

Robusthedskommissionens anbefalinger – bilagsrapport

Bilag

- 1. Analyse lavet for kommissionen: Kompetencemangel i Sundhedsvæsenet, 2023, Implement**
 - a. Analyse lavet for kommissionen: PIXI, Kompetencemangel i Sundhedsvæsenet, 2023, Implement
- 2. Analyse lavet for kommissionen: Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet, 2023, Implement**
- 3. Analyse lavet for kommissionen: Efter- og videreuddannelse i sundhedsvæsenet, 2023, VIVE**
- 4. Analyse lavet for kommissionen: Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, 2023, VIVE**
- 5. Sammendrag fra workshop afholdt for kommissionen: Implementering af teknologi og digitale løsninger i sundhedsvæsenet, den 24. april 2023, PwC**
- 6. Sammendrag fra workshop afholdt for kommissionen: Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, den 26. maj 2023, sekretariatet**
- 7. Sammendrag fra Stormøde i Kolding, den 26. januar 2023, sekretariatet**
- 8. Oversigt over bidrag indsendt af interessenter**

Bilag 1

**Analyse lavet for kommissionen:
Kompetencemangel i Sundhedsvæsenet,
2023, Implement**

ANALYSE AF KOMPETENCEMANGEL I SUNDHEDSVÆSENET

Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet

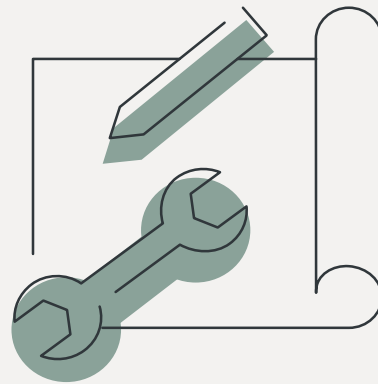
14-02-2023

INDHOLDS- FORTEGNELSE



#	KAPITEL	SIDE
①	RAMMESÆTNING	3
1.1	Introduktion	4
1.2	Resumé	5
1.3	Metode og datagrundlag	9
②	KORTLÆGNING	10
2.1	Aktiviteten i sundhedsvæsenet	12
2.2	Udfoldelse af den nuværende kompetencemangel	20
2.3	Fremtidstendenser	28
③	UDVIKLINGSPERSPEKTIVER	31
3.1	Organisering af opgaveløsningen	33
3.2	Udnyttelse af teknologiske muligheder	38
3.3	Rette opgave på rette specialiseringsniveau	44
3.4	Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering	50
3.5	Lokal organisering og incitamenter	55
④	BILAG	59

1. RAMMESÆTNING



Introduktion

Introduktion

Sundhedsvæsenet i sin nuværende form er aktuelt og i stigende grad over de kommende år udfordret af stigende behov. Stadig flere borgere og patienter med en eller flere kronisk sygdomme skal plejes og behandles (og indirekte finansieres) af en arbejdsstyrke, der i bedste fald er af samme størrelse som i dag.

Dette er ikke en isoleret dansk udfordring, og andre lande som f.eks. England står allerede i dag midt i de udfordringer, der venter Danmark. Den aktuelle tilstand i det britiske sundhedsvæsen giver derfor et indblik i konsekvenserne, når balancen mellem behovet for arbejdskraft og efterspørgslen efter sundhedsydelse for alvor tipper; overfyldte akutmodtagelser, timelange ventetider på akut behandling, alarmerende responstider ved alvorlig sygdom samt mangeårige ventetider på planlagte, ikke-akutte operationer.

Det er derfor helt uomgængeligt, at sundhedsvæsenet fremadrettet ikke kan drives og se ud som i dag. At fortsætte som hidtil indebærer en risiko for et egentligt sammenbrud og er ikke en bæredygtig eller farbar vej. Nye måder at løse opgaverne på skal bringes i spil, og forandringsambitionen skal sættes højt. Der er behov for radikale reduktioner i arbejdskraftsintensiteten i det samlede sundhedsopgave, hvis sundhedsvæsenet gennem de næste 10-15 år fortsat skal være robust.

Heldigvis er der meget, der tyder på, at der på både kort og længere sigte er muligheder for at omlægge og dermed afhjælpe noget af det pres, som sundhedsvæsenet er udsat for. Nye måder at fordele og løse opgaverne på, nye teknologiske muligheder og nye måder at arbejde med nære og hjemmebaserede sundhedsindsatser kan – i kombination med en bred samfundsmæssig drøftelse af, hvordan sundhedsvæsenets ressourcer anvendes og prioriteres bedst – sandsynligvis levere store reduktioner i behovet for arbejdskraft og samtidig skabe et mere moderne og effektivt sundhedsvæsen til gavn for alle patienter og borgere. Det er store omstillinger, som sundhedsvæsenet står over for, og der er mange både formelle og uformelle barrierer på vejen.

Som led i Sundhedsreformen 2022 blev Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet (kommissionen) nedsat. Kommissionen har i lyset af ovenstående udfordringer og muligheder til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres et robust sundhedsvæsen i Danmark, hvor der er tid til den enkelte patient, og hvor patienter og borgere sikres den rette behandling. En af kommissionens opgaver er at komme med løsningsforslag til, hvordan der sikres tilstrækkelig personale til at håndtere de nuværende og fremtidige opgaver i det brede sundhedsvæsen, omfattende alle dele og sektorer.



Formål og afgrænsning

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (ISM) har i forbindelse med kommissionens arbejde igangsat en analyse, der skal kortlægge, hvilke misforhold mellem opgaver og kompetencer der har bidraget til den nuværende personalemangel. Opgavens formål er todelt:

- **At kortlægge og beskrive kompetencemanglen** i både primær- og sekundærsektor. Hertil beskrives sammenhæng mellem kompetencemangel og regulatoriske rammer, den organisatoriske praksis, f.eks. ledelse, vagtstruktur, geografi, vagtbelastning og teknologiske løsningers anvendelse. Som led i kortlægningen beskrives yderligere de eksisterende forudsætninger og barrierer for en fleksibel og afstemt opgavevaretagelse, som vurderes væsentlige at arbejde med i en omstilling mod et mere robust sundhedsvæsen.

Udgangspunktet er så vidt muligt at afdække, hvilke kompetencer og ikke blot faggrupper der er størst mangel på og til hvilke opgaver. Kortlægningen søger at afdække kompetencemanglen på både kort og langt sigte. Den indeholder derfor både beskrivelser af og årsager til den aktuelle kompetencemangel, samt beskrivelse og betydning af de tydeligste tendenser, som forventes at påvirke fremtidens måde at skabe sundhed og levere sundhedsydelser på.

- **At beskrive de væsentlige udviklingsperspektiver**, som kan bidrage til et mere robust sundhedsvæsen på både kort og lang sigt, samt aktuelle forudsætninger og barrierer for disse omstillinger. Dette inkluderer en analyse af, hvorledes faktorer som demografisk udvikling, politisk pres, befolkningens forventninger, substitution med andre kompetencer og teknologisk udvikling påvirker den nuværende og fremtidige kompetencemangel i relation til det pågældende udviklingsperspektiv.

Det er en del af opdraget, at udviklingsperspektiverne skal kunne udgøre et grundlag, hvorfra det er muligt at opstille mulige fremtidsscenerier for, hvordan misforholdet mellem opgaver og kompetencer kan tage sig ud under andre organisatoriske forhold og påvirket af fremtidige tendenser.

Følgende forhold om opgavens scope er væsentlige:

- Opgaven dækker over både det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen i både primær og sekundær sektor, dog undtaget socialpsykiatrien.
- Opgaven er ifølge opdraget afgrænset fra en specifik kortlægning af eventuel mangel på kompetencer til lægefaglige opgaver. De afdækkede udviklingsperspektiver, herunder overvejelser om sundhedsvæsenets struktur, hænger dog naturligt sammen med både almen praksis' rolle og forudsætninger, samt det lægefaglige område i mere bred forstand. Det er i den forbindelse væsentligt at bemærke, at der i interviewprogrammet - i kraft af opgavens opdrag - ikke er inddraget perspektiver fra almen praksis på de afdækkede udviklingsperspektiver.

Resumé (1 af 4)



Udfordringerne er store – særligt på plejeområdet

Sundhedsvæsenet, som vi kender det i dag, er aktuelt og i stigende grad over de kommende år udfordret en aldrende befolkning og flere borgere og patienter med en eller flere kroniske sygdomme. Sundhedsvæsenet er afhængig af sundhedsfaglige kompetencer, og i en knaphedssituation bliver det afgørende, hvordan disse kompetencer anvendes til at løse en stadigt mere kompleks opgave.

Denne analyse foretaget for Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet bekræfter et billede af et sundhedsvæsen, hvor den nuværende tilgang til opgaveløsningen betyder, at der på tværs af sundhedsvæsenet opleves mangel på en bred vifte af sundhedsfaglige kompetencer. Disse kompetencer er ofte personificeret ved en række faggrupper, herunder social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, bioanalytikere, ambulancereddere, jordemødre og radiografer. Det er dog tydeligt, at kompetencemanglen opleves størst og mest kritisk nu og forventeligt vil være det fremadrettet på det brede plejeområde. Dette indebærer kompetencer til at løfte opgaver, der i dag primært løses af social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundhedsområde og af sygeplejersker på sygehusområdet.

Samtidig viser arbejdsmarkedsdata, at regioner og kommuner har udfordringer med at rekruttere plejepersonale, og at den geografiske fordeling af ikke blot rekrutteringsudfordringerne men også tilgængeligheden af sundhedsfaglige kompetencer er ganske skæv på tværs, hvor særligt yderområder og landkommuner er udfordrede.

Det er samtidig tydeligt, at selvom der med den aktuelle struktur, organisering og opgaveløsning opleves aktual mangel på mere specialiserede kompetencer (udtrykt ved f.eks. anæstesi- og operationssygeplejersker), giver denne mangel ikke anledning til udtalt bekymring på længere sigt. Det er manglen på "basale" plejekompetencer – altså de plejemæssige basiskompetencer, som er forudsætningen for varetagelsen af plejen af patienterne i sundhedsvæsenet som de er flest – der samstemmigt vurderes at blive den største udfordring på sigt. Flere respondenter fra analysens interviewprogram italesætter i forlængelse heraf en udtalt bekymring for, at sundhedsvæsenet over en lang årrække har dyrket "det specialiserede" i sådan en grad, at det har reduceret prestigen og anerkendelse knyttet til de opgaver og funktioner, der er allerstørst behov for – og i de dele af sundhedsvæsenet der ikke er direkte placeret på sygehuse.

Det er et af sundhedsvæsenets grundvilkår, at der er patientbehov, der skal dækkes døgnet rundt, og at der derfor altid er åbent i en eller anden udstrækning. Det kan samtidig konstateres, at de områder, hvor respondenterne italesætter mest udtalt mangel på kompetencer (og personale), knytter sig til funktioner med vagtforpligtelser som sengeafsnit og akutmodtagelser. Det skyldes ikke kun medarbejdernes stigende forventninger om at have et meningsfuldt arbejds- og privatliv, hvor balancen udfordres af et betydeligt omfang af vagtarbejde. Det skyldes også en længerevarende udvikling, som har ført til, at vagtbyrden er fordelt på en stadigt mindre andel af medarbejderne.



... og mange barrierer skal overkommes for at håndtere dem

Der bliver – naturligvis – allerede arbejdet intensivt på en lang række forskellige områder i både kommuner og regioner for at imødekomme manglen på arbejdskraft. Fælles i bestræbelserne er, at der tegner sig et billede af et sundhedsvæsen, som på trods af helt åbenbare behov for omstilling er præget af konservatisme og forandringsresistens. Årsagerne kan findes i en række formelle og uformelle bindinger og barrierer, som bidrager til at skabe et system, som vanskelig- og langsommelig gør ibrugtagelse og implementering af lokale, regionale og nationale indsatser målrettet de aktuelle udfordringer og skabelsen af et mere robust sundhedsvæsen på sigt (se figur neden for, for opsummering af de væsentligste temaer afdækket i analysen).

Manglen på kompetencer i dag er således også en konsekvens af det samlede kompleks af bindinger i, hvilke kompetencer der kan bringes i spil til hvilke opgaver. Det dækker både fagligt velbegrundede bindinger men også bindinger, som ikke har noget at gøre med det konkrete og nødvendige kompetencebehov. Det gælder for eksempel også ønsket om entydig evidens for en omstillings virkning uagtet, at evidensgrundlaget for eksisterende praksis er beskedent eller ligefrem ikke-eksisterende. Omfanget og karakteren af manglen på kompetencer på længere sigt vil derfor hænge sammen med, i hvor høj grad det lykkedes at reducere eller nedbryde nogle af de bindinger og barrierer, som skaber uhensigtsmæssig efterspørgsel og opgaveløsning.

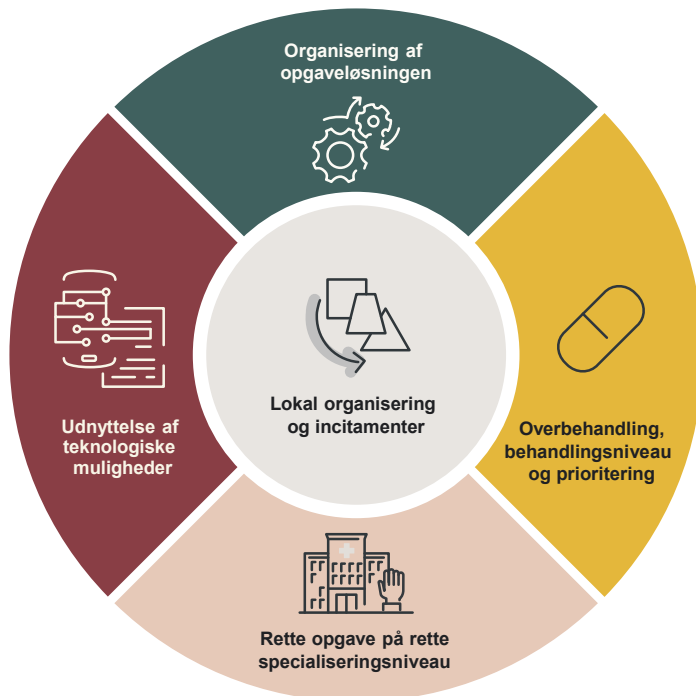


Resumé (2 af 4)

Der er identificeret fem udviklingsperspektiver

Som nævnt på foregående side, er udfordringerne samt bindinger og barrierer for nødvendige omstillinger betydelige. Samtidig er der i nærværende analyse identificeret fem overordnede udviklingsperspektiver, som hver for sig og i sammenhæng vil kunne bidrage væsentligt til at skabe et mere robust sundhedsvæsen på både kortere og længere sigt.

Udviklingsperspektiverne er illustreret i nedenstående figur og gennemgås én efter én på de følgende sider (startende med "organisering af opgaveløsningen" på højre side).



Organisering af opgaveløsningen



Der er aktuelt, særligt på sygehusene, en bevægelse i gang mod en fler- og tværfaglig opgaveløsning. Afsættet er, at en lang række opgaver over årene er akkumuleret hos særligt sygeplejerskerne, hvilket også indebærer opgaver, som ikke kræver de kompetencer, som kun sygeplejerskerne besidder. Flere afdelinger arbejder derfor nu med at inddrage flere faggrupperne i opgaveløsningen på nye måder, så flere kompetencer bringes i spil. Indsatsen omfatter:

- **Mere aktiv brug af ufaglært og administrativ arbejdskraft** til administrativt, praktisk og forefaldende arbejde så det i mindst muligt omfang lægger beslag på plejepersonalets tid. Det kan f.eks. være, at udvalgte dele af koordineringsarbejdet varetages af en sekretær, eller praktiske opgaver som opfyldning, oprydning, opvask, servere mad og drikke varetages af ufaglært arbejdskraft. Flere afdelinger har nylige og overvejende positive erfaringer med ansættelse af ufaglært arbejdskraft i form af "husassistenter" og "runnere".
- **Bringe andre faggrupper end plejepersonale i spil til relevante kliniske plejeopgaver** som typisk har været varetaget af sygeplejerskerne. Det kan f.eks. være farmakonomer, som bringes i spil til medicin håndtering, fysio- og ergoterapeuter ifm. rehabilitering, mobiliserende pleje, lægge gips, m.v. Flere respondenter nævner også behovet for, i lyset af manglen på plejepersonale, at begynde at tænke i og turde tale om, at opgaver skal "glide tilbage" til lægerne.
- **Tilvejebringe et samlet tværfagligt blik på patienten** med behov for kompetencer til at bære kontinuiteten og en koordinerende rolle for den samlede indsats for en større og mere differentieret gruppe patienter.

Det skønnes, at ca. 20 pct. af opgaverne, der primært har ligget hos sygeplejerskerne, med fordel kan løses af andre kompetenceprofiler (ufaglærte, administrativt personale samt andre sundhedsfaglige faggrupper).

En af de væsentligste forudsætninger herfor er, at de stærke fagtraditioner og fagidentiteter opløses, og at den oplevede rigiditet i faggruppegrænserne reduceres. Samtidig indebærer en fler- og tværfaglig opgaveløsning en mere kompleks vagtplanlægningsopgave - og ledelsesopgave i øvrigt – hvorfor der er væsentlige ledelsesmæssige forudsætninger knyttet til omstillingen.

Resumé (3 af 4)



Udnyttelsen af teknologiske muligheder



Sundhedsvæsenet er blevet betydeligt digitaliseret over de seneste 20-30 år, og der er grund til at tro, at denne omstilling kun er første trin i en egentlig teknologisk transformation af sundhedsvæsenet. De nuværende digitale kompetencer på tværs af medarbejdere og ledelse samt eksisterende strukturer er dog ikke tilstrækkelige til effektivt at ibrugtage og anvende eksisterende og fremtidige digitale løsninger effektivt.

Analysen peger derfor på et behov for en række omstillinger i udnyttelsen af teknologiske muligheder.

- **Missionsdrevet tilgang:** Der er behov for en målrettet afklaring af de opgaver, der er særligt velegnede til teknologisk understøttelse. Først derefter kan disse opgave matches med eksisterende teknologier, således at man ikke starter med teknologierne og efterfølgende finde problemerne, de skal løse. Der altså behov for en mere missionsdrevet tilgang fokuseret på reduktionen i behovet for arbejdskraft frem for en teknologidrevet tilgang.
- **Fælles strukturer:** Det er samtidig alt for omkostningstungt og kompetencekrævende for alle 98 kommuner, 21 akutsygehuse, fem regioner mv. selvstændigt og parallelt at afprøve og implementere nye løsninger. I stedet skal nye eller eksisterende fælles strukturer (f.eks. sundhedsklynger) i højere grad udnyttes til at skabe grundlag for en mere effektiv ibrugtagning, hvor der samtidig opbygges stærke implementeringskompetencer og –erfaringer.
- **Reelle omkostninger og styringsmekanisme:** I en situation med mangel på arbejdskraft er den reelle værdi af en arbejdskraftsbesparende løsning højere end lønnen til den arbejdskraft der kunne have løst opgaven såfremt der ikke var mangel på arbejdskraft. I nogle sammenhænge vil omkostningerne ved ikke at implementere den teknologiske løsning omfatte betydeligt vikarforbrug, i andre sammenhænge vil opgaven slet ikke kunne løses, m.v. Det kan derfor være værd at undersøge, om der kan findes en operationel måde at indarbejde disse vilkår i den måde potentialerne ved teknologi vurderes på, så potentialet ikke vurderes for lavt i situationer med mangel på arbejdskraft. I forlængelse af dette kan der indføres en styringsmekanisme, som gør det mere attraktivt at vælge teknologiske løsninger med arbejdskraftsbesparende potentiale.
- **Teknologi som det primære valg:** Flere respondenter fortæller derudover, at der er gode erfaringer med at fokusere på at få gjort eksisterende og veldemonstrerede løsninger til det primære valg og ikke blot lade dem eksistere som et ekstra tilbud.

Rette opgaver på rette specialiseringsniveau



Arbejdet med at sikre kvalitet, patientsikkerhed og effekt i sundhedsvæsenet har drevet en stadigt stigende specialisering. Der er opnået betydelige fremskridt, hvilket blandt andet kan ses på mulighederne for at overleve forskellige typer af livstruende sygdomme. Samtidig er der opstået en større afstand mellem de almene og specialiserede sundhedsindsatser med den konsekvens, at (for) meget henvises til (højt)specialiserede niveauer. Der udestår samtidig en sideløbende modernisering, udvikling og styrkelse af de generelle sundhedstilbud (almen praksis og kommunale sundheds- og ældretilbud) målrettet de patientgrupper, som der er flest af – herunder ikke mindst patienter med flere kroniske sygdomme. Heraf opstår et behov for en tydelighed i, at disse generelle sundhedstilbud skal ses som en aftager af de (mindre) specialiserede opgaver, så de i højere grad kan håndteres uden for sygehuse.

Omstillingen indebærer en anerkendelse af kommunerne som en seriøs sundhedsaktør og en formalisering af de rammevilkår, som er nødvendige, før opgaverne kan løftes på det relevante niveau og på tværs af alle kommuner. Udvikling og opbygning af styrkede behandlings- og plejetilbud uden for sygehuse kræver således etablering af de nødvendige rammer for fagligt relevante og trygge alternativer til sygehusindlæggelse.

Boksen nedenfor opsummerer nogle af de væsentligste tiltag, der italesættes af analysens informanter.

- **Let adgang til relevant behandlingsansvarlig læge og tilsvarende akut adgang til speciallægelig rådgivning:** Hermed kan den kommunale sygepleje nemmere og hurtigere handle efter patientens behov. Et delvist alternativ er en betydelig udvidelse af sygeplejerskernes selvstændige virksomhedsområde, så de er mindre afhængige af den lægelige delegation i deres handlerum.
- **Ændrede rammer for udvikling og levering af akutte og plejeintensive indsatser i den kommunale sygepleje:** Både rammer, lovgivning og forståelse af hjemmesygeplejens opgavefelt skal følge med den nye opgave. Det vil kræve mere kompetente, tværfaglige og intensive indsatser, end der er tradition for i dag. Flere kommuner efterspørger en opdatering af lovgrundlaget. Det indebærer en operationelt orienteret modernisering af henholdsvis Sundhedslov og Servicelov, der i dag kontinuerligt vanskeliggør en kommunal opgavevaretagelse på sundhedsområdet – og sammenhængen til det øvrige sundhedsvæsen.
- **Kommunal kapacitet:** Både informanter fra sygehuse og kommuner understreger, at den samlede kommunale sengekapaletet i form af midlertidige pladser er af et betydeligt omfang. En reel anerkendelse af kommunerne som en væsentlig sundhedsaktør omfatter derfor også en modernisering af lovgrundlaget og kvalitetskravene samt samarbejdet med øvrige sundhedsaktører om ansvar og forpligtelser i understøttelsen af tilbuddet.

Resumé (4 af 4)

Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering



Der er en række "drivere" for de tre fænomener; en udifferentieret udrednings- og behandlingsgaranti, defensiv medicin, bekymring for sin autorisationen, systemunderstøttet overdiagnosticering, øget aktivitet drevet af særlige incitamenter samt pres fra patienter og pårørende. Initiativer som Vælg Klogt, prioriteringsråd, patientinddragelse, fælles beslutningstagning m.v. understreger potentialerne og behovet. Gennem interviewprogrammet er der identificeret fem problemer med hvert sit tilknyttede omstillingspotentiale.

- 1 Den udifferentierede udrednings- og behandlingsgaranti medvirker til, at mange behandlingsforløb igangsættes for tidligt. I mange tilfælde vil en fagligt kvalificeret "afventende" tilgang forud for behandlingen kunne betyde, at problemet forsvinder, eller behovet ændre sig. En omstilling kan omfatte bedre og mere tydelige muligheder for at afvente igangsættelse af behandling, når der vurderes at være fagligt rationale forbundet hermed. Der kan f.eks. foretages en præcisering af handlemulighederne inden for rammerne af garantiene.
- 2 Omfanget af medicinering hos særligt de mest skrøbelige og syge patienter udpeges som værende af betydeligt omfang og med både kvalitetspotentialer og arbejdskraftreducerede potentialer. Der peges på, at det er væsentligt "lettere" og oplevelse mere "sikkert" for den enkelte læge at tilføje medicinering uden en tilsvarende justering i den øvrige medicin. Der kan derfor med fordel ændres på ansvaret for at koordinere og vurdere den samlede medicinliste ved ordination af en ny medicinsk behandling.
- 3 Der er en generel tendens til, at behandlingsniveauet lægges på et for højt og vidtgående niveau for patienter i livets afsluttende fase. Det vurderes at skyldes, at patienterne ofte er i en situation, hvor de ikke selv er i stand til at vurdere fordele og ulemper ved et givent behandlingsvalg samt manglende kompetencer hos de sundhedsfaglige til at initiere dialogen og tage en fælles beslutning om behandlingsniveau.
- 4 "Behovet for prioritering" har været et gennemgående tema hos informanterne i analysens interviewprogram. Flere har pointeret, at sundhedsvæsenet i lyset af befolknings- og sygdomsudviklingen ikke kan forventes at opretholde det eksisterende niveau af behandlingstilbud. "Behovet for prioritering" handler i denne sammenhæng derfor om at få "ryddet" op i den del af aktiviteten i sundhedsvæsenet, som ikke skaber klinisk merværdi. Der ses et potentiale i at tage afsæt viden, der er etableret i andre lande.

- 5 Flere informanter peger på strukturelt orienterede omprioriteringer, som kan bidrage til at styrke robustheden i sundhedsvæsenet. En indirekte prioritering sker allerede i dag ved den måde, ressourcerne i sundhedsvæsenet fordeles på tværs af specialer, geografi, sektorer m.v. Et greb i prioriteringsopgaven kunne således fokusere på at skabe større tilgængelighed af sundhedsfaglige kompetencer i de områder, som er dårligst dækket i dag.

Lokal organisering og incitamenter



Lokal organisering og incitamenter er også udpeget som potentialeområde for udvikling, dog af en anden karakter end de fire øvrige. Udfordringerne for sundhedsvæsenet er af et omfang, at vanskelighederne med at få enderne til at mødes opleves tydeligt og vedholdende i det daglige arbejde. Tidligere anvendte effektiviseringsgreb har kun i begrænset omfang en virkning, og nogle af disse opleves endda at forværre situationen og mulighederne for at håndtere udfordringerne på anden vis. Der skal derfor helt nye greb og kompetencer i anvendelse for at overkomme arbejdskraft- og kompetencemanglen.

Udgangspunktet for en sådan gennemgribende omstilling er et sundhedsvæsen, som på flere måder er præget af historiske faggrænser, fagidentiteter, traditioner, kulturer samt ledelses- og organisationsformer præget af hierarki og udsprunget af en tanke om industriel produktion. Det betyder, at sundhedsvæsenet er præget af en udstrakt grad af forandringsaversion, stærke traditioner og kontraproduktive hierarkier (når det kommer til nye måder at løse opgaverne på). Der er derfor potentialer knyttet til udvikling af nye organisationsformer og nye typer af ledelse, der er attraktive for både nutidens og fremtidens medarbejdere, og som understøtter og fremmer implementering, nytænkning og reel fælles og individuel ansvarlighed. Sidstnævnte skal ses som en nødvendighed for at reducere behovet for kontrol, unødigt bureaukrati og dokumentation, der i sig selv dræner sundhedsvæsenet for ressourcer. Dette skal også ses i et større perspektiv, hvor særligt de yngre generationer af medarbejdere ikke kan fastholdes af denne type af organisationer.

Der er tydeligt potentiale i at indføre incitamenter til forandring og implementering til erstatning af de aktuelle, der primært virker konserverende. Det omfatter dels alternative tilgange og incitamenter, der fremmer forandring, og som samtidig gør "nye løsninger" mindre risikofyldte at anvende, og dels mod i det samlede ledelsessystem i sundhedsvæsenet og de tre tilknyttede politiske niveauer til at efterspørge og understøtte lokal ledelse og incitamenter, der "peger i den rigtige retning".

Metode og datagrundlag

Metode

Denne kortlægning og analyse er gennemført fra oktober 2022 til januar 2023. Processen har været tilrettelagt i to faser med følgende aktiviteter:

- 1 **Oktober-november** Udvikling af analyseramme, gennemførelse af kvantitativ dataindsamling og 1. interviewrunde til kortlægning af aktivitet, opgaver og kompetencemangel samt hypotesegenerering til udviklingsperspektiver
- 2 **December-januar** Gennemførelse af 2. interviewrunde til kvalificering af udviklingsperspektiver og konkretisering af gode eksempler via cases

Den kvantitative dataindsamling har været gennemført i et samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og fire kommuner, som har bidraget med aktivitetsdata. Idet datagrundlaget fra sygehusvæsenet ikke er tilnærmelsesvis så detaljeret som den kommunale data, var der fra start et større behov for en kvalitativ afdækning af opgaveporteføljen på dette område af sundhedsvæsenet.

Informanterne i første interviewrunde bestod af videnspersoner på sundhedsområdet, som blev identificeret af både Implement og ISM med skelen til at sikre repræsentation på tværs af sygehuse, regioner og kommuner. Interviewrunden blev afviklet som semistrukturerede interviews efter en interviewguide (se bilag 4), der havde henholdsvis et kortlæggende og et fremadskuende fokus. Det kortlæggende fokus blev anvendt til at få informanterne til at vurdere de eksisterende kompetencegab, mens det fremadskuende fokus blev anvendt til at identificere de udviklingsperspektiver, der vurderedes at have størst potentiale for at skabe et mere robust sundhedsvæsen på både kort og lang sigt.

Anden interviewrunde var fokuseret på at uddybe og kvalificere de udviklingsperspektiver, som var vokset ud af den foregående interviewrunde. Det indebar også at beskrive de syv cases i afrapporteringen, som illustrerer, hvordan der aktuelt arbejdes med de forskellige udviklingsperspektiver. Informanterne i anden interviewrunde blev i overvejende grad udpeget gennem informanter fra første interviewrunde, suppleret af enkelte interview udvalgt med afsæt i Implements forudgående kendskab til området og informanterne.

Informanterne i interviewprogrammet har i alt overvejende grad bestået af ledere – og for en stor dels vedkommende, ledere på relativt højt niveau. Det valg skal ses i lyset af, at opgaven primært handler om, at få optegnet ”de store linjer” i både udfordringsbilledet og udviklingsperspektiverne. Af samme grund er der i det videre konkretiseringsarbejde et naturligt behov for at kvalificere og supplere idéerne ud fra forskellige medarbejderperspektiver, både regionalt og kommunalt og på tværs af faggrupper.

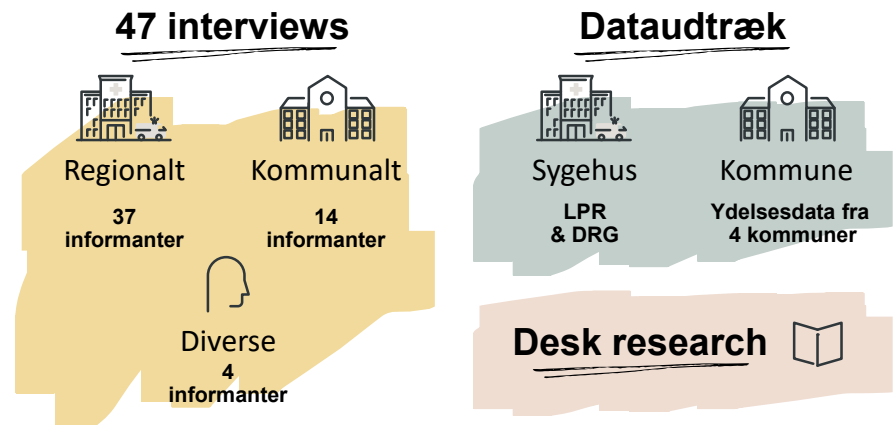
Af interviewprogrammet er der som nævnt udsprunget en række udviklingsperspektiver samt identificeret eksisterende bindinger og barrierer for omstillingen mod et mere robust sundhedsvæsen. Når flere informanter (almindeligvis mindst 3) uafhængigt af hinanden har fremhævet de samme problemer og emner og tillagt disse en væsentlig betydning, er disse blevet konsolideret og inkluderet i nærværende rapport som analyseresultater. Hvis en vigtig pointe er blevet fremhævet men kun blevet nævnt af enkelte informanter, er dette eksplicit beskrevet i rapporten.

Datakilder

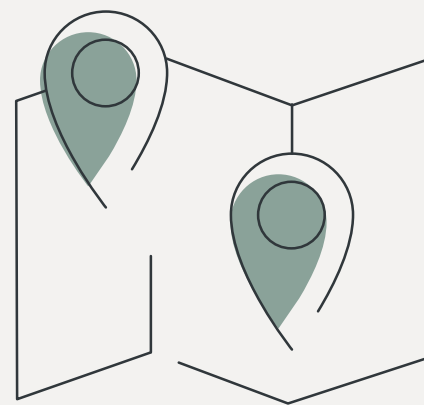
Kortlægningen og udviklingsperspektiverne er baseret på et omfattende datagrundlag, der inkluderer følgende kvantitative og kvalitative datakilder:

- Dataudtræk om sygehusaktivitet fra Landspatientregistret (LPR) og Omkostningsdatabasen i Diagnose Relaterede Grupper (DRG) foretaget af Sundhedsdatastyrelsen samt udtræk fra eSundhed.dk og Danmarks Statistik.
- Data om kommunal aktivitet inden for hjemmepleje og hjemmesygepleje baseret på dataindmeldinger fra fire kommuner - to jyske og to sjællandske af varierende størrelse og repræsentativt for både by og land. De fire kommunerne indgår anonymt.
- Omfattende interviewprogram bestående af 47 gennemførte interviews med ledere og enkelte medarbejdere på tværs af sygehuse (24), regioner (10), kommuner (9) og patientforeninger (2) og universiteter (2). Der er på tværs af interviewprogrammet sikret bred repræsentativitet med hensyn til både geografi, kommune- og sygehusstørrelse samt fokus- og vidensområder hos informanterne. Enkelte interviews har været gennemført som mindre fokusgruppeinterviews, hvorfor interviewprogrammet i alt omfatter 55 informanter. Informanternes deltagelse er ikke anonym, men alle udtalelser og citater til rapporten er anonymiseret. Se bilag 1 for en komplet oversigt over informanter i interviewprogrammet. Selvom interviewprogrammet har været bredt og forsøgt repræsentativt, er det væsentligt at det (naturligvis) ikke er fuldt dækkende.
- Skriftlige kilder til afdækning af fremtidstendenser. Se litteraturlisten i bilag 2.

Såfremt der anvendes kvantitativ data eller viden fra skriftlige kilder, vil den pågældende kilde stå anført i teksten eller i en fodnote.



2. KORTLÆGNING



Introduktion til kortlægningen

Formål og opbygning

Formålet med dette kapitel er at kortlægge aktiviteten på tværs af sygehusvæsenet og det kommunale sundhedsområde ved brug af både kvantitativ og kvalitativ data for at identificere opgaveområder af en vis volumen, hvor der i dag opleves en kompetencemangel.

Kortlægningen er struktureret i tre dele, der til sammen søger at skabe et overblik over (1) aktiviteten og de væsentlige opgavetyper, (2) den oplevede kompetencemangel på kort og mellemlang sigt og (3) bredt optegnede linjer for en række fremtids tendenser og deres forventede påvirkning på særligt kompetencebehovene på længere sigt.

1. AKTIVITETEN I SUNDHEDSVÆSENET

Første afsnit har til formål at give en indflyvning til det udfordringsbillede, som sundhedsvæsenet ser ind i, samt aktiviteten i både primær og sekundær sektoren. Aktivitetsdata i kommunerne har den fordel, at styrings- og registreringsprincipperne i kommunerne muliggør et mere detaljeret blik ind i opgaveløsningen, end det er tilfældet i sygehusvæsenet.

2. UDFOLDELSE AF DEN NUVÆRENDE KOMPETENCEMANGEL

I andet afsnit bygges der videre på det kvantitative fundament med viden indsamlet i forbindelse med interviewprogrammet. Herigennem er det muligt mere detaljeret at udfolde, hvilke kompetencer der opleves at være størst mangel på - både aktuelt, inden for et mellemlangt sigt, hvorfor og til hvad.

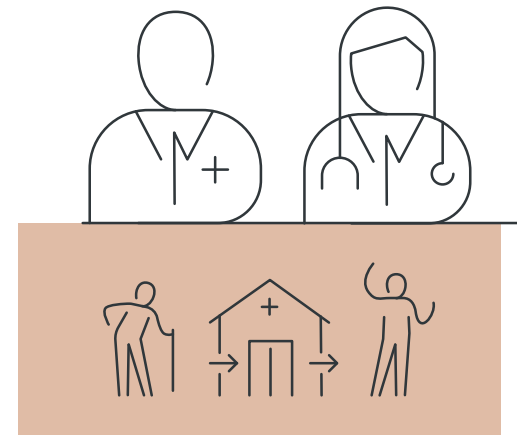
3. FREMTIDSTENDENSER

I tredje afsnit introduceres en række fremtids tendenser og de påvirkninger, de forventes at have på sundhedsvæsenet og kompetencekravene på lang sigt.

Fra kortlægningens undersøgelse af den nuværende kompetencemangel og årsagerne til denne er der udsprunget fem udviklingsperspektiver. Disse er overvejende baseret på gennemgående temaer fra interviewprogrammet. Udviklingsperspektiverne beskrives i kapitel 3.



2.1 AKTIVITETEN I SUNDHEDSVÆSENET



Udfordringsbilledet (1/2)

En aldrende befolkning

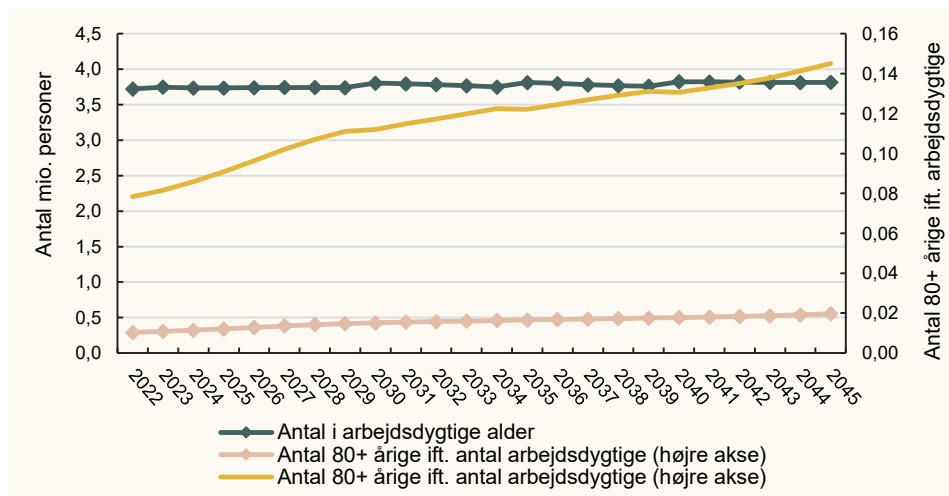
Befolkningsudviklingen i Danmark peger i en retning, hvor den nuværende indretning af velfærdssamfundet – og ikke mindst sundhedsvæsenet - over de kommende årtier vil blive udfordret.

Befolkningen er aldrende med en stigende andel af personer over 65 år. Frem mod 2045 forventes antallet af personer i denne befolkningsgruppe at stige med 31 pct., mens antallet af 80+ årige næsten vil blive fordoblet. Samtidig viser fremskrivningerne, at antallet af personer i alderen 18-64 år vil falde med tre pct.

En støt stigende folkepensionsalder fra de nuværende 67 år til 71 år i 2045 betyder, at arbejdsstyrkens størrelse forventes at være mere eller mindre konstant de næste 20 år. Det betyder i bedste fald en fastholdelse af det nuværende udbud af arbejdskraft og skattebase. Dette er dog betinget af, at de 67-71 årige reelt set er fuldt arbejdsdygtige og ikke vælger at trække sig fra arbejdsmarkedet tidligere.

Selv i et scenarie med efterlevelse af folkepensionsalderen, vil antallet af 80+ årige i forhold til personer i den arbejdsdygtige alder stige fra 0,08 ældre per borger i den arbejdsdygtige alder til 0,14 - altså næsten en fordobling.

Figur 2.1. Befolkningsfremskrivning for udvalgte aldersgrupper



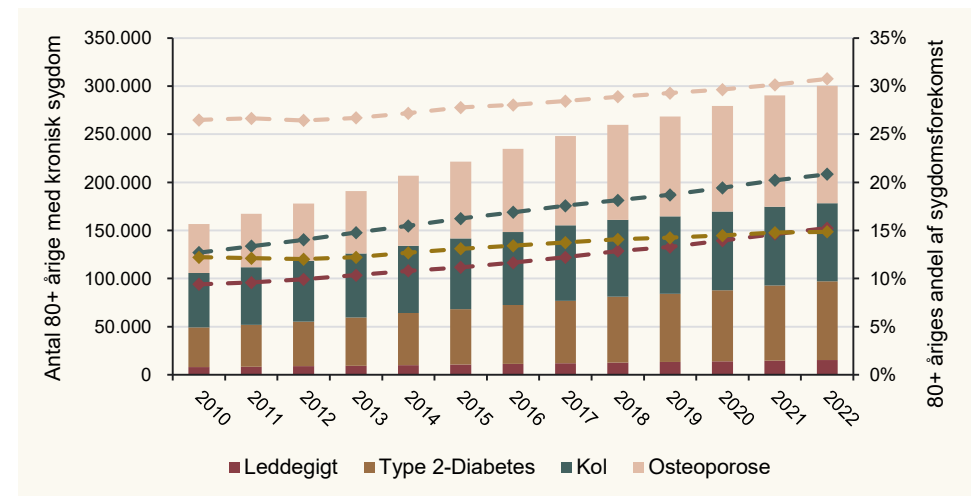
Et mere komplekst sygdomsbillede

Den aldrende befolkning vil afføde større krav til sundhedsområdet, hvilket overvejende skyldes tre faktorer:

- Antallet af kronikere vil stige markant, bl.a. som konsekvens af, at forekomsten for de fleste kroniske sygdomme stiger med alderen. Som det fremgår af figuren nedenfor, lever markant flere 80+ årige med kroniske sygdomme som leddegigt, type-2-diabetes, KOL og knogleskørhed end for bare få år siden.
- Flere lever med to eller flere samtidige sygdomme (multisygdom), og andelen med multisygdom stiger med alderen blandt både mænd og kvinder, hvor hhv. 43 pct. og 51 pct. på 75 år eller ældre lever med mere end to sygdomme.
- Der er et stigende antal personer, som overlever alvorlig sygdom med langtidsvirkninger efter både sygdommen og selve behandlingen.

Ovenstående udvikling er blandt andet et resultat af forbedrede muligheder inden for diagnostik og behandling af sygdomme, som medvirker til, at flere lever med og overlever livstruende sygdomme. Resultatet er et mere komplekst sygdomsbillede, hvor stadig flere har vedvarende behov for opfølgning, pleje og behandling.

Figur 2.2. Antal 80+ årige med udvalgte kroniske sygdomme og andel af sygdomsforekomst



Udfordringsbilledet (2/2)

Rekrutteringsudfordringer

Foruden en aldrende befolkning og et mere komplekst sygdomsbillede viser arbejdsmarkedsdata, at det danske sundhedsvæsen på nuværende tidspunkt har udfordringer med at bemande opslåede stillinger. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) gennemfører hvert kvartal en undersøgelse, der har til formål at belyse omfanget og karakteren af organisationers rekrutteringsudfordringer i Danmark. I undersøgelsen opgøres antallet af forgæves rekrutteringsforsøg og deres andel af det samlede antal jobopslag (forgæves rekrutteringsrate) inden for en afgrænset tidsperiode og på tværs af faggrupper og geografiske områder.

Af undersøgelsen fremgår foruden læger både social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker som relevante faggrupper for det brede sundhedsvæsen. Figurerne til højre viser den geografiske fordeling af forgæves rekrutteringsforsøg pr. 100.000 indbygger (rød indikerer mange forgæves forsøg), mens tabellerne yderligere viser det faktiske antal forgæves rekrutteringsforsøg og den forgæves rekrutteringsrate.

Betragtes social- og sundhedsassistenter i figur 2.3, fremgår det, at der har været flest forgæves rekrutteringsforsøg i region Midtjylland, og at det også er her, at disse udgør den største andel af det samlede antal rekrutteringsforsøg i perioden. De andre fire regioner har dog alle en forgæves rekrutteringsrate på over 20 pct. Med hensyn til social- og sundhedshjælpere, figur 2.4, er det region Sjælland, der har den højeste andel af forgæves rekrutteringsforsøg, og på tværs af regionerne er den forgæves rekrutteringsrate højere, end det er tilfældet for social- og sundhedsassistenter. Af figur 2.5 fremgår det, at det er region Hovedstaden, som har flest forgæves rekrutteringer af sygeplejersker. Det er dog i region Midtjylland, at antallet af forgæves rekrutteringer per 100.000 indbygger højest og ligeledes er den forgæves rekrutteringsrate.

Ovenstående tal indikerer, at der på tværs af regionerne er udfordringer med at rekruttere plejepersonale. Der skal dog tages en række forbehold, da opgørelsesmetoden kan give et slør i den geografiske fordeling af udfordringen. For det første er det ikke altid tilfældet, at forgæves rekrutteringer én-til-én er lig med kompetencemangel på den pågældende arbejdsplads. Organisationer kan som rekrutteringsstrategi vælge løbende at have jobopslag oppe, selvom der konkret ikke er behov for nyansatte. For det andet tager undersøgelsen kun højde for faktisk opslåede stillinger. Hermed kan tallene i virkeligheden afspejle, om visse arbejdspladser stædigt holder fast i ansættelse af en specifik faggruppe og dermed i længere tid har et opslag oppe. Af samme årsag vil tallene ikke korrekt afspejle rekrutteringsudfordringer på de arbejdspladser, der har indset rekrutteringsudfordringer af visse faggrupper og i stedet har valgt at substituere disse med andre fagligheder.

Uagtet muligt slør i de geografiske fordeling af rekrutteringsudfordringen viser tallene, at sundhedsvæsenet på landsplan har udfordringer med at få besat åbne stillinger, hvor der specifikt efterspørges faggrupper ofte karakteriseret som plejepersonale.

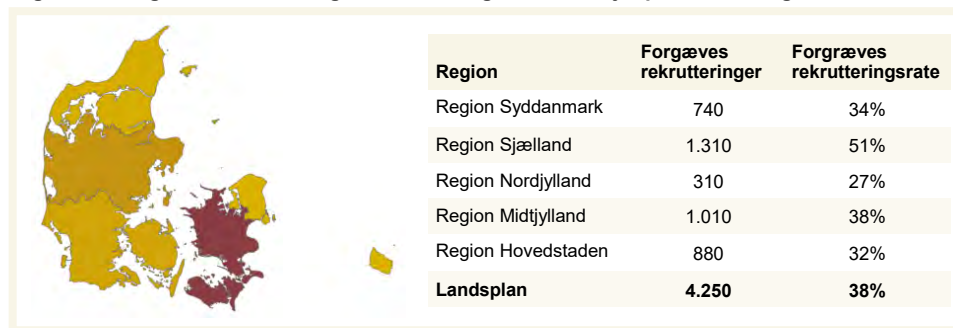
Kilde: Egne beregninger på STAR rekrutteringssurvey december 2022 (alle tre figurer)

Note: Kortet viser antal forgæves rekrutteringer pr. 100.000 indbyggere fordelt på regionerne, varierende fra gul (få forgæves rekrutteringer) til rød (mange forgæves rekrutteringer)

Figur 2.3. Forgæves rekrutteringer af social- og sundhedsassistenter, marts-august 2022



Figur 2.4. Forgæves rekrutteringer af social- og sundhedshjælper, marts-august 2022



Figur 2.5. Forgæves rekrutteringer af sygeplejerske, marts-august 2022



De tre store arenaer

Kontakter og aktivitet

Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet er organiseret ud fra en tanke om almen praksis som 'gate-keeper' til det øvrige sundhedsvæsen, mens sygehusene varetager den mere akutte og specialiserede behandling (og speciallægepraksis mv. bidrager til at løse de specialiserede, ikke-akutte opgaver), mens kommunerne står for forebyggelse, genoptræning, pleje og omsorg. Denne opgave- og ansvarsfordeling samt det nuværende sygdomsbillede præget af multisyge patienter betyder dog, at de enkelte sygdomsforløb ofte er spredt ud over flere aktører, mange hænder og forskellige fysiske steder.

Figuren til højre illustrerer øverst fordelingen af borgernes kontakt til sundhedsvæsenet i 2021. Det fremgår heraf, at ca. 52 pct. af borgerne (sum af procentsatser i overlap mellem cirkler), svarende til ca. 2,7 mio., havde kontakt med to eller flere af sundhedssektorens hovedaktører i løbet af 2021. Det største overlap observeres mellem almen praksis og sygehusene med ca. 45 pct., hvilket svarer til ca. 2,3 mio. borgere.

For borgere med kronisk sygdom og 80+ årige er mønstret et lidt andet, jf. midterste og nederste del af figuren. Disse befolkningsgrupper har i langt højere grad interaktion med flere dele af sundhedsvæsenet inden for samme år. Andelen af borgere, der har kontakt med både sygehus, almen praksis og kommune (procentsats midt mellem de tre cirkler), er således 5,8 pct. blandt alle borgere, 14,4 pct. blandt borgere med kronisk sygdom og 42 pct. hos 80+ årige. Samtidig er knap 70 pct. af borgerne med kronisk sygdom og 83 pct. af borgere på +80 år i kontakt med mindst to af hovedaktørerne (sum af procentsatser i overlap mellem cirkler).

Borgernes kontakt med sundhedsvæsenet kan anvendes til at illustrere, hvor borgerne søger eller bliver sendt hen med sundhedsmæssige udfordringer. Her viser billedet, at få får løst deres problemer af en enkelt aktør, og at mange borgere sendes videre (og tilbage) mellem aktørerne. Dette er særligt tilfældet for borgere med kronisk sygdom og ældre borgere, to befolkningsgrupper der som nævnt forventes at vokse. Kompetencemanglen i sundhedsvæsenet kan med enkelte distinktioner forventes at være udtalt og i visse tilfælde sammenlignelig på tværs af sektorerne. Årsagen til dette er bl.a., at der er tale om tæt forbundne kar, hvor de samme borgere går på tværs af sektorerne. Herudover må der forventes over tid at være en vis "udligning" i kompetencer på tværs af sektorerne, da sektorerne – på trods af mange og væsentlige forskelle – er en del af det samme arbejdsmarked, der konkurrerer om (nogle) af de samme medarbejdere.

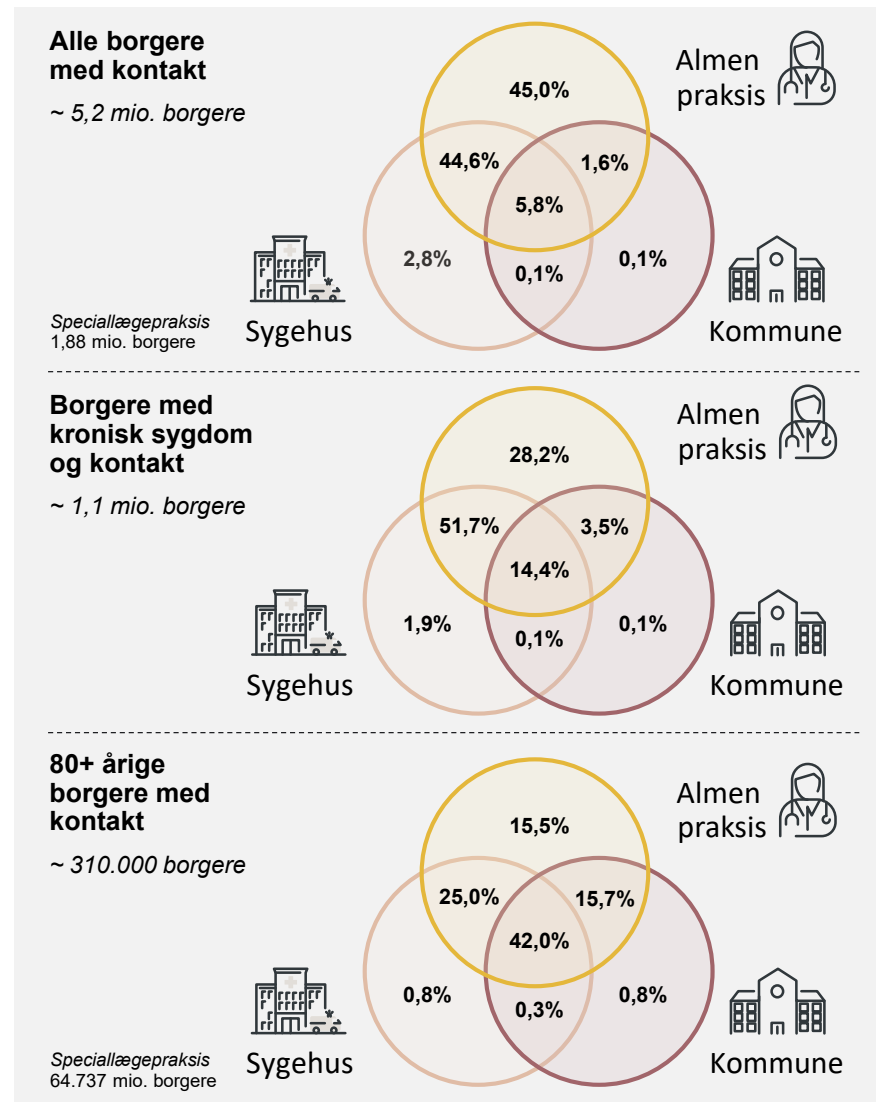
Opgørelsen af borgernes kontakter informerer ikke direkte om et specifikt aktivitetsomfang eller kompetencebehov i almen praksis, på sygehusene (og i speciallægepraksis) eller i kommunerne. For at identificere opgaveområder med et betydelig volumen og ressourcebehov er det derfor nødvendigt se på aktivitetsdata fra henholdsvis sygehusene og kommunerne.

De fire efterfølgende sider præsenterer dette data med formålet at identificere opgavegrupper, der udgør store dele af aktiviteten i sundhedsvæsenet.

Kilde: Egen fremstilling af data fra Datapakker til sundhedsklyngerne, Sundhedsdatastyrelsen, 2021

Note: Kontakter til speciallægepraksis indgår ikke på nuværende tidspunkt i Sundhedsdatastyrelsens datapakker til sundhedsklyngerne, hvorfor interaktioner mellem denne aktør og de andre ikke fremgår. Borgere med kronisk sygdom er borgere, der har minimum én af de udvalgte sygdomme i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser i (RUKS).

Figur 2.6. Borgeres kontakter med sundhedsvæsenets parter, 2021



Sygehusvæsenet (1/2)

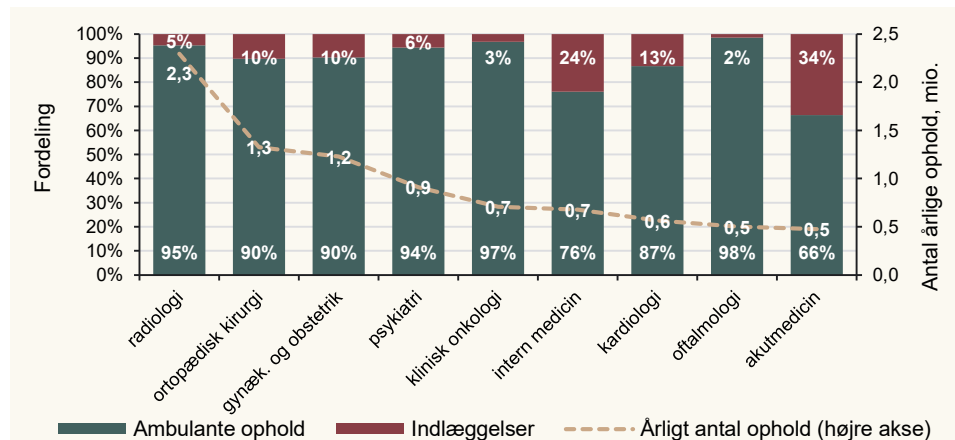
Patientens vej igennem sygehuset

Aktiviteten på sygehusene genereres af patienters ophold, hvor Sundhedsdatastyrelsen har defineret et ophold på under 12 timer som et ambulante besøg og et ophold på mere end 12 timer som en indlæggelse. Aktivitetsdata fra sygehusene viser, at de danske sygehuse i 2021 havde 11,9 mio. ambulante besøg og 0,8 mio. indlæggelser.

Under et ophold er en patient ofte tilknyttet flere lægelige specialer. Som eksempel kan et besøg på en akutmodtagelse indebære radiologiske undersøgelser, efterfølgende operation og mulig indlæggelse på sengeafsnit – alt samme på tværs af en håndfuld specialer. Derfor kan samme ophold tælle med under flere specialer i følgende opgørelser af ambulante besøg og indlæggelser. Dette gør det muligt at undersøge, hvilke afdelinger på sygehuset et givent ophold genererer aktivitet, hvor varigheden af denne aktivitet kan betragtes som indikator for dens tyngde. En analyse af fordeling af ophold og deres varighed på tværs af specialer kan altså anvendes som indikation på, hvor på sygehusene der er aktivitet og af hvilken volumen.

Figuren nedenfor viser fordelingen af årlige ambulante forløb og indlæggelser på udvalgte specialer. Ambulant aktivitet dækker ofte planlagte undersøgelser, opfølgninger og operationer samt hurtigt afsluttede akutte sundhedsproblematikker. Dette er overvejende forklaringen på, at specialer som radiologi, ortopædisk kirurgi samt gynækologi og obstetrik fremgår som værende de tre specialer med flest ambulante besøg. Det bemærkes hertil, at intern medicin og akutmedicin har betydeligt færre ambulante besøg. Det skyldes højst sandsynligt, at disse specialer ofte er associeret med længerevarende ophold på sengeafsnit, hvor ophold ikke afsluttes før de bliver karakteriseret som indlæggelser – dette udfoldes mere i afsnittet til højre.

Figur 2.7. Antal årlige besøg fordelt på opholdstype og speciale, 2019-2022



Kilde: Egne beregninger på dataudtræk fra LPR foretaget af Sundhedsdatastyrelsen (venstre og højre figur)

Note: Specialer med hhv. mere end 500.000 årlige ambulante besøg (venstre figur) og 50.000 årlige indlæggelser (højre figur). Specialeopdelingen stammer fra LPR og er ikke tilpasset af Implement. Intern medicin samt specialer herunder kan fremgå i samme figur. Samme ophold kan være tilknyttet flere specialer, og i disse tilfælde vil opholdet tælle med under alle berørte specialer.

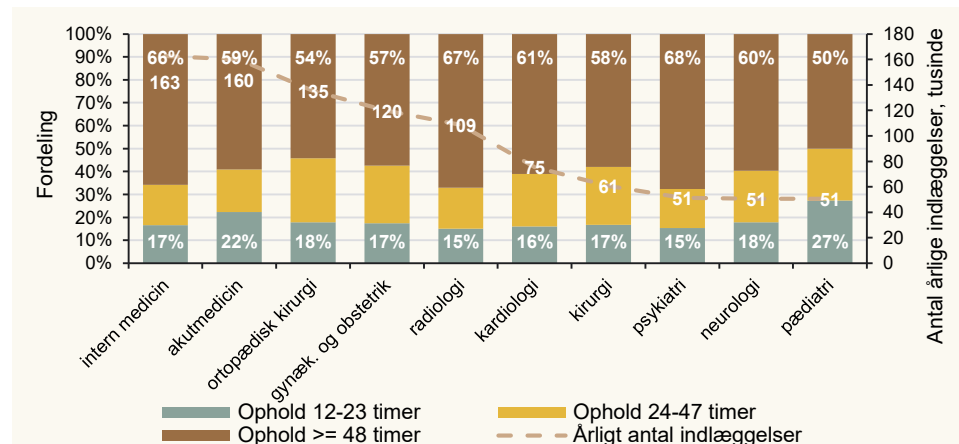
Indlæggelser

Af figur 2.7 fremgår det, at specialerne intern medicin (omfattende en lang række subspecialer) og akutmedicin har den største andel indlæggelser ift. det samlede antal ophold. Betragtes indlæggelserne eksplicit i figur 2.8 nedenfor, er det også disse to specialer, der har det højeste antal årlige indlæggelser, hvilket samlet set er over 320.000 indlæggelser. Selvom andelen af ophold over 48 timer er større inden for psykiatrien, er der absolut set flest patienter i denne varighedsgruppe inden for intern medicin og akutmedicin. Af de 320.000 årlige indlæggelser varede 62 pct. (ca. 200.000 indlæggelser) mere end 48 timer.

Det er samtidig i stigende grad ældre patienter, der er indlagt i længere tid. I 2021 udgjorde patienter på 80+ år mere end 20 pct. af de længerevarende indlæggelser. Endvidere udgør patienter over 65 år en relativt stor andel af indlæggelserne tilknyttet specialerne intern medicin, akutmedicin og ortopædisk kirurgi - mellem 36 og 46 pct. af indlæggelserne. Samlet set udgjorde patienter på over 65 år omkring 20 pct. af det samlede antal indlæggelser inden for disse tre specialer (se bilag 3.1 for yderligere data).

Aktivitetsdata fra sygehusene indikerer altså, at en betyde del af aktiviteten udgøres af indlæggelser af mere end 48 timers varighed indenfor relativt få (men brede specialer). Dette afspejler blandt andet også etableringen af akutmedicin som selvstændigt speciale, og at der er arbejdet hen i mod etableringen af fælles akutmodtagelser, hvor en stigende andel patienter håndteres med bistand fra de relevante specialer i de fælles akutmodtagelser. Aktivitetsdata indikerer også, at meget af aktiviteten ender som indlæggelser på medicinske sengeafsnit.

Figur 2.8. Antal årlige indlæggelser fordelt på varighed og speciale, 2019-2022



Sygehusvæsenet (2/2)

Sengedage og plejetyngde

Når antallet af indlæggelser er associeret med udvalgte specialer ofte kendetegnet ved store sengeafsnit, er der grundlag for at antage, at plejeopgaven netop her har en stor volumen. En yderligere validering af denne antagelse kommer fra en undersøgelse af antallet af sengedage fordelt på specialer. Antallet af sengedage giver et bedre indblik i plejeopgavens omfang, da denne alt andet lige vil være større, jo flere sengedage der er. Øverste figur til højre viser det årlige antal sengedage fordelt på specialer beregnet som antallet af indlæggelser multipliceret med den gennemsnitlige opholdstid. Af figuren fremgår det, at der på både psykiatri, akutmedicin, intern medicin og ortopædkirurgi mindst er 0,7 mio. årlige sengedage.

Et sidste datapunkt, der kan anvendes til at anskueliggøre plejeopgaven og dens tyngde, er den senedagsomkostning, der identificeres i forbindelse med beregning af DRG-takstsystemet. Idet DRG-takstsystemet grupperer patientbehandling og de tilknyttede omkostninger i kliniske og ressourcehomogene grupper, opgør Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med sygehusene også de daglige omkostninger, der på afdelingsniveau kan tilskrives at have en patient liggende i en seng. Derfor vil man principielt kunne bruge denne senedagsomkostning som udtryk for plejetyngden på den enkelte afdeling. Opdeles de enkelte afdelingers senedagsomkostninger på specialer, er det således også muligt at identificere en gennemsnitlig senedagsomkostning for de enkelte specialer (se bilag 3.2).

For de specialer, hvor det er muligt at tilknytte mere end 10 afdelinger, varierer den gennemsnitlige senedagsomkostning mellem 4.100 kr. (akutmedicin) og 7.000 kr. (pædiatri). I dette interval befinder intern medicin og ortopædkirurgi sig omkring midten med en senedagsomkostning på henholdsvis 5.800 kr. og 4.800 kr. Tages der højde for både antallet af sengedage og senedagsomkostningerne for de enkelte specialer (jf. figuren nederst til højre), ligger ortopædkirurgi, akutmedicin og intern medicin højt og kan dermed samlet set – ud fra dette data – siges at være de specialer, som driver en væsentlig del af den samlede plejeopgave i sygehusvæsenet.

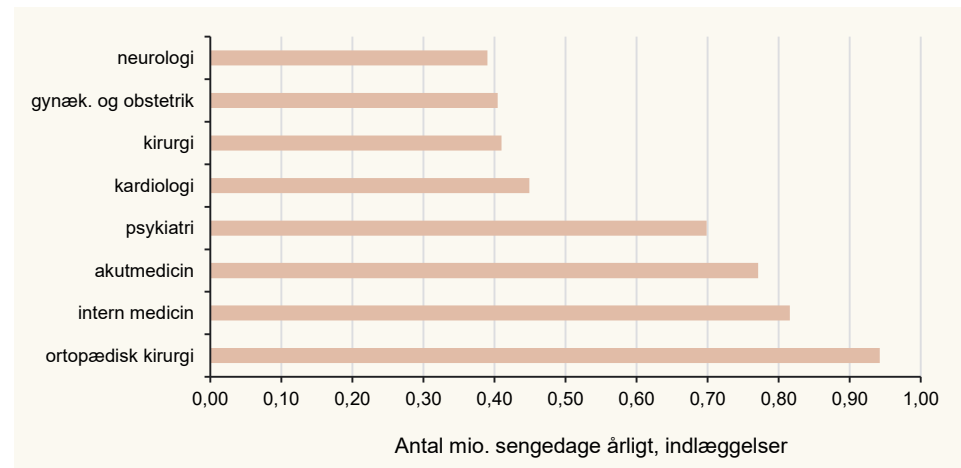
Delkonklusion

Ses der på tværs af de forskellige aktivitetsdata fra sygehusene fremkommer konklusionen, at den store volumen er koncentreret om patienterne på de store sengeafsnit, ofte intern medicin og gennem en akutmedicinsk modtagelse. Denne hypotese er endvidere blevet valideret i interviewprogrammet.

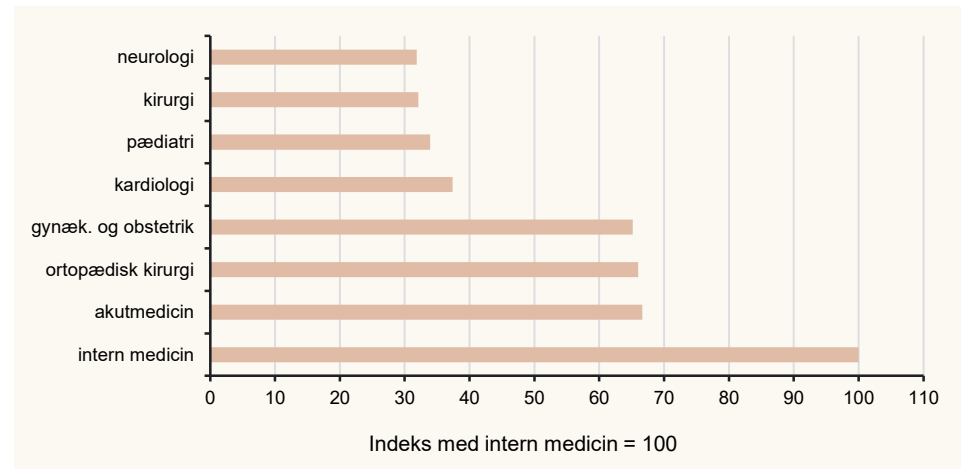
Her påpeger næsten alle interviewpersoner, at der opleves et særligt stort pres på plejeopgaven, særligt ved (ældre) multisyge patienter på særligt akutområdet og intern medicinske sengeafsnit.

Sygehusdata kan dog ikke anvendes til at komme tættere på, præcist hvad der sker på sengeafsnittene, hvorfor den nærmere præcisering af plejeopgaven er udfoldet ved hjælp af kvalitative input i afsnit 2.2.

Figur 2.9. Årlige sengedage fordelt på specialer



Figur 2.10. Estimering af plejetyngde og –omfang for specialer, indeks, 2022



Kilde: Egne beregninger på dataudtræk fra LPR (øvre figur) og Omkostningsdatabasen fra DRG (nedre figur) foretaget af Sundhedsdatastyrelsen

Note: Sengedage er estimeret som gennemsnitsvarighed af indlæggelser multipliceret med antal indlæggelser, hvor samme indlæggelses varighed kan være inkluderet under flere specialer. Summen af sengedage på tværs af specialer er derfor større end det samlede antal estimerede årlige sengedage i periode, som er omkring 6,4 mio. (øvre figur). Senedagsomkostningerne bør være ekskl. medicin og særligt dyre ydelser, men ikke alle sygehuse anvender et fordelingsregnskab, der er finmasket nok til at undgå dette, hvorfor senedagsomkostningen ikke nødvendigvis en-til-en er udtryk for plejetyngden (nedre figur). Oversættelse fra afdeling til speciale er foretaget af Implement.

Det kommunale sundhedsområde (1/2)

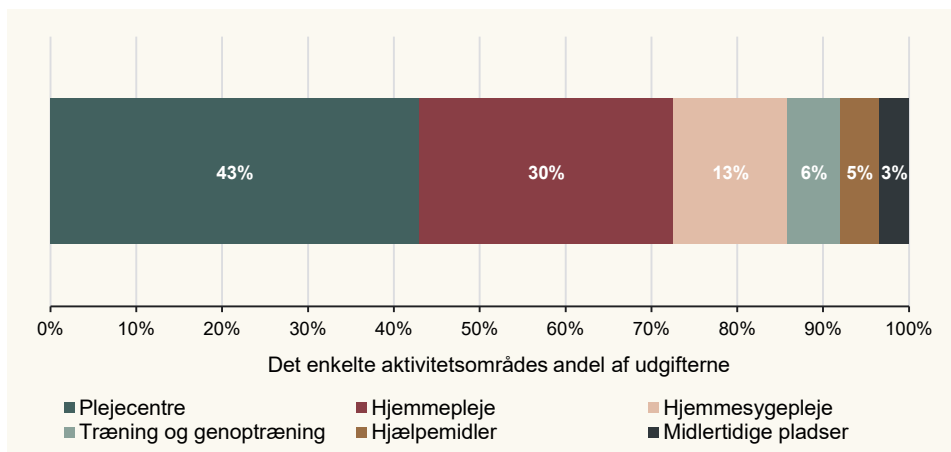
I og uden for hjemmet

På det kommunale (ældre- og) sundhedsområde består en stor del af aktiviteten af sygepleje samt personlig pleje og praktisk hjælp. Disse ydelser bliver leveret i hjemmet, på sygeplejeklinikker, på plejecentre og midlertidige pladser af forskellige karakter. Hertil kommer rehabiliterende indsatser, hjælpemiddelsområdet samt genoptræning, hvilket ikke dækkes af denne kortlægning grundet en begrænset aktivitetsvolumen. Figuren til venstre nedenfor viser fordelingen af de kommunale udgifter til de omtalte aktivitetsområder. Heraf fremgår det, at udgifter til hjemmepleje og hjemmesygepleje til sammen udgør samme andel af de samlede udgifter som plejecentrene (43 pct.).

En borger kan kun modtage hjemmesygepleje efter henvisning fra læge. Den konkrete ydelse er defineret ud fra det fælleskommunalt indsatskatalog Fællessprog III (FSIII), der dækker en bred vifte af indsatser inden for både den basale og mere specialiserede sygepleje. Hjemmepleje omfatter personlige hjælp og pleje samt hjælp og støtte til praktiske opgaver i hjemmet, og ydelser er her ligesom sygeplejen defineret ud fra FSIII, men behovet er vurderet og visiteret på baggrund af en funktionsevnevurdering af kommunen selv.

I 2021 var der omkring 307.000 modtagere af hjemmepleje og 140.000 modtagere af hjemmesygepleje i Danmark. Aldersfordelingen af modtagerne fremgår af figuren nedenfor til højre. På baggrund af figuren kan det beregnes, at 47 pct. af modtagerne af kommunal sygepleje og 52 pct. af modtagerne af hjemmepleje er 80 år eller ældre. Yderligere data viser, at mere end 50 pct. af alt hjemmepleje bliver leveret til +80 årige borgere, og at jo ældre modtageren er, jo større er sandsynligheden for, at borgerne har behov for både praktisk hjælp og personlig pleje (se bilag 3.3).

Figur 2.11. Fordeling af regnskab på de udvalgte kommunale sundhedsområder, 2021

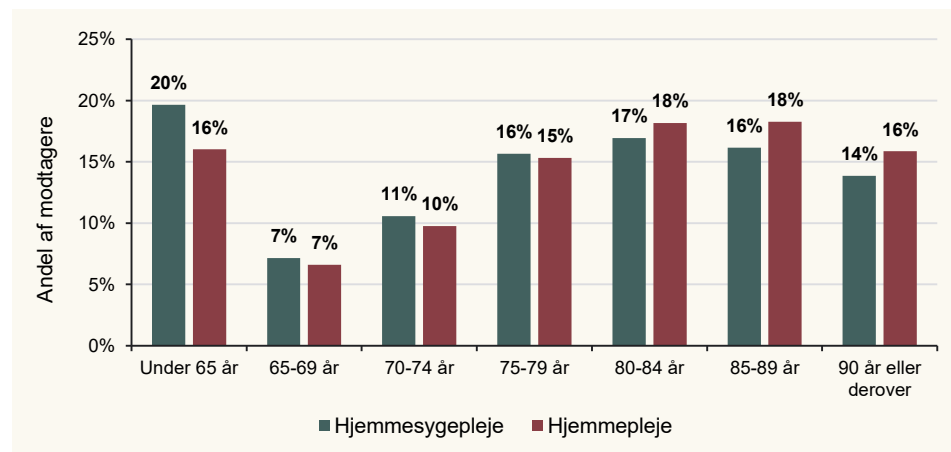


Personer under 65 år, der modtager ydelser fra det kommunale sundhedsområde, er ofte personer med kroniske sygdomme, psykisk lidelse eller handicap - ydelser fra socialområde ofte også tilbydes disse borgere.

Når en borger selv med en betydelig plejeindsats ikke længere er i stand til at klare sig i eget hjem, kan der tilbydes en plads på et plejecenter. Plejecentre er et permanent tilbud, hvor beboerne modtager samme type af sygepleje- og hjemmeplejeydelser som i hjemmet. Dette sker dog generelt med en større intensitet, idet borgerens funktionsevneniveau ofte er lavere. Det ses bl.a. ved at sammenholde plejecentrenes andel af de samlede udgifter (43 pct.) med, at der på landsplan kun er omkring 42.000 plejeboliger.

De midlertidige pladser er defineret som et midlertidigt ophold til borgere, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje. Borgeren kan blive tilbudt en midlertidig plads i forlængelse af en indlæggelse eller efter pludselig nedsættelse af funktionsniveau, som gør egen bolig midlertidigt uegnet. Idet der ikke er nogle nationale standarder eller krav til udformningen af indsatsen, dækker begrebet midlertidige pladser i dag over mange forskellige "typer" af pladser med forskellig kompetence, kapacitet og formål. Hermed kan fokus på de midlertidige pladser på tværs af kommunerne variere mellem f.eks. rehabilitering, stabilisering, akutpleje og aflastning. Samtidig er der store variationer i kompetencesammensætningen, og kun i nogle kommuner er de midlertidige pladser egentligt lægeligt understøttet. Af disse grunde er det vanskeligt at opgøre, hvor stor den egentlige kapacitet er, men et estimat er omkring 3.200 pladser på landsplan.

Figur 2.12. Modtagere af sygepleje og hjemmepleje fordelt på aldersgrupper, 2021



Det kommunale sundhedsområde (2/2)

Sygeplejedydelser

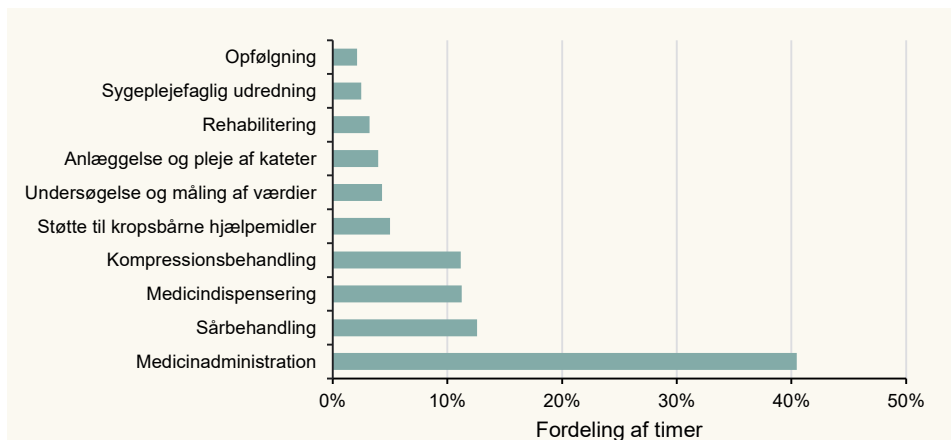
De patienter, der er indlagt i længere tid på sygehusene, er til en vis grad sammenfaldende med de borgere, der modtager syge- og hjemmepleje eller befinder sig på en akutplads eller andre typer af midlertidige pladser. Det kommunale arbejde på syge- og hjemmeplejeområdet har derfor også i praksis en vis grad af sammenfald og overlap – også kompetencemæssigt – med den sygeplejeopgave, der løses på sygehusenes sengeafsnit.

Den kommunale sygeplejeopgave i hjemmet er udfoldet i figuren nedenfor ved brug af data fra fire deltagende kommuner. Figuren viser en fordeling af det samlede antal timer fra de fire kommuner under ét. Det skal bemærkes, at der kan være stor variation på tværs af kommunerne, og selvom kommunerne er forsøgt udvalgt repræsentativt kan fordelingen i den enkelte kommune tage sig anderledes ud.

Mere end 40 pct. af timerne anvendes på medicinadministration, hvor borgeren får udleveret allerede dispenseret medicin. Dernæst fylder ydelserne sårbehandling, medicindispensering og kompressionsbehandling, der tilsammen udgør omkring 35 pct. af den planlagte tid. På tværs af de fire kommuner er der flest borgere, der modtager hhv. medicinadministration og –dispensering, idet der er et naturligt overlap mellem disse to ydelser.

I bilag 3.3 fremgår tidsforbruget fordelt på de eksisterende faggrupper. Her fremgår det, at det overvejende er sygeplejersker, der leverer sårbehandling og medicindispensering, mens SOSU-assistenten og –hjælpere i højere grad foretager medicinadministration og kompressionsbehandling.

Figur 2.13. Fordeling af timer på sygeplejedydelser, september 2022



Kilde: Egne beregninger på data modtaget fra fire deltagende kommuner (venstre og højre figur)

Pleje- og omsorgsydelser

Af figuren nedenfor fremgår de indsatser, der bliver leveret af den kommunale sygepleje i hjemmet i de fire deltagende kommuner. Der er samlet set flest borgere, der modtager praktisk hjælp i form af tilberede/anrette mad, rengøring, tøjvask og indkøb. Dog anvendes 68 pct. af timerne på personlig pleje, der dækker de resterende indsatser.

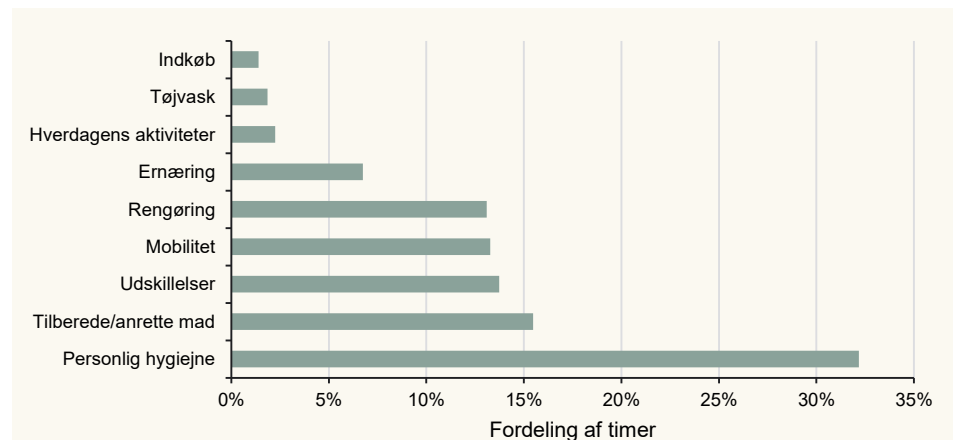
Mere end 32 pct. af det samlede tidsforbrug anvendes på indsatsen personlig hygiejne, der bl.a. indeholder bad og vask samt af- og påklædning. Den personlige pleje udgøres desuden af udskillelser og toiletbesøg (14 pct.), mobilitet (13 pct.), ernæring (7 pct.) og hverdagens aktiviteter (2 pct.). Størstedelen af den praktiske hjælp foretages af andet personale end det, der varetager plejeopgaven. Ofte er det dog plejepersonalet, der f.eks. tilbereder og anretter mad, da denne indsats er forbundet med en række andre plejeopgaver.

I bilag 3.3 fremgår tidsforbruget fordelt på de eksisterende faggrupper. Heraf fremgår det, at SOSU-assistenten i højere grad end SOSU-hjælperen varetager borgerens personlige hygiejne. Øvrige medarbejdergrupper, her overvejende ufaglærte, tager sig i højere grad af de praktiske opgaver forbundet med rengøring, indkøb mm.

Delkonklusion

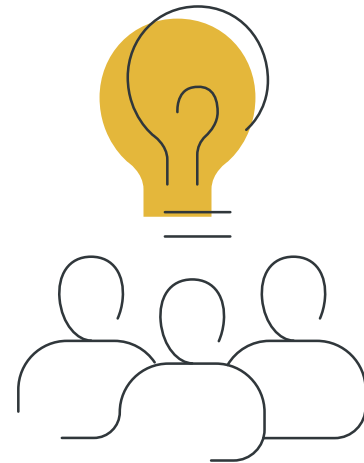
Samlet set viser den kommunale aktivitetsdata, at få indsatser fylder meget i plejeopgaven. Samme indsatser kan forventes at fylde tilsvarende meget i plejeopgaven på de store sengeafsnit, da det netop er ældre borgere, og dermed forventeligt modtagere af hjemme(syge)pleje, der bliver indlagt her. Denne antagelse er blevet yderligere bekræftet i interview, og netop plejeopgaven udfoldes derfor i næste afsnit.

Figur 2.14. Fordeling af timer på hjemmeplejedydelser september 2022



2.2

UDFOLDELSE AF DEN NUVÆRENDE KOMPETENCEMANGEL



Hvad bliver der sagt?

Den primære udfordring

Det er – som nævnt – vanskeligt at belyse kompetencemanglen med data på et detaljeringsniveau, som giver et reelt billede af karakteren og omfanget af problemet. Derfor er alle interviewpersoner spurgt til deres vurdering af, hvilke kompetencer der er mest mangel på i sundhedsvæsenet i dag og hvorfor, samt hvor der er størst grund til bekymring over de næste 5 år.

På tværs af de 47 interviews er der tre overordnede temaer:

1 Der er en meget høj grad af samstemmighed i, at det største kompetencegab ligger på plejeområdet, og at gabets omfang på nuværende tidspunkt og inden for den nærmeste fremtid – inden for de bindinger i anvendelsen af kompetencer som sundhedsvæsenet er underlagt - er betydeligt. På både de somatiske og psykiatriske sygehuse nævnes i altovervejende grad sygeplejersker som den faggruppe, der er størst mangel på. I kommunerne er der tilsvarende samstemmighed om, at social- og sundhedsassistenter er den faggruppe, man oplever størst mangel på. At der på sygehusene nævnes netop sygeplejersker og ikke f.eks. social- og sundhedsassistenter, mens der i kommunerne nævnes social- og sundhedsassistenter og ikke social- og sundhedshjælpere, hænger sammen med de kompetencemæssige forudsætninger, der er nødvendige for at "håndtere" borgere/patienter med den sygdomsmæssige kompleksitet, som allerede gør sig gældende i dag i stigende grad forventes at blive nødvendige i fremtiden med stadig flere multisyge borgere/patienter.

2 Der er tilsvarende enighed om, at den store mangel på plejekompetencer i dag knytter sig til den basale pleje af multisyge patienter, mens manglen på specialiserede plejekompetencer – med få, kortsigtede undtagelser – ikke giver anledning til udtalt bekymring blandt informanterne, hvis man kigger blot 3-5 år ud i fremtiden (se afsnit til højre). Med "specialiserede plejekompetencer" forstås her kompetencer, som opnås gennem efter- og videreuddannelse og/eller længere praksiserfaring, og som er nødvendige for at udføre specifikke, mere specialiserede plejeopgaver, f.eks. i forbindelse med undersøgelser, kirurgi, m.v.

3 På sygehusene opleves kompetencemanglen størst på de områder, hvor der er størst vagtbyrde, herunder særligt på de medicinske sengeafsnit og akutområdet. Der er på baggrund af interviewprogrammet ikke grundlag for at konkludere, at manglen på social- og sundhedsassistenter i kommunerne knytter sig til særlige områder eller vagtlag, om end det er sandsynligt, at samme tendenser gør sig gældende her.

Nogle informanter fremhæver yderligere, at arbejdet på sengeafsnittene og akutmodtagelserne kan være mere krævende pga. en langt større usikkerhed om den pågældende dags arbejdsopgaver og deres intensitet og kompleksitet.

Den sekundære udfordring

På trods af den store samstemmighed på tværs af informanterne om, at det er kompetencer inden for basal pleje af multisyge patienter, der er klart størst mangel på i dag og i den nærmeste fremtid, er der også i interview nævnt øvrige kompetencer, der opleves mangel på. Denne kompetencemangel er mindre udtalt og med mere lokal variation. Endvidere har interviewpersonerne været mere "fortrøstningsfulde" ved, at der findes løsninger inden for en overskuelig tidshorizont.

Disse omfatter:

- **Anæstesisygeplejersker:** Flere fremhæver den aktuelle udfordring med mangel på anæstesi- og operationssygeplejersker, om end det ikke giver anledning til betydelig bekymring på længere sigt – særligt for operationssygeplejersker hvor oplæringsmulighederne vurderes at være gode. Informanter er delte i vurderingen af, hvorvidt den rigtige eller nødvendige vej at gå er en reduktion af længden på specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske.
- **Jordemødre:** Manglen på jordemødre har været nævnt af flere, hvor problemet vurderes at være størst i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Herudover har jordemødre-området været bragt op i flere andre sammenhænge ifm. overvejelser om behov for revision i uddannelsen mhp. at skabe større fleksibilitet, bedre karrieremuligheder m.v.
- **Bioanalytikere:** Enkelte informanter har fremhævet bioanalytikere som en faggruppe med aktual mangel - dog uden en udtalt bekymring på længere sigt.
- **Radiografer:** Enkelte informanter har nævnt radiografer, som en faggruppe der er aktual mangel på. Særligt for radiografer har det været nævnt, at der er væsentlige potentialer forbundet med at gentænke opgaveløsning og teknologiunderstøttelse for at reducere behovet for netop disse kompetencer.
- **Reddere:** Reddere på det præhospitale område er i enkelte interviews nævnt som værende en manglende kompetenceprofil. Med afsæt i interviewprogrammet er der ikke grundlag for mere specifikt at vurdere hvilken type reddere.

Selv om ovenstående har været nævnt i interviewprogrammet, er det manglen på basiskompetencer inden for plejeopgaven, der helt entydigt og gennemgående har været mest udtalt – ofte i en sådan grad, at ovenstående primært er nævnt "for god ordens skyld", mens interviewet ellers har handlet om plejeområdet. Derfor ligger resten af kortlægningens (og udviklingsperspektivernes) fokus primært på kompetencemanglen på plejeområdet.

Plejeopgaven udfoldet (1/2)

Plejeopgaven - administrative opgaver og forefaldende arbejde

Det er intentionen med denne kortlægning at komme et skridt nærmere en beskrivelse af kompetencemanglen på "kompetenceniveau" og ikke blot faggruppeniveau. Dette er for at få en bedre idé om, hvilke dele af faggruppernes nuværende opgaveporteføljer som helt eller delvist kan substitueres med andre faggrupper (og eventuelt løses på et lavere kompetenceniveau), ufaglærte (med varierende grader af oplæring) og/eller af teknologi.

For at skabe det bedst mulige overblik over resultaterne fra interviewprogrammet, anvendes følgende niveaudeling af plejeopgaverne og kompetencekravene; (i) administrative opgaver og forefaldende arbejde, (ii) afgrænsede kliniske opgaver, (iii) koordinering af den kliniske opgaveløsning.

Administrative opgaver og forefaldende arbejde: På baggrund af interviewprogrammet tyder meget på, at plejepersonalet i dag løser en betydelig mængde ikke-kliniske opgaver, som hverken forudsætter de særlige kompetencer, som plejepersonalet eller øvrig sundhedsfagligt uddannede besidder.

På sygehusene, hvor tendensen pba. interviewprogrammet vurderes mest udtalt, skønner flere informanter forsigtigt, at ca. 10 pct. af sygeplejerskernes tid er bundet i sådanne administrative opgaver og forefaldende arbejde – mere på nogle områder og mindre på andre, særligt akutområdet.

Det kan virke paradoksalt, at der med en så udtalt mangel på plejepersonale, samtidig er en så væsentlig andel af plejepersonalets tid bundet i opgaver, som kan løses af ufaglært arbejdskraft. Den primære årsag til dette tilsyneladende "paradoks", skal ifølge flere informanter findes i historiske effektiviseringstiltag, som har haft en tendens til at skære i supportfunktionerne med den konsekvens, at opgaverne er overgået til plejepersonalet, som er blevet en slags "blæksprutter" på afdelingerne. Samtidig er der blandt informanterne ikke tvivl om, at udviklingen også har været drevet af et incitament til at gøre vagtplanlægningsopgaven mindst muligt kompliceret ved at arbejde med så få kompetenceprofiler som muligt – ikke mindst i tider hvor rekruttering af sygeplejersker har været udfordret.

Tendensen vurderes umiddelbart at være tilsvarende på de kommunale midlertidige pladser, om end denne vurdering er baseret på en mindre informantgruppe. På plejecentrene og i hjemmeplejen er andelen af ufaglært personale dog allerede i dag relativt høj, hvorfor en mindre andel af det forefaldende arbejde her varetages af plejepersonalet.

Som et svar på ovenstående forhold er der i interviewprogrammet afdækket flere eksempler på, at sundhedsvæsenet har forsøgt at "åbne mere op" for ufaglært arbejdskraft. Dette er sket gennem ansættelse af "runnere", "husassistenter" og "servicemedarbejdere" for at aflaste plejepersonalet for administrativt og forefaldende arbejde. Dette beskrives yderligere under udviklingsperspektivet "Ny organisering af opgaveløsningen" i afsnit 3.1.

Eksempler på opgaver for ufaglært arbejdskraft på en sengeafdeling

Nedenstående liste er et eksempel på en opgavebeskrivelse for en ufaglært medarbejder på et sengeafsnit, hvis leder har været omfattet af interviewprogrammet. Forud for ansættelsen af den ufaglærte medarbejder, blev disse opgaver primært varetaget af plejepersonalet og her overvejende sygeplejerskerne. Tilsvarende tendens er afdækket i en lang række interview.

Om morgenen:

- Møde ind med resten af personalegruppen
- Tage telefonen
- Printe patientseddel fra Klinisk Logistik ca. 15 min. efter vagtskifte
- Spørge koordinator om der er særlige opmærksomheder

Patientnære opgaver

- Besvare patientkald og kontakte relevant personale ved behov for sundhedsfagligt personale
- Dele væskeskemaer ud
- Veje patienterne – værdier afleveres til koordinator
- Udlevere tøj, vaskeklude, håndklæder og evt. tandbørste / kam / barberskraber
- GIVE støttestrømper på
- Rette elektroder
- Hjælpe med mobilisering og motivere patienterne til mobilisering
- Tømme urinkolber
- Tømme urinposer (når det er uddelegeret på den enkelte patient)
- Pakke patienternes ejendele sammen ved udskrivelse / overflytning
- Vise nye patienter rundt på afdelingen og informere om dagsrytme og "regler"
- Flytte patienter til anden stue
- Efter behov / tid snakke med patienterne ("besøgsven")

Mad & køkken

- Indhente madbestillinger hos patienter, der ikke selv kan gå til buffeten
- Servere mad & drikke til nye patienter og ved måltiderne
- Fjerne madbakker

- Hjælpe patienterne med at føre væskeskema
- Bemande buffeten

Oprydning

- Oprydning på patientstuerne, kontorer, konferencerum og kaffestuen
- Afhentning og aflevering af staseslanger
- Sætte bærbare computere til opladning
- Tømme opvaskemaskine x 2 dgl.

Opfyldning

- Opfyldning af de små kasser med PVK, spritsvabs osv. på alle stuer
- Opfyldning af medicinvogne, PVK-vogne, BS-vogne og telemetrvogn
- Opfyldning af ekkorum
- Opfyldning af hjælpemidler, sikre vi har rollator
- Opfyldning af patientinformationer på kontorerne (hjertebøger, patientinfo, væskeskema mm.)
- Opfyldning af TOKS-tårne inkl. rektal-termometre og forskellige BT-manchetter
- Opfyldning af klude, skjorter, elektroder og gel i Ekko rum

Øvrige opgaver

- Tjekke sug
- Rengøring af holtene og døgn-BT-apparater
- Hjælpe med at printe og udlevere relevante patientinformationer
- Bestille patientbefordring
- Bestille rengøring ved overflytning / udskrivelse
- Påsætte og afhente fjerneteletri
- Fejlmelde apparatur på Medusa
- Oprette Mainmanager-rekvisitioner
- Brikansvarlig

Plejeopgaven udfoldet (2/2)

Plejeopgaven – kliniske plejeopgaver

Afgrænsede kliniske opgaver: Udover det administrative og forefaldende arbejde er der på baggrund af kortlægningen grundlag for at konstatere, at plejepersonalets tid i dag også er bundet i kliniske plejeopgaver, som andre sundhedsfaglige faggrupper har lige så gode – og i nogle tilfælde bedre – kompetencemæssige forudsætninger for at løse. De mest oplagte og oftest nævnte eksempler på dette omfatter:

- **Farmakonomer**, som bringes i spil til opgaver som opblanding, dosering og administration af medicin.
- **Fysio- og ergoterapeuter**, som bidrager til opgaver om mobilisering, basal pleje med et rehabiliterings-/genoptrænings sigte og på akutområdet opgaver vedr. bandagering, anlæggelse af gips og lignende.
- **Diætister**, som bidrager til ernæringsrelaterede opgaver, som i dag på både sygehuse og i kommunerne i vid udstrækning er forankret hos sygeplejerskerne.
- **Pædagoger**, som kan understøtte indsatsen for borgere med særlige pædagogiske behov (f.eks. demente) og aflaste plejepersonalet på f.eks. plejeboligområdet.
- **Sundhedsfagligt uddannede generelt (uden specifikt uddannelsesbehov)**, som med forskellige grader af oplæring kan bringes i spil til f.eks. udførelsen af scannings- og/eller undersøgelsesopgaver, hvor sygeplejersken (og/eller lægen) herefter fortolker resultaterne.

Der er ved disse mere kliniske opgaver en væsentlig kompleksitet i vurderingen af kompetencebehovet. Ofte er det ikke opgavens karakter "isoleret" set, som definerer kompetencebehovet men snarere kompleksiteten i borgerens/patientens samlede tilstand. For eksempel kan de fleste faggrupper hjælpe en ukompliceret borger/patient i bad eller på toilettet, men hvis der er tale om en multisyg borger/patient med respirationsbesvær, kræver opgaven sygdomsforståelse på et højere niveau, som ikke alle faggrupper besidder.

En konsekvens af dette er, at vurderingen af kompetencebehovet ikke alene kan ske gennem en generisk kortlægning af de største og mest tidskrævende opgaver. Det skal i stedet ske ved en fagligt kvalificeret vurdering af det specifikke kompetencebehov til hver enkelt opgave og patient. På samme vis er vurderingen af oplæringsbehovene for forskellige faggrupper i den enkelte opgave mere krævende. Det er gennem interviewprogrammet blevet afdækket, at en væsentlig del af det eksisterende arbejde på området knytter sig til at mindske brugen af øvrige faggrupper som "konsulenter" – dvs. som eksterne til afdelingen med personalemæssig forankring andetsteds som primært løser afgrænsede opgaver ved tilkald - og i stedet øge deres involvering gennem egentlig integrering i det daglige arbejde, bedre muligheder for oplæring og vurdering af individuelle kompetencer og udviklingsbehov, m.v.

Plejeopgaven – roller og koordineringsansvar

Koordinering af den kliniske opgaveløsning: Medarbejderne har forskellige roller i borger/patientforløbet. Her har det været et gennemgående tema i interviewprogrammet, at det inden for de kendte rammer og faggrupper i det somatiske sundhedsvæsen i dag vil være autoriseret plejepersonale, der som de eneste har de kompetencemæssige forudsætninger for at koordinere den samlede (ikke-lægefaglige) indsats og hermed bære kontinuiteten i forløbet.

Hvis forudsætningerne for at kunne udfylde sådan en koordinerende og kontinuitetsbærende rolle skal være til stede, kræver det en kontinuerlig tilstedeværelse i forløbet. Derfor skal den samlede vurdering af substitutionsmulighederne for plejepersonalets opgaver i dag vurderes i sammenhæng med netop denne særegne rolle, som plejepersonalet skal udfylde for borgeren/patienten.

Der er blandt informanterne bred enighed om, at det med det nuværende uddannelsessystem og inden for de nuværende rammer i sundhedsvæsenet er vanskeligt at se, hvilke andre faggrupper end social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker (afhængig af kompleksiteten i borgerens/patientens tilstand), der kan udfylde rollen som koordineringsansvarlig og primær bærer af kontinuiteten i multisyge, ældre medicinske patienters forløb.

Hvis der på længere sigt skulle arbejdes med, at andre faggrupper skulle kunne træde længere ind i denne rolle og dermed substituere en større del af plejepersonalets opgaver, fremhæves følgende kompetencebehov som de væsentligste at opkvalificere andre faggrupper indenfor:

- Sygdomsforståelse, herunder forståelsen for sammenhænge i kroppens anatomi
- Medicinforståelse, herunder forståelse af bivirkninger mm.
- Koordineringsevne af samlet tværfaglig indsats, herunder sikring af kontinuitet i pleje samt vurdering af borger/patientens behov og kompetence- og oplæringsbehov i et tværfagligt team

Der er i interviewprogrammet identificeret afgrænsede forsøge med, hvordan man i en kommunal kontekst kunne bringe f.eks. fysio- og ergoterapeuter "længere ind" på social- og sundhedsassistenternes område (uden intention om at opgaven skal være præcis den samme). Det er på nuværende tidspunkt for tidligt at vurdere omfanget af oplæringsbehovet, men det skønnes af den pågældende kommune, at fysio- og ergoterapeuter kan oplæres til det fornødne niveau på 6-12 måneder med kursusaktivitet i særligt sygdoms- og medicinforståelse.

Gab og barrierer

Kompetencegab og bindinger

Den analytiske opgave med at beskrive omfanget af kompetencegab i dag og inden for en årrække er kompliceret af, at manglen på kompetencer i dag er en konsekvens af det samlede kompleks af bindinger, der er med til at afgøre, hvilke kompetencer der kan bringes i spil til hvilke opgaver. Dette er både fagligt velbegrundede bindinger men også bindinger, som ikke nødvendigvis har noget at gøre med det konkrete og nødvendige kompetencebehov. Manglen på kompetencer kan altså kun meningsfyldt beskrives i lyset af de bindinger, der er for at bringe forskellige kompetencer i spil til forskellige opgaver.

Når informanterne er blevet spurgt om, hvor henne og hvor stor kompetencemanglen er i dag, stiller en væsentlig andel af lederne i sundhedsvæsenet spørgsmålstegn ved præmissen for spørgsmålet. Flere informanter fremhæver, at hvis den samlede opgaveløsning var mere hensigtsmæssigt tilrettelagt, end det er tilfældet i dag, er svaret ikke entydigt, at der overhovedet mangler kompetencer (se illustrativt citat nedenfor). Ofte løftes opgaveløsningen til et unødigt højt eller specialiseret kompetenceniveau af grunde, som ikke har noget at gøre med de faglige krav til opgaveløsningen.



”Jeg ved ikke, om vi mangler kompetencer. Jeg ved, at vi bruger de tilgængelige kompetencer uhensigtsmæssigt af tusinde forskellige grunde.”

- Direktør, region

Delkonklusion

Ovenstående indsigt er ikke ensbetydende med en underkendelse af de aktuelle udfordringer men i stedet en erkendelse af, at kompetencegab også er et produkt af sundhedsvæsenets både formelle og uformelle organisering, rammer, krav, praksisser, fagidentiteter og pres, som tilsammen gør, at opgaverne løses på bestemte – og dermed ofte uhensigtsmæssige – måder.

En afdækning af kompetencegab i dag, er derfor også en afdækning af disse bindinger og en skønsom vurdering af, hvilken effekt på kompetencemanglen, det vil have at fjerne dem.

Hvilke typer barrierer gør opgaveløsningen uflexibel og ikke-afstemt..?

De bindinger og barrierer for den fleksible og afstemte opgavevaretagelse samt omstillingen til et mere robust sundhedsvæsen, som er afdækket i kortlægningen, er opsummeret i fem overordnede temaer i nedenstående figur.



Barriererne adskiller sig fra de udviklingsperspektiver, der er identificeret og gennemgås i kapitel 3. Hvor udviklingsperspektiverne beskriver de muligheder, der er for at skabe et mere robust sundhedsvæsen, beskriver barriererne de "udfordringer", der er knyttet til at realisere disse udviklingsperspektiver. Den ovenstående opsummering af barrierer er således en "aggregering" af de barrierer, som er identificeret specifikt i relation til de forskellige udviklingsperspektiver.

Barriererne udfoldes på de efterfølgende sider samt i relation til de specifikke udviklingsperspektiver i kapitel 3.

Barrierer (1/3)

Nedenfor og på de efterfølgende sider uddybes de barrierer, der er nævnt i forbindelse med den fleksible og afstemte opgavevaretagelse samt en samlet omstilling mod et mere robust sundhedsvæsen jf. udviklingsperspektiverne. Barriererne er udelukkende baseret på "data" fra interviewprogrammet og er derfor udtryk for respondenternes oplevelser og erfaringer af de udfordringer, man møder i forsøg på at omstille sundhedsvæsenet.



Faggruppegrænser og kompetencer

Rigide faggruppegrænser: Der er en udbredt oplevelse af rigide faggruppegrænser, der vanskeliggør udvikling af roller og fleksibel opgavevaretagelse. Der peges på historiske og kulturelt betingede forståelser af faggruppegrænser og -identiteter som årsager.



Digitale kompetencer: Der er relativ stor enighed blandt respondenterne om, at en stor del af sundhedspersonalet mangler basale digitale kompetencer samt villighed til at tage digitale og teknologiske løsninger i brug. En konsekvens heraf er, at der er en relativt udstrakt – og ofte irrationel - utryghed ved at stole på ny teknologi og data herfra.



Manglende fleksibilitet: Flere fremhæver, at diverse arbejdstidsaftaler og overenskomster udfordrer en fleksibel arbejdstilrettelæggelse, herunder også vagtplanlægning. Som eksempel nævnes ansættelsesvilkår, der gør det svært at bruge personale på tværs af afdelinger ved akutte mangelsituationer, samt en ledelsespraksis og et samlet sæt af regler og aftaler som mindsker fleksibilitet og indflydelsesmulighed i vagtplanlægningsopgaven. Der er samtidig indikationer på, at kompleksiteten er blevet så stor, at det for (mange af) respondenterne er vanskeligt at gennemskue, hvor de forskellige fleksibilitetsbegrænsende regler og aftaler stammer fra.



Nye krav til uddannelser: Der efterspørges generelt en større fleksibilitet mellem de sundhedsfaglige professionsuddannelser mhp. at kunne reagere mere rettidigt på skiftende behov, skabe relevante karriereveje for alle faggrupper, m.v.



Lovgivning og retningslinjer

Udifferenteret behandlingsgaranti: Den ikke-differenterede udrednings- og behandlingsgaranti udfordrer en mere prioriteret adgang til behandling og anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Der peges på, at garantiene presser sundhedsvæsenet til at tilbyde uhensigtsmæssige behandlinger i situationer, hvor et givent sundhedsproblem kan gå over "af sig selv", eller hvor mere langvarig, konservativ og mindre indgribende behandling vil være det optimale for patienten. Samtidig holder behandlingsgarantien en hånd under efterspørgslen på sundhedsydelse med ventelister mv. som konsekvens.



Bekymringen for klage- og tilsynssystemet: Der er en generelt udtalt bekymring for "at fejle", "overse noget" eller "ikke kunne svare" over for klage- og tilsynssystemet, herunder Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrken af bekymringen italesættes forskelligt, hvor enkelte informanter bruger ordet "frygt" mens andre italesætter mildere grader af bekymring. Temaet er dog italesat af mange, og med bred enighed om, at den har adfærdsmæssige konsekvenser. Det bidrager til unødvendig aktivitet i form af flere prøver, kontroller, scanninger, overdokumentation, m.v.



Retningslinjer der sætter baren for højt: Flere respondenter nævner, at en række nationale og lokale retningslinjer sætter uhensigtsmæssigt høje krav til kompetencer og behandlingsniveau, som i praksis ikke kan udmøntes.



"Delegationsbekendtgørelse"* som hæmsko for innovationslysten: Det udpeges som en udfordring, at delegationsreglerne fastlægger, at enkeltindivider skal påtage sig den fulde risiko, når nye løsninger skal afprøves og/eller ibrugtages. Resultatet er, at der er en tilbageholdenhed for at innovere og optimere.



* Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp

De tilhørende "harvey balls" indikerer Implements skønsmæssige vurdering af barrierens betydning for omstillingen til et mere robust sundhedsvæsen. Vurderingen er baseret på informanternes udsagn. Hvis flere informanter har påpeget samme barriere, og disse samtidig har tilskrevet barrieren stor vigtighed for omstillingen mod et mere robust sundhedsvæsen, er Implements skønsmæssige vurdering af barrierens betydning tilsvarende stor.



Meget stor betydning



Stor betydning



Nogen betydning



Begrænset betydning



Ingen betydning

Barrierer (2/3)



Ledelse og forandring

Forandringsledelse: Der italesættes en betydelig ledelsesopgave forbundet med at sikre, at arbejdsgange og praksisser løbende er afstemt med nyeste viden, nye muligheder, bedste praksis m.v., i et traditionsbåret og hierarkisk system. Samtidigt opleves implementeringsopgaver generelt væsentligt underprioriteret i sundhedsvæsenet, og det er vanskeligt at afsætte tid til den nødvendige, egentlige og vedholdende forandringsledelse.



Ledelse af digital omstilling: Der vurderes at være utilstrækkeligt ledelsesmæssigt fokus på innovation, som implicit omfatter implementering og anvendelse af digitale løsninger. De nye krav til lederne i sundhedsvæsenet vil indebære, at lederen besidder en stærk viden om de digitale løsningers potentiale og anvendelse. Ledelsen skal være i stand til at formidle dette til personalet og motivere dem til at tage imod de nye løsninger og involvere dem i udformningen af de tilhørende ny arbejdsgange.



Forventningsmæssige pres

Højt serviceniveau og tilgængelighed: Der italesættes på tværs af informanterne en oplevelse af en generel forventning i befolkningen om høj tilgængelig og service fra hele sundhedsvæsenet - også ved ikke-akutte og ikke- alvorlige tilstande. Vagtlægeordningerne, akutklinikker og akutmodtagelser fremhæves ofte med eksempler på, at patienter kontakter de dele af sundhedsvæsenet for at blive tilset for noget, som burde og kunne håndteres i regi af egen læge, men hvor tilgængeligheden ikke svarer til forventninger og behov.



Medarbejdernes forventninger og krav: Medarbejderne i sundhedsvæsenet – og samfundet i det hele taget - forventer i stigende grad fleksibilitet og medindflydelse, som er svære at imødekomme i rigide vagtstrukturer og –planer. Medarbejdere forventer i stigende grad, at arbejdspladsen kan levere individuelle muligheder, fleksibilitet og indflydelse i et meningsskabende job.



”Lægen som ansigt på sundhedsvæsenet”: Enkelte italesætter en forståelse i befolkningen af ”lægen som ansigtet på sundhedsvæsenet” og deraf følgende forventninger til at blive tilset af en læge – uagtet at andre og mindre specialiserede faggrupper kunne løfte opgaven. I forlængelse heraf opleves det, at der i befolkningen er en opfattelse af, at den bedste behandling er sygehusbehandling. Der er hermed en generel undervurdering af de risici, der er forbundet med indlæggelse og i forlængelse heraf værdien af og fordele ved indsatser uden for sygehusregi.



Ressourcestærke borgere: Der opleves et betydeligt pres fra ressourcestærke patienter og pårørende, der selv undersøger behandlingsmuligheder og rettigheder på et andet niveau end tidligere. ”Demokratiseringen” af sundhedsfaglig viden – som sandsynligvis vil forstærkes markant med nye udviklinger inden for kunstig intelligens, hvor patienter får langt bedre muligheder for at opnå indsigt i egen sygdom (f.eks. gennem brug af chatbots, som ”taler sammen” med hjemmemonitoreringsdevices) – stiller krav til styrkede kompetencer blandt de sundhedsprofessionelle til at facilitere et ligeværdigt møde med patienter med stor indsigt i egen sygdom.



De tilhørende ”harvey balls” indikerer Implements skønsmæssige vurdering af barrierens betydning for omstillingen til et mere robust sundhedsvæsen. Vurderingen er baseret på informanternes udsagn. Hvis flere informanter har påpeget samme barriere, og disse samtidig har tilskrevet barrieren stor vigtighed for omstillingen mod et mere robust sundhedsvæsen, er Implements skønsmæssige vurdering af barrierens betydning tilsvarende stor.



Meget stor betydning



Stor betydning



Nogen betydning



Begrænset betydning



Ingen betydning

Barrierer (3/3)



Organisering og ressourcer

Almen praksis' indretning og rammevilkår samt samarbejde med kommuner: Flere informanter efterspørger en udvikling af almen praksissektoren, der modsvarer den omfattende omlægning og udvikling, der er sket i den øvrige del af sundhedsvæsenet gennem de seneste 25 til 30 år. Det betyder, at det i dag er udfordrende for almen praksis at imødekomme borgernes forventninger, patienternes behov og den påkrævede sammenhæng i patientforløb. Konkret er det en udfordring, at det lægelige behandlingsansvar er operationelt svagt, når det gælder patienter/borgere uden for sygehusene. Af samme grund ses fastholdelsen af sygehusenes behandlingsansvar i 72 timer efter sygehusindlæggelse som en relevant bevægelse. Det er dog også et symptom på en stigende afstand mellem almen praksis rolle og rammer og de stigende patientbehov. Hertil er effektiviteten af kommunernes sundhedsindsats i relation til f.eks. at forebygge unødige sygehuskontakter ikke nødvendigvis løst af et 72 timers udvidet behandlingsansvar fra sygehusenes side. Der efterspørges derfor nye løsninger og svar på, hvordan det lægelige behandlingsansvar kan styrkes operationelt, så den kommunale sundhedsindsats kan aktiveres optimalt, når behovene opstår.



Geografisk ulighed: Den nuværende fordeling af både basale og specialiserede kompetencer er geografisk skævt fordelt på tværs af landet. Kombineret med den skæve sygdomsfordeling i befolkningen betyder det, at man visse steder i landet ikke er i stand til at varetage sundhedsopgaven på et tilstrækkeligt højt kompetenceniveau. Den ulige adgang til sundhedsfaglig kompetencer betragtes af flere informanter som den primære årsag til, at sundhedsvæsenets ressourcer ikke nødvendigvis prioriteres der, hvor de kan skabe mest sundhed. Det skyldes ikke mindst, at det i dele af landet er lettere at få adgang til behandling for relativt ukomplicerede problemer, mens man i andre dele af landet har sværere ved at få adgang til behandling for mere alvorlige problemer.



Tværsektorielle ressourcespørgsmål: Der er en generel oplevelse af, at strukturen for afstemning af ressourcebehov og beslutning om udmøntning af opgaveflyt på tværs af sektorer er dysfunktionel og derfor udgør en væsentlig barriere for omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen. Flere informanter nævner, at udviklingsprojekter, som har haft til formål at flytte opgaver fra sekundær- til primærsektor, sjældent går i drift, fordi de strandede i uenigheder mellem sektorerne om de ressourcemæssige rammer.



En uensartet kompetencesammensætning i opgaveløsningen i de kommunale sundheds- og ældreindsatser: Kommunerne har vidt forskellige rammer og vilkår for at løse den kommunale sundhedsopgave, og flere steder opleves vilkår og forudsætninger som utilstrækkelige. De utilstrækkelige vilkår og forudsætninger dækker f.eks. over (manglende) mulighed for at ansætte eller tilknytte relevante speciallæger, (vanskelig) adgang til prøvetagning samt uklarhed om eller manglende kvalitetskrav til kompetencesammensætningen i opgavevaretagelsen, f.eks. på specifikke typer af midlertidige pladser, i hjemmesygeplejen mv.



(Rammerne for) de private sundhedsaktører: Flere italesætter udfordringer med, at de private sundhedsaktører kun behandler "lette" patienter og kun i almindelig dagstid, hvorfor de er i stand til at tilbyde langt mere favorable arbejdsvilkår, der bidrager til en i forvejen presset fastholdelses- og rekrutteringssituation på sygehusene.



De tilhørende "harvey balls" indikerer Implements skønsmæssige vurdering af barrierens betydning for omstillingen til et mere robust sundhedsvæsen. Vurderingen er baseret på informanternes udsagn. Hvis flere informanter har påpeget samme barriere, og disse samtidig har tilskrevet barrieren stor vigtighed for omstillingen mod et mere robust sundhedsvæsen, er Implements skønsmæssige vurdering af barrierens betydning tilsvarende stor.



Meget stor betydning



Stor betydning



Nogen betydning

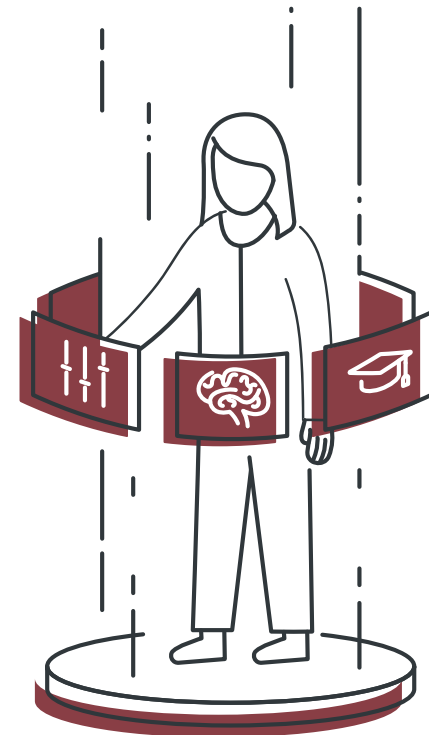


Begrænset betydning



Ingen betydning

2.3 FREMTIDS- TENDENSER



Fremtidstendenser (1/2)

Hvor peger fremtiden hen..?

Ovenstående kortlægning af kompetencemanglen i sundhedsvæsenet har taget udgangspunkt i historiske data og oplevelsen af den nuværende situation med overvejelser om udviklingen på kort og mellemlang sigt. Hvordan kompetencemanglen vil tage sig ud på længere sigt (+10-15 år) kræver en forståelse af de tendenser, der kan forventes at påvirke samfundet som helhed og sundhedsvæsenet i særdeleshed.

Der er naturligt stor usikkerhed knyttet til "spådomme om", hvilke udviklingstendenser der vil have størst indflydelse på samfundet og sundhedsvæsenet på lang sigt. Med det forbehold er der med afsæt i en litteraturgennemgang (se bilag 2) særligt fire "mega-" eller "fremtidstendenser", som vurderes væsentlige:



Accelereret omstilling

På tværs af områder ses en acceleration i forandringer. Viden produceres hurtigere, og der bliver langt flere relationer, informationer, variable og data at forholde sig til. Den accelererende udvikling stiller store krav til individer og organisationer om at kunne omstille sig hurtigere og mere effektivt. Samtidig er der en stigende forventning om nytænkning og stigende utålmodighed, når noget ikke går hurtigt nok. Accelereret omstilling er altså også et udtryk for større omskiftelighed, usikkerhed og uklarhed.



Hyperforbundethed og blandede virkeligheder

I en hyperforbundet verden er mennesker forbundet i ét stort netværk, hvor information kan overføres nemt og hurtigt, og hvor maskiner kan kommunikere internt og med mennesker. Interaktionerne mellem personer og maskiner kan være 1:1, en til mange og mange til mange. Disse netværk vil i højere grad eksistere i en blanded virkelighed, hvor den virtuelle og fysiske verden mødes og overlapper. Her opstår nye muligheder at integrere fysiske enheders data i nye digitale services og produkter.



Skræddersyet samfund

Mulighederne for at tilpasse samfundsløsninger er enorme, og derfor bliver evnen til at tænke og arbejde systematisk med enkeltindviders og grupperes behov i stigende grad et krav. Hertil giver en styrket evne og kapacitet til at opfange og analysere datapunkter dyb indsigt i personers præferencer og forventede adfærdsmønstre. Som borgere er forventningen derfor, at der i stigende grad bliver taget højde for den enkeltes behov med en forventning om medindflydelse og -bestemmelse.



Forstærket menneskehed

Nye teknologier modificerer og/eller udvider de karakteristika eller egenskaber, som mennesket er født med. Dette inkluderer teknologier, der kan løse problemer, som er større og mere komplekse, end hvad den menneskelige hjerne er i stand til. Teknologierne kan give en række fordele og muliggøre, at mennesker kan leve længere og samtidig forvente et højt niveau af føbarhed og kognitiv kapacitet og bevidsthed helt frem til døden indtræffer.

Betydning for medarbejdere og ledelse

Af de fire generelle tendenser udspringer en række strømninger, der kan forventes at have konkret betydning for udformningen af fremtidens arbejde i sundhedsvæsenet og hermed også for medarbejdere og ledelse:



Patientdesign

Der er stærke tendenser til anerkendelse af patienten som en vigtig ressource og ligeværdig part i udvikling, uddannelse, ledelse og prioritering i sundhedsvæsenet. Der er således en forventning om, at alle dele af sundhedsvæsenet vil (og bør) være organiseret og designet af patienterne i samarbejde med de sundhedsprofessionelle. Hermed sættes der også krav til, at medarbejdere skal være specialister i patientsamarbejde, hvor patientens perspektiv anses som værende mindst lige så relevant som den traditionelle faglighed.



Individualiseret patienttilgang

I takt med at indsatser bliver mere skræddersyede, skal de sundhedsprofessionelle have særlig opmærksomhed på og kompetence til at tage afsæt i den enkelte borger og dennes forudsætninger, behov og ønsker, samt en tiltagende ansvarlighed og initiativret – og pligt hos patienterne (og deres pårørende). For medarbejderne bliver det vigtigt at besidde kompetencen til at differentiere samarbejdet med patienterne og kunne samarbejde med helt nye faggrupper i understøttende indsatser – uanset, om dette er på sygehuset, i eget hjem eller et tredje sted. Hertil bliver det vigtigt for ledelse at kunne differentiere ydelser og patientforløbene på baggrund af forskelligartede behov.



Skræddersyet arbejde

Medarbejdere forventer i stigende grad fleksibilitet og medindflydelse, og at ledere anerkender deres individuelle talenter og deres udviklingsbehov. De nye generationer er digitale indfødte, hvilket giver dem en unik forståelse for digitale værktøjer samt en evne til hurtigt at omstille sig. Dette kan være særdeles brugbart i fremtidens organisationer, men kun såfremt de formår at integrere dem og give dem et tydeligt formål med deres arbejde. Der er nemlig en tendens til, at medarbejdere i stigende grad forventer arbejdspladser, der kan levere individuelle muligheder, fleksibilitet og indflydelse i meningsgskabende job.



Fornemmelse for fremtiden

Direkte afledt af omstillingshastighed, introduktion af nye teknologier, et behov for at reducere arbejdskraftintensiteten i opgaveløsningen, ændres forventningerne til og behovet for ledelsens (og medarbejdernes) fokus på fremtidens tendenser og muligheder. Således vil en kritisk ledelsesevne i tiltagende grad blive at kunne forstå og være nysgerrig på, hvordan nye teknologier virker og påvirker de mennesker, der skal anvende dem. For fremtidens medarbejderne er der på samme vis behov for at blive klædt på til og forberedt på, at de skal kunne navigere i det digitale landskab og understøtte patientens forløb med teknologi.



Datadrevet kompetenceudvikling og læring

I fremtiden vil der være om end endnu flere muligheder for at indsamle og udnytte data om den enkelte sundhedspersons arbejde med borgeren/patienten. Tilgængeligheden af dette data vil forventeligt i højere grad blive anvendt som grundlag for en mere målrettet kompetenceudvikling og identificering af opdaterings- og uddannelsesbehov blandt sundhedspersonalet.

Fremtidstendenser (2/2)

Betydning for patienten

Af de fire generelle tendenser udspringer desuden en række nye behandlingsmuligheder, der vil have stor betydning for opgaver og arbejdet i det hele taget i sundhedsvæsenet:

○ Patientbehov og –forudsætninger

Som omtalt på foregående side om patientdesign, tyder meget på, at patienternes individuelle omstændigheder i fremtiden vil være grundlaget for tilrettelæggelse af behandlingsforløb og -valg. En årsag til dette er, at effekt og værdi af behandling er afhængig af patientens medejerskab og muligheder for at indgå aktivt. En anden årsag er, at patienter og pårørende i stigende grad har adgang til og evner at tilegne sig sundhedsfaglig viden og viden om behandlingsmuligheder. Sundhedsprofessionelles rolle vil da i højere grad være at facilitere design af behandlingsforløbene i tæt samarbejde med patienterne.

○ Personlig medicin

Effektivitet, virkning og bivirkninger ved et givent lægemiddel vil fremover blive afklaret på individuelt niveau med afsæt i dennes genetik. Patienterne og borgerne vil i fremtiden ikke vil nøjes med behandling baseret på gennemsnitsbetragtninger og generel evidens. I stedet kræves viden om, hvordan lægemidler og anden behandling specifikt vil virke for den enkelte.

○ Patienten er 'point of care'

Med fuldt udbygget og udnyttelse af mulighederne for "hospital at home" og "patient at home" vil de fleste behandlinger foregå der, hvor patienterne er – typisk i eget hjem. Det vil betyde en væsentlig nedgang i indlæggelsesdage på sygehusene, at patienter kan blive i eget hjem, imens de modtager behandling, der ellers tidligere har foregået på sygehuset.

○ Sundheds- og symptomovervågning i realtid

Flere teknologiske enheder bæres allerede i dag på eller i kroppen og indsamler realtidsdata om f.eks. puls og temperatur samt en lang række informationer om søvn, bevægelse mm. Denne data anvendes til at identificere behov for interventioner, og den enkelte borger kan derefter selv – eller på opfordring fra og i samarbejde med sundhedsprofessionelle - initiere en tidligere, forebyggende indsats. Samtidig vil data kunne anvendes aktivt i et kendt patient- og behandlingsforløb til automatiseret monitorering og justerende interventioner.

○ 'Prædiktiv sundhed'

Den prædiktive sundhed er en kombination af personlig medicin, realtidsdata på individniveau samt øget viden om genetik, der til sammen danner et omfangsrigt datagrundlag for, at det med stadigt større præcision er muligt at forudsige forekomsten af sygdomme langt tid før, de rammer, og symptomer indtræffer.

○ Uddannelse af borgerne til aktive patienter

Flere af de ovenstående tendens betyder, at der fremtiden forventes at være behov for og stor mening i at uddanne borgerne til at være aktive patienter. Hermed menes ikke patientuddannelse i sygdomsforståelse men i rollen som patient for at få den maksimale værdi og effekt ud af mødet med et sundhedsvæsenet, hvor adgangen til data og viden betyder, at interaktionen er langt mere ligeværdig end tidligere.

Sundhedssektorens fremtidige kompetencebehov og -mangel

Pleje- og omsorgsopgaven vil i fremtiden fortsat være helt central men formentlig ændre karakter som konsekvens af, at teknologi vil løse de repetitive standardopgaver og skabe mere rum for netop omsorgen. Samtidig vil plejeopgaven i vid udstrækning flytte hjem til borgerne og vil overvejende – men ikke fuldstændigt – være teknologisk og digitalt understøttet. Begreber som "patienten er point-of-care", "patient@home" og "hospital at home" illustrerer tendensen.

Kompetencebehovene udvikler sig i takt med de nævnte tendenser, hvor ny kompetencer vil blive mere centrale og grundlæggende i fremtiden. Sundhedspersonalet må forventes at være sammensat anderledes end i dag for til sammen kunne håndtere og sikre:

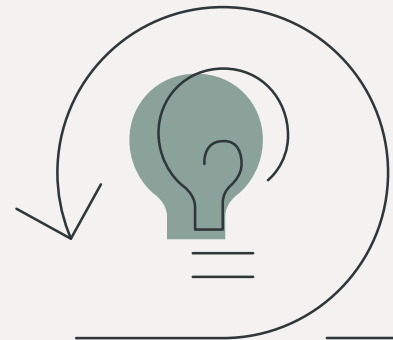
- **Design og facilitering af det enkelte patientforløb** i tæt samarbejde med patient og pårørende
- **Digitale kompetencer og teknologiforståelse**, herunder trykthed i 'augmented reality' (AR) – altså projekteringen af digital information på verden - og 'virtual reality' (VR) samt digitalt understøttet patientkontakt, både asynkront og synkront
- **Dataanalyse og -forståelse**, herunder modtagerfokuseret formidling
- **Sundhedspædagogisk motivation og engagering af borger** som trykthedskabende for patient og pårørende mhp. maksimal egenomsorg, herunder selvmonitorering, selvdagnostik, eget bidrag til pleje og behandling
- **Fremtidsfokus og "test" mindset** så der altid er nysgerrighed på nye teknologiske muligheder, som dermed lettere kan tages i brug og implementeres bredt

Der er samtidig stærke tendenser, der tyder på, at også den lægelige rolle og funktion vil se betydeligt anderledes ud i fremtiden, hvor de "håndværkslignende opgaver" i vid udstrækning forventes løst bedre og mere sikkert af robotter og teknologi, mens udredning og diagnostik i vid udstrækning forventes løst bedre af AI og kvanteteknologi m.m. Det synes oplagt, at udvikling og ændring i lægernes rolle vil have afsmittende effekt på de øvrige gruppers opgaver.

Tendenserne peger samlet set også på strukturelle udviklingsbehov. Det indebærer en styret og bevidst "ned- eller afspecialisering" af tidligere tiders højt specialiserede funktioner til hovedfunktionsniveau (jf. specialeplanen). Hvis denne bevægelse, hvor opgaver på højere specialiseringsniveau løbende flyttes til lavere specialiseringsniveau, skal lykkes, kræver det en "aftager" af de tidligere højt specialiserede funktioner. På denne måde kan "de næste sundhedsindsatser" blive en forudsætning for, at der fortsat kan skabes rum for udvikling af "de næste højt specialiserede funktioner". Den teknologiske udvikling ses som en reel mulighed for at kunne understøtte denne udvikling hvor f.eks. AI kan bidrage til at "afspecialisere" kompetencebehovet ved udvalgte opgaver.

Forudsætningen for en fortsat bevægelse fra højt specialiserede funktioner til hovedfunktionsniveau er sandsynligvis, at der fra myndighedsniveau sættes lige så stort fokus på "af- og nedspecialisering", som der de seneste 30 år har været på specialisering, f.eks. gennem arbejdet med specialplanlægning - en specialeplanlægning, som formentlig fremadrettet nødvendigvis må omfatte hele sundhedsvæsenet.

3. UDVIKLINGS- PERSPEKTIVER



Fire udviklingsperspektiver og grundlæggende omstillingsforudsætninger

Udviklingsperspektiver samt de grundlæggende forudsætninger

Der er med afsæt i kortlægningen og interviewprogrammet identificeret en række udviklingsperspektiver, som på både kort og længere sigt kan – og nok i en eller anden form og grad nødvendigvis må - bringes i spil for at sikre et mere robust sundhedsvæsen.

Udviklingsperspektiverne er udsprunget af en række gennemgående temaer, som gentagne gange er blevet nævnt i forbindelse med interviewprogrammet. Disse temaer er blevet yderligere undersøgt i opfølgende interviews, hvor udvalgte videnspersoner har bidraget til at formulere og udfolde det pågældende tema som et udviklingsperspektiv.

Temaerne er grupperet i fire hovedtemaer, der er beskrevet individuelt i rapporten, men som naturligt har flere overlap og gensidige afhængigheder. Herudover er der et femte tværgående hovedtema om lokal organisering og incitament, som skal være til stede og/eller kan understøtte en større transformation af sundhedsvæsenet i den retning, de øvrige fire hovedtemaer skitserer.

På tværs af udviklingsperspektiverne beskrives både omstillingsmuligheder, som allerede i dag og i den nære fremtid kan hjælpe med at afvikle den nuværende kompetencemangel samt mere langsigtede og radikale omstillinger, der kræver en omfattende gentænkning af hele sundhedssektoren og de enkelte aktørers roller og ansvar.

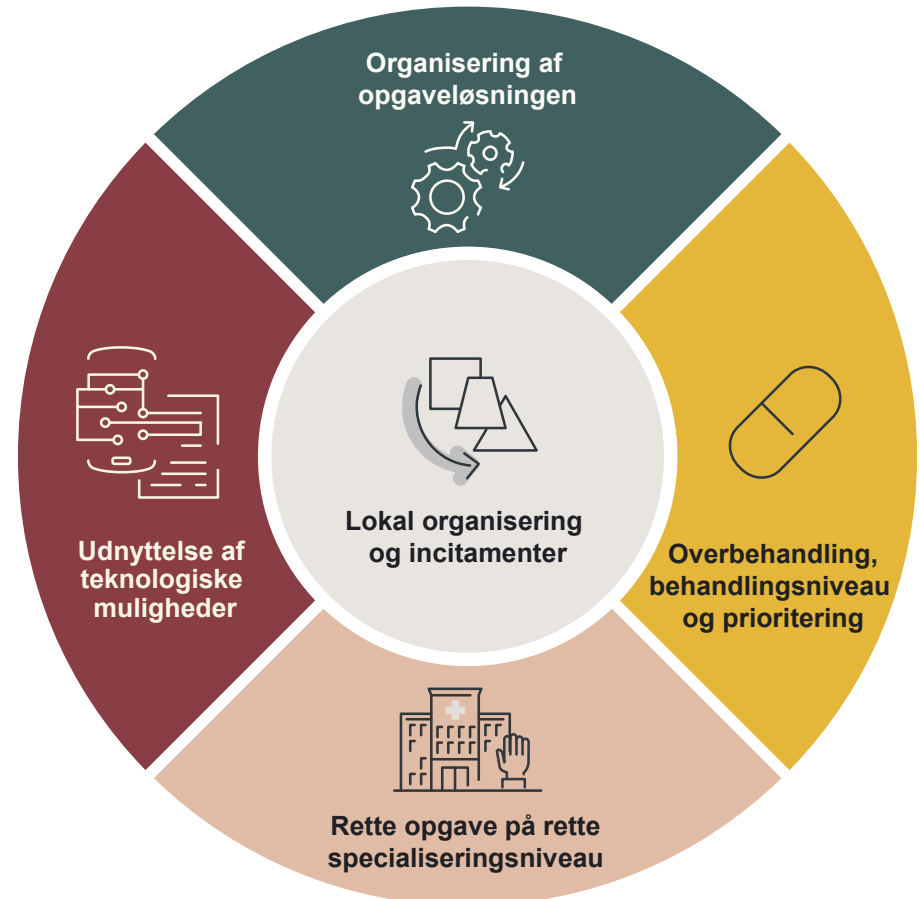
Læsevejledning

På de følgende sider uddybes hvert udviklingsperspektiv ud fra følgende struktur:

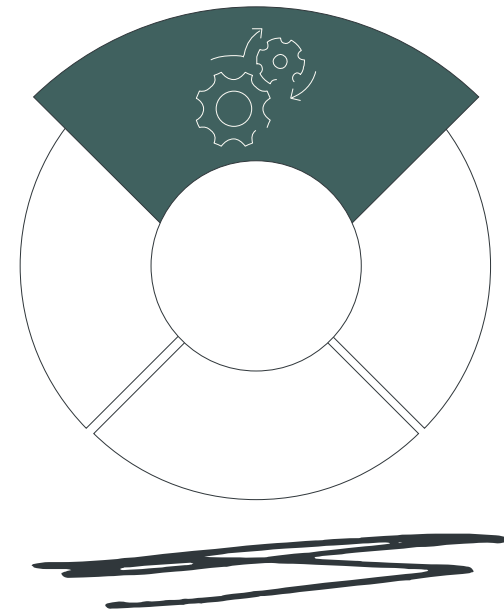
- Problem og omstillingsperspektiver
- Rationaler for omstilling
- Vurdering af (type af) potentiale og sandsynlig tidshorisont for indfrielse heraf
- Gennemgang af de væsentlige implementeringsforudsætninger og –barrierer

Beskrivelsen af hver af de ovenstående punkter er overvejende baseret på en input fra informanter i interviewprogrammet samt – hvor nødvendigt - suppleret med Implementens viden fra tidligere analyser, projekter og erfaring inden for området.

For hvert udviklingsperspektiv præsenteres herudover en eller flere cases, som illustrerer igangværende arbejde i både kommuner og på sygehuse. Casenes formål er at tilvejebringe et mere praksisnært billede af indholdet.



3.1 ORGANISERING AF OPGAVELØSNINGEN



Organisering af opgaveløsningen

Problem og omstillingsperspektiver

Der har over de senere år været en tendens til, at plejepersonalet på sygehusene har varetaget en stor del af både de kliniske plejearbejder samt administrativt og forefaldende arbejde. Dette inkluderer opgaver, som isoleret set ikke kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer. En del af forklaringen tilskrives af informanterne, at sparekrav over en længere årrække har udmøntet sig i en reduktion af supportfunktionerne med det resultat, at opgaverne er gledet over på plejepersonalet.

Der er derfor påbegyndt et arbejde med at bringe flere fagligheder ind i opgaveløsningen for at kunne frigive de eksisterende plejekompetencer til at løse opgaver på rette kompetenceniveau. Det er ikke en ny tanke, men både behov og indsats er intensiveret væsentligt i lyset af den aktuelle kompetencemangel. Bevægelsen mod en fler- og tværfaglig organisering af den samlede opgaveløsning er i dag tydeligst på (nogle af) sygehusene. Det skyldes sandsynligvis, at udgangspunktet på sygehusene er væsentligt anderledes end i kommunerne, hvor der i længere tid har været fokus på opgaveoverdragelse på tværs af mange faggrupper og endda ufaglærte.

Omstillingen er fokuseret på tre områder, der til sammen adresserer den samlede kompetencemangel relateret til plejearbejdet, som er beskrevet i afsnit 2.2.

- **Mere aktiv brug af ufaglært og administrativ arbejdskraft** til administrativt, praktisk og forefaldende arbejde så det i mindst muligt omfang lægger beslag på plejepersonalets tid. Det kan f.eks. være, at udvalgte dele af koordineringsarbejdet varetages af en sekretær, eller praktiske opgaver som opfyldning, oprydning, opvask, servere mad og drikke varetages af ufaglært arbejdskraft. Flere afdelinger har nylige og overvejende positive erfaringer med ansættelse af ufaglært arbejdskraft i form af "husassistenter" og "runnere".
- **Bring andre faggrupper end plejepersonale i spil til relevante kliniske plejearbejder** som typisk har været varetaget af sygeplejerskerne. Det kan f.eks. være farmakonomer, som bringes i spil til medicinhåndtering, fysio- og ergoterapeuter ifm. rehabilitering, mobiliserende pleje, lægge gips, m.v. Flere informanter nævner også behovet for, i lyset af manglen på plejepersonale, at begynde at tænke i og turde tale om, at opgaver skal "glide tilbage" til lægerne.
- **Tilvejebringe et samlet tværfagligt blik på patienten** med behov for kompetencer til at bære kontinuiteten og en koordinerende rolle for den samlede indsats for en større og mere differentieret gruppe patienter.

På sigt vil der sandsynligvis samtidig ske en bevægelse i retning af stigende krav til et langt tættere samarbejde om multisyge patienter på tværs af specialer.

Rationale for omstilling

Omstillingen mod en fler- og tværfaglig opgaveløsning er båret af to rationaler:

- **Et fagligt rationale** som knytter sig til at inddrage andre fagligheder med mindst lige så gode eller bedre faglige forudsætninger for udvalgte dele af plejearbejdet (ofte nævnes f.eks. fysio- og ergoterapeuter til mobiliseringsopgaver, farmakonomer til medicin, m.v.). Den fagligt optimale opgavedeling indeholder en passende balancering af, hvordan forskellige faggrupper kan bringes i spil til de forskellige patientrelaterede opgaver uden at kompromittere den primære plejemedarbejders forudsætninger for at bære kontinuiteten i og koordineringen af patientforløbet. Flere nævner herudover et mål om at opnå en større integration af funktioner i den grundlæggende plejearbejde, så der skabes mindre tilknytning af øvrige funktioner (terapeuter, diætister, m.v.) på "konsulentbasis", hvor de blot besøger patienten på bestilling for at løse afgrænsede opgaver. Integrationen af funktioner i et tættere team-samarbejde vurderes at skabe bedre forudsætninger for reelt og effektivt tværfagligt samarbejde.
- **Et substitutionsrationale** som knytter sig muligheden for i højre grad at bringe faggrupper (og ufaglært arbejdskraft) i spil, som har kompetencerne til at varetage forefaldende arbejde og kliniske opgaver. Formålet er at reducere afhængigheden af de faggrupper, der er sværest at rekruttere, hvis særlige kompetencer dermed også frigives. Der vil ofte være tale om substitution med kompromisser, hvor det er vigtigt at have for øje, at andre opgaveområder kan lide grundet en øget rekruttering af de substituerende faggrupper, f.eks. Ved at øget brug af en specifik faggruppe på sygehuse kan resultere i mangel i kommunerne. Uagtet dette vurderes det i lyset af den aktuelle, længerevarende og kritiske mangel på plejepersonale at være et nødvendigt og relevant tiltag.



"Det her er for os motiveret af at være mindre afhængig af sygeplejersker, som ikke findes. Men der er i dele af omstillingen også gode faglige grunde til at arbejde mere tværfagligt"

– Leder, medicinsk afdeling



Organisering af opgaveløsningen

Potentiale og tidshorisont

Omstillingen rummer et betydeligt potentiale for at substituere kompetencebehovet, der på nuværende tidspunkt på sygehusene er associeret med sygeplejersker, med andre personalegrupper med mindre mangel. Der er som udgangspunkt begrænset potentiale for en reduktion i den samlede arbejdskraftintensitet, da omstillingen knytter sig til en ny måde at fordele opgaverne på snarere end en egentlig effektivisering af opgaveløsningen, dog med mulighed for eventuelle effekter afledt af f.eks. bedre mobilisering (fysio- og ergoterapeuter) eller ernæringsindsats (diætister) mv. Udviklingsperspektivet er relevant på kort og mellemlangt sigt inden for den nuværende struktur af sundhedsvæsenet og sygehusene.

Det skønnes af flere informanter med ledelsesansvar på sygehusafdelinger, som allerede er gået i gang med dette omstillingsarbejde, at muligheden for at aflaste plejepersonalet ved at få ufaglært arbejdskraft til at varetage de administrative og forefaldende opgaver kan reducere trækket på plejepersonalet med 10 pct., mens yderligere 10 pct. kan frigives ved at inddrage andre faggrupper til håndtering af udvalgte kliniske plejeopgaver. Der er her ikke tale om egentlig at reducere behovet for de eksisterende plejepersonale, da disse blot vil blive frigivet til mere kompetencesvarende opgaver. Potentialet skal i stedet ses som en reduktion i brugen af vikarer, merarbejde, kapacitetsreduktioner mv., der aktuelt er resultatet af kompetencemanglen og rekrutteringsudfordringerne.

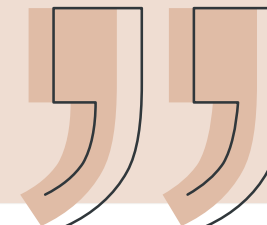
På trods af at der har været relativt stor enighed blandt informanterne om potentialets omfang, er sådan et skøn er naturligvis behæftet med stor usikkerhed. Der er med afsæt i interviewene følgende væsentlige opmærksomhedspunkter relateret til potentialet:

- Potentialet er mest oplagt på sengeafsnittene på sygehusene, hvor kortlægning også identificerer den største aktivitet, om end der også vurderes at være et væsentligt potentiale på det ambulante område.
- Potentialet vurderes af informanterne til at være mindre på akutområdet, hvor det pga. usikkerheden om patientens tilstand vurderes at være vanskeligere at fordele opgaverne til øvrige faggrupper og et større behov for de mere specialiserede sygeplejekompetencer.
- Potentialet vurderes umiddelbart at være større i psykiatrien.
- Potentialet vurderes af flere grunde at være væsentligt mindre på det kommunale område end på sygehusområdet. Det skyldes for det første, at udgangspunktet for arbejdsdelingen er væsentligt anderledes, idet kommunerne som nævnt over en længere årrække i større grad har gjort brug af social- og sundhedsassistenter til sygepleje samt social- og sundhedshjælpere og ufaglært personale til de mere basale plejeopgaver og praktiske opgaver. For det andet er præmisserne i stationære og udkørende indsatser forskellige. I en udkørende sygepleje vil f.eks. transporttid og det samlede antal medarbejdere i borgernes hjem være væsentlige faktorer for, hvilke opgaver der meningsfuldt bør løses af den medarbejder, som "alligevel er hos borgeren".

Fleere af informanterne nævner herudover, at ansættelse af oftest unge "runnere" har den afledte positive konsekvens, at sundhedsvæsenet "åbnes mere op", hvilket kan betyde, at flere unge får lyst til at søge mod de sundhedsfaglige uddannelser.

DET HER ER IKKE EN SPAREØVELSE. MEN VI HAR REDUCERET VORES BEHOV FOR SYGEPLEJERSKER MED 20 PCT., OG ERSTATTET DEM MED NOGLE ANDRE

Leder, sygehus





Organisering af opgaveløsningen

Implementeringsforudsætninger og -barrierer



Faggruppegrænser og kompetencer

Rigide faggruppegrænser: Den entydigt mest italesatte barriere knytter sig til oplevelsen af, at rigide faggruppegrænser vanskeliggør etableringen af nye indbyrdes roller for og mellem både pleje- og øvrigt personale. Det har samtidig sandsynligvis været den barriere, der har været udtrykt størst ønske om, at kommissionen adresserer.

Nye kompetencebehov: Fordi omstillingen indebærer nye roller for det eksisterende personale, kræver den også nye eller styrkede kompetencer blandt disse, herunder særligt evnen til at påtage sig rollen som ansvarlig for koordineringen af en tværfaglig indsats og evnen til at indgå i et tværfagligt team. Flere nævner, at der på sigt kan være behov for at løfte disse kompetencer mere direkte ind i grunduddannelsen på flere af de sundhedsfaglige uddannelser.

Nyuddannet personale: Flere informanter har givet udtryk for en oplevelsen af, at arbejdspresset i dagligdagen er så stort, at det er udfordrende at skabe rum til en hensigtsmæssig lokal oplæring og indkøringsperiode. Resultatet er, at flere af de nyuddannede ikke oplever at være i stand til at løse opgaverne.



Lovgivning og retningslinjer

Nationale og lokale retningslinjer samt indsatskataloger: Flere fremhæver, at retningslinjer er uhensigtsmæssigt retningsgivende for, hvilke kompetencer der kan bringes i spil til hvilke opgaver, og at disse ikke nødvendigvis er drevet af reelle faglige forudsætninger. Generelt nævnes retningslinjer, der ikke løbende opdateres, som en barriere for implementering af ny viden og mere effektiv opgavevaretagelse samt teknologiunderstøttelse, der ellers kan være med til at sænke eller ændre kompetencekravene til opgaveløsningen.

Ansættelsesret og arbejdstidsregler: Enheder med erfaringer fra ansættelse af ufaglært arbejdskraft nævner som en udfordring, at regler på området dikterer, at "runnere" eller lignende skal fastansættes, hvis de arbejder mere end et vist antal timer. Det er med til væsentligt at begrænse den fleksibilitet, som gør medarbejdergruppen særlig anvendelig.

Autorisationslov: Autorisationsloven er nævnt som en udfordring særligt i relation til jordemødre. Autorisationen indebærer, at alene jordemødre og læger kan tage ansvaret for fødselsforløb. Det begrænser mulighederne for at tænke i oplæring af andre faggrupper (særligt sygeplejersker) til at varetage opgaven.



Ledelse og forandring

Mere kompleks planlægningsopgave:

Sygehusafdelinger oplever, at vagtplanlægningsopgaven er væsentlig mere kompleks, når den omfatter flere faggrupper og ikke alene en enkelt faggruppe. En investering forbundet med omstillingen er da, at der skal lægges et større (fagligt) arbejde i planlægningsopgaven. Idet kommunerne er betydelig længere i omstillingen, er der allerede her en forståelse af dette.

Større ledelsesmæssig opgave: At lede et tværfagligt team frem for en monofaglig gruppe stiller anderledes – og større – krav til ledelsen. Flere informanter har samtidig påpeget, at meget af den ledelsesmæssige opgave af ufaglært arbejdskraft – herunder f.eks. ansættelser, løn, vagtplan, m.v. – falder tilbage på ledelsen. En indsats, der reelt skulle aflaste, risikerer dermed at belaste netop den del af ledelsen, der er behov for driver mere udviklingsorienteret ledelse.

"Der er bare en stor opgave forbundet med ledelsen af mange medarbejdere – også timelønnede. I den her verden falder den opgave tilbage på den lokale leder"



- Leder, akutmodtagelse



Case: Tværfaglighed på hjertemedicinsk afdeling i Horsens

Hjertemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Horsens oplevede – som mange andre – problemer med at rekruttere sygeplejersker. I erkendelse af, at problemet sandsynligvis ville være vedvarende, var der derfor behov for at finde løsninger, som reducerede behovet for sygeplejersker.

Hvad har de gjort?

Indsatsen for at afhjælpe manglen på sygeplejersker på hjertemedicinsk afdeling på Horsens Regionshospital har omfattet to delindsatser:

For det første er vagtbyrden reduceret for den enkelte medarbejder ved at skabe større integration af ambulatorie- og sengeafsnitsfunktionerne, så alt personale har funktion på sengeafsnittet. Det gør, at vagtbyrden fordeles på flere medarbejdere.

For det andet er flere faggrupper og ufaglærte blevet involveret i opgaveløsningen. Konkret er der ansat en ufaglært "husassistent" med daglig tilstedeværelse på afdelingen, som står for praktisk og forefaldende arbejde, som tidligere blev løftet af sygeplejerskerne. Opgaveporteføljen for husassistenten er bred og omfatter f.eks. at tage ukomplicerede kald, hente mad, veje ukomplicerede patienter, m.v.

Udover husassistenten har man også fordelt kliniske opgaver, som tidligere blev løftet af sygeplejerskerne, til andre faggrupper. Der er således nu både ergoterapeuter i plejen, farmakonomer i medicinrummet og social- og sundhedsassistenter oplært til at gå stuegang og være tættere på de akutte opgaver – alle medarbejdere som nu indgår i vagterne på lige fod med alle andre, herunder også i weekendarbejdet.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Ledelsen vurderer selv, at de væsentligste forudsætninger i omstillingen knytter sig til implementeringsprocessen. Det vurderes her væsentligt at behov, rationale og muligheder italesættes tydeligt, så alle medarbejderne er indforstået med præmisserne for arbejdet. Samtidig er det vigtigt, at ledelsen har evne og villighed til at involvere personalegrupperne i alle faser af arbejdet. Dette er særligt vigtigt i processen med at identificere de opgaver, som meningsfuldt og trygt kan løftes af andre personalegrupper end sygeplejerskerne. Det er således medarbejdernes egne idéer til, hvilke opgaver der kan "flyttes", der definerer implementeringskadencen. Procesmæssigt er de derfor startet "i det små" og har siden identificeret stadigt flere opgaver, som trygt kan løftes af andet både faglært og ufaglært personale end sygeplejersker.

Ledelsen vurderer selv, at den gode, involverende proces med medarbejderne har bidraget til at reducere "fagkampene" markant.

Den største vedvarende udfordring knytter sig til den stigende kompleksitet i vagtplanlægningsopgaven. Det er en sværere og fagligt mere krævende opgave at sikre, at de rette kompetencer er til stede, når de fordeles sig på flere faggrupper.



"Det vigtigste er at få inviteret medarbejderne med i processen, så kravet ikke kommer ude eller oppe fra"

– Leder, hjertemedicinsk afdeling



RESULTATER

Samlet set har afdelingen reduceret behovet for tilstedeværende sygeplejersker på sengeafsnittet med én sygeplejerske, således at der i dag er seks sygeplejersker tilstede – altså en reduktion på ca. 15 pct. Samtidig oplever afdelingen en større ro i hverdagen, fordi der er tryghed ved, at der bliver taget hånd om de praktiske opgaver.

Afdelingen har aktuelt ingen ledige stillinger, oplever balance mellem opgaver og ressourcer og modtager regelmæssigt uopfordrede ansøgninger.

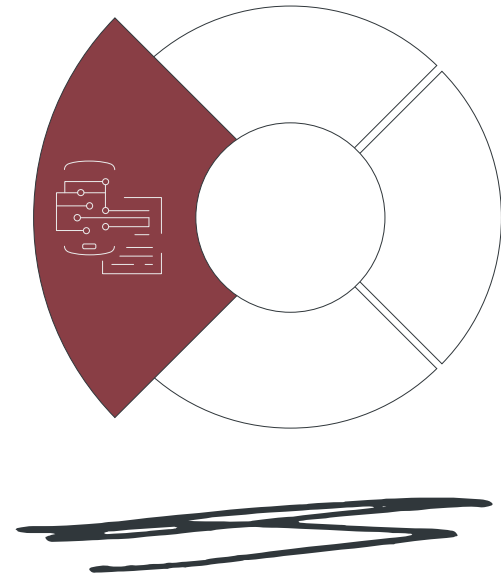


POTENTIALE OG PERSPEKTIV

Der er en vis forsigtighed med at vurdere potentialets omfang på sigt. Dette bl.a. af hensyn til "implementeringslogikken" om at starte i det små og udbygge derfra i takt med, at der opbygges tryghed ved nye arbejdsdelinger.

Med ovenstående forbehold skønnes det, at ca. 20 pct. af de opgaver, sygeplejerskerne tidligere har varetaget, kan udlægges til andre faggrupper og ufaglærte.

3.2 UDNYTTELSE AF TEKNOLOGISKE MULIGHEDER



Udnyttelse af teknologiske muligheder

Problem og omstillingsperspektiver

Sundhedsvæsenet er blevet betydeligt digitaliseret over de seneste 20-30 år, og der er grund til at tro på, denne omstilling kun er første trin i en egentlig teknologisk transformation af sundhedsvæsenet. Mange respondenter påpeger dog, at de nuværende digitale kompetencer på tværs af medarbejdere og ledelse samt de eksisterende strukturer ikke er tilstrækkelige til effektivt at anvende eksisterende og fremtidige digitale løsninger.

Baseret på respondenters erfaringer og de skitserede fremtidstendenser i afsnit 2.3 kan der udpeges en række virkemidler, der kan sættes i spil, hvis de teknologiske muligheder også på kortere sigt skal bidrage til at reducere kompetence- og arbejdskraftmanglen:

- **Missionsdrevet tilgang:** Der bør indledningsvis fokuseres entydigt på opgaver, der er særligt velegnede til teknologisk understøttelse. Der kan med fordel udvælges aktuelt arbejdskraftkrævende opgaver, der er standardiserede og dermed nemmest af automatisere. Et eksempel herpå er daglig måling af basale og vitale værdier på patienter indlagte på sygehusene og borgere på kommunale midlertidige pladser. Dernæst kan disse opgaver matches med eksisterende teknologier og ikke den anden vej rundt, hvor man starter med teknologierne og først derefter prøver at identificere de problemer, de skal løse. Med andre ord er der behov for en mere missionsdrevet ibrugtagning fokuseret på reduktionen i behovet for arbejdskraft frem for en teknologidrevet tilgang. Dette vil formegentlig betyde, at en bred implementering kan finde sted hurtigere uden flere forudgående "pilotprojekter" og afprøvninger af teknologi, hvor rationale og eventuel gevinstrealisering er uklart.
- **Fælles strukturer:** Det påpeges desuden, at det vil være for omkostningstungt og kompetencekrævende for alle 98 kommuner, 21 akutsygehuse, fem regioner mv. at skulle afprøve og implementere nye løsninger selvstændigt og parallelt. I stedet kan det overvejes at udnytte fælles strukturer (f.eks. sundhedsklynger) til at skabe grundlag for en mere effektiv ibrugtagning, hvor der samtidig opbygges stærke implementeringskompetencer og -erfaringer. På samme måde er der teknologiske løsninger, som med fordel kan være nationale (eller fælles regionale/kommunale). Et eksempel på dette er selvhjælpsløsninger i Finland, hvor en AI-baseret symptomvurdering er førstelinje-tilbuddet ved ikke livstruende akut opståede skade eller sygdom uden for almindelig åbningstid.
- **Reelle omkostninger og styringsmekanisme:** I en situation med mangel på arbejdskraft er den reelle værdi af en arbejdskraftsbesparende løsning højere end lønnen til den arbejdskraft der kunne have løst opgaven såfremt der ikke var mangel på arbejdskraft. I nogle sammenhænge vil omkostningerne ved ikke at implementere den teknologiske løsning omfatte betydeligt vikarforbrug, i andre sammenhænge vil opgaven slet ikke kunne løses, m.v. Det kan derfor være værd at undersøge, om der kan findes en operationel måde at indarbejde disse vilkår i den måde potentialerne ved teknologi vurderes på, så potentialet ikke vurderes for lavt i situationer med mangel på arbejdskraft. I forlængelse af dette kan der indføres en styringsmekanisme, som gør det mere attraktivt at vælge teknologiske løsninger med arbejdskraftsbesparende potentiale. Det kan afhjælpe udfordringen, der knytter sig til, at det for den enkelte aktør i visse situationer kan være rationelt at vælge en mere arbejdskraftintensiv løsning, mens det vil være kollektivt irrationelt, hvis alle gør det (idet hver aktør dermed mindsker andre aktørers muligheder for at få den nødvendige arbejdskraft, uden at denne effekt er indregnet i "business casen").
- **Teknologi som det primære valg:** Flere respondenter fortæller derudover, at der er gode erfaringer med at fokusere på at få gjort eksisterende og veldemonstrerede løsninger til det primære valg og ikke blot lade dem eksistere som et ekstra tilbud.



Rationale for omstilling

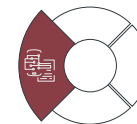
Det specifikke rationale for implementering af teknologi vil altid være teknologispecifikt. På et mere overordnet niveau er følgende rationale væsentlige:

- **Reduktion i behovet for arbejdskraft:** Teknologisk understøttelse og aflastning af repetitive og standardiserede opgaver og dermed reduktion i arbejdskraftsintensiteten i de opgaver, der fylder mest i sundhedsvæsenet – og særligt de opgaver som fylder mest for de medarbejdergrupper, som besidder de kompetencer, der er størst mangel på.
- **Nært og fleksibelt tilbud:** Direkte realtids- og automatiseret monitorering og selvdagnostik mv. som understøttelse af en egentlig omstilling af sundhedsindsatser i retning af hjemmebehandling. Dette er samtidig fremmende for reduktion i en række af de risici, der er forbundet med sygehusindlæggelser, herunder sygehus erhvervede infektioner mv. En bevægelse mod hjemmebehandling understøtter yderligere, at stadigt flere borgere ønsker om mere fleksible tilbud og mulighed for hjemmebehandling.
- **Reduktion i geografisk ulighed i adgang til sundhedsydelser:** Bedre digitale muligheder for adgang til sundhedsfaglige kompetencer indebærer bl.a. styrkede muligheder for at "dække" områder med aktuell dårlig lægedækning via virtuelle opkoblinger, f.eks. i kombination med hjemmemonitorering. Et eksempel nævnt i interviewprogrammet er sundhedspersonale i psykiatrien, som i dag betjener borgere i Region Sjælland fra "Rådhuspladsen i København".



"Digitalisering drukner i elendig implementering. Måske skal vi til at tage enhver digital løsning til revidering, for så vil vi nok kunne fjerne rigtig mange. Vi gaber over alt for meget. Vi skal have lavet en prioritierungsliste over, hvad det konkret er vigtigt at få sat i gang."

- Leder, sygehus



Udnyttelse af teknologiske muligheder

Potentiale og tidshorisont

Udvikling, afprøvning og udbredelse af arbejdskraftbesparende teknologi er allerede i gang på tværs af sektoren, og der er et solidt fundament for yderligere digitalisering i det danske sundhedsvæsen.

Samtidig betyder det manglende udbud af arbejdskraft og kompetencer samt den kontinuerligt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse, at det er vanskeligt at kvantificere de realiserede gevinster, fordi de ofte overskygges af stigende aktivitet og behov for løbende tilpasninger af indsatserne.

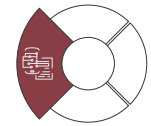
Vurderingen er derfor, at det bedste grundlag for at undersøge potentialerne er:

- **at skele til udlandet efter eksempler på bred anvendelse og udbredelse af eksisterende teknologier og løsninger.** Ifølge udsagn og vurderinger fra internationale og nationale eksperter på området er potentialerne store. Dog er det tydeligt, at de udpegede barrierer på efterfølgende side gør realiseringen vanskelig. Der peges dog på, at der kan forventes store omstillinger inden for bl.a. forebyggelse og "præbehandling" ved realtidsmonitorering understøttet af automatiseret AI-understøttet diagnosticering af sygdom før symptomdebut. Det er udfordrende at kvantificere potentialerne i denne type omstilling, som må forventes i en eller anden form af blive en del af fremtidens sundhedsvæsen om end ikke på den korte bane. Hertil er de ukendte faktorer, afledte effekter og udfordringer for mange. Selvom det virker oplagt at beregne potentialer ved nuværende løsninger ved fuld implementering, f.eks. relativ simpel teknologi der måler vitale værdier på indlagte patienter, påpeger en række informanter, at der altid er en lang række undtagelser for indfrielsen. Derfor nøjes det her med at konstatere, at uagtet om det er muligt at løse 100 pct., 50 pct. eller blot 10 pct. af opgaver forbundet med den generelle plejeopgave med teknologiske løsninger, er der tale om et omfang og et potentiale, der er vanskeligt at ignorere eller undlade at forfølge.
- **at afklare omfanget af opgaver, der er umiddelbart egnede til automatisering og teknologiunderstøttelse.** Der foreligger ikke egentlige aktuelle analyser af, hvilke opgaver på sygehuse og i den kommunale sundhedsindsats der er særligt oplagte at automatisere og teknologiunderstøttet. Det er derfor oplagt at foretage en modenhedsanalyse, således at opgaveområderne med størst volumen og størst modenhed hurtigst muligt – taget behovene i betragtning – kan søges teknologisk understøttet og løst af eksisterende (modne) teknologier og løsninger.

JEG ER OPTIMISTISK MHT. TEKNOLOGIENS POTENTIALER. MEN JEG ER IKKE OVEROPTIMISTISK. MEGET AF DEN TEKNOLOGI, DER SATSES PÅ I DAG, ER KVALITETSFORBEDRENDE - IKKE ARBEJDSKRAFTS-BESPARENDE

Direktør, region





Udnyttelse af teknologiske muligheder

Implementeringsforudsætninger og barrierer



Faggruppegrænser og kompetencer

Digitale kompetencer og nysgerrighed på mulighederne: Den største og mest udtalte barriere nævnt i interviewprogrammet knytter sig til medarbejdernes manglende digitale kompetencer. Det dækker også den dertilhørende evne og villighed til at tage digitale og teknologiske virkemidler i brug.

Flere informanter vurderer, at en afledt konsekvens af ovenstående kompetencegab er, at der er en relativt udstrakt og ofte irrationel utryghed hos personalet ved at stole på data, f.eks. fra patientens egne wearables. Af samme grund opleves der en betydelig og generel tilbageholdenhed med at tage ny teknologi i brug.



”Vi har brug for it-kompetencer, der IKKE skal sidde på it-afdelinger, men som skal være med ude i det kliniske og få systemerne til at blive anvendt mere optimalt. De skal være brobyggere og understøtte klinikerne i deres brug af systemet.”

- Leder, sygehus



Lovgivning og retningslinjer

Usikkerhed for myndighedernes accept: Flere informanter er usikre på, om myndighederne – herunder Styrelsen for Patientsikkerhed – vil acceptere en mere udstrakt og hurtig teknologisk anvendelse og digital omstilling, f.eks. hvis al ambulant aktivitet som udgangspunkt skulle foregå virtuelt. I forlængelse heraf peger nogle informanter på behovet for en gennemgang af myndighedsområdet mhp. at få opdateret retningslinjer og praksisser for at få dem til at understøtte den digitale og teknologiske opgaveløsning langt mere tydeligt.

Understøttelse af forskning i AI: Strukturen for adgangen til sundhedsdata omtales som en væsentlige begrænsninger for mulighederne inden for forskning og udvikling i kunstig intelligens på sundhedsområdet. Det skyldes, at adgangen til data er baseret på en ”klassisk” hypotesedrevet tilgang til forskning, hvor den eksplorative tilgang i AI-forskning og -udvikling kræver helt andre logikker. Reglerne for dataadgang er ”så at sige” skrevet i en tid, hvor kunstig intelligens ikke var relevant.



Ledelse og forandring

Ledelseskompetencer: Der er behov for nye digitale kompetencer i ledergruppen samt et behov for at få opkvalificeret lederne i de digitale og teknologiske muligheder og forudsætninger. Informanterne fortæller, at erfaringen næsten entydigt peget på, at nye digitale løsninger kun succesfuldt implementeres, hvis det er lederen, der er bannerfører.

Evidensfortælling som barriere: Det opleves som vanskeligt at gennemføre klinik- og praksisnær forandring gennem ny teknologi, fordi der er et skarpt fokus på, at alle ny tiltag skal være evidensbåret - selvom en betydelig del af aktuel praksis ikke er der.

Myndigheds- og måldrevet implementering: Der peges på, at der i for begrænset omfang efterspørges konkrete mål for reduktionen i arbejdskraftintensiteten i opgaveløsningen fra centralt og nationalt niveau, når der udmøntes nye digitaliseringskrav. Informanter oplyser, at kravene ofte fokuserer på løsninger, der ender med at øge plejepersonales administrative tidsforbrug i stedet for at reducere behovet for arbejdskraft.



Organisering og ressourcer

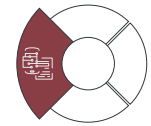
Skala i ibrugtagning, afprøvning og tilpasning af løsninger: Flere kommuner nævner, at det er udfordrende som enlig kommune at løfte opgaven med at identificere, afprøve, udbyde, implementere og skalere nye teknologier. Der stilles i denne sammenhæng spørgsmål ved hensigtsmæssigheden af omfanget af parallelarbejde på tværs af kommunerne. Flere efterspørger i forlængelse heraf et organisatorisk setup, der kan give flere ”kræfter” og mere skala i både udbuds- og implementeringsprocesserne, herunder også afsøge muligheden for at bruge SKI mere aktivt i udbudsprocessen.

It og almen praksis: Der er nævnt en særlig udfordring med at skabe incitament blandt it-leverandørerne til udvikling af digitale løsninger til almen praksis, idet det er vanskeligt at skabe en fælles efterspørgsel, enighed og investeringsvilje blandt de ca. 2.000 almen praksisser.

”De nationale myndigheder overbebyrder os stadig med nye krav til it, som ikke bidrager til at reducere behovet for arbejdskraft. Måske det skal lægges ind som krav til alle nye indsatser”

- Direktør, region





Case: Internetbaseret terapi i Region Syddanmark

Et vedvarende pres på det ambulante område i psykiatrien og mangel på lettilgængelige forbyggende behandlingstilbud har betydet, at psykiatrien – som det somatiske sundhedsvæsen – i en årrække har undersøgt og afprøvet mulighederne for at anvende digitale løsninger som erstatning for en del af ambulante besøg. Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark har i denne sammenhæng siden 2013 udviklet et internetbaseret behandlingstilbud målrettet patienter med let til moderat angst og depression baseret på over 20 års erfaringer fra lande som Sverige, Norge, Finland, England, Australien og Canada.



”Vi ser en symptomreduktion, der svarer til den, man ser i normale psykologtilbud”

– Afdelingschef, Region Syddanmark

Hvad har de gjort?

Tilbuddet om internetbaseret terapi er baseret på kognitiv adfærdsterapi og fungerer som et støttet online selvhjælpsprogram, hvor patienten arbejder med et standardiserede behandlingsprogram baseret på psykoekation og øvelser. Patienten støttes af en psykolog med skriftlig feedback på øvelser og en chat indbygget i programmet.

Patienter, som har udfyldt et online ansøgningsskema, vurderes af screeningsteamet og inviteres til en udredende videosamtale med en psykolog. Patienter, som lever op til inklusionskriterier, tilbydes behandling og er typisk i gang med behandling inden for 24 timer. Herefter får patienten adgang til det relevante behandlingsprogram, hvor daglige øvelser og viden hjælper patienten med at bryde med de tanke- og handlemønstre, der fastholder angst eller depression.

Patienten arbejder i et modulopbygget behandlingsprogram, og psykologen følger patienten undervejs. Såfremt patienten ikke er aktiv motiverer psykologen til et øget engagement. Patienter opfordres til at arbejde i behandlingen dagligt, og hvis der ikke er aktivitet i 7 dage følger psykologen op. Behandlingsforløbet varer i 12 uger og relationen mellem psykolog og patient er asynkron, hvorfor de typisk ikke er til stede på samme tidspunkt, hverken fysisk eller virtuelt.

Behandlingstilbuddet har siden januar 2021 været et permanent, gratis og landsdækkende tilbud i Danmark. Der udvikles løbende nye behandlingsprogrammer, og der forskes i både effekt og patientoplevet kvalitet.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Internetbaseret terapi i Danmark er et evidensbaseret behandlingstilbud, men som stadig befinder sig i den spæde start i forhold til at nå bredere ud i forhold til relevante målgrupper. Der er brug for nye strukturer og organiseringer, som understøtter tilbuddets yderligere skalering og udbredelse.

Det har været udfordrende at udbrede kendskabet til det regionalt forankrede behandlingstilbud, da den nuværende målgruppe ’tilhører’ primærsektor, men mange sekundær- og tertiærsektor patienter tiltrækkes, idet tilbuddet er gratis og eksisterer uden henvisning. Det er derfor afgørende, at der i forbindelse med udvikling og implementering af lignende tilbud i fremtiden placeres et større fælles ansvar på tværs af primær- og sekundærsektor. Hertil mangler en fællesoffentlig tilgang til og organisering af borgernes møde med digitale behandlingstilbud. Erfaringer fra udlandet, særligt England, har vist at psykologers kompetencer kan bringes effektivt i spil og afhjælpe ventetider ved praktiserende læge.

Et understøttende tiltag, der kan være med til at sikre en fælles forankring på tværs af sektorer, er et øget fokus på offentlige investeringer i området digital psykiatri. Der efterspørges i denne sammenhæng finansiering af forskning, der løbende kan opsamle og udbrede erfaringer fra området samt etablering af incitamenter, der motiverer for partnerskaber mellem offentlige organisationer og private virksomheder til at udvikle en bred vifte af digitale behandlingstilbud tilpasset det danske marked.



RESULTATER

Omkring 2.000 patienter har på landsplan gennemført det internetbaserede behandlingstilbud målrettet let til moderat angst og depression, og Internetpsykiatrien tilbød over 2.200 patienter en udredende forsamtale i 2022. Der har været en høj fastholdelses- og gennemførelsesgrad samtidig med, at resultaterne peger på en symptomreduktion svarende til den, der observeres i psykologtilbud til samme målgruppe.

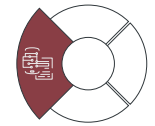
Center for Digital Psykiatri er bl.a. i gang med at udvikle et online behandlingstilbud til unge med angst – en målgruppe i stor vækst samt ikke-støttede online programmer til forebyggelse af angst, depression og spiseforstyrrelse.



POTENTIALE OG PERSPEKTIV

Internetbaseret terapi rummer et stort potentiale for opskalering og udvikling af nye programmer til andre psykiske lidelser og målgrupper. Øget anvendelse af internetbaseret terapi kan potentielt aflaste behandlerressourcer i både primær- og sekundærsektor, da den tilknyttede behandler kun deltager synkront ved forsamtale, hvorfor der er øget fleksibilitet i drift af behandlingsforløb.

Der ses også et potentiale for udviklingen af internetbaserede tilbud som et led i overgangen fra behandling i psykiatrien, hvor grupper, lokale netværk og/eller peers i højere grad kunne inddrages.



Case: E-distriktet i hjemme- og sygeplejen i Haderslev Kommune

Den demografiske udfordring gør, at Haderslev Kommune kigger ind i en bekymrende mangel plejepersonale om ganske få år, herunder særligt mangel på social- og sundhedsassistenter. Det er derfor behov for at finde nye og langt mindre arbejdskraftsintensive måder at levere indsatserne på. I Haderslev Kommune satser de strategisk på at udnytte de teknologiske muligheder bedst muligt til at skabe et mere bæredygtigt ældre- og sundhedsområde.



”Vi er langt forbi det punkt, hvor det er teknologien, der sætter begrænsningerne. Det handler om implementering og skalering.”

– Direktør, Haderslev Kommune

Hvad har de gjort?

I hjemme- og sygeplejen i Haderslev Kommune har de etableret et ”e-distrikt”, som alene leverer service- og sundhedslovsindsatser gennem velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger. E-distriktet er bemanded med ca. 10 medarbejdere og omfatter både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, en fysioterapeut samt medarbejdere med it-kompetencer.

Målgruppen er alle borgere med behov for indsatser, der kan understøttes velfærdsteknologisk og/eller telemedicinsk. Udgangspunktet er, at borgere i målgruppen først visiteres til e-distriktet og kun sekundært til den ordinære hjemme- og sygepleje, såfremt borgeren har behov, som ikke kan understøttes velfærdsteknologisk eller telemedicinsk.

Teknologierne omfatter forskellige robotter til medicinadministration og -dispensering, skærmopkald, hjælp til måling af værdier, bad, medicinadministration samt intelligent ble til udredning af inkontinens. Nye teknologier kan hurtigt indtages, hvis de viser sig at have potentiale for at udvide målgruppen og/eller forbedre indsatserne.

I Haderslev Kommune har man af implementeringsmæssige grunde valgt at etablere e-distriktet som en selvstændig organisatorisk enhed. Dette har været i et forsøg på at etablere det organisatoriske fundament for senere skalering af indsatsen. Det har givet mulighed for at starte indsatsen op med medarbejdere med særlig interesse og kompetence inden for teknologisk understøttet pleje og omsorg.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Opbygningen af en digitalt og velfærdsteknologisk understøttet hjemme- og sygepleje er en stor og langsigtet omstilling – og i særlig grad en omstilling der handler om det ”kulturelle” mindst lige så meget som det teknologiske. Af samme grund knytter forudsætningerne og barriererne sig i høj grad til implementeringsarbejdet, herunder:

- Ledelsesfokus og –prioritering hele vejen op igennem systemet betragtes som den væsentligste forudsætning, herunder også topledelsens prioritering af dialogen med det politiske niveau mhp. at tilvejebringe dem rimelige forudsætninger for at forstå afsættet, mulighederne og dilemmaerne i omstillingen.
- At der sikres tilstedeværelse af it- og teknologikompetencer, så afprøvning og ibrugtagning af ny teknologi kan foregå hurtigt. I Haderslev Kommune kan ny teknologi nu afprøves og vurderes på en uge (!).
- At der reelt afsættes tid og mulighed for at fjerne de mange – også lavpraktiske – sten på vejen, som nødvendigvis opstår, når ny teknologi skal afprøves. Det har i Haderslev Kommune i øvrigt været fremmende for implementeringen, at indsatsen har været forankret hos en dedikeret medarbejdergruppe med interesse og kompetencer inden for feltet, ligesom arbejdet med forståelsen for mulighederne blandt samarbejdspartnere, herunder særligt rådgivergruppen, har været væsentlig.



RESULTATER

E-distriktet er nu etableret og i drift som organisatorisk enhed. Der er ca. 60-80 borgere, som på ugentlig basis får indsatser fra e-distriktet.

De foreløbige resultater tyder på positive borger- og medarbejderoplevelser samt forventede reduktioner i arbejdskraftintensiteten af opgaveløsningen.

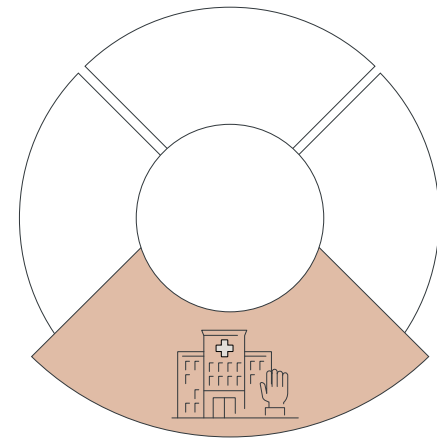


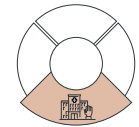
POTENTIALE OG PERSPEKTIV

Potentialet i indsatsen vurderes at være stort med allerede kendte teknologiske muligheder – og vil naturligvis blive større som nye muligheder kommer til.

Det store spørgsmål om potentialet knytter sig til implementeringshastighed. Givet organiseringen som selvstændig organisatorisk enhed, vil der i takt med skalering af indsatsen reelt være to leverancesystemer i drift, nemlig et digitalt understøttet og en ”traditionel” hjemme- og sygepleje. Potentialet på længere sigt afgøres sandsynligvis af, hvor vellykket integrationen af leverancesystemerne bliver.

3.3 RETTE OPGAVE PÅ RETTE SPECIALISERINGS- NIVEAU





Rette opgaver på rette specialiseringsniveau

Problem og omstillingsperspektiver

I interviewprogrammet er det gentagende gange blevet påpeget, at arbejdet med at sikre kvalitet, patientsikkerhed og effekt i sundhedsvæsenet har drevet en stadigt stigende specialisering. Der er i forlængelse heraf opnået betydelige fremskridt, hvilket blandt andet kan ses på de forbedrede muligheder for at overleve forskellige typer af livstruende sygdomme. Samtidig er der dog opstået en større afstand mellem de almene og specialiserede sundhedsindsatser med den konsekvens, at meget visiteres eller henvises til de (højt)specialiserede niveauer.

En fortsat specialisering er attraktiv, idet den vil betyde udvikling af diagnostik og behandling af flere sygdomme med mindre invasive og mere skånsomme behandlingsformer. Det kræver dog samtidig en sideløbende udvikling og styrkelse af de generelle sundhedstilbud målrettet de patientgrupper, som der er flest af – herunder ikke mindst patienter med flere kroniske sygdomme. Heraf opstår et behov for en tydelighed i, at disse generelle sundhedstilbud skal ses som en aftager af de (mindre) specialiserede opgaver, så de i højere grad kan håndteres uden for sygehusene. Denne bevægelse vil være i overensstemmelse med princippet om placering af opgaver på laveste effektive omsorgsniveau (LEON). Omstillingen indebærer en anerkendelse af kommunerne som en seriøs sundhedsaktør og formalisering af de rammevilkår, som er nødvendige, før opgaverne kan løftes på det relevante niveau og på tværs af alle kommuner, herunder konkret kompetenceudvikling blandt personalet på kommunale sundhedstilbud. Aktuelt er variationen i opgavevaretagelsen i sig selv en barriere. Flere informanter nævner, at det er vanskeligt for sygehusene at samarbejde med en lang række forskellige kommunale akutfunktioner, som alle "gør tingene helt forskelligt".

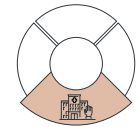
Udvikling og opbygning af styrkede behandlings- og plejetilbud uden for sygehusene kræver således etablering af de nødvendige rammer for fagligt relevante og trygge alternativer til sygehusindlæggelse, herunder nedenstående specifikke tiltag:

- **Let adgang til relevant behandlingsansvarlig læge og tilsvarende akut adgang til speciallægelig rådgivning:** Hermed kan den kommunale sygepleje nemmere og hurtigere handle efter patientens behov. Et delvist alternativ er en betydelig udvidelse af sygeplejerskernes selvstændige virksomhedsområde, så de er mindre afhængige af den lægelige delegation i deres handlerum.
- **Ændrede rammer for udvikling og levering af akutte og plejintensiv indsats i den kommunale sygepleje:** Både rammer, lovgivning og forståelse af hjemmesygeplejens opgavefelt skal følge med den nye opgave. Det vil kræve mere kompetente, tværfaglige og intensive indsatser, end der er tradition for i dag, hvilket formegentlig vil afføde et behov for kompetenceudvikling af personalet på de kommunale sundhedstilbud. Flere kommuner efterspørger en opdatering af lovgrundlaget. Det indebærer en operationelt orienteret modernisering af henholdsvis Sundhedslov og Servicelov, der i dag kontinuerligt vanskeliggør en kommunal opgavevaretagelse på sundhedsområdet – og sammenhængen til det øvrige sundhedsvæsen. Den kommunale sygepleje og hjemmepleje må samtidig styrkes, hvis bevægelsen mod mere hjemmebehandling skal kunne gennemføres effektivt og økonomisk bæredygtig.
- **Kommunal kapacitet:** Både informanter fra sygehuse og kommuner understreger, at den samlede kommunale sengekapaletet i form af midlertidige pladser er af et betydeligt omfang. En reel anerkendelse af kommunerne som en væsentlig sundhedsaktør omfatter derfor også en modernisering af lovgrundlaget og kvalitetskravene samt samarbejdet med øvrige sundhedsaktører om ansvar og forpligtelser i understøttelsen af tilbuddet. Dette kan fungere som afsæt for etablering af en ensartet kompetence- og kvalitetsprofil for kapaciteten på tværs af kommunerne.

Rationale for omstilling

Der er en række faglige og ressourcemæssige rationale bag at opbygge de nødvendige kapaciteter og kompetencer til at håndtere en større del af den generelle sundhedsindsats uden for sygehusene:

- Blandt informanterne er der en udbredt erkendelse af, at der for mange patienter og særligt de ældste og mest sårbare er en række risici forbundet med et sygehusforløb. Disse indebærer risiko for infektion, bivirkninger, overdiagnostik og -behandling, fejlbehandling, negativ psykisk og social påvirkning mv. For en række mere basale sygdomme, som kunne varetages lokalt, kan risiciene overstige gevinsten ved indlæggelsen. Mange af de patienter, for hvem sygehusindlæggelser er mest belastende, er samtidig ofte dem, der i det nuværende system hyppigst indlægges.
- Flere informanter udtrykker, at specialiseringen "i søjler" medfører, at det ikke altid er sygehusene, der er det optimale sted at håndtere den samlede pleje- og behandlingsopgave for multisyge patienter. Disse patienter "strider" med den indbyggede logik på sygehusene, da de går på tværs af specialer.
- Sygehusforløb er generelt en omkostningstung indsats. I mange forløb vil det være en mindre ressource- og arbejdskraftskrævende opgave, hvis den samlede pleje- og behandlingsopgave kan håndteres uden for sygehusene. Hermed kan et vist omfang af overdiagnostik og overbehandling muligvis reduceres.



Rette opgaver på rette specialiseringsniveau

Potentiale og tidshorisont

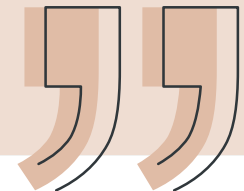
Der lægges her op til en omstilling, som i sin fulde konsekvens vil betyde, at sundhedsvæsenet vil se betydelig anderledes ud, end det gør i dag. En omstilling af denne størrelse sker ikke fra den ene dag til den anden men vil forventeligt udfoldes gradvist over en lang årrække. Grundet den transformative karakter af omstillingen og den lange tidshorisont er det særdeles vanskeligt at vurdere det tilknyttede potentiale.

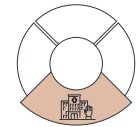
Det er væsentligt, at flere elementer i en omstilling af denne karakter peger mod en mere effektiv opgaveløsning på lang sigt, og mulige potentialer kan derfor bl.a. findes inden for nedenstående tre områder:

- Der er blandt informanter en bred erkendelse af, at ulemperne ved sygehusindlæggelse for mange af de ældste og skrøbeligste patienter – særligt patienter med hukommelsessvækkelse – til tider opvejer fordelene, idet indlæggelser kan resultere i nye pleje- og behandlingsbehov. For mange ukomplicerede sygdomme vil et behandlingsforløb i eget hjem (eller plejehjem, midlertidig plads, m.v.) efter alt at dømmes samlet set være mere omkostningseffektivt.
- Der er foreløbige erfaringer fra aktuelt arbejde i flere regioner med at styrke handlemulighederne og visitationen i den præhospitale indsats. Erfaringerne tyder på, at en væsentlig del af de borgere, som tidligere blev indlagt på akutmodtagelsen, kan håndteres i eget hjem, hvis den præhospitale visitation udstyres med basalt diagnostisk udstyr og har lettilgængelig, virtuel adgang til speciallæge ved behov. Det illustrerer, at der findes muligheder for at reducere presset på akutmodtagelserne - også på relativt kort sigt. På længere sigt kan potentialerne tænkes betydelig større, hvis det lykkedes at etablere bedre telemedicinsk understøttelse i et fælles, tværsektorielt setup med en kommunal akutfunktion og præhospital visitation.
- Der er med afsæt i interviewprogrammet ikke nogen tvivl om, at hyppige indlæggelse og udskrivelse i selv genererer en betydelig aktivitet. Informanter fortæller, at der er et stort tidsforbrug på tværsektoriel kommunikation forbundet med modtagelse og udskrivelse af patienter. Det vil bidrage til potentialet, hvis en styrket primærsektor kan resultere i en reduktion i merarbejdet forbundet med og genereret af sygehusindlæggelser.

30 PCT. OG MÅSKE MERE, AF DET, VI LAVER I AKUTMODTAGELSEN, BURDE VÆRE LØST I ALMEN PRAKSIS. EN VÆSENTLIG DEL AF VORES ARBEJDE ER AT VÆRE ALMEN PRAKSIS MED UDVIDET ÅBNINGSTID

Leder, akutmodtagelse





Rette opgaver på rette specialiseringsniveau

Omstillingens implementeringsforudsætninger og barrierer



Lovgivning og retningslinjer

Delegationsreglerne som hæmsko for innovationslysten: Flere informanter nævner, at der er en række udfordringer associeret med, at enkeltindivider skal påtage sig risikoen, hvis nye måder at løse opgaven på skal afprøves gennem delegation. Der efterspørges derfor nye modeller for organisatorisk ansvar, der gør det nemmere at afprøve nye tilgange til opgaveløsningen.

Service- og sundhedsloven: Informanter fra kommunerne påpeger, at opdelingen mellem service- og sundhedslov er med til at fragmentere plejeopgaven i kommunerne, hvilket besværliggør en effektiv håndtering af den præhospitale indsats.



Forventningsmæssige pres

Befolkningmæssige pres: Det er gentagende gange i interviewprogrammet blevet nævnt, at en af de mest udtalte barrierer for omstillingen mod et lavere specialiseringsniveau knytter sig til befolkningens forståelser af og forventninger til sundhedsvæsenet, herunder særligt;

- *"Lægen som ansigt på sundhedsvæsenet"*: Et udbredt ønske om at blive tilset af lægen – og allerhelst speciallægen.
- *Forventning om åben adgang til sygehuset*: En generel og udbredt forventning blandt borgere om høj tilgængelig og service i både lægevagt og sygehuset – også ved ikke-akutte og ikke-alvorlige tilstande .
- *Forståelse af, at det bedste er sygehusbehandling*: Undervurdering af risici forbundet med indlæggelse og dermed også en undervurdering af værdien og fordelene ved indsatser uden for sygehusregi.



"Vi har borgere, der kommer her med smerter, de har haft i en måned. Men først klokken 19, for de skal først lige hjælpe med at give børnene mad"

- Leder, akutmodtagelse



Organisering og ressourcer

Tværasektorielle ressourcespørgsmål: Flere informanter fremhæver, at det er vanskeligt og omstændigt på tværs af sektorer at blive enige om, hvor mange ressourcer der skal følge med ved opgaveflyt på tværs af sektorer. Det omhandler opgaver, som i dag løses i regionalt regi, som potentielt kunne løses i primærsektor. Disse opgaver opleves svære at "flytte", fordi det er vanskeligt at opnå enighed om, hvor mange ressourcer der skal følge med opgaven. Denne udfordring påpeges som værende årsagen til, at udviklingsprojekter omhandlende opgaveoverflytning til primærsektorer ikke kan driftes bæredygtigt.

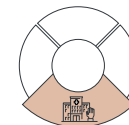
Almen praksis indretning og rammevilkår: Det opleves som en barriere, at udviklingen i almen praksis ikke er fulgt med specialiseringen af sygehusområdet – altså en styrket håndtering af det almene sygdomsbillede. Det betyder en reduceret evne til at varetage det lægelige behandlingsansvar i forløb, der med fordel kunne foregå uden for sygehuskontekst.

En uensartet kvalitet på tværs af de kommunale sundheds- og ældreindsatser: Informanter fra både sygehuse og kommuner fortæller, at kommunernes rammer og vilkår for at løse en stadig mere kompleks opgave er utilstrækkelig. Det indebærer f.eks. muligheden for at ansætte lægeligt personale, vanskelig adgang til prøvetagning, manglende kvalitetskrav eller at opgaverne kan løses i reelt fællesskab med relevant lægelig involvering fra sygehusniveau.



"Man skal lave en konstruktion af sundhedsvæsenet, hvor flere har hånden på kogepladen. Det drejer sig særligt om opgaveoverdragelse, så kommunerne ikke ender med alle opgaverne. Kommunerne vil værge sig, så længe de er bekymrede for at skulle lukke skoler, når udgifterne på sundhedsområdet skrider."

- Direktør, kommune



Case: FVE-bilen fra akutafdelingen på Kolding sygehus

Et stort pres på akutafdelingen på Kolding sygehus igangsatte en gennemgang af alle modtagne patienter over en periode samt en vurdering af, hvor mange af disse der kunne have været håndteret på anden vis. Undersøgelsen viste, at særligt mange svagelige, ældre borgere ankom til akutafdelingen med B og C-kørsler, og at disse patienter kunne have fået et bedre tilbud end indlæggelse ved lægefaglig vurdering. Der blev derfor i december 2022 igangsat et pilotprojekt sammen med det præhospitale område, der skal løse netop dette problem og forebygge unødvendige indlæggelser.



"Vi har brug for, at de indlæggelser, vi får på sygehuset, bliver kvalificeret"

– Overlæge

Hvad har de gjort?

I samarbejde med ambulanceselskabet Responce har Kolding sygehus etableret en ny udkørende, fremskudt visitationsenhed (FVE) kaldet FVE-bilen. Formålet med enheden er en yderligere kvalificering af de patienter, som henvises til akutafdelingen for i sidste ende at forebygge unødvendige indlæggelser.

FVE-bilen sendes primært til patienter, som Akut Medicinsk Koordinering (AMK) vurderer ikke har behov for kørsel med udrykning, dvs. B og C-kørsler. Bilen er bemanded af en paramediciner og er udstyret med diagnostisk udstyr. Ude hos patienten påbegyndes først en vurdering og triagering, og der kan foretages en bred vifte af diagnostiske tests og undersøgelser. Herefter tages (video)kontakt til akutafdelingens speciallæger, som informeres om patientens tilstand og værdier. Lægen afgør på baggrund heraf, om patienten skal indlægges, henvises til en subakut tid i ambulatorium eller behandlingsafsluttes på stedet. I sidstnævnte tilfælde har FVE-personalet mulighed for at påbegynde IV-væske og antibiotika.

Kolding sygehus har samtidig indgået et samarbejde med flere af de omkringliggende kommuners akutteams om opfølgende besøg hos patienten samme dag eller dagene derpå.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Den fremskudte visitationsenhed kører kun ud til de patienter, som AMK-vagtcentralen har visiteret dem til. Det er derfor en grundlæggende forudsætning, at de sundhedsfaglige visitatorer i AMK-vagtcentralen besidder de rette kompetencer til at identificere netop de patienter, som potentielt set har største gavn af FVE-bilen. Denne personalegruppe har derfor været involveret i pilotprojektet og været med til at udforme retningslinjerne for visitationsprocessen.

Det er ledelsens klare vurdering, at det er nødvendigt, at FVE-personalet besidder en sundhedsfaglig baggrund, der gør dem i stand til at stille de rigtige spørgsmål og foretage prøver korrekt. Der står dog intet i vejen for at bemane FVE-bilen med kommunalt ansatte sygeplejersker eller praktiserende læger.

Kolding sygehus påpeger desuden, at et tæt samarbejde med de omkringliggende kommuner er en bærende forudsætning. Det er forventningen, at FVE-personalet på sigt også vil kunne rekvireres fra de kommunale akut teams og dermed yderligere kvalificere de henvisninger der sendes til sygehus og i sidste ende forebygge indlæggelser.

Endelig er der forbedringsmuligheder i samarbejdet med de praktiserende læger, der til tider oplever, at FVE-bilen sætter spørgsmålstejn ved deres vurderinger. Forbedringsmulighederne ligger i at involvere almen praksis i indsatsen eller udbrede konceptet, således at almen praksis, evt. i samarbejde med kommunerne, driver indsatsen.

RESULTATER

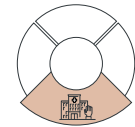
De første spæde erfaringer fra FVE-bilen viser, at omkring en tredjedel af forløbene kan afsluttes på stedet, hvor almen praksis eller kommunen efterfølgende tager hånd om patienten. Dette har givet et mindre pres på akutafdelingen og færre unødvendige indlæggelser af ældre patienter. Samtidig understøttes det gode samarbejde med kommunerne, således at flere behandlinger kan varetages hjemme, hvor både patient og de kommunalt ansatte er trygge efter rådgivning fra sygehus - det er sygehuset, der påtager sig behandlingsansvaret i forbindelse med besøget fra FVE bilen.

POTENTIALE OG PERSPEKTIV

Baseret på erfaringerne fra Kolding sygehus og lignende tiltag andre steder i landet vurderes der at være et stort potentiale i at etablere fremskudte visitationsenheder, der kvalificerer enhver mindre akut indlæggelse.

Der er endvidere også et potentiale for at skalere indsatsen. Ikke blot ved at udvide bilparken men også ved at inddrage andre faggrupper i varetagelsen og ved at lade samarbejdspartnere rekvirere bilen, så tilbuddet for forankres i det præhospitale.

Case: e-Hospitalet



For mange patienter, især ældre medicinske patienter med forholdsvis ukomplicerede behandlingsforløb, er sygehusindlæggelser både unødigt belastende og til tider skadelige for patienten, mens de er ressourcekrævende for sundhedsvæsenet. Hvis fremtidens sundhedsvæsen skal være robust, er der behov, at der skubbes på for en omstilling fra behandling på sygehusene til sundhedsindsatser uden for sygehusene.

eHospitalet i Region Sjælland understøtter en omstilling mod et mere nært sundhedsvæsen, hvor en stadig større del af behandling kan foregå i borgerens nærmiljø.



"eHospitalet arbejder for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, og finde en vej ind i, at langt mere behandling i fremtidens sundhedsvæsen skal ske i primærsektoren."

– Direktør, region

Hvad har de gjort?

eHospitalet muliggør, at borgere i Region Sjælland, der ellers ville være indlagt på et af regionens sygehuse, via telemedicinske løsninger kan behandles i hjemme eller i en kommunal institution. eHospitalet har endvidere ambulante kontakter, forebyggende projekter og rådgivning via telemedicinske løsninger og understøttet af mobile behandlingenheder. På den måde kan borgere, der ellers ville være indlagt, behandles hjemmefra og i langt højere grad fortsætte deres hverdag.

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

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

Forudsætninger og oplevede barrierer

eHospitalet bygger på en langsigtet vision om at etablere fundamentet for, at stadigt flere behandlingsforløb, som i dag kræver sygehusindlæggelse, kan varetages i borgerens eget hjem via telemedicinsk understøttelse. Det er en stor omstilling, hvor nogle af de væsentligste forudsætninger omfatter:

- **Organisatorisk konstruktion:** I den nuværende organisatoriske konstruktion fungerer eHospitalet som en enhed, der går på tværs af den eksisterende sygehusstruktur. eHospitalet bygger dermed bro over de forskelle, der er på vilkårene for regionens sygehuse og kommuner og sikrer dermed et ensartet digitalt behandlingstilbud til alle borgere uden for sygehusene.

Kompetencer hos borgere: Omstillingen til flere sundhedsindsatser i det nære miljø kræver inddragelse af patienterne, som skal tillære sig nye digitale sundhedskompetencer - en omstilling som også stiller krav til personalets opgave og kompetencer.



RESULTATER

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

Samtidig muliggør eHospitalet, at patienten kan indlægges i eget hjem, hvis det ikke er ideelt eller muligt at få patienten ind på sygehuset.

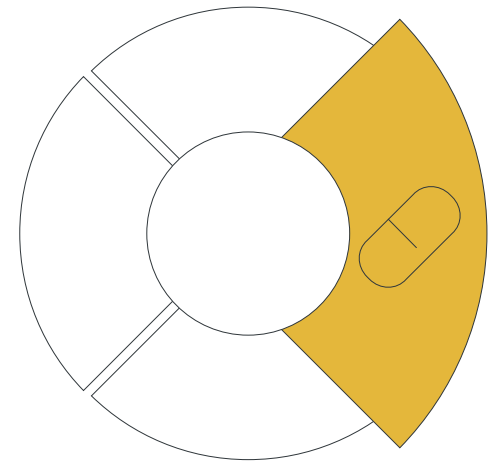


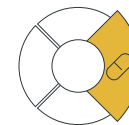
POTENTIALE OG PERSPEKTIV

Det langsigtede potentiale i tanken om *'hospital at home'* så som eHospitalet er stort og understøtter en omstilling fra behandling på sygehusene til behandling i nærmiljøet. Der vurderes at være et særligt stort potentiale på kronikerområdet, støtte til opkvalificering af kommunerne samt aflastning af sygehusene i beredskabssituationer.

Derfor knytter meget af perspektivet i eHospitalet sig også til forankring af konstruktionen og udvidelse af indsatsen til at være relevant for flere målgrupper.

3.4 OVERBEHANDLING, BEHANDLINGS- NIVEAU OG PRIORITERING





Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering

Problem, omstillingsperspektiver og rationale

En række informanter i interviewprogrammet beretter, at der er bred konsensus om, at dele af sundhedsvæsenets aktivitet i bedste fald er klinisk overflødig og i værste fald påfører mere skade end gavn. Informanterne nævner en række "drivere" for dette fænomen; en udifferentieret udrednings- og behandlingsgaranti, defensiv medicin, bekymring for egen autorisationen, systemunderstøttet overdiagnosticering, øget aktivitet drevet af særlige incitamenters samt pres fra patienter og pårørende.

Der er allerede igangsat en række initiativer, som aktuelt forsøger at reducere udfordringerne fra forskellige vinkler og med forskellige strategier, herunder Vælg Klogt, prioriteringsråd, patientinddragelse, fælles beslutningstagning m.v. Initiativerne understreger behovet, men i interview fortæller flere informanter, at der fortsat er et stykke vej til, at udfordringerne er håndteret. Med afsæt i den kompetencemangel og arbejdskraftmangel, som sundhedsvæsenet befinder sig i, er der derfor også grund til at afsøge mulighederne for at intensivere bestræbelserne på at reducere mængden af aktivitet, der har en neutral eller decideret negativ nettoværdi for patienterne.

Med afsæt i kortlægningen er der identificeret fem områder inden for spørgsmålet om overbehandling og behandlingsniveau, der hver især er kendetegnet ved et problem og en tilknyttet omstilling.

For tidligt igangsat behandling

Flere informanter påpeger, at den udifferentierede udrednings- og behandlingsgaranti er kraftigt medvirkende til, at for mange behandlingsforløb igangsættes og igangsættes for tidligt. I mange tilfælde vil en fagligt kvalificeret "afventende" tilgang forud for behandling indebære, at problemet potentielt kunne forsvinde af sig selv. Alternativt er det en mulighed, at patienten efter en kort tilvænnning ville foretrække at leve med symptomerne frem for at løbe en eventuel behandlingsrisiko. Der er flere anekdotiske eksempler på dette fra pauseringen af behandlingsgarantien under covid-19 pandemien. Her blev f.eks. 20 pct. af galdestensoperationer på et sygehus efterfølgende fravalgt af patienten, mens 10 pct. var blevet klinisk irrelevante.

En mulige omstilling omfatter bedre og mere tydelige muligheder for at afvente igangsættelse af behandling, når det fagligt (og i samarbejde med patienten) vurderes, at en afventende tilgang er mest optimal. Der kan f.eks. foretages en præcisering af handlemulighederne inden for rammerne af garantiene. Dette kan både reducere overbehandling (og dermed opgavemængde og kompetencebehov) og være med til at forventningsafstemme patientens ønske om behandling, risici mv.

Overmedicinering

Omfanget af medicinering af særligt de mest skrøbelige og syge patienter udpeges som værende af betydeligt omfang. På et geriatrisk sengeafsnit omfattet af kortlægningen har den gennemsnitlige patient over syv forskellige samtidige sygdomme og er i behandling med over 10 forskellige lægemidler – ofte 20 og nogle gange op til 30. Interaktionsbilledet for en medicinsammensætning af dette omfang er så komplekst, at der er lave chance og ringe evidens for at forudse virkningen af det enkelte lægemiddel eller den samlede effekt.

Hypotesen blandt informanterne er, at det er væsentligt "lettere" for den enkelte læge og opleves mere "sikkert" at tilføje medicinering uden en tilsvarende justering i den øvrige medicin. Der peges på, at den dybe (sub-)specialisering i de lægelige specialer er en af grundene til en stigning i problemets omfang. Flere sundhedsprofessionelle bliver dygtigere til stadig mere afgrænsede områder, mens færre bliver i stand til og føler sig trygge ved at se på tværs og tage ansvar for den samlede behandlingsindsats.

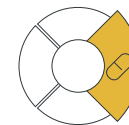
Derfor kan der med fordel ses på mulighederne for at ændre på ansvaret for at koordinere og vurdere den samlede medicinliste ved ordination af en ny medicinsk behandling. Det kan enten tydeliggøres, at det er lægeligt ansvar at koordinere med de øvrige specialer, eller der kan indføres obligatorisk involvering af andre kompetencer med særlig farmakologiske forudsætninger. En tredje mulighed, som er på lidt længere sigt, er at understøtte ordination og medicingennemgang med teknologiske værktøjer, f.eks. ved AI-understøttelse.

For højt behandlingsniveau i livets afsluttende fase

Flere i interviewprogrammet italesætter, at der er en generel tendens til, at behandlingsniveauet lægges på et for højt og vidtgående niveau for patienter i livets afsluttende fase. Det vurderes at skyldes, at patienterne ofte er i en situation, hvor de ikke selv er i stand til at vurdere fordele og ulemper ved et givent behandlingsvalg.

Kernen i problemet beskrives ofte tilknyttet manglende kompetencer hos de sundhedsfaglige til at initiere dialogen og tage en fælles beslutning om et passende behandlingsniveau med patienten og eventuelt pårørende. Når den dialog ikke tages rettidigt og på et oplyst grundlag, er der tendens til, at behandlingen fortsættes på trods af svære bivirkninger og med marginalt livsforlængende effekt.

Der peges også på mulighederne for at involvere andre fagligheder og personer med særlige kompetencer til at tage de svære samtaler.



Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering

Problem, omstillingsperspektiver og rationale (fortsat)

Nedprioritering på baggrund af sundhedsmæssig irrelevans

"Behovet for prioritering" har været et gennemgående tema hos informanterne i interviewprogrammet. Afsættet er en udbredt vurdering af, at sundhedsvæsenet i lyset af befolknings- og sygdomsudviklingen ikke kan opretholde det eksisterende niveau af behandlingstilbud. Blandt informanterne er der udbredt enighed om, at det kalder på en offentlig – og ikke mindst politisk – drøftelse af og stillingtagen til, hvad forventningerne til sundhedsvæsenet kan og skal være.

Flere af de interviewede påpeger, at det svære i et sådan prioriteringsarbejde som udgangspunkt *ikke* går på at identificere de dele af aktiviteten i sundhedsvæsenet, som er mindre værdiskabende. Den viden er allerede etableret i andre lande, med Canada som et nævnt eksempel der er kommet langt i "Choosing Wisely"-arbejdet, og den kunne med fordel lægges til grund for en mere eller mindre direkte implementering. Derudover peges der på, at det første og mindst komplicerede skridt er at identificere behandlinger, som kan fjernes helt fra det offentlige tilbud, herunder f.eks. udvalgte kosmetiske indgreb.

"Behovet for prioritering" handler i denne sammenhæng derfor om at få "ryddet" op i dele af aktiviteten i sundhedsvæsenet, som ikke skaber klinisk merværdi. Ud fra en kvalitativt funderet vurdering tyder det imidlertid ikke på, at det inden for en kort eller mellemlang tidshorisont bliver nødvendigt at foretage skarpe prioriteringer mellem klinisk relevante og økonomisk balancerede behandlinger. I forlængelse heraf bør der være en overvejelse af, om ordet "prioritering" i offentlig kommunikation kan konnotere til behovet for netop det. I så fald kan der være risiko for at få skabt en hæmsko for den mere overordnede ambition om at få ryddet ud i de dele af aktiviteten i sundhedsvæsenet, som reelt ikke er værdiskabende, eller hvor omkostningerne står i et groft misforhold til værdiskabelsen.

Strukturel indirekte eller direkte prioritering

Flere peger på mere strukturelt orienterede omprioriteringer, som kunne bidrage til at styrke robustheden i sundhedsvæsenet. En indirekte prioritering sker allerede i dag, ved den måde ressourcerne i sundhedsvæsenet fordeles på tværs af specialer, geografi, sektorer m.v. Et greb i prioriteringsopgaven kunne således fokusere på at skabe større tilgængelighed til sundhedsfaglige kompetencer i de områder, som er dårligst dækket i dag, og hvor arbejdsmarkedsdata viser, at der er størst udfordringer med at rekruttere plejepersonale, jf. afsnit 2.1. En mulig effekt heraf kunne være et reduceret behov for senere og mere vidtgående behandlingsbehov – og samtidig reduktion af uligheden i adgangen til sundhedsvæsenet. Informanter peger således på, at der visse steder i landet overbehandles grundet nem adgang til sundhedstilbud, mens der andre steder underbehandles grundet vanskelig og begrænset adgang til ressourcer og kompetencer.

Potentiale og tidshorisont

Der kan med en vis forsigtighed peges på, at i omegnen af 15-30 pct. af den samlede aktivitet i sundhedsvæsenet i dag er uhensigtsmæssig eller irrelevant. Tallet er et groft estimat baseret på internationale undersøgelser samt informanternes skøn af omfang af henholdsvis overbehandling og overmedicinering samt de afledte negative konsekvenser.*

Det er samtidig ikke tydeliggjort, hvordan denne aktivitet kan identificeres og eventuelt undgås. Dertil er sundhedsvidenskaben (endnu) for skønsbaseret og utilstrækkeligt evidensbelyst og –baseret. Endvidere har adfærd, politiske prioriteringer og befolkningsstemning stor betydning for, hvordan omfanget kan og skal vurderes.

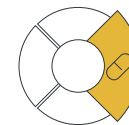
Taget disse usikkerheder og den helt centrale implementeringsudfordring i betragtning, er der grund til at være konservativ i potentiale vurderingen, særligt på kort sigt. Det betyder omvendt ikke, at der ikke er et potentiale forbundet med en reduktion af f.eks. fem pct. i den aktivitet, der har en neutral eller negativ nettoværdi for både patient og samfund. Dette både generelt og særligt i en situation med mangel på kompetencer. Samtidig må potentialet forventes at være væsentligt større på længere sigt, hvis der arbejdes systematisk med implementeringsudfordringerne.

DA VI SKULLE GENOPTAGE OPERATIONERNE EFTER COVID, VISTE DET SIG FOR NOGLE OPERATIONER, AT 20 PCT. AF PATIENTERNE IKKE LÆNGERE VAR INTERESSEREDE, OG YDERLIGERE 10 PCT. AF OPERATIONERNE VAR BLEVET KLINISK IRRELEVANTE. VI SNAKKER HER OM PATIENTER, SOM VAR BLEVET OPERERET, HVIS IKKE COVID HAVDE SAT BEHANDLINGSGARANTIER PÅ PAUSE.

Leder, sygehus



* Note: Se f.eks. "De-Implementing Wisely: Developing the Evidence Base to Reduce Low-value Care", 2020, Grimshaw et al. og "The Pitfalls of Overtreatment: Why More Care is not Necessarily Beneficial", 2020, Ooi



Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering

Implementeringsforudsætninger og -barrierer



Lovgivning og retningslinjer

Bekymringen for klage- og tilsynssystemet:

Mange respondenter indikerer, at en væsentlig årsag til unødvendig aktivitet i form af flere prøver, scanninger mv. er bekymringen for "at overse noget" og som resultat få en sag i tilsyns- og klagesystemet, fx i Styrelsen for Patientsikkerhed. Enkelte respondenter italesætter bekymringen meget stærkt (som "frygt") mens andre italesætter bekymringen i mindre stærke vendinger, om end bekymringen under alle omstændigheder italesættes som havende adfærdsmæssige konsekvenser som bidrager til unødvendig/uhensigtsmæssig aktivitet.

Det er væsentligt at observere, at respondenterne ikke refererer til omfang eller rimelighed af sager som årsag til den "defensive adfærd", men derimod primært til den psykologiske påvirkning, der følger af omtale, enkeltoplevelser og den generelle stemning. Dette bør derfor også lægges til grund for håndteringen af bekymringen fremadrettet.

Udregnings- og behandlingsgaranti: Garantierne kan i interaktion med patientens forventningsmæssige pres være med til at skabe et unødvendigt behov for tidlig behandling af problemer, som potentielt ville "gå i sig selv", eller som patienten ville fravælge efter kort venten.

Retningslinjer: Flere respondenter nævner, at nationale og lokale retningslinjer skubber behandlings-niveauet uhensigtsmæssigt op ud fra forestilling om "ideel behandling", som i praksis alligevel ikke kan udmøntes.



Ledelse og forandring

Ledelsesmæssigt fokus og mod:

Der er en betydelig ledelsesopgave forbundet med at sikre, at gældende arbejdsgange og praksisser er afstemt med nyeste viden, nye muligheder, m.v.

Det er en ledelsesopgave, som flere respondenter italesætter som værende meget udfordrende at løfte i et system domineret af stærke fagligheder. Samtidigt angiver flere, er implementeringsopgaven generelt set er væsentligt underprioriteret.



"Hvordan går du som ung leder ned til overlægen og siger, at det, han har gjort de sidste ti år, ikke virker? Det kræver altså noget mod"

- Direktør, sygehus



Forventningsmæssige pres

Store forventninger til behandling:

Mange respondenter fremhæver, at patientens efterspørgsel efter yderligere behandling, ofte med behandlingsgarantien i ryggen, er væsentligt bidragende til aktivitet, som ud fra et klinisk perspektiv vurderes unødvendigt. Hertil kommer en væsentlig tryghedsskabelse ved ekstra prøver eller undersøgelser.



Organisering og ressourcer

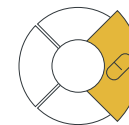
Strukturer der peger i retning af overbehandling:

Enkelte respondenter har påpeget, at eksisterende it-systemer kan forstærke problemet med overbehandling ved f.eks. at gøre det unødigt svært at begrænse bestilling af blodprøver. Disse systemer er designet ud fra en logik om at gøre bestillinger til flere dage så let som overhovedet muligt.

Accelererede forløb: Enkelte respondenter peger på, at dele af den "unødvendige" aktivitet på nogle måder er et "nødvendigt onde" og en konsekvens af en helgardering, da ressourcemanglen og tidspresen kan øge risikoen for at noget alvorligt bliver overset. Hermed bliver det at foretrække at foretage lidt for mange prøver end for få.

Manglende adgang til data på tværs af sektorer:

Flere respondenter fremhæver, at den manglende og dårlige adgang til patientdata på tværs af sektorer ligeledes er med til at drive et behov for yderligere undersøgelser. Hver gang en patient skifter arena, forsvinder viden fra seneste undersøgelser ofte, hvorfor de alle ofte skal foretages igen.



Case: "Tag snakken"

Patienterne på de geriatriske sengeafsnit er skrøbelige med gennemsnitligt syv samtidige sygdomme og er i behandling med 10-20 medicinske præparater – jævnligt endnu flere. Det er velkendt, at mange af disse patienter i det sidste leveår vil have gentagne og ofte belastende, stressende og utrygge indlæggelser og genindlæggelser. Geriatrisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital oplever jævnligt, at patienterne er kommet i en indlæggelses- og behandlingsmølle, som patienten ikke selv ville have valgt, hvis der havde været taget kompetente og rettidige snakke om livets sidste fase og behandlingsforløbet op til livets afslutning.



"Forlænger vi livet - eller forlænger vi døden?"

– Ledende overlæge, AAUH

Hvad har de gjort?

På Geriatrisk Afdeling arbejder man aktivt med at "tage snakken" med de sygeste og mest skrøbelige patienter om behandlingsniveauet og -forløbet i livets afslutning. Målet er, at der med kompetent og rettidig dialog kan "interveneres" i indlæggelsesfrekvensen i den sidste fase af livet, så behandlingsforløb og livets afslutning er afstemt med patientens egne ønsker.

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

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

Forudsætninger og oplevede barrierer

Den væsentligste forudsætninger for, at denne model kan bringes i spil, handler ifølge ledelsens vurdering om følgende:

- **Kompetencer:** At "tage snakken" om ønsker til livets afslutning – og tilrettelæggelse af behandlingsforløbet derefter - er først og fremmest et kompetencemæssigt spørgsmål. Der er i Aalborg gode erfaringer med et tværfaglig team sammensat af geriater, plejepersonale samt fysio- og ergoterapeuter, der sammen bidrager til en nuanceret vurdering og snak om behandlingsmuligheder og –rationale.
- **Behandlingsansvar:** Det vurderes nødvendigt – med de nuværende rammer for almen praksis – at behandlingsansvaret forankres på sygehuset mhp. at sikre handlerum hos de læger, som har den løbende dialog med patienten. Ansvarret kan gives tilbage til almen praksis.
- **Samarbejde mellem sygehus og kommune:** Den proaktive opsøgning af de borgere, for hvem snakken om livets afslutning er væsentligst, forudsætter tilstedeværelse i de kommunale arenaer, hvor borgerne oftest befinder sig. I Aalborg er det sikret ved, at Aalborg Kommune 'køber' en geriater fra AAUH til stuegang på akutpladserne.

