



# **Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle**

**Om videreudvikling og forbedring af  
sundhedsuddannelserne**

**Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt**

# Indholdsfortegnelse

---

1.	Baggrund, formål og projekt .....	2
1.1	Uddannelsesprojektet – design og proces .....	4
1.2	Ændringsbehov i tilknytning til uddannelser .....	6
1.3	Afreporteringens karakter.....	7
2.	Væsentlige tendenser .....	9
2.1	Samfundsforhold, organisering og sundhed .....	9
2.2	Forskning og uddannelse.....	11
2.3	Uddannelsestilrettelæggelse, arbejdsdeling og niveauer.....	13
3.	Centrale problemstillinger.....	15
3.1	International orientering .....	16
3.2	Udvikling og anvendelse af kundskab .....	17
3.3	Forskning og udvikling .....	22
3.4	Efter- og videreuddannelse.....	23
3.5	Specialiserede og generelle kompetencer .....	26
3.6	Skole og praktik .....	28
4.	Fremadrettede perspektiver .....	30
4.1	Læringsområder.....	32
4.2	Perspektiverne .....	33
4.3	Perspektiverne på tværs .....	41
5.	Opsummering.....	45
5.1	De internationale erfaringer.....	45
5.2	Centrale forhold i videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne.....	46

## 1. Baggrund, formål og projekt

Sundhedskartellets medlemsorganisationer besluttede i april 2014 at gennemføre et projekt med det formål at skabe et udvidet grundlag for både den interne og eksterne debat om de fremtidige uddannelses- og kompetencebehov for Sundhedskartellets faggrupper.

Sigtet med beslutningen og projektet var således at sikre et fundament for debat og indsatsmuligheder i tilknytning til uddannelses- og kompetencebehov i et perspektiv mod 2020/2025.

Konkret har det været projektets primære formål at sikre et solidt fundament for kommende drøftelser af nye bekendtgørelser og studieordninger for de sundhedsfaglige uddannelser. Sekundært har formålet været at opnå grundlag for systematiske efter- og videreuddannelses-tilbud, der matcher sundhedsvæsenets og de sundhedsprofessionelles behov.<sup>1</sup>

Transformationstakten i sundhedsvæsenet accelererer i disse år – som følge af tilpasningskrav i relation til bl.a. demografiudvikling, udvikling i sygdomsmønstre, nye former for marginalisering og social ulighed i sundhed, fortsat øgede forventninger samt relativt reducerede ressourcerammer.

Samfundsmæssige forandringer, nye styrings- og incitamentsformer, nye former for arbejdsdeling og samarbejde mellem sundhedsaktørerne, gennemslag af velfærdsteknologiske løsninger osv. vil alt sammen påvirke de krav, der stilles til Sundhedskartellets faggrupper – og medvirke til at ændre den virkelighed, nyuddannede skal være i stand til at håndtere, og som allerede erfarne medarbejdere løbende skal være i stand til at tilpasse sig til.

Sundhedskartellets faggrupper er samtidig med til, gennem deres uddannelse og erhverv, at forme denne nye virkelighed.

Det er ind i denne konjunktur og disse tendenser, Sundhedskartellets uddannelsesprojekt er gennemført – med start primo maj og afslutning primo oktober 2014.

Sundhedskartellet omfatter 11 forskellige medlemsorganisationer. Faggrupperne og grunduddannelserne repræsenterer da også en meget bred vifte af viden og kompetencer.

### **Sundhedskartellet omfatter følgende medlemsorganisationer:**

<b>Dansk Sygeplejeråd</b>	<b>Danske Fysioterapeuter</b>
<b>Ergoterapeutforeningen</b>	<b>Radiograf Rådet</b>
<b>Jordemoderforeningen</b>	<b>Danske Bioanalytikere</b>
<b>Dansk Tandplejerforening</b>	<b>Danske Psykomotoriske Terapeuter</b>
<b>Farmakonomforeningen</b>	<b>Kost &amp; Ernæringsforbundet</b>
<b>Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter</b>	

<sup>1</sup> I Projektdesign, medtaget i Bilagssamlingen, er formålet med Sundhedskartellets uddannelsesprojekt også beskrevet.

<sup>2</sup> "Nøglen til at løse udfordringerne for fremtidens sundhedsvæsen er fortsat nytænkning og udvikling af den måde, vi

Projektet har i væsentlig udstrækning haft fokus på professionsbacheloruddannelserne, men har også omfattet de uddannelser under Sundhedskartellet – farmakonomer, fodterapeuter og forskellige uddannelser inden for kost- og ernæringsområdet – der ikke er professionsbachelorer.

Faggrupperne arbejder både i primær sektor og i sekundær sektor i sundhedsvæsenet og indgår i mange forskellige sammenhænge, herunder på sygehuse, i kommuner, i regi af praktiserende læger og tandlæger samt i regi af egen praksis. Hertil kommer det statslige områder, som primært omfatter uddannelse og forskning, men også omfatter fx forsvaret og kriminalforsorgen samt arbejdstilsynet. Både det offentlige og det private sundhedssystem er således repræsenteret, og for flere af faggrupperne – fx fysioterapeuterne og tandplejerne – står privat praksis for en væsentlig andel.

Faggrupperne arbejder samtidig indenfor en bred vifte af roller – der udover dagligdagens driftsopgaver også vedrører fx ledelse og vejledning, kvalitet og dokumentation samt uddannelse, forskning og udvikling.

Sundhedskartellets faggrupper repræsenterer i høj grad den hidtidige vækst – og den fortsat forventede vækst – når det gælder arbejdsopgaverne i primærsektoren. Fx har personalevæksten for sygeplejersker og fysioterapeuter i primærsektoren været betydelig over de senere år – og denne tendens kan meget vel fortsætte.

Bilagssamlingen omfatter en mere detaljeret oversigt over de forskellige funktioner og roller, Sundhedskartellets faggrupper varetager – herunder bredden i stillingskategorier og fordelingen på sektorer.

Som udgangspunkt har projektforsløbet haft fokus på generiske tendenser og faggruppe-tværgående udfordringer og muligheder i forhold til de fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.

De temaer og problemstillinger, det i særlig grad er valgt at fokusere på i projektforsløbet – og i afrapporteringen – kan derfor også have forskellig effekt og betydning på tværs af medlemsorganisationer og faggrupper.

Det er i sammenhængen væsentligt at erindre, at historik og hidtidig udvikling samt alder er forskellig på tværs af de enkelte uddannelser.

Der er eksempler på både ”unge” uddannelser og meget traditionsrige uddannelser – ligesom der har været forskellige former for udviklingstakt, når det gælder niveau og længde for uddannelserne. Der er dermed også forskelle, når det gælder de enkelte uddannelsers positionering og gennemslag i sundhedsvæsenets dagligdag.

Det bemærkes som en væsentlig og valgt præmis, at der ikke er gjort bestræbelser på at sikre en eksakt definition og afgrænsning af begreber som ”viden”, ”kompetence” og ”færdigheder” samt ”indsigt”. Sidstnævnte begreb er dog anvendt som dækkende for en mindre dyb, mere overordnet form for læring.

Dybden i den læring, grunduddannelserne samt efter- og videreuddannelser skal sikre, kan være forskellig. I et mere detaljeret udviklingsarbejde i forhold til de enkelte uddannelser vil det være relevant at arbejde med de omhandlede begrebs eksakte betydning – og om der i forhold til de

konkrete læringsområder er behov for fx "viden", "kompetencer" og "færdigheder" eller behov for fx "indsigt".

## 1.1 Uddannelsesprojektet – design og proces

Sundhedskartellets uddannelsesprojekt er gennemført af Implement Consulting Group (Implement), der har været ansvarlig leverandør, i samarbejde med Aalborg Universitet, Institut for Læring og Filosofi (AAU).

Projektet har overordnet haft basis i en række formulerede temaer og problemstillinger og sammenhængen mellem disse temaer og problemstillinger samt fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov for Sundhedskartellets faggrupper.

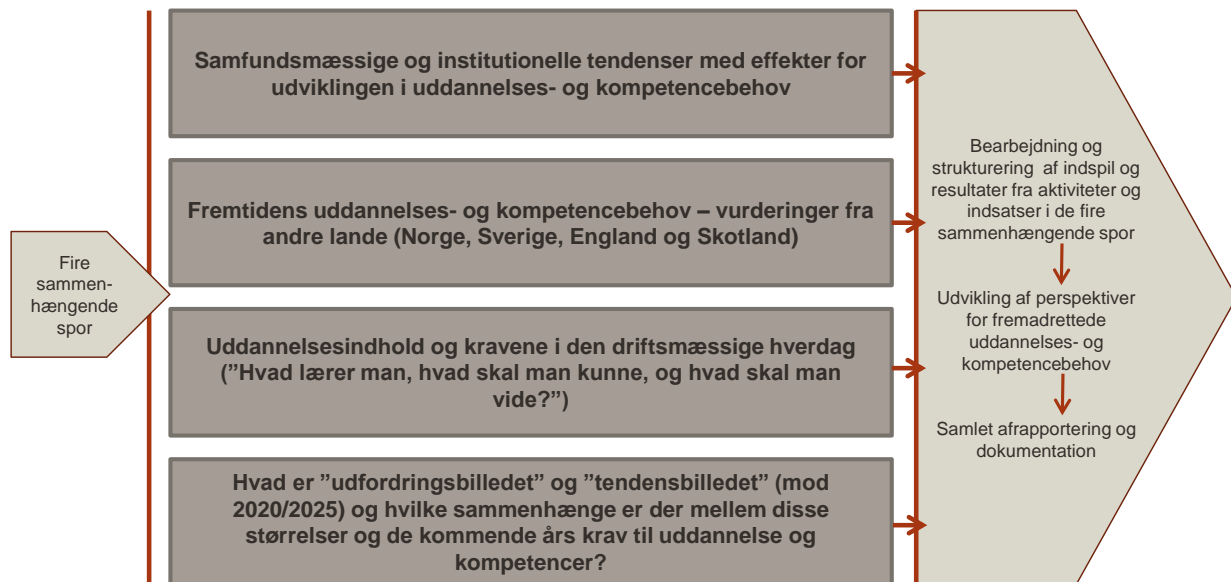
De omhandlede, bagvedliggende temaer og problemstillinger har omfattet bl.a.

- de nye balancer mellem indsatser i primær og sekundær sektor, det vil sige bestræbelserne på at sikre varetagelse i primærsektoren af en så stor andel af den samlede sundhedsopgave som muligt
- anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger
- de nye supersygehuse med reduceret sengekapacitet – og med fortsat reducerede liggetider
- borger-/patientviden og borger-/patientinddragelse
- samarbejdsformer mellem sundhedsaktørerne og mellem faggrupperne – idet videreudviklingen af borger- og patientforløb på tværs af sektorer og funktioner samt nye former for tjenester og services kontinuerligt ændrer opgavefordeling mellem fx praktiserende læger, sygehuse og kommuner og kontinuerligt ændrer sammensætningerne i de indsatser, der er behov for<sup>2</sup>
- nye typer af enheder og tilbud (fx sundhedscentre og decentrale akutpladser)
- egenomsorg og ansvar for egen sundhed
- styrings- og incitamentsformer samt
- professionernes identitet i uddannelse og erhverv

Projektet er – med basis i en opstarts workshop med medlemsorganisationerne og de anførte temaer og problemstillinger – gennemført indenfor rammerne af 4 sammenhængende spor, jf. figur nedenfor, og med involvering af ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets faggrupper i såvel regionalt som kommunalt og privat regi.

---

<sup>2</sup> "Nøglen til at løse udfordringerne for fremtidens sundhedsvæsen er fortsat nytænkning og udvikling af den måde, vi samarbejder og løser opgaverne på." Erhvervs- og Vækstministeriet, Markedsmodningsfonden, august 2014. Vedrørende nye former for tjenester og services, herunder via OPI. Når der tales om "nye tjenester og services" – begreber, der anvendes i denne rapport – menes der følgende: Klassisk-traditionelt har sundhedsvæsenets "tjenesteformer" været identisk med stationær og/eller ambulanssygehusudredning og behandling samt fx ældreomsorg (på plejehjem). Med stigende kraft udvikles der nye typer af "tjenester" – fx udgående teams, hjemmemonitorering, opsporing, telemedicin, patientuddannelse, intermedieære enheder, video- og webbaserede konsultationer osv. – og et øget antal af forskellige "tjenester og services" kobles på stadigt flere og nye måder.



**Sundhedskartellets uddannelsesprojekt – de 4 sammenhængende spor.**

De 4 sammenhængende spor har omfattet:

- Gennemgange af rapporter og analyser m.v. samt interviews med eksperter og forskere vedrørende samfundsmæssige og institutionelle tendenser med effekter for udviklingen i uddannelses- og kompetencebehov.
- Desk research og interviews med relevante ledere og ressourcepersoner fra andre lande vedrørende fremtidens uddannelses- og kompetencebehov – idet Norge, Sverige, England og Skotland har været inddraget, fordi disse fire lande vurderes at have væsentlige lighedstræk med Danmark, og fordi der også i disse lande foregår en debat om fremtidens uddannelsesbehov for de sundhedsprofessionelle faggrupper.
- Spørgeskemaundersøgelse og workshops med Sundhedskartellets faggrupper med henblik på indspil vedrørende uddannelses- og kompetencebehov i forhold til kravene i den daglige arbejdsdag.
- Gennemgang af udfordrings- og tendensbilleder for sundhedsvæsenet i et perspektiv mod 2020/2025 – og heraf afledte krav i forhold til uddannelse og kompetencer.

Det indsamlede og bearbejdede datagrundlag fremgår af den omfattende bilagssamling, hvor mange af rapportens budskaber uddybes og nuanceres – eller hvor grundlaget for disse budskaber er beskrevet mere udførligt.

Ca. 700 medarbejdere og ledere fra Sundhedskartellets faggrupper har været involveret i det samlede projektforb. Bl.a. gennem spørgeskemaundersøgelse samt afholdte workshops med ledere og medarbejdere fra alle faggrupper.<sup>3</sup>

Patientperspektivet har været inddraget som del af såvel spørgeskemaundersøgelse som workshops, ligesom dette perspektiv også er indgået i forbindelse med desk research og interviews.<sup>4</sup>

Ca. 40 udvalgte forskere, eksperter og ledere fra både uddannelsessystem og sundhedssystem, herunder ca. 20 fra andre lande, har været involveret i projektforb. Såvel universitetsmiljøer og "tænke tanke" som forvaltningsmiljøer har været repræsenteret.

Bilagssamlingen omfatter en oversigt over de instanser og forskere/eksperter/ledere, der har været involveret – samt en fortegnelse over de væsentligste skriftlige kilder (rapporter, analyser, forskningsarbejder m.v.), der har været anvendt i projektforb.

Det detaljerede projektdesign, herunder styrings- og projektorganisationen samt de involverede ressourcer fra Sundhedskartellet, Implement og AAU, fremgår ligeledes af bilagssamlingen.

Også de gennemførte aktiviteter, herunder spørgeskemaundersøgelsen samt de afholdte workshops i projektforb., er dokumenteret og beskrevet i bilagssamlingen.

## 1.2 Ændringsbehov i tilknytning til uddannelser

Jf. projektdesign er der i uddannelsesprojektet lagt vægt på, at der kan være flere typer af interesser, når det gælder overvejelser omkring eller behov for ændringer af de sundhedsprofessionelle uddannelser.

At se på fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov for givne faggrupper – her Sundhedskartellets – kan derfor være nødvendigt af flere grunde.

Sundhedsvæsenets udfordringsbillede, der i høj grad ligger som bagtæppe for gennemført desk research og gennemførte interviews med udvalgte resourcepersoner, er i sig selv en grund til at se på, om sundhedsuddannelserne i tilstrækkeligt omfang er tilpasset forventede fremtidige rammer og sundhedssystemets mange omstillingskrav.

Også andre forhold spiller dog ind. Tendenser og udvikling i den måde tilegnelse af viden og tilrettelæggelse af uddannelse opfattes på, samt de måder hvorpå viden og kompetencer tilegnes, udgør i lige så høj grad en platform for at se på uddannelses- og kompetencebehov i et perspektiv mod 2020/2025.

---

<sup>3</sup> Der har været repræsentanter fra både primær, sekundær, statslig og privat sektor. Da rapporten i stort omfang berører uddannelsessektoren har repræsentanter herfra været repræsenteret i både spørgeskemaundersøgelsen og workshops, men også via desk research og interessentinterviews. Set i bakspejlet kunne uddannelsessektorens repræsentation have været endnu stærkere. De studerende kunne have været inddraget i projektforb. – med henblik på at få opfattelser og vurderinger fra det helt aktuelle uddannelsesmiljø. I stedet er det valgt at satse på en forholdsvis stor andel af nyuddannede i såvel spørgeskema- som workshopsammenhæng.

<sup>4</sup> Fem forskellige patientforeninger blev i projektforbets start spurgt om interviews eller deltagelse i workshops. Patientforeningerne har imidlertid ikke været involveret i projektforb.

---

”I projektførløbet kortlægges og analyseres der ikke alene ud fra en teknokratisk, myndigheds-baseret vinkel, hvor strukturelle og samfundsmæssige forandringer forudsættes at medfører ændrede kompetencebehov og ændrede krav til uddannelsestilrettelæggelse – men også modsat, det vil sige at uddannelse og faglige læreprocesser i sig selv er medskabende, når det gælder nye kompetencer og praksisser, som i sig selv kan bidrage til nye strukturelle og samfundsmæssige forandringer.”

