



Bilagssamling

Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle

Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne

Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	2
1.1 Sundhedskartellets faggrupper	2
2. Opgavedesign og involverede ressourcer	6
2.1 Opgavedesign.....	8
3. Interviews med eksperter og forskere	20
3.1 Evidens	21
3.2 Nye patienttyper.....	22
3.3 Praktik og praksisorienteret undervisning	23
3.4 Teknologier	26
3.5 Ulighed i sundhed	28
3.6 Patientinddragelse	30
3.7 Sundhedsfremme og forebyggelse	33
4. Landegennemgange	35
4.1 Norge	35
4.2 Skotland.....	41
4.3 England.....	44
4.4 Sverige.....	50
5. Interviews med udvalgte interessenter	59
6. Udfordringsbilledet	62
7. Spørgeskemaundersøgelsen	65
7.1 Metode og indhold	65
7.2 Centrale resultater	66
7.3 Opsummering på spørgeskemaundersøgelsen	71
8. Workshops	86
9. Anvendte udredninger, rapporter, studier m.v. samt involverede interview- og ressourcepersoner	99

1. Introduktion

Bilagssamlingen er struktureret med basis i de forskellige aktiviteter, der er gennemført i Sundhedskartellets uddannelsesprojekt.

Aktiviteterne omfatter:

- Spørgeskemaundersøgelse med udsendelse af spørgeskema til ca. 1.200 ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets faggrupper
- Interviews med udvalgte interessenter
- Litteraturstudier og interviews med udvalgte ressourcepersoner fra især danske, men også fra svenske og norske forsknings- og udviklingsmiljøer
- Gennemgange af rapporter, desk research og interviews med udvalgte ressourcepersoner vedrørende nuværende og fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov i andre lande
- Workshops med inddragelse af ca. 90 ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets faggrupper – med gruppeøvelser samt dialoger vedrørende væsentlige elementer i fremtidens grunduddannelser samt efter- og videreuddannelser
- Overordnet beskrivelse af udfordrings- og tendensbilleder for sundhedsvæsenet i et perspektiv mod 2020/2025 – og heraf afledte krav i forhold til uddannelse og kompetencer.

Hovedafsnit 2 nedenfor omfatter oprindeligt design samt involverede ressourcer Sundhedskartellet samt fra Implement Consulting Group (Implement) og Aalborg Universitet, Institut for Læring og Filosofi (AAU).

I det afsluttende hovedafsnit er angivet de udredninger, rapporter, litteraturstudier og lignende kilder, der har været anvendt i forbindelse med Sundhedskartellets uddannelsesprojekt – samt de instanser, der har været kontaktet og involveret med henblik på at opnå indspil.

1.1 Sundhedskartellets faggrupper

Sundhedskartellet favner over en række vigtige sundhedsprofessionelle faggrupper og indsatser. Som indikeret i oversigt nedenfor fungerer faggrupperne som vigtige ressourcer hos alle sundhedsaktører – såvel i regioner og kommuner som hos de praktiserende læger. Faggrupperne arbejder endvidere i en række andre sammenhænge som fx uddannelse, forskning m.v. Men også i en række andre sammenhænge i det offentlige system – samt i forskelligt omfang i den private sektor.

Sygeplejersker varetager en bred vifte af funktioner i sygehusregi, og er også vigtige ressourcer i primærsektoren, i såvel praksislægesystemet som det kommunale sundhedssystem – herunder i døgninstitutioner med forløb efter udskrivning fra sygehus, men også i tilknytning til borgere med forskellige former for psykiske og/eller fysiske handicap. Plejehjem, hjemmesygepleje, sundhedspleje m.v. udgør fortsat en vigtig platform for sygeplejersker i det kommunale sundhedssystem, men i tendensbilledet kan opgaver indenfor rammerne af udgående teams og intermediære enheder samt hjemmebehandling formentlig forventes at vokse.

For fysioterapeuterne er den private sektor – herunder ikke mindst privat praktiserende fysioterapeuter – et væsentligt felt. Der er fortsat et væsentligt omfang af fysioterapeuter i sygehusregi, ligesom mange fysioterapeuter yder indsatser i det kommunale sundhedssystem og herunder ikke mindst i regi af plejehjem og dagcentre. I et videre perspektiv kan også fysioterapeuterne forventes at få øgede opgaver i primærsektoren – i sundhedshuse samt i praksislæge regi og som del af trenden mod større lægehuse.

Ergoterapeuterne favner over en meget bred vifte af ansættelsessteder. Både sygehussystem og kommunalt sundhedssystem (ældreboliger/plejeboliger, dagcentre, specialinstitutioner samt forebyggende hjemmebesøg m.v.) er repræsenteret, men også hele arbejdsmiljøområdet er et væsentligt indsatsområde for ergoterapien. Ligesom for flere af de andre faggrupper kan det forventes, at der kommer en stigende efterspørgsel efter ergoterapiressourcer i primærsektoren.

Radiografer er i alt overvejende grad beskæftiget på sygehuse – indenfor rammerne af radiologiske afdelinger, hvor der typisk arbejdes med billeddiagnostik og nuklearmedicin. Radiografer kan dog også være ansat i stråleterapiafdelinger og i tilknytning til screeningsenheder. I et vist omfang får radiografer også beskæftigelse i private røntgenklinikker og som konsulenter i medicoindustrien.

Jordemødrene arbejder overvejende i regionalt regi på sygehuses obstetriske afdelinger, jordemodercentre, ambulatorier, sengeafdelinger, fødeafdeling, ultralydsafsnit. Jordemødre er for en mindre dels vedkommende beskæftiget i den private sektor og på private klinikker, herunder et antal hos praktiserende læger. Der er stigende tendens til, at jordemødre også beskæftiges i den kommunale sektor inden for fx familierådgivning, seksuel sundhed eller sundhedsplanlægning/rådgivning.

Bioanalytikerne udfører i helt overvejende grad indsatser i sygehusregi – og med en fortsat vækst i mulighederne for diagnostiske prøver og analyser, må sygehuse forventes fortsat at være et helt primært arbejdsfelt for bioanalytikerne. Nye analysemetoder samt analyseudstyr gør, at flere analyser i forhold til screening, diagnosticering og monitorering kan udføres på de kliniske afdelinger, i det primære sundhedsvæsen samt hjemme hos borgeren, og sammen med væksten i antal af større lægehuse og etableringen af større sundhedshuse giver det bioanalytikerne nye arbejdsfelter – både i forhold til ansættelse i det nære sundhedsvæsen og i det private.

Tandplejere er en faggruppe, hvor den private sektor er repræsenteret i stort omfang. Over halvdelen af de uddannede tandplejere fungerer arbejdsmæssigt i private tandlægepraksisser. Der er samtidig tandplejere, der har egen klinik, ligesom en del tandplejere er ansat i private dentalfirmaer og lignende. I primærsektoren udfører tandplejerne indsatser i den kommunale børnetandpleje samt i omsorgstandplejen. I regionalt regi er der kun et begrænset antal tandplejere – på sygehuse eller i specialtandplejen.

Langt den overvejende del af offentligt ansatte psykomotoriske terapeuter arbejder i kommunalt regi. Faggruppen er samtidig repræsenteret i væsentligt omfang i den private sektor, via ejede klinikker og lignende med bl.a. personlig træning og undervisning eller via ansættelse i privat ejet praksis.

Kost og ernæring omfatter indsatser i sygehussystemet, men også indenfor området med regionalt styrede sociale tilbud. De faglige ressourcer indenfor området med kost og ernæring yder indsatser

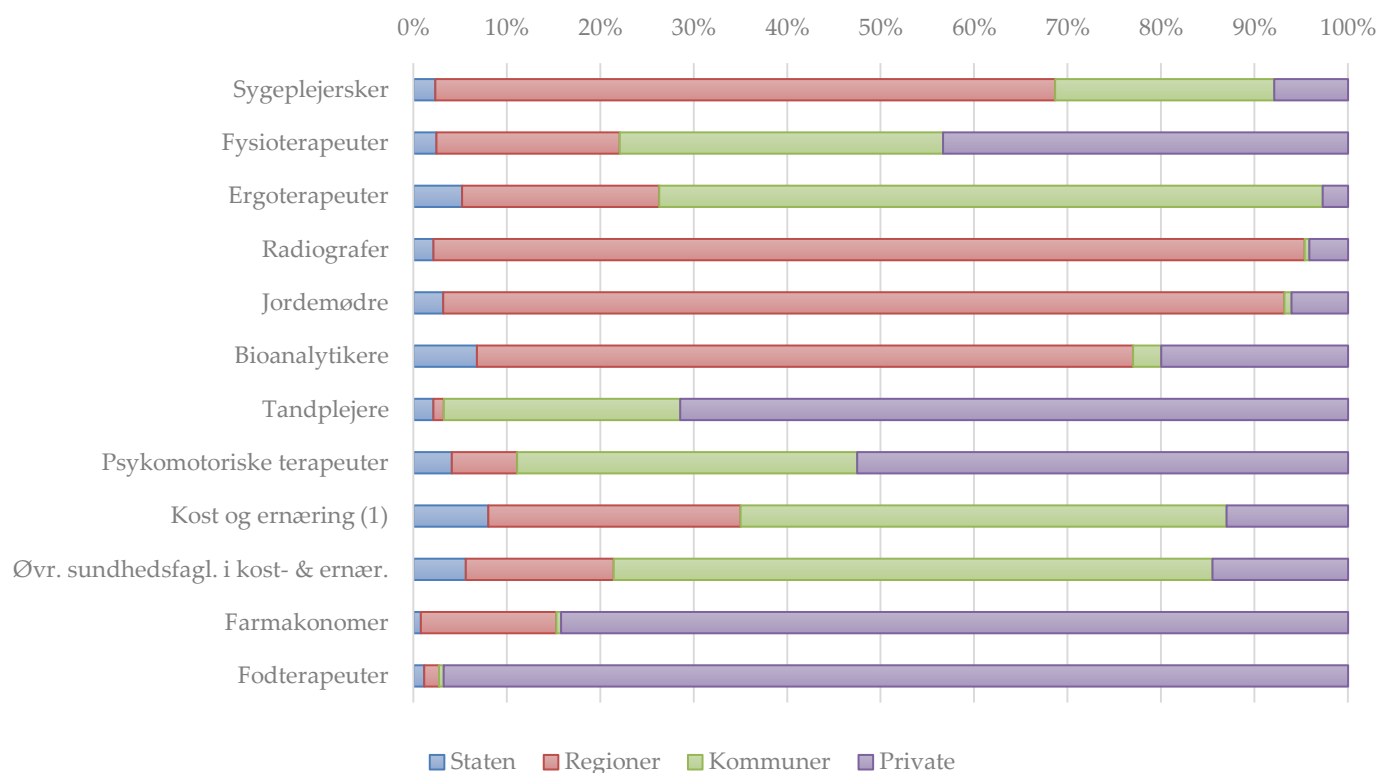
indenfor et meget bredt felt i kommunerne – såvel i tilknytning til sundhed og socialområdet, men også i relation til undervisningsområdet samt beskæftigelsesområdet. Fremadrettede prioriteringer af sundhedsfremme og sundhedsindsatser, orienteret mod populationers sundhedstilstande – og hvordan populationers sundhedstilstande kan forbedres – vil forventeligt give yderligere behov for de fagligheder, der er repræsenteret indenfor rammerne af kost og ernæring.

Farmakonomer arbejder i alt væsentligt i regionalt regi eller i den private sektor.

Sygehusapotekerne, under regionerne, beskæftiger en væsentlig del af farmakonomerne. Den største andel af farmakonomer har dog beskæftigelse i den private sektor – og især på apoteker, hvor der rådgives i forbindelse med køb og udlevering af medicin. Farmakonomer er også ansat i medicinalindustrien, hvor der arbejdes med bl.a. kvalitetsstyring og kontrol.

Fodterapeuter kan have beskæftigelse på sygehuse, primært med forebyggelse og behandling af fodsår, men langt den overvejende del af fodterapeuterne arbejder i privat praksis – i forskellige former for klinikker, delvis med offentligt tilskud.

Figur 1. Sektorfordelingen af beskæftigede sundhedsfaglige uddannede



Note: Tabellen er baseret på organisationernes vurdering af sektorfordelingen for de personer, der er ansat inden for deres respektive relevante fagområde. Personer, der enten er beskæftiget uden for deres fag eller er ansat i ukendte sektorer, er derfor ikke medtaget i opgørelsen (det gælder dog ikke bioanalytikerne).

⁽¹⁾ PB i ernæring og sundhed, PB i Nutrition and Health, Kliniske diætister, Økonoma

Kilde: Indberetninger fra Sundhedskartellets organisationer

Tabel 2. Antallet af sundhedsfagligt uddannede i beskæftigelse pr. 1.1.2013

Faggrupper	Beskæftigede 1.1.2013
Sygeplejersker	65.985
Fysioterapeuter	11.077
Ergoterapeuter	7.884
Radiografer	1.926
Jordemødre	2.113
Bioanalytikere	8.287
Tandplejere	2.415
Psykomotoriske terapeuter ⁽¹⁾	390
Ernæring og Sundhedsfaglige ⁽¹⁾⁽²⁾	4.565
Øvrige kost-, og ernærings- og sundhedsfaglige ⁽¹⁾⁽³⁾	15.480
Farmakonomer ⁽¹⁾	5.985
Fodterapeuter ⁽¹⁾	1.885

Note: Alle personer, der på et tidspunkt har afsluttet en uddannelse i de pågældende uddannelsesgrupper.

(1) Tallet er estimeret på baggrund af en stikprøve af den danske befolkning. Personer, der enten er beskæftiget uden for deres fag eller er ansat i ukendte sektorer er derfor medtaget i opgørelsen.

(2) *PB i ernæring og sundhed, PB i Nutrition and Health, Kliniske diætister, Økonoma*

(3) *Ernæringsteknolog, Ernæringsassistent, Ernæringshjælpere, Køkkenledere.*

Kilde: Særkørsel fra Danmarks Statistik på baggrund af elev- og kvalifikationsregistre og Statistikbanken.dk

2. Opgavedesign og involverede ressourcer

Sundhedskartellets uddannelsesprojekt har været ledet overordnet af en nedsat styregruppe med repræsentation fra alle medlemsorganisationerne. Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, har været politisk tovholder på projektet.

Der har været afholdt fem styregruppemøder – to af dem som kombinerede styregruppemøder og workshops – gennem det samlede projektførløb. I maj, juni, august og september. Styregruppens medlemmer fremgår nedenfor.

Styregruppe	
Dansk Sygeplejeråd	Dorte Steenberg Mathilde Thornberg Djervad Birgitte Grube Simon Martin Hansen
Danske Fysioterapeuter	Tina Lambrecht Rene Andreasen
Ergoterapeutforeningen	Gunnar Gamborg Ulla Garbøl
Danske Bioanalytikere	Martina Jürs Jane Fyhn
Radiograf Rådet	Charlotte Graungaard Falkvard Christian Gøtttsch Hansen
Jordemoderforeningen	Lillian Bondo Anne-Mette Schroll
Dansk Tandplejerforening	Elisabeth Gregersen Birthe Bak Andersen
Kost & Ernæringsforbundet	Ghita Parry Charlotte Knudsen
Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter	Tina Christensen Hanne Aasted
Farmakonomforeningen	Christina Dürinck Mette Guldborg
Danske Psykomotoriske Terapeuter	Henriette Nikolaisen Birgit H. Hansen
Sundhedskartellets sekretariat	Charlotte Vinderslev

Sundhedskartellet har været repræsenteret på projektledelsesniveau gennem chefkonsulent Charlotte Vinderslev, Sundhedskartellet, og chefkonsulent Mathilde Thornberg Djervad, Dansk Sygeplejeråd. Disse ressourcer har udgjort det direkte og løbende kontaktpunkt for ICG/AAU gennem hele projektforløbet.

Projektteamet fra Implement og AAU har omfattet følgende ressourcer:

- Professor Kristian Larsen (AAU)
- Assisterende professor Karin Højbjerg (AAU)
- Partner Peter Emmerich Hansen (ICG)
- Konsulent Mick Bundgaard Dige (ICG)
- Konsulent Ann-Catrine Monberg (ICG)
- Business Analyst Anne Katrine Bjørkholt Sørensen (ICG)
- Business Analyst Mira Stæhr Andersen
- Studentermedhjælp Ann-Sofie Andersen (AAU)
- Studentermedhjælp Andreas Lindenskov Tamborg

Kristian Larsen og Peter Emmerich Hansen har udgjort projektledelsen med, idet Implement Consulting Group har været formel ansvarlig leverandør overfor Sundhedskartellet.

2.1 Opgavedesign

Fremtidige kompetencebehov i sundhedsvæsenet – med fokus på Sundhedskartellets medlemsgrupper

Uddannelse og kompetencer for Sundhedskartellets medlemsgrupper:
Scenarier om fremadrettede udfordringer, muligheder og behov

Maj 2014



IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Projektbaggrund

Sundhedskartellens medlemsorganisationer har besluttet at gennemføre et projekt med det formål at skabe et udvidet og gennemarbejdet grundlag for både den interne og eksterne debat om de fremtidige uddannelses- og kompetencebehov for Sundhedskartellens faggrupper. Uddannelsesministeriet har i forvejen igangsat et arbejde indenfor rammerne af en såkaldt "fremsynsproces", der forudsættes at munde ud i forskellige scenarier vedrørende kompetencebehovene for de sundhedsfaglige professionsbachelorere.

Sundhedskartellens projekt skal derfor sikre grundig forberedelse i relation til eventuelt kommende revisioner af relevante bekendtgørelser og studieordninger.

Projektet har dog også et bredere sigte og skal derfor sikre et fundament for den almindelige debat og for indsatsmuligheder i tilknytning til behovene for uddannelse og kompetenceudvikling samt efter- og videreuddannelse i et perspektiv mod 2020/2025.

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

Samfundsmæssige forandringer, herunder uddannelsernes formning af erhvervene, 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 Sundhedskartellens faggrupper – og medvirke til at ændre den virkelighed, Sundhedskartellens nyuddannede faggrupper skal være i stand til at håndtere, og som allerede erfarne ledere og medarbejdere løbende skal være i stand til at tilpasse sig til. Sundhedskartellens faggrupper er samtidig med til, gennem deres uddannelse og erhverv, at forme denne nye virkelighed.



Projektets formål og succeskriterier

Med udgangspunkt i Sundhedskartellets projektbeskrivelse:

Projektet har som primært formål at sikre et solidt fundament for kommende drøftelser af eventuelle nye bekendtgørelser og studieordninger for de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Som sekundært formål skal projektet kunne anvendes som fundament for at fremme et systematisk efter- og videreuddannelsesstilbud, der matcher sundhedsvæsenets og de sundhedsprofessionelles behov i et fremadrettet perspektiv.

- *Projektet skal fokusere på og identificere sundhedsvæsenets udfordringer og tendenser og de heraf afledte kompetence- og uddannelsesbehov for kommende dimittender*
- *Projektet skal vurdere niveauerne for kompetencer i et fremadrettet perspektiv – og herunder afgrænsningen af de behov, der adresseres via henholdsvis grunduddannelser eller via efterfølgende specialisering og videre uddannelse*
- *Projektet skal endvidere give et bud på, hvordan en sundhedsprofessionel bliver til i dag, herunder hvordan professionerne, gennem uddannelse og arbejde, bidrager til og kan udvikle den professionelle praksis*
- *Projektet skal fokusere på det samlede sundhedsvæsen og på alle Sundhedskartellets professioner. Hvor det er nødvendigt, fokuseres der på den enkelte faggruppe*
- *Projektet inddrager internationale erfaringer fra relevante lande, bl.a. Norge og Sverige*
- *Projektet inddrager også forskningsbaserede og forskningsorienterede arbejder og vinkler.*



Projektets temaer og problemstillinger

En række forskellige *temaer* og *problemstillinger* skal håndteres indenfor projektets rammer. Nedenfor er udvalgte temaer og problemstillinger listet op – listen er ikke nødvendigvis udtømmende. Kortlægnings- og analysearbejdet i de fire spor vil således forventeligt give anledning til justeringer af eller supplerende temaer og problemstillinger.

Temaer og
problemstillinger
i projektet

Effekter for uddannelses- og kompetencebehov som følge af

- opgaveomfang i borgerens eget hjem
- anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger
- nye typer af enheder og tilbud (fx sundhedscentre, akutpladser, modtagekøkkener)
- fælles akutmodtagelser og former for døgnvagtordninger
- nye supersygehuse med reduceret sengekapacitet
- egenomsorg og ansvar for egen sundhed
- borger-/patientviden og borger-/patientinddragelse
- arbejdsdelinger mellem primær og sekundær sektor – og mellem sundhedsaktører
- samarbejdsformer mellem sundhedsaktører og mellem faggrupper
- krav til kvalitet og patientsikkerhed samt dokumentation (evidens, monitorering m.v.)
- styrings- og incitamentsformer
- dialektik mellem samfundsforhold, erhvervsforhold og uddannelsesforhold
- udvikling af professionernes identitet og ethos, i uddannelse og erhverv
- lighed/ulighed i sundhed og adgang til sundhedsydelse - forebyggelse
- specialiserede opgaver versus generalistopgaver
- demografi og sygdomsmønstre (multisyge, kronikere mv.)
- medicin håndtering

Projektets vinkler

På tværs af temaer og problemstillinger anlægges det i det samlede projektforsløb forskellige *vinkler*. Nogle af de væsentlige vinkler er beskrevet nedenfor.

I projektforsløbet kortlægges og analyseres der ikke alene ud fra en teknokratisk, myndighedsbaseret 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.

I projektforsløbet fokuseres der ikke alene på praksisformer, som er relativt standardiserede og institutionaliserede (fx faste rutiner vedrørende pleje, terapi, kost, ernæring, træning mv.) – men også på individualiserede eller sammensatte praksisformer (fx i forhold til borgere med kompleks social og sundhedsmæssig situation, med mange samtidige diagnoser mv.).

Projektforsløbet vil være afvejende i forhold til mangfoldigheder af kundskaber, som bringes i spil i møder mellem organisation, professionel og borger, herunder mellem professioner og i relationer mellem fx professionel og diverse sundhedsmæssige teknologier. Fokus vil være på ikke alene ”teknisk problemløsning” (entydige mål, instrukser og midler – fx visse former for evidens/standarder/procedurer), men også på ”kompleksitet og problemløsning” (diskrepans, uklarhed, modsætninger indenfor og mellem mål, instrukser og midler, manglende evidens etc.).

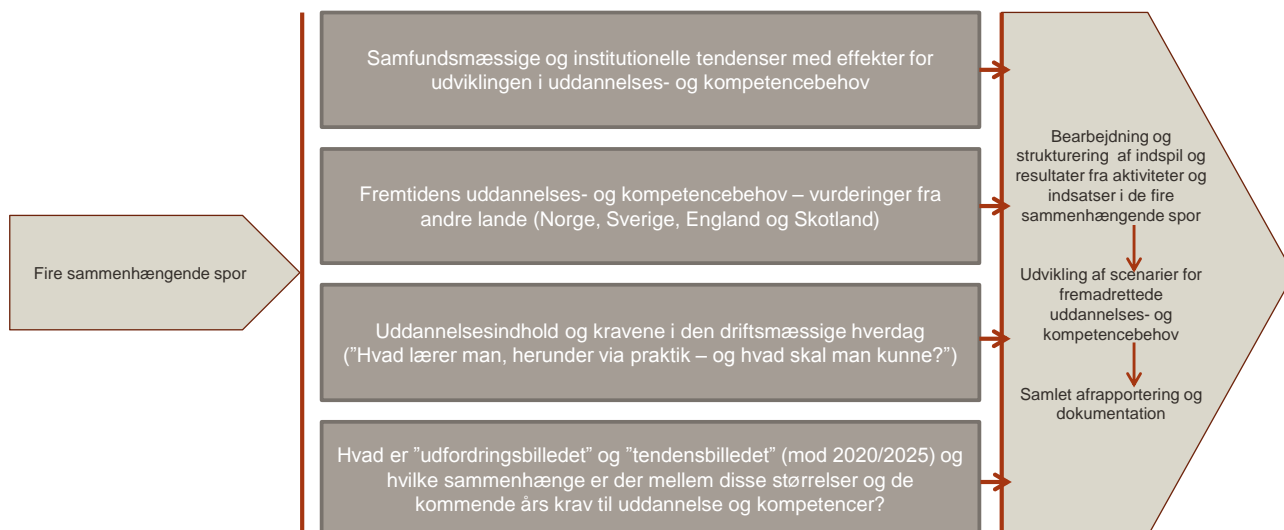
Projektforsløbet vil fokusere på nogle af de nye muligheder i forhold til brug af teknologi, fx i forhold til arbejdsdele, der kan forbedres og rationaliseres – men vil også have fokus på barrierer og begrænsninger for anvendelse af teknologi.

Projektforsløbet vil have fokus på fælles mønstre og behov på tværs af Sundhedskartelletts faggrupper – men også på de særlige behov og perspektiver for den enkelte faggruppe.

Projektets 4 spor – frem mod september 2014

Projektet for Sundhedskartellet gennemføres af Implement Consulting Group (ansvarlig leverandør) i samarbejde med Aalborg Universitet, Institut for Læring og Filosofi.

Projektet gennemføres indenfor rammerne af 4 sammenhængende spor – med involvering af ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets faggrupper i såvel regionalt som kommunalt og privat regi. Projektet gennemføres i perioden fra ultimo april 2014 til primo september 2014.



Opstarts workshop med medlemsorganisationerne

Der gennemføres indledningsvis og så hurtigt som muligt i maj en workshop med deltagelse af maksimalt to repræsentanter fra hver medlemsorganisation.

Workshoppen har til formål at sikre, at

- medlemsorganisationerne har mulighed for allerede i indledningsfasen at give indspil til, hvad de ser som væsentlige, overordnede temaer og problemstillinger, og hvad de selv oplever som særligt væsentlige fokusområder og udfordringer m.v.
- der allerede i indledningsfasen opnås et vist billede af, i hvilket omfang væsentlige, overordnede temaer og problemstillinger er faggruppe tværgående eller faggruppespecifikke

Workshoppen anvendes også til at sikre en helt konkret forventningsafstemning, når det gælder det niveau for faggruppespecifikke temaer og problemstillinger, der kan adresseres indenfor rammerne af den samlede opgaveløsning.

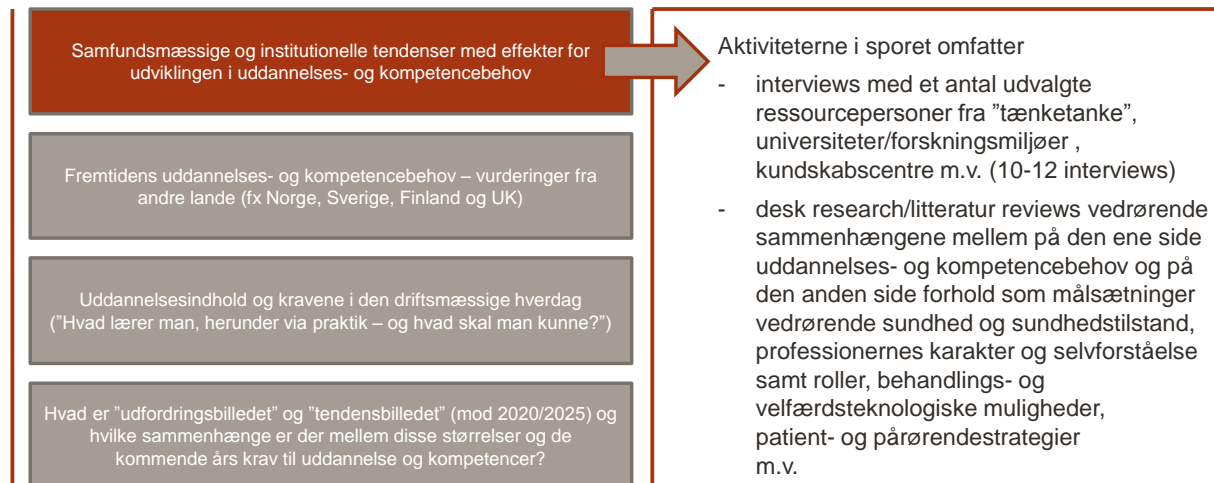
Der lægges i opgaveløsningen vægt på såvel tværgående som faggruppespecifikke forhold, men der vil også – med de rammer, der er for opgaveløsningen, tids- og ressourcemæssigt – være nogle klare grænser for håndteringen af faggruppespecifikke forhold.

Workshop gennemføres over 2 timer – og forud for workshop fremsender hver medlemsorganisation en af Implement/AJU udarbejdet skabelon for væsentlige, overordnede temaer og problemstillinger, der bringes med ind i workshoppen.

Spor 1: Samfundsmæssige og institutionelle tendenser

Sporet har et makroorienteret udgangspunkt: Hvilke samfundsmæssige og institutionelle tendenser kan identificeres med effekt for udviklingen i uddannelses- og kompetencebehov. Inkluderede "tænketaanke", universiteter/forskningsmiljøer samt basis for desk research kan omfatte relevante danske miljøer, herunder fx Institutet for Fremtidforskning og relevante sundhedsinstitutter, men også fx Karolinska Institutet (Stockholm), Kunnskapssenteret (Oslo), Nutfield Trust og Kings Fund (UK) samt IHI (US)

Sporet har de udvalgte temaer og problemstillinger samt de udvalgte vinkler som basis.



