

# Manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og hvordan man kan tiltrække og fastholde kvalificeret arbejdskraft

**Kjeld Møller Pedersen**

*\* professor, Institut for sundhedstjenesteforskning, sundhedsøkonomi, Syddansk  
Universitet/Institute of Public Health – Health Economics - J.B. Winsløvsvej 9B, 1, 5000  
Odense C, [kmp@sam.sdu.dk](mailto:kmp@sam.sdu.dk)*

Health Economics Papers  
2008:2



UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK

## Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Indledning .....	5
Udfordringerne.....	5
- befolkningsudviklingen .....	5
- Ikke et nul-sumsspil.....	6
- og det er ikke meget bedre i udlandet.....	8
Hvad siger fremskrivninger om mangelsituationen? .....	8
Holdbare løsninger skal baseres på viden om årsager og forventede virkninger.....	10
- Eksempel på en 'ikke-løsning': Generelt lønløft.....	10
- lønhierarki.....	14
- lønnen i den private sektor.....	16
- løndiskrimineres kvindeerhverv – og kan det begrunde et særligt lønløft?.....	19
Hvad siger OECD?.....	20
Løsningsforslag .....	22
- Det store overblik, nationale initiativer .....	23
- Virkningen af tre ofte fremsatte (nationale) forslag .....	24
- Virkningen af at fokusere på deltidsansatte og interne vikarbureauer.....	25
- Brede og friere rammer for personalepolitikken: opsang til politikerne .....	28
- Ledelse – mere fokus på personaleledelse .....	33
- Hvad gør den gode afdeling bedre (på plejeområdet).....	35
- Faggrænser, opstigningsstrategien mm.....	36
- 'Rigtig' brug af materielle og immaterielle incitamenter .....	37
- Fortsat fokusering på bedre arbejdsgange, arbejdsgangsanalyser .....	37
Appendiks .....	39
Litteratur.....	44

## Sammenfatning

Befolkningens ændrede alderssammensætning er den centrale forklaring på, at der omkring 2015-2020 vil mangle *mindst*

- 5-6.000 sygeplejersker
- 5.000 social- og sundhedsassistenter/hjælpere
- 2.000 læger
- 2.000 i øvrige personalegrupper

svarende til omkring 12-15% af det nuværende antal ansatte på sygehusene. Tages der højde for den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser på grund befolkningens aldring og velfærdsstigninger, må man forvente en mangel på mindst 20%.

Dette problem løses ikke ved et generelt lønløft, som fremført af fagforeninger og visse politiske partier. Det vil kun give anledning til løninflation, som ikke flytter rundt på personalegrupper mellem den private og offentlige sektor eller inden for den offentlige sektor.

Der er ingen løsningsstrategi, der løser hele udfordringen. Der er ingen lette og simple løsninger. Nationale strategier, fx Velfærdsforliget, den seneste jobplan og ændringen af speciallægeuddannelsen, har taget hul på løsningen, men resten må bero på mere lokale forhold. Der er behov for en mangfoldighed af indsatser omfattende alt fra en realistisk tilgang til at friste arbejdskraftreserven af deltidsansatte til at øge deres arbejdsudbud, mere udenlandsk arbejdskraft over en opstigningsstrategi kombineret med målrettet kompetenceudvikling til en offensiv human ressource management, HRM, strategi, der forudsætter, at politikerne skaber det nødvendige ledelsesmæssig frirum samt fortsat fokus på effektivisering i form af arbejdsgangs-analyse og innovative organisatoriske løsninger. Ledelsesuddannelsen bør ændres i retning af mere HRM og vægt på arbejdstilrettelæggelse m.m.

## Abstract

### 'Labour shortage in the Danish Health Sector and how to attract and retain qualified employees'

Similar to other European countries Denmark is facing a demographic challenge that means that the labour force will be contracting and that the number of elderly 60+ years old will increase by around 200,000 over the next 10 years.

Around 2015 there most likely will be a shortage of

- 5-6,000 registered nurses
- 5,000 nurse assistants and carers in the social sector
- 2,000 physicians
- 2,000 persons from miscellaneous groups of employees.

This is equivalent to about 12-15% of the current hospital workforce. If increased demand for health care is taken into account the shortages is likely to be around 20% by 2015-2020.

The solution typically proposed by unions – but also by some political parties – namely increased pay, is examined critically, including reference to health economic works on the labour market for nurses, and found failing – in particular in view of the general labour market situation with an overall contracting workforce.

A number of possible approaches to solving the challenge are discussed. They range from importing nurses and physicians from abroad over increased intake of nursing students to increased focus on human resource management, analysis of work flow using lean methodology, reassignment of tasks across professional groups to enable better use of core competences and increased use of economic incentives.

## FORORD

Udgangspunktet for dette essay er to foredrag holdt i henholdsvis Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering (2007) og Dansk Selskab for Sygehusledelse (2008). Materialet fra foredragene indgik i en besvarelse af Danske Regioners prisopgave i foråret 2008. Udfordringen lød: ”Hvordan kan sundhedsvæsenet sikres tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft”. I nærværende working paper er titlen gjort bredere og mere mundret, ligesom der er indføjjet nye afsnit, fodnoter og referencer.

Formålet med prisopgaven var at sætte fokus på udfordringen med at sikre medarbejdere nok til sundhedsvæsenet og få inspiration til, hvordan regionerne og Danske Regioner kan arbejde videre med området. Ved udvælgelsen af prisvindere lagde bedømmelsesudvalget vægt på, at opgaverne skulle være anvendelsesorienterede og nytænkende. Læseren kan danne sig et indtryk af omfang og karakter heraf ved at læse de tre besvarelser.

Førsteprisen gik til en opgave, der argumenterede for nye rekrutteringsveje for sygeplejersker – ”Rekruttering af mænd, nydanskere og udenlandske studerende til de danske sygeplejerskedannelser”, hvor der blev argumenteret for betydningen af kultur, mangfoldighed, flere mandlige værdier og mindre Florence Nightengale i sygeplejen. Andenprisen gik til ”Dyrk Styrken” en besvarelse fra FOA og et innovationshus – med anonyme forfattere og uden én eneste reference. Tredjeprisen gik til ”Den gode fortælling” om en onkologisk afdeling. Opgaverne findes på [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk).