*Fra projektdesign (se bilagssamlingen)*

---

Uddannelserne kan og skal imidlertid også justeres løbende – og ind imellem ændres mere grundlæggende – ud fra samfundsmæssige udviklinger, ud fra ønsker om gennemslag af nye former for læring og pædagogik, ud fra ønsker om ændrede balancer mellem teori og praktik m.v. Og i det hele taget ud fra dén grundlæggende præmis, at tilpasning af uddannelser ikke blot skal være en ”passiv” afspejling af ændringer i de eksterne omgivelser, men også en afspejling af, at grunduddannelserne, deres tilrettelæggelse samt pædagogiske og læringsmæssige virkemidler i sig selv påvirker disse omgivelser.

*”Hvad kan uddannelserne selv være med til at præge? Den agerende uddannelsesdagsorden (vi er medskabere af behov) står over for den reagerende uddannelsesdagsorden (vi responderer på de behov, der er).”*

(Citat fra interviewet forsker)

Uanset baggrund for kortlægning og analyse af uddannelses- og kompetencebehov kan det konstateres, at der i forbindelse med såvel aktuel situation som fremadrettede krav og muligheder er ganske mange forskellige synspunkter og involverede interessenter.

Variansen i vurderinger og holdninger i projektførløbet har da også været betydelig. Dette afspejles også i de gennemførte aktiviteter og spor og på tværs af disse aktiviteter og spor – hvor der har været en betydelig bredde i indspil.

### **1.3 Afrapporteringens karakter**

Det har ikke været ambitionen at præsentere en konsensusorienteret afrapportering – men derimod at fremlægge både sammenfald og divergenser i holdninger og vurderinger i forhold til de problemfelter og temaer, der har været inddraget med basis i design for Sundhedskartellets uddannelsesprojekt.

Netop derfor har der også været lagt vægt på at inkludere flere forskellige former for aktiviteter, herunder involverende med inddragelse af Sundhedskartellets faggrupper, interviewbaserede med inddragelse af internationalt anerkendte forskere og analytikere samt udvalgte danske



interessenter på området. Der er herudover arbejdet med researchbaserede rapporter og analyser fra såvel Danmark som andre lande.

Det er valgt at samle de helt væsentlige fund og observationer – samt en overordnet gennemgang af fem udviklede perspektiver – i denne forholdsvis korte rapport.

Hovedafsnit 2 omfatter en tværgående opsummering af vigtige tendenser – og afspejler på overordnet niveau de helt væsentlige resultater og vurderinger med basis i de gennemførte aktiviteter.

Hovedafsnit 3 går mere i dybden med udvalgte og centrale problemstillinger – der alle hænger tæt sammen med den omhandlede opsummering i hovedafsnit 2.

Såvel opsummering i hovedafsnit 2 som gennemgangen af de udvalgte, centrale problemstillinger i hovedafsnit 3 afspejler valg og prioriteringer fra Implement og AAU.

Hovedafsnit 4 omfatter en overordnet gennemgang, der er udvidet og detaljeret i bilagssamlingen, af fem udviklede perspektiver for videreudvikling af sundhedsuddannelserne – idet hvert af perspektiverne er udtryk for en form for idealtipe med basis i et valgt grundlag, fx ”drift” eller ”sundhedsfremme”. Hvert perspektiv omfatter væsentlige elementer, der kan integreres i sundhedsuddannelserne – og ingen af perspektiverne kan i sig selv fungere som basis for en given sundhedsuddannelse.<sup>5</sup>

I hovedafsnit 5 er der medtaget en kort og tværgående opsummering.

De gennemførte aktiviteter har hver for sig givet et betydeligt omfang af interessante og brugbare indspil og resultater.

Det er på den baggrund valgt, som direkte supplement til denne rapport, at udarbejde en omfattende bilagssamling. Der er her medtaget dokumentation af de forskellige aktiviteter og af resultaterne fra arbejdet i de fire spor – ligesom der er medtaget beskrivelser af processerne i tilknytning til de gennemførte involverende aktiviteter.

Bilagssamlingen omfatter dog endvidere stof, der har værdi i sig selv – også udover at fungere som del af grundlaget for denne forholdsvis korte afrapportering. Dette gælder måske ikke mindst for landegennemgangene og opsamlingen af gennemførte interviews med eksperter og forskere fra universitetsmiljøer m.v.

---

<sup>5</sup> Anvendelsen af perspektiver i projektforsløbet har haft lidt samme karakter, som når scenarier anvendes som grundlag for dialog omkring mulige udviklingsveje.

## 2. Væsentlige tendenser

På tværs af projektforløbets aktiviteter og spor – og den store mængde af vurderinger og holdninger, der er kommet frem – beskrives nedenfor en række udvalgte tendenser, der i væsentligt omfang påvirker de fremadrettede krav til og den fremadrettede karakter af de sundhedsprofessionelle uddannelser. Dette afsnit går således på tværs af rapportens øvrige dele samt dokumentationen og beskrivelserne i bilagssamlingen.

Gennemgangen er struktureret indenfor rammerne af tre temaer:

- Samfundsforhold, organisering og sundhed
- Forskning og uddannelse
- Uddannelsestilrettelæggelse, arbejdsdeling og niveauer

De temabaserede beskrivelser peger fremad mod den mere detaljerede gennemgang af udvalgte problemstillinger i hovedafsnit 5.

### 2.1 Samfundsforhold, organisering og sundhed

#### • Sundhedsindsatser og sociale indsatser

Sundhed angår ikke kun aktiviteter indenfor sundhedssektoren. Sundhed og sygdom er relateret til hele det levede liv og de mange institutioner og sammenhænge, den enkelte borger er involveret i, herunder også fritidsliv og arbejdsliv.

Det er en del af dette billede, at sundhedsområdet og socialområdet samt arbejdsmarkedsområdet i øget omfang tænkes sammen til et velfærdsområde. Og at der i øget omfang er fokus på, hvordan indsatser i sundhedsdelen påvirker indsatser i den sociale del og i arbejdsmarkedsdelen.

Det er en afspejling af dette forhold, at flere andre lande – måske ikke mindst Norge – i et strategisk perspektiv tænker velfærdsuddannelser snarere end sundhedsuddannelser.

#### • Karakter af arbejdsopgaver

Der er en klar tendens til øget kompleksitet i de sundhedsprofessionelles arbejdsopgaver.

Dette har sammenhæng med det ovenfor anførte, men skyldes også mere heterogene brugergrupper som følge af øget omfang af konkurrerende og sammensatte lidelser (co-morbiditet), yderligere individualisering af muligheder for og krav fra brugerne samt øgede udfordringer med privilegerede og ikke-privilegerede grupper.

Samfundsmæssige forandringer gør det endvidere nødvendigt med et øget fokus på social ulighed i sundhed.

Også en række andre forhold spiller dog ind her – fx nye aktører (patientorganisationer), vækst i garantier og rettigheder samt klagemuligheder – og et konstant øget pres mod nye behov, hvor også medicinalindustrien og den medico-tekniske industri er involveret.

- **Ny sundhedsaktører, identiteter og krav**

Der er et øget omfang af sundhedsaktører, der vil stille nye krav til de sundhedsprofessionelle og også til rollen som patient.

Brug af frivillige samt elektroniske medier, portaler og elektroniske "eksperter", koncepter som "peer-to-peer"<sup>6</sup>, pårørende grupper/foreninger og patientgrupper/foreninger konsulteres i stigende omfang af patienter/brugere og disses pårørende.

Sundhedsaktørernes autoritet sættes under pres og giver muligheder for ændrede definitioner af roller. Man kan fx forvente et øget behov for at være virksomme som undervisere og vejledere m.v.

Samfundsudvikling, forskning og identiteter er løbende under forandring. Fx det forhold, at der i stigende grad forskes på gen- og genom niveau, giver forskydninger af syg/rask. Ingen kan i dag sige, at de er raske – alle er snarere "præ-patienter". Den raske er blot endnu ikke undersøgt tilstrækkeligt!

Arbejdet med at optimere sundhed (sundhedskapital) anses i stigende grad som et individuelt anliggende.

Samlet set sker der forandringer med nye sundhedsaktører, nye typer af undersøgelser, nye teknologier og identiteter m.v., som alt sammen ændrer og udfordrer den rolle, de sundhedsprofessionelle tidligere har haft med relativt monopol på viden og autoritet.

De omhandlede forhold skal løbende reflekteres og medtænkes i curriculumudvikling af de sundhedsprofessionelles uddannelser.

- **Nye former for tjenester**

De traditionelle stationære og ambulante former i sygehusregi suppleres i øget omfang med en række nye former for services og tjenester – med nye indsatsbalancer og opgavefordelinger mellem sundhedsaktørerne samt mellem sundhedsaktørerne og aktørerne på fx socialområdet og arbejdsmarkedsområdet.

Stationære former for tjenester og ambulante former for tjenester kobles med eller erstattes af forskellige nye former – der i sig selv også kobles på mange forskellige måder: Fx hjemmebehandling og hjemmemonitorering, telemedicin, egen monitorering, borger- og patientuddannelse, udgående teams, proaktiv sundheds- eller velfærdsstyring, peer-to-peer osv.

De organisatoriske og institutionelle rammer for levering af sundhed bliver på den måde mere amorfe, sammensatte og heterogene – ligesom kravene til såvel borgere som sundhedsprofessionelle ændres og vokser.

---

<sup>6</sup> Peer-to-peer er en betegnelse for initiativer, hvor brugeren/patienten eller tidligere patienter inddrages som ressource i forhold til andre brugere/patienter.

I sammenhængen øges også kravene i forhold til anvendelse af en stadigt bredere vifte af sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger.

- **Faggruppetværgående indsatser**

Der er og vil i øget omfang være behov for samarbejde mellem faggrupper – og væsentligt øgede behov for, at den enkelte faggruppe har indsigt i, hvad andre faggrupper kan og repræsenterer.

Dette forhold er afledt af den øgede kompleksitet i arbejdsopgaver og den øgede sammensathed i tjenester og services og i typer af leverancer.

Den stigende kompleksitet i borger-patientforløb, sammenholdt med de voksende krav til samtidig kvalitet og effekt samt omkostningseffektivitet, peger i sig selv i retning af øget omfang af og intensitet i faggruppetværgående samarbejde – og i retning af øget varians i indsatssammensætninger på tværs af faggrupper.

- **Behandling og forebyggelse**

Fokus på indsatser, der fremmer sundhed, vokser markant – men der er fortsat et stort spænd mellem policy orienterede strategier og den faktiske prioritering af ressourcer og kapacitet.

Det øgede og populationsorienterede fokus på de faktorer, der fremmer den almene sundhedstilstand skyldes bl.a. de samfundsøkonomiske rammer og den øgede erkendelse af, at opsporing og forebyggelse samt tidlige indsatser udgør et mere bæredygtigt sundhedsøkonomisk fundament og samtidig bidrager til øget livskvalitet og levetid.

Balancen i indsatser må forventes at blive væsentligt mere forskudt – fra en traditionel og forholdsvis stor orientering mod behandling af syge til en øget orientering mod indsatser, der fremmer sundhed.

- **System og incitamenter**

Sundhedsvæsenet er i sig selv et særdeles komplekst og sammensat system – en karakter, der kun synes at vokse, i takt med udviklingen af nye former for tjenester og services, men også i takt med internationalisering samt de stadigt mindre faste grænser mellem sektorer og mellem sundhed og socialområde og arbejdsmarkedsområde.

Det kan derfor være vanskeligt at forstå, hvordan det samlede sundhedssystem ”virker”, og hvordan de vigtigste drivere virker ind på systemets dynamik og udvikling.

Der kan være gode grunde til på sundhedsuddannelserne at opprioritere indsigt i eller viden om sundhedssystemets virkemåde. – et forhold, der er fokus på i de andre lande. Jf. også bilagssamlingen.

## 2.2 Forskning og uddannelse

- **Fokus på forskning**

Der er et øget behov for, at de sundhedsprofessionelle ikke blot opsøger og anvender viden, der er relevant for deres fagområde, men at de også selv udvikler viden via opbygning og udvikling af institutionelle sammenhænge og stillingsstrukturer.

Det er nødvendigt med et øget fokus på det refleksivt kritiske i forhold til den viden, der anvendes i den kliniske praksis. Derfor er det også nødvendigt med et øget fokus på videnskabsteori samt forsknings- og udviklingsorienteret teori og metode.

Uddannelserne skal uddanne sundhedsprofessionelle med øget indslag af elementer fra forsknings- og udviklingsverdenen – og på den måde oparbejde vaner og dispositioner for en professionel etos<sup>7</sup>, der matcher behov for dokumentation, kritisk refleksion og udvikling samt evaluering af det faglige arbejde.

- **Refleksiv uddannelse og praktikere**

Sundhedsprofessionelle må forholde sig til en stadig mere sammensat vifte af vidensformer og forskellige videnskilder. Sundhedsprofessionelle i uddannelse og erhverv, såvel relativt nye som mere erfarne, må kunne indhente, vurdere og afveje forskningsbaseret viden i forhold til viden, baseret på professionelle erfaringer og konsensusbaserede typer af "bedste praksis", samt viden og behov med basis i indspil fra patienter og pårørende.

På alle faglige områder og i enhver praksissituation bliver der i øget omfang behov for refleksive praktikere, som kan afveje forskellige interesser (etiske, økonomiske, politiske, professionsmæssige) og kundskabsformer (evidens/forskning, erfaring, borgerens/patientens perspektiv m.v.), styrkerne i den tilgængelige kundskab samt de modsatrettede mål og midler, de forskellige kundskabsformer ofte giver anledning til.

- **Relationer mellem skole og praktik**

Der er mange og herunder også modsatrettede perspektiver på, hvordan man skal tænke uddannelsesaktiviteterne ind i den skolemæssige/teoretiske del<sup>8</sup> og i den kliniske/praktiske del.<sup>9</sup>

Der er forskellige historiske, faglige og uddannelsesmæssige traditioner, og der er uensartede strategier og interesser i betoningen af henholdsvis den teoretiske del og den kliniske del.

På den ene side beskrives der krav om, at der skal være "sammenhæng mellem teori og praksis", og på den anden side er der krav om at respektere, at klinisk viden er andet og mere end "anvendelse af teori" – og at teori ikke altid kan eller skal kunne anvendes i praksis. Der er dog enighed om, at de to typer af uddannelsesmæssige arenaer skal komplementere hinanden.

---

<sup>7</sup> En slags skik eller vane hos den sundhedsprofessionelle. Etos angår den troværdighed en afsender har over for en modtager. Aristoteles anvendte også begrebet inden for retorikken om den personlighed, taleren udfolder i sin tale.

<sup>8</sup> Med skolemæssige/teoretiske del menes den del af professionsbacheloruddannelserne, der udbydes på uddannelsesinstitutionerne. Begrebet "skole" forekommer flere steder i rapporten af praktiske grunde, men dækker da over betydningen skolemæssig/teoretisk del af uddannelsen.

<sup>9</sup> Med klinisk/praktiske del menes den del, der foregår på de steder, hvor de sundhedsprofessionelle praktiserer. "Klinisk praksis" er dog ikke konsekvent brugt som begreb, idet flere af Sundhedskartellet's professioner ikke umiddelbart arbejder i den "klinisk", der i ordets oprindelige forstand knytter an til en institutionaliseret form for praksis. Rapporten bruger derfor også visse steder begrebet "praktik", som dækker over den praktiske del af uddannelserne.

Der kan være behov for, at uddannelserne på skoledelen i højere grad end nu relevansgøres i forhold til klinikken. Der er under alle omstændigheder et klart behov for, at uddannelsen i klinikken kvalificeres i forhold til økonomiske incitament, organisering og læring. I for mange tilfælde er kvaliteten af uddannelsen i klinikken ganske enkelt for lav.

Samtidig er det en væsentlig pointe, at der ikke nødvendigvis er behov for mere skolemæssig pædagogik i klinikken, men derimod et øget behov for klinikkens pædagogik og didaktik.

- **Uddannelsernes primære fokus**

Der kan konstateres en stor grad af uenighed om, hvordan grunduddannelserne samt efter- og videreuddannelsessystemet skal tilrettelægges fremadrettet.

På den ene side er der behov for, at de sundhedsprofessionelle skal uddannes til at være virksomme i den konkrete driftsmæssige praksissammenhæng med tilhørende begreber om at lære "det basale" og "kunne udøve faget, som det er" – dvs. redskabs- og metodeorienteret læring med direkte sammenhæng til de relevante driftsmiljøer.

På den anden side er der behov for, at de sundhedsprofessionelle skal uddannes til at være virksomme i nye og komplekse sammenhænge med tilhørende kompetencer indenfor "omstilling", "relationel koordination og konflikthåndtering", "sundhedsfremme", "kundskabsbaseret arbejde" osv. – og med evner til at udøve fag og faglighed indenfor konstant forandrede rammer.

Konkretiseringen af forskellige læringsområder (fx "sundhedsfremme", "drift", "omstilling") – og hvad hvert læringsområde giver til den samlede uddannelse – er til stadighed et væsentligt behov.

Der vil være behov for en konkret afvejning af læringsområderne i forhold til typer af sektorer, institutioner samt i og indenfor de enkelte faggrupper. Jf. også hovedafsnit 4 nedenfor, hvor fem udviklede perspektiver er gennemgået, og hvor der fokuseres på de forskellige muligheder for sammensætning af læringsområder i uddannelserne.

Alle læringsområder vurderes i udgangspunktet ofte som væsentlige – og afvejningen af, hvilke læringsområder, der bør være dominerende i en bestemt sundhedsuddannelse er derfor afgørende vigtig – ligesom fravalget af et læringsområde som ikke-dominerende i en bestemt sundhedsuddannelse er vigtig.

Udgangspunktet med, at alle læringsområder er overordentlig vigtige og "sidestillede", og at alle læringsområder på en eller anden måde bør have dominans ind i den konkrete sammensætning af elementer i en sundhedsuddannelse, kan være et forståeligt synspunkt. Men i en operationel og handlingsorienteret videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne er en sådan linje ikke anvendelig.