Spør 2: Fremtidens uddannelses- og kompetencebehov – andre lande

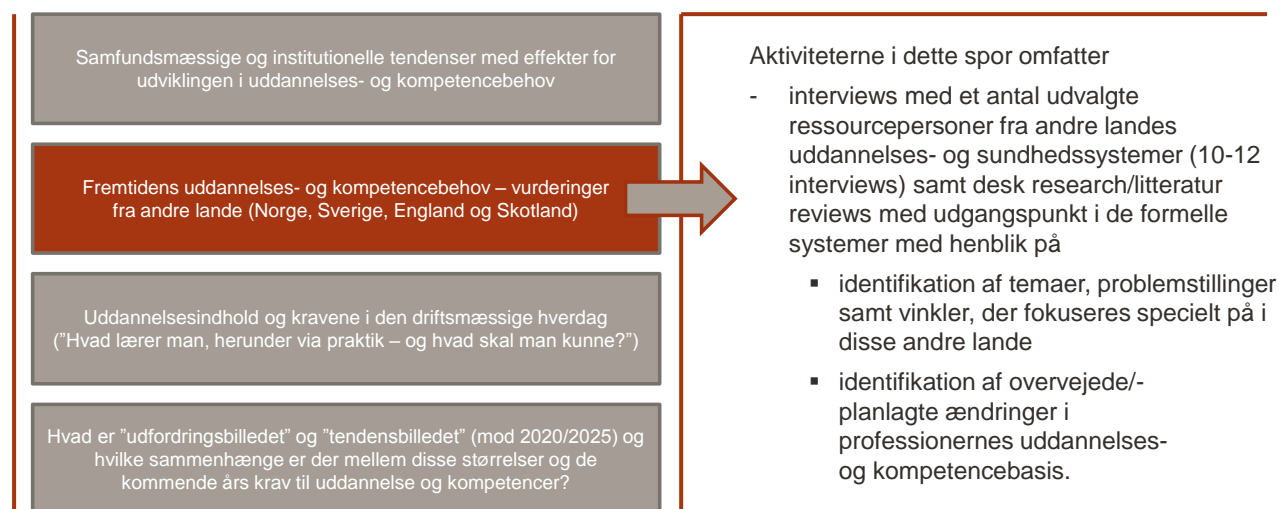
Sporet er primært orienteret mod de formelle systemer i landene, det vil sige initiativer og tiltag samt planer med udgangspunkt i myndighedsrollen (uddannelsesministerier og direktorater samt sundhedsministerier og direktorater), men omfatter også relevante policy aktører – eksempelvis det norske KS (svarende til KL i Danmark), Sveriges Kommuner og Landsting (svarende til KL og Danske Regioner) samt COSLA (det skotske kommunefællesskab).

Sporet har de udvalgte temaer og problemstillinger samt de udvalgte vinkler som basis.



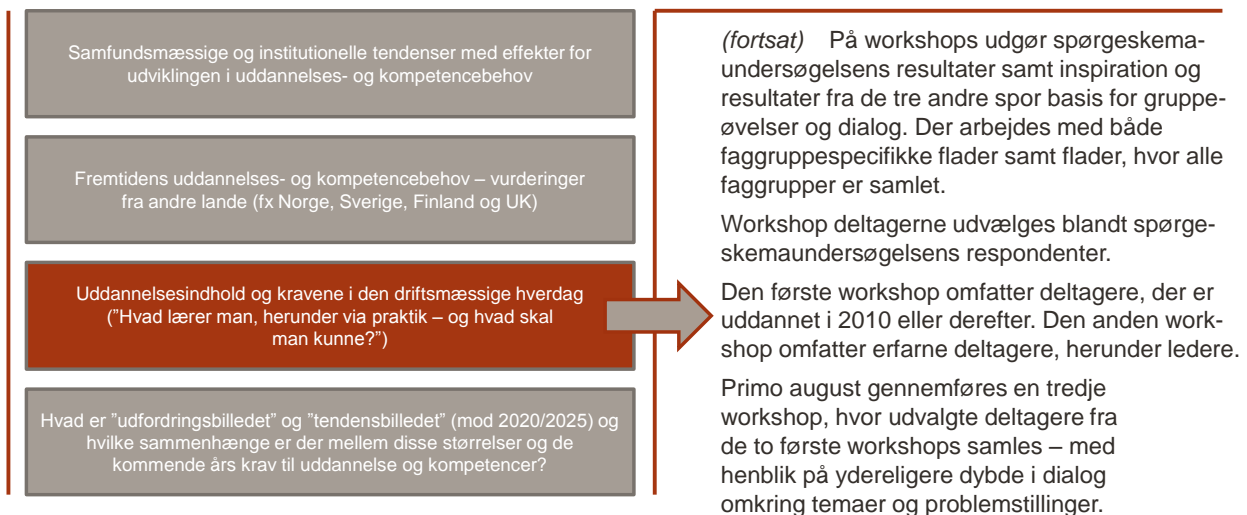
Spør 3: Uddannelsesindhold og kravene i den driftsmæssige hverdag

Spøret udgør den involverende del af det samlede projekt – udvalgte ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets medlemsorganisationer inddrages med henblik på indspil samt med henblik på dialog vedrørende inspiration og resultater fra de tre andre spor. Udover indspil med udgangspunkt i egen hverdag og egne vurderinger, får de udvalgte ledere og medarbejdere dermed også lejlighed til at forholde sig til temaer og problemstillinger fra andre lande, til et udarbejdet udfordringsbillede og til identificerede samfundsmæssige og institutionelle tendenser med relevans for fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.



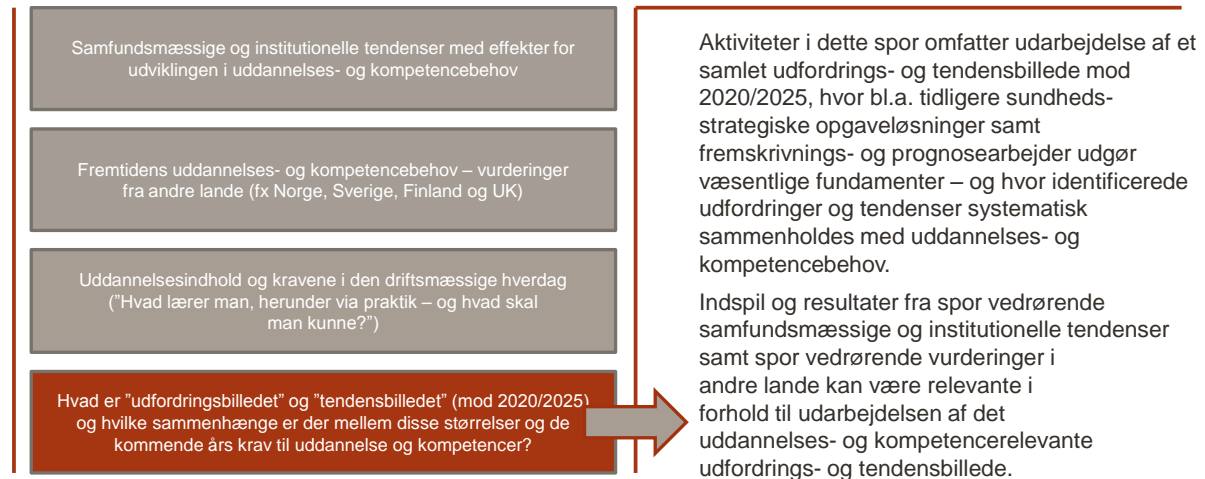
Spør 3: Uddannelsesindhold og kravene i den driftsmæssige hverdag

Sporet udgør den involverende del af det samlede projekt – udvalgte ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets medlemsorganisationer inddrages med henblik på indspil samt med henblik på dialog vedrørende inspiration og resultater fra de tre andre spor. Udover indspil med udgangspunkt i egen hverdag og egne vurderinger, får de udvalgte ledere og medarbejdere dermed også lejlighed til at forholde sig til temaer og problemstillinger fra andre lande, til et udarbejdet udfordringsbillede og til identificerede samfundsmæssige og institutionelle tendenser med relevans for fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.



Spør 4: Udfordrings- og tendensbilledet – sammenhænge med uddannelses- og kompetencebehov

Der udarbejdes et udfordrings- og tendensbillede – med henblik på at identificere sammenhænge mellem udfordringer og tendenser på den ene side og uddannelses- og kompetencebehov på den anden. Der fokuseres på betydningen af fx øgede behov for sundhedsindsatser på grund af demografiudvikling samt vækst i kronisk sygdom og langvarig sygdom, videre behandlingsteknologiske fremskridt, omlægninger til dagbehandling og udgående behandling, investeringer i sundhedskapital, grad af lighed/ulighed i sundhed osv. Sporet har i noget omfang sammenhæng med, men også modsætninger i forhold til sporet vedrørende samfundsmæssige og institutionelle tendenser. De to spor viser dynamikker og kompleksitet og bidrager til en samlet validering.



3. Interviews med eksperter og forskere

Der har været gennemført interviews med nedenstående eksperter og forskere – idet disse interviews har været del af grundlaget for såvel spor 1 (samfundsmæssig udvikling og uddannelse samt kompetencer m.v.) som spor 2 (landegennemgangene), jf. opgavedesign for Sundhedskartellets uddannelsesprojekt. Som det fremgår, er der tale om eksperter og forskere med udgangspunkt i uddannelse, snarere end med udgangspunkt i sundhed. Interviewene er suppleret med omfattende desk research.

De involverede ressourcepersoner fremgår under hovedafsnit 9.

De afholdte interviews med de omhandlede ressourcepersoner har givet væsentlige bidrag til projektet og rapporten. Disse interviews har langt fra givet et entydigt billede af, hvilke behov der kan identificeres, når det gælder viden og kompetencer i et fremadrettet perspektiv. Men de har været med til at fastholde et blik på kompleksiteten og diversiteten i det udfordrings- og udviklingsbillede, Sundhedskartellets faggrupper skal navigere i.

De involverede ressourcepersoner har dyb viden, indgående kendskab til og erfaringer med et eller flere af følgende områder:

- Sundhed, sygdom og ulighed
- Sundhedsteknologier
- Patientpåvirkende perspektiver
- Professions- og organisationsperspektiver og professionelle roller
- Evidens, manualer og standarder
- Tværfaglighed og basisuddannelser

Ressourcepersonerne er ud fra en række stikord blevet bedt om at forholde sig til, hvilke aktuelle udfordringer, de kan identificere på sundhedsområdet.

Efterfølgende er de blevet bedt om at forholde sig til, hvilke kompetencer de sundhedsprofessionelle bør besidde med henblik på at imødegå de identificerede udfordringer – og give konkrete bud på, hvordan viden og kompetencer kan udvikles i et uddannelsesforløb.

Desk research er tilvejebragt gennem systematisk litteratursøgning på udvalgte danske og internationale databaser. Studierne er udvalgt med henblik på at afdække eksisterende forskning og viden, der relaterer sig til de temaer, ressourcepersonerne har forholdt sig til.

De udvalgte studier er ydermere udvalgt ud fra det kriterium, at de primært vedrører skandinaviske/nordiske forhold, da velfærdsmodellerne i Skandinavien er relativt ensartede – om end under forandring, ligesom sundhedsinstitutionerne, professionerne og kundskabsformerne (Larsen & Esmark 2013).

De centrale pointer og synspunkter, der præsenteres nedenfor, er inddelt i otte overordnede temaer vedrørende tendenser og/eller nye kompetencebehov, der relaterer sig til:

- Evidens

- Nye patienttyper
- Praktik og praksisorienteret undervisning
- Fælles basisuddannelse
- Teknologier
- Ulighed i sundhed
- Patientinddragende aktiviteter
- Forebyggelse

3.1 Evidens

Alle ressourcepersoner peger på, at det bliver væsentligt for Sundhedskartellets faggrupper at kunne forholde sig til evidensbegrebet, men at der samtidig er en række udfordringer forbundet hermed. Det øgede fokus på evidens på sundhedsområder betyder, at det i stigende grad bliver vigtigt for Sundhedskartellets faggrupper at være bevidste om, at den sikre viden som evidensbegrebet efterlader indtryk af, at der er tale om, sjældent er så sikker, som den giver udtryk for at være.

Evidensbasering tager eksempelvis ikke højde for det kontrafaktiske; dvs. hvad der var sket, hvis patienten ikke havde taget pillen, f.eks. Evidensbaseret viden giver desuden sjældent entydige og præcise forklaringer på, hvilke mekanismer der gør, at en given indsats virker.

Samtidig er evidensbaseret viden begrænset ved, at kun dele af sundhedsprofessionernes arbejde kan evidensbaseres. Flere af ressourcepersonerne giver udtryk for, at det eksempelvis ikke er muligt at evidensbasere sundhedspædagogiske praktikker, da de er meget kontekstafhængige, hvorfor det ikke er muligt at holde de mange (bl.a. sociale) variable under kontrol som i naturvidenskabelige forsøg.

Det fremhæves desuden, at det er meget centralt, at sundhedssektoren giver plads til andre former for viden. Selvom det ikke er muligt specifikt at påvise den specifikke betydning af eksempelvis tværprofessionelt samarbejde i forbindelse med sundhedsarbejde, peger meget forskning i retning af, at det er en vigtig indsats.

Det er imidlertid ikke muligt at foretage randomiserede kontrollerede forsøg, der kan dokumentere det efter den variant af naturvidenskabelige forskrifter som er fremherskende i den medicinske forskning. Derfor er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle har kendskab til flere forskellige kundskabsformer og er bevidste om, at evidens er én type kundskab, og der findes andre former for viden, der er ligeså værdifuld.

Flere peger på, at der bliver øget behov for, at de sundhedsprofessionelle udvikler kompetencer, der gør dem i stand til at kunne tilpasse deres faglige viden til specifikke situationer og individuelle brugeres/patienters behov. Det betyder, at sundhedsprofessionerne både skal udvikle videnskabelig viden og hverdagspædagogisk viden.

Ressourcepersonerne peger på, at videnskabelig viden skal gøre de sundhedsprofessionelle i stand til at gå bagom de former for viden, de præsenteres for og kunne se de begrænsninger, der

er forbundet med denne. Disse kompetencer skal sætte de sundhedsprofessionelle i stand til at tilpasse behandlingsformer, manualer og standarder til forskellige situationer og forskellige patienters/brugeres behov. Stort set alle ressourcepersonerne peger på, at forskningsmetodik og videnskabsteori bliver afgørende kundskaber, men det fremhæves også at det er centralt, at de relevansgøres og relateres til det praksisfelt, de studerende skal indgå i.

Samtidig fremhæver flere, at det øgede fokus på evidens ("evidensbevægelsen") i et vist omfang kan medvirke til at de-professionalisere professionerne, da evidensbaserede standarder og manualer strukturelt og også konkret udhuler den faglige autonomi og kan fratage sundhedsprofessionerne muligheden for at handle selvstændigt.

Da evidensbaseret viden er baseret på gennemsnitscases, bliver det således meget centralt, at sundhedssystemet giver plads til, at de sundhedsprofessionelle kan tænke selvstændigt og tilpasse evidensbaserede manualer, samt øvrige videnskomponenter og standarder til den specifikke situation.

Ressourcepersoner giver udtryk for, at standarder og manualer hverken kan eller skal appliceres i *alle* situationer, og det er vigtigt at levne plads til de professionelles faglige skøn og intuition. En ressourceperson fremhæver et amerikansk studie der har dokumenteret, at lægefejl ofte forekommer *fordi* læger følger manualer og ikke handler intuitivt, og at evidensbaserede manualer og standarder på denne måde kan forringe kvaliteten af behandling.

En anden ressourceperson fremhæver imidlertid et tilfælde med såkaldte Kræftpakker, hvor patienter har indgået i meget strukturerede og standardiserede behandlingsforløb, hvilket gav bedre resultater end traditionelle ydelser, der i højere grad har haft plads til professionel dømmekraft. Men det fremhæves også, at evidens og det faglige skøn ikke bør betragtes som hinandens modsætninger, da de to former for viden med fordel kan kombineres.

Ressourcepersonerne fremhæver desuden, at det er optimistisk at forvente, at de sundhedsprofessionelle kan sætte sig ind i de mange nye forskningsresultater, der konstant generes på sundhedsområdet både indenfor den nationale og den internationale litteratur. Flere fremhæver, at denne udfordring kan imødekommes på et strukturelt og organisatorisk niveau ved at ansætte personale, hvis kerneopgave er at følge med i forskningen på relevante områder, formidle samt at implementere relevant viden/kundskab. På denne måde anerkendes også, at denne form for praksis kræver ro og koncentration, der kan være vanskelig at kombinere med det flow af praksisimperativer og afbrydelser, en sundhedspraksis er fuld af.

3.2 Nye patienttyper

Som en konsekvens af øget globalisering, den demografiske udvikling og et stigende antal diagnoser, forventes det at sundhedsprofessionelle i stigende grad vil møde meget forskelligartede patienter. Der vil opstå et stigende behov for at medtænke faktorer som sammensatte og konkurrerende diagnoser, etnicitet, socioøkonomiske forhold og socialt netværk i diagnosticerings- og behandlingsforløbenes tilrettelæggelse. Der bliver derfor øget behov for, at de sundhedsprofessionelle udvikler sundhedspædagogiske kompetencer, da heterogene brugergrupper forudsætter, at de sundhedsprofessionelle kan tænke selvstændigt og tilpasse behandlingsformen efter den enkelte patient/bruger.

Flere ressourcepersoner fremhæver, at den øgede globalisering vil medvirke til at skabe et øget behov for sproglige, empatiske og intuitive kompetencer i de sundhedsprofessionelles affektive arbejde. Der ligger store udfordringer i begå sig i en mangfoldighed af kulturelle koder, hvilket også giver flere etiske dilemmaer. En ressourceperson betoner, at det er vigtigt i tilegnelsen af disse kompetencer, at de studerende har konkrete praksiserfaringer som forståelsen af disse begreber kan kobles sammen med. Omvendt er der også fare for, at kulturelle og kommunikative kompetencer opfattes og anvendes instrumentelt og kategorisk. Dette kan fx ses, når viden på et generelt niveau om klasse, køn, kultur eller religiøse forhold anvendes (forenklet) som individuelle egenskaber (overklassekvinder, kristne, grønlandere opfører sig på den og den måde).

Flere ressourcepersonerne fremhæver, at den kompleksitet der kendetegner fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet, skal indbygges på uddannelserne ved at de sundhedsprofessionelle skal tilegne sig teknikker på en måde, som styrker deres professionelle dømmekraft. Uddannelserne skal give plads til og skabe rum for, at de studerende kan komme frem til løsninger på problemstillinger ad flere veje.

Didaktikken på uddannelserne skal derfor skabe mulige handlerum og træne de studerende til at agere heri. Den skal medvirke til at udvikle selvstændig dømmekraft og ansvarstagen, og der skal integreres interaktion med andre studerende fra andre professioner. I den forbindelse kritiserer flere sundhedsuddannelserne for at være bygget op af en meget fastlagt model/skabelon; 14 moduler med fastlagte lærings- og kompetencemål. En ressourceperson peger på, at den curriculære tilrettelæggelse synes at stå i stærk kontrast til, at der bliver behov for innovative sundhedsprofessionelle. Det fremhæves, at uddannelserne konstant skal kunne udvikle sig og ikke være statiske:

"Og problemet er, at vi har fået skabt en uddannelse som bygger på skabeloner og former de studerende efter én skabelon. Men den komplekse virkelighed er jo ikke skabt efter én skabelon. Den udvikler sig jo uforudset".

3.3 Praktik og praksisorienteret undervisning

Flere af ressourcepersonerne giver udtryk for, at undervisningen på sundhedsuddannelserne bør være praksisrettede, og at det skal undgås at falde mellem to stole, hvor de studerende får en abstrakt og uanvendelig rygsæk, som ikke relateres til praksisfeltet og samtidig er uvidenskabelig:

"Lidt af det hele og samtidig ingen af delene"

Et synspunkt er, at argumentationen om, at professionsuddannelserne adskiller sig fra universiteterne ved at være praksisorienterede, er selvbedrag, da hverken teori eller praksis tages alvorligt på professionsuddannelserne. Det fremhæves, at praksis på professions-skolerne er noget, man taler om, og at teori ikke kobles til praksis:

"Så i virkeligheden er vi jo på mange måder længere væk fra vores professioner end universiteterne er væk fra deres. Altså man skal ikke være lang tid på et universitet for at se hvordan man organiserer uddannelsen til biologi eller andet. Det foregår jo ude i den virkelighed, man nu engang skal være i. Og lektorerne på universitetet de drager jo rundt ude i fjeldet med deres studerende. Men tager vi undervisere på sygeplejeuddannelsen, så kommer de ikke ud på hospitalerne".

Der stilles nye krav til, at underviserne på sundhedsprofessionsuddannelserne både har uddannelse på ph.d. niveau, og at de samtidig ikke er isolerede fra praksis. Ressourcepersonerne fremhæver, at der i stigende omfang bliver behov for, at underviserne er i stand til at udvælge og vinkle humanistisk og samfundsvidenskabelig litteratur i undervisningen, således at det relevansgøres til det praksisfelt, de studerende skal beskæftige sig med.

Teoriene skal anvendes som det de er, nemlig tænkeredskaber OM den konkrete praksis. De studerene skal blive klogere og få et ekstra blik eller perspektiv på praksis, gennem teoriene, frem for at teoriene forbliver løse abstraktioner som ikke er relevantgjorte. I denne sammenhæng peger flere på, at der kan være udfordringer forbundet med at undervisere med uddannelse på ph.d. niveau ofte kommer fra tilgrænsende og andre fagdiscipliner, og at deres viden derfor skal 'omsættes' for at kunne relateres til praksisfeltet.

Samtidig peger flere på, at uddannelserne skal følge med udviklingen i praksis – dog med den reservation, at uddannelserne ikke skal formidle stereotype eller idealiserede fremstillinger af praksis. I den skolemæssige del af uddannelserne skal man gøre en dyd af nødvendigheden, det vil sige at man har mulighed for og pligt til at tænke i aspekter af virkeligheden og at indbygge et refleksivt niveau, således at teoriene i højere grad kobles til praksis som analytiske redskaber og ikke som foreskrivende for praksis.

Ifølge ressourcpersonerne skal uddannelserne være tættere på praksis, men samtidig objektiverende og distancerende, så de studerende kan lære sig at gå bagom praksis og de eksisterende tænkemåder.

De skal uddannes til at kunne gå bagom problemernes umiddelbare enkelthed og den indbyggede selvforståelse. Flere peger på, at videnskabsteori derfor skal integreres fra dag ét på uddannelsen og siden skal øges progressivt. Der er både behov for, at de studerende er i stand til at reflektere over praksis i praksisfeltet og at kunne forholde sig til viden på et videnskabeligt niveau.

"Det er felt- og casearbejde der virkelig rykker de studerendes evner til at arbejde på tværs. Ud i verden og saml erfaring, og tilbage og bearbejd dem"

En ressourceperson giver desuden udtryk for, at de studerende skal udvikle "kritisk pædagogisk eftertænksomhed" i forhold til egen udvikling, den teori de introduceres til og de praksisser de indgår i. Idéen er, at praktik ikke kun skal være tilpasning til det eksisterende. De studerende har også tilegnet kundskaber gennem deres liv, erfaringer og uddannelse som kan være med at og give nye inputs til praksis.

Praktikperioderne skal ikke alene tænkes som oplæringsperioder men som strategier og indsatser, hvor institutioner tager ansvaret for, at færdigheder og kompetencer til nytænkning udvikles hos de studerende.

Et forslag er, at praktik kan indebære, at de studerende skal prøve flere afdelinger, praktikker m.v., så de får en mere helhedsorienteret forståelse af det system de indgår i. Det kan modvirke 'total' specialister, der ikke kender til den sammenhæng de selv indgår i.

3.3.1 Basisuddannelser og tværfagligt samarbejde

Blandt ressourcpersonerne er der enighed om, at tværfagligt samarbejde og tværprofessionalitet bliver vigtigt, fordi sundhedsproblemerne er sammensatte af psykologiske, økonomiske, medicinske og sociologiske komponenter. Flere fremhæver, at elementer der klart prioriterer tværfaglig vidensopbygning, bør indbygges i uddannelsernes pensum, og at undervisningen med fordel kan varetages af undervisere fra forskellige baggrunde.

Det fremhæves også, at uddannelserne bør kigge mere til folkesundhedsvidenskab og diskutere og problematisere sundhedsbegrebet og gøre op med snævre medicinske forståelser af begreber og tænkemåder. Forståelsen af sundhed skal ikke kun være fravær af sygdom, men skal betragtes i bredere forstand, således at det ikke kun forstås som sygdom og kropslige funktioner/-dysfunktioner. Der er behov for, at sygdomsforekomst, sundhedsproblemer og forebyggelse betragtes i et bredere perspektiv.

Da mange af de sundhedsfaglige professionsuddannelser huses under samme tag, peger flere på, at der er en historisk mulighed for at integrere flere tværgående elementer på uddannelserne. Samtidig betoner flere ressourcpersoner, at det er vigtigt, at de tværgående elementer kobles til professionernes praktikker, da der er potentiale i, at professionerne kan se, hvor praksisfeltene overlapper og interagerer. Flere ressourcpersoner fremhæver, at der med fordel kan arbejdes ud fra case baserede tilgange, hvor de studerende på tværs af uddannelser mødes og får mulighed for at bidrage med deres viden, faglighed og kompetencer. På denne måde skabes plads til at fastholde fokus på professionerne, men samtidig få indsigt og lære af andres faglighed. Det nævnes at professionshøjskolerne i Danmark muliggør den type undervisningsforløb hvor studerende indgår på tværs med hinanden i relevante undervisningsforløb.

Professionsetos og tværfagligt samarbejde

Der er på den ene side et behov for at udvikle en emotionel identifikation med professionen og konsolidere en professionsetos fra dag ét på uddannelserne, og på den anden side er der stigende behov for tværfaglighed og for at skabe en bredere platform for at kunne forstå og samarbejde med andre faggrupper. Flere peger på at den professionelle identitet er vigtigt, men at det samtidig er meget centralt at oparbejde og bevare følsomhed/opmærksomhed mod andre typer af kundskaber. Ifølge ressourcpersonerne forudsætter det en tryghed i eget fag, at kunne åbne sig fra andre fagområder. I interviewene af ressourcpersonerne fremkommer både styrker og svagheder ved fællesskab på tværs af faggrupperne i basisuddannelserne. På den ene side kan en fælles basisuddannelse medvirke til at indfri det stigende behov for udvidede tværfaglige kompetencer, og til at modvirke en ovedreven identifikation med professionen, der kan stå i vejen for samarbejde. Desuden kan den medvirke til at sikre, at sundhedsprofessionerne arbejder ud fra samme forståelse af sundhedsbegreberne.

På den anden side giver flere udtryk for, at det vil blive vanskeligt for de studerende at se relevansen af den brede indgang, og at en fælles basisuddannelse vil betyde, at vi møder flere studerende, der trommer i bordet for at komme til det professionsspecifikke, de har valgt. Ifølge flere af ressourcpersonerne vil dette kunne have indflydelse på frafaldsprocenten. Desuden er det meget vanskeligt at rumme alle professionerne i én basisuddannelse, og en fremhæver, at

bioanalytikere højst sandsynligt ikke vil føle sig hjemme i en basisuddannelse med sygeplejersker og fysioterapeuter, da deres faglighed er mere teknisk orienteret.

Der er imidlertid ingen der peger på, at de nye behov *kun* kan indfris gennem en bred fælles basisuddannelse, men at der er andre mulige alternativer. Flere peger på, at man med fordel kunne imødegå de nye behov ved en højere grad af fælles tværgående elementer, hvor det professionsspecifikke fastholdes fra dag ét. Én peger på, at modellen kunne 'vendes om', så uddannelserne specialiserede sig fra start, og tværfaglige elementer kunne integreres senere. Der er potentiale i at udnytte de muligheder, der er forbundet med at integrere tværgående elementer på sundhedsuddannelserne, men samtidig er det også vigtigt at bibeholde de professionelle identiteter og specialiserede kundskaber, da der fortsat bliver brug for specialister.

3.4 Teknologier

Udvikling af udrednings- og behandlingsteknologier samt sundheds- og velfærdsteknologier kan give landvindinger i bekæmpelse af sygdom og gennembrud i forbindelse med forståelse af sygdomme.

Det er formentlig kun toppen af isbjerget, der er set indtil nu, når det gælder effekterne af de sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger og af de omlægninger i service- og tjenstedesigns, som disse teknologier kan understøtte – og som også er nødvendige alene af samfundsmæssige og makroøkonomiske hensyn. Nye tilgængelige behandlings- og sundhedsteknologier kan bidrage til at støtte og hjælpe på en række områder og til at skabe nye og hidtil usete muligheder. I et notat fra AAU (Dinesen & Toft 2009) vurderes det, at hvis alle de tilgængelige teknologiske muligheder implementeres fuldt ud i sundhedssystemet, vil 30 % af patienterne på nuværende tidspunkt (2009) kunne indlægges i hjemmet i hospitalslignende omstændigheder (Dinesen & Toft 2009).

For de sundhedsprofessionelle vil teknologierne samt mulighederne (og nødvendigheden) af ændrede former for service- og tjenstedesigns, stille væsentlige krav i forhold til uddannelse og helt nye former for kompetencer. Dette skaber et behov for sundhedsprofessionelle med nye og flere tekniske kompetencer, men også med nye og særlige kompetencer til at gå ind i de muligheder for omlægninger i service- og tjenstedesigns, der kan hjælpes på vej af de nye teknologier. De teknologier der udvikles og implementeres i Sundhedsvæsenet er imidlertid ikke alene medvirkende til at løse eksisterende problemer, men er også med-skabere af nye. Der opstår nye former for faglige og etiske udfordringer og nye former for ulighed i sundhed, som Sundhedskartellets medlemsgrupper skal være i stand til at håndtere.

Teknologier og nye former for ulighed i sundhed

En ressourceperson giver udtryk for, at begrænsningerne for behandlinger ikke længere afgøres af de tilgængelige muligheder, men i større grad af økonomiske begrænsninger. Eksempelvis vil vi se et stigende antal tilgængelige diagnosticerings- og behandlingsmuligheder, som vi ikke kan forvente, at velfærdsstaten aktuelt vil finansiere. En ressourceperson fremhæver, at det fremtidigt bliver muligt at betale sig fra DNA-diagnosticeringer og risikoprofiler, og at undgå lange ventelister ved egenfinansiering af operationer på privathospitaler eller på klinikker og hospitaler i andre lande. Flere peger på, at sundhedssystemet og disse nye teknologier på denne måde kan være

medvirkende til at øge uligheden i sundhed, da ikke alle har det økonomiske råderum, der i stigende omfang bliver en faktor for den enkeltes sundhed. Flere fremhæver derfor, at der er behov for, at samfundet og sundhedssystemet er bevidste om disse forhold.

