og velfærdsteknologier i sundheds- og ældresektoren.

Der skal udvikles stillinger, der kombinerer klinisk arbejde, forskning og udvikling af teknologi. Det skal bygge bro mellem det kliniske arbejde og behovet for nye teknologiske løsninger, samt forskning og udvikling af teknologi, der modsvarer behovet. Samtidig vil kombinationsstillinger bevirke, at sundhedspersonalets digitale kompetencer og teknologiforståelse udvikles, og at sundhedspersonalet inddrages i både udviklingen og implementeringen af ny teknologi, og at der udvikles digitale faglige fyrtårne.

Leders teknologiforståelse og forståelse for digital forandringsledelse skal styrkes. Ledere skal modtage kurser, der kan give indsigt i de implementerings- og forandringsopgaver, som ny teknologi medfører. Det skal sikre, at beslutninger om de strategiske retninger for brugen af teknologiske løsninger træffes på baggrund af en solid faglig viden om sundhedsteknologiernes potentialer og begrænsninger i sygehusvæsenet og kommunale sundhedsforvaltninger.

Sundhedspersonalet skal betrygges i behandleransvaret ved brug af digitale løsninger og teknologi i udredningen og behandlingen af patienter. Vejledning og rådgivning af sundhedspersoner omkring brugen af teknologi og digitale løsninger i patientbehandlingen skal styrkes. Når eksisterende vejledninger opdateres, skal behandleransvaret ved brug af teknologi og digitale løsninger beskrives, så det er tydeligt for sundhedspersonalet.

Kommissionen vurderer, at øgede digitale kompetencer og teknologiforståelse er et centralt element i at kunne indfri teknologiens potentiale til at frigøre tid til kerneopgaven både på kort og lang sigt. Implementering skal foregå i kommuner og regioner i samarbejde med uddannelsesinstitutionerne. Implementering kan ske løbende, men fuld implementering har en længere tidshorisont.

ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

Gennemgangen i de indledende kapitler viser, at det stigende behov for behandling og pleje og den stigende kompleksitet i patientforløb vil øge behovet for medarbejdere på sundheds- og ældreområdet. Fremskrivninger tyder på, at det særligt er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der kommer til at mangle i fremtiden som følge af flere ældre. Samtidig er rekrutteringspotentialt presset, da der relativt set kommer færre personer i den erhvervsaktive alder i forhold til antallet af borgere over 80 år.

Der skal være tid til kerneopgaven, og det er løsningen af kerneopgaven, som motiverer mange af medarbejderne i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. I dag er dele af sundhedsvæsenet og ældreområdet udfordret i forhold til arbejdsmiljøet, og det hænger bl.a. sammen med en oplevelse af manglende tid til kerneopgaven. De områder, hvor man oplever udbredt mangel på personale, er samtidig kendetegnet ved komplekse patienter og en høj grad af aften-, natte- og weekendarbejde.

Kommissionen vurderer derfor, at der både på kortere og længere sigt er et stort potentiale forbundet med at sætte ind med indsatser, der skal styrke arbejdsmiljøet og tilknytningen af personalet. Det er bl.a. indsatser, der bevirker, at flere ønsker at arbejde flere timer og blive længere på arbejdsmarkedet, samt indsatser der fordeler vagter på flere. Indsatserne skal være målrettede de dele af sundhedsvæsenet og ældreområdet, hvor udfordringerne er størst.

Anbefaling 9: Ledelse skal prioriteres, og ledelseskvaliteten skal styrkes

Størstedelen af sundhedsuddannede starter deres arbejdsliv på sundheds- og ældreområdet, men med tiden siver en del over i andre sektorer. Der er solidt vidensgrundlag for, at medarbejders oplevelse af ledelse er afgørende for deres tilknytning til arbejdet og har betydning for deres motivation. Der er desuden bred erfaring med, at medarbejdernes oplevelse af tilhørsforhold og samhørighed i jobbet har positiv betydning for deres motivation og dermed tilknytning. Samtidig kan utilstrækkelig ledelse udfordre arbejdsmiljøet. Forskning viser desuden, at det rette ledelsesspænd er væsentligt for offentlig ledelse og for medarbejdernes jobtilfredshed.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 9: Ledelse skal prioriteres, og ledelseskvaliteten skal styrkes

Ledelseskompetencerne skal styrkes, og ledelse skal være nærværende for medarbejderne. Sundhedsfaglige ledere skal i højere grad rekrutteres ud fra deres lederevner, -værdier og -identitet. Faglig indsigt og kendskab er centralt, og evnen til at lede er afgørende. Ledere skal fx kunne lede flere faggrupper og ikke alene medarbejdere med samme faglige baggrund som dem selv. Samtidig skal ledere have viden om arbejdsmiljøforhold, der kan styrke både psykisk og fysisk arbejdsmiljø. Mere tværfaglig ledelse skal understøtte fleksible faggrænser og fleksibel opgaveløsning i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Udarbejdelse af en generel beskrivelse af kompetenceprofiler for ledere i sundhedsvæsenet skal bidrage til at fremme ledelsesudviklingen med fokus på centrale kompetencer. Kompetenceprofiler for ledere skal omsættes i de enkelte kommuner og regioner og bruges aktivt for den enkelte til fastlæggelse af udviklings- og uddannelsesforløb, til lederevalueringer samt til fælles fokus på ledelsesudvikling inden for de enkelte organisationer og på tværs af sektorer.

Mere ledelseskraft og ledere skal sikres det rette ledelsesspænd. Ledelseskraften i sundhedsvæsenet og på ældreområdet skal øges gennem mere praksisnær ledelse. Det skal

afspejles i lokale beslutninger om organisering fx gennem systematiske vurderinger af lederes vilkår, medarbejdere og opgavetype, herunder med fokus på det rette ledelsesspænd. Det er en forudsætning for at udøve nærværende og medmenneskelig ledelse. Det rette ledelsesspænd kan fx understøttes ved at ansætte flere sideordnede ledere i store enheder.

Medarbejdere skal organiseres i mindre teams med mere indflydelse på opgaver og arbejdstilrettelæggelse. På sygehusene er udviklingen gået mod flere medarbejdere pr. leder og større enheder. Udviklingen har haft positive effekter, men kan medføre en række udfordringer i forhold til medarbejdernes oplevelse af nærværende og medmenneskelig ledelse samt følelsen af tilhørsforhold på arbejdspladsen. Organisationer og ledere bør i højere grad benytte sig af distribueret ledelse, hvor forskellige ledelsesfunktioner afstemt varetages af medarbejdere på vegne af lederen.

Kommissionen vurderer, at der er et potentiale på både kort og lang sigt forbundet med styrket ledelse på sundheds- og ældreområdet, da det er centralt for tilknytningen af sundhedspersonalet. Implementering forudsætter drøftelse mellem arbejdsgivere og faglige organisationer om konkret tilrettelæggelse og udbredelse. Regioner og kommuner kan anvende kompetenceprofiler for ledere i sundhedsvæsenet som redskab til rekruttering af ledere, udviklings- og uddannelsesforløb samt fokusering af den organisatoriske ledelsesudvikling. Implementering kan ske løbende.

Anbefaling 10: Flere skal op i tid

En stor andel af medarbejderne i sundhedsvæsenet og på ældreområdet arbejder på deltid sammenlignet med de øvrige velfærdsområder. Samtidig er der stor forskel på udbredelsen af deltid på tværs af faggrupper og sektorer. Vi ved, at mere arbejdstid pr. medarbejder kan have flere mulige afledte gevinster fx højere kvalitet i opgaveløsningen, styrket arbejdsmiljø samt stærkere kontinuitet i mødet mellem fagperson og borgere og patienter. Modsat kan muligheden for at arbejde mindre end fuldtid i nogle tilfælde fx i bestemte livsfaser være med til at øge medarbejdernes tilknytning.

Kommissionen finder, at der er et betydeligt potentiale for robustgørelse af sundheds- og ældreområdet, hvis flere medarbejdere bidrager flere timer, så fuldtid bliver udgangspunktet på samme måde som inden for mange andre brancher. Kommissionen finder dog samtidigt, at en forudsætning for, at det kan ske, er, at arbejdspladserne generelt gøres mere attraktive som fremhævet i en lang række af kommissionens andre anbefalinger, herunder skarpere prioritering af opgaver, forbedring af arbejdsmiljø, bedre fordeling af vagtarbejde, mere fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse og attraktive karriereveje.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 10: Flere skal op i tid

Fuldtid til alle medarbejdere der gerne vil. Det skal bidrage til at fremme en fuldtidskultur i sundhedsvæsenet og på ældreområdet frem for en deltidskultur. Og det skal understøtte et arbejdsmiljø, hvor man kender sine kolleger, og arbejder sammen som et hold, samtidig med at det reducerer behovet for vikarer og skaber bedre kontinuitet. Arbejdsgiverne bør afsøge mulighederne for, hvordan flere medarbejdere, der i dag ikke arbejder på fuldtid, ønsker at arbejde flere timer. Det gælder alle personalegrupper.

Skæve incitamenter skal fjernes. Økonomiske fordele ved at gå ned i tid for at tage ekstra vagter under særlige ordninger eller i andet regi skal fjernes. Brug af eksterne vikarbureauer, der skævrider incitamenter, bør minimeres. Samtidig skal der skabes rammer, der øger medarbejdernes incitamenter til at arbejde flere timer bl.a. gennem øget mulighed for fleksibilitet.

Mere fleksibilitet skal gøre det attraktivt at gå op i tid. Medarbejdere skal under hensyn til patienter og borgeres behov have større indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen. Det gælder særligt i forhold til vagtarbejdet. Det kan ske gennem ordninger, hvor medarbejderen får medindflydelse og fleksibilitet på placeringen af et antal arbejdstimer i normperioden. Og det kan ske gennem mulighed for færre men længere vagter.

Medarbejderindflydelse på vagtplaner så flere vil mere. Den enkelte medarbejders ønsker skal i højere grad inddrages i en fleksibel tilrettelæggelse af vagter, hvor medarbejdergruppen samtidig tager et ansvar for den samlede arbejdstilrettelæggelse. Gennem øget fleksibilitet skal flere motiveres til at arbejde flere timer.

Kommissionen vurderer, at der i forhold til at sikre et robust sundhedsvæsen er et stort potentiale på både kort og lang sigt forbundet med, at en større del af sundhedspersonalet ønsker at arbejde flere timer. Effekten afhænger af, hvor mange medarbejdere der i fremtiden finder det attraktivt. Implementering forudsætter drøftelse mellem arbejdsgivere og faglige organisationer om konkret tilrettelæggelse og udbredelse af anbefalingen. Implementering kan ske løbende.

Anbefaling 11: Vagtarbejdet skal udtyndes og deles mellem flere

En stor del af vagtarbejdet i sundhedsvæsenet er koncentreret på en relativt lille gruppe medarbejdere og få faggrupper. Der er derfor stor forskel på den enkeltes vagtbelastning, og ofte rammer vagtbelastningen skævt, så fx nyuddannede, unge børneforældre, bestemte afdelinger og faggrupper bærer en uforholdsmæssig stor vagtbyrde. Der er samtidig solid viden om, at indsatser, der øger medarbejdernes indflydelse på egen arbejdstid, har positiv effekt på balancen mellem arbejdsliv og privatliv, det psykosociale arbejdsmiljø og dermed medarbejdernes tilknytning til arbejdet. Solid viden peger også på, at motivation i jobbet, mening, tilhør og en følelse af at være kompetent i jobbet fremmer tilknytningen.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 11: Vagtarbejdet skal udtyndes og deles mellem flere

Opgaver skal i højere grad prioriteres til dagarbejde og på hverdage. Gennem bl.a. skærpet faglig prioritering, tydeligt ledelsesansvar, styrkede indsatser i det primære sundhedsvæsen og bedre brug af digitale løsninger og andre teknologier skal belastningen i vagtarbejde nedbringes.

Vagtarbejdet skal fordeles mere jævnt blandt medarbejderne. Det er centralt, at vagtarbejdet fordeles mere jævnt blandt alle kliniske medarbejdere i enheder med vagtbærende funktioner. Når alle bidrager også på tværs af generationer, reduceres belastningen for den enkelte. Fordelingen af vagtarbejdet skal ske under hensyntagen til faglige, arbejdsmiljømæssige og helbreds-mæssige hensyn.

Alle, der kan, skal bidrage i vagtfunktioner. Alle relevante stillinger i sundhedsvæsenet skal som udgangspunkt være stillinger, der også bidrager i vagtfunktioner. Det indebærer fx, at en medarbejder, der ansættes i et ambulatorium med arbejde i dagtid, også skal kunne bidrage til vagter uden for dagtid på et senge- eller operationsafsnit, hvor det er fagligt forsvarligt. Stillingerne skal gøres attraktive gennem bl.a. bedre arbejdsmiljø, faglig udvikling, klar ledelsesreference, større kontinuitet i patientforløb mv.

Flere faggrupper skal indgå i vagtarbejdet. Stillinger med vagtarbejde skal gøres mulige og attraktive for faggrupper, der traditionelt ikke deltager i vagtarbejdet, bl.a. gennem fleksibel vagtplanlægning, der sikrer relevante kompetencer, vagtplanlægning i teams, muligheder for faglig udvikling mv. Medarbejderne skal samtidig sikres den rette oplæring til at deltage i vagter. Der kan være tale om fx ergo- og fysioterapeuter, kliniske diætister, farmaceuter og serviceassistenter mfl.

Øget professionalisering af vagtplanlægningen. Fordeling af vagter skal i højere grad have fokus på den samlede personalekapacitet og dermed bidrage til en mere fleksibel brug af faggrupper i opgaveløsningen. Det kan understøttes af datadrevet vagtplanlægning, systematisk overblik over kompetencer og opgaver herunder et større organisatorisk fokus på vagtplanlægning.

Kommissionen vurderer, at vagtudtynding har et stort potentiale på både kort og lang sigt i forhold til at sikre tilknytningen til de vagtdækkede funktioner og dermed afhjælpe kompetencemanglen i sundhedsvæsenet. Effekten afhænger af omfanget af vagtudtyndingen, og hvorvidt det er muligt at forbedre balancen i incitamenter, der gør vagtarbejdet attraktivt. Herudover skal den rette balance findes mellem fleksibilitet for medarbejdere, den rette støtte til medarbejderne og sikkerhed for, at vagterne dækkes. Bred inddragelse i implementeringsprocessen kan understøtte forankringen. Implementering skal foregå i regioner og kommuner og indebærer drøftelser mellem arbejdsgivere og faglige organisationer om udbredelse. Implementering kan ske løbende.

Anbefaling 12: Stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde

Fremskrivninger indikerer, at vi i fremtiden særligt vil mangle personale til at varetage den patient- og borgernære pleje. Dette skyldes, at der i fremtiden vil komme flere plejekrævende ældre samtidig med, at arbejdsstyrken kun stiger lidt. I dag opleves manglen på kompetencer størst inden for funktioner med høj vagtforpligtelse fx i akutmodtagelser og på sengeafsnit. Der er bred erfaring med, at muligheden for udvikling i jobbet og tydelige karriereveje kan have betydning for ansattes tilknytning. Kommissionen mener, at der er potentiale i at sikre, at karriereveje rettes mod de patient- og borgernære opgaver for på den måde at styrke medarbejderes tilknytning til det patient- og borgernære arbejde.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 12: Stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde

Alle stillinger på sundheds- og ældreområdet skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde. Karrierevejene skal rettes mod det patient- og borgernære arbejde og ikke væk fra det. Medarbejdere i fx forsknings- eller kvalitetsudviklingsfunktioner skal således tage del i patient- og borgernært arbejde. Derfor skal der udvikles attraktive stillinger, der kombinerer fx kvalitetsarbejde, administration og forskning med patient- og borgernære funktioner. I udvikling og implementering af stillingerne skal der være fokus på medarbejdernes trivsel, klar ledelsesreference og motivation.

Tydelige karriereveje skal sikre motivation og tilknytning inden for pleje- og behandlingsopgaver. Det skal sikres, at karriereveje er tydelige og rettede mod det patient- og borgernære arbejde. Udgangspunktet skal være, at faglig udvikling og dygtiggørelse inden for sit fag er en central karrieremulighed. Faglig udvikling som karrierevej vil bidrage til, at der skabes faglige fyrtårne, der kan fungere som rollemodeller, og som kolleger kan støtte sig til i udførelsen af arbejdet. Ligesom karriereveje som fx ledelse, kvalitetsudvikling og forskning skal være patient- og borgernære.

Karrierevejene skal ikke kun pege opad og være for de længst uddannede. Karrierevejene på sundheds- og ældreområdet skal have en større brede og mangfoldighed, så det ikke kun er dem med de længste uddannelser, der får mere uddannelse og forfremmelse. Det skal være muligt for flere grupper af medarbejdere at få kompetenceudvikling, der giver motivation og styrker tilknytningen til de udfordrende opgaver i det borger- og patientnære arbejde.

Kommissionen vurderer, at stillinger, der kombinerer patient- og borgernært arbejde og ikke-patient- og borgernært arbejde og karriereveje inden for patient- og borgernært arbejde, har et vist potentiale på kort og lang sigt i forhold til at medvirke til både vagtudtynding og tilknytning af sundhedspersonalet til disse funktioner. Implementering forudsætter drøftelse mellem arbejdsgivere og faglige organisationer. Implementering kan ske løbende.

Anbefaling 13: Potentialet ved senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet skal indfries

En stor andel af fx jordemødre, sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet omkring efterlønsalderen. Der findes solid viden om, at dårligt helbred og ønske om mere fritid er grunde til, at sundhedsansatte forventer at forlade arbejdsmarkedet. Vi ved, at beslutningen om tilbagetrækning afhænger af bl.a. økonomiske, jobmæssige, helbredsmæssige og familierelaterede faktorer. Vi ved også, at bedre balance mellem arbejds- og privatliv og mindre anstrengende arbejde er grunde til at forvente at arbejde i en højere alder, og at fleksibilitet og individuelle aftaler har effekt i forhold til senere tilbagetrækning. Det er samtidig centralt, at fysisk og psykisk nedslidning forebygges.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 13: Potentialet ved senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet skal indfries

Seniorer skal have bedre mulighed for gradvis tilbagetrækning. Det skal være attraktivt for seniorer, der arbejder på sundheds- og ældreområdet, at udskyde tilbagetrækningen fx gennem mere fleksible arbejdsformer, der sikrer en balance mellem arbejds- og privatliv og ved et større fokus på kompetenceudvikling. Det er væsentligt, at vilkårene imødekommer den enkeltes såvel som arbejdspladsens muligheder og behov. Samtidig skal medarbejdernes kompetencer anerkendes og anvendes i det patient- og borgernære arbejde. Seniorer bidrager med vigtig erfaring, og det er centralt, at der sker overførsel af viden til yngre kolleger. Der skal desuden sættes ind med styrkede forebyggende indsatser, så fysisk og psykisk nedslidning undgås, og flere kan være længere i det borger- og patientnære arbejde.

Medarbejdere på efterløn og folkepensionister skal have bedre incitamenter til at bidrage. Kommissionen noterer sig, at det med aftalen om en akutplan for sygehusvæsenet, der blev indgået mellem regeringen og Danske Regioner i februar 2023, blev aftalt, at regeringen afskaffede modregningen i efterløn i 2023 og 2024 for medarbejdere i sundhedsvæsenet, herunder plejesektoren. I fremtiden bør der arbejdes med modeller, som tilskynder, at medarbejdere på efterløn har incitament til at bidrage til arbejdet i sundhedsvæsenet og på ældreområdet, men uden at søgningen til efterlønsordningen øges. Der bør desuden udarbejdes modeller, som tilskynder sundhedsfaglige efter folkepensionsalderen til at bidrage til arbejdet i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Modeller kan tage udgangspunkt i lokale erfaringer med incitamenter.

Kommissionen vurderer, at indsatser, der styrker seniorers og pensionisters tilknytning, har et meget stort potentiale i forhold til at gøre sundheds- og ældreområdet robust på både kortere og længere sigt. Effekten afhænger af udbredelse, ambitionsniveau og implementeringen af anbefalingerne. Implementering forudsætter drøftelse mellem arbejdsgivere og faglige organisationer. Implementering kan ske løbende.

Anbefaling 14: Kompetencer fra udlandet skal bruges bedre gennem styrket tilknytning

Danmark ligger under OECD-gennemsnittet for andelen af læger og sygeplejersker, der er uddannet i udlandet, og der er tegn på, at tilknytningen af udenlandske medarbejdere ikke er stærk nok. Omkring 20 pct. af de udenlandske læger og sygeplejersker, der blev autoriseret i perioden 2016-2021, var rejst ud af landet igen efter en fem år. Erfaringer viser, at indsatser med fokus på den enkelte medarbejder og den medfølgende families trivsel kan være afgørende for, at medarbejderen får en god tilknytning og ønsker at fortsætte i sit arbejde. Samtidig kan der også være behov for at styrke mulighederne for, at unge der søger til Danmark, særligt fra EU/EØS-lande, finder det attraktivt at søge uddannelse og beskæftigelse på sundheds- og ældreområdet. Kommissionen vurderer, at der er behov for et bredere fokus på kompetencer fra udlandet herunder at fjerne eventuelle barrierer for mobilitet og tilknytning, og kommissionen finder, at der særligt skal være fokus på at sikre en styrket tilknytning af de udlændinge, der allerede er i landet.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 14: Kompetencer fra udlandet skal bruges bedre gennem styrket tilknytning

Rekrutteringsgrundlaget på sundheds- og ældreområdet skal udvides ved at fjerne barrierer for mobilitet og tilknytning med særligt fokus på unge fra EU/EØS-lande.

Gruppen kan både omfatte uddannede sundhedspersoner og unge, der ikke har påbegyndt eller færdiggjort en sundhedsuddannelse. Det kan fx være unge fra EU/EØS-lande, særligt nærområder, som af forskellige grunde søger mod Danmark, og som kan være motiverede til at tage en uddannelse inden for sundheds- og ældreområdet i Danmark. Denne gruppe medtænkes i dag ikke i tilstrækkelig grad som en potentiel ressource af arbejdsgivere.

Tilknytningen af udenlandske medarbejdere skal styrkes. Regioner og kommuner arbejder allerede i dag med strategier for både rekruttering og tilknytning af udenlandske medarbejdere. Tilknytningsindsatser er bl.a. hjælp til at finde bolig, job til partner, skole- og daginstitution samt sprogprogrammer. Der findes samtidig en række eksisterende indsatser, der kan støtte arbejdsgivere i deres søgen efter og tilknytning af udenlandske medarbejdere, herunder mulighed for samarbejde med Work in Denmark. Der opfordres til, at arbejdsgivere øger brugen af indsatserne.

Tiltag der fremmer, at udenlandske sundhedspersoner kan deltage i opgaveløsningen.

Autorisation af udenlandsk sundhedspersonale skal tilrettelægges, så der kan foretages en prioritering af ansøgere med kompetencer, der konkret er efterspurgt, samt sikre smidig overgang fra autorisation til arbejdsmarkedet. Som led i Aftale om akutplan for sundhedsvæsenet nedsatte regeringen, Danske Regioner og KL en taskforce, som bl.a. skal komme med anbefalinger til sprogkrav og muligheder for en hurtigere autorisationsproces for sundhedspersoner, der har et konkret ansættelsestilbud. Tiltagene vil kunne understøtte, at regionerne og kommunerne yderligere kan målrette deres rekrutteringsindsats.

Kommissionen vurderer, at der er et potentiale forbundet med at se bredere på rekrutteringsgrundlaget af personer fra EU/EØS-lande, som er motiverede til at tage en sundhedsuddannelse og arbejde i Danmark. Effekt og implementering har en længere tidshorisont.

Anbefaling 15: Flere og bedre introforløb til nyuddannede

En relativt høj andel af nyuddannede i sundhedsvæsenet og på ældreområdet skifter job inden for de første år af deres arbejdsliv, og mange nyuddannede inden for sundhedsvæsenet har oplevet, at overgangen fra uddannelse til arbejde kan være svær. Fx har 59 pct. af dimit-

tenderne fra sygeplejerskeuddannelsen i en undersøgelse angivet, at de er helt enige eller enige i, at overgangen fra uddannelse til arbejdsmarked var svær. Der findes solid viden om, at introduktion af nyuddannede har positiv effekt på arbejdsmiljøet og er gavnligt for tilknytning. Samtidig ved vi, at indsatser som mentorordninger, rum for refleksion, feedback og organiseret dialog kan forbedre introduktionen af nyansatte og nyuddannede.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 15: Flere og bedre introforløb til nyuddannede

Der skal gøres bedre brug af introduktionsforløb med fx supervision, mentor og løbende samtaler. Der skal sikres tilstrækkelig brug af introforløb, hvor der er behov i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Det skal ses som supplement til hensynet til, at nyuddannede tildeles et passende ansvar. Det konkrete indhold i forløbene skal tilpasses arbejdspladssens lokale forhold, den konkrete faggruppe og den enkelte nyuddannede.

Der skal skabes indblik i, hvilke indsatser der effektivt mindsker frafald og praksis- og ansvarschok. Der findes mange eksempler på introduktionsforløb og koncepter for onboarding af forskellig varighed og med forskellige tiltag. Der skal skabes indblik i, hvilke indsatser der mest effektivt mindsker frafald og praksis- og ansvarschok og dermed styrker tilknytningen af nyuddannede.

Uddannelsesinstitutionerne skal medvirke til bedre overgange fra uddannelse til job.

Uddannelsesinstitutionerne skal ruste studerende og elever til arbejdet på sundheds- og ældreområdet og i højere grad medvirke til at skabe en god overgang fra uddannelse til job.

Kommissionen vurderer, at øget fokus på introduktion af nyuddannede har potentiale i forhold til at lette overgangen fra uddannelse til job og øge tilknytningen af nyuddannede medarbejdere både på kortere og længere sigt. Implementering forudsætter dialog mellem arbejdsgivere og faglige organisationer samt eventuelt uddannelsesinstitutioner. Implementering kan ske løbende.

RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

Gennemgangen i de indledende kapitler viser, at den demografiske udvikling vil skabe større efterspørgsel efter sundhedsyndelser. Komplexiteten i behandlings- og plejopgaverne vil samtidig øges i takt med, at der kommer flere ældre og flere patienter med kroniske sygdomme og multisygdom. Fremskrivninger tyder på, at vi kommer til at mangle et stort antal plejepersonaler i fremtiden. Derfor er der behov for at sikre en mere fleksibel arbejdsstyrke, hvor faggrupper i højere grad kan træde i hinandens sted, kompetencer kan bruges fleksibelt, og hvor det er attraktivt for medarbejdere at være i det patient- og borgernære arbejde. Det betyder, at arbejdstilrettelæggelsen på den enkelte arbejdsplads skal understøtte fleksibilitet, men også at sundhedsuddannelserne bliver mere fleksible og med fokus på det patient- og borgernære arbejde.