Jeg troede, at Danske Regioner ønskede noget, der lignede en dækkende analyse af det stillede spørgsmål med inddragelse af forsknings- og udredningsarbejder og løsningsforslag i forlængelse heraf, incl. en kritisk vurdering af allerede fremsatte løsningsforslag i tillæg til nye forslag. Jeg må imidlertid konstatere, at de tre prisbelønnede besvarelser ikke giver et tilnærmelsesvist dækkende svar på den stillede udfordring, der løftes kun en flig – endsige et billede af og dokumentation for, hvor meget forslagene vil bidrage til løsningen af de kæmpeudfordringer, der er forude. Tilløbene til analyse er beskedne og totalt fraværende i den ene af opgaverne. Jeg har således tydeligvis misforstået ideen med prisopgaven men finder alligevel, at der rundt omkring i essayet findes elementer, der er såvel anvendelsesorienterede som nyskabende. I tillæg findes tilløb til kritiske vurderinger af aktuelle forslag. Hertil kommer en betydelig mængde faktuelle oplysninger, som her er samlet ét sted. Det går naturligvis mod den ’positive’ vinkel, der præger vinderopgaverne og eksemplificerer en mere gammeldags akademisk tilgang til et vigtigt spørgsmål.

I den foreliggende form er sprog og dokumentation anderledes end i en traditionel akademisk fremstilling, fordi grundformen fra prisopgaven er bevaret. Sproget er mere direkte, og hvad angår dokumentation er der bl.a. indsat tekstrammer ud over traditionelle litteraturhenvisninger.

*Odense d. 23. april, 2008 (der er foretaget revisioner ultimo maj 2008, incl. nyt afsnit om OECD)*

*Kjeld Møller Pedersen*

## Indledning

Løsningsforslag skal være realistiske. Det er et naturligt krav, at forslagene er gennemførlige og ikke ønsketænkning. Holdbare løsninger skal være baseret på en grundlæggende forståelse af de problemer, som de skal løse, deres måske særlige natur og de større sammenhænge, hvori de skal ses.

Derfor starter notatet med at opridse, hvilke problemer vi står overfor i sundhedsvæsenet og et skøn over problemets omfang. Denne analyse er en nødvendig forudsætning for at kunne vurdere realisme og gennemførlighed af de løsningsforslag, som den sidste del opgaven er helliget en præsentation af. Der er gjort meget ud af dokumentation, fordi der er mange påstande, som ved eftersyn ikke holder vand, og den nævnte realisme fordrer en rimelig grad af dokumentation.

Enkelte steder er sproget lidt polemisk. Det skyldes, at der ifølge forfatterens opfattelse er tale om delvist forvrøvlet argumentation, der desværre skaber misforståelser og skuffede forventninger – og som samlet set forværrer problemerne. Andre steder advares der mod (for) simple løsninger, fx omkring betydningen af løn. Man kan sige, at dette jo ikke som sådan er handlingsanvisende løsninger. På den anden side er det lige så vigtigt at vide, hvad man skal være forsigtig med at tillægge for stor løsningsværdi. I denne fremstilling medtages begge dimensioner.

## Udfordringerne

### *- befolkningsudviklingen*

Det danske arbejdsmarked står overfor en kæmpeudfordring: mangel på arbejdskraft i de næste mange år – næsten uanset hvilken konjunktursituation man kan forestille sig<sup>1</sup>. Udfordringen overgår for praktiske formål tidligere tiders problemer. Forklaringen er usædvanlig enkel: Demografiske ændringer. Det er vigtigt at bide sig fast i dette, fordi det er uomgængeligt – og vil præge udviklingen i mere end 25 år. Løsninger som ikke har dette udgangspunkt og denne forståelse risikerer at være funderet på sandgrund.

Selv om prognoserne kan ændre sig på grund af bl.a. ændringer i fertilitet og dødelighed, er de alligevel robuste, især vedrørende de generationer, der allerede er født. At lukke øjnene for de udfordringer, som alene demografien byder på, er at sammenligne med strudsens, der stikker hovedet i sandet. Den grundlæggende udfordring drejer sig om, hvordan vi i sundhedsvæsenet håndterer den demografiske udfordring.

Vi står overfor en samlet samfundsmæssig udfordring, som har dybtgående implikationer. Det var dybest set hele omdrejningspunktet for Velfærdskommissionens arbejde<sup>5, 6</sup>, og velfærdsforliget fra sommeren 2006<sup>7</sup> var et forsøg på at afbøde de værste konsekvenser heraf.

Problemstillingen har naturligvis også været erkendt tidligere, fx omkring årtusindeskiftet<sup>8, 9</sup>, af den simple grund, at man har kunnet aflæse det af de demografiske prognoser i mange år, jfr. også en nordisk rapport om sundhedsvæsenet så tidligt som 1988<sup>10</sup>, som viste, at frygten for et overskud af

---

<sup>1</sup> For at gøre fremstillingen letløbende og alligevel sikre dokumentation, benyttes der i det følgende i udstrakt grad den fremgangsmåde, at en \* betyder, at der er dokumentation i appendiks, ligesom der i hovedteksten er indsat tekstrammer med dokumentation eller eksemplificering. - Tal som toptegn henvises til litteraturlisten. Grundopfattelsen i fremstillingen er som nævnt, at solid dokumentation er uomgængeligt for troværdighed og for at undgå fritsvævende løsningsforslag. Dokumentationen er undertiden i den originale form, dvs. kopi af tabeller eller figurer fra de oprindelige publikationer.

sundhedspersonale først i firserne vendte til bekymring for et underskud sidste i 80erne og begyndelsen af 90erne, fordi prognoserne havde undervurderet ændringerne på efterspørgselssiden – et tema, der vendes tilbage til nedenfor. Tilsyneladende reageres der ikke for alvor, før problemer bliver nærværende og konkrete, fx at man kan konstatere arbejdskraftmangel, bl.a. mangel på sygeplejersker og speciallæger. Det betyder, at der på nogle områder let bliver tale om hovsa-løsninger, fordi man bliver 'overrasket' – og løsninger a la 'mere i løn' dukker op uden på nogen måde at løse udfordringen med at 'skaffe flere hænder'.

Tre punkter sammenfatter kompakt den demografiske udfordring:

- I de næste 25 år falder arbejdsstyrken netto med mellem 200-250.000 personer\*. Med arbejdsstyrke refereres til gruppen 25-64-årige. Den kan påvirkes af ændringer i tilbagetrækningsalderen og tidspunktet for afslutning af uddannelsesforløb, men kan alligevel ikke ændres afgørende.
- Ungdomsårgangene løser ikke problemer: de falder nemlig også: frem mod 2020 med omkring i alt 100.000\*
- Samtidig stiger antallet af personer over 64 år med omkring 250.000\*.