Ifølge Aaløkke (2009) fører teknologier ikke per definition til empowerment. Teknologier har en disciplinerende effekt, idet den fordrer en særlig brug (Aaløkke 2009, 84). Interaktionen mellem menneske og teknologi, den ramme teknologien opstiller, og de strategier individet har mulighed for at iværksætte og udvikle (som bl.a. er determineret af mængde og sammensætning af ressourcer), gør det i nogle tilfælde muligt for patienten at omsætte teknologiens disciplinering til en støtte. Hvis patienten ikke har de fornødne ressourcer, kan det betyde at teknologiers disciplinering kan virke negativt og fremmedgørende på patienten (Ibid.). Der opstår derfor også nye behov for at sundhedsprofessionerne er i stand til at tilpasse behandlingsteknologier til patientens behov og ressourcer.

Forestillingen om at teknologier er fremtidens svar på sundhedsproblemerne er urealistiske. Forståelsen af patienten som biologisk borger eller biosocialt individ kan forklare delelementer af patienternes tilstand, men det er ikke muligt at forstå patienternes hverdagspraksis og livsverden gennem disse (Oxholm 2012). Derfor er teknologierne ikke i sig selv fyldestgørende til at løse de komplekse problemstillinger. Dette kræver kompetente, reflekterende og selvstændigt tænkende sundhedsprofessionelle.

De sundhedsprofessionelle skal ikke kun uddannes til de teknologier, der er tilgængelige i dag men skal udvikle kompetencer, der gør dem i stand til at gå bagom de etiske præmisser, der er indlejret i teknologierne. De sundhedsprofessionelle skal være i stand til at anvende en given teknologi på en måde, så den enkelte patients behov tilgodeses (Søndergaard og Rosenbæk 2014). For at undgå 'teknologisk determinisme' er det ifølge Rodeschini (2011) nødvendigt at undersøge, hvad der sker, når teknologier tages i anvendelse. Derfor må de fortolkningsprocesser, der foregår i samspillet mellem teknologier og mennesker, belyses (Rodeschini 2011).

Det stigende antal tilgængelige teknologier der kan bringes ind i borgernes hjem, giver også anledning til en række nye udfordringer. Ifølge fx Rodeschini (2011) forudsætter egen pleje ved hjælp af sundhedsteknologier støtte af sundhedspersonale, en tilstrækkelig mængde 'kognitiv kapacitet' hos patienten, og en positiv indstilling til livet. Samtidig er de teknologier der implementeres til hjemmebrug ofte beregnet til sygehuse, hvilket gør dem vanskelige at implementere i et almindeligt hjem. De er eksempelvis ikke nødvendigvis mobile, hvilket bevirker, at et succesfuldt forløb er betinget af støtte fra patientens nærmeste (ibid).

Teknologier og nye uddannelses- og kompetencebehov

De nye tilgængelige teknologier og de nye muligheder og udfordringer disse medfører skaber øget behov for, at de studerende kommer i systematisk berøring med teknologierne på uddannelserne. Ifølge Søndergaard og Rosenbæk (2014) skal de studerende udsættes for komplekse arbejdssituationer, hvor de får mulighed for at udvikle en professionel sensitivitet i forhold til teknologierne. De studerende skal have mulighed for at arbejde konkret med teknologien, lade sig udfordre af den, interagere med den og forstå den, så de bliver i stand til at sætte sig ud over den.

De nye teknologier rejser også nye typer af etiske spørgsmål, og der bliver derfor behov for at integrere diskussioner af de etiske konsekvenser af brugen af teknologi i undervisningen. Der opstår desuden nye udfordringer i kølvandet af de nye tilstande og sygdomme, som nye teknologier er medskabere af. Nye screeningsmuligheder medfører en ny tilstand, hvor man potentielt er syg, hvor man ikke længere er rask og endnu ikke syg. Screeningsmetoder for potentielle sygdomme kan medføre en øget ydrestyring, hvor patientens sansning af egen krop suspenderes, og der dermed sås tvivl om, hvorvidt individer kan stole på de signaler, egen krop giver. Dette kan medvirke til at skabe et usikkert forhold til egen krop, der kan medføre at patienter fremtidigt overhører kroppens signaler, da tilliden til egen evne til at vurdere hvordan den har det undermineres (Østergaard 2009). Det betyder, at der vil være behov for at sundhedsprofessionelle er i stand til at være sensitive overfor at patienterne måske vil underkende egen dømmekraft.

3.5 Ulighed i sundhed

Det øgede pres på sundhedsudgifterne og sundhedssystemet som konsekvens af bl.a. den demografiske udvikling og udvikling af nye undersøgelses- og behandlingsformer, medfører nye organiseringsformer i sygehusvæsenet; sygehuse nedlægges, og der oprettes centraliserede supersygehuse. Ankjær (2005) fremhæver, at der ofte opstilles to hovedargumenter i forbindelse med centralisering af sygehuse:

- Den kliniske kvalitet kan øges ved at samle de specialiserede behandlinger
- Gennem sygehussammenlægning kan der opnås større kapacitetsudnyttelse og dermed økonomiske fordele

Centraliseringen af sygehuse medfører centraliseringsprocesser og fremvækst af færre og større sygehuse. Dertil kommer udviklingen mod færre sengepladser og hurtigere udskrivning af patienter. Set fra et patientperspektiv skaber denne centralisering generelt længere afstand til sygehusene, end patienter i Danmark generelt har været vant til, hvilket kan kompromittere patienttilfredsheden. Her har det vist sig, at særligt de ressourcesvage borgere og disses pårørende har en udfordring med transport og fremmedgørelse.

Alle ressourcepersonerne fremhæver, at social ulighed fortsat er et vilkår, som de sundhedsprofessionelle skal være i stand til at modvirke. Flere fremhæver, at uddannelses- og indkomstniveau er vigtige faktorer i statistiske beregninger af ulighed i sundhed, og at disse faktorer har implikationer for en lang række forhold som eksempelvis levealder, levekår, dødelighed, sundhedsproblemer, antal arbejdsdygtige leveår og chancerne at komme tilbage på arbejdsmarkedet efter sygdomsperioder.

Denne problemstilling er meget vanskelig at håndtere, da gradienterne og de udfordringer disse fører med sig, ikke kun kommer til udtryk hos de dårligst stillede borgere, men de får også en afsmittende virkning på de, der har højest uddannelse og de, der har næsthøjest uddannelse, de, der tjener mest og de, der tjener næstmest og så fremdeles.

En ressourceperson fremhæver, at ulighed i sundhed skaber et øget behov for, at de sundhedsprofessionelle udvikler en selvforståelse, hvor de er subjekter i policy på både individuelt og kollektivt niveau.

Hermed menes at uddannelserne skal bidrage til, at de sundhedsprofessionelle i uddannelserne og erhvervene i stigende grad tænker sig som aktive, medaktive og medansvarlige for de sundhedsmæssige ydelser – både direkte og på mere abstrakt niveau. Det involverer på et individuelt niveau at de sundhedsprofessionelle kan møde borgerne på en måde, der potentielt kan medvirke til at reproducere, men også minimere ulighed i sundhed.

En ressourceperson fremhæver, at ulighed i sundhed skaber et øget behov for, at de sundhedsprofessionelle udvikler en selvforståelse, hvor de er subjekter i policy på både individuelt og kollektivt niveau.

Politik er i en sådan tilgang ikke blot deltagelse i direkte politiske aktiviteter, såsom fx valg, men involverer også, at det politiske ligger i den direkte sundhedsfaglige handling, gennem det der gøres og ikke gøres, det der siges og ikke siges. På det kollektive niveau er de sundhedsprofessionelle, som faggruppe og specialister på et område, ansvarlige for at påvirke politik, administration og de praktiske løsninger, der implementeres i sundhedsvæsenet.

Derfor er det meget centralt, at de prioriteringer der foretages i de sundhedsprofessionelles arbejdsliv også inddrager etiske overvejelser over disse uligheder. Ressourcepersonerne fremhæver desuden, at det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle ikke kun forstår patientens lidelse, men at de også forstår og er bevidste om patientens socialpsykologiske omstændigheder.

Resultaterne fra en norsk kundskabsoversigt (Godager og Iversen 2013) peger på, at der ikke er social ulighed i brug af almene lægetjenester. Derimod tyder resultaterne på, at grupper med lavere socioøkonomisk status bruger lægetjenesterne mere end de privilegerede grupper i samfundet. Til gengæld bruger grupper med højere socio-økonomisk status private praktiserende specialister mere, og tilmed mere end de bruger de almene praktiserende læger (Ibid.).

De empiriske studier giver ikke grundlag for at kunne forklare faktorerne bag denne tendens, men forskerne bag kundskabsoversigten (Godager & Iversen 2013) peger på, at egenbetaling for brug af private praktiserende specialister spiller ind. Derudover kan personer med højere socioøkonomisk status have bedre grundlag for at vurdere behovet for at søge private specialiserede sundhedstjenester (Godager & Iversen 2013). Når præmissen er et stærkt velfærdsstatslig sundhedsvæsen er det således tilsvarende en udfordring at sikre at også mere privilegerede grupper kan få tilgodeset deres behov i sundhedsvæsenet. En udvikling, der kan frygtes er, at der udvikles socialgrupper af A og B hold som relaterer sig til henholdsvis private og offentlige udbydere af sundhedsydelser.

I relation til ulighed i sundhed, finder ressourcepersonerne det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle på uddannelserne stifter bekendtskab med begreber der bidrager til at udvikle deres forståelse af de mekanismer, der medvirker til at reproducere ulighed i sundhed. Ifølge en ressourceperson har de sundhedsprofessionelle haft tendens til ubevidst at prioritere middelklasseværdier, og til at være bedre til at interagere med patienter/brugere der ligner dem selv, end med patienter der afviger. Marie Østergaard Møllers ph.d. viser eksempelvis, at socialrådgivere vurderer, at veluddannede patienter med fibromyalgi er mere 'trængende' end patienter med fibromyalgi der er socialt udsatte (Møller 2009).

Dette synspunkt underbygges af en norsk undersøgelse (Strand et. al. 2013), der viser, at ulighed i ressourcer eller kulturel sundhedskapital (Shim et. Al. 2010) kan have betydning for evnen til at

gøre brug af sundhedsfremmende tiltag. På trods af sundheden generelt er forbedret gennem universelle tiltag, synes sundhed at forbedres hurtigere blandt befolkningen med højt uddannelsesniveau, da disse grupper er bedre til at benytte tiltagene og/eller på en mere effektiv måde, end folk med et lavere uddannelsesniveau (Strand et. al. 2013). Derudover har tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet, sproglige evner og socialt netværk også betydning for udfaldet af en given behandling (Diedrichsen 2011).

En stor del af sundhedsydelse (fx henvisning til specialister) genereres ved henvisninger fra systemet. Hertil spiller de sundhedsprofessionelles vurdering af patienterne (problemer, prognoser og compliance) en afgørende rolle, men samtidig spiller individets og dennes pårørende også en central funktion i forhold til at argumentere for egen sag (sygdom). Individets ressourcer har således stor betydning i mødet med sundhedsvæsenet, og ifølge Diedrichsen (2011), er det derfor sundhedsvæsenets ansvar at organisere systemet således at selv de mindst ressourcestærke kan begribe det og finde vej, og derved opnå et ligeværdigt behandlingsresultat (Diderichsen, et al. 2011).

Ulighed i sundhed er komplekst og har mange aspekter som både angår det sygdoms- og behandlingsmæssige (opsparing, behandling, rehabilitering), som er fokuseret her. Men ulighed i sundhed angår ikke mindst ulige levevilkår som fx tilknytning til arbejdsmarkedet, boligmarkedet og uensartede mulighedsbetingelser i forhold til økonomiske, kulturelle og sociale ressourcer (Marmot og Wilkinson 2006; Dahl et.al. 2014). I forhold til ulighed i sundhed ligger der ikke mindst et stort arbejde i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse.

3.6 Patientinddragelse

Der ses i stigende omfang tendenser til, at nye patientinddragende aktiviteter udvikles og implementeres på sundhedsområdet. Patientsikkerhed kobles helt tæt til patientinddragelse. I (se f.eks. Region Hovedstadens sundhedspolitik fra 2010-2013 (Region H 2010)). Der er i denne sammenhæng, at der fortsat er behov for at udvikle redskaber til at fremme dialogen med pårørende og patienter.

Patienten og dennes pårørende skal i fremtiden i højere grad betragtes som en del af det team, der samarbejder om at give den bedste behandling. Dermed får patient og pårørende også en del af ansvaret for resultatet af behandlingen (Ibid.). Nettet og den massive adgang til oplysninger og information om egen sundhedstilstand og om egen sygdom har medført nye patienttyper som eksempelvis de såkaldte "ekspertpatienter" har sat sig grundigt ind i ikke alene egne lidelser, men også i alle de mulige former for udredning og behandling.

Der er store potentialer i at involvere disse nye typer af patienter og den viden, de er i besiddelse af, i de diagnosticerings- og behandlingsforløb der gennemføres. Flere af ressourcepersonerne fremhæver, at den stigende mangfoldighed i brugergrupperne giver anledning til meget differentierede behov og ressourcer, og at der er store potentialer i at indrette Sundhedssystemet på en måde, så ekspertpatienternes ressourcer i højere grad kan udnyttes, som det fx praktiseres gennem patientuddannelser.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2005), er formålet med patientuddannelsen at styrke patientens egenomsorg og daglige håndtering af den kroniske sygdom. Gennem uddannelserne skal

patienter derfor tilegne sig teknikker og redskaber til, hvordan de 'lærer at leve' med egen sygdom. (Sundhedsstyrelsen 2005).

Thorgård (2012) har imidlertid påpeget, at der også er en række udfordringer forbundet med det stigende antal patientinddragende aktiviteter. Det øgede fokus på patientinddragelse er ofte koblet til at patientens forståelse af et sygdomsfænomen er et væsentligt led i diagnosticeringen. Men der ligger imidlertid fortsat en udfordring for de sundhedsprofessionelle i at fastholde, at patientinddragelse er en aktivitet, der ikke kun er forbeholdt uafhængige, ressourcestærke patienter, for hvem det falder nemt at udtrykke sig og gebærde sig rundt i systemet, men også for de svageste og mest svækkede patienter, der har vanskeligere ved at være aktive på systemets præmisser.

Det kræver, at patientens viden ikke kun ses i lyset af en ekspertviden, men at det anerkendes, at patienterne har en vigtig viden om, hvordan sygdommen fremtræder i deres hverdagsliv. Denne form for viden er alle patienter i besiddelse af, hvorimod patientinddragelse der kun inddrager patientens ekspertviden om de medicinske aspekter af sygdommen, er ekskluderende for de svageste patienter. Derfor består der en udfordring for professionerne i at tilpasse praksisformer, der giver plads til flere forskellige former for patientviden (Thorgård 2012). Herunder må de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet som sådan erkende at oplevelser af sundhed, livskvalitet og værdier er kulturelt og socialt varierende, mangfoldige samt af og til modsatrettede (Larsen og Hansen 2014).

Et studie foretaget af Jönsson et. al. (2013) peger imidlertid på, at der også kan være andre udfordringer i forbindelse med patientinddragende aktiviteter, der relaterer sig til såkaldte 'ekspertpatienter'. På den ene side anser sundhedsprofessionelle de nye ekspertpatienter som en styrke i patientinddragende aktiviteter, da de kan medvirke til at sikre bedre behandlinger, og de sundhedsprofessionelle samtidigt tvinges til at holde sig ajour med den nyeste viden. På den anden side udfordres de sundhedsprofessionelles autoritet, da ekspertpatienter i større omfang stiller spørgsmålstejn ved personalets faglige beslutninger og søger "second opinions" (Ibid.). I tillæg til dette fremhæver en ressourceperson, at 'dygtige' patienter ikke betyder at sundhedspersonalet bliver overflødig, men at det tværtimod stiller større krav til deres fagkompetencer. Der bliver i større omfang behov for at de sundhedsprofessionelle skal udvikle en ydmyghed og tolerance overfor de kompetente patienter, samtidig med at de skal holde fast i deres specifikke professionsviden.

Organisatoriske rammer i forbindelse med patientinddragelse

I takt med det øgede fokus på patientinddragende aktiviteter, opstår der desuden nye organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer på sundhedsområdet. Tid og fysiske rammer er eksempelvis faktorer, der kan vanskeliggøre patientinddragelse (Jönsson et. al. 2013). Da det er ledelsen, der har ansvaret for at implementere patientinddragelse som en fast bestanddel af behandlingstilbuddene, fremhæver Jönsson et. al. (2013), at det er nødvendigt med et specifikt ledelsesfokus for at ændre den nuværende arbejdskultur (Ibid.).

Flere af ressourcepersonerne fremhæver, at der ikke alene ses tendenser til, at behandlingsaktiviteter forskydes fra primær til sekundær sektor, men også fra sekundær sektor til

den private sfære, i form af større krav til ansvar hos familie og pårørende til den sygdomsramte. Dette fører nye udfordringer med sig, da studier indikerer, at hjemmebaserede sundhedsydelse ikke i tilstrækkeligt omfang er udviklet til at samarbejde med familie og pårørende (Aasgaard et. al. 2014).

Aasgaard et. al. har vist, at det ikke er tilstrækkeligt at reorganisere personalet i teams, der støtter op i en kontinuerlig relation med de pårørende, hvis samarbejdet til pårørende der ikke bor sammen med patienten skal sikres (Ibid.). Studiet viser, at der kan identificeres en manglende prioritering af samarbejde med pårørende blandt de sundhedsprofessionelle, og at det ofte beror på en uklarhed i forhold til hvilke måder familiær og professionel omsorg kan og skal samarbejde og understøtte hinanden (Aasgaard et.al. 2014). Her er det centralt, at de sundhedsprofessionelle har forhandlings- og kommunikative kompetencer. Desuden bør sundhedssystemet organiseres på en måde, så det understøtter sundhedspersonalets samarbejde med pårørende (ibid).

Patientinddragelse og nye former for ulighed i sundhed

Det øgede fokus patientinddragende tiltag som eksempelvis patientuddannelser konfronterer imidlertid de sundhedsprofessionelle med nye udfordringer og krav, der bl.a. relaterer sig til nye former for ulighed i sundhed. Ifølge Storm (2012) støtter patientuddannelser de patienter, som allerede har evnerne og ressourcerne til at håndtere deres kroniske sygdom, og som har ambitioner om at forbedre sig.

Ifølge Storm betyder dette, at patientuddannelser producerer 'vindere', hvilket også forudsætter tabere, forstået på den måde, at de gode deltagere har behov for en gruppe af mindre kompetente deltagere. (Storm 2012). En evalueringsrapport af patientuddannelsen peger imidlertid på, at uddannelsen kan få en betydning i de socialt marginaliseredes hverdag. Patientuddannelsen kan give denne befolkningsgruppe en oplevelse af at være anerkendte individer i det danske samfund, gennem de sundhedsprofessionelles interesse for dem (Grøn et. al. 2012).

En ressourceperson peger endvidere på, at de meget heterogene brugergrupper stiller nye krav til de sundhedsprofessionelle, da de skal være i stand til at formidle og differentiere patientundervisningen, da brugergrupperne har vidt forskellige baggrunde og forudsætninger for at indgå i uddannelserne.

Samtidig har KORA (2012) identificeret en række udfordringer forbundet med deltagelse og ikke-deltagelse blandt kronikere. I rapporten identificeres flere årsager til at kroniske syge patienter ikke deltager ved patientuddannelser (KORA 2012). Rapporten peger bl.a. på, at en gruppe patienter ikke deltager, fordi de ikke oplever behov for at udvikle egenomsorg og sygdomsforståelse.

Derudover fremhæves det, at sandsynligheden for at have deltaget i patientuddannelsen er stigende med alderen, og at alderspensionister, efterlønsmodtagere, førtidspensionister eller personer på anden overførselsindkomst i højere grad har deltaget i patientuddannelse. Der påpeges desuden en svag tendens til, at socialgruppe 1 og 2 har højere deltagelse end gruppe 3,4 og 5 (KORA 2012).

Evalueringen fremhæver en tendens til, at patienter der bor sammen med ægtefælle eller samlever har større tendens til at deltage i patientuddannelser. Der er desuden tendenser til, at de der ikke deltager i patientuddannelserne enten ikke mener at have fået tilbuddet, ikke deltager fordi de ikke

oplever behov for det, eller fordi de af praktiske eller helbredsmæssige årsager ikke kan overskue det.

Evalueringen peger desuden på, at der er uenighed blandt sundhedsprofessionelle om, i hvilket omfang patienter med psykisk sygdom og misbrug kan deltage i patientuddannelse (KORA 2012). På den ene side kan patientinddragende aktiviteter således være medvirkende til at udnytte en række af de ressourcer som de nye patienttyper er i besiddelse af. På den anden side stiller disse patientinddragende aktiviteter en lang række nye behov, der både relaterer sig til de sundhedsprofessionelles kompetencer, den konkrete udformning af tiltagene, og ikke mindst de organiske rammer i hvilket aktiviteterne skal implementeres.

En ressourceperson peger på, at et ideal kan være at arbejde mod at skabe et sundhedssystem, der aktiverer de sociale netværk og fremmer fællesskabet, men som samtidig undgår at skabe afhængighed. Det fremhæves, at man til en vis grad bør afinstitutionalisere sundhedsvæsenet, da det ikke er et mål i sig selv, at institutionerne skal tage så meget ansvar som muligt. Aktivering af sociale netværk skal dog ikke være en virkning af irrationelle målsystemer, hvor nogle indlæggelser, behandlinger mv. giver flere 'point' end andre. Som sundhedssystemet er indrettet nu, er det f.eks. meget omkostningsfuldt for sygehusene at have døende patienter indlagt, da det ikke udløser point at have vedkommende liggende.

3.7 Sundhedsfremme og forebyggelse

En ressourceperson fremhæver, at meget forskning peger på, at fremtidig levelader og socioøkonomiske kår i høj grad bestemmes i den tidlige opvækst, men vi ikke er dygtige nok til at iværksætte målrettede indsatser i tide:

"Vi ved godt, hvordan tingene hænger sammen, men vi er ikke dygtige nok til at gribe ind".

Det fremhæves, at sundhedsprofessionelle kan være medvirkende til at mindske ulighed i sundhed ved at være proaktive meget tidligt, og have en opsøgende rolle ift. til at opspore medicinske og sociale problemstillinger tidligt. Ifølge en ressourceperson fylder forebyggelsesindsatsen meget lidt på uddannelserne på nuværende tidspunkt, hvilket der bør sættes mere på både indholdsmæssigt samt gennem større grad af undervisning i begreber fra socialmedicin, folkesundhedsvidenskab mv.

En rapport fra OECD viser, at der er 6 gange større effekt af forebyggelsesindsatser, rettet mod 0-3-årige, end ved skolestartalderen. Dog peger flere på, at forebyggelse ikke alene kan klares i uddannelserne, men også skal tænkes ind i den måde sundhedssystemet opbygges på. Blandt ressourcepersonerne er der enighed om, at 'tænkefag' er vigtige for, at de sundhedsprofessionelle kan udføre en præventiv indsats, da det gør dem i stand til at forstå de individuelle behov. De fremhæver, at det er positivt, at de sundhedsvidenskabelige fag styrkes på uddannelserne, men at det er helt centralt, at det ikke er på bekostning af humanistiske og samfundsfaglige fag som sociologi, pædagogik og psykologi.

En ressourceperson foreslår, at professionskompetencerne med fordel kan tredeles i følgende kategorier:

1. Specialviden inden for den specifikke profession - ikke kun viden, men også måder det kan ytres på og indgå i behandling. Det skal kunne aktiveres til handling
2. Videnskabsteori og metode – redskaber til at tilegne sig viden og kunne vurdere denne viden. Ikke kun redskaber til videnskabelig viden, men også til erfaringsbaseret viden
3. Hverdagspædagogiske kompetencer – skal udvikles/understøttes af pædagogiske, sociologiske og antropologiske teorier/tilgange til menneskers hverdagsliv

Ressourcepersonen giver udtryk for, at det er centralt, at der ikke blot er tale om viden, men om evner til at handle.

4. Landegennemgange

Som del af det samlede projekt er for 4 andre lande undersøgt, hvordan de relevante sundhedsuddannelser er tilrettelagt, og hvilke vurderinger og/eller planer, der aktuelt kan identificeres, når det gælder de fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.

De 4 lande er Norge, Skotland, England og Sverige.

Gennemgangen nedenfor er for hvert land struktureret således, at der først gives en overordnet beskrivelse af de nuværende rammer for de relevante uddannelser, og at der efterfølgende gives en beskrivelse af vurderinger og/eller planer i et perspektiv mod 2020/2025.

4.1 Norge

Langt størstedelen af sundhedsuddannelserne i Norge gennemføres på universiteter eller højskoler og giver en bachelorgrad – dog med undtagelse af fodterapeutuddannelsen, der er en specialiseret erhvervsuddannelse.

Det er fælles for en række af uddannelserne, at de ligesom professionsuddannelserne i Danmark følger en nationalt fastsat studieordning, en rammeplan, inden for hvilken institutionerne på uddannelsesområdet kan sammensætte curriculum. Dette gælder imidlertid ikke fodterapeuter og nogle af ernæringsuddannelserne, der følger lokale og ikke nationale studieordninger.¹ For tandplejerne er der, ligesom i Danmark, tale om en national ordning.

Forhold mellem teori og praktik

Blandt uddannelserne varierer forholdet mellem teori og praktik fra 25 % praktik hos tandplejerne til minimum 50 % praktik hos jordemødre og sygeplejersker. Jordemoderuddannelsen i Norge adskiller sig imidlertid mærkbart fra den danske, da det er en selvstændig uddannelse, der forudsætter sygeplejerskeuddannelse.²

Mulighed for videreuddannelse

For langt størstedelen af sundhedsuddannelserne gør det sig gældende, at de er direkte adgangsgivende til en række overbygninger på kandidatniveau – af og til kræves dog reelt lidt praksiserfaring som grundlag for optagelse. Der eksisterer uddannelser med direkte overbygninger – fx kandidatgrad i klinisk fysioterapi – mens andre uddannelser ikke har direkte overbygninger, men dog er adgangsgivende til en række forskellige videreuddannelser inden for sundhedsområdet.

¹ Nogle ernæringsuddannelser (bachelor 3 år) tages på Højskoler og har lokal studieordning. Hvorimod bachelor i Human ernæring og bachelor i Ernæring, mat og kultur (begge 3 år) tages på universitetet og følger national studieordning. Der er ikke knyttet praktik til disse uddannelser. Kun to af højskolerne er godkendte. I forhold til klinisk diætist, så tages denne uddannelse som master (5 år) på universitetet. Der findes master i samfunnsernæring, masterprogram i human ernæring og masterprogram i klinisk ernæring – alle 2 årige på universiteter. Der er knyttet praktik til disse uddannelser.

² Af fem uddannelsessteder uddanner to til jordemoder, to til master i jordemoderfag, og den femte har netop indledt DirectEntry master i jordemoderfag, fem års studietid.

Det signaleres i mange sammenhænge som en næsten generel norsk vurdering, at der er et stigende behov for at udbyde videreuddannelser på kandidatniveau på tværs af de nordiske lande.

Det er måske en afspejling af dette forhold, at fx skotske uddannelser indenfor de senere år har fået en markant tilvækst i norske deltagere.

Generalist/specialist

Uddannelserne er generelt tilrettelagt som generalistuddannelser, dog med undtagelse af fysioterapeutuddannelsen, der giver mulighed for 13 specialiseringer i uddannelsen.

Vurderinger og/eller planer i et perspektiv mod 2020/2025

Norge er et af de lande i OECD området, der mest systematisk på nationalt niveau har beskæftiget sig med og gennemført strategiproceser vedrørende sundhedsvæsenets udfordringer og udvikling i et perspektiv mod 2020/2025. Der er i disse sammenhænge set på en række forskellige forhold og problemstillinger – herunder udvikling i sygdomsmønstre, i behov for kapacitet, i arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor.

Kunnskapsdepartementet, Helse- og Omsorgsdepartementet samt Helsedirektoratet og KS (svarende til Kommuners Landsforening i Danmark) er blandt de interessenter, der har arbejdet nationalt og systematisk med de omhandlede udfordringer og med den fremadrettede udvikling på sundheds- og velfærdsområdet – og i disse sammenhænge også med de fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov for sundhedsuddannelserne.

Indsatserne er gennemført i en række forskellige sammenhænge – og oftest i samspil med de nationalt ejede regioner samt kommuner. Senest er indsatserne gennemført i sammenhæng med den såkaldte Helseomsorg21 strategiproces.

Det er en generel vurdering – på tværs af de nationalt baserede og strategisk prægede initiativer, der er omtalt ovenfor – at der i forhold til sundhedsuddannelserne i Norge er behov for ganske væsentlige ændringer, og at de nuværende uddannelser ikke er sammensat på en måde, der svarer til behovene i et blot lidt længere perspektiv.

Der lægges i vurderingerne vægt på, at sundhedsuddannelserne fremadrettet i højere grad end nu må sikre ikke alene faggruppespecifikke, men også faggruppetværgående kundskab og kompetencer. Det anføres i sammenhængen, at der også i højere grad end nu må tænkes samlet og integreret i forhold til sundhedsuddannelser og de uddannelser, der er relevante på socialområdet.

Der fokuseres i sammenhængen på, at helhedsorienterede borger-patientforløb, bruger- og pårørende medvirken samt folkesundhedsarbejde i langt højere grad end nu må integreres i sundhedsuddannelserne.

Med udgangspunkt i en præmis om, at de kommende år vil bringe markante ændringer i forhold til "nu situationen", når det gælder sundhedsvæsenets virkemåde og opgavefordeling mellem samt karakter af opgaver for de forskellige sundhedsaktører, lægges der også vægt på, at sundhedsuddannelserne – udover af fagspecifikke former for viden og kompetencer – præges af elementer vedrørende

- kundskabshåndtering – det vil sige viden om evidens og standarder samt, ikke mindst, færdigheder i at finde relevante kilder og relevant dokumentation i de konkrete kliniske og driftsmæssige situationer. ("Digital og øjeblikkelig tilgang til kvalitetssikret kundskab skal være en selvfølge i alle dele af det samlede sundheds- og omsorgssystem.")
- samarbejds- og koordinationskompetencer – bl.a. i sammenhæng med behovene for øget integration mellem indsatser i sekundær og primær sektor, men også i sammenhæng med behovene for integration mellem sundhedsindsatser og sociale indsatser
- omstillinger og forandringer – det vil sige fleksibilitet og åbenhed i forhold til nye former for indsatser og nye former for arbejdsdelinger mellem sundhedsaktører
- forbedrings- og innovationskompetencer – det vil sige viden om, hvordan fx kapacitetsudnyttelse eller logistik i borger-patientforløb kan forbedres og med hvilke metoder, samt viden om, hvordan fx sundheds- og velfærdsteknologi kan udvikles og anvendes
- vejledningskompetencer – det vil sige viden om, hvordan mindre erfarne kolleger (eller studerende i praktik) oplæres, samt hvordan borgere og patienter samt pårørende vejledes, og hvordan der kommunikeres med dem.