RESULTATER

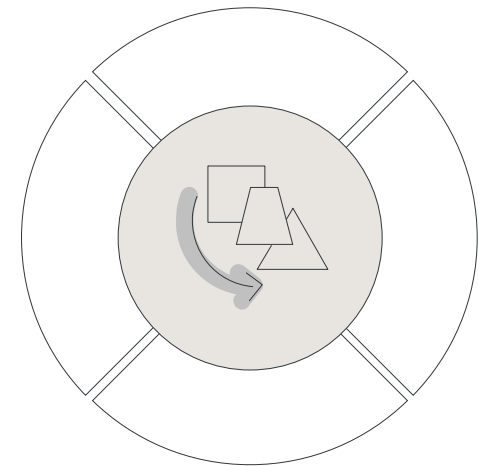
Der vurderes at være to primære resultater:

- **Færre indlæggelser** på AAUH for de patienter tilknyttet det udkørende ambulatorium
- **Større ro og tryghed** i personalegrupperne på de kommunale institutioner, som AAUH samarbejder med.

POTENTIALE OG PERSPEKTIV

Hvis sundhedsvæsenet som helhed skal være dygtigere til at tilrette behandlingsniveau og behandlingsforløb efter patienternes egne ønsker til livets afslutning, er der nogle fundamentale spørgsmål om sygehusenes og de kommunale døgnpladseres respektive roller for disse patientgrupper i fremtiden. Et perspektiv er at tænke den kommunale sengekapacitet mere i retning af et "geriatrisk hospital" med langt bedre adgang til de lægefaglige geriatriske kompetencer, og hvor pleje, behandling og behandlingsniveau tilrettelægges på de ældres præmisser.

3.5 LOKAL ORGANISERING OG INCITAMENTER





Lokal organisering og incitament

Den overordnede problem og omstillingsperspektiv

Udfordringerne for sundhedsvæsenet er af et sådan omfang, at vanskelighederne med at få enderne til at mødes opleves tydeligt og vedholdende i det daglige arbejde. Tidligere anvendte effektiviseringsgreb har kun i begrænset omfang haft en virkning, og nogle af disse opleves endda at forværre situationen og mulighederne for at håndtere dem på anden vis.

Flere informanter har udtrykt undren over, at man ikke tidligere har erkendt behovet for fundamentalt at ændre den måde, sundhedsopgaverne løses på. I forlængelse heraf nævner flere også, at det nødvendigvis må være helt nye greb og kompetencer, der skal bringes i anvendelse for at overkomme arbejdskraft- og kompetencemanglen.

Udgangspunktet for en sådan gennemgribende omstilling er et sundhedsvæsen, som på flere måder er præget af historiske faggrænser, fagidentiteter, traditioner, kulturer samt ledelses- og organisationsformer præget af hierarki og udsprunget af en tanke om industriel produktion.

Der er på tværs af interviewprogrammet en udtalt og påfaldende samstemmig italesættelse af sundhedsvæsenet som værende trægt at omstille. Her nævnes, at det er præget af en udstrakt grad af forandringsaversion, stærke traditioner og kontraproduktive hierarkier (når det kommer til nye måder at løse opgaverne på).

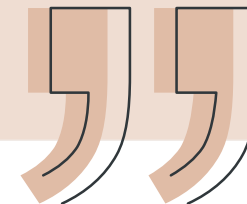
Det står derfor tydeligt frem, at der skal skabes nye organisationsformer og introduceres en ny type ledelse, der er attraktiv for både nutidens og fremtidens medarbejdere, og som understøtter og fremmer implementering, nytænkning og reel fælles og individuel ansvarlighed. Sidstnævnte skal ses som en nødvendighed for at reducere behovet for kontrol, unødigt bureaukrati og dokumentation, som i sig selv dræner sundhedsvæsenet for ressourcer. Dette skal også ses i et større perspektiv, hvor særligt de yngre generationer af medarbejdere ikke kan fastholdes af sådanne organisationer.

Ovenstående kan fungere som grundlag for at skabe organisationer som ikke fastholder status quo men derimod fremmer nysgerrighed, nytænkning og omstilling og består af individer.

Der kan peges på en lang række af specifikke omstillingsbehov, men i denne sammenhæng er der i det følgende lagt vægt på tre behov, der i særlig grad er blevet udpeget igennem interviewprogrammet.

**DER ER INGEN NÆRING
TILBAGE I SYSTEMET.
DET ER EN ØRKEN-
VANDRING UDEN LIGE.
DET HANDLER IKKE OM AT
TILFØRE PATIENTER OMSORG
FØR OG EFTER EN BEHANDLING.
RETTIDIG DOKUMENTATION
STÅR FØR RETTIDIG
BEHANDLING OG PLEJE**

Leder, sygehus





Lokal organisering og incitament

Specifikke problemer og omstillingsperspektiver

Attraktive arbejdspladser

Der peges tydeligt på behovet for skabe – eller genetablere - sundhedsvæsenet som en attraktiv arbejdsplads. Flere informanter påpeger i overensstemmelse med mere generelle udviklingstendenser i samfundet og forskningen på området, at medarbejdernes krav til arbejdslivet er under forandring. Dette kommer til udtryk gennem større krav til fleksibilitet og involvering samt medindflydelse på arbejdstid og –form.

Dele af disse forventninger anses som værende svære at forene med de aktuelle, grundlæggende præmisser i sundhedsvæsenet, hvor døgnbemanding og akutte opgaver ofte nævnes som årsager til, at arbejdsformer og ledelsesformer vanskeligere lader sig ændre. Bevægelsen er dog allerede i gang, og der er flere eksempler på, at faggrupper har givet udtryk for ønsker om andre og nye rammer for bedre at kunne balancere arbejdsliv og fritid. Derfor er det grundlæggende nødvendigt at finde nye måder at arbejde sammen på.

Mindre hierarki, færre ledelsesbeslutninger og mere fælles ansvarlighed

Den nødvendig bevægelse omfatter en udvikling mod færre detailbeslutninger fra ledere til fordel for mere rammeledelse, der skaber rum for, at medarbejderne individuelt og sammen kan og vil finde de veje, der på bedste måde balancerer de individuelle ønsker og behov samtidig med, at den fælles opgave løses på ansvarlig vis med højest mulig kvalitet. To eksempler på, hvordan der kan arbejdes med "udfordringen med vagtbyrden" som en fælles opgave på tværs af sundhedsvæsenet, nævnes af flere informanter:

- **Fordeling af vagtbyrde:** Vanskelighederne med at bemande opgaver i vagttid skyldes bl.a. en tidligere tendens til at skabe såkaldt "luksusstillinger" uden vagtforpligtelser for at holde på erfarne medarbejdere. Det betyder, at der reelt set er færre medarbejdere til at dække vagter, og med stigende rekrutteringsudfordringer og ubesatte stillinger bliver denne udfordring så stor, at det bliver en selvstændig årsag til, at kompetente medarbejdere søger væk. Der arbejdes derfor flere steder med bred fordeling af vagtbyrden (se eksempel i casebeskrivelsen på efterfølgende side), hvor stort set ingen har vagtfri ansættelse. Det italesættes her som nødvendigt, at denne bevægelse gennemføres på tværs af hele sundhedsvæsenet, så der ikke blot sker flugt fra de steder, som eksperimenterer med at fordele vagtarbejdet anderledes.
- **Fælles ansvarlighed i vagtplanlægningen:** Flexibilitet og medindflydelse på vagtplanlægningen er ifølge flere informanter væsentlige faktorer for medarbejdernes arbejdstilfredshed og motivation. Det efterspørges, at der i langt højere grad skabes rum til, at vagtopgaven gøres til en fælles opgave, medarbejderne sammen skal finde en løsning på. En sådan bevægelse mod mere fælles ansvarlighed i vagtplanlægningen skal ses i sammenhæng med måden, der bedrives ledelse på, hvor ledelsen har ansvar for at skabe reelle muligheder og ansvar for, at medarbejderne i fællesskab kan få enderne til at mødes i dagligdagen.

Implementeringskraft og incitament, der fremmer forandring

Blandt informanterne er der en udbredt erkendelse af, at implementering af nye løsninger er en vanskelig, krævende og alt for langvarig proces, der ofte ikke er succesfuld. Der er tidligere i denne rapport peget på en række forskellige årsager og mulige løsningsveje på det mere strukturelle plan. Også på det lokale niveau påpeges udviklingsperspektiver, som kan være til bredere inspiration.

Flere informanter nævner behovet for at indføre incitament til forandring og implementering frem for de aktuelle, der primært virker konserverende. I denne sammenhæng nævnes det traditionelle hierarki, retningslinjer, nulfejlskultur og eksisterende styringspraksis som faktorer, der gør organisationerne enkeltvis og samlet set forandringsresistente. Der er derfor en bred efterspørgsel efter:

- 1) Alternative tilgange og incitament der fremmer forandring, og som samtidig gør "nye løsninger" mindre risikofyldte at anvende end eksisterende.
- 2) Mod i det samlede ledelsessystem i sundhedsvæsenet og de tre tilknyttede politiske niveauer til at efterspørge og understøtte lokal ledelse og incitament, der "peger i den rigtige retning". Der er bred enighed om, at det er nødvendigt at skabe organisationer, som er modtagelige for forandringer, og at dette i meget vid udstrækning indebærer en understøttende styringspraksis, ledelsesadfærd og incitamentsstruktur.

Potentiale og tidshorisont

Dette udviklingsperspektiv har en anden karakter end de fire øvrige i rapporten. De udpegede forandringsbehov har derfor ikke i sig selv et potentiale, der er meningsfuldt at folde ud. I stedet er der tale om udviklinger, der skal anskues som grundlæggende forudsætninger for, at sundhedsvæsenet fremadrettet skal være robust, moderne og følge med både den demografisk og teknologiske udvikling, udviklingen i medarbejdernes forventninger og krav samt forventninger og krav til sundhedsvæsenet fra befolkning og dermed også politisk niveau.

"Vi skal til at fokusere på arbejdslivet, vilkår og arbejdsglæde. Det kræver en større håndtering af medarbejderne og en justering af vilkårene, så arbejdet opleveres meningsfuldt igen."

- Direktør, region





Case: Fordeling af vagtbyrden på Odense Universitetshospital

OUH har - ligesom resten af sundhedsvæsenet - oplevet udfordringer med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. Udfordringen har været mest udtalt i funktioner med tung vagtbyrde. Sygehuset har i erkendelse af en stigende sårbarhed i en længere årrække haft fokus på at skabe større fleksibilitet i anvendelsen af sygeplejerskerne, men indsatserne har været svære at implementere bredt og i bund. I 2022 blev der gjort en fornyet indsats for at revitalisere arbejdet.



"Det er ikke et kompromis med dybdefaglighed men kan i virkeligheden styrke fagligheden"

– Leder, OUH

Hvad har de gjort?

Revitaliseringen af indsatsen med at styrke rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker står på flere "ben":

For det første har man på tværs af hele OUH indført et princip om en mere ligelig fordeling af vagtbyrden. Det er udmøntet sådan, at alle nye stillinger som minimum skal have 1/3 funktion i et sengeafsnit eller tilsvarende aften-, nat- og weekendvagter i andre funktioner. Der er således ingen nyansættelser med funktion alene i et ambulatorium. Ambitionen er, at personalet højst har vagt hver 3. weekend i funktioner, hvor aktuel tilgængelighed af specialstressourcer tillader det.

For det andet skal ansatte i sundhedsfaglige udviklings-, forsknings- og projektfunktioner have mindst halvdelen af deres tid i klinikken. Det indebærer dels, at medarbejdere, som tidligere ville have været "længere væk" fra klinikken, bidrager til at løse kliniske opgaver, og dels at flere medarbejdere kan tage del i forsknings- og udviklingsarbejdet og dermed også styrke deres faglighed.

Alle medarbejdere har fortsat en entydig personalemæssig reference til én leder i det afsnit, hvor medarbejderen har størstedelen af sin arbejdstid.

De nye principper for kliniske stillinger gælder for alle nyansættelser opslået efter 31. august 2022, herunder også interne skift.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Der er flere væsentlige forudsætninger og barrierer for omstillingen, herunder:

- Stillinger på tværs af ambulatorier og sengeafsnit – og i mindre grad på tværs af afdelinger - gør, at ledelsesansvaret og planlægningsarbejdet bliver mere kompliceret, og omstillingen forudsætter således et stærkt samarbejde på tværs af funktionerne, også ledelsesmæssigt.
- Der er et væsentligt behov for dialog om de konkrete udmøntninger og samarbejder mellem funktioner (og evt. afdelinger) inden ændringerne implementeres. Der er på OUH lagt vægt på, at indsatserne ikke kompromitterer mulighederne for at tage individuelle hensyn til enkelte medarbejders aktuelle livssituation.
- Der har været behov for at gentænke introduktionen til nye medarbejdere, så de er bedre klædt på til at håndtere en hverdag, der både kan være i ambulatorie og på sengeafsnit.

På OUH er det samtidig oplevelsen, at nogle af de potentielt sværeste udfordringer ved implementeringsprocessen er blevet afværget ved alene, at gøre principperne gældende for nyansættelser og interne jobskifte, så forventningerne til, hvordan medarbejderne skal arbejde, afstemmes i ansættelsessituationen.



RESULTATER

Det ses nu, at der på de afdelinger, som er længst fremme med at implementere tiltaget, at flere indgår i vagtarbejdet.

Der er endvidere foreløbige tegn på, at indsatsen bidrager til større arbejdsglæde og faglig mening. Som eksempel er der gode erfaringer med at få erfarne sygeplejersker i vagt på sengeafsnit, hvor flere har udtrykt, at de ser værdi i at få bragt deres erfaring og kompetence i spil på sengeafsnit med mange nyuddannede.

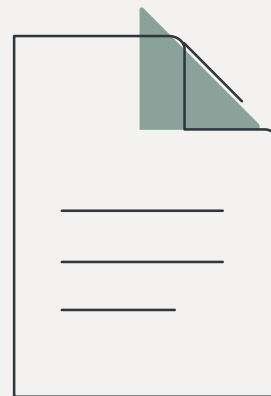


POTENTIALE OG PERSPEKTIV

På OUH er perspektivet på den korte bane først og fremmest rettet mod større udbredelse inden for sygehuset, så flere ansatte tager del i vagtbyrden.

Samtidig er der et spørgsmål om "konkurrence" med øvrige lokale sygehuse. Der kan på sigt f.eks. tænkes i fælles løsninger på tværs af region(er), så det fremover er et grundvilkår for (størstedelen) af personalet, at vagtbyrden skal fordeles mere ligeligt.

5. BILAG



Bilag 1. Informanter

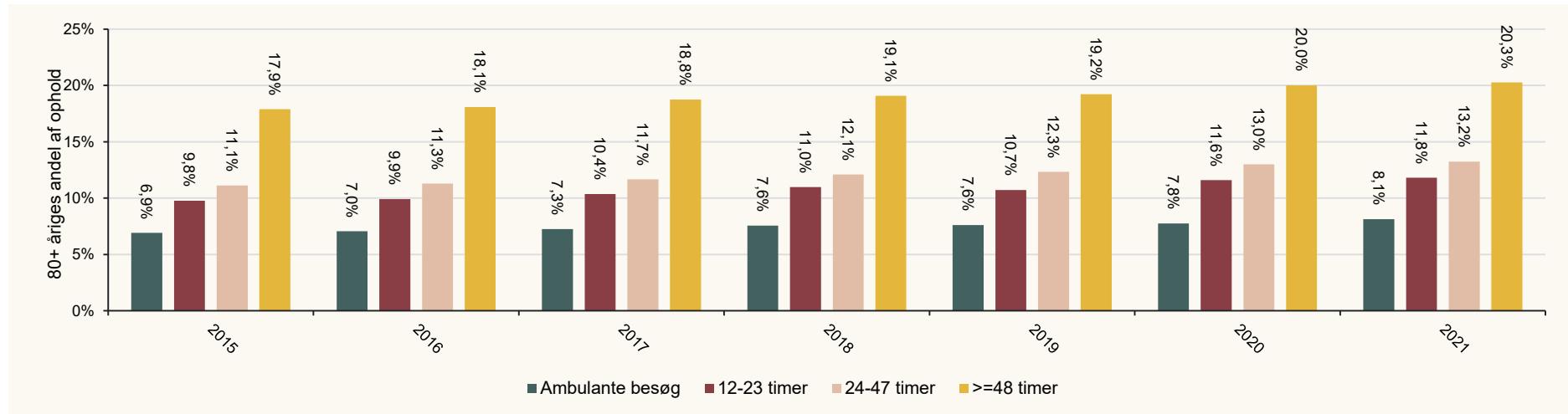
Sektor	Organisation	Navn	Stilling
Psykiatri	Region Hovedstaden	Martin Lund	Direktør, Psykiatrien
Psykiatri	Region Hovedstaden	Lone Bjørklund	Vicedirektør i Psykiatrien
Psykiatri	Region Syddanmark	Marie Paldam Folker	Centerchef i Telepsykiatri
Sygehus	Amager Hvidovre Hospital	Hanne Højland Keller	Chefsygeplejerske, Akutmodtagelsen
Sygehus	Amager Hvidovre Hospital	Annette Madsen	Chefsygeplejerske, Medicinsk afdeling
Sygehus	Amager Hvidovre Hospital	Tine Karbo	Chefsygeplejerske, Gastroenheden
Sygehus	Holbæk Sygehus	Dan Brun Petersen	Vicedirektør
Sygehus	Hvidovre og Amager Hospital	Birgitte Rav Degenkov	Hospitalsdirektør
Sygehus	Nordsjællands Hospital	Bente Ourø Rørth	Hospitalsdirektør
Sygehus	Nordsjællands Hospital	Merethe Ørtoft	chefsygeplejerske, lunge- og infektionsmedicinsk afdeling
Sygehus	Nykøbing Falster Sygehus	Inge Paamejer	Sygeplejefaglig vicedirektør
Sygehus	Odense Universitetshospital	Niels Nørregård Pedersen	Hospitalsdirektør
Sygehus	Odense Universitetshospital	Hanne Vestergaard og Ditte Therkildsen	Cheflæge og chefsygeplejerske, Hæmatologisk Afdeling
Sygehus	Odense Universitetshospital	Mathilde Schmidt-Petersen	Sygeplejefaglig direktør
Sygehus	Regionhospitalet Horsens	Mette Ringved	Sygeplejefaglig direktør
Sygehus	Regionshospitalet Gødstrup	Rikke Degn	Sygeplejefaglig direktør
Sygehus	Regionshospitalet Horsens	Kirsten LøthLys Dahl	Oversygeplejerske
Sygehus	Rigshospitalet	Bjarke Dyhrberg Højbjerg	Økonomi- og planlægningsafdeling
Sygehus	Sjællands Universitetshospital	Niels Würglér Hansen	Sygehusdirektør
Sygehus	Sjællands Universitetshospital	Sara Dyrman Elsøe	Overlæge, speciallæge i almen medicin
Sygehus	Sjællands Universitetshospital	Morten Ziebell	Lægefaglig vicedirektør
Sygehus	Sjællands Universitetshospital, Køge	Ole Hamberg	Ledende overlæge
Sygehus	Sygehus Lillebælt	Hanne Andersen	Sygeplejefaglig direktør
Sygehus	Sygehus Lillebælt	Anne Friesgaard Christensen	Cheflæge, medicinske sygdomme og akutafdelingen
Sygehus	Aalborg Universitetshospital	Lisbeth Lagoni	Sygeplejefaglig direktør
Sygehus	Aalborg Universitetshospital	Stig Andersen	Ledende overlæge, ph.d., professor ved Geriatrisk afdeling
Sygehus	Aarhus Universitetshospital	Susanne Lauth	Sygeplejefaglig direktør
Kommune	Haderslev	Rolf Dalsgaard Johansen	Direktør for Social og Sundhed
Kommune	Lynby-Taarbæk	Charlotte Østerby og Sine Dupont	Sekretariatschef og hjemmesygeplejerske, Center for Sundhed og Omsorg
Kommune	Odense	Margrethe Kusk Pedersen	Chef for Ældre- og Handicap
Kommune	Aalborg	Carsten Møller Beck & Michael Friis Larsen	Sundhedschef og sekretariatetschef
Kommune	Egedal	Søren Trier Høisgaard og Tina Wils	Velfærdsdirektør og centerchef
Kommune	Faaborg-Midtfyn	Siggi Kristoffersen	Vicekommunaldirektør
Kommune	Horsens	Lone Zacho og Malene Blæsbjerg	Hjemmeplejeledere
Kommune	Kolding	Tina Andersen	Chef for Sygepleje, Hjemmehjælp, Uddannelse og kvalitet
Kommune	Lynby-Taarbæk	Kristina Bartholin og Ane Trap	Sygeplejeleder og udviklingsterapeut, Trænings- og Rehabiliteringscentret
Region	Danske Regioner	Rikke Magrethe Friis	Forhandlingsdirektør
Region	Region Sjælland	Mahad Mussa Huniche	Direktør for data og udviklingsstøtte (PreCare)
Region	Region Hovedstaden	Jonas Egebart	Direktør, Region Hovedstadens akutberedskab
Region	Region Hovedstaden	Dorthe Gylling Crüger	Koncerndirektør
Region	Region Midtjylland	Pernille Blach Hansen	Regionsdirektør
Region	Region Sjælland	Jesper Gyllenborg	Koncerndirektør
Region	Region Sjælland	Trine Hedegaard Holgersen	Direktør for Det Nære Sundhedsvæsen
Region	Region Syddanmark	Jane Kraglund	Regionsdirektør
Patientforening	Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Ove Gaardboe	Chefkonsulent, overlæge
Patientforening	Hjerteforeningen	Anne Kaltoft	Adm. Direktør, hjerteforeningen og styregruppeformand(/-kvinde) for "Vælg Klogt"
Universitet	Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU	John Brandt Brodersen	Professor, Afdeling for Almen Medicin
Universitet	Aalborg Universitet, Center for Almen Medicin	Janus Laust Thomsen	Klinisk professor

Bilag 2. Litteraturliste ang. fremtidstendenser

- 4 Day Week Global (2022). "UK Companies in 4 Day week Pilot Reach Landmark Halfway Point". Udgivet på eget site. Link: <https://www.4dayweek.com/news-posts/uk-four-day-week-pilot-mid-results>
- Alt om Data (2021). "De digitale tvillinger vokser sig større". Udgivet på eget site. Link: <https://www.altomdata.dk/de-digitale-tvillinger-vokser-sig-stoerre/>
- Arnold, Adam (2014). "Technology and Individuality". Udgivet på The Partially Examined Life. Link: <https://partiallyexaminedlife.com/2014/04/03/technology-and-individuality/>
- Berman, Alison E. (2016). "Technology Feels Like It's Accelerating". Udgivet på Singularity Hub. Link: <https://singularityhub.com/2016/03/22/technology-feels-like-its-accelerating-because-it-actually-is/>
- Cadence (2021). "Hyper Connectivity & You". Udgivet som rapport af Cadence selv. Link: https://www.cadence.com/content/dam/cadence-www/global/en_US/documents/solutions/hyperconnectivity-and-you-hyperscale-computing-report.pdf
- Dagens Medicin (2022). "Delestillinger gør det muligt at kombinere klinik og forskning". Link: <https://dagensmedicin.dk/delestillinger-goer-det-muligt-at-kombinere-klinik-og-forskning/>
- Dansk Industri (2022). "Forstå kunstig intelligens". Udgivet på eget site. Link: <https://www.danskindustri.dk/vi-radgiver-dig/forretningsudvikling/digitalisering-og-innovation/grib-nye-teknologier/kunstig-intelligens/>
- Deloitte (2016). "Top 10 health care innovations – achieving more for less". link: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-top-10-health-care-innovations-web-friendly.pdf>
- Deloitte (2019). "The Deloitte Consumer Review: Made-to-order: The rise of mass personalisation". Udgivet på eget site. Link: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/consumer-business/ch-en-consumer-business-made-to-order-consumer-review.pdf>
- Deloitte (2022). "A whole new world?". Udgivet på eget site. Link: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/technology/us-ai-institute-what-is-the-metaverse-new.pdf>
- DeMonaco et al (2019): When Patients Become Innovators, MIT Sloan Management Review. Link: https://research-api.cbs.dk/ws/portalfiles/portal/60163741/pedro_oliveira_et_al_when_patients_become_innovators_publishersversion.pdf
- European Commission (2022). "Hyperconnectivity & IoT". Udgivet på Competence Centres on Foresight. Link: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/foresight/topic/accelerating-technological-change-hyperconnectivity/hyperconnectivity-iot-digitalisation_en
- European Parliament (2022). "Artificial intelligence: threats and opportunities". Udgivet på eget site. Link: <https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/society/20200918STO87404/artificial-intelligence-threats-and-opportunities>
- Ferguson, Alan (2018). "Exoskeletons and injury prevention". Udgivet af Safety+Health. Link: <https://www.safetyandhealthmagazine.com/articles/17370-exoskeletons-in-the-workplace>
- Gartner (2021). "Forecast Analysis: Wearable Electronic Devices, Worldwide". Udgivet på eget site. Link: <https://www.gartner.com/en/documents/3995162>
- GFCGlobal (2022). "Wearable technology". Udgivet på eget site. Link: <https://edu.gcfglobal.org/en/wearables/pros-and-cons-of-wearable-technology/1/>
- Harvard University (2022). "SMART Genomics". Eget site. Link: <https://projects.iq.harvard.edu/smartgenomics>
- IBM. "How does a digital twin work". Udgivet på eget site. Link: <https://www.ibm.com/topics/what-is-a-digital-twin>
- Industry Today (2016). "The Collaborative Commons". Udgivet på eget site. Link: <https://industrytoday.com/the-collaborative-commons/>
- KU (2018): 120 millioner kroner til to SUND forskningsprojekter i big data, link: https://nyheder.ku.dk/alle_nyheder/2018/01/120-millioner-kroner-til-to-sund-forskningsprojekter-i-big-data/
- Københavns Universitet (2022). "Et menneskeligt bæredygtigt samfund kræver, at vi aktiverer vores viden om mental sundhed". Debatindlæg, udgivet på eget site. Link: <https://samf.ku.dk/presse/kronikker-og-debat/et-menneskeligt-baeredygtigt-samfund-kræver-at-vi-aktiverer-vores-viden-om-mental-sundhed/>
- Lederindsigt (2022): Generation Z, Nye medarbejdere, nye udfordringer og nye muligheder. link: <https://lederindsigt.dk/vaerktoejer-skabeloner/ledelse-og-organisation/generation-z-nye-medarbejdere-nye-udfordringer-og-nye-muligheder/>
- Luscombe, Belinda (2022). "The Office As We Know It Is Over," Says Airbnb CEO Brian Chesky". Udgivet på TIME site. Link: <https://time.com/6174653/airbnb-ceo-brian-chesky-interview/>
- Markets and Markets (2022). "Digital Twin Market by Enterprise, Application and Geography - Global Forecast to 2027". Udgivet på eget site. Link: <https://www.marketsandmarkets.com/Market-Reports/digital-twin-market-225269522.html>
- Marr, Bernard (2022). "How To Use Real-Time Data?". Udgivet af Forbes. Link: <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2022/03/14/how-to-use-real-time-data-key-examples-and-use-cases/?sh=73c3e0d07f4d>
- Marr, Bernard (2022). "The best examples of digital twin technology everyone should know about". Udgivet af Forbes. Link: <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2022/06/20/the-best-examples-of-digital-twins-everyone-should-know-about/?sh=518d18d5225f>
- McKinsey (2021). "The value of getting personalization right—or wrong—is multiplying". Udgivet på eget site. Link: <https://www.mckinsey.com/capabilities/growth-marketing-and-sales/our-insights/the-value-of-getting-personalization-right-or-wrong-is-multiplying>
- McKinsey (2022). "The Great Attrition is making hiring harder. Are you searching the right talent pools?". Udgivet på eget site. Link: <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/the-great-attrition-is-making-hiring-harder-are-you-searching-the-right-talent-pools>
- Medtronic (2022). "Titan Endoskeleton. Interbody Science". Udgivet på eget site. Link: <https://www.medtronic.com/us-en/healthcare-professionals/therapies-procedures/spinal-orthopaedic/interbody-science/interbody-technology/titan-endoskeleton.html>
- Mesko, Bertalan et al (2022): "Patient Design: The Importance of Including Patients in Designing Health Care". Link: <https://www.jmir.org/2022/8/e39178>
- Meta (2021). "Introducing Horizon Workrooms: Remote Collaboration Reimagined". Udgivet på eget site. Link: <https://about.fb.com/news/2021/08/introducing-horizon-workrooms-remote-collaboration-reimagined/>
- Oxford Academic (2021): "Point-of-care testing technologies for the home in chronic kidney disease: a narrative review". Link: <https://academic.oup.com/ckj/article/14/11/2316/6240976>
- Parkinson's Life (2022): How a TikTok video inspired a new pill bottle design for Parkinson's disease, link: <https://parkinsonslife.eu/tiktok-pill-bottle-parkinsons/>
- Patient Innovation (2022), link: <https://patient-innovation.com/>
- Piotrkowicz et al (2021): Data-driven Exploration of Engagement with Workplace-based Assessment in the Clinical Skills Domain. Link: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40593-021-00264-0>
- Ranadivé, Vivek (2013). "Hyperconnectivity: The Future Is Now". Udgivet på Forbes. Link: <https://www.forbes.com/sites/forbestechcouncil/2013/02/19/hyperconnectivity-the-future-is-now/?sh=2798bf4830ad>
- Ringel, Gal (2021). "Rethinking Privacy: The Road To Data Ownership". Udgivet af Forbes. Link: <https://www.forbes.com/sites/forbestechcouncil/2021/08/02/rethinking-privacy-the-road-to-data-ownership/?sh=2d2c63f0581e>
- Thorup, Mikkel (2014). "Træk en sandhed i automaten". Udgivet af Information. Link: <https://www.information.dk/moti/2014/10/traek-sandhed-automaten>
- Translational Health Science and technology institute (2022): Mission and Vision. Link: <https://thsti.res.in/newthsti/en/Info/mission-vision>
- Ugeskriftet (2018): "Sig goddag til patientens digitale tvilling", link: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/sig-goddag-til-patientens-digitale-tvilling>
- Unity Health Toronto (2022): Seamless Care Optimizing the Patient Experience (SCOPE), link: <https://unityhealth.to/areas-of-care/scope/>
- World Health Organization (2020). "Genomics". Udgivet på eget site. Link: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/genomics#>
- Wright, Gavin (2022). "VUCA (volatility, uncertainty, complexity and ambiguity)". Udgivet på TechTarget. Link: <https://www.techtarget.com/whatis/definition/VUCA-volatility-uncertainty-complexity-and-ambiguity>

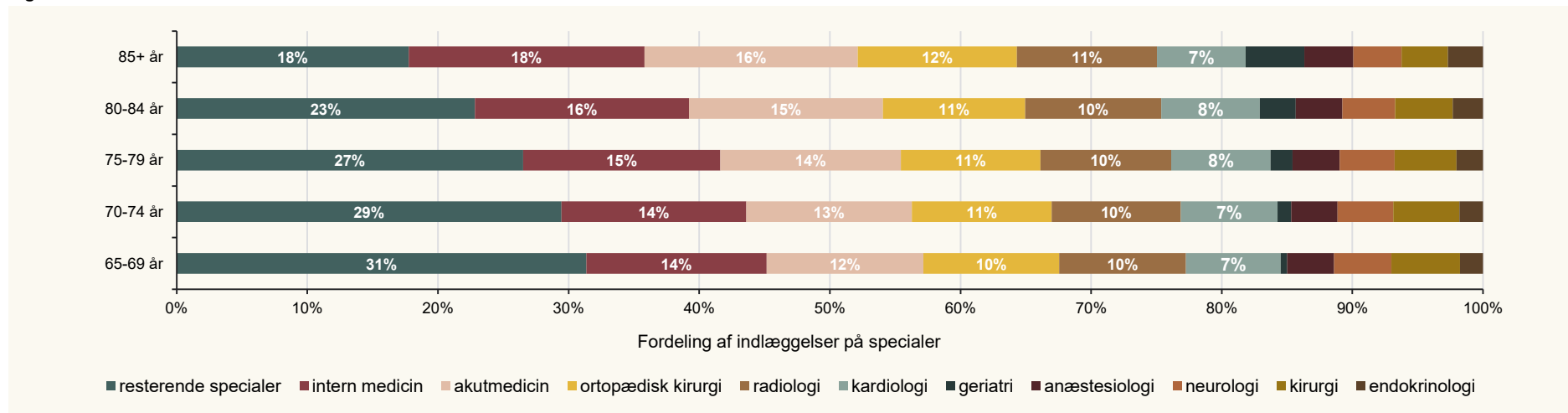
Bilag 3.1. Supplerende data

Figur B1. 80+ årige patienters andel af forskellige varigheder af ophold, 2015-2021



Kilde: eSundhed

Figur B3.



Kilde: eSundhed

Note: Er en patient tilknyttet flere specialer på et givent ophold, vil opholdet tælle med inden for hvert speciale

Bilag 3.2. Supplerende data

Figur B5. Gennemsnit, minimum og maksimum sengedagsomkostning opdelt på speciale efter egen oversættelse fra afdelingsnavne, 2022

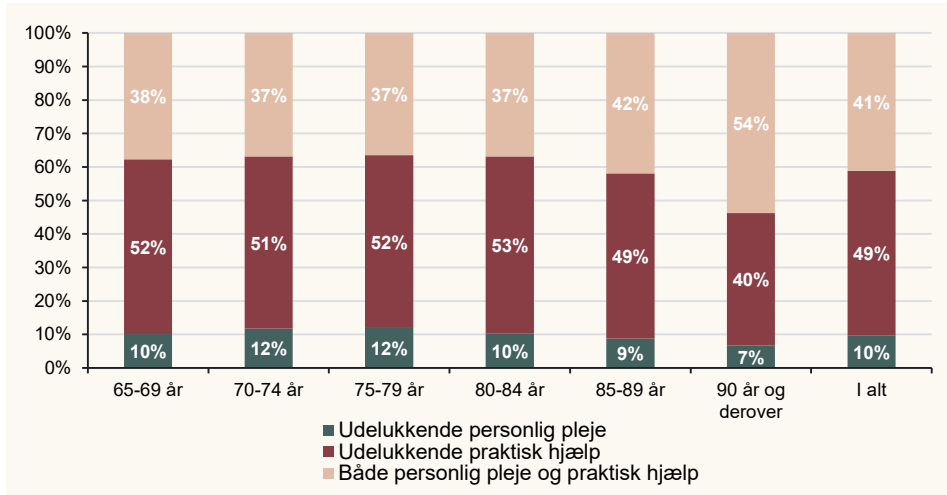
Speciale	Gns. Sengedagsomkostning	Min. sengedagsomkostning	Maks. sengedagsomkostning	Antal afdelinger i data
Pædiatri	7.002	2.996	13.272	32
Neurologi	6.105	3.522	13.308	34
Reumatologi	6.086	2.621	21.164	12
Lungesygdomme	5.756	2.683	18.611	18
Intern medicin	5.756	3.753	11.598	27
Klinisk onkologi	5.656	4.008	8.434	11
Gynækologi og obstetrik	5.331	1.328	18.650	39
Medicinsk gastroenterologi	5.324	3.153	6.665	16
Plastikkirurgi	5.193	802	9.060	14
Kirurgi	5.164	3.014	7.269	22
Endokrinologi	5.155	2.771	6.934	14
Geriatrici	5.119	2.824	6.538	14
Ortopædisk kirurgi	4.854	2.034	8.634	40
Kardiologi	4.750	3.069	6.682	24
Kirurgisk gastroenterologi	4.271	3.153	6.085	13
Akutmedicin	4.095	2.865	6.352	20

Kilde: Dataudtræk fra Omkostningsdatabasen foretaget af Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger

Note: Sengedagsomkostningerne bør være ekskl. medicin og særligt dyre ydelser, men ikke alle sygehuse anvender et fordelingsregnskab, der er finmasket nok til at undgå dette, hvorfor sengedagsomkostningen ikke nødvendigvis en-til-en er udtryk for plejetyngden.

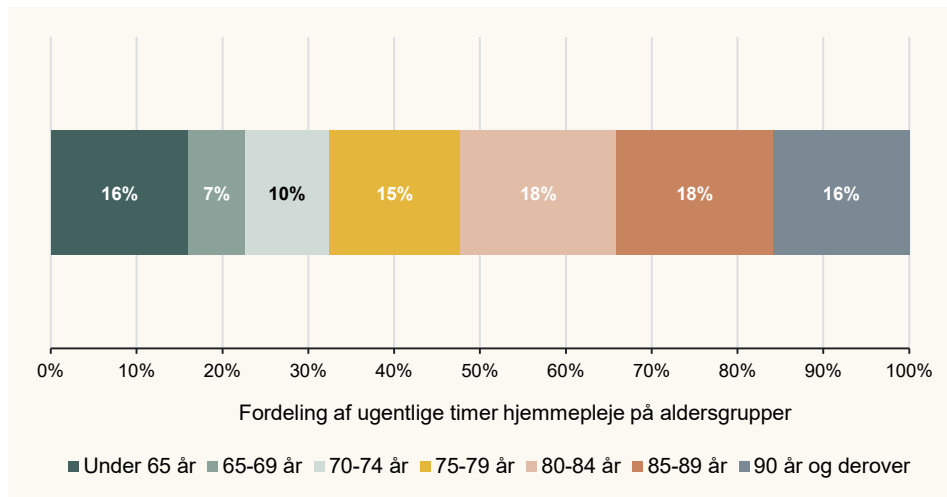
Bilag 3.3. Supplerende data

Figur B6. Fordeling af hjemmeplejeydelser på aldersgrupper, 2021



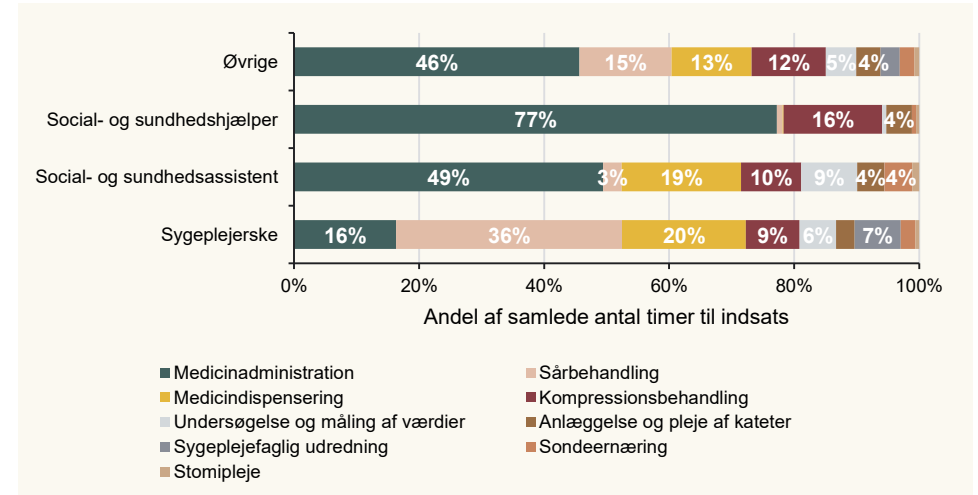
Kilde: Danmarks Statistik

Figur B8. Gennemsnitlig ugentlige timer hjemmepleje fordelt på aldersgrupper, 2021



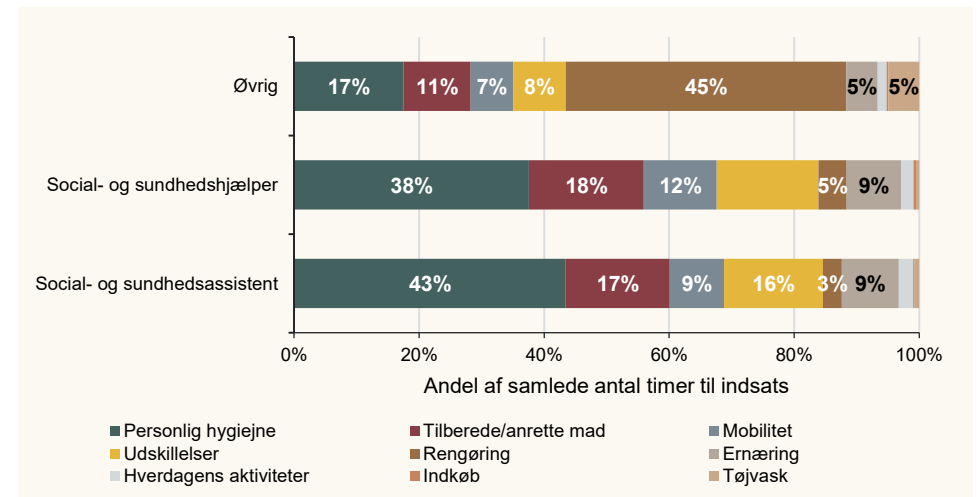
Kilde: Danmarks Statistik

Figur B7. Timeforbrug på sygeplejeydelser fordelt på faggrupper, september 2022



Kilde: Egne beregninger på data modtaget fra to deltagende kommuner

Figur B9. Timeforbrug på hjemmeplejeydelser fordelt på faggrupper, september 2022



Kilde: Egne beregninger på data modtaget fra to deltagende kommuner

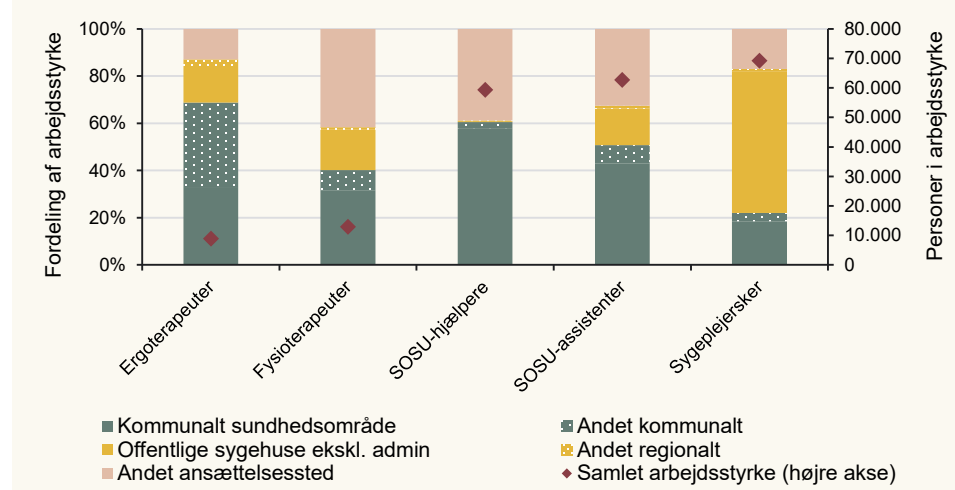
Bilag 3.4. Supplerende data

Figur B11. Antal ansatte for udvalgte faggrupper i på det kommunale sundhedsområde, 2022

Stilling	Hjemmesygepleje	Hjemmepleje	Plejecentre	(Genop)træning
SOSU-hjælpere	53	12.965	14.157	51
SOSU-assistenten	325	6.867	12.574	419
Sygeplejersker	5.656	1.017	2.963	184
Fysio- og ergoterapeuter	67	364	630	3.462
Øvrige plejepersonale	19	4.077	5.837	38
Total årsværk	6.119	25.290	36.162	4.154

Kilde: KRL

Figur B13. Fordeling af antal ansatte og samlet arbejdsstyrke for udvalgte faggrupper, 2022



Kilde: KRL og eSundhed

Bilag 4. Interviewguide anvendt i 1. interviewrunde

1. interviewrunde

Interviewperson(er)	
Dato og interviewer	
INDFLYVNING	
<p>Med henblik på at understøtte arbejdet i Robusthedskommissionen ses i denne afdækning bredt på kompetencer og ikke specifikke faggrupper. Formålet er at afdække aktuelle og fremskrevne kompetencemangler med forskellige perspektiver, som er sammenhængende med mulighederne for at minimere misforhold mellem kompetencer og opgaver og derved øge robustheden. Det gælder således for opgaver, der i dag helt eller delvist løses på et for unødvendigt højt kompetenceniveau, samt opgaver med højt ressourcetræk der i dag løses af knappe ressourcer. Dette kan være opgaver,</p> <ol style="list-style-type: none"> hvor lovgivning eller andre krav har fastsat for høje kompetencekrav, som begrænser muligheden for at nedjustere og/eller substituere kompetencer (moderniseringsgab) hvor digitalisering og teknologi ikke er (fuldt) udnyttet (opdateringsgab) hvor organisering og ledelsesmæssige forhold (bredt set) ikke er tilpasset opgaverne (implementeringsgab) hvor opgaveløsningen aktuelt sker på en måde, hvor kompetencer ikke udnyttes tilstrækkeligt, fx med begrænset anvendelse af teamsamarbejde, supervision, faglig nærværende ledelse mv. andre muligheder <p>Formålet med interviewet er at få jeres perspektiv på kompetencemanglen i sundhedsvæsenet. Sammen vil vi undersøge:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvilke specifikke opgaver eller opgavetyper (med stort volumen), der udføres mest af kompetencemanglen Hvilke kompetencer, der er størst mangel på Hvilke tiltag og initiativer, der allerede er afprøvet eller igangsat for at reducere kompetencemangel Hvilke barrierer, der eksisterer for at reducere kompetencemanglen på alternative måder som fx opgaveglidning og -overdragelse, teknologi, teamsamarbejde mv. 	
Opgaveområder med størst kompetencemangel	
På hvilke specifikke opgaveområder har kompetencemanglen de største og mest vidtgående konsekvenser?	
Hvad er de konkrete konsekvenser af den nuværende mangel (ventetid, patientsikkerhed, klinisk effekt, fastholdelse mv.)?	

1. interviewrunde

Hvilke muligheder ser I for at reducere behovet for eller øge tilgængeligheden af de mest knappe kompetencer med henblik på at mindske manglen på de nævnte opgaveområder? Fx ved teknologi, organisering, supervision mv.	
Håndtering af kompetencemangel	
Hvilke tiltag har I iværksat for at reducere behovet for de knappe kompetencer eller for at afbøde konsekvenserne af kompetencemanglen inden for de nævnte opgaveområder?	
Hvad ville være jeres bud på ændringer i nuværende lovgivning, retningslinjer, organisering mv., som kunne bidrage med at reducere kompetencebehovene eller på anden vis kompensere løsningen af de nævnte opgaveområder?	
Til region:	
Er der nogle særlige sygehuse, der har arbejdet med problemet, som I vil anbefale os at række ud til, og kan I hjælpe os med at formidle kontakten? Alternativt til et fokusgruppeinterview med forskellige fagligheder.	
Til sygehus:	
Hvis vi skal vide noget mere om [OPGAVEOMRÅDER MED MANGEL], hvem vil I anbefale os at række ud til, og kan I hjælpe os med at formidle kontakten?	
Til kommune:	
Hvis vi skal vide noget mere om [OPGAVEOMRÅDER MED MANGEL], hvem vil I anbefale os at række ud til, og kan I hjælpe os med at formidle kontakten?	

Bilag 1a

**Analyse lavet for kommissionen: PIXI,
Kompetencemangel i Sundhedsvæsenet,
2023, Implement**

ANALYSE AF KOMPETENCEMANGEL I SUNDHEDSVÆSENET

pixi-version

Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet

14-02-2023

INDHOLDS- FORTEGNELSE



AFSNIT	SIDE
Introduktion	3
Metode	4
Udfordringsbillede	5
Kompetencemangel	6
Udviklingsperspektiver	8
Organisering af opgaveløsningen	9
Udnyttelse af teknologiske muligheder	10
Rette opgave på rette specialiseringsniveau	11
Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering	12
Lokal organisering og incitament	13

Introduktion

Sundhedsvæsenet i sin nuværende form er aktuelt og i stigende grad over de kommende år udfordret af stigende behov. Stadig flere borgere og patienter med en eller flere kronisk sygdomme skal plejes og behandles (og indirekte finansieres) af en arbejdsstyrke, der i bedste fald er af samme størrelse som i dag.

Dette er ikke en isoleret dansk udfordring, og andre lande som f.eks. England står allerede i dag midt i de udfordringer, der venter Danmark. Den aktuelle tilstand i det britiske sundhedsvæsen giver derfor et indblik i konsekvenserne, når balancen mellem behovet for arbejdskraft og efterspørgslen efter sundhedsydelser for alvor tipper; overfyldte akutmodtagelser, timelange ventetider på akut behandling, alarmerende responstider ved alvorlig sygdom samt mangeårige ventetider på planlagte, ikke-akutte operationer.

Det er derfor helt uomgængeligt, at sundhedsvæsenet fremadrettet ikke kan drives og se ud som i dag. At fortsætte som hidtil indebærer en risiko for et egentligt sammenbrud og er ikke en bæredygtig eller farbar vej. Nye måder at løse opgaverne på skal bringes i spil, og forandringsambitionen skal sættes højt. Der er behov for radikale reduktioner i arbejdskraftintensiteten i det samlede sundhedsopgave, hvis sundhedsvæsenet gennem de næste 10-15 år fortsat skal være robust.

Heldigvis er der meget, der tyder på, at der på både kort og længere sigte er muligheder for at omlægge og dermed afhjælpe noget af det pres, som sundhedsvæsenet er udsat for. Nye måder at fordele og løse opgaverne på, nye teknologiske muligheder og nye måder at arbejde med nære og hjemmebaserede sundhedsindsatser kan – i kombination med en bred samfundsmæssig drøftelse af, hvordan sundhedsvæsenets ressourcer anvendes og prioriteres bedst – sandsynligvis levere store reduktioner i behovet for arbejdskraft og samtidig skabe et mere moderne og effektivt sundhedsvæsen til gavn for alle patienter og borgere. Det er store omstillinger, som sundhedsvæsenet står over for, og der er mange både formelle og uformelle barrierer på vejen.

Som led i Sundhedsreformen 2022 blev Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet (kommissionen) nedsat. Kommissionen har i lyset af ovenstående udfordringer og muligheder til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres et robust sundhedsvæsen i Danmark, hvor der er tid til den enkelte patient, og hvor patienter og borgere sikres den rette behandling. En af kommissionens opgaver er at komme med løsningsforslag til, hvordan der sikres tilstrækkelig personale til at håndtere de nuværende og fremtidige opgaver i det brede sundhedsvæsen, omfattende alle dele og sektorer.



Formål og afgrænsning

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (ISM) har i forbindelse med kommissionens arbejde igangsat en analyse, der skal kortlægge, hvilke misforhold mellem opgaver og kompetencer der har bidraget til den nuværende personalemangel. Opgavens formål er todelt:

- **At kortlægge og beskrive kompetencemanglen** i både primær- og sekundærsektor. Hertil beskrives sammenhæng mellem kompetencemangel og regulatoriske rammer, den organisatoriske praksis, f.eks. ledelse, vagtstruktur, geografi, vagtbelastning og teknologiske løsningers anvendelse. Som led i kortlægningen beskrives yderligere de eksisterende forudsætninger og barrierer for en fleksibel og afstemt opgavevaretagelse, som vurderes væsentlige at arbejde med i en omstilling mod et mere robust sundhedsvæsen.

Udgangspunktet er så vidt muligt at afdække, hvilke kompetencer og ikke blot faggrupper der er størst mangel på og til hvilke opgaver. Kortlægningen søger at afdække kompetencemanglen på både kort og langt sigte. Den indeholder derfor både beskrivelser af og årsager til den aktuelle kompetencemangel, samt beskrivelse og betydning af de tydeligste tendenser, som forventes at påvirke fremtidens måde at skabe sundhed og levere sundhedsydelser på.

- **At beskrive de væsentlige udviklingsperspektiver**, som kan bidrage til et mere robust sundhedsvæsen på både kort og lang sigt, samt aktuelle forudsætninger og barrierer for disse omstillinger. Dette inkluderer en analyse af, hvorledes faktorer som demografisk udvikling, politisk pres, befolkningens forventninger, substitution med andre kompetencer og teknologisk udvikling påvirker den nuværende og fremtidige kompetencemangel i relation til det pågældende udviklingsperspektiv.

Det er en del af opdraget, at udviklingsperspektiverne skal kunne udgøre et grundlag, hvorfra det er muligt at opstille mulige fremtidsscenerier for, hvordan misforholdet mellem opgaver og kompetencer kan tage sig ud under andre organisatoriske forhold og påvirket af fremtidige tendenser.

Følgende forhold om opgavens scope er væsentlige:

- Opgaven dækker over både det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen i både primær og sekundær sektor, dog undtaget socialpsykiatrien.
- Opgaven er ifølge opdraget afgrænset fra en specifik kortlægning af eventuel mangel på kompetencer til lægefaglige opgaver. De afdækkede udviklingsperspektiver, herunder overvejelser om sundhedsvæsenets struktur, hænger dog naturligt sammen med både almen praksis' rolle og forudsætninger, samt det lægefaglige område i mere bred forstand. Det er i den forbindelse væsentligt at bemærke, at der i interviewprogrammet - i kraft af opgavens opdrag - ikke er inddraget perspektiver fra almen praksis på de afdækkede udviklingsperspektiver.

Metode

Denne kortlægning og analyse er gennemført fra oktober 2022 til januar 2023. Processen har været tilrettelagt i to faser med følgende aktiviteter:

- 1 Oktober-november** Udvikling af analyseramme, gennemførelse af kvantitativ dataindsamling og 1. interviewrunde til kortlægning af aktivitet, opgaver og kompetencemangel samt hypotesegenerering til udviklingsperspektiver
- 2 Desember-januar** Gennemførelse af 2. interviewrunde til kvalificering af udviklingsperspektiver og konkretisering af gode eksempler via cases

Informanterne i første interviewrunde bestod af videnspersoner på sundhedsområdet, som blev identificeret af både Implement og ISM med skelen til at sikre repræsentation på tværs af sygehuse, regioner og kommuner. Interviewrunden blev afviklet som semistrukturerede, der havde henholdsvis et kortlæggende og et fremadskuende fokus. Det kortlæggende fokus blev anvendt til at få informanterne til at vurdere de eksisterende kompetencegab, mens det fremadskuende fokus blev anvendt til at identificere de udviklingsperspektiver, der vurderedes at have størst potentiale for at skabe et mere robust sundhedsvæsen på både kort og lang sigt. Anden interviewrunde var fokuseret på at uddybe og kvalificere de udviklingsperspektiver, som var vokset ud af den foregående interviewrunde.

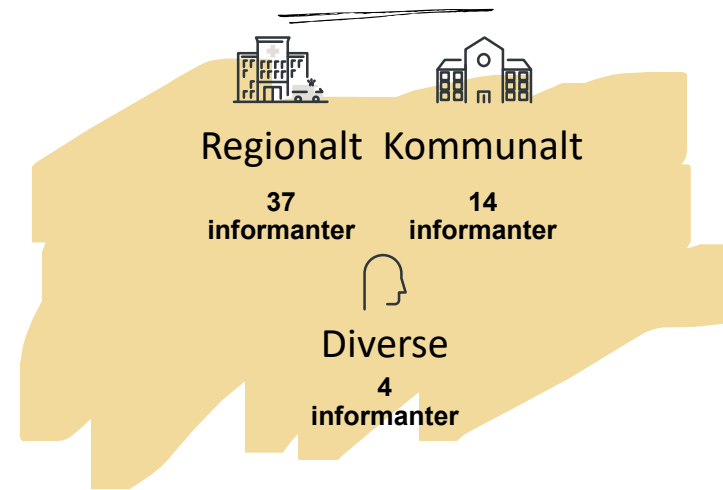
Af interviewprogrammet er der som nævnt udsprunget en række udviklingsperspektiver samt identificeret eksisterende bindinger og barrierer for omstillingen mod et mere robust sundhedsvæsen. Når mindst en håndfuld informanter uafhængigt af hinanden har fremhævet de samme problemer og emner, er disse blevet konsolideret og inkluderet i nærværende rapport som analyseresultater. Hvis en vigtig pointe er blevet fremhævet men kun blevet nævnt af enkelte informanter, er dette eksplicit beskrevet i rapporten.

Datakilder

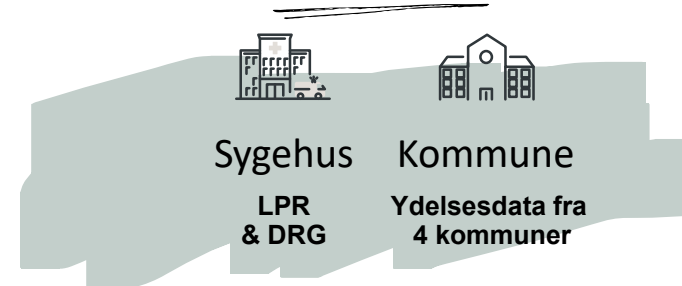
Kortlægningen og udviklingsperspektiverne er baseret på et omfattende datagrundlag, der inkluderer følgende kvantitative og kvalitative datakilder:

- Dataudtræk om sygehusaktivitet og data om kommunal aktivitet inden for hjemmepleje og hjemmesygepleje baseret på dataindmeldinger fra fire kommuner.
- Omfattende interviewprogram bestående af 47 gennemførte interviews med ledere og enkelte medarbejdere på tværs af sygehuse (24), regioner (10), kommuner (9) og patientforeninger (2) og universiteter (2). Der er på tværs af interviewprogrammet sikret bred repræsentativitet med hensyn til både geografi, kommune- og sygehusstørrelse samt fokus- og vidensområder hos informanterne. Selvom interviewprogrammet har været bredt og forsøgt repræsentativt, er det vigtigt at pointere, at det ikke er fuldstændigt dækkende. Dermed er der aspekter af det brede sundhedsvæsen i Danmark, der muligvis ikke er dækket i samme omfang som andre.
- Skriftlige kilder i form af analyser af området

47 interviews



Dataudtræk



Desk research



Vi står i problemerne nu – og de ser ud til at vokse

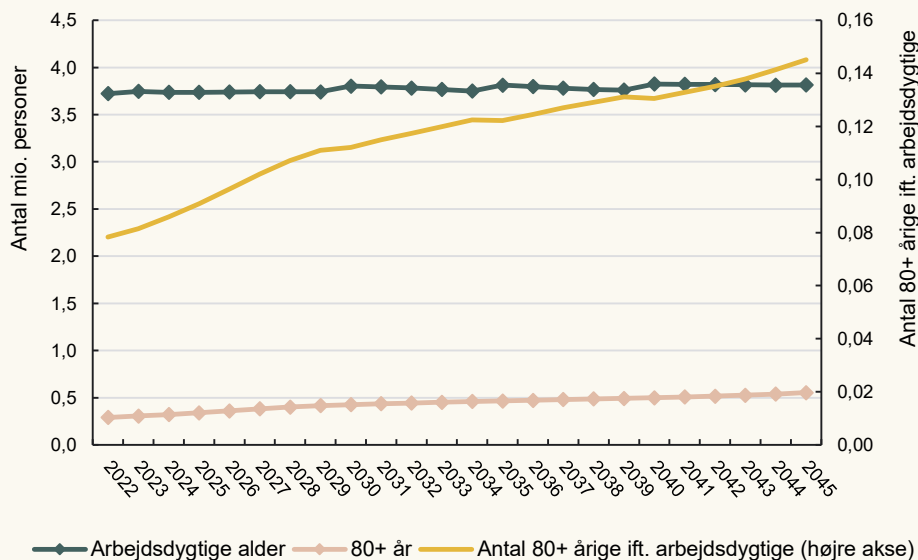
Sundhedsvæsenet, som vi kender det i dag, er aktuelt og i stigende grad over de kommende år udfordret af en aldrende befolkning med større behov for sundhedsydelse. Frem mod 2045 forventes antallet af personer af 80+ årige næsten vil blive fordoblet ift. udgangspunktet i 2022. Det indebærer forventeligt en markant stigning i antallet af kronikere og borgere og patienter med multisygdom.

Tages der højde for en stigning i pensionsalderen frem mod 2045, forventes arbejdsstyrkens størrelse at være mere eller mindre konstant de næste 20 år. Samlet set betyder det, at antallet af +80-årige frem mod 2045 næsten vil fordobles ift. antallet af borgere i den arbejdsdygtige alder, jf. figuren neden for.

Samtidig viser arbejdsmarkedsdata, at regioner og kommuner har udfordringer med at rekruttere plejepersonale, og at den geografiske fordeling af ikke blot rekrutteringsudfordringerne men også tilgængeligheden af sundhedsfaglige kompetencer er ganske skæv på tværs, hvor særligt yderområder og landkommuner er udfordrede.

Disse forhold rammesætter både et væsentligt udfordringsbillede og omstillingsbehov.

Befolkningsfremskrivning for udvalgte aldersgrupper



Kilde: Danmarks Statistik

Udfordringerne er størst på plejeområdet

Sundhedsvæsenet er afhængig af sundhedsfaglige kompetencer, og i en knaphedssituation bliver det afgørende, hvordan disse kompetencer anvendes til at løse en mere og mere kompleks opgave. Denne analyse foretaget for Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet bekræfter et billede af et sundhedsvæsen, hvor den nuværende tilgang til opgaveløsningen betyder, at der på tværs af sundhedsvæsenet opleves mangel på en bred vifte af sundhedsfaglige kompetencer. Disse kompetencer er ofte personificeret ved en række faggrupper, herunder social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, bioanalytikere, ambulancereddere, jordemødre og radiografer. Det er dog tydeligt, at kompetencemanglen opleves størst og mest kritisk nu og forventeligt vil være det fremadrettet på det brede plejeområde. Dette indebærer kompetencer til at løfte opgaver, der i dag primært løses af social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundhedsområde og af sygeplejersker på sygehusområdet.

Boksen nedenfor opsummerer væsentlige hovedkonklusioner fra interviews med 54 informanter på tværs af sundhedsvæsenet.

- 1 Der er en meget høj grad af samstemmighed i, at det største kompetencegab ligger på plejeområdet, og at gabets omfang på nuværende tidspunkt og inden for den nærmeste fremtid – inden for de bindinger i anvendelsen af kompetencer som sundhedsvæsenet er underlagt - er betydeligt. På både de somatiske og psykiatriske sygehuse nævnes i altovervejende grad sygeplejersker som den faggruppe, der er størst mangel på. I kommunerne er der tilsvarende samstemmighed om, at social- og sundhedsassistenter er den faggruppe, man oplever størst mangel på.
- 2 Der er tilsvarende enighed om, at den store mangel på plejekompetencer i dag knytter sig til den basale pleje af multisyge patienter, mens manglen på specialiserede plejekompetencer – med få, kortsigtede undtagelser – ikke giver anledning til udtalt bekymring blandt informanterne, hvis man kigger blot 3-5 år ud i fremtiden.
- 3 På sygehusene opleves kompetencemanglen størst på de områder, hvor der er størst vagtbyrde, herunder særligt på de medicinske sengeafsnit og akutområdet. Der er på baggrund af interviewprogrammet ikke grundlag for at konkludere, at manglen på social- og sundhedsassistenter i kommunerne knytter sig til særlige områder eller vagtlag, om end det er sandsynligt, at samme tendenser gør sig gældende her. Nogle informanter fremhæver yderligere, at arbejdet på sengeafsnitene og akutmodtagelserne kan være mere krævende pga. en langt større usikkerhed om den pågældende dags arbejdsopgaver og deres intensitet og kompleksitet.

Forskellige typer opgaver plejepersonalet varetager

Det er intentionen med denne kortlægning at komme et skridt nærmere en beskrivelse af kompetencemanglen på "kompetenceniveau" og ikke blot faggruppeniveau. Dette er for at få en bedre idé om, hvilke dele af faggruppernes nuværende opgaveporteføljer som helt eller delvist kan substitueres med andre faggrupper (og eventuelt løses på et lavere kompetenceniveau), ufraglærte (med varierende grader af oplæring) og/eller af teknologi.

Der er i analysen lavet en niveaupdeling (jf. neden for) af de opgaver plejepersonalet løses og de roller de har i borger-/patientforløbene, som har betydning for vurderingen af kompetencebehovene. Nedenstående boks opsummerer hovedpointerne.

Administrative opgaver og forefaldende arbejde

På baggrund af interviewprogrammet tyder meget på, at plejepersonalet i dag løser en betydelig mængde ikke-kliniske opgaver, som hverken forudsætter de særlige kompetencer, som plejepersonalet eller øvrig sundhedsfagligt uddannede besidder.

På sygehusene, hvor tendensen pba. interviewprogrammet vurderes mest udtalt, skønner flere informanter forsigtigt, at ca. 10 pct. af sygeplejerskernes tid er bundet i sådanne administrative opgaver og forefaldende arbejde – mere på nogle områder og mindre på andre, særligt akutområdet.

Det kan virke paradoksalt, at der med en så udtalt mangel på plejepersonale, samtidig er en så væsentlig andel af plejepersonalets tid bundet i opgaver, som kan løses af ufraglært arbejdskraft. Den primære årsag til dette tilsyneladende "paradoks", skal ifølge flere informanter findes i historiske effektiviseringstiltag, som har haft en tendens til at skære i supportfunktionerne med den konsekvens, at opgaverne er overgået til plejepersonalet, som er blevet en slags "blæksprutter" på afdelingerne. Samtidig er der blandt informanterne ikke tvivl om, at udviklingen også har været drevet af et incitament til at gøre vagtplanlægningsopgaven mindst muligt kompliceret ved at arbejde med så få kompetenceprofiler som muligt – ikke mindst i tider hvor rekruttering af sygeplejersker har været uproblematisk.

Afgrænsede kliniske opgaver

Udover det administrative og forefaldende arbejde er der på baggrund af kortlægningen grundlag for at konstatere, at plejepersonalets tid i dag også er bundet i kliniske plejeopgaver, som andre sundhedsfaglige faggrupper har lige så gode – og i nogle tilfælde bedre – kompetencemæssige forudsætninger for at løse.

Der er ved disse mere kliniske opgaver en væsentlig kompleksitet i vurderingen af kompetencebehovet. Ofte er det ikke opgavens karakter "isoleret" set, som definerer kompetencebehovet men snarere kompleksiteten i borgerens/patientens samlede tilstand. For eksempel kan de fleste faggrupper hjælpe en ukompliceret borger/patient i bad eller på toilettet, men hvis der er tale om en multisyg borger/patient med respirationsbesvær, kræver opgaven sygdomsforståelse på et højere niveau, som ikke alle faggrupper besidder.

En konsekvens af dette er, at vurderingen af kompetencebehovet ikke alene kan ske gennem en generisk kortlægning af de største og mest tidskrævende opgaver. Det skal i stedet ske ved en fagligt kvalificeret vurdering af det specifikke kompetencebehov til hver enkelt opgave og patient.

Koordinering af den kliniske opgaveløsning

Medarbejderne har forskellige roller i borger/patientforløbet. Her har det været et gennemgående tema i interviewprogrammet, at det inden for de kendte rammer og faggrupper i det somatiske sundhedsvæsen i dag vil være autoriseret plejepersonale, der som de eneste har de kompetencemæssige forudsætninger for at koordinere den samlede (ikke-lægefaglige) indsats og hermed bære kontinuiteten i forløbet.

Hvis forudsætningerne for at kunne udfylde sådan en koordinerende og kontinuitetsbærende rolle skal være til stede, kræver det en kontinuerlig tilstedeværelse i forløbet. Derfor skal den samlede vurdering af substitutionsmulighederne for plejepersonalets opgaver i dag vurderes i sammenhæng med netop denne særegne rolle, som plejepersonalet skal udfylde for borgeren/patienten.

Der er blandt informanterne bred enighed om, at det med det nuværende uddannelsessystem og inden for de nuværende rammer i sundhedsvæsenet er vanskeligt at se, hvilke andre faggrupper end social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker (afhængig af kompleksiteten i borgerens/patientens tilstand), der kan udfylde rollen som koordineringsansvarlig og primær bærer af kontinuiteten i multisyge, ældre medicinske patienters forløb.

Kompetencemangel - gab og barrierer

Kompetencegab og bindinger

Der bliver – naturligvis – allerede arbejdet intensivt på en lang række forskellige områder i både kommuner og regioner for at imødekomme manglen på arbejdskraft. Fælles i bestræbelserne er, at der tegner sig et billede af et sundhedsvæsen, som på trods af helt åbenbare behov for omstilling er præget af konservatisme og forandringsresistens. Årsagerne kan findes i en række formelle og uformelle bindinger og barrierer, som bidrager til at skabe et system, som vanskelig- og langsommeliggør ibrugtagelse og implementering af lokale, regionale og nationale indsatser målrettet de aktuelle udfordringer og skabelsen af et mere robust sundhedsvæsen på sigt.

Manglen på kompetencer i dag er således også en konsekvens af det samlede kompleks af bindinger i, hvilke kompetencer der kan bringes i spil til hvilke opgaver. Det dækker både fagligt velbegrundede bindinger men også bindinger, som ikke har noget at gøre med det konkrete og nødvendige kompetencebehov. Det gælder for eksempel også ønsket om entydig evidens for en omstillings virkning uagtet, at evidensgrundlaget for eksisterende praksis er beskedent eller ligefrem ikke-eksisterende. Omfanget og karakteren af manglen på kompetencer på længere sigt vil derfor hænge sammen med, i hvor høj grad det lykkedes at reducere eller nedbryde nogle af de bindinger og barrierer, som skaber uhensigtsmæssig efterspørgsel og opgaveløsning.

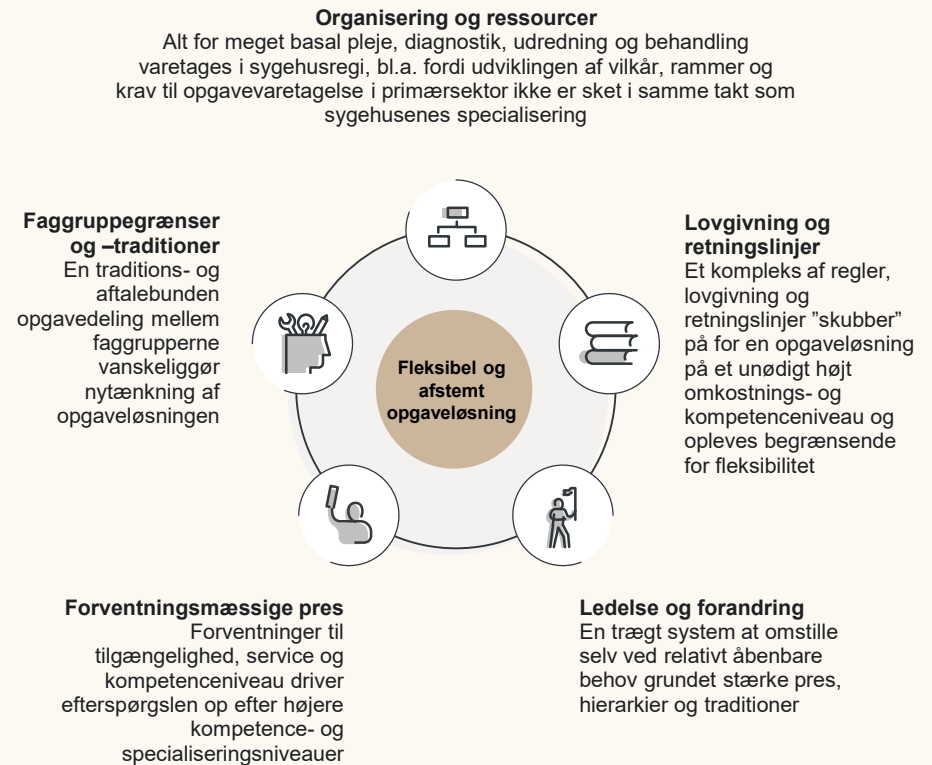
**JEG VED IKKE, OM VI MANGLER
KOMPETENCER. JEG VED, AT VI BRUGER DE
TILGÆNGELIGE KOMPETENCER
UHENSIGTSMÆSSIGT AF TUSINDE
FORSKELLIGE GRUNDE**

Direktør, region



Hvilke typer barrierer gør opgaveløsningen ufleksibel og ikke-afstemt..?

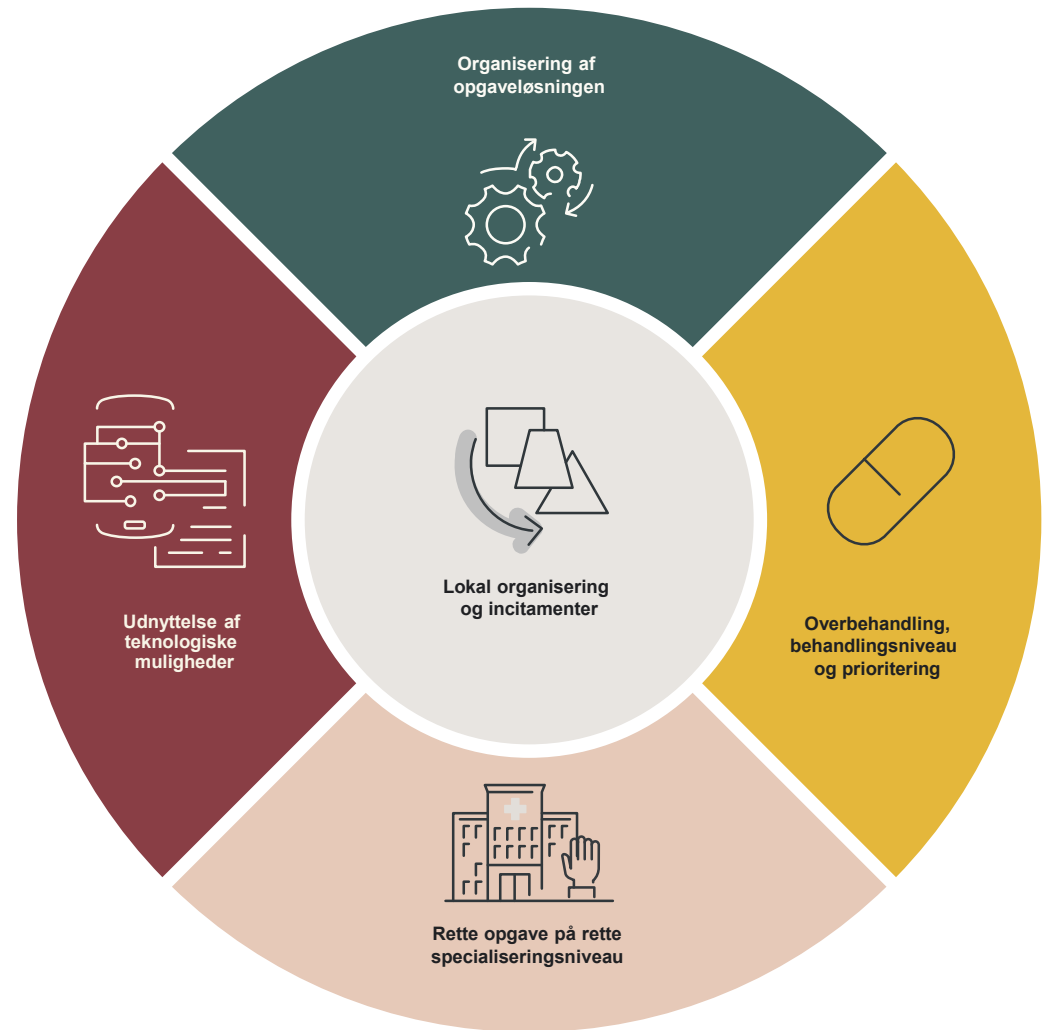
De bindinger og barrierer for den fleksible og afstemte opgavevaretagelse samt omstillingen til et mere robust sundhedsvæsen, som er afdækket i denne analyse, er opsummeret i fem overordnede temaer i nedenstående figur.



Der er identificeret fem udviklingsperspektiver

Som nævnt på foregående side, er udfordringerne samt bindinger og barrierer for nødvendige omstillinger betydelige. Samtidig er der i nærværende analyse identificeret fem overordnede udviklingsperspektiver, som hver for sig og i sammenhæng vil kunne bidrage væsentligt til at skabe et robust sundhedsvæsen på både kortere og længere sigt.

Udviklingsperspektiverne er illustreret i figuren til højre og gennemgås én efter én på de følgende sider.





Organisering af opgaveløsningen

Der er aktuelt, særligt på sygehusene, en bevægelse i gang mod en fler- og tværfaglig opgaveløsning. Afsættet er, at en lang række opgaver over årene er akkumuleret hos særligt sygeplejerskerne, hvilket også indebærer opgaver, som ikke kræver de kompetencer, som kun sygeplejerskerne besidder. Flere afdelinger arbejder derfor nu med at inddrage flere faggrupperne i opgaveløsningen på nye måder, så flere kompetencer bringes i spil. Indsatsen omfatter:

- **Mere aktiv brug af ufaglært og administrativ arbejdskraft** til administrativt, praktisk og forefaldende arbejde så det i mindst muligt omfang lægger beslag på plejepersonalets tid. Det kan f.eks. være, at udvalgte dele af koordineringsarbejdet varetages af en sekretær, eller praktiske opgaver som opfyldning, oprydning, opvask, servere mad og drikke varetages af ufaglært arbejdskraft. Flere afdelinger har nylige og overvejende positive erfaringer med ansættelse af ufaglært arbejdskraft i form af "husassistenter" og "runnere".
- **Bringe andre faggrupper end plejepersonale i spil til relevante kliniske plejeopgaver** som typisk har været varetaget af sygeplejerskerne. Det kan f.eks. være farmakonomer, som bringes i spil til medicin håndtering, fysio- og ergoterapeuter ifm. rehabilitering, mobiliserende pleje, lægge gips, m.v. Flere respondenter nævner også behovet for, i lyset af manglen på plejepersonale, at begynde at tænke i og turde tale om, at opgaver skal "glide tilbage" til lægerne.
- **Tilvejebringe et samlet tværfagligt blik på patienten** med behov for kompetencer til at bære kontinuiteten og en koordinerende rolle for den samlede indsats for en større og mere differentieret gruppe patienter.

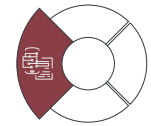
Det skønnes, at ca. 20 pct. af opgaverne, der primært har ligget hos sygeplejerskerne, med fordel kan løses af andre kompetenceprofiler (ufaglærte, administrativt personale samt andre sundhedsfaglige faggrupper).

En af de væsentligste forudsætninger herfor er, at de stærke fagtraditioner og fagidentiteter opløses, og at den oplevede rigiditet i faggruppegrænserne reduceres. Samtidig indebærer en fler- og tværfaglig opgaveløsning en mere kompleks vagtplanlægningsopgave – og ledelsesopgave i øvrigt – hvorfor der er væsentlige ledelsesmæssige forudsætninger knyttet til omstillingen.

**DET HER ER IKKE EN
SPAREØVELSE.
MEN VI HAR
REDUCERET VORES
BEHOV FOR
SYGEPLEJERSKER
MED 20 PCT., OG
ERSTATTET DEM MED
NOGLE ANDRE**

Leder, sygehus





Udnyttelsen af teknologiske muligheder

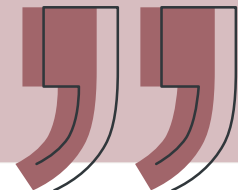
Sundhedsvæsenet er blevet betydeligt digitaliseret over de seneste 20-30 år, og der er grund til at tro, at denne omstilling kun er første trin i en egentlig teknologisk transformation af sundhedsvæsenet. De nuværende digitale kompetencer på tværs af medarbejdere og ledelse samt eksisterende strukturer er dog ikke tilstrækkelige til effektivt at ibrugtage og anvende eksisterende og fremtidige digitale løsninger effektivt.

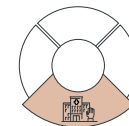
Analysen peger derfor på et behov for en række omstillinger i udnyttelsen af teknologiske muligheder.

- **Missionsdrevet tilgang:** Der er behov for en målrettet afklaring af de opgaver, der er særligt velegnede til teknologisk understøttelse. Først derefter kan disse opgave matches med eksisterende teknologier, således at man ikke starter med teknologierne og efterfølgende finde problemerne, de skal løse. Der altså behov for en mere missionsdrevet tilgang fokuseret på reduktionen i behovet for arbejdskraft frem for en teknologidrevet tilgang.
- **Fælles strukturer:** Det er samtidig alt for omkostningstungt og kompetencekrævende for alle 98 kommuner, 21 akutsygehuse, fem regioner mv. selvstændigt og parallelt at afprøve og implementere nye løsninger. I stedet skal nye eller eksisterende fælles strukturer (f.eks. sundhedsklynger) i højere grad udnyttes til at skabe grundlag for en mere effektiv ibrugtagning, hvor der samtidig opbygges stærke implementeringskompetencer og –erfaringer.
- **Reelle omkostninger og styringsmekanisme:** I en situation med mangel på arbejdskraft er den reelle værdi af en arbejdskraftsbesparende løsning højere end lønnen til den arbejdskraft der kunne have løst opgaven såfremt der ikke var mangel på arbejdskraft. I nogle sammenhænge vil omkostningerne ved ikke at implementere den teknologiske løsning omfatte betydeligt vikarforbrug, i andre sammenhænge vil opgaven slet ikke kunne løses, m.v. Det kan derfor være værd at undersøge, om der kan findes en operationel måde at indarbejde disse vilkår i den måde potentialerne ved teknologi vurderes på, så potentialet ikke vurderes for lavt i situationer med mangel på arbejdskraft. I forlængelse af dette kan der indføres en styringsmekanisme, som gør det mere attraktivt at vælge teknologiske løsninger med arbejdskraftsbesparende potentiale.
- **Teknologi som det primære valg:** Flere respondenter fortæller derudover, at der er gode erfaringer med at fokusere på at få gjort eksisterende og veldemonstrerede løsninger til det primære valg og ikke blot lade dem eksistere som et ekstra tilbud.

**DIGITALISERING DRUKNER I
ELÆNDIG IMPLEMENTERING.
MÅSKE SKAL VI TIL AT TAG
ENHVER DIGITAL LØSNING TIL
REVIDERING, FOR SÅ VIL VI NOK
KUNNE FJERNE RIGTIG MANGE.
VI GABER OVER ALT FOR MEGET. VI
SKAL HAVE LAVET EN
PRIORITERINGSLISTE OVER,
HVAD DET KONKRET ER VIGTIGT
AT FÅ SAT I GANG.**

Leder, sygehus





Rette opgaver på rette specialiseringsniveau

Arbejdet med at sikre kvalitet, patientsikkerhed og effekt i sundhedsvæsenet har drevet en stadigt stigende specialisering. Der er opnået betydelige fremskridt, hvilket blandt andet kan ses på mulighederne for at overleve forskellige typer af livstruende sygdomme. Samtidig er der opstået en større afstand mellem de almene og specialiserede sundhedsindsatser med den konsekvens, at (for) meget henvises til (højt)specialiserede niveauer.

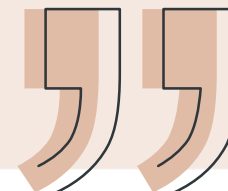
Der udestår samtidig en sideløbende modernisering, udvikling og styrkelse af de generelle sundhedstilbud (almen praksis og kommunale sundheds- og ældretilbud) målrettet de patientgrupper, som der er flest af – herunder ikke mindst patienter med flere kroniske sygdomme. Heraf opstår et behov for en tydelighed i, at disse generelle sundhedstilbud skal ses som en aftager af de (mindre) specialiserede opgaver, så de i højere grad kan håndteres uden for sygehusene.

Omstillingen indebærer en anerkendelse af kommunerne som en seriøs sundhedsaktør og en formalisering af de rammevilkår, som er nødvendige, før opgaverne kan løftes på det relevante niveau og på tværs af alle kommuner. Udvikling og opbygning af styrkede behandlings- og plejetilbud uden for sygehusene kræver således etablering af de nødvendige rammer for fagligt relevante og trygge alternativer til sygehusindlæggelse.

Boksen nedenfor opsummerer nogle af de væsentligste tiltag, der italesættes af analysens informanter.

**30 PCT. OG MÅSKE MERE, AF DET, VI
LAVER I AKUTMODTAGELSEN,
BURDE VÆRE LØST I ALMEN
PRAKSIS. EN VÆSENTLIG DEL AF
VORES ARBEJDE ER AT VÆRE ALMEN
PRAKSIS MED UDVIDET
ÅBNINGSTID**

Leder, akutmodtagelse



- **Let adgang til relevant behandlingsansvarlig læge og tilsvarende akut adgang til speciallægelig rådgivning:** Hermed kan den kommunale sygepleje nemmere og hurtigere handle efter patientens behov. Et delvist alternativ er en betydelig udvidelse af sygeplejerskernes selvstændige virksomhedsområde, så de er mindre afhængige af den lægelige delegation i deres handlerum.
- **Ændrede rammer for udvikling og levering af akutte og plejeintensive indsatser i den kommunale sygepleje:** Både rammer, lovgivning og forståelse af hjemmesygeplejens opgavefelt skal følge med den nye opgave. Det vil kræve mere kompetente, tværfaglige og intensive indsatser, end der er tradition for i dag. Flere kommuner efterspørger en opdatering af lovgrundlaget. Det indebærer en operationelt orienteret modernisering af henholdsvis Sundhedslov og Servicelov, der i dag kontinuerligt vanskeliggør en kommunal opgavevaretagelse på sundhedsområdet – og sammenhængen til det øvrige sundhedsvæsen. Den kommunale sygepleje og hjemmepleje må samtidig styrkes, hvis bevægelsen mod mere hjemmebehandling skal kunne gennemføres effektivt og økonomisk bæredygtig.
- **Kommunal kapacitet:** Både informanter fra sygehuse og kommuner understreger, at den samlede kommunale sengekapacitet i form af midlertidige pladser er af et betydeligt omfang. En reel anerkendelse af kommunerne som en væsentlig sundhedsaktør omfatter derfor også en modernisering af lovgrundlaget og kvalitetskravene samt samarbejdet med øvrige sundhedsaktører om ansvar og forpligtelser i understøttelsen af tilbuddet. Dette kan fungere som afsæt for etablering af en ensartet kompetence- og kvalitetsprofil for kapaciteten på tværs af kommunerne.

Overbehandling, behandlingsniveau og prioritering

Der er en række "drivere" for de tre fænomener; en udifferentieret udrednings- og behandlingsgaranti, defensiv medicin, bekymring for sin autorisation, systemunderstøttet overdiagnosticering, øget aktivitet drevet af særlige incitamenter samt pres fra patienter og pårørende.

Initiativer som Vælg Klogt, prioriteringsråd, patientinddragelse, fælles beslutningstagning m.v. understreger potentialerne og behovet. Gennem interviewprogrammet er der identificeret fem problemer med hvert sit tilknyttede omstillingspotentiale.

1 Den udifferentierede udrednings- og behandlingsgaranti medvirker til, at mange behandlingsforløb igangsættes for tidligt. I mange tilfælde vil en fagligt kvalificeret "afventende" tilgang forud for behandlingen kunne betyde, at problemet forsvinder, eller behovet ændre sig. En omstilling kan omfatte bedre og mere tydelige muligheder for at afvente igangsættelse af behandling, når der vurderes at være fagligt rationale forbundet hermed. Der kan f.eks. foretages en præcisering af handlemulighederne inden for rammerne af garantierne.

2 Omfanget af medicinering hos særligt de mest skrøbelige og syge patienter udpeges som værende af betydeligt omfang og med både kvalitetspotentialer og arbejdskraftreducerede potentialer. Der peges på, at det er væsentligt "lettere" og oplevelse mere "sikkert" for den enkelte læge at tilføje medicinering uden en tilsvarende justering i den øvrige medicin. Der kan derfor med fordel ændres på ansvaret for at koordinere og vurdere den samlede medicinliste ved ordination af en ny medicinsk behandling. Det kan f.eks. tydeliggøres, at det er lægeligt ansvar at koordinere med de øvrige specialer. Alternativt kan der indføres obligatorisk involvering af andre kompetencer med farmakologiske forudsætninger. En tredje mulighed, som er på lidt længere sigt, er at understøtte ordination og medicingennemgang med teknologiske værktøjer, f.eks. ved AI-understøttelse.

3 Der er en generel tendens til, at behandlingsniveauet lægges på et for højt og vidtgående niveau for patienter i livets afsluttende fase. Det vurderes at skyldes, at patienterne ofte er i en situation, hvor de ikke selv er i stand til at vurdere fordele og ulemper ved et givent behandlingsvalg samt manglende kompetencer hos de sundhedsfaglige til at initiere dialogen og tage en fælles beslutning om behandlingsniveau. Der peges desuden på muligheder for at involvere andre fagligheder og personer med særlige kompetencer til at tage de svære samtaler.

4 "Behovet for prioritering" har været et gennemgående tema hos informanterne i analysens interviewprogram. Flere har pointeres, at sundhedsvæsenet i lyset af befolknings- og sygdomsudviklingen ikke kan forventes at opretholde det eksisterende niveau af behandlingstilbud. "Behovet for prioritering" handler i denne sammenhæng derfor om at få "ryddet" op i den del af aktiviteten i sundhedsvæsenet, som ikke skaber klinisk merværdi. Der ses et potentiale i at tage afsæt viden, der er etableret i andre lande. Ud fra en kvalitativt funderet vurdering tyder det imidlertid ikke på, at det inden for en kort eller mellemlang tidshorison bliver nødvendigt at foretage skarpe prioriteringer mellem klinisk relevante og økonomisk balancerede behandlinger.

5 Flere informanter peger på strukturelt orienterede omprioriteringer, som kan bidrage til at styrke robustheden i sundhedsvæsenet. En indirekte prioritering sker allerede i dag ved den måde, ressourcerne i sundhedsvæsenet fordeles på tværs af specialer, geografi, sektorer m.v. Et greb i prioriteringsopgaven kunne således fokusere på at skabe større tilgængelighed af sundhedsfaglige kompetencer i de områder, som er dårligst dækket i dag. En mulig effekt heraf kunne være et reduceret behov for senere og mere vidtgående behandlingsbehov – og samtidig reduktion af uligheden i adgangen til sundhedsvæsenet. Informanter påpeger, at der visse steder i landet overbehandles grundet nem adgang til sundhedstilbud, mens der andre steder underbehandles grundet vanskelig og begrænset adgang til ressourcer og kompetencer.

DA VI SKULLE GENOPTAGE OPERATIONERNE EFTER COVID, VISTE DET SIG FOR NOGLE OPERATIONER, AT 20 PCT. AF PATIENTERNE IKKE LÆNGERE VAR INTERESSEREDE, OG YDERLIGERE 10 PCT. AF OPERATIONERNE VAR BLEVET KLINISK IRRELEVANTE. VI SNAKKER HER OM PATIENTER, SOM VAR BLEVET OPERERET, HVIS IKKE COVID HAVDE SAT BEHANDLINGSGARANTIER PÅ PAUSE.

Leder, sygehus





Lokal organisering og incitamenter

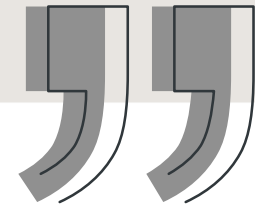
Lokal organisering og incitamenter er også udpeget som potentialeområde for udvikling, dog af en anden karakter end de fire øvrige. Udfordringerne for sundhedsvæsenet er af et omfang, at vanskelighederne med at få enderne til at mødes opleves tydeligt og vedholdende i det daglige arbejde. Tidligere anvendte effektiviseringsgreb har kun i begrænset omfang en virkning, og nogle af disse opleves endda at forværre situationen og mulighederne for at håndtere udfordringerne på anden vis. Der skal derfor helt nye greb og kompetencer i anvendelse for at overkomme arbejdskraft- og kompetencemanglen.

Udgangspunktet for en sådan gennemgribende omstilling er et sundhedsvæsen, som på flere måder et præget af historiske faggrænser, fagidentiteter, traditioner, kulturer samt ledelses- og organisationsformer præget af hierarki og udsprunget af en tanke om industriel produktion. Det betyder, at sundhedsvæsenet er præget af en udstrakt grad af forandringsaversion, stærke traditioner og kontraproduktive hierarkier (når det kommer til nye måder at løse opgaverne på). Der er derfor potentialer knyttet til udvikling af nye organisationsformer og nye typer af ledelse, der er attraktive for både nutidens og fremtidens medarbejdere, og som understøtter og fremmer implementering, nytænkning og reel fælles og individuel ansvarlighed. Sidstnævnte skal ses som en nødvendighed for at reducere behovet for kontrol, unødigt bureaukrati og dokumentation, der i sig selv dræner sundhedsvæsenet for ressourcer. Dette skal også ses i et større perspektiv, hvor særligt de yngre generationer af medarbejdere ikke kan fastholdes af denne type af organisationer.

Der er tydeligt potentiale i at indføre incitamenter til forandring og implementering til erstatning af de aktuelle, der primært virker konserverende. Det omfatter dels alternative tilgange og incitamenter, der fremmer forandring, og som samtidig gør "nye løsninger" mindre risikofyldte at anvende, og dels mod i det samlede ledelsessystem i sundhedsvæsenet og de tre tilknyttede politiske niveauer til at efterspørge og understøtte lokal ledelse og incitamenter, der "peger i den rigtige retning".

**DER ER INGEN NÆRING
TILBAGE I SYSTEMET.
DET ER EN ØRKENVANDRING UDEN
LIGE. DET HANDLER IKKE OM AT
TILFØRE PATIENTER OMSORG FØR
OG EFTER EN BEHANDLING.
RETTIDIG DOKUMENTATION STÅR
FØR RETTIDIG BEHANDLING OG
PLEJE**

Leder, sygehus



Bilag 2

Analyse lavet for kommissionen: Viden om arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet, 2023, Implement

LITTERATURSTUDIE

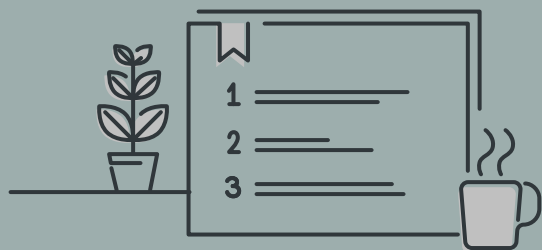
**- VIDEN OM ARBEJDSMILJØ,
REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE AF
UDDANNET OG KOMPETENT
PERSONALE I SUNDHEDSVÆSENET**

Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet

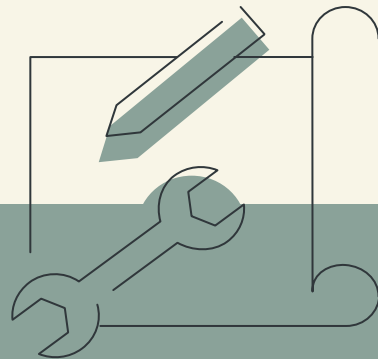
Februar 2023

INDHOLDS- FORTEGNELSE

#	KAPITEL	SIDE
①	INDLEDNING	3
	Baggrund og afgrænsning	4
	Forhold i fokus i litteraturstudiet	
	Læsevejledning	
②	SAMMENFATNING	8
③	DEN ANVENDTE METODE	13
④	ARBEJDSMILJØ	18
	VIDEN OM DET, DER VIRKER	22
⑤	Individforhold	22
⑥	Ledelsesforhold	29
⑦	Organisationsforhold	35
⑧	FORUDSÆTNINGER	42
⑨	BILAG	46



1. INDLEDNING



Baggrund

Medarbejderne er den vigtigste ressource i sundhedsvæsenet – og afgørende for at sundhedsvæsenet kan udføre samfundsvigtige opgaver og levere serviceydelser med høj effektivitet og høj kvalitet. Som det ser ud nu, og når der ses bort for udenlandsk arbejdskraft, bliver det svært at øge rekrutteringen til og fastholdelsen af personale i sundhedsvæsenet. Det skyldes blandt andet, at faldende ungdomsårgange og tidlig tilbagetrækning fra visse grupper af medarbejdere gør fremtidens arbejdsmarked til et sted med betydelig konkurrence om de i stigende grad knappe medarbejderressourcer.

Det er derfor afgørende, at der udvikles og iværksættes virkningsfulde indsatser til rekruttering og fastholdelse af personale med relevante kompetencer og uddannelse i sundhedsvæsenet, som kan bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen og skabe et mere robust sundhedsvæsen.

I det lys har Indenrigs- og Sundhedsministeriet, på vegne af kommissionen for Robusthed i sundhedsvæsenet, ønsket, at der blev gennemført et afgrænset litteraturstudie af forsknings- og vidensgrundlaget om arbejdsmiljø og rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i det danske sundhedsvæsen.

Litteraturstudiet er rettet mod alle dele af sundhedsvæsenet (dvs. den statslige, regionale og kommunale del af sundhedsvæsenet) og alle faggrupper, og har som et særskilt fokus at se på forhold, der har betydning for rekruttering og fastholdelse af kompetent og uddannet personale i det danske sundhedsvæsen.

Undersøgelsesspørgsmålene, der har styret litteraturstudiet, fremgår af boksen nedenfor:

Litteraturstudiets afgræsning



Hvilke individuelle, ledelses- og organisationsfaktorer har betydning for arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet?

- Hvad kendetegner de mest virkningsfulde indsatser i forhold til arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet?
- Hvad udgør betydningsfulde forudsætninger og barrierer i forhold til rekruttering og fastholdelse af kompetent personale i sundhedsvæsenet?

Litteraturstudiet inddrager primært viden om danske og skandinaviske forhold, herunder om indsatser og vigtige faktorer. Men litteraturstudiet inddrager også international viden fra blandt andet England, Holland og USA om rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet, typisk gennem inddragelse af brede litteraturreviews.

Litteraturen i studiet er indsamlet i udvalgte databaser og på udvalgte hjemmesider efter et relevansprincip og herefter bearbejdet, analyseret og rapporteret over en periode på 4 til 5 uger. Det betyder også, at litteraturstudiet alene giver et indblik i udvalgte dele af litteraturen samt litteraturreviews - og at der i gennemgangen af litteraturstudiet bør være øje for, at der kan være viden og aktuelle tendenser i sundhedsvæsenet, som ikke er dækket af den litteratur, der er inkluderet.

I kapitel 3 fremgår en mere detaljeret beskrivelse af den anvendte metode i litteraturstudiet samt en kvalitetsvurdering af grundlaget bag litteraturstudiet og studiets vidensgrundlag.

Fokus på individ-, ledelses-, og organisationsforhold

Litteraturstudiets sonderer mellem forhold vedrørende henholdsvis individ, ledelse og organisation.

Det er en velkendt sondring, der kan genfindes eksplicit i de studier, der er inkluderet i litteraturstudiet, ligesom fx IGLO-modellen, som er en systematisk tilgang til arbejdsmiljøvurdering, omfatter disse forhold. Modellen giver samtidig et bredspektret perspektiv for forståelsen af arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af personale.

I boksen nedenfor har vi udfoldet mere om de tre forhold.

INDKREDSNING AF INDIVID-, LEDELSES- OG ORGANISATIONSFORHOLD

- **Individ:** Individ dækker over forhold, der har at gøre med den enkelte medarbejder eller gruppe af medarbejdere, for eksempel medarbejdernes oplevelse af mening med arbejdet, følelsen af at være kompetent i arbejdet mv.
- **Ledelse:** Ledelse dækker over forhold, der omhandler mellemlederes og lederes evne til at guide og understøtte andre til at engagere sig i at løse en opgave eller arbejde hen mod et fælles mål, for eksempel lederens ledelsesstil, ledelsestilgang, distribueret ledelse mv.
- **Organisation:** Organisation omhandler forhold som arbejdspladsens politikker, rammer, vilkår, arbejdsgange og arbejdsprocesser, for eksempel arbejdspladsens kultur, tilgang til planlægning samt arbejdsgange for samarbejde og i opgaveløsningen mv.

I gennemgangen af litteraturstudiet er det vigtigt at være opmærksom på, at den indplacering af faktorer og indsatser, der er lavet i relation til henholdsvis individ-, ledelses- og organisationsforhold, er resultatet af en analytisk proces baseret på en bearbejdning og gruppering af det empiriske materiale i studierne.

Det vil sige en proces, hvor vi på baggrund af det empiriske materiale har gennemført en kvalificeret vurdering af, om viden om virkende faktorer og indsatser relaterer sig mest til det ene, andet eller tredje forhold.

Derfor vil der uundgåeligt være et vist overlap mellem nogle af de beskrevne faktorer og indsatser under de forskellige tre forhold, der er udfoldet undervejs i litteraturstudiet.

Ligeledes vil indsatser, der fx relaterer sig til ledelse, i nogle tilfælde også være relevante og indvirke på organisatoriske forhold og de faktorer, der knytter sig til det forhold og omvendt.

Viden om det, der virker – fokus på virkende faktorer i indsatser

I litteraturstudiet har vi valgt en tilgang, hvor empirisk underbygget viden om virkende faktorer – altså det, der gør indsatser virkningsfulde, er systematiseret og samlet.

Nødvendigheden af at fokusere på de faktorer, der påvirker arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse, er, at faktorer bedre lader sig flytte fra én kontekst (for eksempel et land, en organisation eller en praksis) til en anden kontekst end egentlige afgrænsede indsatser, der er mere kontekstafhængige.

Baggrunden er også, at det er sjældent, at de inkluderede studier belyser specifikt afgrænsede indsatser, som ej heller er detaljeret gennemgået og tilstrækkeligt udførligt beskrevet. I stedet har studierne fokus på at beskrive, hvad det er (i forskellige indsatser), der virker, herunder hvordan og hvorfor disse virker – altså virkende faktorer. Herunder lægger den store rapport fra 2022 om offentlige ansattes motivation udarbejdet af Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer vægt på faktorer om det, der virker i indsatser – og det som kan påvirke og korrelerer med motivation, jobtilfredshed og arbejdsmiljø.

Undervejs i gennemgangen af faktorer, giver vi eksempler på indsatser og kendetegn i indsatser, som den inkluderede litteratur peger på, kan bidrage til at fremme de virkende faktorer.

Det er vigtigt her at være opmærksom på, at de fremhævede indsatser er eksempler på indsatser identificeret i den inkluderede litteratur. Det er således ikke en formidling af en udtømmende liste af indsatser, som har fokus på rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet. Det betyder, at der sagtens kan være andre indsatser, der kan understøtte rekruttering og fastholdelse, men som ikke indgår i den litteratur, der er inkluderet i studiet, og dermed ikke "fanget" i dette litteraturstudie.

VIRKENDE FAKTORER

Med **faktorer** menes det, der antages at aktiveresammenhænge mellem indsatsen og indsatsens resultater. En faktor er altså ikke identisk med hverken selve indsatsen, men den er derimod en del af det, der virker i som indsatsen – og som iværksætter en respons hos målgruppen af uddannet og kompetent personale.

Ofte omtales faktorerne direkte i de inkluderede studier af indsatser, men i nogle tilfælde er de også og kategoriseret på baggrund af og som en del af en analytisk bearbejdning af de gennemlæste studier. Der er altså tale om en analytisk tilgang, som er empirisk funderet på baggrund af studierne og gennemgangen af, hvad der virker i de identificerede indsatser.

Rapportens opbygning og kapitler

Udover dette indledende kapitel – og bilagsmaterialet som omfatter en oversigtstabel med alle inkluderende studier i litteraturstudiet samt en detaljeret beskrivelse af den anvendte metode i litteraturstudiet - rummer rapporten følgende kapitler:

Kapitel 2: Sammenfatning af litteraturstudiet: Indeholder en gennemgang af den viden og de resultater, litteraturstudiet har tilvejebragt.

Kapitlet fungerer derfor som en form for konklusion på litteraturstudiet med præsentation af de mest centrale fund og resultater.

Kapitel 3: Den anvendte metode i litteraturstudiet: Her beskrives i helt kort form den metode, der er anvendt som udgangspunkt for litteraturstudiet, herunder også en vurdering af kvaliteten af vidensgrundlaget for litteraturstudiet og litteraturstudiets generaliseringspotentiale. I bilagsmaterialet er metoden detaljeret beskrevet.

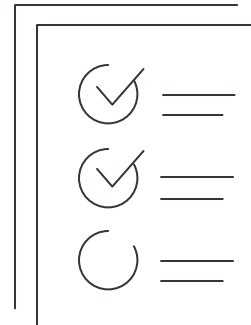
Kapitel 4: Et attraktivt arbejdsmiljø har betydning for succesfuld rekruttering og fastholdelse: Udfolder en række af de forhold vedrørende arbejdsmiljø, der skal arbejdes med for at rekruttere og fastholde uddannet og kompetent personale på sundhedsområdet.

Kapitel 5: Viden om individforhold og eksempler på virkningsfulde indsatser: Udfolder viden om individforhold af betydning for om rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale. Der gives eksempler på virkningsfulde indsatser fra litteraturen rettet mod individforhold.

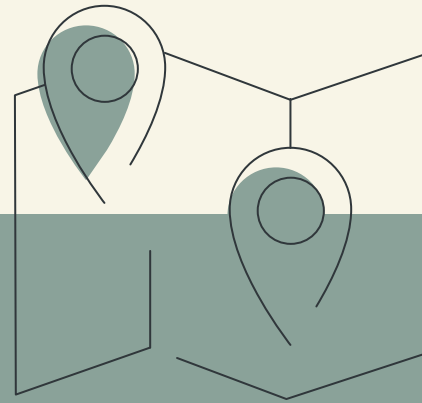
Kapitel 6: Viden om ledelsesforhold og eksempler på virkningsfulde indsatser: Udfolder viden om ledelsesforhold af betydning for rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale. Der gives eksempler på virkningsfulde indsatser rettet mod de ledelsesmæssige forhold.

Kapitel 7: Viden om organisationsforhold og eksempler på virkningsfulde indsatser: Udfolder viden om organisatoriske forhold af betydning for rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale. Der gives eksempler på virkningsfulde indsatser fra litteraturen rettet mod de organisatoriske forhold.

Kapitel 8: Fremmere og barrierer for virkningsfulde indsatser: Beskriver viden om forudsætninger og barrierer, der har betydning for virkningen af indsatserne, så det nødvendige fundament og afsæt for anvendelsen af indsatserne og deres virkning kan forstås og vurderes.