For sundhedsvæsenet betyder det sidste, at efterspørgslen efter sundhedsydelser vil stige alene på grund af demografiske ændringer. Dette fremgår af den simple fremskrivning, som Statens Institut for Folkesundhed foretog i Folkesundhedsrapporten 2008<sup>11</sup>.

**Tabel 1: Udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsydelser**

	Aldersstandardiseret rate pr. 1.000 personår / aldersstandardiseret forekomst (%)							Forventet tilvækst (i 1.000).	Forventet antal i alt (i 1.000)
	1987	1994	2000	2005	2010	2015	2020	2020	2020
<i>Alle sygdomme</i>									
Heldøgnsindlæggelser	204,1	210,9	212,6	221,3	220,4	223,9	227,3	229	1.395
Ambulante forløb	.	.	.	524	630,9	740,1	849,4	2.238	5.055
Langvarig sygdom (%)	34,2	38,6	41,3	39,0	41,9	43,1	44,3	308	2.074

Der er stigende efterspørgsel på alle områder, og det er vel og mærke udelukkende stigninger, som skyldes den demografiske og den almindelige trend-udvikling i forbruget af sundhedsydelser. Der er ikke taget hensyn til fremkomsten af nye behandlingsmuligheder m.m. Derfor er der utvivlsomt tale om minimumsskøn: Frem mod 2020 vil antallet af heldøgnsindlæggelser stige med ca. 230.000, antallet af ambulante kontakter på sygehusene fordobles til i alt 5 mio., og i 2020 vil 300.000 flere end i dag rapportere at have én eller flere langvarige sygdomme.

For sundhedsvæsenet er der således tale om en dobbelt udfordring: Forventet mangel på arbejdskraft i almindelighed og kvalificeret arbejdskraft i særdeleshed. Samtidig stiger efterspørgslen efter de ydelser, som den vigende arbejdsstyrke skal levere. En dobbelt 'whammer' som det hedder på nudansk.

### **- Ikke et nul-sumspil**

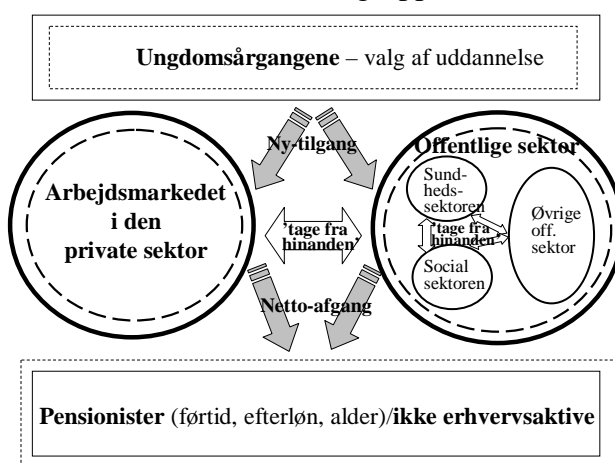
Det er vigtigt at medtænke de samlede sammenhænge for at fremhæve, at fremtidens løsninger *ikke* er et nul-sumspil, dvs. at min gevinst/fordel er lig med andres tab. Den arbejdskraft, jeg tiltrækker, går ikke lige op med, hvad andre kommer til at mangle. Fremadrettet bliver der tale om et 'taberspil', fordi man kommer til at flytte rundt med en faldende arbejdsstyrke, uanset ændring i

pensionsalder eller brug af udenlandsk arbejdskraft. Denne interdependens er illustreret i figur 1, hvor de stiplede linjer angiver, om gruppen falder eller stiger.

Arbejdskraftmanglen i den offentlige sektor under ét kan forsøges afhjulpet på to måder: *Enten* ved at sikre sig en større andel af vigende ungdomsårgange *eller (og)* at tiltrække arbejdskraft fra den private sektor. I nogle kredse mener man, at midlerne hertil er bedre løn- og ansættelsesvilkår, men samfundsøkonomisk er det imidlertid næppe en holdbar løsning, jfr. den senere kritiske diskussion – eller et bedre image for så vidt angår ungdomsårgangene kombineret med attraktive udviklingsmuligheder for fornuftige løn- og ansættelsesvilkår.

**Figur 1: Arbejdsmarkedets forbundne kar**

**Forbundne kar:** bliver mindre i de næste 20-30 år, kun ældregruppen vokser



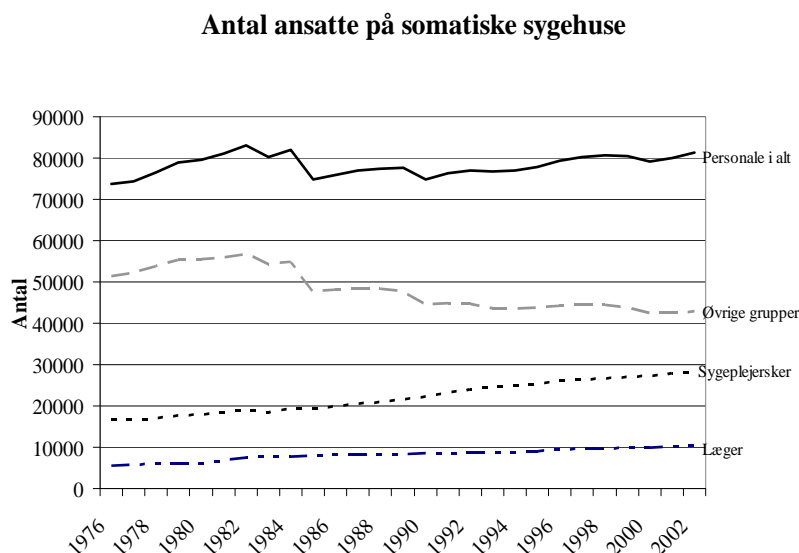
Arbejdskraftsituationen indenfor den offentlige sektor kan forsøges løst ved at tiltrække relevant arbejdskraft fra nabosektorer. Fx er der ansat knap 9.000 sygeplejersker i kommunerne og omkring 25.000 SOSU'er og ca. 40.000 hjemmehjælpere og social- og sundhedshjælpere på ældreområdet, tabel 2. Det er imidlertid åbenbart, at strandhugst af denne type blot flytter rundt med problemet, men kan dog kaste lys over et centralt spørgsmål: hvor gør en mere specialiseret arbejdskraft som sygeplejersker mest gavn? I kommunerne, hvor der i dag er ansat omkring 9.000 eller på sygehuse- ne med omkring 30.000 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker?