Praktik er et af de felter, der generelt berøres, og hvor der i væsentligt omfang satses på ændringer – idet kapaciteten i primærsektoren, ikke mindst i kommunerne, til at håndtere studerende forudsættes øget i væsentligt omfang. Der fokuseres her på såvel omfang af praktikpladser som vejledningskompetencer og finansiering.

Videre- og efteruddannelsesstilbud vurderes generelt at være for lidt integreret med grunduddannelserne – og vurderes i højere grad end nu at skulle ligestilles med de videre- og efteruddannelsesstilbud, der har udgangspunkt i universitetssystemet.

Der vurderes også at være behov for tematiserede og faggruppetværgående videre- og efteruddannelsesstilbud, der hænger sammen med det ovenfor nævnte øgede omfang af faggruppetværgående elementer på grunduddannelserne.

Sammenhæng og samarbejde mellem uddannelsessystemet (professionshøjskolerne m.v.) og universiteter samt andre former for kundskabs- og kompetencecentre vurderes som for svag. Det anføres som behov, at der arbejdes med initiativer, der kan imødegå fragmentering – og hvor der især i forhold til videre- og efteruddannelse sikres en væsentligt øget konsolidering med større fagmiljøer og færre enheder samt mere ensartede og nationalt styrede former for videre- og efteruddannelse.

Det angives som nødvendigt, at uddannelse af sundhedspersonale er forskningsbaseret – og (jf. ovenfor) rettet mod kundskabshåndtering og viden om evidens og bedste praksis.

Udvalgte og konkrete anbefalinger i den norske debat og i det norske arbejde med fremtidens sundhedsuddannelser omfatter:

- Øget fokus i grunduddannelser samt i videre- og efteruddannelsessystemet på behovet for personaleressourcer i primær sektoren og herunder kommunerne – idet dette har sammenhæng med den norske Samhandlingsreform, der over nogle år forudsætter øget omfang af kommunale sundhedsindsatser og ændring i balancen mellem sekundær sektor

og primær sektor, således at større andele af den samlede sundhedsopgave udføres via primærsektoren

- Etablering af regionale samarbejdsfora med henblik på at homogenisere efter- og videreuddannelse på tværs af regioner
- Nationalt forankrede kundskabscentre og platforme for vidensdeling med henblik på at samle indsigt i forhold til specielt faggruppetværgående samarbejde samt borger-patientforløb, der går på tværs af sundhedsaktører og sektorer
- Implementeringskompetencer og implementeringsforskning – sammenhængende med de øgede fokus på omstilling og indsigt samt kompetencer i tilknytning til transformationer og reel gennemførelse af de mål, der sættes for forandrings- og forbedringsforløb
- Bruger- og pårørendemedvirken – med fokus på samspil med brugerorganisationerne i forbindelse med udvikling af viden om de former for sundhedsindsatser, hvor der i størst muligt omfang kan være effekt i inddragelse af borgere og patienter og pårørende
- Innovations- og forbedringskulturer – der har sammenhæng med det ovenfor anførte vedrørende implementeringskompetencer og –forskning, det vil sige viden om, hvordan sundhedsprofessionelle kan medvirke i forbindelse med aktiv identifikation af forbedringspotentialer, men også i forbindelse med indførelse i driften af teknologisk understøttede former for indsatser og forløb
- Kundskabshåndtering og kundskabsbaseret praksis – der vurderes som helt afgørende, og som må gøres obligatorisk for alle sundhedsuddannelserne. Evidens og bedste praksis skal være kendte størrelser, ligesom der skal fokuseres på færdigheder til at forbedre klinisk og driftsmæssig praksis, herunder udfase forældede udrednings- og behandlingsregimer.

Opsummering fra interviews, gennemført i Oslo ultimo august og primo september.

<p>Nævn 3-5 ændringer, du vurderer som absolut nødvendige, når det gælder grunduddannelsen i et perspektiv mod 2020/2025 – og begrund dine forslag</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eldrebølge uten mer faglært arbeidskraft krever at sykepleierutdanningen må ha mer fokus på å lede og veilede ufaglærte og hjelpepleiere/helsefagarbeidere (mangel på helsepersonell på 65.000 årsverk i Norge i 2020 og 100.000 i EU (usikker på kilde, kan sjekke opp ved behov)). • Vi må forebygge mer for å redusere kostandene i helsetjenesten – krever mer opplæring for alle profesjoner i å veilede/coache brukere pasienter for en mer helsefremmende livsstil. Helsefremmende arbeid. Bli bedre til å identifisere pasientenes ressurser (både egne og pårørende/frivillige/+++). • Større krav om helsetjenester som er skreddersydd pasientene, krever mer kompetanse om tjenesteutvikling, brukarmedvirkning og
--	--

	<p>brukerorientering(empowerment).</p> <ul style="list-style-type: none">• Store mengder ny forskning publiseres hvert år – krever helsearbeidere som kan håndtere kunnskap (kunnskapshåndtering). Ettersom det ikke er forsvarlig for å vente på nasjonale retningslinjer – må ny forskning kunne vurderes på engelsk. Vi må bevege oss fra «just i case» til «just in time».• Implementerings- og forbedringskompetanse er også nødvendig pga mengder av ny kunnskap som kommer. Det tar i snitt 17 år før forskning er implementert (gi beskjed om du trenger kilde). Helsepersonell har to jobber, å gjøre jobben og forbedre den. I dag lærer de bare den ene delen.• Innovasjon pga helt nye løsninger trengs.• Helsepersonell vil få flere juridiske krav og faglige føringer fra off myndigheter –krever forståelse for ansvar, faglig forvarlighet og hvordan håndtere situasjoner hvor dette blir utfordret (bla knyttet til varslersaker).• En mer brukerorientert helsetjeneste (patient centeretd care) krever økt samspill mellom profesjonene – dette krever både teori og erfaring (praktik) med tverrfaglig samhandling, samarbeid under studiene. Simulering ble av mange nevnt som en del av løsningen. Forståelse av mikrosystem ble også nevnt av noen.• I kommunene (hvor majoriteten av helsearbeiderne arbeider) sies det av diagnoser kommer og går, men personen består (motsatt på sykehus) – det krever en større forståelse av brukerens ønsker og behov. Det krever mer kunnskap om hvordan pasienten selv kan bidra, pårørende, frivillige, lokalsamfunn, samt en mer helhetlig og holistisk tilnærming til pasienten. Det må bli mer fokus på service i utdanningene – hvordan levere det pasientene ikke visste de trengte.• Internasjonalisering (flere «fremmedkulturelle» helsearbeidere og pasienter) – krever økt forståelse og innblikk i tilrettelegge kontakt og behandling.• En asymmetri i fokuset mellom kommune og sykehus – krever mer fokus på og mer annerkjennelse av kommunehelsetjenesten i studiene.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Mer fokus på kunnskapsbasert praksis (kunne ta beslutninger på grunnlag av egen erfaring, brukerkunnskap og forskning). • Mer om effekt (for å unngå overbehandling) og risikovurdering (for å unngå pasientskader) i medisinsk behandling. • Det læres i dag for mye om anatomi, biologi og fysiologi som for de fleste sykepleiere ikke er relevant på en vanlig sengepost. En del av dette pensumet bør løftes ut i videreutdanningene. • Mindre om sykepleieteoriene. Bedre med mer om brukerorientering, helsefremmende arbeid, + + + (kunnskap som kan benyttes og omsettes til praksis). • Utdanningenes praksis på gjøre sykepleierne tryggere på basal sykepleie. De er i dag uttrykke på basale praktiske metode rog krever stort oppfølgingsansvar av arbeidsgiver.
<p>Nævn 3-5 ændringer, du vurderer som absolut nødvendige, når det gjelder videre- og etteruddannelsen i et perspektiv mod 2020/2025 – og begrund dine forslag</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Økt grad av jobbglidning – hvor sykepleier tar enkle «legeoppgaver» – mer av «practitioner nurses».
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der er behov for langt mere fælles uddannelse på grunduddannelsen på tværs af faggrupper</p>	<p>Alle var positive.</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der er behov for langt mere fælles videre- og efteruddannelse på tværs af faggrupper</p>	<p>Positive (men mer positive til det samme i grunnutdanning).</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der er behov for spesialisering allerede på grunduddannelsen – fx med fokus på primær sektor og sekundær sektor, fx med fokus på psykiatri, medicin og kirurgi, fx med fokus på akutmodtagelse, operation og anæstesi etc.</p>	<p>Tvert om. Grunnutdannelsen må utdanne generalister.</p>

Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Grunduddannelsen skal koncentrere sig om de fagspecifikke redskaber og metoder for den enkelte faggruppe	Ingen var positive.
Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Balancen mellem teori og praktik skal ændres til fordel for praktik	Majoriteten var tydelige på at mer praksis var ønskelig, men også betydelig bedre kvalitet på praksis. Det bør værere tættere samarbeid mellom høyskoler og sykehus/kommune, og utdanningsmiljøene må ha en større innsikt og forståelse for "det vrikelige liv".
Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der skal etableres en eliteuddannelse på toppen af grunduddannelsen, fx 1-1½ år, sådan så de bedste fra faggrupperne kan få kvalifikationer og motivations- samt ambitionsniveauer opfyldt	Dette spørgsmål blev ikke berørt.
Kommentarer på Skottlands modell for læringsområder	Fin oversikt, men vanskelig for de fleste å vurdere fag opp mot hverandre uten god nok kjennskap til utdanningenes vektning i dag.

4.2 Skotland

Størstedelen af sundhedsuddannelserne i Skotland gennemføres på universiteter rundt om i landet og givet en bachelorgrad.

Det tager i Skotland fire år at få en bachelorgrad, hvor det i England typisk kun tager tre år.

En del af uddannelserne adskiller sig fra Danmark – det gælder fx tandplejeruddannelsen og fodterapeutuddannelsen. Der findes ikke en direkte ækvivalent til den danske tandplejeruddannelse. Der findes dog lignende uddannelser i Skotland, men de er typisk længere og mere specialiserende.

Fodterapeut uddannelsen er også længere i Skotland, typisk 4 år, og dækker flere forskellige områder.

Når det gælder kost- og ernæringsuddannelser er disse delt det op i to forskellige områder. Det er muligt at tage en uddannelse som diætist eller som ernæringsekspert.

Uddannelsen til psykomotorisk terapeut og farmakonom uddannelsen findes ikke i Skotland. Der er dog forskellige apotekuddannelser, og hvis man arbejder indenfor terapeutfeltet, kan man tage kurser i psykomotorisk terapi.

Uddannelserne følger ikke alle en fast national ramme, og i ganske stor udstrækning kan uddannelserne variere på tværs af universiteter, ligesom flere af uddannelserne også varierer, når det gælder navn og længde.

De fleste af de sundhedsprofessionelle skal efter endt uddannelse registrere sig hos Health Care and Professions Council (HCPC).

Forhold mellem teori og praktik

Blandt uddannelserne varierer forholdet mellem teori og praktik fra 10 % til 55 %. Bioanalytikere har fx praktik på hvert år af deres uddannelse. For flere af uddannelserne er praktik beskrevet som en del af uddannelserne, men det kan være fleksibelt, hvor megen praktik der er tale om.

Mulighed for videreuddannelse

For de fleste af uddannelserne gør det sig gældende, at de er adgangsgivende til overbyggende videreuddannelse indenfor samme felt, det vil sige at fx ergoterapeuter eller fysioterapeuter kan tage en kandidatgrad i henholdsvis ergoterapi og fysioterapi. Nogle af bacheloruddannelserne giver mulighed for specialuddannelser indenfor andre felter. Fx kan radiografer videreuddanne sig til sonografer.

Uddannelserne til jordemoder er for flertallet af programmernes vedkommende struktureret som i Danmark, men der er fortsat programmer for jordemoderuddannelse, der bygger på en sygeplejerskeuddannelse.

På uddannelserne med de 4-årige bacheloruddannelser er videreuddannelsen til kandidatniveau oftest kort, typisk omkring et år.

Generalist/specialist

Uddannelserne er oftest generalistuddannelser, men nogle af uddannelserne giver mulighed for specialisering indenfor forskellige områder. Det gælder fx for sygeplejersker, radiografer og fodterapeuter.

Vurderinger og/eller planer i et perspektiv mod 2020/2025

Skotland ligner i en række henseender Norge – forstået på den måde, at der også i Skotland gennemføres nationalt forankrede strategiske processer, der vedrører såvel sundhedsvæsenets fremadrettede virkemåde som de uddannelses- og kompetenceformer samt -niveauer, der er behov for i et perspektiv mod 2020/2025.³

Udgangspunktet for de overordnede strategiske linjer minder også en del om hinanden i de to lande. Også i Skotland fokuseres der på det vurderede behov for at ændre arbejdsdelingen mellem sekundærsektoren og primærsektoren – ”shifting the balance towards community based care”. Både fordi det anses for dokumenteret, at der klinisk-fagligt er for mange unødvendige kontakter til sygehussystemet – hvor primær sektoren burde kunne varetage behovene, men også fordi det anses for nødvendigt at revitalisere LEON princippet, således at alle sundhedsopgaver

³ 2020 Workforce Vision. Big picture challenges for healthcare workforce planning, education, training and development, March 2013.

løses på det tilstrækkelige "effektive omsorgsniveau" (måske reelt "effektive omkostningsniveau") – og således at "anticipatory care" (svarende lidt til opsporing og tidlig indsats) og forebyggende indsatser opprioriteres væsentligt.

Lidt som i Norge, men i Skotland med endnu større betoning, understreges behovet for at integrere sundhedssystemet og socialsystemet. Den nu obligatoriske konstruktion med "Health and Social Care Partnerships" afspejler dette.

I denne konstruktion er det regionale niveau og det kommunale niveau forpligtet til at arbejde sammen via "pooled budgets", det vil sige at både regioner og kommuner giver midler til fælles drift af sundhedsindsatser og sociale indsatser – og med fælles ansvar for performanceniveauer og kvalitet. Især ældre medicinske patienter, borgere med kroniske lidelser samt borgere med psykiske lidelser er omfattet af indsatserne indenfor rammerne af disse "Health and Social Care Partnerships".

Det er en konstruktion, der for sundhedsprofessionerne indebærer en ny form for organisatorisk forankring – hvor der dels i langt højere grad end før forudsættes viden og kompetencer også inden for socialområdet, og i hvert fald viden og kompetencer vedrørende behovene for koordination og helhedsorienteret handling på tværs af de to områder.

For sundhedsprofessionerne giver disse "Partnerships" også den mulighed, at man kan arbejde (fx på halv tid) i såvel hospitalssystem som "community healthcare" system.

Den kraftige insisteren på en samlet formålsparagraf for det skotske sundhedsvæsen – og en italesat strategi om, at balancen mellem sundhedsindsatser skal forskydes til ikke alene primærsektoren, men til samarbejds konstruktioner, der skaber integration mellem sundhedsindsatser og sociale indsatser har påvirket både grunduddannelserne samt, og ikke mindst, efter- og efteruddannelsessystemet.

Der lægges i de skotske strategiske arbejder vedrørende sundhed vægt på, hvordan social ulighed i sundhed kan undgås, og hvordan der i det hele taget kan arbejdes mere intenst med "ulighed i sundhedsindsatser", således at der til områder og borgersegmenter med særlige problemer og særligt store problemer gives ekstraordinær kapacitet og ressourcer.

De nationale skotske sundhedsstrategier er præget af et fravalg af aktivitetsbaseret styring og kommunal medfinansiering – og af en tilbagevenden til traditionelle budget-forbrugs konstruktioner, fordi aktivitetsbaseret styring vurderes at skævvride sundhedssystemet og skabe incitament til sygehusbaseret indsatser, der lige så godt (og billigere) kan udføres i primærsektoren.

Det skotske sundhedssystem har på den måde i de sidste 5-10 år udviklet sig i retninger, hvor tænkning og strategi i øget omfang adskiller sig fra det engelske sundhedsvæsen – og for så vidt også fra det danske – selvom der dog fortsat er mange ligheder i tænkningen omkring sundhedsuddannelserne og en ensartet historik og tradition for disse uddannelser.

Det er en underliggende præmis, at elimineringen af aktivitetsbaseret styring, som Skotland gennemførte for efterhånden en del år siden, har skabt bedre rammer for samspil mellem sekundær og primær sektor og for samspil mellem sundhedssystem og socialt system. Og at den omhandlede eliminering også har skabt bedre rammer for støtte fra sygehussystemet til primær sektor delen.

Disse forhold afspejles i uddannelsessystemet. Vægtlægningen på viden om faggruppe-tværgående samarbejde og tværsektorielt samarbejde er øget betragteligt, ligesom fokus i grunduddannelserne på faggruppernes roller i primærsektoren samt i samarbejdet mellem sundhedssystemet og det sociale system er vokset.

Samtidig er samlingen af alle former for videre- og efteruddannelse i ét "special board" ("NHS Education for Scotland") konsolideret efter- og videreuddannelsessystemet. Der lægges vægt på, at der stilles krav i forbindelse med efter- og videreuddannelse – i form af niveau for tidligere gennemført grunduddannelse, men også i form af forpligtende aftaler med relevant driftsmiljø, hvor der indgås formaliserede aftaler om, hvad gennemførelsen af et efter- og videreuddannelsesforløb skal medføre af effekt på såvel personligt som organisatorisk niveau.

Fra The 2020 Workforce Vision:

Experience for students, key questions:

How do we secure the good and affordable skills mix?

How do we create motivation and ambition by providing special career paths?

How do we encourage people from minority groups to enter the workforce – and ensure that everyone is treated fairly with regard to career progression?

How do we ensure the workforce possesses the values and behaviours to deliver high-quality care?

What is the correct balance of the workforce between treating the population and treating the individual?

How can education and training support care being delivered in the community?

How do different service models affect productivity and quality?

How do we manage the drive for continuous improvement?

How do we measure the quality of education?

How do we incorporate cross-professional working into education and training programmes?

When society is ageing, what special skills will the workforce need?

4.3 England

National Health Service (NHS) er Storbritanniens offentlige sundhedsvæsen og refererer overordnet og formelt set til fire dele: National Health Service England, NHS Wales, NHS Scotland samt Health and Social Care in Northern Ireland. Reelt er der en meget markant udvikling i retning

af øget differentiering på tværs af de fire dele, ikke mindst (jf. også ovenfor) når det gælder Skotland.

NHS i England, som er en del af *Department of Health*, har siden slutningen af 1990'erne arbejdet med at effektivisere sundhedsvæsenet og gradvist introduceret forskellige former for privatisering i sundhedsvæsenet – bl.a. fordi det ses som en fremgangsmåde for adressering af udfordringsbilledet med bl.a. stigende muligheder og behov, men stadig strammere offentligt-økonomiske rammer.

Størstedelen af sundhedsuddannelserne i England gennemføres på universitetsniveau, og de tildeles en bachelorgrad. Der eksisterer imidlertid ikke en uddannelse, der svarer til de danske psykomotoriske terapeuter. Der findes derimod en række kurser og diplomuddannelser.

Generelt følger uddannelserne ikke nationale studieordninger.

Alle sundhedsprofessionelle, der er uddannet til en profession med beskyttet titel, gennemgår et autorisationsforløb i enten NMC, sygeplejersker og jordemødre, eller øvrige, som danske sundhedsprofessioner kan sammenlignes med, gennem HCPC.

Forhold mellem teori og praktik

Blandt uddannelserne varierer forholdet mellem praktik og teori fra minimum 30 % for ergoterapeuter, til 50 % for radiografer. For flere af uddannelserne gælder det, at det beskrevet at praksis indgår som en bestanddel af alle uddannelsesårene, uden forholdet er nærmere defineret.

Mulighed for videreuddannelse

En del af uddannelserne har direkte overbygninger i form af postgraduate forløb, der giver en kandidatgrad. Som i Norge gælder dette imidlertid ikke ergoterapeuter, for hvilken der ikke eksisterer et postgraduat forløb. Dette eksisterer heller ikke for radiografer.

Generalist/specialist

Størstedelen af uddannelserne er tilrettelagt som generalistuddannelser, med undtagelse af sygeplejerskeuddannelsen og uddannelsen i sundhed og ernæring. Sundhed og ernæring tilbyder en specialisering á 15 ECTS på uddannelsens tredje år (af i alt fire år), inden for "Nutrition and Genetics", "Biology of Ageing" eller "Endocrinology of diabetes". Sygeplejerske har muligheder for specialiseringer inden for tre områder: "Adult Nursing", "Childrens Nursing" og "Mental Healthcare".

Vurderinger og/eller planer i et perspektiv mod 2020/2025

I 2012 introducerede parlamentet "The Health and Social Care Act", som medførte radikale ændringer af NHS England med det formål at effektivisere sundhedssystemet for at kunne imødekomme fremtidens udfordringer med en voksende ældre population, byrden fra livsstilssygdomme og stigende udgifter til medicin.

Det såkaldte QIPP (Quality, Innovation, Productivity and Prevention) er et stort anlagt program, der udløber af det omhandlede lovgrundlag, og som er tænkt som ramme for de forudsatte store transformationer i retning af øget omkostningseffektivitet (herunder øget produktivitet), øget fokus på kvalitet og anvendelse af kvalitetsindikatorer i forbindelse med styring og finansiering (fremfor fokus på mængder) samt øgede indsatser for at integrere sundhedsindsatser på tværs af

hospitalssystem og "community health care" samt øge andelen af sundhedsindsatser, der udføres i primærsektoren.

Ændringerne har medført mange og så ganske radikale ændringer – hvor de tidligere Primary Care Trusts er blevet afløst af Clinical Commissioning Groups (CCG), hvor et stort antal praktiserende læger arbejder sammen (svarende til meget store lægehuse), og hvor konstruktionen forudsættes at give basis for en markant vækst i omfanget af sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt bioanalytikere m.v., der tilknyttes praksislæge niveauet netop gennem CCG formatet.

Reformerne har også givet et større incitament for privat-offentlig konkurrence i sundhedssystemet og mere økonomisk råderum til praktiserende læger og klinikere.

Dette har medført et ønske fra nationalt hold om reduktion i antallet af sundhedsprofessionelle for at kunne effektivisere sundhedssystemet, men samtidig er der kommet flere muligheder for specialistuddannelser og nye roller for de sundhedsprofessionelle.

Reformen har givet ændrede krav til fremtidens sundhedsprofessionelle og dermed et stort incitament for ændringer i sundhedsuddannelserne.

Rådet for Sundhedsdekaner (The Council of Deans of Health) udtalte, at implementering af den nye lov kan være "a unique opportunity to reshape the education and training of the future workforce to ensure that the NHS is able to achieve the best possible health outcomes for patients and service users".

Efterfølgende er der etableret regionale "bestyrelser", "Local Education and Training Boards", der består af lokale sundhedsprofessionelle, og som gennem disse "Boards" er involveret i udformningen af fremtidens sundhedsuddannelser.

Loven fra 2012 resulterede også i oprettelsen af et nyt nationalt organ *Health Education England (HHE)*, hvis primære rolle er at udforme rekommandationer til ændringer af sundhedsuddannelserne, så de til svarer krav og behov i fremtidens sundhedsvæsen.

Der er parallelt eller i sammenhæng med de omhandlede ændringer og initiativer igangsat en række strategiske indsatser med henblik på at sikre, at fremtidens sundhedsuddannelser svarer til det, der vurderes som fremadrettede behov.

Disse strategiske indsatser er primært iværksat fra nationalt niveau af NHS og *the Department of Health* eller af det nye HHE.

I de rapporter, der indtil videre foreligger, er der identificeret flere områder, hvor der vurderes at være behov for ændringer i forhold til de nuværende uddannelser.

I rapporten, "*Tomorrows people, today*", fremgår det, at der frem mod 2025 skal arbejdes med forbedringer indenfor følgende områder og temaer:

- *At levere behandling præget af medfølelse, værdighed og respekt*
- *At levere en behandling der i højere grad er integreret og tilpasset den enkelte patient*
- *At behandling skal ske tættere på patientens hjem*
- *At der i højere grad skal skabes gunstige vilkår for teknologiske løsninger og innovation*
- *At forbedre praktikopholdenes kvalitet og værdi*

I rapporten anbefales en række mere eller mindre konkrete tiltag, der har til formål at indfri disse overordnede, strategiske målsætninger.

Rapporten fremhæver bl.a., at der i højere grad skal være muligt at gennemføre praktikophold i forskellige sektorer, og at der både skal fokuseres på kernefaglighed, men også på tværprofessionelle samarbejdsevner – herunder på kompetencer og færdigheder, der forbedrer de sundhedsprofessionelles indsatser, når de går på tværs af primær og sekundær sektor.

Det fremhæves ligeledes at det fremtidigt bør sikres, at studerende der optages på sundhedsuddannelserne, har værdisæt, der er i overensstemmelse med NHS Englands overordnede rammer for adfærd og etik.

Rapporten peger på, at behovene for service ydelser i sundhedssystemet er præget af stor grad af omskiftelighed, og at dette bør afspejles i de sundhedsprofessionelles uddannelser.

Der vil i højere grad være behov for omstillingsparathed og fleksibilitet og herunder for øgede kompetencer i forandringsledelse, evner til at arbejde innovativt og til at drage nytte af de nyeste teknologiske virkemidler samt den nyeste videnskabelige viden.

Der peges ligeledes på, at der i stigende omfang bliver behov for, at undervisere på sundhedsuddannelserne har solid erfaring fra almindelig praksis.

NHS har etableret en enhed, der aktuelt er i gang med at udarbejde en "Research and Innovation Strategy", der skal medvirke til at sikre, at der skabes en mere fleksibel arbejdsstyrke i sundhedsvæsenet – og at der i højere grad end nu gøres brug af nyeste tilgængelige forskning og innovative løsninger.

Indtil videre er følgende anbefalinger udformet:

- *At der i højere grad blandt de sundhedsprofessionelle udvikles en evidens-informeret beslutningskultur*
- *At sundhedsprofessionelle i højere grad introduceres til health care forskning, innovation og kvalitetsforbedring*
- *At de kliniske akademiske karrierer tilrettelægges med henblik på at opbygge klinisk forskning og viden*
- *At viden om best practice fra forskning informerer og influerer på den måde, hvorpå praktik og uddannelse faciliteres i sundhedssystemet og på uddannelserne.*

Enhedens arbejde er fortsat i gang og forventes først afsluttet i oktober 2014.

En rapport fra *the Department of Health* fremhæver, at hvis sundhedssystemet fortsat skal bevare en høj kvalitet i de former for udredning og behandling, der leveres, så stiller den demografiske og teknologiske udvikling krav til, at de sundhedsprofessionelles kompetencer konstant udvikler sig.

Der peges desuden på, at der i stigende grad bliver behov for et større fokus på fleksibilitet og lydhørhed overfor borgere og patienter, med henblik på at tilpasse forløb samt udredning, behandling og rehabilitering m.v. til individuelle behov og til behovene i bestemte typer af borgersegmenter.

I rapporten anføres det endvidere, at der fremadrettet og på flere sundhedsområder vil blive mindre behov for behandling i traditionel forstand, da helbredstilstanden generelt forbedres.

Dette ses markant på tandplejeområdet, hvilket i stigende omfang medfører behov for, at personalet er i stand til at understøtte patienter i at bevare god mundhygiejne – og ikke kun i at behandle den syge.

Samtidig påpeges det at sygdomsbilledet bliver stadig mere komplekst, og at uddannelserne for de sundhedsprofessionelle skal tilvejebringe et solidt grundlag, der kan sikre, at faggrupperne er i stand til at vurdere behovene for specifikke borgere og patienter og familier.

Rapporten anbefaler endelig, at der skabes stærkere partnerskaber mellem videnskabelige og akademiske miljøer på den ene side og sundhedsuddannelserne på den anden. Det anses således for helt afgørende, at de tre komponenter "education, health and research" arbejder sammen, hvis den bedst mulige professionelle ydelse skal leveres.

Målet for fremtidens sundhedsprofessionelle er ifølge fagorganisationer, fx *the Royal College of General Practitioners* og *the Royal College of Nurses*, at sundhedsprofessionelle skal være bedre til at arbejde tværgående, da sundhedssystemet i fremtiden designes således at borgere og patienter i højere grad får hjælp og behandling af fagligt tværgående teams fremfor af mono faglige behandlere m.v.

Dette har en betydning for, hvordan uddannelser skal struktureres, og hvilke kompetencer færdiguddannede skal besidde.

HEE anbefaler i rapporten "*Realising Our Potential: a sustainable future for Health Education England*" at der er behov for i højere grad at involvere dekanerne i uddannelsessystemerne. Dekanerne har den unikke situation, at de er færdiguddannede, og at de har muligheden for at ændre på uddannelserne – samtidig med, at de er tætte på uddannelsesforløbene.

En del dekaner har arbejdet for at indarbejde mere tværgående arbejde og praktik i sundhedsuddannelserne, og HEE ser derfor dekanerne som et oplagt grundlag for videreførelsen af arbejdet med stadig flere faggruppetværgående uddannelseselementer.

HEE anbefaler endvidere, at uddannelsernes fokus og især praktik skal ændres til i langt højere grad at foregå i primærsektoren i stedet for på hospitaler, da sundhedsprofessionelles arbejdspladser i fremtiden i meget højere grad end nu vil ligge i "community health care" delen. Dette perspektiv matcher den demografiske udvikling og det øgede behov for pleje og omsorg, opsporing og forebyggelse, rehabilitering og monitorering osv. i forhold til de stigende antal af ældre og ældre medicinske patienter med sammensatte lidelser samt det øgede omfang af borgere med kroniske og/eller langvarige lidelser.