Personalemanglen i sundhedsvæsenet og på ældreområdet er også udfordret af, at søgningen til nogle sundhedsfaglige uddannelser er faldet de seneste år. Samtidig er der udfordringer med frafald, fx er hver fjerde studerende faldet fra sin sundhedsfaglige professionsuddannelse efter det tredje år. Mange nyuddannede sundhedsprofessionelle oplever desuden, at overgangen fra uddannelse til arbejde kan være svær.

Efter- og videreuddannelsessystemet på sundheds- og ældreområdet er stort og vidtforgrebet. Det gør det svært at navigere i, og det kan være vanskeligt at identificere karriereveje. Samtidig har unge i deres valg af uddannelse fokus på bl.a. forventninger til karrieremuligheder og mulighed for faglig, livslang udvikling.

Kommissionen vurderer, at der er potentiale på lang sigt ved at omlægge uddannelsessystemet, så det bliver mere fleksibelt, og i højere grad er rettet mod behovene på sundheds- og ældreområdet, at reformere efter- og videreuddannelsesområdet, så det rettes mere mod praksis, og ved i højere grad at ruste elever og studerende til arbejdet på sundheds- og ældreområdet. Samtidig skal uddannelserne understøtte, at kompetencerne kan bruges mere fleksibelt og rettes mod det patient- og borgernære arbejde.

Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

De seneste år er der sket et fald i søgningen til flere af de sundhedsfaglige uddannelser, og en stor andel af elever og studerende falder fra uddannelserne i løbet af uddannelsestiden. Der er behov for kompetencer målrettet det patient- og borgernære arbejde, og det behov forventes at stige. Det er derfor nødvendigt at sikre bedre udnyttelse af kompetencerne i sundhedsvæsenet og en mere fleksibel arbejdsstyrke. Der er bred erfaring med, at tydelige og fleksible karriereveje har betydning, når unge vælger uddannelse. Der kan derfor være et potentiale forbundet med større fleksibilitet og flere muligheder inden for de sundhedsfaglige uddannelser. Det kan både være gennem flere veje ind i uddannelser, bedre muligheder for studieskift uden unødvendige forsinkelser samt generelt bedre udnyttelse af muligheder for afkortning af uddannelserne for elever og studerende, som allerede har opnået relevante erfaringer fx gennem erhvervsarbejde, anden praksiserfaring på sundheds- og ældreområdet eller gennem tidligere relevant uddannelsesaktivitet fx fra relevante erhvervsuddannelser.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne. Ved at skabe bedre muligheder for at skifte spor mellem uddannelserne, bygge ovenpå eksisterende uddannelse og udnytte muligheder for fleksibilitet i uddannelsesforløbet kan vi fastholde flere i sundhedsuddannelserne og understøtte en bedre faglig fleksibilitet i praksis. Samtidig skal uddannelserne være tydeligt rettet mod det patient- og borgernære arbejde. Konkret består omlægningen af:

Det skal være nemmere at bygge oven på den sundhedsuddannelse, som man allerede har eller skifte spor undervejs i uddannelsen. Det skal være muligt, at man fx som ergoterapeutstuderende nemmere kan skifte til fysioterapeutuddannelsen uden at starte forfra, at man som færdiguddannet sygeplejerske kan bygge ovenpå sine kompetencer og uddanne sig videre til bioanalytiker, eller at man som social- og sundhedshjælper nemmere kan uddanne sig videre til social- og sundhedsassistent. Det skal ske gennem flere fælles uddannelseselementer og en mere ensartet, fleksibel og udbredt brug af merit, fx gennem fælles retningslinjer.

Der skal være flere indgangsveje til sundhedsuddannelserne. Både erhvervsuddannelserne og professionshøjskolerne skal – dér hvor det ikke allerede er muligt – udvikle korte forløb, som er målrettet ansøgere, der har relevant erhvervs erfaring eller uddannelse, herunder bestående uddannelseselementer bag sig. Dertil skal afdækkes, om der kan etableres bedre muligheder for optagelse på sundhedsuddannelserne ud fra individuelle vurderinger af ansøgerens kompetencer, så relevante, uformelle kompetencer opnået gennem erhvervs erfaring eller uddannelse i højere grad kan give adgang til optagelse.

Uddannelserne skal være fleksible. Flere kan rekrutteres og fastholdes ved at tilbyde fleksible uddannelsesveje. Eksisterende muligheder for at tilrettelægge uddannelserne fleksibelt og på deltid skal bruges mere. Der skal afsøges muligheder for at udvikle forsøg med nye uddannelsesmodeller for udvalgte målgrupper, bl.a. efter inspiration fra meritpædagog. Samtidig skal regelbarrierer for praktik på efter- og videreuddannelse ryddes af vejen. Der kan igangsættes forsøg med mere fleksibel modulopbygget uddannelse for elever på social- og sundhedshjælperuddannelsen. Forsøget skal bidrage til at opkvalificere flere ufaglærte til faglærte social- og sundhedshjælpere.

Uformelle kompetencer skal i højere grad bringes i spil i det patient- og borgernære arbejde. Personer, der frafalder en sundhedsuddannelse, skal kunne anvende de kompetencer, som er opnået gennem beståede uddannelseselementer, til at udføre specifikke jobfunktioner eller til at opnå merit. Sundhedsuddannelserne kan fx udstede et bevis eller certifikat, som dokumenterer beståede uddannelsesforløb. Samtidig skal der skabes et grundlag for, at beviset kan anvendes til at søge job på højere niveau end ufaglærte funktioner.

Kommissionen vurderer, at en mere fleksibel struktur for sundhedsuddannelserne har potentiale på lang sigt i forhold til at robustgøre sundhedsvæsenet. Implementering forudsætter regeringsbeslutning, og i nogle tilfælde inddragelse af arbejdsmarkedets parter, da anbefalingen bl.a. indebærer ændringer i strukturen af de sundhedsfaglige uddannelser. Kommissionen noterer sig, at der allerede er etableret partnerskaber mellem relevante aktører på området.

Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelserne skal reformeres, så karrierevejene rettes mod praksis

Der findes et omfattende udbud af efter- og videreuddannelse på sundhed- og ældreområdet, og generelt vurderer medarbejderne muligheden for opkvalificering inden for deres fag som gode. Solid viden viser samtidig, at udbuddet opleves som uoverskueligt og vanskeligt at gennemskue. Det skyldes bl.a., at faggrupper, regioner og kommuner ofte ønsker hvert deres uddannelsestilbud. Det kan i nogle tilfælde betyde, at tilegnede efter- og videreuddannelseskompetencer ikke kan bruges som del af en sammenhængende karrierevej for den enkelte og ikke kan overføres mellem arbejdspladser. Når udbuddet ikke styres og koordineres tilstrækkeligt, er der risiko for, at det ikke modsvarer efterspørgslen på sundheds- og ældreområdet.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelserne skal reformeres, så karrierevejene rettes mod praksis

Efter- og videreuddannelsessystemet for uddannelserne på sundheds- og ældreområdet skal reformeres. Reformen skal sikre, at efter- og videreuddannelser for sundhedspersonale på tværs af sektorer nytænkes og bliver meget mere sammenhængende. Der skal ryddes op i uddannelsesudbuddet, og karrierevejene skal samlet set rettes ind i det patient- borgernære arbejde og ikke væk fra det patient- og borgernære arbejde. Konkret består reformen af følgende initiativer:

Det samlede efter- og videreuddannelsessystem for uddannelserne på sundheds- og ældreområdet skal nytænkes og sammentænkes på tværs af sektorer. Såvel det formelle som det uformelle efter- og videreuddannelsessystem skal indeholde både teori og praktik og tage udgangspunkt i ansættelser i praksis. Samtidig skal alle efter- og videreuddannelser kobles stærkere til grunduddannelserne, så der sker en bedre overførelse af viden mellem praksis og uddannelse. Det skal både være muligt at dygtiggøre sig inden for egen profession samt skifte profession, fx fra social- og sundhedshjælper til -assistent og fra sygeplejerske til jordemoder via efter- og videreuddannelsessystemet.

Der skal ske en oprydning af efter- og videreuddannelsesudbuddet. Der skal ske en stærkere styring og prioritering af alle typer af efter- og videreuddannelse, herunder både specialuddannelser og uddannelserne udbudt af professionshøjskolerne. Det skal ske med udgangspunkt i, at efter- og videreuddannelserne skal målrettes behovet på sundheds- og ældreområdet. Samtidig gøres karrierevejene på sundheds- og ældreområdet tydeligere. Det skal opnås ved, at regioner, kommuner og uddannelsesinstitutioner i højere grad og mere systematisk samarbejder om udviklingen og udbuddet af uddannelserne.

Efter- og videreuddannelserne skal i højere grad tage udgangspunkt i behovet i praksis. Efter- og videreuddannelser rettes mod de områder, hvor der er størst behov, fx inden for patient- og borgernært arbejde. Det skal opnås ved, at regioner, kommuner og uddannelsesinstitutioner i højere grad og mere systematisk analyserer og monitorerer behovet nationalt og samarbejder om udviklingen og udbuddet af uddannelserne.

Efter- og videreuddannelserne skal i højere grad være tværfaglige. Opbygningen af efter- og videreuddannelserne skal være trinvis og tværfaglige, så muligheden for udvikling og kompetenceopbygning går på tværs af faggrupper og giver mulighed for funktionsskift. Barrierer for, at man kan deltage i kurser på tværs af faggrupper, skal fjernes fx ved at se på adgangskravene. Funktionsskifte kan eksempelvis være fra sygeplejerske på en kræftafdeling til funktioner på graviditets-, fødsels- eller barselsområdet. Det giver mulighed for livslang udvikling og karriere inden for sundheds- og ældreområdet.

Der skal være bedre muligheder for uddannelse via arbejdsmarkedsuddannelserne. Det skal på sigt være muligt at tage en fuld social- og sundhedshjælperuddannelse via en sammensætning af AMU-kurser. Derudover skal muligheden for at videreudanne sig fra social- og sundhedshjælper til social- og sundhedsassistent via AMU-systemet, herunder hvordan kravet om, at elever på social- og sundhedsassistentuddannelsen skal tilknyttes flere oplæringssteder, imødekommes. Det fordrer et udviklingsarbejde, hvor der ses på sammenhænge mellem AMU-kurser og social- og sundhedsuddannelserne. Arbejdet vil konkret skulle ske i samarbejde mellem de faglige udvalg og efteruddannelsesudvalgene inden for social- og sundhedsområdet.

Kendskab til medarbejdernes efter- og videreuddannelsesmuligheder skal udvides. For at kunne understøtte den enkelte medarbejder i løbende faglig udvikling, skal ledere have kendskab til bl.a. de forskellige faggruppers muligheder for efter- og videreuddannelse. Det gælder særligt mulighederne for ufaglærte samt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

Kommissionen vurderer, at en reform af efter- og videreuddannelsessystemet har potentiale på mellemlang sigt i forhold til at understøtte, at udbuddet modsvarer behovet på sundheds- og ældreområdet. Reform og efterfølgende implementering forudsætter et omfattende fagligt arbejde samt samarbejde mellem både regioner, kommuner og uddannelsesudbydere og har således en længere tidshorisont.

Anbefaling 18: Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage

Der er behov for at kunne anvende kompetencerne i sundhedsvæsenet mere fleksibelt. Sundhedsvæsenet er kendetegnet ved høj specialisering, hvor bestemte personalegrupper varetager specifikke opgaver. Det er med til at sikre høj kvalitet i opgaveløsningen, men det betyder samtidig, at arbejdsstyrken har vanskeligt ved at træde i hinandens sted, når der opstår mangel på bestemte faggrupper, eller når opgaverne ændrer sig. Solid viden viser, at strategier med fokus på udvikling og fleksibel brug af kompetencer og færdigheder er forbundet med bedre behandlingsresultater for patienter samt mere effektiv og fleksibel drift. Der er samtidig bred erfaring med, at sundhedspersonalet på sygehusene varetager administrativt arbejde, som kan varetages af andre kompetenceprofiler. Det er centralt, at den større fleksibilitet er

fagligt meningsfuld, patientsikker og omkostningseffektiv, og at mere fleksibel opgavevaretagelse ikke sker på bekostning af kontinuitet og koordination i patienter og borgeres forløb.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 18: Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage

Administrativt personale skal aflaste de sundhedsfaglige for administrative og koordinerende opgaver. En lang række opgaver, som i dag varetages af sundhedsfaglige, bør i stedet varetages af administrativt personale som fx sundhedsadministrative koordinatører og lægesekretærer. Derved kan personale med patient- og borgernære opgaver og ledere aflastes, der kan frigives tid til kerneopgaven, trækket på specialiserede kompetencer kan mindskes, og opgaver løses på det rette kompetenceniveau.

Bemanding og fordeling af opgaver skal gå mere på tværs af faggrupper. Der bør være fokus på den samlede personalekapacitet, og på at opgaver løses på det rette kompetenceniveau, når opgaver bemannes. Det omfatter bl.a., at lederes mulighed for at vagtplanlægge professionelt skal styrkes, og vagtplanlægning skal have fokus på, at de relevante kompetencer er til stede i forhold til den aktivitet, der skal håndteres. Det kan fx ske gennem organisering i tværfaglige teams, der organiseres omkring opgaven, frem for monofaglige teams, fx mindre hold, hvor forskellige faggrupper står for plejen af patienter sammen. Det kræver, at medarbejderne i teamet har kendskab til hinandens kompetencer, modtager den tilstrækkelige oplæring mv. Fremadrettet bør stillinger slås op med større fokus på, hvilke kompetencer en kandidat besidder og ikke udelukkende, hvilken faggruppe kandidaten tilhører.

Der skal være systematisk fokus på, hvordan flere faggrupper kan bidrage til kliniske opgaver. Lokale instrukser og retningslinjer skal være opdaterede og give mulighed for fleksibel opgaveløsning, hvor det er fagligt meningsfuldt. Brugen af rammedelegationer bør udbredes, og det bør overvejes, om en fremadrettet udvikling af de forskellige personalegruppers opgaveporteføljer medfører, at flere faggrupper vil få opgaver med sådanne patientsikkerhedsmæssige risici, at de bør autoriseres fx social- og sundhedshjælpere, farmakonomer og farmaceuter.

Ufaglærte, der ikke er under uddannelse, studerende og elever skal varetage flere praktiske opgaver samt basale borger- og patientnære opgaver. Medarbejderne skal kunne opbygge kompetencer til at varetage specifikke og afgrænsede borger- og patientnære opgaver. Et eksempel herpå er ufaglærte, som under covid-19 blev oplært til at kunne pøde og vaccinere. Andre eksempler er opgaver med personlig hygiejne, hjælp til mobilisering af patienter, prøvetagninger som fx urinundersøgelse, podninger, blodtryks-, temperatur- og vægtmålinger, observation af patienter i mindre komplicerede tilfælde, hjælp med at give mad til patienter, der ikke er i ernæringsrisiko, og som ikke har særlige udfordringer, samt praktiske opgaver som fx oprydning og opfyldning. Opgaverne løses i samspil med andre sundhedsfaglige kolleger og med sigte på, at alle på sigt opnår et formelt kompetencegivende niveau. Ufaglærte, der har tilegnet sig relevante kompetencer eller erfaring inden for sundheds- og ældreområdet, men som ikke er i besiddelse af en egentlig erhvervs- eller videregående uddannelse, kan være en vigtig ressource, som kan frigive tid og mindske trækket på det sundhedsfaglige personale. Brug af flere ufaglærte og uddannelsessøgende skal ske under sundhedsfaglig ledelse uden svækkelse af patientsikkerheden.

Ansættelse af ufaglærte, der ikke er under uddannelse, studerende og elever skal ses som et rekrutteringspotentiale og bygge bro mellem uddannelse og arbejdsliv. Ufaglærte skal tilbydes en uddannelsesplan, og hvor relevant understøttes i at tage en uddannelse inden for sundheds- og ældreområdet med inspiration fra regionale og kommunale erfaringer med at få flere "fra ufaglært til faglært". Samtidig kan ansættelse af flere studerende og elever fra de sundhedsfaglige uddannelser medvirke til at bygge bro mellem uddannelse og arbejdsmarkedet. Det kan ske med inspiration fra de steder, der i dag systematisk anvender medicinstuderende som sygeplejevikarer.

Kommissionen vurderer, at mere fleksibel anvendelse af de forskellige faggrupperes kompetencer og øget brug af ufaglærte, der ikke er under uddannelse, tillærte og studerende har et stort potentiale både på kort og lang sigt i forhold til at sikre et robust sundhedsvæsen. Udviklingen mod mere fleksibel brug af kompetencer skal ske løbende i regioner og kommuner.

Det skal bemærkes, at Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at så stor en andel som muligt af medarbejdere i sundhedsvæsenet, som varetager patient- og borgernære opgaver, har en sundhedsfaglig uddannelse. Forudsætningen for et robust sundhedsvæsen med høj kvalitet og patientsikkerhed er, at medarbejderne i sundhedsvæsenet har kompetencerne til at levere en helhedsorienteret sygepleje og behandling.

Anbefaling 19: Kobling mellem uddannelse og job skal styrkes, så praksis- og ansvarschok undgås

Der er et stort frafald på flere af sundhedsuddannelserne, og mange nyuddannede oplever, at overgangen fra uddannelse til arbejde er svær. Der er solidt vidensgrundlag for, at gode praktik- og oplæringsforløb er afgørende for elever og studerendes kompetenceopbygning, gennemførelse af uddannelsen, overgang til arbejdslivet og efterfølgende beskæftigelse i faget. Indsatser som velfungerende praktik- og oplæringsforløb og brug af simulationstræning kan styrke overgangen fra uddannelse til arbejdsliv og mindske risikoen for praksis- og ansvarschok.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 19: Kobling mellem uddannelse og job skal styrkes, så praksis- og ansvarschok undgås

Samarbejdet mellem uddannelsesinstitutioner samt oplærings- og praktiksteder skal i højere grad systematiseres, gøres forpligtende og understøttes på strategisk niveau.

Det kan konkret handle om fælles forståelse og ambition for kvaliteten af den gode praktik/oplæring, udveksling af medarbejdere, kombinationsstillinger, fælles udviklings- og/eller forskningssamarbejde og fælles uddannelsessteder, som fx uddannelsesafsnit, uddannelsesplejehjem, simulationsfaciliteter mv.

Stærkere kobling mellem undervisning og praksis skal modvirke praksis- og ansvarschok. Elever og studerende skal i højere grad have mulighed for at træne færdigheder og kompetencer gennem praksisnære problemstillinger i undervisningen bl.a. gennem brug af simulationstræning. Koblingen mellem undervisning og praksis kan fx styrkes gennem undervisernes erfaringer fra kombinationsstillinger, med udgangspunkt i elever og studerendes konkrete oplevelser fra oplærings- og praktikforløbene eller erfaringer fra uddannelsesafdelinger og simulationsfaciliteter. Uddannelsesafdelinger bør tænkes ind i forbindelse med organiseringen af nye lære- og praktikpladser med henblik på at centrere, løfte og aflaste uddannelsesopgaverne i sundhedsvæsenet. Derudover skal sidste praktikforløb på professionsuddannelserne finde sted, umiddelbart før uddannelserne afsluttes, så de studerende får en lettere overgang fra studie- til arbejdsliv.

Vejlederopgaven på erhvervs- og professionsuddannelser skal opprioriteres. Vejlederopgaven på praktik- og oplæringsstedet skal professionaliseres og understøttes strukturelt og på ledelsesniveau. Det kan ske gennem løbende kompetenceudvikling til vejledere, udbredelse af gode erfaringer med medarbejdere dedikeret til vejlederopgaven, og at der lokalt arbejdes hen imod et passende forhold mellem antal elever og studerende pr. vejleder.

Der skal være lære- og praktikpladser for sundhedsuddannelserne i hele sundhedsvæsenet. Der skal være en langt større andel af lære- og praktikpladser i primærsektoren

og andre steder i den offentlige sektor, fx hospices, forsvaret, fængsler mv. Samtidig skal praksissektoren og den private hospitalssektor stille flere lære- og praktikpladser til rådighed til elever og studerende fra flere forskellige sundhedsuddannelser. Udbredelsen af uddannelsesopgaven skal medvirke til at aflaste de dele af sundhedsvæsenet, hvor uddannelsesopgaven er vokset over tid, og at lære- og praktikpladser og klinikophold i højere grad afspejler arbejdsmarkedet.

Kommissionen vurderer, at der er potentiale for, at styrkede praktik- og oplæringsforløb og samarbejde mellem uddannelsesinstitution og praksis på både kort og lang sigt kan medvirke til at robustgøre sundhedsvæsenet gennem nedbringelse af frafald på uddannelserne og øget tilknytning af nyuddannede. Implementering kan ske løbende.

Anbefaling 20: Mere strategisk og langsigtet styring af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

Fremskrivninger peger på, at vi i fremtiden vil mangle særligt personale med kompetencer inden for det patient- og borgernære arbejde. Der er i dag ikke et samlet overblik over udbuddet af sundhedsfaglige uddannelser, og der findes ikke styringsmekanismer, som på et analytisk grundlag kan målrette antallet af studiepladser til behovet på sundheds- og ældreområdet.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 20: Mere strategisk og langsigtet styring af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

Der skal skabes bedre overblik over udbuddet af de sundhedsfaglige uddannelser. Der skal på tværs af geografi og uddannelsesinstitutioner skabes et overblik over det samlede udbud af studiepladser på de sundhedsfaglige professionsuddannelser med henblik på en mere langsigtet og strategisk styring af udbuddet af uddannelser.

Der skal dimensioneres efter samfundets nuværende og fremtidige behov. Der skal foretages en strategisk og langsigtet dimensionering af de sundhedsfaglige uddannelser med analytisk afsæt i efterspørgslen. Det skal sikre, at dimensioneringen afspejler samfundets fremtidige behov for en bred og højt kvalificeret arbejdsstyrke, der modsvarer befolknings- og sygdomsudviklingen, fx kompetencer til det patient- og borgernære arbejde.

Samfundsmæssige udfordringer, der kan have betydning for sundheds- og ældreområdet, skal belyses. Analyser om udviklingen på sundheds- og ældreområdet skal ligge til grund for dimensioneringen af de sundhedsfaglige professionsuddannelser og udviklingen af social- og sundhedsuddannelserne, samt opkvalificeringen af social- og sundhedsmedarbejderne, som fastlægges af henholdsvis de faglige udvalg og efteruddannelsesudvalg. Det kan bl.a. være fremskrivninger af den fremtidige arbejdsstyrke. Det skal undersøges, hvordan arbejdet organisatorisk kan understøttes.

Kommissionen vurderer, at dimensionering af de sundhedsfaglige uddannelser kan medvirke til, at der i højere grad uddannes til de behov, der er i sundhedsvæsenet og på ældreområdet på længere sigt. Effekt og implementering har en længere tidshorisont.

Implementering og opfølgning

IMPLEMENTERING AF KOMMISSIONENS ANBEFALINGER

En lang række af kommissionens anbefalinger kræver faglig forankring og implementering i stat, regioner og kommuner samt i uddannelsessektoren. Med anbefalingerne følger således en stor implementeringsopgave blandt ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. En del af forankringen skal understøttes af faglige retningslinjer. Nogle af retningslinjerne skal udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante parter. Disse anbefalinger kan implementeres løbende.

Flere af kommissionens anbefalinger forudsætter drøftelser mellem arbejdsmarkedets parter om den konkrete tilrettelæggelse og udmøntning. Disse drøftelser går forud for, at anbefalingerne konkret kan implementeres.

Nogle anbefalinger har en længere tidshorisont. Det drejer sig fx om de anbefalinger, der indebærer politiske beslutninger, eller forudsætter at der vedtages ny lovgivning. Implementering af disse anbefalinger har derfor en længere tidshorisont.

Kommissionen vurderer desuden, at enkelte af anbefalingerne skal udfoldes som led i arbejdet i den nedsatte Sundhedsstrukturkommission for derefter at kunne implementeres. Disse anbefalinger har derfor også en længere tidshorisont.

OPFØLGNING

Kommissionen har arbejdet ud fra formålssætningen, at der i et robust sundhedsvæsen er tid til den enkelte patient og borger, og det er derfor kommissionens ambition, at de samlede anbefalinger skal skabe forandringer, som kan mærkes for både patienter, borgere og medarbejdere. Der kan følges op på kommissionens anbefalinger med flere mulige målsætninger og indikatorer, som fx:

- Reduktion i omfanget af uhensigtsmæssig behandling
- Reduktion i antallet af genindlæggelser
- Reduktion i ventetider
- Stigning i andelen af patienter, der oplever at være med til at træffe beslutninger om egen undersøgelse/behandling, fx i den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)
- Stigning i andelen af personalet, der går op i tid
- Større andel af personalet indgår i vagtarbejdet

- Reduktion i personaleomsætningen
- Nedbringelse af frafald på sundhedsuddannelserne
- Stigning i antal stillinger, der kombinerer forsknings- og kvalitetsarbejde med patient- og borgernære funktioner
- Stigning i udbredelsen af introforløb for nyuddannede
- Stigning i andelen af studerende, der føler sig klædt på til praksis
- Flere praktikpladser i primærsektoren og andre steder i den offentlige sektor end hidtil.

Implementeringen af anbefalingerne har forskellige tidsperspektiver, og nogle anbefalinger vil skulle virke i flere år, før de begynder at få en mærkbar effekt. Det betyder samlet set, at anbefalingerne vil have forskellige tidshorisonter, hvilket der skal tages højde for i opfølgningen.

Litteraturliste

Aust, B., Møller, J. L., Nordentoft, M., Frydendall, K. B., Bengtsen, E., Jensen, A. B., Garde, A. H., Kompier, M., Semmer, N., Rugulies, R., & Jaspers, S. Ø. 2023. "How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews". *Scandinavian journal of work, environment & health*. 49(5): 315–329. DOI: 10.5271/sjweh.4097.

Backhaus, L. & Vogel, R. 2022. "Leadership in the Public Sector: A Meta-Analysis of Styles, Outcomes, Contexts, and Methods". *Public Administration Review*. 82(6): 986–1003. DOI:10.1111/puar.13516.