**Tabel 2: Fordeling og udvikling på ældreområdet, fuldtidsbeskæftigede 2000-05.**

	2000	2005	Ændring %
Ledelse	259	293	13.1
Administrativt arbejde	1298	1716	32.2
Alment kontorarbejde	1445	1675	15.9
Ledende sygepleje	0	2730	
Sygeplejearbejde	9756	6295	-35.5
Fysioterapi mv.	2284	2801	22.6
Pædagogisk arbejde	770	1607	108.7
Social- og sundhedsassistenter mv.	25442	26466	4.0
Hjem-hjælp., social- og sundhedshjælp mv.	42199	45282	7.3
Kostforplejning og tilb. af måltider	4043	4180	3.4
Rengørings- og køkkenhjælp	5556	4607	-17.1
Vicevært og pedalarbejde	1372	1726	25.8
<i>I alt</i>	94424	99378	5.2

Ifølge Nationalregnskabsstatistikken var der i 2004 beskæftiget godt 150.000 i sundhedssektoren, svarende til omkring 132.000 fuldtidsbeskæftigede. Dette tal omfatter sygehuse, praksissektoren, børnetandplejen osv. Udviklingen i beskæftigelsen i sygehusvæsenet fremgår af figur 2 og en tabel i appendiks viser udviklingen 2000-2005 i detaljer.

**Figur 2: Udviklingen i beskæftigelsen på sygehusene, fuldtidsstillinger<sup>12</sup>**



### **- og det er ikke meget bedre i udlandet**

Arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker globaliseres i stigende grad<sup>13, 14</sup>. Det betyder, at lønforskelle og arbejdsforhold iøvrigt giver incitament til mobilitet, både mellem udviklingslande og udviklede lande, men også mellem de udviklede lande. I nogle lande, bl.a. England, er udenlandsk arbejdskraft reelt en forudsætning for, at sundhedsvæsenet fungerer.

Det centrale er, at der på globalt plan er mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet<sup>13, 15</sup>, ligesom det demografiske billede, der er tegnet ovenfor for Danmarks vedkommende, for praktiske formål genfindes i såvel Vesteuropa som Nordamerika. Det betyder, at danske løsninger med udenlandsk arbejdskraft ikke som sådan er umulige, men kommer til at foregå i skarp konkurrence med andre, bl.a. England, hvor sprogbarrierer bl.a. er mindre, jfr. senere afsnit om disse muligheder.

## **Hvad siger fremskrivninger om mangelsituationen?**

Hvor stor bliver personalemangelen om 10-15 år? Ingen har givet et sammenhængende svar, selv om det er en logisk forudsætning for en løsningsstrategi.

Forskellige organisationer og myndigheder har foretaget såvel fremskrivninger som analyser af mulige tiltag for at afhjælpe arbejdskraftmanglen. FTF har med bistand fra Arbejderbevægelsens erhvervsråd set på situationen i 2015<sup>16</sup>. Konklusionen er punktvis for 2015:

- i SOSU-gruppen vil der mangle ca. 5.700
- i sygeplejerske-gruppen mangler der ca. 5.600
  - DSRs egen analyse frem til 2015 siger 6.900<sup>17</sup>
- i lægegruppen mangler der ca. 2.600

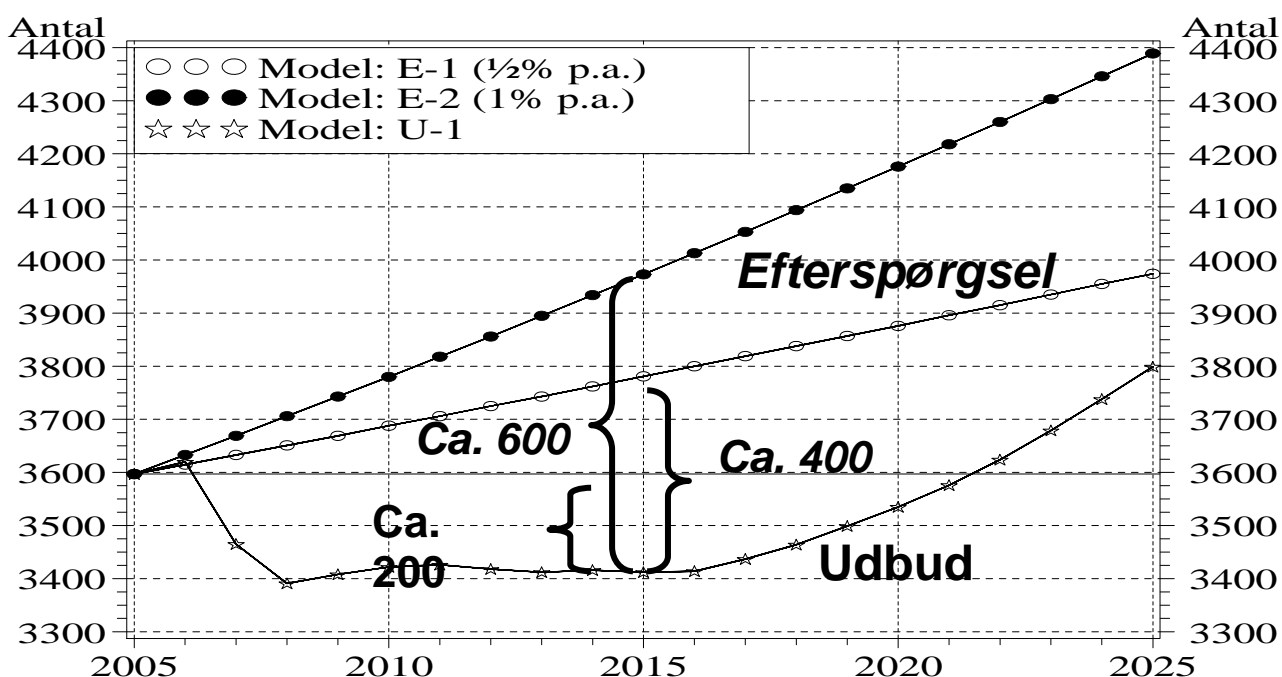


Sammenlagt svarer det til ca. 12-14% af den samlede arbejdsstyrke i sygehusvæsenet. Og da samtlige medarbejdergrupper ikke er medtaget, kan man forsigtigt sige, at der om 10 år vil *mangle* 15-16% af den nuværende arbejdsstyrke i sygehusvæsenet – uden at der er taget hensyn til stigningen i efterspørgslen efter sundhedsydelser.