Fagorganisationerne i England påpeger, at sundhedsuddannelserne skal justeres, så de sundhedsprofessionelle bliver bedre til at arbejde med IT og teknologi og at anvende de mange nye former for systemer og funktionalitet og sundheds- samt velfærdsteknologi i det daglige arbejde.

Adgangen til de sundhedsprofessionelle vil fremadrettet og i langt højere grad end nu foregå virtuelt, og et stigende omfang af rutiner og processer vil blive digitale og teknologisk understøttede.

The Department of Health støtter disse synspunkter – og fremhæver, at vejen til et mere effektivt sundhedssystem kan opnås bl.a. gennem de sundhedsprofessionelles øgede anvendelse af sundhedsteknologi og IT.

Også i England er efter- og videreuddannelsessystemet en del af overvejelserne omkring de fremtidige krav til uddannelse og kompetencer.

Der anføres, at de sundhedsprofessionelle skal kunne agere i en specifik rolle i sundhedssystemet, og der skal åbnes mere op for muligheden af at videre- og efteruddanne sig, sådan så man som sundhedsprofessionel kan satse videre og fx blive *Health Care Manager* eller medlem i *Clinical Commissioning Groups*.

Dette svarer til fx "Care Manager" rollen for sundhedsprofessionelle i en Shared Care Model i Danmark. Men det mest interessante er måske det anførte i tilknytning til CCG konstruktionen – at fx sygeplejersker kan blive ligeværdige partnere i praksislæge enheder.

Jon Glasby, professor i Sundhed og Socialpleje og leder af Health Services Management Centre, Birmingham University, anfører, ligesom de øvrige kilder, at der i England udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen i forhold til især ældreområdet samt den i stigende grad "aktive patient".

For ældreplejen er der på tværs af alle sundhedsuddannelser en stor mangel i viden og kompetencer – herunder når der ses på forventningerne til incidens og prævalens for demens og for en række kroniske og sammensatte lidelser, hvor incidens og prævalens næsten automatisk øges med alder, og når der ses på mulighederne for at "monitorere" og "forlænge" ældre borgeres funktionsniveauer og liv.

Der mangler, vurderer Glasby, i meget høj grad forståelse for en helt ny generation af sygdomme og lidelser, som netop er typiske for ældre – udover demens også sygdomme i bevægeapparatet og livsstilssygdomme i bred forstand.

Der mangler ligeledes forståelse for "den aktive patient" og for uddannelseselementer, der i højere grad end nu kan adressere muligheder og problemer omkring "den aktive patient".

Det er ikke kun teknologi og IT-kompetencer, de sundhedsprofessionelle har brug for, men også en forståelse for, hvordan man lærer (bl.a. ældre) patienter selv at bruge IT og teknologi, og hvordan man aktivt støtter patienten i empowerment.

Der er her nogle samfundsmæssige udviklinger i spil, der uundgåeligt vil have en indflydelse på uddannelsernes struktur og opbygning.

Glasby går videre og nævner, at det også er vigtigt at have fokus på pædagogik i løbet af sundhedsuddannelserne, så sundhedsprofessionelle kan lære patienter, det de har brug for at vide og lære dem "self-care".

Samtidig er det også vigtigt at gøre mere ud af at uddanne de nuværende lærere, så de har den rette viden og de rette kompetencer i forhold til fremtidens sundhedsvæsen. Ofte er lærernes niveau for teknologi og for omfang samt varians i typer af services og tjenester "bagud" i forhold til den virkelighed, der optimalt skal undervises "ind i".

Nyuddannede skal i væsentligt øget omfang være klædt på til at kunne påtage sig lederroller, enten med ledelse som en del af grunduddannelsen eller med mulighed for at tage videreuddannelse indenfor ledelse.

Uddannelserne bør i væsentligt omfang skifte fokus, således at der i højere grad fokuseres på forebyggelse og sundhedspædagogik, snarere end på behandling.

Det vurderes ikke som nødvendigt eller hensigtsmæssigt at ændres på uddannelsernes grundlæggende struktur. Der er ganske vist øget behov for tværfaglighed, også i uddannelserne. Men dette behov kan tilgodeses indenfor rammerne af de nuværende specifikke uddannelser og forskellige professioner.

Derimod er der behov for en fundamental ændring af tankegangen på uddannelser, så der i alle moduler, fag og praktik er inkorporeret elementer af tværfagligt arbejde og multidisciplinært undervisning og fagmateriale.

Det er uundgåeligt, og i øvrigt også hensigtsmæssigt, at de sundhedsprofessionelle fremover skal arbejde i teams, og at teams består af såvel sundhedsprofessionelle som pårørende og patienter. At aktivere de sidste to grupper er nøglen til et effektivt sundhedsvæsen, vurderer Glasby.

4.4 Sverige

Sverige har et sundhedssystem, der på mange måder minder om det danske – men hvor der også er væsentlige forskelle. I Sverige er fokus på "det næres sundhedsvæsen" mindre og af en anden karakter end i fx Danmark – hvilket også gælder i forhold til debatten med balance mellem sekundær og primær sektor.

Eksistensen af et meget stort net af Vårdcentraler (sundhedshuse med praktiserende læger og et varierende omfang af indsatser og tjenester samt faggrupper) er formentlig en del af baggrunden for dette. "Det nære sundhedsvæsen" har så at sige altid været der – og i balancediskussionen i Sverige er det derfor mere et spørgsmål om, hvor meget mere allerede etablerede Vårdcentraler skal have af den samlede sundhedsopgave, mens kommunerne i højere grad indgår som del af det samlede billede omkring sundhedsvæsenets udvikling, fordi der – ligesom i fx Skotland – lægges stadig større vægt på integrationen mellem sundhedsområdet og social området.

Det er symptomatisk, at det er "Socialstyrelsen" (der eksisterer ingen "Sundhedsstyrelse" i Sverige), der er den samlende nationale enhed for regulering og i nogen grad også politikker.

Hvor der i det britiske NHS system er det nationale niveau, der står som "ejere", og som driver mange af sundhedsinstitutionerne, så er det i Sverige og Danmark en kombination af regionale og kommunale myndigheder.

Begge lande har også brugerbetaling på nogle dele af sundhedsområdet, dog på forskellige dele, i Danmark primært centreret på tandlæge, specielle sundhedsprofessionelle (som kiropraktor og fysioterapeut), optik og medicin. I Sverige mest forskellige brugerbidrag i forhold til kontakter, fx Vårdcentral kontakter og kontakter til akutmodtagelser.

Socialdepartementet (svarende til departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i Danmark) og Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, svarende til KL og Danske Regioner i Danmark) er de centrale interessenter i sundhedsvæsenet.

Sundhedssystemet har traditionelt været meget decentraliseret i Sverige med stort ansvar og mange beføjelser for de forskellige Län (regioner – måske dog mest svarende til de tidligere danske amtskommuner).

Sverige har dog, især fra 1990'erne og frem, gennemgået effektiviserende, privatiserende og centraliserende reformer af sundhedsvæsenet, hvor fx frit sygehusvalg er indført, og hvor der også er indført frit valg i forhold til fx Vårdcentraler (og dermed praktiserende læge). Samtidig er der også indført fri etableringsret – indenfor nogle rammer – sådan så private sundhedsleverandører kan etablere fx Vårdcentraler, og hvor den enkelte borger kan anvende disse Vårdcentraler og få betaling fra det relevante landsting.

Med den geografiske tæthed mellem Danmark og Sverige er der en del sundhedsprofessionelle fra Sverige, der arbejder i Danmark. Dette kan lade sig gøre uden de store problemer, bl.a. fordi uddannelserne overordnet set har mange lighedspunkter.

Størstedelen af sundhedsuddannelserne i Sverige gennemføres på universiteter og tildes en bachelorgrad.⁴

Der eksisterer ikke en uddannelse, der svarer til de danske farmakonomer, men der findes uddannelser, der minder om farmakonom uddannelsen.

De fleste uddannelser følger, ligesom i Danmark, en national fastsat studieordning og alle sundhedsuddannelser på universiteter og collegeuddannelser i Sverige refererer direkte til det nationale niveau.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter skal have deres autorisation fra Socialstyrelsen, når de er færdiguddannede.

I Sverige er der tradition for, at mange sundhedsreformer vedtages og gennemføres på regionalt niveau, hvilket medfører forskelle i sundhedsvæsenet og i uddannelserne for de forskellige professioner i de forskellige dele af Sverige.

Socialstyrelsen ønsker dog nu at skabe større grad af homogenitet – og minimum at mindske variansen i den måde sundhedsuddannelserne konkret tilrettelægges på.

Högskoleverket er autoriteten og ansvarlig for at rapportere til det svenske regeringsapparat, når det gælder sundhedsuddannelserne og eventuelle ændringer af disse uddannelser.

Nogle af uddannelserne er deciderede overbygningsuddannelser: Uddannelsen til radiograf og uddannelsen til jordemoder sker som videreuddannelse, når man har gennemført sygeplejerske uddannelsen.

Sygeplejerske uddannelsen i Sverige er til gengæld kortere end uddannelsen i Danmark.

⁴ Der er i Sverige en uddannelse som diætist – med speciale i diætetik, ernæringsvidenskab og klinisk ernæring. For tandplejeruddannelsen i Sverige gælder det, at der både er en kort 2-årig uddannelse samt en 3-årig uddannelse på bachelorniveau.

Tilsvarende er uddannelsen til psykomotorisk terapeut en videreuddannelse, når man har gennemført uddannelsen som fysioterapeut.

Forholdet mellem teori og praktik

Blandt uddannelserne varierer forholdet mellem praksis og teori, men på tværs af sundhedsprofessionerne er maksimalt halvdelen af uddannelsen praktik.

For flere af uddannelserne gælder det, at det er beskrevet som en præmis, at praksis indgår som en bestanddel i alle uddannelsesårene.

I flere af sundhedsuddannelserne i Sverige fungerer syv store hospitaler – herunder Karolinska, Sahlgrenska, Skåne og Uppsala – som del af uddannelsesforløbene og som basis for praktik.

Mulighed for videreuddannelse

En del af uddannelserne har direkte overbygninger, så man får en kandidatgrad. Der eksisterer uddannelser med direkte overbygninger på kandidatniveau – fx et program i ergoterapi og et program for diætister.

Andre uddannelser er adgangsgivende til andre former for uddannelser på kandidatniveau.

Generalist/specialist

Størstedelen af uddannelserne er tilrettelagt som generalistuddannelser, men for flere professioner er det forskelligt, i hvilken sektor og indenfor hvilke områder man arbejder.

Vurderinger og/eller planer i et perspektiv mod 2020/2025

Sverige har foruden fokus på specialisering og centralisering af sundhedsvæsenets hospitalsbaserede indsatser et specielt fokus på behandling af ældre (gerontologi og geriatri), og uddannelserne afspejler dette.

Västra Götaland regionen vil have flere sygeplejersker med viden om gerontologi, men arbejder også på generelt at få flere specialistsygeplejersker og at gøre sygeplejerskernes uddannelser længere. Andre regioner i Sverige ser ud til at følge efter i samme spor.

En statusrapport fra Socialstyrelsen fra 2013 om fremtidens kompetencebehov for sundhedsprofessionelle understøtter dette.

Det vurderes, også ud fra analyser fra Statistiska Centralbyrån SCB (svarende til Danmarks Statistik), at der er og i stigende grad vil komme mangel på sundhedspersonale, der har viden om og kompetencer indenfor ældrepleje, men også indenfor for pleje af handicappede.

Socialstyrelsen ser derfor et behov for flere specialiserede sygeplejersker.

Socialstyrelsen har også fokus på en vurderet mangel, når det gælder ledere i sundhedsvæsenet – og fra 2013 er der nu oprettet en "lederskabsvidereuddannelse" for sundhedsprofessionelle.

Styrelsen har samtidig et ønske om at få mere evidensbaseret behandling i sundhedsvæsenet. Der er på den baggrund og sammen med SKL oprettet en såkaldt evidensbaseret praktik for flere sundhedsprofessionelle.

Endvidere er styrelsen optaget af "ulighed i sundhed". Sammen med Diskriminationsombudsmanden er der nu udarbejdet en såkaldt "Uddannelsespakke", der bl.a. skal forebygge ulighed i sundhedsvæsenet.

Med Uddannelsespakken skal der eksempelvis oprettes undervisning i pædagogik og kommunikation på tværs af alle sundhedsuddannelser, så de sundhedsprofessionelle er klædt på til mødet med patienten, og så de sundhedsprofessionelle får mere kendskab til forskellige samfundsgrupper i løbet af uddannelsen. Uddannelsespakken skal også give mere viden om grupper, der er i risiko for utilstrækkelig behandling i sundhedsvæsenet, såsom psykisk syge patienter, nationale mindretal og ressourcetsvage personer.

Fremtidens sundhedspersonale mangler, ifølge Socialstyrelsen og fagforeninger, som Svensk Sjuksköterskeförening (Sveriges professionsforening for sygeplejersker), mere erfaring og mere praktik i uddannelserne. Svensk sjuksköterskeförening anfører i en rapport, "Strategi för utbildningsfrågor", at sygeplejerskerne også skal være klædt på til et nyt sundhedsvæsen, der har gennemgået udviklinger i den medicinske teknologi og i lægemidler.

I rapporten nævnes det samtidig, at de sundhedsprofessionelle skal have mere viden om og kompetencer indenfor ældrepleje og pædagogik, så patienter kan undervises i selvpleje, i arbejdsindsatser via teams og i samarbejde i teams, i evidensbaseret pleje og i tilgængelige databaser og "sites" med anvendelig evidensbaseret information.

Dietisternas riksförbund (Sveriges fagforening for diætister) og Professions- och fackförbundet för Sveriges fysioterapeuter/sjukgymnaster (Sveriges fagforbund for fysioterapeuter) har fokus på, at de færdiguddannede skal være bedre til at arbejde i teams og med de ældre patienter.

Professions- och fackförbundet för Sveriges fysioterapeuter/sjukgymnaster ønsker at gå videre med muligheden for forskellige videre-/efteruddannelser, efter man har taget uddannelsen som fysioterapeut, så man kan videreuddanne sig som fx kiropraktor og ortopædmanualterapeut, også udover som psykomotorisk terapeut.

I fagforeninger og på nationalt plan er der i Sverige et ønske om, at flere uddannelser har systematiske overbygninger som videreuddannelse efter basisuddannelse, fx i forhold til fysioterapeuter og sygeplejersker.

Sammanställning från intervjuer i Sverige

Respondenter:

Professionsföreträdarna

- Vårdförbundet (fackförbund som företräder sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor)
- Fysioterapeuterna (fackförbund för fysioterapeuterna)

Arbetsgivarföreträdarna

- Sveriges Kommuner och Landsting (företräder arbetsgivarna inom landsting och kommuner)

<p>Nævn 3-5 ændringer, du vurderer som absolut nødvendige, når det gælder grunduddannelsen i et perspektiv mod 2020/2025 – og begrund dine forslag</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Grundutbildningarna bör förstärkas och förlängas (från 3 år till 4 år).</p> <p>Kunskapsmassan utvecklas och växer hela tiden – detta är det främsta skälet till att grundutbildningarna behöver förlängas (undantaget är möjligen röntgensjuksköterskeutbildningen som är en yngre professionsgren).</p> <p>Grundutbildningen behöver avslutas på en mer avancerad nivå för att man i sin yrkesroll ska kunna delta i det löpande förändringsarbetet som numera hela tiden pågår på arbetsplatserna.</p> <p>Arbetsgivarna har inte så ofta förståelse för detta (främst kommunerna) då de främst ser till kompetens-försörjning och inte alltid på kvaliteten.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Behovet av förändringar i grundutbildningen beror på vad vi vill att yrkesrollen ska åstadkomma.</p> <p>Viktigt att professionsgrupperna har utbildats för att kunna jobba ihop, använda mer teknik och förståelse av särskilt svåra grupper som ex.vis multisjuka.</p> <p>Det är i samhällets intresse att professionsgrupperna kan göra mer än idag.</p> <p>Fysioterapeuterna kommer nog att kliva fram mer i huvudroller än tidigare. Det bör påverka deras utbildning.</p> <p>Tre nyckelkomponenter i framtidens utbildning: 1) yrkesrollens utveckling 2) samarbete över professionsgrupper 3) användning av ny teknik</p> <p>Är dagens grundutbildningar för dåliga på ny teknik – det verkar finnas en digital divide mellan utbildningarna och den mognad som studenterna har.</p> <p>Den långsamma utvecklingen av vetenskapen (evidensutvecklingen) och legitimationskraven bromsar behovet av utbildningsförnyelse.</p>
--	---

<p>Nævn 3-5 ændringer, du vurderer som absolut nødvendige, når det gælder videre- og efteruddannelsen i et perspektiv mod 2020/2025 – og begrund dine forslag</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Det finns idag många olika specialiseringar inom vidareutbildningarna (ex.vis 12 olika varianter för sjuksköterskeutbildningen, 16 olika för fysioterapeuterna). Denna spridning av olika varianter ser ut att fortsätta. Det viktigaste i detta läge är då att kvalitetssäkra dessa vidareutbildningar, reglera dem och se till att de uppfyller kunskaps- och kvalitetskrav (<i>detta var mycket entydigt bland professionsföreträdarna</i>).</p> <p>Vi behöver synliggöra de olika vidareutbildningarna bättre – inte minst för arbetsgivarna.</p> <p>Det behöver finnas en balans mellan grundutbildningarna och vidareutbildningarna. Vidareutbildningarna behöver kunna utveckla specialistkompetenser men dessa får samtidigt inte vara för nischade så att det är svårt att få anställning.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Vem ska betala för vidareutbildningen?</p> <p>Vilket fokus är viktigt. Vi har behov av att kunna mycket om litet men samtidigt kunna mycket om allt. Det måste finnas vidareutbildningar som är breda men också vidareutbildningar som är tydligt specialiserade – men dessa två "varianter" måste vara i balans när det gäller antalet vidareutbildade. Är du för specialiserad blir det svårt att ställa om när så behövs. Förmodligen måste dagens masterutbildningar bli mer horisontella i sin karaktär.</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der er behov for langt mere fælles uddannelse på grunduddannelsen på tværs af faggrupper</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Ja, alla var positiva till detta. Det möjliggör bättre samarbete kring patienter och underlättar rekryteringen av nya studenter (som då har mer öppet vilken yrkesroll man så småningom väljer).</p> <p>Men samtidigt ska man veta att den gemensamma utbildningen är vanlig redan idag (första året läser sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och barnmorskor gemensamt).</p>

	<p>För fysioterapeuterna har flera program inom grundutbildningen IPL-fokus (interprofessionellt lärande).</p> <p>Det är viktigt att man satsar på kurser i detta fall som verkligen gynnar "interprofessionellt lärande" – inte bara att man ex.vis läser etik tillsammans.</p> <p>Fysioterapeuterna menar att man uppnår mycket av detta lärande när man sedan kommer in i arbetslivet (och ser gemensam utbildning som inte lika kritiskt viktigt som överiga professionsgrupper)</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Ja, det behövs för att främja teamutvecklingen (och lyfter fram "Linköpingsmodellen" som viktigt exempel – vid Linköpings universitet/vårdhögskola).</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der er behov for langt mere fælles videre- og efteruddannelse på tværs af faggrupper</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Ja, det behövs mer av detta på vidareutbildningsnivåerna. Vissa master-program är inriktade på inter professionell träning.</p> <p>Man behöver också se på att detta kunskapsbehov måste också kunna ombesörjas även i arbetslivet med arbetsplatslärande som kontinuerligt utbildningsverktyg.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Ja, det kan behövas men samtidigt är det viktigt att hålla balansen – att kunna hinna med att utveckla specialistkompetensen.</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der er behov for specialisering allerede på grunduddannelsen – fx med fokus på primær sektor og sekundær sektor, fx med fokus på psykiatri, medicin og kirurgi, fx med fokus på akutmodtagelse, operation og anæstesi etc.</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Entydigt nej, grundutbildningen behövs som en bred grund och behöver även förlängas. Inget utrymme för specialiseringen finns inom denna grund. Däremot tror man att en del arbetsgivare vara positiva till detta för att snabbare få fram specialister.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Nej, grundutbildningen måste nog vara bred. Ska man tillåta specialisering inom grundutbildningen blir det nog ganska få som kan få detta.</p>

<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Grunduddannelsen skal koncentrere sig om de fagspecifikke redskaber og metoder for den enkelte faggruppe</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Entydigt nej av samma skäl som fråga 5. Arbetsätt och metoder ändras hela tiden så det finns inga skäl att specialisera utbildningen mot detta. Däremot så måste arbetslivet och arbetsplatserna ge utrymme för det lärande som frågas om här.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Nej, modeller och metoder håller inte särskilt länge numera. Däremot är det viktigt att kunna utbilda för att kunna ställa om i arbetsmetoder och modeller.</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Balancen mellem teori og praktik skal ændres til fordel for praktik</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>Det är redan ganska mycket praktik inom dagens utbildningar. För ex.vis sjuksköterskor är det 50/50. Men ibland blir det för lite praktik pga. Att dett bli allt svårare att få tag i bra praktikplatser och handledare. Det finns ofta en stor rotation av personal vilket gör att kontinuiteten i arbetsplatsförlagd utbildning kan bli problematisk.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Teori och praktik behöver vävas ihop bättre. Balansen i sig är ok.</p>
<p>Hvordan stiller du dig til følgende udsagn: Der skal etableres en eliteuddannelse på toppen af grunduddannelsen, fx 1-1½ år, sådan så de bedste fra faggrupperne kan få kvalifikationer og motivations- samt ambitionsniveauer opfyldt</p>	<p>Professionsföreträdarna:</p> <p>De flesta tycker att detta kan vara intressant men kanske inte helt nödvändigt med tanke på att det finns så många specialistutbildningar idag som är två-åriga (masternivå) som många väljer.</p> <p>Fysioterapeuterna ser det som intressant inom vissa särskilda områden som psykiatri, smärta, muskulär biologi.</p> <p>Det finns kommersiella utbildningsföretag som driver dessa förslag.</p> <p>Arbetsgivarföreträdarna:</p> <p>Skulle kunna vara intressant. Bra om det finns möjligheter att utveckla talanger så att inte alla behöver vidareutbilda sig för detta (efter grundutbildningen).</p> <p>Det finns nya utbildningsformer som skulle kunna tillhandahålla detta som MOC (Massive Online</p>

	Courses).
Kommenaterer på Skottlands modell for læringsområder	Svær att bedöma för samtliga då grundutbildningen är viktig att ha bred och att vidareutbildningarna är så specialiserade. Vissa andra ämnen skulle vara intressantare, ex. vis entreprenörskap, företagande och internationella ämnen.

5. Interviews med udvalgte interessenter

I den afsluttende fase af projektperioden har der været afholdt bilaterale møder med repræsentanter fra Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Danske Professionshøjskoler og Sundhedsstyrelsen.

Disse interessenter er væsentlige aktører i sammenhæng med sundhedsvæsenets fremadrettede udvikling, og de effekter denne udvikling kan have, når det gælder krav til viden, færdigheder og kompetencer for Sundhedskartellets faggrupper.

Formålet med de gennemførte interviews har været at indhente supplerende synspunkter, inspiration og indsigt i forhold til den dokumentation og det datamateriale, der ellers er indsamlet. Formålet har således også været at sikre, at væsentlige forhold og temaer samt problemstillinger ikke er efterladt uden håndtering i det samlede projektforsløb.

De gennemførte interviews har givet forskellige synspunkter og vurderinger i forhold til fremtidens grunduddannelser samt videre- og efteruddannelsessystem. De udviklede perspektiver (det driftsorienterede perspektiv, det specialiseringsorienterede perspektiv etc., jf. rapporten) har været omdrejningspunkt for drøftelserne med de udvalgte interessenter.

Interviews er ikke blevet gennemført med henblik på at få konkrete indspil til perspektiver eller indspil til konkrete ændringsbehov vedrørende grunduddannelser samt videre- og efteruddannelse. Interviews er derimod gennemført netop for at få en klarere fornemmelse for, hvad det er for problemstillinger og udfordringer, de udvalgte interessenter opfatter som væsentlige i forhold til den fremadrettede tilrettelæggelse af grunduddannelser samt videre- og efteruddannelser.

Det har imidlertid også været en præmis for de afholdte interviews, at der ikke har været tale om egentlige partsindlæg, og derfor vil der heller ikke i det følgende blive henvist direkte til de enkelte møder. Drøftelser med disse interessenter ligger i naturlig forlængelse af offentliggørelsen af nærværende rapport.

Grundlæggende gik det igen på tværs af interviewene, at det i høj grad er en opgave at forsøge at omsætte de udfordringer, som sundhedsvæsenet og faggrupperne kigger ind i til konkrete handlinger, der også indlemmes i uddannelserne.

Herudover blev en række emner drøft. Blandt de centrale temaer, der har været i fokus i dialogen med de udvalgte interessenter, kan nævnes:

- *Forholdet mellem teori og praktik*

Det blev herunder drøftet, hvordan praktikken kan foregå, og hvordan der kan sikres bedre sammenhæng mellem teori og praktik. Desuden var der flere synspunkter på, i hvilken grad teorien bør tage udgangspunkt i den driftsmæssige dagligdag. I det taget var der en holdning om, at vi skal være os med at være "skingre" omkring praktikdelen. De parter, der for nuværende står for den praktiske del af uddannelserne gør det med glæde, og er åbne for videreudvikling af den del.

Indholdet af uddannelsen blev i denne sammenhæng ligeledes drøftet, og flere af parterne pointerede vigtigheden af, at uddannelsesmiljøerne bør afspejle virkeligheden mest mulig for

på den måde at sikre en let overgang mellem studie og job. Det kræver løbende – nogle gange hyppige – revideringer af det teoretiske undervisningsmateriale.

- *Ansvar og ansvarsfordelinger mellem praktik og uddannelsesinstitutioner*

I forlængelse af ovenstående var der med nogle af interessenterne drøftelser om, hvordan ansvaret for uddannelsen af faggrupperne bør være fordelt mellem de ansvarlige for praktikopholdene og uddannelsesinstitutioner. Nogle gav udtryk for, at den kan fastholdes som nu, men at samarbejdet kan udvikles yderligere og forslag til udvikling af uddannelserne i mere systematisk omfang end i øjeblikket deles mellem parterne.

Som led i denne drøftelse blev det ligeledes nævnt som relevant at inddrage såvel arbejdsmarkeds- og socialområdet, idet overlappende mellem sundhedsområdet og disse to områder er udtalt i mange (tungere) patientsager.

- *Inklusion af patientsikkerhed i uddannelsen*

Et par af interessenterne understregede, at patientsikkerhed – gerne som del af en udvikling, hvor den løbende forbedring af sundhedsvæsenet er datadrevet – kan opprioriteres i uddannelserne.

- *Inklusionen i uddannelserne af borger-patientinddragelse*

I forlængelse af ovenstående blev det ligeledes af flere understreget, at det fremadrettet bliver endnu vigtigere – både teoretisk og praktisk – at undervise de studerende i, hvordan man inddrager borgere, patienter og pårørende i såvel udredning, behandling, rehabilitering og monitorering m.v. Dette som led i en erkendelse og anerkendelse af, at mange både borgere, patienter og pårørende kan og vil løfte opgaver i relation til egen sundhed eller sygdom.

- *Opøvelse af kompetencer til kritisk refleksion*

Det blev af flere interessenter – i øvrigt på linje med hvad nogle af faggrupperne selv har peget på – nævnt, at der er et stigende behov for at udvikle de studerendes evne til at modtage ny viden og reflektere kritisk over de input de modtager i patient- eller borgerkontakten. Evnen til kritisk at reflektere – både ved anvendelse af data og sund fornuft – skal kompensere for, at den nyuddannede ikke har opnået specialiseret viden på nogle områder.

- *Viden om systemets virkemåde*

Ved flere af drøftelserne blev der givet udtryk for, at der er et stigende behov for, at de studerende får en dybere forståelse af og viden om sundhedssystemets virkemåde, idet de som arbejdende faggrupper indgår i et stadig mere komplekst system. Formålet er at både at opnå forståelse i tilknytning til samarbejds- og koordineringsbehov, i tilknytning til borger-patientforløb m.v. og i henhold til at kunne samarbejde med andre faggrupper og agere i væsenet. Nogle talte i denne forbindelse om simulering af konkrete patientforløb, der går på tværs af væsenet.

- *Graden af specialisering på grunduddannelserne*

Nogle af sundhedsuddannelserne, herunder fx sundhed og ernæring samt radiografer har indbygget en vis grad af specialisering allerede på grunduddannelsen. Som det også fremgår af andre afsnit er dette ligeledes gældende for andre faggrupper i andre lande. På den baggrund blev det med interessenterne drøftet, hvad perspektiverne er for at øge specialiseringsgraden tidligere i uddannelsesforløbet samt at tilgå specialiseringen mere systematisk i videre- og efteruddannelsessystemet. Der var ikke umiddelbart nogle, der argumenterede for at gøre noget væsensforskelligt fra det system, vi kender i dag.

- *Opmærksomhed på, at ændringer skal kunne leveres inden for gældende konventioner*

Endelig blev der gjort opmærksom på væsentligheden af at skele til internationale konventioner, herunder primært Bologna-processen og EU's direktiver om arbejdskraftens frie bevægelighed, idet der heri ligger – specielt for nogle faggrupper – nogle begrænsninger for, hvordan man kan tilpasse uddannelserne og dermed reglerne for autorisering.

Udover de temaer, der er nævnt her kan det anbefales at læse de uddannelsespolitiske oplæg fra Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, henholdsvis "Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser" og "Next Practice", der udgør organisationernes officielle synspunkter på området. Også Danske Professionshøjskoler har udarbejdet uddannelsespolitiske oplæg.

6. Udfordringsbilledet

Både interviews samt desk research har omfattet arbejde med sundhedsvæsenets udfordringsbillede. Dette udfordringsbillede er selvfølgelig ikke entydigt. Men på tværs af lande – og på tværs af forskellige indsatsssammenhænge – er der i stor grad fællestræk i den måde, hvorpå udfordringsbilledet for sundhedsvæsenet tegnes op.

Demografi spiller i alle versioner en stor rolle – fordi gruppen af 65 år+, der over de kommende år og årtier vil vokse absolut og som relativ andel af de samlede befolkninger i de fleste OECD lande, står for en meget væsentlig del af de samlede sundhedsudgifter.

