

Pixi

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 978-87-7601-422-3 (trykt version)

ISBN 978-87-7601-421-6 (digital version)

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets
kommunikationsenhed

Tryk: OnPrint A/S

Publikationen kan hentes på
www.sum.dk

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 udtyndes 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

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 afsæt 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.

Bredden i kommissionens anbefalinger afspejler både alvorligheden af de udfordringer, sundheds- og ældreområdet står over for, og kompleksiteten af de tiltag, der skal til. Kommissionen finder, at der er behov for indsatser på alle områder, og at indsatserne kan supplere og forstærke hinanden. Det er ikke ét initiativ, som alene vil gøre udslaget, der skal mere til.

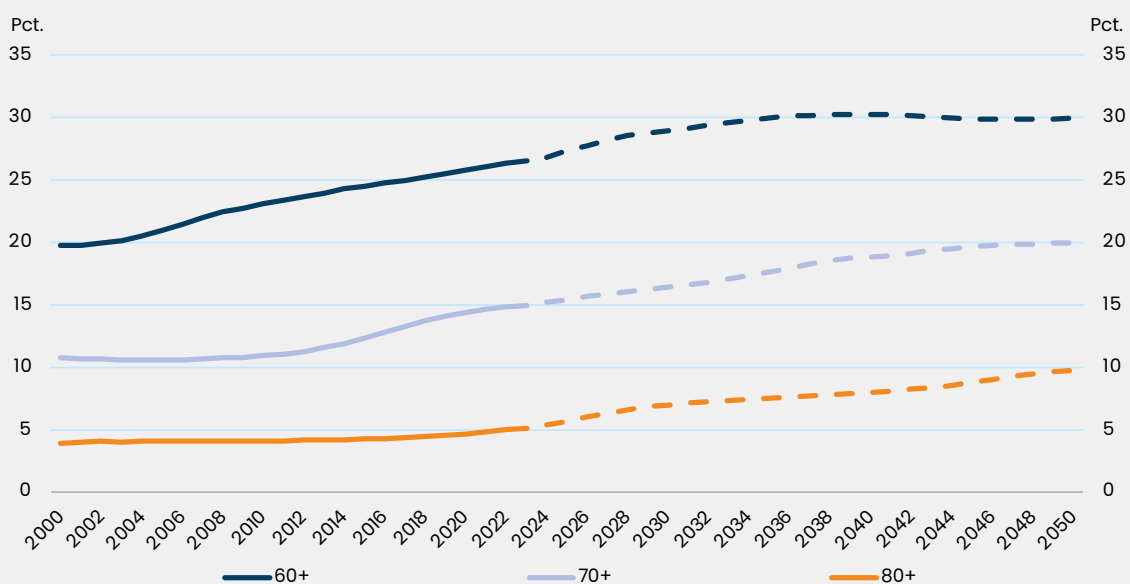
Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet blev nedsat af den daværende regering i august 2022 i forlængelse af den politiske aftale af 20. maj 2022 om en sundhedsreform. Kommissionen fik til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven og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

STATUS

BEHOVET FOR SUNDHEDSYDELSE VIL STIGE I FREMTIDEN

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. Frem mod 2050 forventes antallet af borgere over 80 år at stige med 310.000. Det er dobbelt så stor en andel som i dag, *jf. figur 1*. Denne aldersgruppe optager mange ressourcer til behandling og pleje både i eget hjem, på plejehjem og i sundhedsvæsenet.