## 2.3 Uddannelsestilrettelæggelse, arbejdsdeling og niveauer

- **Arbejdsdeling – grunduddannelser og efter- og videreuddannelser**

Der er store variationer i synspunkter, når det gælder arbejdsdelingen mellem grunduddannelser samt efter- og videreuddannelser.

Der er brug for en satsning, der i højere grad end nu sikrer systematisk sammenhæng mellem grund- og videreuddannelsessystemerne på minimum kandidatniveau.

Der er i stigende grad behov for at give særlige tilbud til ”dygtige studerende”, som kan glide ind i forskellige typer af karriereforløb.

Ligeledes er der i stigende grad behov for (jf. også landegennemgangene i bilagssamlingen) at sikre mulighed for at specialisere sig eller fordybe sig på kandidat- og masterniveau. Netop den øgede sammensathed og kompleksitet i arbejdsopgaver og tjenesteformer nødvendiggør fokus på specialisering, der hensigtsmæssigt kan håndteres gennem et mere stringent opbygget videreuddannelsessystem.

- **Specialist og generalist**

Sundhedsprofessionelle må i øget omfang specialisere sig – jf. også landegennemgangene i bilagssamlingen og herunder ikke mindst de norske udredninger vedrørende fremtidens velfærdsuddannelser.

Principielt kan et vist niveau af specialisering være del også af grunduddannelserne. Men specialisering kan også – og mest hensigtsmæssigt – være del af et formaliseret efter- og videreuddannelsessystem, der i højere grad er tænkt systematisk sammen med grunduddannelserne.

Dette skyldes bl.a. den øgede kompleksitet og sammensathed i arbejdsopgaverne – samt den øgede kompleksitet i indsatsformer. Indsatser i fx primærsektoren eller i sekundærsektoren samt indsatser indenfor rammerne af forskellige typer af tjenester og services gør det nødvendigt med mere specifik uddannelsesmæssig orientering – indenfor rammerne af et mere sammenhængende og karrierevejsorienteret grunduddannelses- og videreuddannelsessystem.

Samtidig må sundhedsuddannelserne have den karakter af ”generalist”, der gør det muligt at varetage hensynene til sammenhæng på tværs af de mange specialiserede sygdomsområder og funktioner i det samlede sundhedssystem.

Opsummerende kan det konstateres, at der i sammenhæng med uddannelserne og kompetencebehovene er tale om sammenhænge,

- hvor arbejdsopgavernes kompleksitet og sammensathed øges,
- hvor uddannelserne i øget omfang må fokusere på en stadig bredere vifte af vidensgrundlag, og
- hvor sundhedssystemet som sådant præges af stadig nye former for tjenester med stadig nye koblinger af arbejdsopgaver og indsatser – indenfor og på tværs af institutionelle og virtuelle rammer og med øget inddragelse af borgerens eget hjem som arena for sundhedsaktivitet.

Behovet for overvejelser om videreudvikling af sundhedsuddannelserne virker på den omhandlede baggrund som indlysende. Samtidig må det erindres, at sundhedsuddannelserne kontinuerligt udvikles indenfor givne formelle rammer – og at mange af de omhandlede og væsentlige tendenser i større eller mindre grad allerede afspejles i uddannelsernes tilrettelæggelse.



### 3. Centrale problemstillinger

I dette hovedafsnit berøres en række udvalgte tværgående, centrale og principielle problemstillinger, som har udkrystalliseret sig med basis i det indsamlede datamateriale. Disse problemstillinger bør alle indgå i sammenhæng med overvejelser vedrørende videreudvikling af sundhedsuddannelserne – og der kan her være behov for dybere analyser og udredninger.

Problemstillingerne indfanger strukturelle forhold, der angår både samfundsmæssige og globale udviklingstendenser, men også kundskabsbaserede tendenser samt tendenser i sundhedssystemet og i sundhedsvæsenets interaktion med andre systemer.

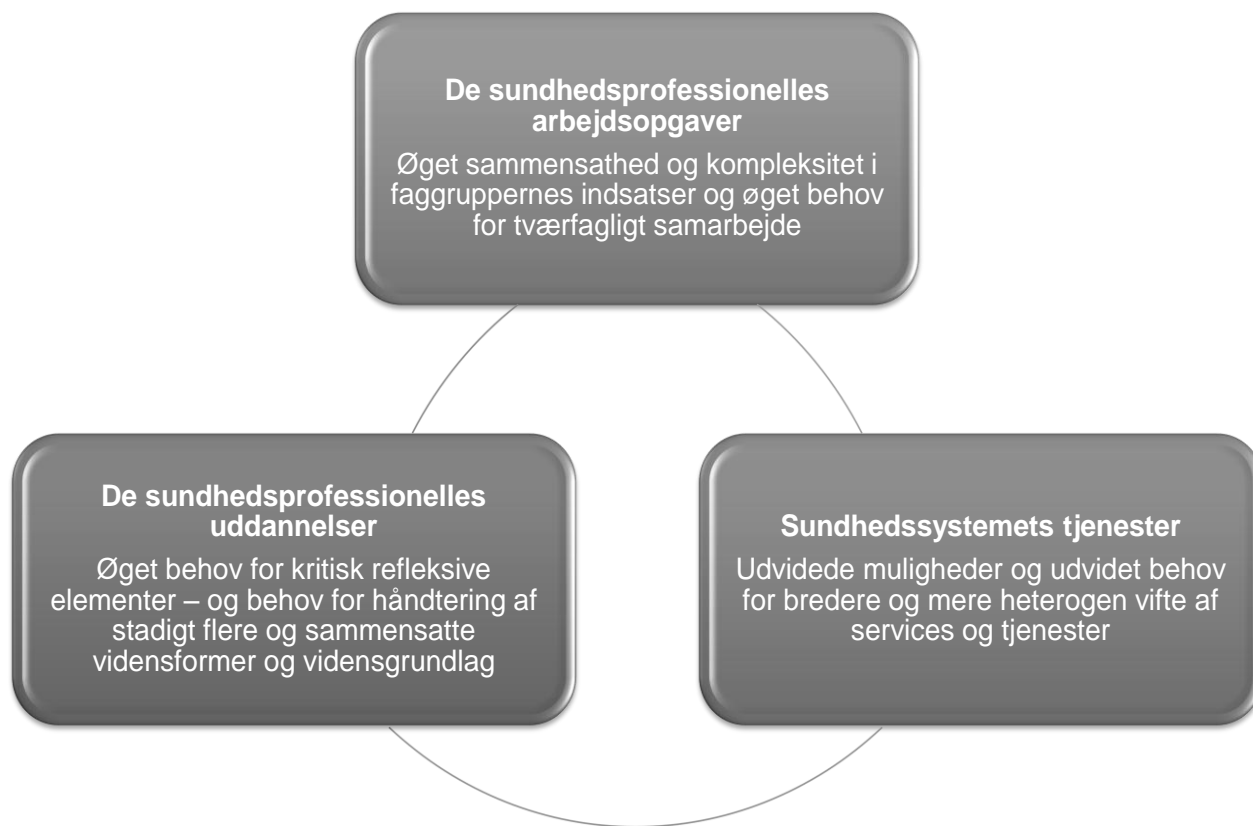
De medtagne problemstillinger omfatter i overskriftsform følgende – idet hver af problemstillingerne gennemgås i særskilte afsnit nedenfor:

- International orientering
- Udvikling og anvendelse af kundskab
- Forskning og udvikling
- Efter- og videreuddannelse
- Specialiserede og generelle kompetencer
- Skole og klinik
- Læringsområder og perspektiver

Problemstillingerne er med til at indfange den stigende kompleksitet, de sundhedsprofessionelle faggrupper fremover skal agere i – og de har alle sammenhæng med en eller flere af de tendenser, der er opsummeret i hovedafsnit 2.

Problemstillingerne afspejler samtidigt, på forskellige måder, de typer af interaktioner sundhedsuddannelserne må tænkes og tilrettelægges ind i, jf. figur nedenfor – hvor de sundhedsprofessionelles arbejdsopgaver og sundhedssystemets udvikling mod stadigt mere sammensatte former for tjenester påvirker uddannelsesbehovene, og hvor uddannelserne i sig selv virker ind på de måder, hvorpå arbejdsopgaver og tjenester rent faktisk tilrettelægges og udvikles.





### 3.1 International orientering

De sundhedsprofessionelles praksis udøves i en lokal, regional og national kontekst. Det er imidlertid afgørende, at indsatsen og uddannelserne ses i en bredere kontekst. Der bør fokuseres (yderligere) på, hvordan uddannelserne i (endnu) højere grad kan være forankret og relateret til nordisk, europæisk og internationalt samarbejde.

De nordiske lande har mange lighedstræk, jf. den skandinaviske velfærdsmodels institutioner, og de gode befolkningerne traditionelt har fået del i. Fællestræk kan i meget høj grad også identificeres på såvel sundheds- som uddannelsesområdet.

Norden indtager en særlig position i relation til at forvalte både undervisning og sundhedsydelser som en del af velfærdsstatens grundpiller. De nordiske lande kan have fælles interesse i at bevare og udbygge velfærdssamfundene gennem bl.a. et styrket samarbejde indenfor de mellemlange videregående sundhedsuddannelser. Uddannelserne ville gennem et sådant (udvidet) samarbejde kunne fremstå stærkt markeret – også ind i et globalt perspektiv.

Der er etableret stærke sundhedsfaglige forskningsmiljøer på tværs mellem de nordiske lande. Det bør overvejes, om ikke de nordiske landes position på uddannelsesområdet, herunder som delvis toneangivende, kan udmøntes i et stærkere nordisk uddannelsessamarbejde, fx i forhold til

udvekslingsprogrammer mellem bacheloruddannelser, etablering og udvikling af specialiserede masteruddannelser, ph.d. skoler m.v.

Bolognaprocessen i europæisk regi lægger i forvejen en ramme – ud fra en ide om det hensigtsmæssige i at sikre kompatibel og ensartet uddannelse indenfor det videregående uddannelsessystem. Formålet med processen og rammen har netop været at give såvel studerende som forskere mulighed for større bevægelighed, og at gøre Europa stærk for resten af verden som en attraktiv destination for uddannelses- og forskningsophold<sup>10</sup>.

På samme måde kunne det overvejes, om Norden skulle gøre sig attraktiv. I det hele taget bør det overvejes, hvem de nærmeste samarbejdspartnere skal være i en uddannelsesmæssig sammenhæng, og hvordan et samarbejde kan fokuseres og målrettes.

En fokusering vil kunne styrke de enkelte professionshøjskolars profil og få en institution til at stå stærkere og skarpere for omverdenen samtidig med, at det kvalitative udbytte vil kunne styrkes.

De indholdsmæssige dele af uddannelserne vil også skulle inddrage flere overnationale problemstillinger. F.eks. er der stort internationalt fokus på temaer som "genetic healthcare" samt øget global forekomst af mikroorganismer (f.eks. MRSA), som i sig selv gør, at sundhedsprofessionernes curriculum bør genovervejes.

"Genetic healthcare" med et øget fokus på bl.a. afdækning af genetiske dispositioner for sundhed og sygdom og den afledte behandling og pleje, øger samtidig individualisering og internationalisering af efterspørgslen efter sundhedsydelser – et forhold, der også kan forstærkes af udvidede og mere landtværgående former for frit valg.

---

De sundhedsprofessionelles praksis udøves i en lokal, regional og national kontekst, men med øget indslag fra nordiske, europæiske og internationale relationer. Det globale er konkret nærværende (fx international viden, sygdomme, smitte m.v.) – men skal også indgå mere specifikt i uddannelserne (fx erkendelser om internationale tendenser i forhold til frit valgsordninger, finansierings- og incitamentssystemer, digital/mobil adgang til viden), ligesom den nordiske velfærdsstatslige profil måske kan videre udvikles gennem fælles nordiske former for fx videreuddannelse.

---

### 3.2 Udvikling og anvendelse af kundskab

Der har traditionelt været stort fokus indenfor sundhed på evidensbaseret praksis og kliniske retningslinjer samt standarder og "bedste praksis".

---

<sup>10</sup><http://www.ehea.info/> Downloaded 18 April 2014.

Denne tradition føres fortsat videre – jf. indsatserne med videreudvikling af nationale kliniske retningslinjer og jf. de fortsatte bestræbelser på at anvende standardiserede pakkeforløb indenfor fx cancerområdet og psykiatrien.

Samtidig med den omhandlede videreførelse er der i stigende grad opmærksomhed på det forhold, at evidensbaseret viden i forhold til mange sundheds- og sygdomsområder ikke er eller kan være særlig omfattende, og/eller at evidensen er ”svag”.

Desuden kan der være evidens på forskelligt niveau – og også modsætninger mellem, hvad der opfattes som evident viden indenfor diverse videnskabelige områder, der er relevante for sundhedsprofessionernes arbejdsområder. Der kan som eksempel være forskel og modsætninger mellem, hvad der er evident på naturvidenskabeligt niveau (anatomi og fysiologi), social-humanvidenskabeligt niveau (livskvalitet) eller i forhold til et filosofisk niveau (etik)<sup>11</sup>.

Når det angår standarder og ”pakker” har også disse nogle begrænsninger – jf. udviklingstendenser med stadig flere sammensætninger af indsatser og stadig flere former for tjenester og services.

Endvidere bliver det i stigende grad erkendt, at fremherskende medicinsk tænkning omkring evidens og kliniske retningslinjer netop ikke er tilstrækkeligt – i en sammenhæng, hvor problemhåndtering i lige så høj grad som diagnosehåndtering bliver en del af de samlede sundhedsindsatser, og hvor grænserne mellem sociale indsatser og sundhedsindsatser bør udviskes stadig mere.

Karakteren af udviklingen i sygdomsmønstre – med sammensatte lidelser og med sammensatte sundhedsmæssige og sociale problemer, med øget kompleksitet i arbejdsopgaver samt tjenesteformer – trækker væk fra en traditionel og ofte mono diagnose baseret og evidensorienteret tilgang. Mens viden og kompetencer i forhold til sundhedsprofessionel problemhåndtering, ofte af kompleks karakter, nødvendiggør andre former for grundlag end blot det klassiske evidensbaserede.

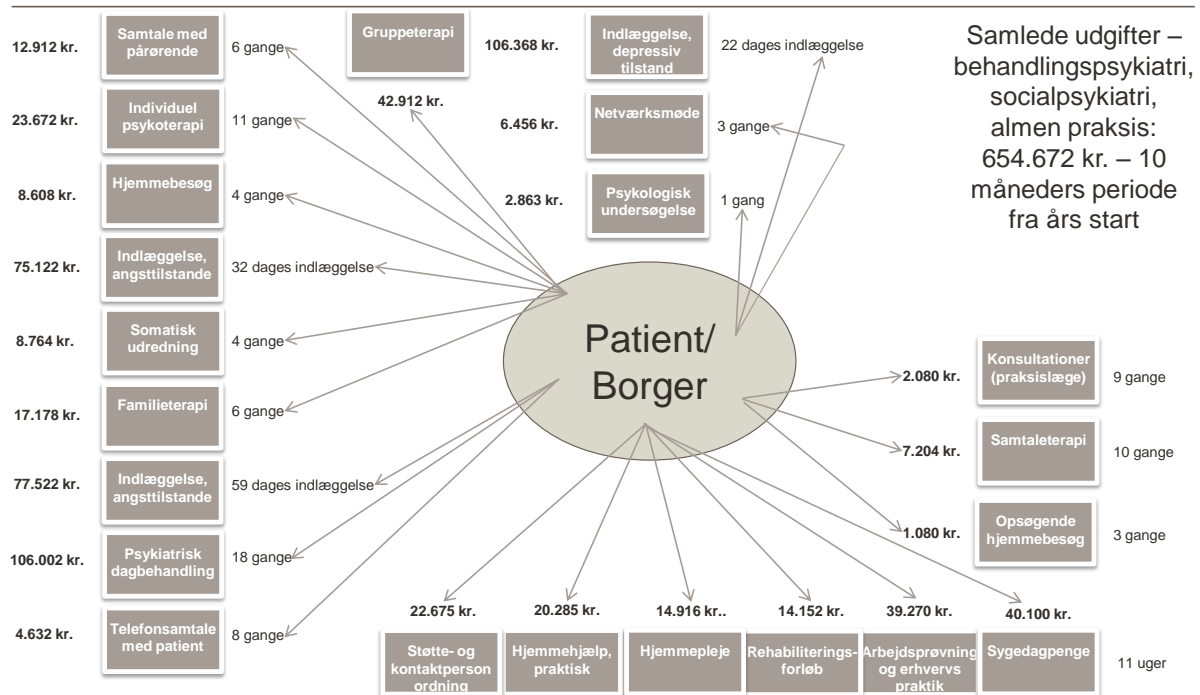
Finansieringsformer og incitamenter kan måske motivere til, at patienter udskrives hurtigt – for kort tid efter at blive genindlagt, eller at patienter i for høj grad involveres i opfølgning via mange ambulante besøg. Tilsvarende og jf. figur nedenfor kan der være incitamenter, der er forskellige på tværs af sundhedsaktørerne – og hvor incitamenterne kan presse i retning af at gennemføre mange konsultationer og mange ambulante besøg etc., snarere end at presse i retning af positiv effekt for borgerens/patientens oplevede livskvalitet, funktionsniveau osv.

En kritisk reflektiv praksis kan være omkostningseffektiv ved fx at sikre, at patienten først udskrives, når patienten er klar – eller ved fx at indgå i debat om, hvordan finansieringsincitamenter kan påvirke klinisk adfærd. Eller hvordan der kan skabes incitamenter til at fokusere på effekt for borgeren/patienten, snarere end på ”omfanget af produktion”.