2. SAMMENFATNING



Sammenfatning af vidensfund i litteraturstudiet

Formål med og vidensfund i litteraturstudiet

Litteraturstudiet har haft til formål at opsamle og formidle viden om, hvilke individuelle- ledelses- og organisationsforhold, der har betydning for arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

Endeligt har litteraturstudiet også haft til formål at opsamle og formidle viden om betydningsfulde og barrierer i forhold til rekruttering og fastholdelse af kompetent personale i sundhedsvæsenet.

I alt er litteraturstudiet baseret på 42 inkluderede studier. 27 af disse, er studier, der er publiceret i peer-reviewed tidsskrifter eller af forskningsinstitutioner. 11 af studierne er såkaldt grå litteratur, der dækker over evalueringer og opsamlinger, hvori der indgår empirisk materiale, mens 4 af studierne er inspirationslitteratur, hvori der ikke indgår egentlig empirisk materiale.

Figuren til højre viser – og de inkluderede studier dokumenterer – at der er i hvert fald en vigtig vej, som har betydning for og korrelerer med en succesfuld rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

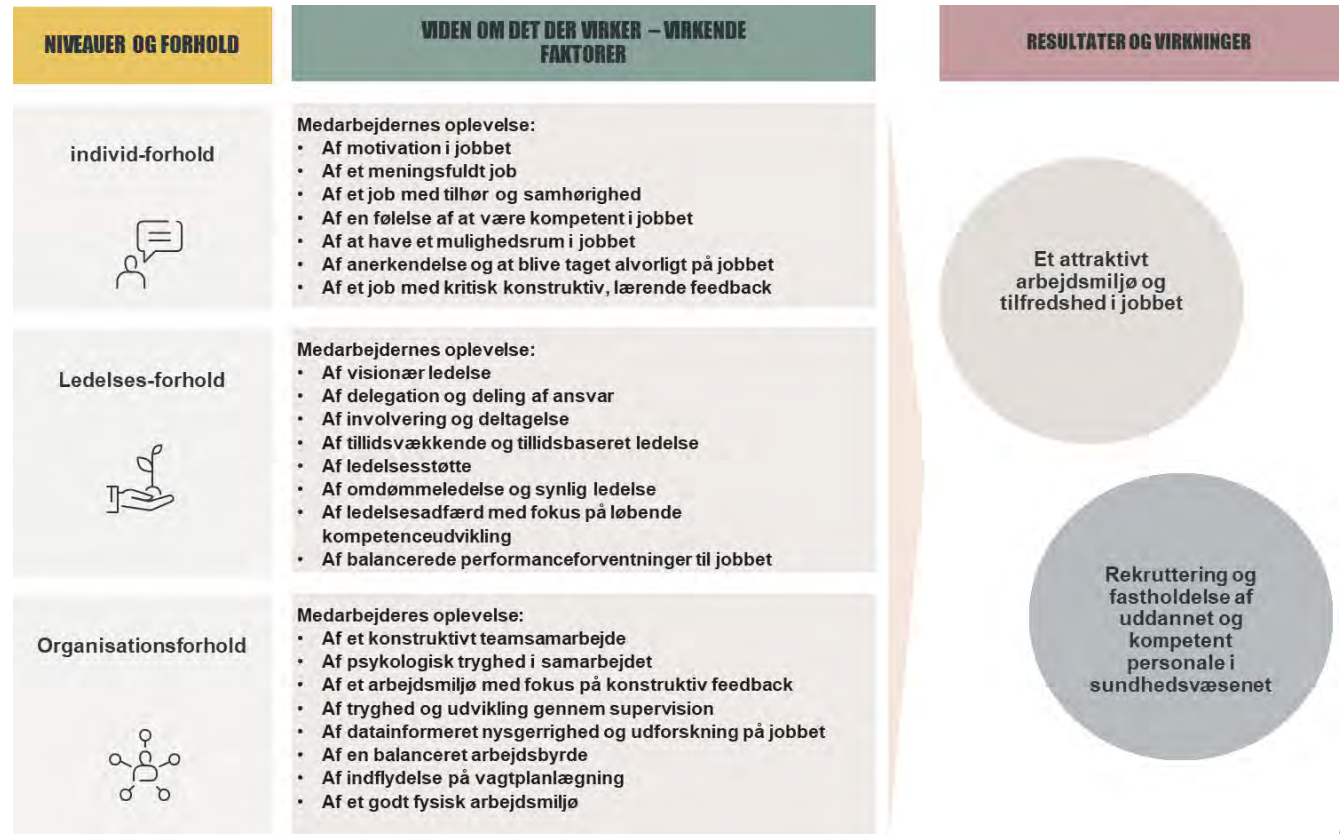
Arbejdsmiljø

Det drejer sig grundlæggende om at etablere et attraktivt arbejdsmiljø som et nødvendigt og væsentligt fundament for at fremme tilfredshed i jobbet (fastholdelse) og for at skabe arbejdspladser, der er tiltrækkende for nye medarbejdere (rekruttering).

...

Litteraturstudiet viser derudover, at indsatser er virkningsfulde gennem forskellige faktorer, som har en positiv betydning for fremme af jobtilfredshed og et attraktivt arbejdsmiljø – og dermed også rekruttering og fastholdelse af personale.

Disse faktorer kan omhandle eller relatere sig til individ-, ledelses- og/eller organisationsforhold.



Sammenfatning af vidensfund i litteraturstudiet

- viden om det, der virker

Viden om det, der virker - individforhold

Litteraturstudiet viser, at faktorer, som bidrager positivt til at skabe motivation, jobtilfredshed hos medarbejdere og et attraktivt arbejdsmiljø, samlet set er de grundlæggende for motivation, som knytter sig til *Public Service motivation*. Det er kendetegnet ved *brugerorientering, mening, mestring, følelse af at være kompetent i jobbet, autonomi, tilhør, anerkendelse og feedback*, som grundlæggende faktorer.

Litteraturstudiet viser således, at der særligt er velbelyst forskningsviden bag faktorer som: Medarbejderne oplever at have meningsfuldt job, et job med tilhør og samhørighed, en oplevelse af motivation i jobbet og en følelse af at være kompetent i jobbet.

Indsatser, der bidrager til at fremme en eller flere af disse faktorer, understøtter derfor både rekruttering og især fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet. I den inkluderede litteratur fremgår det, at fx systematisk individuel feedback og individuel og løbende kompetenceudvikling og opkvalificering er indsatser, fremmer og understøtter disse faktorer.

EKSEMPLER PÅ INDSATSER – INDIVID

Litteraturstudiet peger på følgende indsatser i arbejdet med rekruttering og fastholdelse:

- Arbejdsgange og systematik for individuel feedback
- Individuel og løbende kompetenceudvikling
- Forandring af bæredygtig adfærd gennem forandringshjulet

Viden om det, der virker - ledelsesforhold

Litteraturstudiet peger også på en række faktorer, der knytter sig til ledelsesforhold. Det gælder *visionær ledelse, involvering af medarbejdere i ledelsesopgaven, tillidsbaseret ledelse, ledelsesstøtte og ledelsesadfærd med fokus på løbende kompetenceudvikling og balancerede performanceforventninger til jobbet*, der fremmer motivation og et attraktivt arbejdsmiljø, og dermed også rekruttering og fastholdelse.

Det er særligt forskningsmæssigt velbelyst, at faktorer, som at medarbejderne oplever visionær ledelse, delegation og ansvar, involvering og deltagelse, tillidsvækkende og tillidsbaseret ledelse og ledelsesstøtte, er virkningsfulde.

I den inkluderede litteratur fremhæves det, at indsatser, som for eksempel øget anvendelse af transformationsledelse som ledelsesindsats, kan fremme faktorer som en visionær og målorienteret ledelseskultur, ligesom anvendelse af distribueret ledelse kan fremme de virkende faktorer, så medarbejderne oplever delegation og ansvar i jobbet.

EKSEMPLER PÅ INDSATSER - LEDELSE

Litteraturstudiet peger på følgende indsatser i arbejdet med rekruttering og fastholdelse:

- Kandidat og masteruddannelse for sundhedsprofessionelle i ledende stillinger
- Løbende efter- og videreuddannelse af ledere
- Øget anvendelse af transformationsledelse
- Øget anvendelse af distribueret ledelse

Sammenfatning af vidensfund i litteraturstudiet

- viden om det, der virker

Viden om det, der virker- organisationsforhold

Ligeledes opsamler litteraturstudiet viden om faktorer, der relaterer sig til organisationsforhold – og som derved understøtter medarbejdernes oplevelse af motivation og et godt arbejdsmiljø. Litteraturstudiet viser, at faktorer som oplevelsen af at indgå i *konstruktiv teamsamarbejde, psykologisk tryghed i samarbejdet, et arbejdsmiljø med feedback, tryghed gennem supervision, en balanceret arbejdsbyrde, en arbejdspraksis, der fremmer brug af data til nysgerrighed og udforskning af faglighed og kvalitet i arbejdet samt en balanceret arbejdsbyrde og et godt fysisk miljø*, er virkningsfulde.

Det er særligt velbelyst, at oplevelsen af et konstruktivt samarbejde, psykologisk tryghed, et arbejdsmiljø med fokus på feedback og tryghed og udvikling gennem supervision og indflydelse på vagtplanlægning, er virkningsfulde for motivation og arbejdsmiljø og derfor også rekruttering og fastholdelse.

En række indsatser kan bidrage til at fremme en eller flere af disse virkende faktorer. Fx indsatser, der fremmer relationel koordinering i arbejdet, systematiske indsatser til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø, indsatser til fremme af psykologisk tryghed i arbejdsmiljøet og indsatser til opbygning af en data- og vidensinformeret faglig praksis med fokus på læring og forbedringer.

EKSEMPLER PÅ INDSATSER – ORGANISATION

Litteraturstudiet peger på følgende indsatser i arbejdet med rekruttering og fastholdelse:

- Indsats til udvikling af en praksis med en høj grad af relationel koordinering
- Systematisk arbejde med det psykosociale arbejdsmiljø
- Indsats til fremme af psykologisk tryghed
- Opbygning af en data- og vidensinformeret praksis

Samspelet mellem virkende faktorer og indsatser

De nævnte indsatser fremhæves i den inkluderede litteratur, og er dermed ikke nødvendigvis udtømmende for indsatser, der er virkningsfulde i relation til rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet. Samtidig vil der sjældent være et én til én forhold mellem den enkelte indsats og den enkelte virkende faktor. Ofte vil en indsats kunne bidrage til at fremme en eller flere af de faktorer, der relaterer sig til enten individforhold, ledelsesforhold eller organisationsforhold. I boksen nedenfor er udfoldet et eksempel på samspelet mellem faktorer og en egentlig afgrænset indsats, der tjener som illustration på, hvordan viden i litteraturstudiet bindes sammen undervejs.

EKSEMPEL PÅ SAMSPILLET MELLEML FAKTORER OG INDSATSER

Litteraturstudiet viser, at en faktor, der understøtter arbejdet med rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet, er at personalet oplever en visionær og målorienteret ledelsesstil på arbejdspladsen, som bidrager til at de kan identificere sig med organisationens formål og får en forståelse af vigtigheden af organisationens mål. Oplevelsen af denne ledelsesstil på arbejdspladsen, aktiverer en respons hos medarbejderne, som understøtter deres motivation og jobtilfredshed, og dermed lyst til at blive i deres job.

At udleve en ledelsesstil, der aktiverer denne respons hos medarbejderne, sker dog ikke af sig selv. Det kræver en indsats fra ledelsen på arbejdspladsen. Her viser litteraturstudiet, at for eksempel transformationsledelse som indsats – og de delelementer, som indgår heri – er understøttende. Det kan være i en form, hvor ledelsen arbejder med delelementer, som at skabe en vision personalet kan relatere sig til, udøve en ledelsesstil, hvor ledelsen agerer som et fyrtårn og rollemodel og driver ledelse med intellektuel stimulation for øjet, som giver medarbejderne en oplevelse af, at der er rum, hvor de kan byde ind med ideer og faglige perspektiver gennem inddragelse og empowerment. Med andre ord er virkende faktorer at forstå, som det, der skaber en respons i målgruppen – og som indsatsen skal have for øje og designes omkring.

Sammenfatning af vidensfund i litteraturstudiet

- Væsentlige fremmere og forudsætninger for indsatsers virkning

Forudsætninger og barrierer for faktorer og indsatser

Litteraturstudiet viser også, at der er identificeret fire fremmere eller forudsætninger for en effektiv indsats. Det vil sige forhold, der understøtter virkning og effektivitet, når der arbejdes med disse, og der tages højde for dem. Disse er:

- **Organisatoriske- og kompetencemæssige forudsætninger:** Litteraturstudiet viser, at organisatoriske elementer kan virke som vigtige forudsætninger for rekrutterings- og fastholdelsesstrategier. Overordnet er omdrejningspunktet her at udvikle og etablere støttende strukturer og en organisatorisk infrastruktur, der fremmer et understøttende miljø for nye strategier og indsatser. Det handler også om, at de rette kompetencer til implementering og eksekvering af indsatser er til stede i organisationen.
- **Forudsætninger i selve indsatsen og strategien:** Litteraturstudiet dokumenterer, at indsatsen eller strategien målrettet rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, i sig selv kan virke som enten en forudsætning, der understøtter indsatsens effektivitet eller en barriere, der hæmmer dette. Her peger studierne på følgende, som bør overvejes nøje, når indsatsen operationaliseres og efterfølgende implementeres; *indsatsens læringspotentiale, indsatsens efficiens, indsatsens genkendelighed og indsatsens anvendelighed.*
- **Flerstrengede indsatser og strategier understøtter effektivitet:** Der er forskningsmæssig dokumentation for, at flerstrengede strategier og indsatser er mere effektive end strategier, der alene inkluderer enkeltstående indsatser og dermed bedre faciliterer en vellykket rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet. (Se anbefalinger herfor i boksen til højre).

ANBEFALINGER TIL DESIGN AF FLERSTRENGEDE INDSATSER

- Definer et klart problem, som skal løses, før indsatsens designes – og vær sikker på, at de indsatser, der designes, passer til konteksten, hvori den skal implementeres.
- Organisering af arbejds- og udviklingsgrupper af relevante interessenter fra regeringen, sociale partnere, uddannelsessteder, arbejdsmarkedet, NGO'er, interesseorganisationer mv. med henblik på at udvikle en kollektiv og helhedsorienteret rekrutterings- og fastholdelsesstrategi.
- Sørg for at udvikle indsatser, som en del af en samlet pakke, hvor initiativer overskrider og omfatter forskellige sektorer, som for eksempel uddannelsessektor, sundhedsvæsen, beskæftigelsessektor, socialsektor mv.
- Design og implementer indsatser, der tager højde for forskellige karakteristika ved målgruppen, for eksempel bør nyuddannede mødes af andre indsatser end medarbejdere med lang erfaring på arbejdsmarkedet.

Samtidig viser litteraturstudiet, at **konteksten**, hvori indsatsen implementeres, skal tages med ind i overvejelser om design og implementering af strategier, idet konteksten enten kan facilitere eller hæmme rekrutterings- og fastholdelsesstrategier. Her peges på både politiske, økonomiske, juridiske, organisatoriske og kulturelle kontekstuelle elementer, som kan indvirke på rekrutterings- og fastholdelsesstrategier.

3. DEN ANVENDTE METODE



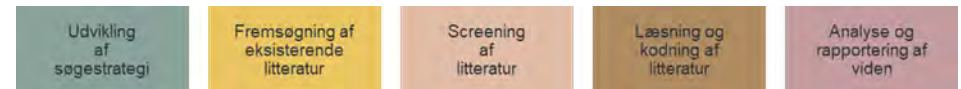
Rapid Evidence Assessment – og de metodiske trin i litteraturstudiet

Litteraturstudiet er gennemført med inspiration fra forskningsmetoden Rapid Evidence Assessment (REA). Et REA er en type af videns-review, som er særligt velegnet til at informere politikudvikling og praksisudvikling. Metoden følger mange af de samme processer og standarder, som genkendes i andre typer reviews, for eksempel et systematisk review, herunder udvikling af undersøgelsesspørgsmål, etablering af inklusionskriterier, operationalisering af søgestrategi, fremsøgning af studier, datakodning, analyse og endelige formidling af videns-syntese.

REA adskiller sig dog ved, at den gennemføres inden for en kort tidsperiode (4-5 uger) og med langt færre ressourcer til rådighed end ved et systematisk review. For at kunne det, betyder det også, at REA ikke går lige så bredt, dybt og omfattende til fremsøgning af studier og syntese af viden i studier, som for eksempel et systematisk review. Det kommer til udtryk ved, at der søges i færre databaser, der inkluderes alene studier med bestemte undersøgelsesdesign, kodningen af data og ekstrahering af viden fra studierne er mere indkredset og fokuseret mv.

Disse forhold betyder, at en REA og den videnssyntese, der udarbejdes på baggrund heraf, kan være mere sårbar overfor bias og eksklusion af relevant litteratur end et systematisk review, der er langt bredere, dybere og omfattende, men også kræver langt flere ressourcer og mere tid. I gennemgangen af litteraturstudiet er det således vigtigt at have denne forskel for øjet, og den betydning det har for afgrænsningen af inkluderet litteratur i studiet.

Litteraturstudiet er gennemført i fem fortløbende trin, der hver især har bidraget til at frembringe viden om rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet, herunder viden om virkende faktorer, indsatser og forudsætninger og barrierer i konteksten, hvor indsatser implementeres.



I bilagsmaterialet findes en detaljeret beskrivelse af den metodiske proces og fremgangsmåde for gennemførelse af litteraturstudiet. Herunder ridser vi kort op, hvordan de enkelte trin er gennemført.

Trin 1 - Søgestrategi: Litteraturstudiet er indledt med en fremsøgning af eksisterende nationale og internationale studier på baggrund af en søgestrategi med søgeord som indsats, arbejdsmiljø, rekruttering, fastholdelse, sundhedsvæsenet, faggrupper, sundhedsprofessionelle, ledelse, individ-faktorer, ledelses-faktorer, organisations-faktorer, uddannet personale, kompetent personale, fleksibilitet, arbejdsplanlægning mv. (søgeord er oversat til engelsk i søgning i databaser). Søgestrategien er kvalificeret af Christian Bøtcher Jacobsen, Professor Aarhus Universitet og Mickael Bech, forsknings- og analysechef, VIVE. Søgning er foretaget af Implement gennem søgning i nationale og internationale forskningsdatabaser og håndholdt søgning på hjemmesider.

De metodiske trin i litteraturstudiet

Trin 2 og 3 - Fremsøgning og screening af litteratur: Fremsøgningen og screeningen af studier er gennemført i flere processer. Indledningsvis har vi med udgangspunkt i søgeordene i søgestrategien søgt i databaser og håndholdt på hjemmesider. Denne proces førte til identifikation af mere end 1.500 hits.

Herefter har vi gennemgået alle hits på titel-niveau med henblik på etablering af en bruttoliste af mulige relevante studier. Processen her førte til en bruttoliste med i alt 67 potentielt relevante studier. For alle disse studier har vi læst abstract og konklusioner i studierne og sammenholdt dette med vores inklusions- og eksklusionskriterier.

Denne proces førte til at 25 studier blev frascreenet fordi studierne var uden for afgrænsningen af litteraturstudiet. Fremsøgningen af studier førte således til en endelig nettoliste med litteratur bestående af i alt 42 studier, som er de studier, vi har inkluderet i litteraturstudiet. 20 af de 42 studier er gennemført i dansk kontekst. De øvrige internationale studier, inklusive studier fra Sverige og Norge.

Trin 4 - Læsning og kodning: Alle de 42 inkluderede studier er gennemlæst og kodet med udgangspunkt i en systematisk kodeskabelon. I kodningen har fokus været på opsamling af studiernes stamdata, deres formål og deres indhold. Samtidig er hvert studie kodet med en beskrivelse af evidensniveauet bag studiet samt typen af viden i studiet. I bilagsmaterialet ses kodeskabelonen.

OVERFØRBARHED AF VIDEN FRA STUDIER INKLUDERET I LITTERATURSTUDIET

De internationale studier, som er inkluderet i litteraturstudiet, gør, at der i gennemgangen af reviewet, skal tages højde for, at forhold for personalet i de forskellige sundhedsvæsener som for eksempel i USA og England, adskiller sig væsentligt fra Danmark, ligesom der er forskellige velfærdssystemer og traditioner for velfærdsydelser.

Derfor er den direkte overførbare af nogle af de identificerede resultater i litteraturstudiet af mindre grad end andre resultater.

Dette forhold har vi forsøgt at imødegå, dels ved at have et fokus på danske og skandinaviske studier, dels ved at have et fokus på faktorer snarere end enkelte indsatser.

Det skal ses i lyset af, at faktorer nemmere lader sig overføre fra én kontekst til en anden, ligesom det er de virkende faktorer, lokale og nationale indsatser bør "bygges" op omkring.

Trin 5 - Analyse og rapportering af litteraturstudiet: I den sidste fase af litteraturstudiet er alle studier analyseret med henblik på rapportering af en samlet videnssynthese. Analysen af studier foregik med afsæt i kodeskemaerne og en proces, hvor der blev set på tværs af kodeskemaerne med henblik på at identificere temaer og trends i studierne, herunder faktorer og indsatser. I processen herefter har vi gennemført en proces, hvor de beskrevne faktorer og eksempler på indsatser er grupperet og systematiseret ud fra de tre niveauer eller vigtige forhold; individ-, ledelses- og organisationsforhold

Kvalitetsvurdering af litteraturstudiet vidensgrundlag

Som det også fremgår ovenfor, er vi gået til litteraturstudiet med relativt brede inklusionskriterier i forhold til både emnemæssige relevans og evidensniveau i studierne.

Vi har foretaget en samlet kvalitetsvurdering af hvert enkelt inkluderet studie, som kan give et billede af det samlede vidensgrundlag bag det samlede litteraturstudie og videnssyntesen. I litteraturlisten ses en kvalitetsvurdering af hvert enkelt studie.

Kvalitetsvurderingen af det enkelte studie er foretaget ud fra følgende kategorier, hvor 1 er den højeste kvalitet og 3 den laveste kvalitet.

1. Forskningslitteratur
2. Grå litteratur (evalueringer, opsamlinger, handleplaner, strategiplaner, anbefalinger mv. med inddragelse af empiri).
3. Inspirationslitteratur (handleplaner, vejledninger, kataloger mv, uden inddragelse af empiri).

Forskningslitteratur omfatter studier, der er udarbejdet af forskere og er publiceret i peer-reviewed tidsskrifter eller gennem forskningsinstitutioner. Det er altså den litteratur vi vurderer, der har den højeste kvalitet og udsigelseskraft.

Grå litteratur indeholder evalueringer, opsamlinger på indsatser og strategier, konkrete handleplaner og strategiplaner – og hvor konklusionerne beror på en vis grad af inddragelse af empirisk materiale.

Inspirationslitteratur omfatter inspirationskataloger, guides, vejledninger, handleplaner, men hvor der ikke indgår empirisk materiale i vurderingen af om de virker eller ej.

De inkluderede studier placerer sig som vist i tabellen nedenfor:

Kvalitetsniveau	Antal studier
Forskningslitteratur	27
Grå litteratur	11
Inspirationslitteratur (øvrige litteratur)	4 (herudover 3-5 erfaringsoplæg, indlæg fra parter)

I resten af litteraturstudiet benævner vi samlet set litteraturen, som studier. Men vi gør undervejs opmærksom på fund og resultater, hvor der er behov for at være opmærksom på vidensgrundlaget bag disse, idet det har betydning for konklusionernes robusthed om disse er baseret på for eksempel forskningslitteratur eller inspirationslitteratur.

Litteraturstudiets generaliseringspotentiale

Litteraturstudiet viser, at der endnu findes begrænset evidens om, hvad der er mest effektivt og virkningsfuldt i arbejdet med rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet. I nærværende litteraturstudie er der derfor kun identificeret begrænset viden af en kvalitet, der lader den følgende syntese af viden fremhæve deciderede kausale sammenhænge eller konkrete indsatser med belæg for signifikante effekter.

Det skyldes, at forskningsområdet er præget af, at der oftest ikke er gennemført systematiske, solide effektevalueringer af sammenhængen mellem givne indsatser og effektivitet og virkning, når det gælder rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet. Litteraturstudiets viden og fund bør derfor omsættes i praksis med opmærksomhed på, at der sjældent eksisterer et en-til-en forhold mellem indsats og resultat, ligesom resultater formentlig vil variere mellem kontekster.

På trods af de forbehold, der gør sig gældende i litteraturstudiet og dermed også studiets og videnssynesens generaliseringspotentiale, er det vores vurdering, at der i kraft af det øgede fokus på rekruttering og fastholdelse - og en række øvrige forhold -, at der findes viden som, er værdifuld og vigtig at arbejde videre med. Det er blandt andet forhold som, at der i studierne ofte ses på god og lovende praksis med rimelig robust dokumentation bag sig.

Det vurderes desuden at være en styrke, at over halvdelen af de inkluderede studier forholder sig til skandinavisk kontekst, hvilket øger relevansen af den frembragte viden i forhold til det danske sundhedsvæsen og i en dansk kontekst. Samtidig er en stor del af studierne forskningslitteratur, der er publiceret i peer-reviewed tidsskrifter. Heraf er mange af studierne reviews og litteraturopsamlinger.

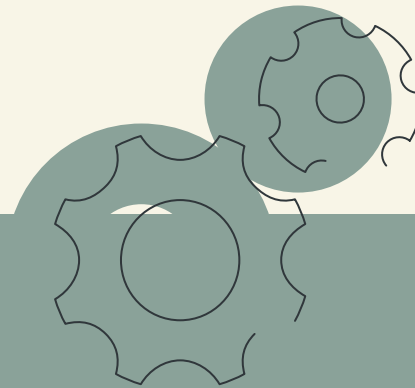
Derudover fungerer de kvalificerede input, vi har fået gennem inddragelse af forskere og eksperter undervejs, som en form for metodisk- og fagmæssig validering af litteraturstudiets relevans og anvendelighed. Med andre ord er det en styrke, at de forskere og eksperter, der arbejder med feltet, genkender litteraturstudiets viden og fund.

OPSAMLING I FORHOLD TIL GENERALISERING AF STUDIET

Litteraturstudiet viser:

- At der findes begrænset evidens om, hvad der er mest effektivt og virkningsfuldt i arbejdet med rekruttering og fastholdelse
- At der er begrænset viden om deciderede kausale forhold
- At forskningsområdet er præget af, der sjældent er gennemført solide effektevalueringer af sammenhænge mellem givne indsatser og effektivitet og virkning
- At der dog findes gode indsatser, der har rimelig dokumentation bag sig
- At de fleste studier forholder sig til skandinavisk kontekst, hvilket øger relevansen af den frembragte viden i litteraturstudiet.

4. ARBEJDSMILJØ



Et attraktivt arbejdsmiljø

De inkluderede studier viser, at en vej til succesfuld rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet, er udvikling og understøttelse af et attraktivt arbejdsmiljø på arbejdspladsen i bredeste forstand og jobtilfredshed blandt medarbejdere.

Omvendt er et uattraktivt arbejdsmiljø en væsentlig barriere for at lykkes med at rekruttere og fastholdelse uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

I det korte kapitel her ser vi nærmere på arbejdsmiljø med de briller. Altså på arbejdsmiljø som et forhold, der kan og skal arbejdes med for at lykkes med rekruttering og fastholdelse – og for at møde og løse nogle af de udfordringer, der relaterer sig til rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

I de tre efterfølgende kapitler ser vi på, hvilke faktorer og indsatser, der har en sammenhæng med og kan fremme et attraktivt arbejdsmiljø, motivation og jobtilfredshed blandt medarbejdere - og via disse veje understøtte rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet.

Kapitlet skal læses med det forbehold, at vi her samler op på de tendenser, der ses i de inkluderede studier. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på, at de tendenser der beskrives i kapitlet, ikke nødvendigvis gælder for nuværende i alle dele af sundhedsvæsenet.

Udfordringer, der er på spil?

Litteraturstudiet peger på arbejdsmiljø – eller et uattraktivt arbejdsmiljø, – som et problem, der har stor betydning for personalets psykiske og fysiske helbred, tilknytning til arbejdsmarkedet og rekruttering til og fastholdelse i jobbet. Forskning viser, at et uattraktivt eller dårligt arbejdsmiljø indvirker negativt på personalets helbred, arbejdsevne, trivsel og mulighederne for et langt og produktivt arbejdsliv på det danske arbejdsmarked – og dermed også på medarbejdernes villighed til at blive i jobbet (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2022b; Stefantou m.fl., 2017; Maqbali, 2015).

Det fremgår også af et danske studie blandt medarbejdere på ældreområdet. Her konkluderes det, at de medarbejdere, der oplever et dårligt arbejdsmiljø, er mere tilbøjelige til at sige deres job op inden for de følgende to år end andre medarbejdere (VIVE, 2022a). Studiet viser også, at sygeplejersker oftere har planer om at skifte job, både til et andet job inden for sygeplejefaget og til et job uden for sygeplejefaget, hvis de oplever, at arbejdstempoet er for højt, at det påvirker kvaliteten af deres arbejde, og hvis de kun delvist oplever, at de har mulighed for at løse deres opgaver på et fagligt forsvarligt niveau. Med andre ord er forskningen rimelig tydelig, og den viser, at et dårligt arbejdsmiljø bidrager til udfordringer med at fastholde uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet (VIVE, 2022a; Williamson m.fl. 2022).

De næste to slides præsenterer en række af de delproblemer, der udfordrer et godt arbejdsmiljø, som det fremgår i de inkluderede studier. Det er: **arbejdsbyrde og tid med brugeren, et højt arbejdstempo, utilstrækkelig ledelse og oplevelse af utilstrækkelige kompetencer**

Dette er ikke nødvendigvis en udtømmende liste af delproblemer relateret til et udfordret arbejdsmiljø for medarbejdere i sundhedsvæsenet. Det er de delproblemer, der går igen i de inkluderede studier – og som på den ene eller anden måde knytter sig til et krævende arbejdsmiljø, emotionel og psykisk stress, et ikke støttende miljø og udmattethed og udbrændthed (Bratt m.fl., 2018).

Arbejdsbyrde og tid med brugeren

På tværs af flere studier fremgår det, at en stor arbejdsbyrde og oplevelsen af mindre tid med brugeren, bidrager til at et uattraktivt arbejdsmiljø for medarbejderne.

Et studie gennemført af VIVE, som samler op på eksisterende litteratur om arbejdskraftmangel på de store velfærdsområder, viser, at det især er oplevelsen blandt SOSU-medarbejdere, men også blandt øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet. Her peges der på, at medarbejderne har mindre tid til dialog og relationsopbygning med brugeren, at de bruger unødigt meget tid på samarbejde eller forhandlinger med visitationen af tid til brugeropgaver og at dokumentation og skriftlighed fylder mere og mere i deres arbejde (VIVE, 2022a).

Studiet – men også andre studier – viser, at det her handler om, at medarbejderne efterspørger mere tid til kerneopgaven med brugerne. Det kan for eksempel være gennem indtænkning af nye teknologier, der kan understøtte det arbejde, som ikke har med den direkte brugerkontakt at gøre, for eksempel dokumentation, journalisering, opfølgning på procedurer mv. (VIVE, 2022a, VIVE, 2022c).

Et højt arbejdstempo

Studier viser også, at oplevelsen af et dårligt arbejdsmiljø hænger sammen med at medarbejderne oplever et for højt arbejdstempo.

Også her ser det ud til være en udfordring på tværs af faggrupper i sundhedsvæsenet, men en række udenlandske studier belyser, at det især er tilfældet for sygeplejersker. Her dokumenteres det, at sygeplejerskerne oplever at arbejdstempoet i nogle tilfælde er så højt, at det påvirker kvaliteten af deres arbejde og giver en oplevelse af, at de ikke i tilstrækkelig grad kan løse deres opgaver forsvarligt.

Disse studier peger på, at det kan ses i lyset af, at sygeplejersker er en faggruppe, hvor medarbejderne har en særlig og stærk faglig identitet (Bratt m.fl., 2018; Williamson m.fl., 2022).

Utilstrækkelig ledelse

Utilstrækkelig ledelse eller mangel på ledelse er også et forhold, medarbejderne oplever som udtryk for et uattraktivt arbejdsmiljø. Det er svært entydigt at pege på, hvad der udgør denne form for ledelse, ligesom det også må forventes at det opleves forskelligt af forskellige medarbejdere.

I flere studier tegnes et billede af en uhensigtsmæssig ledelseskultur på arbejdspladsen, når medarbejderne ikke tør udtrykke deres mening om kritisable forhold, fordi kritik ikke er velset hos ledelsen, og hvor kritik kan få "samarbejds-mæssige" problemer, for eksempel i form af tjenstlige samtaler, trusler om ansættelses-mæssige konsekvenser eller "kaffemøder hos ledelsen" (Nordisk Ministerråd, 2014; Stefantou m.fl., 2017; Cummings m.fl., 2010; Kleinmann m.fl., 2004).

Studier viser også, at utilstrækkelig eller uhensigtsmæssig ledelse i sundhedsvæsenet kan komme til udtryk som laissez-faire-ledelsesstil, da det kan gå ud over medarbejdernes motivation og engagement, at der ikke er en synlig leder, som guider dem i deres arbejde og følger op på, at de leverer de ønskede resultater. Det kan gå ud over det kollegiale samarbejde og sammenholdet i samarbejdende teams (Williamson, 2021; Attrre m.fl., 2011, West m.fl., 2019).

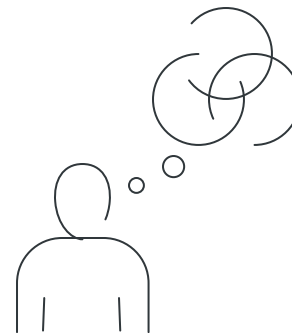
Der er således forskningsviden der viser, at ledelse er et afgørende forhold, som kan influere på, hvorvidt medarbejderne oplever arbejdsmiljøet som uattraktivt eller attraktivt.

Oplevelse af utilstrækkelige kompetencer

Studier viser også, at arbejdsmiljøet, særligt det psykiske arbejdsmiljø, er udfordret af, at medarbejderne oplever, at de ikke har tilstrækkelige kompetencer til at møde de problemer, de står overfor i jobbet.

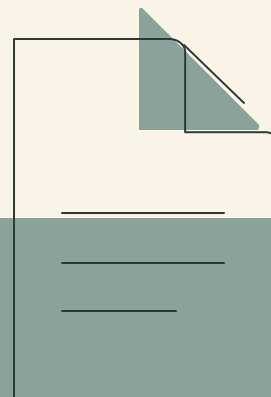
På ældreområdet, særligt demensområdet og på området for borgere med dobbelt-diagnoser oplever SOSU-medarbejdere, SOSU-assistenten og sygeplejersker, at arbejdsmiljøet udfordrer dem. Det handler blandt andet om, at de oplever ikke at være tilstrækkeligt kvalificeret til arbejdet med målgruppen eller at være i besiddelse af de mest relevante faglige kompetencer og værktøjer til arbejdet med brugerne (VIVE, 2022a).

I tæt tilknytning hertil, viser studier også, at oplevelsen af, at skulle samarbejde med medarbejdere uden formel uddannelse, træning og tilstrækkelige faglige kvalifikationer, kan øge stressniveauet på arbejdspladsen. Studier viser, at det indvirker negativt på arbejdsmiljøet og dermed muligheden for at fastholde uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet (Bratt m.fl., 2018; Sundhedsstyrelsen, 2020).



5. INDIVIDFORHOLD

Viden om det, der virker



Viden om det, der virker

- virkende faktorer på individniveau

Faktorer der handler om individforhold

På tværs af de inkluderede studier dokumenteres en række faktorer på individniveau, som er understøttende og fremmende for motivation og jobtilfredshed blandt medarbejdere i sundhedsvæsenet generelt – og rekruttering til og fastholdelse i jobbet. Disse ses i boksen nedenfor og er herefter yderligere udfoldet.

VIRKENDE FAKTORER - INDIVID

Litteraturstudiet viser, at det fremmer rekruttering og fastholdelse, når medarbejdere i sundhedsvæsenet har en oplevelse:

- Af motivation i jobbet
- Af et meningsfuldt job
- Af en følelse af at være kompetent i jobbet
- Af et job med tilhør og samhørighed
- Af at have et mulighedsrum i jobbet
- Af anerkendelse og at blive taget alvorligt på jobbet
- Af et job med kritisk konstruktiv, lærende feedback



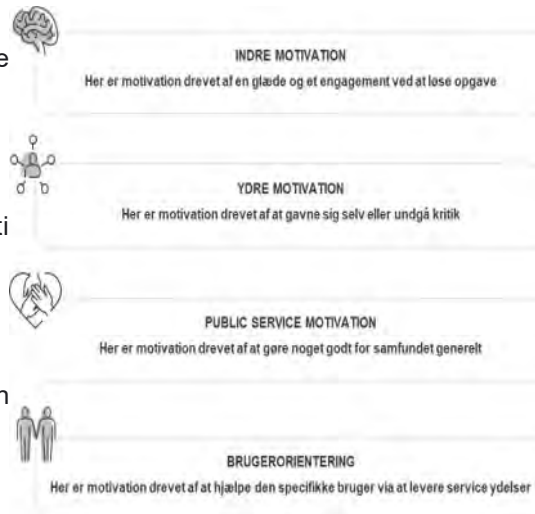
Litteraturstudiet viser, at der særligt er velbelyst forskningsviden bag faktorer, som at medarbejderne oplever, at have meningsfuldt job, et job med tilhør og samhørighed, en oplevelse af motivation i jobbet og en følelse af at være kompetent i jobbet.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på individniveau

Oplevelse af motivation i jobbet

Flere af de inkluderede forskningsstudier viser, at motivation og tilfredshed med ens arbejde er positivt forbundet med blandt andet den service, som den enkelte medarbejder leverer, effektiviteten i arbejdet og mindre sygefravær for den enkelte medarbejder (Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer, 2022; VIVE, 2022c, Bøgh Andersen m.fl., 2016). Ligeledes viser flere forskningsstudier, at engagerede, motiverede og tilfredse medarbejdere har en stor betydning for om de er villige til at forblive i jobbet eller villige til at træde til, når det er nødvendigt. Det er således velbelyst i den inkluderede litteratur at fremme af motivation og jobtilfredshed blandt medarbejdere i sundhedsvæsenet, er afgørende for at lykkes med at rekruttere og fastholde uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet (Bøgh Andersen m.fl., 2016, VIVE, 2022a, Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer, 2022).

I både dansk og international kontekst sondres mellem forskellige typer af motivation. Dette gøres dels for at få et mere nuanceret billede af medarbejdernes motivation. Dels for også at kunne målrette og skræddersy indsatser til fremme af medarbejdernes motivation. Der sondres typisk mellem fire forskellige typer af motivation, som er beskrevet i figuren til højre. Medarbejdere i den offentlige sektor vil typisk have en kombination af flere af disse motivationstyper.



En lang række studier, der er inkluderet i litteraturstudiet, tegner et billede af, at det er medarbejdernes indre motivation, som har størst betydning for jobtilfredshed, rekruttering til og fastholdelse i jobbet (Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetence, 2022; Bøgh-Andersen m.fl., 2016; Bøtcher Jacobsen m.fl., 2012).

Et større dansk studie udfolder dette og viser, at indre motivation og brugerorientering er de mest fremtrædende motivationstyper blandt medarbejdere i den offentlige sektor (Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetence, 2022). I samme studie dokumenteres det også, at medarbejdernes public service-motivation er fremtrædende, og næsten på niveau med indre motivation og brugerorientering. Medarbejdere i den offentlige sektor oplever med andre ord at være mest motiverede af glæden ved selve opgaveløsningen, at gøre noget godt for den enkelte bruger og bidrage til den offentlige sektor generelt. Et interessant studie i dansk kontekst, peger dog på mulige dilemmaer i medarbejdernes public sector-motivation, da en bagside af "medaljen" kan være, at medarbejderne presser sig selv i situationer, hvor de skal passe på eget fysiske og mentale helbred. Det kan på sigt føre til udbrændthed og en risiko for at må forlade arbejdsmarkedet før tid (Bøgh Andersen m.fl., 2019).

Studiet fra National Partnerskab om Ledelse og Kompetence viser også, at de offentlige ansattes ydre motivation, som for eksempel løn og belønning er mindre betydningsfulde end de øvrige motivationstyper (Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetence, 2022). Det er en konklusion, der også ses i et stort udenlandsk studie, hvor det fremgår, at finansielle incitamenter ofte kun er effektive, når de lanceres som en bestanddel af en samlet pakke af indsatser til fremme af rekruttering og fastholdelse af medarbejdere (Directorate-General for Health and Food Safety Recruitment and Retention of the Health Workforce, 2015).

Det perspektiv understøttes også af to yderligere studier i dansk kontekst. De viser, at medarbejdere i den offentlige sektor særligt vægtlægger formålet med arbejdet og indholdet i arbejdet betydning, mens de samme medarbejdere i mindre grad lægger vægt på løn og forhold mellem arbejdstid og arbejdsopgaver, når de bliver spurgt om de vigtigste årsager til at forblive i deres job i den offentlige sektor, herunder sundhedsvæsenet (VIVE, 2022c; Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2007). Løn og forholdet mellem arbejdstid og arbejdsopgaver angiver medarbejderne, imidlertid som et vigtigt forhold, når de bliver spurgt om, deres forventning til at blive i jobbet (VIVE, 2022c; Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2007).

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på individniveau

Et meningsfuldt job

En oplevelse af, at finde sit job meningsfuldt, er en af de faktorer, studier inkluderet i litteraturstudiet, finder er noget af det, der betyder mest for medarbejdernes jobtilfredshed og oplevelsen af at arbejdet er attraktivt – og dermed også for en succesfuld rekrutterings- og fastholdelsesindsats. Det gælder for medarbejdere både i den kommunale, regionale og statslige sektor.

Det handler om, at medarbejderne kan finde personlig mening i deres arbejde, men også mening bredere set i forhold til samfundet eller livet generelt (Nationalt Parterskab om Ledelse og Kompetencer, 2022b).

Et dansk studie dokumenterer, at mening og engagement i arbejdspladsen som sådan spiller en større rolle end mening med og engagement i selve arbejdet, når det gælder fastholdelse af medarbejdere.

Det kunne tyde på, at relationen til arbejdspladsen – dens ledelse og kollegerne – som helhed har større betydning for meningsfuldhed og engagement end selve arbejdets indhold (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2007).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - FORANDRING AF BÆREDYGTIG ADFÆRD Gennem FORANDRINGSHJULET

To studier trækker på indsigter fra den engelske psykolog Susan Michie, der gennem en oversigt af 20 forskningsbaserede koncepter for forandring og adfærdsændringer peger på en række drivkræfter, der påvirker menneskers adfærd – herunder også sundhedsprofessionelle – og som der må trækkes på, når der skal skabes bæredygtige forandringer (Strachan m.fl., 2012).

I studierne er argumentationen, at indsats til fremme af rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i sundhedsvæsenet må være målrettet disse drivere eller faktorer, for at fremkalde en forandring. Disse er:

- Muligheder, dvs. medarbejderens sociale og fysiske muligheder – her forstået som tid, ressourcer, rum og sted samt normer, relationer, støtte og netværk
- Motivation og mening, dvs. medarbejderens reflektive og automatiske motivation og mening – her forstået som aktivering af ny adfærd gennem planlægning, evaluering, selvbevidste intentioner og overbevisning
- Kapabiliteter, dvs. medarbejderens fysiske og psykologiske kapabiliteter – her forstået som fysisk evne til at optage ny adfærd (styrke, udholdenhed, kundskaber og psykologisk evne til at optage ny adfærd (viden, kognition og styrke i den mentale proces

Denne indsats tegner således et perspektiv, der kan hjælpe, når der designes indsatser, der skal løse udfordringer med rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet – således disse kan tilrettelægges med effektivitet.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på individniveau

En følelse af at være kompetent i jobbet

De inkluderede studier viser, at en oplevelse af at være kompetent i sit job, har stor betydning for medarbejdernes motivation og tilfredshed med jobbet.

En oplevelse af, at være i stand til at evne sit job og føle sig kompetent, er altså endnu et afgørende element i at lykkes med rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

Denne faktor relaterer sig til medarbejdernes fysiske og psykiske kapabiliteter – og er knyttet til en oplevelse og følelse af, at ens professionelle handlinger har en virkning på arbejdspladsen, at man kan udrette noget i sit job og opgavevaretagelse, samt at man har en positiv indvirkning på arbejdsfællesskabet og ens relationer i arbejdet (Nationalt Parternskab om Ledelse og Kompetencer, 2022; Williamson m.fl. 2022; Richardson m.fl., 2009).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - INDIVIDUEL OG LØBENDE KOMPETENCEUDVIKLING

På tværs af de inkluderede studier, fremgår det også, at individuel og løbende kompetenceudvikling er effektivt til fremme af de faktorer, der blandt andet omhandler at medarbejderne føler sig kompetente, autonome, anerkendt, værdisat og oplever mening med jobbet.

Det vil variere på tværs af faggrupper, hvilken kompetenceudvikling, der er behov for – og hvor den er mest presserende, men i de indsatser, der har kompetenceudvikling som omdrejningspunkt, fremhæves følgende kendetegn i indsatsen (West m.fl., 2019; Directorate-General for Health and Food Safety Recruitment and Retention of the Health Workforce, 2015; VIVE, 2022a):

- Styrket dialog mellem ledelsen og den enkelte medarbejder om medarbejderens kompetenceudvikling, herunder mål og fokusområder i kompetenceudvikling – et såkaldt kompetencefokus og et overblik over mål med kompetenceudvikling
- Kompetencedialog om en udviklingsplan for medarbejderens kompetence-udvikling – en såkaldt kompetencedialog og en plan for kompetenceudvikling
- Løbende opfølgning på medarbejderens kompetenceudviklingsplan
- Etablering af læringsrum og læringsmiljøer, hvor medarbejderen kan bringe nye kompetencer i spil i praksis med det samme
- Skab en praksis for tilbunds gående dialog om: Hvad er målene for kompetenceudviklinger? Hvilke kompetencer skal udvikles? Hvilke metoder kan bruges til det? Hvad passer medarbejderen og arbejdspladsen bedst? Hvordan gennemføres kompetenceudvikling i praksis? Hvordan forankres ny viden og kompetencer i hverdagen? Hvilke succeskriterier undervejs, skal bruges til at vurdere om man er på rette vej med kompetenceudviklingen?

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse

- virkende faktorer på individniveau

Et job med tilhør og samhørighed

Medarbejdernes oplevelse af at høre til på sin arbejdsplads – og være forbundet med arbejdet, er også velbelyst i de inkluderede studier og har betydning for jobtilfredshed og motivation. Det kan være i forhold til kolleger relateret til et samarbejde om brugeren eller i forholdet til ledelsen. Det kan også relatere sig til samspillet og alliancen med de brugere, medarbejderne støtter og hjælper (Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer, 2022; Richardson m.fl., 2009).

Et studie fra Norge, der ser nærmere på arbejdsforhold for sundhedsprofessionelle i ældresektoren, peger også på, at et job med tilhør og samspil med kolleger er afgørende for motivation og jobtilfredshed i jobbet. Studiet, der har fokus på ældresektoren, viser også, at medarbejder der arbejder ofte alene i deres vagt, er i større risiko for at forlade jobbet end medarbejdere, der arbejder tæt sammen med deres kolleger (Bratt m.fl., 2018).

Det er altså velbelyst i litteraturen, at et job, hvor medarbejderne oplever tilhør og samhørighed er motiverende og skaber tilfredshed i jobbet - og at medarbejdere, der omvendt arbejder meget alene, er i større risiko for at forlade deres job sammenlignet med medarbejdere, der arbejder tættere med deres kolleger.

Oplevelsen af at have et mulighedsrum i jobbet

Et par af studierne dokumenterer også at medarbejdernes mulighedsrum, er en faktor at arbejde med.

Her dokumenterer studierne, at det har betydning for medarbejdernes motivation og fastholdelse i jobbet, hvorvidt de på arbejdspladsen oplever fysiske omgivelser, der fremmer eller hæmmer en faglig positiv og konstruktiv adfærd (tid, ressourcer, rum og sted).

Det handler også om, hvorvidt medarbejderne oplever sociale omgivelser, der fremmer eller hæmmer tilsvarende, for eksempler normer på arbejdspladsen, relationer, støtte og netværk (Arrtte, m.fl., 2011).



Anerkendelse og blive taget alvorlig på jobbet

På tværs af de indsatser, litteraturstudiet samler op på, fremgår det, at det at det har stor betydning for medarbejdere i sundhedsvæsenet at blive mødt med anerkendelse og respekt for deres situation i jobbet.

Her ses det, at det har en positiv indvirkning på medarbejdernes motivation og tilfredshed i jobbet, når de mødes med en forståelse af deres grundvilkår og perspektiv, både af kolleger og ledelsen.

Herigennem oplever medarbejderne, at der tillægges gyldighed til deres tanker, følelser, ønsker og drømme i jobbet – og at de mødes med realistiske forventninger og en oplevelse af, at deres følelser, tanker og strategier i arbejdet, giver mening (Williamson m.fl. 2022; West m.fl., 2019; Sundhedsstyrelsen, 2020).

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på individniveau

Et job med konstruktiv lærende feedback

I flere af de inkluderede studier, fremgår det, at kontinuert feedback fra ledelse eller medarbejderkolleger kan understøtte en øget tilfredshed med jobbet. Det skaber nemlig et rum for udviklingen af den enkelte medarbejders faglighed – og dermed også et rum for at øge følelsen af, at være kompetent i jobbet. Studierne viser her, at det især er vigtigt, at feedback sker gennem en nysgerrig og udforskende tilgang fra både giver og modtager af feedback, da det er den bedste forudsætning for, at der kommer læring og udvikling ud af feedbacken (West m.fl., 2019; Bolton m.fl., 2021; Strachan m.fl., 2012).

Det er altså vigtigt, at feedback ses som etablering af et lærende rum mellem to partnere, og ikke som et rum for adfærdskorrigerende, da der her er tale om uligeværdig relation. Samtidig viser studierne, at god feedback er konkret og konstruktiv med et udviklende sigte.

Ligeledes peger et studie på, at det er særlig vigtigt med kontinuert feedback til de medarbejdere, der ofte oplever at være i arbejdssituationer, hvor de arbejder alene, for eksempel hjemmesygeplejersker, SOSU-medarbejdere på plejehjem og hjemmeplejen (VIVE, 2022a).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - OPBYGNING AF ARBEJDSGANGE FOR INDIVIDUEL FEEDBACK

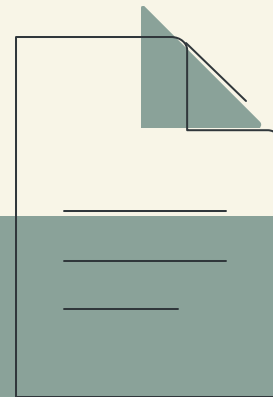
Studierne viser, at opbygningen af en feedback-cyklus, hvor medarbejderne oplever regelmæssig feedback, er en indsats, der kan fremme de mange faktorer, der fremgår ovenfor, herunder oplevelsen af at føle sig kompetent, at have et mulighedsrum i jobbet og blive mødt med anerkendelse og blive taget alvorligt i jobbet.

Enkelte studier peger på konkrete kendetegn i indsatsen til fremme af lærende, individuel feedback (West m.fl., 2019; Gorman m.fl., 2018):

- Etabler systematiske, transparente arbejdsgange for feedback til den enkelte medarbejder
- Gør det til en vane at give feedback regelmæssigt
- Vær specifik i den feedback der gives og gør den opgaverelateret
- Fokuser på medarbejderens adfærd, ikke på personen selv
- Refer til adfærd, som det er muligt at ændre
- Efterlad den, der modtager feedback med et mulighedsrum og valgmuligheder
- Gennemfør feedbacken på det rigtige og nødvendige tidspunkt
- Systematisk opfølgning, når feedbacken er givet
- Hav læring og udvikling som omdrejningspunkt for feedback
- Etabler et trygt, nysgerrigt og empatisk rum for feedback
- Giv plads til diskussion, indflydelse og autonomi i feedback-rummet

6. LEDELSESFORHOLD

Viden om det, der virker



Viden om det, der virker

- virkende faktorer på ledelsesniveau

Faktorer der handler ledelsesforhold

Studierne, som indgår i litteraturstudiet, og som særligt har fokus på ledelsesforhold i en målrettet rekruttering og fastholdelse, dokumenterer hvilke forskellige faktorer, der kan bidrage til positive resultater i indsatsen for rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet. I boksen nedenfor er disse fremhævet, hvorefter de er yderligere udfoldet.

VIRKENDE FAKTORER – LEDELSE

Litteraturstudiet viser, at det fremmer rekruttering og fastholdelse, når medarbejdere i sundhedsvæsenet har en oplevelse:

- Af visionær ledelse
- Af delegation og deling af ansvar
- Af involvering og deltagelse
- Af tillidsvækkende og tillidsbaseret ledelse
- Af ledelsesstøtte
- Af synlig ledelse og ledelse der tager sig af arbejdspladsens omdømme
- Af ledelse der lægger vægt på løbende kompetenceudvikling af medarbejderne
- Af balancerede performanceforventninger til jobbet



Litteraturstudiet viser, at der særligt er velbelyst forskningsviden bag faktorer, som at medarbejderne oplever, visionær ledelse, delegation og ansvar, involvering og deltagelse, tillidsvækkende og tillidsbaseret ledelse og ledelsesstøtte.

Det der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse

- virkende faktorer på ledelsesniveau

Oplevelse af visionær ledelse

I velunderbyggede forskningsstudier, der særligt har fokus på ledelse og sammenhængen mellem ledelse, motivation, arbejdsmiljø rekruttering og fastholdelse, fremhæves det, at en ledelsesstil, der er visionær og målorienteret, har en positiv virkning i arbejdet med at rekruttere og fastholde medarbejdere i sundhedsvæsenet (Bøgh Andersen m.fl., 2016; Cummings m.fl., 2018). Dette understøttes også af, at flere studier peger på, at en mere opgave- og aktivitetsfokuseret ledelse har en negativ indvirkning på medarbejdernes tilfredshed, deres arbejdsmiljø, og også ønsket om at blive i jobbet (Cummings m.fl., 2018; Robbin m.fl., 2020).

Denne ledelsesstil virker ved, at medarbejderne gennem ledelsesstilen får en forståelse af vigtigheden af organisationens mål – og dermed motiveres til at arbejde i retning af disse. Det handler om, at man som medarbejder er klar over, at der er en beskrevet og/eller kommunikeret fremtidig ønskværdig vision for organisationen eller arbejdspladsen, som man oplever, bliver delt og fastholdt med medarbejderne. Her gælder det især om at gøre visionen konkret og relevant for medarbejdernes arbejde, så det er klart, hvordan arbejdsopgaver og prioriteringer er med til at bidrage til at realisere visionen. Det gælder både på kort sigt, hvor arbejdet med visionen formuleres, og på det længere sigte, hvor visionsarbejdet er færdiggjort.

Studier viser også, at denne ledelsesstil bidrager positivt til medarbejdernes følelse af autonomi, kompetence og tilknytning til kolleger i jobbet. Dette, dokumenterer de inkluderede studier, er en del af forklaringen på sammenhængen mellem en visionær og målorienteret ledelsesstil og medarbejdernes motivation og fastholdelse i jobbet (Stefantou m.fl., 2017; Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetence, 2022; Williamson m.fl. 2022).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - TRANSFORMATIONSLEDELSE

Studierne viser, at særligt transformationsledelse er en effektiv indsats til fremme visionær ledelse, men også de øvrige faktorer, litteraturstudiet viser har en positiv betydning for rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale, herunder en signifikant effekt på motivation og jobtilfredshed (Lotte Bøgh Andersen m.fl., 2016; Cummings m.fl., 2018; Kleinmann, 2004). I de studier, der dokumenterer betydningen af transformationsledelse, er der en forståelse af dette, hvor fokus er på ledelsesadfærd rettet mod at udvikle, dele og fastholde en vision. Det kan være en vision om for eksempel kontinuerligt at forbedre kvalitet i opgaven, øget patientsikkerhed eller høj tilfredshed blandt brugere og medarbejdere. Den bagvedliggende idé i transformationsledelse, som det fremgår i studierne, er at transformere medarbejderne til at dele organisationens ambition og målsætninger og på den baggrund overvinde medarbejdernes egeninteresse (Lotte Bøgh Andersen m.fl., 2016). Samlet set rummer ledelsesstilen følgende, som flere forskningsstudier dokumenterer, virker positivt på medarbejdernes motivation og jobtilfredshed og dermed også rekruttering og fastholdelse (Cummings m.fl., 2018; Robbins m.fl., 2020):

- Ledelsesstil med inspirerende motivation, dvs. at ledelsen kan skabe en vision personalet kan relatere sig til
- Ledelsesstil med idealiseret indflydelse, dvs. ledelsesstil, hvor man agerer som et fyrtårn og en rollemodel og herigennem skaber tillid og respekt
- Ledelsesstil med intellektuel stimulation, dvs. en ledelsesstil, hvor man giver medarbejderne følelsen af at deltage aktivt og en oplevelse af at kunne byde ind med ideer. Her er nøgleordene inddragelse og empowerment
- Ledelsesstil med individuel behandling, dvs. at ledelsen har fokus på den enkelte medarbejder og medarbejderens behov og barrierer

Studierne peger tilsammen på, at transformationsledelse kan være et nyttigt redskab til at øge medarbejdernes motivation, men de peger også på, at betingelserne for effektiviteten af transformationsledelse er mest gunstig i organisationer, hvor medarbejderne har en direkte kontaktflade med brugerne. Ligeledes viser forskningen, at oplevelsen af ledernes troværdighed, når der bedrives transformationsledelse, har en stor betydning for medarbejdernes motivation.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse

- virkende faktorer på ledelsesniveau

Oplevelse af delegation og ansvarsdeling

Et forskningsstudie i dansk kontekst viser, at en ledelseskultur, hvor personalet oplever at deling af ledelsesopgaver med medarbejdere uden ledelsesansvar, er forbundet med højere tilfredshed med jobbet og dermed også rekruttering og fastholdelse (Jakobsen m.fl., 2021). I denne form for ledelse gives medarbejderne mere lov til at bestemme i deres arbejde, og beslutningskraften og kompetencer til den service, der skal leveres og styrkes. Samtidig viser studier, at det effektiviserer arbejdsprocesser og gør dem mere smidige, når kompetente medarbejdere får mulighed for at handle effektivt og umiddelbart. Ligeledes peges der på, at delegation af beslutningskraften giver medarbejderne bedre mulighed for at møde brugernes særlige behov her og nu og udleve arbejdet mere autonomt og med en følelse af, at være kompetent. Alt dette bidrager til at øge deres motivation og jobtilfredshed (Ylitormanen m.fl., 2018; Williamson m.fl. 2022; Jakobsen m.fl., 2021).

En arbejdskultur og ledelsesstil med delegation og en grad af fælles beslutningstagning, er således en vigtig faktor, der understøtter opbygning af motivation blandt medarbejderne, og giver dem en oplevelse af tilfredshed med jobbet (Stefantou m.fl., 2017; Arrtte, 2011).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - DISTRIBUTERET LEDELSE

Studier viser, at distribueret ledelse er en ledelsesindsats, der kan understøtte at medarbejderne oplever delegation og meningsfuld ansvarsdeling af ledelsesopgaven, som kan bidrage til øget motivation og jobtilfredshed (Jakobsen m.fl., 2021; Ylitormanen m.fl., 2018; Williamson m.fl. 2022). I studierne peges på, at ledelsestilgangen er særligt relevant og effektivt i organisation, hvor der samarbejdes om komplekse services, som kalder på en høj grad af koordinering. I samme studier peges der også på en ledelsesindsats, hvor der skal etableres arbejdsgange og processer for, hvordan medarbejdere engageres i ledelse og beslutningstagning – og at disse arbejdsgange og processer strømlines, gøres formelle og er tydelige og transparente. I forskningen peges der særligt på to vigtige karakteristika, der kræver opmærksomhed i arbejdet med distribueret ledelse. For det første kan antallet af medarbejdere med ledelsesroller og intensiteten af deres engagement og deltagelse i ledelsesroller variere. For det andet kan distribueret ledelse opstå og udmønte sig i form af bevidst og planlagt delegation, men også spontant ved at medarbejdere på egen hånd initierer og tager lederskab på sig (Jakobsen m.fl., 2021). Samtidig peger litteraturen på, at distribueret ledelse virker positivt gennem følgende elementer (Jakobsen m.fl., 2021):

- **Et læringselement:** Distribueret ledelse styrker organisationens evne til at skabe værdi og mening fra organisationens egne erfaringer og fra andre organisationernes erfaringer
- **Et koordinationselement:** Distribueret ledelse understøtter distribution og deling af information og autoritet i organisationen på en måde, der gør det muligt at koordinere tættere og bedre om arbejdsopgaver, ligesom ledelsestilgangen understøtter, at medarbejdernes kompetencer og kapaciteter udnyttes effektivt
- **Et motivationselement:** Følelsen af kompetence og autonomi, der opstår blandt medarbejdere ved distribueret ledelse, gør jobbet mere meningsfuldt og øger dermed motivation og jobtilfredshed

Herudover peger studierne på følgende ved distribueret ledelse:

- Distribueret ledelse er, når flere personer samarbejder om at varetage ledelsens handling mod fælles mål
- Flere personer arbejder for at sikre ledelsen af et givent samarbejde, og det øger sandsynligheden for at samarbejdet bliver succesfuldt
- Det kan ske i form af selvledende teams, kvalitetsudvikling eller nøglepersons-grupper med særligt ansvar, for eksempel for arbejdsmiljø, vagtplanlægning mv.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på ledelsesniveau

Involvering, deltagelse og tillidsbaseret ledelse

Oplevelse af involvering og deltagelse: Flere studier peger på, at en ledelsesstil, der understøtter medarbejdernes deltagelse i planlægning og beslutning på arbejdspladsen og indflydelse på arbejdet, er en faktor, der har stor betydning for medarbejdernes motivation og ønsket om at forblive i jobbet (West m.fl., 2019; Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2007). Et studie af medarbejdere i ældresektoren gennemført af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø viser således, at en ledelsesstil på arbejdspladsen, der understøtter deltagelse og involvering, er en af de mest signifikante faktorer, der fremmer og understøtter, at medarbejderne forbliver i deres job (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2007; Williamson m.fl. 2022).

I et studie af udfordringer ved rekruttering og fastholdelse af velfærdprofessionelle i en dansk kommune gennemført af VIVE, fremgår det, at hovedparten af de adspurgte medarbejdere på sundhedsområdet peger på indflydelse på arbejdet, som noget af det væsentligste for at forblive i jobbet (VIVE, 2022c). Deltagelse og involvering i arbejdet kan ses som et udtryk for, at den enkelte medarbejder investerer tid og energi i sin arbejdsplads. Dette med henblik på at bidrage positivt til løsningen af arbejdsopgaver, trivsel blandt medarbejdere og en fortsat udvikling på arbejdspladsen.

Oplevelse af tillidsvækkende og tillidsbaseret ledelse: Studier, der omhandler ledelse og sammenhængen mellem ledelse og rekruttering og fastholdelse i jobbet, peger på, at tillidsvækkende og tillidsbaseret ledelse er understøttende og vigtigt i arbejdet med at rekruttere og fastholdelse medarbejdere (Stefantou m.fl., 2017; Cummings m.fl. 2018). Udgangspunktet og det virkningsfulde er, at lederen udviser en ledelsesstil, hvor en generel tillid til medarbejderne er i højsædet – og hvor ledelsen i videst muligt omfang anvender tillid som udgangspunkt for sin ledelse. Der kan stadig være ledelseskontrol af, hvad der gøres i arbejdet, men ledelsen balancerer tillid og kontrol på nye måder, så kontrollen giver mening for de opgaver, medarbejderne skal udføre. En vigtig forudsætning for, at en tillidsbaseret ledelsesstil virker, er, at tilliden fra ledelsen modsvares af selvledelse og initiativ fra medarbejderne (Gorman, 2018).

Ledelsestøtte

Oplevelse af ledelsestøtte: I tæt tilknytning til ovenstående form for ledelsesstil, peger studier i litteraturstudiet også på, at medarbejdere, der oplever en støttende, kompetent ledelsesstil, er mere villige til at forblive i deres job end medarbejdere, der oplever det modsatte. Det kan være en støttende ledelsesstil, der fremmer dialog om daglige udfordringer i arbejdet, brug af etablerede procedurer, konkret sparring i opgavevaretagelse og responsivitet i medarbejdernes henvendelse til ledelsen. (Cummings m.fl., 2018; Williamson m.fl. 2022).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - VIDERUDDANNELSE

Kandidat og masteruddannelser for sundhedsprofessionelle i ledende stillinger: To studier, der undersøger betydningen af ledelse for rekruttering og fastholdelse af særligt sygeplejersker peger på, at kandidat eller masteruddannelser i ledelse for ledende sundhedsprofessionelle, er effektive indsatser, der også kan være med til at understøtte en eller flere af de faktorer på ledelsesniveau, herunder særligt medarbejdernes oplevelse af kompetent ledelsestøtte (Strachan m.fl., 2012; Kleinmann, 2004).

Løbende efter- og videreuddannelse af ledere: Flere studier, der er inkluderet i litteraturstudiet, viser også, at kontinuert efter- og videreuddannelse blandt ledelse og afdelingsledelse i sundhedsvæsenet, er med til at fremme en ledelsesstil, der understøtter de virkende faktorer på ledelsesniveau (Strachan m.fl., 2012). Studierne viser også, at den ledelsestræning, der umiddelbart virker positivt på rekruttering og fastholdelse af medarbejderne, skal være fokuseret, specifik og målrettet de kompetencer, det kræver at optage en ledelsesstil, der fremmer virkende faktorer på ledelsesniveau (Strachan m.fl., 2012).

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på ledelsesniveau

Kæmper for omdømme og løbende kompetenceudvikling

Oplevelse af en ledelse, der kæmper for arbejdspladsens omdømme:

Studier viser også, at arbejdspladsens omdømme har betydning for medarbejdernes motivation (Pedersen, 2022).

En ledelsesstil, hvor lederen agerer for at styrke arbejdspladsens omdømme og eksistensberettigelse, kan understøtte rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, fordi de oplever arbejdspladsens vision og mål som vigtigt – og noget, der er værd at kæmpe for og bakke op om (Pedersen, 2022; Cummings m.fl., 2018).

Oplevelse af ledelsesadfærd, der understøtter løbende

kompetenceudvikling: En ledelsesstil, hvor medarbejderne oplever en ledelsesadfærd, der understøtter deres kontinuerte kompetenceudvikling, bidrager også til øget motivation og jobtilfredshed blandt medarbejdere.

I de forskningsstudier, der påviser denne viden, handler det blandt andet om, at ledelsen skaber rummet for deltagelse i kompetenceudvikling og for transfer af det lærte til praksis. Det handler også om en ledelsesstil, der understøtter og fremmer strategisk kompetenceudvikling, hvor medarbejderne oplever et match mellem den kompetenceudvikling, der prioriteres og de kompetencebehov, der er for at løse opgavevaretagelsen med høj faglig kvalitet (Stefantou m.fl., 2017; Williamson m.fl., 2022).

Et studie viser, at særligt medarbejdere i sundhedsvæsenet, der arbejder med brugere med komplekse problemer, har brug for ledelsesunderstøttelse til mere træning, specialisering og kompetenceudvikling. Det er for eksempel sygeplejersker på hospitalet eller medarbejdere på plejehjem, hvor brugerne er særligt udfordret, og har brug for mere avanceret og medicinsk støtte (Bratt m.fl., 2018).

Rimelige forventninger og et passende ledelsesspænd

Oplevelse af at der er balancerede performanceforventninger i arbejdet:

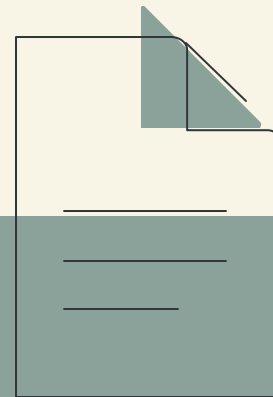
En ledelsesstil med målsættende ledelsesadfærd og performanceforventninger til medarbejderne viser sig at kunne bidrage til fastholdelse af medarbejdere. Det skal ses i lyset af, at det giver medarbejderne en følelse af at være vigtige for arbejdspladsen og en følelse af at kunne bidrage substantielt i opgavevaretagelsen. Samtidig viser studier, at det er afgørende, at denne ledelsesstil udøves på en måde, hvor mål og forventninger til medarbejderne er balancerede og realistiske, da det kan skabe øget jobskifte blandt medarbejdere, der ikke oplever mål og performanceforventninger som meningsfulde og relevante. Det er kun to studier af lidt lavere kvalitet, der dokumenterer denne faktor, hvorfor der endnu er begrænset dokumentation herfor (Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet, 2020, Sundhedstyrelsen, 2020).

Passende ledelsesspænd i afdelingen: Endeligt viser et helt nyt studie i danske kontekst, at ledelsesspænd er en vigtig medierende variabel mellem ledelsesadfærd og oplevelse af tilfredshed med jobbet. Her dokumenteres det, at medarbejdere oplever mere ledelse og højere jobtilfredshed, når de indgår i afdelinger med et mellem ledelsesspænd ca. 12-20 medarbejdere) sammenlignet med et mindre (under ca. 11 medarbejdere) eller større (over ca. 20 medarbejdere) ledelsesspænd i afdelingen (Bøtcher Jacobsen m.fl., 2022).

Her er det vigtigt at påpege at der ikke findes ét optimalt ledelsesspænd og at det handler og meget mere end et bestemt antal medarbejdere, herunder at ledelsesspænd er dynamiske, afhænger af kommunikation, uddelegering og det rette match. Forskningen viser dog, at for store ledelsesspænd kan føre til 1) mindre nærværende ledelse, 2) lavere medarbejdertilfredshed, 3) støtte udskiftning af medarbejdere og 4) flere fejl og dårlige resultater, mens små ledelsesspænd kan føre til 1) risiko for at lederen har sværere ved at træde i karakter som leder, 2) lavere lederidentitet (Bøtcher Jacobsen m.fl., 2022).

7. ORGANISATIONSFORHOLD

Viden om det, der virker



Viden om det, der der virker

- virkende faktorer på organisationsniveau

Faktorer der handler om organisationsforhold

Litteraturstudiet og viden fra de inkluderede studier, viser også, at en lang række faktorer, der handler om organisationsforhold, kan understøtte en effektiv og virksomhedsfuld indsats i arbejdet med rekruttering og fastholdelse. Viden fra de studier, der særligt har fokus på organisationsforhold, viser, at det drejer sig om følgende virkende faktorer.

VIRKENDE FAKTORER – ORGANISATION

Litteraturstudiet viser, at det fremmer rekruttering og fastholdelse, når medarbejdere i sundhedsvæsenet har en oplevelse:

- Af et konstruktivt teamsamarbejde
- Af psykologisk tryghed i samarbejdet
- Af et arbejdsmiljø med fokus på konstruktiv feedback
- Af tryghed og udvikling gennem supervision
- Af datainformeret nysgerrighed og udforskning på jobbet
- Af en balanceret arbejdsbyrde
- Af indflydelse på vagtplanlægning
- Af et godt fysisk arbejdsmiljø

Litteraturstudiet viser, at der særligt er velbelyst forskningsviden bag faktorer, som at medarbejderne oplever et konstruktivt samarbejde, psykologisk tryghed, et arbejdsmiljø med fokus på feedback og tryghed og udvikling gennem supervision og indflydelse på vagtplanlægning.



Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på organisationsniveau

Oplevelse af et konstruktivt teamsamarbejde

To af de inkluderede studier peger på at samarbejde faggrupper imellem i dynamiske og konstruktive teams bidrager til, at skabe motivation og tilfredshed med jobbet (Arrtte m.fl., 2011; Williamson, m.fl., 2022). Det gælder for alle typer af faggrupper i sundhedsvæsenet, men særligt viser de to studier, at sygeplejersker ønsker endnu stærkere samarbejde med læger i samarbejdende teams, ligesom de viser, at øget teamsamarbejde og tværfagligt samarbejde, også efterspørges af medarbejdere i den kommunale ældrepleje.

Empirien viser, at det tværfaglige, dynamiske samarbejde skaber motivation og tilfredshed, fordi medarbejderne oplever, at der, dels skabes et rum for læring og forbedring i den tværfaglige praksis, dels et mere helhedsorienteret blik på brugerne, mere effektive faglige indsatser og stærkere sammenhæng i indsatsen til brugerne. Samtidig bidrager teamsamarbejdet til fælles mål og dermed en fælles retning for arbejdspladsens medarbejdere i deres fælles indsats (Bolton m.fl., 2021). Endeligt fremhæver studierne, at det skaber tilfredshed blandt medarbejderne, fordi det dynamiske, koordinerende samarbejde i teams, gør det muligt for medarbejderne i fællesskab at løse de mere komplekse, specialiserede og gensidigt afhængige opgaver i sundhedsvæsenet.

Der er altså god viden, der viser, at det at have et team at læne sig op ad, kan medvirke til at imødegå noget af den stress, uro og de bekymringer, der opstår i mødet med brugerne og leveringen af serviceydelser. Dette fordi teamet sikrer, at den enkelte medarbejder har kolleger, de kan trække på, spørge om hjælp hos, og som kan støtte med at holde den faglige balance, når samarbejdet med brugeren kan være svært (Bolton m.fl., 2021; Williamson, 2022).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - UDVIKLING AF EN PRAKSIS MED EN HØJ GRAD AF RELATIONEL KOORDINERING

Opbygning af eller udvikling af en praksis med en endnu højere grad af relationel koordinering i organisationen, er en indsats, studier viser, er effektivt for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i sundhedsvæsenet (Bolton m.fl., 2021; Koebisch m.fl., 2020). Det handler her om at opbygge en relationel koordinering kendetegnet ved hyppig og præcis og problem-løsende kommunikation, systematisk vidensdeling og gensidig respekt på tværs af faggrupper, enheder og sektorer og anerkendelse af forskellige fagligheder (Bolton m.fl., 2021; Flynn, 2005).

Samtidig peges der på, at der i opbygningen af relationel koordinering og velfungerende teams i sundhedsvæsenet, bør være et klart fokus på, at teamdeltagerne kender deres rolle og ansvar og at de mødes hyppigt. Ligeledes bør der ske opfølgning på og review af performance og resultater, ligesom kvalitetsudvikling både af praksis og arbejdsmiljøet, bør være omdrejningspunktet i teams, der understøtter relationel koordinering i organisationen (West m.fl., 2019). Nedenfor en række kendetegn, der kan understøtte udvikling af en praksis med en høj grad relationel koordinering og samarbejde:

- Etablering af understøttende netværksstrukturer, der sikrer at medarbejdere kan samarbejde og koordinere, for eksempel netværksmøder, netværks-samarbejder
- Træning af ledere og medarbejdere i ledelse og facilitering af teamsamarbejde og tværfaglige og tværsektorielle møder
- Systemer for fælles ansvar og beslutningstagning, der understøtter det daglige og praktiske arbejde
- Tværgående koordinatorroller, der kan drive samarbejde og forberede, gennemføre og samle op på samarbejdet og samarbejdende møder
- Fælles tværfaglige og tværsektorielle understøttende protokoller og guides, der kan understøtte en fælles proces i og retning for samarbejdet
- Fælles videnssystemer og informationsdelingssystemer, der gør det muligt at dele viden og handle hurtigt på viden på tværs af fagligheder
- Træning i psykologisk tryghed og skabelse af rum, hvor medarbejdere handler og reagerer på møder, der understøtter opbygning af psykologisk tryghed

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på organisationsniveau

Oplevelse af psykologisk tryghed i samarbejdet

Et par af studierne påviser også, at oplevelsen af psykologisk tryghed, i arbejdet med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i jobbet, er af stor betydning (Bøgh Andersen m.fl., 2016; Ylitormanen m.fl., 2018).

Her viser studierne, at jo højere grad af psykologisk tryghed i arbejdet og samarbejdet med kolleger, jo mere tilfredse, engagerede, udviklende og højtpreformede er medarbejderne. Samtidig giver det medarbejderne en oplevelse af, at der skabes et rum, hvor de har indflydelse på arbejdspladsen og arbejdsopgaver, hvilket styrker deres ønske om at forblive i jobbet.

Studierne sætter særligt fokus på elementer af psykologisk tryghed, som omfatter en kultur, hvor det er okay at begå fejl og udvise sårbarhed, samarbejde der er drevet af åbenhed og nysgerrighed, en kultur, hvor feedback er naturligt, et samarbejds-klima med fokus på at lære sammen, accept af og respekt for hinandens forskellige fagligheder og en arbejdsplads, hvor medarbejderne gives en stemme (Bøgh Andersen m.fl., 2016; Ylitormanen m.fl., 2018; Bolton m.fl., 2021).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - FREMME AF PSYKOLOGISK TRYGHED

Et par af studierne fremhæver effektive indsatser til fremme af psykologisk tryghed og dermed indsatser, der understøtter fastholdelse og rekruttering af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet.

I disse studier, indgår kendetegn nedenfor, som en del af arbejdet med psykologisk tryghed (West m.fl., 2019; Bolton m.fl., 2021):

- Klæd ledelsen eller teamlederen på til, hvordan hun/han bedst forholder sig til det arbejde teamet står foran eller de samarbejdende medarbejdere skal løse, herunder også hvordan lederen eller teamlederen håndterer konflikt
- Sørg for at informere grundigt om teamets samarbejde og opgaveløsning – og informer og tal eksplicit om psykologisk tryghed som fænomen
- Analyser teamets samarbejde gennem observation, plenumsamtaler eller individuelle samtaler teammedlemmerne imellem
- Engager teamet eller de samarbejdende medarbejdere – for eksempel definerer interne "leveregler" i teamet, forventninger til hinanden, hvordan man agerer, når der opstår fejl, hvordan man aktiverer læring samt, hvordan man indgår i konfliktløsning og møder udfordringer
- Supporter teamet eller de samarbejdende medarbejdere, så de føler sig set, oplever tilhørsforhold og føler de har noget de kan læne sig opad, når arbejdet udfordrer og bliver svært.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse

- virkende faktorer på organisationsniveau

Oplevelse af datainformeret nysgerrighed og udforskning på jobbet

En række af de studier, der kan betegnes som grå litteratur peger også på, at en praksis og et miljø på arbejdspladsen, som giver rum til nysgerrighed og udforskning understøtter motivation, jobtilfredshed og fastholdelse. Det kan være en praksis, hvor man gør mere brug af data og viden til at understøtte systematiske refleksioner hos ledere og medarbejdere, der giver sig udslag i læring, forbedringer og kvalitetsudvikling af praksis (Ylitormanen m.fl., 2018; Sundhedsstyrelsen, 2020; KL 2020).

Rationalet er, at data og viden på arbejdspladsen kan bidrage til fælles udforskning af spørgsmålene; Hvorfor gør vi det? Hvordan gør vi det? Hvad gør vi? Hvad virker? For hvem? Og hvornår? Herigennem oplever medarbejderne, at data og viden er input til samtaler og refleksioner, der på den ene side kvalificerer deres faglige beslutninger, faglige drømme og valg, og på den anden side sikrer løbende udvikling i opgaverne, til gavn for brugerne.

Samtidig viser studierne, at en arbejdsplads og en praksis, hvor udforskning og refleksion er i højsædet, understøtter udviklingen af sammenhæng i organisationen, da refleksion og udforskning bliver et fælles anliggende på alle niveauer i organisationen (Danske Regioner 2020).



EKSEMPEL PÅ INDSATS - OPBYGNING AF EN DATA- OG VIDENSINFORMERET PRAKSIS

Studier viser, at en løbende bevægelse og udvikling i praksis og på arbejdspladsen, er fremmende for medarbejdernes motivation og jobtilfredshed (West m.fl., 2019; Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2022b). Det skal ses i lyset af, at det understøtter bedre faglig kvalitet i indsatsen og en kultur, hvor læring og forbedring er i højsædet.

Indsatser med fokus på opbygning af en data- og vidensinformeret praksis eller en systematisk lærings- og evalueringkultur på arbejdspladsen, har således en positiv betydning for fortsat succes med rekruttering og fastholdelse.

Der kan være mange måder at opbygge en sådan praksis, men flere af studierne peger på, at:

- Det handler om at styrke den professionelle dømmekraft og skabe et læringsrum, der kan udvikle den faglige praksis
- Der arbejdes datainformeret, og ikke databaseret, da data bliver et bidrag til de professionelle egen-vurdering
- Der arbejdes systematisk med en dataunderstøttet refleksionspraksis
- Der insisteres på, at både monofaglig- og tværfaglige dialoger, hvor læring sker i fællesskab og hvor alle medarbejdere bidrager til de datainformerede samtaler
- Organisatoriske arbejdsgange, der understøtter lærende og udforskende rum for læring, forbedring og kvalitetsudvikling
- En ledelse, der tør understøtte og arbejde med forandringsledelse, når datainformerede dialoger viser et behov for tilpasning og forandring i praksis

Det er her vigtigt at være opmærksom på, at kun få studier omhandler denne form for indsats, ligesom der ikke er gennemført egentlige systematiske evalueringer, der ser på sammenhængen mellem en data- og vidensinformeret praksis og betydningen af dette for rekruttering og fastholdelse.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på organisationsniveau

Støtte og tryghed gennem supervision og en rimelig arbejdsbyrde

Oplevelse af tryghed og udvikling gennem supervision: En ting er formel efter- og videreuddannelse, som led i at styrke medarbejdernes kompetencer, en anden ting er løbende supervision i den almindelige praksis. Studier peger på, at systematiske arbejdsgange for supervision har betydning for, hvor trygge og kvalificerede medarbejderne føler sig i arbejdet, hvorved det indvirker på medarbejdernes følelse af at være kompetente i deres opgaveløsning. Det kan være supervision i, hvordan de gør brug af faglige indsatser og anvender procedurer på arbejdspladsen samt, hvordan de møder brugere med særlige komplekse problemstillinger (Williamson m.fl. 2022; Bratt m.fl., 2018).

Særligt peger yngre medarbejdere, for eksempel yngre sygeplejersker og SOSU-medarbejdere på, at adgangen til supervision, for eksempel fra senior sygeplejersker eller senior SOSU-medarbejdere giver dem tryghed og følelsen af ikke at være alene i svære arbejdsituationer. Det viser studier, at det bidrager til at fremme disse medarbejderes tilfredshed med jobbet (VIVE, 2022a).

Systematiske arbejdsgange for supervision, som led i en løbende udvikling af medarbejdernes kompetence og støtte i deres opgavevaretagelse, er således en faktor, der kan gøre arbejdspladsen mere attraktiv og dermed bidrage til fastholdelse af medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Oplevelse af en balanceret arbejdsbyrde: Når medarbejderne oplever en balanceret arbejdsbyrde, oplever de et mere konstruktivt arbejdsmiljø og dermed også øget tilfredshed i jobbet. Her peger studier på, at det ikke så meget handler om tid brugt på arbejdet, men om omfanget af de opgaver, der skal løses inden for den tidsramme, medarbejderne har til rådighed. Studierne viser nemlig, at det er nemmere at fastholde medarbejdere, når de oplever, at der er tid til og understøttende rammer for opgavevaretagelse af høj faglig kvalitet og med stor effekt for brugerne (Williamson m.fl. 2022; VIVE, 2022c).

Psykosocialt arbejdsmiljø

Et studie viser, at en balanceret arbejdsbyrde særligt har betydning for medarbejdere i sundhedsvæsenet over 40 år, når der sammenlignes med medarbejdere under 40 år (Williamson m.fl. 2022).



EKSEMPEL PÅ INDSATS – SYSTEMATISK ARBEJDE MED DET PSYKOLOGISKE ARBEJDSMILJØ

Studier særligt fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, men også andre studier, dokumenterer en signifikant effekt af en indsats målrettet styrkelse af det psykosociale arbejdsmiljø, herunder balanceret arbejdsbyrde og indflydelse på planlægning af ens arbejde (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2021). Et studie viser, at en indsats målrettet forbedret arbejdsmiljø reducerede personaleomsætningen på danske hospitaler signifikant. I studiet fremgår det, at især indsatser målrettet tilfredshed med ens udsigter i arbejdet, styrkelse af generel jobtilfredshed og opbygning af miljøer, hvor samhørighed og tilhør var i højsædet, havde stor positiv betydning for en reduktion af personaleomsætningen. Studiet viser, at indsatsen især reducerede personaleomsætning blandt sygeplejersker, mens det i mindre grad var tilfældet blandt læger og øvrige sundhedsprofessionelle på hospitalerne (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2021). I indsatsen var der fokus på blandt andet følgende områder af et arbejdsmiljø:

- Arbejdstempo, arbejdsomfang og følelsesmæssige krav
- Indflydelse i arbejdet, udviklingsmuligheder, muligheder for at løse arbejdsopgaver, unødvendige arbejdsopgaver og forudsigelighed i arbejdet
- Samarbejde med kolleger og tillid til kolleger
- Trusler, chikane, diskrimination og mobning
- Håndtering af forandringer og forudsigelighed om forandringer
- Mening, stress, konflikt, konflikt mellem arbejde og privatliv.

Det, der kan arbejdes med for at understøtte rekruttering og fastholdelse - virkende faktorer på organisationsniveau

Arbejds miljø med feedback og Indflydelse på planlægning

Oplevelse af et arbejdsmiljø med fokus på konstruktiv feedback:

Litteraturstudiet tegner et billede af, at et miljø, hvor der arbejdes kontinuert og systematisk med feedback på medarbejdernes opgavevaretagelse, herunder også kritisk konstruktiv feedback til forbedring af egen arbejdsindsats, er understøttende for medarbejdernes motivation og tilfredshed med jobbet. Denne faktor hænger tæt sammen med et løbende ønske om kontinuert kompetenceopkvalificering, læring og udvikling, som studier viser også øger motivation og tilfredshed med jobbet (jf. ovenfor om faktorer, der handler om individet).

Ligeledes peges der på, at det skaber et arbejdsmiljø, hvor ledelse og medarbejdere i fællesskab løfter den fælles indsats og ønsket om fortsat videreudvikling af arbejdspladsen (Williamson m.fl. 2022). Endeligt viser studier også, at det bidrager til tilfredshed, motivation og villighed til at forblive i arbejdet, når den enkelte medarbejder oplever at samarbejde med kompetente kolleger, der løbende lærer og udvikler sig fagligt (Danske Regioner, 2022; West m.fl., 2019).

Oplevelse af indflydelse på vagtplanlægning: Flere studier peger på, at inddragelse og fleksibilitet i vagtplanlægning er betydningsfuldt for at fastholde medarbejdere i eksisterende jobs. Det handler om medarbejdernes mulighed for at kunne gå i dialog om vagtplanlægning, og det handler om vagtplanlægning, der skaber en konstruktiv balance mellem medarbejdernes arbejdsliv og privatliv (West m.fl., 2019).

Studierne viser, at fleksibel vagtplanlægning særligt er betydningsfuldt for de medarbejdere i sundhedsvæsenet, der arbejder skiftevis i dagvagter og nattevagter, for eksempel medarbejdere på hospitaler og medarbejdere på plejehjemsområdet (Williamson m.fl. 2022; Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet, 2020).

Fysisk arbejdsmiljø

Ligeledes peger studierne på, at deltagelse i vagtplanlægning og fleksibilitet i vagtplanlægning er mere betydningsfuldt for medarbejdere, der har været længere tid på arbejdsmarkedet sammenlignet med relativt nyuddannede medarbejdere. Studierne peger på, at det kan skyldes aldersforskellen mellem disse medarbejdergrupper og forskelligt behov for balance mellem arbejdsliv og privatliv (Williamson m.fl. 2022).

Der er altså velbelyst at, det er med til at fremme jobtilfredshed og dermed også fastholdelse af medarbejdere, når medarbejderne oplever, at arbejdspladsen skaber plads til deres forskellige livssituationer.

Oplevelse af et godt fysisk arbejdsmiljø: De seneste mange år har der været fokus på at understøtte udvikling af gode fysiske arbejdsmiljøer på arbejdsmarkedet generelt, herunder også på arbejdspladser i sundhedsvæsenet. Måske derfor er der begrænset fokus på arbejdsmiljø som et emne i de studier, der er inkluderet i litteraturstudiet.

Et forskningsstudie peger dog på, at det fysiske arbejdsmiljø er vigtigt, og at et arbejdsmiljø med frisk luft, rent miljø, komfortabel møblering, gode og sikre værktøjer, redskaber og hjælpemidler samt lokaler til hvile og afstresning er fremmede for medarbejdernes motivation og dermed også en potentiel virkende faktor i arbejdet med rekruttering og fastholdelse.

Litteraturstudiet viser således, at et godt fysisk arbejdsmiljø er vigtigt, men det berører ganske lidt i de inkluderede studier, hvorfor det må antages, at det ikke er det, der fylder mest i effektive rekrutterings- og fastholdelsesstrategier.

8. FORUDSÆTNINGER



Særlige opmærksomhedspunkter ved implementering af indsatser

Enhver indsats og de faktorer, som indsatsen tilvejebringer, der i sidste ende kan være med til at understøtte rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet, implementeres altid i et miljø eller en given kontekst.

I dette miljø eller i denne kontekst, kan der være såkaldte positive fremmere eller negative barrierer. Her handler førstnævnte om de forhold i miljøet eller konteksten, der har en positiv indvirkning på indsatsen og indsatsens faktorer, mens sidstnævnte omhandler de forhold i miljøet eller konteksten, der har en negativ indvirkning på indsatsens og indsatsens faktorer.

Et stort review peger på særlige opmærksomhedspunkter i implementering og udmøntning af indsatser til rekruttering og fastholdelse, som er (Directorate-General for Health and Food Safety Recruitment and Retention of the Health Workforce, 2015):

SÆRLIGE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I IMPLEMENTERING AF INDSATSER TIL REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE AF MEDARBEJDERE

- Sørg for at udvikle og implementere indsatser og strategier, der på den ene side giver frihed til at forskellige aktører kan gøre brug af de dele i indsatserne og strategier, der passer til deres behov og deres situation, men som på den anden side er tilstrækkeligt struktureret for at sikre, at alle aktører følger og går i retning af et fælles mål
- Sørg for at udvikle og implementere indsatser og strategier, der er tilstrækkelig fleksible og kontekst-sensitive således de kan tilpasses forskellige lokale kontekster
- Sørg for at gennemføre systematiske pilotstudier af indsatser og strategier, hvor der endnu er begrænset evidens bag deres effektivitet
- Sørg for at afstemme og tilpasse juridiske, politiske strukturer med organisatoriske prioriterer og tidsplaner i sundhedsvæsenet, så der sikres tilstrækkelig organisatorisk og arbejdspladsmæssig støtte til adoption og implementering af indsatser og strategier

På næste side ses en række af de dokumenterede fremmere og barrierer, som udpeges i litteraturen.

Fremmere for indsatsers virkning

- Organisering, kompetencer og selve indsatsen

Organisatoriske- og kompetencemæssige fremmere

Flere af de studier, der indgår i litteraturstudiet viser, at organisatoriske elementer kan virke som fremmere for rekrutterings- og fastholdelsesstrategier. Overordnet er omdrejningspunktet her at udvikle og etablere støttende strukturer og en organisatorisk infrastruktur, der fremmer et understøttende miljø for nye strategier og indsatser.

Et par af studierne peger blandt andet på, at en organisatorisk praksis, hvor bedre datainformerede beslutninger om rekruttering og fastholdelse, understøtter effektivitet og virkning i rekrutterings- og fastholdelsesstrategier. Det kan for eksempel være valide og pålidelige data om udvikling i rekruttering, omsætning i personalegruppen mv. (Artee, 2011).

Studier der er inkluderet i litteraturstudiet, peger også på, at det kræver kompetencer og færdigheder i organisationen, at udvikle, forberede og forankre strategier til rekruttering og fastholdelse af medarbejdere. Eller med andre ord, at organisationen besidder de nødvendige kompetencer til at omdanne strategien for rekruttering og fastholdelse i praksis – og til gavn for de medarbejdere, der er omdrejningspunkt for strategien.

De studier, der omhandler dette, har overvejende fokus på træning og coaching, som understøtter professionel udvikling blandt de ledere og medarbejdere, der skal implementere strategierne i den daglige praksis (Nordregio, 2021; Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2022a).

Fremmere i selve indsatsen

Tre af de studier, der er inkluderet i litteraturstudiet dokumenterer, at indsatsen eller strategien målrettet rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i sig selv kan virke som enten en fremmer, der understøtter indsatsens effektivitet eller en barriere, der hæmmer dette. Her peger studierne på følgende, som bør overvejes nøje, når indsatsen operationaliseres og efterfølgende implementeres.

- **Indsatsens læringspotentiale**, der handler om, hvorvidt de mennesker, der skal implementere og udmønte indsatsen, på en enkel måde kan forstå og lære indsatsens indhold.
- **Indsatsens efficiens**, der handler om, hvorvidt der er en rimelig sammenhæng mellem indsatsens krav til implementering og de forventede ressourcer, der skal bruges på at få indsatsen til at virke.
- **Indsatsens genkendelighed**, der handler om, i hvilken grad indsatsens indhold og indsatsens processer for implementering, er genkendelige for de mennesker, der skal arbejde med den.
- **Indsatsens anvendelighed**, der omhandler, hvorvidt indsatsens indhold er enkelt at tage i brug, og om den er understøttet af operationelle guides til implementering af denne og implementeringsplaner til den processuelle understøttelse af indsatsens implementering.

Ligeledes tegner disse studier også et billede af, at det har betydning for effektivitet og virkning af indsatsen, i hvilket omfang der er få, operationelle og gennemskuelige mål og succeskriterier knyttet til indsatsen (Strachan m.fl., 2012; Kroezen m.fl., 2015; Koebisch m.fl., 2020).

Fremmere for indsatsers virkning

- Flerstrengede indsatser og kontekst-sensitivitet

Flerstrengede indsatser og strategier er effektive

Mange af de studier, der retter blikket mod miljøet og konteksten, hvori strategier og indsatser til rekruttering og fastholdelse implementeres, konkluderer, at flerstrengede strategier og indsatser, er langt mere effektive end strategier, der alene inkluderer enkeltstående indsatser (Kroezen m.fl., 2015; Cuthel m.fl., 2019).

Det kan komme til udtryk på flere måder. Det kan være flere forskellige indsatser, for eksempel på individplan alene, for eksempel indsatser, der skal fremme medarbejdernes indre motivation og mening kombineret med indsatser, der mere handler om den ydre motivation, for eksempel belønning eller anerkendelse.

Det kan også være strategier, der er flerstrengt på en måde, hvor strategien rummer indsatser på henholdsvis individniveau, ledelsesniveau og organisationsniveau i en samlet pakke, for eksempel en kombination af motivationsfremmende indsatser, træning og opkvalificering af ledelsen og fremme af understøttende arbejdsmiljø på arbejdspladsen (Kroezen m.fl., 2015; Lehmann m.fl., 2008). Et stort review fra England understøtter dette, da det heri fremgår, at såkaldte multi-level-indsatser er påkrævet for at reducere risikoen for udbrændthed blandt læger og sygeplejersker, herunder forandring af organisatoriske faktorer, styrkelse af funktionsniveauet og effektiviteten i teams og styrkelse af deres individuelle rolle (West m.fl., 2019).

Et studie fra WHO – og et studie fra Directorate-General for Health and Food Safety Recruitment and Retention of the Health Workforce, peger på følgende anbefalinger til arbejdet med design og udvikling af effektive flerstrengede indsatser (WHO, 2010; Directorate-General for Health and Food Safety Recruitment and Retention of the Health Workforce, 2015):

ANBEFALINGER TIL DESIGN OG UDVIKLING AF FLERSTRENGEDE INDSATSER

- Definer et klart problem som skal løses, før indsatsens designes – og vær sikker på, at de indsatser, der designes, passer til konteksten, hvori den skal implementeres
- Organisering af arbejds- og udviklingsgrupper af relevante interessenter fra regeringen, sociale partnere, uddannelsessteder, arbejdsmarkedet, NGO'er, interesseorganisationer mv. med henblik på at udvikle en kollektiv og helhedsorienteret rekrutterings- og fastholdelsesstrategi
- Sørg for at udvikle indsatser, som en del af en samlet pakke, hvor initiativer overskrider og omfatter forskellige sektorer, som for eksempel uddannelse, sundhedsvæsenet, beskæftigelsessektoren, den sociale sektor mv.
- Design og implementer indsatser, der tager højde for forskellige karakteristika ved målgruppen, for eksempel bør nyuddannede mødes med andre indsatser end medarbejdere med lang erfaring på arbejdsmarkedet

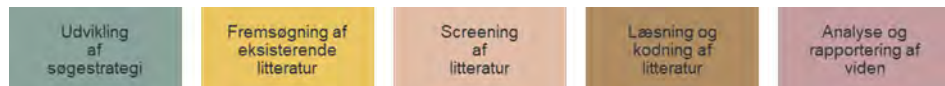
9. BILAGSMATERIALE



De metodiske trin i litteraturstudiet

Litteraturstudiet er gennemført med inspiration fra forskningsmetoden Rapid Evidence Assessment (REA).

Litteraturstudiet er gennemført i følgende trin:



Trin 1 - Søgestrategi: Som det også fremgår af figuren ovenfor, er litteraturstudiet indledt med udvikling af en søgestrategi med tilhørende baggrund og undersøgelsesspørgsmål.

- Hvilke individuelle, ledelses- og organisationsfaktorer har betydning for arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet?
- Hvad kendetegner de mest virkningsfulde indsatser i forhold til arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet?
- Hvad udgør betydningsfulde facilitatorer og barrierer i forhold til rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet?

Fremsøgning af eksisterende nationale og internationale studier på baggrund af en søgestrategi med søgeord som indsats, arbejdsmiljø, rekruttering, fastholdelse, sundhedsvæsenet, faggrupper, sundhedsprofessionelle, ledelse, individ-faktorer, ledelses-faktorer, organisations-faktorer, uddannet personale, kompetent personale, fleksibilitet, arbejdsplanlægning mv. (søgeord er oversat til engelsk i søgning i databaser)

Søgestrategien har haft til formål at bidrage til et dækkende billede og opsamling af viden om kerneproblemer, faktorer, indsatser, facilitatorer og barrierer, når det omhandler rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale. Søgestrategien er kvalificeret af Christian Bøtcher Jacobsen, Professor Aarhus Universitet og Mickael Bech, forsknings- og analysechef, VIVE. Søgning er foretaget af Implement gennem søgning i nationale og internationale forskningsdatabaser og håndholdt søgning på hjemmesider. I tabellen nedenfor ses den søgestrategi, vi har benyttet som udgangspunkt for litteraturstudiet.

Indkredsning af indsatser: I litteraturstudiet er der søgt bredt efter tiltag, strategier, metoder, praksisser, der har vist sig virkningsfulde og effektive på området. En indsats er en konkret aktivitet, tilgang eller metode, som er undersøgt i studiet. En indsats kan handle om, hvordan ledelsen skal udøve sin ledelsesstil for at understøtte rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale, eller en indsats om, hvordan man på arbejdspladsen kan fremme et miljø, der understøtter medarbejdernes trivsel og jobtilfredshed – og dermed rekruttering og fastholdelse.

I lyset af områdets relativt umodne vidensgrundlag, er der i litteraturstudiet anlagt en bred forståelse af, hvad en indsats kan være. Vi kender en indsats, når der er tale om beskrivelser af, hvordan man kan arbejde med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i sundhedsvæsenet. Det vil sige, at det kan være vejledninger og guidelines eller god og lovende praksis, der anses som indsatser, får så vidt de har et målrettet fokus på rekruttering og fastholdelse, herunder motivation af medarbejdere, jobtilfredshed og arbejdsmiljø.

I litteraturstudiet er også inkluderet litteratur, der opsamler viden om betydningsfulde facilitatorer og barrierer for indsatsen målrettet rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet.

Uddybende om den anvendte metode

Overordnede specifikationer	Detaljerede specifikationer
Undersøgelsesspørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvilke individuelle- ledelses- og organisationsfaktorer har betydning for rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet? ▪ Hvad kendetegner de mest virkningsfulde indsatser i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet? ▪ Hvad udgør betydningsfulde barrierer i forhold til rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale i sundhedsvæsenet? ▪ Hvad udgør barrierer i forhold til at få personalet til at gå op i tid?
Målgruppe	<p>Ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet</p> <p>I de studier, der omhandler rekruttering og fastholdelse af ledere og medarbejdere i den kommunale sektor, ses også på sammenlignelige målgrupper, for eksempel ufaglærte medarbejdere, pædagoger, lærer mv.</p>
Indsatser	Fokus er på indsatser, som er rettet mod rekruttering og fastholdelse af uddannet og kompetent personale – herunder alle faggrupper i sundhedsvæsenet og alle dele af sundhedsvæsenet (primære, sekundære, tertiære sundhedsvæsen).
Søgeord	<p>Arbejds miljø, rekruttering, fastholdelse, sundhedsvæsenet, faggrupper, ledelse, individ-faktorer, ledelsesfaktorer, organisationsfaktorer, uddannet personale, kompetent personale, fleksibilitet, arbejdsplanlægning, overenskomst mæssige forhold.</p> <p>Work environment, Recruitment, Retention, Health-service, Healthcare-worker, Leadership, Organisation, Work planning, Work Scheduling, Flexibility, Adaptability, Collective agreement.</p>
Inklusions- og eksklusionskriterier	Studier der omhandler virkningsfulde indsatser og strategier til rekruttering og fastholdelse, studier der omhandler viden om betydningsfulde individ-, ledelses- og organisationsforhold, studier der omhandler viden om facilitatorer og barrierer.
Geografisk afgrænsning	Skandinavien, Holland, England og USA
Tidsmæssig og sproglig afgrænsning	2010 til 2022 – og dansk, norsk, svensk og engelsk sprog
Studietyper	<p>Førsteprioritet: Danske og skandinaviske studier af indsatser, programmer og reformer samt studier fra Holland og England.</p> <p>Anden prioritet: Internationale litteraturreviews, for eksempel England, Canada og USA</p>

De metodiske trin i litteraturstudiet

Trin 2 - Fremsøgning af studier: Fremsøgningen af studier er foretaget i en række internationale databaser. Databaserne er udvalgt på baggrund af konsulentteamets erfaringer med søgning til litteraturstudier og ud fra, hvilke databaser, der oftest har nordiske og internationale reviews inkluderet i databasen. Den systematisk håndsøgning er foretaget via nordiske databaser og hjemmesider samt fra kilder, der opstår herfra. Alle datakilder fremgår nedenfor i tabellen.

Tilgang	Databaser
Systematisk søgning i databaser med fokus på danske og skandinaviske forhold samt udenlandske reviews.	Pubmed, Social Care Online, Cinahl, Cochrane, Global Public Health, NARCIS, SweMed.
Håndsøgning på hjemmesider for sundhedsmyndigheder, institutioner og organisationer med fokus på danske og skandinaviske forhold.	Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Styrelsen for Arbejdsmarkedsforhold, UC'er, Universiteter, VIVE mv.

Trin 3 - Screening af studier: Fremsøgningen og screeningen af studier er gennemført i flere processer. Indledningsvist har vi med udgangspunkt i søgeordene i søgestrategien søgt i databaser og håndholdt på hjemmesider. Denne proces førte til identifikation af mere end 1.500 hits. Herefter har vi gennemgået alle hits på titelniveau med henblik på etablering af en bruttoliste af mulige relevante studier. Processen her førte til en bruttoliste med i alt 67 potentielt relevante studier. For alle disse studier har vi læst abstract og konklusioner i studierne og sammenholdt dette med vores inklusions- og eksklusionskriterier.

Denne proces førte til at 25 studier blev frascreenet. Dette overvejende fordi, at studierne var uden for afgrænsningen af litteraturstudiet, for eksempel den tidsmæssige afgrænsning, emnemæssige relevans, forkert målgruppe eller fordi studiet var gennemført i en anden geografisk kontekst end Skandinavien og de angelsaksiske lande. De primære baggrunde for eksklusion af studier er således:

- Målgruppe uden for litteraturstudiets afgrænsning
- Geografisk kontekst uden for litteraturstudiets afgrænsning
- Indholdsmæssig irrelevant, for eksempel fravær af fokus på indsatser eller facilitatorer og barrierer i studiet
- Studiet falder uden for litteraturstudiets tidsperiode

Fremsøgningen af studier førte således til en endelig nettoliste med litteratur bestående af i alt 42 studier, som er de studier, der er inkluderet i litteraturstudiet og som er udgangspunktet for den videnssynthese, der formidles i nærværende. De er inkluderet fordi de dokumenterer viden om enten virkningsfulde indsatser til rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, viden om væsentlige facilitatorer og barrierer for disse indsatser eller viden om betydningsfulde forhold for at få medarbejdere til at gå op i tid eller til at blive længere tid på arbejdsmarkedet. 20 af de 42 studier er gennemført i dansk kontekst. De øvrige studier er internationale studier, inklusive studier fra Sverige og Norge.

Trin 4 - Kodning af studier: De inkluderede studier i litteraturstudiet er hver især blevet kodet og vurderet med det formål, at få så detaljerede og operationelle beskrivelser af både indsatser og, forskellige typer af viden om evidens samt virksomme faktorer. For hvert studie, der er inkluderet, er der således blevet udfyldt et kodeskema, hvor oplysninger om stamdata, relevans og indhold fremgår. Kodeskemaerne har desuden gjort det muligt for os at gøre brug af studiernes viden på tværs af tematikker. Kodeskemaet til kodning af studier ses i tabellen nedenfor.