Figur 1 - Udviklingen i ældre aldersgrupper, 2000-2050



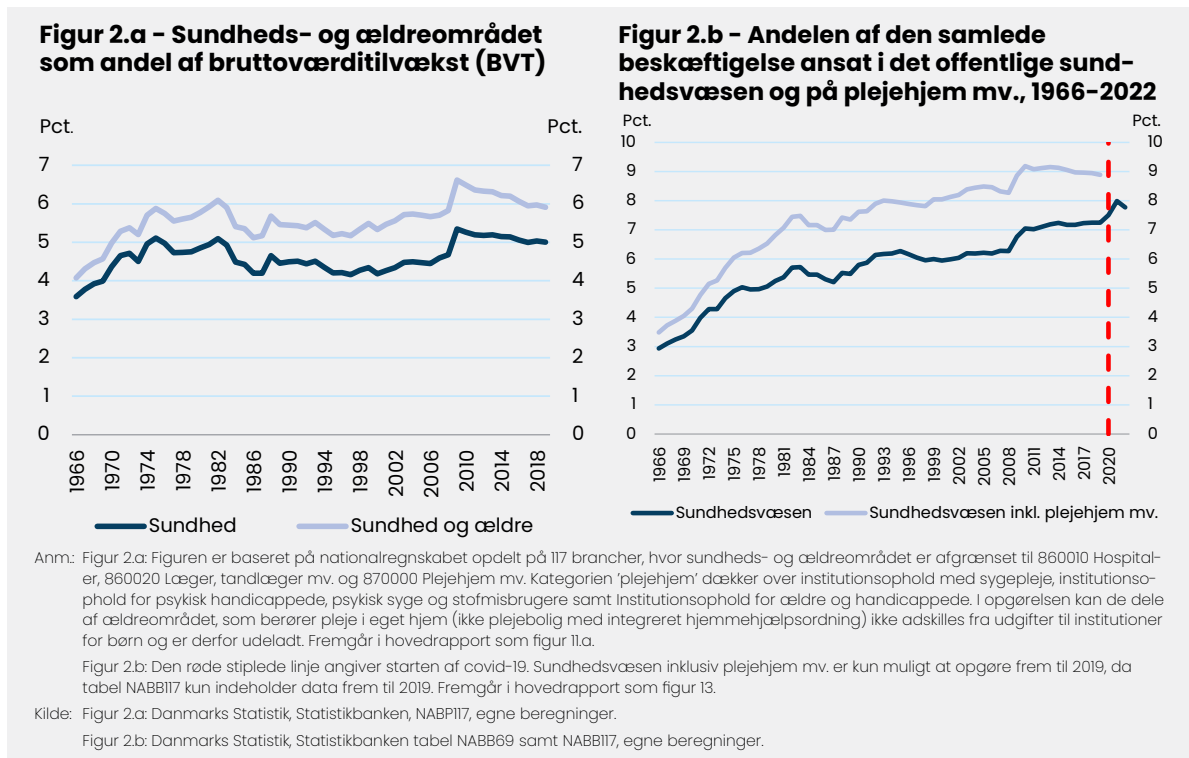
Anm: De stiplede linjer angiver Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning. Fremgår i hovedrapport som figur 1.

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

Kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet over de seneste årtier har medført, at flere sygdomme kan behandles bedre, samtidig med at 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.

SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET TRÆKKER EN STIGENDE ANDEL AF SAMFUNDETS RESSOURCER

De seneste årtier har sundheds- og ældreområdet brugt en stigende andel af samfundets ressourcer, *jf. figur 2.a*, og i dag udgør sundheds- og ældreområdet en større andel af den samlede beskæftigelse end tidligere. I dag er ca. 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 2.b*. Det svarer til en stigning på ca. 30 pct. Udviklingen er både et resultat af den demografiske udvikling, af at kvaliteten i sundhedsvæsenet er øget over en årrække, og af at områderne er blevet prioriteret højt politisk.



Samtidig er digitalisering og brug af teknologi øget, og arbejdsgangene er blevet mere effektive. De senere år er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet med fx 12 pct. Det kan indikere, at sundhedsvæsenet er blevet mere effektivt i perioden og har omstillet til mere ambulante behandling. Samtidig er det årlige antal kontakter pr. fuldtidsmedarbejder på de offentlige sygehuse steget med 21 pct. fra 2009 til 2018. 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