---

<sup>11</sup> Der vil fx være forskel på, hvordan livsstile i forhold til rygning eller alkohol analyseres på den biologiske krop (åreforkalkning, ødelæggelse af væv) i forhold til den sociale krop (oplevelse af livskvalitet, følelse af ”lykke”).

### Borger/patient med mange kontakter i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien



Eksempel på borger-patientforløb, der omfatter indsatser i såvel primær som sekundær sektor og fra alle de tre væsentlige sundhedsaktører – sygehus, kommune og praksislæge. Psykiatrien er et felt, hvor evidensgrundlaget ofte ikke er eller kan udvikles, og hvor der er ganske store uenigheder om, hvad der konstituerer "bedste praksis" og effektiv behandling. Samtidig er området sammensat, både på tværs af det sundhedsmæssige og det sociale – og stærkt problemorienteret. Eksemplet kan med forskellige gradueringer overføres til andre patientgrupper, der er i vækst – "den ældre medicinske patient", borgere med flere kroniske sygdomme osv.

Hele udviklingen i sygdomsbillede og tendenserne eller strategierne mod øget varetagelse af den samlede sundhedsopgave uden for sygehusregi – primærsektorens øgede opgave- og indsatsansvar, den øgede integration mellem sundhedssystemet og det sociale system, samt ikke mindst krav, ønsker og viden fra (af og til ekspert) patienter – gør det nødvendigt at tænke i andre former for terminologi end den, der er båret af den traditionelle, evidensbaserede tilgang.

Nye og ændrede relationer mellem patient, professionel og samfund nødvendiggør også, at de sundhedsprofessionelle grupper skal være fagligt robuste, og de må kunne argumentere og begrunde faglige handlinger både overfor patienter og de faglige kolleger, men også overfor en større samfundsmæssig sammenhæng – som stiller krav om bl.a. dokumentation og omkostningseffektivitet.

Den øgede sammensathed besværliggør i sig selv, at viden og kundskab udviklet i én kontekst, kan overføres til en anden. Viden skal i øget omfang forarbejdes, relateres og tilpasses. Og der

skal tages højde for, at megen traditionel evidensbaseret viden ikke direkte kan appliceres i konkrete praksissituationer.

Ind i udfordrings- og udviklingsbilledet er det derfor afgørende at få udviklet nye former for refleksivitet og sensibilitet i forhold til den øgede kompleksitet i arbejdsopgaver samt i tjenesteformer.

Historisk har man indenfor professionerne talt om udvikling og oparbejdning af professionsviden, faglig viden, det faglige skøn m.v. Efterfølgende kom, indenfor sundhedsområdet, indtoget af "evidensbaseret medicin" – af og til også begrebet, "forskningsbaseret viden".

De to grundlæggende former for viden – den evidens-/forskningsbaserede og den erfaringsbaserede – skal i et fremadrettet billede og i langt højere grad end nu afvejes og suppleres med borgerens/patientens viden, behov og ønsker.

Som begreb og med inspiration fra Norge integrerer og trækker begrebet, "kundskabsbaseret viden"<sup>12</sup>, på disse tre videnskilder, der kan fremhæves som grundlæggende for det faglige professionelle arbejde.

**Kundskabsbaseret praksis indebærer, at kliniske beslutninger i den givne situation skal hvile på (mindst) tre vidensformer: Den evidens-/forskningsbaserede, den erfaringsbaserede og borgerens/patientens viden og behov.**

Der vil, sikkert i de fleste sammenhænge være tale om behov for et udvidet kundskabsbegreb, der ud over forsknings/evidens, professionsviden/erfaringer og patientviden, også må integrere fx lokale kulturer, institutionelle regler/rutiner – samt for nogle af de mere teknisk orienterede faggrupper, også de vidensformer og udfordringer som teknologier, digitalisering og nye former for apparatur nødvendiggør.

---

Sundhedsprofessionelt arbejde er komplekst og involverer modsatrettede interesser og kundskabsformer. Samfundet er ikke tjent med og kvalificeret sundhedsprofessionelt arbejde kan ikke udelukkende afhænge af standarder og evidens i traditionel betydning. Et effektivt sundhedsvæsen må trække på en kundskabsbaseret praksis, hvor den sundhedsprofessionelle har en faglig autonomi og på en kritisk refleksiv måde integrerer både evidens-/forskningsbaseret viden, erfarings-/professionsbaseret viden og borgerens/patientens viden. Ofte må også lokale kulturer og institutionelle rutiner inddrages.

---

---

<sup>12</sup> "Kunnskapsbasert praksis: Det å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon" (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012/19.html?id=672961>).

### 3.2.1 Faggruppetværgående kundskab

Der vil være behov for at udvikle viden, der er relevant for de respektive faggrupper og på tværs af faggrupperne.

Mange af de væsentlige problemstillinger og udviklingstendenser peger i retning af øget kompleksitet og sammensathed i de indsatser, sundhedssystemet fremadrettet vil stå for. Og i stadig større bredde, når det gælder tjenesteformer.

Behovet for på uddannelserne at inddrage elementer vedrørende sundhedssystemets virkemåde – organisering, styring, finansiering m.v. – fremstår på den måde som helt væsentligt. Netop dette felt kan være oplagt for fælles og faggruppetværgående læring, både i skoledel og i praktikdel.

Sammenhængende hermed vil borger-patientforløbs sammensathed, logistik og indsatser være et felt, der i markant øget omfang er brug for at fokusere på i grunduddannelserne – igen: Både i teoridel og i praktikdel. Og som også og formentlig mest hensigtsmæssigt kan håndteres via netop faggruppetværgående former for læring.

Den øgede opmærksomhed på behovet for at integrere problem- og sygdomsorienterede forhold samt den generelle (internationale) tendens til i øget omfang at koordinere, og måske endda integrerede sundhedsindsatser og sociale indsatser medvirker i sig selv til, at sundhedsuddannelserne må have markant øget opmærksom på faggruppetværgående og forløbsbaseret læring og på træning i tværfagligt samarbejde i borger-patientforløbene.

Det er netop sammensætningen af forskellige typer af faglighed, der skaber effekt for borgeren/patienten – også i henseende til den oplevede livskvalitet, funktionsniveauer, social situation, færdigheder osv.

Behovene for øget omfang af faggruppetværgående læring og træning indebærer ikke signaler i retning af behov for en form for større, fælles basisdel på grunduddannelserne. Faggrupperne repræsenterer meget forskellige fagligheder og meget forskellige aktiviteter og roller – både ind i borger-patientforløbenes indsatser og ind i indsatserne i de enkelte former for kapacitet.

Især udenlandske, men også enkelte danske eksempler indikerer, at bestemte former for simulationstræning – her forstået som simulation af logistik og indsatser samt indsatsformer i borger-patientforløbene – kan være et hensigtsmæssigt redskab som basis for faggruppetværgående træning. Ikke mindst, fordi der her er tale om en form, der appellerer til de kliniske miljøer, og som i sig selv kan give læring til disse miljøer – og dermed øge commitment "fra klinikken" i forbindelse med uddannelsesindsatserne.

I denne form for simulation er de studerende, gerne faggruppetværgående, sammen med klinikere – og i fællesskab laves der justeringer af indsatser eller af logistik i konkrete borger-/patientforløb.

Eksempelvis kan en simulationsmodel anvendes til at se på, hvordan fx interne ventetider ændrer sig, hvis antallet af ressourcer i fx en akutmodtagelse reduceres eller forhøjes. Eller hvordan ændringer i sammensætningen af stationær og ambulans aktivitet har konsekvenser for personalebehov. Eller hvilke præcise afhængigheder, der er, mellem fx bioanalytikere, radiografer og sygeplejersker i et givent forløb indenfor et givent sygdomsområde.

Der bliver behov for, at uddannelserne inddrager elementer om sundhedssystemets virkemåde – organisering, styring, finansiering – områder som kan være oplagt for fælles og faggruppetværgående læring, både i skoledel og i praktikedel. Øget omfang af faggruppetværgående læring og træning skal respektere, at faggrupperne repræsenterer forskellige fagligheder og indsatser samt roller – både i forhold til borger-patientforløbenes indsatser og ind i indsatserne i de enkelte former for kapacitet.

---

### 3.3 Forskning og udvikling

Anvendelsen af "kundskabsbaseret viden" som grundlæggende begreb signalerer, at sundhedsfagligt arbejde kræver refleksioner over egen praksis, formulering af gode spørgsmål, såvel anvendelse som kritisk vurdering af viden – og evner til i praksis at integrere dokumenteret og anvendelig forskningsbaseret viden med erfaringsbaseret viden og viden med basis i borgernes og patienternes oplevelser, behov og præferencer.

Uddannelserne skal således sikre færdigheder og kompetencer, der gør det muligt at reflektere over forskellige former for viden og at relatere og anvende viden og kombinationer af viden i de konkrete praksissituationer.

Udviklingen med øget kompleksitet i arbejdsopgaver og tjenester, med kombinationer af sociale og sundhedsmæssige problemer, med primærsektorens øgede opgavevaretagelse osv. – alt sammen indebærer det, at sundhedsuddannelserne konfronteres med et stadigt større behov for uddannelseselementer og for en stadig mere sammensat vifte af uddannelseselementer.

Men udviklingen indebærer dermed også behov for, at uddannelserne omfatter forsknings- og udviklingsorienterede elementer, og at de studerende introduceres til teorier og metoder i tilknytning til forskning og udvikling.

I sekundærsektoren er der en lang tradition for forskning og udvikling. Der er imidlertid generelt et væsentligt øget behov for forsknings- og udviklingsindsatser i relation til primærsektorens indsatser og i relation til de typer af komplekse og ofte sektor- og funktionstværgående former for opgavevaretagelse, der i et fremadrettet perspektiv vil vokse – men som også svarer til de opgavetyper, Sundhedskartellets faggrupper i stigende grad vil blive involveret i.

Det er opgavetyper, der går ind i en kontekst, hvor den traditionelle evidensorienterede tilgang ikke nødvendigvis er optimal, og hvor den under alle omstændigheder ikke kan stå alene.

Der kan da også identificeres et voksende omfang af forsknings- og udviklingsarbejder, der netop vedrører bestræbelser på at udvide kundskaberne om, hvordan forskellige former for faglige indsatser og forskellige former for tjeneste- og servicedesigns kan medvirke til at forbedre



fundamentet for de faglige og faggruppetværgående indsatser i primærsektoren – samt i de typer af borger-patientforløb, hvor primærsektorens indsatsdele er betydelige.<sup>13</sup>

Landegennemgangen afspejler, at især Norge – men også Skotland – lægger stor vægt på, at grunduddannelserne skal omfatte elementer omkring forskning og udvikling – netop som følge af tendenserne i sygdomsmønstre, i arbejdsopgaver samt i tjenesteformer. I de to lande er balanceforskydningen mellem sygehusregi og primær sektor i høj grad fastlagt strategisk og konkret fra nationalt niveau.

Der er fokus på behovene for i uddannelserne at sikre viden om forsknings- og udviklingsorienteret teori og metode. Et forskningsorienteret etos blandt sundhedsprofessionerne er ikke mindst vigtigt, fordi det peger i retning af øget kvalitet og løfter kvaliteten af det sundhedsfaglige arbejde, og fordi det bidrager til det nationale og internationale korpus af viden på de respektive områder. Det bidrager også til at rekruttere og fastholde et højt niveau af sundhedsprofessionelle i forhold til konkurrerende arbejdsområder, fordi incitament til sundhedsarbejdet, jobindholdet og karrieremulighederne støttes.

---

Alle sundhedsprofessionelle skal ikke forske, og alle sundhedsprofessionelle praksisområder skal ikke og kan ikke være forsknings- eller evidensbaserede. Men kvalificeret og effektiv sundhedsprofessionel praksis skal involvere centrale elementer fra forskningsverdenen, som integrerer opsøgning, vurdering, anvendelse og evaluering af viden. Uddannelserne må i tiltagende grad omfatte forsknings og udviklingsorienterede elementer som grundlag for en reflektiv praksis.

For de sundhedsprofessionelle er det anførte sammenhængende med bl.a. efterspørgslen efter øget forsknings- og udviklingsbaseret viden om, hvordan indsatser i primærsektoren kan give optimal effekt.

---

### 3.4 Efter- og videreuddannelse

De sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser er klassificeret som videregående uddannelser, og de følger såvel de nationale som europæiske uddannelsesstandarder, som udgår fra Bologna-deklarationen<sup>14</sup>. Her er den bærende idé at tilstræbe homogenitet og gennemsigtighed

---

<sup>13</sup> Der er i regi af Sundhedsstyrelsen iværksat et program med udvikling af et halvt hundrede nationale kliniske retningslinjer, hvor det fra praksislægeside og fra kommunal side er indspil i retning af, at de traditionelle former for kliniske retningslinjer i høj grad må komplementeres – og at der må sættes mere på problemorienterede former for kundskabsbasis, der adskiller sig fra en traditionel "evidensbaseret" tradition.

<sup>14</sup> Bologna-processen er betegnelsen for et mellemstatsligt europæisk samarbejde om at skabe et fælles rum for videregående uddannelser i Europa. Baggrunden for processen er Bologna-deklarationen, der blev vedtaget i juni 1999 af undervisningsministre fra i alt 29 europæiske lande.

[http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/BOLOGNA\\_DECLARATION1.pdf](http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/BOLOGNA_DECLARATION1.pdf) [30.08.2014].



med henblik på at øge mobiliteten for såvel studerende som undervisere og på denne måde gøre Europa attraktivt i forhold til studier og arbejde. Overordnet er det vigtigt at tænke eftervidereuddannelse ind i det ordinære uddannelsessystem i tråd med Bologna-processens hensigter.

Der arbejdes overordnet med bachelor-, kandidatniveau- og ph.d.-niveau efter "3+2+3" princippet, dvs. 3 års bacheloruddannelse, 2 års overbygning som kandidat (i de fleste andre lande bruges ordet "master" i stedet for kandidat) og 3 års ph.d.-uddannelse.

Professionsbachelorer har mulighed for at gå videre i det universitære videreuddannelsessystem. Der opereres med to former for overbygningsuddannelse: Kandidatdelen, der bygger oven på bachelordelen, og masteruddannelsen, som er et selvstændigt uddannelsesforløb. En del universiteter kræver, at professionsbachelorer deltager i forskellige former for suppleringsforløb<sup>15</sup> for professionsbachelorer som indgang til visse kandidatuddannelser.

Der er derudover andre former for efter- og videreuddannelsesmuligheder. Professionshøjskolerne udbyder en bred vifte af diplomuddannelser. I regi af Sundhedsstyrelsen udbydes en række specialuddannelser for sygeplejerskerne og en enkelt tværfaglig uddannelse. Regionerne og kommunerne har også enkelte uddannelser, som ikke er reguleret af Uddannelsesministeriet/Sundhedsstyrelsen. Og endelig er der forskellige uddannelsesmuligheder i privat regi eller i udlandet.

Med den stigende mængde af nødvendig og stadig mere sammensat kundskab – som følge af den øgede kompleksitet i arbejdsopgaver og i tjenester og services, forekommer det hensigtsmæssigt at satse på at videreudanne direkte på master- og kandidatniveau – og at reducere incitamenterne til efteruddannelse på diplomniveau og uddannelser uden for det formelle system.

En sådan linje indebærer, at der opkvalificeres i tættere relation til et internationalt anerkendt videreuddannelsessystem. Inden for sådanne rammer kan det endvidere overvejes at indlægge formelle praktikdele i videreuddannelserne. Uddannelserne bør samtidig tilrettelægges i dialog med praksis.

Det skal bemærkes, at de sundhedsuddannelser, der ikke er en professionsbachelor (fx farmakonomerne, fodterapeuterne og forskellige uddannelser inden for kost- og ernæringsområdet) ikke har direkte adgang til kandidat- og masteruddannelser og heller ikke automatisk har adgang til diplomuddannelser.

Det bør her overvejes, hvordan der også for disse sundhedsprofessionelle sikres relevante efter- og videreuddannelsesmuligheder inden for det formelle uddannelsessystem.

---

<sup>15</sup> Universiteterne kan kræve supplerende uddannelsesaktivitet, som maksimalt må have et omfang på op til 15 ECTS-point, og som skal foregå som et gratis tilbud, efter at den studerende er optaget på kandidatuddannelsen.

---

Der bør i højere grad sættes på, at nuværende efter- og videreuddannelser (som f.eks. specialuddannelser) udbydes som universitære videreuddannelsesforløb. Den tid, der investeres i uddannelse efter grunduddannelserne, bør have status som videreuddannelse, og et kvalitativt løft bør realiseres.

---

### 3.4.1 Sammenhæng mellem grunduddannelse og efter- og videreuddannelse

Antallet af studerende ved de videregående uddannelser er steget betydeligt over de sidste ca. 60 år, hvor der er tale om en tidobling. Samtidig er antallet af studiepladser for 20-årige fordoblet indenfor de seneste godt 30 år.

Presset på de videregående uddannelser ses også længere nede i uddannelsessystemet. I 1960 fik kun 7 % af en ungdomsårgang en gymnasial uddannelse. I 2011 lå denne størrelse på 65 %<sup>16</sup>.

De aktuelle og politisk fastlagte mål for uddannelse er fortsat, at 60 % af en ungdomsårgang forventes at gennemføre en videregående uddannelse med udgangen af 2020. Heraf forventes 25 % at gennemføre en lang videregående uddannelse.

Som konsekvens af det øgede studenteroptag rekrutteres der studerende til uddannelserne fra miljøer, der ikke nødvendigvis kan karakteriseres som uddannelsesvante. Og for nogle faggrupper vedkommende er der også tale om, at man kommer ind på sundhedsuddannelser med lavere karaktergennemsnit fra de gymnasiale uddannelser, end det der var tilfældet for fx 10 eller 20 år siden.