Udviklingen i sygdomsmønstre – det øgede omfang af kronisk og langvarig sygdom samt øgningen i omfanget af sammensatte lidelser spiller også ind i alle versioner. Dels fordi denne udvikling medfører stadigt større behov for indsatser, men også fordi den øger behovene for ofte komplekse forløb på tværs af sektorer og faggrupper.

Herudover adskiller udfordringsbillederne sig en del fra hinanden – sådan som de udformes i forskellige lande og forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Nedenstående opstilling, der omfatter en del af de basiselementer, der også er taget med ind i Sundhedskartellets uddannelsesprojekt, har haft flere forskellige kilder – og der er lagt vægt på at medtage samtlige de elementer, der kan observeres inddraget på tværs af kilderne.

Der er taget udgangspunkt i den måde, udfordringsbilledet er sat op på i henholdsvis Skotland og Norge – og som basis for fremadrettede nationale strategier vedrørende sundhedsvæsenets udvikling mod 2025. I Skotland handler det om bl.a. den nationale kvalitetsstrategi, strategien med etablering af Health and Social Care Partnerships, der også er berørt under landegennemgangen, samt den Workforce vision mod 2020, der arbejdes med i det skotske system. I Norge handler det bl.a. om Samhandlingsreformen og om de nationale udredningsarbejder, der er i gang indenfor sundheds- og velfærdsområdet vedrørende bl.a. uddannelsesområdet.

Derudover er der taget hensyn til de temaer og problemstillinger, der arbejdes med i de aktuelle Sundhedsaftale-komplekser. I den nye form er det forudsat, at der ikke laves sundhedsaftaler med hver enkelt kommune, men at alle kommuner i hver region indgår sundhedsaftaler samlet med den relevante region.

Når det gælder de økonomiske perspektiver er der i stort set alle udfordringsbilleder i tilknytning til sundhedsvæsenets fremadrettede udvikling gengivet et billede af, at de nuværende udgiftsniveauer til sundhedsvæsenet relativt set er under pres. Bl.a. nye former for tjenester og services, herunder via sundheds- og velfærdsteknologiske former for understøttelse, samt øget omfang af egenomsorg og fokus på forebyggelse og recovery, vurderes at være nødvendige for at modvirke det opadgående udgiftspres som følge af bl.a. demografi og øget omfang af sammensatte lidelser.⁵

⁵ Der har i Danmark, som i stort set alle andre OECD lande, været udført en række analyser vedrørende sundhedsvæsenets udgiftspres og de offentligt økonomiske muligheder for at understøtte disse udgiftspres. Bl.a. Det Økonomiske Råd har i flere rapporter og artikler arbejdet med problemstillingen – fx: "Therefore current growth in non-demographic healthcare expenditures cannot be maintained for a longer period without challenging the public financing

Der er udfordringer for sundhedsvæsenet, fordi

- Tilgængeligheds- og finansieringsordninger ikke i tilstrækkelig grad sikrer
 - lige adgang til sundhedsindsatser
 - modvirker eksklusion
 - optimal udnyttelse af samlede ressourcer og kapacitet
- Forandringer og omstillinger ikke i tilstrækkeligt omfang og hurtigt nok sikrer kontinuerlige tilpasninger til borger-/patientbehov og ressourcerammer
- Folkesundhedsreformer ikke i tilstrækkeligt omfang er til stede – eller ikke i tilstrækkeligt omfang sikrer rammer for fremme af sundhed og for fokus på faktorer, der påvirker den almene sundhedstilstand positivt
- Ledelses- og organisationsformer ikke i tilstrækkeligt omfang sikrer inddragelse og medvirken af borgere og pårørende samt optimale virkemåder for koncepter som peer-to-peer
- Patienternes og borgernes behov for hjælp ikke mødes godt nok på grund af fragmenteringen i sundhedsvæsenets indsatser
- Sundhedsvæsenet – organisatorisk og styringsmæssigt og i henseende til ressourcer, kompetencer og kapacitet – er indrettet med primært fokus behandlingsaktivitet og med for få (bl.a.) økonomiske incitamenter til forebyggelse og tidlige indsatser – herunder er der for få incitamenter til at ”gøre sundhedsskadelige valg mindre attraktive”
- Befolkningsudviklingen og demografien over de kommende 20-30 år give øgede ressourcemæssige problemer og problemer med bæredygtighed – med flere ældre – samt flere raske ældre; flere hverken syge eller raske ældre; ændring i balancen mellem erhvervsaktive og ”de der skal forsørges/hjælpes” etc.
- Ændringer i sygdomsbilleder (i nogen grad præget af den behandlingsteknologiske udvikling) i sig selv giver ressourcemæssige problemer og problemer med bæredygtighed – og fordi der ikke i tilstrækkeligt omfang er effektivt fungerende beslutningsmekanismer for prioritering af de indsatsområder, der skal støttes ressource- og kapacitetsmæssigt af det offentlige
- Der ikke er offentlige ressourcer i et omfang, der kan sikre offentlig håndtering af indsatsbehov – og fordi der dermed bliver behov for en udvidet privat sektor og flere private sundhedsaktører, der kan håndtere specifikke former for behov, og hvor egenbetaling/forsikringsbetaling bliver dagens orden
- Den behandlingsteknologiske udvikling i sig selv medvirker til ikke alene at løse/håndtere sundhedsproblemer – men også medvirker til at skabe indsatsbehov

- Sundheds- og sygdomsbilledet udvikler sig i en retning med risiko for øget ulighed i sundhed – og fordi der ikke gøres nok for at sikre, at alle typer af borgersegmenter har sundhedsfremmende adfærd samt tilstrækkelig tilgang til sundhedsindsatser og -rådgivning
- Den akutmedicinske kæde og det præhospitale system m.v. ikke i tilstrækkeligt omfang sikrer, at sygehus-akutmodtagelsernes (ressourcekrævende) kapacitet anvendes optimalt
- Der kan være opdrift i sundhedsudgifter og i krav til sundhedssystemet som følge af ”Den nye patientrolle – patienten som kunde og konsument” og som ”indsigtsrig og stærk” ... mindre autoritetstro og øgede krav om valgfrihed og 2nd opinion etc.
- Der er utilstrækkeligt fokus på kvalitet og faglighed og på effekterne (for patienten/borgeren) af indsatserne i sundhedsvæsenet – og utilstrækkelig gennemsigtighed i, hvad det er for sundhedsaktører, og hvad det er for typer af sundhedsindsatser, der sikrer god henholdsvis dårlig kvalitet/effekt.
- Der ikke er (bl.a.) økonomiske incitamenter til at undgå utilsigtede hændelser, for at øge patientsikkerhed og minimere omfang af fejl
- Der er utilstrækkelig anvendelse – utilstrækkeligt gennemslag og utilstrækkelige incitamenter – for sundhedsteknologiske løsninger (hjemmemonitorering m.v.)
- Fordi etik og værdivalg ikke i tilstrækkeligt omfang kommer frem som fokusfelt
- Behovene for øget kvalitet og øget videreuddannelse kan have varianter – og medføre, at de ”stærke” faggrupper vinder frem (sygeplejersker på bekostning af SOSU’er etc.), eller at alle faggrupper må øge krav til uddannelse og kompetencer
- Viden og indsigt i langt højere grad skal opnås via den øgede internationale tilgang for alle til opdateret kundskab om indsatser (kliniske vejledninger, bedste praksis, standarder etc.) samt om evidens og styrke i evidens samt om effekt af indsatser
- Fordi der kan være rekrutteringsmangler – herunder specifikke mangler i forhold til de forskellige kvalifikationsniveauer, der efterspørges i sundhedssystemet

7. Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen har haft det specifikke formål at give en bred kreds af medlemmer fra Sundhedskartellets faggrupper mulighed for at give synspunkter og vurderinger vedrørende fremtidens uddannelses- og kompetencebehov.

Formålet har ikke været at skabe et repræsentativt billede af, hvordan medlemmerne fra Sundhedskartellets faggrupper forholder sig til de forskellige problemstillinger i tilknytning til uddannelse og kompetencer, men i højere grad at få såvel kvalitative som kvantitative indspil i forhold til status og udvikling i uddannelses- og kompetencekrav.

Sundhedskartellet omfatter 11 forskellige medlemsorganisationer (faggrupper). Det har dog heller ikke været intentionen med spørgeskemaundersøgelsen at lede efter systematiske forskelle mellem faggrupperne. Dette er heller ikke muligt at gøre med validitet, alene fordi den gennemførte spørgeskemaundersøgelse ikke systematisk har været rettet mod repræsentative udsnit.

Selvom udgangspunktet ikke var at sikre repræsentativitet blev der i forbindelse med udvælgelsen af respondenter til undersøgelsen skelet til medlemmernes anciennitet. Det blev således betragtet som væsentligt at få indspil fra både relativt nyuddannede samt mere erfarne medlemmer og fra medlemmer, der til dagligt fungerer som ledere.

7.1 Metode og indhold

Idet formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at nå ud til mange medlemmer og at opnå mange indspil, omfattede det udsendte spørgeskema både lukkede og åbne spørgsmål.

I de lukkede spørgsmål blev respondenterne bedt om at tage udgangspunkt i egen hverdag og på fem-punktskalaer give udtryk for grad af enighed med formulerede udsagn. I tilknytning til denne lukkede del var der et kommentarfelt, som gav respondenterne mulighed for at give kommentarer. Denne mulighed blev benyttet af rigtig mange respondenter.

Spørgsmålene i skemaet relaterede sig både til respondenternes baggrund (alder, anciennitet, uddannelse, ansættelsessted mv.) til respondenternes opfattelse af grunduddannelsen, af videre- og efteruddannelsesmulighederne, af jobglidning, af balance mellem praktik og ophold på skole osv. jævnfør afsnit 3.3.1 med det samlede spørgeskema.

I bearbejdningen af respondenternes besvarelser har der primært været anvendt deskriptiv statistik – igen for at respektere fraværet af egentlig repræsentativitet. Derfor har fremstilling og beskrivelse af spørgeskemaundersøgelsens resultater også generelt fokus på at identificere tendenser på tværs af medlemsgrupperne, ligesom der har været fokus på mønstre i besvarelserne i relation til fx anciennitet og ansættelsessted.

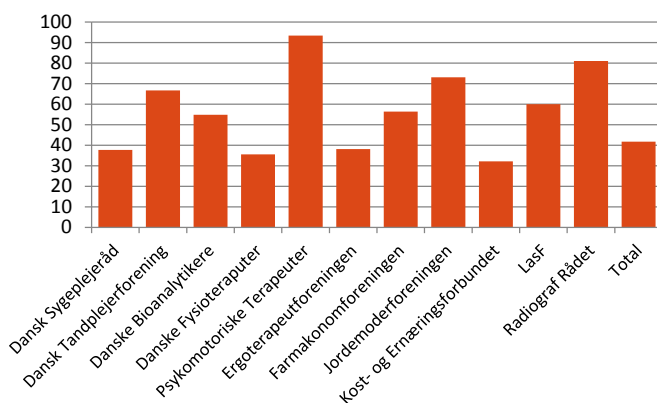
De kvalitative dele – ud fra kommentarfeltene, jf. ovenfor – er tillagt stor betydning. De bidrager til at nuancere og detaljere den kvantitative del, men de vurderes også som væsentlige, fordi respondenterne selv har fundet det vigtigt med kommentarer.

I alt har 511 ud af 1216 modtagere af spørgeskemaet valgt at besvare. En svarprocent på 42 vurderes som acceptabel – givet den relativt korte tidshorisont for besvarelse samt formål og metode.

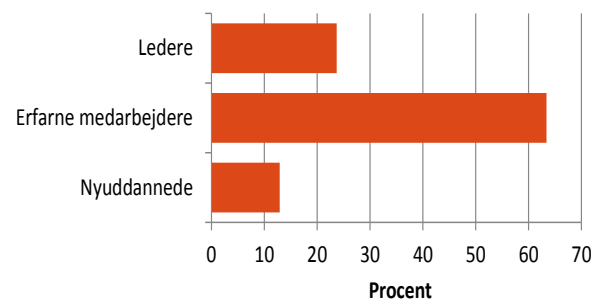
Ses der på tværs af faggrupper vurderes deltagelsen ligeledes at være acceptabel. Der er dog en tendens til, at specielt de mindste medlemsorganisationer har høj deltagelse, mens de største medlemsorganisationer har lavere svarprocenter.

Spørgeskemaet blev sendt ud til de forskellige medlemsorganisationers deltagere, svarende til den andel, den enkelte organisations medlemmer står for i forhold til Sundhedskartellets samlede medlemstal. Dermed har eksempelvis 62 % af modtagerne af spørgeskemaet været medlemmer i Dansk Sygeplejeråd. Det skal derfor bemærkes, at de mindste faggrupper er repræsenteret med et relativt lavt antal deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, hvilket man bør have in mente i sammenligning af besvarelser på tværs af faggrupperne.

Svarprocenter fordelt på medlemsorganisationer



Fordeling af respondenter på anciennitet



Når det gælder fordelingen på anciennitet mellem ledere, nyuddannede og erfarne medarbejdere, er fordelingen ligeledes tæt på at være som intenderet, idet spørgeskemaet blev sendt til 60 % erfarne, 20 % nyuddannede og 20 % ledere. Definitionen af en nyuddannet har været, at man er uddannet i 2010 eller senere. 13 % af besvarelserne kommer fra nyuddannede, mens 23 % er fra ledere. De resterende 63 % er besvaret af erfarne medarbejdere, der har arbejdet i minimum 5 år.

7.2 Centrale resultater

I dette afsnit præsenteres udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen. Generelt er det linjen i præsentationen nedenfor, at der er fokuseret på de resultater, hvor der er stor grad af overensstemmelse mellem de kvantitative angivelser i spørgeskemaerne og de tilknyttede kvalitative kommentarer.

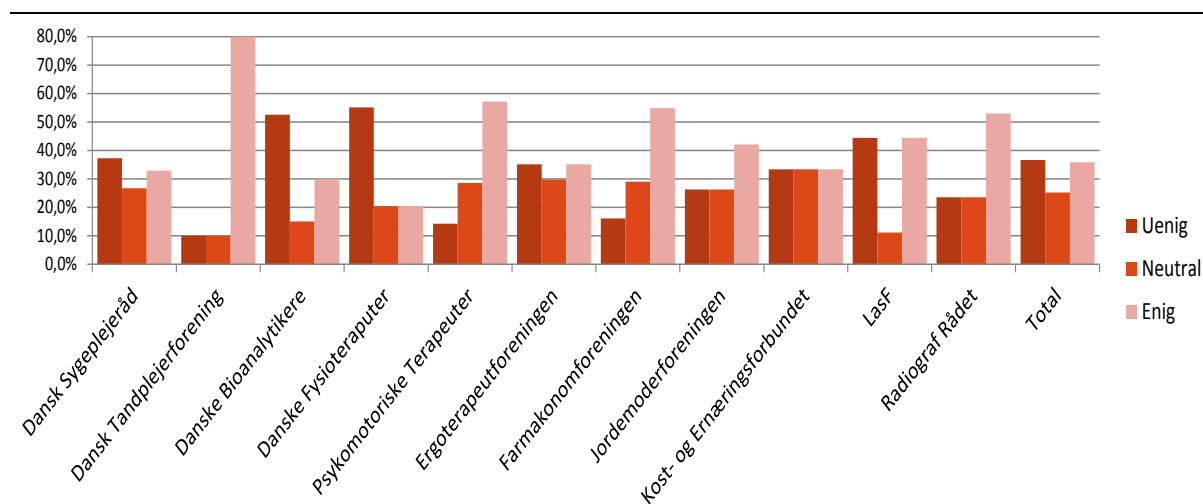
I præsentationen er de kvantitative oversigter derfor også suppleret med uddybende beskrivelser, der bygger på de mange kommentarer fra respondenterne.

Projektet har grundlæggende fokuseret på at få et nuanceret billede af, om de nuværende grunduddannelser på tilstrækkelig vis lever op til såvel nuværende som fremadrettede krav på sundhedsområdet. Eller om der eventuelt kan identificeres behov for justeringer.

For at sikre en indledende pejling, blev medlemmerne i spørgeskemaundersøgelsen spurgt om, hvorvidt den nuværende grunduddannelse vurderes at være tilstrækkelig til at klare hverdagens opgaver.

Der er på tværs af faggrupperne omtrent lige store andele, der erklærer sig enig og uenig i dette spørgsmål – hvilket indikerer relevansen af en dialog om, hvorvidt, og i givet fald hvordan, grunduddannelserne eventuelt skal ændres.

Fordeling i forhold til spørgsmål om, hvorvidt grunduddannelsen har givet tilstrækkeligt grundlag for at varetage opgaverne i den almindelige arbejdsdag.



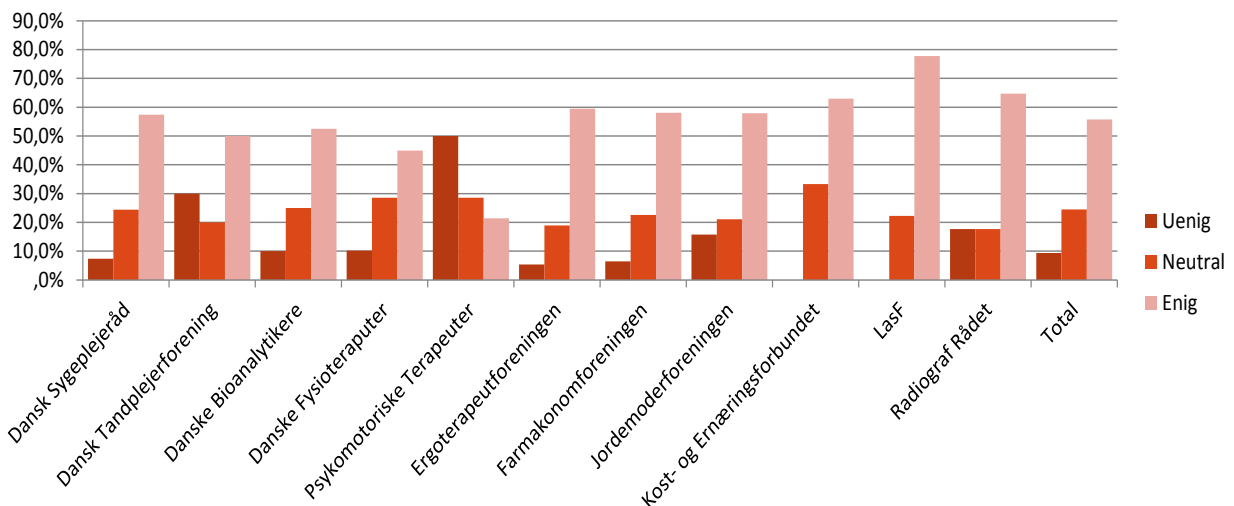
Note: Respondenterne har besvaret følgende spørgsmål: "Min grunduddannelse har givet mig et tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af de opgaver, jeg stilles overfor i min almindelige arbejdsdag." Respondenterne har kunnet svare "helt uenig", "uenig", "neutral", "enig", "helt enig" eller "ved ikke". For overskuelighedens skyld er svarene grupperet, så "uenig" og "meget uenig" er slået sammen, hvilket også er gældende for svarkategoriene "meget enig" og "enig".

Det kan konstateres, at de forskellige medarbejdergrupper – henholdsvis ledere, nyuddannede og erfarne – svarer markant forskelligt på spørgsmålet. Mens 50 % af lederne er uenige i, at grunduddannelsen gør medlemmerne af Sundhedskartellets medlemsorganisationer i stand til at løfte hverdagens opgaver, er den tilsvarende andel for nyuddannede kun på knapt 14 %. Knapt 40 % af de erfarne medarbejdere er uenige i udsagnet. Det fremgår således relativt tydeligt, at der er anciennitetsforskelle ift., om man mener, grunduddannelsen sikrer, at man er i stand til at håndtere problemstillingerne i hverdagen. Det skal her bemærkes, at spørgsmålet har gået på, om "min" grunduddannelse har givet et tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af opgaver, og for en stor del af respondenternes vedkommende vil der være tale om personer, der har taget deres grunduddannelse på et tidligere tidspunkt end den nuværende uddannelsesordning.

I forlængelse af ovenstående er der samtidig en udbredt konsensus om, at der over de næste 10-15 år vil være behov for yderligere udvikling af uddannelserne. Over 50 % af de adspurgte erklærer sig således enten enig eller meget enig i, at der inden for de næste 10-15 år er behov for

store ændringer af grunduddannelsen. Denne holdning er igen mest udtalt blandt de erfarne medarbejdere og lederne, mens gruppen af nyuddannede i mindre grad erklærer sig enig i udsagnet.

Fordeling i forhold til, om man vurderer et behov for betydelig udvikling af uddannelserne fremadrettet



Note: Respondenterne har besvaret følgende spørgsmål: "Der vil være behov for store ændringer i grunduddannelsen for min faggruppe i de kommende 10-15 år". Respondenterne har kunnet svare "helt uenig", "uenig", "neutral", "enig", "helt enig" eller "ved ikke". For overskuelighedens skyld er svarene grupperet, så "uenig" og "meget uenig" er slået sammen, hvilket også er gældende for svarkategorierne "meget enig" og "enig".

Der tegner sig således i de kvantitative besvarelser en relativ klar tendens til, at nyuddannede – mere end lederne og de erfarne – er positive over for uddannelsernes nuværende indhold.

Den samme tendens kan identificeres i flere kvalitative indspil. De kvalitative indspil fra medlemmerne kredser generelt og på tværs af faggrupperne om mange af de samme temaer.

Eksempler på holdninger til, hvor uddannelser bør bevæge sig hen

- "Baggrunden vil sandsynligvis være omfanget af viden: Udviklingen af teori og metoder samtidig med øgede politiske krav" (Nyuddannet sygeplejerske)
- Der er behov for at uddannelsen afspejler den udvikling der er i samfundet. Således vil der være øget behov for undervisning indenfor områder som misbrug, afhængighed og "ulighed i sundhed" (Erfaren sygeplejerske)
- Ja jeg mener vi skal tilbage til håndværket. Lad det være grunduddannelsen og dem der vil kan læse en teoretisk overbygning. (Erfaren sygeplejerske)
- Vi skal hele tiden blive bedre og følge med i nuet, det kræver efter- og videreuddannelse (Erfaren tandplejer)
- Der skal være fokus på teamledelse på tværs af fag (Erfaren bioanalytiker)
- Det er lige før, at der skulle indføres turnusordning som ved lægeuddannelsen. (Erfaren bioanalytiker)
- Der vil være behov for løbende efter- og videreuddannelse inden for mange felter og nok mere tværfagligt/tværasektorielt en tilfældet er i dag (Ledende fysioterapeut).

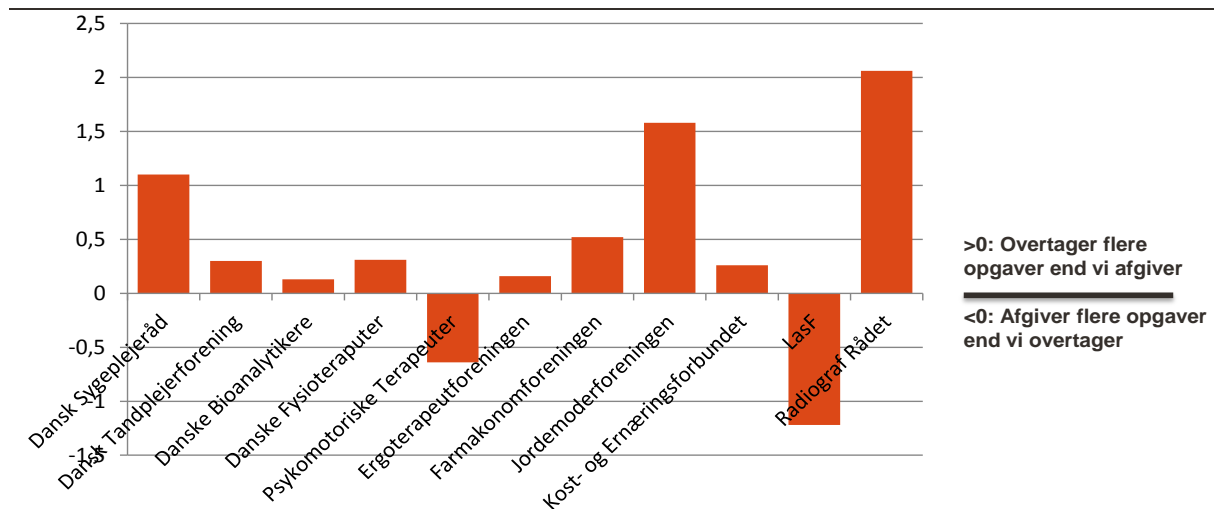
Der er generelt en tendens til, at man ønsker sig enten længere grunduddannelser eller øget fokus på og mere "karrierevejs-orienteret" efter- og videreuddannelse – for på denne måde at få en bedre platform for efterfølgende specialisering. Ligeledes er der bred enighed om nødvendigheden af øget fokus på tværfaglighed, samarbejde og sparring mellem faggrupper.

Der er eksempler på respondenter, der foreslår en fælles grunduddannelse for flere forskellige faggrupper. Dette synspunkt er også fremført af enkelte deltagere i workshop sammenhæng, jf. hovedafsnit 7 nedenfor.

Der kan måske være sammenhæng mellem disse indspil på den ene side – og nogle respondenter/faggruppers bekymring over eller oplevelse af, at andre faggrupper som tendens overtager opgaver, de selv/faggrupperne selv traditionelt vurderes at have stået for. Jf. figur nedenfor.

Flertallet af respondenterne oplever dog i højere grad at modtage opgaver fra andre faggrupper end at afgive opgaver til andre faggrupper.

Fordeling i forhold til, om man vurderer at faggruppen afgiver eller får opgaver fra andre faggrupper



Note: Skalaen går fra -4 til 4 og er sammensat af svarene på to spørgsmål:

- "Jeg oplever i stigende grad, at min faggruppe overtager andre faggruppers arbejde"
- "Jeg oplever i stigende grad, at andre faggrupper overtager min faggruppes arbejde"

Man har kunnet svare "helt uenig", "uenig", "neutral", "enig", "helt enig" eller "ved ikke".

Netop behovet for øget tværfaglighed og samarbejde mellem faggrupper vurderes som væsentlige udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Stort set alle respondenter og faggrupper erklærer sig enige i dette synspunkt.

For at styrke denne del på grunduddannelsen foreslår en del respondenter etablering af flere egentlige fællesmoduler med andre faggrupper – bl.a. for at opnå indblik i, hvordan arbejdsopgaver typisk er fordelt i fx patientforløb mellem de enkelte faggrupper.

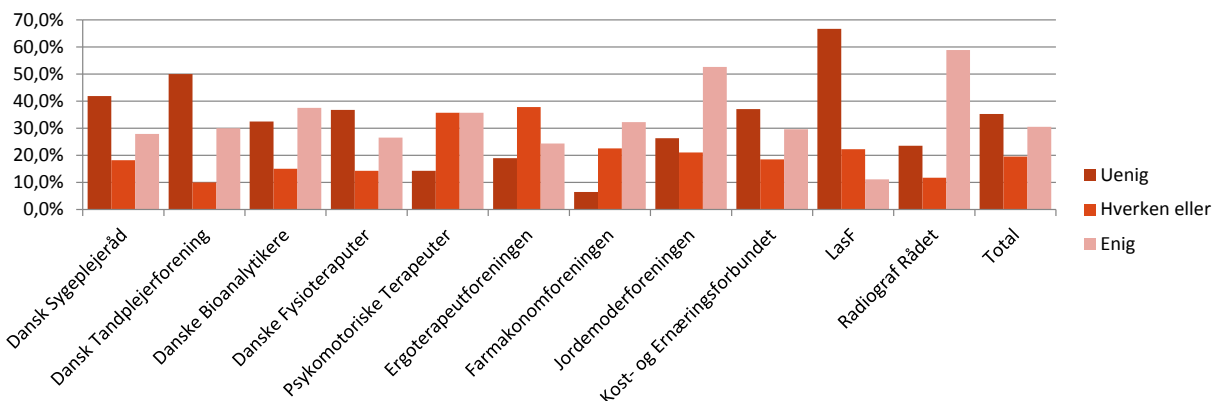
Andre respondenter foreslår øget anvendelse af simulation under praktik delen af uddannelsen, således at der decideret kan trænes i faggruppetværgående samarbejde og tværfaglige indsatser på en så praksisnær måde som muligt.

Respondenterne har i sammenhængen besvaret en række spørgsmål, der går på forholdet mellem teori og praktik (ophold i klinik versus ophold på skole). Her er holdningerne delte.

Der er 29 %, som mener, at der er en god balance mellem den eksisterende fordeling af teori og klinisk praktik, mens der er 23 pct., der mener, at den nuværende fordeling skal ændres. Godt en tredjedel af respondenterne siger, at der skal være mere klinisk uddannelse i grunduddannelserne. Samtidig siger en stor gruppe (60 %), at "den teoretiske læring i grunduddannelsen har været en stor støtte i den efterfølgende praktiske arbejdsdag."

Generelt er det en tendens i de kvalitative kommentarer, at der ikke er ønsket om at øge den tid, der tilbringes i skoleregi, og som anvendes på at tilegne sig teoretisk viden.

Fordeling, hvor man vurderer omfanget praktik (klinisk uddannelse) under uddannelse



Note: Respondenterne har besvaret følgende spørgsmål: "Der er tilstrækkeligt omfang af klinisk uddannelse (praktik) som del af grunduddannelsen". Respondenterne har kunnet svare "helt uenig", "uenig", "neutral", "enig", "helt enig" eller "ved ikke". For overskuelighedens skyld er svarene grupperet, så "uenig" og "meget uenig" er slået sammen, hvilket også er gældende for svarkategorierne "meget enig" og enig".

7.3 Opsummering på spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen har bidraget med en række indspil til, hvilke områder og temaer, det især er væsentligt at være opmærksomme på i sammenhæng med eventuelle fremadrettede ændringer eller justeringer af uddannelserne.