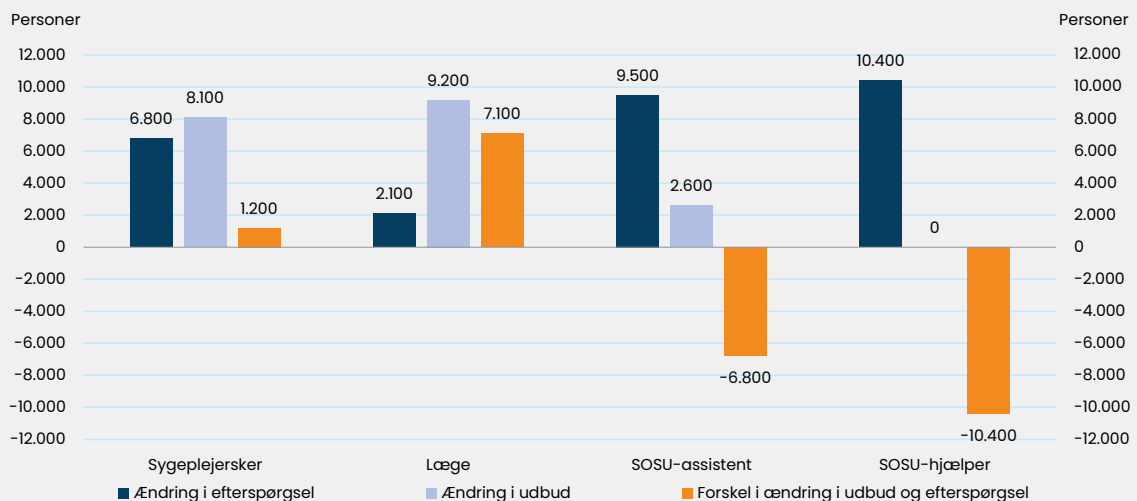
I de senere år, er der tegn på et fald i produktiviteten i det specialiserede sundhedsvæsen med færre operationer, ambulante kontakter og antal indlæggelser. Udviklingen i de seneste år skal bl.a. ses i lyset af ændrede opgaver og aktiviteter under covid-19 samt konflikten på sygeplejerskeområdet.

FREMTIDENS REKRUTTERINGSGRUNDLAG FØLGER IKKE MED BEHOVET

Udfordringerne med rekruttering har været tiltagende de sidste par år, men synes dog at aftage lidt for de største personalegrupper i 2023. 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 stiger i samme takt som de allerældste. Den gradvise øgning af folkepensjonsalderen kan til dels modvirke dette, men behovet for personale ressourcer 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. Derfor risikerer de sociale og geografiske uligheder i pleje- og behandlingstilbud at øges.

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, jf. figur 3. Fremskrivningerne er forbundet med usikkerheder, da de bl.a. er baseret på en række forudsætninger, herunder fastholdt tilgang til uddannelser, ligesom at der ikke tages højde for den nuværende rekrutteringssituation, eller at efterspørgslen efter behandling og pleje kan ændres i fremtiden.

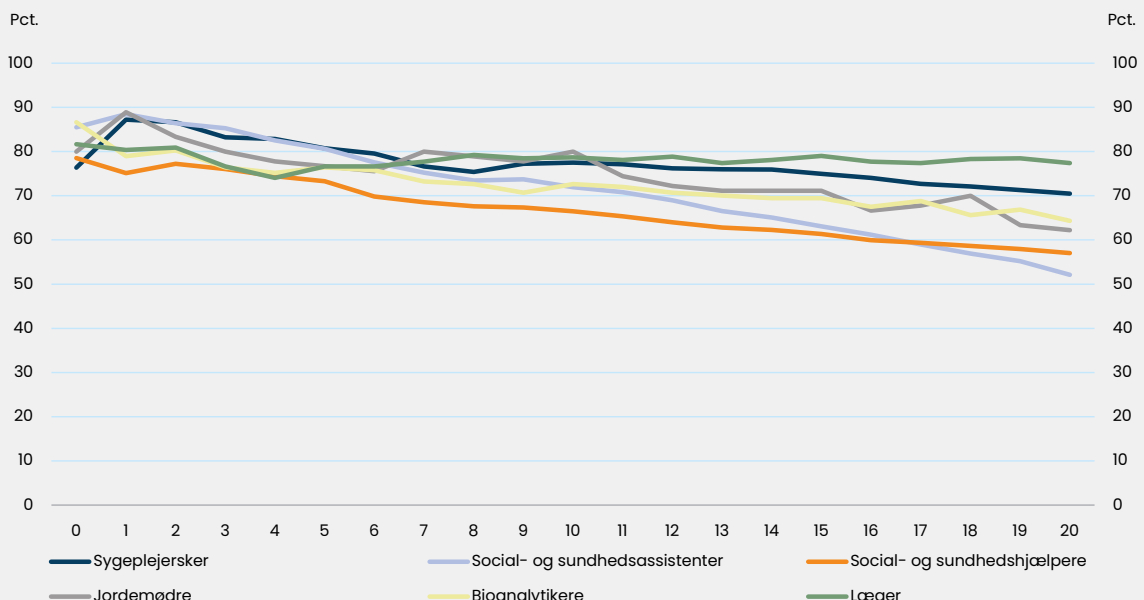
Figur 3 - Mekaniske fremskrivninger af ændring i udbud af og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsmedarbejdere i 2030 målt i forhold til 2019

Anm.: Fremskrivningerne kan ikke tolkes 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. Fremgår i hovedrapport som figur 35.