Bech, M. & Gaardboe, O. 2020. Der er mange gode grunde til, at vi skal tale mere om døden - også sundhedsøkonomiske. *Ugeskrift for Læger*. <https://ugeskriftet.dk/debat/der-er-mange-gode-grunde-til-vi-skal-tale-mere-om-doden-ogsaa-sundhedsokonomiske>.

Behandlingsrådet. 2023. *Om os*. <https://behandlingsraadet.dk/om-behandlingsradet>.

Berwick, D. M. 2017. Avoiding overuse - the next quality frontier. *Lancet*. 390(10090): 102–104. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32570-3.

Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet & Danske Regioner. 2022. *Eksternt vikararbejde for sygeplejersker i det regionale sygehusvæsen*. <https://bm.dk/media/21537/bilag-1-vikaranalyse-delrapportering-1-eksternt-vikararbejde-for-sygeplejersker-i-det-regionale-sygehusvaesen.pdf>.

Brodersen, J., Schwartz, L. M., Heneghan, C., O'Sullivan, J. W., Aronson, J. K. & Woloshin, S. 2018. Overdiagnosis: What it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 23(1): 1–3. DOI: 10.1136/ebmed-2017-110886.

Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., Nagpal, S., Saini, V., Srivastava, D., Chalmers, K., & Korenstein, D. 2017. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 8/390(10090): 156–168. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5.

Callesen, U. 2020. *Ledelsesspænd handler om mere end antallet af medarbejdere*. *Dansk selskab for ledelse i sundhedsvæsenet*. <https://dssnet.dk/ledelsesspaend-handler-om-mere-end-antal-et-af-medarbejdere>.

Carenet, Danish.Care & Teknologisk Institut. 2022. *Velfærdsteknologi i de danske kommuner*. https://www.teknologisk.dk/_/media/85535_Velf%C6rdsteknologi%20i%20de%20danske%20kommuner%20%282022%29.pdf.

Damvad Analytics. 2021. *Behovet for velfærdsuddannede i 2030 - Prognose fordelt på landsdele*. <https://xn--danskeprofessionshjskoler-xtc.dk/wp-content/uploads/2021/05/Damvad-Final-07-05-2021.pdf>.

Danmarks Evalueringsinstitut. 2015. *Det svære uddannelsesvalg. En undersøgelse af gymnasieelevers valgprocesser*. <https://www.eva.dk/videregaaende-uddannelse/svaere-uddannelsesvalg>.

Danmarks Evalueringsinstitut. 2019. *Sammenhæng mellem unges begrundelser for studievalg og frafald på de videregående uddannelser*. <https://www.eva.dk/videregaaende-uddannelse/sammenhaenge-mellem-unges-begrundelser-studievalg-fracald-paa>.

Danmarks Evalueringsinstitut. 2021. *Begrundelser for studievalg. Hvem lægger fokus på hvad?* <https://www.eva.dk/videregaaende-uddannelse/begrundelser-studievalg-laegger-fokus-paa>.

Danmarks Evalueringsinstitut. 2022. *Valg og fravalg af velfærdsuddannelserne. Analyse af spørgeskemabesvarelser fra studerende med særligt fokus på Region Hovedstaden.* <https://www.eva.dk/videregaende-uddannelse/valg-fravalg-velfaerdsuddannelserne>.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2022. *Kvalitet og forenkling af dokumentation: Inspirationskatalog på baggrund af erfaringer fra Sønderborg Kommune til alle, der ønsker at forenkle dokumentationsprocesser og skabe mere tid til – og kvalitet for – borgerne.* <https://patientsikkerhed.dk/wp-content/uploads/2023/02/inspirationskatalog-kvalitetogforenkling-september2022.pdf>.

Danske Regioner & Dansk Sygeplejeråd. 2022. *Principper for introduktionsforløb for nyuddannede sygeplejersker.* <https://www.regioner.dk/media/22022/principper-for-introduktionsforloeb-for-nyuddannede-sygeplejersker-2022.pdf>.

Dare Disrupt. 2018. *Fem Teknologiske Temaer.* <https://www.kl.dk/media/15341/kommunernes-teknologiske-fremtid-fuld-version.pdf>.

De Økonomiske Råd. 2009. *Dansk Økonomi. Kapitel 2: Sundhed.* https://dors.dk/files/media/rapporter/2009/e09/e09_kapitel_2.pdf.

DEA. 2023. *Til kamp for kompetencerne. DEAs årsdagsanalyse 2023.* <https://www.datocms-assets.com/22590/1683019346-deas-arstdagsanalyse-2023-til-kamp-for-kompetencerne.pdf>.

Deloitte. 2018. *Analyse af barrierer for udbredelse af nye teknologier.* <https://digst.dk/media/16769/analyse-af-barrierer-1.pdf>.

Deloitte & Kraka. 2022. *Small Great Nation. Den offentlige sektor – velfærdsstatens juvel?* https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/dk/Documents/about-deloitte/SGN11_Den%20offentlige%20sektor%20-%20velf%C3%A6rdsstatens%20juvel.pdf.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2017. *Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner – Hvad virker? En systematisk gennemgang af forskning i interventioner rettet mod det psykosociale arbejdsmiljø samt en oversigt over viden om implementering af arbejdspladsinterventioner.* <https://nfa.dk/da/Forskning/Udgivelse?journalId=6d3eaccf-e2e0-41b0-aaaf-378424dafcc2>.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2020. *Videnskabelige anbefalinger om tilrettelæggelse af natarbejde så risiko for ulykker, kræft og graviditetskomplikationer mindskes.* <https://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2020/videnskabelig-anbefalinger-om-tilrettelaeggelse-af-natarbejde>.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2021. *SeniorArbejdsliv – Muligheder og barrierer for et langt og sundt arbejdsliv i Danmark. Tidsudvikling fra 2018 til 2020.* <https://nfa.dk/da/Forskning/Udgivelse?journalId=4764a913-ecf-4433-9ff9-8fda0f95aa03>.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2022. *Sammenhænge mellem kombinationer af faktorer i det psykosociale arbejdsmiljø og helbredsrelaterede udfald blandt arbejdstagere i Danmark.* <https://nfa.dk/forskning/udgivelse?journalid=f4591130-934b-48ee-81e0-affad5ea95c5>.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2023. *Motiver, muligheder og barrierer for et længere arbejdsliv i Danmark. SeniorArbejdsliv: tidsudvikling fra 2018 til 2022.* https://www.seniorarbejdsliv.dk/wp-content/uploads/Lars-L-Andersen_2023_SAL-rapport_Tidsudvikling-2018-2022.pdf.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2023. *Push- og stay-faktorer for sundhedspersonale.*

Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning (KORA). 2016. *Arbejdstilrettelæggelse på danske hospitaler. Hvordan udføres og opleves arbejdstilrettelæggelsen blandt udvalgte faggrupper på 12 hospitalsafdelinger?* <https://www.vive.dk/da/udgivelser/arbejdstilrettelaeggelse-paa-danske-hospitaler-4vl0m6vj/>.

Digitaliseringsstyrelsen. 2023. *Analyse: Videomøder i den offentlige sektor.* <https://digst.dk/media/28721/digitaliseringsstyrelsen-videomoeder-i-den-offentlige-sektor-april-2023.pdf>.

- Dubois, C. & Singh, D. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources Health*. 7/87. DOI: 10.1186/1478-4491-7-87.
- Finansudvalget. 2019. Notat: *Betydningen af delvis sund aldring*. <https://www.ft.dk/samling/20182/almadel/fiu/bilag/41/2077458.pdf>.
- FOA. 2021. *Behov for social- og sundhedsassistenter- og hjælpere, 2020 til 2030. På baggrund af flere ældre og medarbejdere der pensioneres*. <https://via.ritzau.dk/data/attachments/00539/1d72e727-b0fb-472c-aced-30e678b791bf.pdf>.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 376(9756): 1923–1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J. James, L., Jones, J., Recio-Saucedo, A. & Simon, M. 2014. *The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements*. <https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/association-between-patient-safety-outcomes-and-nurse-healthcare-assistant-skill-mix-and-staffing-levels.pdf>.
- Hagedorn-Rasmussen, P., Clausen, T., Abildgaard, J. S., Aust, B., Grønvad, M. T., Lund, H. L., & Thomsen, R. 2021. *Psykosocialt arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser. En kortlægningsrapport*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. <https://www.forhandlingsfaellesskabet.dk/media/hdvctjhx/psykosocialt-arbejdsmiljo-p-regionale-arbedspladser-en-kortl-gningsrapport.pdf>.
- Hagedorn-Rasmussen, P., Clausen, T., Abildgaard, J. S., Aust, B., Grønvad, M. T., Lund, H. L., & Thomsen, R. 2021. *Psykosocialt arbejdsmiljø på regionale arbejdspladser. Sammendrag af kortlægningsrapport*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. <https://nfa.dk/da/Forskning/Udgivelse?journalid=8e60ea12-597b-40e9-80ae-3cf2a7bf0601>.
- Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E., & Ashley, C. 2016. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *Journal of clinical nursing*. 25(9–10): 1193–1205. DOI: 10.1111/jocn.13224.
- HBS Economics. 2021. *Hvad er omkostningen ved at sygeplejersker skifter job? Analyse udarbejdet for Dansk Sygeplejeråd*. https://hbseconomics.com/wp-content/uploads/2022/10/Sygeplejerskers-bev%C3%A6gelser-mellem-brancher-og-sektorer_endelig.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2023. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. I: Departementenes sikkerheds- og serviceorganisasjon, red: Norges offentlige utredninger. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/nou/nou202320230004000dddpdfs.pdf>.
- HK & KL. 2022. *Struer Kommune: Opgavekompasset gav overblik over opgaverne*. <https://vpt.dk/aeldre-og-sundhed/struer-kommune-opgavekompasset-gav-overblik-over-opgaverne>.
- Holm, T. & Secher, L. 2020. *Erfaringsbaseret viden i relation til simulation som pædagogisk metode*. <https://videnscenterportalen.dk/vfv/wp-content/uploads/sites/6/2020/09/Interviewfindings.pdf>.
- Holmegaard, H. T., Møller Madsen, L. & Ulriksen, L. 2012. To Choose or Not to Choose Science: Constructions of desirable identities among young people considering a STEM higher education programme. *International Journal of Science Education*. 36:2, 186–215.
- Implement. 2023. *Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet*. (Vedlagt som bilag).
- Implement. 2023. *Litteraturstudie – Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet*. (Vedlagt som bilag).

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. *Fastholdelse af sygeplejersker på sygehusene*. <https://benchmark.dk/Media/638225133448272440/Hele%20rapporten%20inkl.%20bilag.pdf>.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. 2023. *Fastholdelse af social- og sundhedspersonalet på det kommunale ældreområde*. <https://benchmark.dk/Media/638229361679940110/Hele%20analysen%20inkl.%20bilag.pdf>.

IRIS Group & HBS Economics. 2021. *Mismatch på det danske arbejdsmarked i 2030*. <https://ida.dk/media/9067/mismatch-paa-det-danske-arbejdsmarked-2030.pdf>.

IT-branchen. 2022. *Katalog over løsninger til sundhedssektoren*. <https://itb.dk/katalog-over-loesninger-til-sundhedssektoren/>.

IT-Branchen. 2023. *Teknologi skal fremtidssikre sundhedsvæsenet*. <https://itb.dk/wp-content/uploads/2023/06/teknologi-skal-fremtidssikre-sundhedsvaesenet.pdf>.

Jacobsen, C. B., Hansen, A. L. & Pedersen, L. D. 2022. Not too narrow, not too broad: Linking span of control, leadership behavior, and employee job satisfaction in public organizations. *Public administration review*. 07/2023, 83(4): 775–792. DOI: 10.1111/puar.13566.

Jakobsen, M. L., Kjeldsen, A. M. & Pallesen, T. 2023. Distributed leadership and performance-related employee outcomes in public sector organizations. *Public Administration*. 101(2):500–521. DOI: 10.1111/padm.12801.

Jensen, D. E. Ø. B. 2022. *Nødplan har vist sig at være nøglen til fremtiden*. <https://kost.dk/noed-plan-har-vist-sig-vaere-noeglen-til-fremtiden>.

Juul, T. M., Pless, M. & Katznelson, N. 2016. *Uddannelsesvalg, vejledning og karrierelæring i et ungeperspektiv. Centrale konklusioner fra følgeforskningsprojektet 'Fremtidens Valg og Vejledning'*. https://www.cefu.dk/media/455957/resume_uddannelsesvalg_vejledning_og_karrierel_ring_i_et_ungeperspektiv_interaktiv.pdf.

Juul, T. M. 2018. *Det 'sikre' valg i en uvis fremtid: En sociologisk analyse af unges motiver for valg af ungdomsuddannelse*. Ph.d.-afhandling. Aalborg Universitet. <https://vbn.aau.dk/da/publications/det-sikre-valg-i-en-uvis-fremtid-en-sociologisk-analyse-af-unges->.

Jørgensen, O. 2022. *Norsk ekspert: Flere på fuldtid er win-win-win*. Forhandlingsfællesskabet. <https://www.forhandlingsfaellesskabet.dk/media/w3mhgzx/debatopl-g-af-leif-moland.pdf>.

Keppeler, F., Højberg, N., Jacobsen, C. B. & Pedersen, A. T. 2023. *Det ved vi om rekruttering: White paper om evidensbaserede strategier til rekruttering i den offentlige sektor*. DOI: 10.17605/OSF.IO/J7G9S.

Kjeldsen, A. M. 2012. Vocational study and public service motivation: Disentangling the socializing effects of higher education. *International Public Management Journal*. 15(4): 500–524. DOI: 10.1080/10967494.2012.761078.

KL & Forhandlingsfællesskabet. 2020. *En fremtid med fuldtid. En arbejdsbog til forankring af fuldtidsindsatsen i jeres kommune*. <https://www.forhandlingsfaellesskabet.dk/pjecer/pjecer-i-samarbejde/e/en-fremtid-med-fuldtid-arbejdsbog>.

KL & Forhandlingsfællesskabet. 2023. *Seniorsamtalen må ikke være afvikling*. <https://vpt.dk/sundhed/seniorsamtalen-maa-ikke-vaere-afvikling>.

KL. 2021. *Horsens Kommune: Unge spirer til SOSU-uddannelserne*. <https://www.kl.dk/arbejdsgiver/kl-casebank-rekrutteringsinitiativer-paa-aeldre-og-sundhedsomraadet/horsens-kommune-unge-spirer-til-sosu-uddannelserne/>.

KL. 2021. *Odense Kommune: Mere tid er bedre tid.* <https://www.kl.dk/arbejdsgiver/klc-casebank-rekrutteringsinitiativer-paa-aeldre-og-sundhedsomraadet/odense-kommune-mere-tid-er-bedre-tid/>.

KL. 2022. *Analysenotat. Udbud af og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsuddannelser – 2021.* <https://www.kl.dk/media/52003/udbud-af-og-efterspoergsel-efter-udvalgte-velfaerdsuddannelser-2021.pdf>.

KL. 2022. *Caseanalyse: 10 tidsbesparende teknologier med dokumenteret effekt.* <https://www.kl.dk/nyheder/os/raaderum/nr-4428-september-2022/caseanalyse-10-tidsbesparende-teknologier-med-dokumenteret-effekt/>.

KL. 2022. *Hedensted Kommune: Fra rulleplan til pusleplan giver bedre vagtdækning.* <https://www.kl.dk/arbejdsgiver/klc-casebank-rekrutteringsinitiativer-paa-aeldre-og-sundhedsomraadet/hedensted-kommune-fra-rulleplan-til-pusleplan-giver-bedre-vagtdaekning/>.

KL. 2022. *Københavns Kommune: Sprogindsats for elever med dansk som andetsprog forbereder sproglige kompetencer og reducerer frafald.* <https://www.kl.dk/arbejdsgiver/klc-casebank-rekrutteringsinitiativer-paa-aeldre-og-sundhedsomraadet/koebenhavns-kommune-sprogindsats-for-elever-med-dansk-som-andetsprog-forbereder-sproglige-kompetencer-og-reducerer-fracald/>.

KL. 2023. *Kommunernes teknologiradar 2023.* <https://videncenter.kl.dk/teknologier/kommunernes-teknologiradar/>.

KPMG & VIVE. 2022. *Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktion og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner. Analyserapport udarbejdet på vegne af Danish Life Science Cluster.* <https://www.vive.dk/da/udgivelser/styrkelse-af-digitale-kompetencer-inden-for-datadrevne-teknologier-til-brug-for-automatisering-praediktion-og-beslutningsstoette-hos-sundhedspersoner-2z1klnxj/>.

Krabbe, C. 2023. *Innovation bliver en fast del af medicinuddannelsen i København.* *Dagens Medicin.* <https://dagensmedicin.dk/innovation-bliver-en-fast-del-af-medicinuddannelsen-i-koebenhavn/>.

Larsen, K., Hansen, G., Østergaard, D., & Bruun, B. 2018. *Fremtidens kompetencer i sundhed: Litteraturstudie og interviewundersøgelse ved AAU og CHR, Region Hovedstaden.* <https://www.regionh.dk/CAMES/Udvikling/Udviklingsprojekter/Documents/Fremtidens%20Kompetencer%20i%20Sundhed%202018%20AAU%20og%20Region%20H.pdf>.

Ledelseskommisionen. 2017. *Offentlige ledere og ledelse anno 2017 – Samlet afrapportering fra Ledelseskommisionens spørgeskemaundersøgelse.* https://ledelseskom.dk/files/media/documents/publikationer/offentlige_ledere_og_ledelse_anno_2017_-_samlet_afrapportering_fra_ledelseskommisionens_spoergeskemaundersoegelse_2017.pdf.

Ledelseskommisionen. 2018. *Sæt borgerne først – Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften. Ledelseskommisionens rapport.* https://ledelseskom.dk/files/media/documents/hovedpublikationer/saet_borgerne_foerst_-_ledelseskommisionens_rapport.pdf.

Lægeforeningen. 2023. *Arbejdskraftsanalysen 2023. Stor efterspørgsel på sundhedspersonale i 2030 og 2045 – behov for prioritering.* https://www.laeger.dk/media/lbcpebgy/arbejdskraftanalyse2023_28-03-2023.pdf.

Mathisen, J. & Hulvej, N. R. 2021. *Forbedringer i det psykosociale arbejdsmiljø kan bidrage til fastholdelse af medarbejdere på regionale arbejdspladser.* <https://www.regioner.dk/media/15110/rapport-om-forbedringer-i-det-psykosociale-arbejdsmiljoe-kan-bidrage-til-fastholdelse-af-medarbejdere.pdf>.

Medicinrådet. 2023. *Om os.* <https://medicinraadet.dk/om-os>.

- Moland, L. E. 2013. *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser*. <https://www.fafo.no/images/pub/2013/20317.pdf>.
- Morgan, D. J., Dhruva, S. S., Coon, E. R., Wright, S. M., & Korenstein, D. 2019. 2019 Update on Medical Overuse: A Review. *JAMA internal medicine*. 179(11): 1568–1574. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.3842.
- Muusmann. 2023. *Dosispakket medicin – en analyse*. <https://www.kl.dk/media/54102/dosispakket-medicin-hovedrapport.pdf>.
- Müskens, J. L. J. M., Kool, R. B., van Dulmen S. A., Westert, G. P. 2022. Overuse of diagnostic testing in healthcare: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 31:54–63. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-012576.
- Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer. 2022. *Rapport. Offentligt ansattes motivation*. <https://www.kl.dk/media/50794/afrapportering-om-undersogelsen-af-offentligt-ansattes-motivation.pdf>.
- Nielsen, M. E., Kuipers, F. L., Brædder, M. og Bernild, C. 2022. *Evalueringsrapport af projekt "Nytænkning af 6. og 7. semester"*. <https://www.kurh.dk/wp-content/uploads/sites/31/2023/01/evalueringsrapport-new-dec-2022.pdf>.
- Nordsjællands Hospital og Københavns Professionshøjskole. 2023. *Kommunikationspapir om Uddannelseshospitalet*. <https://www.kurh.dk/wp-content/uploads/sites/31/2022/01/kommunikationspapir-om-uddannelseshospitalet-rev-jan-2023.pdf>.
- OECD. 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*. DOI: 10.1787/9789264266414-en.
- Olsen, I., Andersen, L. B., Nielsen, V. L., Hansen, J. B., Pallesen, T., Nesbit, L. S. & Guul, L. K. 2011. *Deltidsbeskæftigelse på regionale arbejdspladser. Sammenfatning*. Aarhus Universitet. https://www.forhandlingsfaellesskabet.dk/media/647001/deltidsbesk_fdigelse_regionale_arbejdspladser__aarhus_universitet.pdf.
- Oxford Research. 2020. *The Expat Study 2020: An analysis of living and working in Denmark as an expat*. <https://oxfordresearch.dk/publications/expat-study-2020/>.
- PA Consulting. 2021. *Business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med hjertesvigt*. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/telemedicin/telemedicin_hjertesvigt/businesscase_telemedicin_hjertesvigt.pdf?la=da.
- PA Consulting. 2023. *Dokumentationspraksis i den kommunale ældrepleje*. <https://www.kl.dk/media/55953/dokumentationspraksis-i-den-kommunale-aeldrepleje-del-1-2023.pdf>.
- Pedersen, K. M. 2019. Sundhedsøkonomiske problemstillinger omkring palliation: End-of-life costs; QALY; cost-effectiveness. *Omsorg*. 4: 68–73.
- Pedersen, L. D., Hansen, A. L. & Jacobsen, Christian B. 2021. *Ledelsesspænd blandt afdelingssygeplejersker på danske hospitaler. En undersøgelse af afdelingssygeplejerskers ledelsesspænd, ledelsesadfærd og ledelsesvilkår. Datarapport med resultater*. <https://ps.au.dk/fileadmin/Statskundskab/CPL/Deskriptiv-LIS-Final.pdf>.
- PWC. 2023. *Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023*. (Vedlagt som bilag).
- Rambøll. 2018. *Kortlægning: Rekruttering og fastholdelse af social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner*. https://sum.dk/Media/5/0/Samlet_kortlaegning_af_rekrutteringsudfordringer.pdf.
- Regeringen. 2023. *Danmarks Konvergensprogram 2023*. https://fm.dk/media/27116/danmarks-konvergensprogram-2023_web.pdf.

Region Hovedstaden og Københavns Kommune. 2021. *Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden*. <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Rapport%20-%20IV%20Behandling%20-%20Sundhedsaftalen%20-.pdf>.

Region Hovedstaden. 2022. *Hovedstaden og Sjælland tager fælles ansvar for sundhedsvæsenet i hele østdanmark*. <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Hovedstaden-og-Sj%C3%A6lland-tager-f%C3%A6lles-ansvar-for-sundhedsv%C3%A6senet-i-hele-%C3%B8stdanmark.aspx>.

Region Hovedstaden: Center for Sundhed. 2022. *Model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling. Version 2.0*. <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/8.12.2022%20Udkast%20til%20aftale%20om%2072%20timers%20behandlingsansvar%20version%202.0.pdf>.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. 2022. *Overenskomst om almen praksis*. https://www.laeger.dk/media/bmhpnle/plo_overenskomst_2022_web-1.pdf.

Regionshospitalet Horsens. 2022. *Oplæringsstillinger giver nyuddannede sygeplejersker en god start*. <https://www.fagperson.regionshospitalet-horsens.dk/presse/nyheder/nyhedsarkiv-2022/oplaringsstillinger-giver-nyuddannede-sygeplejersker-en-god-start/>.

Schelde, N. 2022. *De mangler hverken jordemødre eller sygeplejersker på denne afdeling. Zetland*. <https://www.zetland.dk/historie/se6Dkg1Q-ae6EwI5D-dc793>.

Seniortænk tanken. 2019. *Fremtidens seniorarbejdsliv – anbefalinger fra Seniortænk tanken. Seniortænk tanken for et længere & godt seniorarbejdsliv*. https://bm.dk/media/11817/seniortaenketanken_rapport.pdf.

Shilton, T. R., Howat, P., James, R. & Lower, T. 2001. Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia: An historical overview. *Health Promotion Journal of Australia*. 12(2): 117-123.

Strategisk Partnerskab om Uddannelse. 2022. *Status på Praktik 2022. Partnerskabet om Sammenhængende Uddannelser*. <https://www.kp.dk/wp-content/uploads/2022/10/status-paa-praktik-2022-til-hjemmesiden.pdf?x65128>.

Strategisk Partnerskab om Uddannelse. 2023. *Status på Praktik 2023. Den årlige rapport i Strategisk Partnerskab om Uddannelse*. <https://www.kp.dk/wp-content/uploads/2023/06/status-paa-praktik-2023-til-hjemmesiden.pdf>.

Styrelsen for Forskning og Uddannelse. 2018. *Frafald og studieskift. Spørgeskemaundersøgelse blandt frafaldne studerende ved videregående uddannelser*. <https://ufm.dk/publikationer/2018/filer/frafald-og-studieskift.pdf>.

Sundheds- og Ældreministeriet. 2018. *Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter*. <https://sum.dk/Media/0/4/Sundheds-og-aeldreokonomisk-analyse-okt-2018.pdf>.

Sundhedsdatastyrelsen. 2021. *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sundhedsvaesenet/produktivitet-i-sygehussektoren>.

Sundhedsstyrelsen. 2022. *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Bilagsrapport*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/Samlet-fagligt-oplaeg-bilagsrapport.ashx?sc_lang=da&hash=CBB99E542386DDF0A2FF0FEC9804DAD1.

Sundhedsstyrelsen. 2022. *Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/L%C3%A6geprognose/Laengeprognose-2021-2045---udbud-det-af-laeger-og-speciallaeger.ashx?sc_lang=da&hash=9ED04DCAE11905A1B3232C3414FE3428.

Sørensen, J. K., Pedersen, J., Burr, H., Holm, A., Lallukka, T., Lund, T., Melchior, M., Rod, N. H., Rugulies, R., Siwertsen, B., Stansfeld, S., Christensen, K. B. & Madsen, I. E. H. 2023. Psychosocial working conditions and sickness absence among younger employees in Denmark: a register-based cohort study using job exposure matrices. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 49(4): 249–258. DOI: 10.5271/sjweh.4083.

Sørensen, T. K. & Nielsen, H. F. 2022. På sengeafdelingen får sygeplejersker hjælp fra kolleger i ambulatoriet til at dække de skæve vagter. *Jyllands-Posten*. <https://jyllands-posten.dk/indland/ECE14622482/paa-sengeafdelingen-faar-sygeplejersker-hjaelp-fra-kolleger-i-ambulatoriet-til-at-daekke-de-skaeve-vagter/>.