Uddybende om den anvendte metode

Stamdata	
Titel, forfatter, årstal	
Type af studie	
Relevans	
Formål med studiet	
Målgruppe	
Geografisk afgrænsning	
Studiets evidensniveau: 1) Høj evidens (fx reviews af RCT, RCT), 2) Middel evidens (fx studier med stor kohorte), 3) Lav evidens (fx casebeskrivelser, tværsnitsstudier, longitudinale studier)	
Indhold	
Studiets indhold i forhold til: Individfaktorer, ledelsesfaktorer og organisatoriske faktorer	
Beskrivelse af projektet, initiativet, indsatsen	
Virkningsfulde faktorer, kernelementer, forandringsdrivkræfter i initiativet, projektet, indsatsen	
Barrierer ifht. virkning og barrierer generelt (individuelle faktorer, ledelsesfaktorer og organisatoriske faktorer)	
Barrierer ifht. at få personalet til at gå op i tid	
Anbefalinger i studiet	
Type evidens, viden i studiet: 1) Viden målgruppe, 2) Viden om effektive projekter, initiativer, indsatser, 3) Viden om implementeringsforhold (hvilke forhold påvirker implementeringen, fx ledelse, organisering, kompetenceudvikling, kontekst mv.), 4) Viden om overførbare (til øvrige målgrupper, til øvrige kontekster), 5) Viden om omkostningseffektivitet	

Litteraturoversigt 1/2

Forfatter	Ars-tal	Titel	Målgruppe	Geografisk afgrænsning	Undersøgelserdesign	Samlet vurdering af studiets kvalitet (1 til 3)
Al Maqbali, Mohammed Abdullah	2015	Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review	Sygeplejersker, men også sundhedspersonale generelt	Internationalt	Review	1. Høj
Andersen, Lotte Bøgh; Andersen, Mikkel Munk Quist; Madsen, Marie Henriette; Nøhr, Katrine	2016	Faggrupper, motivation og ledelse på sygehusområdet: Inspiration fra Florence Nightingale?	Sundhedspersonale generelt	Danmark	Survey baseret	1. Høj
Andersen, Lotte Bøgh; Kristensen, Nicolai; Holm Pedersen, Lene	2015	Documentation Requirements, Intrinsic Motivation, and Worker Absence	Social- og sundhedsassistenter	Danmark	Register- og survey baseret metode	1. Høj
Attree, Moira; Flinkman, Mervi; Howley, Breeda; Lakanmaa, Riitta-Liisa; Lima-Basto, Marta; Uhrenfeldt, Lisbeth	2011	A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom*/England	Sygeplejersker	Danmark, Finland	Review	1. Høj
Bratt, Christopher; Gautun, Heidi	2018	Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing	Sundhedspersonale generelt	Norge	Survey baseret	1. Høj
Cummings, Greta G; Tate, Kaitlyn; Lee, Sarah; Wong, Carol A; Paananen, Tanya; Micaroni, Simone PM; Chatterjee, Gargi E	2010	Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review	Sygeplejersker	USA, England	Review	1. Høj
Cuthel, Allison; Rogers, Erin; Daniel, Flora; Carroll, Emily; Pham-Singer, Hang; Shelley, Donna	2019	Barriers and Facilitators in the Recruitment and Retention of More Than 250 Small Independent Primary Care Practices for EvidenceNOW	Almen praksis	USA	Review	1. Høj
Danske Regioner	2022	Litteraturreview	Sundhedspersonale generelt	Danmark	Review	2. mellem
Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet (inklusive notater knyttet hertil)	2020	Atypiske ansættelser på det regionale arbejdsmarked	Sundhedspersonale generelt	Danmark	Register- og survey baseret metode	1. Lav
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø	2007	Fastholdelse af medarbejdere i ældreplejen. Sammenhæng mellem arbejdsmiljøfaktorer, individuelle faktorer og forventning om at forblive på den nuværende arbejdsplads	Personale i ældreplejen	Danmark	Survey baseret	2. Mellem
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø	2021	Reducing employee turnover in hospitals: Estimating the effects of hypothetical improvements in the psychosocial work environment	Sundhedspersonale på hospitaler	Danmark	Survey baseret	1. Høj
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø - a	2022	Implementeringsledelse i forhold til arbejdsmiljøtiltag: Udvikling af et nyt begreb med eksempler fra SOSU-arbejdspladser	Social- og sundhedsassistenter	Danmark	Review og casebaseret studie	2. Mellem
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø - b	2022	Leadership behaviours and health-related early exit from employment: A prospective cohort study of 55 364 employees	Bred variation af medarbejdergrupper	Danmark	Survey baseret og kohortstudie	1. Høj
Directorate-General for Health and Food Safety	2015	Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe	Sundhedspersonale generelt	Norden	Review	2. Mellem
Flynn, Linda	2005	The importance of work environment: evidence-based strategies for enhancing nurse retention	Sygeplejersker	England	Survey baseret	1. Høj
FOA	2022	Fra deltid til fuldtid	FOA-personale	Danmark	Notat baseret på survey	2. Mellem
Gorman, Vanessa Lea-Anne	2018	Future Emergency Nursing Workforce: What the Evidence Is Telling Us	Sygeplejersker	Australien	Review	1. Høj
Jacobsen, Mads Leth; Kjeldsen, Anne Mette; Pallensen, Thomas	2021	Distributed leadership and performance-related employee outcomes in public sector organizations	Hospitalsvæsenet	Danmark	Survey- og registerbaseret	1. Høj
Jensen, Ulrich Thy; Andersen, Lotte Bøgh; Holten, Ann-Louise	2019	Explaining a Dark Side: Public Service Motivation, Presenteeism, and Absenteeism	Ansatte i privat sektor og offentlig sektor	Danmark	Panelstudie	1. Høj
Kjeldsen, Anne Mette; Bøtcher, Christian	2012	Public Service Motivation and Employment Sector: Attraction or Socialization?	Personale på velfærdsområder	Danmark	Survey baseret	1. Høj
Bøtcher, Christian, A.K.L, Hansen, Pedersen L.D.	2022	Not Too Narrow, Not to Broad: Linking Span of Control, Leadership Behavior and Employee Satisfaction in Public Organizations	Sygeplejersker på hospitaler	Danmark	Survey- og registerbaseret	1. Høj
KL	2020	Flere hænder i ældre og sundhedsplejen	Sundhedspersonale generelt	Danmark	Anbefalinger	3. Lav
		Not Too Narrow, Not to Broad: Linking Span of Control, Leadership Behavior and Employee Satisfaction in Public Organizations				

Litteraturoversigt 2/2

Forfatter	Ars-tal	Titel	Målgruppe	Geografisk afgrænsning	Undersøgelserdesign	Samlet vurdering af studiets kvalitet (1 til 3)
Koebisch, Savanna Heidi; Rix, Jacqueline; Holmes, Michelle M	2020	Recruitment and retention of healthcare professionals in rural Canada: A systematic review	Sundhedspersonale generelt	Canada	Review	1. Høj
Kleinman, Carol S	2004	Leadership: a key strategy in staff nurse retention	Sygeplejersker	USA, England	Review	1. Høj
Kroezen, Marieke; Dussault, Gilles; Craveiro, Isabel; Dieleman, Marjolein; Jansen, Christel; Buchan, James; Barriball, Louise; Rafferty, Anne Marie; Bremner, Jeni; Sermeus, Walter	2015	Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research	Sundhedspersonale generelt	Holland, England, Skandinavien	Review	1. Høj
Lee, How; Cummings, Greta G	2008	Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review	Ledende sundhedsprofessionelle, herunder sygeplejersker	Canada	Review	1. Høj
Lehmann, Uta; Dieleman, Marjolein; Martineau, Tim	2008	Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention	Sundhedsprofessionelle generelt	Internationalt	Review	1. Høj
Nationalt Partnerskab om Ledelse og Kompetencer Nordisk Ministerråd	2022	Offentligt ansattes motivation	Offentligt ansatte generelt	Danmark	Surveybaseret	2. Mellem
	2014	Recruitment and Retention of Health Care Professionals in the Nordic Countries	Sundhedspersonale generelt	Norden	Kryds-national analyse	2. Mellem
Nordregio	2021	Recruitment and retention in the welfare sector	Personale på velfærdsområder	Norden	Policy Brief (caseundersøgelse)	3. Lav
Richardson, John D; Lounsbury, John W; Bhaskar, Tripti; Gibson, Lucy W; Drost, Adam W	2009	Personality traits and career satisfaction of health care professionals	Sundhedspersonale generelt	Holland	Registerbaseret	1. Høj
Robbins, Beverly; Davidhizar, Ruth	2020	Transformational Leadership in Health Care Today	Sygeplejersker, men også sundhedsprofessionelle generelt	USA	Review/anbefalinger	1. Høj
Sfantou, Danae F; Laliotis, Aggelos; Patelarou, Athina E; Sifaki-Pistolla, Dimitra; Matalliotakis, Michail; Patelarou, Evridiki	2017	Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review	Sundhedspersonale generelt	USA, England	Review	1. Høj
Strachan, Daniel L; Källander, Karin; Ten Asbroek, Augustinus H A; Kirkwood, Betty; Meek, Sylvia R; Benton, Lorna; Conteh, Lesong; Tibenderana, James; Hill, Zelee	2012	Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities	Sundhedspersonale generelt	International	Interviewbaseret	1. Høj
Sundhedsstyrelsen	2020	Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien	Sundhedspersonale generelt (særligt læger)	Danmark	Erfaringsopsamling og anbefalinger	2. Mellem
VIVE -a	2022	Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder – en forundersøgelse af eksisterende viden	SOSU-assisterter og SOSU-medhjælpere, sygeplejersker, pædagoger og skolelærere	Danmark	Review	1. Høj
VIVE -b	2022	Analyse af social- og sundhedsfagenes image og imageudfordringer - rekruttering til og fastholdelse social- og sundhedsfagene	Personale på velfærdsområder (social, sundhed)	Danmark	Surveybaseret og interviews	2. Mellem
VIVE -c	2022	Rekruttering og fastholdelse af velfærdsmedarbejdere i Roskilde Kommune	Personale på velfærdsområder	Danmark	Casestudie (register- og survey data)	2. Mellem
West, Michael; Coia, Denise	2019	Caring for doctors - Caring for patients	Læger, men også øvrige sundhedsprofessionelle generelt	England	Review	2. Mellem
WHO	2016	Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030	Sundhedsprofessionelle generelt	Internationalt	Oversigt	3. Lav
Williamson, Lauren; Burog, Walter; Taylor, Rachel M	2022	A scoping review of strategies used to recruit and retain nurses in the health care workforce	Sygeplejersker	England	Review	1. Høj
Ylitörmänen, Tuija; Turunen, Hannele; Kvist, Tarja	2018	Job satisfaction among registered nurses in two Scandinavian acute care hospitals	Sygeplejersker	Norge, Finland	Surveybaseret	1. Høj

Bilag 3

Analyse lavet for kommissionen: Efter- og videreuddannelse i sundhedsvæsenet, 2023, VIVE

Efter- og videreuddannelse i sundhedsvæsenet



Niels Peter Mortensen, Bente Bjørnholt, August Emil Madsen, Christiane Præstgaard Dolmer og Sidsel Frida Andersen

VIVE

Efter- og videreuddannelse i sundhedsvæsenet

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-236-2

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302622

Finansiering: Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Sundhedsvæsenet er under pres, blandt andet på grund af den demografiske udvikling i Danmark. Gennemsnitsalderen stiger, og flere oplever multisygdomme, hvorfor der må forventes et stigende antal patienter i fremtiden. Samtidig opleves udfordringer med færre medarbejdere til at løfte opgaverne. Efter-/videreuddannelse for medarbejderne i sundhedsvæsenet kan være en af vejene til at afhjælpe disse udfordringer.

Denne undersøgelse fokuserer dels på det nuværende udbud af efter-/videreuddannelser i sundhedsvæsenet, dels på hvilke potentielle greb der kan være med til at overvinde barrierer for efter-/videreuddannelse.

Undersøgelsen er finansieret af Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet og er udarbejdet af projektchef Niels Peter Mortensen (projektleder), seniorforsker Bente Bjørnholt, praktikant August Emil Madsen, senioranalytiker Christiane Præstgaard Dolmer og videnskabelig assistent Sidsel Frida Andersen. Rapporten har været i eksternt review.

Carsten Strømbæk Pedersen

Forsknings- og analysechef for VIVE Børn og Uddannelse



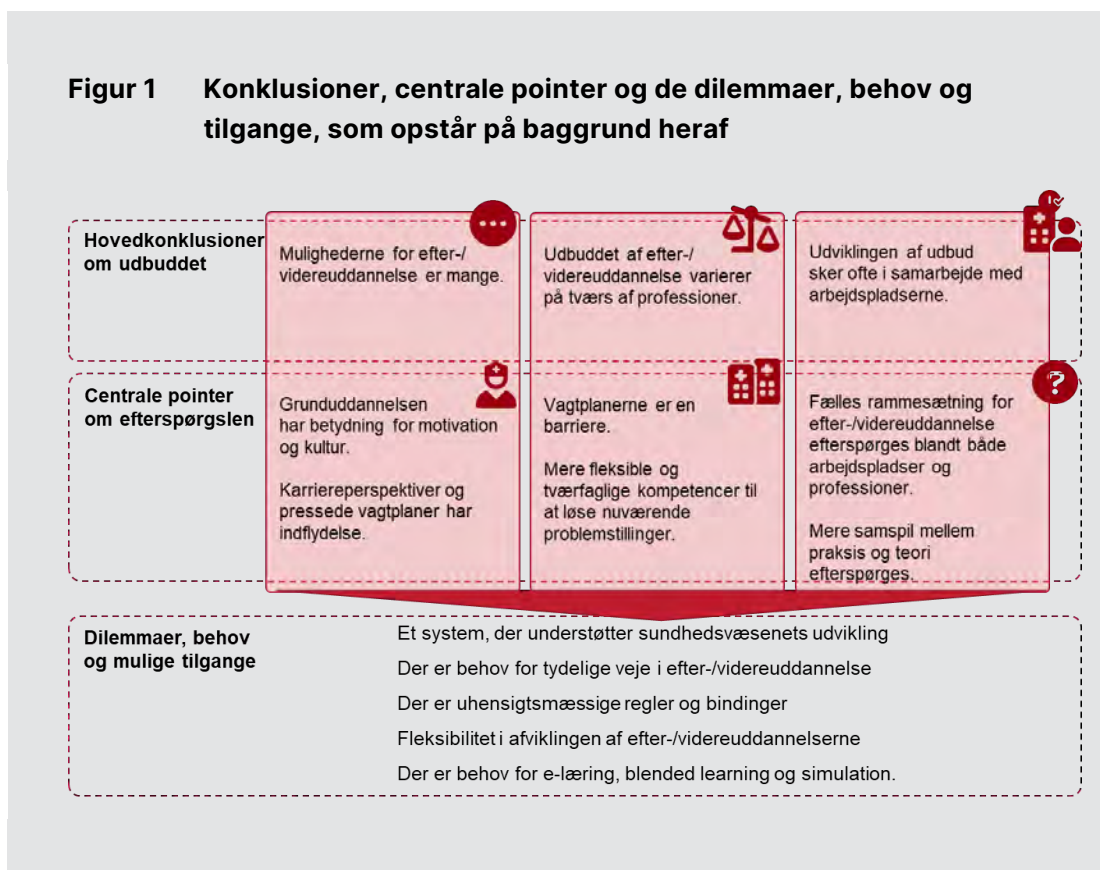
Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5	
<hr/>		
1	Indledning	11
1.1	Formål og undersøgelsesspørgsmål	11
1.2	Genstandsfelt	13
1.3	Læsevejledning	13
<hr/>		
2	Udbud af efter-/ videreuddannelser	15
2.1	Forskellige former for efter-/videreuddannelse	16
2.2	Mulighederne for efter-/videreuddannelse er mange	20
2.3	Professionernes forskellige muligheder for efter-/videreuddannelse	28
<hr/>		
3	Efterspørgsel	34
3.1	Arbejdspladsernes efterspørgsel	35
3.2	Medarbejdernes efterspørgsel	38
<hr/>		
4	Konklusion – mulige greb	43
4.1	En national strategi skal bidrage til at rydde op i junglen af udbud	45
4.2	Klarere karriereveje kan understøtte motivationen for efter-/videreuddannelse	46
4.3	Kompetencegivende uddannelser på tværs, som kan understøtte tværfagligt samarbejde	47
4.4	Tydeligere incitamenter skal understøtte arbejdspladsernes incitamenter til efter-/ videreuddannelse	49
<hr/>		
Litteratur	51	
<hr/>		
Bilag 1 Design og metode	53	
Interviews	57	
<hr/>		
Bilag 2 Interviewguides	62	
Interviewguide – personale	62	
Interviewguide – eksperter/ledere	64	

Hovedresultater

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet skal komme med anbefalinger til, hvordan der sikres mere personale og mere tid til kerneopgaven. Efter-/videreuddannelse af personalet i sundhedsvæsenet er et af områderne, der kan bidrage til dette. Kommissionen har bedt VIVE om at undersøge det eksisterende udbud af efter-/videreuddannelse, herunder identificere styrker, udfordringer og mulige greb til at imødekomme udfordringerne. Undersøgelsen er et bidrag til kommissionens videre arbejde.

Figur 1 samler op på analyserne og de dertilhørende konklusioner og foreslåede greb.



Nedenfor opsummeres undersøgelsens fire overordnede dilemmaer og mulige greb til at imødekomme dem.

1) Efterspørgsel efter en national strategi til at rydde op i en jungle af udbud

Der findes et omfattende udbud af efter-/videreuddannelse, hvilket umiddelbart giver medarbejderne mange muligheder for kompetenceudvikling. Udbuddet opleves imidlertid som en uoverskuelig "jungle", der er vanskelig at overskue, og det kan være svært at adskille tilbuddene om uddannelse fra hinanden og navigere i dem. Efter-/videreuddannelsessystemerne kan derfor opleves som fragmenterede, og der mangler fokus på langsigtede strategier for de enkelte medarbejdere og arbejdspladser. Det skyldes blandt andet, at professioner, regioner og kommuner i mange tilfælde ønsker deres eget unikke uddannelsesstilbud frem for de allerede udbudte og eventuelt mere generiske. Det omfattende udbud kan også til dels ses som en følge af dobbelte uddannelsesspor i det danske sundhedsvæsen, hvor uddannelserne er forankret som to systemer til formel efter-/videreuddannelse i henholdsvis Sundhedsstyrelsen for specialuddannelserne og Uddannelses- og Forskningsministeriet for diplom-, masteruddannelser og uddannelser på akademisk niveau.

Junglen af udbud kan for den enkelte medarbejder skabe udfordringer i forhold til at finde og vælge det rigtige efter-/videreuddannelsesstilbud, fordi udbuddet ikke er systematiseret og dermed til at overskue. Det kan føre til fravalg eller ikke-strategiske valg af efter-/videreuddannelse. I nogle tilfælde kan mængden af udbud betyde, at den enkelte medarbejders tilegnede kompetencer ikke kan bruges på andre arbejdspladser eller til at opbygge en sammenhængende karrierevej.

Der efterspørges en fælles og overordnet strategi for at gøre efter-/videreuddannelsessystemerne mere overskuelige og ensartede på tværs af landsdele. En central strategi kan være retningsgivende i forhold til de valg, der foretages lokalt, og den kan understøtte, at brugen af efter-/videreuddannelser lokalt kan bidrage til at løse de større samfundsmæssige udfordringer i sundhedsvæsenet. Det vil bidrage til at rydde op i junglen af udbud og kan minimere risikoen for unødige lokale knopskydninger. Det kan desuden understøtte, at medarbejdere kan bruge efter-/videreuddannelseskompetencer på tværs af arbejdspladser og tydeliggøre mere klare karriereveje.

Der er imidlertid også behov for rum til lokale tilpasninger og fleksibilitet i en strategi, således at uddannelserne også modsvarer lokale behov og understøtter arbejdspladsernes incitament til at sende deres medarbejdere på efter-/videreuddannelse.

2) Klarere karriereveje kan afhjælpe medarbejderes uklarhed i forhold til udbyttet af efter-/videreuddannelse og understøtte deres motivation

Der er et behov for, at nogle professioner påtager sig nye opgaver for at aflaste andre professioner. En sådan opgaveforskydning skaber i mange tilfælde

et behov for efter-/videreuddannelse. Det varierer imidlertid på tværs af arbejdspladser, hvilke opgaver der forskydes mellem professioner. Ikke alle steder findes en bevidsthed om, hvilke opgaver der kan og må forskydes. Endelig er det også uklart, hvem opgaverne kan forskydes til.

Nogle professioner mangler motivation for efter-/videreuddannelse. Det kan fx hænge sammen med kultur, frygten fra eksamen, manglende overblik over udbytte eller uddannelsesbaggrund. Det er særligt professioner med kortere grunduddannelser, som mangler motivation for efter-/videreuddannelse. Det er imidlertid også typisk de professioner, som med fordel kan varetage nye opgaver. For disse professioner kan det være uklart, hvordan de kan bruge efter-/videreuddannelse til at styrke deres kompetencer inden for deres eksisterende fag og påtage sig nye opgaver. Men de kan også have vanskeligt ved at gennemskue, hvordan de kan bruge efter-/videreuddannelse som et springbræt til et andet fag. Her findes i nogle tilfælde en række barrierer i forhold til mulighederne for at opnå merit og begrænsninger, som indebærer, at en profession skal starte forfra på en helt ny grunduddannelse frem for at kunne efter-/videreuddanne sig til et nyt fag.

Der kan være behov for mere klare beskrivelser af, hvilke opgaver forskellige professioner kan overtage, samt hvilken efter-/videreuddannelse det eventuelt forudsætter. Det kan sikre en større ensartethed og kan afhjælpe manglen på arbejdskraft.

Der er samtidig behov for at skitsere klarere karriereveje. Det kan være i form af konkrete uddannelsesmæssige pakked løsninger, som kan specificere mere konkrete karriereveje for den enkelte medarbejder og profession. Det kan ske i form af tydelige spor for, hvordan den enkelte profession kan opkvalificere sig ved at tage enkelte moduler. Men det bør samtidig specificeres, hvordan den enkelte løbende (og fleksibelt) kan bygge ovenpå eksisterende moduler og evt. ende med at tage en helt ny uddannelse. Dette kan understøtte mulighederne for livslang læring.

I forlængelse heraf kan lettere mulighed for at få merit for gennemførte moduler/grunduddannelse i forbindelse med andre efter-/videreuddannelser understøtte motivationen for efter-/videreuddannelse. Dermed kan medarbejderne nøjes med udelukkende at tage de dele af efter-/videreuddannelsen, hvor den enkelte mangler kompetencer, og dermed undgå at starte forfra og gennemføre en helt ny uddannelse. For nogle medarbejdergrupper, som ikke er særligt motiverede for at deltage i uddannelsesaktiviteter, kan det være en barriere, hvis de skal starte forfra på en ny uddannelse i stedet for at få merit for dele af uddannelsen.

3) Kompetencegivende uddannelser på tværs, som kan understøtte tværfagligt samarbejde

En stor del af efter-/videreuddannelse har traditionelt haft fokus på specialiseringer og monofaglig efter-/videreuddannelse. Det vil sige, at efter-/videreuddannelsen er afgrænset til en enkelt profession. Kompleks opgaveløsning, opgaveforskydning og mangel på arbejdskraft forudsætter imidlertid samarbejde på tværs af professioner. Arbejdspladserne efterspørger fremadrettet efter-/videreuddannelse på tværs af professioner, fordi mange opgaver skal løses i samarbejde på tværs af professioner, og samarbejde anses som en nødvendighed.

Der kan være behov for tværfaglige efter-/videreuddannelsesforløb, som imødekommer, at professionerne i høj grad skal samarbejde om opgaverne. Der kan arbejdes på at understøtte, at tværfaglige uddannelses tilbud kan gøres formelle og ECTS-belagte. Det kan potentielt styrke incitamentet til efter-/videreuddannelse og understøtte, at det er efter-/videreuddannelse, der anerkendes bredt på tværs af lokale arbejdspladser. Dertil kommer, at det kan indgå som en aktiv del i den enkeltes karrierevej (jf. ovenfor).

Samtidig kan det være ressourcebesparende og i nogle tilfælde også sikre oprettelse af flere hold, hvis professioner kan tage uddannelser sammen, så der er flere potentielle deltagere på uddannelserne.

4) Tydeligere incitament er skal understøtte arbejdspladsernes motivation for at sende medarbejdere på efter-/videreuddannelse

Arbejdspladserne kan have vanskeligt ved at sende medarbejderne på efter-/videreuddannelse. Der opleves flere forskellige udfordringer:

- Tid: Det er en udfordring at skabe plads i vagtplanerne, således at det er muligt at sende medarbejdere på efter-/videreuddannelse.
- Uddannelse væk fra driften: I nogle tilfælde ønsker medarbejdere efter-/videreuddannelse for at komme mere væk fra driften, og så mangler de på arbejdspladserne.
- Økonomi: Der er blandt medarbejdere og arbejdspladser en oplevelse af et begrænset økonomisk råderum til efter-/videreuddannelse. Desuden er der nogen, der forventer mere i løn efter at have gennemført efter-/videreuddannelse.
- Mobilitet: Arbejdspladserne har en oplevelse af, at medarbejdere i nogle tilfælde bruger efter-/videreuddannelse som springbræt til at søge væk.

- Viden: Der er manglende viden om muligheder for efter-/videreuddannelse, og hvilke udbud der er relevante for den enkelte medarbejder.
- Geografi/udbud: Ved den fysiske afholdelse af efter-/videreuddannelse kan holdene ikke altid fyldes op, så uddannelsen kan gennemføres. Dette skyldes i nogle tilfælde, at geografien begrænser deltagerne. Dette skyldes igen, både at der er manglende interesse i at transportere sig langt for at deltage, og at der er en økonomisk byrde forbundet med transport.

Der er derfor behov for at finde tydelige incitamentter for arbejdspladserne til at sende deres medarbejdere på efter-/videreuddannelse. Det kan fx være krav om efter-/videreuddannelse, hvor efter-/videreuddannelse gøres til en naturlig del af arbejdslivet, eller det være kan være via økonomi.

For at understøtte praksisnær og fleksibel tilrettelæggelse kan man i endnu højere grad anvende mulighederne, der er i praksisnær simulationsundervisning i efter-/videreuddannelser, både på arbejdspladserne og uddannelsesinstitutioner. Man kan understøtte arbejdspladserne i at synliggøre over for medarbejdere, hvordan efter-/videreuddannelse kan bidrage til at realisere karriereveje internt på arbejdspladsen, således at medarbejderne kan fastholdes på arbejdspladsen. Endelig kan systemet til realkompetencevurdering også anvendes i endnu højere grad.

Fleksibiliteten eksisterer på nuværende tidspunkt til en vis grad i de nuværende udbud, men der kan fokuseres på det i endnu højere grad ved fx at:

- flytte undervisning og uddannelser ud på arbejdspladserne. Det kan skabe en god dynamik mellem teori og praksis og vil ofte hænge bedre sammen for arbejdspladserne.
- tilbyde virtuelle og blended learning-forløb, når det giver mening, samt sikre aktivitet på hold gennem større geografisk optag.
- anvende simulationstræning for at give medarbejderne praksisnær efter-/videreuddannelse tæt forbundet med teori.
- give mulighed for at tilrettelægge efter-/videreuddannelsesforløb, så de kan afvikles i samspil med en vagtplan. Dette kan fx ske gennem online-moduler eller optagede undervisningsforløb, der kan afvikles, når det passer i vagtplanen.



Til afrapporteringen er der indsamlet data gennem en dokumentanalyse og en interviewundersøgelse

Dokumentanalysen består af en afsøgning af offentligt tilgængelige kilder¹ i forhold til udbuddet af efter-/videreuddannelse, der er relevant for medarbejdere på sundhedsområdet. De afdækkede efter-/videreuddannelser er blevet indtastet og organiseret som kvantitative data. Der indgår samlet 705 forskellige efter-/videreuddannelser i dokumentanalysen.

Data til dokumentstudiet er indsamlet i perioden fra ultimo marts til primo maj 2023.

Grundet tidsrammen for undersøgelsen er dokumentstudiet ikke en totalafdækning. Således er dataindsamlingen afsluttet, inden den totale mætning af data er sket. Konkret betyder det fx, at privat udbudte efter-/videreuddannelser kun i begrænset omfang er indeholdt i dokumentstudiet.

Interviewundersøgelsen består af 20 interviews med følgende grupper:

- Medarbejdere på sundhedsområdet
- Udvalgte faglige organisationer
- Repræsentanter fra styrelser
- Uddannelsesudbydere
- Arbejdsgivere på området repræsenteret ved chefer eller HR-afdelinger.

Interviewene omhandlede erfaringer og ønsker i forhold til efter-/videreuddannelser på sundhedsområdet.

¹ Fx betyder det, at efter-/videreuddannelser udbudt af Region Sjælland ikke er indeholdt, da regionen på tidspunktet for dataindsamlingen var i proces med at flytte oplysninger om udbuddet til en offentligt tilgængelig platform på internettet.

1 Indledning

Der er et øget behov for efter-/videreuddannelse i sundheds- og ældresektoren. Det skyldes blandt andet et stigende antal ældre og borgere med multisygdomme, som øger efterspørgslen efter velfærd (Larsen & Jakobsen, 2022), ligesom ny teknologi giver nye behandlingsmuligheder og dermed et øget behov for kompetenceudvikling (Ballegaard et al., 2022). Dertil kommer, at manglen på arbejdskraft indebærer, at sundhedspersonalet i stigende grad må påtage sig nye opgaver (Pedersen, 2008). Efter-/videreuddannelse kan potentielt bidrage til at ruste sundhedsfaglige medarbejdere til at imødekomme nogle af disse udfordringer og varetage nye opgaver.

Tidligere undersøgelser peger på, at sundhedspersonalet på både sygehuse og i ældreplejen er motiveret for efter-/videreuddannelse (Bjørnholt, Petersen & Ballegaard, 2022), og at de kan bruge forskellige elementer fra efteruddannelse i deres praksis og til at påtage sig nye opgaver (Andreasen, Rose & Frederiksen, 2011; Thorgaard & Hougaard, 2008). Der findes imidlertid mange muligheder for sundhedsfaglig efter-/videreuddannelse. Vi mangler et overblik over udbuddet af efter-/videreuddannelse, herunder mulige uddannelsesveje og adgangen hertil samt sundhedspersonalets motiver for og efterspørgsel efter efter-/videreuddannelse.

Robusthedskommissionen ønsker derfor en undersøgelse af den nuværende opbygning af efter-/videreuddannelsesmuligheder for ansatte i sundheds- og ældresektoren, samt hvilke greb som kan mindske potentielle barrierer og udfordringer for efter-/videreuddannelse. Det er afsættet for denne undersøgelse.

1.1 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at undersøge opbygning/struktur af efter-/videreuddannelsessystemet samt forskellige faggruppers muligheder for og motiver for uddannelse. Undersøgelsen bidrager med viden om, omfanget og karakteren af det eksisterende udbud af efter-/videreuddannelse, herunder muligheder og udfordringer, og giver et indblik i professionernes efterspørgsel efter og motiver for efter-/videreuddannelse. På den baggrund formuleres et bud på mulige greb, der kan imødekomme de skitserede dilemmaer.

Der er formuleret fire undersøgelsesspørgsmål til denne undersøgelse:

Boks 1.1 Undersøgelsesspørgsmål

- 1** Hvilke styrker og udfordringer er relateret til det nuværende udbud og opbygningen af efter-/videreuddannelsessystemet?
- 2** Hvilke karakteristika og motiver kan identificeres for de medarbejdere, der tager efter-/videreuddannelse?
- 3** Hvilke karakteristika kan identificeres for medarbejdere, der forlader sundhedsvæsenet på grund af manglende muligheder for efter-/videreuddannelse?
- 4** Hvilke mulige greb kan imødegå de barrierer og udfordringer, som er forbundet med det nuværende udbud og opbygning af efter-/videreuddannelsessystemet?

Undersøgelsen har indsamlet viden om dele af udbuddet² af og adgangen til efter-/videreuddannelse for medarbejderne i sundhedsvæsenet på baggrund af et bredt funderet dokumentstudie og interviews med udvalgt sundhedspersonale samt ledere og eksperter på området. Herunder gives en karakteristik af sundhedspersonalet, som tager efter-/videreuddannelse. Undersøgelsen fastlægger fordele, ulemper og afledte konsekvenser af greb, som kan imødegå eventuelle barrierer og udfordringer ved den nuværende opbygning af efter-/videreuddannelsessystemet.

Det har ikke været muligt at samle data ind i tilstrækkelig grad til at afdække karakteristika for medarbejdere, der forlader sundhedsvæsenet på grund af manglende mulighed for efter-/videreuddannelse. Derfor besvares det tredje undersøgelsesspørgsmål udelukkende meget overordnet i denne undersøgelse og kun på baggrund af få kvalitative indikationer.

² Grundet undersøgelsens tidsplan har det ikke været muligt at lave en totalafdækning, der kan derfor være udbud, der ikke er inkluderet. Private udbud af efter-/videreuddannelser er fx kun inkluderet i stærkt begrænset omfang.

1.2 Genstandsfelt

Undersøgelsen afgrænses ved udelukkende at undersøge efter- og videreuddannelse for medarbejdere i sundheds- og ældrevæsenet, herunder det primære sundhedsvæsen i kommunalt regi og psykiatrien. I videst muligt omfang er efter-/videreuddannelse til alle de større personalegrupper på området inkluderet. Der ses ikke på efter- og videreuddannelser målrettet læger og tandlæger.

Undersøgelsen fokuserer på formelt udbudt efter- og videreuddannelse, der er målrettet professionerne ansat på området. Indeholdt i dette er efter-/videreuddannelser på master-, diplom, akademiuddannelses-, specialuddannelses- og AMU-niveau³ og andre efter-/videreuddannelser. Undersøgelsen indeholder ikke mere generiske efter- og videreuddannelsesstilbud, hvor deltagerne også kan være fra andre områder.

Dokumentanalysen har ikke til formål at skaffe et repræsentativt billede af efter-/videreuddannelsesudbuddet. Formålet er udelukkende at skaffe et så stort overblik som muligt inden for de definerede afgrænsninger og den tidsmæssige afgrænsning for undersøgelsen. Således er det kun et meget lille udsnit af det private udbud af efter-/videreuddannelse, der er indeholdt, og grundet overgang til nyt system i Region Sjælland er det udelukkende et mindre udsnit af denne regions efter-/videreuddannelser, der er inkluderet i dokumentstudiet.

1.3 Læsevejledning



Den resterende rapport er struktureret i tre kapitler. Undersøgelsens samlede konklusioner findes i Konklusion – mulige greb, mens hvert kapitel indledes med en kortfattet opsummering af kapitlets centrale pointer.

Kapitel 2 besvarer første undersøgelsesspørgsmål og giver et overblik over udbuddet af efter-/videreuddannelse samt oplevelsen af muligheder og udfordringer herved. Der er ikke tale om en totalafdækning af udbuddet, men en bred præsentation af de muligheder, som findes for efter-/videreuddannelse for ansatte i sundheds- og ældresektoren.

Professionernes efterspørgsel efter og motiver for efter-/videreuddannelse er afsættet for **kapitel 3**, som besvarer andet undersøgelsesspørgsmål. Kapitlets

³ I denne undersøgelse primært repræsenteret ved udbuddet på kommunalt niveau på social- og sundhedsskolerne.

fokus er professionerne og deres arbejdspladsers oplevelser af barrierer og muligheder i forhold til at deltage i efter-/videreuddannelse.

I **kapitel 4** foretager vi en opsamlende tværgående analyse på tværs af de to foregående kapitler og formulerer forslag til mulige greb til de udfordringer, der er identificeret i kapitel 2 og 3. Kapitlet besvarer dermed fjerde undersøgelsesspørgsmål.

2 Udbud af efter-/videreuddannelser

Efter-/videreuddannelse kan potentielt bidrage til at afhjælpe nogle af de udfordringer, som sundheds- og ældresektoren står over for. Her er det centralt, at uddannelsernes faglige kompetenceprofil m.m. er tydelig for medarbejderne og deres organisationer, således at de kan vælge uddannelse på et kvalificeret grundlag. Det indebærer blandt andet tilgængelig information om uddannelsens formål, målgruppe, fagligt fokusområde, praksisinddragelse og forventet tidsforbrug, samt hvilke lederkompetencer uddannelsen styrker (DAM-VAD, 2012; EVA, 2017).

Kapitlets analyser er primært baseret på dokumentstudiet, mens de kvalitative interviews i nogle tilfælde bruges til at forklare og forstå resultaterne af den kvantitative indholdskodning. Det betyder, at vi i analyserne tager afsæt i den information, som er tilgængelig for ledere og medarbejdere, når de skal vælge uddannelse.

Dette kapitel giver derfor et overordnet billede af udbuddet af efter-/videreuddannelse for medarbejdere i sundheds- og ældresektoren. Formålet er at skabe et billede af det nuværende efter-/videreuddannelsessystem samt forskellige professioners mulighed for efter-/videreuddannelse.

Kapitlet besvarer således undersøgelsens første undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke styrker og udfordringer er relateret til det nuværende udbud og opbygningen af efter- og videreuddannelsessystemet?

Boks 2.1 opsummerer kapitlets hovedresultater.

Boks 2.1 Hovedresultater vedr. udbud af efter-/videreuddannelse

Hovedkonklusioner		Mulighederne for efter-/videreuddannelse er mange	Udbuddet af efter-/videreuddannelse varierer på tværs af professioner	Udviklingen af udbud sker ofte i samarbejde med arbejdspladserne
Datakilde				
Dokumentstudie	Der er et stort og vidtforgrenet udbud både i forbindelse med uddannelsernes indhold, geografiske placering og uddannelsesniveau.	Der er flest udbud til sygeplejersker. Andre professioner som portører og lægesekretærer oplever mere begrænsede uddannelsesmuligheder.		
Interviews	De mange muligheder gør det svært at danne sig overblik over udbud og muligheder i forhold til konkrete karriereveje.	Der findes uhensigtsmæssige bindinger, hvis man ønsker at uddanne sig til at varetage (andre) sundhedsfaglige opgaver.	Udvikling af meget konkrete uddannelsesudbud. Det skaber relevante og praksisnære uddannelser til den konkrete arbejdsplads, men udfordrer overførbarehed.	

Kapitlet er struktureret i tre afsnit. Afsnit 2.1 kategoriserer opbygningen af efter-/videreuddannelsessystemet, herunder forskellige formål med og former for efter-/videreuddannelser, samt udviklingen af efter-/videreuddannelserne. I afsnit 2.2 skitseres udbuddet af efter- og videreuddannelse i form af omfang, niveau samt geografisk placering. Endelig afdækker afsnit 2.3 udbuddet af efter-/videreuddannelse for forskellige professioner.

2.1 Forskellige former for efter-/videreuddannelse

Efter-/videreuddannelse kan potentielt bidrage til at ruste medarbejdere til at påtage sig nye opgaver, til at skifte kompetenceområde eller til opkvalificering (Ballegaard et al., 2022; Bjørnholt & Kjer, 2021). Efter-/videreuddannelserne kan imidlertid have forskellige formål, og opbygningen af dem varierer i overensstemmelse hermed.

Af dokumentanalysen kan vi se tre forskellige formål med efter-/videreuddannelse, som handler om at dygtiggøre sig *inden for et fag*, uddanne sig til *et nyt fag* eller *på tværs af fag* (se Figur 2.1). En uddannelse kan godt have mere end ét formål.

Figur 2.1 Formål med efter-/videreuddannelse



Efter-/videreuddannelse inden for fag: Professionerne opkvalificeres inden for det fag, de allerede varetager, med henblik på at blive dygtigere til deres fag.

Professionerne vurderer generelt mulighederne for opkvalificering inden for deres fag som gode. Der er imidlertid forskel. Mens der er mange muligheder for opkvalificering målrettet fx sygeplejersker, er der begrænset med efter-/videreuddannelse målrettet fx portører og lægesekretærer.



Efter-/videreuddannelse til et nyt fag: Professionerne uddannes til at kunne varetage nye opgaver, herunder overtage opgaver for andre professioner, som er udfordret af mangel på arbejdskraft.

Mange interviewpersoner nævner behovet for og villigheden til at efteruddanne sig til nye opgaver inden for en anden profession. De oplever imidlertid også en række bindinger, som indebærer, at de skal starte helt forfra på en grunduddannelse, hvis de skal varetage fx sygeplejefaglige opgaver. De efterspørger derfor en større fleksibilitet i forhold til uddannelsesudbud.



Generisk efter-/videreuddannelse: efter-/videreuddannelser, der går på tværs af professioner og har fokus på mere generelle opgaver i sundhedsvæsenet.

Generiske uddannelsesforløb har den fordel, at flere medarbejdere på tværs af professioner kan komme på uddannelse sammen. Det kan styrke det tværfaglige samarbejde. Udfordringen er, at professionerne ofte har forskellige uddannelsesmæssige forudsætninger. Det kan derfor være en udfordring at gøre efter-/videreuddannelserne formelle med tilknytning af ECTS-point, da forskellige uddannelsesniveauer følger forskellige studieordninger.

Efter-/videreuddannelse *inden for faget* dækker over uddannelser, hvis hovedformål er at dygtiggøre medarbejderne til de opgaver, de kan varetage som del af deres nuværende stilling. Det er fx også interne kurser med helt konkrete formål. Formålet med denne type efter-/videreuddannelse er at løse de opgaver, medarbejderne forventes at skulle løse i deres nuværende stilling, eventuelt på et højere niveau eller som indgang til en anden stilling.

Efter-/videreuddannelse *til et nyt fag* vil sige uddannelser, hvor hovedformålet er at opnå kompetencer, der skal bruges i et andet fag eller til at varetage opgaver, som traditionelt varetages af en anden profession. Det kan fx være vejen frem mod at gennemføre en sygeplejerskeuddannelse, hvis medarbejderne ikke har de formelle kompetencer, der kræves for at påbegynde uddannelsen. Selvom formålet er at uddanne sig til et nyt fag, kan aktiviteten godt betyde, at medarbejderne tilegner sig kompetencer, de kan anvende i deres eget fag.

Efter-/videreuddannelse *på tværs af fag* er uddannelser, hvis hovedformål er at dygtiggøre medarbejderne til mere generiske opgaver på tværs af fag. Det kan fx være kurser i fagligt samarbejde, patientsamtaler eller pårørenderelationer.

2.1.1 Oplevelsen og anvendelsen af det formelle og uformelle

Efter-/videreuddannelse kan være *formelle uddannelser*. Det vil sige, at de er formelt anerkendte som kompetencegivende og dermed giver medarbejderen muligheden for at kunne dokumentere sine kompetencer. Flere af de formelle uddannelser udløser ECTS-point, der kan anvendes til at stykke hele eller dele af uddannelser sammen.

Der er også efter-/videreuddannelser, som tilrettelægges uden for de formelle efter-/videreuddannelsesaktiviteter. Det kan fx være som interne kurser eller særligt tilrettelagte forløb udbudt af uddannelsesinstitutioner. Arbejdspladsen kan opleve dette som en fordel, da efter-/videreuddannelsesaktiviteterne kan tilpasses deres konkrete og lokale behov. For medarbejderen kan dette opleves som en ulempe, da det er sværere at bruge efter-/videreuddannelsen som formel kompetence og dermed fx anvende den i nye ansættelser.

Endelig kan nogle aktiviteter defineres som non-formelle, det vil sige, efter-/videreuddannelsesaktiviteter, der ikke er beskrevet i fast rammer og rutiner. Dette er typisk aktiviteter på arbejdspladsen med overlevering af viden fra en medarbejder til en anden, fx sidemandsoplæring.

De tre forskellige former for efter-/videreuddannelse defineres og afgrænses i forhold til udbyder og forskelle med eksempler i Figur 2.2.

Figur 2.2 Begrebsafklaring; formel, uformel og non-formel

	Formel	Uformel	Non-formel
Beskrivelse	Aktiviteter i det formelle uddannelsessystem, hvor læringsmål og kriterier er tydeligt beskrevet. Giver typisk ECTS-point.	Lokalt tilpassede aktiviteter, der ikke nødvendigvis lever op til læringsmål. Giver typisk ikke ECTS-point.	Aktiviteter, der fx sker i form af sidemandsoplæring. Giver ikke ECTS-point.
Udbyder	Udbydes primært af professionshøjskoler, erhvervsakademier, universiteter og udlagt efter-/videreuddannelse på arbejdspladserne.	Udbydes primært af arbejdspladserne.	Læringen foregår primært på arbejdspladserne, men er mere ustruktureret, bliver ikke skemalagt og bliver ofte ikke registreret.
Eksempel	Eksempler på dette er moduler af eller hele diplomuddannelser.	Et eksempel på dette er introduktionskurser til nyansatte.	Eksempler på dette er mentorordninger eller følorder.
Indgår i denne undersøgelse?	Ja. Fremgår af dokumentstudiet, da informationen er offentligt tilgængelig.	Ja, i nogle tilfælde. Fremgår af dokumentstudiet i det omfang, informationen om disse aktiviteter er offentligt tilgængelig.	Nej. Fremgår ikke af dokumentstudiet, da informationen om disse aktiviteter <u>ikke</u> er offentligt tilgængelig.

Anm.: Formelle efter-/videreuddannelsesaktiviteter på akademi-, diplom-, og masterniveau er altid ECTS-belagte. Specialuddannelser til fx sygeplejersker er eksempler på formelle efter-/videreuddannelser, der ikke er ECTS-belagte.

Kilde: Andersen (2019) og VIVE.

Den fleksibilitet, som uformelle kurser giver i enkelte lokale områder, skal afvejes med den mindskede fleksibilitet, det giver de enkelte arbejdspladser og medarbejdere, som skal håndtere opgaver på tværs af lokalt afgrænsede områder eller flytter til andre. Anerkendelse af kompetencer er et centralt element i spørgsmålet om formalitet i efter-/videreuddannelsessystemet blandt vores interviewpersoner.



Noget, vi er rigtige dårlige til – hvis jeg også skal pege noget mod os selv – er at anerkende praksiskompetencer ind i et mere formelt uddannelsessystem. [...] Netop de erfarne skal ikke spille tiden, i forhold til hvad de allerede kan.

Repræsentant for Uddannelses- og Forskningsstyrelsen

I interviewene ses en vis skepsis i forhold til de uformelle efter-/videreuddannelser, som ifølge de interviewede oftest ikke giver deltagerne en formel anerkendelse af ny erhvervede praksis kompetencer. Det handler både om værdien af anerkendelse i sig selv, men også om værdien af at kunne bruge den anerkendelse, som er erhvervet gennem kompetenceudvikling, til at afsøge nye karriereveje, lønforhøjelse eller andet. Den uformelle kompetenceudvikling giver ikke i samme grad mulighed for dette, da de praksis kompetencer, som erhverves gennem den uformelle efter-/videreuddannelse, ikke formelt anerkendes. Ligeledes udtaler både aftagere, og især udbydere af efter-/videreuddannelse, at formalitet er centralt for at sikre kvaliteten af udbuddet af efter-/videreuddannelse.

2.2 Mulighederne for efter-/videreuddannelse er mange

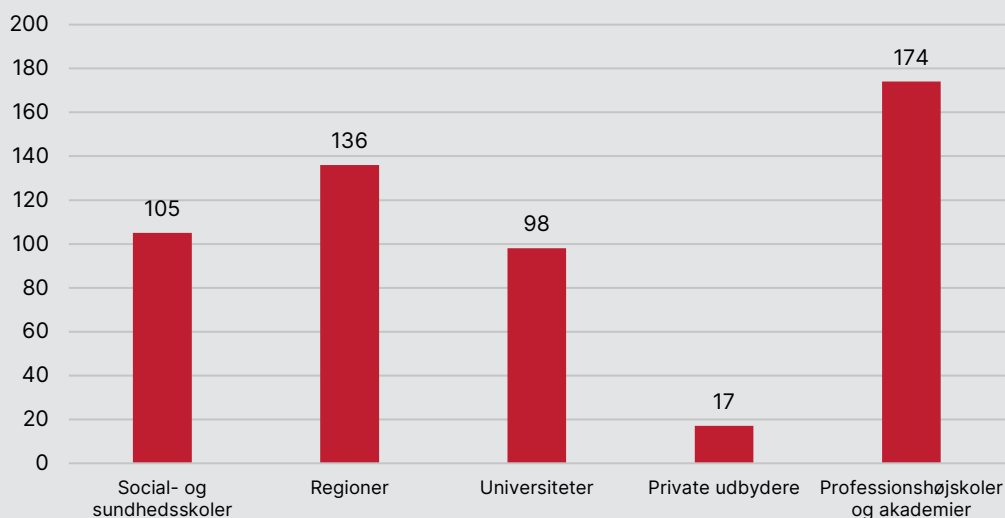
Udbuddet af efter- og videreuddannelse, som retter sig mod sundhedsfagligt personale, er stort og mangeartet. Det følgende afsnit viser mangfoldigheden af udbud, hvad angår uddannelsesniveauer, udbydere, indehold samt geografisk placering.

Vi finder i dokumentstudiet i alt 705 efter- og videreuddannelses tilbud. Det dækker dog ikke over hele udbuddet af efter- og videreuddannelser, da dokumentstudiet udelukkende inkluderer uddannelses tilbud, hvor informationen er offentligt tilgængelig i den afgrænsede tidsperiode (se Bilag 1). Blandt de 705 efter-/videreuddannelser har flere uddannelser store overlap, og nogle er direkte ens, blot udbudt på forskellige geografiske lokationer eller af forskellige udbydere. Vi finder 530 efter- og videreuddannelser, som ikke er dobbelte udbud, mens de resterende uddannelser på den ene eller anden måde kan ses som værende gengangere. Fx fremgår specialuddannelsen "specialsygeplejerske i psykiatri og børne-/ungdomspsykiatri" fem gange, fordi uddannelsen udbydes af alle fem regioner.

Figur 2.3 viser antallet af unikke efter-/videreuddannelser fordelt på udbydere. Professionshøjskoler og erhvervsakademier udbyder flest uddannelser (174), mens regionerne står for det næststørste udbud (136). Både i social- og sundhedsskolernes AMU-uddannelser (rettet mod kommunerne)⁴ (105) og på universiteterne (98) finder vi omkring 100 udbudte efter-/videreuddannelser.

⁴ De identificerede efter-/videreuddannelser rettet mod medarbejdere i sundhedsvæsenet i kommunerne er primært udbudt af social- og sundhedsskolerne.

Figur 2.3 Antallet af efter-/videreuddannelser fordelt på udbydere



Anm.: Under hhv. master-, diplom- og akademiuddannelser indgår både hele uddannelser samt enkeltfag og moduler.

Note: Social- og sundhedsskolernes udbud er rettet mod kommunalt ansatte, men er udbudt af skolerne som AMU-uddannelser

Kilde: VIVE, dokumentstudie.

Ovenstående vidner om et stort omfang af udbud af efter-/videreuddannelse. Tilsvarende fremgår af stort set alle interviews, hvor interviewpersonerne beskriver et omfattende og bredt udbud af efter-/videreuddannelse.

De vurderer desuden, at det store uddannelsesudbud er tilstrækkeligt bredt til at imødekomme mange af de efter-/videreuddannelsesønsker, der findes blandt professionerne og deres organisationer. Det fremgår fx af citatet nedenfor, hvor en repræsentant for en professionshøjskole vurderer, i tråd med flere andre interviewpersoner, at udbuddet svarer til efterspørgslen efter efter-/videreuddannelse blandt arbejdsgiverne.



Uddannelser på akademi- og diplomniveau er vidt forgrenet, og der er et solidt formelt udbud af efter- og videreuddannelsesmuligheder.

Repræsentant for professionshøjskole

Omvendt vurderer de interviewede ledere/eksperter og medarbejdere også generelt, at det store udbud af efter-/videreuddannelse er for uoverskueligt og vanskeligt at navigere i både for den enkelte medarbejder og for deres ledere på de enkelte arbejdspladser. Udbuddet betegnes i interviews som en "jungle", hvor beskrivelserne af de forskellige efter-/videreuddannelser ikke nødvendigvis er forskellige, men hvor uddannelserne er udbudt som forskellige aktiviteter. Interviewpersonerne forklarer herudover, at det kan være svært at finde den rette information om ens muligheder for efter-/videreuddannelse, kompetenceprofiler m.m., og medarbejdere og ledere oplever at være en mangel på konkrete systematiske karriereveje for de enkelte faggrupper. Den manglende rammesætning for, hvordan udbuddet af efter-/videreuddannelse skabes, er således med til at danne en uoverskuelig jungle af forskellige løsninger på tværs af regioner og kommuner. Dette ses for eksempel i nedenstående citat fra en repræsentant for en region:



Der er et kæmpe udbud, og man kan sige, den største udfordring er vel i virkeligheden det, at det er så junglebetragtet; altså at det er så uoverskueligt, og at det ikke nødvendigvis er knyttet specielt synligt til nogle tydelige karriereveje for de sundhedsprofessionelle. Det er virkelig, virkelig svært at finde rundt i.

**Repræsentant for uddannelsesenhed
i region**

Én forklaring på de mange udbud er, at der til tider udvikles nye uddannelser i stedet for at anvende de allerede eksisterende uddannelser og studieordninger. Flere interviewpersoner forklarer, at nye (sammenlignelige) efter-/videreuddannelser kan opstå, fordi medarbejdere med forskellig uddannelsesmæssige baggrund ikke altid kan deltage på samme kurser, eller fordi den enkelte organisation eller profession ønsker sin egen uddannelse til at håndtere sammenlignelige udfordringer. Nedenstående citat viser denne tendens til, at der udvikles nye uddannelser frem for at gøre brug af det udbud, der allerede er.



Hver gang organisationerne finder en ny udfordring, vil de have en ny specialuddannelse i stedet for at udbyde det inden for de uddannelser, vi har.

Repræsentant fra professionshøjskole

2.2.1 Udvikling af udbud i samspil mellem udbydere og aftagere

Udvikling af efter-/videreuddannelser foregår i mange tilfælde i samspil mellem uddannelsesudbydere og de arbejdspladser, der er aftagere af uddannelserne. Det vil sige regioner, kommuner, hospitaler eller andre institutioner. Således anvendes rekvirerede (skræddersyede) forløb, der er særligt tilrettelagte uddannelsesforløb skræddersyet til kommuner, afdelinger og sygehuses konkrete behov for efter-/videreuddannelse.

Arbejdspladsernes indflydelse på uddannelsesudbuddet kan potentielt bidrage til at gøre uddannelsesmulighederne og deres indhold relevant i forhold til de forventninger og behov, der er på arbejdspladserne (EVA, 2012; Kjer, Mortensen & Bjørnholt, 2021). Lignende argumenter finder vi også i interviews med udbydere af uddannelser og de arbejdspladser, der sender professionerne på efter- og videreuddannelse.



Det meste, vi laver, er sammen med kommuner og regioner. Det er en typisk måde. Og i den sammenhæng kommer vi meget med noget, der er designet til det problem, der er. Det er en god ide at lave særlige aftaler med aftagerne, da vi løser de problemer, som de står i. Så det er dermed en måde at matche udbud og efterspørgsel.

Repræsentant fra professionshøjskole

De enkelte uddannelsesudbydere har i de skræddersyede forløb mulighed for at tilrettelægge undervisningen fleksibelt, så det er tilpasset hverdagen på den enkelte arbejdsplads.

Ifølge interviewpersonerne kan det være vanskeligt at anvende skræddersyede uddannelsesforløb i andre henseender. Da uddannelsesforløbene tilrettelægges på baggrund af uddannelsesaftagernes konkrete behov, kan det være vanskeligt at overføre de specifikke kompetencer, som medarbejderne oparbejder, fra kommune til kommune, region til region eller virksomhed til virksomhed.



Det skulle også gerne være sådan, at man skal kunne flytte mellem regioner, stat og kommune uden sådan at komme til et helt andet land. Jeg synes, vi gør det besværligt at være medarbejder.

Hospitalsdirektør

2.2.2 Kurser er det hyppigste uddannelsesniveau

For at give et billede af de forskellige typer af efter-/videreuddannelser kan mulighederne for medarbejderne fordeles på flere forskellige niveauer jf. Boks 2.2.

Boks 2.2 Forskellige uddannelsesniveauer

Master: udbydes af universiteter og er ECTS-belagte udbud med eksamen. Uddannelsen er på niveau 7 i kvalifikationsrammen.

Diplom-/akademiuddannelse: udbydes af professionshøjskoler og erhvervsakademier og er formelle ECTS-belagte udbud med eksamen. Uddannelsen er på niveau 6 på kvalifikationsrammen.

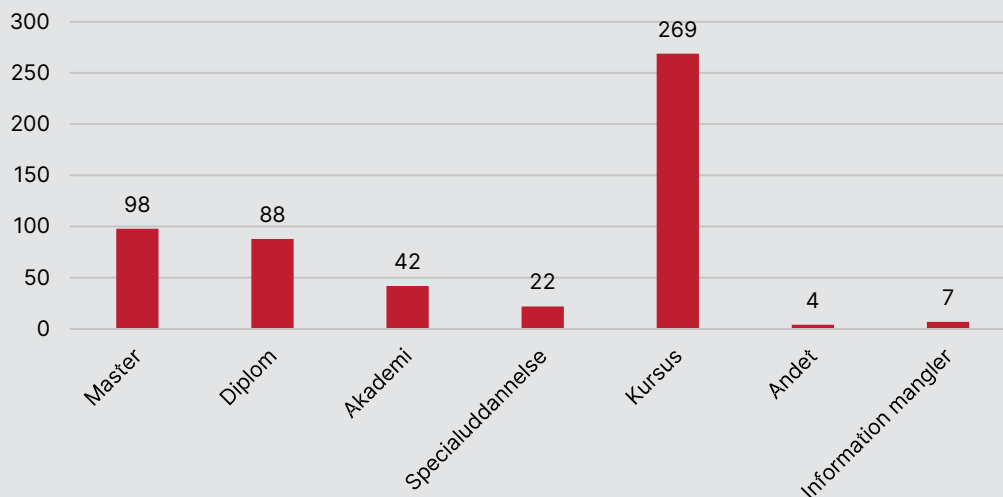
Kursus: udbydes af private udbydere, regioner, kommuner samt professionshøjskoler og erhvervsakademier. Kurserne er af 1 dag til 6 måneders varighed.

Specialuddannelse: videreuddannelser rettet specifikt mod sygeplejersker, kaldet en specialisering.

Figur 2.4 viser antallet af efter-/videreuddannelser i dokumentstudiet fordelt på forskellige uddannelsesniveauer. Kurser udgør langt de fleste udbudte efter-/videreuddannelser, hvilket logisk følger af, at omfanget er kortere for disse, og dermed kan aktiviteten også være større uden af belaste vagtplaner i samme omfang som længerevarende aktiviteter. Kurser kan både tage form af formelle og uformelle læringsforløb, hvor førstnævnte udløser formelt anerkendte kompetencer samt i nogle tilfælde ECTS-point (se evt. afsnit 2.1.1).

Figur 2.4 Uddannelsesniveau for efter-/videreuddannelser

Fremfundne efter-/videreuddannelser i dokumentstudiet fordelt på niveau for opnået efter-/videreuddannelse. Angivet i antal.



Anm.: N = 530 efter-/videreuddannelser.

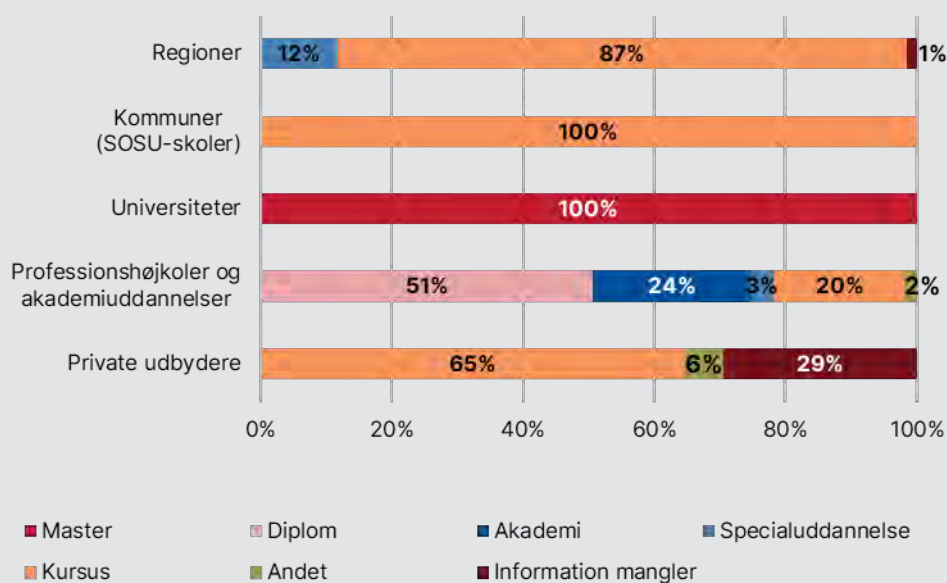
Note: Under hhv. master-, diplom- og akademiuddannelser indgår både hele uddannelser samt enkeltfag og moduler. På 7 efter-/videreuddannelser mangler der information om niveauet. Kursus indeholder blandt andet AMU-uddannelserne udbudt af social- og sundhedsskolerne.

Kilde: VIVEs dokumentstudie.

Resultaterne i Figur 2.4 underbygger en tendens, som italesættes i interviewene, nemlig at længere uddannelsesforløb i mindre grad efterspørges (se evt. kapitel 3). Pressede vagtplaner betyder, at efter-/videreuddannelserne skal være fleksible og mindre ressourcekrævende, for at arbejdspladser kan sende medarbejdere afsted på kompetenceudvikling. Dette kan være en af årsagerne til de mange kortere kurser. Interviewpersoner beskriver fx, at fordelene ved kurser er, at de er fleksible, let kan tilpasses den enkelte arbejdsplads og kan gå på tværs af professioner. Derudover kan kortere forløb (og ofte uden eksamen) være lettere at overskue for nogle medarbejdergrupper.

Figur 2.5 viser, hvordan efter-/videreuddannelsesniveauerne er fordelt på de enkelte udbydere.

Figur 2.5 Niveau for efter-/videreuddannelserne fordelt på udbyder



Anm.: N = 530 efter-/videreuddannelser.

Kilde: VIVEs dokumentstudie.

Kommuner, regioner og private leverandører udbyder primært kurser. Alle de kommunale udbud er således på kursusniveau, mens det gælder 87 % af de regionale udbud og 65 % af de private udbud. I dokumentstudiet er det udelukkende efter-/videreuddannelser på masterniveau, der er indeholdt for universiteterne (dette inkluderer både fulde uddannelser og enkeltfag). Universiteterne er også er eneste mulige udbydere (jf. BEK nr. 1187 af 07/12/2009). Professionshøjskoler og erhvervsakademier udbyder uddannelser på alle niveauer på nær master i form af uddannelser på diplomniveau (51 %), akademiuddannelsesniveau (24 %), kurser (20 %) og specialniveau (3 %).

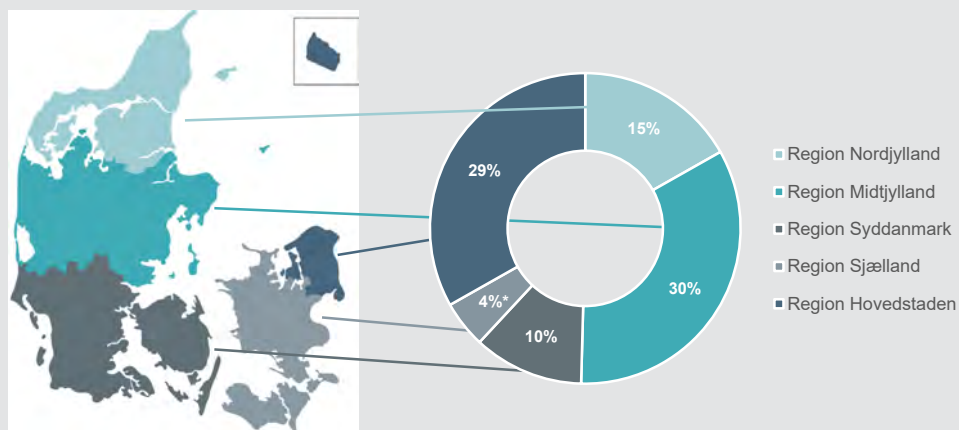
2.2.3 Udbuddets geografiske placering

Tidligere undersøgelser viser, at det har betydning for valg af efter-/videreuddannelse, at uddannelsesstederne ligger tæt på medarbejdernes bopæl (Mortensen, Mikkelsen & Nandrup, 2020).

I alle regioner finder vi, at der er muligheder for efter-/videreuddannelse, men der er bedst mulighed i Region Midtjylland eller Region Hovedstaden, og udbuddet er centreret om Aarhus og København. Det fremgår således af Figur 2.6, at

hovedparten af efter-/videreuddannelserne er udbudt i Region Midtjylland og Region Hovedstaden.⁵ En mindre andel er udbudt af hhv. Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Figur 2.6 Geografisk fordeling af efter-/videreuddannelsesstilbud. Procent.



Anm.: Det har ikke været muligt at afdække udbuddet af efter- og videreuddannelser i Region Sjælland i samme omfang som de øvrige regioner. Andelen af efter- og videreuddannelser i Region Sjælland kan derfor forventes at være højere.

Note: Figuren bygger på data fra 530 efter-/videreuddannelser, hvoraf 11 % af uddannelsesaktiviteterne ikke har været mulige at placere geografisk eller har placering i flere forskellige regioner.

Kilde: VIVE, dokumentstudie

I interviewene blev der også påpeget, at der er stor forskel på, hvor mange muligheder der er for efter-/videreuddannelse, alt efter hvor man er bosat i Danmark.

Generelt finder vi relativt få udbudte efter-/videreuddannelser i Region Sjælland. Det skyldes blandt andet, at informationer om efter-/videreuddannelse her ikke kan tilgås uden et medarbejderlogin i den undersøgte periode⁶. Der tegnes dog et lignende billede, når vi undersøger SOSU-skoler, universiteter, professionshøjskoler og erhvervsakademier, hvor antallet af efter-/videreuddannelser er relativt lavt i Region Sjælland.

⁵ Dokumentstudiet viser tilsvarende, at ca. en tredjedel af alle udbud (243) udbydes i Aarhus eller København.

⁶ Region Sjællands efter-/videreuddannelsesstilbud vil ifølge regionen fremadrettet være tilgængelige på samme platform, som de andre regioner anvender.

2.3 Professionernes forskellige muligheder for efter-/videreuddannelse

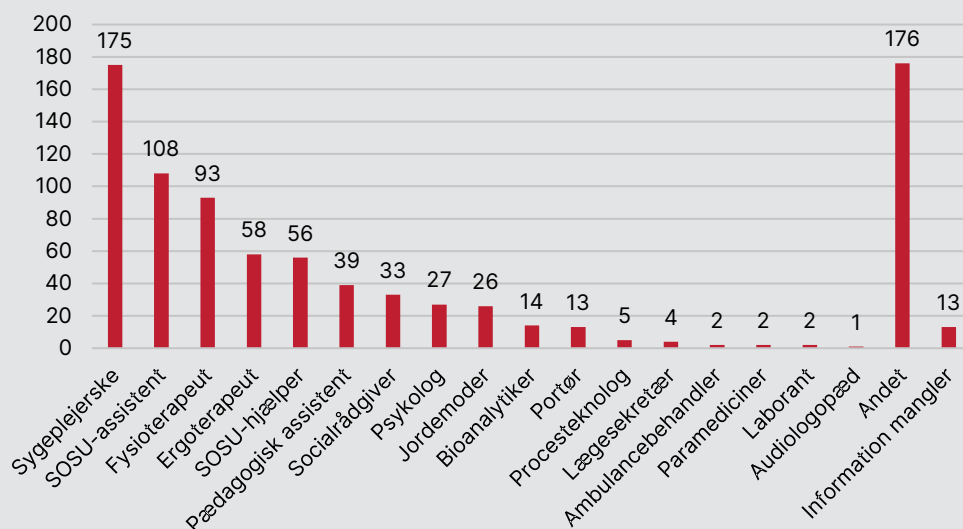
Professionernes muligheder for efter-/videreuddannelse følger i vid udstrækning professionernes størrelse og specialiseringsgrad. Små og meget specialiserede uddannelser har få muligheder for efter-/videreuddannelse, mens større og bredere uddannelser har mange muligheder.

2.3.1 Udbuddet målrettes de store professioner

Dokumentstudiet viser, at efter-/videreuddannelsesstilbuddene hovedsageligt retter sig mod de store professioner. Det vil sige sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter, hvoraf sygeplejersker er den profession, der oftest nævnes i uddannelsesstilbuddenes målgruppebeskrivelse. Det fremgår af Figur 2.7, der angiver antallet af efter-/videreuddannelsesaktiviteter fordelt på målgruppe.

Figur 2.7 Efter-/videreuddannelser fordelt på målgrupper

Figuren viser efter-/videreuddannelsesstilbud fra dokumentstudiet fordelt på målgruppe. Angivet i antal.



Anm.: N = 530.

Note: Figuren bygger på data fra 530 unikke efter- og videreuddannelser, men en uddannelse kan godt indgå flere gange, da flere uddannelsesaktiviteter har en tværfaglig målgruppebeskrivelse.

Kilde: VIVE, dokumentstudie.

Omvendt har de mere specialiserede eller små professioner såsom audiologopæder, laboranter, paramedicinere og ambulancebehandlere begrænsede muligheder for efter-/videreuddannelse. De fire nævnte professioner har tilsammen 7 ud af de 705 efter- og videreuddannelser. Derudover er der en lang række professioner, som ikke nævnes direkte i målgruppebeskrivelserne. Kategorien 'andet' udgør i Figur 2.7 den største kategori. En uddannelse kategoriseres under *andet*, hvis uddannelsen enten henvender sig til en bred målgruppe, eller hvis det er uklart, hvem uddannelsen henvender sig til.

Det begrænsede udbud af efter-/videreuddannelse målrettet nogle sundhedsfaglige professioner afspejles desuden i nogle af interviewene med udvalgte medarbejdere. Heriblandt udtrykker en lægesekretær og en portør, at de sammenlignet med andre faggrupper mangler udbud af efter-/videreuddannelse målrettet deres profession.



Der er ikke andre uddannelser, der som sådan er målrettet os. Så er der interne kurser m.m.

Lægesekretær



Det er jo kompetenceudvikling, hvis vi gerne vil videreuddannes til noget andet end portører. Men vi har som portører ikke adgang til videreuddannelse.

Portør

Fælles for de to citater er, at medarbejderne oplever at mangle efter-/videreuddannelses tilbud inden for deres profession i forhold til at varetage nye opgaver eller løfte deres kompetencer inden for professionen.

2.3.2 Monofaglige eller tværfaglige uddannelser?

Omtrent lige mange efter-/videreuddannelses tilbud retter sig mod henholdsvis monofaglige, tværfaglige og brede målgrupper. Det fremgår af Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Professioner nævnt i målgruppebeskrivelser på efter- og videreuddannelsestilbuddene. Antal og pct.

Professioner med direkte nævnelse i målgruppebeskrivelser	Antal	Pct.
Monofaglig målgruppebeskrivelse	187	35 %
Tværfaglig målgruppebeskrivelse	167	32 %
Bred formulering	163	31 %
Information mangler	13	2 %
Total	530	100 %

Anm.: Alle professioner, som nævnes direkte i én eller flere målgruppebeskrivelser.

Note: Monofaglig: Kun en enkelt profession er nævnt i målgruppebeskrivelsen.

Tværfaglig: To eller flere professioner er nævnt i målgruppebeskrivelsen.

Bred formulering: Der nævnes ikke specifikke professioner i målgruppebeskrivelsen, men anvendes overordnede beskrivelser som "sundhedsfagligt personale".

Kilde: VIVEs dokumentstudie.

Monofaglige udbud er udtryk for, at uddannelsernes målgruppebeskrivelser kun nævner én enkelt af de sundhedsfaglige professioner. Knap to tredjedele af målgruppebeskrivelserne for efter-/videreuddannelse er bredt eller tværfagligt defineret. Det vil sige, at de ikke retter sig mod en bestemt profession, men har en mere generisk og tværfaglig karakter. Tværfaglig målbeskrivelse er udtryk for, at mere end én specifik profession er nævnt, mens brede målbeskrivelser angiver, at ingen specifik profession er nævnt (se fx Boks 2.3).

Hvem henvender uddannelsen sig til?

Master uddannelsen henvender sig til en bred gruppe af sundhedsprofessionelle eller andre professionelle, som arbejder med sundhed og sundhedsfremme. De studerende kan derfor have meget forskellig baggrund. Typisk er deltagerne ansat i kommunalt regi (fx en kommunal forvaltning eller et sundhedscenter) samt i behandlingssektoren, men også andet kan være relevant.

Master i Sundhedsfremme kan være relevant for dig, hvis du er optaget af:

- at udvikle en bred tilgang til sundhed og sundhedsarbejde
- at forstå mere af egen praksis ved hjælp af teoretiske perspektiver
- at styrke fokus på betingelser for folkesundhed
- at knytte genoptræning og rehabilitering til hverdagslivet i sin helhed
- at se det som vigtigt med medarbejdertrivsel og sundhed på arbejdspladsen
- at betragte forebyggelse som noget, der handler om andet end livsstilsændringer
- at kunne gennemføre projektledelse på sundhedsfremmeområdet

Kilde: <https://ruc.dk/master-i-sundhedsfremme>

Tværfaglige målgruppebeskrivelser kan på den ene side understøtte, at flere faggrupper tager på kursus sammen, hvilken kan fremme den tværfaglige kompetenceudvikling og samarbejde på tværs af professioner. På den anden side kan det være svært for den enkelte at navigere i brede målgruppebeskrivelser, herunder at vurdere om uddannelsen er relevant og en mulig karrierevej inden for vedkommendes profession. Citatet fra en bioanalytiker nedenfor er et eksempel på, at det kan være vanskeligt at identificere en relevant uddannelse.



Dels synes jeg, det er svært at finde informationerne. [...] Men det er også svært at finde noget, der er relevant. [...] Der er ikke tid eller ressourcer.

Bioanalytiker

Det kan altså være en udfordring at navigere i brede målgruppebeskrivelser og finde informationerne om relevante efter-/videreuddannelsesmuligheder. En udfordring, der potentielt forstærkes af, at medarbejderne har begrænset tid til at søge information.

Det betyder imidlertid ikke, at der ikke er efterspørgsel efter tværfaglige uddannelser. I de kvalitative interviews er der flere eksempler på, at både aftagere og professioner efterspørger udbud på tværs af professioner, da professionerne i stigende grad skal samarbejde om opgaver. De ser det som en fordel, at der udbydes tværfaglige kurser.

Enkelte oplever imidlertid, at forskellige regler, fagpolitikker, uddannelsesniveauer eller uddannelsesstyper blandt medarbejderne kan vanskeliggøre uddannelse på tværs af professioner. Dette eksemplificerer en medarbejder således:



Det giver god mening at tage på kursus sammen, når man har arbejdet på en afdeling i mange år, er det godt at få noget specialiseret viden sammen. Men det kan vi ikke rigtig. Kurserne findes, men de er typisk monofaglige eller sundhedsfaglige. Og så må vi ikke deltage på grund af lovgivningen.

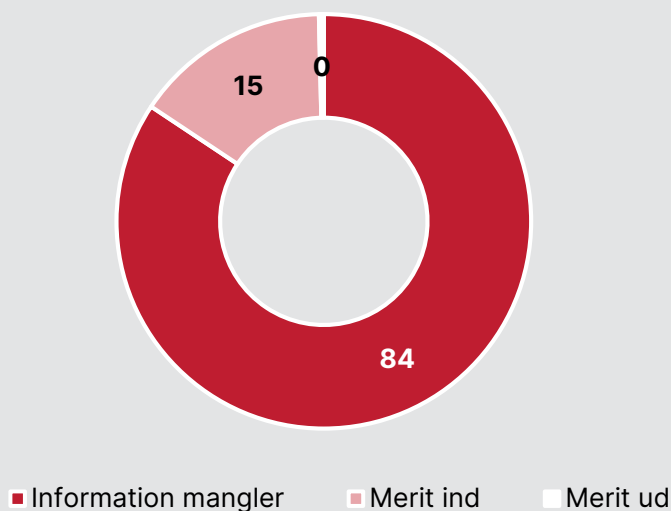
Lægesekretær

Fagfaglige bindinger kan ifølge interviewpersonerne også vanskeliggøre, at opgaver forflyttes fra en profession til en anden profession eller medarbejdergruppe, uden at en profession skal starte forfra på en ny uddannelse. Fx hvis en medarbejdergruppe skal varetage opgaver, som normalt udføres af sygeplejersker, kan den nye medarbejdergruppe ikke nødvendigvis deltage i kurser målrettet sygeplejersker med fokus på den konkrete opgave.

Muligheder for merit og anvendelsen af realkompetencevurderinger er en anden vej, som sundhedspersonalet kan bruge til at styrke tværfagligheden. Det fremgår af Figur 2.8, at information om mulighederne for merit er mangelfuld. For 84 % af de 530 efter-/videreuddannelser er oplysninger om merit ikke direkte tilgængelige på uddannelsernes hjemmesider. I en række interviews fremhæves det tilsvarende, at mulighederne for merit er sparsomme. Interviewpersonerne fremhæver i den sammenhæng, at de oplever at skulle "starte forfra", selvom de allerede besidder de grundlæggende kompetencer.

Figur 2.8 Merit ved optagelse eller meritgivende efter-/videreuddannelses tilbud

Den procentvise andel af efter-/videreuddannelserne fremfundet i dokumentstudiet, der indeholder information om meritmulighederne



Anm.: n=530.

Kilde: VIVE, Dokumentstudie.

Af interviews med udbydere af efter-/videreuddannelser ses det, at opbygningen af efter-/videreuddannelsessystemet giver mulighed for at lave tilbud og pakker, som er tænkt på tværs. Disse pakker kan indeholde spor fra grunduddannelse og frem mod et nyt uddannelsesniveau. Pakken er en beskrivelse af, hvilke efter-/videreuddannelser der er relevante for en profession, og hvordan de enkelte aktiviteter bygger ovenpå hinanden. Den enkelte skal kunne tage en del af pakken ad gangen og behøver dermed ikke forpligte sig til at tage alle efter-/videreuddannelser lige efter hinanden. Flexibiliteten kan udnyttes til at skabe et mere sammenhængende billede. Men manglende klarhed over karriereveje ind i eller på tværs af professioner bidrager ifølge nogle interviewpersoner til uoverskuelighed. Der er således et stort udbud med lokal fleksibilitet, men også en stor underskov af uddannelsesmuligheder, hvor der ikke er taget strategisk stilling til, hvordan systemet skal spille sammen. Det kan medvirke til, at medarbejdere skal starte forfra og gennemføre en helt ny uddannelse for at kunne varetage nye opgaver.

3 Efterspørgsel

Hvis efter-/videreuddannelsessystemet skal imødekomme de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over, er det vigtigt, at systemet tilgodeser, de behov og den efterspørgsel, der findes blandt sundhedsprofessionerne og deres arbejdspladser (Kjer, Mortensen & Bjørnholt, 2021; Larsson et al., 2017; Mezirow, 1990; Moesby-Jensen, 2010; Sørensen, 2017; Wilhelmsson et al., 2015). I dette kapitel undersøger vi derfor efterspørgslen efter og motiver til efter-/videreuddannelse blandt professionerne og deres arbejdspladser.

Kapitel besvarer således andet undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke karakteristika og motiver kan identificeres for de medarbejdere, der tager efter-/videreuddannelse?

To niveauer er efterspørgsel

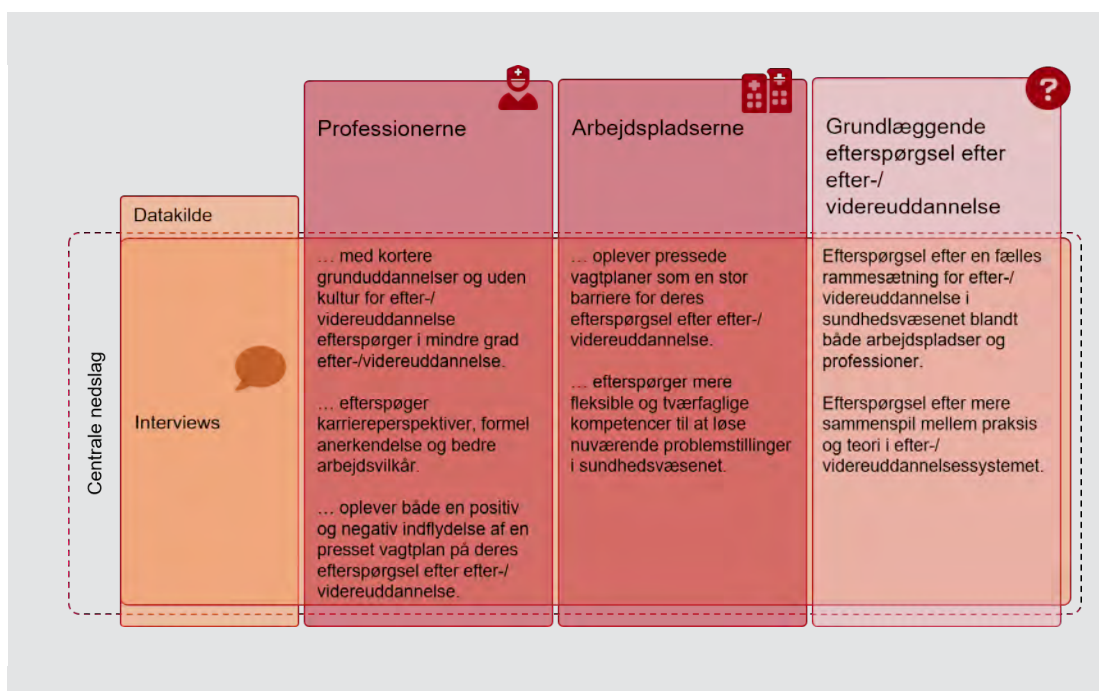
- 1) Medarbejderne: De behov for efter-/videreuddannelse, der eksisterer blandt de sundhedsprofessioner, der er relevante for efter-/videreuddannelse.
- 2) Arbejdspladserne: De behov for efter-/videreuddannelse, som eksisterer på de arbejdspladser, som sender sundhedsprofessionerne på efter-/videreuddannelse.

Vi sonderer mellem efterspørgslen blandt medarbejderne og efterspørgslen blandt deres arbejdspladser. Mens medarbejderne er de sundhedsmedarbejdere, der potentielt kan deltage i efter-/videreuddannelse, er deres arbejdspladser de kommuner, regioner, institutioner og hospitaler, som kan sende medarbejderne på efter-/videreuddannelse.

Kapitlet baserer sig primært på de kvalitative interviews og interviewpersonernes oplevelser af muligheder og udfordringer for efter-/videreuddannelse.

Grundlæggende vidner interviewene om en stor efterspørgsel efter kompetenceudviklende kurser og uddannelser. Dette er gældende for både medarbejdere og arbejdsgivere, som anerkender behovet for efter-/videreuddannelse.

Boks 3.1 opsummerer kapitlets hovedpointer.



Kapitlet er struktureret i to afsnit. Mens afsnit 3.1 beskriver arbejdspladsernes efterspørgsel, analyseres medarbejdernes efterspørgsel i afsnit 3.2.

3.1 Arbejdspladsernes efterspørgsel

3.1.1 Behov for, at medarbejdere påtager sig nye opgaver

En fælles betragtning i flere interviews er, at man i lang tid har været optaget af, at efter-/videreuddannelse handler om specialisering inden for egen profession. Efter-/videreuddannelsessystemet har derfor været meget opdelt efter faggruppe. Ifølge interviewpersonerne er der imidlertid kommet et øget fokus på tværfaglighed i sundhedsvæsenet, herunder mulighed for, at professioner kan overtage opgaver fra andre professioner. Det fremgår fx i citatet nedenfor:



Vi bliver nødt til i langt højere grad at se på at udvikle kompetencer, der sådan er betydeligt mere fleksible, som vi kan anvende mere fleksibelt til at løse de forskellige sundhedsopgaver, der er.

Repræsentant fra en region

Flere interviewpersoner peger i forlængelse heraf på, at arbejdspladserne fokuserer på de fremadrettede organisatoriske behov og løsninger, når de efterspørger efter-/videreuddannelse. Det er i "høj grad møntet på, hvordan systemet udvikler sig, og hvad det er for nogle kompetencer, der er behov for i fremtiden" (repræsentant fra professionshøjskole). Her er fokus blandt andet, hvordan man kan uddanne medarbejdere til at varetage de nye udfordringer. Andre interviewpersoner beskriver imidlertid arbejdspladsens efterspørgsel som 'lap-løsninger' uden et egentligt blik for langsigtede behov. De modstridende perspektiver på arbejdspladsernes fokus eksemplificerer varierende måder at gribe efter-/videreuddannelse an på i kommunerne og regionerne.

3.1.1.1 Uddannelse af ufaglærte eller kortuddannede til at varetage omsorgsopgaver

Nogle kommuner arbejder med at inddrage ufaglærte medarbejdere i løsning af opgaver i ældresektoren. De efterspørger efter-/videreuddannelse, hvor ufaglærte medarbejdere kan tilegne sig basale kompetencer i fx kommunale plejeopgaver af ældre, således at disse medarbejdere opnår kompetencer inden for sundheds- og ældreområdet og dermed kan aflaste social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne. Det kan være sproglige kompetencer, evne eller viden om, hvordan man kan omgås mennesker og assistere med basale opgaver, såsom indkøb, rengøring og lignende. En kommunal forvaltningsleder forklarer i et interview, hvordan kommunen arbejder med dette gennem samarbejde med faglige organisationer og uddannelsesudbydere. Der er dog ifølge lederne også udfordringer i det danske uddannelsessystem, hvor fx muligheder for at bruge praksiserfaring og andre meritmuligheder som adgang til efter-/videreuddannelsessystemet ses som en besværlig vej. Endvidere ses, at manglende muligheder for deltidsstudier er en hæmsko for at få mange medarbejdere ind i sådanne stillinger. Medarbejderne skal ikke nødvendigvis tage en hel sundhedsfaglig uddannelse, men det kan være medarbejdere, der er i sundhedsvæsenet i kortere tid og blot skal have de basale kompetencer til at varetage specifikke opgaver.

3.1.1.2 På tværs af kommuner og regioner

Interviewene fremhæver en tendens til, at regionerne i højere grad efterspørger efter-/videreuddannelse end kommunerne. Dog vurderes efterspørgslen at være stigende i kommunerne, i takt med at flere sundhedsfaglige opgaver uddelegeres til de enkelte kommuner. En repræsentant fra en professionshøjskole beskriver, hvordan der er en konstant efterspørgsel efter nye løsninger i kommunerne. Modsat har regionerne i højere grad end kommunerne en mere fast ramme og strategi for deres kompetenceudvikling, selvom der er forskel på regionerne. Det fremgår blandt andet af citatet nedenfor.



I det kommunale, der har man i højere grad haft tradition for at klare kompetenceudvikling selv med sådan nogle éndagskurser. Der har ikke været sådan en systematisk strategi for kompetenceudvikling af medarbejdere.

Repræsentant fra en professionshøjskole

Interviewpersonerne fremhæver to udviklinger i arbejdspladsernes efterspørgsel. For det først er der en opfattelse af, at især efterspørgslen på efter-/videreuddannelse i kommunerne er stigende. Det skyldes stigende forventninger til, hvad man skal kunne i kommunerne, i takt med at nærhospitalerne får flere opgaver (jf. ovenfor). For det andet er der blandt uddannelsesudbydere en oplevelse af mere generel forskydning mod efterspørgsel efter mere tværfaglige efter-/videreuddannelser. Det skyldes for eksempel, at de mange nye opgaver og opgaveforskydning på nærhospitalerne kræver tværfaglige kompetencer.

Fælles for flere interviewpersoner er en efterspørgslen efter en national rammesætning eller strategi for efter-/videreuddannelse af sundhedspersonalet. De fremhæver, at der mangler et overblik og en strategi, hvilket leder til mange forskellige lokale løsninger. De vurderer, at der fortsat skal være mulighed for at bruge efter-/videreuddannelsessystemet til at løse konkrete lokale udfordringer, men det skal ske inden for en national rammesætning og strategi.

Citatet på følgende side fra en repræsentant fra en professionshøjskole illustrerer dette. En central strategi kan være retningsgivende i forhold til de valg, der foretages lokalt om efter-/videreuddannelser, og kan dermed også være med til at præge udvikling i sundhedsvæsenet, således at brugen af efter-/videreuddannelser lokalt kan bidrage til at løse de større samfundsmæssige udfordringer på landsplan.

3.1.2 Det er den personaleansvarlige, der bestemmer

Personalelederne spiller ifølge interviewpersonerne en afgørende rolle i forhold til at definere, hvem der får kompetenceudvikling. Det skyldes, at de ofte afgør, om det er muligt for den enkelte at komme afsted i forhold til andre hensyn på arbejdspladsen. Personalelederne skal blandt andet tage hensyn, hvorvidt der kan skabes tid og økonomi til efter-/videreuddannelse i pressede vagtplaner, om udbyttet står mål med gevinsten, herunder om medarbejdere bruger efter-/videreuddannelse som en anledning til at få højere løn, at uddanne sig væk fra driften eller finde et nyt job (jf. afsnit 3.2.3). Interviewpersonerne vurderer, at der ofte er tale om en konkret vurdering, som skaber store forskelle på tværs af arbejdspladser.



Vi mangler en national strategi. Som det er nu, får vi ikke lavet en kobling mellem den samfundsudvikling, der er, og den lokale udvikling.

Repræsentant for en
professionshøjskole

3.2 Medarbejdernes efterspørgsel

3.2.1 Variation i professionernes efterspørgsel?

Ifølge interviewpersonerne varierer professioners motivation for efter-/videreuddannelse. Flere vurderer fx, at professioner med kortere grunduddannelse også i mindre grad efterspørger efter-/videreuddannelse, da de er mere distanceret fra skolebænken. Disse medarbejdere vurderer simpelthen, at deres uddannelsesmæssige kompetencer ikke er tilstrækkelige, og kan være udfordret i forhold til læsning, danskundskaber, opgaveskrivning og eksamener. En uddannelsesudbyder siger fx, at "de er bange for at gå til eksamen", hvilket kan afholde dem fra at tage formel efter-/videreuddannelse. Omvendt vurderer flere interviewpersoner, at professioner med en længere uddannelsesbaggrund (og særligt sygeplejersker) i høj grad efterspørger kompetenceudvikling og yderligere specialiseringer. En hospitalsdirektør mener, at dette skyldes, at medarbejderne efterspørger undervisning, som passer deres kundskabsniveau.



Jo længere uddannet du er, jo mere efterlyser du noget efter-/videreuddannelse, som er længere, og som er autoriseret og meriterende. Hvor jo kortere uddannet du er, des mere er det fint nok at have lidt mindre kurser, studiebesøg eller nogle helt praktiske færdigheder.

Hospitalsdirektør

Derudover fremhæves kulturelle forskelle på tværs af professioner, som ikke nødvendigvis kan tilskrives forskellige uddannelsesniveauer. En repræsentant fra en professionshøjskole forklarer fx, at det handler om at dyrke en "faglig identitet". SOSU-området nævnes ofte som eksempel på en profession, hvor kompetenceudvikling ikke fremstår som en central del af kulturen, blandt andet fordi medarbejderne ikke øjner nogle ændrede karrierespæktiver inden for SOSU-området. Det forklares med, at netop den profession i mindre grad anerkender kompetenceudvikling som værdifuldt og ikke ser det som et middel til at blive bedre til sit fag. En interviewperson fremhæver desuden, at SOSU-hjælpere og SOSU-assistenten ofte udelukkende opfatter efter-/videreuddannelse som et middel til at blive sygeplejerske og dermed skifte spor.

3.2.2 Hvorfor efterspørges efter-/videreuddannelse?

Ud fra vores interviews kan medarbejdernes motivation for at efterspørge efter-/videreuddannelse deles i tre overordnede dele.

3.2.2.1 Anerkendelse og karrierespæktiver

For det først oplever medarbejderne at få anerkendelse og karrierespæktiver gennem kompetenceudvikling. Denne anerkendelse synes dog oftest at blive udløst af de formelle efter-/videreuddannelser, hvorfor efterspørgslen efter mere formalitet i det samlede efter-/videreuddannelsesbillede er stort blandt medarbejdere. En lægesekretær udtaler, hvordan de ikke bliver anerkendt som profession, blandt andet fordi de ikke får mulighed for at få formel efter-/videreuddannelse, som de kan 'vise frem'. Jordemoderforeningen udtaler ligeledes, at det skal være tydeligere, at jordemødre har mange kompetencer, som gør, at de kan arbejde mange andre steder end på fødestuerne. Én måde at gøre det på er gennem formel og meriterende kompetenceudvikling.

Flere af de interviewede efterspørger klare karriereveje og tydeligere videreuddannelsesspor inden for de enkelte faggrupper, men også ind i andre sundhedsfaglige fag. Herudover er der efterspørgsel efter anerkendelse af praksis-kompetencer, der kan give merit – dette gælder både ind i fag og også til andre sundhedsfaglige uddannelser.

De formelle uddannelser og kurser kan bidrage til at kaste lys over medarbejdernes karriereperspektiver. Men det er ikke altid tilfældet. En repræsentant fra en professionshøjskole fortæller, at de ikke får ”tegnat tydeligt op på sundhedsområdet, at der er tusinde karriereveje”, hvilket kan være med til at sænke efterspørgslen blandt medarbejderne. ”Hvad så bagefter” er en vending, som bruges flere gange i interviewene. Der er en grundlæggende enighed om, at det ikke er særlig tydeligt, at efter-/videreuddannelse giver ændrede karriereperspektiver for medarbejdere. Det er både blandt uddannelsesudbydere og arbejdspladserne, at karriereperspektiverne i højere grad bør udpenles for medarbejderne.

Medarbejderne præsenterer i interviews også, at det er en udfordring at se muligheden for ændrede karriereveje gennem uformel efter-/videreuddannelse. Dette hænger sammen med, at aktiviteterne kan være tilrettelagt lokalt uden mulighed for uddannelsesbeviser og uden brug af de allerede fastlagte beskrivelser af udbudte efter-/videreuddannelser. Det mindsker muligheden for at overføre kompetencer og kvalifikationer på tværs af arbejdspladser eller professioner, hvilket er en udfordring for medarbejderne. Dette skyldes, at der ikke er en fælles vedtaget standard for anerkendelsen af disse ud over real-kompetencevurderinger.

3.2.2.2 Mulige gevinster

For det andet giver efter-/videreuddannelse nogle medarbejdere gevinster i form af løn, fleksibilitet og bedre vilkår på arbejdspladsen. Især fleksibiliteten og bedre vilkår synes at være en forklaring på, hvorfor medarbejderne efterspørger mere kompetenceudvikling. Det skyldes, at arbejdspladser og medarbejdere er under pres. En interviewperson forklarer, at vedkommende har været sygeplejerske i mange år og tager efter-/videreuddannelse for at undgå weekend og aftenarbejde. En tendens, andre også beskriver gælder i gruppen af kollegaer.



Jeg har en oplevelse af, at det blandt andet handler om anerkendelse i form af løn for eksempel, og så også som karriereveje, der er motiverende for dem.

Leder på professionshøjskole

3.2.2.3 Værdi i at udvikle sig

Endelig er det for nogle medarbejdere en værdi i at blive bedre til deres profession og udvikle sig. Medarbejdere med denne motivation ses ifølge interviewene især i professioner, hvor der er en høj anerkendelse af efter-/videreuddannelse. En hospitalsdirektør udtaler, at hun oplever, at medarbejdere i høj grad efterspørger at lære noget nyt og udvikle sig. Medarbejderne ser det som et personalegode at få mulighed for kompetenceudvikling. En sygeplejerske peger også på, at særligt efterspurgte efter-/videreuddannelser nogle gange loves i jobopslag for at tiltrække kandidater.

3.2.3 Pressede vagtplaner opleves som en barriere for medarbejderne

Manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet skaber pressede vagtplaner. Samlet for alle vores interviews er, at de pressede vagtplaner har stor indflydelse på efterspørgslen på efter-/videreuddannelse. Flere interviewpersoner italesætter, hvordan medarbejderne afholder sig fra at efterspørge efter-/videreuddannelser, fordi de ved, at et fravær fra arbejdspladsen i forbindelse med deltagelse vil presse kollegaerne på afdelingen.

En bioanalytiker udtaler, at der mangler ressourcer til at tage på efter-/videreuddannelse. Når der endelig er relevant kompetenceudvikling i udbud, så kan det sjældent praktisk lade sig gøre. En portør udtaler, at deres ledere ikke har mulighed for at sende medarbejdere på efter-/videreuddannelse, fordi der ikke er nok portører. På individniveau er der et ønske om at bruge efter-/videreuddannelse til at håndtere det pres, som er skabt af de pressede vagtplaner.

Det handler blandt andet om kompetenceudvikling, som tilskriver nogle kompetencer, der er fordelagtige i forhandlingssituationen, når vagterne skal placeres. En sygeplejerske omtaler desuden efter-/videreuddannelse som "en af nøglerne til at få et andet arbejde". Efter-/videreuddannelse fungerer således som en valuta, sundhedspersonale kan veksle til mere favorable arbejdstider eller -forhold på en arbejdsplads, som har mangel på arbejdskraft.

“

Der er en kæmpe udfordring nu i forhold til at hive folk væk fra driften.

Repræsentant for professionshøjskole

Det kan desuden være vanskeligt at finde tid til uddannelse ved siden af en presset hverdag. Efter-/videreuddannelse blandt sundhedspersonale tages ofte på deltid sammenfiltret i medarbejderens dagligdag eller uden for arbejdstid. Det kan derfor ses som en byrde på en i forvejen presset arbejdsplads.



Det er medarbejderne, der efterlyser det [efter-/videreuddannelse]. [...] lederne kan jo godt foreslå noget, men de ved også, at de kommer til at mangle den arbejdskraft.

Hospitalsdirektør

På et organisationsniveau skaber de pressede vagtplaner også et dilemma. Medarbejderne efterspørger efter-/videreuddannelse for at kunne opnå fleksibilitet i pressede vagtplaner, men arbejdspladserne kan ikke sende deres medarbejdere afsted på efter-/videreuddannelse på grund af netop de pressede vagtplaner. Udbyderne af uddannelserne er generelt enige om, at det er et spørgsmål om prioritering, om arbejdspladserne sender deres medarbejdere på efter-/videreuddannelse eller ej. Det kræver helt konkret, at arbejdspladsen afsætter ressourcer til at udfylde de huller, som vil opstå. Hvis ikke der sættes ekstra ressourcer af til at lukke de huller, som ville opstå ved at lade enkelte medarbejdere tage på efter-/videreuddannelse, så er villigheden til at sende medarbejderne afsted mindre.

En repræsentant for en professionshøjskole mener desuden, at de pressede vagtplaner er en årsag til, at færre tager en fuld diplomuddannelse. De tager i højere grad enkelte moduler. Ligeledes udtaler en hospitalsdirektør, at det er vanskeligt at hive medarbejderne ud af de pressede vagtplaner for at tage på efter-/videreuddannelse. I mange tilfælde betyder det, at medarbejderne får kompetenceudviklingen i fritiden. Det fremstår som en barriere, der skubber sundhedspersonale væk fra at tage efter-/videreuddannelse.

4 Konklusion – mulige greb

De foregående to kapitler har præsenteret en række muligheder og udfordringer i udbuddet af og efterspørgslen efter efter-/videreuddannelse. Dette kapitel samler op på tværs af de foregående kapitler og skitserer på baggrund heraf de udfordringer, der findes i det eksisterende system, samt mulige greb til at håndtere dem.

Kapitlet besvarer dermed undersøgelsens fjerde undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke mulige greb kan imødegå de barrierer og udfordringer, som er forbundet med det nuværende udbud og opbygningen af efter-/videreuddannelsessystemet?

Vi formulerer i alt fire overordnede udfordringer og tilhørende forslag til et fremtidigt efter-/videreuddannelsessystem. Det konkrete valg af løsning bør imidlertid baseres på en prioritering af, hvilke udfordringer der prioriteres at arbejde med, og hvordan grebene kan implementeres. Alt sammen for at underbygge det fremadrettede robuste sundhedsvæsen på den bedst mulige måde.

Figur 4.1 opsummerer hovedkonklusioner og centrale pointer fra de foregående dele, som leder til dilemmaer, behov og tilgange, der præsenteres i dette kapitel.

Figur 4.1 Konklusioner, centrale pointer og de dilemmaer, behov og tilgange, som opstår på baggrund heraf



I dette kapitel præsenteres de fire overordnede udfordringer sammen med de fire tematiske greb i en ikke-prioriteret rækkefølge. Disse fremgår af Figur 4.2.

Figur 4.2 Udfordringer og greb



4.1 En national strategi skal bidrage til at rydde op i junglen af udbud

4.1.1 Udfordring 1: Junglen af udbud

Der findes et omfattende udbud af efter-/videreuddannelse, hvilket umiddelbart giver medarbejderne mange muligheder for efter-/videreuddannelse. Udbuddet opleves imidlertid som en uoverskuelig "jungle", og det er vanskelig at danne sig et overblik over udbuddet og mulighederne i forhold til at imødekomme nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for.

Efter-/videreuddannelsessystemet opleves i nogle tilfælde som fragmenteret, og der mangler fokus på langsigtede strategier for de enkelte medarbejdere og arbejdspladsen. De mere kortsigtede strategier kan ses i arbejdspladsers brug af lokalt tilrettelagte efter-/videreuddannelser frem for de allerede udbudte efter-/videreuddannelser, hvor medarbejderne kan opnå formelle og anerkendte kompetencer.

Det kan betyde, at det er en udfordring for medarbejderne at finde og vælge den rigtige efter-/videreuddannelse, hvilket kan føre til fravalg af efter-/videreuddannelse eller ikke-strategiske valg af efter-/videreuddannelse. Det kan desuden betyde, at tilegnede efter-/videreuddannelseskompetencer ikke nødvendigvis kan bruges på andre arbejdspladser eller som led i en mere sammenhængende karrierevej for den enkelte medarbejder.

Analysen skitserer desuden en begrænset sammenhæng mellem prioriteringer af efter-/videreuddannelse og de store nationale udfordringer såsom mangel på arbejdskraft, nye opgaver og øget mobilitet for medarbejderne.

4.1.2 Greb 1: en national strategi med mulighed for lokal tilpasning

Der er efterspørgsel efter en fælles og overordnet strategi for at gøre efter-/videreuddannelsessystemet mere overskueligt og ensartet også på tværs af landsdele. En sådan strategi kan bidrage til at rydde op i junglen af udbud og kan minimere risikoen for unødige lokale knopskydninger. Det kan desuden understøtte, at medarbejdere kan bruge efter-/videreuddannelseskompetencer på tværs af arbejdspladser.

En strategi kan indeholde klare prioriteringer af, hvad man ønsker, efter-/videreuddannelsessystemet skal bidrage med, herunder hvordan efter-/videreuddannelse imødekommer de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for.

Det kan blandt andet være bemandingsudfordringer i forhold til at løfte konkrete opgaver, opgaveforskydning på tværs af professioner, samarbejdspotentialer og udnyttelse af nye teknologier.

Der er imidlertid også behov for rum til lokale tilpasninger og fleksibilitet i en strategi, således at uddannelserne også modsvarer lokale behov og understøtter arbejdspladsernes incitament til at sende deres medarbejdere på efter-/videreuddannelse. For arbejdspladsen er den umiddelbare fordel ved lokalt tilrettelagte uddannelser, at der ikke bruges ressourcer på aktiviteter, der ikke umiddelbart er relevante for arbejdspladsen, og efter-/videreuddannelsen kan bruges til at løse et konkret behov.

Der kan således være behov for en afvejning mellem lokale og fælles hensyn i tilrettelæggelsen af det fremtidige efter-/videreuddannelsessystem

4.2 Klarere karriereveje kan understøtte motivationen for efter-/videreuddannelse

4.2.1 Udfordring 2: Manglende motivation og uklarhed om kompetencemuligheder

Der er i sundhedsvæsenet et behov for, at nogle professioner påtager sig nye opgaver for at aflaste andre professioner. En sådan opgaveforskydning skaber i mange tilfælde et behov for efter-/videreuddannelse.

Det varierer imidlertid på tværs af arbejdspladser, hvilke opgaver der forskydes mellem professioner. Ikke alle steder findes en bevidsthed om, hvilke opgaver der kan og må forskydes. Endelig er det også uklart, hvem opgaverne kan forskydes til.

Interviewpersonerne fortæller, at nogle professioner mangler motivation for efter-/videreuddannelse, og at det særligt gælder professioner med kortere grunduddannelser. Ifølge analyserne er det for disse professioner ofte uklart, hvordan de kan bruge efter-/videreuddannelse til at styrke deres kompetencer inden for deres eksisterende fag og påtage sig nye opgaver, men også deres muligheder for at bruge efter-/videreuddannelse som et springbræt til et andet fag. I nogle tilfælde indebærer det, at en profession skal starte forfra på en helt ny grunduddannelse, hvilket kan virke uoverkommeligt for fx medarbejdergrupper, der i forvejen ikke har en særlig stor motivation for at deltage i uddannelser.

4.2.2 Greb 2: Klare karriereveje og funktionsbeskrivelser

Der kan være behov for mere klare beskrivelser af, hvilke opgaver forskellige professioner kan overtage, samt hvilken efter-/videreuddannelse det eventuelt forudsætter. Det kan sikre en større ensartethed og kan afhjælpe manglen på arbejdskraft. For at opnå dette skal der i højere grad anvendes formelle og ECTS-belagte efter-/videreuddannelser.

En mulig tilgang er at tilrettelægge og udbyde konkrete uddannelsesmæssige pakkeløsninger for forskellige medarbejderkategorier. Disse skal specificere mere konkrete karriereveje for den enkelte. Det kan ske i form af tydelige spor for, hvordan den enkelte profession kan opkvalificere sig ved at tage enkelte moduler. Men det bør samtidig specificeres, hvordan den enkelte løbende (og fleksibelt) kan bygge ovenpå eksisterende moduler og evt. ende med at tage en helt ny uddannelse. Dette understøtter mulighederne for livslang læring. Det forudsætter imidlertid formelle og ECTS-belagte udbud. Der skal ligeledes være en umiddelbar tilgængelig beskrivelse af, hvilke kompetencer og kvalifikationer enkeltmoduler såvel som hele spor af efter-/videreuddannelser styrker hos medarbejderne.