Den anførte udvikling kan give behov for at differentiere uddannelsesmulighederne for de studerende yderligere eller at give de dygtigste og mest ambitiøse studerende mulighed for at udfolde sig i former for "overbygninger" eller særlige forløb, fx i form af inddragelse i særlige projekter eller opgaver udover selve uddannelsen. Dermed kan man i et eller andet omfang adressere behovene for specialisering – fx i forhold til sygdomsområde eller funktionsområde eller i forhold til sektor.

Det anførte indikerer behov for i højere grad end nu at indrette det samlede uddannelsessystem med grunduddannelser og videreuddannelser i form af systematiske og karriererettede former for overbygning.

En mulighed kan være at lave egentlige måltal for andele, der skal have en bestemt form for videreuddannelse inden for relevante faglige områder.

Ikke blot med basis i det ovenfor anførte omkring det øgede pres på de videregående uddannelser, men også ud fra perspektivet med øget sammensathed og væsentligt øget omfang af services og tjenester, forekommer en sådan videreudvikling at være hensigtsmæssig.

---

I både Norge og Sverige forekommer skellet mellem de forskellige niveauer (fx professionshøjskoler og universiteter) at være mindre – og der tænkes i højere grad i et kontinuum af formelle uddannelsesmuligheder, hvor grunduddannelserne kan repræsentere et trappetrin, der kan suppleres med yderligere trin – og hvor det formelle uddannelsessystem er basis for videreuddannelsesforløb.

---

Grunddannelsessystem og efter- og videreuddannelsessystem kan tilrettelægges mere sammenhængende med det eksisterende videreuddannelsessystem – og der kan være flere fastlagte spor for specialisering og dermed øgede muligheder for ”karriereveje”. Der er aktuelt ikke tilstrækkelige, videre muligheder for de bedste studerende.

---

### 3.5 Specialiserede og generelle kompetencer

Projektforløbet har været præget af mange synspunkter omkring specialisering og behovet for specialisering – herunder i grunduddannelserne.

Enkelte af uddannelserne under Sundhedskartellet omfatter forskellige, specialiserede spor. Det er her et afgørende forhold, om sådanne spor gennemføres, uden at det efterfølgende binder den studerende til bestemte job- og arbejdsmæssige arenaer.<sup>17</sup>

Det kan være væsentligt at fastholde, at selvstændige, specialiserede spor overvejende foregår i videreuddannelses regi. Der er her også nogle samfundsøkonomiske overvejelser, fordi grunduddannelserne alt andet lige er dyrere, når den tilrettelægges med flere og hver for sig specialiserede spor.

Problemstillingen har sammenhæng med det ovenfor beskrevne vedrørende balance og snit mellem grunduddannelser og efter- og videreuddannelser. Og en balance mellem disse to sider, hvor der i udgangspunktet må sættes på generalistorienteringen i grunduddannelserne og muligheder for specialistorientering i efter- og videreuddannelserne.

Også omkring problemstillingen med generelle og specialiserede kompetencer har der i projektforløbet været mange indspil. Det er herunder blevet berørt, at dybden i specifikke faglige kompetencer kan medvirke til at skabe øget robusthed og faglig stolthed, og at viljen og modet til at gå ind i faggruppetværgående samarbejde netop hviler på en opnået solid og faggruppespecifik viden, som opleves at skabe sikkerhed.

---

<sup>17</sup> Selvom der i dette afsnit ikke i udgangspunktet anbefales specialisering i grunduddannelserne, er det vigtigt at vide, at såvel Sundhed & Ernæring som Radiograf uddannelsen aktuelt er omfattet af specialisering. For radiografernes vedkommende er opdelingen i tre retninger netop med til at **udvide** de mulige arbejdsområder til også at omfatte nuclearmedicin og stråleterapi.

I nogle indspil tangerer denne argumentation et oplevet behov for at få indarbejdet former for specialiserede kompetencer, også i grunduddannelserne.

Sundhedsvæsenet bliver stadig mere komplekst – i henseende til arbejdsopgaver og tjenesteformer og dermed også i henseende til uddannelses- og kompetencebehov. Det kan opfattes som et paradoks, at generalistorienteringen fastholdes i sundhedsprofessionerne, selvom behovet for dybdeviden i forhold til stadig flere sygdoms- og funktionsområder vokser.

Når der er god grund til at holde fast i grunduddannelserne som generalistorienterede, så er det fordi specialisering i forhold til de forskellige områder også indebærer risici for atomisering – og fordi specialisering i grunddannelsesregi netop ikke adresserer behovet for, at sundhedsprofessionelle kan se og agere på tværs, og at det tværfaglige samarbejde trænes og udvikles – ind i en konjunktur, hvor der er vækst i co-morbiditet og sammensathed i lidelser indenfor fx det medicinske område og området med psykiske lidelser.

Landegennemgangene indikerer omvendt et væsentligt behov for, så at sige på toppen af grunduddannelserne, at sikre mere systematisk håndtering af de behov for dybdeviden på forskellige sygdoms- og funktionsområder – som del af et mere systematisk, og med grunduddannelserne mere sammenhængende, efter- og videreuddannelsessystem.

Med basis i en sådan tankegang kan der tænkes en del forskellige former for spor, fx:

- Kommunal varetagelse af sundhedsopgaver
- Specialiserede enheder i den primære sundhedstjeneste (intermediære enheder, neurorehabilitering, omsorgstandpleje m.v.)
- Udgående teams, hjemmebehandling og hverdagsrehabilitering
- Akut og livstruende indsats i sekundær sundhedstjeneste
- Sundhedstjenester i relation til børn og unge
- Praksislæge-/tandlægetjenester (fx i takt med tendensen mod flere og større sundhedshuse og/eller lægehuse)
- Privat praksis
- Sundhedstjenester i relation til mennesker med psykiske lidelser og misbrug.<sup>18</sup>

---

Der er overvejende grund til at reservere mulige specialiseringer til fordybelse på videreuddannelsesniveau. På grunduddannelsesniveau skal der skabes et fundament for fordybelse, hvor også de kliniske elementer bør indgå.

---

---

<sup>18</sup> Jf. bl.a. KABS analyse vedrørende behovet for "socialfaglige sygeplejersker".

### 3.6 Skole og praktik

Ansvar for de samlede sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser er strukturelt placeret i uddannelsesinstitutionerne. Dette betyder, at også den praktiske/kliniske del af uddannelserne, der afvikles i kommunale eller regionalt styrede institutioner, er uddannelsesinstitutionernes ansvar.

Denne struktur medfører, at der ofte optræder uddannelsesopgaver, som ikke er defineret af klinikken, men som udføres af praktikken/klinikken på mandat fra uddannelsesinstitutionerne. Uddannelsesinstitutionerne definerer således i princippet, hvad der skal ske i praktik.

Forholdet mellem den teoretiske og praktiske/kliniske del af de sundhedsfaglige professionsbachelor-uddannelser er og har været kilde til modsætninger, bl.a. fordi de repræsenterer forskellige læringsrum og dermed forskellige læringsmuligheder.

På uddannelsesinstitutionerne er spidskompetencerne fokuseret omkring uddannelsesplanlægning og didaktiske koncepter, der er rettet mod at lægge rammer til rette, så professionsbachelor-studerende får mulighed for at lære og opnå viden samt tilegne sig færdigheder og kompetencer.

Den praktiske/kliniske del af uddannelsen er domineret af en anden logik: Den udrednings- og behandlings-, pleje- og omsorgs-, rehabiliterings- og forebyggelsesorienterede samt drifts- og udviklings-orienterede – rettet mod at tage sig af borgeres/patienters sundhedsproblemer indenfor rammerne af institutioner, indsats typer og forløb.

Det er en dominerende forestilling, at der skal ”bygges bro” mellem teori og praksis, og at teori og praksis skal ”kobles”. Nyere studier, fx i tilknytning til sygeplejerskeuddannelsen, viser imidlertid, at når der skal initieres pædagogiske tiltag i den praktiske del af uddannelsen, er der ofte tale om initiativer, der i høj grad har lighed med de pædagogiske koncepter, der praktiseres på den teoretiske og skolebaserede del af uddannelsen.

Det anførte indikerer relevansen af, at praktik/klinik og teori respekteres i egen ret – og at der sikres en væsentlig højere grad af udveksling af lærerkræfter mellem uddannelsesinstitutionerne og de kliniske uddannelsessteder, således at kliniske/sundhedsfaglige eksperter i højere grad trækkes ind i undervisningen på uddannelsesinstitutionerne og underviserne på uddannelsesinstitutionerne i højere grad indgår i udviklingsarbejde i klinikken.

Risikoen for, at skolen så at sige flytter ud i den kliniske del af uddannelsen, bør her medtænkes. Behovene for i højere grad end nu at prioritere læring i praksis, som er kendetegnet ved at være uklar, kontekstbunden, konkret og personbunden, synes således at være til stede – også som modvægt til risikoen for, at læring ud fra disse praksis kendetegn risikerer at blive nedprioriteret i bestræbelserne på at strukturere og planlægge i læring i praksis i detaljen.

Det konkrete sundhedsfaglige arbejde er noget ganske andet og langt mere end det, som forskning og uddannelse kan eller skal håndtere. Det vil i den forbindelse være vigtigt, at undervisning og vejledning nødvendiggør didaktiske improviseringer – alt efter tid, rum og muligheder – med en sensibilitet for praksis’ egen logik. Den studerende skal via uddannelsesforløbet lære, at der ikke er en ”én-til-én”-relation mellem teoretisk viden (fx inden for naturvidenskab (anatomi, fysiologi), samfundsvidenskab (køn som konstruktion) og filosofi (etik) og driftsmæssig virkelighed. Med øget respekt om og indsigt i de respektive vidensformers relevans og aktualitet, bidrages desuden til at minimere det såkaldte ”praksis-chok”.

Den teoretiske del af uddannelserne er udtryk for, at man er "købt fri" fra arbejdssituationens konkrete forpligtigelser og krav. Man er "købt fri" til at tænke om tænkning og om praktik.

Dette betyder, at den teoretiske del af uddannelserne har det privilegium, at man på afstand kan reflektere uden at være underlagt handledvang. Omvendt er det afgørende, at den praktiske del af uddannelsen anerkendes for de særlige læringsmuligheder – og ikke "koloniseres" af teoretiske aktiviteter, sådan så det uforudsete, uklare, personbundne, kontekstafhængige får sin egen plads og ikke fortrænges af en dominerende "skole logik".

Desuden har den teoretiske del af uddannelserne den mulighed og forpligtigelse ikke bare at uddanne, men også at danne de kommende sundhedsprofessionelle – som kritiske og aktive samfundsborgere og sundhedsprofessionelle, der ikke udelukkende er reaktive og virksomme som assistenter og "udøvende" sundhedsprofessionelle – men også som pro-aktive medspillere der er med at forme den nye fremtid på sundhedsområdet og samfundsmæssigt.

Det er således ikke kun sådan, at den skolemæssige del af uddannelserne (teoridelen) skal være leveringsdygtig i forhold til, hvad der kræves sundhedspolitisk af de respektive praksisområder. Det er også sådan, at den skolemæssige del af uddannelserne selv må være med til at forme og levere nye former for inspiration til praksisområderne.

På visse områder "kan de studerende ikke nok" (fx have indgående kundskaber om de faglige erfaringer, der er relevante for en specifik kontekst), når de har gennemført den relevante grunduddannelse – på andre områder "kan praksisområderne ikke nok", når de skal tage imod de nyuddannede (fx tage imod sundhedsmæssige idealer og værdier, formidlet på teoridelen af uddannelsen). Det dialektiske forhold skal løbende udvikle sig med respekt for kundskabsformernes aktualitet, relevans, styrker og svagheder.

Der bør etableres en grundlæggende opmærksomhed på udfordringer, på spørgsmål og tvivl, som kan befordre det at tænke kritisk og innovativt – at tænke både "med" og "imod". Og som ideelt set kan være en grundsten i dannelsen af de sundhedsprofessionelles etos.

Det øgede uddannelsesniveau gennem efter- og videreuddannelse forventes ikke at stagnere eller bremse. Tværtimod er der grund til at tro, at ønskerne om/behovene for efter- og videreuddannelse fortsat øges, også blandt kliniske undervisere.

---

Samlet set bør de forskellige læringsrum, som henholdsvis skoledel og praktisk/klinisk del af uddannelsen repræsenterer, respekteres hver for sig.

Der er dog behov for nytænkning, når det gælder ansvarsfordelingen eller samspillet mellem uddannelsesinstitutionerne og de kliniske uddannelsessteder og mellem de formelle uddannelses- og forskningsenheder samt de formelle sundhedsenheder – uanset om de ministerielle beføjelser og ansvarsområder forbliver uændrede.

---

## 4. Fremadrettede perspektiver

Der er i projektforsløbet og med involvering af nyuddannede, erfarne og ledere fra alle faggrupper arbejdet med udvikling af 5 perspektiver for fremtidens uddannelses- og kompetencebehov.

Et perspektiv er i denne afrapportering en beskrivelse af en mulig udvikling, det vil sige et billede af en mulig fremtidsstilling. Det enkelte perspektiv vil aldrig udtrykke den eneste mulighed – og det enkelte perspektiv vil heller ikke nødvendigvis afspejle den mest sandsynlige mulighed.

Ved at opstille 5 perspektiver for de mulige fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov udsendes en form for mulighedsrum. Indenfor mulighedsrummet kan man navigere og finde det udviklingsforløb ("den fremtid"), man som organisation eller miljø helst ser realiseret. Men indenfor dette mulighedsrum kan man også reflektere over, hvordan andre interessenter ("de eksterne omgivelser" i forhold til organisation eller miljø) vurderer fremtidens behov.

Fremgangsmåden med udvikling af perspektiver sikrer således også fokus på andre interessenters syn på den fremadrettede udvikling og de fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.

De 5 udviklede perspektiver omfatter

- det driftsorienterede perspektiv
- det specialiseringsorienterede perspektiv
- det kundskabsorienterede perspektiv
- det sundhedsfremmeorienterede perspektiv
- det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv

Perspektiverne er i udgangspunktet formuleret med inspiration fra landegennemgangene – hvor forskellige læringsområder (måske især i den skotske og den svenske debat om fremtidens sundhedsprofessionelle uddannelser) har været fremhævet som grundlag for en videreudvikling af uddannelser samt efter- og videreuddannelser.

Også andre perspektiver (der i det aktuelle projektforsløb er søgt integreret i de 5 valgte perspektiver) er dog blevet fremhævet, fx "entreprenør og privat drift", "teknologi" og "internationalisering" samt "valgfrihed – som patient og leverandør".<sup>19</sup>

Perspektiverne beskrives i en overordnet form nedenfor. I bilagssamlingen er der medtaget en mere omfattende tekst om perspektiverne.

I forlængelse af den overordnede gennemgang af de 5 perspektiver er der afslutningsvis medtaget en kort tværgående vurdering.

I både de involverende aktiviteter (spørgeskemaundersøgelse, workshops og interviews) samt i de analytiske og research orienterede aktiviteter har der været stor grad af varians i opfattelserne af,

---

<sup>19</sup> Se som eksempel "Fyra Framtidsscenarier – Framtidens Vård", Stockholm 2013. Det svenske fokus på "Entreprenør og privat drift" kan tænkes at hænge sammen med, at der via Primär Vård reformen i Sverige er givet etableringsret, indenfor nogle rammer, til privat drevne Vårdcentraler (Sundhedshuse), og at der i Sverige er en lang tradition for, at private driftsleverandører med basis i driftsaftaler kan drive både hospitaler, hospitalsafdelinger samt Vårdcentraler.



hvilke uddannelses- og kompetencebehov og hvilke læringsområder, der bør prioriteres fremadrettet – både på grunduddannelserne og i videreuddannelserne.

Dette afspejler sig også i arbejdet med perspektiverne – og i arbejdet med, hvilke konkrete elementer, grunduddannelserne for de forskellige faggrupper bør omfatte.

Samtidig favner indspil og vurderinger gennem projektforsløbet over nogle typiske problemstillinger, der kan opsummeres således:

- I hvilket omfang bør der arbejdes med specialisering – ud fra hensynet til krav om faglig dybde på udvalgte læringsområder, snarere end mere generalistorienteret viden på flere/mange læringsområder? Og hvordan kan videreuddannelsessystemet på mere systematisk vis tage vare om behovene for specialisering?
- Hvordan bør balancen være mellem teoridel og praktikdel – og er der potentialer for forbedringer, når det gælder sammenhængen mellem disse to læringsarenaer?
- Har grunduddannelserne i tilstrækkelig grad fokus på at skabe basis for, at man som uddannet kan gå direkte ind og bidrage i den almindelige arbejdsdag?
- Læres der for lidt om sundhedsvæsenets samlede virkemåde?
- Læres der tilstrækkeligt om sundhedsvæsenets udviklingstendenser, fx i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme og egenomsorg, og de fremgangsmåder, der kan understøtte bedre sundhed – snarere end behandling af sygdom?
- Er der tilstrækkelig tværfaglig baseret undervisning og læring – i teori og i praktik? Og læres der nok om teambaseret og faggruppetværgående arbejde i udredning, behandling, og rehabilitering m.v.?
- Trænes der nok i faglig refleksion og evnen til at træffe fagligt baserede, handlingsorienterede beslutninger?
- Læres der tilstrækkeligt om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser – og herunder om behovene for i højere grad end nu at udvide fokus på disse felter i primærsektoren?
- Opnås der i tilstrækkeligt omfang indsigt i, hvordan kundskabsbaseret viden – herunder evidensbaseret viden – bliver til, hvordan den anvendes i praksis, og hvordan den opdateres?
- Trænes der tilstrækkeligt i evner til at identificere omstillings- og forandringsbehov samt evner til at medvirke i eller være konstruktive dele af transformationer?
- Er det vægtlagt højt nok at sikre viden om forskning og udvikling – og hvilke rolle, man som faggruppe kan have i forsknings- og udviklingsmæssige sammenhænge?
- Læres der tilstrækkeligt om relationel koordination, om kommunikation, om præmisser for personlig involvering og gennemslagskraft samt om konflikthåndtering m.v.?