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

MEDARBEJDERE FORLADER SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET I LØBET AF DERES ARBEJDSLIV

Medarbejdernes tilknytning til sundheds- og ældreområdet er udfordret. I 2020 arbejdede knap 47.000 sundhedsuddannede uden for sundheds- og ældreområdet. Mange medarbejdere, der starter deres arbejdsliv på sundheds- og ældreområdet, falder fra over årene efter endt uddannelse, jf. figur 4. Frafaldet er ikke nyt, men synes at være tiltagende, særligt på vagtbelastede områder, akutfunktioner, medicinske afdelinger og i psykiatrien.

Figur 4 - Andel sundhedsuddannede i beskæftigelse på sundheds- og ældreområdet 20 år efter endt uddannelse

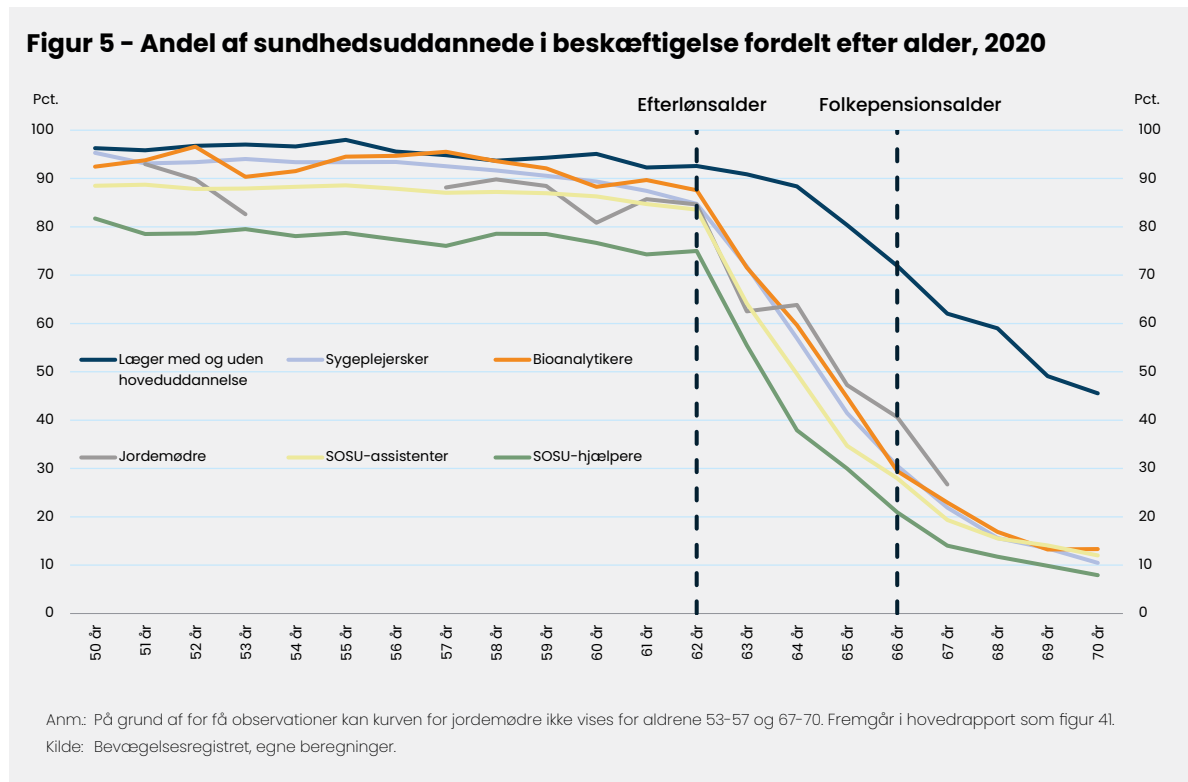
Anm.: Figuren viser andelen af de, som færdiggjorde deres uddannelse i 2000, som hvert år efter endt uddannelse enten er beskæftiget på sundheds- og ældreområdet, eller som opnår en ny sundhedsfaglig uddannelse. "Sundheds- og ældreområdet" dækker over offentlige og private sundheds- og ældreindsatser i regioner, kommuner, praksissektor og i det private, jf. boks A1 i appendiks. Fremgår i hovedrapport som figur 37.