I forlængelse heraf kan lettere mulighed for at få merit for gennemførte moduler/grunduddannelse understøtte motivationen for efter-/videreuddannelse. Dette kan medvirke til, at medarbejderne ikke skal starte forfra og gennemføre en helt ny uddannelse for at varetage nye opgaver. Moduler og spor kan med fordel tilrettelægges, således at de kan afvikles og følges fleksibelt. Det gælder både i forhold til mulighederne for at tage de enkelte moduler og i forhold til undervisningsform.

4.3 Kompetencegivende uddannelser på tværs, som kan understøtte tværfagligt samarbejde

4.3.1 Udfordring 3: Monofaglig uddannelse men tværfaglige løsninger

Ifølge flere interviewpersoner har efter-/videreuddannelse traditionelt haft fokus på specialiseringer og monofaglig efter-/videreuddannelse. Det vil sige, at efter-/videreuddannelsen er afgrænset til en enkelt profession. Kompleks opgaveløsning, opgaveforskydning og mangel på arbejdskraft forudsætter imidlertid samarbejde på tværs af professioner. Arbejdspladserne efterspørger ef-

ter-/videreuddannelse på tværs af professioner, fordi mange opgaver skal løses i samarbejde på tværs af professioner, og samarbejde anses som en nødvendighed.

Det kan være vanskeligt at udbyde ECTS-belagte udbud på tværs af professioner med forskelligt grunduddannelsesniveau. Her vil krav om merit ofte betyde, at medarbejdere med en grunduddannelse på et lavere niveau ikke kan deltage sammen med medarbejdere med et højere grunduddannelsesniveau. Dertil kommer, at faggrænser i nogle tilfælde spænder ben for fælles kompetenceforløb.

De tværfaglige udbud har i vores analyser en tendens til at være uformelle aktiviteter, der således ikke kan bruges på tværs af arbejdspladser og til at opnå merit i lige så høj grad som de formelle aktiviteter.

4.3.2 Greb 3: Tværfaglige efter-/videreuddannelser

Der kan være behov for tværfaglige efter-/videreuddannelsesforløb, som imødekommer, at professionerne i høj grad skal samarbejde om opgaverne. Det kan potentielt også understøtte samarbejdet yderligere på arbejdspladserne, idet det kan skabe en bedre forståelse for hinandens arbejde og dermed understøtte en bedre opgaveløsning. Dertil kommer, at det kan understøtte, at flere personer kan varetage samme opgaver.

Der kan arbejdes på at understøtte, at tværfaglige uddannelsesstilbud kan gøres formelle og ECTS-belagte. Det kan potentielt styrke incitamentet til efter-/videreuddannelse og understøtte, at det er efter-/videreuddannelse, der anerkendes bredt på tværs af lokale arbejdspladser. Dertil kommer, at det kan indgå som en aktiv del i den enkeltes karrierevej (jf. grebet om karriereveje og funktionsbeskrivelser).

Samtidig kan det være ressourcebesparende og i nogle tilfælde også sikre oprettelse af flere hold, hvis professioner kan tage uddannelser sammen, så deltagergrundlaget forøges.

4.4 Tydeligere incitament er skal understøtte arbejdspladsernes incitament er til efter-/videreuddannelse

4.4.1 Udfordring 4: Arbejdspladserne mangler incitament er til at sende medarbejdere på efter-/videreuddannelse

Af analyserne fremgår det, at arbejdspladserne i nogle tilfælde kan have vanskeligt ved at sende medarbejderne på efter-/videreuddannelse. Det drejer sig om følgende:

- **Tid:** Det er en udfordring af skabe plads i vagtplanerne, således at det er muligt at sende medarbejdere på efter-/videreuddannelse.
- **Uddannelse væk fra driften:** I nogen tilfælde ønsker medarbejdere efter-/videreuddannelse for at komme mere væk fra driften, og så mangler de på arbejdspladserne.
- **Økonomi:** Der er en oplevelse blandt arbejdsgivere og medarbejdere af et begrænset økonomisk råderum til tildeling af efter-/videreuddannelse. Desuden er der nogle, der forventer mere i løn efter at have gennemført efter-/videreuddannelse.
- **Mobilitet:** Der er en oplevelse på arbejdspladserne af, at medarbejdere i nogle tilfælde bruger efter-/videreuddannelse som springbræt til at søge væk.
- **Viden:** Manglende viden om muligheder for efter-/videreuddannelse, og hvilke udbud der er de relevante for den enkelte medarbejder.

Udbuddet af efter-/videreuddannelse koncentrerer sig om de større byer (jf. afsnit 2.2.3. Det kan for arbejdspladser, som ikke ligger i nærheden af de store byer, være en udfordring forbundet med at transportere medarbejderne til efter-/videreuddannelser langt væk fra arbejdspladsen. Dette skyldes igen, både at der er manglende interesse i at transportere sig langt for at deltage, og at der er en økonomisk byrde forbundet med det. Ved den fysiske afholdelse af efter-/videreuddannelse kan holdene ikke altid fyldes op, så uddannelsen kan gennemføres.

4.4.2 Tydelige incitamenter, prioriteringer af spor og fleksibilitet

Der er behov for at finde tydelige incitamenter for arbejdspladserne til at sende deres medarbejdere på efter-/videreuddannelse. Det kan fx være krav om efter-/videreuddannelse, hvor efter-/videreuddannelse gøres til en naturlig del af arbejdslivet, eller det være kan være via økonomi.

For at understøtte praksisnær og fleksibel tilrettelæggelse kan man i højere grad anvende mulighederne, der er i praksisnær simulationsundervisning i efter-/videreuddannelser. Man kan understøtte arbejdspladserne i at synliggøre over for medarbejdere, hvordan efter-/videreuddannelse kan bidrage til at realisere karriereveje internt på arbejdspladsen, således at medarbejderne kan fastholdes på arbejdspladsen.

Fleksibiliteten eksisterer på nuværende tidspunkt til en vis grad i de nuværende udbud, men der kan fokuseres på det i endnu højere grad ved fx at:

- flytte undervisning og uddannelser ud på arbejdspladserne. Det kan skabe en god dynamik mellem teori og praksis og vil ofte hænge bedre sammen for arbejdspladserne.
- tilbyde virtuelle og blended learning-forløb, når det giver mening, samt sikre aktivitet på hold gennem større geografisk optag.
- anvende simulationstræning for at give medarbejderne praksisnær efter-/videreuddannelse tæt forbundet med teori.
- give mulighed for at tilrettelægge efter-/videreuddannelsesforløb, så de kan afvikles i samspil med en vagtplan. Dette kan fx ske gennem online-moduler eller optagede undervisningsforløb, der kan afvikles, når det passer i vagtplanen.

Litteratur

- Andersen, M. (2019). *VEU-håndbogen: Overblik og perspektiver på voksenuddannelse*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Andreasen, M.B., Rose, M., & Frederiksen, J. (2011). *At have noget at have det i... Virkningsevaluering af en sundhedsfaglig diplomuddannelse for akutsygeplejersker*. U.st.: Professionshøjskolen UCC.
- Ballegaard, S.A., Bjørnholt, B., Grund Petersen, N.B., Steensgaard, A. & Frahm, M. (2022). *Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktions og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- BEK nr. 19 af 09/01/2020 (Gældende). *Bekendtgørelse om masteruddannelser ved universiteterne (Masterbekendtgørelsen)*. København: Uddannelses- og Forskningsministeriet.
- Bjørnholt, B. & Kjer, M.G. (2021). *Eftersyn af offentlige lederuddannelser. Delrapport 2: Dokument- og interviewstudie*. København: VIVE.
- Brinkerhoff, R.O. & A.M. Apking (2001). *High impact learning – Strategies for leveraging business results from training*. New York: Basic Books.
- DAMVAD (2012.). *Evaluering af certificering af uddannelseselementer i offentlig ledelse på diplomniveau*. København: DAMVAD.
- EVA – Danmarks Evalueringsinstitut (2017). *Effekten af lederuddannelse af skoleledere*. København: Danmarks Evalueringsinstitut.
- Kjer, M.G., Mortensen, N.P. & Bjørnholt, B. (2021). *Offentlige lederuddannelser: En forandringsteori. Delrapport 1: Opsamling på eksisterende viden i en forandringsteori til "eftersynet af offentlige lederuddannelser*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Larsen, M. & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder: Forundersøgelse af eksisterende viden*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Larsson, G., Sandahl, C., Söderhjelm, T., Sjökvold, E. & Zander, A. (2017). *Leadership behavior changes following a theory-based leadership development*

intervention: A longitudinal study of subordinates' and leaders' evaluations. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(1), 62-68.

Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. I J. Mezirow & Associates (Red.): *Fostering Critical Reflection in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning* (s. 1-21). San Francisco: Jossey-Bass.

Moesby-Jensen, C.K. (2010). *Social læring og fælles praksis: Et mixed method studie, der belyser læringskonsekvenser af et lederkursus for praksisfællesskab af offentlige mellemledere*. Ph.d.-serie 18.2010. Frederiksberg: CBS, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi.

Mortensen, N.P., Mikkelsen, M. & Nandrup, A.B. (2020). *Eftersyn af offentlige lederuddannelser: Lederne på lederuddannelserne. Delrapport 3: En registerundersøgelse*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Pedersen, K.M. (2008). *Manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og hvordan man kan tiltrække og fastholde kvalificeret arbejdskraft* (Health Economics Papers 2008:2). Odense: Syddansk Universitet.

Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B. (2008). *Fokus på demens evaluering af en efteruddannelse i forebyggende hjemmebesøg*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Wilhelmson, L., Aberg, M.A., Backstrom, T. & B.K. Olsson (2015): Enabling transformative learning in the workplace: An educative research intervention. *Journal of Transformative Education*, 13, 219-238.

Bilag 1 Design og metode

Rapporten bygger på en kombination af et systematisk kvantitativt dokumentstudie bestående af 705 identificerede efter- og videreuddannelser og kurser samt kvalitative interviews med 24 fagpersoner, eksperter, udbydere og øvrige videnspersoner på området. Bilaget gennemgår de to forskellige metodiske dele og behandlingen af de indsamlede data.

Kvantitativt dokumentstudie

Datagrundlaget består af 705 efter- og videreuddannelser og kurser. Disse er afsøgt systematisk gennem de tre største overordnede søgemaskiner til efter-/videreuddannelse (ug.dk, voksenuddannelse.dk og finduddannelse.dk). Oplysninger om efter-/videreuddannelserne er desuden indsamlet på uddannelsernes hjemmesider. Dermed udgør datagrundlaget for denne del af undersøgelsen det samme grundlag, som medarbejdere i sundhedsvæsenet har til rådighed i deres søgning efter relevante efter-/videreuddannelser.

Afsøgning – søgeord og databaser

I fremgangsmåden er der lagt vægt på at sikre den brede men målrettede repræsentation af professioner i sundheds- og ældrevæsenet, herunder det primære sundhedsvæsen i kommunalt regi og psykiatrien. Søgeordene er kategoriseret som nøgleord og nøgleprofessioner og er afdækket i den rækkefølge, de er præsenteret i Bilagstabel 1.1. Både nøgleord og nøgleprofessioner er udvalgt for at sikre den brede repræsentation af professioner og enkelte nøgleprofessioner, som findes i det brede sundhedsvæsen. Nøgleord og -professioner er formuleret og rangordnet i samarbejde med sekretariatet for Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet.

Bilagstabel 1.1 **Oversigt over søgeord**

Nøgleord	Nøgleprofessioner
Sygepleje	Sygeplejerske
Sygehus	Paramediciner
Psykiatri	Portør
Patient	Jordemoder
Rehabilitering	Serviceassistent
Velfærdsteknologi	Bioanalytiker
Ældrepleje	Social- og sundhedshjælper
	Social- og sundhedsassistent
	Lægeseekretær
	Sundhedsadministrativ koordinator
	Ergoterapeut
	Radiograf
	Fysioterapeut
	Psykolog

Søgekriterierne er blevet justeret undervejs. Det var nødvendigt at snævre totalafdækningen ind af hensyn til afviklingen af undersøgelsen i forhold til den fastlagte tidsplan for kommissionens arbejde. Derfor blev afdækningen målrettet yderligere.

- Søgeordene "social- og sundhedsassistent" og "social- og sundheds-hjælper" blev ændret til "SOSU-assistent" og "SOSU-hjælper", da disse gav bedre afsøgning af professionerne.
- Nogle koder/variable blev fjernet; "Tid(fast/fleksibel)" og "Fast/fleksibel (indhold)".

Da det ikke var muligt at frembringe tilstrækkelig information om udbuddet i regionerne på de anvendte søgemaskiner, er regionernes egne databaser blevet anvendt til at afdække de regionale udbydere. Fire af regionerne har et kursuskatalog på plan2learn.dk (fx <https://rsd.plan2learn.dk/> for Region Syddanmark). Region Sjælland er sideløbende med dataindsamlingen også overgået til regionernes database, men på tidspunktet for dataindsamlingen var oplysningerne om regionens udbudte efter-/videreuddannelser ikke offentligt tilgængelige, hvorfor region Sjællands efter-/videreuddannelser er underrepræsenteret i undersøgelsen.

For at kvalificere dataindsamlingen har sekretariatet og medlemmerne af kommissionen fremsendt forskellige oversigter over efter-/videreuddannelser. Disse er blevet brugt som afsæt til søgning og til referencepunkter for løbende at undersøge, hvorvidt der var tydelige mangler i afsøgningen af efter-/videreuddannelser.

Generelt har afsøgningen været i en proces, hvor der skulle dannes overblik i udbuddet af efter-/videreuddannelser og kurser. Nogle uddannelser kunne fremsøges på de store søgemaskiner, men stod ikke udbudt på udbydernes egne hjemmesider og omvendt. Til afsøgning af private udbydere er især finduddannelse.dk anvendt, og der er ikke lavet yderligere desk research grundet de tidsmæssige rammer. Afsøgningen var på forhånd fastlagt til at køre i en fastlagt periode, frem for indtil datamæthed var opnået. Dette har naturligt bevirket, at der ikke er tale om en totalundersøgelse, men om en bred afsøgning af området. Der kan derfor være efter-/videreuddannelser, der er udbudt og offentligt tilgængelige på tidspunktet, der ikke er inkluderet i undersøgelsen.

Afsøgningen har, som Bilagstabel 1.2 viser, resulteret i 705 efter- og videreuddannelser og kurser fordelt på følgende 5 områder og 36 udbydere:

Bilagstabel 1.2 Udbydere i dokumentstudie

Område	Udbyder	
Universitet	Aalborg Universitet	
	Aarhus Universitet	
	Københavns Universitet	
	Roskilde Universitet	
Professionshøjskoler og erhvervsakademier	Københavns Professionshøjskole	
	University College Nordjylland	
	University College Syddanmark	
	Professionshøjskolen Absalon	
	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole	
	VIA	
	ZBC	
Region	Region Midtjylland	
	Region Nordjylland	
	Region Sjælland	
	Region Syd	
	Region Hovedstaden	
Kommune	SOSU H	
	SOSU Nord	
	SOSU Nykøbing Falster	
	SOSU Østjylland	
	Randers Social- og Sundhedsskole	
	Social- og Sundhedsskolen Esbjerg	
	Social- og Sundhedsskolen Fredericia-Vejle-Horsens	
	Social- og Sundhedsskolen Fyn	
	Social- og Sundhedsskolen Midt- og Vestjylland	
	Social- og Sundhedsskolen Skive-Thisted-Viborg	
	Social- og Sundhedsskolen Syd	
	Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole	
	Privat	København og Aarhus Akupunkturskole
		Cektos
Fortuna		
Vinther & Mosgaard		
Wattar Gruppen		
Sexologiskolen		
At Work		
Monica Trærup		

Kilde: VIVE.

Fordelingen af de 705 efter-/videreuddannelser og kurser på de 5 områder er som følger:

- 152 for regionerne
- 239 for kommunerne

- 98 for universiteterne
- 195 for professionshøjskoler og erhvervsakademier
- 21 for private udbydere.

Efter at have sorteret det identificerede udbud efter navn, uddannelsesniveau og målgruppe, resulterer afsøgningen i 530 unikke efter-/videreuddannelser og kurser (hvor kun uddannelseslokationen er forskellig). Disse er fordelt således på de angivne områder:

- 136 for regionerne
- 105 for kommunerne (SOSU-skoler)
- 98 for universiteterne
- 174 for professionshøjskoler og erhvervsakademier
- 17 for private udbydere.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Undersøgelsen fokuserer på udbudt efter- og videreuddannelse, der er målrettet professionerne ansat i sundhedsvæsenet. Afsøgningen er afgrænset til at undersøge efter- og videreuddannelse for medarbejdere i sundheds- og ældrevæsenet, herunder det primære sundhedsvæsen i kommunalt regi og psykiatrien.

I videst muligt omfang inkluderes efter- og videreuddannelse til alle de større personalegrupper på området. Der udelades efter- og videreuddannelser målrettet læger og tandlæger, kurser og uddannelser udbudt af internationale udbydere, samt hold der ikke var udbudt på tidspunktet for afdækningen. Generelt er både master-/diplomuddannelser og de dertilhørende moduler inkluderet i undersøgelsen.

Databehandling

I dokumentstudiet blev de fundne efter-/videreuddannelser kodet i en database. Hver efter-/videreuddannelse udgør på denne måde en unik observation. Hver observation er i databasen kodet efter det tilhørende kodesæt, som det er præsenteret i Bilagstabel 1.4. Kodesættet er udarbejdet af VIVE og tilpasset i samarbejde med sekretariatet for Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet.

Kodningen i forhold til de valgte variable er foretaget på baggrund af de tilgængelige oplysninger, og der kan derfor være uklarheder i de tilfælde, hvor de tilgængelige data ikke er entydige, eller det er uklart hvordan kodningen skal foretages på baggrund af oplysningerne.

Efter at efter-/videreuddannelserne er blevet kodet til observationer, er data blevet behandlet som kvantitative data, hvor hver efter-/videreuddannelse er en observation og hvert kodesæt en variabel.

Interviews

Formål

Interviewundersøgelsen har bidraget til en karakteristik af det sundhedspersonale, som tager efter- og videreuddannelse, samt af deres oplevelser af udbuddet og adgangen til efter- og videreuddannelse i sundhedsvæsenet. Interviewpersonerne er blevet udvalgt på forskellige niveauer med henblik på at inddrage forskellige indsigter og nuancer. Dette har givet forståelse for de muligheder og udfordringer, som er forbundet med det nuværende udbud og dets opbygning, samt muliggjort at identificere mulige greb, som kan anvendes for at imødegå disse.

Rekruttering

Rekrutteringen af interviewpersoner er sket på flere forskellige måder. Til medarbejderinterviewene er der blevet rekrutteret interviewpersoner fra forskellige professioner på forskellige stillingsniveauer gennem netværk. Rekrutteringen er ikke sket systematisk og derfor udgør den kvalitative undersøgelse blandt medarbejdere udelukkende de inkluderede medarbejders oplevelser og refleksioner i forhold til efter-/videreuddannelse. Det har ikke været et formål med denne del af undersøgelsen at være repræsentativ for medarbejderne i sundhedsvæsenet. Medarbejderne har bidraget med indblik i deres personlige oplevelser og erfaringer. Ledere og eksperter er blevet rekrutteret gennem desk research efter relevante interviewpersoner, netværk og med assistance fra sekretariatet for kommissionen. Derudover er interviewpersonerne udvalgt på forskellige niveauer med henblik på at inddrage forskellige indsigter og nuancer. Ledere og eksperter har i denne henseende været forskere, ledere og HR-medarbejdere fra uddannelsessteder og repræsentanter for interesseorganisationer på området.

Der er i alt gennemført interviews med 25 repræsentanter for de forskellige grupper. Dette er fordelt på 19 interviews og 1 gruppeinterview. Fordelingen af interviews fremgår af Bilagstabel 1.3.

Bilagstabel 1.3 Oversigt over interviews

Repræsentant	Hvem
Medarbejdere	Bioanalytiker Lægesekretær Portør Social- og sundhedsassistent Sygeplejerske (sygehus) Sygeplejerske (psykiatrien)
Uddannelsesinstitutioner	Københavns Professionshøjskole UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole Professionshøjskolen UCN VIA University College
Myndigheder	Uddannelses- og Forskningsstyrelsen Sundhedsstyrelsen Sekretariatet for Erhvervsrettede Velfærdsuddannelser; SEVU
Faglige organisationer	Dansk Sygeplejeråd – DSR FOA Jordemoderforeningen
Kommuner og regioner	Regionschef HR, universitetshospital Hospitalsdirektør Adm. direktør, kommunal sundhedsforvaltning Adm. direktør, kommunal sundheds- og omsorgsforvaltning

Kilde: VIVE.

Fordelingen af interviews er blevet besluttet i samråd med Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet og har været afhængig af mulighederne for at rekruttere interviewpersoner i forhold til den aftalte tidsplan.

Gennemførelse af interviews

Vi har foretaget semistrukturerede interviews, som har haft en række fastlagte temaer, men samtidig har muliggjort en åbenhed over for interviewpersonernes fortællinger.

Ekspertter og ledere og HR-medarbejdere af professioner på sundhedsområdet er blevet interviewet om deres grundlæggende viden om efter- og videreuddannelsessystemet, og hvilke mulige greb der kan anvendes til at imødegå de barrierer og udfordringer, som er forbundet med det nuværende udbud af efter- og videreuddannelser. Derudover har de bidraget med en karakteristik af sundhedspersonale, der tager efter- og videreuddannelser, samt forsøgt at give en karakteristik af dem, der forlader sundhedsvæsenet grundet manglende uddannelses- og karriereperspektiver. Endelig har disse interviews bidraget med perspektiver for fremtidige behov.

Alle interviews er foretaget som enkeltinterviews på nær et, der blev afviklet som fokusgruppeinterview. Interviewene er udført fysisk, telefonisk eller online, alt efter hvad der passede de interviewede bedst.

Interviewene er foretaget ud fra semistrukturerede interviewguides. Der er en guide til interviews med medarbejdere og en til ledere/eksperter. Disse fremgår i deres helhed i Bilag 2. Interviewguiden til ledere/eksperter er sprogligt tilpasset til den konkrete kontekst i forbindelse med afviklingen af de enkelte interviews.

Interviewene er optaget, og der er efterfølgende skrevet referater af interviewene. Referaterne er herefter blevet kodet overordnet i forhold til undersøgelsesspørgsmål og relevante temaer fra dokumentstudiet. Interviewene ligger dermed som grundlag for analyserne, som de fremgår i de analytiske afsnit af afrapporteringen. Illustrative citater er blevet transskriberet ordret og fremgår ligeledes af afrapporteringen.

Bilagstabel 1.4 Kodebog til dokumentanalyse

Kode	Beskrivelse	Kodning	Eksempel
Udbyder	Hvem udbyder uddannelsen/kurset?	Noter navn på udbyder.	<i>VIA University College.</i>
avn	Hvad hedder uddannelsen/kurset?	Noter fulde navn på uddannelse.	<i>Borgernær sygepleje.</i>
Niveau	Hvilket uddannelsesniveau er der tale om? Diplom, akademi, master, kursus, specialuddannelse etc.	Noter. (Vi inkluderer både de overordnede uddannelser og de enkelte moduler. Hvis overordnet diplom-, akademi- eller masteruddannelse → overstreg med gul).	<i>Specialuddannelse.</i>
Målgruppe	Hvem/hvilken profession er uddannelsen/kurset målrettet? Sygeplejersker, SOSU'er, sygeplejeseekretærer etc. Flere professioner (noter gerne flere, hvis der er flere sundhedsrelevante).	Noter navn på professioner, de nævner.	<i>Sygeplejersker og SOSU'er. SOSU-assistenten kan optages på baggrund af realkompetencevurdering og et diplommodul på 10 ECTS.</i>
Målgruppe (Andet)	Hvilke andre (hvis nogle) informationer er der om målgruppen?	Noter en kvalitativ beskrivelse.	<i>Sygeplejersker, som mangler netop de specialiserede kompetencer til den borgernære indsats.</i>
Sygeplejerske	Er uddannelsen/kurset målrettet sygeplejersker eller ej?	Noter – ja/nej.	<i>Ja.</i>
Merit	Gives der merit i forbindelse med uddannelsen/kurset?	Noter	<i>Merit ind.</i>

Kode	Beskrivelse	Kodning	Eksempel
		Merit ind (der gives merit i forbindelse med optag). Merit ud (giver merit til andre uddannelser/kurser). Skriv "-" hvis information ikke umiddelbart er tilgængelig.	
Merit (Andet)	Uddybning af meritbeskrivelse.	Noter (kvalitativ beskrivelse).	<i>Specialuddannelsesrådet kan efter en individuel vurdering give merit for teoriundervisning på baggrund af gennemført undervisning samt for erhvervede kliniske kompetencer fra anden uddannelsesstilling eller ansættelser.</i>
Adgangskrav (Uddannelse)	Hvilke uddannelsesmæssige adgangskrav er der for kursisterne/de studerende? Hvis der ikke er nogen angives det.	Noter (kvalitativ beskrivelse).	<i>Professionsbachelor.</i>
Adgangskrav (Erhvervs erfaring)	Hvilke erhvervs erfaringsmæssige adgangskrav er der for kursisterne/de studerende? Her noteres blandt andet, hvis der er krav om erhvervs erfaring.	Noter (kvalitativ beskrivelse).	<i>2 års fuldtids erhvervs erfaring som sygeplejerske eller tidsmæssigt tilsvarende inden for relevant område.</i>
Adgangskrav (Andet)	Hvilke andre adgangskrav er der for kursisterne/de studerende?	Noter (kvalitativ beskrivelse).	<i>En uddannelsesaftale med din arbejdsgiver om deltagelse i teoriundervisningen og om systematisk og vejledt klinisk uddannelse under specialuddannelsen.</i>
Uddannelses-/kursussted	Hvor er uddannelses/kursusstedet geografisk placeret?	Noter. Ved delt lokalitet noteres alle uddannelses/kursussteder. (Hvis det er online noteres dette).	<i>Viborg.</i>
På uddannelsesinstitution eller på arbejdsplads	Foregår kurset/uddannelsen på en uddannelsesinstitution eller på arbejdspladsen (eller begge)?	Noter, hvorvidt det er det ene eller andet, eller en blanding.	<i>Blanding.</i>
Pris	Hvad koster deltagelse på uddannelsen/kurset?	Noter (kr.).	<i>46.000.</i>
Varighed	Hvad er varighed af kurset/uddannelsen?	Noter år/måneder/uger/dage.	<i>1 år.</i>
ECTS	Hvor mange ECTS er hele uddannelsen? Hvis kurset ikke er ECTS-behæftet skrives dette.	Noter antal ECTS eller "Ej ECTS".	<i>Udløser ikke ECTS, men svarer til 60 ECTS.</i>

Kode	Beskrivelse	Kodning	Eksempel
Beskyttet titel	Giver uddannelsen/kurset en beskyttet titel? (Kan ofte findes i bekendtgørelse ved at søge på "titel").	Noter – ja/nej.	<i>Nej.</i>
Indhold	Hvad er indholdet af uddannelsen?	Indsæt kvalitativ beskrivelse fra hjemmesiden.	<i>"Få mere viden om ustabile patientforløb og komplekse opgaver – og bliv i stand til at koordinere sammenhængende patientforløb."</i>
Kompetencer	Hvilke kompetencer opnår man på kurset/uddannelsen?	Indsæt kvalitativ beskrivelse.	<i>"Når du har gennemført specialuddannelsen kan du derfor: varetage klinisk sygepleje i komplekse og ustabile patientforløb lede og koordinere sammenhængende patientforløb sikre, at ny viden om komplekse forløb bliver forankret i enheden/kommunen og dermed understøtter det løbende kvalitetsarbejde fungere som en faglig ressourceperson både i egen organisation og på tværs af sektorgrænser og faggrupper".</i>

Bilag 2 Interviewguides

Interviewguide – personale

Temaer	Interviewspørgsmål
Indledende	<ul style="list-style-type: none">- Kan du starte med at fortælle om dig selv – <i>alder, uddannelse, dit arbejde, hvor længe du har arbejdet der etc.</i>- Har du taget eller er du i gang med kompetenceudvikling i form af en uddannelse, kursus eller moduler? – Hvis ja, hvilke(t)?- Oplever du, at du og dine kollegaer generelt efter- og videreuddannes?- Hvis ja, hvordan? Hvilke uddannelser bruges mest?
Udbud og efterspørgsel	<ul style="list-style-type: none">- Hvordan er dit kendskab til udbuddet af efter-/videreuddannelse, der er relevant for dig?- Hvordan har du skabt dig dette kendskab?<ul style="list-style-type: none">o Hvilke kilder; nettet, fagforening, HR eller andet?- Hvad er dit samlede indtryk af udbuddet af efter-/videreuddannelser, som er relevant for dig?<ul style="list-style-type: none">o Hvordan oplever du forholdet mellem efterspørgslen af efter-/videreuddannelse og udbuddet?- Har du oplevet at stå med et behov for kompetenceudvikling, der ikke kan blive mødt af udbuddet?<ul style="list-style-type: none">o Hvis ja: Hvad gjorde du?- Kan du modtage efter-/videreuddannelse på dit ansættelsessted?
Adgang/barrierer	<ul style="list-style-type: none">- Hvad er dit samlede indtryk af adgangen til efter-/videreuddannelser, som er relevante for dig?- Hvad oplever du som den/de primære barrierer for efter-/videreuddannelse?<ul style="list-style-type: none">o Hvordan kan disse barrierer efter din mening bedst afhjælpes?

Temaer	Interviewspørgsmål
Karriereveje	<ul style="list-style-type: none"> - Hvad er dine forventninger til din fremtidige karriere? Er efter-/videreuddannelse en del af din fremadrettede udvikling? - Forbinder du efter-/videreuddannelse med ændrede karriereperspektiver? - Har du overvejet at forlade dit arbejde på grund af en oplevelse af manglende uddannelses- og karriereperspektiver? <ul style="list-style-type: none"> o Har du haft nogle kollegaer, som har forladt deres arbejde på grund af en oplevelse af manglende uddannelses- og karriereperspektiver? - Har du overvejet at lave et karriereskift til et andet job på sundhedsområdet? – Hvis ja, føler du, at der er udfordringer med dette? <ul style="list-style-type: none"> – hvilke?
Afslutning	<ul style="list-style-type: none"> - Har du nogle afsluttende kommentarer?

Interviewguide – eksperter/ledere

Temaer	Interviewspørgsmål
Indledende	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du starte med at fortælle om dig selv – alder, dit arbejde, din rolle?
Udbuddet	<ul style="list-style-type: none"> - Hvad er dit samlede indtryk af udbuddet af efter-/videreuddannelser, som er relevante for sundheds-personale, ældrepleje og psykiatri? <ul style="list-style-type: none"> o Hvordan oplever du forholdet mellem efter-spørgslen efter efter-/videreuddannelse og udbuddet? - Oplever du, at behovet for kompetenceudvikling kan blive mødt af udbuddet? <ul style="list-style-type: none"> o (Hvis der er mangler) hvor er de mangler størst? - Ser du nogen udvikling over tid? <ul style="list-style-type: none"> o Hvor er den mest markant?
Adgang/ barrierer	<ul style="list-style-type: none"> - Hvad er dit samlede indtryk af adgangen til efter-/videreuddannelser, som er relevante for sundheds-personale, ældrepleje og psykiatri? - Hvad oplever du som den/de primære barrierer for efter-/videreuddannelse på sundheds-, ældre- og psykiatriområderne? <ul style="list-style-type: none"> o Hvordan kan disse barrierer efter din mening bedst afhjælpes?
Medarbejder- karakteristik	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke medarbejdere er det, som tager/får efter-/vi-dereuddannelse på sundheds-, ældre- og psykiatri-områderne? - Hvilke medarbejdere er det, som forlader sundheds-væsenet grundet manglende uddannelses- og karriereperspektiver?
Karriereveje	<ul style="list-style-type: none"> - Giver efter-/videreuddannelse ændrede karriereper-spektiver for medarbejdere inden for sundheds-, ældre- og psykiatri-områderne?

Temaer	Interviewspørgsmål
	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke <u>udfordringer</u> er forbundet med karriereskift for medarbejdere inden for sundheds-, ældre- og psykiatriområderne? - Hvilke <u>muligheder</u> er forbundet med karriereskift for medarbejdere inden for sundheds-, ældre- og psykiatriområderne?
Greb	<ul style="list-style-type: none"> - Set fra dit perspektiv, hvilke greb vurderer du så kan imødekomme de barrierer og udfordringer, som er forbundet med det nuværende udbud og opbygning af efter-/videreuddannelsessystemet?
Afslutning	<ul style="list-style-type: none"> - Har du nogle afsluttende kommentarer?

VIVÉ

Bilag 4

**Analyse lavet for kommissionen:
Uhensigtsmæssig dokumentation og
behandling, 2023, VIVE**

Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet

Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder



*Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet
– Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-230-0

Projekt: 302623

Finansiering: Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Den demografiske, teknologiske og epidemiologiske udvikling øger presset på ressourcerne i sundhedsvæsenet både i Danmark og internationalt. Det har ført til øget fokus på, om der er dokumentations- og behandlingspraksisser, der kan reduceres, skæres bort eller løses smartere, således at ressourcerne anvendes bedst muligt. På den baggrund har Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet bedt VIVE om at kortlægge drivkræfter for uhenigtsmæssig dokumentation og behandling samt at afdekke mulige indsatsområder.

Undersøgelsen er gennemført af chefanalytiker Rikke Aarhus, seniorforsker Sarah Wadmann, forsker Thorben Peter Høj Simonsen og projektchef Martin Sandberg Buch. Seniorforsker Amalie Martinus Hauge har bidraget til udvikling af undersøgelsesdesignet.

Stor tak til interviewpersonerne, der med velvilje har delt viden om og perspektiver på uhenigtsmæssig dokumentation og behandling. Også stor tak til de to eksterne reviewere.

Analysen er bestilt og finansieret af Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Afrapportering	6
Hovedresultater	7
1 Indledning	13
1.1 Formål	14
1.2 Undersøgellesdesign og metode	15
1.3 Læsevejledning	16
2 Begreber og typologier	17
2.1 Uhensigtsmæssig dokumentation: begreb og typologi	17
2.2 Uhensigtsmæssig behandling: begreb og typologi	19
3 Drivkræfter og indsatsområder: uhensigtsmæssig dokumentation	22
3.1 Drivkræfter	22
3.2 Mulige indsatsområder	29
4 Drivkræfter & indsatsområder: uhensigtsmæssig behandling	37
4.1 Drivkræfter	37
4.2 Mulige indsatsområder	45
5 Sektoropsamling: primære drivkræfter og indsatsområder	53
5.1 Den kommunale syge- og ældrepleje	53
5.2 Almen praksis	62
5.3 Det somatiske hospitalsvæsen	68
6 Konklusion	73
6.1 Væsentligt potentiale for at skabe forbedringer	73
6.2 Forskellige typer uhensigtsmæssig dokumentation og behandling	73

6.3	Drivkræfter opstår på mange niveauer	74
6.4	Behov for flerstrengede indsatser	75
<hr/>		
DEL 2	Metodisk grundlag	77
<hr/>		
7	Design og metode	78
7.1	Litteraturgennemgang: metode og datagrundlag	79
7.2	Kvalitativ interviewundersøgelse: metode og datagrundlag	81
7.3	Triangulering af fund på tværs af datakilder	86
<hr/>		
	Litteratur	88
<hr/>		
Bilag 1	Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig dokumentation	91
<hr/>		
Bilag 2	Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig behandling	93
<hr/>		
Bilag 3	Oversigt over interviewpersoner	95



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Den demografiske og epidemiologiske udvikling samt den stadige udvikling af nye medicinske teknologier øger presset på ressourcerne i sundhedsvæsenet i Danmark og internationalt. Samtidig har OECD estimeret, at ca. 20 % af sundhedsvæsenets udgifter går til at håndtere spild, skader og fejl. Dette rejser spørgsmål om, hvorvidt der er aktiviteter som fx dokumentations- og behandlingspraksisser, der kan reduceres, skæres bort eller løses smartere for at frigive kapacitet til kerneopgaven. Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er komplekse områder, der er præget af mange forskellige begreber og forståelser. Der er derfor behov for at udvikle en bedre begrebsforståelse og for viden om drivkræfter og mulige indsatsområder, der kan kvalificere problemforståelsen og drøftelser af mulige løsninger.

Denne rapport bidrager med en analyse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i den kommunale syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen i Danmark. Formålet er at kvalificere vidensgrundlaget for debatten om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling gennem en analyse af udvalgt litteratur og kvalitative interviews med centrale sundhedsaktører. Første del af undersøgelsen bidrager med begrebsafklaring samt identifikation af mulige drivkræfter og indsatsområder for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Fokus for denne del af undersøgelsen er tværgående og generel. Derfor beskrives konkrete, kliniske indsatser ikke. Anden del af undersøgelsen opsummerer centrale pointer i relation til de tre sektorområder, som undersøgelsen fokuserer på. Her peges der på mere konkrete indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Væsentligt potentiale for forbedringer

Undersøgelsen peger på, at der er et væsentligt potentiale ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Ud fra datagrundlaget i denne undersøgelse er det ikke muligt at kvantificere omfanget af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i en dansk kontekst. På tværs af alle interviewpersoner var der imidlertid enighed om, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er vigtige problemområder, der kalder på handling. Af litteratur og interviews fremgår det, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling ikke blot har negativ betydning for ressourceforbruget og sundhedsvæsenets kapacitet. Det kan også reducere medarbejdermotivation og -trivsel og medføre direkte og indirekte skadelige virkninger for patienter og pårørende. Ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er der et væsentligt potentiale for at sikre behandling til de personer, som har størst behov, forbedre

arbejdsmiljøet for de ansatte i sundhedsvæsenet, øge den faglige kvalitet og udnytte økonomiske ressourcer bedre.

Forskellige typer uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Undersøgelsen påpeger, at den traditionelle begrebsbrug har visse begrænsninger (se nedenfor), der får betydning for den måde, problemstillinger drøftes på, og for identificerede løsningers bæredygtighed. Desuden viser undersøgelsen, at der findes forskellige typer af henholdsvis uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der udmønter sig på forskellig vis og kræver forskellige løsninger.

Uhensigtsmæssig dokumentation forstås i denne undersøgelse som "opfattelser af, at krav og procedurer er ressourcekrævende og påvirker opgavevaretagelsen negativt". Denne definition tager højde for, at det 'uhensigtsmæssige' ikke kun afspejler den måde, som formelle krav er udformet på, men også hvordan kravene opfattes og implementeres af fagpersoner og ledere i sundhedsvæsenet. Dette er vigtigt, fordi der kan være forskellige opfattelser af formålet og meningen med den samme dokumentation blandt forskellige faggrupper og på forskellige organisatoriske niveauer.

Uhensigtsmæssig dokumentation kan forekomme på flere måder, herunder som:

1. *Dobbeltdokumentation*, dvs. at samme information registreres flere gange – enten inden for den samme organisation eller i overgangen mellem forskellige organisationer eller sektorer.
2. *Besværlig dokumentation*, dvs. at arbejdsgangene med at generere information opfattes som besværlige og unødigt tidskrævende.
3. *Meningsløs dokumentation*, dvs. at informationen ikke opfattes som meningsfuld af dem, som skal generere eller læse den. Det er enten, fordi informationen opleves som irrelevant, fordi validiteten betvivles, eller fordi informationen udelukkende tjener som rygdækning.

Uhensigtsmæssig behandling forstås i denne undersøgelse som undersøgelses-, behandlings- og kontrolpraksisser, som er ressourcekrævende og ikke tilføjer væsentlig værdi for patienter eller samfund. En klassisk definition af 'overbehandling' er en behandling, hvor der ikke er balance mellem skade og gavn. Ved at tale om uhensigtsmæssig behandling åbnes der op for at undersøge flere problematikker end de nævnte og dermed for at identificere flere

forskellige løsninger. Dette er bl.a. vigtigt, fordi en behandling godt kan være effektiv i klinisk forstand, men uhensigtsmæssig for en patient i en given situation eller ud fra et ressourcemæssigt perspektiv. For at forstå konteksten er det derfor væsentligt at spørge: uhensigtsmæssig for hvem og hvorfor?

Uhensigtsmæssig behandling kan også forekomme på flere måder, herunder som:

1. *Overdiagnostik*, dvs. at man ved diagnostiske undersøgelser finder biologiske afvigelser eller patologiske forandringer, som ikke i sig selv vil medføre sygelighed eller død for personen, fordi de går i sig selv eller udvikler sig meget langsomt.
2. *Behandlinger med lav værdi*, dvs. at de tilfører ingen eller ringe værdi for patient eller samfund set i lyset af tilgængelige behandlingsalternativer, omkostninger eller patientens præferencer. Det kan fx være gentagne undersøgelser og rutinekontroller, manglende afslutning af behandling eller valg af dyrere behandlingsalternativer, som ikke er mere effektive.
3. *For høj specialisering*, dvs. at en opgave løses på et højere specialiseringsniveau, end hvad fagligt set er nødvendigt.

Drivkræfter opstår på mange forskellige niveauer

Kortlægningen af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling tegner et komplekst billede. En hovedkonklusion er, at drivkræfter optræder på flere forskellige niveauer i sundhedsvæsenet og med afsæt i flere faktorer samtidigt. Det er lige fra mødet mellem patient og fagpersoner til organisatoriske og politiske rammebetingelser, professionelle interesser, den teknologiske og markedsmæssige udvikling og de samfundsmæssige normer. Eksempelvis opstår dobbeltdokumentation ikke kun som følge af utilstrækkelige tekniske løsninger. Det afspejler også organiseringen og reguleringen af dokumentationsarbejdet, personalets kompetencer og den betydning, som dokumentation og teknisk udstyr tillægges i mødet mellem fagperson og borger/patient. Og når fagpersoner ikke får stoppet op og overvejet, om mere behandling er det bedste for patienten, kan det dels afspejle kommunikationen i det kliniske møde, dels at det er vanskeligt at afvige fra standardforløb, og at kliniske retningslinjer typisk har mere fokus på at initiere end at stoppe behandling.

Behov for flerstrengede indsatser

På grund af kompleksiteten i drivkræfterne kan udfordringerne med uhensigtsmæssig dokumentation og behandling ikke løses med enkeltstående tiltag. Der er ingen snuptagsløsninger. Det er vigtigt – men ikke tilstrækkeligt – at ledere lokalt beslutter at etablere hensigtsmæssige dokumentationspraksisser eller at indføre fælles beslutningstagning. Der er også brug for langsigtede, strukturelle indsatser i form af politiske og administrative beslutninger, der kan understøtte de lokale løsninger, eller som kan muliggøre andre typer af lokale løsninger. Undersøgelsen har således tydeliggjort et behov for flerstrengede indsatser – og dermed et behov for handling på forskellige niveauer af forskellige aktører. Undersøgelsen peger på en lang række indsatsområder, som er væsentlige at adressere. For at operationalisere disse indsatsområder er det relevant at inddrage en række interessenter, bl.a. patienter og pårørende samt fagpersoner og lokale ledere i sundhedsvæsenet.

På baggrund af undersøgelsens resultater fremhæver VIVE særligt nedenstående overordnede indsatsområder, der knytter sig til de tre sektorområder, som indgår i undersøgelsen. Indsatsområderne er udvalgt, fordi de netop lægger op til flerstrengede indsatser og vurderes at kunne gøre en praktisk forskel for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet samt patienter og pårørende:

1. **Integration af lovkomplekser og opgør med paragraf-organisering i den kommunale syge- og ældrepleje:** Det er væsentligt, at nationale politiske beslutningstagere sikrer bedre overensstemmelse mellem formuleringer i sundheds- og serviceloven, som regulerer arbejdet i den kommunale syge- og ældrepleje. Dette skyldes, at manglende konsistens mellem regulatoriske krav skaber dobbelt og besværlig dokumentation og delvist overlappende tilsynskrav og -aktiviteter. Manglende integration af krav på det regulatoriske niveau afspejles også i arbejdsorganiseringen og design af it-systemer, som kan give udfordringer med tidskrævende arbejdskoordinering og fragmenterede it-løsninger, der besværliggør dokumentationsopgaven. De regulatoriske forandringer kan ikke stå alene, men er en forudsætning for, at tilsynsmyndigheder, lokale ledere, medarbejdere og systemudviklere kan skabe mere grundlæggende ændringer i forhold til tilsyn, design af it-løsninger samt organisering og udførelse af det borgernære arbejde.
2. **Bedre muligheder for gatekeeping i almen praksis:** Alment praktiserende læger har en nøgleposition i forhold til en sundhedsfaglig forsvarlig prioritering af ressourcer i det samlede sundhedsvæsen. Imidlertid udfordres praktiserende lægers muligheder for at udfylde gatekeeperrollen, dels af stor efterspørgsel på lægeattester og henvisninger fra

bl.a. private sundhedsforsikringer og kommuner, dels af defensiv adfærd som følge af oplevet pres fra patienter og pårørende samt frygt for klagesager. Efterspørgslen på attester og henvisninger og den defensive adfærd skaber et administrativt arbejdspress, der kan opleves meningsløst. Desuden kan det føre til behandling med for lav værdi på grund af henvisninger med tvivlsom faglig indikation. Gatekeeper-rollen kan også udfordres, hvis der ikke er passende henvisningsmuligheder, herunder muligheder for udredning uden for pakkeforløb samt behandlingsmuligheder for plejekrævende borgere uden for det specialiserede sundhedsvæsen. For at styrke praktiserende lægers mulighed for at varetage gatekeeper-rollen er det således væsentligt, at politiske og administrative beslutningstagere på kommunalt og regionalt niveau samt repræsentanter for private sundhedsforsikringer samarbejder med almen praksis om at afklare, hvilke henvisnings- og attesteringsopgaver der skal varetages af praktiserende læger. Derudover vil kommunikationsindsatser om patientklager målrettet praktiserende læger samt patienter og pårørende samt redskaber til at understøtte fælles beslutningstagning være væsentlige i forhold til at forebygge defensiv adfærd. Sådanne indsatser vil kunne udarbejdes i samarbejde mellem Danske Patienter, repræsentanter fra almen praksis og nationale sundhedsmyndigheder. Endelig er der behov for, at nationale, regionale og kommunale beslutningstagere skaber bedre muligheder for at løse udrednings- og behandlingsopgaver i primærsektoren. En styrkelse af gatekeeper-rollen i almen praksis kræver dermed indsatser på flere forskellige niveauer og inddragelse af en række forskellige aktører.

- 3. Understøttelse af en systematisk 'stop-op-kultur' på hospitalsområdet:** Det er afgørende, at kritisk refleksion og løbende evalueringer af eksisterende klinisk praksis understøttes systematisk på alle organisatoriske niveauer i hospitalsvæsenet for at modvirke uhensigtsmæssig behandling og dokumentation. For politiske og administrative beslutningstagere på nationalt og regionalt niveau drejer det sig dels om at stoppe op og kritisk afveje gavnlige virkninger og utilsigtede effekter ved styringstiltag, herunder brugen af målstyring og ikke-differentierede patientrettigheder, som kan udfordre muligheden for at foretage faglige vurdering og i nogle tilfælde føre til meningsløs dokumentation. Dels handler det om at skabe strukturelle rammevilkår for mere systematisk evaluering og prioritering af undersøgelses- og behandlingstilbud. Evaluering af nye, medicinske teknologier (fx receptpligtig medicin, screening og medicinsk udstyr) er i øjeblikket spredt mellem en række forskellige råd og nævn, som i en vis udstrækning benytter forskellige fremgangsmåder og kriterier. Desuden er en væsentlig del af de eksisterende undersøgelses- og behandlingsaktiviteter ikke underbygget af solid, klinisk forskning. Dette gør det vanskeligt for fagpersoner at prioritere undersøgelser og behandling og for sundhedsmyndigheder og faglige selskaber at

udvikle retningslinjer til klinisk beslutningsstøtte, som ikke blot fokuserer på at igangsætte, men også at udfase og afslutte behandlinger af lav værdi. For fagpersoner og lokale ledere handler det om kritisk at evaluere behovet for yderligere undersøgelser eller behandling i dialog med patienter og pårørende. Foruden fælles beslutningstagning kræver det også målrettede indsatser for at modvirke defensiv adfærd. Sådanne indsatser kan fokusere på at aflive myter og styrke dialog om patientklager mellem fagpersoner, patienter og nationale sundhedsmyndigheder, herunder Styrelsen for Patientsikkerhed. At skabe en systematisk stop-op-kultur kræver således både en politisk og en administrativ indsats for at sikre hensigtsmæssige rammevilkår og en samlet indsats fra faglige myndigheder, ledere, fagpersoner og patientrepræsentanter for at understøtte kliniske beslutninger, der skaber værdi for patienterne.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen har taget afsæt i det danske sundhedsvæsen og er afgrænset empirisk til kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Psykiatrien er således ikke en del af undersøgelsen, om end flere af de rejste problematikker også er relevante på dette område.

Rapportens analyser er baseret på to delundersøgelser:

Litteraturgennemgang af udvalgt forskningslitteratur og grå litteratur med henblik på at udvikle typologier og identificere drivkræfter og indsatsområder (i alt 34 kilder).

Kvalitative interviews med nøglepersoner på sundhedsområdet med henblik på at identificere drivkræfter og indsatsområder samt kvalificere begrebsudvikling og typologier (i alt 28 interviewpersoner).

Data fra litteraturgennemgang og interviewundersøgelse er trianguleret med henblik på en samlet analyse.

1 Indledning

Den demografiske og epidemiologiske udvikling samt den stadige udvikling af nye medicinske teknologier øger presset på ressourcerne i sundhedsvæsenet både i Danmark og internationalt. Konkret udfolder det sig i Danmark bl.a. ved, at et stigende antal danskere lever med kronisk sygdom og multisygdom, ved en større andel ældre i forhold til arbejdsstyrken, flere behandlingsmuligheder, et større forventningspres blandt befolkningen i forhold til service og udbud af behandling i det offentlige sundhedsvæsen og en øget personalemangel på velfærdsområdet (Iversen and Kjellberg, 2018; Frølich and Stockmarr, 2022; Larsen and Jakobsen, 2022). Denne udvikling fører til et øget behov for at benytte sundhedsvæsenets ressourcer bedst muligt og et behov for prioritering, herunder et fokus på, om der er uhensigtsmæssige aktiviteter, som kan reduceres, skæres bort eller løses smartere for at frigive kapacitet til kerneopgaven. I 2017 satte OECD for alvor fokus på området med en analyse, der viste, at op mod 20 % af sundhedsvæseners aktivitet kan betegnes overflødig, idet ressourcerne går til at håndtere spild (fx overforbrug af undersøgelser), skader og fejl (OECD, 2017). Flere anerkendte tidsskrifter og organisationer har ligeledes sat fokus på problemet med artikelserier, forslag til løsninger og kommunikation målrettet patienter (se fx The Lancet: 'Right Care'¹; BMJ: 'Too Much Medicine'²; JAMA Internal Medicine: 'Less is More'³ og Cochrane Sustainable Healthcare⁴). The Lancets artikelserie undersøger fx under- og overforbrug samt drivkræfter og måder at adressere problemstillingerne på (Brownlee *et al.*, 2017; Elshaug *et al.*, 2017; Glasziou *et al.*, 2017; Saini *et al.*, 2017). Her påpeges bl.a. en udbredt begrebsforvirring, hvilket sammen med manglende konsensus om opgørelsesmetode og dermed en manglende mulighed for at estimere problemets omfang vanskeliggør debatten om den bedst mulige brug af sundhedsvæsenets ressourcer (Brownlee *et al.*, 2017; Elshaug *et al.*, 2017). Ikke desto mindre understreges det, at problemet er udbredt og veldokumenteret og kalder på handling (Brownlee *et al.*, 2017; Elshaug *et al.*, 2017). Dette bekræfter denne undersøgelse, hvor det på tværs af interviews fremhæves, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er vigtige problemområder.

Internationale programmer som Choosing Wisely (på dansk Vælg Klogt) er ligeledes etableret med det formål at komme med anbefalinger, der kan bidrage til en mere hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne (Malling *et al.*, 2021; Choosing Wisely, 2023). I Danmark blev Vælg Klogt-initiativet etableret af De Lægevidenskabelige Selskaber og Danske Patienter i 2020 som ét i rækken af flere initiativer, som skal sætte fokus på og modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Lægeforeningen tog initiativ til Sundhedssektorens

¹ <https://www.thelancet.com/series/right-care>

² <https://www.bmj.com/too-much-medicine>

³ <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>

⁴ <https://sustainablehealthcare.cochrane.org/>

Prioriteringsråd i december 2022. Danske Regioner nedsatte Medicinrådet i 2017 for at understøtte prioritering af dyr, specialiseret lægemiddelbehandling, og senere Behandlingsrådet, som siden 2021 har haft ansvar for at evaluere medicinsk udstyr og øvrige sundhedsteknologier. Disse regionale råd supplerer en række nationale nævn og udvalg, som laver vurderinger af nye undersøgelses- og behandlingsmuligheder, herunder Medicintilskudsrådet, Regeringens rådgivende vaccineudvalg og Sundhedsstyrelsens screeningsudvalg. Sideløbende har der i sundhedsfaglige medier løbende været ført debat bl.a. om behovet for en klinisk evalueringskultur (Perner, 2021; Damsgaard, 2022), bedre muligheder for at afslutte behandling (Hasse, 2021; Larsen, 2021) samt risiko for overdiagnostik (Jønsson and Brodersen, 2022; Lindemann, 2022).

Som en afspejling af det fragmenterede organisatoriske landskab findes der i dansk kontekst ikke nogen samlet undersøgelse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der kan bibringe viden om potentiale, forståelser og drivkræfter samt identificere mulige indsatsområder.

Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet har på den baggrund bedt VIVE gennemføre en kvalitativ analyse af forståelser af og drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, som også udpeger mulige, generelle indsatsområder.

1.1 Formål

Undersøgelsens formål har været at kvalificere debatten om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det danske sundhedsvæsen samt at bidrage med beskrivelse af drivkræfter og generelle indsatsområder, der kan bidrage til en hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Undersøgelsen er afgrænset til kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Analysen har taget afsæt i følgende spørgsmål:

- > Hvilket potentiale kan der være ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det danske sundhedsvæsen?
- > Hvordan kan uhensigtsmæssig dokumentation og behandling forstås og defineres?
- > Hvilke drivkræfter kan føre til uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og hvilke konsekvenser kan de have?
- > Hvilke mulige indsatsområder kan tiltag for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling fokusere på?

Konkret bidrager undersøgelsen med 1) en begrebsafklaring og en typologi, der kan nuancere forståelsen af og potentialerne i et komplekst problemfelt, 2) en kortlægning af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i den kommunale syge og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen, og 3) et overblik over mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

1.2 Undersøgellesdesign og metode

Rapporten bygger på to delstudier gennemført i en periode på seks uger i foråret 2023: en gennemgang af udvalgt litteratur og en interviewundersøgelse (se Boks 1.1; for en detaljeret metodebeskrivelse se kapitel 7). Centrale fund og pointer er kvalificeret gennem en workshop arrangeret i samarbejde mellem Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet og VIVE. Undersøgelsens afsæt var i begreberne 'unødig dokumentation' og 'overbehandling'. Begreberne 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling', der anvendes i denne rapport, er udviklet af projektgruppen (se kapitel 2).

Boks 1.1 Data og metode

Gennemgang af litteratur: Vi har foretaget en kritisk, fortolkende litteratursyntese. Syntesen er baseret på gennemgang af videnskabelig og grå litteratur og inkluderer 15 kilder, der omhandler uhensigtsmæssig dokumentation, og 19 kilder, der omhandler uhensigtsmæssig behandling. Litteraturgennemgangen havde til formål at udvikle typologier og identificere drivkræfter og indsatsområder. Der er ikke tale om en udtømmende, systematisk litteraturgennemgang.

Interviewundersøgelse: Vi har foretaget 19 interviews med i alt 28 sundhedsaktører med central viden om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det danske sundhedsvæsen. Interviewene fandt sted i to runder, hvor første runde havde til formål at udforske forståelser, drivkræfter og indsatsområder (21 interviewpersoner, 13 interviews), mens anden runde havde fokus på at kvalificere foreløbige fund (7 interviewpersoner, 6 interviews). Interviewene er analyseret tematisk. Interviewpersonerne repræsenterer analysens tre sektorområder bredt.

Den samlede analyse er foretaget gennem en triangulering af fund fra litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen.

1.3 Læsevejledning

Rapporten består af to overordnede dele:

Del 1: Afrapportering indledes med en indledning, der efterfølges af kapitel 2, som fremlægger en begrebsafklaring og udvikler en typologi for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Kapitel 3 og 4 præsenterer analyser af drivkræfter og mulige indsatsområder for henholdsvis uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Kapitel 5 opsummerer de væsentligste drivkræfter og indsatsområder i henholdsvis den kommunale syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Konklusionen præsenteres i kapitel 6.

Del 2 beskriver undersøgelsesdesign og -metode (kapitel 7) samt bilag. Bilag 1 og Bilag 2 indeholder en oversigt over den inkluderede litteratur i litteratursynthesen, mens Bilag 3 giver en oversigt over interviewpersoner.

2 Begreber og typologier

I den offentlige debat og i forskningslitteraturen benyttes en lang række forskellige begreber om uhensigtsmæssige dokumentations- og behandlingspraksisser. I forhold til dokumentation indbefatter det bl.a. 'red tape', unødigt dokumentation og unødvendigt bureaukrati (Bozeman, 1993, 2000; van Loon and Jakobsen, 2022), mens overbehandling, overdiagnostik og defensiv medicin er eksempler, der relaterer til behandlingsområdet (Armstrong, 2021; Jønsson and Brodersen, 2022; Lykkegaard *et al.*, 2022). Denne flertydighed i brugen af begreber betyder bl.a., at området er vanskeligt at få greb om, lave opgørelser på og debattere, fordi der er risiko for, at man taler forbi hinanden og finder forsimplede løsninger (Brownlee *et al.*, 2017).

I dette kapitel har vi fokus på de begrebsmæssige udfordringer og giver et forslag om at anvende de to begreber 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling'. Desuden opstiller vi to typologier, der udfolder de to begreber. Første del af kapitlet har fokus på uhensigtsmæssig dokumentation, mens anden del har fokus på uhensigtsmæssig behandling.

2.1 Uhensigtsmæssig dokumentation: begreb og typologi

I forvaltningslitteraturen anvendes 'red tape' hyppigt som et begreb til at sætte fokus på unødigt dokumentation og bureaukrati (fx Bozeman, 1993). Klassiske definitioner af 'red tape' bygger på en antagelse om, at problemets kerne ligger i formuleringen af de formelle krav, og at der dermed er tale om et reguleringsproblem. I praksis er det dog vanskeligt at vurdere effektiviteten af formelle krav og regler. Det er bl.a., fordi der ofte er forskellige opfattelser af formelle krav blandt forskellige faggrupper og på forskellige organisatoriske niveauer (Bozeman, 2000; van Loon and Jakobsen, 2022).

I denne undersøgelse anvender vi begrebet 'uhensigtsmæssig dokumentation'. Med dette begreb ønsker vi med inspiration fra Loon og Jakobsen (2022) at fremhæve, at det 'uhensigtsmæssige' ikke blot afspejler de formelle krav, men også hvordan disse opfattes og implementeres i praksis af de personer, som skal lede og udføre arbejdet. Dette er dels vigtigt, fordi der i praksis ofte er forskellige opfattelser af formålet og meningen med den samme dokumentation blandt forskellige faggrupper og på forskellige organisatoriske niveauer. I undersøgelser og indsatser for at identificere og modvirke uhensigtsmæssig

dokumentation er det derfor vigtigt at inkludere forskellige faggrupper og forskellige organisatoriske niveauer. Dels er det vigtigt, fordi uhensigtsmæssigheder ikke nødvendigvis afspejler dokumentationskravene i sig selv, men også kan være udtryk for, at formålet med et krav ikke er kommunikeret tydeligt, eller at vilkårene for at udføre dokumentationsopgaven er uhensigtsmæssige. Dokumentation er en del af den sundhedsfaglige kerneopgave, men det er vigtigt at sikre enkle og hensigtsmæssige arbejdsgange, og at dokumentationen fokuserer på information, der giver værdi og sikkerhed for patienterne (Lee, Rischel and Larsen, 2022).

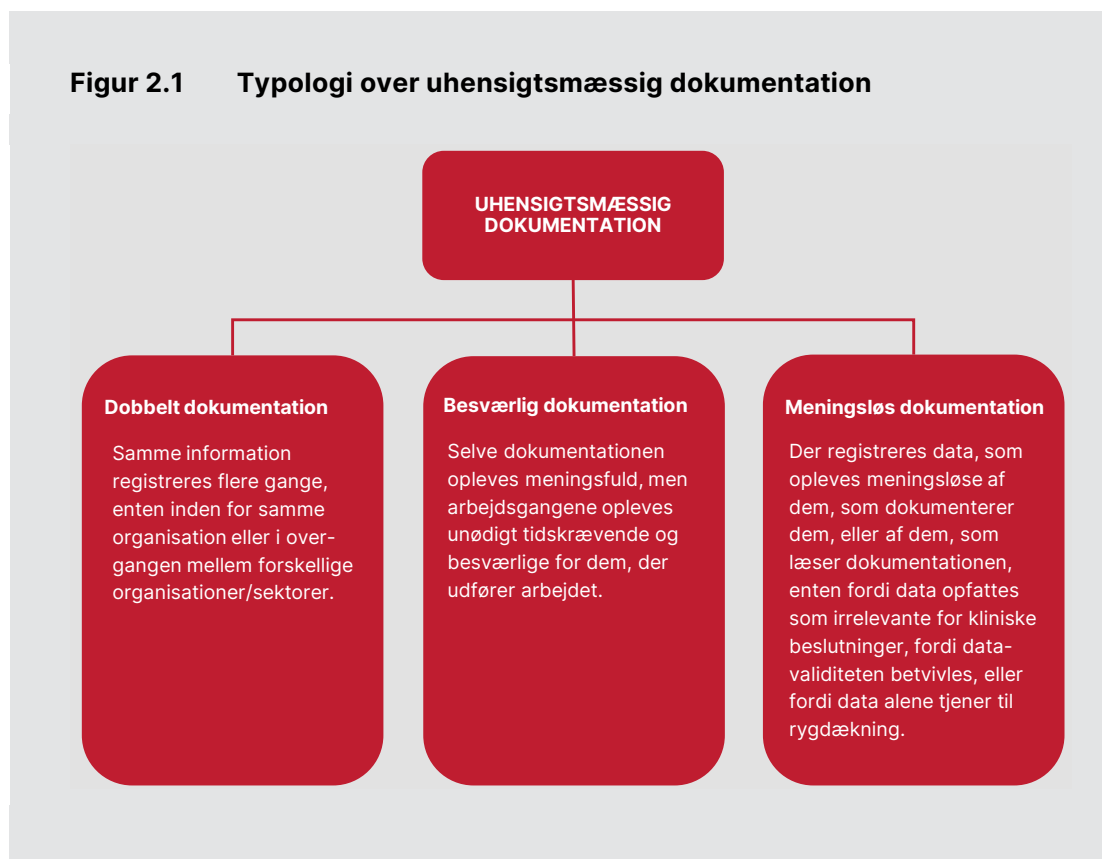
Uhensigtsmæssig dokumentation

Opfattelser af at krav og procedurer er ressourcekrævende og påvirker opgavevaretagelsen negativt.

(Loon & Jakobsen, 2022)

Uhensigtsmæssig dokumentation kan forekomme på flere måder. Vi foreslår at skelne mellem: dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og meningsløs dokumentation. Dobeltdokumentation refererer til situationer, hvor samme information registreres flere gange. Besværlig dokumentation henviser til situationer, hvor dokumentation opleves meningsfuld, men hvor vilkårene for at udføre opgaven ikke er hensigtsmæssige, så opgaven bliver besværlig og tidskrævende at udføre. Meningsløs dokumentation refererer til, at der registreres data, der opfattes som meningsløs af dem, som dokumenterer dem, eller af dem, som læser informationen. De tre undertyper er nærmere beskrevet i Figur 2.1.

Figur 2.1 Typologi over uhensigtsmæssig dokumentation



2.2 Uhensigtsmæssig behandling: begreb og typologi

Klassiske definitioner af overbehandling forudsætter typisk en skelnen mellem 'for meget' og 'for lidt' behandling samt et forestillet optimum og fokuserer på behandling, som er ineffektiv eller ligefrem skadelig for patienten. Dette fokuserer opmærksomheden på behandlinger, hvor der ikke er balance mellem gavn og skade. Der er ikke nogen entydig eller delt international definition af overbehandling, men fænomenet kan i overordnede termer forstås således: "Hvis den bedst tilgængelige evidens viser, at en behandling ikke har nogen positiv effekt på patientens prognose, eller hvis den bedst tilgængelige evidens viser, at behandlingen gør mere skade end gavn, så forekommer der overbehandling" (Jønsson and Brodersen, 2022, p. 59, se også Armstrong, 2021). Mens en ubalance mellem skade og gavn er en vigtig problematik, kan der også være andre problematikker, som gør behandlinger uhensigtsmæssige. Eksempelvis kan en behandling godt være effektiv i klinisk forstand men uhensigtsmæssig i forhold til en patients ønsker, fx i forhold til livets afslutning. For at afgøre, om en behandling er uhensigtsmæssig, er det derfor nødvendigt at tage hensyn til konteksten. Det er således væsentligt at spørge: for *hvem* er en given behandling uhensigtsmæssig og *hvorfor*?

En anden udfordring ved overbehandlingsbegrebet er, at det ofte fremstilles som et problem, der kan løses ved at uddanne patienter og klinikere og styrke deres kommunikation (Armstrong, 2021). Dette bevirker, at indsatser ofte fokuserer på at klæde patienter på til at stille spørgsmål til nødvendigheden af en given behandling. Dermed individualiseres problemet, og man risikerer at overse de organisatoriske, strukturelle og kulturelle aspekter, som også kan føre til uhensigtsmæssige behandlingspraksisser. Derfor er det væsentligt at se ud over det kliniske møde og forstå problematikken som del af et bredere økosystem for behandling (Saini *et al.*, 2017).

For at kunne få øje på flere forskellige problematikker og mulige løsninger, end 'overbehandling' lægger op til, taler vi i denne undersøgelse om 'uhensigtsmæssig behandling'. Med begrebet 'uhensigtsmæssig behandling' ønsker vi at kaste lys på flere forhold end balancen mellem skade og gavn, der kan have betydning for, om en given behandlingsaktivitet er uhensigtsmæssig. Disse forhold inkluderer bl.a. økonomiske prioriteringer og patientens præferencer.

Med uhensigtsmæssig behandling refererer vi til behandlingsaktivitet, der opstår på baggrund af samfundsmæssige normer og regler og de afledte pres og krav, sundhedssystemets organisering samt patienters, pårørendes og fagpersoners adfærd. Uhensigtsmæssig behandling forstås derfor bredt som undersøgelses-, behandlings- og kontrolpraksisser, hvor de krævede ressourcer ikke står mål med værdien for patienter eller samfund.

Uhensigtsmæssig behandling kan også komme til udtryk på flere måder. Her skelner vi mellem:

overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad. Overdiagnostik refererer til situationer, hvor man via diagnostiske undersøgelser finder biologiske afvigelser eller patologiske forandringer, som ikke i sig selv vil medføre sygelighed eller død for en patient, fordi de går i sig selv eller udvikler sig langsomt. Behandling med lav værdi henviser til undersøgelser eller behandlinger, som giver ringe eller ingen værdi for patient eller samfund

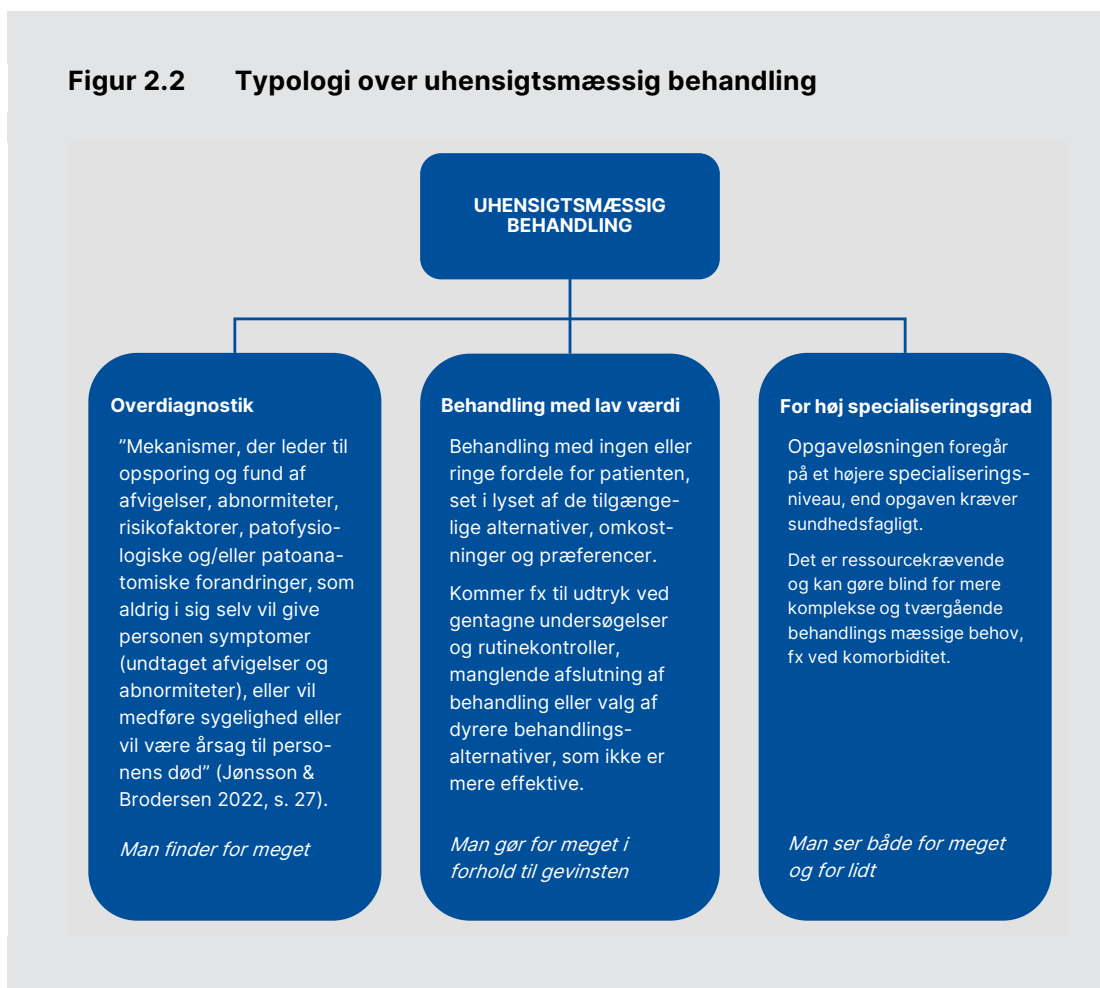
Uhensigtsmæssig behandling

Uhensigtsmæssig behandling forstås som undersøgelses-, behandlings- og kontrolpraksisser, som er ressourcekrævende og ikke tilføjer væsentlig værdi for patienter eller samfund.

Uhensigtsmæssig behandling skal forstås i kontekst: For *hvem* og *hvorfor* er behandlingen uhensigtsmæssig?

set i lyset af tilgængelige behandlingsalternativer, omkostninger eller patientens præferencer. Det vil sige, at der gøres for meget i forhold til gevinsten, eller at skadeeffekter overstiger de gavnlige effekter. For høj specialiseringsgrad vil sige, at en opgave løses på et højere specialiseringsniveau, end det fagligt set er nødvendigt. Det kan medføre uhensigtsmæssig brug af ressourcer, og med et for højt specialiseret blik kan der desuden være en risiko for at overse nogle af de komplekse og tværgående behov, som patienter kan have, hvis de fejler flere forskellige sygdomme samtidigt. De tre undertyper er nærmere beskrevet i Figur 2.2.

Figur 2.2 Typologi over uhensigtsmæssig behandling



Med dette begrebmæssige afsæt har vi søgt at etablere en begrebsramme for at kortlægge og debattere, hvornår dokumentationspraksisser og behandlingsaktiviteter kan medvirke til, at sundhedsvæsenets ressourcer ikke anvendes bedst muligt. Med afsæt i en bred forståelse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling kortlægger vi i de følgende to kapitler de faktorer og mekanismer, der er med til at drive uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

3 Drivkræfter og indsatsområder: uhensigtsmæssig dokumentation

I dette kapitel kortlægger vi drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og beskriver mulige indsatsområder herfor. Kortlægningen er foretaget med afsæt i både litteratursyntesen og interviewundersøgelsen. Der er tale om en generel kortlægning – sektorspecifikke opsamlinger af de vigtigste drivkræfter i de tre sektorer kan findes i kapitel 5. I dette kapitel viser vi, at de forhold, der driver uhensigtsmæssig dokumentation, opstår på flere niveauer samtidig – dette gælder for alle tre typer af uhensigtsmæssig dokumentation (se Figur 2.1). Det giver derfor en forsimplet forståelse af problemområdet og dets mulige løsninger, hvis der alene fokuseres på et enkelt niveau. Kortlægningen af drivkræfter peger dermed på et behov for flerstrengede indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation.

Første del af kapitlet giver en oversigt over drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation, mens kapitlets anden del gennemgår mulige indsatsområder.

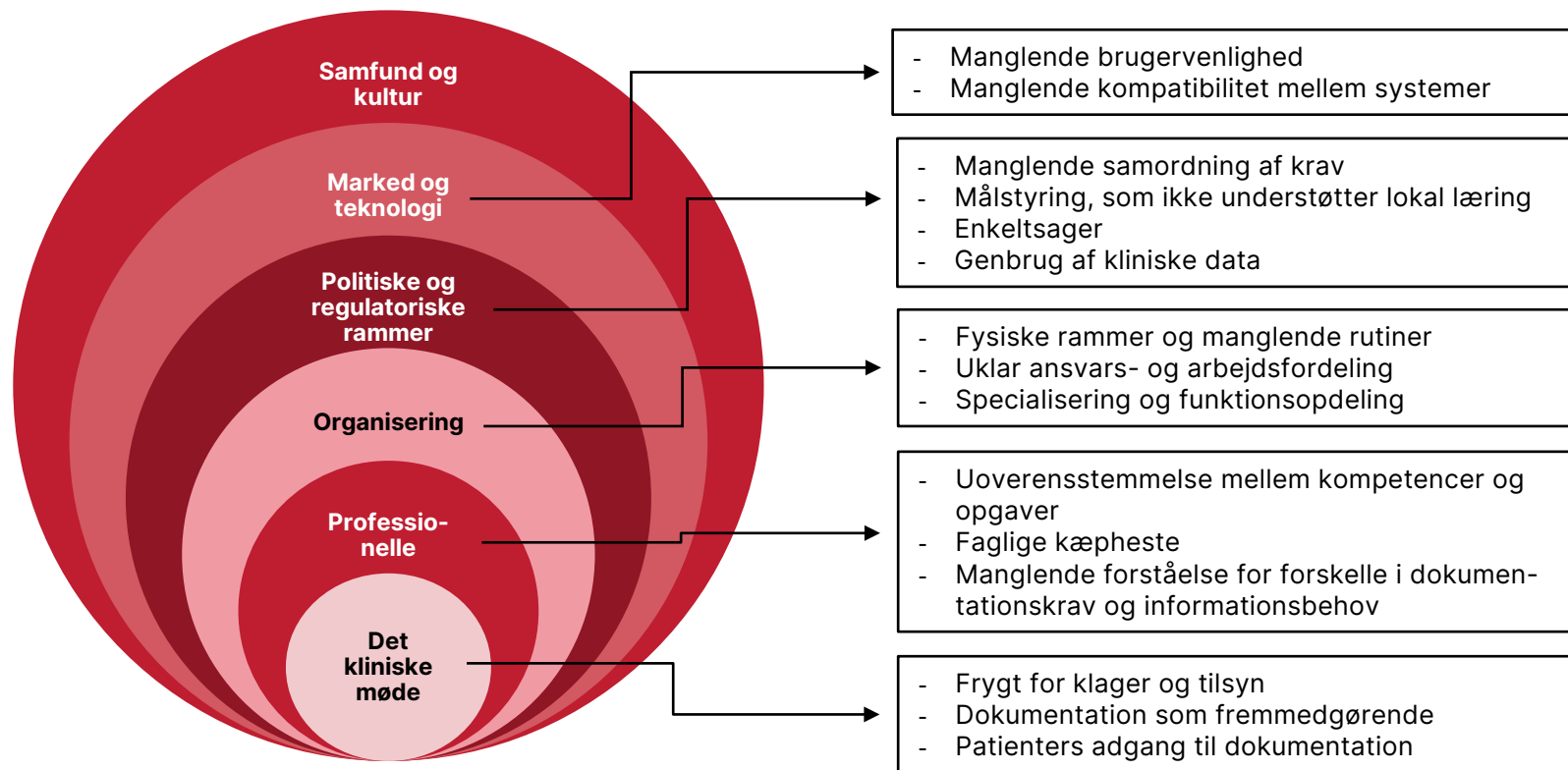
3.1 Drivkræfter

De drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation, som er identificeret via undersøgelsen, er opsummeret i Figur 3.1. Figuren består af en række cirkler indlejret i hinanden, der skal illustrere, at drivkræfter opstår på flere forskellige niveauer, og at niveauerne kan påvirke hinanden gensidigt. Drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation opstår således både i det kliniske møde (*det kliniske møde*), i relation til fagpersoners interesser og kompetencer (*professionelle*), som følge af arbejdsorganiseringen i sundhedsvæsenet (*organisering*) og de politiske og regulatoriske rammebetingelser (*politiske og regulatoriske rammer*) samt den teknologiske udvikling og de markedsbetingelser, der former denne udvikling (*teknologi og marked*). I kasserne til højre for cirklerne opsummeres de forskellige drivkræfter, vi har identificeret på hvert af disse niveauer. I afrapporteringen beskriver vi drivkræfterne på de forskellige niveauer hver for sig, men i praksis vil de interagere med hinanden. For eksempel opstår uhensigtsmæssig dokumentation ikke kun som følge af utilstrækkelige tekniske løsninger, men også som følge af arbejdets organisering, hvordan en pc eller devices til brug for dokumentation opleves i mødet med patienten, og hvilke kompetencer personalet har. Figuren visualiserer disse sammenhænge og illustrerer dermed, at det, der foregår i det kliniske møde eller med afsæt i lokale ledelsers beslutninger, også er påvirket af politiske beslutninger og strukturelle forhold.

Mens 'Samfund og kultur' også er et niveau, hvor drivkræfter kan opstå, gav literatursyntesen og interviewundersøgelsen ikke eksempler herpå i relation til uhensigtsmæssig dokumentation. Derfor udfoldes dette niveau kun i forhold til drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling (se kapitel 4).

Efter figuren udfoldes de identificerede drivkræfter på de forskellige niveauer.

Figur 3.1 Overblik over drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation



3.1.1 Marked og teknologi

I forhold til dokumentation relaterer dette niveau sig primært til den teknologi og it, der anvendes i de enkelte sektorer og på tværs af sundhedsvæsenet, og som kan være både befordrende og hindrende for en hensigtsmæssig dokumentationspraksis.

Manglende brugervenlighed i elektroniske systemer kan lede til, at dokumentationsopgaver opleves som besværlige og unødigt tidskrævende.

Den kan også medføre, at informationer overses, at dokumentationen fremstår fragmenteret, og at fagpersoner udvikler egne, parallelle dokumentationspraksisser og systemer for at kunne udføre arbejdet. Når fagpersoner ikke kan få overblik i de elektroniske systemer, kan det opleves lettere at registrere samme information flere gange. Dette fører alt sammen til dobbeltdokumentation.

Manglende kompatibilitet mellem digitale systemer kan også lede til uhenigtsmæssig dokumentation, fordi fagpersoner ikke kan tilgå relevante data og i stedet bruger tid på at ringe eller sende e-mails. Manglende kompatibilitet kan ligeledes medføre mere besværlige dokumentationspraksisser, fordi man på tværs af systemer mister overblikket og har vanskeligt ved at identificere aftaler og ændringer.

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-7, 11-13 i runde 1 og 2-6 i runde 2.
- Hoeyer, 2023.
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.
- Social- og Ældreministeriet, 2022.
- IQVIA, 2021.

3.1.2 Politiske og regulatoriske rammer

Politiske og regulatoriske rammer adresserer den indvirkning, forskellige lovgivninger, politiske interesser, styringsmæssige krav og vægtning af data i sundhedsvæsenet har på uhenigtsmæssig dokumentation.

'Politiske og regulatoriske rammer' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-9, 11-13 i runde 1 og 1-6 i runde 2.
- Green et al., 2023.
- Social- og Ældreministeriet, 2022.
- Hoeyer and Wadmann, 2020.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2022.

Manglende samordning af krav til faglig praksis og dokumentation på tværs af forskellige lovgivninger og mellem forskellige specialespecifikke vejledninger kan skabe dobbelt, besværlig eller meningsløs dokumentation. Dette skyldes, at fagpersoner skal dokumentere flere steder eller defensivt dokumenterer, hvordan de lever op til separate eller delvist overlappende krav og vejledninger.

Målstyring, som ikke er designet til at understøtte lokal læring, leder til oplevelser af meningsløs dokumentation, fordi mål opleves som irrelevante, eller der er tvivl om validiteten af data. Der er desuden risiko for, at gode målinger bliver et mål i sig selv (målforskydning). Problematikken forstærkes, hvis målstyring kobles med hårde incitamenter.

Enkeltsager, der er blevet eksponeret i medierne, afstedkommer ofte øgede dokumentationskrav fra politisk og ledelsesmæssigt hold. Disse krav relaterer sig ofte mere bredt, end til det, enkeltsagen drejede sig om. Der er dermed risiko for en øget dokumentationsbyrde, der kan opleves meningsløs af de fagpersoner, der genererer data.

Genbrug af kliniske data til sekundære formål (fx forskning, kvalitetsudvikling og administration) stiller ofte større krav til komplethed og detaljeringsgrad af den faglige dokumentation, end hvad der er klinisk relevant. Det kan give anledning til oplevelser af meningsløs dokumentation, hvis formålet med datagenereringen er uklart, opfattes som illegitimt, eller hvis validiteten af data eller dataanalyser betvivles.

3.1.3 Organisering

Dette niveau handler om, hvordan arbejdet er organiseret i sundhedsvæsenet både lokalt og mere overordnet, og hvordan denne organisering kan understøtte eller skabe udfordringer i forhold til dokumentationsarbejdet.

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-7, 11-13 i runde 1 og 1, 3-6 i runde 2.
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.

Fysiske rammer, som ikke muliggør arbejdsro og let adgang til computere eller devices, gør dokumentationsopgaven besværlig og tidskrævende. Det forstærkes af **manglende rutiner** i forhold til at sikre, at devices etc. er tilgængelige, er opladet og kan gå på trådløst internet. Der kan opstå dobbeltdokumentation, fordi fagpersoner først dokumenterer på papir og siden elektronisk.

Uklar ansvars- og arbejdsfordeling mellem fagpersoner – internt og eksternt mellem sektorer – kan gøre læse- og dokumentationsarbejdet besværligt og

unødigt tidskrævende, fordi mange fagpersoner skal finde og forholde sig til den samme information. Det kan desuden føre til dobbeltdokumentation, fordi to faggrupper dokumenterer det samme.

Specialisering og funktionsopdeling kan medføre dobbelt og besværlig dokumentation, fordi faggrupper opdeles organisatorisk, og samarbejdsflader digitaliseres, og fordi et større antal fagpersoner skal forholde sig til en patient og dennes forløb.

3.1.4 Professionelle

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3, 4, 6, 7, 11-13 i runde 1 og 3-6 i runde 2.
- Wadmann et al., 2019.
- Møller et al., 2020.
- Social- og Ældreministeriet, 2022
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.
- PA Consulting, 2023.

Dette niveau er relateret til fagpersoners kompetencer, faglige baggrund og interesser.

Uoverensstemmelse mellem kompetencer og opgaver kan gøre dokumentationsopgaven besværlig, fejlbe-

hæftet og mangelfuld. Det gælder eksempelvis, hvis dokumentationsopgaver skal løftes af personer, som er usikre på at skrive dansk, mangler it-færdigheder eller viden om dokumentationskrav, eller hvis almene administrationsopgaver skal løftes af højt specialiseret, sundhedsfagligt personale, som ikke er uddannet hertil.

Faglige 'kæpheste' blandt ildsjæle kan skabe oplevelser af meningsløs dokumentation, hvis kvalitetsstandarder og dokumentationskrav, som er udviklet på ét klinisk område, bliver udbredt som generelle standarder uden kritisk stillingtagen til den kliniske relevans på andre områder.

Manglende forståelse for forskelle i dokumentationskrav og informationsbehov på tværs af faggrupper, funktioner og sektorer kan medføre besværlig dokumentation, fordi dokumentationsarbejdet bliver ekstra tidskrævende på grund af forhandlinger om, hvad der er vigtigt at dokumentere.

3.1.5 Det kliniske møde

Det kliniske møde omfatter de forventninger, som kommer til udtryk, kommunikationen, som foregår (eller ikke foregår), og de beslutninger, som træffes, når patient og fagperson mødes.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-9, 12,13 i runde 1 og 1-6 i runde 2.
- Wadmann et al., 2019.
- PA Consulting, 2023.
- Social- og Ældreministeriet, 2022.

Frygt for at begå fejl, for klager eller sanktioner efter tilsyn kan generere oplevelser af meningsløs dokumentation blandt fagpersoner, fordi tiden bruges på at dokumentere forhold, som alene tjener til rygdækning. Dette forekommer både i relation til mødet med patienter og i det øvrige faglige arbejde. Frygten kan lede til uhensigtsmæssig adfærd uafhængigt af det faktiske antal klager og sammenhæng med konsekvenser, fx i form af sanktioner.

Forventninger om, at dokumentation virker fremmedgørende, kan, hvis de optræder i mødet mellem patient og fagperson, føre til dobbeltdokumentation, fordi fagpersonen først skriver noter på papir og siden registrerer digitalt.

Bevidsthed om, at patienter kan læse dokumentation, kan føre til, at fagpersoner bruger tid på at dokumentere forhold, der ikke vurderes at have direkte relevans for det faglige arbejde. Dette kan føre til meningsløs dokumentation.

3.1.6 Opsamling på drivkræfter

Vi har i det ovenstående belyst de forskellige niveauer, som drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation opstår på. De skitserede drivkræfter på de forskellige niveauer afspejler, at der er tale om en kompleks problematik. De vidner også om, at det er vigtigt ikke kun at se på de formelle krav, der ligger i en traditionel forståelse af unødigt dokumentation, men også på, hvordan opfattelser af krav og procedurer påvirker opgavevaretagelsen i praksis. Vi har identificeret dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og meningsløs dokumentation på flertallet af niveauer, og forekomsten af de forskellige typer af dokumentation kalder på forskellige løsninger.

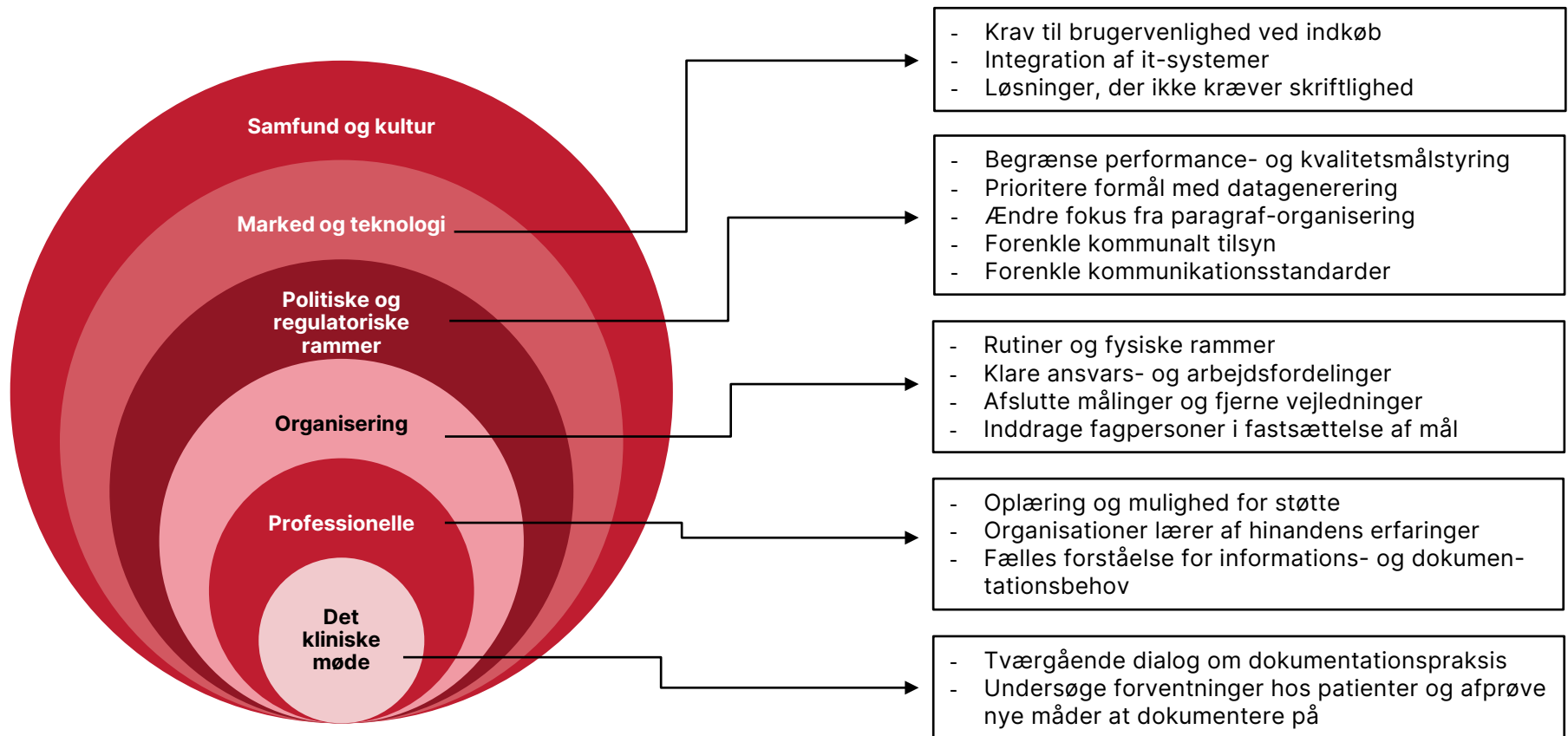
Denne kompleksitet i forhold til både niveauer, hvor drivkræfter optræder, og dokumentationstyper, er vigtig at holde sig for øje for at sikre en bred forståelse af området. Dermed bliver det muligt at få øje på løsninger, der i en mere forsimplet tilgang let overses.

3.2 Mulige indsatsområder

Den samlede analyse af litteratur- og interviewmateriale viser, at der kan identificeres en række mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Nedenfor gennemgår vi de identificerede indsatsområder med afsæt i Figur 3.2.

Figur 3.2 består af en række cirkler indlejret i hinanden, der skal visualisere de forskellige niveauer, der kan adresseres ved indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Figuren illustrerer, at det ikke er tilstrækkeligt at identificere løsninger på et enkelt niveau. Eftersom uhensigtsmæssig dokumentation ikke alene opstår som følge af fx utilstrækkelig it, er løsningen heller ikke et teknologisk 'quick fix'. Ligeledes er det ikke nok at se på løsninger, der kan implementeres på lokalt niveau, fx i mødet mellem patient og fagperson. Der er i høj grad også behov for strukturelle løsninger og langsigtede strategier for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Ligesom i tilfældet med drivkræfter gav litteratursyntesen og interviewundersøgelsen ikke eksempler på indsatsområder på 'Samfund og kultur'-niveauet.

Figur 3.2 Overblik over mulige indsatsområder for uhensigtsmæssig dokumentation



3.2.1 Marked og teknologi

Indsatsområder inden for Marked og teknologi tager primært afsæt i forhold relateret til design og indkøb af elektroniske systemer i og på tværs af de tre sektorer.

Fortsat udvikling og håndhævnning af krav om brugervenlighed i forbindelse med kommuners og regioners indkøb og redesign af elektroniske systemer kan særligt medvirke til at reducere problemer med 'besværlig dokumentation', men også reducere dobbeltdokumentation. Dette kan ske, hvis der skabes vel fungerende, digitale samarbejdsflader, der forbedrer muligheden for at se relevant information fra andre faggrupper eller på tværs af sektorer (fx via platformsløsninger såsom Det Fælles Medicinkort).

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 4-7, 10-13 i runde 1 og 2, 3, 5, 6 i runde 2
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.
- Social- og Ældreministeriet, 2022.
- KL, 2023.
- IQVIA, 2021.

It-integration som et fortsat fokusområde blandt udviklere, politisk-administrative beslutningstagere og indkøbere kan gøre det muligt at modvirke u hensigtsmæssig dokumentation. Fokuset er vigtigt for at kunne dele viden og patientdata på tværs af sektorer og dermed undgå besværlig dokumentation og dobbeltdokumentation. Vi har særligt identificeret et behov for bedre muligheder for at dele patientinformation fra den kommunale sektor via sundhedsjournalen og for, at fagpersoner i den kommunale sektor kan læse relevant patientinformation fra det regionale sundhedsvæsen.

Et indsatsområde er udvikling og afprøvning af **dokumentationsløsninger, som ikke kræver skriftlighed** (fx audio- og videoløsninger). Dette kan ske i samarbejde mellem it-udviklere, kommuner/regioner og faglige organisationer. Dermed kan dokumentationsopgaven gøres mindre besværlig og lettere tilgængelig bl.a. for fagpersoner, som ikke mestrer skriftligt dansk på højt niveau.

3.2.2 Politiske og regulatoriske rammer

De politiske og regulatoriske rammer refererer til lovgivninger, styringsmæssige krav og politiske beslutninger samt heraf afledte styrings- og organiseringsformer, som har indflydelse på praksis.

Begrænsning af målstyring til områder, som ledere og fagpersoner kan handle på, har betydning for dokumentationsarbejdet i de tre sektorer. Det er desuden vigtigt at anerkende trade-off mellem brug af målstyring til kontrol- og læringsformål og øgning af fokus på det samlede forløb i udviklingen af indikatorer og målepunkter. Derved kan oplevelser af meningsløs dokumentation blandt fagpersoner adresseres. Indsatsområdet kræver handling fra politiske og administrative beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, idet de har indflydelse på de styringsmæssige krav og rammer.

Tydeligere politisk og ledelsesmæssig prioritering af primære og sekundære formål med dataregistrering kan formentlig bidrage til at modvirke dokumentationspraksisser, der opleves meningsløse og tidskrævende af de fagpersoner, som genererer data til formål, de ikke kender eller anerkender legitimiteten af. Desuden er det vigtigt at medregne lokale ressourcer til dataarbejde, når nye initiativer igangsættes, fordi sekundær databrug typisk skaber et afledt ressourcebehov for dem, som registrerer data. Eksempelvis opstår der krav om at registrere oplysninger, som ikke er relevante i klinisk sammenhæng, fordi der er krav om datakomplethed i kliniske kvalitetsregistre såsom RKKP (Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram). Disse indsatsområder er et fokusområde for dels politiske og administrative beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, dels ledere og fagpersoner med ansvar for forskning og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Den kommunale paragraf-organisering baseret på serviceloven og sundhedsloven har afgørende betydning for dokumentationsarbejdet i kommunerne. En gentænkning vil kunne bidrage til at reducere dobbeltdokumentation og oplevelser af meningsløs dokumentation blandt fagpersoner i den kommunale syge- og ældreplejesektor. Dette implicerer også, at den kommunale visitationsmodel gentænkes, så den bygger mere på faglige vurderinger end på forvaltningsretlige afgørelser. Indsatsområdet vil involvere politiske og administrative beslutningstagere på nationalt og kommunalt niveau samt relevante faglige organisationer og patientorganisationer.

At forenkle det kommunale tilsyn er vigtigt for at modvirke dobbeltdokumentation og meningsløs dokumentation ved at undgå flere forskellige tilsyn af det sundhedsfaglige arbejde i kommunerne, som alle kræver skriftlig dokumentation. Det kan

desuden overvejes, om der kan indføres mulighed for øget brug af reaktivt og risikobaseret tilsyn, ligesom balancen mellem påbud, undervisning og dialog ved kvalitetsproblemer kan genovervejes for at understøtte læring og undgå defensiv adfærd. Dette fokusområde involverer politiske og administrative beslutningstagere på det nationale og kommunale niveau samt relevante faglige organisationer og patientorganisationer i arbejdet.

Fælles kommunikationsstandarder i kommunerne (særligt Fælles Sprog III⁵) kan forenkles og ensartet implementering sikres for at modvirke besværlig dokumentation og undgå misforståelser. KL har allerede igangsat arbejde på dette område.

'Politiske og regulatoriske rammer' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-6, 8, 11, 13 i runde 1 og 1, 3-6 i runde 2.
- KL, 2023.
- Social- og Ældreministeriet, 2022.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2022.
- Green et al., 2023.

3.2.3 Organisering

Organisering omfatter indsatsområder, der relaterer til arbejdsdelinger, placering af ansvarsområder, etablering af arbejdsgange og rutiner samt andre forhold, der vedrører organiseringen af arbejdet i sundhedsvæsenet.

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews:
- 1, 3-7 i runde 1 og 1, 3-6 i runde 2.
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.
- Hoeyer, 2023.
- van Loon and Jakobsen, 2022.

Ledere og medarbejdere kan i fællesskab arbejde for at **skabe rutiner og fysiske rammer**, som giver arbejdsro og let adgang til 'køreklare' computere eller devices, når dokumentationsopgaver skal udføres. Risiko for dobbelt- og besværlig dokumentation modvirkes dermed.

Ledere og medarbejdere kan samarbejde om at **etablere klare ansvars- og arbejdsfordelinger**, så håndtering af korrespondancer og andre rutinemæssige

⁵ Fælles Sprog III er en fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data, der er opbygget efter helbredstilstande (sundhedsloven) og funktionsevnetilstande (serviceloven). Fællessprog III er således opbygget med afsæt i de to lovgivninger frem for borgeren.

administrationsopgaver i kommunalt regi samles i bestemte funktioner. Det vil kunne modvirke dobbeltdokumentation og frigive tid til kliniske kerneopgaver, når ansvar for administrative opgaver samles.

Mod til at afslutte kvalitetsmålinger, vejledninger, tjeklister mv., som ikke (længere) gør en forskel i det daglige, kliniske arbejde, kan modvirke den oplevelse af meningsløs dokumentation, som kan opstå, når målinger, vejledninger og tjeklister er forældede eller har usikkert evidensgrundlag. Dette vil kræve indsatser fra ledelser på flere forskellige organisatoriske niveauer.

Ledere kan sørge for at **inddrage fagpersoner i fastsættelsen af lokale mål og fortolkning af data** for at sikre ejerskab og fokus på områder af faglig relevans. Derved modvirkes meningsløs dokumentation.

3.2.4 Professionelle

Indsatsområderne herunder har fokus på de professionelle både som individer og faggrupper og deres samarbejde på tværs af fag og sektorer.

Bedre oplæring og mulighed for støtte for medarbejdere i brug af digitale løsninger samt dokumentationskrav vil kunne modvirke oplevelser af besværlige

og tidskrævende dokumentationsprocesser. Derudover er det væsentligt at sikre et match mellem administrative opgaver og kompetencer for at sikre en hensigtsmæssig opgavedeling mellem faggrupper. I nogle tilfælde kan individuelle

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1-8, 10-13 i runde 1 og 1-6 i runde 2.
- Møller et al., 2020.
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.

løsninger være nødvendige ved sprogbarrierer. Disse indsatser vil involvere ledere på flere niveauer og politisk-administrative beslutningstagere, i den udstrækning det kræver større, økonomiske prioriteringer.

Både professionelle og organisationer kan blive bedre til at lære af hinandens erfaringer med at ændre dokumentationspraksis. Eksempelvis kan positive erfaringer fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2022) udbredes for at modvirke dobbeltdokumentation og besværlige og tidskrævende arbejdsgange.

For at reducere oplevelser af meningsløs dokumentation kan lokale ledere arbejde for at **etablere fælles forståelse blandt fagpersoner for hinandens infor-**

mationsbehov. Dette indebærer også, at principper for henholdsvis dokumentation og kommunikation på tværs af faggrupper, funktioner og sektorer ekspliteres, samt at der skabes og fastholdes fokus på fælles opgaveløsning.

3.2.5 Det kliniske møde

Indsatsområder relateret til Det kliniske møde adresserer konsekvenser ved klager, tilsyn og brugen af devices i mødet mellem fagpersoner og borgere/patienter.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-8, 11-13 i runde 1 og 1-6 i runde 2.
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.

Kontinuerlig og fortsat dialog om dokumentationskrav og frygt for sanktioner mellem fagpersoner, ledelse og tilsynsmyndigheder er væsentlig for at modvirke defensive praksisser, der kan medføre dokumentation, som opleves unødigt tidskrævende og meningsløs af fagpersonerne. **Kommunikationsindsatser og fortsat dialog om frygt for klager** er ligeledes væsentlige for at modvirke defensive praksisser.

For at få afkræftet eller bekræftet forventninger blandt fagpersoner om, hvordan brug af pc og devices opfattes af patienter og borgere, kan der iværksættes **undersøgelser af forventninger og praksis** om dokumentationspraksisser, og hvordan patienter og borgere forholder sig til den information, der registreres om dem. Lokale ledelser kan på den baggrund iværksætte tiltag med at afprøve nye dokumentationspraksisser og skabe rum for, at medarbejderne kan dele erfaringer med dokumentation i det kliniske møde.

3.2.6 Opsamling på indsatsområder

Ovenstående gennemgang viser en række indsatsområder, der adresserer uhensigtsmæssig dokumentation på forskellige niveauer. Gennemgangen peger på, at der kræves både en tværgående, dedikeret og vedholdende indsats for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Det er vigtigt at understrege, at de enkelte indsatsområder skal ses i sammenhæng med de øvrige, og at der således er brug for flerstrengede indsatser. Pointen om flerstrengede indsatser kalder på handling på forskellige niveauer og af forskellige aktører. Journalføringsbekendtgørelsens understregning af de lokale lederes ansvar for medarbejdernes dokumentationskompetencer og for, at dokumentationssystemer ikke sander til, er en vigtig, men ikke tilstrækkelig løsning. Der er også brug for at forankre tiltagene systemisk. Dette kan dels ske gennem politiske og administrative beslutninger, der kan muliggøre en samordning af krav

på tværs af lovgivninger, dels ved at man i samarbejde med myndigheder og de faglige selskaber afklarer praksis for udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinjer og vejledninger. Flerstrengede indsatser er påkrævet for at skabe forandring. Vi har i kapitlet beskrevet indsatsområder frem for konkrete initiativer. For at operationalisere indsatsområderne er det relevant at inddrage viden og erfaringer fra en række interessenter, bl.a. patienter og pårørende samt fagpersoner og lokale ledere i sundhedsvæsenet.

4 Drivkræfter & indsatsområder: uhensigtsmæssig behandling

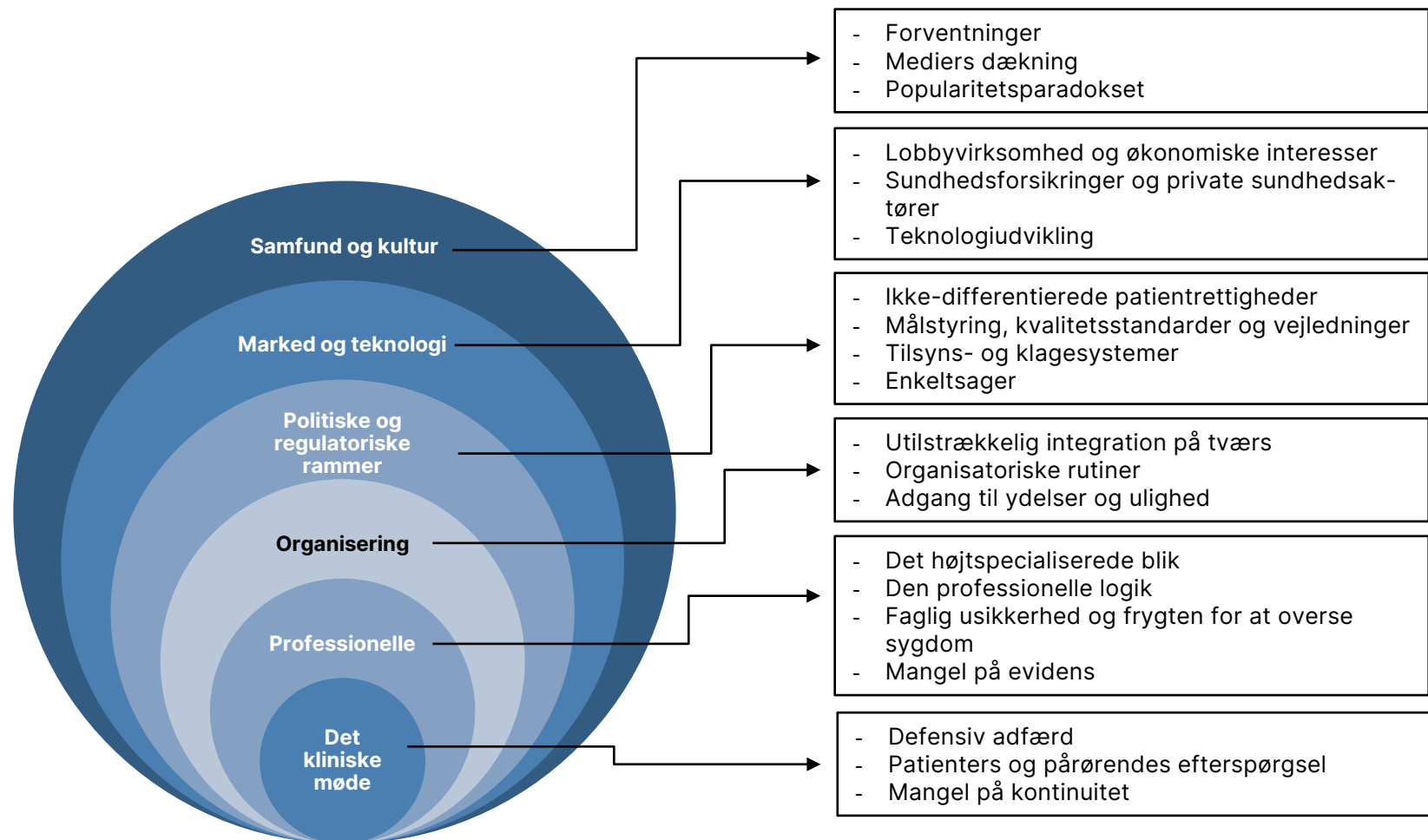
I dette kapitel kortlægger vi drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling og beskriver mulige indsatsområder herfor. Ligesom i forrige kapitel viser vi, at de forhold, der driver uhensigtsmæssig behandling, opstår på flere niveauer samtidig, og at de tre typer uhensigtsmæssig behandling (overdiagnostik, behandling med lav værdi, behandling med for høj specialiseringsgrad) optræder på de forskellige niveauer. Vi påpeger derfor også behovet for at arbejde med flerstrengede indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig behandling. Kapitlet anvender en bred forståelse af begrebet 'behandling' (jf. sundhedsloven) som omfattende bl.a. undersøgelse, sygdomsbehandling og genoptræning.