Langt hovedparten af de indspil, der har været i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen samt de gennemførte workshops, kan rummes indenfor de her anførte spørgsmål. Også landegennemgange samt interviews med forskere og andre typer af ressourcepersoner afspejler i høj grad relevansen af disse spørgsmål.



De 5 perspektiver kan opfattes på den måde, at de hver for sig er udtryk for en bestemt håndtering af disse grundlæggende spørgsmål. Hvert perspektiv afspejler en opprioritering af bestemte spørgsmål, og hvordan de konkret kan adresseres, og en nedprioritering af andre spørgsmål og af deres relevans i en grunduddannelsesmæssig sammenhæng.

I gennemgangen af perspektiver anvendes begrebet "elementer" – om de dele, der er prioriteret og inkluderet i det enkelte perspektiv.

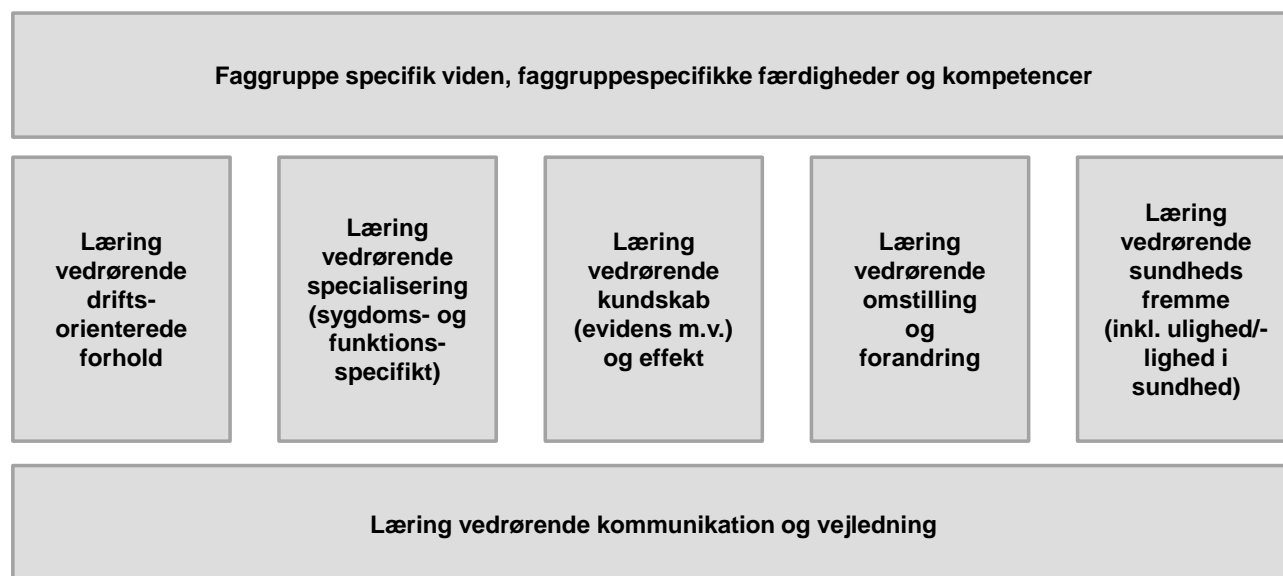
Om der i forhold til disse elementer skal sættes på at opnå viden – eller viden og færdigheder – eller viden, færdigheder og kompetencer – eller blot indsigt (som en mindre intens kategori), det er der ikke taget stilling til i forbindelse med perspektivudviklingen og -gennemgangen. Hovedsagen er, at de omtalte elementer i det enkelte perspektiv afspejler netop dette perspektivs karakter.

#### 4.1 Læringsområder

Hvert af de udviklede perspektiver er udtryk for en form for idealtipe, hvor grunduddannelserne tænkes tilrettelagt ud fra ét bestemt hovedkriterie, og hvor grunduddannelserne tager farve og præg af dette hovedkriterie.

Som eksempel vil et sundhedsfremmeorienteret perspektiv medføre, at grunduddannelsen, herunder også praktikdelen, i høj grad prægnes af sundhedsfremme orienterede vinkler – og af fokus på, hvordan befolkningens generelle sundhedstilstand kan forbedres.

Det gælder imidlertid samtidig – som præmis for hvert af de udviklede perspektiver – at grunduddannelserne under alle omstændigheder må omfatte elementer fra flere forskellige læringsområder, jf. figur nedenfor.



Alle grunduddannelser har teori og praksis indenfor alle 7 læringsområder – men fordelingen af teori og praksis mellem de 7 læringsområder kan være forskellig

Uanset perspektiv vil grunduddannelserne således altid omfatte elementer indenfor alle læringsområderne: "Drift", "Specialisering", "Kundskab", "Sundhedsfremme", "Omstilling og forandring" samt "Kommunikation og vejledning".

Det er herudover en klar forudsætning, at der under alle omstændigheder er inkluderet faggruppe specifikke elementer, der sikrer et bestemt omfang af faglig specifik viden samt fagligt specifikke færdigheder og kompetencer.

For det enkelte perspektiv, fx igen perspektivet vedrørende sundhedsfremme, er det således forudsat, at grunduddannelserne og grunduddannelsernes praktik nok farves af sundhedsfremme-orienterede elementer, men at også øvrige læringsområder håndteres – dog i mindre udstrækning, end det ellers ville være tilfældet.

Perspektiverne afspejler behovet for dialog om, hvorvidt grunduddannelserne så at sige skal være udtømmende – om uddannelserne og herunder praktikken på uddannelserne skal være præget af, at elementer fra *alle* læringsområder inkluderes, eller om grunduddannelserne kan være præget også af fravalg, således at bestemte læringsområder prioriteres – på bekostning af andre.

Arbejdes der med et perspektiv, hvor videreuddannelsessystemet i højere grad end nu er tilrettelagt helt integreret med grunduddannelsessystemet – og med systematiske "karriereveje" og med muligheder for attraktive former for specialisering – i forhold til fx primær sektor eller sekundær sektor, i forhold til fx sygdomsområder, i forhold til fx funktionsområder, men også i forhold til fx forskning og udvikling – reduceres presset på grunduddannelserne i henseende til den dybde, der skal satses på i hvert af læringsområderne. Og måske også i henseende til det antal af læringsområder, der inkluderes.

Det er indlysende, at de forskellige faggrupper vil have behov for forskellige sammensætninger af elementer fra læringsområderne – ligesom det er oplagt, at alle faggrupper vil have behov for en stor andel af faggruppenspecifik viden samt faggruppenspecifikke færdigheder og kompetencer.

## 4.2 Perspektiverne

### 4.2.1 Det driftsorienterede perspektiv

Grunduddannelserne tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med stærkt fokus på den almindelige dagligdags driftsopgaver.

Grunduddannelsernes væsentlige gennemgående formål er at sikre viden samt færdigheder og kompetencer, der vedrører de roller og indsatser, faggruppen har ind i den almindelige daglige drift – og når det gælder om at opfylde arbejdsdagens driftsmæssige krav.

Grunduddannelserne er i det driftsorienterede perspektiv præget af elementer, der sikrer viden samt færdigheder og kompetencer i de roller og indsatser, faggruppen må forvente at komme til at indgå i og udføre i den almindelige daglige drift – således som den foregår på sygehuse, i kommuner, hos praktiserende læger og tandlæger og under private former.

Forberedelse til job efter uddannelse – med introduktion til driftssituationens redskaber, metoder og arbejdsgange – er således det helt væsentlige udgangspunkt i det driftsorienterede perspektiv.

Grunduddannelserne inkluderer elementer, der afspejler, at sundhedsprofessionelle arbejder indenfor rammer, hvor overholdelse af udgiftsbudgetter samt opnåelse af høje aktivitetsniveauer, er væsentlige dele af den driftsmæssige dagligdag.

Grunduddannelserne omfatter endvidere elementer, der retter sig mod behovet for høj kapacitetsudnyttelse og optimal anvendelse af de forskellige faggruppers viden, færdigheder og kompetencer – både i den enkelte enhed/funktion samt i borger-patientforløbene og i samspillet på tværs af de enheder/funktioner og sektorer, de enkelte borger-patientforløb krydser.

Viden om produktivitet, og hvordan høj produktivitet opnås, samt viden om optimal logistik og optimalt tilrettelagte processer – og hvordan høj effektivitet opnås, er ligeledes væsentlige elementer i grunduddannelserne.

Høj performance i driften er afhængig af veltilrettelagt og koordineret personaleplanlægning, men også af velfungerende samarbejder på tværs af de forskellige faggrupper. Derfor prioriterer grunduddannelserne læring, hvor driftsorienterede elementer håndteres fælles og på tværs af faggrupper.

I det driftsorienterede perspektiv nedprioriteres skoledelen til fordel for praktikdelen. Og driftsmiljøernes indflydelse på tilrettelæggelse af grunduddannelserne og herunder især praktikdelen opprioriteres. Undervisningsressourcer med basis i klinisk praksis opprioriteres

Praktikmulighederne sikres på ensartet højt niveau i alle dele af sundhedsvæsenet, herunder også i primærsektoren.

Retningslinjer/forudsætninger for praktik gøres mere detaljerede og obligatoriske: Der opstilles detaljerede krav til praktikforløb, herunder til indholdet af praktik, således at de studerende sikres indsigt i de driftsmæssige rammer og forhold vedrørende forskellige sygdoms- og funktionsområder – fx psykiatri, almen medicin og kirurgi samt fx kommunal hjemmepleje, praksislæge arbejde, praksis bioanalytikere og specialiseret samt almen og vedligeholdende rehabilitering.

Simulation opprioriteres og gøres til en selvstændig praktikdel i grunduddannelserne. Der fokuseres på de former for simulation, der sikrer viden og kompetencer vedrørende borger-patientforløbenes logistik og indsatser, fx i den samlede akutmedicinske kæde.

Det driftsorienterede perspektiv afspejler bl.a. en italesat oplevelse af, at de nyuddannede ikke fra grunduddannelsernes afslutning ”kender nok til virkeligheden” og ikke hurtigt nok er i stand til at møde hverdagens krav.

”Sygeplejeuddannelsen må tilbage til mesterlæren, for de nyuddannede kan for lidt praktisk, men er måske blevet overstimuleret på det teoretiske plan – mange får et gevaldigt kulturshok, når virkeligheden mødes.”

*Erfaren sygeplejerske, kommentar i spørgeskemaundersøgelsen.*

#### 4.2.2 Det specialiseringsorienterede perspektiv

Grunduddannelserne tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med integrerede krav for den enkelte faggruppe om specialisering på den relevante grunduddannelse.

Grunduddannelserne har som væsentligt todelte formål at sikre en overordnet generalistviden med relevans for den enkelte faggruppe og at imødekomme vurderede behov for dyb og praksisorienteret læring på sygdoms- og/eller funktionsspecifikke områder – fx neurologi som sygdomsområde og rehabilitering som funktionsområde.

Det specialiseringsorienterede perspektiv er præget af elementer, der sikrer en detaljeret teoretisk og praktisk viden om specialiserede områder, der vælges allerede på grunduddannelserne.

At arbejde med fx rehabilitering indenfor hjerteområdet eller ortopædkirurgien anses i dette perspektiv som væsentligt anderledes – og at give behov for andre færdigheder – end at arbejde med fx rehabilitering i kommunalt regi med den ældre medicinske patient. At arbejde i en akutmodtagelsesfunktion anses som udgangspunkt for væsentligt anderledes – og at give behov for andre kompetencer – end at arbejde på et psykiatrisk stationært afsnit eller i en kommunal institution for psykisk handicappede.

Specialisering må dog vælges på et rationelt grundlag. Et vist niveau af helhedsorienteret og generalist orienteret indsigt er derfor nødvendigt. I det specialiseringsorienterede perspektiv omfatter grunduddannelserne derfor også en introduktion til grundlæggende forhold indenfor bl.a. fysiologi, sociologi, anatomi og epidemiologi.

Grunduddannelserne afspejler den vurdering, at faggruppernes indsatser i øget omfang må udføres indenfor specialiserede områder, fordi den samlede kundskabsmasse og det samlede terræn af indsatser kontinuerligt udvides – og fordi det dermed ikke er realistisk, at en bestemt grunduddannelse kan håndtere behovene på mere end udvalgte felter.

Perspektivet afspejler en vurderet stigende efterspørgsel, når det gælder specialiseret viden både sygdoms- og funktionsspecifikt – herunder specialiseret viden, der kan anvendes ”med det samme”.

Også det specialiseringsorienterede perspektiv kan således være en form for svar på en italesat oplevelse af, at de nyuddannede ikke fra grunduddannelsernes afslutning er i stand til at møde de krav, der stilles i de forskellige sygdoms- og funktionsspecifikke dele af sundhedssystemet.

”Jeg synes, der skulle være muligheder for specialisering/valgfag allerede på grunduddannelsen. Man burde kunne lave en god grund uddannelse, hvor den studerende kunne vælge at have særligt fokus på et underområde.”

*(Nyuddannet sygeplejerske, kommentar i spørgeskemaundersøgelsen).*

Balancen mellem teori og praktik i grunduddannelserne ændres ikke, men for den enkelte studerende foregår praktikkdelen udelukkende på områder, der afspejler de valgte specialiseringer.

Perspektivet forudsætter, at de specialiseringsmuligheder, der udbydes på de forskellige uddannelsesinstitutioner, kan tilbydes i praktikkdelen af uddannelserne.

Selvom forholdet mellem praktik og teori i det specialiseringsorienterede perspektiv forudsættes at være uændret, vil indholdet af både skoledel og praktikdel kræve undervisningskompetencer fra kliniske eksperter eller specialister inden for de områder, hvor den studerende har mulighed for at specialisere sig.

Praktikkdelen vil ligeledes kræve vejledere, der regelmæssigt agerer inden for de valgte specialiseringsområder – såvel sygdoms- som funktionsspecifikke.

#### 4.2.3 Det kundskabsorienterede perspektiv.

Grunduddannelserne tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med stærkt fokus på forhold og problemstillinger vedrørende forskellige typer af kundskabsformer, herunder evidens, og vedrørende effekt af sundhedsindsatser for patient/borger.

Perspektivet afspejler, at sundhedssystemet i stigende grad kræver refleksive og kritiske praktikere, der ikke blot reproducerer etableret viden, erfaringer og rutiner – men som også har kendskab til, hvordan kundskab og herunder evidens kan være forskellig fra område til område, i forhold til de forskellige specialer og sygdomsområder samt på tværs af primær og sekundær sektor.

Grunduddannelserne sikrer indsigt i, hvordan der kan være behov for intensiveret udvikling af kundskab og refleksivitet i forhold til stadig mere komplekse borger-/patientsituationer, etiske udfordringer – og i forhold til en fortsat øget vifte af former for viden.

Grunduddannelserne sikrer således også indsigt i, hvordan viden skabes, forhandles og genskabes samt opdateres – og hvordan viden anvendes.

Det er centrale elementer at opnå viden om, hvordan viden kan være baseret på evidens – men også på faglige erfaringer, institutionelle rutiner og patienters/borgeres egen indsigt.

Grunduddannelserne i det kundskabsorienterede perspektiv er præget af elementer, der sikrer øget fokus på, hvordan det faglige arbejde kan understøttes af de bedst mulige videnskomponenter og af de bedst mulige former for viden.

”Øgede kompetencer til at arbejde analytisk – til at kunne reflektere i forhold til evidens.”

*(Erfaren sygeplejerske, indspil fra workshop gruppeøvelse).*

”Større fokus på ... kliniske vejledninger – for at sikre kvalitet.”

*(Erfaren bioanalytiker, indspil fra workshop gruppeøvelse).*

”Man skal kunne angribe problemer ud fra en mere forskningsbaseret tilgang.”

*(Ledende radiograf, indspil fra workshop gruppeøvelse).*

Perspektivet involverer et væsentligt øget internationalt udsyn, idet international forskning og kundskab nødvendigvis må indgå i læringen om, hvordan viden bygges op og anvendes. Og hvordan viden og kilder til viden internationaliseres.

Grunduddannelserne i det kundskabsorienterede perspektiv understøtter dermed også, at et forskningsmæssigt grundsyn kan gøres virksomt – og til en virksom og integreret del af alle faggrupperes rollevaretagelse.

Grunduddannelserne sigter dermed også mod, at den studerende opnår grundlag for at arbejde med forsknings- og udviklingsarbejde – gennem læring i tilknytning til fx teoretisk-metodisk refleksion, dataindsamling og statistisk metode samt analytisk vurdering og systematik.

Med udviklingen mod øgede andele af sundhedsindsatser i primærsektoren har grunduddannelserne øget fokus på, hvordan effekt sikres og dokumenteres i andre sammenhænge end det traditionelle sygehusregi.

Perspektivet afspejler, at der er øget behov for opsøgning, opsamling, håndtering og distribuering af viden i både praktik- og skoledel – og at der er behov for at relatere viden fra generaliseret niveau til konkret niveau, det vil sige at "oversætte" generelle sundhedsfaglige principper til almindelige praksissituationer.

Grunduddannelserne har fokus på, hvordan indhentning af viden i dagligdagen – som supplement til egne fagligheder og vurderinger – i øget omfang er afhængig af tilgang til nye teknologisk baserede redskaber (net sider, portaler, apps m.v.) og til konstant opdateret viden.