Task force om social- og sundhedsmedarbejdere. 2020. *Veje til flere hænder*. <https://www.uvm.dk/-/media/filer/uvm/aktuelt/pdf20/jun/200603-veje-til-flere-haender-task-force-om-social-og-sundhedsmedarbejdere.pdf>.

Uddannelses- og Forskningsministeriet. 2020. *Læringsbarometer*. <https://ufm.dk/uddannelse/statistik-og-analyser/danmarks-studieundersogelse/laeringsbarometer>.

Uddannelses- og Forskningsministeriet. 2022. *Data fra Danmarks Studieundersøgelse*. <https://ufm.dk/uddannelse/statistik-og-analyser/danmarks-studieundersogelse>.

Ung i Velfærd & Tietgenfonden. 2023. *Evaluering af projekt UNG I VELFÆRD. Et samarbejdsprojekt mellem 11 danske social- og sundhedsskoler og ansættende myndigheder i kommuner og regioner*. <https://tietgenfonden.dk/files/media/document/EVALUERINGSRAPPORT%20UNG%20I%20VELF%C3%86RD.pdf>.

United Nations: Department of Economic and Social Affairs. 2022. *E-Government Survey 2022. The Future of Digital Government*. <https://desapublications.un.org/sites/default/files/publications/2022-09/Web%20version%20E-Government%202022.pdf>.

Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom. 2022. *Multisygdom i Danmark. Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed*. <https://www.regioner.dk/media/23143/multisygdom-i-danmark-beskrivelse-af-sygdomsclustre-og-social-ulighed-27012023.pdf>.

VIVE. 2017. *Fem Megatrends Der Udfordrer Fremtidens Sundhedsvæsen*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen-3vy4ldvy/>.

VIVE. 2018. *Flere ældre og nye behandlingsmuligheder – Hvad kommer det til at koste? Udvikling i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/flere-aeldre-og-nye-behandlinger-lxml2lzd/>.

VIVE. 2019. *Kortlægning og komparativ analyse af modeller for nationalt behandlingsråd og sundhedsområdet*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kortlaegning-og-komparativ-analyse-af-modeller-for-nationalt-behandlingsraad-paa-sundhedsomaedet-yz2m00vl/>.

VIVE. 2020. *Fremtidens sundhedsudgifter – En analyse af sund aldring, "steeping" og teorien om alder som "red herring"*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/fremtidens-sundhedsudgifter-4xk8m6xr/>.

VIVE. 2020. *Ledelse af digitalisering – Videnskortlægning af den skandinaviske litteratur om ledelse af digitalisering*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/ledelse-af-digitalisering-3x8kbgxo/>.

VIVE. 2020. *Styrket sammenhæng for de svageste ældre – Registerbaseret effektevaluering af 11 satspuljeprojekter*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/styrket-sammenhaeng-for-de-svageste-aeldre-mxi3gbz4/>.

VIVE. 2022. *Analyse af social- og sundhedsfagenes image og imageudfordringer*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/analyse-af-social-og-sundhedsfagenes-image-og-imageudfordringer-3x82qoxo/>.

VIVE. 2023. *Efter-/ videreuddannelse i sundhedsvæsenet*. (Vedlagt som bilag).

VIVE. 2023. *Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet – Notat med foreløbige resultater af to kvalitative analyser.* <https://www.vive.dk/da/udgivelser/eksterne-vikarer-paa-hospitals-og-aeldre-omraadet-5xpn15v7/>.

VIVE. 2023. *Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet – Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder.* (Vedlagt som bilag).

Vælg Klogt. 2022. *Blodprøver.* <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/blodproever>.

Vælg Klogt. 2022. *Diabeteskonsultation.* <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/diabeteskonsultation>.

Wahlers, A. 2023. *Signe løb med DM i Skills; SKILLSDENMARK. 2023. Guldvindere fundet i 45 fag ved DM i Skills 2023. Fagbladet FOA.* <https://www.fagbladetfoa.dk/Artikler/2023/02/04/Signe-loeb-med-DM-i-sosu-Skills>.

West, M., Bailey, S. & Williams, E. 2020. *The courage of compassion: Supporting nurses and midwives to deliver high-quality care.* https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2020-09/The%20courage%20of%20compassion%20full%20report_0.pdf.

Whitty, C. J. M., MacEwen, C., Goddard, A., Alderson, D., Marshal, I. M. & Calderwood, C. 2020. *Rising to the challenge of multimorbidity. BMJ.* 368/l6964. DOI: 10.1136/bmj.l6964.

WHO. 2010. *Global code of practice on the international recruitment of health personnel.* https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf.

WHO. 2013. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization Guidelines 2013.* <https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals%E2%80%99-education-and-training>.

Witten, Peter. 2023. *Sagde farvel til gode kollegaer – nu vil de tilbage til jobbet. Nordjyske.dk.* <https://nordjyske.dk/nyheder/aalborg/hospital-overrasket-det-er-mega-positivt/4158640>.

Witthøfft, Anne. 2022. *Plejeportører aflaster sygeplejersker. Sygeplejersken. årgang 2022 nr. 9. s 10* <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/sygeplejersken-argang-2022-nr-9/plejeportorer-aflaster-sygeplejersker/>.

Yaqoob Mohammed Al Jabri, F., Kvist, T., Azimirad, M. & Turunen, H. 2021. *A systematic review of healthcare professionals' core competency instruments. Nursing & health sciences.* 23(1): 87–102. DOI: 10.1111/nhs.12804.

Figurer og bokse

Indledning

Boks 1: Kommissionens medlemmer pr. september 2023

Status

Figur 1. Udviklingen i ældre aldersgrupper, 2000-2050

Figur 2. Demografisk udvikling i befolkningen, 2023-2050

Figur 3.a. Andel 80+ årige - 2023

Figur 3.b. Andel 80+ årige - 2050

Figur 4. De gennemsnitlige udgifter pr. borger til sundheds- og omsorgsydelse, 2021

Figur 5. Samlede offentlige udgifter til sundheds- og omsorgsydelse, fordelt på alderstrin, 2021

Figur 6. Fremskrevet udvikling i udgifter fordelt på specialer i det sekundære sundhedsvæsen, 2019-2045

Boks 2. Øvrige faktorer med betydning for vækst i sundhedsvæsenets udgifter

Figur 7. Andel borgere med én eller flere udvalgte kroniske sygdomme, fordelt på aldersgrupper, 2022

Boks 3. Eksempler på kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet

Figur 8.a. Forventet middellevetid for 0-årige, 1974-2020

Figur 8.b. Relativ 5-års overlevelse af kræft for kvinder, 1971-2020

Figur 9.a. Andel af befolkningen over 16 år med minimum en psykisk lidelse

Figur 9.b. Andel af befolkningen med minimum en psykisk lidelse, aldersfordelt

Figur 10. Antal personer med minimum én diagnose på psykisk lidelse pr. 100.000 indbyggere

Figur 11.a. Sundheds- og ældreområdet som andel af bruttoværditilvækst (BVT)

Figur 11.b. Sundheds- og ældreområdet som andel af offentlige udgifter

Figur 12. Sundheds- og ældreområdet som andel af bruttonationalprodukt (BNP), OECD-tal, 2022

Figur 13. Andelen af den samlede beskæftigelse ansat i det offentlige sundhedsvæsen og på plejehjem mv., 1966-2022

Figur 14. Andel af den samlede beskæftigelse ansat i sundhedsvæsenet og ældreområdet i EU og EØS, 2022

Figur 15. Andel af befolkningen med kontakt til hver af sundhedsvæsenets sektorer, 2009 og 2019

Figur 16. Indeks for antal kontakter til sundhedsvæsenet, 2009–2022, sektorfordelt

Figur 17. Indeks for sundhedsudgifter for udvalgte aktører, 2010–2022

Figur 18. Beskæftigede i sundhedsvæsenet herunder på plejehjem og i hjemmeplejen

Figur 19. Personalegrupper i sundhedsvæsenet og ældreplejen, fuldtidspersoner, 2021

Figur 20. Ændring i sundhedspersonale i arbejdsstyrken fra 2000 til 2020

Figur 21.a–d. Antal personer med primær beskæftigelse i udvalgte sektorer i sundhedsvæsenet efter uddannelse

Figur 22. Antal personale pr. borger fordelt efter arbejdsstedsregion, 2020

Figur 23. Antal læger og sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere i EU og EØS, 2020

Figur 24. Uddannelsesniveau for ansatte i sundhedsvæsenet og ældreplejen, andele

Figur 25. Udenlandske sundhedspersoner fordelt på faggrupper, 2020

Figur 26. Antal af modtagne ansøgninger fra lande uden for EU/EØS, 2016–2022

Figur 27. Udvikling i produktiviteten på sygehusene samt udviklingen i den gennemsnitlige liggetid på de somatiske sygehuse, 2013–2018

Figur 28. Antal årlige kontakter (indlæggelser samt ambulante ophold) i sygehusvæsenet pr. sundhedsfaglig fuldtidsmedarbejder

Figur 29. Indeks over udvikling i antal sundhedsfagligt personale og aktiviteten på de offentlige sygehuse, 2019–2022

Figur 30.a. Andel forløb hvor udredningsretten er overholdt, somatikken

Figur 30.b. Ventetid i dage til behandling på sygehus, somatikken

Figur 31. Andel forgæves rekrutteringsforsøg blandt udvalgte sundhedsfaglige personalegrupper september til februar, 2019–2023

Figur 32. Forgæves rekrutteringsforsøg blandt udvalgte sundhedsfaglige personalegrupper, september 2022 til februar 2023

Figur 33.a. Forgæves rekrutteringsrate for læger

Figur 33.b. Forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker

Figur 33.c. Forgæves rekrutteringsrate for SOSU-assistenten

Figur 33.d. Forgæves rekrutteringsrate for SOSU-hjælpere

Figur 34. Forholdet mellem den erhvervsaktive befolkning og personer i folkepensionsalderen

Figur 35. Mekaniske fremskrivninger af ændring i udbud af og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsmedarbejdere i 2030 målt i forhold til 2019

Figur 36. Fremskrivning af udbud af antal læger i arbejdsstyrken, 2021–2045

Boks 4. Norsk fremskrivning af behov for sundhedspersonale i 2040

Figur 37. Andel sundhedsuddannede i beskæftigelse på sundheds- og ældreområdet 20 år efter endt uddannelse

Figur 38. Nettoændring i sygeplejerskers beskæftigelse på de offentlige sygehuse, oktober 2019 – maj 2023

Figur 39. Nettoændring i sygeplejerskers beskæftigelse på de offentlige sygehuse, opdeling af nettoafgangen til det øvrige social- og sundhedsvæsen, oktober 2019 – maj 2023

Figur 40. Personaleafgang for sygeplejersker på akutmedicinske og medicinske afdelinger fra 2020 til 2023

Figur 41. Andel af sundhedsuddannede i beskæftigelse fordelt efter alder, 2020

Figur 42. Andel deltidsansatte blandt udvalgte regionalt og kommunalt ansatte

Figur 43. Andel arbejdstimer der ligger om aftenen, natten eller i weekenden, opdelt på udvalgte personalegrupper, 2021

Figur 44. Antal sygefraværdsdage blandt offentligt ansat sundhedspersonale

Figur 45. Motivationstyper på tværs af sektorer

Figur 46. Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om indflydelse

Figur 47. Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om udviklingsmuligheder

Figur 48. Andel af medarbejdere, der svarer "altid" eller "ofte" på spørgsmål om arbejdstempo og -mængde

Figur 49. Tilgang af sundhedsfaglige studerende fra 2000 til 2022

Figur 50.a-i. Førsteprioritetsansøgninger, optag og tilgang, udvalgte uddannelser

Figur 51.a. Frafald på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser for studerende med studiestart 2019

Figur 51.b. Frafald på social- og sundhedsuddannelserne, 2022

Figur 52.a. Andel nyuddannede sygeplejersker som fortsat arbejder i samme branche to år efter endt uddannelse

Figur 52.b. Andel nyuddannede social- og sundhedsassistenter som fortsat arbejder i samme branche to år efter endt uddannelse

Viden

Boks 5. Eksempler på viden om uhensigtsmæssig behandling og diagnostik

Boks 6. Mulige drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling og indsatsområder

Boks 7. Eksempel på Vælg Klogt-anbefaling: Undgå diabeteskonsultationer for personer med velbehandlet diabetes

Boks 8. Eksempel på indsats der øger involvering af patient og borger: Dialog om patientens ønsker til livets afsluttende fase

Boks 9. Eksempler på indsatser der fremmer behandling på rette specialiseringsniveau

- Boks 10. Eksempler på indsatser der fremmer behandling på rette specialiseringsniveau
- Boks 11. U hensigtsmæssig dokumentation
- Boks 12. Mulige drivkræfter af uhensigtsmæssig dokumentation og indsatsområder
- Boks 13. Eksempel på indsats mod uhensigtsmæssig dokumentation: Sønderborg Kommunes projekt "Forenkling og kvalitet styrker omsorg og nærvær for borgeren"
- Boks 14. Eksempler på brug af kompetencer på tværs af geografi
- Boks 15. Eksempler på moden arbejdskraftbesparende teknologi
- Boks 16. Eksempler på modne teknologier der frigør tid til kerneopgaven
- Boks 17. Eksempel på håndtering af "høste-så-problematikken": Dosispakket medicin
- Boks 18. Viden om evidensbaserede rekrutteringsindsatser
- Boks 19. Viden om motivation
- Boks 20. Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og tilknytning
- Boks 21. Viden om effektive indsatser der har positive effekter i forhold til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø og/eller arbejdsmarkedstilknytning
- Boks 22. Eksempler på indsatser der har fokus på øget indflydelse, fleksibilitet og arbejdstid
- Boks 23. Viden om effektive indsatser der kan forbedre introduktionen af nyansatte og nyuddannede
- Boks 24. Eksempler på indsatser der har fokus på tilknytning af nyuddannede
- Boks 25. Viden om ledelsesfaktorer med positiv effekt på arbejdsmiljø og fastholdelse
- Boks 26. Eksempler på ledelse der fremmer tilknytning
- Boks 27. Viden om ledesspænd i sundhedsvæsenet
- Boks 28. Viden om grunde til henholdsvis at forlade og fortsætte på arbejdsmarkedet for sundhedspersonale
- Boks 29. Eksempler på indsatser der har fokus på tilknytning af seniorer
- Boks 30. Eksempel på rekruttering af udenlandsk arbejdskraft
- Boks 31. Viden om befolkningen og arbejdsgiveres holdning til brug af udenlandsk arbejdskraft
- Boks 32. Viden om forhold der har betydning for rekruttering til uddannelser
- Boks 33. Eksempler på indsatser der skal tiltrække studerende og elever
- Boks 34. Viden om forhold der har betydning for frafald
- Boks 35. Eksempler på tilrettelæggelse af praktikforløb
- Boks 36. Simulationstræning kan bidrage med øget læringsudbytte og mindske praksis- og ansvarschok

Boks 37. Eksempel på indsats målrettet sproglige udfordringer: Sprogstøtte mindsker frafald blandt social- og sundhedselever i Københavns Kommune

Boks 38. Hovedkonklusioner fra analyse af efter- og videreuddannelserne på sundheds- og ældreområdet

Boks 39. Viden om potentielle barrierer for mere fleksibel brug af kompetencer

Boks 40. Eksempler på fleksibel brug af kompetencer

Appendiks 2

Boks A.1. Terminologi og afgrænsninger i statuskapitlet

Tabel A.1. Personalegrupper i sundhedsvæsenet og ældreplejen, 2008 til 2021 – 1.000 personer

Boks A.2. Sund aldring

Figur A.1.a. Fordeling af de kommunale sundheds- og ældreudgifter, 2022

Figur A.1.b. Udvikling i udgifterne på det kommunale område, 2018-22

Figur A.2. Modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser, 2022

Figur A.3. Andelen af læger i landet som er uddannet i udlandet, 2020 (eller det nærmeste år tilgængeligt)

Figur A.4. Andelen af sygeplejersker i landet som er uddannet i udlandet (eller det nærmeste år tilgængeligt)

Figur A.5.a. Fordeling af statsborgerskab blandt fuldførte elever på social- og sundhedsuddannelserne, 2022

Figur A.5.b. Fordeling af statsborgerskab blandt dimittender på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser og kandidatuddannelsen i medicin, 2021 og 2022

Figur A.6. Beskæftigelsesstatus for udenlandske læger og sygeplejersker autoriseret i perioden 2016-2021

Figur A.7. Fordelingen af konsultationer i dagstid i almen praksis

Figur A.8. Borgernes ønske til digital kontakt med sundhedsvæsenet

Figur A.9. Andel kommuner der anvender skærmbesøg på specifikke områder, 2022

Figur A.10.a. Andel borgere som bruger sundhedsapps

Figur A.10.b. Andel borgere som søger efter helbredsmæssig information på internettet

Figur A.11. Befolkningens holdning til at benytte velfærdsteknologi i fremtiden

Figur A.12. Befolkningens holdning til brug af sundhedsdata

Boks A.3. Mekaniske fremskrivninger af udbud og efterspørgsel efter velfærdsmedarbejdere

Boks A.4. Sammendrag af fremskrivninger af det fremtidige behov for sundheds- og velfærdspersonale

Figur A.13.a. Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, sygeplejersker

Figur A.13.b. Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, jordemødre

Figur A.13.c. Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, social- og sundhedsassistenter

Figur A.13.d. Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, social- og sundhedshjælpere

Figur A.13.e. Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, bioanalytikere

Figur A.13.f. Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, læger

Figur A.14. Andel af befolkningen i beskæftigelse i alderen 55-64 år, 2022

Figur A.15. Fordeling af vagter á 8-timer inden for udvalgte medarbejdergrupper blandt sygehuspersonalet, 2021

Figur A.16. Andel arbejdstimer der ligger om aftenen, natten eller i weekenden i kommuner og regioner – opdelt på arbejdstid for udvalgte personalegrupper, 2022

Tabel A.2. Sundhedsprofessionelles psykiske arbejdsmiljø

Tabel A.3. Sundhedsprofessionelles psykiske arbejdsmiljø

Figur A.17.a-f. Besvarelser vedr. sygeplejerskers arbejdsmiljø, opdelt på afdelingstype, 2021

Figur A.18. Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om relationer til nærmeste kollegaer

Figur A.19. Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om ledelseskvalitet

Boks A.5. Hovedkonklusioner fra analyser udarbejdet for Robusthedskommissionen

Boks A.6. Viden om uhensigtsmæssig behandling

Boks A.7. Eksempler på danske prioriteringsorganer

Appendiks 1: Kommissorium og medlemsliste

Kommissorium for Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet

Sundheds- og plejepersonalet er sundhedsvæsenets allervigtigste ressource. Personalet er forudsætningen for god omsorg, pleje og behandling. Det kræver personale med både tid, rum og kompetencer til at løse kerneopgaven, og at arbejdet understøttes af god ledelse og planlægning.

Derfor nedsætter regeringen i forlængelse af den politiske aftale om sundhedsreformen en kommission, der skal komme med anbefalinger til løsninger, som kan håndtere de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, så der sikres robusthed i opgaveløsningen og adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet. Det gælder også løsninger på længere sigt, hvor der bliver flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser.

Kommissionen skal konkret komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven. Det kan fx være gennem bedre rekruttering til og tilrettelæggelse af grund- og videreuddannelser, bedre overgang fra uddannelse til praksis og styrket fastholdelse i jobbet. Og det kan være gennem mere fleksibel anvendelse af personaleressourcer, øget tværfaglig løsning af opgaver og ved at skabe større arbejdsglæde og tillid, så der undgås fx udbrændthed blandt personale. Endelig skal kommissionen komme med anbefalinger til smartere opgaveløsning gennem systemer og teknologier, der nedbringer bureaukrati og giver mere tid og bedre rum til at løse kerneopgaven.

Konkret skal kommissionen komme med anbefalinger til:

- Hvordan potentialer ved mere fleksibilitet mellem faggrænser kan synliggøres, fastholdes og udbredes i sundhedsvæsenet.
- Hvordan bedre arbejdstilrettelæggelse og medindflydelse på eget arbejde og egen arbejdstid kan mindske spidsbelastninger og samtidig sikre, at flere medarbejdere ønsker at arbejde på fuldtid, at flere deltager i vagtarbejde, og at flere medarbejdere får et langt arbejdsliv tæt på patient og borger.
- Nye organisationsformer, der bl.a. giver rum til kerneopgaven og styrker den tværfaglige opgaveløsning, fx ved organisering i mindre enheder, tværfaglig organisering, bedre vagtplanlægning og nye ledelsesformer, fx mindre ledelsesspænd, mere praksisnær faglig ledelse samt opgør med siloopdelt ledelse med mere tværfaglighed i ledelsen, herunder nedbryde hierarkier.
- Synlige, systematiske og også nye karriereveje, i bred forstand, der kan fastholde flere i klinisk eller patientnært arbejde længere, herunder erfarne kolleger, og eventuelle tiltag, der kan få endnu flere studerende til at tage klinisk eller patientnært arbejde ved siden af studierne.
- Bedre rekruttering til og tilrettelæggelse af grund- og videreuddannelser. Kommissionen skal ikke forholde sig til den konkrete dimensionering af enkelte uddannelser.
- Mulighederne for i højere grad at inddrage kortuddannede og andre personalegrupper end autoriserede sundhedspersoner i sundhedsfaglige kliniske opgaver, herunder også unge og ufaglærte, som måske senere ønsker at uddanne sig inden for sundhedsfagene.
- At vurdere muligheden for at autorisere eller på anden vis registrere social- og sundhedshjælpere, som har gennemført en uddannelse som social- og sundhedshjælper

(hovedforløb) på en SOSU-skole, herunder ift. betydningen for patientsikkerhed, smidig arbejdstilrettelæggelse og fastholdelse af medarbejdere.

- Mulighederne for bedre brug af udenlandsk arbejdskraft. Arbejdet skal ses i sammenhæng med et særskilt analysearbejde om, hvordan autorisationsprocessen for sundhedspersoner fra tredjelande kan optimeres.
- Hvordan geografiske forskelle kan reduceres, så der sikres adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet.
- Bedre anvendelse af kompetencer og diagnostisk udstyr på tværs af sektorer, fx røntgenundersøgelser tættere på borgerne, nye operationsforebyggende teknologier, mere hjemmebehandling.
- Mulighederne for bedre prioritering og målrettethed i visitationen, således at medarbejdernes tid bruges bedst til dem, der har mest behov.
- Rekruttering og fastholdelse i sundhedsvæsenet, herunder til uddannelserne, samt et arbejdsmiljø, der sikrer, at medarbejderne fastholdes i sundhedsvæsenet.

Kommissionen skal have fokus på et bredt spænd af personalegrupper på sundheds- og ældreområdet, herunder læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, social- og sundhedsmedarbejdere, bioanalytikere, psykologer, lægesekretærer, farmaceuter, farmakonomer, portører, servicemedarbejdere, ambulancereddere, paramedicinere m.v. Kommissionen skal også have fokus på faggrupper med specialiserede kompetencer, der forudsætter special- eller videreuddannelser. Kommissionen skal ikke forholde sig til overenskomstforhold eller spørgsmål omfattet af Lønstrukturkomiteens arbejde, herunder spørgsmål om løn. Generelt skal anbefalingerne udarbejdes under hensyntagen til og inden for rammerne af relevante overenskomst- og aftalemæssige forhold, samt spørgsmål omfattet af Lønstrukturkomiteens arbejde. Konklusioner eller afrapportering fra kommissionen må ikke udskydes med baggrund i Lønstrukturkomiteens arbejde.

Kommissionen skal inddrage relevante udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Kommissionens anbefalinger skal også være i overensstemmelse med intentionerne om, at mere behandling, pleje og omsorg kan ske tættere på borgeren, fx i nærhospitaler, i kommunen eller i borgerens eget hjem. Kommissionen skal ikke forholde sig særskilt til organiseringen af ældreområdet, men kan fokusere på områder hvor der er sammenhængende udfordringer mellem sundheds- og ældreområdet.

Kommissionen skal tage udgangspunkt i eksisterende viden, men kan bestille analyser om relevante emner inden for rammerne af kommissoriets opgavebeskrivelse, ligesom eksterne eksperter kan inviteres til at give oplæg. Kommission kan inddrage internationale erfaringer fra sammenlignelige lande.

Kommissionen skal løbende komme med anbefalinger, hvor de første anbefalinger skal forelægges regeringen primo 2023. Kommissionen skal afrapportere sine samlede anbefalinger senest ved udgangen af 2023. Der nedsættes en politisk følgegruppe blandt aftalepartierne bag sundhedsreformen som løbende vil blive inddraget i drøftelser om kommissionens anbefalinger. Der vil i den politiske følgegruppe også være drøftelse og dialog med relevante aktører, herunder KL, Danske Regioner, PLO og relevante patientorganisationer og faglige organisationer.

Kommissionen består af en formand, otte ekspertmedlemmer og otte medlemmer, der repræsenterer arbejdsmarkedets parter. Formanden og de otte ekspertmedlemmer udpeges af sundhedsministeren efter dialog med den politiske følgegruppe. Ekspertmedlemmerne udpeges i deres personlige egenskab og skal tilsammen have bred indsigt i sundhedsområdet og uddannelsesområdet, fx med kompetencer inden for sundhedsøkonomi, ledelse og organisering.

ring eller med erfaring fra sundhedsvæsenet. Heraf udpeges mindst en repræsentant fra uddannelsesområdet. De otte medlemmer, der repræsenterer arbejdsmarkedets parter består af tre repræsentanter fra Fagbevægelsens Hovedorganisation, et medlem fra Akademikerne, to medlemmer fra Danske Regioner og to medlemmer fra KL. Kommissionen skal løbende inddrage væsentlige aktører på området i sit arbejde, herunder fagforbund- og foreninger på sundhedsområdet, samt relevante parter og interessenter, der har kendskab til og erfaring med sundhedsvæsenets drift.

Der nedsættes et sekretariat i Sundhedsministeriet med deltagelse af Finansministeriet og Uddannelses- og Forskningsministeriet, der skal bistå kommissionen og formanden. Andre relevante ministerier, såsom Social- og Ældreministeriet og Beskæftigelsesministeriet, inddrages efter behov.

Udgangspunktet for kommissionens arbejde er udgiftsneutralitet. I det omfang at anbefalingerne indebærer merudgifter for det offentlige, skal der foreslås konkret modgående finansiering.

Medlemsliste for Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet

Kommissionen har bestået af en formand, otte medlemmer udpeget som eksperter og otte medlemmer udpeget som repræsentanter for arbejdsmarkedets parter. Der har undervejs været enkelte udskiftninger.