Kilde: Egne beregninger på data fra Bevægelsesregisteret.

I 2020 var 12 pct. af de beskæftigede social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker og 21 pct. af beskæftigede social- og sundhedshjælpere beskæftiget uden for sundheds- og ældreområdet.

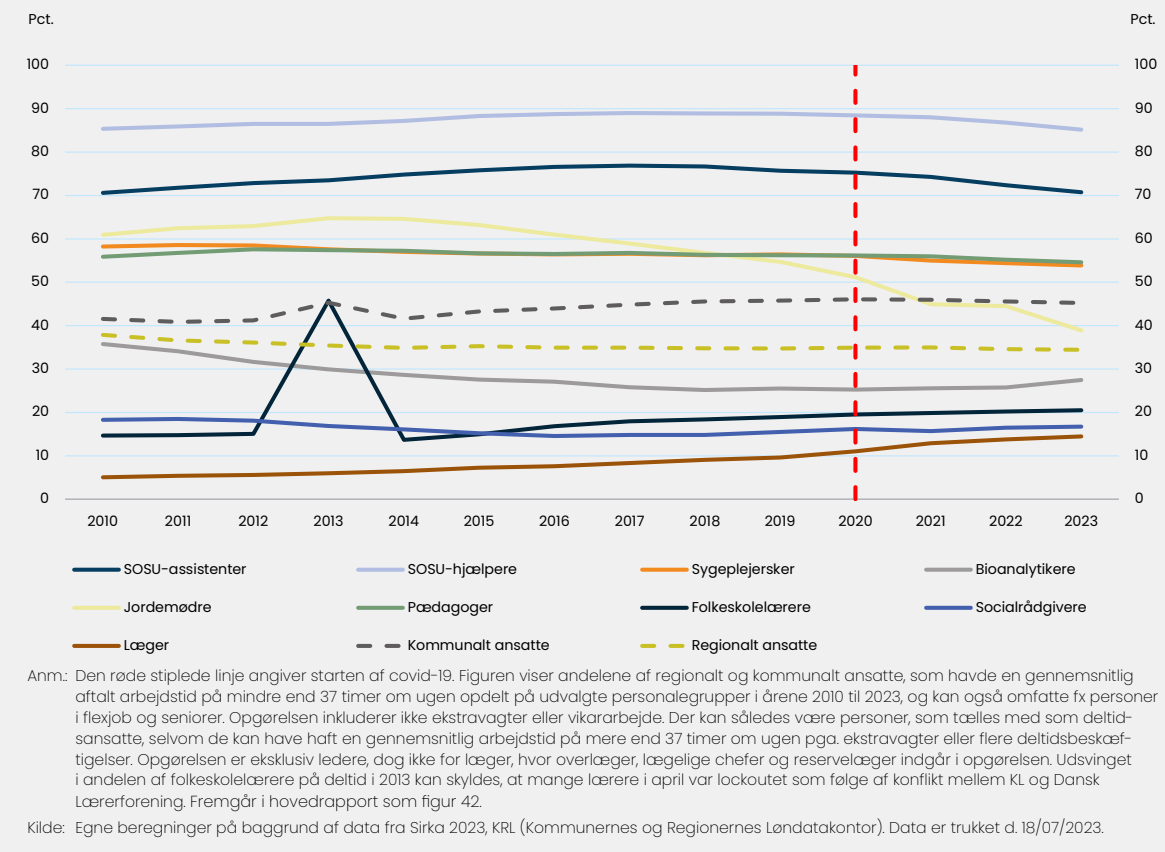
MANGE TRÆKKER SIG TIDLIGT TILBAGE

Omfanget og længden af det kliniske arbejdsliv er ulige fordelt mellem personalegrupperne. Mens fx 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 5*.