Grunduddannelserne sikrer viden om, hvordan der konkret kan arbejdes med bl.a. kliniske retningslinjer samt standarder og bedste praksis i udredning og behandling samt rehabilitering m.v. Og hvilke muligheder og begrænsninger, der er involveret i sådanne sammenhænge.

Viden om screening og lignende fremgangsmåder og evidens for effekter af screening er en del af dette perspektiv – der samtidig kan omfatte fokus på, hvordan screening, men også genterapi, kan varsle både nye tilstande i opfattelse af sygdom og normalitet, men også nye potentialer for sundhedsfremme og forebyggelse.

Balancen mellem skole- og praktikdel i grunduddannelserne ændres til fordel for teoridelen. Perspektivet forudsætter øget omfang af uddannelsesressourcer fra forsknings- og udviklingsmiljøer.

Praktikdelen har fokus på, hvordan den enkelte faggruppes aktiviteter og indsatser på de relevante praktikopholdssteder er tilrettelagt ud fra evidens og bedste praksis – og hvordan der følges op på kvalitet og effekt i forhold til de indsatser, den enkelte faggruppe står for.

#### **4.2.4 Det sundhedsfremme orienterede perspektiv.**

Grunduddannelserne tilrettelægges som generalistuddannelser, men med stærkt fokus på sundhedspædagogik, sundhedsfremme og forebyggelse.

Grunduddannelserne har i særlig grad fokus på faktorer, der har betydning for sundhed og sygdom i familier, institutioner, arbejdsmæssige sammenhænge og samfundsmæssigt – både når det gælder højrisikogrupper, og når det gælder populationer.

Den sundhedsfremmeorienterede tilgang i uddannelserne er grundlæggende anderledes og udfordrende i forhold til fremherskende og dominerende medicinske begreber, klassifikationer og logikker.

Det sundhedsfremme orienterede perspektiv har sammenhæng med tendenserne til øgede krav fra patienter, øgede muligheder for behandling og øgede problemer med at få de offentlige ressourcer til at række: Det er dyrt at udrede, behandle og rehabiliter, når skaden først er sket – og der kan over en længere årrække være omkostningseffektiviseringer forbundet med at forfølge et perspektiv med stor grad af vægtlægning på sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse.

Grunduddannelserne skal derfor sikre viden, færdigheder og kompetencer, der er rettet mod, hvordan befolkningens sundhed og sundhedstilstand generelt kan forbedres, og hvordan behovet for at udrede og behandle samt rehabiliterer relativt set kan reduceres.

Fokus på sundhed skal derfor, i langt højere grad end nu, supplere og komplettere den sygdoms- og behandlingsorienterede tradition.

Sundhedsfremmeperspektivet omfatter fokus på differentiering i behovene for sundhedsydelser – herunder også indsigt i, hvordan indsatser og forløb kan tilrettelægges for borgere, der har ressourcer til aktivt at tage del i egne forløb.

Grunduddannelserne fokuserer i væsentligt omfang på "ulighed i sundhed" – og på, hvordan "ulighed i sundhed" kan modvirkes gennem særlige proaktive, forebyggende, opsporende og kompenserende faglige handlinger i forhold til bestemte, identificerede borgersegmenter.

Der er dermed uddannelseselementer inkluderet, hvor der ses på de metoder, der kan tages i anvendelse i tilknytning til borgersegmenter med mange sundhedskontakter og med problemkomplekser, der favner over behovene for parallelle sociale indsatser og sundhedsindsatser og måske også arbejdsmarkedsindsatser – segmenter, der ofte udgør 3-5 % af en given population, men som i henseende til sundhedsudgifter (og sociale udgifter m.v.) står for et forbrug, svarende til 25-35 %.

Det sundhedsfremmeorienterede perspektiv lægger sig på den måde også ind i en tendens, der kan observeres i fx Skotland og Sverige, hvor der arbejdes med systematisk "proaktiv sundhedsstyring" og med helhedsorienterede indsatser via støttefunktioner som fx care managers og lignende.<sup>20</sup>

"Jeg ser forebyggelse for "det hele menneske" som et vigtigt element i grunduddannelsen."

*(Erfaren tandplejer, kommentar fra spørgeskemaundersøgelsen).*

"Sundhedsfremmende tiltag. Forebyggelse af folkesygdomme. Den mentale sundhed. Det skal på dagsordenen."

*(Erfaren sygeplejerske, kommentar fra spørgeskemaundersøgelsen).*

---

<sup>20</sup> "Personal Outcomes Approach" i Skotland arbejder med udvalgte segmenter ud fra en helhedsorienteret og ikke blot sundhedsorienteret vinkel. På samme måde arbejder i Sverige med basis i konceptet "Aktiv Hälsostyrning"



Patientuddannelse og metoder til at fremme egenomsorg og genvinding/optimering af funktionsniveauer udgør også vigtige elementer i grunduddannelserne – både generelt, men også i forhold til borgere med fx kronisk sygdom eller langvarig psykisk eller anden form for sygdom.

Sundhedsfremmeperspektivet omfatter elementer, der er udtryk for styrket fokus på arbejde med egen sundhed, på kost og ernæring, på fysisk træning, på sundhedsmæssige virkninger af alkohol og rygning – men også på eventuelle muligheder for i højere grad end nu at bringe natur og fritid ind som aktive virkemidler i sundhedssystemet og i det sociale system.

Det sundhedsfremme orienterede perspektiv peger i retning af integreret viden, der favner over såvel socialområdet som sundhedsområdet.

Som indikeret ovenfor, vil en bredere og dybere beskæftigelse med ”skabelse af sundhed”, sundhedsfremme, forebyggelse og sundhedspædagogik vil være udfordrende i forhold til den fremherskende socialisering i medicinsk dominerede professioner og institutioner.

Balancen mellem skole- og praktikdel i grunduddannelserne ændres ikke, men orientering mod sundhedsfremme bevirker, at indhold og fremgangsmåder i skole- og praktikdel ændres – og at der er fokus på nye og ændrede roller, der betoner optimering af sundhed frem for minimering af sygdom.

Teoridelen fokuserer i høj grad på sundheds- og socialpædagogiske samt sociologiske kompetencer med relevans for sundhedsfremme, sundhedsstøttende aktiviteter, sygdomsforebyggelse og reduktion af ”ulighed i sundhed”.

Relevansen og aktualiteten af det sundhedsfremmende perspektiv vil være uensartet for de respektive faggrupper, men for alle faggrupperne vil der være tale om en øget betoning af sundhed og sundhedsfremme på bekostning af klassisk medicinsk fokus på sygdom.

Praktik tilrettelægges med prioriteret inddragelse af praksissteder, der sikrer konkret fokus på recovery og egen omsorg, opsporing og forebyggelse, rehabilitering og sundhedsfremme samt borger-patientinddragelse – og på forskellige initiativer i forhold til ”ulighed i sundhed”.

Grunduddannelserne vil i det sundhedsfremme orienterede perspektiv være præget også af udgående patient-/borgerunderstøttet virksomhed i den teoretiske del af uddannelserne.

Nye former for sundhedsfaglige eksperter skal gøres til medundervisere i den teoretiske del af uddannelserne, ligesom undervisere på uddannelsesinstitutionerne må medvirke i udforskningen af praksis, eksempelvis gennem inddragelse i udviklings- og forskningsarbejder i praktikken.

Sundhedsfremme perspektivet peger i retning af en ændret balance i praktikpladser – og en opprioritering af primær sektoren som felt for praktik. Dette svarer til den linje, der også er lagt i fx Norge i forbindelse med uddannelsesreformerne for de sundhedsprofessionelle faggrupper.

#### **4.2.5 Det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv**

Grunduddannelserne tilrettelægges som generalistuddannelser. Fokus på omstilling og forandringsorientering nødvendiggør en ændret bevidsthed i både skole- og praktikdel.

I det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv anerkendes det, at den praksis, der uddannes til, er kompleks, uklar og stærkt foranderlig.



Det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv forholder sig til, at der i disse år (årtier) sker meget væsentlige ændringer af ikke blot sygdomsbilleder, men også af borger- og patientforventninger – og at der samtidig, via bl.a. teknologiske hjælpemidler, er grundlag for store omlægninger af de tjenesteformer, hvorigennem sundhedsydelse leveres.

De fortsatte og ofte store transformationer påvirker de forskellige faggruppers roller og indsatser – samt de måder, hvorpå faggrupperne samarbejder. Men de nødvendiggør også et øget fokus på, hvordan man som sundhedsprofessionel arbejder ind i og er med til at påvirke karakteren af de forskellige omstillinger og forandringer.

Især i Skotland, men i nogen grad også i England, fokuseres der i uddannelserne i øget omfang på evnerne til at identificere behov for samt medvirke i implementering af omstillinger og forandringer.

”Vi skal hele tiden være omstillingsparate og se de fremtidige udviklingstendenser.”

*(Ledende bioanalytiker, indspil fra workshop gruppeøvelse.)*

Udvikling og forandring på et samfundsmæssigt niveau, bl.a. indenfor videnskab og teknologi, samt udvikling i patient- og brugerorganisationers krav – og mulighederne for at re designe de måder, sundhedsydelser leveres på, giver væsentligt øgede behov for at opnå viden om og indsigt i de mekanismer, der skaber transformationsbehovene og påvirker deres karakter – og i de virkemidler og fremgangsmåder, der kan være relevante, når transformationerne skal implementeres.

Omstillings- og forandringsperspektivet indebærer, at man i grunduddannelserne lærer at være proaktiv, foregribende og nysgerrig.

I det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv lærer faggrupperne, hvordan de kan agere indenfor kendte og sikre handlingsmønstre, men også hvordan de kan improvisere og iværksætte fagligt forsvarlige handlinger på ny grund.

Det er et centralt forhold, at den omstillings- og forandringsorienterede sundhedsprofessionelle er proaktiv også i forhold til udvikling af faglighed og bidrager til produktion af viden.

Det er ligeledes et væsentligt forhold i det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv, at faggrupperne lærer at være mere aktive og offensive, også når det gælder overordnede og strukturelle forhold og tendenser på sundhedsområdet.

I det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv stilles der således skarpt på behovet for, at nye sundhedsprofessionelle kan agere reflektivt, kritisk og adækvat ind i komplekse situationer og ind i kontinuerligt foranderlige rammer.

Men samtidig stilles der også skarpt på behovet for, at faggrupperne selv er i stand til at agere aktivt og påvirkende, når det gælder identifikation af transformationsbehov og gennemførelse af transformationer.

Omstillings- og forandringsperspektivet handler på den måde også om personlig gennemslagskraft og robusthed – ind i transformationssammenhænge, hvor der ofte vil være store vindstyrker.

Dermed bliver også læring vedrørende motivation, konflikthåndtering, coaching, commitment m.v. væsentlige elementer i det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv.

Viden om sundhedssystemets virkemåde (styring, organisering, finansiering/incitament m.v.) samt de udfordringsbilleder, der er udviklet omkring de fremadrettede former for pres på sundhedssystemet, er en integreret del af grunduddannelserne i dette perspektiv – netop fordi der hermed sikres viden om, hvad det er for faktorer, der påvirker behovene for og karakteren af transformationer.

Perspektivet indebærer, at praktikdelen tilrettelægges, så den studerende involveres i konkrete omstillings- og forandringsforløb, men fokus lægges også på studier og involvering i specifikke ”nøgle-situationer” – eksempelvis patienter/borgere, der ikke vil ”samarbejde”, ”den forkerte patient i den forkerte seng” etc. Og i det hele taget på, hvad det er, der skaber fejl og mangler – og hvor der er muligheder for forbedringer. I forhold til den konkrete situation, men også strukturelt.

Kliniske eksperter må i dette perspektiv i øget omfang gøres til medundervisere i den teoretiske del af uddannelserne, ligesom undervisere på uddannelsesinstitutionerne må medvirke i udforskningen af praksis i udviklings- forandringsprocesser.

### 4.3 Perspektiverne på tværs

Der er ovenfor beskrevet en række perspektiver, der hver for sig og på forskellige måder inddrager såvel tendenser (jf. hovedafsnit 2) som de udvalgte centrale problemstillinger (hovedafsnit 3).

Hvert perspektiv repræsenterer bestemte, potentielle betoning af uddannelserne fremover.

De 5 perspektiver er ikke nødvendigvis virksomme på samme niveau. Fx retter det kundskabsorienterede perspektiv sig mod en generel disposition, der angår håndtering af viden (tilegnelse, vurdering, anvendelse og evaluering), men den er ikke rettet mod en specifik betoning, sådan som det gælder for fx det sundhedsfremmende perspektiv.

Analytisk set er det driftsorienterede og det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv på ensartet niveau, idet de begge forholder sig til mulige roller, de sundhedsprofessionelle i højere grad skal orientere sig imod.

Det driftsorienterede perspektiv betoner muligheden for en form for driftsmæssig, assistentmæssig og reaktiv rolle, mens det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv lægger vægt på en mere autonom og proaktiv rolle.

Endelig udgør det specialiseringsorienterede perspektiv primært et supplement, og delvis også en modsætning, til idealer om generalistuddannelser. Samtidig berører perspektivet en generel problemstilling, der er fokus på i alle de vestlige lande: Balancen mellem generalist og specialist, ind i et udviklingsbillede, hvor sammensætheden i sundhedsvæsenet i sig selv giver behov for dybere viden og specielle kompetencer på delområder.

Måske er det kundskabsorienterede perspektiv det mest grundlæggende, fordi det ikke blot forholder sig til den relevante og aktuelle *viden* for de respektive faggrupper, men også til en kritisk

refleksion omkring denne viden – status af den, arten og modsætningerne mellem de forskellige former for viden og ikke alene anvendelsen, men også evalueringen, af den faglige viden.

Samtidig *kan* dette perspektiv reflekteres ind i en ramme med ”videnskabeliggørelse” af sundhedsprofessionerne. Der er imidlertid vigtigt at betone, at den sundhedsprofessionelle skal håndtere diversiteten af viden – og at videnskab/evidens ikke skal tillægges en særlig ophøjet position.

Det driftsorienterede og det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv reflekterer et niveau, hvor der fokuseres på forskellige scenarier for det sundhedsprofessionelle *arbejde*. Der er i begge perspektiver fokus på nogle mulige faglige roller, som kan være nødvendige fremover.

Endelig kan man sige, at det sundhedsfremme orienterede perspektiv retter sig mere direkte mod betoning af *uddannelserne*, ligesom det specialiseringsorienterede perspektiv retter sig mod prioritering mellem generelle eller mere specialiserede kompetencer i uddannelserne.

Arbejdet med perspektiverne har været formet som 5 forskellige måder at se de sundhedsfaglige grunduddannelser udvikle sig på i fremtidens sundhedsvæsen.

Ingen af de fem udviklede perspektiver kan stå alene for nogen faggruppe eller for en specifik sektor eller institution. Men perspektiverne dækker over forskellige læringsområder, der hver for sig kan være mere eller mindre dominerende i tilrettelæggelsen af den enkelte faggruppes grunduddannelse.

Gennem projektforløbet har såvel ledere og medarbejdere fra de relevante faggrupper som medlemsorganisationerne i Sundhedskartellet været inddraget i arbejdet med de 5 perspektiver – og også bidraget i en proces med videreudvikling og konsolidering af disse perspektiver.

Ud fra ledernes og medarbejdernes samt medlemsorganisationernes indspil synes der at være en række fælles grundholdninger i forhold til perspektiverne – og i forhold til de mange elementer, perspektiverne har omfattet, jf. også den udvidede beskrivelse i bilagssamlingen.

Ingen af perspektiverne kan i sin helhed og isoleret set anvendes som grundlag for udvikling af sundhedsuddannelserne. Det er snarere et spørgsmål om balance. Alle læringsområder må være repræsenteret i grunduddannelserne – men i balancer, der kan være forskellige fra sundhedsuddannelse til sundhedsuddannelse.

Det er her en generel udfordring, der også har været afspejlet i projektforløbet, at *prioriteringen* af grunduddannelsernes elementer, ind i en konjunktur med øget kompleksitet i vidensgrundlag, arbejdsopgaver og tjenesteformer m.v., langt fra er nogen nem opgave.

Alligevel har det i arbejdet med de 5 perspektiver været indikeret, at der kan være elementer på tværs af perspektiverne, der generelt og på tværs af faggrupper og medlemsorganisationer vurderes som væsentlige, når det gælder videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne.

Det gælder fx viden og kompetencer eller indsigt i forhold til elementerne:

- tværfagligt samarbejde i borger- og patientforløbene samt i indsatser i konkrete funktioner

- tværsektorielt samarbejde og koordination på tværs af sundhedsaktørerne (shared care m.v.) – herunder de redskaber og styringsformer, der skal understøtte et sådant samarbejde og en sådan koordination
- tilrettelæggelse og optimering af de forskellige typer af borger-/patientforløb, hvor indsatser går på tværs af sektorer og/eller involverer flere faggrupper og funktioner.
- vidensgrundlag og kompetencer til at anvende og evaluere viden og til at omsætte eksisterende viden til handlinger

I sammenhæng med sidstnævnte kan der ligeledes være behov for øget læring og træning, når det gælder kompetencer og færdigheder i forhold til handlingsorienterede faglige vurderinger og beslutninger – hvor en opprioritering samtidig vurderes at sikre bedre grundlag for stærk faglig identitet og sikkerhed i egen fagudøvelse.

Det anførte hænger tæt sammen med et andet element, der vurderes som væsentligt: Prioriteringen af viden og kompetencer, når det gælder faglige retningslinjer og bedste praksis samt det at kunne omsætte viden fra kilder, der i stigende grad er internationale og web- samt mobilbaserede, og hvor viden kan hentes direkte ind i situationerne i den driftsmæssige hverdag.