Opsummerende gælder det, at respondenterne

- generelt, men dog mest udtalt for lederne og de erfarne medarbejdere, finder basis for væsentlige ændringer i grunduddannelserne i et perspektiv mod 2025 – hvilket måske skyldes de mange nye opgaver, Sundhedskartellets faggrupper opleves at overtage
- finder behov for øgede færdigheder og kompetencer, når det gælder samarbejde – herunder også faggruppetværgående samarbejde,
- indikerer behov for at se på balancen mellem teori og praktik og måske endda behov for at give praktikdelen øget opmærksomhed, både tids- og ressourcemæssigt – om end der ikke er indikationer i retning af, at en udvidelse af den kliniske uddannelse skal ske på bekostning af den teoretiske.
- vurderer det som et behov, at der i øget omfang kan satses på specialisering – idet dette behov især ses som et behov for mere strukturerede former for efter- og videreuddannelse.

7.3.1 Det samlede spørgeskema

Introducerende information
Email
Fornavn
Efternavn
Status
Underskriver
Underskrivere
Foreningsnummer
Forening
Gruppe
Alder
Køn
Grunduddannelse
Dimissionsårstal
Anciennitet i faget opgjort i hele år
Stillingsbetegnelse
Ansættelsessted
Hvor mange medarbejdere har du
Hvor mange år har du været leder
Hvor mange år har du været underviser
Hvad underviser du i

Spørgsmål	Svarkategorier
1. Min grunduddannelse har givet mig et tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af de opgaver, jeg stilles overfor i min almindelige arbejdsdag.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
2. Der er tilstrækkeligt med tilbud og muligheder til at sikre, at behov for specialisering kan ske gennem efter- og videreuddannelse.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
3. Jeg oplever i min hverdag et stigende behov for teambaseret arbejde med involvering af andre faggrupper.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
4. Jeg oplever i stigende grad opgaveoverdragelser mellem fag, der sætter min egen faggruppe under pres.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
5. Jeg oplever i stigende grad, at andre faggrupper overtager opgaver fra min faggruppe.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
6. Jeg oplever i stigende grad, at min faggruppe overtager andre faggruppers opgaver.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
7. Udnyttelse af sundheds- og velfærdsteknologi vil skabe bedre sundhedsløsninger for borgere/patienter.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
8. Der vil være behov for store ændringer i grunduddannelsen for min faggruppe i de kommende 10-15 år.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
9. Der vil være behov for store ændringer i efter- og videreuddannelse for min faggruppe i de	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig,

kommende 10-15 år.	meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
10. Tværsektorielle indsatser vil vokse markant over de kommende 5-10 år.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
11. Der er et tilstrækkeligt omfang af klinisk uddannelse (praktik) som del af grunduddannelsen.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
12. Patienten/borgeren vil fremadrettet stille endnu større krav – herunder om medinddragelse i behandling og rehabilitering m.v.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
13. Min grunduddannelse har lært mig at arbejde evidensbaseret og gjort mig bekendt med "best practice" på mit fagområde.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
14. Den teoretiske læring i min grunduddannelse har været en stor støtte i den efterfølgende praktiske arbejdsdag.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
15. Der er meget god sammenhæng mellem praktikforløb og skoleforløb på grunduddannelse, så det der undervises i afprøves i praksis umiddelbart efter.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
16. Den aktuelle balance mellem det, man lærer i grunduddannelsen, og det man lærer og specialiserer sig til gennem efter- og videreuddannelse, skal fastholdes nogenlunde uændret.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
17. En del af den teoretiske læring og de faglige idealer og værdier, jeg fik i mit grunduddannelsesforløb, har jeg kun i begrænset	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.

omfang kunnet udnytte i den efterfølgende praktiske arbejdsdag.	
Uddybende kommentarer	
18. Balancen mellem den del af grunduddannelsen, der omfatter klinisk praksis, og den del af grunduddannelsen, der omfatter teoretisk læring, skal fastholdes nogenlunde uændret.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
19. Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt...	
19a dialog samt erfarings- og vidensudveksling med kolleger fra egen faggruppe.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
19b dialog samt erfarings- og vidensudveksling med fagpersoner fra andre faggrupper.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
19c gennem anvendelse af nye former for teknologi og udstyr m.v.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
19d gennem efter- og videreuddannelsesforløb.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
19e gennem litteratursøgning og læsning af fagtidsskrifter m.v.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
19f gennem andre kanaler.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
20. Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer...	
20a Medicinsk/naturfaglig viden.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
20b Samfundsvidenskabelig viden.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
20c Humanistisk viden (herunder om etik og værdier).	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
20d Sociologisk/antropologisk viden (om det sociale og relationelle).	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
20e Ethiske kompetencer og viden.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig, meget enig og ved ikke.
20f Andet.	Meget uenig, uenig, hverken eller, enig,

	meget enig og ved ikke.
Uddybende kommentarer	
21. Giv en kort beskrivelse af, hvad du ser af ændringer i uddannelsesbehov og kompetencebehov over de kommende 10-15 år.	
22. Giv konkrete eksempler på, hvor evidens (kliniske retningslinjer, standardiserede forløb mv.) har medvirket til, at kvaliteten i dit professionelle arbejde er blevet formindsket. Giv gerne op til tre konkrete eksempler.	
23. Giv konkrete eksempler på, hvor evidens (kliniske retningslinjer, standardiserede forløb mv.), har medvirket til, at kvaliteten i dit professionelle arbejde er blevet forøget. Giv gerne op til tre konkrete eksempler.	
24. Giv konkrete eksempler på, hvor effektivisering og rationalisering har medvirket til, at kvaliteten i dit professionelle arbejde er blevet formindsket. Giv gerne op til tre konkrete eksempler. 1:	
25. Giv konkrete eksempler på, hvor effektivisering og rationalisering har medvirket til, at kvaliteten i dit professionelle arbejde er blevet forøget. Giv gerne op til tre konkrete eksempler. 1:	
26. Jeg har følgende yderligere indput og kommentarer.	

7.3.2 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Baggrundsspørgsmål 1		
Køn:	Procent	Antal
Mand	6%	29
Kvinde	94%	483
Total	100%	512

Baggrundsspørgsmål 2		
Ansættelsessted:	Procent	Antal
Kommune	22%	112
Region	55%	282
Privat praksis	6%	32
Uddannelsesinstitution	11%	55
Andet	6%	31
Total	100%	512

Spørgsmål 1		
1. Min grunduddannelse har givet mig et tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af de opgaver, jeg stilles overfor i min almindelige arbejdsdag.	Procent	Antal
1 Helt uenig	14%	70
2	23%	117
3	25%	130
4	20%	102
5 Helt enig	16%	81
Ved ikke	2%	12
Total	100%	512

Spørgsmål 2		
Der er tilstrækkeligt med tilbud og muligheder til at sikre, at behov for specialisering kan ske gennem efter- og videreuddannelse.	Procent	Antal
1 Helt uenig	10%	50
2	18%	90
3	31%	157
4	21%	108
5 Helt enig	16%	82
Ved ikke	5%	25
Total	100%	512

Spørgsmål 3

Jeg oplever i min hverdag et stigende behov for teambaseret arbejde med involvering af andre faggrupper.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	3%	13
2	5%	27
3	12%	62
4	22%	114
5 Helt enig	56%	287
Ved ikke	2%	9
Total	100%	512

Spørgsmål 4

4. Jeg oplever i stigende grad opgaveoverdragelser mellem fag, der sætter min egen faggruppe under pres.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	8%	42
2	19%	97
3	21%	109
4	21%	109
5 Helt enig	25%	126
Ved ikke	6%	29
Total	100%	512

Spørgsmål 5

5. Jeg oplever i stigende grad, at andre faggrupper overtager opgaver fra min faggruppe.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	22%	115
2	30%	154
3	20%	103
4	14%	73
5 Helt enig	8%	41
Ved ikke	5%	26
Total	100%	512

Spørgsmål 6

6. Jeg oplever i stigende grad, at min faggruppe overtager andre faggruppers opgaver.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	9%	48
2	15%	79
3	24%	124
4	28%	142
5 Helt enig	18%	93
Ved ikke	5%	26
Total	100%	512

Spørgsmål 7

7. Udnyttelse af sundheds- og velfærdsteknologi vil skabe bedre sundhedsløsninger for borgere/patienter.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	1%	5
2	6%	32
3	21%	110
4	27%	139
5 Helt enig	31%	160
Ved ikke	13%	66
Total	100%	512

Spørgsmål 8

8. Der vil være behov for store ændringer i grunduddannelsen for min faggruppe i de kommende 10-15 år.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	2%	9
2	8%	39
3	24%	125
4	27%	140
5 Helt enig	29%	146
Ved ikke	10%	53
Total	100%	512

Spørgsmål 9

9. Der vil være behov for store ændringer i efter- og videreuddannelse for min faggruppe i de kommende 10-15 år.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	1%	4
2	4%	19
3	14%	72
4	34%	176
5 Helt enig	42%	213
Ved ikke	5%	28
Total	100%	512

Spørgsmål 10

10. Tværsektorielle indsatser vil vokse markant over de kommende 5-10 år.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	0%	2
2	2%	11
3	10%	49
4	28%	141
5 Helt enig	52%	266
Ved ikke	8%	43
Total	100%	512

Spørgsmål 11

11. Der er et tilstrækkeligt omfang af klinisk uddannelse (praktik) som del af grunduddannelsen.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	15%	76
2	21%	105
3	20%	100
4	15%	77
5 Helt enig	15%	79
Ved ikke	15%	75
Total	100%	512

Spørgsmål 12

12. Patienten/borgeren vil fremadrettet stille endnu større krav – herunder om medinddragelse i behandling og rehabilitering m.v.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	0%	2
2	1%	4
3	4%	22
4	20%	100
5 Helt enig	74%	378
Ved ikke	1%	6
Total	100%	512

Spørgsmål 13

13. Min grunduddannelse har lært mig at arbejde evidensbaseret og gjort mig bekendt med "best practice" på mit fagområde.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	14%	72
2	17%	85
3	24%	122
4	20%	104
5 Helt enig	21%	110
Ved ikke	4%	19
Total	100%	512

Spørgsmål 14

14. Den teoretiske læring i min grunduddannelse har været en stor støtte i den efterfølgende praktiske arbejdsdag.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	3%	17
2	9%	44
3	24%	125
4	27%	140
5 Helt enig	33%	171
Ved ikke	3%	15
Total	100%	512

Spørgsmål 15

15. Der er meget god sammenhæng mellem praktikforløb og skoleforløb på grunduddannelse, så det der undervises i afprøves i praksis umiddelbart efter.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	5%	26
2	14%	70
3	23%	117
4	22%	115
5 Helt enig	10%	51
Ved ikke	26%	133
Total	100%	512

Spørgsmål 16

16. Den aktuelle balance mellem det, man lærer i grunduddannelsen, og det man lærer og specialiserer sig til gennem efter- og videreuddannelse, skal fastholdes nogenlunde uændret.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	8%	41
2	17%	87
3	21%	106
4	20%	101
5 Helt enig	5%	28
Ved ikke	29%	149
Total	100%	512

Spørgsmål 17

17. En del af den teoretiske læring og de faglige idealer og værdier, jeg fik i mit grunduddannelsesforløb, har jeg kun i begrænset omfang kunnet udnytte i den efterfølgende praktiske arbejdsdag.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	29%	150
2	29%	148
3	19%	97
4	12%	63
5 Helt enig	7%	35
Ved ikke	4%	19
Total	100%	512

Spørgsmål 18

18. Balancen mellem den del af grunduddannelsen, der omfatter klinisk praksis, og den del af grunduddannelsen, der omfatter teoretisk læring, skal fastholdes nogenlunde uændret.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	7%	36
2	16%	84
3	23%	116
4	17%	88
5 Helt enig	12%	63
Ved ikke	24%	125
Total	100%	512

Spørgsmål 19a

19a Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt gennem dialog samt erfarings- og vidensudveksling med kolleger fra egen faggruppe.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	4%	18
2	2%	8
3	8%	40
4	20%	104
5 Helt enig	66%	339
Ved ikke	1%	3
Total	100%	512

Spørgsmål 19b

19b Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt gennem dialog samt erfarings- og vidensudveksling med fagpersoner fra andre faggrupper.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	3%	16
2	6%	31
3	15%	77
4	31%	157
5 Helt enig	44%	227
Ved ikke	1%	4
Total	100%	512

Spørgsmål 19c
19c Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt gennem anvendelse af nye former for teknologi og udstyr m.v.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	5%	27
2	10%	53
3	23%	116
4	26%	135
5 Helt enig	32%	162
Ved ikke	4%	19
Total	100%	512

Spørgsmål 19d
19d Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt gennem efter- og videreuddannelsesforløb.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	7%	34
2	7%	38
3	16%	82
4	27%	140
5 Helt enig	41%	209
Ved ikke	2%	9
Total	100%	512

Spørgsmål 19e
19e Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt gennem litteratursøgning og læsning af fagtidsskrifter m.v.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	2%	11
2	10%	51
3	16%	82
4	27%	137
5 Helt enig	45%	228
Ved ikke	1%	3
Total	100%	512

Spørgsmål 19f
19f Jeg holder mig ajour med udviklingen indenfor mit fag og opgavefelt gennem andre kanaler.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	2%	9
2	6%	30
3	19%	95
4	23%	118
5 Helt enig	32%	164
Ved ikke	19%	96
Total	100%	512

Spørgsmål 20a

20a Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer: Medicinsk/naturfaglig viden.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	3%	13
2	3%	14
3	7%	35
4	21%	106
5 Helt enig	67%	343
Ved ikke	0%	1
Total	100%	512

Spørgsmål 20b

20b Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer: Samfundsvidenskabelig viden.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	2%	12
2	5%	25
3	17%	86
4	29%	150
5 Helt enig	46%	234
Ved ikke	1%	5
Total	100%	512

Spørgsmål 20c

20c Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer: Humanistisk viden (herunder om etik og værdier).

	Procent	Antal
1 Helt uenig	2%	10
2	2%	10
3	8%	43
4	27%	136
5 Helt enig	61%	312
Ved ikke	0%	1
Total	100%	512

Spørgsmål 20d

20d Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer: Sociologisk/antropologisk viden (sociale og relationelle).

	Procent	Antal
1 Helt uenig	3%	13
2	5%	26
3	13%	65
4	27%	140
5 Helt enig	51%	263
Ved ikke	1%	5
Total	100%	512

Spørgsmål 20e

20e Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer: Ethiske kompetencer og viden.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	1%	7
2	2%	12
3	11%	55
4	26%	133
5 Helt enig	59%	303
Ved ikke	0%	2
Total	100%	512

Spørgsmål 20f

20f Følgende vidensformer er vigtige for mine professionelle kompetencer:

Andet.

	Procent	Antal
1 Helt uenig	1%	7
2	2%	9
3	9%	47
4	12%	61
5 Helt enig	31%	159
Ved ikke	45%	229
Total	100%	512

8. Workshops

Der har i projektføreløbet været afholdt to store workshops med deltagere fra Sundhedskartellets organisationer. Den første workshop, afholdt den 20. juni 2014, havde ca. 70 deltagere, mens den anden workshop, afholdt den 11. august 2014, havde ca. 50 deltagere.

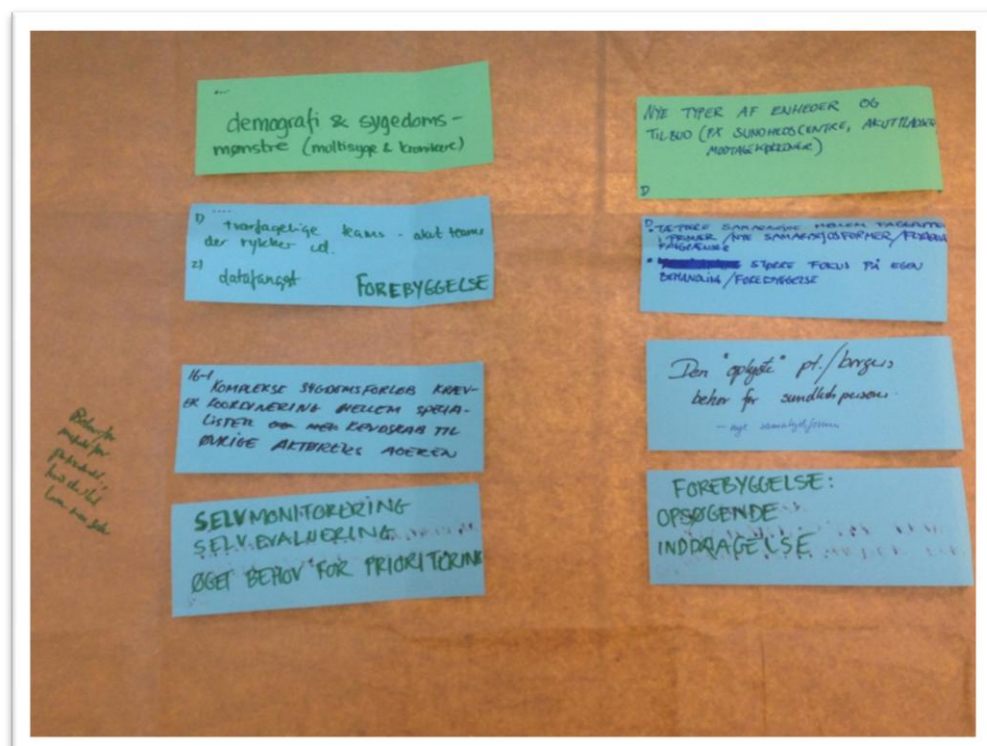
Formålet med disse workshops har været at sikre involverende dialog og debat samt kvalificerede indspil i forhold til konkrete temaer og problemstillinger af relevans i forhold til fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov.

Specifikt var det den første workshops formål at få indspil til uddannelses- og kompetencebehov i forhold til de ca. 20 grundlæggende temaer og problemstillinger, der i projektdesign var udgangspunkt for Sundhedskartellets uddannelsesprojekt.

I forlængelse af det anførte, var formålet med den første workshop endvidere at sikre indledende indspil i forhold til mulige udviklingsveje og mulige perspektiver for udvikling af grunduddannelserne samt videre- og efteruddannelsessystemet.

Output og resultater fra den første workshop blev sammen med øvrigt materiale, udarbejdet mellem de to workshops – herunder 4 udviklede perspektiver, anvendt som grundlag for den anden workshop. På denne workshop blev der således arbejdet helt konkret med forskellige mulige udviklingsveje, når det gælder de elementer, der fremadrettet kan prioriteres i grunduddannelserne samt i videre- og efteruddannelsessystemet.

Der er supplerende afholdt to workshops med det politiske niveau i Sundhedskartellets organisationer – en helt indledende (medio maj 2014) med henblik på konsolidering af rammerne for det samlede projektføreløb og en afsluttende (ultimo august 2014) – med fokus på udvalgte temaer og problemstillinger, der har udkrystalliseret sig gennem projektføreløbet som særligt væsentlige.



På begge workshops med medarbejdere (nyuddannede og erfarne) samt ledere er der arbejdet intensivt og med stor grad af inddragelse af deltagerne via gruppeøvelser og gennem efterfølgende dialog på tværs af grupperne.

De to workshops har sikret i første omgang inspiration og efterfølgende løsningsorienterede forslag og vurderinger vedrørende fremtidens grunduddannelser og videre- og efteruddannelser – fra de ressourcer, der i dagligdagen møder kravene til færdigheder og kompetencer, og som oplever ændringerne over tid i disse krav.

Metoden har på begge workshops været den, at deltagerne med udgangspunkt i en forud udarbejdet ramme – på første workshop projektdesignets formulerede temaer og problemstillinger, jf. nedenfor, på anden workshop en række udviklede perspektiver (svarende, samlet set, til et fremadrettet mulighedsrum) med hver for sig forskellig prioritering af elementer i uddannelsen.

Eksempelvis var et første perspektiv, at grunduddannelsen kan orienteres mod og prioritere ”daglig drift”, et andet perspektiv, at grunduddannelsen kan orienteres mod og prioritere viden om ”evidens for og effekt af sundhedsindsatser” etc.

Temaer og problemstillinger i projektet

Effekter for uddannelses- og kompetencebehov som følge af

- opgaveomfang i borgerens eget hjem
- anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger
- nye typer af enheder og tilbud (fx sundhedscentre, akutpladser, modtagekøkkener)
- fælles akutmodtagelser og former for døgnvagtordninger
- nye supersygehuse med reduceret sengekapacitet
- egenomsorg og ansvar for egen sundhed
- borger-/patientviden og borger-/patientinddragelse
- arbejdsdelinger mellem primær og sekundær sektor – og mellem sundhedsaktørerne
- samarbejdsformer mellem sundhedsaktørerne og mellem faggrupper
- krav til kvalitet og patientsikkerhed samt dokumentation (evidens, monitorering m.v.)
- styrings- og incitamentsformer
- dialektik mellem samfundsforhold, erhvervsforhold og uddannelsesforhold
- udvikling af professionernes identitet og ethos, i uddannelse og erhverv
- lighed/ulighed i sundhed og adgang til sundhedsydelser - forebyggelse
- specialiserede opgaver versus generalistopgaver
- demografi og sygdomsmønstre (multisyge, kronikere mv.)
- medicin håndtering

Nedenfor beskrives udvalgte temaer, der har været genstand for gruppeøvelser og/eller dialog på de to afholdte workshops.

Første workshop

Gruppeøvelserne på denne workshop var centreret om at komme med bud på, hvilke kompetencer der er behov for de involverede faggrupper, når vi ser frem mod 2020. Der var her relativ stor enighed om emnerne både på tværs af faggrupper og i forhold til anciennitet inden for fagene. Dette er i sig selv en interessant konklusion, idet det tyder på, at man inden for fagene – i fald der skal ske justeringer af uddannelserne – er relativt enige om de justeringshåndtag, man kan overveje at skrue på.

De tematikker, der blev arbejdet med i den første workshop, fremgår af figur på forrige side.

I arbejdet på workshoppen var der en række emner, der trådte klart frem. De er gengivet nedenfor.

- *Pædagogik, formidling og inddragelse af patient:* I takt med, at patienterne i stadig stigende grad er forskellige og i meget varierende omfang oplyste om egen sundhedstilstand stiller dette krav til måden, som sundhedspersonerne kommunikerer med patienterne på.

Der vil i tiltagende grad være tale om både "ekspertpatienter" som er opdateret om deres egen situation, og samtidig vil der være svage patientgrupper som har store udfordringer med patientrollen. Begge vil stille krav i forhold til faggruppernes indlevelse, formidlingsevne, vejledning, kommunikation og undervisning.

Nogle bruger udtrykket, at der i stigende grad bliver behov for fagpersonen agerer som konsulent og rådgiver for patienten eller brugeren, der også ofte vil opholde sig i eget hjem og modtage ydelsen der. Andre borgere vil stadig gøre krav på "ekspertudsagnet", hvilket måske kræver andre kommunikationsværktøjer.

I fremtiden vil det blive endnu mere udpræget at viden har mange kilder og kan og skal forhandles. I den henseende skal faggrupperne kunne opsøge, formidle og diskutere viden med kolleger, patienter og pårørende mv. Der er således generel efterspørgsel efter flere pædagogiske værktøjer, herunder om sociologiske forhold, herunder om patienternes forskellige socioøkonomiske baggrund, og hvad dette gør for det faglige arbejde/behandlingen.

- *Kommunikation og samarbejde med andre faggrupper:* Dette tema nævnes generelt som væsentligt, og et område til stadig forbedring. På workshoppen drøftedes forskellige måder at opnå endnu bedre samarbejde mellem faggrupper.

Her gav flere udtryk for nødvendigheden af både en teoretisk indføring i, hvad andre faggrupper laver og hvilken rolle disse udfylder i væsenet som helhed, ligesom endnu flere gav udtryk for behovet for også at træne både kommunikation og samarbejde i praksis eller alternativt ved simulation.

Under dette punkt gav flere ligeledes udtryk for væsentligheden af at holde fast i monofagligheden, da denne angives at være vigtig for dels at forstå, dels at kunne bidrage

effektivt til helheden. Selvom der ønskes et fuldstændigt opgør med silotænkning pointeres væsentligheden af at have en stærk profession og et solidt håndværk stadig.

- *Projektledelse:* I forlængelse af ovenstående identificerer mange et behov for at opøve projektledelses- eller koordineringskompetencer i forhold til at tackle en hverdag, der er præget af stigende kompleksitet og stigende tendens til, at mange forskellige faggrupper er indblandet – nærmest simultant – i behandlingen af en patient.
- *Mulighed for specialisering:* Graden af specialisering – og nødvendigheden af specialisering – blev ligeledes drøftet meget på tværs af faggrupper og anciennitet.

Der var både medlemmer, der gjorde synspunktet gældende, at grunduddannelsen skal være endnu mere generel, og at alt specialisering skal foregå senere i karrieren. Andre gjorde gældende, at de nyuddannede ofte har så generelle kompetencer, at det tager relativt langt tid, at indsluse nyuddannede på arbejdsmarkedet.

Her blev der således talt om behov for specialisering allerede på grunduddannelsen. Som en del af denne diskussion blev det ligeledes drøftet, om det skulle være muligt fx at specialisere sig til at gå en mere akademisk/forskningsvej frem for en klinisk specialisering. Udfaldet på emnet er således ikke entydigt.

- *Omstillingsparathed:* Der var stor enighed i gruppediskussionerne om, at sundhedsvæsenet som helhed, herunder sygdoms- og behandlingsmønstre, bliver stadig mere komplekse og er under konstant forandring.

Det stiller krav til omstillingsparathed og evnen til at tilegne sig ny viden, og gøre ting anderledes. Mange talte i den forbindelse for et behov for at øge evnen til kritisk refleksion, hvorved menes analytiske evner, der gør en i stand til hurtigt både at søge, tilegne sig og også diskutere og afveje den seneste opdaterede viden, i forhold til stadig mere komplekse patientsituationer.

På den ene side opbygges stadig mere viden i databaser og manualer mv. (fx evidens), på den anden side skal denne viden fx tilpasses ud fra, hvad der er muligt og ønskeligt for patienten, men også ud fra institutionelle, politiske og økonomiske vilkår.

Nogle taler her for en øget akademisering af uddannelserne, mens andre i højere grad taler for at opøve "evnen til i den konkrete situation at reagere fornuftsbetonet."

- *Sammenhæng mellem skoleophold og praktik:* Mange diskussioner kredsede rundt om forholdet mellem tid i klinik og på skole under uddannelse, og der er ikke nogen egentlig konsensus herom.

Nogle taler for øget tilstedeværelse af klinisk personale på skolerne for at gøre alt så "virkelighedsnært" som muligt.

Der fremkom mange positioner om at teori og praktik var hinandens forudsætninger, at de skulle være mere integrerede mv. Det blev også præsenteret, at beskrivende og analyserende teoridannelser samt filosofiske perspektiver er vigtige som redskaber for, at de studerende kan tænke om fænomener i den kliniske praksisdelt af uddannelsen (fra anatomi og fysiologi, til farmakologi, samfundsforhold og etik).

Ud fra de perspektiver eksisterer ”teori” og ”praktik” i egen ret og der kan ikke umiddelbart ”bygges bro” eller ”være sammenhæng” mellem dem. Studerende skal således lære en respekt om mulighederne og begrænsningerne i, hvad teori er og kan, og på samme måde have respekt for hvad praktikkens læreproces involverer af kilder til læring (fx patienter, vejledere, repræsentanter fra andre faggrupper m.v.

Der synes imidlertid at være nogen grad af konsensus om, at ophold i klinik som del af uddannelsen skal afspejle, hvor patienten befinder sig. Dette bliver af mange oversat med et behov for mere klinisk uddannelse i den primære sektor og mindre i den sekundære sektor.

Workshoppen indeholdt endvidere en faggruppespecifik øvelse, hvor hver faggruppe fik mulighed for at ”re-designe” egen uddannelse. Resultatet heraf var i høj grad indarbejdet – på den ene eller anden måde – af de temaer, der er redegjort for på foregående sider.

6.2.2. Anden workshop

Workshoppen omfattede intense gruppeøvelser og drøftelser af fire perspektiver, som Implement og AAU forud for workshoppen havde formuleret på baggrund af det materiale, der indtil videre var indsamlet i projektet. Deltagerne blev inddelt i grupper på tværs af fag med det formål at forholde sig til og komme med justeringsforslag til perspektiverne:

1. Et driftsorienteret perspektiv med vægt på klassiske driftsledelsesegenskaber, herunder monitorering, udnyttelse af ressourcer, produktivitet, projektledelse mv.
2. Et specialiseringsorienteret perspektiv med fokus på relativ kort introduktion til generelle egenskaber og tid på grunduddannelse til specialisering
3. Et evidensorienteret perspektiv, hvor der fokuseres på også at gøre de studerende i stand til at bidrage med vidensproduktion
4. Et sundhedsfremmeorienteret perspektiv med fokus på opsporing, forebyggelse, ulighed i sundhed, sociologiske og pædagogiske kompetencer.

Disse perspektiver kan ses i sammenhæng med udfordringsbilledet – det vil sige de problemstillinger og problemorienterede forhold, det samlede sundhedsvæsen står overfor i et perspektiv mod 2020/2025.

Det driftsorienterede perspektiv

Grunduddannelsens overordnede karakter:

- 1) Grunduddannelsen tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med stærkt fokus på den almindelige dagligdags driftsopgaver
- 2) Grunduddannelsens væsentlige gennemgående formål er at sikre viden og indsigt i, hvordan faggruppen bidrager, og hvilke roller faggruppen har ind i den almindelige daglige drift – og når det gælder om at opfylde dagligdagens driftsmæssige krav

- 3) Grunduddannelsen sikrer et vist niveau af viden om forhold vedrørende specialisering, forhold vedrørende evidens og effekt og forhold vedrørende sundhedsfremmeindsatser.