Formanden og de otte ekspertmedlemmer er udpeget af sundhedsministeren efter dialog med den politiske følgegruppe. Ekspertmedlemmerne er udpeget i deres personlige egenskab og har tilsammen bred indsigt i sundhedsområdet og uddannelsesområdet, fx med kompetencer inden for sundhedsøkonomi, ledelse, organisering og uddannelsesområdet.

De otte partsmedlemmer har bestået af tre repræsentanter fra Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), et medlem fra Akademikerne (AC), to medlemmer fra Danske Regioner og to medlemmer fra Kommunernes Landsforening (KL).

Kommissionsformand: Søren Brostrøm tidligere direktør, Sundhedsstyrelsen

Ekspertmedlemmer:

- Annemarie Hellebek, hospitalsdirektør, Bornholms Hospital
- Bodil Overgaard Akselsen, chefsygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Gødstrup
- Christian Bøtcher Jacobsen, professor i sundhedsledelse, Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse, Aarhus Universitet
- Klaus Larsen, IT-direktør, Region Nordjylland
- Mickael Bech, professor i sundhedsøkonomi og -ledelse, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet
- Per B. Christensen, formand, Danske SOSU-skoler
- Randi Brinckmann, dekan, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Københavns Professionshøjskole
- Thomas Kicær, administrerende direktør, Acure Privathospital

Lotte Bøgh Andersen deltog i stedet for Christian Bøtcher Jacobsen i efteråret 2022, mens Christian var på udlandsophold.

Partsledlemmer:

- Rikke Margrethe Friis, forhandlingsdirektør, Danske Regioner (udpeget af Danske Regioner)
- Ricco Dyhr, sygehusdirektør, Nykøbing Falster Sygehus (udpeget af Danske Regioner)
- Christian Harsløf, direktør KL (udpeget af KL)
- Helene Rasmussen, direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune (udpeget af KL)
- Nanna Højlund, næstformand, FH (udpeget af FH)
- Dorthe Boe Danbjørg, 2. næstforkvinde, Dansk Sygeplejeråd (udpeget af FH)
- Mona Striib, forbundsformand FOA (udpeget af FH)
- Lisbeth Lintz, formand Akademikerne (udpeget af AC)

Desuden har Katja Kayser, Torben Hollmann og Lizette Risgaard tidligere været udpeget som partsmedlemmer af kommissionen, men er udtrådt grundet jobskifte. De er blevet erstattet af hhv. Helene Rasmussen, Mona Striib og Nanna Højlund.

Appendiks 2: Metodevalg og supplerende materiale

Boks A.1

Terminologi og datamæssige afgrænsninger i statuskapitlet

Denne boks forklarer de definitioner og metodemæssige valg, der er foretaget i kapitlet.

Hvad forstås ved sundheds- og ældreområdet?

I kapitlet anvendes begrebet 'sundheds- og ældreområdet' som en samlet betegnelse for sundheds- og ældreindsatser i regioner, kommuner, praksissektor og i det private. Det dækker over det offentlige og det private sundhedsvæsen, herunder bl.a. offentlige og private somatiske og psykiatriske sygehuse, praktiserende læger og tandlæger, hjemmesygepleje, private jordemødre, kiropraktorer, psykologer, institutionsophold med sygepleje og lignende, hjemmepleje og plejehjem. Ældreplejen betragtes dermed som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Hvordan opgøres sundhedsvæsenet og ældreplejen?

Datamæssigt har det været nødvendigt at afgrænse sundhedsvæsenet på en måde, som er operationaliserbar og genkendelig. Definitionen tager derfor udgangspunkt i Danmarks Statistiks brancheklassifikation (DB07) og omfatter følgende brancher (på gruppeniveau):

- Hospitaler
- Praktiserende læger og tandlæger
- Sundhedsvæsen i øvrigt (bl.a. hjemmesygepleje, jordemødre og psykologisk rådgivning)
- Institutionsophold med sygepleje
- Institutionsophold for psykisk handicappede, psykisk syge og stofmisbrugere
- Institutionsophold for ældre og handicappede
- Sociale foranstaltninger for ældre og handicappede uden institutionsophold (bl.a. hjemmehjælp og revalideringsinstitutioner)

Definitionen afviger fra det samlede social- og sundhedsvæsen ved at ekskludere institutioner og sociale foranstaltninger, der er målrettet børn og unge samt flygtninge og asylansøgere. Apoteker og lægemiddelindustrien er ikke indeholdt i definitionen.

Det er i datagrundlaget for enkelte figurer ikke muligt at anvende ovenstående definition på grund af databegrænsninger. Afgrænsningen er i disse tilfælde angivet i en anmærkning under figuren. Det gælder især i internationale opgørelser og i længere tidsserier.

I figurerne bruges betegnelsen hjemmesygepleje. Den kommunale hjemmesygepleje skiftede pr. 1. juli 2023 betegnelse til den kommunale sygepleje.

Hvordan opgøres personalegrupperne på sundheds- og ældreområdet?

I kapitlet er der fokus på et bredt spænd af personalegrupper, herunder læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, social- og sundhedsmedarbejdere, bioanalytikere, psykologer, lægesekretærer, farmaceuter, farmakonome, portører, servicemedarbejdere, ambulancereddere, paramedicinere mv., jf. kommissoriet. Tabel A.1 i appendikset viser et overblik over personalegrupperne på sundheds- og ældreområdet. I de samlede opgørelser af beskæftigede inden for sundheds- og ældreområdet indgår alle disse grupper sammen med evt. øvrige grupper med beskæftigelse inden for sundheds- og ældreområdet. Mange opgørelser fokuserer på forskellen mellem personalegrupper, og det er i mange tilfælde kun muligt at vise et udsnit af faggrupperne af hensyn til overskuelighed og i visse tilfælde af hensyn til at have et tilstrækkeligt datagrundlag. I disse tilfælde er de antalsmæssigt største medarbejdergrupper vist.

Der er nogle personalegrupper med et meget begrænset antal personer. Disse grupper indgår enten i gruppen "øvrige sundhedsuddannet personale", hvis de har en sundhedsuddannelse, eller i "personer med øvrige uddannelser", når det opgørelsesmæssigt er muligt.

Datamæssige mangler kan give en skæv repræsentation af den kommunale sektor

Figureerne i kapitlet er baseret på en række forskellige kilder, herunder eSundhed, Danmarks Statistik og OECD. Der er i kilderne forskel på dataindsamlingen, -kvalitet og -omfang på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Mens der på det regionale område i høj grad er individbaserede oplysninger tilgængelige, så gælder det ikke i samme omfang på det kommunale område, hvilket betyder, at det ikke altid har været muligt at medtage den kommunale sektor.

Øvrige dataforbehold: For hovedparten af figurene er der vist så lang dataserie som muligt uden metodemæssige databrud. Det betyder fx, at en række figurer stopper i 2018, som er sidste år inden overgangen til LPR3. Der er dertil forskelle i ældste og nyeste tilgængelige år afhængigt af kilde. Flere figurer er desuden påvirket af covid-19 fra 2020 og frem. I figurene er dette markeret med en lodret rød streg i overgangen mellem år 2019 og 2020.

Dataarbejdet bag figurene er afsluttet den 1. august 2023. Der kan derfor, på tidspunktet for offentliggørelse af rapporten, være figurer og tabeller, hvor der findes nyere data.

Tabel A.1 – Personalegrupper i sundhedsvæsenet og ældreplejen, 2008 til 2021 – 1.000 personer

1.000 personer		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sygeplejersker	Fuldtidspersoner	42,9	45,5	46,4	46,8	47,4	48,3	49,1	49,6	50,0	50,6	51,3	51,6	52,1	52,9
	Personer	70,1	69,6	69,4	70,8	72,5	74,1	74,0	75,8	76,2	75,8	78,8	82,4	78,2	83,2
Social- og sundhedsassistenter	Fuldtidspersoner	29,4	30,3	30,7	30,5	30,6	31,1	31,4	31,7	32,0	32,5	32,7	31,4	31,4	31,7
	Personer	49,9	49,5	50,4	51,8	54,1	56,7	55,8	56,0	57,8	56,8	57,3	55,6	53,6	55,3
Social- og sundheds-hjælpere	Fuldtidspersoner	29,6	30,8	29,7	28,6	28,0	27,6	27,0	27,0	27,3	27,2	26,9	26,9	26,3	26,2
	Personer	54,4	54,0	52,3	51,4	52,5	54,1	51,5	50,5	52,0	49,5	48,1	49,3	45,5	46,5
Læger inkl. sundhedsfaglige Ph.d'er	Fuldtidspersoner	14,4	14,9	15,3	15,7	16,0	16,4	16,9	17,3	17,6	18,3	18,9	19,2	19,9	20,7
	Personer	33,3	33,9	34,6	35,1	35,7	36,0	36,6	37,7	38,3	39,3	41,0	42,4	42,7	45,3
Fysioterapeuter	Fuldtidspersoner	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,2	5,6	6,0	6,2	6,4	6,6	6,8	7,0	7,5
	Personer	9,7	9,8	9,9	10,2	10,8	11,4	11,8	12,4	13,0	12,9	13,4	14,1	13,8	14,7
Lægesekretærer og sundhedsservice-sekretærer	Fuldtidspersoner	4,7	5,0	5,3	5,5	5,7	5,9	6,2	6,3	6,4	6,4	6,3	6,2	6,2	6,3
	Personer	7,2	7,4	7,5	7,9	8,1	8,5	8,7	8,9	9,0	8,7	8,9	9,1	8,5	8,7
Ergoterapeuter	Fuldtidspersoner	4,3	4,5	4,4	4,5	4,6	4,8	4,9	5,1	5,2	5,3	5,5	5,6	5,7	6,0
	Personer	7,2	7,0	7,0	7,1	7,6	8,0	8,1	8,3	8,5	8,5	8,6	9,2	8,9	9,5
Bioanalytikere	Fuldtidspersoner	4,8	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0	5,1
	Personer	6,9	6,6	6,5	6,3	6,3	6,5	6,3	6,4	6,3	6,3	6,4	6,8	6,5	6,7
Øvrige social- og sundhedsuddannelser ^a	Fuldtidspersoner	1,5	1,6	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,4	2,5	2,7	2,9	3,0	3,3
	Personer	3,9	3,9	4,6	4,7	4,8	5,0	4,9	5,1	5,2	5,5	5,8	6,2	6,2	6,9
Ernæringsassistenter	Fuldtidspersoner	3,6	3,6	3,6	3,4	3,3	3,3	3,1	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	2,9	3,1
	Personer	6,0	5,8	5,6	5,5	5,6	5,7	5,1	4,8	4,8	4,7	4,8	4,9	4,6	5,0
Tandlæger	Fuldtidspersoner	2,8	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8	2,9
	Personer	6,0	6,0	6,1	5,9	5,8	5,7	5,8	5,8	5,9	5,9	5,6	5,9	5,9	6,1
Radiografer	Fuldtidspersoner	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2
	Personer	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,4	2,4	2,5	2,6	2,9	3,0	3,1
Tandplejere og kliniske tandteknikere	Fuldtidspersoner	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0
	Personer	2,5	2,4	2,6	2,6	2,6	2,8	2,9	3,0	3,2	3,3	3,3	3,5	3,3	3,5
Jordemødre	Fuldtidspersoner	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8
	Personer	2,0	2,1	2,1	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6	2,8	3,0	2,8	3,1
Ambulancebehandlere og reddere	Fuldtidspersoner	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,6
	Personer	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,5	1,2	0,7	0,8	0,8	0,8	2,6
Kliniske diætister ^b	Fuldtidspersoner	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
	Personer	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Medicin (bachelor)	Fuldtidspersoner	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7
	Personer	0,9	1,2	1,3	1,6	1,9	2,2	2,5	2,8	3,1	3,8	4,0	4,1	5,5	6,5
Farmakonomer	Fuldtidspersoner	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
	Personer	1,4	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	1,1
Ufaglærte	Fuldtidspersoner	48,2	48,3	47,6	45,6	43,0	41,6	40,8	39,2	35,6	34,1	34,4	35,7	37,3	44,7
	Personer	138,5	134,8	129,8	125,6	123,6	122,7	116,6	111,1	106,8	107,0	110,1	115,1	122,6	160,0
Erhvervsfaglige uddannelser	Fuldtidspersoner	36,1	37,7	38,6	38,3	37,5	37,7	38,1	37,8	37,2	37,3	37,5	37,5	37,8	41,1
	Personer	68,4	69,7	71,5	72,3	73,0	74,1	72,6	71,4	71,8	70,4	70,0	71,7	70,1	79,2
Pædagogiske uddannelser	Fuldtidspersoner	21,1	21,9	21,8	21,6	21,5	22,0	22,9	23,5	24,2	24,8	25,5	25,8	25,9	26,8
	Personer	39,0	38,1	37,4	38,2	40,2	40,9	41,8	43,0	44,5	45,8	46,9	49,4	47,1	49,3
LVU inkl. Ph.d. ^c	Fuldtidspersoner	6,2	6,6	7,0	7,5	7,8	8,5	9,0	9,5	10,0	10,7	11,4	11,8	12,6	14,0
	Personer	13,2	13,3	13,7	14,8	16,0	17,0	17,2	18,7	19,8	21,3	22,7	24,6	25,0	28,6
MVU inkl. bachelor ^d	Fuldtidspersoner	9,1	9,4	9,5	9,4	9,4	9,5	9,8	9,8	9,7	9,9	10,1	10,2	10,6	12,1
	Personer	16,5	16,7	16,7	16,8	17,5	17,9	17,6	17,7	18,0	18,6	19,1	19,5	20,0	24,3
KVU ^e	Fuldtidspersoner	4,2	4,4	4,4	4,4	4,3	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	4,4	4,4	4,5	5,2
	Personer	8,3	8,4	8,5	8,7	8,8	8,8	8,5	8,6	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	11,7

Anm: Oversigten viser antallet af beskæftigede (1.000 personer) i sundhedsvæsenet og ældreplejen fra 2008 til 2021 opgjort på udvalgte personalegrupper. ^aGruppen af øvrige social- og sundhedsuddannelser dækker over erhvervsfaglige uddannelser, kiropaktorer, psykomotoriske terapeuter, farmaceuter, optometriste, fodterapeuter, bandagister, sundhedsfaglig kandidat og en række akademiske uddannelser inden for sundhed som fx humanbiologi. ^bGruppen af kliniske diætister omfatter også professionsbachelorere i ernæring og sundhed, mens social- og sundhedsassistenter og hjælpere inkluderer de ophørte uddannelser til plejehjemsassistent, beskæftigelsesvejleder, plejer og sygehjælper.

^cLVU inkl. Ph.d.: lange videregående uddannelser (ikke-social- og sundhedsfaglige) inkl. Ph.d.-uddannelser. ^dMellemlange videregående uddannelser (ikke-social- og sundhedsfaglige) inklusiv personer, der har gennemført en akademisk bacheloruddannelse, som deres højest fuldførte uddannelse. ^eKorte videregående uddannelser (ikke-social- og sundhedsfaglige).

Kilde: Lovmodellen, egne beregninger.

Boks A.2. Sund aldring

Sund aldring dækker over, at når middellevetiden stiger, så stiger antallet af sunde leveår uden sygdom også. Det er derfor en antagelse om, at en længere restlevetid betyder, at nogle sundheds- og plejeudgifter udskydes til en højere alder. Ved sund aldring er en gennemsnitlig 70-årig i dag sundere og bruger sundhedsvæsenet og ældreområdet mindre end en 70-årig gjorde i fx 1990.

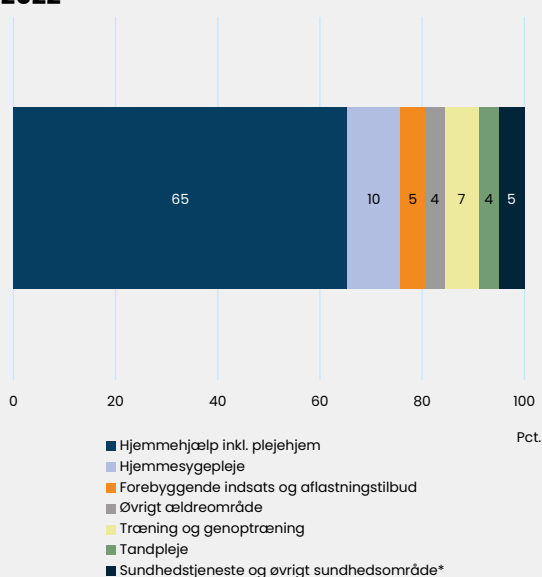
Der kan være forskellige grader af sund aldring:

- **Fuld sund** aldring svarer til, at ekstra leveår medfører tilsvarende ekstra gode leveår, så stigning i sundhedsudgifter udskydes til en senere alder. Dermed afhænger sundheds- og plejeudgifterne reelt af antallet af år til død i stedet for af alder. Høje sundheds- og plejeudgifter i en høj alder afspejler derfor, at mange dør i en høj alder. Under fuld sund aldring vil højere middellevetid derfor være forbundet med begrænsede stigninger i de samlede sundhedsudgifter.
- **Usund aldring** svarer til, at ekstra leveår ikke omsættes til gode leveår. Det kan fx være et resultat af, at man overlever i længere tid med behandlingskrævende sygdom. Det svarer til, at de aldersfordelte sundheds- og plejeudgifter ikke ændrer sig, som middellevetiden øges. Under usund aldring vil højere middellevetid derfor være forbundet med store stigninger i de samlede sundhedsudgifter.
- **Delvis sund** aldring svarer til en mellemting, hvor sundheds- og plejeudgifterne til en 70-årig falder, som levealderen stiger, men mindre kraftigt end ved fuld sund aldring. Det svarer til, at en øget levetid både er forbundet med nogle behandlingskrævende år, men også en udskydelse af udgifterne op til død. Under delvis sund aldring vil højere middellevetid være forbundet med stigninger i de samlede sundhedsudgifter.

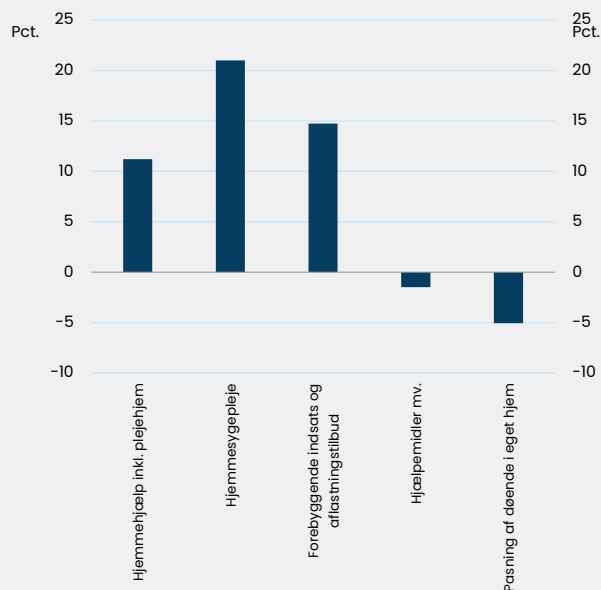
I de fleste fremskrivninger af velfærdsudgifter og behov for velfærdspersonale antages en delvis sund aldring, da der ikke er empirisk belæg for at antage fuld sund aldring. VIVE opsummerer, at "[d]et er empirisk funderet, at sundhedsudgifterne både afhænger af alder og restlevetid, og derfor vil det være nødvendigt at tage højde for dette." Der er faglige uenigheder om, hvilket niveau af sund aldring, der er mest præcis.

Kilde: VIVE. 2018. Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste?; VIVE. 2020. Fremtidens sundhedsudgifter.

Figur A.1.a - Fordeling af de kommunale sundheds- og ældreudgifter, 2022

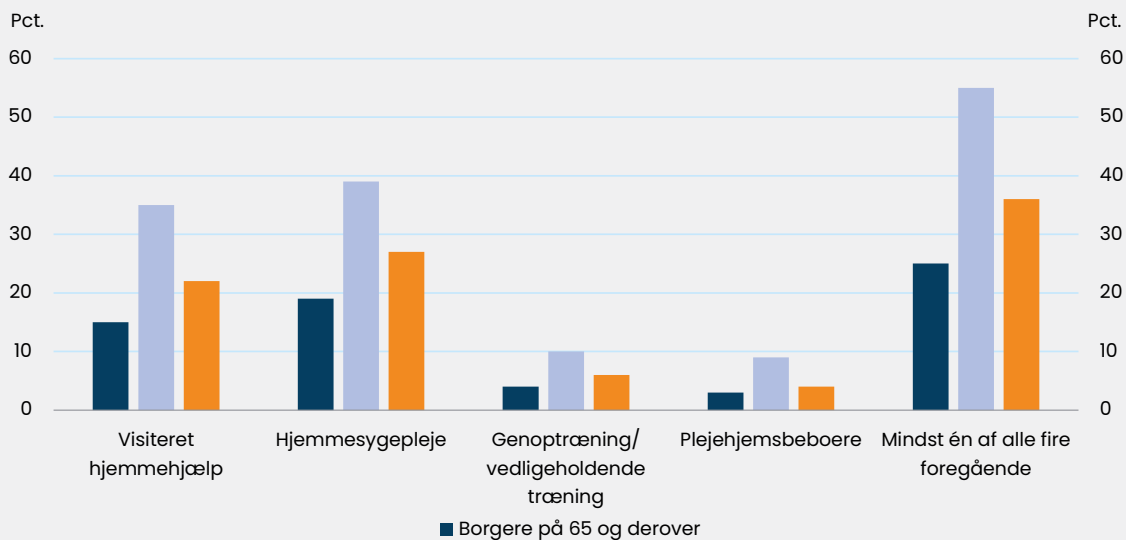


Figur A.1.b - Udvikling i udgifterne på det kommunale ældreområde, 2018-2022



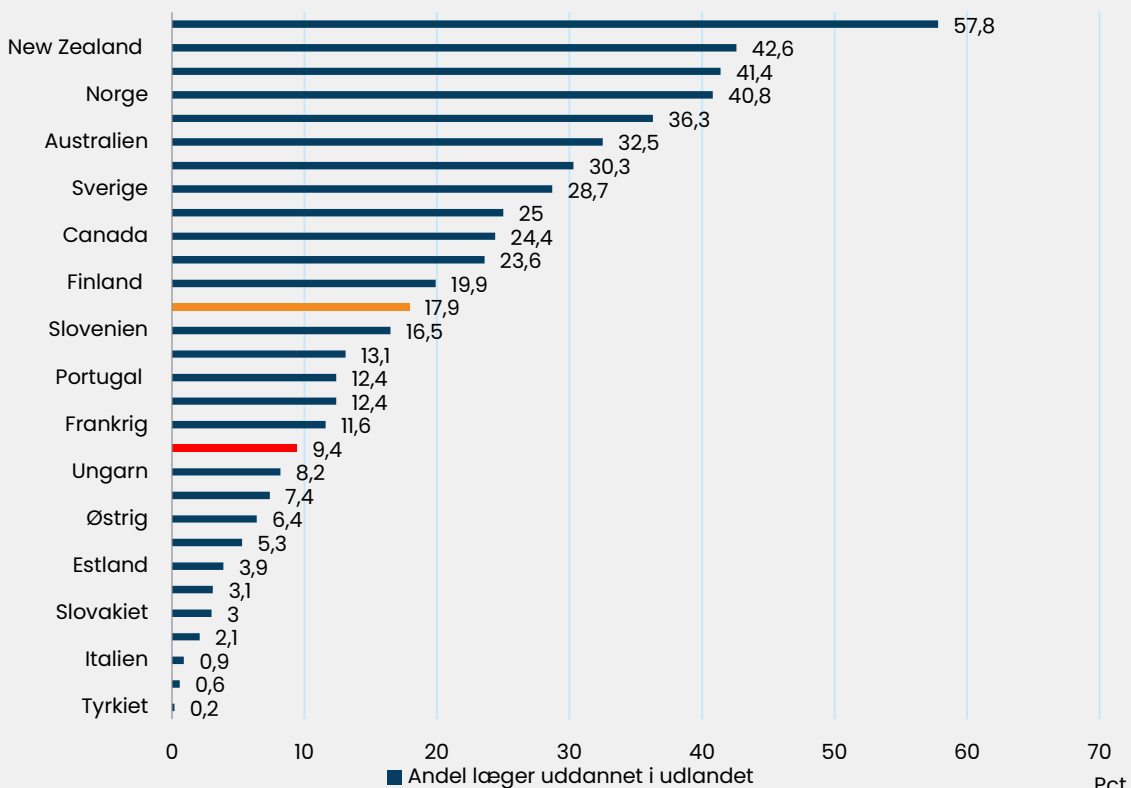
Anm: Udviklingen fra 2018 til 2022 er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (PL-korrigeret). *Indeholder også forebyggelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel REGK31, egne beregninger.