Fremskrivningen er relativt mekanisk og næppe særlig præcis, men er på den anden side ikke skræmmetænkning, om end faglige organisationer i sagens natur ikke underdriver. Det skal sammenholdes med, at *væksten* i de tilsvarende grupper i perioden 2000-2005\* har været på 14 % for lægernes vedkommende, 7% for sygeplejerskerne og et fald på 10% for gruppen, der i statistikken betegnes som 'andet plejepersonale' (herunder betydelig nedgang i antal sygehjælpere, stigning i SOSA). Disse væksttal er vigtige, fordi de nævnte fremskrivninger ikke tager højde for en stigende efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser, jfr. tabel 1. Der er samtidig en tilbøjelighed til alene at fokusere på det sundhedsfaglige personale, men 20% af personalet udgøres af andre faggrupper – grupper, som der også kan opstå mangel på.

Uheldigvis tager kun få prognoser højde for efterspørgslen efter sundhedsydelser. Som en illustration, hvor det er medtaget, kan prognosen for alment praktiserende læger betragtes<sup>18</sup>, figur 3.

**Figur 3: Udbud af praktiserende læger, U1, og efterspørgslen efter ydelser, E-1, E-2**



Hvis man ikke medtog udviklingen i ydelses-efterspørgslen, mangler der 200 praktiserende læger om 10 år, men antager man henholdsvis en årlig vækst på ½ og 1% er de tilsvarende tal 400 og 600. I denne beregning er ikke medtaget 'sundhedsvæsenets forbundne kar': en udpræget mangel-situation i praksis-sektoren vil utvivlsomt øge presset på sygehusambulatorierne.

Disse tal kan i sagens natur ikke generaliseres til hele sundhedsvæsenet, men det betyder uomgængeligt, at medinddrager man udviklingen på efterspørgselsiden, er tallet væsentligt større end de anslåede 15-16%. 'Mangeltallet' er sandsynligvis mindst 20 %.

DSRs ovenfor nævnte skøn for sygeplejerskemanglen i 2015, 6.900, er sammensat sådan, at 2.400 skyldes 'bedre standarder og dækningsgrader'. Det er utvivlsomt en omskrivning af øget efterspørgsel. Sammenholdt med tallet for almen praksis, tabel 1 og den almindelig personalevækst fra 2000-2005 understøtter det udsagnet om, at 20% er et minimumsskøn over fremtidens mangel-situation. En åbenbar konsekvens af denne konstatering er, at en strategi for personalefastholdelse- og rekruttering naturligt skal suppleres med en strategi for at begrænse efterspørgslen efter ydelser

FTF-fremskrivningen ovenfor tager kun højde for mere konstaterbare forhold som aldersprofil, uddannelseskapacitet m.m. I sagens natur kan der ikke tages højde for mere subjektive og måske impulsive og tidsbestemte forhold. FTF undersøgte således i 2007, hvor mange der havde eller overvejede at søge væk<sup>19</sup>. 21 procent af pædagoger, sygeplejersker m.fl. offentligt ansatte FTF'ere har forsøgt eller kraftigt overvejet at forlade deres fag. Årsagerne var i prioriteret rækkefølge: manglende muligheder for at gøre arbejdet tilfredsstillende, stort arbejdspress og lønnens størrelse.

Et andet forhold, der ikke er medtaget, vedrører, at arbejdsudbud består af både en indkomst- og en substitutionseffekt. Over tid kan det betyde, at et stigende realøkonomisk indkomstniveau fører til, at man 'køber' sig mere fritid og dermed nedsætter arbejdsudbuddet (i økonomjargon: af udbuds-kurven bøjer bagud). Der er ikke tvivl om, at den faldende arbejdstid i de sidste 50 år skal ses i dette lys. Og det er et spørgsmål, om fremtidens økonomiske vækst kan undgå delvist at blive om-sat til mere fritid. I analyserne kan man *antage*, at det ikke sker – men antagelser er ikke nødven-digvis lig med, hvad der faktisk vil ske.

#### **Får du nok i løn? (SOSA)**

»Nu har jeg aldrig uddannet mig til social- og sundhedshjælper for pengenes skyld, for jeg vidste godt, at jeg ville være en af de lavestlønnede. Men jeg synes, at vi skal løbe hurtigere og hurtigere for de penge, vi får, fordi der ikke er nok af os. Det sker meget ofte, at vi er underbemandede på plejehjemmet, **det er temmelig hårdt, og jeg synes, vi burde få mere i løn, når vi knokler sådan.**«

#### **Får du nok i løn? (sygeplejerske)**

»Nej, det synes jeg bestemt ikke. Nu ville de fleste nok bede om mere, hvis de blev spurgt, men jeg føler mig tit utrolig dum, når jeg snakker med familie og venner og hører, hvad de får for det, de laver. Hvorfor skal man have 10.000 kroner mere om måneden for at være computertekniker og have samme længde uddannelse? **Jeg arbejder med levende menneskers liv og har et kæmpeansvar.** Der er ikke respekt i samfundet for det, jeg laver.«

Sammenfattende vil der i de næste mange år være personalemangel alle steder i sundhedsvæsenet. Da der samtidig vil være en parallel mangel på personale i ældreområdet i kommunerne på mindst 15.000 i 2014\* er problemet meget større, fordi mangel i kommunerne vil smitte af på sundhedsvæsenet, og sundhedsvæsenet kan derfor ikke blot forsøge at rekruttere sygeplejersker og SOSU-personale herfra. Her støder man ind i, at der ikke er tale om et nul-sumspil. Desværre findes der ikke samlede prognoser for SOSU-området i kommunerne, kun afgangstal\*, jfr. appendiks, hvor man dog med tilgangstal\* for uddannelsen delvist kan slutte sig til mangelsituationen, jfr. skønnet på 15.000.