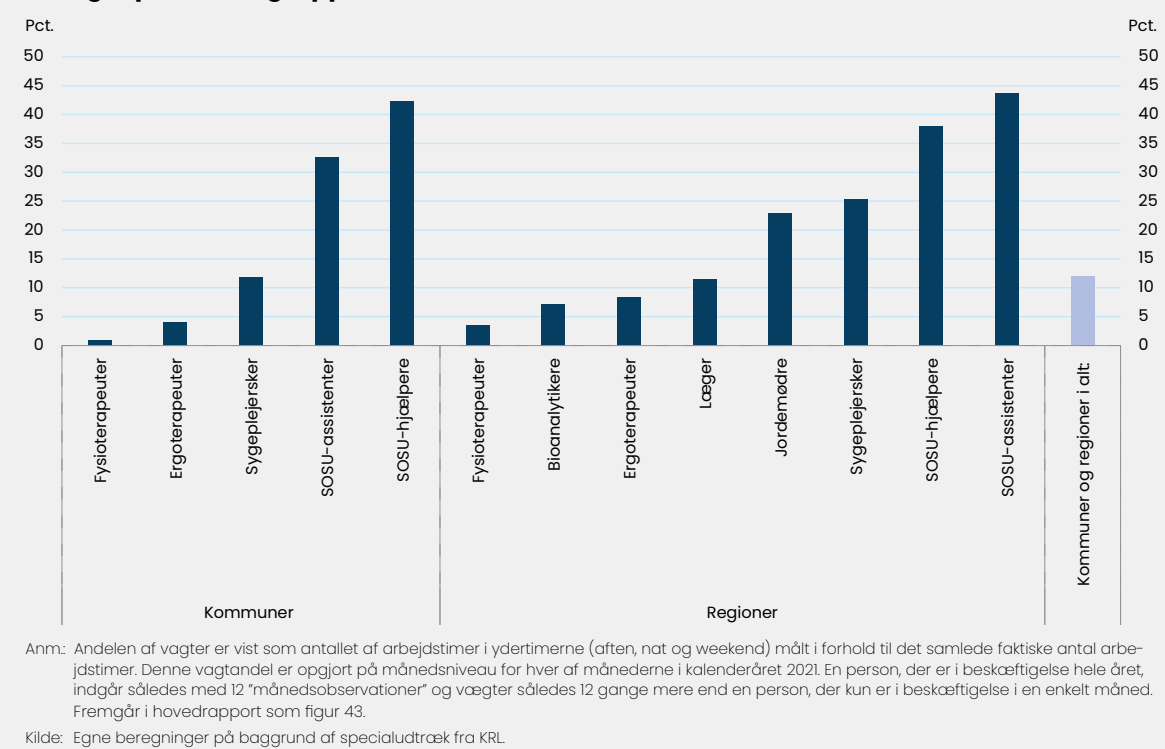


MANGE ARBEJDER DELTID OG VAGTARBEJDET ER ULIGE FORDELT

Mange medarbejdere på sundheds- og ældreområdet arbejder på deltid, også når der sammenlignes med de øvrige velfærdsområder. 85 pct. af social- og sundhedshjælperne arbejder deltid, mens det er 71 pct. af social- og sundhedsassistenterne og 54 pct. af sygeplejerskerne, *jf. figur 6*.

Figur 6 - Andel deltidsansatte blandt udvalgte regionalt og kommunalt ansatte


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. Social- og sundhedsassistenter er den personalegruppe på sundheds- og ældreområdet, der bruger den største andel af deres arbejdstid på vagtarbejde, da mere end en tredjedel af arbejdstiden er vagtarbejde, jf. figur 7.