Figur A.2 - Modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser, 2022

Anm: Figuren viser modtagere af forskellige kommunale sundheds- og plejeindsatser i 2022. En borger kan modtage flere forskellige ydelser samtidigt. Populationen for figuren er afgrænset til borgere i kommuner med accepteret datagrundlag for den givne ydelse. For opgørelsen over borgere, der i løbet af året enten har været visiteret til hjemmehjælp, har modtaget kommunal sygepleje eller vedligeholdelses træning/genoptræning, er der inkluderet borgere fra kommuner med et acceptabelt datagrundlag for alle tre ydelser. Der er min. inkluderet data fra 82 kommuner. Borgere med en kronisk sygdom er defineret, som de borgere, der optræder i Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) 2021, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur A.3 - Andelen af læger i landet, som er uddannet i udlandet, 2020 (eller nærmeste år tilgængeligt)

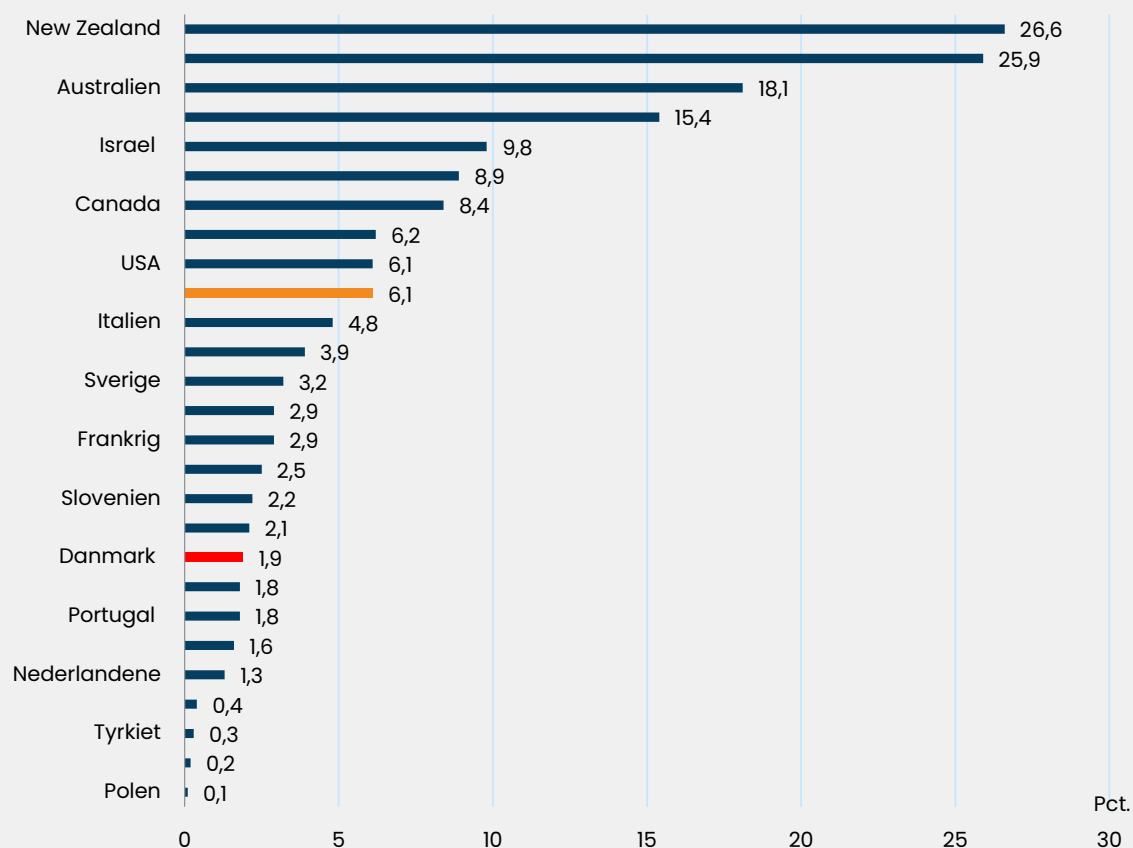
Anm: "Uddannet i udlandet" defineres som det sted, hvor personen har opnået sin første medicinske uddannelse eller sygeplejerskeuddannelse.

Data viser det samlede antal uddannede læger eller sygeplejersker, der er til stede på et bestemt tidspunkt i det pågældende land.

Begrænsninger i data: Der er forskel i beskæftigelsesstatus for mellem landene: for nogle lande vil data derfor kun inkludere personer i beskæftigelse, mens det for andre lande også vil inkludere alle læger og sygeplejersker med tilladelse til at praktisere, uanset om de stadig er i beskæftigelse.

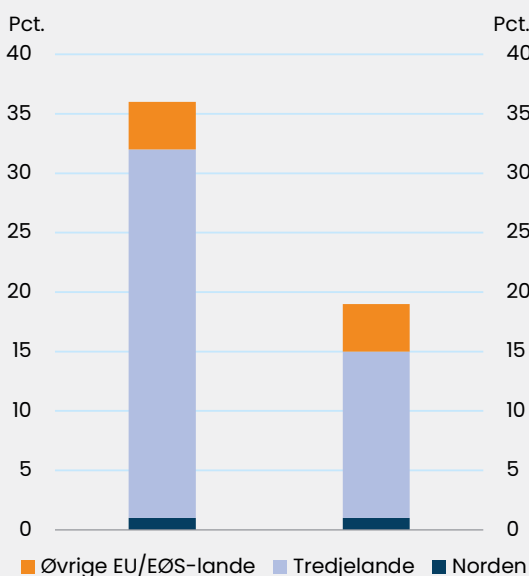
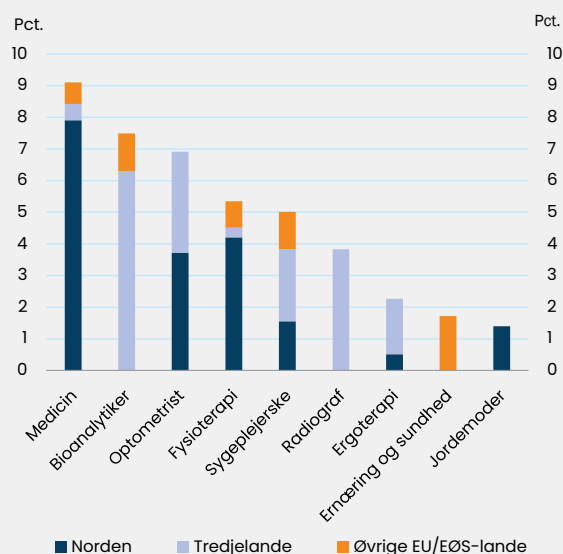
Derudover er data defineret forskelligt ift. om læger i praktik og i speciallægeuddannelse tæller med i opgørelserne. *Data fra Tyskland er baseret på nationalitet og ikke på uddannelsesstedet.

Kilde: OECD. 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators.

Figur A.4 - Andelen af sygeplejersker i landet, som er uddannet i udlandet, 2019 (eller nærmeste år tilgængeligt)


Anm: Se anmærkning til figur A.3.

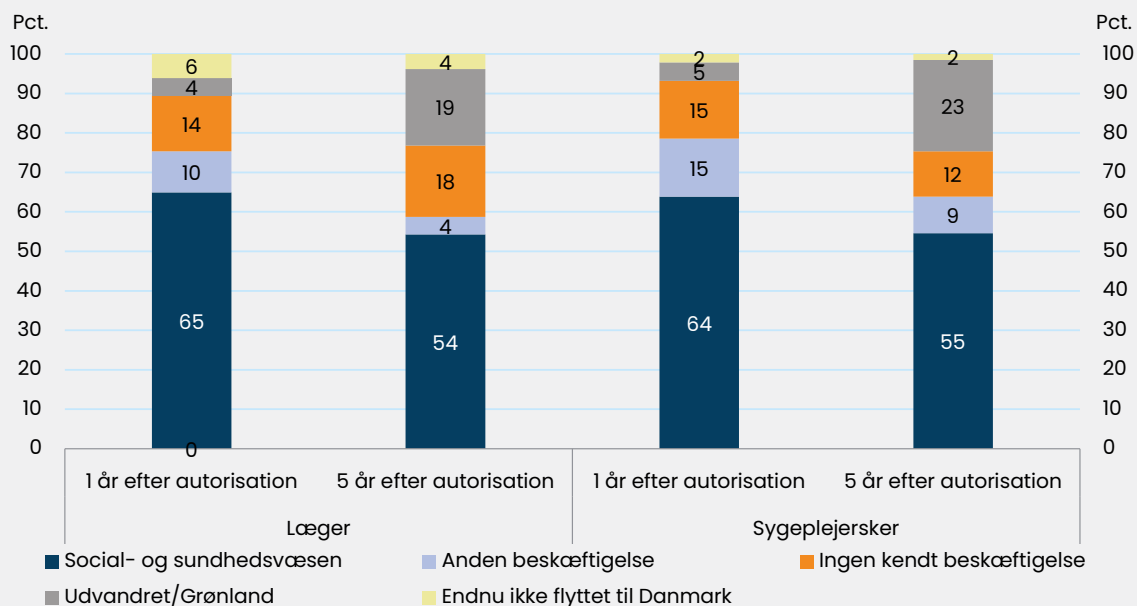
Kilde: OECD. 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators.

Figur A.5.a - Fordeling af statsborgerskab blandt fuldførte elever på SOSU-uddannelserne, 2022

Figur A.5.b - Fordeling af statsborgerskab blandt dimittender på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser og medicin, 2021 og 2022


Anm: Figur A.5.a viser fordelingen af statsborgerskab blandt elever, der fuldførte en social- og sundhedsuddannelse i 2022. Figur A.5.b viser af fordelingen af statsborgerskab blandt dimittender på udvalgte sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser og kandidatuddannelsen i medicin er fra 2021 og 2022. EU/EØS-lande indeholder Schweiz og Storbritannien. Observationer under 5 personer indgår ikke i opgørelsen.

Kilde: Børne- og Undervisningsministeriets elevregister, Danmarks Statistiks befolkningsregister og Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus (ElevBasis).

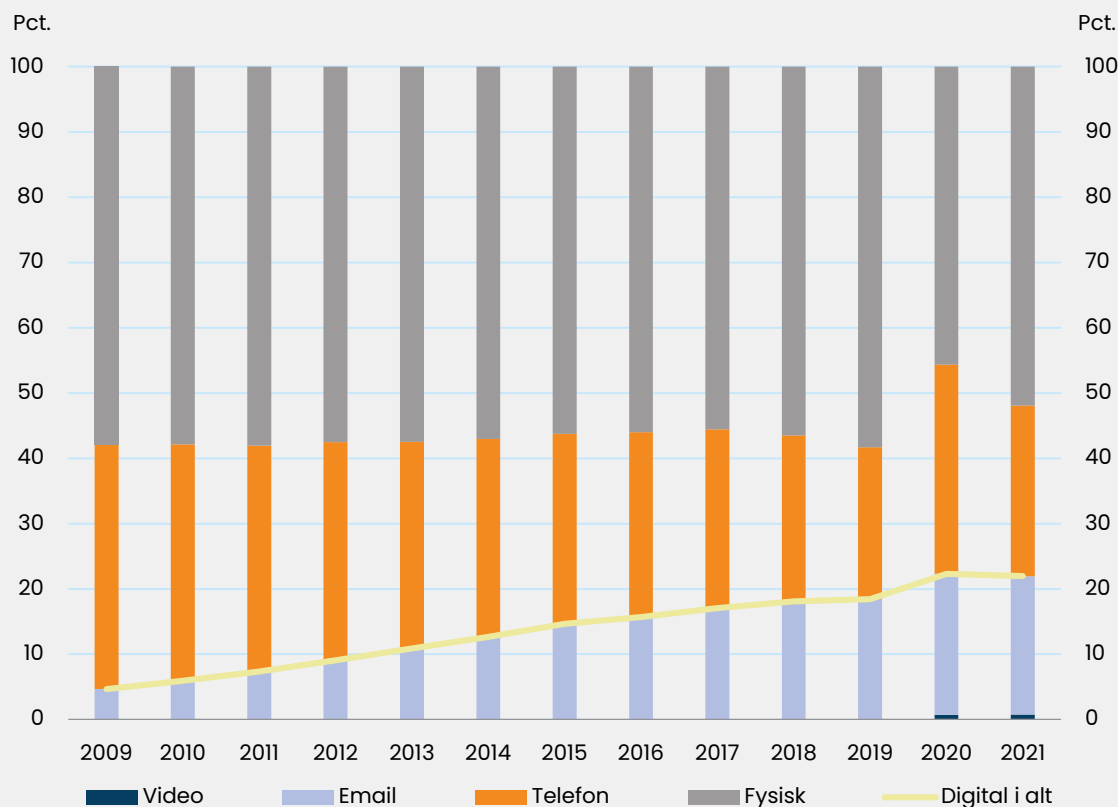
Figur A.6 - Beskæftigelsesstatus for udenlandske læger og sygeplejersker autoriseret i perioden 2016-2021



Anm: Opgørelsen dækker over udenlandske læger og sygeplejersker med en udenlandsk uddannelse autoriseret i perioden 2016-2021. Udenlandske læger og sygeplejersker forstås her som autoriserede sundhedspersoner, der både er uddannet i udlandet og har udenlandsk statsborgerskab. Personer bosat i Danmark, og som er efterkommere af forældre født i udlandet, indgår her ikke i opgørelsen af udenlandske sundhedspersoner.

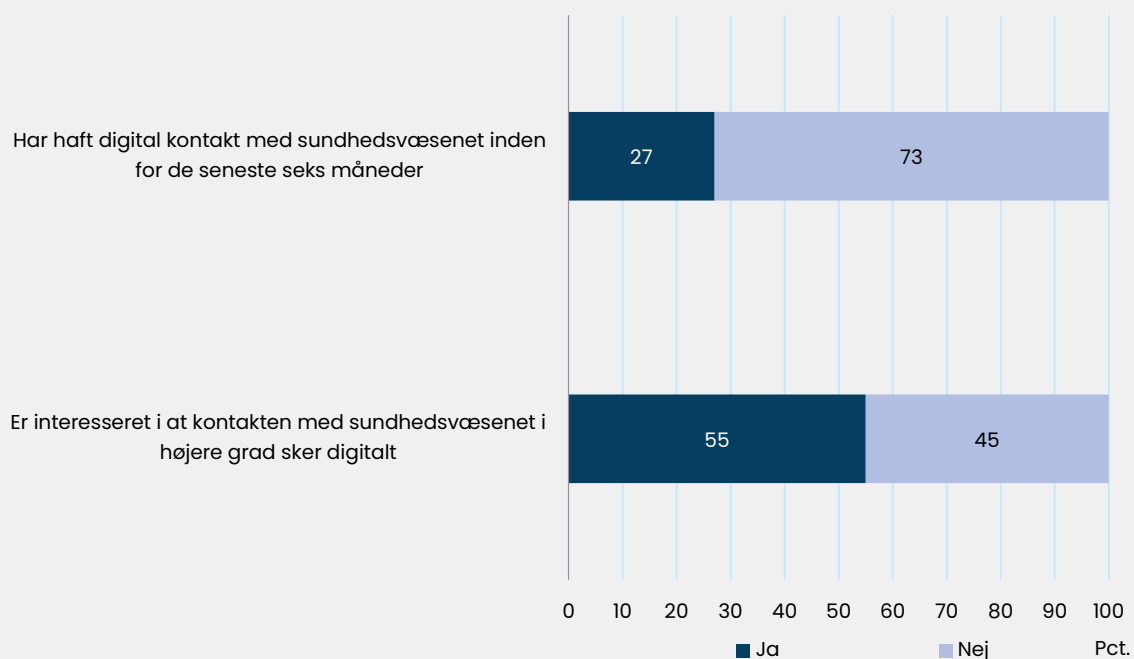
Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister, CPR-registeret og Styrelsen fra Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase, DREAM, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur A.7 - Fordelingen af konsultationer i dagstid i almen praksis



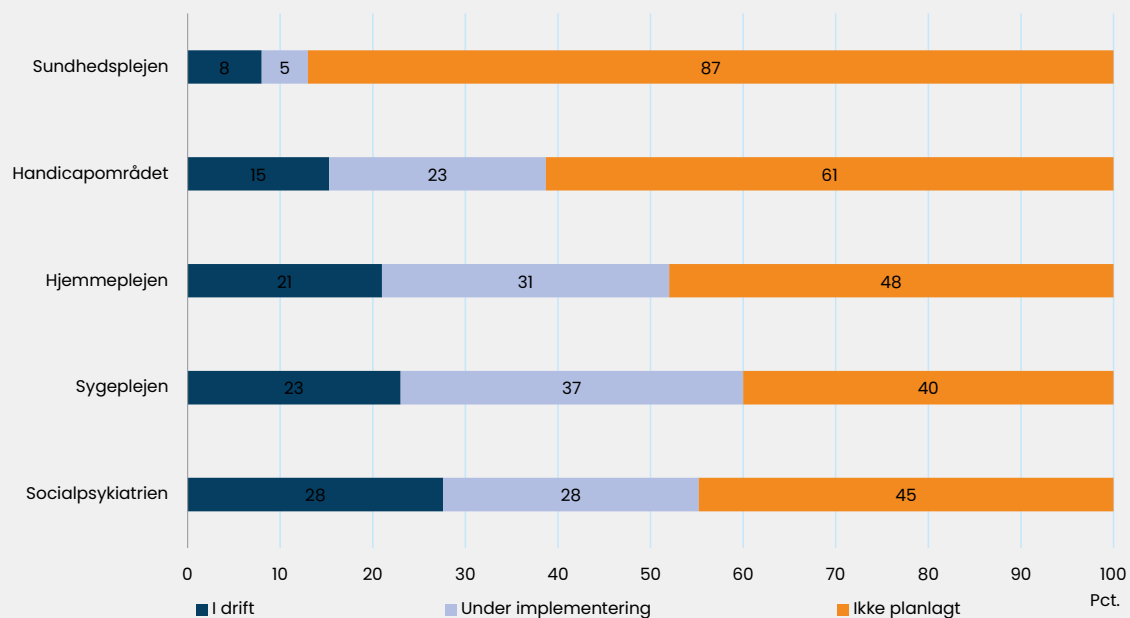
Anm: "Digital i alt" er defineret som summen af email- og videokonsultationer.

Kilde: esundhed.dk, tabellen 'Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet'.

Figur A.8 - Borgernes ønske til digital kontakt med sundhedsvæsenet

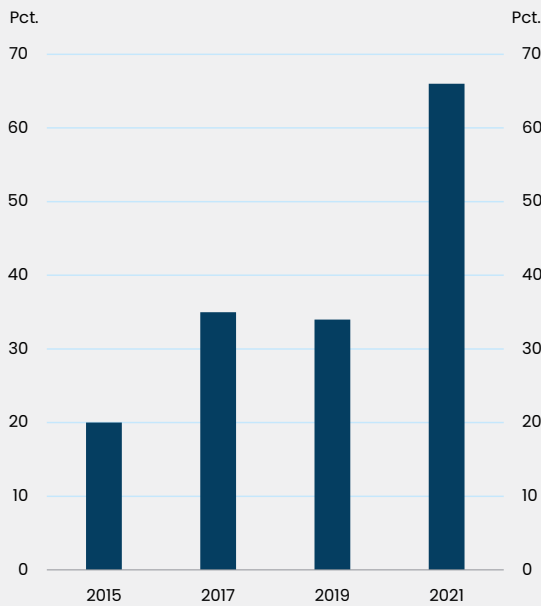
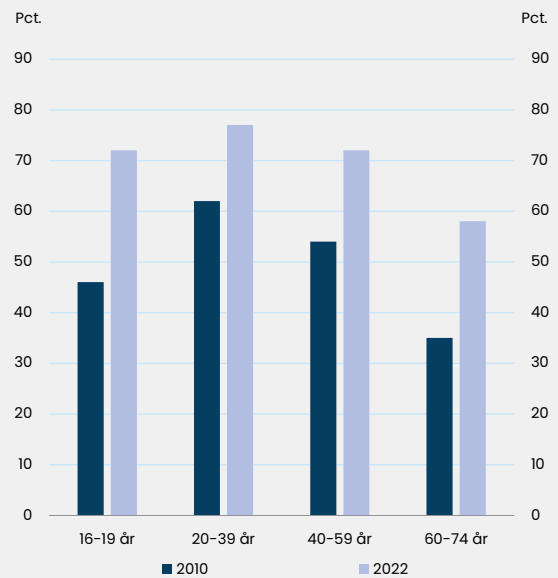
Anm: Digital kontakt er defineret som kontakt via video, chat eller telefon. Svarene stammer fra en undersøgelse blandt 1.460 repræsentativt udvalgte borgere i Danmark gennemført af analyseinstituttet Wilke på vegne af Danske Patienter

Kilde: Danske Patienter. 2020. Digital kontakt med sundhedsvæsenet – hvad oplever patienterne?

Figur A.9 - Andel kommuner der anvender skærmbesøg på specifikke områder, 2022

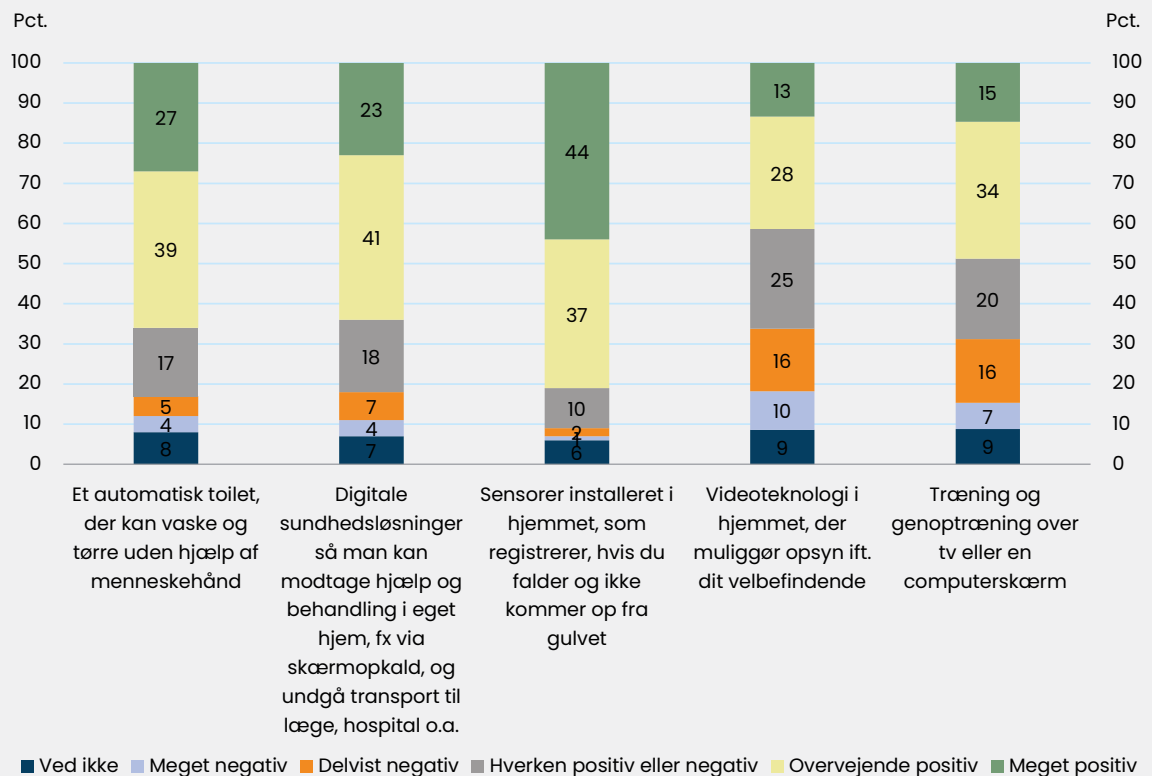
Anm: "Skærmbesøg" forstås som indsatser, som medarbejderne leverer over skærm via smartphone, tablet eller pc/webcam i stedet for et fysisk besøg i borgerens hjem.

Kilde: Kommunernes Landsforening (KL)

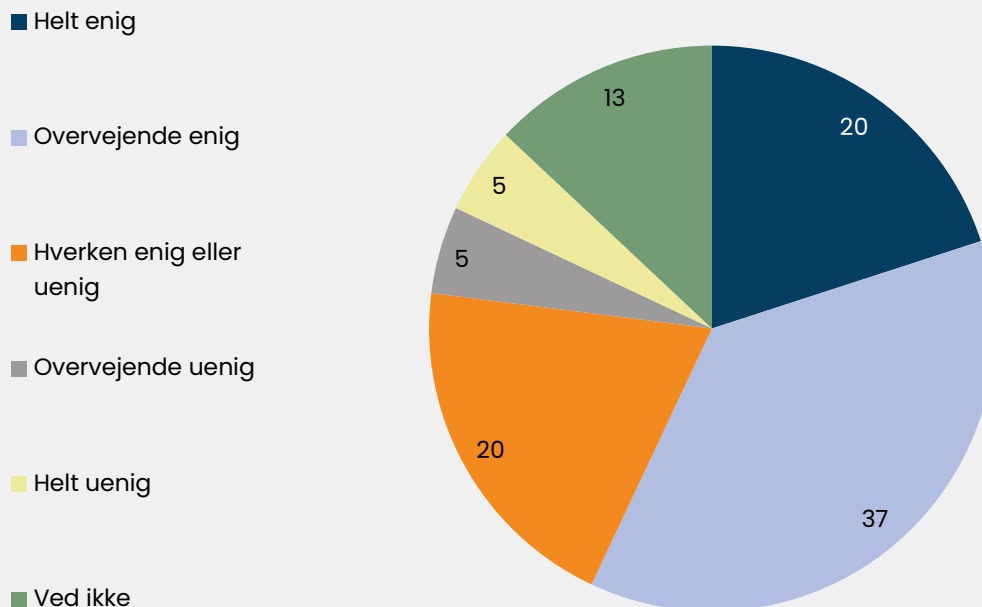
Figur A.10.a – Andel borgere, som bruger sundhedsapps**Figur A.10.b – Andel borger, som søger efter helbredsmæssig information på internettet**

Anm: Figur 10.a: Ved sundhedsapps menes apps, der er udviklet til sundhed. Data stammer fra en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.055 danske borgere over 18 år. Heraf blev 955 interviewet via e-mail, og 100 blev interviewet over telefon.

Kilde: Figur A.10.a: Bertelsen, Pernille. Borgernes holdning til og anvendelse af e-sundhed: Udvalgte resultater fra den 5. nationale undersøgelse. Figur A.10.b: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel BEBRIT09.

Figur A.11 – Befolkningens holdning til at benytte velfærdsteknologi i fremtiden "Er du positiv eller negativ indtillet over for selv at benytte følgende velfærdsteknologi, hvis du havde behov og mulighed for det i fremtiden?"

Figur A.12 – Befolkningens holdning til brug af sundhedsdata "Min kommune må bruge mine sundhedsdata til planlægning og tilrettelæggelse af fx specialiserede tilbud og forebyggende indsatser til mig i fremtiden."



Anm: Svarene er vægtede p.b.a. køn, alder, uddannelse og bopælsregion. N=1.537.

Kilde: Kommunernes Landsforenings. 2022. Befolkningsundersøgelsen 'Velfærd i det lange lys'.

Boks A.3. Mekaniske fremskrivninger af udbud og efterspørgsel efter velfærdsmedarbejdere

Finansministeriet og andre aktører har foretaget mekaniske fremskrivninger af behovet for personale i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. En mekanisk fremskrivning viderefører eksisterende forhold i opgaveløsningen, herunder uddannelsesoptag og søgning, personaleanvendelse i opgaveløsningen og tilbagetrækning, men fremskrivningen tager højde for en ændret befolkningssammensætning, efterhånden som befolkningen bliver ældre og ældre. De mekaniske fremskrivninger antager i vidt omfang, at status quo videreføres, og de kan derfor ikke betragtes som prognoser. Fremskrivningerne forholder sig fx ikke til, om man i fremtiden kan øge sundhedsvæsenets produktivitet ved en ændret arbejdsdeling, om der iværksættes forebyggelsesindsatser, som reducerer sygeligheden, eller om borgerne i højere grad vil tage vare på egen sundhed og sygdom gennem egenomsorg mv. Antagelserne bag Finansministeriets mekaniske fremskrivninger uddybes i det følgende.