## **Holdbare løsninger skal baseres på viden om årsager og forventede virkninger**

### **- Eksempel på en 'ikke-løsning': Generelt lønløft**

Løn er en væsentlig del af ansættelsesvilkårene og opfattes af mange som afgørende for valg af erhverv, jobsøgning- og fastholdelse. Løn er et følsomt emne og diskuteres ofte på en måde, der kan sammenfattes med det gamle politikerudsagn: 'hvis det er fakta, benægter A fakta' – lige fra lønsammenligninger til stigningstakter. De store interessemæssige problemer vanskeliggør forsøg

på en mere analytisk tilgang til spørgsmålet – især om det spiller en rolle ved løsning af personale-mangel- og rekruttering – ligesom forskellige former for dokumentation ofte bærer præg af interessevaretagelse.

Debatten har i det seneste år været intens – ikke mindst fordi flere partier i valgkampen i efteråret 2007 udstedte lønløfter til udvalgte grupper af offentlige ansatte, primært i FOA – baseret på en antagelse om, at det kan løse nogle af fastholdelses- og rekrutteringsproblemerne i den offentlige sektor – og fordi 'de fortjener' højere løn, se tekstrammer.

Det er i bund og grund en uholdbar argumentation, der desværre stikker blå i øjnene på de pågældende ansatte og vanskeliggør mere holdbare løsninger<sup>2</sup>, fordi manglende opfyldelse af lønønsker fører til øget utilfredshed.

*www.berlingske.dk søndag den 26. august 2007*

#### **Borgmestre støtter højere løn til plejepersonale**

Hver anden borgmester i rundspørge mener, at plejepersonale skal have mere i løn.

...

-Den sektor er fuldstændig udpint, og de fortjener et løft ved overenskomstforhandlingerne, ellers er jeg bange for, at vi ikke i fremtiden kan give de ældre den omsorg, vi ønsker. Så flygter de ansatte simpelthen, siger borgmester i Randers Kommune, Henning Jensen Nyhuus (S).

*Agenda, august, 2007*

Socialdemokratiet mener også, at lønningerne til social- og sundhedspersonalet er for lave.

"De skal have mere, fordi de udfører et hårdt arbejde, og fordi de har fortjent mere. Jeg synes, at der er en meget klar dokumentation for, at de fag med mange kvinder halter bagefter."

Thomas Adelskov, MF, (S).

**"Sygehuse flere steder i landet må lukke senge, fordi de ikke kan skaffe sygeplejersker.**

**Sygeplejerskerne selv vil skaffe flere hænder til faget ved at kræve lønstigninger på 40 pct. over fire år.**

... Sygeplejerskerne kræver en lønfremgang på 40 pct. over de næste fire år, så de i 2012 vil have en gennemsnitlig månedsløn på 35.000 kr. I dag er lønnen i gennemsnit 24.000-25.000 kr. ... Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow, beklager, at der bliver lukket senge.

»Men det er ikke vores skyld. Havde arbejdsgiverne for længe siden villet betale en ordentlig løn til sygeplejersker, var dette ikke sket. Derfor lægger vi op til at tage den afgørende kamp nu. Lykkes det ikke, vil endnu flere sygeplejersker forlade faget.« siger sygeplejerskerens formand.

*Morgenavisen Jyllands-Posten, 16. august 2007*

Vi skal have en lønforhøjelse på 15% [...over tre år]. Det er et ultimativt krav"

*Connie Kruckow, Morgenavisen Jyllands-Posten 2. marts 2008*

De berørte fagforeninger har naturligvis ikke glemt løfterne ved de igangværende overenskomstforhandlingerne i februar-marts 2008, selv om det elegant lykkedes finansministeren at afmontere de største trusler ved løfterne i et forlig før jul 2007 ved teknisk at opjustere de offentligt ansattes lønramme med 5,1 milliarder kroner fordelt ligeligt på 2008, 2009 og 2010. Det var imidlertid blot en fremrykning af anerkendte krav og ikke et varigt løft – og svarede til, hvad Dennis Kristensen kaldte at 'fodre hunden med sin egen hale'.

Lønspørgsmålet er således ikke alene et spørgsmål om rekruttering og fastholdelse, men altovervejende et traditionelt legitimt fagforeningsanliggende om stadig bedre ansættelsesvilkår – uanset om det bidrager til en løsning eller ej af rekrutterings- og fastholdelsesproblemet. I nærværende sammenhæng er det analytiske spørgsmål dog, om bedre løn fører til lettere rekruttering og fastholdelse.

<sup>2</sup> Der har været overenskomstforhandlinger og strejker, medens dette projekt er blevet afviklet. Derfor skal noget af det citerede naturligvis ses i denne sammenhæng (kampen om den offentlige mening, markering overfor medlemmer, 'biased', men ikke usand dokumentation osv.) og derfor ofte præget af retorik og selektiv dokumentation. I nærværende sammenhæng er det dog taget for pålydende, fordi det alligevel viser noget om selvforståelsen.

Der knytter sig så mange misforståelser til samspillet mellem løn, rekruttering og fastholdelse, at det er nødvendigt at bruge en del plads på at mane misforståelserne i jorden for også at identificere, hvor løn kan bruges selektivt til det skitserede formål.

Det kan som hovedkonklusion på det følgende konstateres,

- Et *generelt lønløft*, hverken for alle væsentlige grupper eller fx for SOSAer løser ingen problemer omkring rekruttering og fastholdelse, hverken på kort eller lang sigt – uanset besværgelser fra fagforeninger og visse politikere, jfr. også afsnittet om, hvad OECD siger. I stedet giver det sandsynligvis løninflation<sup>3</sup> og øgede omkostninger i sundhedsvæsenet uden 'mere sundhed'.
  - *Selektiv brug* af løninstrumentet, dvs. rettet mod enkeltpersoner eller mindre grupper, kan derimod med fordel bruges i nogle sammenhænge
  - Ligesom man kan overveje en *reform af løndannelsen i den offentlige sektor*
- Det er vigtigt at forstå *lønhierarkiet* med sammenhængen mellem uddannelseslængde og løn – uden nødvendigvis at acceptere, hvor stejl pyramiden skal være. Balancen i lønhierarkiet – og den oplevede 'retfærdighed' af placeringen - kan ikke ændres ret meget, og sker det, sætter det let gang i en løninflation – uden at det som sådan flytter rundt på arbejdskraften
- Der er ikke et betydende '*lønefterslæb*' i forhold til den private sektor. Alene eksistensen af en reguleringsordning tilsiger dette.
- I det omfang, der kan sammenlignes, er der heller *ikke markante lønforskelle* mellem den private og den offentlige sektor, se dog senere diskussion af DSRs dokumentation
- Der er ikke nogen '*flugt*' fra den offentlige til den private sektor i almindelighed og i særdeleshed den private sundhedssektor – men der kan naturligvis findes eksempler. For sundhedsområdet skal man huske på det simple forhold, at privatsektorens muligheder, især hvis