Prioriterede læringsdele i grunduddannelsen:

- 1) Indsigt i tilrettelæggelse og optimering af det samlede patient- og borgerforløb, hvor indsatser går på tværs af primær og sekundær sektor og involverer flere/mange faggrupper og funktioner
- 2) Indsigt i tilrettelæggelse af optimal udnyttelse af ressourcer og kapacitet
- 3) Det primære fokus for den opnåede indsigt under I og II er på faggruppens aktiviteter, men der fokuseres også på de andre faggruppers aktiviteter og på samarbejde og arbejdsdeling mellem faggrupperne
- 4) Faggruppespecifik viden og faggruppespecifikke roller er fortsat en helt væsentlig læringsdel i grunduddannelsen, men denne del suppleres med systematisk opbygning af viden om de andre faggruppers fagligheder og roller. Denne viden skabes gennem fælles moduler, hvor alle faggrupper deltager
- 5) Indsigt i produktivitet og effektivitet – og i forskellene mellem produktivitet og effektivitet – samt indsigt i, hvordan produktivitet og effektivitet hænger sammen med service og kvalitet
- 6) Indsigt i økonomi- og budgetsystemer, personale- og vagtplanlægningssystemer samt aktivitetsbaserede styringsformer og incitamenter (fx DRG og DAGS)
- 7) Indsigt i forskellige former for opfølgning i forhold til driftsmæssig ”performance” – især vedrørende budgetoverholdelse samt vedrørende produktivitet og effektivitet
- 8) Fokus på og træning i den fagligt baserede vurdering/det faglige skøn i forskellige former for driftssituationer
- 9) Indsigt i relevant og resultatorienteret inddragelse af og information/kommunikation i forhold til patienter/borgere og pårørende
- 10) Fokus på forberedelse til praksis (job efter uddannelse), hvor de studerende introduceres til redskaber, der gør dem i stand til på egen hånd at tilgå og tilegne sig mere specifik viden om praksis og konkrete job-roller
- 11) Viden om samarbejde, koordination, konflikthåndtering m.v. i den daglige driftsmæssige hverdag, herunder i relation til eksterne samarbejdspartnere (bl.a. sociologisk/antropologisk og psykologisk baserede former for grundlag)
- 12) Indsigt i karakter af og rammer/basis for velfungerende teambaseret arbejde
- 13) Indsigt i projektledelse og driftsledelse og
- 14) Indsigt i forretningsmæssige forhold, herunder egentlig driftsledelse og privat drift af sundhedsindsatser og de forskellige former for rammer for privat opgavevaretagelse

Teori og praktik, karakter og balance:

- 1) Balancen mellem teori og praktik i grunduddannelsen ændres til fordel for praktikdelen
- 2) Der sikres en væsentlig opprioritering af praktikmulighederne

- 3) Praktikmulighederne sikres på ensartet højt niveau i alle dele af sundhedsvæsenet, herunder også i primærsektoren
- 4) Vejledningskompetencer samt vejledningskapacitet sikres på ensartet højt niveau på tværs af de forskellige dele af sundhedsvæsenet
- 5) Retningslinjer/forudsætninger for praktik gøres mere detaljerede og obligatoriske: Der opstilles konkrete krav til praktikforløb, herunder til indholdet af praktikken (fx krav om, at der over praktikperioden stiftes bekendtskab med forskellige navngivne sygdoms- og funktionsområder – psykiatri, almen medicin, kirurgi etc. samt kommunal hjemmepleje, operation/anæstesi, akutområdet etc.)
- 6) Der gennemføres løbende audits i forhold til praktik. Det foreslås, at en organisatorisk enhed kan fratages retten til at stå for praktik, såfremt audit viser, at praktik i denne enhed ikke gennemføres på det forudsatte niveau
- 7) Simulation opprioriteres og gøres til en selvstændig praktikdel i grunduddannelsen, idet teorielementer integreres i forbindelse med simulation og
- 8) Simulation gennemføres såvel faggruppespecifikt som faggruppetværgående – idet der hermed trænes i driftsorienterede hverdagsproblematikker under kontrollerede rammer.

II - Det specialiseringsorienterede perspektiv

Grunduddannelsens overordnede karakter:

- 1) Grunduddannelsen tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med integrerede krav om specialisering på selve grunduddannelsen
- 2) Grunduddannelsen omfatter – i en nærmere bestemt balance – såvel generelle læringsdele som læringsdele, der afspejler valgt specialisering
- 3) Grunduddannelsen har som væsentligt todelt formål at sikre en overordnet generalistviden med relevans for den enkelte faggruppe og at imødekomme behovet for dyb og praksisorienteret læring på sygdoms- og/eller funktionsspecifikke områder, der obligatorisk vælges af den enkelte studerende
- 4) Grunduddannelsen sikrer et vist niveau af viden om driftsmæssige forhold, forhold vedrørende evidens og effekt samt forhold vedrørende sundhedsfremme
- 5) Specialisering gøres til del af en overbygning i forlængelse af grunduddannelsen
- 6) Der etableres en overbygning på grunduddannelsen, der til gengæld reduceres med ét år
- 7) Overbygning er en uddannelse, der fokuserer på valgt specialisering – sygdomsspecifik og/eller funktionsspecifik
- 8) Overbygning tager 1 år, eventuelt 1½ år, at gennemføre
- 9) Der etableres en kvoteordning for overbygning, således at fx en tiendedel af de studerende, der gennemfører den forkortede grunduddannelse, optages på overbygning og

10) Udover videre specialisering kan overbygning omfatte læringsdele vedrørende fx ledelse og projektstyring, forskning og udvikling samt kommunikation og vejledning.

Prioriterede læringsdele i grunduddannelsen:

- 1) De specialiserede læringsområder omfatter såvel sygdomsspecifikke områder (fx anæstesi, operation, almen medicin, psykiatri m.v.) som funktionsspecifikke områder (fx kommunal hjemmesygepleje, koordinator-/forløbsfunktion (herunder også care manager rollen), selvstændig praksis, akutmodtagelsesfunktion, kvalitetsarbejde, uddannelse og ledelse mv.)
- 2) Grunduddannelsen introducerer overordnet den studerende til en række grundelementer af både fysiologisk, anatomisk, psykologisk, sociologisk og pædagogisk samt epidemiologisk karakter
- 3) Grunduddannelsen omfatter et basismodul, orienteret mod introduktionen til de omhandlede grundelementer – hvorpå der gås videre til en række hver for sig korte moduler, der ud fra forskellige vinkler fokuserer på de forskellige funktions- og sygdomsområder. Fokus i basismodulet er at etablere et videns- og indsigtgrundlag, der er tilstrækkeligt til, at den studerende kan vælge specialisering
- 4) I løbet af grunduddannelsen sikres – i et videre forløb udover basismodul og de omhandlede korte moduler – konkret og dybere viden om mindst to specifikke, specialiserede områder, hvor der kan vælges sygdomsspecifikt og/eller funktionsspecifikt,
- 5) Det primære fokus for den opnåede indsigt er på faggruppens aktiviteter, men andre relevante faggruppers aktiviteter berøres i sammenhæng med introduktionen til de ovenfor anførte grundelementer – og i sammenhæng med de valgte sygdoms- og/eller funktionsspecifikke specialiseringer, 6) Der satses på indsigt og systematisk læring vedrørende sundhedssystemets virkemåde – styring, organisering, finansiering-/incitamenter m.v., således at den specialiseringsorienterede karakter af grunduddannelsen komplementeres af en helhedsorienteret forståelse af det samlede sundhedssystem, og den måde det fungerer på
- 7) Der udvikles et E-learning modul vedrørende sundhedsvæsenets virkemåde, hvor igennem der – udover de læringsdele, der har grundlag i undervisning og praktik – sikres ekstraordinært grundlag for viden om sammenhængene og de tværgående aspekter i det samlede sundhedsvæsen
- 8) Der opnås indsigt i relevant og resultatorienteret inddragelse af og information/kommunikation i forhold til patienter/borgere og pårørende – men med specifikt udgangspunkt i de specialiseringer, der vælges
- 9) Der opnås viden om best practice og evidens på de specialiserede områder og
- 10) Indsigt i udvikling i sygdomsmønstre mv. prioriteres – bl.a. med henblik på at sikre, at de studerende vælger at specialisere sig på sygdoms- eller funktionsspecifikke områder ud fra et oplyst grundlag om tendenser i de forskellige områders incidens/prævalens og nødvendighed

Teori og praktik, karakter og balance:

- 1) Balancen mellem teori og praktik fastholdes uændret
- 2) Den teoretiske del skal sikre, at de valgte specialiseringsområder behandles både i bredden og i dybden (men der ligger heri også et fravalg, hvor andre specialiseringsområder kun behandles helt overordnet)
- 3) Karakteren af praktikdelen ændres, således at praktik for den enkelte studerende tilrettelægges konkret ud fra de valg, der er gjort vedrørende sygdomsspecifikt og/eller funktionsspecifikt område. Den studerendes praktik gennemføres således på de to specialiseringsområder, der er valgt
- 4) Praktik skal inden for de valgte specialiserede områder sikre en så grundig introduktion (til disse områder), at man umiddelbart efter overgang til job kan bidrage væsentligt ind i hverdagens drift og ind i udviklingsorienterede forløb
- 5) Det skal sikres, at praktikstederne – både i primær og sekundær sektor – udbyder de specialiseringsområder, der efterspørges af de studerende og
- 6) Der skal være en national styring, der tager hensyn til behov og konjunkturer – og dermed sikrer, at de studerende kontinuerligt specialiserer sig inden for de områder, hvor der også mere langsigtet vurderes at være behov.

III – Det evidensorienterede perspektiv

Grunduddannelsens overordnede karakter:

- 1) Grunduddannelsen tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med stærkt fokus på forhold og problemstillinger vedrørende evidens og effekt (for patient/borger)
- 2) Grunduddannelsen sikrer viden og indsigt i, hvordan sammenhænge er (og hvordan sammenhænge bygges op og videreudvikles) mellem dels forskning og udvikling samt dokumenteret bedste praksis og dels den måde, hvorpå faggruppens aktiviteter og indsatser samt rollevaretagelse tilrettelægges og
- 3) Grunduddannelsen sikrer et vist niveau af viden om driftsmæssige forhold, forhold vedrørende specialisering, forhold vedrørende omstilling og forandring, forhold vedrørende kommunikation og vejledning samt forhold vedrørende sundhedsfremme.

Prioriterede læringsdele i grunduddannelsen:

- 1) Indsigt i udrednings- og behandlingsteknologi, herunder historik og fremadrettede tendenser
- 2) Indsigt i langsigtede tendenser i sygdomsmønstre (epidemiologi m.v.) – herunder incidens/prævalens/dødsårsager m.v.
- 3) Indsigt i metoder til vurdering af udrednings- og behandlingsregimer (MTV og Business Cases m.v.) – herunder muligheder/behov for prioritering
- 4) Fokus på det internationale perspektiv – hvordan arbejdes der i andre lande med evidens og effekt (for patient-borger)? – hvad er ”dansk evidens”?

- 5) Generel indsigt i, hvordan der konkret arbejdes med kliniske retningslinjer og bedste praksis i udredning og behandling
- 6) Konkret indsigt i, hvordan udredning og behandling i patient-/borgerforløb kan tilrettelægges under hensyntagen til tilgængelig evidens og/eller bedste praksis – med fokus på faggruppens aktiviteter/indsatser i forskellige relevante sygdomsspecifikke og funktionsspecifikke sammenhænge
- 7) Indsigt i balancen mellem faglige, evidensbaserede standarder og faglige vurderinger/faglige skøn – herunder de måder hvorpå og de sammenhænge hvori faggruppen arbejder med faglige vurderinger/faglige skøn
- 8) Indsigt i opfølgingsformer, når det gælder kvalitet – såvel oplevet kvalitet (patient-/pårørendetilfredshed m.v.) samt objektiv kvalitet (overlevelse, komplikationer, utilsigtede hændelser m.v.) – og når det gælder effekt, herunder vedrørende fx funktionsniveau og oplevet livskvalitet
- 9) Fokus på, hvordan ny viden tillæres og implementeres i den daglige drift, så det kontinuerligt sikres, at udredning og behandling hviler på nyeste evidens
- 10) Indsigt i formålene med faglig standardisering – i den måde, hvorpå faglig udvikling samt udredning og behandling tilgås
- 11) Indsigt i, hvad evidens og viden om effekt betyder for faggruppens – og de forskellige faggruppers – indsatser og roller, ind i borger-patientforløbene og i de forskellige former for funktioner (akutmodtagelse, operationsgang, anæstesi, diagnostik etc.).
- 12) Indsigt i evidens og dokumenteret effekt, når det gælder inddragelse af borgere-patienter samt pårørende i egne forløb og egen monitorering af sygdom, funktionsniveau, livskvalitet etc.
- 13) Indsigt i muligheder og begrænsninger, når det gælder ”peer to peer modellen” i forbindelse med behandling (tidligere patienter bistår i forbindelse med behandling) – hvad er der evidens for, hvad er der ikke evidens for? og
- 14) Fokus på national planlægning af optageområdets størrelse i forhold til bestemte sygdomsgrupper – herunder vedrørende landsfunktioner, regionale funktioner og lokale funktioner

Teori og praktik:

- 1) Balancen mellem teori og praktik i grunduddannelsen ændres til fordel for teoridelen
- 2) Praktikdelen tilrettelægges med fokus på, hvordan faggruppens aktiviteter og indsatser på de relevante praktikopholdssteder er tilrettelagt ud fra evidens og bedste praksis – samt på, hvordan der følges op på kvalitet og effekt, herunder i forhold til de særlige indsatser/aktiviteter, faggruppen står for
- 3) Praktikdelen skal sikre viden om, hvordan der i praksis arbejdes (eller ikke arbejdes) med udredning og behandling samt udrednings- og behandlingsregimer, der er i overensstemmelse med seneste evidens/bedste praksis

- 4) Praktikdelen skal sikre viden om, hvordan der i praksis arbejdes (eller ikke arbejdes) med løbende vurderinger af, hvordan eventuelt nye former for evidens/bedste praksis kan implementeres, således at udredning og behandling (i forhold til de specifikke patient-borgergrupper) forbedres og
- 5) Praktikophold kan omfatte nye former for enheder – så som fx KL, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, hvor der arbejdes med bl.a. udviklingsforløb samt vurdering og udformning af kliniske retningslinjer og bedste praksis.

Det sundhedsfremmeorienterede perspektiv

Grunduddannelsens overordnede karakter:

- 1) Grunduddannelsen tilrettelægges som en generalistuddannelse, men med stærkt fokus på sundhedsfremme
- 2) Grunduddannelsen har dermed som væsentligt overordnet formål at sikre viden om, hvordan det sikres, at befolkningens sundhed og sundhedstilstand generelt forbedres, og at behovet for at udrede og behandle generelt kan reduceres
- 3) Grunduddannelsen fokuserer i væsentligt omfang også på "ulighed i sundhed", og hvordan "ulighed i sundhed" modvirkes, 4) Grunduddannelsen sikrer et vist niveau af viden om driftsmæssige forhold, forhold vedrørende specialisering, forhold vedrørende evidens og effekt, forhold vedrørende kommunikation og vejledning samt forhold vedrørende omstilling og forandring

Prioriterede læringsdele i grunduddannelsen:

- 1) Generelt fokus på områderne: Folkesundhed – inkl. sammenhænge mellem socioøkonomiske rammer og sundhed, Sammenhænge mellem indsatser på sundhedsområdet i snæver forstand og socialområdet samt arbejdsmarkedsområdet, Migration og sundhed (borgere/patienter og ressourcer/kapacitet), Børns og unges opvækst og sundhed, Recovery og egen omsorg – og forudsætningerne for effekt af recovery og egen omsorg, Psykisk sundhed samt misbrugsområdet og S sammensatte lidelser og co-morbiditet samt kronisk/langvarig sygdom – inkl. tendensen mod øget behov for "vedligeholdende" indsatser
- 2) Fokus på de forhold, der ud fra et teoretisk og praktisk grundlag vurderes at have sammenhæng med den almene sundhedstilstand i befolkningen
- 3) Indsigt i virkemidler, der kan anvendes som basis for generelle forbedringer i befolkningens sundhedstilstand
- 4) Kost og ernæring som del af basis for sundhedsfremme og recovery samt egenomsorg
- 5) Viden om de faktorer, der understøtter og medvirker til at reproducere "ulighed i sundhed" – og om de virkemidler der kan tages i anvendelse for at modvirke "ulighed i sundhed"
- 6) Systematisk indsigt i typer af opsporing og forebyggelse – og kobling til de patient-borgergrupper, hvor opsporing og forebyggelse især er vigtigt

- 7) Indsigt i rehabilitering samt virkemidler i øvrigt for forbedring og/eller fastholdelse af funktionsniveauer og oplevet livskvalitet
- 8) Natur og miljø som del af basis for sundhedsfremme og reduktion af "ulighed i sundhed"
- 9) Viden om faggruppens aktuelle og potentielle indsatser og roller som del af et sammenhængende og effektivt virkende sundhedssystem med fokus på sundhedsfremme og modvirkning af "ulighed i sundhed"
- 10) Indsigt i og systematisk læring vedrørende sundhedssystemets samlede virkemåde – styring, organisering, finansiering/incitamenter m.v. – idet der fokuseres på såvel aktuel situation som mulige fremadrettede udviklinger og
- 11) Indsigt i udvikling og anvendelse af velfærdsteknologi – og i behov og muligheder, når det gælder sammenhængskraft på tværs af sundhedsområdet, socialområdet og arbejdsmarkedsområdet.

Teori og praktik:

- 1) Balancen mellem teori og praktik i grunduddannelsen ændres ikke
- 2) Teoridelen fokuserer i høj grad på socialpædagogiske og sociologiske kompetencer med relevans for sygdomsforebyggelse og reduktion af "ulighed i sundhed" og
- 3) Praktik tilrettelægges med prioriteret inddragelse af praksissteder, der sikrer konkret læring vedrørende recovery og egen omsorg, vedrørende opsporing og forebyggelse, vedrørende rehabilitering og sundhedsfremme samt vedrørende borger-patientinddragelse og virkemidler i forhold til "ulighed i sundhed".

Erfaringer fra anden workshop

I første del af workshoppen kom medlemmerne med kritiske kommentarer til perspektiverne, herunder forslag til justeringer – ud fra hver af disse perspektivers egen logik. Disse indspil har i væsentligt omfang bidraget til videreudvikling af perspektiverne.

Hvert medlem blev bedt om at tage stilling til, hvilket perspektiv man helst så virkeliggjort ved en afstemning, og faggrupperne arbejdede herefter med det perspektiv, som faggruppens medlemmer, havde givet flest stemmer. Det er her væsentligt at understrege, at valget af perspektiv ikke kan tages til indtægt for, at man ikke ville foretrække status quo eller et helt femte perspektiv, hvis muligheden var der.

Hver faggruppe havde herefter til opgave at "forfine" det perspektiv, de havde valgt ved at importere udvalgte dele fra andre perspektiver.

I forbindelse hermed kunne der konstateres relativ stor variation på tværs af faggrupper i forhold til de elementer fra andre perspektiver, som man valgte at tilføje dét perspektiv, man som faggruppe havde prioriteret højst.

Der var dog en tendens til, at flere faggrupper tilføjede kompetencer om viden om tilrettelæggelse og optimering af borger-patientforløb, hvor indsatser går på tværs af primær og sekundær sektor

og involverer mange forskellige faggrupper – sådan som dette element er beskrevet i det driftsorienterede perspektiv.

Fra det evidensorienterede perspektiv tilføjede flere faggrupper elementerne med fokus på, hvordan ny viden tillæres og anvendes samt indsigt i balancen mellem evidens og fagligt baserede skøn. Dette er i umiddelbar overensstemmelse med de behov, der blev identificeret på den første workshop, jf. beskrivelsen ovenfor.

Workshoppen blev supplerende anvendt til en samlet dialog om såvel de udviklede perspektiver som de prioriterede problemstillinger og forhold, der bør adresseres i forbindelse med tilrettelæggelse af fremtidsorienterede sundhedsuddannelser.

Det var et klart resultat af workshoppen, at der blev efterspurgt udvikling af et ”omstillings- og forandringsorienteret” perspektiv – og dette resultat afspejles i de 5 perspektiver, der nu er udviklet i endelige udgaver, og som omfatter netop omstillings- og forandringsperspektivet.

Det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv kan opsummeres således:

V Det omstillings- og forandringsorienterede perspektiv



Prioriterede læringsdele i grunduddannelsen:

- I. Viden om sundhedssystemets virkemåde – styring, organisering, finansiering/incitamenter m.v. – samt om fremadrettede udviklingstendenser for sundhedssystemet, herunder udfordringer og muligheder
- II. Viden om faggruppens mulige roller i en foranderlig verden (identifikation af forandringsbehov, forandringsagent, formidler af forandringstendenser mv.)
- III. Internationalt orienteret viden:
 - Hvordan italesættes og fokuseres der på behovene for langsigtet, strategisk omstilling og forandring i andre lande?
 - Hvilke konkrete omstillings- og forandringsbehov er identificeret i andre lande – og hvordan håndteres de?
- IV. Viden om innovation, i teori og praksis, samt om konkrete metoder for innovation (innovationsteknikker)
- V. Viden og kompetencer vedrørende sundhedsteknologi/sundheds IT – og i samspillet mellem sundhedsteknologi/sundheds IT og omstillinger/forandringer
- VI. Viden om implementeringsteori og forandringsteori – herunder om de menneskelige og psykologiske aspekter af omstilling og forandring
- VII. Kompetencer og færdigheder i business case modeller
- VIII. Viden om samarbejde, samspil, koordination, konflikthåndtering m.v. – herunder vedrørende forandrings- og omstillingsprocesser, der kræver involvering af flere organisatoriske niveauer og/eller funktioner/enheder
- IX. Viden om, hvordan der konkret kan skabes sammenhæng mellem strategiske visioner og mål samt operationelle initiativer og tiltag
- X. Viden om implementeringsprincipper i forbindelse med omstillings- og forandringsprocesser, bl.a. i sammenhæng med
 - organisatoriske omstillinger og forandringer
 - optimeringer af borger-patientforløb
 - forbedret udnyttelse af kapacitet
 - indførelse af og/eller omstillingsmæssig understøttelse via sundhedsteknologi og sundheds IT
- XI. Viden om barrierer og incitamenter for omstillinger, herunder praktisk implementering af sundhedsteknologiske løsninger
- XII. Viden om inddragelse af borgere, patienter og pårørende i monitorering og behandling samt rehabilitering mv. gennem nye former for sundhedsindsatser
- XIII. Kompetencer og færdigheder i simulationsmodeller, hvor fx forbedringer af kapacitetsudnyttelse og borger-patientforløb simuleres under bestemte præmisser – fx hurtigere flow, færre personaleresourcer, øget anvendelse af operationslejer eller praksislægekonsultationer eller kommunale teams, øget intensitet i træningsindsatser etc.
- XIV. Kompetencer i projektledelse i et forandringsperspektiv, herunder i planlægning, styring samt opfølgning m.v. i forhold til omstillinger og forandringer

9. Anvendte udredninger, rapporter, studier m.v. samt involverede interview- og ressourcepersoner

Aaløkke Ballegaard, S. (2009): Teknologiers mellemkomst i ambulans behandling og egenomsorg: med fokus på gravide kvinder med diabetes, Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, nr. 11, s. 71-85

Aasgaard, H. et.al. (2014): Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten efter ny organisering, Nordisk Sygeplejeforskning nr. 2, 2014, s. 114-128

Alm Andreassen, T. (2004): Brugervedvirkning, politikk og velferdsstat, Dr. polit-afhandling indleveret ved Institut for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo

Alm Andreassen, T. (2008): Asymmetric Mutuality: User involvement as a Government – Voluntary Sector Relationships in Norway, Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 2008 37: 281

Department of Health: Delivering high quality, effective, compassionate care: Developing the right people with the right skills and the right values, 2014

Dinesen, B. & Toft, E. (2009): Telehomecare indenfor hjertesygdomme – status og visionsnotat

Fex, A. (2011): Egenvård och medicinsk teknik – Egenvård bland personer med avancerad medicinsk-teknisk utrustning hemma, Nordisk sygeplejeforskning, 2011 1, s. 66-75

Finansdepartementet (2009): Perspektivmeldingen

Framtidens Karriär (2014): Sjuksköterska

Helsedirektoratet (2014): Fremtidens nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet: Utdanne nok og utnytte nok – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen

HelseOmsorg21 (2014): Forskningskvalitet og internasjonalisering, delrapport

HelseOmsorg21 (2014): Globale helseutfordringer, delrapport

HelseOmsorg21 (2014): Kunnskapssystemet, delrapport

Helse- og Omsorgsdepartementet (2012): Fremtidens helseutfordringer – utfordringer for helse- og omsorgstjenesten

Helse- og Omsorgskomiteen, Stortinget (2009-2010): Innstilling om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Hoffmann, B. (2009): Teknologi skaper sykdom – teknologi, sykdom og verdier, Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund, nr. 11, s. 13-29

IDA (2012): Sundhedsteknologi 2020 – engineering lifecare

International Journal of Nursing Education Scholarship (2010): The Undergraduate Education of Nurses: Looking to the Future

Joint Improvement Team, Health & Social Care Department, Scotland (2012): Personal Outcomes Approach

Karolinska Institutet (2011): 235 röster om "glappet" – Sjuksköterskors reflektioner om övergangen mellan utbildning och yrkesliv

Kings Fund: Clustering of unhealthy behaviours over time, implications for policy and practice, 2012

Kings Fund: Transforming the delivery of health and social care, The case for fundamental change, 2012

Kunnskapsdepartementet (2013): Utdaning for velferd – Samspill i praksis

Medryk: Framtidsyrken inom vården

NAACLS (2014): Clinical Laboratory Scientist/Medical Technologist of the Future

NHS Education for Scotland – Quality Education for a Healthier Scotland – nursing and midwifery, 2014

NHS England: Introducing Health Education England – Our Strategic Intent, 2013

NHS England, HEE: Framework 15, Health Education England Strategic Framework – 2014- 2029

NHS Grampian, NHS Scotland: Workforce 2020, 2012

Norsk Sykepleierforbund (2011): Innspill til fremtidens sykepleierutdanning

Nuffield Trust: Reclaiming a population health perspective, future challenges for primary care, 2013

Oxlund, B. (2012): Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark. Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund, nr. 17, s. 101-118

Public and Health Professions Directorate (2014): Volunteering Program for NHS Scotland – Update

Regeringens udvalg om psykiatri (2013): En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser

Regionernes sundheds it (2011): Strategi for IT-understøttelse af patient-empowerment

Skills for Health: Career Pathways in Health – Allied Health Professions, Health Informatics, Public Health, Administration

Sundhedsindustrien – Dansk Biotek, Medico Industrien, IT-B Branchen, LIF (2012): ... Skaber løsninger for Danmark

Tekniska Högskola (2014): Utbildning och forskning inom hälsa, vård och hälsoteknik

The Best Healthcare Degrees: Top 10 Best Healthcare Careers For The Future

The Scottish Government (2014-15): Workforce Vision 2020,

The Undergraduate Education of Nurses: Looking to the Future. Josephine Hegarty / Ella Walsh / Carol Condon / John Sweeney, International Journal of Nursing Education Scholarship

Thorgård, K. (2012): Patientinddragelse mellem ekspertviden og hverdags erfaringer, Nordisk Sygeplejeforskning nr. 2, s. 96-108

Interviewpersoner fra udvalgte forskningsmiljøer

Samfundsforandringer, uddannelse, læring, profession, teknologi og sundhed – analyser af udvikling/forandringer over de næste 10-15 år særligt med fokus relevans i forhold til sundhedsprofessionerne. (Jf. projektdesign).

Brugere, brugerinddragelse, brugerorganisationer og sundhed, professor og leder af Helse og Velfærdsprogrammet. Tone Alm Andreassen, Højskolen i Oslo. Avdeling for forskning og bibliotek. Seksjon for FOU Helse, omsorg og velferd.

Arbejdsliv, uddannelse og kompetencer mellem erfaring og evidens. Professor Katrin Hjort, Syddansk Universitet – Uddannelsesvidenskab, Institut for Kulturvidenskaber.

Uddannelsessociologi, kultursociologi, uddannelseshistorie og digital litteratur. Professor emeritus Donald Broady, Dept. of Sociology, Uppsala university. Directing the research unit SEC (Sociology of Education and Culture).

Komparative studier af velfærdsstater, organisering af helsepolitik, arbejdsmarkedspolitik relateret til social eksklusion og social ulighed. Professor Espen Dahl Højskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for samfunnsfag Institutt for sosialfag.

Professionskvalificering i uddannelse og arbejdsliv, kendetegn ved professionel kundskab, kvalificering til professionelle karrierer. Professor Jens-Christian Smeby (HIOA).

Faglighed og tværfaglighed (teknisk, medicinsk, sociologi – inter-professionelle relationer) indenfor medicin og helseområdet ud fra socialpsykologisk og sociologiske perspektiver. Professor Berth Danermark; Organisation: Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro Universitet.

Arbejdsmarked, profession, voksenuddannelse, uddannelse, uddannelsespolitik og organisation. Professor Palle Rasmussen, Aalborg Universitet AAU personprofil; Institut for Læring og Filosofi (HUM).

Uddannelsessociologi, pædagogik, professionsforskning og uddannelsesforskning med særligt henblik på mellemprofessionerne. Forskningsdirektør Søren Gytz Olesen.

Pædagogik, Læring, Uddannelse arbejde og livslang læring, profession, Professor Henning Salling Olesen, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning Roskilde Universitet.

Ressourcepersoner i forhold til landegennemgange

Magne Nylenna, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Henriette Ruud, Utviklingssenteret i Vestfold

Asbjørn Hægeland, Diakonhjemmet Sykehus

Anders Vege, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Anne Dalheim, Helse Bergen HF/Høyskolen i Bergen

Anne Mette Koch, Helse Bergen HF

Bente Skulstad, Helsedirektoratet

Cathrine de Groot, Sykehuset Telemark HF

Magne Flatlandsmo, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Liv Overaae, Kommunesektorens organisasjon (KS)

Jo Inge Myhre, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Maria Pernebring, SKL

Ulla Falk, Vårdförbundet

Anne Berndt, Vårdförbundet

Annica Magnusson, Vårdförbundet



Michael Bergström, SKL, Sveriges Kommuner och Landsting
Anna Pettersson, Fysioterapeuterna
Peter Lindgren, Karolinska Institutet
Dag Noren, Health Care Management
Hazel McKenzie, NHS Education Scotland
Bridgit Russell, NHS Education Scotland
Marjolein Don, NHS Scotland, Fife Region
Peter Gabbitas, Edinburgh City Council
Jon Glasby, University of Birmingham, Healthcare Management Institute
Karen Middleton, Health Department, England