Fremskrivninger af behov for sundhedsydelse/personale (efterspørgsel)

Behovet for velfærdspersonale fremskrives vha. det demografiske træk, den nuværende personale-sammensætning og arbejdstid.

- Det demografiske træk beregnes ved at fastholde den reale udgift pr. bruger (eksempelvis udgiften pr. ældre, der modtager hjemmepleje) og ved at fremskrive det ændrede antal brugere. Det demografiske træk er derfor et mekanisk mål, der viderefører udgifterne pr. bruger i dag til fremtidige brugere. I målet tages ikke højde for fx produktivetsforbedringer i den offentlige service, eller at en stigende velstand kan påvirke efterspørgslen efter offentlig service. Det demografiske træk korrigeres for delvis sund aldring. Sund aldring er beskrevet i boks A.2.
- Den nuværende personalesammensætning i hver branche fastholdes i fremskrivningerne. Beregningsteknisk omsættes en forventet stigning i udgifterne på sundhedsområdet på fx 10 pct. til, at efterspørgslen på personale tilsvarende stiger 10 pct. Der tages altså ikke hensyn til fremtidig opgaveglidning, øget brug af flere faggrupper eller lignende.

Fremskrivninger af personale i velfærdsfagene (udbud)

Antallet af personale i velfærdsfagene fremskrives ved at estimere udviklingen i, hvor mange der vil blive uddannet i de betragtede faggrupper og ud fra den uddannede populations beskæftigelsesfrekvens, herunder deres tilbagetrækningsadfærd.

- Den uddannede population estimeres for et år ad gangen ud fra en alders- og kønsfordeling. Tilgangen af nyuddannede og ny-indvandrere samt afgang af uddannede (til anden uddannelse, død, eller udvandring) estimeres ud fra observerede alders- og kønsfordelte uddannelsesmønstre. Dog fastholdes antallet af dimensionerede pladser. Der tages ikke højde for, om der vil være ændringer i, hvor stor en del af de kommende ungdomsgenerationer, der rekrutteres til de borgernære velfærdsområder.
- Beskæftigelsesfrekvensen estimeres ud fra den observerede alders- og kønsfordelte beskæftigelsesfrekvens for hver uddannelsesgruppe. Der korrigeres for forventede stigninger i beskæftigelsesfrekvenserne som følge af reformer for tilbagetrækning bl.a. forhøjelse af efterløns- og folkepensionsalder samt "Ny ret til tidlig pension".

Boks A.4. Sammendrag af fremskrivninger af det fremtidige behov for sundheds- og velfærdspersonale

I denne boks opsummeres resultaterne fra en række forskellige mekaniske fremskrivninger. De er foretaget for at estimere behovet for sundhedspersonale og øvrigt velfærdspersonale i Danmark de kommende år.

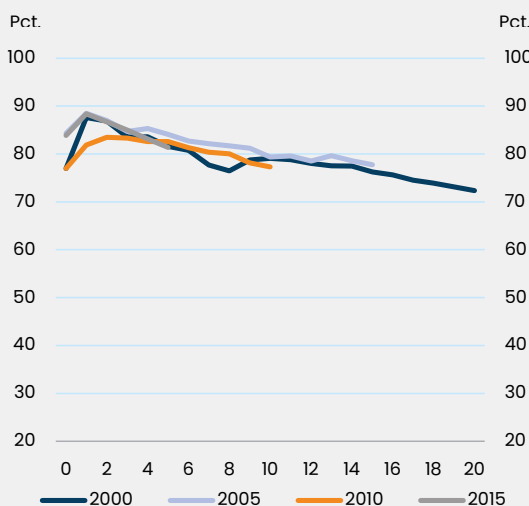
- Lægeforeningen har i marts 2023 udgivet en 'Arbejdskraftsanalyse 2023', der fremskriver efterspørgslen efter sundhedspersonale under ét i Danmark i 2045. Dog sammenholdes tallet ikke med den forventede nettotilvækst i sundhedspersonale. Analysen viser, at der i 2030 er behov for 40.000 flere sundhedspersoner end i dag, og at behovet i 2045 tilsvarende vil være på 100.000. Antalsmæssigt ventes det største behov at være i kommunerne, herefter hospitalerne og almen praksis.
- Kraka har i samarbejde med Deloitte udgivet analysen 'Den offentlige sektor – velfærdsstatens juvelø i november 2022, hvor der indgår fremskrivninger af behovet for velfærdspersonale frem mod 2050. Fremskrivningerne indikerer, at der vil være en betydeligt behov for både social- og sundhedsassistenter, -hjælpere og sygeplejersker. Analysen viser, at der i 2050 vil mangle henholdsvis 10.000 og 20.000 fuldtidsansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.
- KL har i januar 2022 udgivet analysen 'Udbud og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsuddannelser 2021'. KL finder i analysen, med udgangspunkt i daværende opgørelse af balancen, at der i 2030 vil mangle 16.000 social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, svarende til, at der årligt skal uddannes 8.000 nye social- og sundhedsassistenter og -hjælpere for at undgå en mangel. For sygeplejersker viser analysen, at udbuddet vil overstige efterspørgslen på sygeplejersker med 3.000 i 2030. Hvis mangel på sygeplejersker skal undgås, skal der uddannes 3.000 nye sygeplejersker om året.
- FOA har i analysen 'Behov for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, 2020-2030' fra november 2021 estimeret det fremtidige behov for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i 2030 i hver af landets kommuner ved en fastholdelse af serviceniveauet for 2020. Det estimeres, at der samlet set vil mangle 42.000 social- og sundhedshjælpere og -assistenter i 2030. Den estimerede mangel sammenholdes ikke med hvor mange nyuddannede, der forventes at træde ind i arbejdsstyrken.
- HBS Economics og IRIS group har for Danske Gymnasier og IDA udarbejdet rapporten 'Mismatch på det danske arbejdsmarked i 2030' i september 2021, der fremskriver udbud og efterspørgsel i 2030 på tværs af uddannelsesniveauer. Fremskrivningen viser, at der samlet vil mangle omkring 25.000 social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, og være et overudbud af cirka 12.000 personer med enten en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse inden for sundhed.
- Damvad Analytics har for Danske Professionshøjskoler udarbejdet analysen 'Behovet for vel-

færdsuddannede i 2030', som er offentliggjort i maj 2021. Ifølge denne analyse vil der i 2030 mangle 8.000 sygeplejersker i 2030. Der er regionale forskelle i udviklingen og dermed forskel på, hvor mange sygeplejersker, der forventes at mangle. Det skønnes, at manglen vil være størst uden for København og Østsjælland.

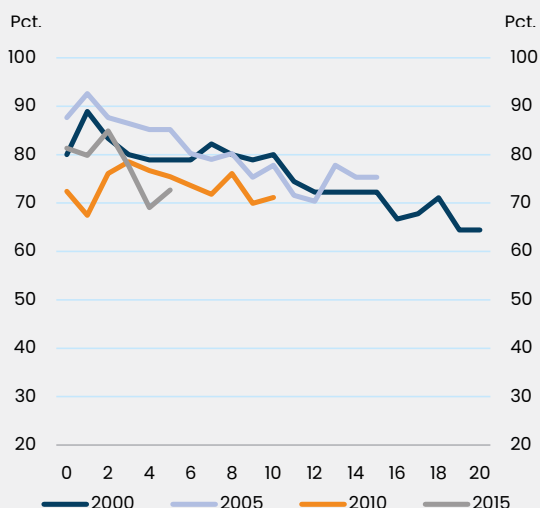
Der bliver lagt forskellige metode- og opgørelsesmæssige antagelser til grund på tværs af rapporter fx i forhold til hvilke grupper, der fremskrives, graden af sund aldring, hvor mange års data den forventede adfærd bestemmes ud fra, arbejdsmarkedsbalancen i udgangspunktet for fremskrivningerne og indberegning af en baumol-effekts-korrektion. Variationen i resultater og metode illustrerer, at der er betydelige usikkerheder forbundet med fremskrivningerne, og at de er følsomme over for de underliggende antagelser.

I Baumol-effekten dækker over, at produktivitetsvæksten er lavere i sektorer, der leverer serviceydelser fx plejesektoren, end i kapitalintensive sektorer fx vareproduktion. Skal serviceniveauet i den offentlige sektor stige i takt med den generelle velferdsfremgang, som følger produktivitetsvæksten, så kræver det et stigende antal ansatte pr. bruger.

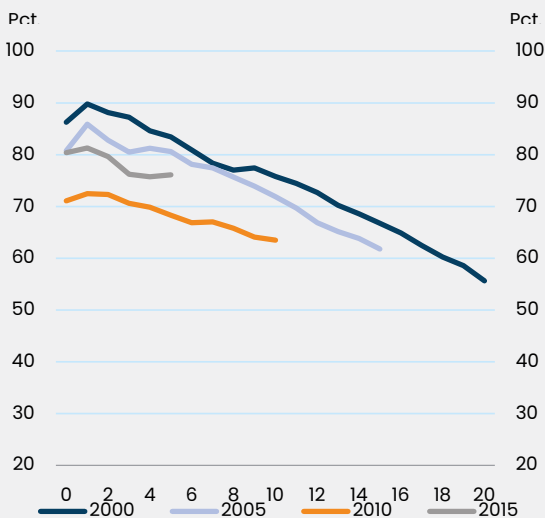
Figur A.13.a - Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, sygeplejersker



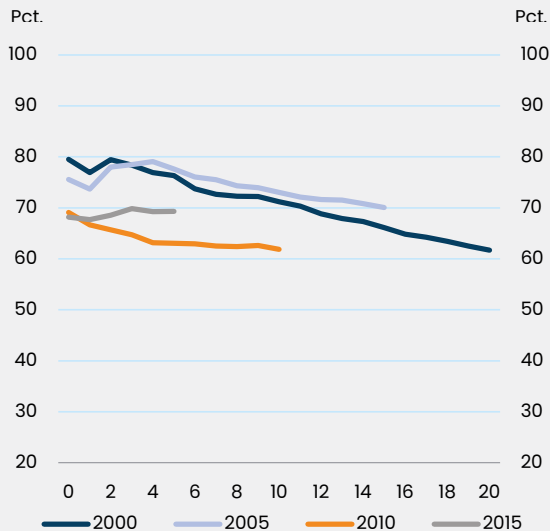
Figur A.13.b - Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, jordemødre

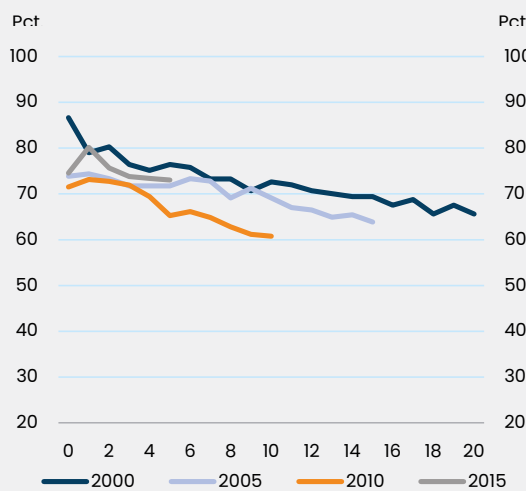
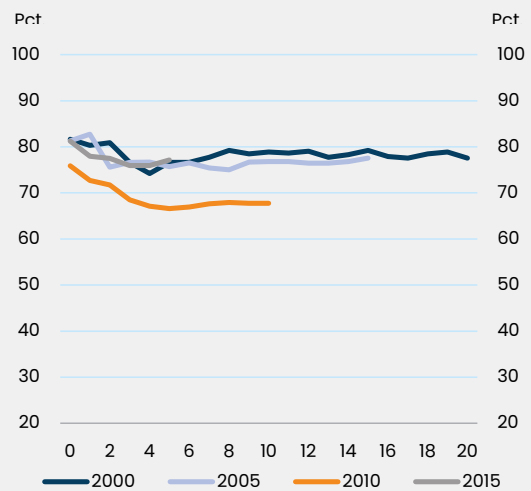


Figur A.13.c - Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, social- og sundhedsassistenter

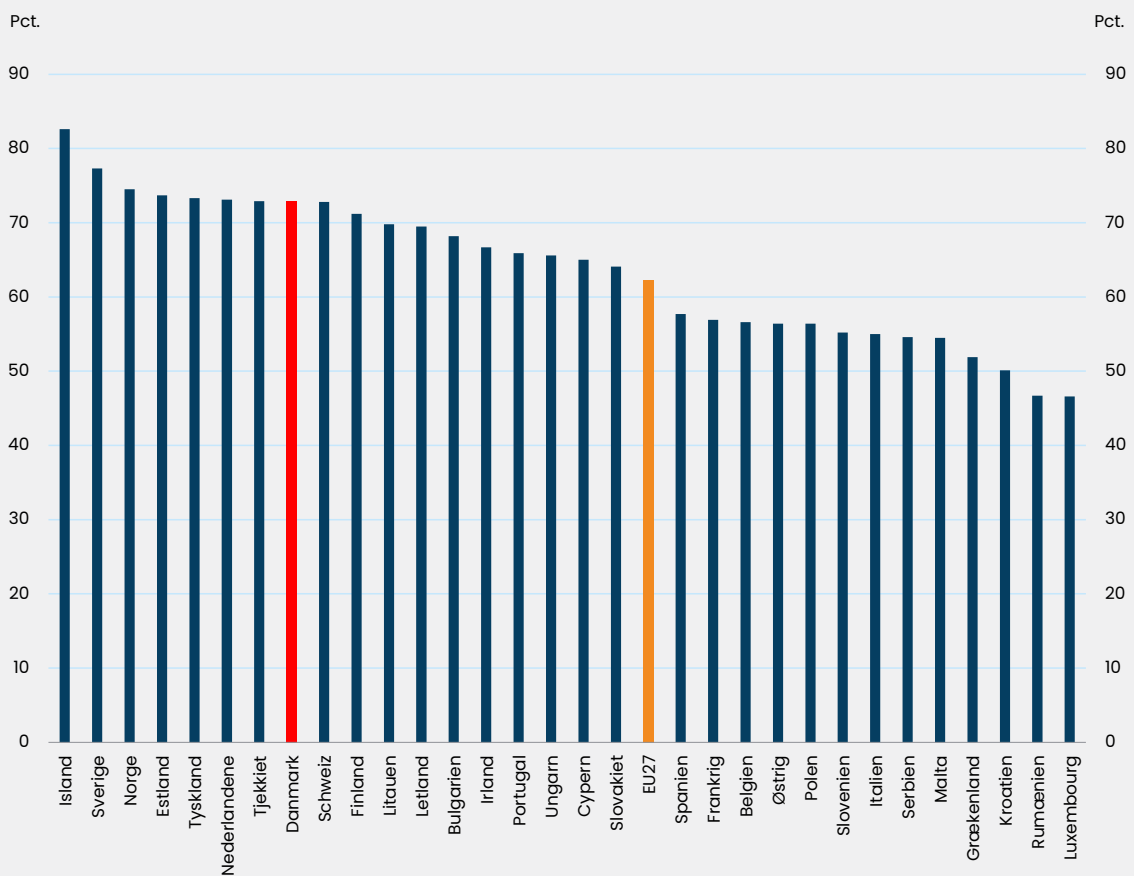


Figur A.13.d - Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, social- og sundhedshjælpere



Figur A.13.e - Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, bioanalytikere**Figur A.13.f - Andelen af beskæftigede pr. uddannelsesårgang, læger**

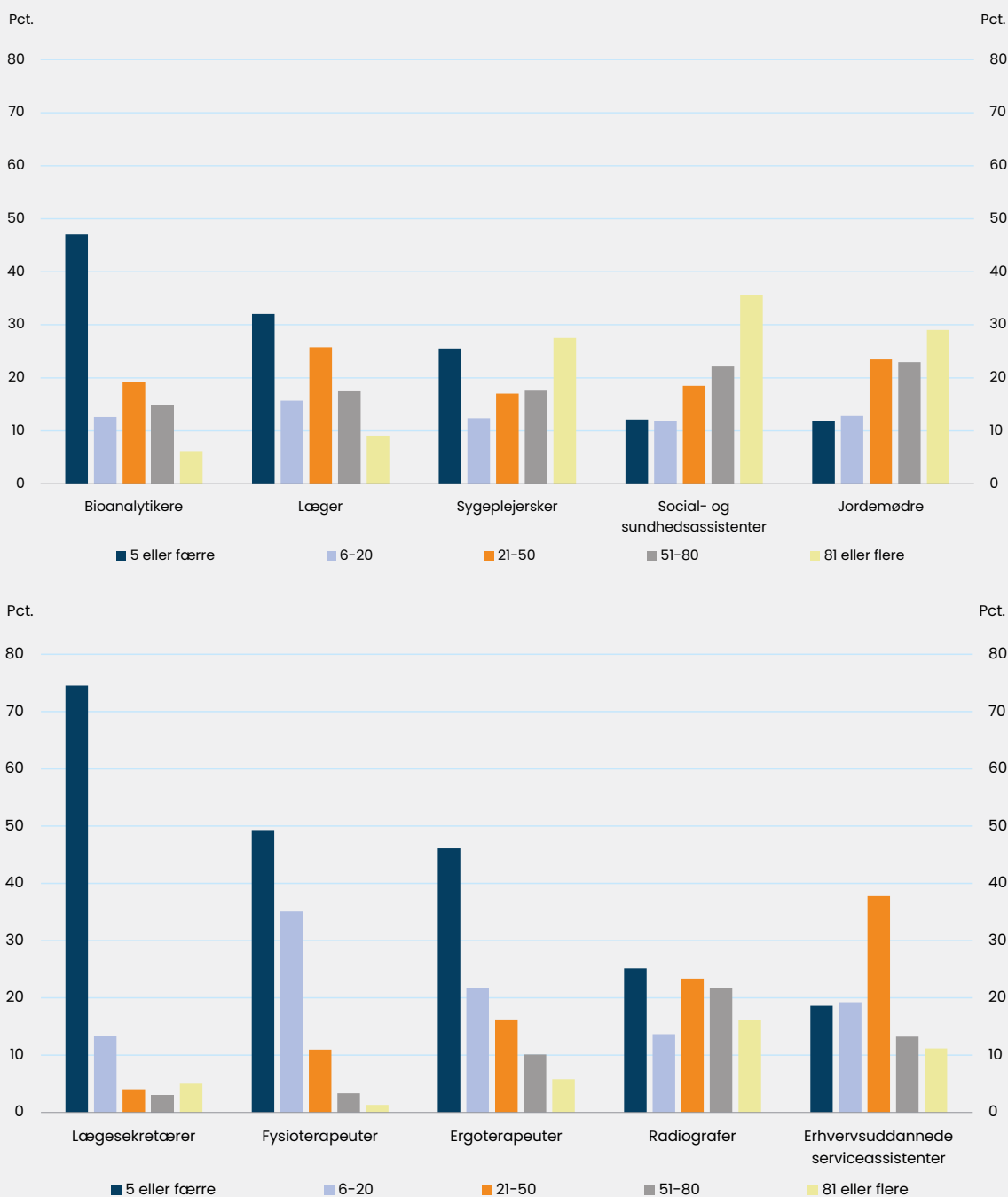
Anm: Figurerne viser andelen af beskæftigede i udvalgte faggrupper for udvalgte uddannelsesårgange i årene efter endt uddannelse.
Kilde: Bevægelsesregisteret, egne beregninger.

Figur A.14 - Andel af befolkningen i beskæftigelse i alderen 55-64 år, 2022

Anm: For Frankrig og Spanien defineres data forskelligt fra de øvrige lande. Landene Montenegro, Nordmakedonien og Tyrkiet indgår ikke grundet datamangel.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Eurostat database: LFSI_EMP_A.

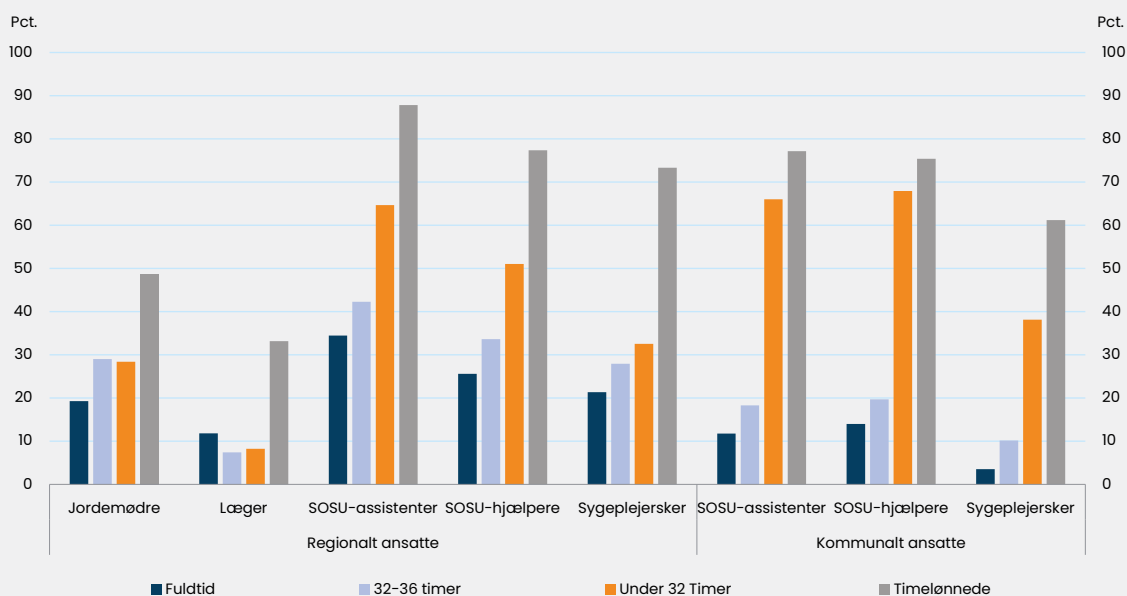
Figur A.15 - Fordeling af vagtarbejde opgjort som 8-timers vagter inden for udvalgte medarbejdergrupper blandt sygehuspersonale, 2021



Anm.: Opgørelsen inkluderer sygehusansat personale i regionerne med undtagelse af Region Sjælland, som ikke er inkluderet i opgørelsen på grund af datamangler. Vagter er beregnet på baggrund af antal timer i vagt divideret med 8 timers varighed i en vagt.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af opgørelse fra Danske Regioner. Data stammer fra Kommunerne og Regionernes Løndatakontor, KRL.

Figur A.16 - Andel arbejdstimer, der ligger om aftenen, natten eller i weekenden i kommuner og regioner – opdelt på arbejdstid for udvalgte personalegrupper, 2022



Anm.: Andelen af arbejdstimer, der ligger om aftenen, natten eller i weekenden, er opgjort som antallet af arbejdstimer i ydertimerne (aften, nat og weekend) målt i forhold til det samlede faktiske antal arbejdstimer. Denne vagtandel er opgjort på månedsniveau for hver af månederne i kalenderåret 2022. En person, der er i beskæftigelse hele året indgår således med 12 "månedsobservationer", og vægter således 12 gange mere end en person, der kun er i beskæftigelse i en enkelt måned.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af specialudtræk fra Kommunerne og Regionernes Løndatakontor, KRL






Tabel A.2 - Sundhedsprofessionelles psykiske arbejdsmiljø

	Sygehus			Kommunal pleje		
	Læger	Sygeplejersker og jordemødre	Social- og sundhedsassistenter og personale	Farmaceuter, farmakonomer og bioanalytikere	Sygeplejersker m.fl.	Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere
Mulighed for at løse opgaver						
Mulighed for at udføre arbejdet i en kvalitet man er tilfreds med	●	↓	↓	●	↓	↓
Grænseløst arbejde						
Til rådighed uden for normal arbejdstid	●	↓	↓	↓	↓	↓
Arbejde på fridage	●	●	●	●	↓	↓
Nødvendigt at arbejde over	↑	●	●	●	●	↓

Anm.: Oversigten viser udvalgte selvrapporterede faktorer i arbejdsmiljøet for udvalgte jobgrupper i det offentlige sundhedsvæsen med patient og borgerkontakt. Kommunal pleje omfatter brancherne sundhedspleje, hjemmesygepleje og jordemødre mv, plejehjem og hjemmehjælp. Der præsenteres ikke resultater i grupper med mindre end 5 respondenter. Deltagerne i undersøgelsen er udtrukket blandt 15-69-årige i befolkningen, som havde et lønmodtagerjob i september, oktober og november 2020 med minimum 34 timers arbejde per måned, svarende til ca. 8 timer om ugen. Data er indsamlet i første halvår 2021 under usædvanlige forhold under covid-19-epidemien. Resultaterne skal derfor ses i lyset af, at restriktioner og virksomheders hjemsendelse af medarbejdere kan have haft væsentlig betydning for arbejdsmiljøet afhængigt af branche og job. Besvarelserne er vægtet ud fra antallet af respondenter. Estimerne for social- og sundhedsassistenter på hospitalerne samt farmaceuter, farmakonomer og bioanalytikere skal tolkes med varsomhed pga. et lavt antal respondenter. Gruppen 'sygeplejersker' mfl. omfatter sygeplejersker, sundhedsplejersker og jordemødre.

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af data fra Arbejdstilsynet fra februar 2023, 'Sundhedsprofessionelles psykiske og ergonomiske arbejdsmiljø', der er udarbejdet til Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L) 2021 indsamlet af DST Survey, Danmarks Statistik for Arbejdstilsynet.