Kortlægningen er foretaget på baggrund af den triangulerede analyse. Der er tale om en generel kortlægning – en sektorspecifik opsamling findes i kapitel 5. Første del af kapitlet giver en oversigt over drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling, mens kapitlets anden del gennemgår mulige indsatsområder.

4.1 Drivkræfter

Drivkræfterne for uhensigtsmæssig behandling er opsummeret i Figur 4.1. Drivkræfter opstår på forskellige niveauer samtidigt, hvilket illustreres via figurens indlejrede cirkler, der også indikerer, at niveauerne kan påvirke hinanden gensidigt. Så når fagpersoner ikke får stoppet op og overvejet behandlingsniveauet kritisk, kan det dels afspejle kommunikationen i det kliniske møde, men også at kliniske retningslinjer typisk har fokus på behandlingsopstart og ikke på at afslutte behandling, at det kan være vanskeligt for klinikere at afvige fra standardforløb, og at der er samfundsmæssige forventninger til, at mere undersøgelse og behandling altid er bedre. Figuren illustrerer nødvendigheden af at kigge på tværs af niveauer for at forstå mekanismerne bag uhensigtsmæssig behandling. I afrapporteringen beskriver vi drivkræfterne enkeltvis, men i praksis vil de interagere. Efter figuren udfolder vi de identificerede drivkræfter på de forskellige niveauer.

Figur 4.1 Overblik over drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling



4.1.1 Samfund og kultur

Dette niveau omfatter samfundsmæssige og kulturelle strukturer og mekanismer, der påvirker udbud, efterspørgsel og handling i sundhedsvæsenet og hos patienter og fagpersoner.

Forventninger i samfundet om at 'mere undersøgelse og behandling altid er bedre', samt en generel teknologioptimisme kan bidrage til øget efterspørgsel på undersøgelser og behandling, som i nogle tilfælde kan lede til overdiagnostik og behandling med lav værdi. Ligeledes kan intolerance over for usikkerhed omkring sygdomssituationen og opfattelsen af diagnose og behandling som goder i sig selv fremme efterspørgsel på flere tests.

'Samfund og kultur' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 6, 8-11, 13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2.
- Brownlee et al., 2017.
- Jønsson and Brodersen, 2022.
- Pathirana et al., 2017.
- Rozbroj et al., 2021.
- Helsepersonellkommissjonen, 2023.

Mediernes dækning af sundhedsrelaterede emner kan skabe frygt for dårlig omtale i medierne hos fagpersoner. Dette kan presse fagpersoner til at tilbyde diagnostik og behandling uden tilstrækkelig fagligt grundlag. Samtidig har medierne også en central rolle i at få skabt opmærksomhed på områder med uhen-sigtsmæssig behandling.

Popularitetsparadokset: Mere intensiv screening og behandling giver flere overlevelseshistorier og succeshistorier, som kan øge efterspørgslen på tidlig udredning og behandling. Der kan ske fejlslutninger, når screeningstiltag vurderes, hvis man fokuserer på den relative risikoreduktion. Via screening vil man typisk finde og diagnosticere flere. Selvom den absolutte dødelighed af sygdommen ikke reduceres, vil den relative risiko for at dø se ud til at falde, alene fordi sygdomsprævalensen øges.

4.1.2 Marked og teknologi

Marked og teknologi omfatter den indflydelse, som private virksomheder og organisationer samt den medikoteknologiske udvikling har på sundhedsvæsenet.

Lobbyvirksomhed og økonomiske interesser kan påvirke regulering på sundhedsområdet, når medikoteknologiske virksomheder og/eller forskellige interesseorganisationer lobbyer for accelererede patientforløb, adgang til behandling

og medicin eller for at udvide sygdomsbegrebet. Hvis lobbyisme direkte eller indirekte afstedkommer, at en ny behandling indføres, men der ikke er tilstrækkelig evidens bag, kan det lede til behandling med lav værdi.

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 7-11, 13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2.
- Brodersen et al., 2018.
- Jønsson and Brodersen, 2022.
- Rozbroj et al., 2021.
- Roksund et al., 2016.
- Saini et al., 2017.

Økonomiske incitamenter for private udbydere af sundhedsforsikringer og private sundhedsaktører kan være med til at

drive et øget udbud af behandling og lede til ændrede behandlingsindikationer. Dette kan betyde, at en undersøgelse (fx MR-scanning) eller behandling, der ikke vurderes at være indikation for i det offentlige sundhedsvæsen, tilbydes i det private. Desuden køber flere sig til privat lægehjælp via sundhedsforsikringer, fordi de eller deres arbejdsgiver ønsker hurtigere behandling. Det øgede antal sundhedsforsikringer kan skabe et øget pres hos den praktiserende læge for at henvise til undersøgelser, da denne ofte er den henvisende instans ved brug af sundhedsforsikringer. Det kan desuden føre til en afledt efterspørgsel i det offentlige sundhedsvæsen på de undersøgelser, der tilbydes i det private, ligesom der kan opstå et behov for afledt behandling i hospitalsvæsenet (fx ved sekundære fund). En undersøgelse af Andersen et al. (2017) viser en stigning i antallet af danskere, der har en sundhedsforsikring. Ligeledes viser undersøgelsen, at 90 % af adspurgte praktiserende læger mener, at sundhedsforsikringer leder til uhensigtsmæssig behandling (Andersen et al., 2017) – mere specifikt behandling af lav værdi.

Teknologiudvikling betyder, at billeddiagnostik og andre screeningsteknologier bliver mere sensitive og gør det mere sandsynligt, at man finder biologiske afvigelser, som måske – og måske ikke – vil føre til udvikling af sygdom. Dermed øges risikoen for overdiagnostik og forventningerne til forebyggende, medicinsk intervention. Hastig medikoteknologisk udvikling har desuden gjort parakliniske

undersøgelser mere tilgængelige og billigere at udføre, hvilket kan medføre en stigning i anvendelsen – både i sundhedsvæsenet og via selvtests.

4.1.3 Politiske og regulatoriske rammer

De politiske og regulatoriske rammer omfatter lovgivninger, styrings- og kontrolsystemer og politiske interesser, der indvirker på klinisk praksis.

Ikke-differentierede patientrettigheder for udredning og behandling reducerer muligheden for, at fagpersoner kan foretage faglige skøn og kan i nogle tilfælde betyde, at ressourcer allokeres til at sikre hurtige diagnoser og behandlinger, selvom dette ikke nødvendigvis er fagligt begrundet. Dette kan vanskeliggøre prioritering ud fra faglige kriterier og lede til overdiagnostik og behandling med lav værdi.

'Politiske og regulatoriske rammer er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 5-13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2.
- Oliver, 2022.
- Implement, 2023.
- Lykkegaard et al., 2022.
- Pathirana et al., 2017.
- Raft et al., 2021.

Målstyring, kvalitetsopgørelser og -standarder samt retningslinjer og vejledninger kan bidrage til at øge kvaliteten i sundhedsvæsenet. Samtidig øger de dog også incitamenterne for at 'gøre noget' frem for 'ikke at gøre noget', fordi kliniske retningslinjer typisk fokuserer på at starte undersøgelser og behandling og ikke på at afslutte dem. Hvis behandling ikke stoppes, når det er klinisk relevant, kan det lede til behandling med lav værdi.

Det kan desuden være svært for fagpersoner at afvige fra en vejledning og vanskeligt at afgøre, hvilke(n) vejledning(er) der er relevant(e) for en patient med flere sygdomme. Det kan føre til overdiagnostik og behandling med lav værdi, hvis en fagperson i behandlingen af en multisyg patient forsøger at leve op til flere sygdomsspecifikke vejledninger. Der mangler i dag en overordnet koordinering på vejledningsområdet, der både kan sikre mod sådanne u hensigtsmæssige overlap, men som også sikrer den faglige kvalitet og en systematisk opdatering.

Tilsyns- og klagesystemer kan generere frygt for sanktioner og klager hos fagpersoner. Blandt fagpersoner opleves det, at tilsynssystemet sanktionerer for at gøre for lidt, men ikke for at gøre for meget, og at det tager et individuelt frem for et organisatorisk perspektiv. Disse oplevelser skubber sammen med myn-

digheders udlægning af vejledninger og italesættelsen af klagesager i offentligheden og i faglige miljøer til fagpersoners frygt. Uagtet om frygten er begrundet, kan den føre til defensive handlinger i form af overdiagnostik og behandling med lav værdi.

Der ses en tendens til, at **enkeltsager** udløser generelle standarder og garantier fra politisk hold. Enkeltsagerne kan lede til uhensigtsmæssig behandling, fordi standarderne og garantierne ikke nødvendigvis bunder i en grundig afdækning af problemet, eller fordi de får konsekvenser for andre kliniske områder end det pågældende. Derudover kan det være vanskeligt at fjerne politisk indførte aktiviteter, selvom evidensgrundlaget er svagt.

4.1.4 Organisering

Den måde sundhedsvæsenet er organiseret på både lokalt og nationalt, kan skabe udfordringer i forhold til uhensigtsmæssig behandling.

Utilstrækkelig integration på tværs af behandlingssystemer og funktions- og plejeniveauer fremmer dårlig koordinering af sundhedsydelse. Manglende organisering på tværs kan føre til behandling med lav værdi i form af behandlingsoverlap og gentagne undersøgelser.

Organisatoriske rutiner kan gøre, at det daglige arbejde opleves lettere, men det kan samtidig gøre, at fagpersoner og lokale ledere ikke får stoppet op og kritisk overvejet, om arbejdet ville kunne udføres mere hensigtsmæssigt. Opgaver, der afvikles rutinemæssigt uden hensyntagen til den indivi-

duelle patient eller til sygdommens progression, kan eksempelvis føre til uhensigtsmæssige rutinekontroller, som ikke nødvendigvis medfører værdi for patienter og sundhedsvæsenet, eller til standardiserede modtagelsespakker for akut indlagte uden hensyn til den enkelte patients behov. Det kan også gøre, at virtuelle løsninger ikke udnyttes, hvor de støttes af evidens.

Sundhedsvæsenets opbygning betyder, at der er geografiske forskelle i **adgang til undersøgelser og behandling** hos fx privatpraktiserende speciallæger. Disse forskelle kan medvirke til behandling med lav værdi, fordi det at have let adgang er med til at drive ønsket om og brugen af undersøgelser hos både patienter og

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 5, 7, 9-13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2.
- Raft et al., 2021.
- Malling et al., 2021.
- Lykkegaard et al., 2022.

læger. Det kan også lede til behandling på et for højt specialiseringsniveau, hvis der mangler tilstrækkelige kompetencer og ressourcer i primærsektoren til, at en ellers forebyggelig indlæggelse kan undgås. Den ulige geografiske adgang kan lede til **ulighed i sundhed**, hvilket forstærkes, når ressourcestærkes og 'raskes' forbrug af forebyggende sundhedsydelse (eksempelvis via stigende efterspørgsel på billeddiagnostik og generelle helbredstjek) lægger beslag på ressourcer, som dermed ikke er tilgængelige for personer med mere presserende behov.

4.1.5 Professionelle

Dette niveau er relateret til fagpersoners erfaring, kompetencer, faglige baggrund og interesser.

Det højt specialiserede blik betyder, at fagpersoner bliver dygtigere til stadig mere afgrænsede områder, mens færre har fokus på den samlede og tværgående

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 5-13 i runde 1 og 1, 2, 5 i runde 2.
- Implement Consulting Group, 2023.
- Saini et al., 2017.
- Helsepersonellkommissionen, 2023

ende behandlingsindsats. Et specialiseret perspektiv på patienter med kompleks sygdom kan føre til, at der foretages udredning og behandling, der, når man ser på patientens samlede situation, har lav værdi. Et eksempel på dette kan være i forbindelse med behandling af multisyge patienter, hvor de enkelte specialer ser på enkelte sygdomme.

Den professionelle logik indbygget i de forskellige specialer kan ligeledes påvirke, hvorvidt og hvornår en behandling tilbydes, hvilket bl.a. kan lede til uhenigtsmæssig behandling på et for højt specialiseringsniveau. Det ses fx, når palliation ikke igangsættes rettidigt, fordi den behandlende læge har fokus på den behandling, der tilbydes i eget speciale.

Faglig usikkerhed og frygten for at overse sygdom kan fx skyldes manglende klinisk erfaring og viden. Det kan føre til øget brug af tests, da det at gøre noget kan betrygge såvel fagperson som patient. Men det indebærer samtidig en risiko for overdiagnostik og eventuel behandling, som ikke tilføjer væsentlig værdi for patient eller sundhedsvæsen. Lægers manglende tillid til hinandens arbejde kan ligeledes føre til behandling med lav værdi, hvis undersøgelser gentages.

Mangel på evidens om effekten af behandlinger er også en vigtig drivkraft for u hensigtsmæssig behandling. Manglende evidens kan føre til overdiagnostik og behandling med lav værdi, fordi det for fagpersoner kan være vanskeligt at fravælge en behandling, hvis det ikke kan afvises, at den kan have gavnlige effekt (lade usikkerheden komme patienten til gode), eller de mulige bivirkninger ikke er tilstrækkeligt undersøgt. Manglen på evidens kan bl.a. skyldes, at kliniske forskningsagendaer påvirkes af, hvilke spørgsmål de finansierende parter finder relevante (herunder private virksomheder og fonde, som er en væsentlig finansieringskilde i Danmark), og af muligheder for at integrere forskning i den kliniske hverdag.

4.1.6 Det kliniske møde

Det kliniske møde omfatter de forventninger, som kommer til udtryk, kommunikationen, som foregår (eller ikke foregår), og de beslutninger, som træffes, når patient og fagperson mødes.

Defensiv adfærd kan bidrage til overdiagnostik og behandling med lav værdi, hvis frygt for sanktioner eller klagesager får fagpersoner til at foretage undersøgelser eller tilbyde behandlinger, som ikke er fagligt velbegrundede. Defensiv adfærd kan skyldes efterspørgsel eller oplevet pres fra patienter og pårørende samt forestillinger om tilsyn og klagesager.

Patienters og pårørendes efterspørgsel er med til at drive behandling med lav værdi. Denne efterspørgsel kan afspejle mange forhold, herunder awareness-kampagner initieret af aktører uden for det offentlige sundhedsvæsen, sociale medier, selvmonitorering (fx via wearables), forventninger til sundhedsforsikringer om at 'få noget for pengene', mangel på viden om konsekvenser af behandlinger og alternative muligheder, pres fra arbejde og børneinstitutioner.

Mangel på kontinuitet i relationen mellem patient og fagperson kan betyde, at svære samtaler om ophør af behandling eller justering af behandlingsniveau besværliggøres – enten på grund af manglende kendskab til patientens samlede livssituation eller et manglende overblik over patientens forløb. Relationen og opbygningen af denne kan presses af den tid, der er til rådighed, af konflikter

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 5-13 i runde 1 og interview 1-5 i runde 2.
- Rozbroj et al., 2021.
- Lykkegaard et al., 2022.
- Malling et al., 2021.
- Andersen et al., 2019.
- Implement Consulting Group, 2023.
- Saini et al., 2017.

om fx henvisninger, af mangel på kommunikative kompetencer og af arbejdsorganisering, som ikke tilgodeser kontinuitet. Hvis dette fører til, at undersøgelse og behandling fortsætter, selvom det ikke har værdi for patienten, vil det føre til behandling med lav værdi og eventuelt behandling med for høj specialiseringsgrad i de tilfælde, hvor det medfører henvisninger til højt specialiseret undersøgelse og behandling.

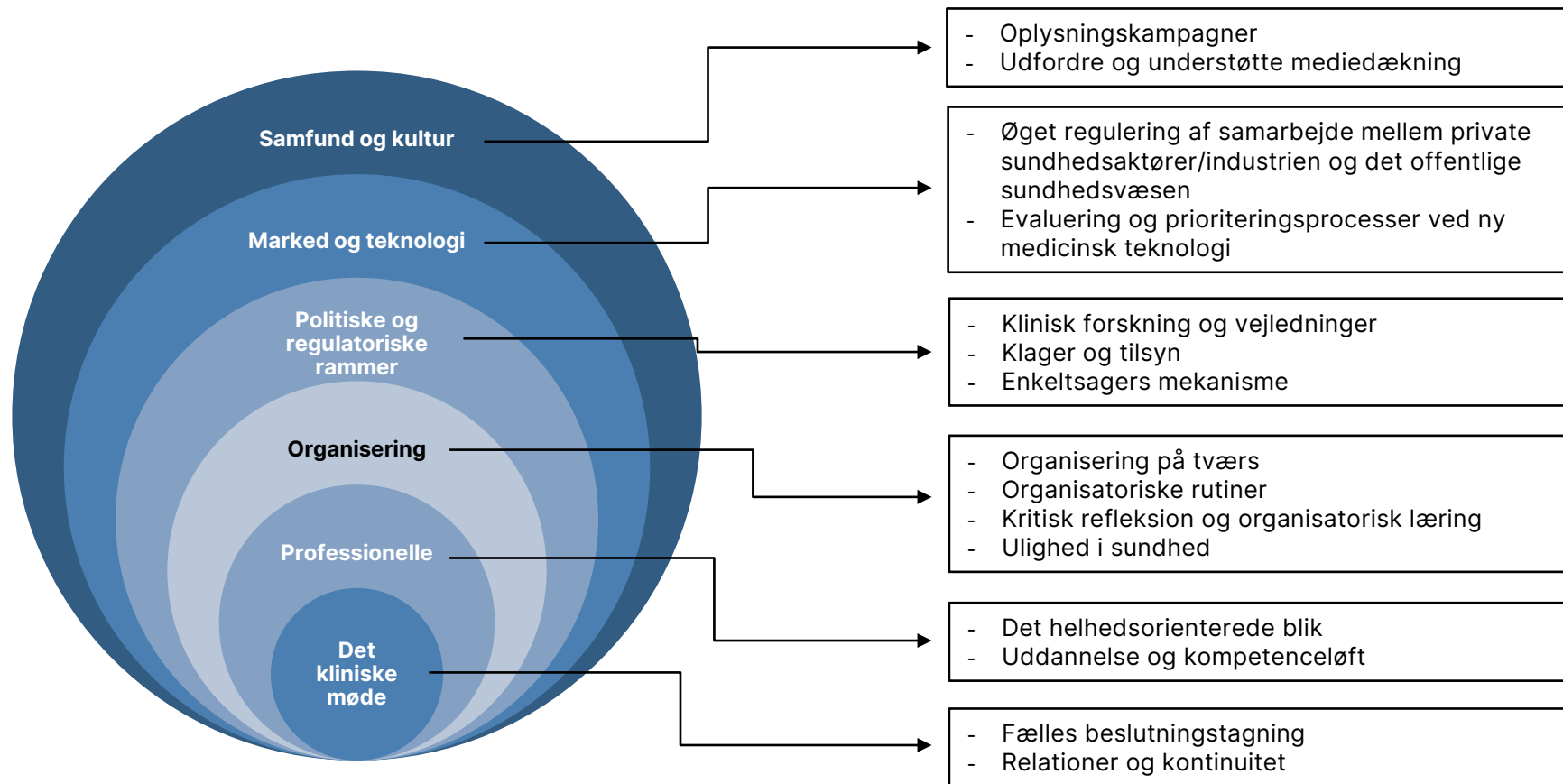
4.1.7 Opsamling på drivkræfter

Vi har i det ovenstående identificeret en række forskellige drivkræfter, der går på tværs af forskellige niveauer, og som har gensidig indflydelse på hinanden. Dermed bliver det tydeligt, at et bredt fokus på tværs af niveauer er vigtigt for at forstå dynamikkerne bag uhensigtsmæssig behandling.

4.2 Mulige indsatsområder

På baggrund af litteratur og interviews har vi identificeret en række generelle indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig behandling. Disse er opsummeret i Figur 4.2. I afrapporteringen gennemgår vi indsatsområder på de forskellige niveauer enkeltvis. Vi argumenterer dog for, at det i praksis er nødvendigt med flerstrengede indsatser, der går på tværs af flere niveauer, og som involverer en række aktører. Når uhensigtsmæssig behandling ikke alene opstår som følge af dårlige kommunikationspraksisser i det kliniske møde, så må løsningerne række ud over udarbejdelsen af bedre beslutningsstøtteværktøjer og også indebære fx teknologiske og strukturelle løsninger. Dette afspejles i figurens indlejrede cirkler, der skal illustrere indbyrdes sammenhæng og behovet for en systemisk forankring. Efter figuren gennemgår vi de identificerede indsatsområder.

Figur 4.2 Overblik over mulige indsatsområder for uhensigtsmæssig behandling



4.2.1 Samfund og kultur

Indsatsområder på dette niveau omfatter strukturelle tiltag, der adresserer befolkningens overordnede holdninger til sundhed og mediernes funktion.

Oplysningskampagner fra nationale sundhedsmyndigheder kan skubbe til og udfordre eksisterende antagelser om, at 'mere behandling altid er bedre' og derved potentielt bidrage til at modvirke overdiagnostik og behandling med lav værdi. Dette indebærer bl.a. promovningen af, at det i nogle tilfælde kan være det bedste valg at 'ikke gøre noget'. Industriens rolle som (in)direkte afsender på oplysningskampagner blev også nævnt i interviews som et opmærksomhedspunkt.

'Samfund og kultur' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1-3, 5-9, 12, 13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2.
- Helsepersonellkommissjonen, 2023.
- Pathirana et al., 2017.
- Raft et al., 2021.

Mediedækningen har en dobbeltfunktion i forbindelse med uhensigtsmæssig behandling. På den ene side kan mediedækningen være med til at drive uhensigtsmæssig håndtering af enkeltsager og fagpersoners frygt for at blive hængt ud i offentligheden. På den anden side spiller den en central rolle ved at af-dække uhensigtsmæssig behandling. Denne dobbeltfunktion kalder således på et tæt samarbejde mellem medier og uvildige fagpersoner og eksperter.

4.2.2 Marked og teknologi

Indsatsområder inden for Marked og teknologi tager primært afsæt i forhold relateret til samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og private aktører på sundhedsområdet samt til evaluering og implementering af nye teknologier.

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 7-11, 13 i runde 1 og i 1, 2 runde 2.
- Saini et al., 2017.
- Helsepersonellkommissjonen, 2023.
- Pathirana et al., 2017.

Øget regulering af samarbejdet mellem private sundhedsaktører/industrien og det offentlige sundhedsvæsen kan modvirke overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad. Dette indebærer dels,

at det lovgivningsmæssigt og/eller politisk afklares, hvorvidt det fortsat er almen praksis, der skal forestå henvisning til undersøgelse og behandling ved brug af privat sundhedsforsikring, dels indebærer det, at politiske beslutningstagere tager de afledte konsekvenser af samarbejdet mellem private sundhedsaktører/industrien og sundhedsvæsenet (fx ændrede behandlingsindikationer og øget efterspørgsel i det offentlige) med i drøftelser om fremtidige samarbejdsflader.

Der er et fortsat behov for et robust **evalueringsarbejde og transparente prioriteringsprocesser** i forbindelse med indkøb og implementering af medicinske teknologier. Dette indebærer dels, at fagpersoner og fonde arbejder for at skabe øget fokus på uvildig forskning af direkte klinisk relevans, som omfatter sammenlignende undersøgelser af eksisterende behandlingsalternativer (ikke blot medicinske nybrud), dels omfatter det, at politiske og administrative beslutningstagere arbejder for at sikre kapacitet til systematisk evalueringsarbejde og samordning eller koordinering af de forskellige råd, nævn og udvalg, der i dag er involveret i evaluering og prioritering af medicinske teknologier. Et mere robust evaluerings- og implementeringsarbejde kan bidrage til at reducere brugen af behandling med lav værdi.

4.2.3 Politiske og regulatoriske rammer

De politiske og regulatoriske rammer omfatter indsatsområder, der adresserer uhensigtsmæssig behandling relateret til lovgivning, vejledninger, styrings- og kontrolsystemer og politiske interesser.

Ved at skabe bedre **rammebetingelser for klinisk forskning og et systematisk arbejde med at sikre evidensbaserede behandlingsvejledninger** med beskrivelse af kliniske og økonomiske effekter, mulige skadevirkninger og kriterier for at stoppe igangsat behandling kan politiske og administrative beslutningstagere arbejde for at modvirke behandling med lav værdi og behandling på for højt specialiseringsniveau. Det systematiske arbejde med behandlingsvejledninger omfatter bl.a. et fokus på, hvem der er relevante bidragsydere, så uvildighed og faglig kvalitet sikres. Det omfatter også et fokus på koordinering på tværs af specialer og på at sikre en opdateringspraksis for de allerede implementerede vejledninger og retningslinjer. Ligeledes er det relevant at sikre et fortsat fokus på de områder, hvor der ikke er vejledninger eller retningslinjer.

Klager og tilsyn er områder, hvor der i et samarbejde mellem bl.a. styrelser og faglige selskaber pågår en aktuel udvikling i retning af styrket dialog om klagehåndtering og tilsynssystemet. Ved at fortsætte og understøtte denne udvikling kan defensiv adfærd formentlig modvirkes, og dermed kan risiko for overdiagnostik og behandling med lav værdi reduceres.

'Politiske og regulatoriske rammer' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 5-13 i runde 1 og 1, 2, 3, 5 i runde 2.
- Lundby et al., 2022.
- Roksund et al., 2016.

Ved at politiske og administrative beslutningstagere sikrer **tilbundsgående undersøgelse af enkeltsager**, før generelle standarder eller garantier besluttet, kan der skabes bedre muligheder for at afbalancere hensyn til patienters og borgers rettigheder og hensyn til klinisk dømmekraft og lokal prioritering.

4.2.4 Organisering

Organisering omfatter indsatsområder, der relaterer til måden, som arbejdet i sundhedsvæsenet er organiseret på lokalt og nationalt.

Udfordringer med **organisering og samarbejde på tværs af sektorer, fagligheder og funktioner** er et fortsat fokusområde for politisk-administrative beslut-

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende: 1, 2, 3, 5-7, 9-13 i runde 1 og 1, 2, 5 i runde 2.
- Lykkegaard et al., 2022.
- Raft et al., 2021.

ningstagere, udviklere og indkøbere. Målet er at opnå en bedre it-integration for at gøre det lettere at koordinere og dele data på tværs af sektorer og systemer. Bedre koordinering og data-deling kan dels bidrage til at undgå gentagne undersøgelser med lav behandlingsværdi. Dels til at undgå indlæggelser, der medfører en for høj specialiseringsgrad, hvis behandling kunne

have foregået i primærsektor. Det Fælles Medicinkort fremhæves som et positivt eksempel på en velfungerende tværsektoriel løsning.

Et opgør med vanetænkning og organisatoriske rutiner i forhold til fx faste intervaller for kontrolbesøg, fysiske fremmøder og *one size fits all*-modeller kan være med til at modvirke rutinekontroller med lav værdi for patient og sundhedsvæsen ved fx at tilbyde mere differentierede opfølgningstilbud (eksempelvis via telefonsamtaler, videosamtaler eller andre løsninger).

En styrkelse af kritisk refleksion på alle organisatoriske niveauer kan modvirke uhensigtsmæssig behandling. Hvis ledere sikrer rum for, at eksisterende praksis løbende vurderes, er der mindre risiko for, at der tilbydes behandling med lav værdi. Desuden er det vigtigt både lokalt og nationalt at fremme, at organisationer lærer af hinanden, og at forskning i, hvad der ikke virker, og dermed også i af-implementering, bliver prioriteret.

En politisk og faglig opmærksomhed på ulighed i sundhed er en forudsætning for at opnå fordelingsretfærdighed og bruge ressourcerne på de borgere, som har størst behov. Ved fordelingsretfærdighed forstås en situation, hvor de mindst syge lægger beslag på færrest ressourcer.

4.2.5 Professionelle

Dette niveau adresserer betydningen af fagpersoners erfaring, kompetencer, faglige baggrund og interesser.

Ledere og fagpersoner kan **promovere et helhedsorienteret blik** på patienter med komplekse problemstillinger. Desuden kan de have øget opmærksomhed på, at beslutninger om passende behandlingsniveau foretages rettidigt, og om konservativ behandling afvejes i forhold til invasiv behandling.

Dette kan bidrage til at reducere behandling med lav værdi og behandling med høj specialiseringsgrad, som drives af en højt specialiseret tilgang til undersøgelse og behandling.

Uddannelse og kompetenceløft af fagpersoner i forhold til at vurdere og eventuelt stoppe igangsat behandling og indgå i dialog med patienter og pårørende om alternativer til aktiv behandling er et vigtigt redskab for at modvirke uhensigtsmæssig behandling.

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende: 1-3, 5-8, 11, 12 i runde 1 og 2, 4, 5 i runde 2.
- Pathirana et al.. 2017.

4.2.6 Det kliniske møde

Det kliniske møde omfatter de forventninger, som kommer til udtryk, kommunikationen, som foregår (eller ikke foregår), og de beslutninger, som træffes, når patient og fagperson mødes.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende: 1-3, 5-8, 11-13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde
- Grimshaw et al., 2020.
- Raft et al., 2021.
- Malling et al., 2021.

Fælles beslutningstagning

kan bidrage til at sikre, at de undersøgelser og behandlinger, som tilbydes, kan give værdi for en patient i en given situation og har det rette specialiseringsniveau. Lokale ledere kan bidrage til at sikre betingelser for og understøtte medarbejdere i fælles beslutningstagning og i at afdække patienters og pårø-

rendes præferencer. Herved kan der skabes rum for og de rette kompetencer til dialog mellem patient og fagperson med henblik på beslutninger om undersøgelse og behandling, behandlingssted, behandlingsniveau og behandlingsstop.

Betydningen af relationer og kontinuitet – både i forhold til det kliniske arbejde og i forhold til fastholdelse af medarbejdere – er et indsatsområde. En god relation påvirker oplevelsen af fejl og håndteringen af klinisk usikkerhed og betyder, at svære samtaler opleves lettere. Derfor kan et øget fokus på kontinuitet hos ledere med ansvar for den lokale arbejdsplanlægning medvirke til at adressere uhensigtsmæssig behandling.

4.2.7 Opsamling på indsatsområder

Ovenstående gennemgang udpeger en række indsatsområder, der er væsentlige at adressere for at modvirke uhensigtsmæssig behandling. Figur 4.2 illustrerer, at indsatsområderne findes på forskellige niveauer, der ikke kan ansues uafhængigt af hinanden. Eksempelvis er det ikke nok at arbejde for at styrke kommunikationen mellem patienter og fagpersoner i det kliniske møde. Det kræver også, at der er et kvalificeret vidensgrundlag at træffe beslutninger ud fra, som kalder på styrkede rammebetingelser for klinisk forskning, systematisk evaluering og transparent prioritering af sundhedsteknologier. Der er altså behov for løsninger, som adresserer problematikker på flere niveauer – og dermed for flerstrengede indsatser. Dette fordrer aktiv involvering fra en række aktører, der i fællesskab fokuserer på at løse udfordringerne.

De udpegede indsatsområder er områder frem for konkrete initiativer. For at indsatsområderne kan omsættes til praksis, er det relevant at inddrage en række interessenter, bl.a. patienter og pårørende samt fagpersoner og lokale ledere, der med deres viden og fra deres ståsted kan operationalisere indsatsområderne.

5 Sektoropsamling: primære drivkræfter og indsatsområder

Mens de to forrige kapitler har haft fokus på drivkræfter og indsatsområder på tværs af sundhedsvæsenet, zoomer dette kapitel ind på de tre sektorer. Kapitlet gennemgår de primære drivkræfter og indsatsområder, der er identificeret for henholdsvis kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen.

Boks 5.1 Data og metode

- > Kapitlet er baseret på triangulering af fund på tværs af litteraturgennemgang og interviewundersøgelse.
- > Udvælgelsen af drivkræfter og indsatsområder er sket med afsæt i en samlet vurdering af afdækkede problemfelter og forslag til løsninger.
- > Fremhævede pointer er tværgående og fremhævet som væsentlige af interviewpersoner.
- > Kapitlet udgør ikke en udtømmende liste over drivkræfter og indsatsområder. Det er særligt vigtigt at være opmærksom på centrale udfordringer relateret til manglende sammenhæng i tværsektorielle overgange.
- > For hver sektor er inkluderet 1-2 eksempler på tiltag, der er fremhævet som inspiration til at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Indsatserne udgør samtidig eksempler på flerstrengede metoder, der kan inspirere til udvikling af lokal praksis mere generelt.

5.1 Den kommunale syge- og ældrepleje

Dette afsnit præsenterer de primære drivkræfter og forslag til løsninger, der er afdækket i relation til den kommunale syge- og ældrepleje.

Undersøgelsens datagrundlag peger på, at det er vigtigt at se sygeplejen – og dennes dokumentationspraksis – i sammenhæng med henholdsvis hjemmeplejen og de kommunale terapeutfaglige funktioner. Gennemgangen i de følgende afsnit følger denne anbefaling.

5.1.1 Primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation i kommunalt regi

De tre primære kilder til uhensigtsmæssig dokumentation i den kommunale syge- og ældrepleje, som undersøgelsen identificerer, beskrives og begrundes nedenfor.

Den paragraf-opdelte organisering har forskellige faglige og styringsmæssige logikker

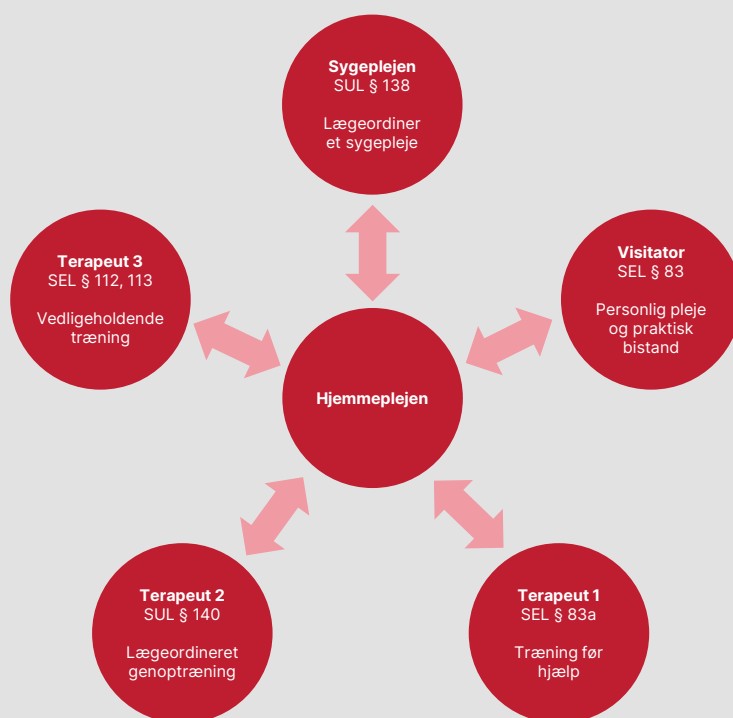
Undersøgelsen peger for det første på det aktuelle lovkompleks (serviceloven og sundhedsloven) som en væsentlig udfordring i den kommunale syge- og ældrepleje. Lovkomplekset opdeler den kommunale syge- og ældrepleje i en række adskilte paragraffer med forskellige funktioner, styringspraksisser og dokumentationspraksisser. Dette har afstedkommet en paragraf-opdelte organisering og adskilt faglig praksis (se også Topholm & Kürstein, 2023a). Den paragraf-opdelte organisering fremstår på det politiske og regulatoriske niveau som en central drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og tunge arbejds-gange, der dog også har indflydelse på det organisatoriske niveau og i mødet mellem borger og fagperson.

Dette er illustreret i Figur 5.1, der viser de paragraffer under serviceloven (SEL) og sundhedsloven (SUL), hvorigennem der tildeles indsatser til den enkelte borger i den kommunale syge- og ældrepleje. De forskellige lovgivninger og tilhørende paragraffer er i den typiske kommune fordelt på hver deres specialistfunktioner med tilhørende faglige standarder, kriterier for tildeling af ydelser og dokumentationspraksis. Hjemmeplejen i midten af figuren udgør den daglige og gennemgående funktion i hverdagen for de fleste borgere, som har behov for pleje. Derfor er det typisk også i regi af hjemmeplejen, at der foretages dokumentation for det borgernære arbejde, så de involverede specialistfunktioner kan følge med i, at ydelserne leveres som aftalt, samt følge op på, om der er behov for justering. Den paragraf-opdelte organisering medvirker til, at hjemmeplejens udførende medarbejdere og de visiterende specialister i det daglige ofte ikke ser hinanden fysisk. Kommunikation og vidensdeling sker derfor primært via den skriftlige dokumentation, og der opstår en praksis, hvor koordinering og vidensdeling får karakter af skriftlig dokumentation og overholdelse af kvalitetsstandarder.

Den paragraf-opdelte organisering og tilgang til dokumentation og kommunikation fremstår som kilde til dokumentationspraksisser, der tager tid fra borgerne: dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og dokumentation, som lokalt kan opleves som meningsløs.

Figur 5.1 Paragraffer og funktioner, som hjemmeplejen skal kommunikere og dokumentere skriftligt i forhold til

Figuren illustrerer de forskellige paragraffer med tilhørende funktioner, faglige standarder og dokumentationskrav, som den kommunale hjemmepleje skriftligt skal kommunikere og dokumentere i forhold til ved de enkelte borgere. Opdelingen i paragraffer fremstår som en kilde til tidskrævende dokumentationsarbejde, hvor samme oplysninger skal registreres flere steder. Paragraf-opdelingen fremstår også som en kilde til fragmenteret viden.



Kilde: Figuren er udviklet af projektchef Pia Kürstein Kjellberg, VIVE. De enkelte elementer i figuren er også fremhævet i interviews.

BUM-modellen, Fælles Sprog III og de kommunale omsorgssystemer forbindes med uhensigtsmæssig dokumentation

Undersøgelsen peger for det andet på, at BUM-modellen (bestiller-udfører-modellen, regulatorisk niveau) og de tilhørende arbejdsgange for tildeling og justering af ældreplejens indsatser (organisatorisk niveau) er en væsentlig drivkraft

for uhensigtsmæssig dokumentation og tunge arbejdsgange i den daglige praksis (professionelt niveau). BUM-modellen er et redskab til styring af offentlige ydelser, der bl.a. anvendes på ældreområdet. Intentionen er bl.a. at understøtte ensartet praksis, dokumentere og begrunde tildeling af hjælp på en måde, der understøtter retssikkerhed, samt at muliggøre konkurrenceudsættelse. Modellen sikrer adskillelse af bestiller (fx visitator ansat i kommunal myndighedsafdeling) og udfører (social- og sundhedsmedarbejdere). Bestiller og udfører har ofte forskellig viden om og perspektiver på borgeren, men er i denne model gensidigt afhængige af hinanden. Ofte er der dog ikke systematiserede muligheder for dialog mellem bestiller og udfører, hvilket leder til en udpræget brug af skriftlig dokumentation og kommunikation.

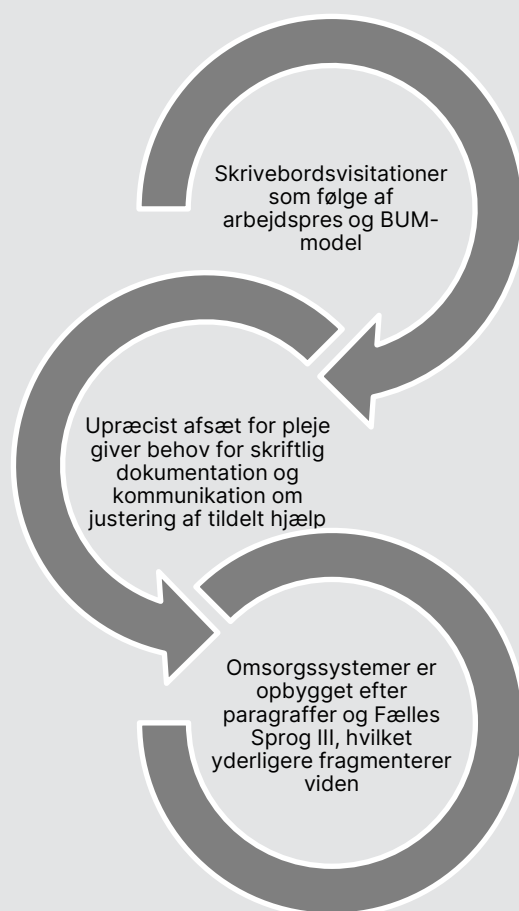
Figur 5.2 illustrerer, hvordan BUM-modellen vanskeliggør videndeling. Figuren illustrerer endvidere, hvordan opbygningen af de kommunale omsorgssystemer og tilhørende faglige standarder for dokumentation (Fælles Sprog III) afspejler den førnævnte paragraf-organisering og dermed ikke tager afsæt i borgeren. Dette kan føre til dobbeltdokumentation og besværlige dokumentationspraksisser. Ligeledes forbindes paragraf-organiseringen med risiko for tunnelsyn og fragmenteret viden, idet henholdsvis sygepleje, terapeut og hjemmepleje orienterer sig efter hver deres elementer og har meget forskellige billeder af borgers situation.

Figur 5.2 BUM-modellen som kilde til u hensigtsmæssig dokumentation

Figurens øverste cirkel illustrerer, at tildeling af personlig pleje og praktisk bistand efter servicelovens paragraffer i stigende grad sker ud fra en begrænset viden om borgerens faktiske behov. Grundet stort arbejdspress i visitationen er der behov for at prioritere i forhold til, hvilke borgere der skal have fysiske visitationssamtaler.

Figurens mellemste cirkel illustrerer, hvordan 'skrivebordsvisitationer' blandt de udførende medarbejdere giver en oplevelse af, at de tildelte ydelser ikke altid matcher borgernes faktiske behov. De udførende medarbejdere kan ikke selv ændre i de tildelte ydelser, og behov for justering af hjælp skal dokumenteres skriftligt. Dette fremstår som en kilde til tidskrævende og besværlig dokumentation, der er hyppig kilde til konflikt og misforståelser mellem bestiller og udfører.

Figurens nederste cirkel illustrerer, at omsorgssystemerne er opbygget efter paragraffer, og Fælles Sprog III betyder, at samme oplysninger skal dokumenteres flere steder. Dette er tidskrævende og gør det vanskeligt på tværs af relevante funktioner og fagpersoner at bevare et fælles overblik over borgerens situation og behov.



Kilde: Fremhævet i interviews og analytisk beskrevet i Topholm og Kürstein (2023b).

Det tredelte kommunale tilsynssystem tager afsæt i henholdsvis service- og sundhedslovens paragraffer

Paragraf-organiseringen og den tilhørende praksis for dokumentation er for det tredje afspejlet i den aktuelle tilsynsmodel for den kommunale syge- og ældrepleje. Der er således to statslige tilsynsfunktioner med fokus på henholdsvis sundheds- og serviceloven, samt et lokalt forankret ansvar for, at den enkelte kommune løbende fører tilsyn med sine enheder i forhold til de opgaver, der hører under serviceloven. Her befinder vi os således på det politiske og regulatoriske niveau.

Der peges i interviews og i tidligere undersøgelser på, at de forskellige tilsyn er overlappende og ikke altid koordinerede. Oplevelsen er også, at der bruges mange ressourcer på dokumentation i forbindelse med tilsyn, som tager tid fra det borgernære arbejde. Dette beskrives som en væsentlig kilde til dokumentation, der lokalt kan opleves meningsløs.

Der peges i interviews samtidig på, at blandt kilder til udstedelse af påbud er udfordringer relateret til ufuldstændig faglig dokumentation samt manglende evne til at kunne finde rundt i den tilgængelige dokumentation på tværs af de forskellige moduler i omsorgssystemerne.

5.1.2 Foreslåede indsatsområder i kommunalt regi

Undersøgelsen afdækker fire delvist sammenhængende forslag til indsatsområder, der afspejler de ovennævnte udfordringer relateret til paragraf-organiseringen. Disse præsenteres og begrundes nedenfor.

Ny lovgivning der samler personlig pleje, rehabiliteringsforløb og sygepleje under sundhedsloven:⁶ Ændret lovgivning – og derved politiske og regulatoriske beslutninger på nationalt niveau – fremstår i denne undersøgelse som et afgørende element til at understøtte det igangværende arbejde med at gentænke områdets organisering, faglige praksis og tilgang til dokumentation og vidensdeling. Der er blandt undersøgelsens interviewpersoner opbakning til at fortsætte det politiske og regulatoriske arbejde med at formulere en ny lov, der samler de eksisterende paragraffer fra syge- og ældreplejen, og som kan reducere dobbelt, besværlig og meningsløs dokumentation.

En samlet lovgivning forankret under sundhedsloven fremstår som et overordnet skridt, der kan få effekter på en række forskellige områder (fx tildeling af

⁶ Praktisk bistand foreslås fastholdt i regi af serviceloven og med nuværende praksis for tildeling af ydelser inden for rammerne af BUM-modellen. Udskillelsen af praktisk bistand som et adskilt område ses bl.a. som et middel til bedre udnyttelse af det uddannede sosu-personale i hjemmeplejen.

ydelser, organisering af dagligt arbejde, dialog mellem fagpersoner og borgere, tilsyn og udvikling af it-systemer).

En ny model for nærvsitation til hjemmepleje: Interviewpersoner med indsigt i den kommunale sektor foreslår at gentænke den kommunale visitationsmodel til personlig pleje mv., så den bygger mere på faglige vurderinger end forvaltningsretlige afgørelser – jf. forslag til nærvsitation i Figur 5.3. Formålet er at sikre en faglig visitation, der sker med afsæt i viden oparbejdet af de fagpersoner, der er tæt på borgeren, at lette løbende tilpasning af hjælpen samt at mindske dokumentationsbyrden i forhold til dette. Dette kan afstedkomme forandringer på både det organisatoriske og borgernære niveau og modvirke dobbelt, besværlig og meningsløs dokumentation.

Tværfaglighed og fokus på rehabilitering indgår som væsentlige elementer på lige fod med faglige retningslinjer for vurdering og systematisk revurdering af borgernes behov. Modellen forudsætter, at ansvaret for tildeling af ydelser forankres hos sygeplejersker og terapeuter. For at sikre borgernes retssikkerhed lægges der op til at etablere mulighed for klageadgang hos en uvildig borgerrådgiver.

Der eksperimenteres allerede med udvikling af tilgangen til visitation i en række kommuner – herunder i de syv kommuner, der har fået støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje til forsøg med selvvisitation i ældreplejen⁷. Anbefalingen er derfor dels at støtte op om dette arbejde, dels at der sikres et nationalt fokus på at anvende resultaterne i forlængelse af arbejdet med ny lovgivning.

⁷ https://sbst.dk/puljer-og-tilskud/ansoegningspuljer/alle-puljer/15853810_selvvisitationaeldreplejen

Figur 5.3 Model for kommunal nærvsitation

Figuren illustrerer et alternativ til den eksisterende BUM-model på ældreområdet. Modellen for nærvsitation skal understøtte, at tildeling af ydelser sker med afsæt i en fælles faglig vurdering fra de fagpersoner, der leverer plejen og derfor har et tæt kendskab til borgerens aktuelle behov. I modellen opereres der med 'visitation til døren', hvilket vil sige, at 'nye' borgere tilknyttes et tværfagligt team, der afdækker og fastlægger den hjælp, borgeren skal have, med afsæt i et opstartsforløb. Det indgår videre, at der (via sygeplejerske/terapeut) skal ske systematisk revurdering af borgerens behov (fx hver tredje måned) efter fastlagte faglige standarder. Modellen har som central præmis, at hjælp altid gives med et rehabiliterende sigte, samt at borgerne skal have adgang til at kunne klage til en borgerrådgiver i de tilfælde, hvor der er uenighed om den tildelte hjælp.



Note: Fremhævet i interviews og indgår i forarbejdet til 'En ældrepleje med tid til omsorg. Afrapportering fra regeringens rådgivende panel og ekspertgrupper' (Social- og Ældreministeriet, 2022).

Kilde: Udviklet og drøftet i regi af ekspertgruppe 2 vedrørende forberedelse af ny ældrelov (Andersen, Kjellberg and Skriver, 2022).

Et opgør med paragraf-opdelte kommunikations- og omsorgsjournaler: Flere interviewpersoner med kommunal indsigt peger på et behov for at udvikle et mere enkelt system til dokumentation og journalføring med fokus på faglige behov frem for de forskellige paragraffer og tilhørende funktioner. Dette vil kunne reducere dobbelt, besværlig og til tider meningsløs dokumentation. Der peges i

den forbindelse på, at ansvaret for systemudvikling og vedligeholdelse af omsorgsjournalernes moduler også på systemudviklingsniveau er placeret i adskilte enheder, som ikke i tilstrækkelig grad har en forståelse for helheden.

Anbefalingen er derfor at prioritere udvikling af de nuværende omsorgs- og dokumentationssystemer i samarbejde med udbydere og det kommunale område. Dette arbejde afhænger til dels af de ovenstående anbefalinger vedrørende lovgivning og visitationspraksis, da det er herfra, den paragraf-opdelte opbygning af omsorgssystemerne stammer, men involverer også ledere og medarbejdere og lokale politiske beslutningstagere.

Sammenlægning og forenkling af det kommunale tilsyn⁸ (det politiske og regulatoriske niveau): Det foreslås i den gennemgåede litteratur og blandt interviewpersoner med indsigt i det kommunale område, at Styrelsen for Patientsikkerhed i dialog med relevante aktører udvikler en forenklet model for tilsyn på ældreområdet. Til dette knytter sig for det første, at det nuværende ældretilsyn og det sundhedsfaglige tilsyn sammenlægges til ét helhedsorienteret tilsyn. For det andet opfordres der til et styrket fokus på reaktivt og risikobaseret tilsyn med henblik på at målrette de anvendte ressourcer til de steder, der har størst kvalitetsproblemer. For det tredje opfordres der til en kritisk gennemgang af antallet og indholdet af de målepunkter, der opereres med, samt et fortsat fokus på at sikre undervisning og dialog, når der afdækkes væsentlige kvalitetsproblemer. Dette vil kunne modvirke meningsløs dokumentation.

⁸ Disse anbefalinger matcher i høj grad afrapporteringen fra den arbejdsgruppe under Social- og Ældreministeriet samt Sundhedsministeriet, der i 2022 havde til opgave at etablere et vidensgrundlag for fremadrettet udvikling og forbedring af tilsynsområdet på det kommunale sundheds- og ældreområde (Social- Bolig- og Ældreministeriet, 2022)

Eksempel på fremhævet indsats i kommunalt regi

Sønderborg Kommune har i samarbejde med leverandøren af kommunens elektroniske omsorgsjournal og Dansk Selskab for Patientsikkerhed gennemført en kritisk gennemgang og revision af lokal praksis for registrering og dokumentation. Via projektet er der fjernet 92 papirskeemaer til registrering og gennemført 10 ændringer i omsorgsjournalen, der sparer tid og forbindes med øget arbejdsglæde. To væsentlige elementer i projektet har været at understøtte en kultur, hvor der er tillid til og lydhørhed over for medarbejdernes observationer om mulige forbedringer, samt at øge andelen af direkte borgertid, herunder også at større dele af dokumentationsarbejdet foretages i borgerens hjem for at øge tryghed og mindske risiko for fejl.

Med afsæt i projektet er der udarbejdet et inspirationskatalog (Lee, Rischel and Larsen, 2022), der inkluderer indføring i de anvendte metoder og læringspunkter fra arbejdet. Flere af denne undersøgelses interviewpersoner fremhæver dette projekt som et godt eksempel på, hvordan der på et generelt niveau kan arbejdes med kvalitet og forenkling af lokal dokumentationspraksis:

<https://patientsikkerhed.dk/wp-content/uploads/2023/02/inspirationskatalog-kvalitetogforenkling-september2022.pdf>

5.2 Almen praksis

Almen praksis' rolle som gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen og som tovholder for den enkelte patient fremstår centralt i forhold til at dæmme op for uhensigtsmæssig behandling. Undersøgelsen afdækker samtidig en oplevelse af, at almen praksis' rolle som gatekeeper og tovholder er under stort pres som følge af bl.a. nye behandlingsmuligheder, nye arbejdsdelinger med sekundær sektor samt øget efterspørgsel på attester, henvisninger og behandling.

De primære drivkræfter og forslag til indsatser, der gennemgås i de følgende afsnit, har særligt fokus på at styrke almen praksis og derigennem bidrage til prioritering af ressourcer i det samlede sundhedsvæsen ud fra LEON-princippet⁹.

⁹ LEON er en forkortelse for Lavest Effektive OmkostningsNiveau. En central præmis i forhold til almen praksis' gatekeeping er endvidere, at selv lave procentuelle ændringer i, hvor mange konsultationer i almen praksis der resulterer i viderehenvisning, har store konsekvenser for det specialiserede sundhedsvæsen.

5.2.1 Primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i almen praksis

Figur 5.4 illustrerer de fire primære drivkræfter i almen praksis for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, som er identificeret i undersøgelsen, og som tilsammen skaber et krydspres for de praktiserende læger.

Figur 5.4 Alment praktiserende lægers krydspres

Figuren illustrerer de fire primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, som tilsammen skaber et krydspres i den praktiserende læges patientrettede arbejde og dokumentation.



Kilde: Udviklet med afsæt i undersøgelsens interviews.

Øget patient- og systemgenereret efterspørgsel skaber øget aktivitet

I litteratur og interviews fremstår øget efterspørgsel på attester, henvisninger og behandling som en væsentlig kilde til uhensigtsmæssig behandling på det markedsmæssige niveau og niveauet for det kliniske møde. Dette kommer til udtryk via:

1. Patienters ønsker om fx antibiotika eller penicillin til syge børn, der ikke kan komme i daginstitution, eller ønsker om MR-scanninger og lignende på baggrund af ikke specificerede eller kortvarige rygsmerter.
2. Patienters og private forsikringssekskabers efterspørgsel på henvisninger for at sikre hurtig adgang til privat undersøgelse og behandling for patienter med private sundhedsforsikringer.
3. Kommunale krav om udredning og attester, bl.a. i relation til sygedagpengeområdet.

Fælles for de tre typer af efterspørgsel er for det første en oplevelse af, at der sker et skred i de faglige indikationer. Det stiller større krav til den enkelte læges dialog med og vejledning af patienter omkring indikationer for henvisning, risiko for bivirkninger og komplikationer mv. For det andet er de forskellige former for efterspørgsel ofte bundet op på rettigheder eller krav, som patienten møder i relation til daginstitutioner, kommunal sagsbehandling eller arbejdsgivere, der betaler for sundhedsforsikringen. Dette skaber et krydspres for praktiserende læger og kan sætte læge-patient-relationen under pres.

Kombineret med en travl hverdag i almen praksis med mange korte konsultationer vurderes det, at ovenstående forhold udgør en væsentlig kilde til både overdiagnostik og behandling med lav værdi. Dette understreges dels af Lykkegaard et al. (2022), der i en auditundersøgelse om defensiv medicin blandt praktiserende læger har vist, at der finder defensive handlinger sted i 12 % af konsultationerne. Den hyppigste defensive handling i Region Hovedstaden var 'henvisning', mens det i Region Syddanmark var 'blodprøver'. Dels understreges det af Andersen et al. (2017), der i en undersøgelse af private sundhedsforsikringer har vist, at 46 % af de adspurgte alment praktiserende læger ofte oplever at føle sig presset til at henvise en patient med privat sundhedsforsikring trods manglende faglig indikation. Endvidere viser undersøgelsen, at 11 % af lægerne altid henviser patienter med private sundhedsforsikringer.

Manglende tværsektoriel sammenhæng skaber uhensigtsmæssig aktivitet

I litteraturgennemgangen og i interviews ses en række eksempler på de teknologiske og organisatoriske niveauer, der leder til manglende tværsektoriel sammenhæng. Dette omfatter fx it-systemer, der taler dårligt sammen på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler. Men også en manglende forståelse for, hvilken dokumentation der er relevant på tværs af de tre sektorer. Denne manglende tværsektorielle sammenhæng og forståelse fremstår som en anden væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Mangelfuld og upræcis dokumentation beskrives som en kilde til mangelfuldt overblik (informationsoverload), der tager tid fra patienterne og øger risikoen for

fejl i almen praksis. Oplevelsen er samtidig, at almen praksis mødes med stigende krav til dokumentation og deling af denne til andre aktører, hvilket yderligere tager tid fra patientkonsultationerne og medvirker til meningsløs dokumentation.

I relation til fx opfølgning og medicinsk behandling fremstår det yderligere som en udfordring, at mange undersøgelser (fx blodprøver) gentages unødigt på tværs af sektorovergange, samt at ændringer i medicinering ikke altid koordineres godt nok på tværs af almen praksis og hospital. Dette kan lede til overdiagnostik og behandling med lav værdi.

Øget standardisering udgør en drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Undersøgelsen har afdækket, at en øget brug af standardforløb, udredningspakker og sygdomsspecifikke vejledninger forbindes med risiko for uhensigtsmæssig behandling på det politiske og regulatoriske samt organisatoriske niveau. Øget standardisering er således en tredje drivkraft og kan lede til overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad og til besværlig dokumentation. Øget standardisering ses for det første som en drivkraft i forhold til, at adgangen til udredning i pakkeforløb og lignende på nogle områder opleves nemmere end adgangen til specifikke undersøgelser, hvilket kan føre til besværlig dokumentation og overdiagnostik. Derved ses en risiko for, at praktiserende læger ser sig nødsaget til at tilpasse deres henvisninger til 'pakken', hvorved der inkluderes undersøgelser og udredning, som ligger ud over det, henvissende læge reelt ønsker undersøgt.

Tilsvarende ses en udfordring relateret til fremkomsten af stadig flere kliniske vejledninger, der sætter standarden for opfølgning og behandling med afsæt i enkeltdiagnoser. Det beskrives for det første som et problem, at de fleste vejledninger mangler fokus på afslutning af behandling, hvilket kan lede til behandling med for høj specialiseringsgrad. For det andet kan det være en udfordring at matche diagnosespecifikke vejledninger til komplekse og multisyge patienter. Frygt for klager og fejl (uddybes nedenfor) ses i denne sammenhæng også som en drivkraft for at følge hver enkelt vejledning frem for at tilpasse tilgang og antal af opfølgingskonsultationer, prøver og medicin til den enkelte patient. Derved opstår risiko for defensive dokumentationspraksisser for at beskrive, hvad man ikke har gjort. Det øger også risiko for overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad.

Frygt for fejl, klager og sanktioner skaber defensive praksisser

Frygt for fejl og klager samt sanktioner fra tilsyn fremhæves i interviews som en fjerde drivkraft for defensiv og meningsløs dokumentation samt overdiagnostik i almen praksis. Det fremgår samtidig, at risikoen for klager sættes i relation til

det krydspres, der er forbundet med rollen som gatekeeper i forhold til efterspørgsel på henvisninger og attester mv., der er gennemgået ovenfor. Dette krydspres forbindes – uagtet det reelle omfang af klager og sanktioner – med defensive handlinger i det kliniske møde.

5.2.2 Foreslåede indsatsområder i relation til almen praksis

Undersøgelsen identificerer nedenstående fire forslag til indsatser målrettet almen praksis, der ligger i forlængelse af gennemgåede drivkræfter.

Styrke almen praksis fagligt og kapacitetsmæssigt: Indsatser på det politiske og regulatoriske niveau kan styrke almen praksis fagligt og kapacitetsmæssigt med henblik på at kunne håndtere mere behandling og opfølgning i primær sektor. Dermed kan overdiagnostik og behandling med lav værdi undgås, og det kan sikres, at behandling sker på rette specialiseringsniveau. Indsatsen kræver dels et fokus på det pres for attester og henvisninger, der opstår med øget brug af private sundhedsforsikringer. Herunder opfordres der særligt til at vurdere hensigtsmæssigheden i, at almen praksis i mange tilfælde varetager gatekeeper-funktionen i forhold til forsikringselskaber (se Andersen *et al.*, 2017). Dels kræver den, at der sikres reelle muligheder for at løse udredningsopgaver, som ikke falder inden for et standardforløb (fx adgang til parakliniske undersøgelser og mulighed for at få specialistvejledning uden at henvise patienten).

Øget brugervenlighed og kompatibilitet af it-systemer: I forhold til de teknologiske og organisatoriske niveauer er brugervenlighed og kompatibilitet af it-systemer sammen med en eksplicitering af principper for tværsektoriel dokumentation fortsat et opmærksomhedspunkt. En fortsat opmærksomhed på disse forhold kan medvirke til at reducere antallet af gentagne undersøgelser samt minimere videnstab relateret til besværlig og meningsløs dokumentation. Dette relaterer sig således både til udviklere, politisk-administrative beslutningstagere, lokale ledelser og faglige organisationer. Som et positivt eksempel fremhæves Det Fælles Medicinkort, der systemteknisk fungerer som en cloudbaseret løsning, hvor relevante sundhedsfaglige har adgang til den samme viden. Placeringen uden for de enkelte sektors journalsystemer betyder samtidig, at ændringer i medicinering mv. er umiddelbart tilgængelige for alle involverede.

Udvikling og opdatering af vejledninger: Det igangværende arbejde med at udvikle og opdatere vejledninger med viden om medicinseponering og stop af behandling kan med fordel understøttes. En eksplicitering i vejledninger af, hvornår og hvordan behandling bør ophøre samtidig med et øget fokus på at kommunikere alternativer til den nuværende behandling, fremhæves som eksempler på, hvad der kan understøtte beslutning og kommunikation om behandlingsniveau. Dette vil give redskaber til beslutninger og kommunikation om behandlingsniveau i det kliniske møde. Arbejdet er igangsat i et samarbejde mellem

myndigheder/styrelser og faglige selskaber og kan modvirke overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad.

Udvikling af tilsyns- og klagesystemer (det regulatoriske niveau): Undersøgelsens interviewpersoner anbefaler at fortsætte det arbejde med at udvikle tilsyns- og klagesystemer i relation til almen praksis, der allerede finder sted i regi af styrelser og faglige selskaber. Arbejdet indebærer et fokus på at a) sikre meningsfuld dokumentation, b) støtte almen praksis i rollen som gatekeeper, c) understøtte et lærende tilsyn med mulighed for at indgå med dialog og vejledning, når der afdækkes kvalitetsproblemer, og d) understøtte kendskab og anvendelse af eksisterende mulighed for tidlig dialog mellem læge og patient i forbindelse med klager. Udviklingen af tilsyns- og klagesystemet kan modvirke meningsløs dokumentation samt overdiagnostik og behandling med lav værdi.

Eksempler på fremhævede indsatser i almen praksis

Vælg Klogt-initiativet fremhæves som et generelt tiltag, der med fordel kan bakes op om – ikke mindst i forhold til at understøtte udbredelse og implementering af de anbefalinger, der udvikles.

Anbefalingen vedrørende udredning af lænderygsmærter fremstår som et konkret eksempel på, hvordan det via en flerstrengt og vedholdende indsats kan lykkes at mindske u hensigtsmæssige undersøgelser. Anbefalingen er fulgt op af regionalt udviklede anvisninger til implementering i forhold til information og mulighed for sparring til klinikere, information målrettet patienter og vejledning, der styrker objektive undersøgelser og skarpe henvisninger i almen praksis.

<https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/laenderyg/scan-mindre-materialer-og-raad-til-hvordan>

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) samarbejder med Odense Deprescribing Initiative (ODIN) om at udvikle en fælles evidensbaseret vejledning vedrørende afmedicinering, prioritering og forebyggelse af polyfarmaci. Målet med vejledningen er særligt at råde bod på, at der aktuelt mangler beslutningsstøtte og dialogstøtte i forhold til almen praksis' arbejde med af afslutte medicinsk behandling. Vejledningen er under udarbejdelse og vil blive offentliggjort på DSAM's hjemmeside, når den er klar.

<https://www.dsam.dk/?FLXA=NewsletterShow&newsletterId=699>

5.3 Det somatiske hospitalsvæsen

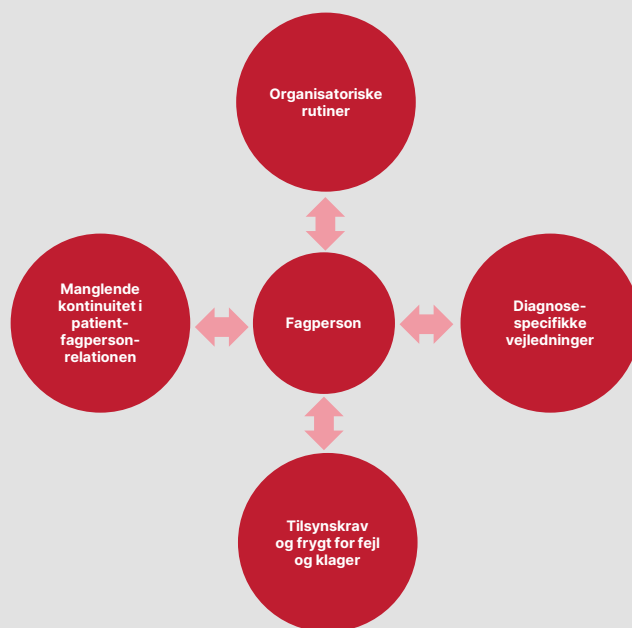
Udredning og behandling i hospitalsvæsenet fremhæves som potentielle kilder til særligt omkostningstung (for samfund og patient) og u hensigtsmæssig dokumentation og behandling. Det gælder for det første, fordi der er tale om dyre indsatser, hvortil der er knyttet mange muligheder for yderligere specialiseret udredning og behandling, og for det andet, fordi organiseringen er kompleks med mange organisatoriske enheder samt rutiner og standardprocedurer for udredning, behandling og opfølgning.

5.3.1 Primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det somatiske hospitalsvæsen

Figur 5.5 illustrerer de fire primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der er identificeret i forhold til hospitalsvæsenet, og som udgør et krydspres, som især læger i det somatiske hospitalsvæsen står i.

Figur 5.5 Krydspres i det somatiske hospitalsvæsen

Figuren illustrerer det krydspres, som de primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling udgør, og som fagpersoner (og særligt læger) i det somatiske hospitalsvæsen dermed står i.



Kilde: Udviklet med afsæt i undersøgelsens interviews.

Organisatoriske rutiner som drivkraft for uhensigtsmæssig behandling

Litteratur og interviews peger på, at organisatoriske rutiner er en væsentlig drivkraft for behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad på det organisatoriske niveau. Rutinerne indebærer, at kontroller, fremmøde og korte *one-size-fits-all*-konsultationer tilbydes pr. automatik. Dette fremhæves særligt i relation til ambulans opfølgning og kontrol samt i relation til at vælge subakutte alternativer til indlæggelse. Det fremhæves også i forhold til

manglende prioritering af, hvilke prøver og undersøgelser der rutinemæssigt bestilles, når patienter udredes i den fælles akutmodtagelse.

Diagnosespecifikke vejledninger vanskeliggør det kliniske arbejde

En anden væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i relation til hospitalsvæsenet er diagnosespecifikke vejledninger på det regulatoriske niveau. Denne problemstilling fremhæves særligt i relation til multi-syge og komplekse patienter, hvis fagpersoner vælger at følge alle principper i hver enkelt vejledning, eller hvis de fravælger nogle, hvilket tilsammen kan medføre henholdsvis meningsløs dokumentation og risiko for overdiagnostik eller behandling med for høj specialiseringsgrad. Desuden peges på risiko for uhensigtsmæssig behandling, når vejledninger opleves som styrende og ledsages af frygt for tilsyn og klager. Endelig ses det som en udfordring, at vejledninger primært tager afsæt i opstart af behandling og har mindre fokus på seponering/ behandlingsophør.

Tilsynskrav og frygt for fejl og klager

I litteraturen og interviews fremstår tilsynskrav og frygt for fejl og klager med udspring i det regulatoriske niveau også i det somatiske hospitalsvæsen som en væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. På tværs af interviewpersoner med indsigt i det somatiske hospitalsvæsen fortæles om en stigende tendens til at dokumentere proces og ikke-fund og til at skulle honorere målstyringskrav, tilsynskrav og divergerende krav i vejledninger. Denne udvikling vurderes at tage tid fra patienter, bidrage til demotivation samt medvirke til manglende overblik i patientjournalen. Der er således risiko for både meningsløs dokumentation og overdiagnostik samt behandling med lav værdi.

Manglende kontinuitet i patient-fagperson-relationen medvirker til uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Der er tale om en generel udfordring, der kommer til udtryk mange steder i hospitalsregi, men i det aktuelle datamateriale sættes den særligt i relation til fastlæggelse af behandlingsniveau ved livets afslutning og dermed på niveauet for det kliniske møde. Her fremhæves det, at et manglende indbyrdes kendskab og episode-konsultationer gør det vanskeligere at få drøftet behandlingsniveau og lettere at fortsætte den allerede iværksatte behandling eller tilføje yderligere behandling med risiko for behandling med for høj specialiseringsgrad. Den manglende kontinuitet, ofte kombineret med forskellige faglige logikker i relation til henholdsvis onkologisk behandling og palliation, fremstår dermed som kilde til uhensigtsmæssig behandling og som en risiko i forhold til at overse patienters ønsker og behov i den sidste tid.

5.3.2 Foreslåede indsatsområder i somatisk hospitalsregi

Undersøgelsen identificerer med afsæt i de gennemgåede primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling nedenstående fire forslag til indsatser målrettet somatisk hospitalsregi.

Understøtte en systematisk 'stop-op-kultur':¹⁰ En stop-op-kultur på tværs af organisatoriske niveauer kan skabe rum for kritisk refleksion over eksisterende praksis; dette med henblik på at gøre op med vanetænkning (fx i form af standardkontroller og standardpakker for prøvetagning) og dermed indirekte modvirke de forskellige typer af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Dette omfatter også den politisk administrative styring, hvor der er behov for kritisk refleksion for at undgå, at enkeltsager automatisk fører til udrulning af generelle standarder. Et øget fokus på, hvad der ikke virker, og på af-implementering af nuværende behandlingstilbud, vil ligeledes kunne styrke en kritisk refleksion og skabe bedre vilkår for fagpersoners prioritering.

Gennemgang og revision af vejledninger: En reorganisering af vejledningsområdet vil indebære, at myndigheder og faglige organisationer i samarbejde inkorporerer viden om behandlingsstop, sikrer koordinering af vejledninger på tværs af specialer/sygdomme, håndterer kapacitetsspørgsmål, inddrager flere fagligheder og sikrer uvildighed i udarbejdelse og opdatering af vejledninger. Specielt fremhæves behovet for at involvere relevant ekspertise i relation til patologi, klinisk genetik og billeddiagnostik. Dette begrundes med et behov for at sikre en hensigtsmæssig balance mellem diagnostisk udredning, fund og igangsættelse af relevant behandling.

Der advares samtidig mod, at kliniske vejledninger i sig selv ikke må overvurderes som løsning, hvorfor det også er vigtigt, at vejledninger bakkes op af velfungerende rammer for supervision og vigtigheden af det lægefaglige skøn – særligt i forhold til yngre læger. En sådan gennemgang vil således kunne modvirke meningsløs dokumentation, overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad.

Dialog om tilsyn og balancen mellem læring og påbud: Under dette punkt peges på behovet for, at aktører på tværs af tilsyn, hospitaler og faglige organisationer påtager sig et fælles ansvar for fremadrettet dialog og udvikling. Dette skal bl.a. ske med henblik på at sikre en bedre balance mellem de sundhedsfagliges opfattelser af tilsynet og deres afledte praksis sammenholdt med det fakti-

¹⁰ Behovet for en 'stop-op-kultur' og en test-kultur i relation til den kliniske hverdag udgør også en generel pointe i forhold til sundhedsvæsenet som helhed.

ske antal sundhedsfaglige, der på årsbasis bliver udsat for sanktioner og politianmeldelse. Det vil kunne reducere meningsløs dokumentation og behandling med lav værdi.

Støtte op om initiativer, der fremmer kontinuitet: På niveauet for det kliniske møde er udviklingen af patient-fagperson-relationen et indsatsområde. Udviklingen kan fremme brug af beslutningsstøtte- og samtaleværktøjer for bl.a. at fremme fælles beslutninger om rette behandlingsniveau, hvorved behandling på et for højt specialiseringsniveau kan modvirkes.

Det understreges i denne sammenhæng også, at udfordringen relateret til kontinuitet er kompleks og grundlæggende svær at løse. Det er den for det første på grund af hospitalsvæsenets specialiserede organisering, og for det andet, fordi der aktuelt og fremadrettet forventes stigende udfordringer relateret til rekruttering og fastholdelse af personale i dele af hospitalsvæsenet. Omvendt fremhæves kontinuitet også som fremmende for arbejdsglæde og motivation hos fagpersoner.

Ud over et fokus på redskaber målrettet den kliniske praksis fremhæves det derfor også som en central ledelsesopgave og som et politisk-administrativt ansvar at arbejde med de kliniske rammebetingelser fremadrettet.

Eksempler på fremhævede indsatser i somatisk hospitalsregi

Polyfarmaci: Oprydning og seponering af medicin: Optimiststudiet: Et lodtrækningsstudie af ældre, internmedicinske patienter har vist, at en udvidet medicingennemgang under indlæggelse kan reducere risikoen for medicinrelaterede genindlæggelser og give en sundhedsøkonomisk gevinst (Ravn-Nielsen et al., 2018). Se fx <https://patientsikkerhed.dk/udvidet-medicingennemgang-forebygger-genindlaeg-gelser-og-det-betaler-sig/>.

Indsatser relateret til udredning og behandling i den sidste levetid: Flere projekter har afprøvet metoder til at gøre fagpersoner bedre i stand til at tage samtaler med patienter og pårørende om ønsker til den sidste levetid og behandlingsniveau. Se eksempler: <https://patientsikkerhed.dk/projekter/klar-til-samtalen/>

6 Konklusion

Denne undersøgelse har haft til formål at bibringe en forståelse af, hvad uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er, og hvordan disse fænomener kan begrebsliggøres i en dansk sammenhæng. Derudover har formålet været at bibringe viden om, hvad der driver uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og at give en oversigt over mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig aktivitet i sundhedsvæsenet.

I dette afsluttende kapitel giver vi en kort opsamling af undersøgelsens overordnede fund i relation til det begrebsmæssige, drivkræfter og indsatsområder.

6.1 Væsentligt potentiale for at skabe forbedringer

Helt overordnet afdækker undersøgelsen et væsentligt potentiale ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Selvom undersøgelsen ikke gør det muligt at kvantificere omfanget af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, er der på tværs af alle interviewpersoner enighed om, at der er tale om vigtige problemområder, der kalder på handling. Af litteratur og interviews fremgår, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling kan have negativ betydning for ressourceforbrug og kapacitet i sundhedsvæsenet, kan reducere medarbejdermotivation og -trivsel samt medføre direkte og indirekte skadelige virkninger og beslutninger for patienter og pårørende. Ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er der et væsentligt potentiale for at sikre behandling til de personer, som har størst behov, forbedre arbejdsmiljøet for de ansatte i sundhedsvæsenet, øge den faglige kvalitet og udnytte de økonomiske ressourcer bedre.

6.2 Forskellige typer uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

I beskrivelsen af uhensigtsmæssig aktivitet i sundhedsvæsenet benyttes en række begreber og forståelser, der både vanskeliggør estimeringer af problemets omfang og debatten på området. Med afsæt i denne undersøgelse foreslår vi begreberne 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling' for at imødekomme udfordringerne relateret til denne pluralisme. Uhensigtsmæssig dokumentation sætter fokus på, at det 'uhensigtsmæssige' ikke kun afspejler den måde, som formelle krav er udformet, men også hvordan

kravene opfattes og implementeres af fagpersoner og ledere i sundhedsvæsenet. U hensigtsmæssig behandling forstås som behandlingsaktivitet, hvor de krævede ressourcer ikke står mål med værdien for patienter og samfund. Hvad der opfattes som uhensigtsmæssigt, kan derfor afhænge af, hvor i en organisation man er placeret, hvilken faggruppe man tilhører, eller den situation patienten befinder sig i. Dermed kommer der med det uhensigtsmæssige et fokus på at forstå konteksten.

Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling kan komme til udtryk på flere måder. Hvad angår uhensigtsmæssig dokumentation, skelner vi mellem dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og meningsløs dokumentation. Hvad angår uhensigtsmæssig behandling, skelner vi mellem overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad. Med dette begrebsmæssige afsæt har vi søgt at etablere en begrebsramme for at kortlægge og debattere, hvordan dokumentationspraksisser og behandlingsaktiviteter kan medvirke til, at sundhedsvæsenets ressourcer anvendes bedst muligt.

VIVE foreslår derfor at anvende begreberne uhensigtsmæssig dokumentation og uhensigtsmæssig behandling både i generelle debatter om uhensigtsmæssig aktivitet i sundhedsvæsenet og på det mere konkrete niveau, når løsninger skal identificeres.

6.3 Drivkræfter opstår på mange niveauer

Undersøgelsen har vist, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er komplekse problemfelter, der opstår som konsekvens af en række drivkræfter. Disse drivkræfter opstår på flere niveauer i sundhedsvæsenet og med afsæt i flere faktorer samtidig. En uhensigtsmæssig aktivitet opstår som konsekvens af en række drivkræfter på forskellige niveauer, der interagerer og hænger sammen på tværs.

For at forstå en mulig uhensigtsmæssig aktivitet er det således vigtigt ikke kun at afdække, hvad og for hvem den er uhensigtsmæssig. Det er også centralt at få afdækket, hvilke drivkræfter på hvilke niveauer der leder til, at aktiviteten opstår og består. Uden denne grundige problemafdækning, der sikrer, at man adresserer problematikkerne på flere niveauer, er der risiko for, at man løser de forkerte problemer eller løser problemerne forkert.

VIVE foreslår derfor, at drivkræfter og deres sammenhæng på forskellige niveauer afdækkes, når en given uhensigtsmæssig aktivitet undersøges.

6.4 Behov for flerstrengede indsatser

Fordi problematikker omkring uhensigtsmæssig dokumentation og behandling opstår på flere niveauer, kan udfordringerne med uhensigtsmæssig dokumentation og behandling ikke løses med enkeltstående tiltag – de fordrer flerstrengede indsatser. Det betyder, at der til de komplekse og sammenhængende problematikker ikke er nogen simple løsninger, men at løsninger skal findes på tværs af niveauer med involvering af en række aktører. På strukturelt niveau er det nødvendigt at tænke i langsigtede og flerstrengede indsatser, som er bredt forankret i – og omkring – sundhedsvæsenet.

VIVE anbefaler derfor at arbejde med flere interessenter og en flerstrengt løsningsmodel med en række interventioner og løsninger på tværs af niveauer, når problematikker vedrørende uhensigtsmæssig aktivitet skal håndteres. Dermed opnås indsatser, der kan få praktisk betydning på flere niveauer.

På baggrund af undersøgelsens resultater fremhæver VIVE nedenstående sektorspecifikke indsatsområder. Indsatsområderne er udvalgt, fordi de netop lægger op til flerstrengede indsatser og vurderes at kunne gøre en praktisk forskel for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet samt for patienter og pårørende:

1. **Integration af lovkomplekser og opgør med paragraf-organisering i den kommunale syge- og ældrepleje:** Sikre bedre overensstemmelse mellem formuleringer i sundheds- og serviceloven, som regulerer arbejdet i den kommunale syge- og ældrepleje, og gøre op med den stærke paragraf-organisering, som reducerer muligheden for at udøve faglige skøn. Dette vil kunne få afledte effekter på flere områder, herunder tilsyn, opbygning af it-systemer samt udførelsen af det borgernære arbejde.
2. **Bedre mulighed for gatekeeping i almen praksis:** Styrke alment praktiserende lægers muligheder for at udfylde gatekeeper-rollen og dermed bidrage til en sundhedsfaglig forsvarlig prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette kræver dels et fokus på at nedbringe efterspørgslen på lægeattester og henvisninger fra bl.a. private sundhedsforsikringer og kommuner, dels at der skabes bedre mulighed for at løse udredningsopgaver i primærsektoren og varetage behandling af mere plejkrævende borgere i samarbejde med kommunerne.
3. **Understøttelse af en systematisk 'stop-op kultur' på hospitalsområdet:** Understøtte en stop-op-kultur, hvor kritisk refleksion i forhold til eksisterende praksis værdsættes og understøttes på alle organisatoriske

niveauer i sundhedsvæsenet. Dette vil dels indebære en målrettet indsats fra myndigheder, faglige selskaber og patientorganisationer for at sikre dialog om omfang og sammenhæng mellem klager, sanktioner og politianmeldelser for at modvirke defensiv adfærd. Dels vil det indebære, at der tilvejebringes bedre beslutningsgrundlag for prioritering og afslutning af behandling, ved at man understøtter et systematisk, klinisk relevant evaluerings- og forskningsarbejde samt fælles beslutningstagning mellem fagpersoner, patienter og pårørende.



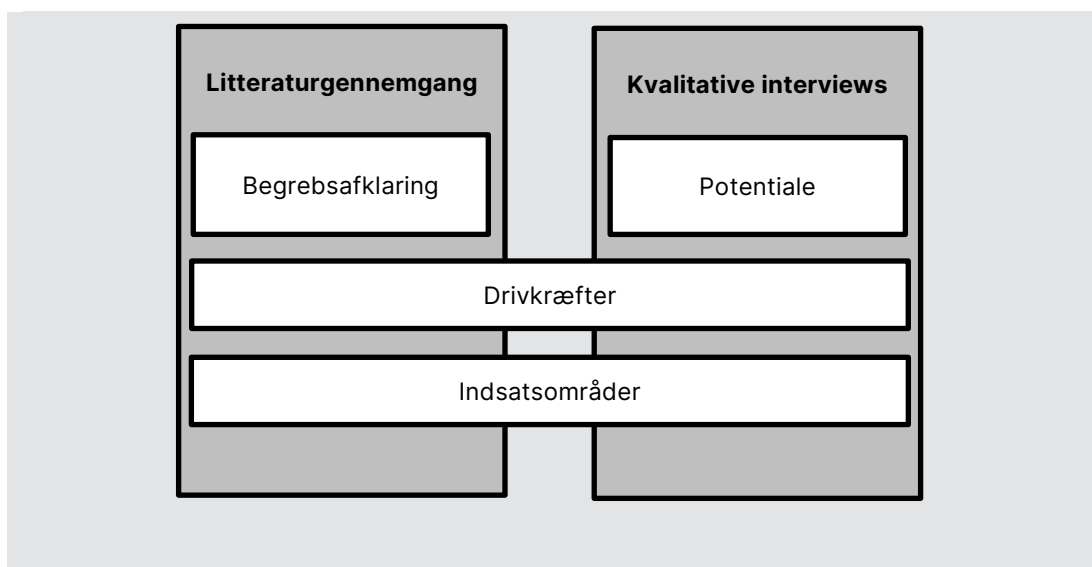
DEL 2

Metodisk grundlag

7 Design og metode

I dette kapitel beskriver vi det metodiske grundlag for undersøgelsen, der er gennemført i foråret 2023. Formålet med undersøgelsen var at bidrage til at kvalificere vidensgrundlaget for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i en dansk kontekst. Vi har derfor anvendt et undersøgelsesdesign (se Boks 7.1) bestående af en gennemgang af udvalgt litteratur for at skabe en overordnet begrebsramme og et overordnet indblik i drivkræfter og indsatsområder samt en kvalitativ interviewundersøgelse, som giver detaljeret og kontekstuel viden om drivkræfter og mulige indsatsområder.

Boks 7.1 Undersøgelsesdesign



Undersøgelsen er gennemført på seks uger, hvorfor det har været nødvendigt at foretage de to delstudier parallelt. Delstudiernes resultater er løbende diskuteret på tværs. Dette er sket, dels for at indsigter fra litteraturen er bragt ind i interviews, dels for at litteraturforslag afdækket i interviews er inkluderet i litteraturgennemgangen.

Undersøgelsen har taget afsæt i det danske sundhedsvæsen og er afgrænset empirisk til kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Psykiatri-området er således ikke en del af undersøgelsen. I forhold til kommunal syge- og ældrepleje har fokus kun været på uhensigtsmæssig dokumentation.

Undersøgelsens begrebsmæssige afsæt var 'unødig dokumentation' og 'overbehandling'. Begreberne 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling', der anvendes i denne rapport, er udviklet af projektgruppen (se kapitel 2).

7.1 Litteraturgennemgang: metode og datagrundlag

Formålet med litteraturgennemgangen har været – inden for rammerne af undersøgelsen – at bidrage til begrebsafklaring og at udvikle typologier, der kan understøtte en nuanceret forståelse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Derudover har litteraturgennemgangen bidraget til kortlægningen af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling og – i mindre grad – mulige indsatsområder. Analysen har fulgt principper fra kritisk fortolkende litteratursyntese (Dixon-Woods *et al.*, 2006). Der er ikke tale om en udtømmende, systematisk litteraturgennemgang på grund af de ressource- og tidsmæssige rammer for undersøgelsen.

7.1.1 Litteratursøgning og udvælgelse

Litteratursyntesen har inkluderet både peer-reviewed forskningspublikationer og grå dansksproget litteratur.

Litteratursøgning og udvælgelse er foregået i en iterativ proces:

- > **Sekretariat for Kommissionen for Robusthed i Sundhedsvæsenet/Kommissionen** har bidraget primært med grå litteratur.
- > **VIVE har sideløbende kontaktet danske forskningsmiljøer** med henblik på at identificere relevant forskningslitteratur.

Disse indledende søgninger resulterede i 74 publikationer, som vi screenede på titel og abstract.

Screeningen blev foretaget ud fra følgende kriterier:

1. **Emne:** Vi har udvalgt grå litteratur og forskningspublikationer, som belyser et eller flere delelementer i undersøgelsen: 1) definitioner/typologi, 2) drivkræfter og 3) indsatsområder. Forskningslitteratur er udvalgt med henblik på dels at informere den begrebslige forståelse og udvikle typologier, dels at beskrive drivkræfter på et generisk niveau. Grå litteratur

fra Danmark er udvalgt med henblik på at bidrage til kontekstualisering af drivkræfter og identificere mulige indsatsområder.

2. **Analyseniveau:** Vi har udvalgt publikationer, som behandler generiske problemstillinger frem for specifikke kliniske eksempler på fx overbehandling – både i forhold til den grå og den videnskabelige litteratur. Denne afgrænsning afspejler litteratursyntesens formål om at bidrage til en konceptuel afklaring og overordnet kortlægning af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling frem for at afdække specifikke, kliniske problemstillinger.
3. **Empirisk fokus:** For den grå litteratur har vi søgt at inkludere publikationer, som afdækker drivkræfter og mulige indsatser i almen praksis, det somatiske hospitalsvæsen og den kommunale syge- og ældrepleje.
4. **Periode:** Vi har som udgangspunkt afgrænset perioden til 2015-2023 for at sikre aktualitet og relevans.
5. **Kvalitet:** Vi har inkluderet litteratur, hvor der er transparens omkring metode og datagrundlag, og hvor vi vurderer, at den interne validitet er tilstrækkelig.
6. **Ressourcer:** Hvis samme resultater eller pointer er fremført i flere publikationer, har vi som udgangspunkt kun inkluderet den nyeste af hensyn til at kunne gennemføre analysen inden for undersøgelsens tidsmæssige og økonomiske ramme.

Via screeningen udvalgte vi 23 publikationer, som blev gennemlæst og analyseret. I forbindelse med denne læsning identificerede vi yderligere relevant litteratur via litteraturlister. Denne litteratur blev inddraget, hvis den bidrog med nye pointer eller nuancer til begrebsafklaringen eller kortlægningen af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Blandt andet blev der udvalgt enkelte kilder, som bidrog med forståelse af klassiske definitioner på overbehandling og 'red tape'.

Samlet førte dette til udvælgelse af 15 publikationer, som omhandler uhensigtsmæssig dokumentation, og 19 publikationer, som omhandler uhensigtsmæssig behandling.

En liste over den udvalgte litteratur kan ses i Bilag 1 og Bilag 2.

7.1.2 Analyseproces

Ved gennemlæsning af publikationerne har vi identificeret og udtrukket passager, som indeholder: 1) definitioner og analytiske overvejelser om forskellige måder at begrebsliggøre uhensigtsmæssig dokumentation og behandling på, 2)

beskrivelser af drivkræfter og mekanismer, som kan føre til uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og 3) forslag til og eksempler på indsatser, der kan bidrage til at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Teksten blev løbende samlet i tabeloversigter sammen med vores indledende analytiske kommentarer. Tabeloversigterne blev derefter drøftet i projektgruppen med henblik på at udlede analytiske antagelser ved forskellige måder at begrebsliggøre uhensigtsmæssig dokumentation og behandling samt beskrive drivkræfter på. Disse drøftelser ledte os dels frem til at tale om *uhensigtsmæssig* dokumentation og behandling (i kontrast til eksempelvis 'overbehandling') for at fordre en kontekstafhængig forståelse af fænomenerne og muliggøre en bred analyseramme.

Sideløbende med udarbejdelsen af tabeloversigterne arbejdede vi med at udvikle modeller, som kunne sammenfatte og visualisere de væsentligste pointer. Modellerne fungerede samtidig som et analyseværktøj på den måde, at de tvang os til at drøfte og forholde os eksplicit til relationerne mellem forskellige typer drivkræfter i projektgruppen. Modellerne med cirklerne, der er indlejret i hinanden, blev valgt for at illustrere pointen om, at drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling opstår på flere forskellige niveauer, som kan påvirke hinanden gensidigt og derfor kalder på flerstrengede indsatser.

Modellerne er udviklet med henblik på at skabe overblik over forskellige typer drivkræfter og mulige indsatsområder. Formålet har således været at bidrage til en bred afdækning – ikke at prioritere eller rangordne drivkræfter og indsatsområder i forhold til deres betydning i det danske sundhedsvæsen.

7.2 Kvalitativ interviewundersøgelse: metode og datagrundlag

Formålet med den kvalitative interviewundersøgelse var inden for undersøgelsens rammer at udforske forståelser, drivkræfter og mulige indsatsområder, som de anskues af nøgleaktører i sundhedsvæsenet. Interviewundersøgelsen bestod af to runder, hvor runde 1 havde et eksplorativt fokus, mens runde 2 havde til formål at kvalificere de indledende fund.

7.2.1 Metode for interviewrunde 1 og 2

Interviewene er gennemført som virtuelle interviews med en varighed af ca. 1 time. To af forfatterne deltog i alle interviews som skiftevis interviewer eller referent. Interviewene er lydoptagede med interviewpersonernes accept. Der er

desuden skrevet udførlige noter af hvert interview, som efter gennemskrivning og i et enkelt tilfælde en gennemlytning af interviewet er anvendt som afsæt for analysearbejdet.

Ikke alle faggrupper/kliniske områder er repræsenteret i interviewundersøgelsen. Dette skyldes bl.a. den korte tidsramme, og at nogle mulige interviewpersoner ikke besvarede vores henvendelser. I interviewundersøgelsens kommunale del var der alene fokus på uhensigtsmæssig dokumentation. Antallet af interviewpersoner i denne del er begrænset, men interviewpersoner fra de øvrige sektorer og fra de tværgående initiativer/organisationer har suppleret med relevant viden, bl.a. ud fra indgående sektorkendskab og erfaringer med det tværsektorielle samarbejde. Desuden besidder VIVE en væsentlig viden på det kommunale område, som også er trukket ind i undersøgelsen via forfattergruppens viden og sparring med kolleger med ekspertviden på området.

Alle interviewpersoner fik tilsendt skriftlig information om undersøgelsen, herunder oplysninger om anonymitetsforhold og dataopbevaring. De har indvilget i at blive nævnt i en oversigt over interviewpersoner (se Bilag 3).

Interviewene er udført i marts og april 2023.

7.2.2 Interviewundersøgelsens runde 1

Interviewundersøgelsens runde 1 havde en eksplorativ tilgang, hvor fokus var at udforske opfattelser og udbredelse af overbehandling og unødige dokumentation. Derudover var fokus at udforske drivkræfter samt at afdække eksisterende indsatser og mulige indsatsområder. Vi udarbejdede en interviewguide med afsæt i den indledende litteraturgennemgang og med afsæt i undersøgelsens fokusområder. Interviewtemaer er beskrevet i Boks 7.2.

Boks 7.2 Interviewtemaer i runde 1: uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

- > Forståelse og anvendelse af begreber
- > Udbredelse og erfaring
- > Konsekvenser
- > Drivkræfter
- > Kendskab til indsatser
- > Mulige indsatsområder
- > Forslag til interviewpersoner
- > Forslag til litteratur.

Interviewpersoner i runde 1 var sundhedsaktører med central viden om undersøgelsens fokusområder. Mulige interviewpersoner blev identificeret via:

- Et VIVE-udarbejdet overblik over faglige selskaber
- Litteraturgennemgang
- Kontakt til forskningsmiljøer og sundhedsaktører
- Sekretariatet for Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet
- Interviewpersoner.

Interviewpersoner blev udvalgt med afsæt i:

- Central viden om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling
- Bred sektorrepræsentation: kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis, somatisk hospitalsvæsen
- Bred repræsentation af kliniske områder/specialer/faggrupper
- Bred repræsentation af tværgående initiativer og organisationer.

Vi kontaktede interviewpersoner via e-mail og eventuelt et opfølgende telefonopkald. 21 interviewpersoner deltog i 13 interviews. Seks af de 13 interviews var gruppeinterviews med mellem to og fire deltagere fra samme organisation/sector. Tabel 7.1 viser et overblik over interviewpersoner, mens Bilag 3 giver et detaljeret indblik i interviewpersoner og organisatorisk tilhør.

Tabel 7.1 Oversigt over interviewpersoner i runde 1

Runde 1	Antal interviews	Antal interviewpersoner
Kommunal sygepleje (kun uhensigtsmæssig dokumentation)	1	2
Almen praksis	3	6
Somatisk hospitalsvæsen	4	6
Tværgående initiativer/organisationer	5	7
I alt	13	21

7.2.3 Interviewundersøgelsens runde 2

I interviewundersøgelsens runde 2 byggede vi videre på runde 1 ved at 1) udforske interviewtemaerne yderligere og 2) kvalificere foreløbige fund fra litteraturgennemgang og interviews. Vi udarbejdede en interviewguide med afsæt i runde 1's interviewguide og undersøgelsens foreløbige fund. Interviewtemaer er beskrevet i Boks 7.3.

Boks 7.3 Interviewtemaer i runde 2: uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

- > Begrebsafklaring og typologi: kvalificering
- > Drivkræfter: udforskning + kvalificering
- > Indsatsområder: udforskning + kvalificering.

Interviewpersoner i runde 2 var ekspertinformanter med central viden om undersøgelsens fokusområder. Mulige interviewpersoner blev identificeret via:

- Litteraturgennemgang
- Kontakt til forskningsmiljøer og sundhedsaktører
- Interviewpersoner fra runde 1
- Sekretariatet for Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet.

Interviewpersoner blev udvalgt med afsæt i:

- Central viden om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling
- Bred sektorrepræsentation: kommunal sygepleje, almen praksis, somatisk hospitalsvæsen
- Tilknytning til tværgående initiativer og organisationer.

Vi kontaktede interviewpersoner via e-mail og eventuelt et opfølgende telefonopkald. Syv interviewpersoner deltog i seks interviews. Ét interview var et gruppeinterview med to interviewpersoner fra samme organisation. I Tabel 7.2 ses et overblik over interviewpersoner, mens Bilag 3 giver et detaljeret indblik i interviewpersoner og organisatorisk tilhør.

Tabel 7.2 Overblik over interviewpersoner runde 2

Runde 2	Antal interviews	Antal interviewpersoner
Kommunal sygepleje (kun uhensigtsmæssig dokumentation)	1	1
Almen praksis	1 (+ 1)	2 (+ 1)
Somatisk hospitalsvæsen	1 (+ 1)	1 (+ 1)
Tværgående initiativer/organisationer	3	3
I alt	6 interviews	7 interviewpersoner

I to tilfælde dækkede den samme interviewperson to sektorer (se tal i parentes), men er i tabellen listet i den sektor, som vedkommende primært var rekrutteret til.

7.2.4 Analyseproces

Vi foretog en tematisk netværksanalyse med inspiration fra Attride-Stirling (2001). Vi gennemlæste de udførlige interviewnoter og kodede dem deduktivt ud fra interviewtemaer, interviewundersøgelsens to runder og undersøgelsens to hovedfokus (uhensigtsmæssig dokumentation og behandling). Dernæst tematiserede vi materialet i overordnede temaer (fx Organisering), som vi efterfølgende brød ned i mere konkrete temaer (fx Rutiner). Disse overordnede og konkrete temaer samt deres indbyrdes netværkssammenhæng udgør interviewundersøgelsens fund.

7.3 Triangulering af fund på tværs af datakilder

Fund fra litteraturgennemgang og interviews er trianguleret med henblik på at udvikle en samlet fortolkning og forståelse af begreber, drivkræfter og indsatsområder. Trianguleringen er foregået i følgende proces:

1. Udarbejdelse af tabeloversigter med tilhørende beskrivelser fra litteraturgennemgang
2. Drøftelse af tabeloversigter i den samlede forfattergruppe med henblik på at udlede analytiske antagelser ved forskellige måder at begrebsliggøre uhensigtsmæssig dokumentation og behandling samt beskrive drivkræfter på
3. Udvikling af modeller, som visualiserer væsentligste pointer
4. Drøftelse af modeller med afsæt i de tematiserede fund fra interviewundersøgelsen med henblik på videreudvikling af modeller og uddybningen af dem.

7.3.1 Sektorspecifikke opsummeringer

De sektorspecifikke opsummeringer har til formål at identificere de primære drivkræfter og indsatsområder for de tre sektorer. Disse er udarbejdet med afsæt i den triangulerede analyse og bygger dermed både på data fra litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen. Udvælgelsen af drivkræfter og indsatsområder er sket med afsæt i en samlet vurdering af problemfelter og eksempler på løsninger. Der er tale om pointer, der går igen på tværs af interviews og litteratur og/eller på tværs af interviews, og der fremhæves som væsentlige.

De sektorspecifikke opsummeringer er ikke udtømmende lister, idet undersøgelsen har identificeret en række andre væsentlige drivkræfter og mulige indsatsområder.

De konkrete eksempler på lovende og/eller afprøvede løsninger, som hver sektorspecifik opsummering afsluttes med, er udpeget af interviewpersoner og er inkluderet med det formål at kunne inspirere til udvikling af lokal praksis, og fordi de udgør et eksempel på en flerstrengt tilgang.

7.3.2 Kvalificering af pointer på workshop

Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet og VIVE arrangerede en workshop med det formål at diskutere undersøgelsens fund for derved at kvalificere

kommissionens arbejde med anbefalinger. Workshopdeltagere var kommissionsmedlemmer og centrale sundhedsaktører. Overordnet gav workshopdeltagere opbakning til undersøgelsens fund. Workshopen tog afsæt i de sektorspecifikke opsamlinger og bidrog med kvalificering af fund og centrale pointer, herunder et skærpet fokus på behovet for klinisk forskning og på muligheder og begrænsninger ved vejledninger.

Litteratur

Litteraturen, som kapitel 3 og 4 bygger på, er gengivet i Bilag 1 og Bilag 2.

Andersen, M., Kjellberg, P. and Skriver, N. (2022) *Udviklet og drøftet i regi af ekspertgruppe 2 vedr. forberedelse af ny Ældrelov*. København, DK: Social- og Ældreministeriet.

Andersen, M. K. *et al.* (2017) 'General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance', *Family Practice*, 34(5), pp. 581–586.

Armstrong, N. (2021) 'Overdiagnosis and overtreatment: a sociological perspective on tackling a contemporary healthcare issue', *Sociology of Health and Illness*, 43(1), pp. 58–64.

Attride-Stirling, J. (2001) 'Thematic networks: an analytic tool for qualitative research', *Qualitative Research*, 1(3), pp. 385–405.

Bozeman, B. (1993) 'A theory of government "red tape"', *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3), pp. 273–304.

Bozeman, B. (2000) *Bureaucracy and Red Tape*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

Brownlee, S. *et al.* (2017) 'Evidence for overuse of medical services around the world', *The Lancet*, 390(10090), pp. 156–168.

Choosing Wisely (2023) *Choosing Wisely: Promoting conversations between patients and clinicians*, ABIM Foundation. Available at: <https://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>.

Damsgaard, D. (2022) *Lægers forskning giver for sjældent værdi for patienter og sundhedsvæsen*, *Ugeskrift for Læger*. Available at: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laegers-forskning-giver-sjaeldent-vaerdi-patienter-og-sundhedsvaesen>.

Dixon-Woods, M. *et al.* (2006) 'Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups', *BMC Medical Research Methodology*, 6(1), pp. 35–35.

- Elshaug, A. G. *et al.* (2017) 'Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care', *The Lancet*, 390(10090), pp. 191–202.
- Frølich, A. and Stockmarr, A. (2022) *Multisygdom i Danmark: Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed*. Slagelse, DK: Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom.
- Glasziou, P. *et al.* (2017) 'Evidence for underuse of effective medical services around the world', *The Lancet*, 390(10090), pp. 169–177.
- Hasse, H. T. (2021) *Er der en grænse for, hvor længe behandlingen bør fortsættes?*, *Sundhedsmonitor*. Available at: <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8370890/Er-der-en-grænse-for-hvor-længe-behandlingen-bør-fortsættes>.
- Iversen, A. and Kjellberg, J. (2018) *Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver*. København, DK: VIVE.
- Jønsson, A. B. R. and Brodersen, J. B. (2022) *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. København, DK: Samfundslitteratur.
- Larsen, J. G. (2021) *Kronikertaskforce skal sætte fokus på overmedicinering, Altinget*. Available at: <https://www.alinget.dk/aeldre/artikel/apotekerne-lad-private-aktoerer-hjaelpe-sundhedsvaesenet>.
- Larsen, M. and Jakobsen, V. (2022) *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder: Forundersøgelse af eksisterende viden*. København. DK: VIVE.
- Lee, D., Rischel, V. and Larsen, A. H. (eds) (2022) *Kvalitet og forenkling af dokumentation: Inspirationskatalog på baggrund af erfaringer fra Sønderborg Kommune til alle, der ønsker at forenkle dokumentationsprocesser og skabe mere tid til - og kvalitet for - borgerne*. Frederiksberg, DK: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Lindemann, B. (2022) *Overdiagnostik oversvømmer almen praksis, Dagens Medicin*. Available at: <https://dagensmedicin.dk/overdiagnostik-oversvoemmer-almen-praksis/>.
- van Loon, N. M. and Jakobsen, M. L. F. (2022) 'Connecting the dots between performance management and red tape perceptions', *International Public Management Journal*, 25(3), pp. 435–453.

- Lykkegaard, J. *et al.* (2022) 'Defensiv medicin i almen praksis', *Månedsskrift for Almen Praksis*, pp. 862–870.
- Malling, B. *et al.* (2021) 'The Danish Choosing Wisely concept', *Danish Medical Journal*, 68(10), pp. 1–8.
- OECD (2017) *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris, FR: OECD Publishing.
- PA Consulting (2023) *Dokumentationspraksis i den kommunale ældrepleje*. Nordhavn, DK: PA Consulting.
- Perner, A. (2021) *Sundhedsvæsenet spilder for 20-30 milliarder kroner hvert år*, *Ugeskrift for Læger*. Available at: <https://ugeskriftet.dk/debat/sundhedsvaesenet-spilder-20-30-milliarder-kroner-hvert-ar>.
- Ravn-Nielsen, L. V. *et al.* (2018) 'Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial', *JAMA Internal Medicine*, 178(3), pp. 375–382.
- Saini, V. *et al.* (2017) 'Drivers of poor medical care', *The Lancet*, 390(10090), pp. 178–190.
- Social- Bolig- og Ældreministeriet (2022) *Afrapportering: Arbejdsgruppen om tilsyn på ældreområdet*. København, DK: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet (2022) *En ældrepleje med tid til omsorg: Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder*. København, DK: Social- og Ældreministeriet.
- Topholm, E. H.-E. and Kürstein, P. K. (2023a) *Paragraforganisering og andre kilder til bureaukrati i ældreplejen*, *Kommunal Sundhed*. Available at: <https://kommunalsundhed.dk/paragraforganisering-og-andre-kilder-til-bureaukrati-i-aeldreplejen/>.
- Topholm, E. H.-E. and Kürstein, P. K. (2023b) *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. København. DK: VIVE.