---

<sup>3</sup> Der findes en relativt omfattende sundhedsøkonomisk litteratur om arbejdsmarkedet for *sygeplejersker*, dels oversigter<sup>20</sup>, dels analyser af betydningen af løn som udbudsskabende og fastholdende faktor<sup>21-28</sup>. Hertil kommer rene teoretiske arbejder<sup>29-31</sup>, og spørgsmålet om betydningen af købermonopol (monosopni) for løndannelsen<sup>32, 33</sup>. Det er især arbejder fra UK og Norge, der præger litteraturen om betydningen af løn. På grund af geografisk nærhed og visse ligheder i institutionelle ordninger har de en vis relevans for danske forhold. Der findes også amerikanske og australske eksempler, men med mindre relevans for danske forhold.

En række artikler har undersøgt, om øget løn øger arbejdsudbuddet og/eller vil hindre skift til andre erhverv/den private sektor. Det generelle indtryk er, at det ikke er tilfældet. Faktisk peger enkelte undersøgelser på udbudskurve, der 'bøjer bagud' (indkomsteffekten er stærkere end substitutionseffekten): "Based on studies of nurses' labour supply in the UK and USA, there is ample evidence indicating that nurses' wage elasticities are small. We have found that this is indeed the case in our panel data set of Norwegian nurses." MEN, noterer Askildsen et al.: The magnitude of the wage elasticity depends on the estimator chosen. ... and an elasticity of 0.2, as in the preferred K-IV model, is higher than what is reported in some other studies."<sup>34</sup> Omsat til almindeligt sprog betyder det, at hver gang lønnen stiger med én procent, øges arbejdsudbuddet med 0,2%. – I en engelsk undersøgelse har man undersøgt, om det kan 'betale' sig at give øget løn set i forhold til, at mange går ud og ind af erhvervet på grund af klager over løn og, at nyrekruttering og oplæring også koster penge. Det hedder: "Taking our point prediction, the reduction in turnover by 0.660% as a result of the hypothetical 10% across-the-board wage increase, ... would lead to a total cost saving, from reduced turnover, of just under £ 14 million per year. However, a 10% increase for the 321 000 NHS nurses ... would cost £ 642 million per year.

Når man vurderer lønniveauet for sygeplejersker, skal man erindre, at der også i Danmark eksisterer et reelt købermonopol (monosopni). Det kan ikke udelukkes, at det har ført til et lavere lønniveau end friere løndannelse ville have medført, incl. større spredning i lønninger.

man herved alene forstår egentlige privathospitaler, for at opsuge interesserede fra det offentlige sundhedsvæsen er mere end begrænsede.

De færreste gør sig fx klart, at der på de kommercielle privatsygehuse ikke er ansat mere end 200-300 sygeplejersker (sammenlignet med godt 30.000 helårsværk og ca. 36.000 personer på de offentlige sygehuse) og maksimalt 80 heltidsansatte speciallæger (sammenlignet med godt 11.000 læger på de offentlige sygehuse, hvoraf langt over halvdelen er speciallæger).

Tilsvarende er der også grænser for, hvor mange 'sundhedsvikar-bureauerne' kan ansætte<sup>4</sup>, især heltidsansatte, ligesom man skal huske, at det utvivlsomt udvider det samlede arbejdsudbud ved, at heltidsansatte i sundhedsvæsenet har 'deltidsansættelse' hos vikarbureauer og, at deltidsansatte i det offentlige sundhedsvæsen har supplerende ansættelse i vikarbureauer (til gode penge – men det ændrer ikke ved, at det samlede arbejdsudbud øges).

Det er åbenbart – og der findes eksempler – som gør, at en social- og sundhedsassistent- eller hjælper helt vælger at skifte erhverv til privatansættelse, men det reelle omfang – i modsætning til presseomtale – er mere end begrænset og der er ikke noget, der tyder på, at det er accelererende. Derfor drejer det sig om at skabe bedre arbejdsforhold i almindelighed for at øge tilfredshed, stolthed, selvværd osv., jfr. afsnittet om offensiv human ressource management, HRM.

- Argumentet med løndiskrimination i kvindeerhvervene som argument for lønløft er ikke overbevisende – og løser ikke rekrutteringsproblemet, men øger blot omkostningerne ved en uændret produktion i sundhedsvæsenet.

Ingen synes, at de får for meget i løn. I stedet er der mange i offerrollen: de får for lidt i forhold til ansvar, de arbejder med mennesker, får for lidt i forhold til mere eller mindre sammenlignelige grupper, de er i et kvindeerhverv osv. Det udtrykkes lidt forskelligt af den enkelte ansatte og organisationerne, se tekstrammerne, men budskabet er det samme: højere løn – og højere løn løser også

---

<sup>4</sup> Det har ikke været muligt at finde definitive tal for antal beskæftige på vikarbureauer, hverken antal fuldtids- eller deltidsbeskæftigede. Iflg. en analyse fra Danske Sygeplejeråd (tabel 4)<sup>55</sup> var der i 2005 ansat 918 på vikarbureauer - hvilket umiddelbart forekommer at være et sandsynligt antal for heltidsansatte.

Hertil kommer deltidstilknyttede, et antal som ikke kendes præcist, men ligger sandsynligvis i intervallet 3-5.000. Ifølge en artikel i Sygeplejersken (no. 9, 2007) udtaler den adm. direktør for Sygeplejerskernes Vikarbureau, der er et af de største i branchen, at bureauet har tilknyttet 6.000 vikarer (sygeplejersker, SOSAer m.fl.) over hele landet. Samtidig oplyser direktøren, at de har 300 heltidsansatte (sygeplejersker?). I lyset heraf lyder tallet dog 6.000 mindre sandsynligt. I samme artikel oplyser et andet bureau, Proffice Care, at de har 570 i deres landsdækkende kartotek. Active Care er landets største vikarbureau, ejet af Falck. På hjemmesiden ([http://www.activcare.dk/Pages/Content.aspx?menuid=Main\\_OmAC\\_Personale](http://www.activcare.dk/Pages/Content.aspx?menuid=Main_OmAC_Personale)) oplyses følgende: ActivCare har over 8.000 registrerede vikarer fordelt på faglært sundhedspersonale. Primært sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, social- og sundheds- hjælpere, plejere og jordemødre samt faggruppen medhjælpere, som er uddannet personale med bred erfaring inden for ældreplejen omkring rengøring og praktisk bistand. - Af bureauets p.t. 5.000 aktive vikarer er mere end 1.000 beskæftiget på fuld tid i bureauet. - De resterende ca. 3.000 vikarer har enten valgt midlertidigt at være meldt passive, eller deres kompetencer har ikke været efterspurgt på de tidspunkter, hvor de har stillet sig til rådighed.