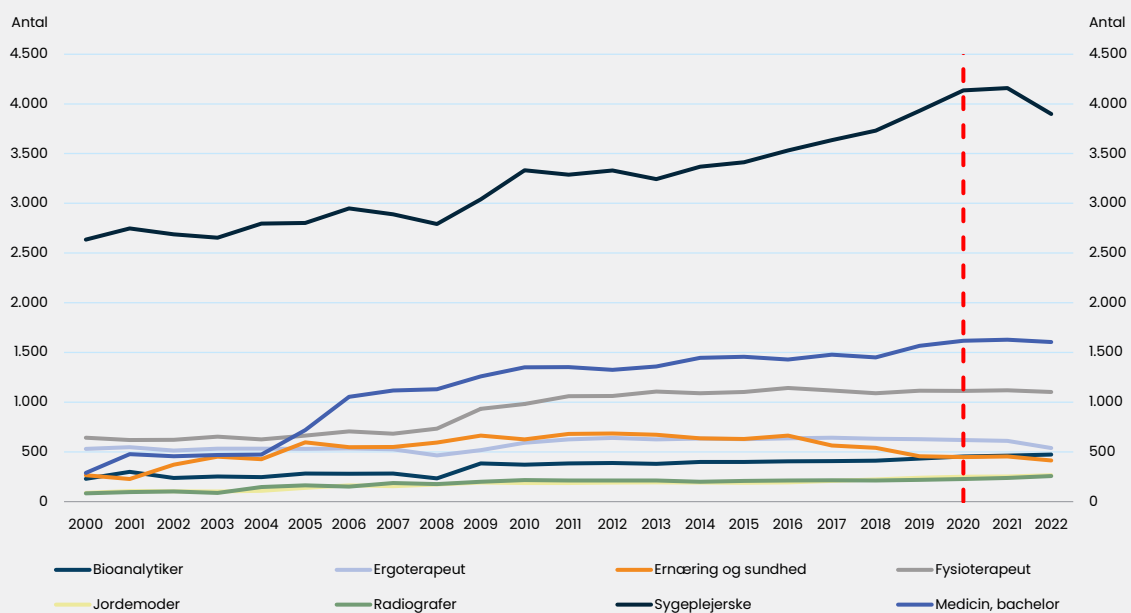
Figur 7 - Andel arbejdstimer, der ligger om aftenen, natten eller i weekenden, opdelt på udvalgte personalegrupper, 2021


DER UDDANNES FLERE, MEN SØGNINGEN TIL MANGE UDDANNELSER FALDER

For de fleste sundhedsfaglige uddannelser var antallet af personer, som startede på uddannelse, stabilt frem til 2022. Undtagelserne til dette er antallet af studerende, som startede 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 8*. 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.

Figur 8 - Tilgang af sundhedsfaglige studerende fra 2000 til 2022



Anm: Den røde stiplede linje angiver starten af covid-19. "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 på uddannelsen. Fremgår i hovedrapport som figur 49.

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

VIDEN

For at sikre et tilstrækkeligt vidensgrundlag har kommissionen i forbindelse med sit arbejde 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.

Vidensgennemgangen er derved ikke en systematisk gennemgang af forskningslitteratur.

Kommissionen har desuden igangsat en række eksterne analyser på en række centrale områder. Hovedkonklusioner fra analyserne er opsummeret nedenfor.

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.

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

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.

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

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.

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

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 paragraforganisering 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.

Kilde: VIVE. 2023. U hensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet – Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder.

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.

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

Gennemgangen 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. Samlet set peger analyserne på, at det er nødvendigt at sætte ind med forskellige typer af virkemidler for at robustgøre sundheds- og ældreområdet.

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 faglig 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 personaleresourcer 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 borger-nære 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.

ANBEFALINGER

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 ressur-

cer 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

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 sundhedsydelse 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 økono-

miske 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. Udvælgelsen af områder kan forestås af et kommende prioriteringsråd. Udviklingen af visitationsretningslinjer indebærer et grundigt fagligt arbejde, og implementering har derfor en længere tidshorizont. 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 organiseringen 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 behandlings-

intensiteten 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: Uhensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

Uhensigtsmæssig dokumentation optager ressourcer på sundheds- og ældreområdet og demotiverer personalet. Solid viden peger på, at drivkræfterne bag uhensigtsmæssig 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 uhensigtsmæssig dokumentation er det nødvendigt med flerstrengede og langsigtede tiltag på strukturelt, organisatorisk og individuelt niveau.

Kommissionen anbefaler derfor:

Anbefaling 4: Uhensigtsmæssig 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 ambulans 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 sund-

hedsvæsenet 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 borgernes 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

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 medarbejderes 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 incitamentet, 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 plejkrævende 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 motive-rede 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 tidshorizont.

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 dimittenderne 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 arbejdsgi-

vere og faglige organisationer samt eventuelt uddannelsesinstitutioner. Implementering kan ske løbende.

RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

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 uddannelsesperioden. Der er behov for kompetencer målrettet det patient- og borgernære arbejde, og det 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 beståede 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 merit-

pædagog. 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 sundheds- 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 uddannelses tilbud. 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 udbredes.

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, trækkes 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 bemandses. 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 trækkes 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 faggruppers 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.

Kommissionens medlemmer

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