Bilag 1 Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig dokumentation

Inkluderet litteratur i litteraturgennemgangen:

Bozeman, B. (1993) 'A theory of government "red tape"', *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3), pp. 273–304.

Bozeman, B. (2000) *Bureaucracy and Red Tape*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Green, S. *et al.* (2023) 'The practical ethics of repurposing health data: how to acknowledge invisible data work and the need for prioritization', *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(1), pp. 119–132.

Hoeyer, K. (2023) *Data Paradoxes: The Politics of Intensified Data Sourcing in Contemporary Healthcare*. Cambridge, MA: MIT Press.

Hoeyer, K. and Wadmann, S. (2020) "'Meaningless work": How the datafication of health reconfigures knowledge about work and erodes professional judgement', *Economy and Society*, 49(3), pp. 433–454.

IQVIA (2021) *Kommunernes adgang til Sundhedsjournalen: behov og mulighed for levering af data*. København, DK: IQVIA.

KL (2023) *Program: Afbureaukratisering og mere enkel og hensigtsmæssig dokumentation*. København, DK: KL.

Lee, D., Rischel, V. and Larsen, A. H. (eds) (2022) *Kvalitet og forenkling af dokumentation: Inspirationskatalog på baggrund af erfaringer fra Sønderborg Kommune til alle, der ønsker at forenkle dokumentationsprocesser og skabe mere tid til - og kvalitet for - borgerne*. Frederiksberg, DK: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

van Loon, N. M. and Jakobsen, M. L. F. (2022) 'Connecting the dots between performance management and red tape perceptions', *International Public Management Journal*, 25(3), pp. 435–453.

Møller, N. H., Eriksen, M. G. and Bossen, C. (2020) 'A Worker-Driven Common Information Space: Interventions into a Digital Future', *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 29(5), pp. 497–531.

PA Consulting (2023) *Dokumentationspraksis i den kommunale ældrepleje*. Nordhavn, DK: PA Consulting.

Social- Bolig- og Ældreministeriet (2022) *Afrapportering: Arbejdsgruppen om tilsyn på ældreområdet*. København, DK: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Social- og Ældreministeriet (2022) *En ældrepleje med tid til omsorg: Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder*. København, DK: Social- og Ældreministeriet.

Topholm, E. H.-E. and Kürstein, P. K. (2023) *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. København. DK: VIVE.

Wadmann, S., Holm-Petersen, C. and Levay, C. (2019) 'We don't like the rules and still we keep seeking new ones': The vicious circle of quality control in professional organizations', *Journal of Professions and Organization*, 6(1), pp. 17–32.

Bilag 2 Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig behandling

Inkluderet litteratur i litteraturgennemgangen:

Andersen, M. K., Munck, A. and Lykkegaard, J. (2019) *Audit om Defensiv medicin i almen praksis - Region Syddanmark*. Odense, DK: Audit Projekt Odense (APO), Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense.

Armstrong, N. (2021) 'Overdiagnosis and overtreatment: a sociological perspective on tackling a contemporary healthcare issue', *Sociology of Health and Illness*, 43(1), pp. 58–64.

Berger, Z. D. *et al.* (2017) 'Patient centred diagnosis sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice', *BMJ*, pp. 1–8.

Brodersen, J. *et al.* (2018) 'Overdiagnosis: what it is and what it isn't', *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1), pp. 1–3.

Brownlee, S. *et al.* (2017) 'Evidence for overuse of medical services around the world', *The Lancet*, 390(10090), pp. 156–168.

Grimshaw, J. M. *et al.* (2020) 'De-implementing wisely: Developing the evidence base to reduce low-value care', *BMJ Quality and Safety*, 29(5), pp. 409–417.

Helsepersonellkommissjonen (2023) *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo, NO: Norges offentlige utredninger.

Implement Consulting Group (2023) [Forthcoming] *Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet*. Hellerup, DK: Implement Consulting Group.

Jenniskens, K. *et al.* (2017) 'Overdiagnosis across medical disciplines: A scoping review', *BMJ Open*, 7(12), pp. 1–9.

Jønsson, A. B. R. and Brodersen, J. B. (2022) *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. København, DK: Samfundslitteratur.

Lundby, C. *et al.* (2022) *Afmedicinering i danske kliniske behandlingsvejledninger*, Ugeskrift for Læger. Available at: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/afmedicinering-i-danske-kliniske-behandlingsvejledninger>.

- Lykkegaard, J. *et al.* (2022) 'Defensiv medicin i almen praksis', *Månedsskrift for Almen Praksis*, pp. 862–870.
- Malling, B. *et al.* (2021) 'The Danish Choosing Wisely concept', *Danish Medical Journal*, 68(10), pp. 1–8.
- Oliver, D. (2022) 'Needs, wants and demand for care', *BMJ*, 376.
- Pathirana, T., Clark, J., & Moynihan, R. (2017) 'Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions', *BMJ*, 358, pp. 1–9.
- Raft, C. F., Høffer, M. and Laursen, P. B. (2021) *Når mere ikke er bedre. Et perspektiv på patienter og pårørendes oplevelser med unødvendige behandlinger og undersøgelser*. Aarhus, DK: Vælg Klogt.
- Roksund, G., Brodersen, J., Johnson, G. E., Hjörleifsson, S., Laudal, M., & Swensen, E. (2016) 'Overdiagnosis – Norwegian general practitioners show the way', *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, pp. 1903–1905.
- Rozbroj, T. *et al.* (2021) 'How do people understand overtesting and overdiagnosis? Systematic review and meta-synthesis of qualitative research', *Social Science & Medicine*, 285, pp. 1–14.
- Saini, V. *et al.* (2017) 'Drivers of poor medical care', *The Lancet*, 390(10090), pp. 178–190.

Bilag 3 Oversigt over interviewpersoner

Bilagstabel 3.1 Interviewpersoner i runde 1

Runde 1: I alt 13 interviews med 21 interviewpersoner		
Interview nr.	Navn og titel	Organisation
1	Direktør Inge Kristensen Vicedirektør Vibeke Rischel	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
2	Chefkonsulent i Sundhedsstyrelsen Simon Tarp Chefkonsulent i Sundhedsstyrelsen Solveig Forberg	IRF (Indsatser for Rationel Farmakoterapi)
3	Sygeplejerske og ph.d.-studerende Henriette Tind Hasse	Dansk Center for Sundhedsøkonomi
4	Dokumentationsansvarlig plejecentersygeplejerske Melanie Clivaz-Nielsen, Københavns Kommune Dokumentationsansvarlig hjemmesygeplejerske Louise Høy, Aarhus Kommune	Fagligt selskab for sygeplejersker i kommunerne
5	Formand og ledende overlæge Susanne Axelsen, AUH	LVS/Vælg Klogt
6	Praktiserende læge, leder af Audit Projekt Odense, klinisk professor Jesper Lykkegaard	Forskningsenheden for Almen Praksis, Esbjerg/Odense
7	Direktør, Morten Freil	Danske Patienter
8	Praktiserende læge og lektor Merethe Kirstine Andersen	Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense
9	Repræsentant for DRS, cheflæge Martin Lundsgaard Hansen, Rigshospitalet Repræsentant for DRS, cheflæge Jakob Møller, Sygehus Lillebælt	Dansk Radiologisk Selskab (DRS)
10	Formand, klinisk laboratoriegenetiker og professor Inge Søkilde Pedersen, AAU, AAU	Dansk Selskab for Kliniske Akademikere
11	Medlem af DSIM's bestyrelse, reumatolog Annette Schlemmer, Regionshospitalet Randers Medlem af DSIM's bestyrelse og formand for Dansk Selskab for Geriatri, geriater, klinisk lektor Martin Schultz, Herlev og Gentofte Hospital	Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM)
12	Formand, medlem af Det Etske Råd og ledende overlæge Anette Hygum, Sygehus Lillebælt	Dansk Selskab for Palliativ Medicin
13	Formand og praktiserende læge Bolette Friederichsen Næstformand og praktiserende læge Christina Kjerulff Praktiserende læge og medlem af styregruppe for 'Vælg klogt' Anders Beich Bestyrelsesmedlem og praktiserende læge Søren Due-Andersen	Dansk Selskab for Almen Medicin

Bilagstabel 3.2 Interviewpersoner i runde 2

Runde 2: I alt 6 interviews med 7 interviewpersoner		
Interview nr.	Navn og titel	Organisation
1	Formand, overlæge Camilla Noelle Rathcke, Herlev og Gentofte Hospital	Lægeforeningen
2	Formand, lægefaglig vicedirektør Kirsten Wisborg, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet
3	Enhedschef, overlæge Charlotte Hjort	Styrelsen for Patientsikkerhed
4	Lægefaglig leder Thomas Bo Drivsholm Souschef Thomas Bo Nielsen	KiaP
5	Professor klinisk farmaceut Anton Pottegård	Syddansk Universitet, OUH
6	Projektchef, scient.adm. RUC, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

VIVE

Bilag 5

Sammendrag fra workshop afholdt for kommissionen: Implementering af teknologi og digitale løsninger i sundhedsvæsenet, den 24. april 2023, PwC

Implementeringsbarrierer for teknologi og digitale løsninger i sundhedsvæsenet

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

Kommission
for **robusthed i**
sundhedsvæsenet

Baggrund og læsevejledning

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet skal komme med anbefalinger til, hvordan der sikres mere personale og mere tid til kerneopgaven. Ét af kommissionens fem arbejdsspor handler om, hvordan arbejdskraftbesparende teknologi og digitale løsninger i højere grad kan anvendes og udbredes i sundhedsvæsenet.

Manglende arbejdskraft, flere mennesker med kroniske sygdomme og psykiske lidelser betyder, at der er behov for nye og smartere arbejdsgange for at frigive mere tid hos sundhedspersonalet. Her spiller teknologi og digitale løsninger en væsentlig rolle. Der er dog en række barrierer, der står i vejen for at kunne implementere og skalere de teknologiske løsninger, og for at det fulde potentiale kan indfries.

På denne baggrund inviterede Robusthedskommissionen til en heldagsworkshop mandag den 24. april, hvor ledere, medarbejdere, patienter, myndigheder, eksperter, repræsentanter fra relevante organisationer og leverandører sammen drøftede og identificerede løsninger på, hvordan teknologi og digitale løsninger i højere grad kan anvendes og udbredes i sundhedsvæsenet.

PwC har udarbejdet nærværende opsamling på workshoppen, som udover deltagerliste og program i det nedenstående består af præsentation af workshoppens konklusioner som forelagt Robusthedskommissionen på møde den 28. april samt en kort opsamling på de seks gruppedrøftelser fra eftermiddagens program.

Som bilag er desuden vedlagt: 1) Barrierebilledet – præsentation ved Ole Thomsen, PwC; 2) De fire casepræsentationer.

Deltagere (1/2)

Kommissionsmedlemmer

- Søren Brostrøm, formand for Robusthedskommissionen og direktør, Sundhedsstyrelsen
- Annemarie Hellebek, hospitalsdirektør, Bornholms Hospital
- Christian Bøtcher Jacobsen, Professor, Aarhus Universitet
- Thomas Kiær, adm. direktør, Acure Privathospital
- Randi Brinckmann, Dekan, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Københavns Professionshøjskole
- Klaus Larsen, IT-direktør Region Nordjylland
- Dorthe Boe Danbjørg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd
- Helene Rasmussen, direktør for Social og Sundhed i Gentofte Kommune
- Ricco Dyhr, sygehusedirektør, Nykøbing Falster Sygehus

Parter

- Lilse Svanholm, centerchef for sundhedsinnovation, Danske Regioner
- Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner
- Nanna Skovgaard, kontorchef, Center for Sundheds- og Socialpolitik i KL
- Kristian Antonsen, sygehusdirektør Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden
- Trine Holgersen, direktør det nære sundhedsvæsen, Region Sjælland
- Bjarne Dahler Eriksen, lægelig direktør OUH
- Stinne Kvist, cheflæge AUH
- Rikke Saltoft, Digitaliseringschef Københavns Kommune

Organisationer

- Søren Strange, praktiserende speciallæge i kardiologi og intern medicin og medlem af FAPS' bestyrelse og forhandlingsudvalg, Foreningen af Praktiserende Speciallæger
- Helga Schultz, forperson for Yngre Læger
- Janne Bram Hemphrey, konstitueret direktør, Danske Fysioterapeuter
- Morten Elbæk, direktør Sundhed.dk
- Lars Hulbæk, direktør MedCom
- Henrik Dam, direktør PLO
- Morten Freil, Danske Patienter
- Lisbeth Hæg-Jensen, kvalitets- og udviklingschef i Kræftens Bekæmpelse
- Nis Peter Nissen, direktør i Alzheimerforeningen
- Merete Carlson, afdelingsleder Digitalt kompetenceløft, Københavns Professionshøjskole
- Magnus Balslev Jensen, politisk konsulent Fagbevægelsens Hovedorganisation
- Claus Cornelius, konsulent, FOA

Deltagere (2/2)

Industri, eksperter og myndigheder

Industrien

- Ulrik Therkildsen, CEO Human Bytes
- Jesper Juel-Helwig, CEO Nordic Health Lab
- Jesper Grønbæk, CEO Health Tech Hub
- Karen Skjerbæk, CCO Trifork
- Henrik Jespersen, Group Senior Vice President, Systematic

Eksperter

- Kristian Kidholm, professor SDU og OUH

Myndigheder

- Søren Gaard, afdelingschef, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Lisbeth Nielsen, direktør, Sundhedsdatastyrelsen
- Anette Lykke Petri, direktør, Styrelsen for Patientsikkerhed
- Mette Lindstrøm, vicedirektør, Digitaliseringsstyrelsen

Oplægsholdere

Ward 24/7

- Eske Kvanner Aasvang, professor og overlæge ved Rigshospitalet
- Simon Vagel, sygeplejerske blodsygdomme ved Rigshospitalet
- Betina Langemark, CEO Ward 24/7

AI Mamma

- Bodil Ørkild, vicedirektør ved Herlev og Gentofte Hospital

DigiRehab

- Camilla Fibiger Smed, visitationschef ved Aalborg Kommune
- Michael Harbo, chefudvikler ved DigiRehab

Et Samlet Patientoverblik

- Lasse Skjalm, konsulent, Aarhus Kommune

Arrangører og facilitatorer

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

- Stine Bonde, kontorchef Data, Infrastruktur og Cybersikkerhed
- Anne Dahlgård Thuesen, fuldmægtig, kontor for Data, Infrastruktur og Cybersikkerhed
- Johanne Bilstoft, specialkonsulent, kontor for Data, Infrastruktur og Cybersikkerhed

PWC

- Flemming Christiansen, director
- Ole Thomsen, director
- Laura Glavind, senior manager

PROGRAM

Formiddag

09:00–09:15	Velkomst og rammesætning for workshoppen <i>Formand for Robusthedskommissionen, Søren Brostrøm</i>
09:15–09:35	Hvordan ser barrierebilledet ud – hvad ved vi allerede? <i>Ole Thomsen, PwC</i>
09:35–10:00	Ønsker for fremtiden: Hvad drømmer vi om at opnå? <i>Erik Jylling, Danske Regioner, Nanna Skovgaard, KL og Morten Freil, Danske Patienter</i>
10:00–10:15	PAUSE
10:15–12:00	Case præsentationer: Fire konkrete eksempler på teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet med fokus på barrierer for implementering og udbredelse <i>Eske Kvanner Aasvang, Rigshospitalet, Simon Vagel, Rigshospitalet, Betina Langemark, Ward 24/7; Bodil Orkild, Herlev og Gentofte Hospital; Camilla Fibiger Smed, Aalborg Kommuner, Michael Harbo, DigiRehab; Lasse Skjalm, Aarhus Kommune</i>



PROGRAM

Eftermiddag

12:00-12:45

FROKOST

12:45-14:00

Gruppearbejde med afsæt i de fire cases med fokus på læringspunkter fra cases, barrierer og anbefalinger til Robusthedskommissionen

14:00-14:20

PAUSE

14:20-15:30

Præsentation af output fra gruppearbejde ved gruppeformænd samt efterfølgende drøftelse i plenum

15:30-16:00

Afrunding, orientering om videre proces og tak for i dag
PwC og Klaus Larsen, Region Nordjylland og medlem af Robusthedskommissionen



Okrördnet anbefalinger:

- ① National forum for ideudvikling og Spredning
- ② IT-ressource
- ③ implementer
- ③ Sundhedsudd.



GRUPPE 3-1 25 min

2) Barrierer

- egne erfaringer → hvad adresseres?
- Prioriter & levere/bruse
- 3 udfordr. / barrierer

1) Adgang til data

- regulering begrænser brug af data
- data deler ikke med sektorer
- Systemer og mangl. datastandarder
- begrænset datadeling & udveksling

2) Governance & transparens

- Vær økonomi & adgang til kapital
- behøver aft. risiko - hvad for sig?
- i. spaltning mellem potentiale
- Satningsområde (effektivitet)
- Ledelsens commitment

3) Begyndelse & Support

GRUPPE 1

B

- ① UDREDELSER
- ② IMPLEMENTERING
- ③ LOVGIVNING (DATA MV)

A

- ① KVALITETS SIKKERHED
- ② IMPLEMENTERING MODEL/PROG.
- ③ MODENSERINGS (LOV, STRUKTUR, MV)



Præsentation for Robusthedskommissionen



Ward 24/7

Trådløs, kunstig intelligens baseret løsning til overvågning af indlagte patienter, som er i risiko for alvorlige komplikationer. Løsningen sender alarmer til sundhedspersonalets smartphones og giver mulighed for at sætte hurtigere ind ved tegn på tidlige komplikationer. Hermed frigøres også tid hos personalet sammenlignet med den traditionelle monitorering – foreløbigt forventes en 70 pct. reduktion i tidsforbrug til den direkte monitoreringsopgave – ligesom patienterne kan bevæge sig mere frit rundt med det trådløse udstyr.

Tre læringspunkter:

- Det er **afgørende at skabe tryghed om nye løsninger for sundhedspersonalet** og at demonstrere værdien heraf fx øget kvalitet eller tidsbesparelser
- De **bedste forandrings-agenter er klinikerne** og ikke direktionen/ledelsen, og vigtigt at give medarbejderne mulighed for input for at sikre succesfuld implementering
- **Kommerialisering af løsning og videresalg er tungt** – de juridiske rammer og uklarheder herom spænder ben, og der mangler juridisk bistand og hjælp til at lykkes

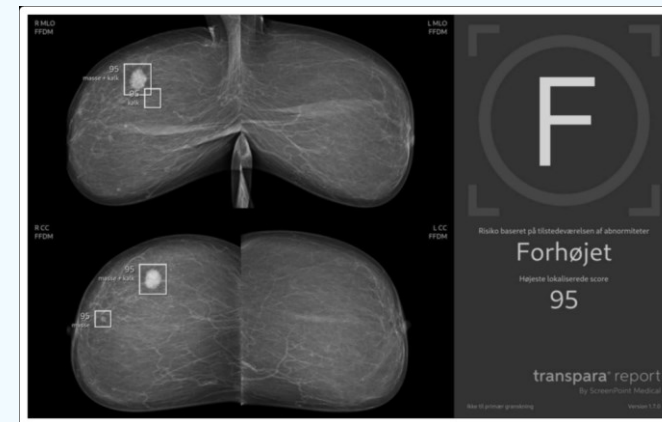


AI mamma

AI-baseret teknologi, som anvendes til 'granskning' af mammografi-screenings billeder. Løsningen anvendes i dag som den ene af to granskere/mammarradiologer i Region Hovedstadens brystkræft screeningsprogram i 70 pct. af screeningerne. Antallet af falsk positive svar ser foreløbigt ud til at kunne reduceres med 25 pct. – til fordel for de berørte kvinder men også for regionen, som dermed skal gennemføre færre opfølgende undersøgelser (kliniske mammografier).

Tre læringspunkter:

- De gode løsninger findes allerede, men **der mangler midler til implementering, skalering og drift** – og gevinster og investeringer hænger ikke altid sammen (høste-så problematikker)
- **Data kan ikke genbruges og skal slettes**, når man går fra forskning/udvikling til idriftsættelse, og reguleringen opleves generelt som meget restriktiv, hvilket gør det vanskeligt at udnytte potentialer i algoritmer
- **Barriererne for skalering kan være mange** og fx handle om krav til dokumentation, validering og tilpasning til de lokale forhold herunder forskellige it-systemer og lokale behov



DigiRehab

Løsningen giver SOSU'ere i kommunen adgang til at gennemføre individuelt målrettet træning af ældre borgere i eget hjem med en 'digital fysioterapeut under armen'. Fokus er på at fastholde muskelstyrke. Løsningen gør således SOSU assistenten i stand til at bruge metoder, som normalt ville være anvendt af fysioterapeuter, og gør på den måde kvalificeret træning tilgængelig for mange flere. Bedre træning giver bedre liv og mindre behov for hjælp i hjemmet fra kommunen. Anvendes i dag i 30 kommuner.

Tre læringspunkter:

- Selv hvis en løsning har demonstreret og er anerkendt som værende værdiskabende, bliver den ikke taget i brug andre steder, fordi der mangler tid og ressourcer til implementeringen – **løsningen skal skabe værdi nu og ikke til næste år**
- **Der mangler lovhjemmel til, at kommunerne kan deltage i udvikling af løsninger**, når der ikke er tale om forskning – fx ved behov for lokal validering og tilpasning af en model inden implementering
- **Digitale løsninger kan flytte faggrænser** og styrke helhedsblikket på borgeren

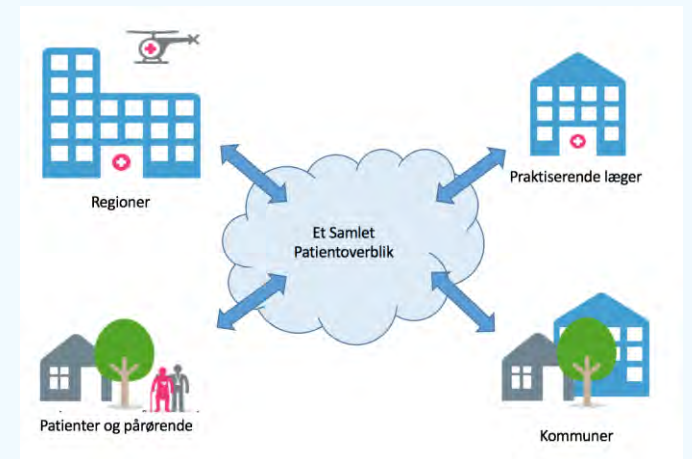


Et Samlet Patientoverblik

Samlet Patientoverblik repræsenterer en tværsektoriel case, der udnytter digitale løsninger til at styrke koordination, samarbejde og involvering af patienter gennem deling af data på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. De første dele af programmet handler om deling af aftaler og stamdata, som både patienter og sundhedsfaglige kan tilgå. Løsningen vurderes at skabe særlig værdi for de borgere, som har mange kontakter med forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Tre læringspunkter:

- Der **mangler en afklaring af, hvad der skal løses fælles (nationalt) vs. lokalt** og en samlet retning herfor
- Tværgående løsninger kræver afklaringer af og forpligtende aftaler om bl.a. fortolkninger og integration af nye arbejdsgange – samt tilstrækkelige ressourcer og ledelseskraft. Det **er tungt og prioriteres ikke tilstrækkeligt, hvilket påvirker kvalitet og tempo i udbredelsen.**
- **Gevinster og investeringer følges ofte ikke ad i de tværsektorielle projekter.** Der mangler incitamenters til at hjælpe hinanden og måder at overkomme høste-så problematikker.



Tre hovedkonklusioner

1. Behov for flere fælles beslutninger, genbrug af gode løsninger og en tydeligere arbejdsdeling
2. Implementering er kernen - men svært! Det skal understøttes bedre
3. Begrænsende regulatoriske rammer, uklarhed om jura og nye risici for de sundhedsfaglige hæmmer implementering og udbredelse

FÆLLES LØSNINGER, GENBRUG OG ARBEJDSDELING

UDFORDRINGER

- **Alle vil udvikle selv** – for mange kræfter på udvikling og piloter og for lidt på idriftsættelse og skalering
- Vanskeligt at skaffe midler til implementering, skalering og udbredelse
- **For mange værdiskabende løsninger udbredes ikke** på tværs af kommuner, hospitaler m.v.
- **Uklarhed om, hvad der løses nationalt og lokalt**, og hvordan de to ting hænger sammen
- **Fælles løsninger taber ofte i lokale prioriteringer**, hvor performance primært måles op imod lokale mål og projekter
- **Kompleksiteten i fælles projekter er særlig høj** og med flere risici, som ikke altid håndteres tilstrækkeligt
- **Tempo for implementering af fælles løsninger er ofte meget lavt**, hvilket medfører risiko for forældede (færdige) løsninger samt konkurrerende lokale løsninger, når løsningen står klar

ANBEFALINGER

- Mere fokus på at **tilvejebringe evidens og data** – fx gennem ekstern evaluering – der dokumenterer en sikker, brugervenlig og effektiv løsning med et praktisk og strategisk fit
- Den **overordnede ledelse skal prioritere pengene, også til implementering** – og sikre, at man ikke løber tør for penge til at komme i mål med implementering
- Den lokale ledelses opgave er at varetage dialogerne om strategisk fit, sikre transparens om baggrund for beslutning, tage det faglige ansvar, vide hvad der sker med "det faglige" og respektere det
- **Governance, som understøtter beslutninger om flere fælles løsninger ("skal" opgaver) på nationalt plan** – fx med nyt nationalt board koblet med anerkendt evalueringsmodel og ophæng til årlige økonomiaftaler
- Fælles løsninger skal understøttes med **stærkere incitament**er for de lokale ledelser til at komme i mål – og med fokus på den rette bemanning

IMPLEMENTERING

UDFORDRINGER

- **Implementering kræver kliniske drivkræfter** og lokalt arbejde i form af meningsskabelse og dialoger om faglig forandring, men medarbejderne har i forvejen for travlt med at passe deres arbejde
- **Ledelseskompetencer** ift. at bedrive forandringsledelse er ikke altid til stede – eller den fornødne tid hertil
- **Uddannelse og træning prioriteres ikke højt nok**, og der opstår ofte knaphed på ressourcer i de sidste faser af implementeringen, så løsningen ikke kommer til at skabe nok værdi
- **Brugervenlighed kan ikke overvurderes**, det skal altid være lettere at være medarbejder og patient – men ofte kommer vi ikke helt i mål

ANBEFALINGER

- Der bør udvikles praktiske **drejebøger for implementering** med rod i erfaringer, ikke idealer.
- Alle digitaliseringsprojekter møder **IT-afdelingen – mød den tidligt, gør den værd at møde og sørg for, at den har båndbredde til at hjælpe**
- **Uddannelserne** skal have **øget fokus på innovation, teknologi og digitalisering**
- **Højere prioritering af løbende og uddannelse og træning** – må ikke prioriteres fra, selvom et projekt går over budget
- Der skal skabes **evidens/dokumentation for "den menneskelige faktor" i digitalisering**: Hvordan udvikles og påvirkes fagligheden og professionen?
- Sørg for, at alle med en rolle i implementeringen har **incitament**, som vender rigtigt

JURA OG ANSVAR

UDFORDRINGER

- **Adgang til og rammer for brug af data:** Der mangler hjemmelsgrundlag, og reglerne er uklar og med forskellige fortolkningsmuligheder. Udfordrer bl.a. arbejde med algoritmer og brug af cloud-løsninger.
- **Rettigheder og kommercialisering af løsninger:** For mange benspænd i kommercialisering af løsninger udviklet i fællesskab mellem en offentlig myndighed og en privat virksomhed.
- **Sundhedsprofessionelles ansvar:** Nye risici og voksende usikkerhed om nye digitale og teknologiske løsningers konsekvenser for de sundhedsprofessionelles ansvar efter sundhedsloven.

ANBEFALINGER

- **Eftersyn og modernisering af gældende lovgivning**
- **Styrkelse af den autoritative vejledende fortolkning vedr. sundhedsloven** fx etablering af adgang til myndighedsafgørelse i konkrete cases
- **Understøtte satsning på AI** med konkret bistand fx national rådgivningstjeneste eller rejsehold
- **Styrket vejledning og rådgivning af klinikerne** fra de nationale myndigheder, så de betrygges i at kunne tage nye løsninger i brug

Dilemmaer og perspektivering

- **Involvering af klinikerne** er afgørende for succesfuld udvikling, implementering og ibrugtagning af nye teknologiske og digitale løsninger – men ressourcerne er knappe, og vi bruger i forvejen for mange af kræfterne på piloter og udviklingsprojekter. Alle kan ikke være med i alt.
 - Hvordan sikrer vi den rigtige balance for involvering af klinikerne?
 - Hvad kan vi gøre for at reducere behovet for klinikernes involvering i implementering og ibrugtagning af allerede eksisterende løsninger? Hvordan kan vi sikre trygheden?
- **Patienter skal drive forandring**, og vi skal altid tage udgangspunkt i patienten i identificering af behov og løsninger. De nye digitale og teknologiske løsninger risikerer imidlertid at skabe et nyt A og B hold – det skal vi afværge og kompensere for.
- **Udviklingen i den private industri har højt tempo, og nye løsninger efterspørges af borgerne** via blandt andet sundhedsforsikringer m.v. I takt med en stigende dekobling af borgere/patienter og sundhedsprofessionelle kan sundhedsydelser på sigt – måske endda indenfor meget kort tid – leveres digitalt og fra udlandet.

Opsamling fra gruppedrøftelser

Gruppe 1

Case: Ward 24/7

Udbredelse

- Alle kan ikke deltage i udviklingen og være nede i alle detaljer. Der er for mange, der vil mene noget. Vi har ikke ressourcer til 5 eller 98 pilotprojekter (opgør med små kongedømmer og "not-invented-here").
- Udvælgelse af de teknologier, som skaber arbejdskraft besparelser – systemer og organisering, som understøtter udrulning.

Implementering

- De sundhedsprofessionelle må ikke opleve at være udsatte ved implementering og ibrugtagelse af nye digitale og teknologiske løsninger og fx frygte klager – nye risici som barrierer skal håndteres
- Behov for generisk implementeringsmodel, hvor roller er tydelige – hvad gør fx it-afdelingen? Hvem har ansvar for hvad?
- De sundhedsprofessionelle skal have tydelig rolle i implementering, og de skal kompenseres for deres ressourceforbrug – implementering som opgave skal tages alvorligt, og der skal være tydelighed også om det helt lav-praktiske
- Implementeringsenheder på fx hospitaler bør overvejes – med faglig og teknisk forstand, herunder med viden om de sundhedsprofessionelles ibrugtagning af ny teknologi (den viden, som it-udviklerne sjældent har – eller har nok af)

Jura

- Sundhedslov og autorisationslov er ikke tilpasset moderne virkelighed og behov.
- Vi stiller højere krav til teknologien end til mennesket, hvad angår tolerance for fejl.

Løsninger, som kan afsøges nærmere:

- Forandringsambassadører blandt læger og sygeplejersker, som kan hjælpe implementering/udrulning på vej
- Et råd eller lignende organ i Danmark, som kan give myndighedsgodkendelser/"blåstempling"
- Modernisering af lovgivningen med udgangspunkt i 'digital first' princip
- Modeller/strukturer, der understøtter, at der prioriteres tilstrækkelige midler til implementering

De nye løsninger vil altid være beslutningsstøtte – mennesket beslutter, ikke teknologien.

Gruppe 2

Case: Ward 24/7

- Ward 24/7 går meget tæt på de kliniske processer: Kan det lade sig gøre at implementere, uden at man selv – lokalt – er tæt inde over detaljerne i det? Har vi modet til at høste potentialerne fra Ward 24/7, eller er det "for stort"?
- Ward 24/7: Hvordan sikres involvering af de relevante interessenter – både dem, der er positive, og dem, der er negative – tidligt nok i projektet?
- De gode løsninger spredes ikke af sig selv – for mange barrierer. Behov for fælles og nationale beslutninger og governance, der understøtter dette – fx et nyt nationalt forum for idédeling og spredning
- Dilemma: Evidens kræves up-front, men er ofte vanskeligt at tilvejebringe – også da evidens (effekt) afhænger af, om løsningen giver mening for patienten. Hvornår er der tilstrækkelig evidens for ny teknologi? (ikke klare kriterier herfor)
- Der er konkurrence mellem fx hospitaler om innovation – mangler incitamenter til samarbejde
- Nødvendigt at afsætte tilstrækkelige ressourcer til implementering, herunder i it-afdelingen
- Kulturelle barrierer skal adresseres og imødekommes
- Der mangler kompetencer. Sundhedsuddannelser skal have mere fokus på innovation, forskning i digitale og teknologiske løsninger og skabelse af karriereveje for de klinikere, som har særlige interesser og kompetencer ("meritering" af de relevante kompetencer)
- Der er behov for større ejerskab af den teknologiske dagsorden hos de sundhedsprofessionelle, så de kan fungere som forandringsagenter
- Jura og usikkerhed om fortolkninger er store barrierer i dag – behov for at adressere dette fx via nyt myndighedsorgan/ny myndighedsopgave og med fokus på uddannelse
- Krav om at alle klinikere skal bidrage i klinikken en del af deres arbejdstid kan være vigtig forudsætning for, at alle har det "kliniske mindset"

Gruppe 3

Case: DigiRehab

- Adgang til data udgør væsentlig barriere på flere måder:
 - Manglende hjemmelsgrundlag for at bruge data (fx adgang til at træne og bruge algoritmer)
 - For lidt datadeling mellem sektorer
 - System-siloer og fravær af fælles standarder begrænser datagenbrug og udveksling
 - Udfordringer/barrierer med at bruge cloud-løsninger
- Det er sårbart, at udbredelse/ibrugtagning af løsninger og projekter er så afhængigt af lokale ildsjæle og ledere (case: Hvad var der sket med DigiRehab, hvis Camilla havde fået nyt job undervejs?)
- Implementering i bund kræver tålmodighed og realisme og fokus på forandringsledelse
- Bekymring for mange stand-alone løsninger og manglende sammenhæng
- Kommunernes økonomi er så udfordret, at der kræves 'her-og-nu' besparelser for at kunne få GO til et givet projekt – svært at gøre det kloge på bare lidt længere sigt
- Behov for en stærkere governance, styring og transparens om udviklingen på det digitale og teknologiske område – alle aktører har begrænset økonomi og kompetencer samt bekymringer og nye risici. Der mangler tydelighed om potentialet i forskellige løsninger og fælles aftalte satsningsområder.
 - Minimums krav kan fx aftales med årlige økonomiaftaler og i regi af den (de) nationale bestyrelse – og der skal følge økonomi med/være afklaring om økonomi
 - Relevans af 'drejebøger' som afsæt for fælles udbredelse og genbrug af løsninger, herunder med jura-afklaringer
- Borgerne skal være parate til og have forudsætninger for at kunne bruge nye løsninger og kunne få nødvendig support – fx med "it løbere"

Gruppe 4

Case: DigiRehab

- Manglende muligheder for at investere i relevante løsninger, hvis gevinster ikke kan indfries med det samme ("det er dyrt at være fattig")
- Der mangler investeringsmodeller, som kan overkomme høst-så problematikker – både på tværs af tid for den samme aktør og på tværs af aktører og sektorer
- Behov for at se på lovgivningsrammer for adgang til data
- Der er behov for personaleressourcer og et personaletræk ifm. implementeringsopgaver – vanskeligt at imødekomme i dag (medarbejderne har travlt, og ledelsen prioriterer ikke nødvendige ressourcer)
- Teknologi vs. faglighed: Teknologien kan flytte magt og opgaver. DigiRehab godt eksempel på dette, hvor SOSU'er med teknologien som hjælp kan udføre opgaver, som traditionelt har været ejet af fysioterapeuter (fysioterapeuterne har dog ikke en udfordring med dette i den konkrete case, da de ikke finder de konkrete træningsopgaver fagligt motiverende)
- Behandling bør altid tage afsæt i den konkrete borger og ikke rigide faggrænser. Faglighed går forud for faggrænser, som ikke må blive barrierer for de kloge løsninger.
- Behov for "mere lys på de gode cases". Fx med afsæt i eller inspiration fra MAST. Skal ske systematisk og med anerkendte business cases og udarbejdelse af håndbøger for implementering.
- Der er penge og prestige i de tidlige faser (udvikling), men ikke i det lange seje træk: Hvordan kan vi understøtte bedre og gøre mere attraktivt?
- Kan vi "udbyde behov"? (inspiration fra Bispebjerg)
- Behov for at sikre produktliggørelse og levedygtig forretningsmodel for leverandørerne – og generelt bedre rammer for offentligt-privat samarbejde
- Behov for at sikre mening og ejerskab, uden at det forudsætter, at den enkelte kliniker/medarbejder har været nede i hver eneste detalje (forandringsledelse)

Gruppe 5

Case: Et Samlet Patientoverblik

- Præmisser: Det sammenhængende er nødvendigt, de private aktørers bidrag er nødvendigt
- Behov for at sikre interoperabilitet: Teknisk, organisatorisk, fagligt

Udfordringer/barrierer:

- Der er et fravær af stillingtagen til balancer og grænser mellem det lokale og det nationale (hvad skal laves hvor?) – stor gråzone i feltet mellem det nationale og lokale. Utilstrækkelig forpligtelse til det nationale.
- Der er en venteliste af projekter i alle sektorer og dermed stort behov for prioritering
- Udviklingen i 'det fælles' går ekstremt langsomt:
 - De økonomiske processer er asynkrone og har forskelligt ophæng (aftaler, overenskomster, økonomi i klynger).
 - Skæve eller fraværende incitamenter (ikke tydeligt med "whats-in-it-for-me"). Høste-så problematikker er særligt udtalte i det tværsektorielle.
 - Mangler tid til at få tingene gjort, og implementering af ny teknologi er ikke medarbejdernes spidskompetence.
 - Det lave tempo udfordrer løsningernes relevans, når de står klar
- Jura er vigtigt, men IKKE blandt de største barrierer/udfordringer. Vi kan meget indenfor de eksisterende juridiske rammer, men der mangler kendskab – og der er misfortolkninger blandt personalet, som bygger større barrierer end nødvendigt.

Anbefalinger:

1. Prioritering af en fælles retning og strategi for, hvad der skal være nationalt og lokalt: Flere nationale løsninger. Kvalificerede "skal" beslutninger om det, som er vigtigst (alå på medicin området) baseret på transparente kriterier om blandt andet brugerfokus, evidens m.v. Nationale sigtpejlinger for udvikling og opfølgning herpå. Også vigtigt at finde ud af, hvad vi skal udvikle selv, og hvad der skal købes eksternt.
2. Skabe lokal forpligtelse til de fælles prioriteter: Ikke tilstrækkeligt med "send flere penge", da mange efterspørger at arbejde mindre. Behov for at fokusere på de løsninger, som imødekommer nogle af de strukturelle problemer. Fokus på at få klinikerne til at bruge værktøjerne rigtigt.
3. Implementering i bund og kulturforandring: Fokus på det samlede forløb, kultur og forandring (forandringsledelse).

Borgerne bruger de løsninger, som passer dem og som opleves at skabe værdi – og kerer sig mindre om at dele data. Private aktører byder sig til med løsninger, som borgerne møder det offentlige sundhedsvæsen med (fx data fra forskellige apps). Nye muligheder opstår fx udskrivning af fedme-medicin fra udenlandsk online-apotek. Vi har forpligtelse til at sikre omsorg, og at der tages hånd om alle borgere.

Gruppe 6

Case: AI Mamma

- Casen bekræfter de udfordringer, som man generelt møder i AI-signaturprojekterne, herunder:
 - Data kan ikke bruges til andet formål end hvad det er indsamlet til (GDPR)
 - Den organisatoriske del af implementeringen er vanskelig (hvem skal gøre hvad?)
 - Den kliniske forankring og evidens er afgørende
 - Behov for politisk beslutning, inden man kender det fulde risiko-billede (ellers kommer vi aldrig videre)
- Vanskeligt at sikre fælles fodslag mellem fx regionerne, blandt andet da man rammer ned i forskning og uenigheder mellem fagspecialister – bliver en stor barriere på områder, hvor der ikke er klare faglige retningslinjer, eller hvor man oplever, at der er risiko for at gå imod de europæiske retningslinjer
- Der mangler ofte ikke data, men mangel på tillid til data og stort ønske om "egne løsninger": Hvorfor lave nyt forskningsprojekt, hvis der foreligger evidens fra én region/kommune/hospital?. Også mangel på økonomisk incitament til at genbruge gode løsninger.
- Personalets motivation og ressourcer er en udfordring i implementering.
- Der er brug for hjælp til skalering – at bygge bro fra forskningsidé til forretningsidé
- Der mangler ikke gode idéer og løsninger, men kræfter til at udbrede og implementere, og det "fælles" nedprioriteres.
- En mulighed er at lave mere forpligtende økonomiaftaler, men regionerne har traditionelt ønsket sig mindst mulig øremærkning af midler (med henblik på bedst muligt at kunne imødekomme de lokale behov).

Mulige løsningsforslag, som kan afsøges nærmere:

- Kan der laves puljer til implementering – nationalt og lokalt?
- National model for vurdering af de "gode løsninger" og beslutninger om udbredelse heraf
- Kan der etableres værdiskabende tech-trans enheder med fokus på mere end IP-rettigheder?
- Fælles datasæt til validering og/eller generisk model for valideringsdata?
- Ensartet fortolkning af lovgivning og udbredelse af viden herom
- Krav om, at der nationalt ikke kan gives midler til nye forskningsprojekter, hvor tilsvarende projekter allerede er i gang andetsteds
- Tilrettelæggelse af uddannelse og efteruddannelse, der sigter mod et større helhedssyn

Barrierer ved transformation af sundhedsvæsenet

Særligt ny teknologi og stor skala



Barrierer og anbefalinger, kulturen og ledelsens rolle

- Der mangler næsten altid mål for transformation og for effekter generelt. Sørg altid for konkrete og målbare forventninger til resultater af digitale interventioner. Husk både patienter og ansatte.
- Respekter at transformation er svær, men efterspørg den. Fremtidens sundhedsvæsen er fuldstændig afhængigt af nye løsninger.
- Klinikere skal være "lead" på implementeringer og bygge broer. Opmærksomhed på troværdighed og risikovilje på udsatte poster.
- Skab karriereveje for ledere og forskere og specialister



Barrierer og anbefalinger, respekt for det faglige

- Integrer med retningslinjer og signaler fra SST og STPS
- Forsk i effekt af digitale løsninger. Evidens for effekter er vejen til at få klinikere (og ledere) med
- Gentænk kontaktformerne med patienterne. Telemedicin er for primitivt og man overser kompleksitet. Medarbejderne og patienterne med i udviklingen.
- Respekter at der er tale om noget nyt, husk uddannelse og at bane vejen.



Barrierer og anbefalinger, kunder og leverandører

- Hav forretningsmodellen klar fra start – det gælder begge parter. Urealistiske forventninger i udviklingsprojekter kan låse
- Overbefolket landskab: Der er mange systemer i forvejen og mange advokater. Køb åbne systemer, sælg løsninger i moduler
- Skaf finansiering og målret investeringerne mod sparet tid og mere mening (for medarbejderne)
- Tænk ikke udskiftninger 1:1. Alle udskiftninger skal afsøges for potentiale for sparet tid og mere mening
- Interoperabilitet skal prioriteres meget højere. Dobbeltindtastninger er spild og mangler mening.



Barrierer og anbefalinger, økonomi og incitament

- Digitalisering lugter af spareprojekter. Det er ikke målet – men der er dilemmaer
- Lavere aktivitet vil koste penge for nogle. Kompenser dem for det, hvis der kommer en anden opgave i stedet
- Nogle investerer, andre vinder. Kompenser hinanden i stedet for at stå i vejen for hinanden. Husk hele regnestykket.
- Historierne om gevinstrealiseringer er dårlige. Med de rigtige mål og metoder kan de blive gode. Men økonomi er ofte ikke gevinsten – tid er



Barrierer og anbefalinger, juraen

- Det er lovligt og muligt at dele data. Det er lettere end vi tror og ofte ikke en barriere. Men der er for få, der ved det.
- Udbudsjuraen kan spænde ben for udbredelse af de gode løsninger. Tænk udbredelse ind i forbindelse med anskaffelse



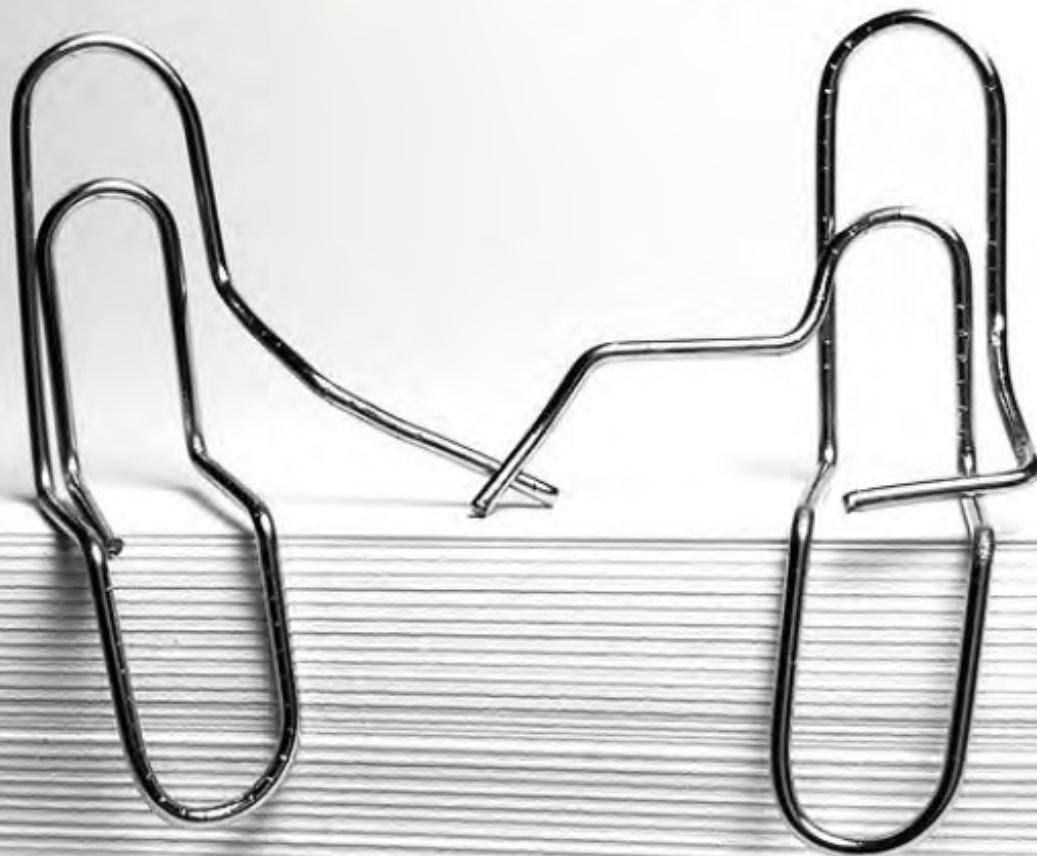


**Aalborg
Kommune**

**DYGI
Rehab**

Camilla Smed

Visitationschef, Aalborg kommune



Michael Harbo

Udviklingschef, DigiRehab

Borgernær Rehabilitering



**Styrketræning
i eget hjem**

Styrketræning i eget hjem

Digital tværfaglighed kan
frisætte træningsrollen



- og bringe den
hjem til borgeren



DYGI Rehab



Mere end
14.000
borgere
har trænet



DYGI Rehab

Konsekvensen
af **IKKE** at
gøre noget



"I'm more of an inactivist."

22 minutter
Mere hjælp/uge
- hvert kvartal



Mere end
5.000
borgere
som **IKKE**
har trænet



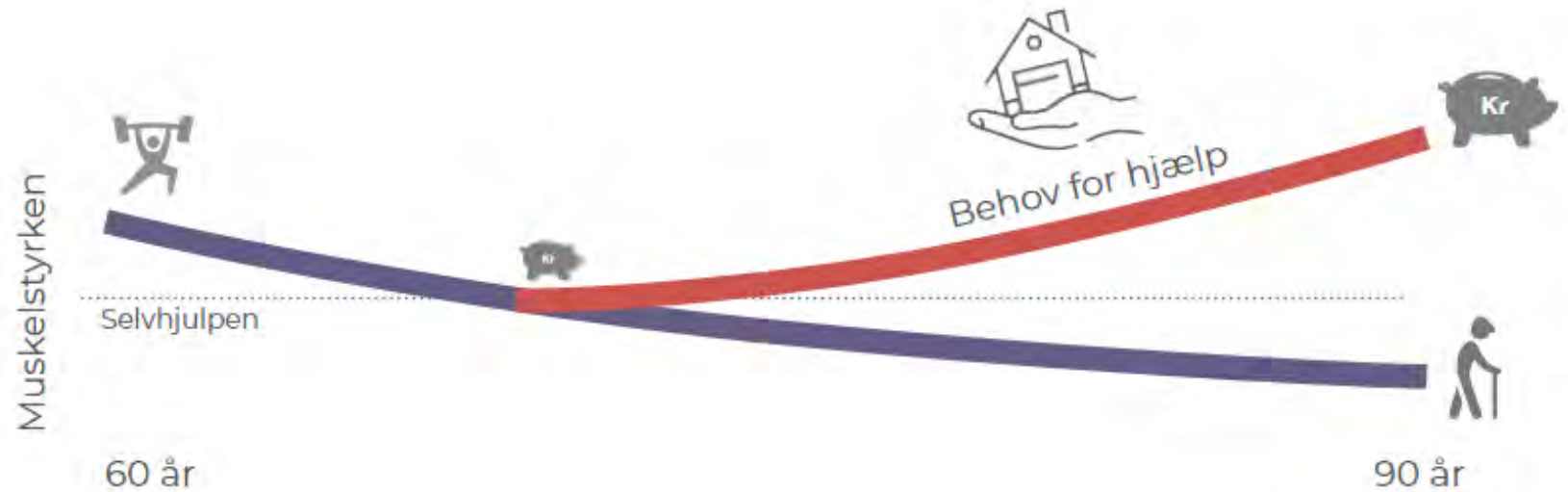
Konsekvensen af **IKKE** at gøre noget

© Max Howell, www.howell.com



"I'm more of an inactivist."

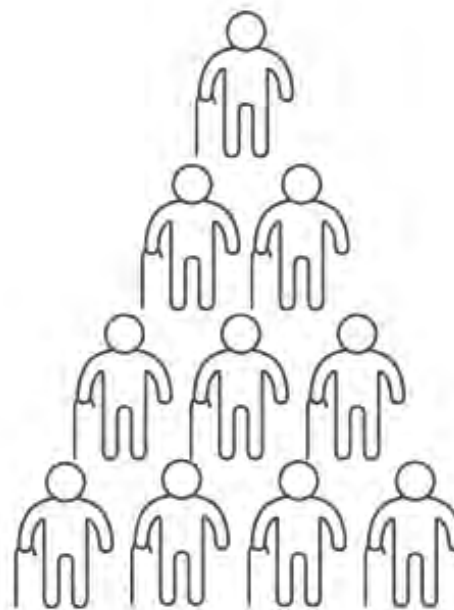
22 minutter
Mere hjælp/uge
- hvert kvartal



De fælles patienter

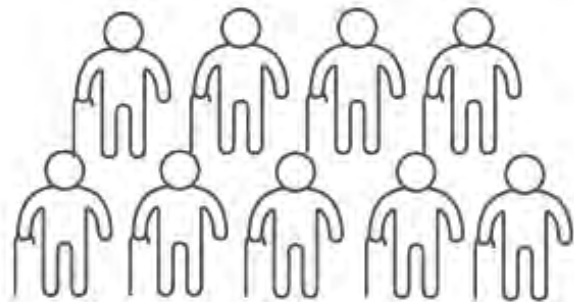


Hjemmepleje



Sygehus

De fælles patienter





REGION H Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

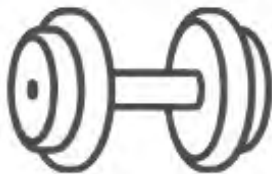
REGION H Herlev og Gentofte Hospital

- ⚠ Indlæggelsestid
- ⚠ Komplikationer
- ⚠ Genindlæggelse
- ⚠ Overlevelse



Digi Rehab

- ⚠ Behov for hjemmehjælp
- ⚠ Risiko for faldulykker
- ⚠ Hvad der skal trænes!





- Hvidovre
- Tønder
- Frederikssund
- Nyborg
- Syddjurs
- Rødovre
- Tårnby
- Assens
- Middelfart
- Greve
- Faxe
- Hedensted
- Odsherred
- Favrskov
- Høje-Taastrup
- Jammerbugt
- Brønderslev
- Fredensborg
- Morsø
- Brøndby
- Rebild
- Nordfyn
- Kerteminde
- Egedal
- Ringsted
- Furesø
- Sorø
- Langeland
- Ikast-Brande
- Halsnæs
- Albertslund
- Hørsholm
- Billund
- Glostrup
- Odder
- Lejre
- Stevns
- Lemvig
- Gribskov
- Herlev
- Struer
- Allerød
- Ishøj
- Solrød
- Dragør
- Ærø
- Vallensbæk
- Samsø
- Fanø
- Læsø

KL KOMMUNALE OPGAVER ØKONOMI OG ADMINISTRATION

25. januar 2022

Om bare 8 år kan vi mangle 16.000 SOSU'er

Ny analyse viser, at der i 2030 mangler 16.000 SOSU'er, hvis ikke vi lykkes med at uddanne flere. vil opretholde niveauet i 2021. Det er den klart største personaleudfordring for velfærdssamfundet, og alt skal sættes i spil, hvis det skal løses. Tror man kan der blive brug for at diskutere serviceefterskæftningen og øget hjælp fra familien, mener forsker i velfærdssamfundet. Børn og unge kan også komme til at mangle hjælp.

Udfordringen er størst i kommunerne for ældre og for dem med psykiske sygdomme, og det vil være svært at løse, hvis man ikke får flere SOSU'er. Det betyder, at kommunerne vil være nødt til at finde nye måder at løse på, og det vil være en stor udfordring. Det betyder, at kommunerne vil være nødt til at finde nye måder at løse på, og det vil være en stor udfordring.

Forsømt udbud af efteropgang på SOSU'er for 2030 (1.000 personer)

År	Udbud	Efteropgang
2021	~90	~90
2022	~90	~95
2023	~90	~100
2024	~90	~105
2025	~90	~110
2026	~90	~115
2027	~90	~120
2028	~90	~125
2029	~90	~130
2030	~90	~145

16.217

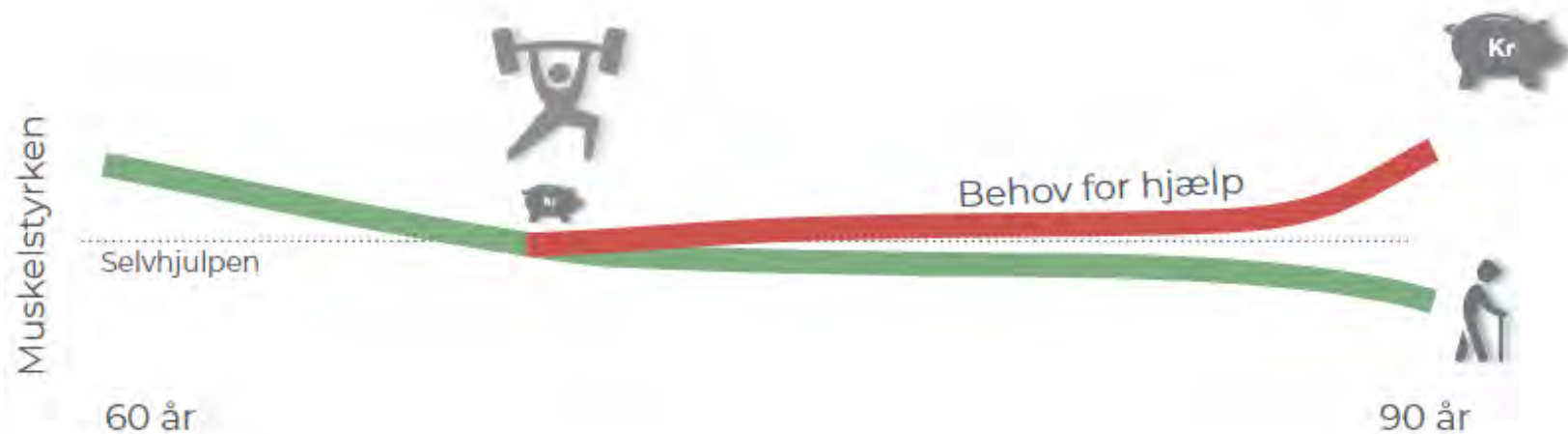
Jens Rasmussen
Chefkonsulent

4555 7555 88
@jensr.dk

Mentor
Analytiker i Momentum

MOMENTUM

Men der kan investeres i at forhindre det



12. september 2022

Ny analyse: 10 teknologier der frigør tid i kommunerne

KL sætter i en ny analyse spot på 10 teknologier, der frigør tid og ressourcer i kommunerne – og som hjælper medarbejdere, med at løse deres opgaver på nye måder.

Borgernær rehabilitering virker



Kerteminde Kommune

27 timer



Succeserne

- En borgernær indsats der har dokumenteret effekt - og er populær
- Kan ramme borgere der ikke var en indsats til tidligere
- Organiseret træningsopgaven, så flere fagligheder kommer i spil



Succeserne

- 9 SOSU faglige fuldtidstrænere
- Træning i kombination med eksempelvis hjælpemidler giver store gevinster
- En god 'forretning' for både borger og kommune



Barriererne

- ❶ Vanskeligt at få opbakning til at ansætte SOSU'er
- ❷ Potentialitet udnyttet ikke fuldt ud
- ❸ Vanskeligt at få hul på investeringerne
- ❹ Manglende lovhjemmel til udvikling



PARADOKSET

**Vi ved
godt hvad
vi gerne
vil !**



Hvem vil gennemføre træningen?



... og er nogle vigtigere end andre ?

Potentialet

Borgernær rehabilitering



**Reduceret
plejebehov**



75 timer

Reduceret plejebehov,
timer pr. borger

**Omsat til reduceret
medarbejderbehov**



10

Borgere
har gennemført
træningen



1

Plejemedarbejder
mindre



-5.750

**Borgernær
rehabilitering**



**DYGI
Rehab**



10.250

**Borgernær
rehabilitering**



**DYGI
Rehab**

Anbefalinger



Gør det let at investere (etabler en startpulje?)



Gør det muligt at bruge data til udvikling

WARD 24|7

Teknologi med robusthedspotentiale:

**AI patient monitoring
sparer tid og reducerer
komplikationer**

28 April 2023



Teknologi der tager de varme hænder i hånden

1

Hvad har fungeret?

Hvad fungerer ikke?



WARD 24|7

Privat offentligt partnerskab med spinout

2019 - 2021

2022 - 2023

2024 - 2025

PoC

Prototype

CE marking, launch, international traction

Commercial scalability Product development

Public grant

Pre-seed

Seed

Series A

Grand Solution research project

Clinical documentation, PhDs and publications

Team
Prototype
Licence
Patent pending

Product
RCT results
Clinical validation

CE-marking (Q3)

First sale (Q4)

EU & US pilots

Strong US GTM

10-20M Euro



Value triggers to close series A round

Manuel monitorering forebygger ikke nok komplikationer



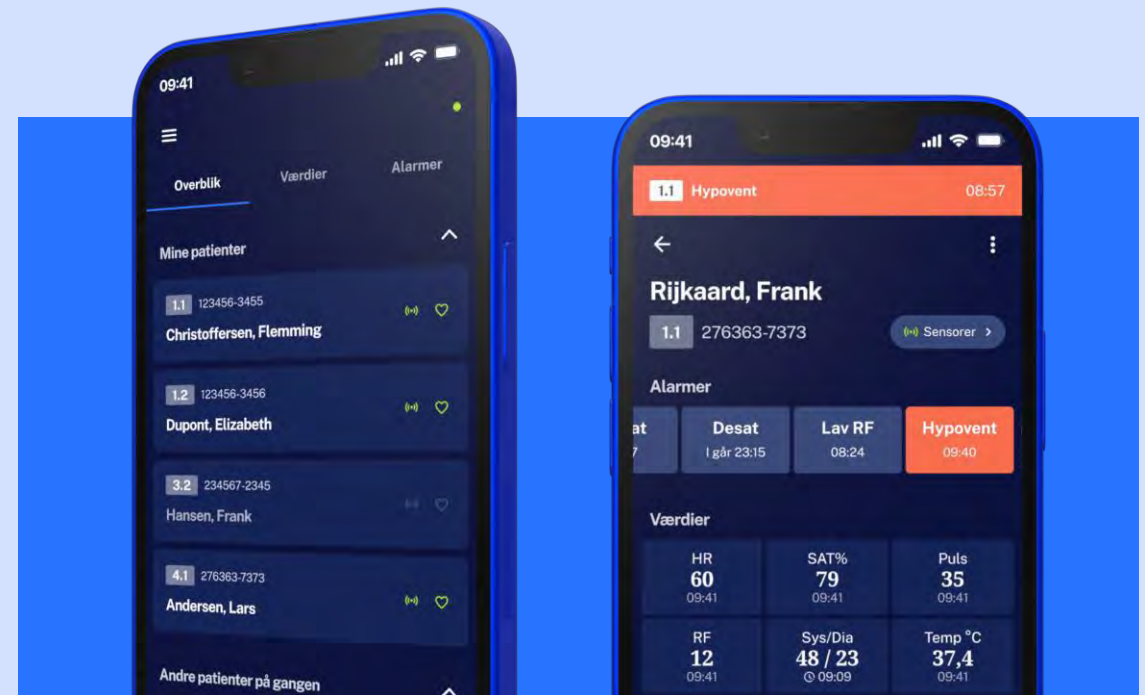
Kontinuerlig overvågning giver alarm fatigue



AI fortolker vital-signalmønstre og skaber tryghed



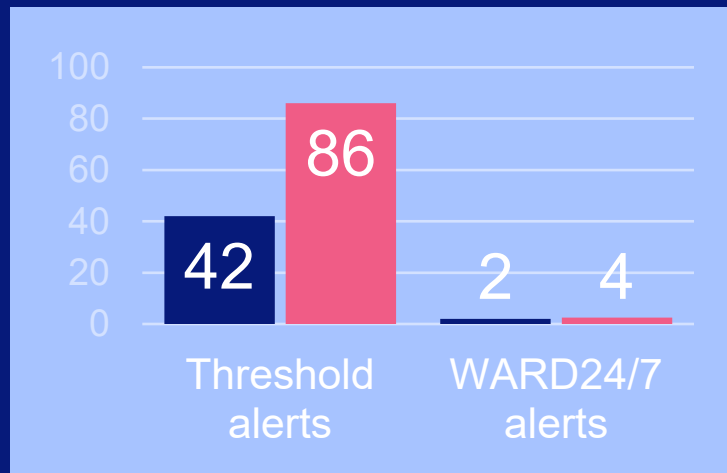
Klinisk intelligente alarmer



Co-kreerede intuitive interfaces

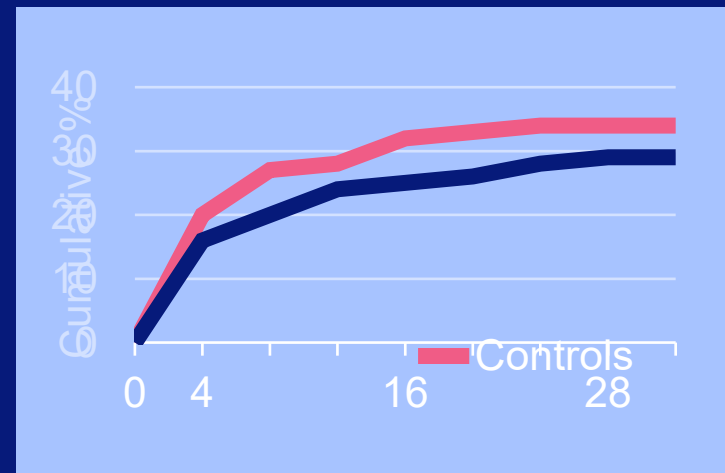
WARD-CSS reducerer komplikationer og skaber ro og tid

Fjern irrelevante alarmer



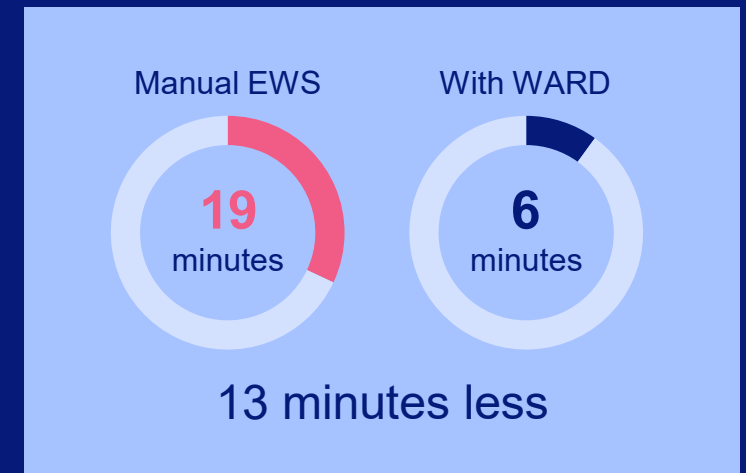
>2000 pts observed

Reducer SAE og dage



Randomised control trials (n=400)

Spar tid per patient



Two time studies

Data on file not yet published. Can only be shared and discussed in person

Det virker ret godt ude på afdelingen

EWS er tidskrævende og føles tungt

- Nagen i baghovedet

WARD ideen er helt vildt god

- Er NYT– men bygger på det kendte

Tryghed

- Giver RO I sindet - også for patienter og pårørende

Intuitiv

- Til os, af os, med os



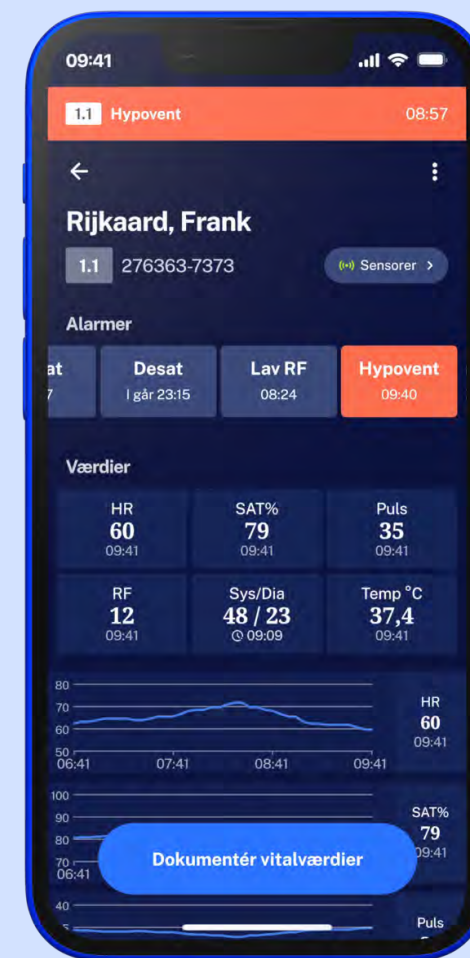
Men al nytænkning kan give modstand og kræver ressourcer

Svært at indføre ny teknologi:

- Gamle **vaner** der skal brydes
- Ny teknologi = **merarbejde**
- Er det nu også sikkert + virker det?

Hvem har ansvaret?

- **Er den lokale afdelingsledelse med?**
- Har den centrale ledelse sikret **ressourcer og oplæring?**
- **Bakker lægerne** op uden arrogance?
- Bliver vi **involveret** nok til at sikre de rigtig arbejdsprocesser ?



Hvad kunne I gøre for at sikre effektiv, AI-baseret kontinuerlig overvågning af patienter

Produktudvikling

1

Beskyt klinisk forankring

- Støt entreprenante klinikere med opbakning ikke uklarhed
- Retningslinjer for anonyme dataset til innovation

Implementering

2

Organisering af IT ressourcer

- Drift vs ny teknologi
- Lokalt, regionalt, nationalt

3

Ressourcer og incitament til nytænkning for afdelingsledelse så vel som frontpersonale

Udbredelse

4

Fjern barrierer for salg

- Effektiv TT – se til sverige, Israel og USA
- Undgå ufleksible udbuds processer (Vi vil have en bil, ikke en hurtigere hest)

**Thank you for
your attention.**

WARD 24|7

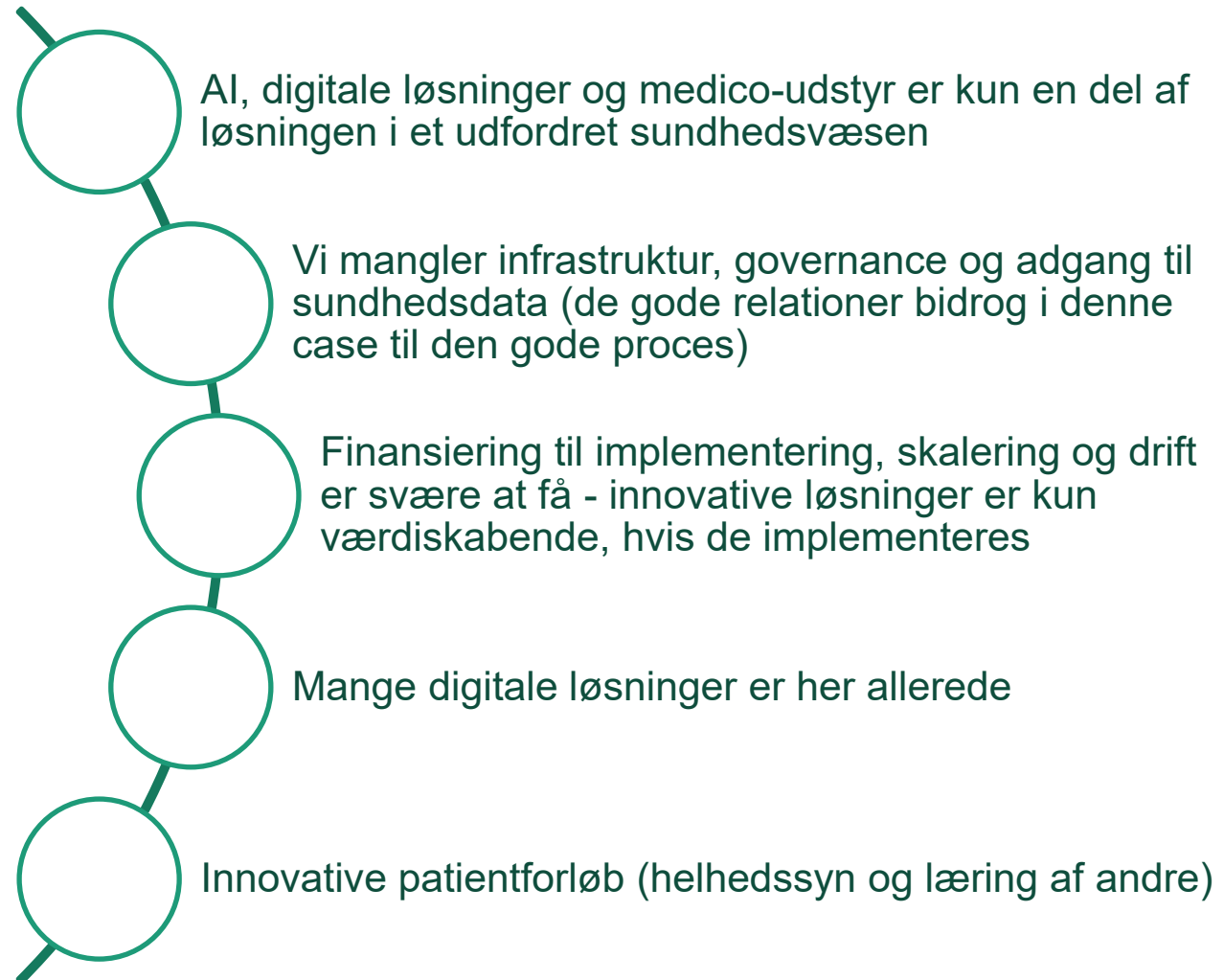


AI mamma

- en case om koordinering,
kommitment og 'fuglen i hånden'

Bodil Ørkild
Vicedirektør Herlev og Gentofte Hospital

Take home messages



Hvorfor implementere og skalere teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet?

- Relevant og effektivt sundhedsvæsen
- Nøjagtig og rettidig diagnostik og behandling
- Udnyttelse af data og øget kvalitet
- Mangel på ressourcer
- Nytænkning af drift og mulighed for øget aktivitet
- Efterspørges af patienter og medarbejdere

Brystkræft- screening i Danmark



Målgruppe

700.000 kvinder i alderen 50-69 år

- 216.000 kvinder i Region H

Tidligere brystkræftbehandlede op til 79 år

- 8.000 kvinder i Region H

Frekvens

Gentages hvert andet år

Tidsforbrug pr. screening

1-3 minutter til at vurdere et billede. Foretages af 2 speciallæger uafhængigt af hinanden (krav om dobbeltblindet vurdering)

45 minutter ved speciallæge til at afklare diagnose ved klinisk mammografi (klinisk undersøgelse, mammografi, UL og evt. biopsi)

AI algoritmen

Angiver sandsynlighed for brystkræft ud fra en risikoscore fra 0-100

- Lav: 0-42
- Middel: 43-74
- Høj: > 75

Varighed: 56 sekunder

Erstatter 1 af 2 radiologer for lav risikogruppen



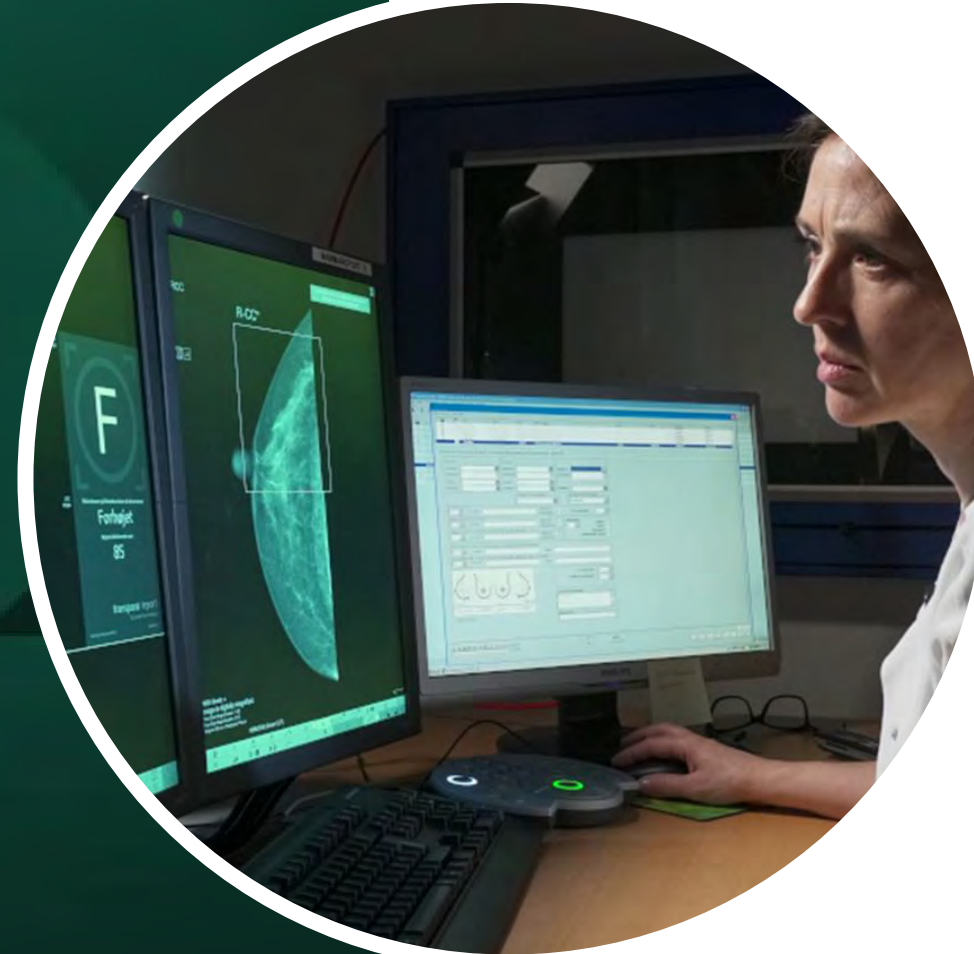
Resultater

- AI blev over 2 år testet op imod dobbelt blindede radiolog-vurderinger af 114.421 screenings-undersøgelser i Region H
- Sensitivitet*: AI 69.7% versus radiolog 70.8%
- Specificitet**: AI 98.6% versus radiolog 98.1%
- Antallet af falsk positive ser ud til at kunne reduceres med 25%
- Implementeret i dec. 2021 med udvidet anvendelse maj 2022

Samlet varetager AI algoritmen 70% af alle screeningsundersøgelserne

* Identificere de syge

** Udelukke de raske



An Artificial-Intelligence-based Mammography Screening Protocol for Breast Cancer: Outcome and Radiologist Workload". Radiology 2022.

Udvalgte procestrin og tidsforbrug



- Ide/behov (data)
 - Prototype (data)
 - Proof of concept (data)
 - Udvikling og test (data)
 - CE- og FDA-approval (data)
- Udvikling
- Klinisk validering og domæne adaption (data)
 - Indgåelse af partnerskabsaftaler med bl.a. DTU og KU
 - Værdiskabelse i praksis og proof of concept (data)
 - Udbudsproces (profylakse bekendtgørelse §80-indkøb)
 - Kontraktindgåelse
 - Finansiering af "indkøb", drift og skalering
 - Samarbejde med IT organisation
 - Kompetence udvikling – internt og eksternt
 - Organisatorisk parathed
 - Implementering af algoritmen
 - Kvalitets kontrol (data)
- 2 år
- 3 mdr.
- Efter 1 år



Når AI møder virkelighedens patienter

“A recent survey by the ACR DSI found that 95% of current AI users find FDA-cleared algorithms are inconsistently accurate when tested on their own data”

Status på skalering til øvrige regioner

Arbejdsgruppe under Danske Regioner nedsat mhp. tværregional implementering af AI i brystkræftscreening

I arbejdsgruppen er der enighed om:

”at der er potentiale for værdiskabelse ved at indføre AI på brystscreeningsområdet i de øvrige regioner”

Barrierer for skalering til øvrige regioner

- Forsknings dokumentation udestår (fagligt, flow og tidsforbrug)
- Validering til lokale forhold nødvendig
- Cost-benefit ukendt (udgift til indkøb, drift og vedligehold samt endnu ukendt genindkaldelses rate)
- Flere AI løsninger på markedet- hvilken er bedst
- Bekymring for overdiagnostik (behov for langtidsopfølgning)
- Dårlige erfaringer med tidligere CAD-systemer (der viste ringere diagnostisk kvalitet)- bias
- Udfordrer uddannelsen af nye mammaradiologer og vedligeholde kompetencer hos seniorer radiologer
- Sammenhæng til regionernes andre IT systemer
- Ingen presserende kapacitetsudfordringer på mammaområdet – manglende brændende platform

Det teknologisk fundament – næste skridt ?



Adgang til sundhedsdata

Udvikling (innovation/forskning) og klinisk drift af teknologier har brug for nem adgang til data (datasøer)

Syntetiske data er ikke løsningen i valideringsprocessen på nuværende tidspunkt

IT infrastruktur og governance

IT systemer og kompetencer der kan håndtere og understøtte udvikling, validering (performance og værdi) , kvalitetssikring og drift af (AI) teknologier

Organisatorisk parathed

Teknologierne udfordrer interne siloer (indkøb, IT, jura, kontrakter, forskning, drift, specialer...) – der er brug for mere samarbejde på tværs internt og eksternt

Teknologisk institut tankegang ift. AI – en samarbejdende enhed ?

Finansiering til implementering og skalering

Samforståelse og helhedstænkning – udgiften ligger ikke altid der, hvor den største værdiskabelse høstes

Future state

- de ti fugle på taget

The idea of an AI hospital

An AI hospital: is a hospital that takes advantage of the digital opportunities available without having to be specialists in the use of software and technology.

Today:
Hospital offers all patients same treatment

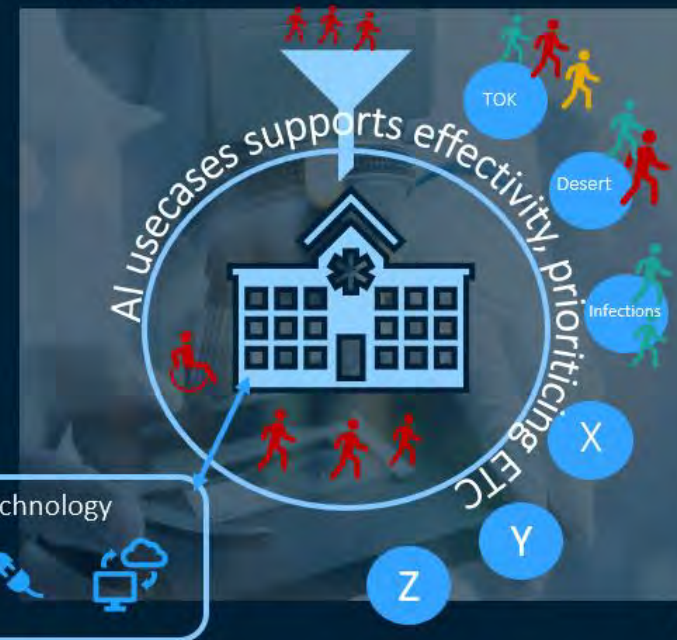
Future:
AI Hospital uses data and AI to prioritize patients and treatments



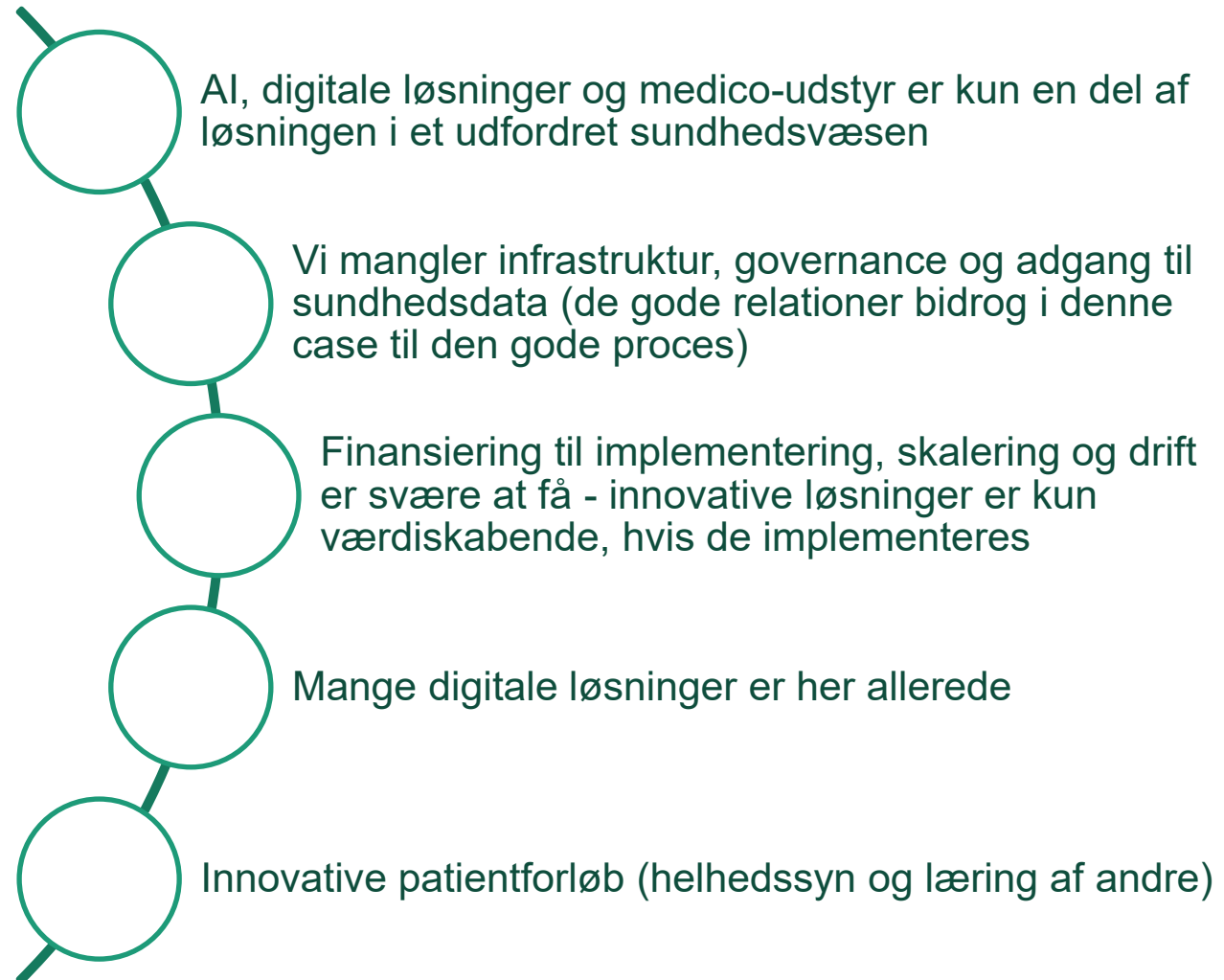
Customer Pains



- Effectivity
- Ressource optimization
- Prioritizing
- Demografi
- Quality
- Daily routines
- Equal treatment cross country
- Expensive technology decisions
- No main focus to drive and develop new technology



Take home messages



SAMLET PATIENTOVERBLIK

Lasse Skjalm, Aarhus Kommune

SUNDHEDSOMSORG
ar o



HVAD ER GÅET GODT OG SKIDT

- Samlet Patientoverblik = Fælles stamkort, Aftaleoversigten, (Planer & Indsatser / Planer & Mål)
- Ændring af lovgivning ift. deling af data
- Infrastruktur og services som kan bygges videre på og anvendes fremadrettet
- Forudsætning for øget koordinering - Borgerne oplever at "vi ved hvad der foregår"
- Opdaterede stamdata fra start

- Overblikket indeholder færre oplysninger end vi havde forventet, og meget værdi ligger i det der blev skåret fra
- Sideløbende udvikling har skabt konkurrerende løsninger, hvilket har gjort det sværere at navigere i det digitale sundhedsvæsen

STØRSTE BARRIERER OP TIL I DAG

- To målgrupper med nogle gange modsatrettede behov og forudsætninger – Både alt for borger og for medarbejdere på samme tid
- Lovgivning har fyldt meget, og er langsommeligt at ændre på
- To lovgivninger i kommunen
 - Kun nogle aftaler deles, da det kun er udvalgte paragraffer fra serviceloven der må deles, hvilket kolliderer med forventningen hos borger og medarbejder om det fulde overblik
- Logning har skabt en del modstand bl.a. ift. navnebeskyttelse, krav om medarbejdersignaturer til alle, samt udfordring ift. MinLog " a d r til"
- Udfordring med få ressourcer til at få udviklet den gode løsning til medarbejderne



STØRSTE BARRIERER FREMADRETTET

- Udfordring med lovgivning på servicelovsområdet udestår stadig
- Fælles standardisering men silo-opdelt udvikling og ibrugtagning
 - Udvikling afspejler organisering
- Udviklingshastigheden for fællesløsninger vs mindre konkurrerende silo-løsninger
 - Er Samlet Patientoverblik (ikke nødvendigvis underliggende infrastruktur og services) allerede forældet når det er fuldt implementeret i hele sundhedsvæsnen?
- Manglende national strategi og prioritering ift. udvikling af løsninger der vil opsamle, udstille og dele data i sundhedsvæsnen
- Ny viden forpligter – Hvordan ændrer det vores arbejdsgange og samarbejde?



PRIORITEREDE ØNSKER

- Sundhedsvæsnets mangfoldighed
 - Tænk i bredden med de mange forskellige forudsætninger – Det er stadig en udfordring
- Tydelig national strategi og retning
 - Gør det let at navigere i det digitale sundhedsvæsen, og undgå konkurrerende løsninger
 - Fælles behov, fælles løsning
- Styrk fundamentet
 - Prioritering af nationale løsninger, der skaber forudsætninger for efterfølgende løsninger



Bilag 6

**Sammendrag fra workshop afholdt for
kommissionen: Uhensigtsmæssig doku-
mentation og behandling, den 26.maj 2023,
sekretariatet**

Bilag 6. Workshop om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Workshop om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling den 26. maj 2023 kl. 14:00-16:00. Workshoppen blev afholdt af VIVE i regi af Robusthedskommissionen hos Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Slotholmsgade 12, 1216 København K samt virtuelt.

Deltagere: Søren Brostrøm, Anders Perner, Anette Lykke Petri, Annemarie Hellebek, Bjarne Hastrup, Bodil Overgaard Akselsen, Camilla Rathcke, Christian Bøtcher Jacobsen, Dorthe Boe Danbjørg, Erik Jylling, Ida Donkin, Lis Munk, Lisbeth Lintz, Lisbeth Nielsen, Mia Francis Ferneborg, Mickael Bech, Mona Striib, Morten Ejlersen, Morten Freil, Sofie Nilsson og Susanne Axelsen.

Øvrige tilstedeværende: Martin Sandberg Buch (VIVE), Rikke Aarhus (VIVE), Thorben Høj Simonsen (VIVE), Sarah Wadmann (VIVE), Kristian Binderup Jørgensen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet), Jesper Møller Pedersen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet), Annemette Rasmussen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet), Cathrine Falbe Pedersen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet), Anne Dahlgaard Thuesen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet), Tyge Arnold Larsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) og Marie Deigaard (Indenrigs- og Sundhedsministeriet).

Sammendrag af workshop

Tema 1: Kommunerne

VIVE præsenterede det første sektorspecifikke oplæg om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling på det kommunale sundheds- og ældreområde.

Deltagerne på workshoppen kvitterede for en relevant analyse og forslag til indsatsområder. Der var enighed om, at overgangen mellem forskellige lovgivningerne giver mange udfordringer med dokumentation. Det blev fremhævet, at der allerede findes meget viden om udfordringer og løsninger lokalt samt, at der er behov for at involverer brugerne i arbejdet med at udforme ny lovgivning. Det blev konkluderet, at der er et potentiale i at arbejde videre med uhensigtsmæssig dokumentation på det kommunale sundheds- og ældreområde i regi af Robusthedskommissionen.

Tema 2: Almen praksis

VIVE præsenterede det andet sektorspecifikke oplæg om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i almen praksis.

Deltagerne på workshoppen kvitterede igen for et solidt analysearbejde. Der var bred enighed om vigtigheden af almen praksis' rolle som 'gatekeeper' til resten af sundhedsvæsenet. Behovet for at styrke kapaciteten i almen praksis blev fremhævet med henblik på at reducere unødvendige henvisninger til det specialiserede sundhedsvæsen. Dertil blev det nævnt, at meget uhensigtsmæssig dokumentation og behandling sker i overgangene mellem sektorer. Der var enighed i, at der er et potentiale i at gentænke den rolle som almen praksis har i forhold til myndighedsopgaver og overflødige kontroller. I forlængelse heraf blev det påpeget, at kontroller ofte drives af vejledninger, og at der er et potentiale i at inddrage patienter i udviklingen af vejledninger og i eget forløb.

Afsluttende blev det fremhævet, at analysen om almen praksis kunne præciseres yderligere fx med inddragelse af analyser for, hvilke patienter der generer efterspørgslen i almen praksis, hvordan der sikres konstruktiv dialog om tilsyn og hvordan der værnes om LEON-princippet samtidig med, at der sikres faglig kvalitet.

Tema 3: Somatisk hospitalsvæsen

VIVE præsenterede det tredje sektorspecifikke oplæg om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det somatiske hospitalsvæsen.

Deltagerne på workshoppen takkede endnu engang for en god analyse. Det blev fremhævet, at der er behov for at være tydelig omkring, hvilke forudsætninger der skal til for at indfri potentialerne samt hvem der skal være ansvarlig for forandringerne. Der var enighed om, at et fokus på defensiv medicin og tilsyn er væsentligt samt at der skal arbejdes henimod at færre patienter skal ind på sygehusene, fx gennem forbedret visitation, differentiering eller mere fleksible modeller for indlæggelse. Det blev også påpeget, at patienter og pårørende skal inddrages i udformningen af behandling og vejledninger. Det blev bemærket, at selvom der vurderes at være et potentiale i vejledninger, så er der meget aktivitet, som ikke er forankret i vejledninger.

Bilag 7

**Sammendrag fra Stormøde i Kolding, den
26. januar 2023, sekretariatet**

Bilag 7. Stormøde

STORMØDE OM ROBUSTHED I SUNDHEDSVÆSENET

Kommissionen afholdt den 26. januar 2023 stormøde i Kolding om robusthed i sundhedsvæsenet, hvor alle organisationer, aktører og foreninger var inviteret til at komme input til kommissionens arbejde. På mødet blev temaerne arbejdsmiljø og fastholdelse uddannelse, og opgaveløsning drøftet.

Nedenfor følger et sammendrag af input fra deltagerne på stormødet:

Sammendrag af input fra forskellige aktører i forbindelse med stormøde om robusthed i sundhedsvæsenet

Arbejdsmiljø og fastholdelse

- De enkelte afdelinger er blevet for store, hvilket udfordrer muligheden for at skabe et godt arbejdsmiljø. Der er brug for flere mindre enheder, som er selvstyrende.
- Der er i dag mange kortsigtede løsninger, hvor medarbejdere flyttes rundt mellem afdelinger og specialer. Det giver usikkerhed.
- Det at kunne udøve sin faglighed har betydning for arbejdsmiljøet, som igen har sammenhæng til patientsikkerhed i bred forstand.
- Opgaverne kan løses mere fleksibelt, hvis medarbejderne er trygge i opgaveudførelsen.
- Det er ikke til gavn for udsatte patienter, hvis mange personalegruppe er involveret i patientforløbet.
- Der skal fokus på karriereveje.
- Ledelse har stor betydning. Ledere skal have rammer til at kunne sikre et godt arbejdsmiljø.
- Brug termen "tilknytning" i stedet for "fastholdelse".

Uddannelse og kompetencer og udenlandsk arbejdskraft

- Der er ikke nok tid til de studerende. Det bliver et chok for dem at møde virkeligheden. Der skal rettes ressourcer mod studerende.
- Små faggrupper kan understøtte de store faggruppers arbejde både på sygehuse og i kommuner.
- Nye generationer efterspørger fleksibilitet og ledere, der er coachende.
- Der er brug for en national plan for specialuddannelserne.
- Sundhedsuddannelserne skal rykke sammen, og uddannelse og praksis skal integreres.
- Ressourcer skal målrettes studerende, der er for travlt når studerende møder praksis.
- Der skal ses på rekruttering til uddannelse og mulighederne for at skifte spor på tværs af uddannelser.
- Udenlandske læger mangler kompetencer inden for sammenhæng, koordination og digitale kompetencer sammenlignet med de læger, der er uddannet i Danmark.
- For personer med en sundhedsuddannelse fra udlandet går der for lang tid, før de kan bruge deres uddannelse i Danmark.

Smartere opgaveløsning

- Der er brug for forventningsafstemning med borgerne omkring, hvad sundhedsvæsenet skal løse og hvornår.
- Der er mange retningslinjer. Medarbejderne skal være med til at definere, hvilke sundhedsydelser den enkelte borger og patient skal have.
- Teknologi er ikke nødvendigvis besparende. Vi skal ikke indføre teknologi for teknologiens skyld. Teknologi kan være svaret på et problem.
- Sundhedspersonale og borgere skal have kendskab til og være trygge ved brugen af de teknologiske løsninger.
- Der mangler incitamenter til at implementere teknologi.
- Der skal ryddes op til kravene til dokumentation.

DELTAGERE TIL STORMØDET

Følgende aktører deltog i stormødet på Comwell Kolding den 26. januar 2023:

Organisation/forening	Navn(e)
ADHD-foreningen	Camilla Louise Ganzhorn
Amgros	Ulla Bonnerup, Marianne Brønnum Pedersen
Amgros	Sune Lindgaard
BDO Advisory	Pernille Moll
Daena - Fagligt selskab for akutsygepleje	Annette Jakobsen
Dagens Medicin	Niels-Bjørn Albinus
Danmarks Apotekerforening	Andreas Nielsen, René Andreasen, Dan Rosenberg Asmussen
Dansk Hæmokromatose Forening	Kirsten Børgesen
Dansk Industri	Cecilie Skjelmosse
Dansk Kiropraktor Forening	Jakob Bjerre, Henrik Wulf Christensen, Christian Ankerstjerne
Dansk Psykoterapeut Forening	Vibeke Lubanski
Dansk Selskab for Akutmedicin	Ulf Hørlyk, Henrik Ømark
Dansk Selskab for Kliniske Akademikere	Lotte Risom, Jenny Blechingberg Friis
Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Inge Krisensen
Dansk Socialrådgiverforening	Ditte Brøndum
Dansk Sygepleje Selskab DASYS	Tina Kramer
Dansk Sygeplejeråd	Irene Charlotte Hesselberg, Charlotte Gøtstad Sørensen, Christina Windau Hay Lund
Dansk Ældreråd	Anja Bihl-Nielsen
Danske Anæstesisygeplejersker	Majbritt Soloy, Christina Ito
Danske Bioanalytikere	Katja Wienmann Bramm, Jane Fyhn
Danske Fodterapeuter	Tina Christensen, Lea Stentoft Berling
Danske Fysioterapeuter	Jeanette Præstegaard, Nicolai Robinson
Danske Patienter	Morten Freil, Klaus Lunding, Rikke Skovgaard
Danske Professionshøjskoler	Iben Bøgh Bahnsen, Kim Bøg-Jensen, Anette Nicolaisen
Danske regioner	Thomas I Jensen + 2 repræsentanter
Danske SOSU-skoler	Lisbeth Nørgaard
Danske SOSU-skoler	Michael Esmann
Den faglige sammenslutning af sygeplejersker med interesse for urologi	Lena Thomsen
Det Ethiske Råd	Franck Beck Lassen
Diabetesforeningen	Maria Iversen
DM	Camilla Gregersen
DR nyheder	Anders Heissel
Emento	Morten Rask Thomsen
Enhedslisten	Grethe Olivia Nielsson
Ergoterapeutforeningen	Tina Nør Langager
Essens Consulting	Pia Palm

Faglig sammenslutning af urologisk interesserede sygeplejersker	Erica Grainger, Lena Thomsen, Jane Meinung
Faglig sammenslutning for sygeplejersker der arbejder med børn og unge	Anette Østerkjerhuus
Fagligt Selskab for Anæstesi, Intensiv og Opvågning	Vicki Flygenring Gudmandsen, Margit Schroll Kaas
Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker, FSFH	Hanne Hvingelby, Mette Bar Ilan, Mette Detlefsen
Fagligt Selskab for Konsultation- og Infirmerisygeplejersker	Pernille Zornig Bille, Anne Byskov
Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker	Inge L Gustavsen, Tanja Due Krogh Madsen
Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning	Julie Duval Jensen
Fagligt selskab for sygeplejersker i kommunen	Merete Rudolfsen
Fagligt selskab for sygeplejersker i stomiplejen	Marie Uth Pilebo, Hanne Nissum
Farmakononmforeningen	Ann-Mari Grønnebæk, Tina Van der Klein, Bjørn Klinke
FAS/Overlægeföreningen	Kasper Axel Nielsen, Tine Nørholtz
FH	Magnus Balslev
Filadelfia	Jens-Otto Skovgaard Jeppesen
FOA	Amalie Dam-Hansen og Kasper Manniche, Maria Melchiorson
Foreningen af Danske Sygeplejersker	Katrine Vilien, Janne wølke Friis Søgnen, Nanna Susé
Foreningen af Speciallæger	Kasper Axel Nielsen
Faaborg-Midtfyn Kommune	Kitt Pedersen, Agnete Bille, Betina Bendix
Hjerteforeningen	Jakob Bro
HK Kommunal	Lene Roed, Nathali Degn, Hanne Damsgaard Nielsen
HK Stat Danmark	Thomas Lyng Madsen
Hospital Filadelfia	Jens-Otto Skovgaard Jeppesen
Implement	Anders Adser Sørensen, Esben Høgh, Michael Daugbjerg
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarking-enhed	Martin Bille, Nichlas Nielsen Broch-Lips
Jordemoderforeningen	Lis Munk, Iben Konradi Nielsen
Konnerup Lind APS	Pernille Gry Konnerup, Mitzi Brander, Lars Broberg Lind
Kost- og Ernæringsforbundet	Ghita Parry, Pernille Hansted
Kræftens Bekæmpelse	Mathias Boberg Christensen, Lisbeth Høeg-Jensen, Natalie Hejgaard Thulesen
Lungeforeningen	Torben Mogensen
Lægeforeningen	Anne Marie Lei
Lægemiddelindustriföreningen	Louise Broe, Camilla Lund-Cramer, Pernille Langgaard-Lauridsen
MedCom	Janne Rasmussen
Medicoindustrien	Stellan Nørreskov Wulff
Nordic Health Lab	Jesper Juel-Helwig
Nykøbing Falster	Nanna Salling, Cæcilie Trier Sønderskov, Lene Vistisen
Nyreföreningen	Jesper Baand Villadsen, Lisbeth Skovly Nielsen
Outdoor Institute	Heiko Buch-Illing, Bjarne Bo Christensen, Lene Lottrup
P50, sengeafsnit Psykiatrisk afdeling Odense	Jimmy Caspersen

PensionDanmark	Line Perlmutter
Pharmadanmark	Tanja Villumsen, Anders Bjerrum
PLO	Henrik Dam
Psykiatrifonden	Merete Konnerup
PwC Consulting	Ole Thomsen
Radiograf Rådet	Christian Gøtttsch, Shady Khalil
Rambøll Management Consulting	Bo Rytkjær Callesen, Katrine Strøjer Madsen, Pernille Borg Arve
Region H, Center for IT og Medicoteknologi	Stine Bligaard Madsen
Region Hovedstaden	Anne-Mette Bang Termansen
Region Midtjylland	Susanne Lauth
Region Midtjylland	Poul Michaelsen, Susanne Lauth, Ditte Hughes
Region Nordjylland	Charlitte Fuglesang, Lisbeth Kjær Lagoni og Mariane Therkelsen
Region Sjælland	Marianne Wenzell Evers
Region Sjælland, Data og udviklingsstøtte	Rasmus Hansen
Region Syddanmark	Lene Borregaard
Region Syddanmark	Kurt Espersen
Rektor Farmakonomuddannelsen	Lotte Fonnesbæk
Roche Diagnostics	Jens Peter Bjerg
Rud Pedersen Public Affairs	Jane Heitmann
Salesforce	Claus Hansen, Peter Illsted Holm-Larsen, Karina Hansborg-Sørensen
SDU Esbjerg dept. Of Public Health	Anna Stentebjerg
Steno Diabetes Center Copenhagen	Christina Høiberg Juul Nielsen, Niels Moth Christiansen
STPS	Mikkel Friberg
Sundhed Danmark	Mette Nord
Sundhedsdatastyrelsen	Mette Keis Jepsen, Maria Svendsen
Sundhedsordfører	Flemming Møller Mortensen
Sundhedsordfører	Lise Bertelsen
Sundhedsordfører	Louise Brown
Trifork Public/Digital Health	Anne Marie Schwartz Wiig + karen Skjærbæk Jørgensen
Tænketanken SundFornuft	Marco Bo Hansen, Lui Näslund Koch, Jannik Zeuthen
Uddannelses og Forskningsstyrelsen	Patrizia, Anne Larsen
VIA university college	Jette Ragnarsson Javobsen
VIA university college Aarhus	Jonna Frølich
VIA university college Aarhus	Helle Kruuse-Andersen + to repræsentanter
Yngre Læger	Helga Schultz, Lars Mathiesen, Klaus Matthiesen

Bilag 8

**Oversigt over bidrag indsendt af
interessenter**

Bilag 8. Skriftlig input fra aktører

Skriftlige input til kommissionen

Der er modtaget skriftlige input fra følgende organisationer, institutioner og virksomheder:

- AbbVie
- AMGROS I/S
- Danish.Care
- Danmarks Apotekerforening
- Danmarks Evalueringsinstitut, EVA
- Dansk Psykoterapeutforening
- Dansk Selskab for Akutmedicin
- Dansk Sygeplejeråd
- Danske Bioanalytikere
- Danske Fodterapeuter
- Danske Patienter
- DI Life Science
- Diagnostisk Center, Rigshospitalet
- DM
- Dossier Solutions
- Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker
- FOA
- HK Kommunal
- HK Kommunal Hovedstaden
- HK Kommunal og Danske Sundhedsadministratorers Landsforening
- Infektionshygiejniske udvalg på Rigshospitalet
- Jordemoderforeningen
- Kommunernes Landsforening
- Kræftens Bekæmpelse
- Københavns Professionshøjskole
- Lederforeningen i DSR
- Medicoindustrien
- Nyreforeningen
- Pharmadanmark
- Region Sjælland
- Sisse Marie Welling, Sundheds- og Omsorgsborgermester i Københavns Kommune og Lars Gaardhøj, Regionrådsformand i Region Hovedstaden
- Sygehussamarbejdet
- Sygehusapotekerne og Amgros' koordinationsgruppe

Der er desuden modtaget input fra en række enkeltpersoner.