De nævnte prioriteringer er også i god tråd med endnu et element, der vurderes som væsentligt: At de studerende i endnu højere grad får viden om IT og teknologi samt om data- og informationsudveksling på tværs af sundhedsaktører og sektorer – herunder i sammenhæng med omlægninger af services og tjenester m.v. til i højere grad at foregå i eller med udgangspunkt i borgerens eget hjem.

De er ligeledes i god tråd med vurderingen af, at faglig viden og viden om fagets og professionens etik og roller naturligt nok må være afgørende elementer i grunduddannelserne – og at det vurderes som et øget behov, at der opnås indsigt i andre faggruppers fagligheder og roller samt færdigheder i forhold til teambaserede, tværfaglige indsatser.

Forholdet mellem teori og klinik har været og er et centralt omdrejningspunkt i forbindelse med videreudvikling og forbedring af grunduddannelserne. At finde den helt rigtige balance mellem skole og praktik og de helt rigtige pædagogiske og didaktiske virkemidler kan være vanskeligt.

Et yderligere element, der synes at være enighed om at prioritere, er den resultatorienterede inddragelse af og information samt kommunikation i forhold til patienter/borgere og pårørende – samt de optimale former for involvering af borgere, patienter og pårørende i fx hjemmemonitorering og hjemmebehandling.

Ligeledes vurderes der generelt at være behov for opprioritering af de elementer, der vedrører relevante faktorer med indvirkning på befolkningens generelle sundhedstilstand – samt på ulighed i sundhed – herunder opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme.

Omvendt er der også en række elementer i de 5 perspektiver, der på tværs af faggrupper og medlemsorganisationer synes at være mindre interesse for, og som der ikke efterlyses prioritering af på grunduddannelsesniveau. Det gælder de elementer, der er administrativt orienterede – som fx økonomistyring, budgetlægning, personaleplanlægning og aktivitetsbaseret styring. De er i projektforløbet og af de involverede deltagere blevet fravalgt som relevante på

grunduddannelsesniveau, mens de til gengæld er anført som meget relevante på videreuddannelsesniveau.

Det er i sammenhængen væsentligt at notere, at der samtidig har været en vis opbakning til at øge viden om sundhedsvæsenets strukturelle rammer og virkemåder – og at også faglig ledelse har været anført som et væsentligt læringselement.

Ligeledes vurderes en række af de elementer, der er taget med ind i det specialiseringsorienterede perspektiv at være mindre relevante i en grunduddannelsesmæssig sammenhæng, men potentielt vigtige i sammenhæng med videre overvejelser om et forbedret og mere systematisk tilrettelagt videreuddannelsessystem.

Det kan være nærliggende at antage, at der er stor samfundsmæssig omkostningseffektivitet i et perspektiv som det driftsorienterede – med tilsyneladende hurtig overgang til fuld arbejdsevne i den almindelige drift.

Formentlig forholder det sig dog næsten modsat. Omkostningerne ved i højeste grad at indrette uddannelserne efter, hvad der "lige her og nu" kræves i praksisområderne lægger op til stagnation. Den driftsmæssige praksis er netop ikke særlig stabil over tid – dette har altid været tilfældet og vil i et fremtidsbillede være om muligt endnu mere urealistisk.

Dermed bliver anvendelsesmulighederne for det driftsorienterede perspektiv også begrænsede – og det kan næppe i nogen af faggruppe sammenhængene anvendes som et helt *dominerende* perspektiv.

De anførte vurderinger fører direkte over i det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv – der måske omfatter elementer, de sundhedsprofessionelle – også i endnu højere grad end nu – kan have gavn af som del af grunduddannelserne.

Det skotske udgangspunkt med "transformational change" og til dels de norske kilders vægtlægning på "forbedringskunnskap" og viden om forandrings grundlag, dynamik og resultater peger i retning af, at viden om transformationer og omstillinger – og den måde man som individ og faggruppe kan påvirke og involvere sig – i øget omfang er et fokuset, grunduddannelserne må orientere sig imod.

## 5. Opsummering

I denne afrapportering er der med udgangspunkt i et meget omfattende materiale sat fokus på væsentlige tendenser med indvirkning på de sundhedsprofessionelles fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.

Projektforløbet og denne afrapportering peger på, at samfundsmæssige forandringer, herunder udviklingen på sundheds- og sygdomsområdet, og udviklingen af nye former for tjenester og services, bl.a. afledt af øgede teknologiske muligheder, sammen med udviklingen af sundhedsprofessionerne nødvendiggør ikke alene løbende overvejelser om både viden, arbejde og uddannelser, men også *kontinuerlig videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne*.

Kravene til de sundhedsprofessionelles viden og kompetencer ændrer sig, og grunduddannelserne samt efter- og videreuddannelsesmulighederne kan derfor ikke være statiske: Der er behov for løbende at ændre på uddannelserne både indholdsmæssigt, pædagogisk og organisatorisk.

### 5.1 De internationale erfaringer

De stadig mere komplekse former for vidensgrundlag, de stadig mere sammensatte tjeneste- og leveranceformer samt den øgede kompleksitet i de sundhedsprofessionelles arbejdsopgaver er i vid udstrækning også baggrund for den dialog, der foregår i landene omkring os – både når det handler om indholdet i og strukturen for de sundhedsfaglige uddannelser.

Hertil kommer, at der i flere lande er øget fokus på at tænke sundhedsområdet, socialområdet og arbejdsmarkedsområdet sammen til et mere sammenhængende velfærdsområde. En tendens, der indebærer bl.a. organisatoriske og styringsmæssige forandringer, men som også påvirker kravene til uddannelserne.

I Sverige drøftes det bl.a., om der kan være behov for at udvide grunduddannelserne til 4 år, og i både Norge og Skotland arbejdes der med udvidelser af kravene til den stofmængde, de studerende skal igennem. Netop som følge af den voksende kompleksitet i vidensgrundlaget, kombineret med den fortsatte vækst i bl.a. udrednings- og behandlingsteknologi.

I de udvalgte lande er der stærkt fokus på og signaler i retning af opprioritering, når det gælder den faggruppetværgående læring – ligesom den stigende kompleksitet vurderes at give øgede behov for specialisering. Her er landene, måske især Sverige og Skotland, orienteret mod og operationelt optagede af behovene for at få videreuddannelsesmulighederne bredt ud og systematiseret, så forskellige former for overbygning på grunduddannelserne i endnu højere grad end nu kan sikre varetægelse af specialiseringsbehov – ikke alene forstået som funktionsspecifikke eller sygdomsspecifikke specialiseringer, men også som specialiseringer med fokus på fx ledelse, forskning og udvikling, klinisk vejledning, ressourceplanlægning og -styring osv.

I lighed med Danmark er borger- og pårørendeorientering, frivillige indsatser og peer-to-peer koncepter meget stærkt inde i debatten i de udvalgte lande. Og elementer i grunduddannelserne med udgangspunkt i denne orientering synes højt prioriteret i landene.

Det samme gælder – med Skotland som mest markant, men også med Sverige og Norge som relevante – orienteringen mod effekt. Det vil sige læring om, hvad det er for indsatser og

sammensætning af indsatser, der rent faktisk giver resultater set fra borgerens/patientens situation.

Denne vinkel er sammenhængende med det ovenfor anførte: At grunduddannelserne må sikre indsigt i samarbejdsbehovene på tværs af ikke alene sundhedssystemets aktører og sektorer, men også på tværs af sundhedssystemet, det sociale system og arbejdsmarkedssystemet.

De udvalgte lande betoner således alle et oplevet behov for at styrke viden om det samlede sundhedssystemets virkemåde – hvordan de forskellige aktører og funktioner spiller sammen, og hvordan overordnede organisatoriske og økonomiske incitamenters spiller ind i forhold til koordination og sammenhæng.

Landene betoner ligeledes et vurderet behov for at få bredt praktikmulighederne mere ud i både primærsektoren samt (bortset fra Skotland) i forhold til privat virksomhed.<sup>21</sup>

Landegennemgangen indikerer, at der i øget omfang i uddannelsessammenhænge må tænkes internationalt, herunder også i tilrettelæggelsen af uddannelserne og i sammensætningen af deres indhold – svarende til den tendens, der kan observeres meget klart i sundhedsvæsenet, hvor erfaringsudveksling, der for blot 5-10 år siden var orienteret mod indhentning af inspiration på tværs af fx danske kommuner og regioner (amter) nu er afløst af en orientering, hvor erfaring og inspiration i meget høj grad udveksles på tværs af lande – og hvor man kommer stadigt tættere på nationalt tværgående indsatser.

## 5.2 Centrale forhold i videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne

Der peges i rapporten på en række områder, hvor der er behov for et øget fokus i uddannelserne. Vægtningen og tilrettelæggelsen vil være forskellig fra uddannelse til uddannelse. Der er bl.a. øget behov for fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, på videnskabsteori og metode, på teknologi og it, på patientens perspektiv samt på sundhedssystemets organisering og virkemåde.

Sundhedskartellets uddannelsesprojekt viser, at der i sammenhæng med videreudvikling og forbedring af uddannelserne er behov for at fokusere på især følgende felter:

- **Refleksive sundhedsprofessionelle.** Sundhedsprofessionelt arbejde er komplekst og involverer modsatrettede interesser og kundskabsformer.

Et effektivt sundhedsvæsen må trække på en kundskabsbaseret praksis, hvor den sundhedsprofessionelle har en vis autonomi og et vist handlerum, ikke mindst i forhold til at være proaktiv, refleksiv og evaluerende og i forhold til at kunne varetage og lede eget fag med myndighed og autoritet.

Kundskabsbaseret praksis betyder, at kliniske beslutninger hviler på mindst tre vidensformer: Den evidensbaserede, den erfaringsbaserede og borgernes/patienternes viden, ønsker og behov.

---

<sup>21</sup> Der er i Skotland et traditionsbåret og meget internaliseret opfattelse af, at alle former for sundhedsindsatser udføres via det offentlige sektor – og en stor grad af modstand overfor private indsatser i sundhedssystemet.



Væksten af indsatser i primærsektoren og den øgede specialisering i sekundærsektoren samt tendenserne mod øget integration mellem sundhedsområdet og det sociale område samt arbejdsmarkedsområdet giver i sig selv basis for et bredere anlagt kundskabsgrundlag og en bredere anlagt begrebsdannelse i forhold til viden.

På alle faglige områder og i enhver praksissituation bliver der i øget omfang behov for kritisk-refleksive praktikere, som kan afveje de forskellige kundskabsformer, styrkerne i den tilgængelige kundskab samt de modsatrettede mål og midler, de forskellige kundskabsformer ofte giver anledning til.

- **Viden og forskning.** Det øgede behov for refleksive og kritiske sundhedsprofessionelle, der kan udvikle samt dokumentere og evaluere, forudsætter bl.a., at de sundhedsprofessionelle selv udvikler viden inden for deres egne fagområder – og derfor skal videnskabsteori og forskningsmetoder udgøre et prioriteret felt på sundhedsuddannelserne.

Alle sundhedsprofessionelle skal selvfølgelig ikke forske, og alle sundhedsprofessionelle praksisområder skal og kan ikke være forsknings- og evidensbaserede. Men kvalificeret og effektiv sundhedsprofessionel praksis skal involvere centrale elementer fra forskningsverdenen, som integrerer opsøgning, vurdering, anvendelse og evaluering af viden.

Det bør i sammenhængen bemærkes, at der er et stærkt øget behov for forsknings- og udviklingsaktiviteter i relation til primærsektorens indsatser og i relation til det voksende omfang af sundhedsopgaver i kommunalt regi – netop et felt, som Sundhedskartellets faggrupper i stigende grad involveres i.

- **Fokusområder i uddannelsernes indhold.** Der peges i rapporten på en række områder, hvor der er behov for et øget fokus i uddannelserne. Vægtningen og tilrettelæggelsen vil være forskellig fra uddannelse til uddannelse. Der peges bl.a. på, at der er øget behov for fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, på videnskabsteori og metode, på teknologi og it, på patientens perspektiv samt på sundhedssystemets organisering og virkemåde – samtidig med at de sundhedsprofessionelle skal være stærkt forankret i sin egen faglighed.

Internationalt er der i øget omfang fokus på patientsikkerhed og herunder medicinhåndtering – bl.a. med udgangspunkt i velkendte fænomener med utilsigtede hændelser, hvor der traditionelt har været fokus på især sygehussystemet.

Med de stadig mere sammensatte og sammenhængende borger- og patientforløb på tværs af sektorer og sundhedsaktører – og med det øgede omfang af opgaver, der løses i primærsektoren, bl.a. som følge af stadig hurtigere behandlingsforløb i sygehusregi, må læring om patientsikkerhed og medicinhåndtering fortsat prioriteres – men der må samtidig i øget omfang være fokus på primærsektorens behov for udvikling og indsatser, der kan minimere omfang af utilsigtede hændelser og sikre læring med basis i utilsigtede hændelser.

- **Bedre praktik.** Den ofte mangelfulde og den generelt uensartede kvalitet i den praktikbaserede del af uddannelserne skal adresseres gennem bl.a. pædagogiske metoder, der skaber større commitment i de kliniske miljøer ("klinikkens pædagogik og didaktik"), men også gennem mere håndfaste økonomiske incitamentter.

Skole og klinik skal respekteres i egen ret. Teoridelen har primært fokus på at opøve tænkning om relevante faglige fænomener, mens praktikdelen primært har fokus på at opøve handling i de faglige aktiviteter. De to dele repræsenterer således forskellige læringsrum og læringsmuligheder.

Der er tiltag, såsom udveksling af underviserkræfter, der kan styrke de studerendes oplevelse af sammenhængende uddannelsesforløb, men der er også behov for at eksperimentere med nye former for læring og nye former for tilrettelæggelse – og i det hele taget behov for nytænkning, hvis de to læringsarenaer på optimal vis skal supplere, understøtte og komplementere hinanden.

Det er dog en klar vurdering, at forandringerne i sundhedsvæsenets forskellige måder at tilrettelægge indsatser og levere sundhedsydelser på og forandringerne i teknologier m.v. foregår i så højt et tempo, at det er tæt på meningsløst at sigte mod grunduddannelser, der "med sikkerhed" kan sikre sømløs overgang fra uddannelse til praksis.

- **Tværfagligt samarbejde.** I både skole- og praktikdel giver det god mening at øge omfanget af faggruppetværgående læring. Netop på professionsbacheloruddannelserne kan man med fordel udnytte de mange ensartede faglige berøringsflader og den konkrete mulighed for på specifikke områder at tilrettelægge fælles uddannelses-, undervisnings- og måske vejledningsforløb.

Der kan dog også arbejdes med fælles læringsforløb med de øvrige sundhedsfaglige uddannelser, fx læge- og tandlægeuddannelserne.

Samtidig skal der ikke etableres fællesskab og samordning i en sådan grad, at faggrænser og centrale faglige traditioner udviskes. Det er fælles for fagene, at de udfoldes i komplekse organisationer, og at udøverne af fagene indgår som tandhjul i arbejdsdelte og ofte højt specialiserede forløb.

Der er således ikke resultater fra uddannelsesprojektet, der peger i retning af et behov for en form for fælles og faggruppetværgående basisdel som del af grunduddannelserne.

Den øgede kompleksitet i arbejdsopgaver og tjenesteformer giver i sig selv behov for at styrke viden om sundhedsvæsenets virkemåder (organisering, styring og finansiering, patientrettigheder og lovbaserede garantier m.v.).

Denne viden bør i højere grad end nu være en del af sundhedsuddannelserne og repræsenterer et af flere elementer, hvor faggruppetværgående uddannelse og læring med fordel kan bringes mere i spil.

- **Primær og sekundær sektor.** Det er en klar vurdering, at der med den stigende kompleksitet i det stof, grunduddannelserne forventes at håndtere, er et fortsat behov for i relativ forstand at nedtone den traditionelle, dominerende samt sygdoms- og diagnoseorienterede basis til fordel for en mere bredt orienteret basis, der tager højde for den stigende mængde af forskellige former for tjenester og services og forskellige samarbejdskonstellationer på tværs af sundhedsaktørerne og på tværs af primær og sekundær sektor.

Den fortsatte balanceforskydning, hvor stadig større andele af den samlede sundhedsopgave forventeligt vil skulle løses i primærsektoren, skal afspejles i grunduddannelserne – både i skoledel og praktikdel.

Sammenhængende hermed skal opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme – og i det hele taget populationsorienterede former for indsatser – indgå med større vægt i sundhedsuddannelserne.

- **Specialisering samt efter- og videreuddannelse.** Efter- og videreuddannelsessystemet bør i højere grad end nu give mulighed for uddannelser på master- og kandidatniveau, der matcher de mange specialiserede områder i sundhedsvæsenet – herunder de væsentlige forskelle, der trods alt er, når det gælder fx arbejdsopgaver i henholdsvis somatik og psykiatri, i henholdsvis kommuner og på sygehuse, i henholdsvis privat praksis og offentligt sundhedssystem osv.

Der bør desuden i højere grad end nu sættes måltal for de dygtigste og mest ambitiøse studerende ind i det formelle videreuddannelsessystem – ligesom der i højere grad end nu og som del af grunduddannelserne (en form for talentudvikling) kan gives mulighed for fx trainee ophold (herunder internationale) eller inddragelse i fx forbedrings- og udviklingsforløb eller i fx forsknings- og udviklingsprojekter, der ligger udover det ellers fastlagte og ordinære uddannelsesforløb.

For de sundhedsuddannelser, der ikke er professionsbachelorer, bør det overvejes, hvordan der for disse sundhedsprofessionelle kan sikres relevante efter- og videreuddannelsesmuligheder inden for det formelle uddannelsessystem.