Tabel A.3 – Sundhedsprofessionelles psykiske arbejdsmiljø

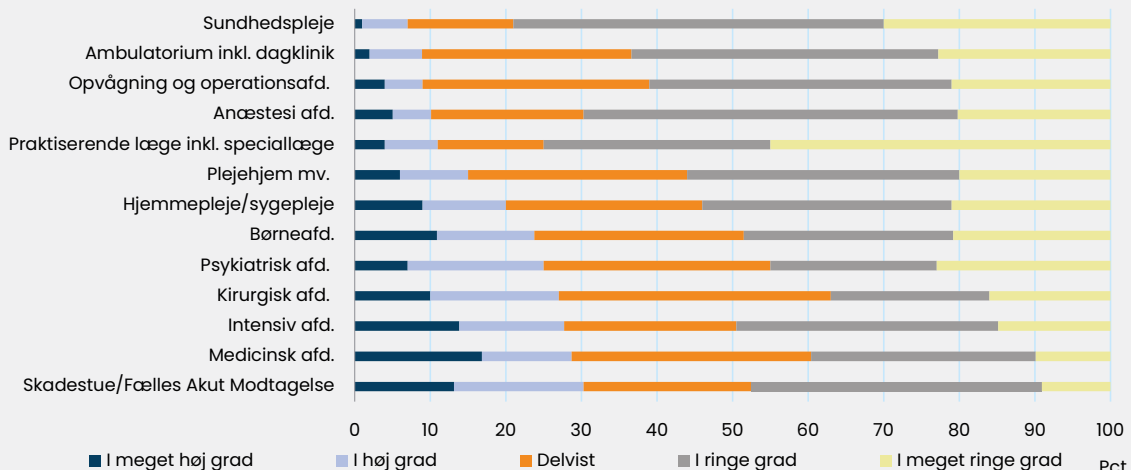
  Signifikant lavere end gennemsnittet for alle lønmodtagere (blå negativt, grøn positivt)
 Adskiller sig ikke signifikant for gennemsnittet blandt alle lønmodtagere
  Signifikant højere end gennemsnittet for alle lønmodtagere (blå negativt, grøn positivt)

	Sygehus			Kommunal pleje		
	Læger	Sygeplejersker og jordemødre	Social- og sundheds- personale	Farmaceuter, farmakonomer og bioanalytikere	Sygeplejersker m.fl.	Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere
Følelsesmæssige krav og krav om at skjule følelser						
Relationer, der er følelsesmæssigt vanskelige at håndtere	↑	↑	●	●	↑	↑
Følelsesmæssigt krævende situationer	↑	↑	●	●	↑	↑
Krav om at skjule følelser	↑	↑	●	●	↑	↑
Krænkende handlinger, vold og trusler						
Diskrimination/ dårlig behandling	●	↑	↑	●	●	↑
Mobning	●	●	●	●	●	●
Seksuel chikane	●	↑	-	-	●	↑
Uønsket seksuel opmærksomhed	●	↑	●	-	●	↑
Chikane fra eksterne	●	↑	↑	●	↑	↑
Fysisk vold	-	↑	↑	-	●	↑
Trusler om vold	●	↑	↑	-	●	↑

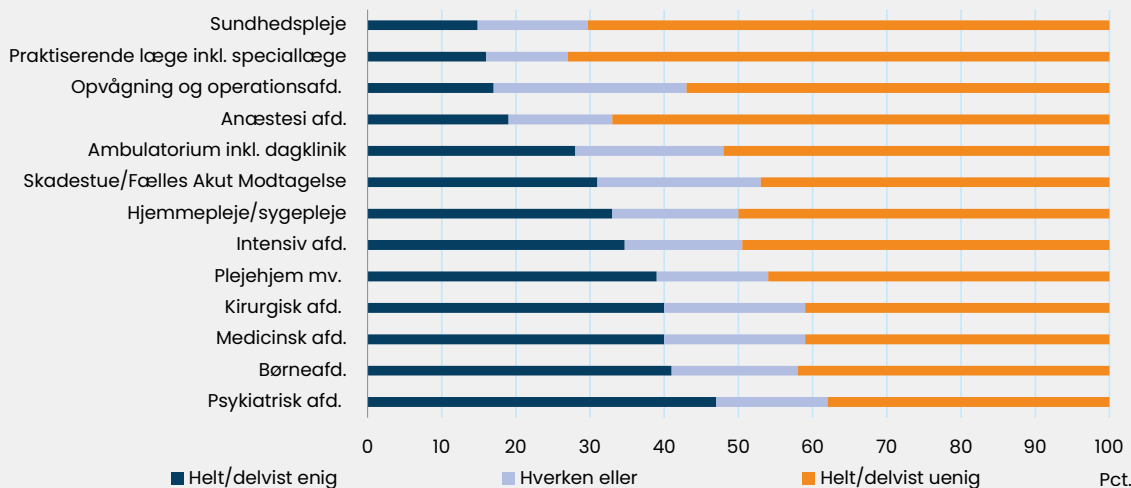
Anm: Oversigten viser udvalgte selvrapporterede faktorer i arbejdsmiljøet for udvalgte jobgrupper i det offentlige sundhedsvæsen med patient og borgerkontakt. Kommunal pleje omfatter brancherne sundhedspleje, hjemmesygepleje og jordemødre mv, plejehjem og hjemmehjælp. Der præsenteres ikke resultater i grupper med mindre end 5 respondenter. Deltagerene i undersøgelsen er udtrukket blandt 15-69-årige i befolkningen, som havde et lønmodtagerjob i september, oktober og november 2020 med minimum 34 timers arbejde per måned, svarende til ca. 8 timer om ugen. Data er indsamlet i første halvår 2021 under usædvanlige forhold under covid-19-epidemien. Resultaterne skal derfor ses i lyset af, at restriktioner og virksomheders hjemsendelse af medarbejdere kan have haft væsentlig betydning for arbejdsmiljøet afhængigt af branche og job. Besvarelsene er vægтет ud fra antallet af respondenter. Estimerne for social- og sundhedsassistenter på hospitalerne samt farmaceuter, farmakonomer og bioanalytikere skal tolkes med varsomhed pga. et lavt antal respondenter. Gruppen 'sygeplejersker' mfl. omfatter sygeplejersker, sundhedsplejersker og jordemødre.

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af data fra Arbejdstilsynet fra februar 2023, 'Sundhedsprofessionelles psykiske og ergonomiske arbejdsmiljø', der er udarbejdet til Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L) 2021 indsamlet af DST Survey, Danmarks Statistik for Arbejdstilsynet.

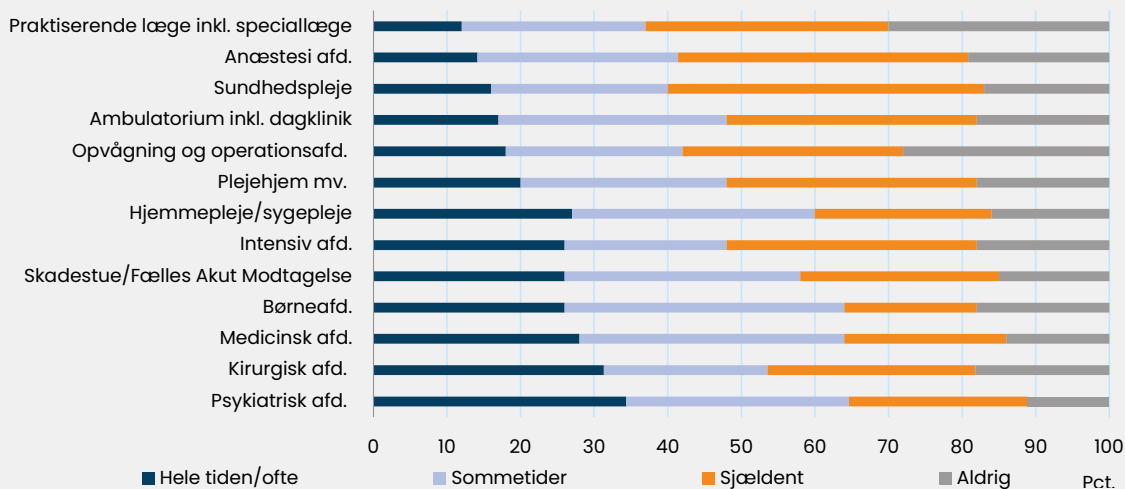
Figur A.17.a - Besvarelser vedr. sygeplejerskers arbejdsmiljø, opdelt på afdelingstype, 2021.

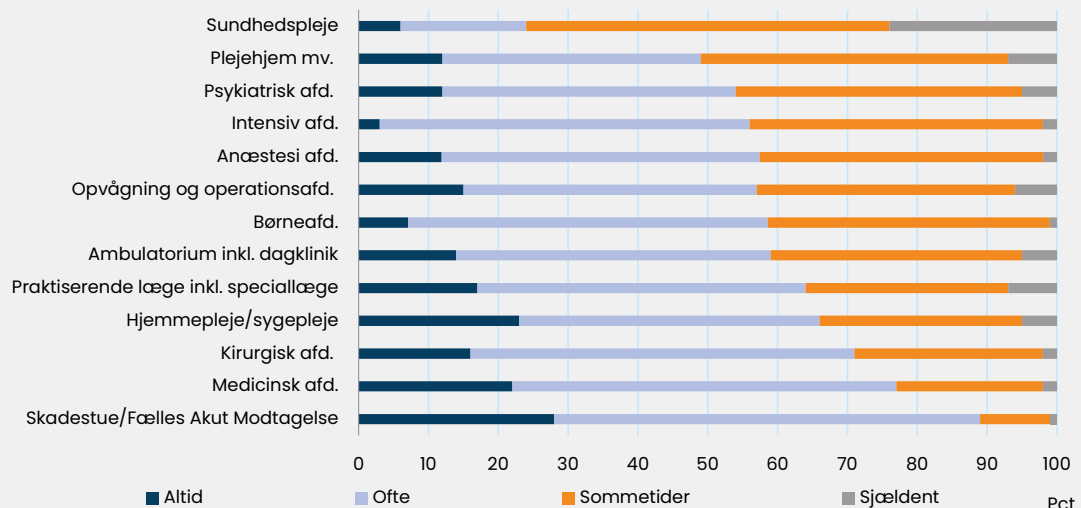
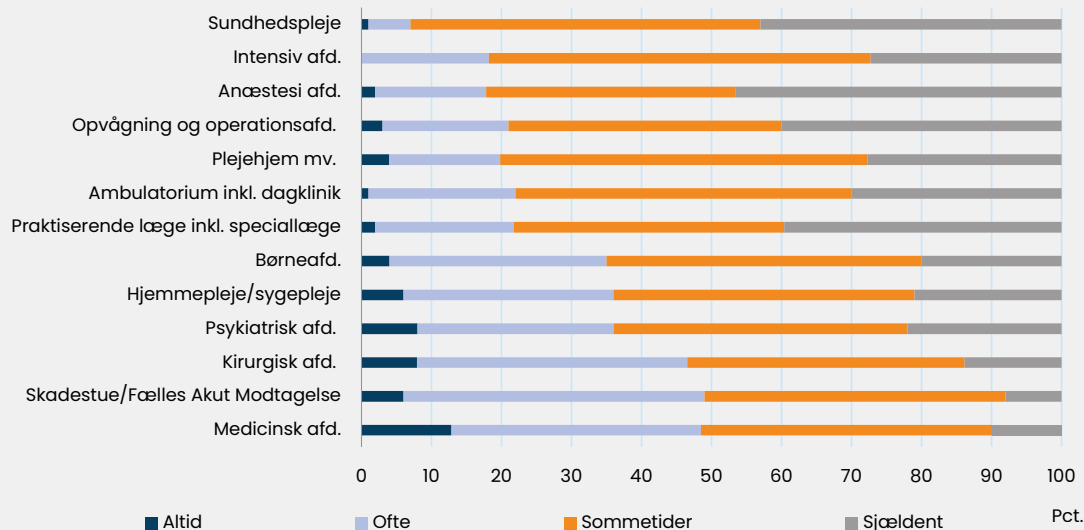
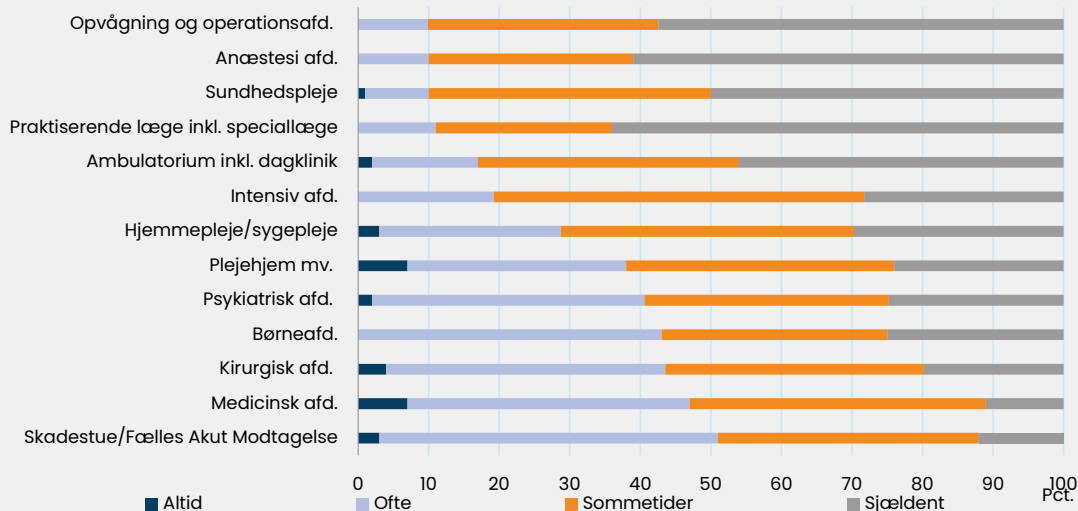


Figur A.17.b - Jeg føler mig psykisk nedslidt



Figur A.17.c - Hvor ofte har du følt dig stresset i de sidste to uger?

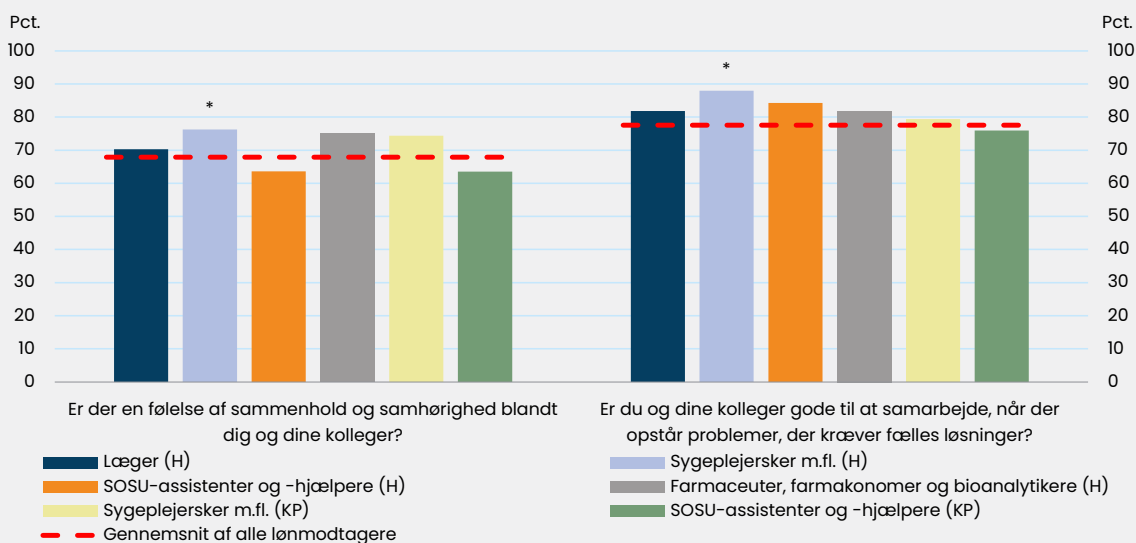


Figur A.17.d - Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?

Figur A.17.e - Er arbejdstempoet så højt, at det påvirker kvaliteten af dit arbejde?

Figur A.17.f - Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?


Anm.: Resultaterne er baseret på svar fra en spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskers arbejdsmiljø, helbred og trivsel (SATH). Undersøgelsen er gennemført i februar til marts 2021, hvor 6.000 tilfældigt udvalgte beskæftigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd blev inviteret. 43 pct. besvarede undersøgelsen (2.580 personer).

Kilde: Dansk Sygeplejeråd. 2021. Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH).

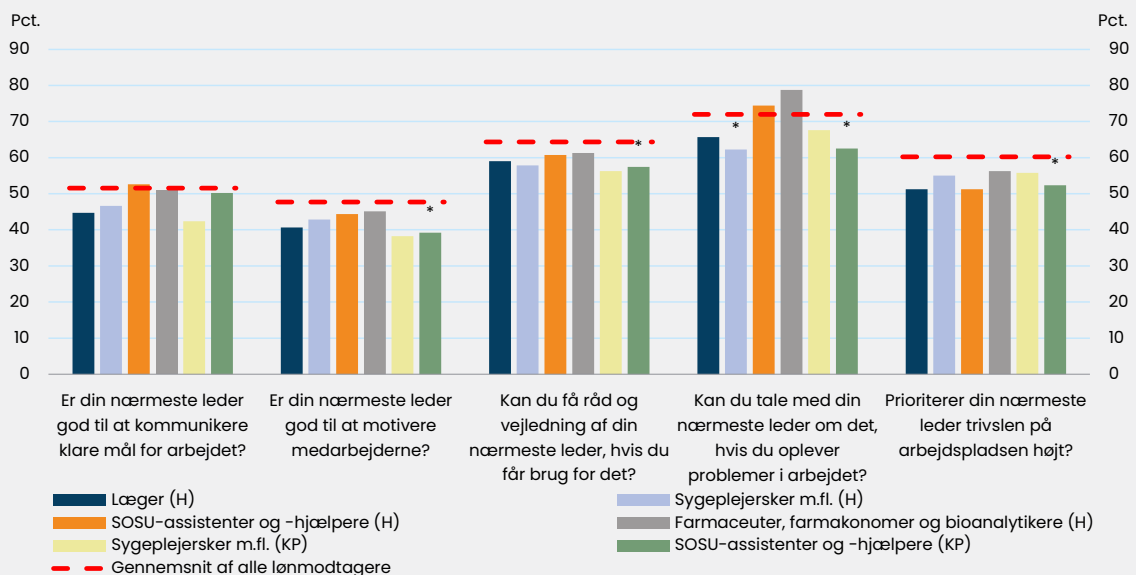
Figur A.18 – Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om relationer til nærmeste kollegaer



Anm: (H)=hospital, (KP)=kommunal pleje. *indikerer, at gruppen i besvarelsen adskiller sig signifikant fra gennemsnittet af alle lønmodtagere. Undersøgelsen er afgrænset til den offentlige sektor, dvs. at medarbejdere på privathospitaler ikke indgår. Deltagerne i undersøgelsen er udtrukket i en population på ca. 2,3 mio. 15- til 69-årige i befolkningen, som havde et lønmodtagerjob i september, oktober og november 2020 med minimum 34 timers arbejde pr. måned, svarende til ca. 8 timer om ugen. Data er indsamlet i første halvår 2021 under usædvanlige forhold under covid-19-epidemien. Resultaterne skal derfor ses i lyset af at restriktioner og virksomheders hjemsendelse af medarbejdere kan have haft væsentlig betydning for arbejdsmiljøet afhængigt af branche og job. Besvarelsene er vægтет ud fra antallet af respondenter. Estimerne for social- og sundhedsassistenter på hospitalerne samt farmaceuter, farmakonometer og bioanalytikere skal tolkes med varsomhed pga. et lavt antal respondenter.

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af data fra Arbejdstilsynet fra februar 2023, 'Sundhedsprofessionelles psykiske og ergonomiske arbejdsmiljø', der er udarbejdet til Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L) 2021 indsamlet af DST Survey, Danmarks Statistik for Arbejdstilsynet.

Figur A.19 – Andel medarbejdere der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" på spørgsmål om ledelseskvalitet



Anm: (H)=hospital, (KP)=kommunal pleje. *indikerer, at gruppen i besvarelsen adskiller sig signifikant fra gennemsnittet af alle lønmodtagere. Der er afgrænset til den offentlige sektor, og derfor indgår medarbejdere på privathospitaler ikke. Deltagerne i undersøgelsen er udtrukket i en population på ca. 2,3 mio. 15- til 69-årige i befolkningen, som havde et lønmodtagerjob i september, oktober og november 2020 med minimum 34 timers arbejde pr. måned, svarende til ca. 8 timer om ugen. Data er indsamlet i første halvår 2021 under usædvanlige forhold under covid-19-epidemien. Resultaterne skal derfor ses i lyset af at restriktioner og virksomheders hjemsendelse af medarbejdere kan have haft væsentlig betydning for arbejdsmiljøet afhængigt af branche og job. Besvarelsene er vægтет ud fra antallet af respondenter. Estimerne for social- og sundhedsassistenter på hospitalerne samt farmaceuter, farmakonometer og bioanalytikere skal tolkes med varsomhed pga. et lavt antal respondenter.

Kilde: Egen fremstilling på baggrund af data fra Arbejdstilsynet fra februar 2023, 'Sundhedsprofessionelles psykiske og ergonomiske arbejdsmiljø', der er udarbejdet til Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L) 2021 indsamlet af DST Survey, Danmarks Statistik for Arbejdstilsynet.

Boks A.5. Hovedkonklusioner fra analyser udarbejdet for Robusthedskommissionen

Hovedkonklusioner fra analyse om kompetencemangel i sundhedsvæsenet

Den største kompetencemangel opleves på plejeområdet. Det forventes, at det også er disse kompetencer, der vil mangle i fremtidens sundhedsvæsen. I analysen identificeres fem udviklingsperspektiver, der kan bidrage til et robust sundhedsvæsen: 1) Bedre og mere fleksibel organisering af opgaveløsningen, 2) større udnyttelse af teknologiske muligheder, 3) rette opgaver på det rette specialiseringsniveau, 4) overbehandling, behandlingsniveau og prioritering samt 5) lokal organisering og incitamenter.

Hovedkonklusioner fra litteraturstudie af viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse

Et attraktivt arbejdsmiljø fremmer jobtilfredshed, giver medarbejdere lyst til at blive i deres arbejde og er tiltrækkende for nye medarbejdere. Væsentlige faktorer for arbejdsmiljøet, der kan styrkes, er fx motivation, indflydelse, ledelseskvalitet, et konstruktivt teamsamarbejde og en balanceret arbejdsbyrde.

Hovedkonklusioner fra analyse af mulighederne for efter- og videreuddannelse i sundhedsvæsenet

Udbuddet af efter- og videreuddannelse er omfattende og vidtforgrenet, hvilket kan gøre det svært for den enkelte medarbejder at kende forskel på de enkelte uddannelser og have overblik over karriereveje. Analysen peger på et behov for mere overskuelige, ensartede og tydelige efter- og videreuddannelsesveje, fleksibilitet i afviklingen af efter- og videreuddannelse samt et uddannelsessystem, der understøtter sundhedsvæsenets udvikling.

Hovedkonklusioner fra analyse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet

Der er et væsentligt potentiale ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og analysen beskriver de forskellige typer af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Desuden beskrives de primære drivkræfter bag uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der udmønter sig på forskellig vis, og kræver forskellige indsatser henholdsvis i kommuner, i almen praksis og på sygehuse. Analysen konkluderer, at kompleksiteten i drivkræfterne betyder, at der er behov for flerstrengede indsatser, som både kalder på lokalt fokus og langsigtede, strukturelle indsatser. Analysen peger på en lang række indsatsområder og fremhæver særligt følgende indsatser: 1) Integration af lovkomplekser og opgør med paragrafororganisering i den kommunale syge- og ældrepleje, 2) bedre muligheder for gate-keeping i almen praksis og 3) understøttelse af en systematisk "stop-op kultur" på hospitalsområdet.

Hovedkonklusioner fra workshop om implementering af teknologi og digitale løsninger i sundhedsvæsenet

Der er en række barrierer, der står i vejen for at kunne implementere og skalere arbejdskraftsbesparende teknologiske løsninger, og for at det fulde potentiale kan indfries. Der er fx behov for flere fælles beslutninger, genbrug af gode løsninger og en tydeligere arbejdsdeling af, hvad der løses nationalt, og hvad der løses lokalt. Implementering af arbejdskraftbesparende teknologier og digitale løsninger er afgørende, men svært, og skal understøttes bedre. Samtidig hæmmer en række faktorer implementering og udbredelse. Det er fx begrænsende regulatoriske rammer og uklarhed om lovgivningen. Samtidig kan der opstå usikkerhed om nye digitale og teknologiske løsningers konsekvenser for de sundhedsprofessionelles ansvar efter sundhedsloven.

Boks A.6. Viden om uhensigtsmæssig behandling

Uhensigtsmæssig behandling kan opdeles i overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad

- **Overdiagnostik:** Mekanismer, der leder til opsporing og fund af afvigelse, abnormiteter, risikofaktorer, patofysiologiske og/eller patoanatomiske forandringer, som aldrig i sig selv vil give personen symptomer (undtaget afvigelse og abnormiteter), medføre sygdom eller være årsag til personens død.
- **Behandling med lav værdi:** Behandling med ingen eller ringe fordele for patienten set i lyset af de tilgængelige alternative behandlingsformer, omkostninger og præferencer.
- **For høj specialiseringsgrad:** Opgaveløsningen foregår på et højere specialiseringsniveau, end hvad opgaven kræver sundhedsfagligt. Det er ressourcekrævende og kan gøre blind for mere komplekse og tværgående behandlingsmæssige behov fx ved multisygdom.

Kilde: Brodersen, John, et al. 2018. Overdiagnosis: What it is and what it isn't; VIVE. 2023. Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet.

Boks A.7. Eksempler på danske prioriteringsorganer

Medicinrådet udarbejder anbefalinger om nye lægemidler

Medicinrådet er et uafhængigt råd, der udarbejder anbefalinger af hvilke nye lægemidler, der skal være mulige standardbehandlinger på landets sygehuse. Rådet vurderer, om der er et rimeligt forhold mellem den kliniske værdi af lægemidlet og omkostningerne ved behandling med lægemidlet. Folketinget har besluttet syv principper, der danner grundlag for Medicinrådets arbejde. De syv principper er: Faglighed, uafhængighed, geografisk lighed, åbenhed, hurtig ibrugtagning af ny, effektiv medicin, mere sundhed for pengene og adgang til behandling. Medicinrådet blev etableret 1. januar 2017 af Danske Regioner.

Kilde: Medicinrådet. 2023. Om os.

Behandlingsrådet udarbejder anbefalinger for anvendelse af medicinsk udstyr og sundhedsteknologi

Behandlingsrådet er et samarbejde mellem de fem regioner. Behandlingsrådets formål er at bidrage til mere sundhed for pengene samt højere kvalitet og effektivitet i leveringen af sundhedsydelser. Rådet udarbejder anbefalinger for anvendelse af medicinsk udstyr og sundhedsteknologi. Rådets anbefalinger baseres på evalueringer og analyser, der indeholder en vurdering af effekt, patientperspektivet, organisation og omkostninger. Nogle evalueringer og analyser inddrager andre aspekter, som fx jura eller etik. Behandlingsrådet skal årligt udarbejde en analyse med henblik på at afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper. Behandlingsrådet arbejder inden for fire principper, som Danske Regioner har besluttet. De fire principper er: Mest sundhed for pengene, faglighed og armslængde til det politiske system, åbenhed samt lighed. Behandlingsrådet blev etableret primo 2021 af Danske Regioner.

Kilde: Behandlingsrådet. 2023. Om os.