Omsætningen for vikarbureauer inden for sygepleje og sundhed var iflg. Danmarks Statistik på 1,3 mia. kr. i 2004 og var i 2006 steget til 1,6 mia. kr. – fordelt på sygehuse, kommuner m.fl..

rekrutterings- og fastholdelsesproblemer – i det mindste i de områder, der er organiseret af FOA og DSR.

Grundproblemet er imidlertid, at 'mere i løn' ikke varigt og i almindelighed – og næppe heller på kort sigt – løser personalemangel og rekruttering, jfr. foranstående fodnote vedr. sygeplejersker. Medens *et generelt lønløft* ikke er en løsning, er *selektiv brug af løn* incitament absolut en mulighed, jfr. senere, ligesom en ændring af *løndannelsen* på det offentlige arbejdsmarked kan være relevant. Udfordringen i forbindelse med det sidste bliver at finde en afløser for sammenkoblingen mellem uddannelseslængde og løn, fx kunne man se på ansvar og kompetencer, men det sker i forvejen som tillæg til uddannelseslængde, fx tillæg for ledelse eller specialiseret uddannelse.

I Budgetredegørelsen 1999 hed det bl.a., at den fremtidige løndannelse i store dele af den offentlige sektor ville komme til at foregå på mere markedsmæssige vilkår. Det må forventes, at lønniveauet – udover at afspejle medarbejdernes ansvar og kompetence – også i højere grad vil afspejle forholdet mellem udbud og efterspørgsel efter arbejdskraft.

Kombinationen af mangel på arbejdskraft og indførelsen af en mere markedsmæssig løndannelse inden for den offentlige sektor indebærer en risiko for lønpres – og mere direkte: løninflation. Løninflation skaffer ikke flere hænder og flytter ikke varigt væsentlige grupper fra ét område til et andet.

Budgetredegørelsen noterede derfor med sædvanlig finansministeriel rettidig omhu, at fremover (i forhold til 1999) ville der være behov for at fokusere mere på lønstyring samt andre styringsformer, da mangel på styring kan medføre lønstigninger, der ikke modsvares af tilsvarende effektivitets- og produktivitetsforbedringer, dvs. lønstigninger, der ikke fører til en bedre offentlig service men alene øger det offentlige udgiftstryk.

Spørgsmålet om *løndannelse*, herunder mere differentieret løn og dermed større lønforskelle indenfor faggrupperne og de dermed forbundne problemer, diskuteres ikke yderligere her. Vi vender os nu mod spørgsmålet om et *generelt lønløft* til især FOA og DSR-segmenter af den offentlige arbejdsstyrke.

### **- lønhierarki**

Et generelt lønløft ikke er en holdbar mulighed af flere årsager. Lønhierarkiet på arbejdsmarkedet er den mest grundlæggende årsag til, at et generelt lønløft for udvalgte grupper ikke er en reel og varig løsning i en situation med en samlet mangel på arbejdskraft. Lønhierarkiet er nemlig i betydelig grad bestemt af uddannelseslængde og en almindelig opfattelse af, at uddannelseslængde, og dermed investering i uddannelse, og løn hænger sammen. Lønhierarkiet i den offentlige sektor ses tydeligt af tabel 3 og 4 og afspejler tydeligvis uddannelseslængde<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Uddannelseslængde er i sagens natur ikke eneafgørende. Markedssituation m.m. spiller også ind, men drejer sig primært om forskellen mellem lagene i pyramiden. Hertil kommer en delvis (samtidig) historisk forklaring. I den løbende konflikt (per april 2008) anføres det bl.a. fra DSR, at indplaceringen i 1969 var og er uhensigtsmæssig. Der refereres utvivlsomt til tjenestemandreformen i 1969. Ifølge arbejdsmarkedsforskerne *Jesper Due og Jørgen Steen Madsen* var der udbredt utilfredshed. De skriver ” Dansk Sygeplejeråd, DSR, og de øvrige organisationer for de mellemuddannede grupper på sygehusområdet var ikke tilfredse med deres lønindplacering, som fulgte af tjenestemandreformen af 1969. Det lykkedes for sygeplejerskerne med aftalerne per 1. april 1971 at få et vist lønløft. Da de andre grupper ikke kunne få det samme førte det til en kortvarig sygehuskonflikt i 1972-73. DSR ønskede yderligere forbedringer, men nu satte arbejdsgiverne hælene i, og derfor udbrød i december 1973 en ny konflikt, hvor sygeplejer-

Tabel 3 medtager ikke lægegruppen og fx de administrative grupper på sygehusene. De er medtaget i tabel 4.

Tabel 4 viser, at lønforholdet mellem grupperne er ret konstant over tid. Fx udgjorde sygeplejerskernes løn 54,6% af lægernes løn i 2000 og 54% i 2005. 'Andet plejepersonale' fik 90% af sygeplejerske-lønnen i 2000 – et tal, der i 2005 var steget til 91,6%.

**Tabel 3: Lønhierarkiet for udvalgte personalegrupper: gennemsnitslønninger incl. tillæg og pension.**

1 gennemsnitlige offentlige lønniveauer marts 2007		
Stilling	Månedsløn (kr.)	Årsløn (kr.)
Politimand	33.000	396.000
Folkeskolelærer	32.600	391.200
Sygeplejersker, regioner	31.700	380.400
Pædagoger, daginstitutioner	26.200	314.400
Sygehjælper	27.700	332.400
Social- og sundhedsassistent	27.000	324.000
Hjemmehjælper	25.400	304.800
Ikke-uddannet social og sundhedspersonale	20.500	246.000
Renøringssassistenter	21.500	258.000

Kilde: Finansministeriet, Faktaark, 27. august 2007

skerne gik i strejke sammen med fysioterapeuter, ergoterapeuter og jordemødre. Først den 19. januar blev der opnået et forlig, der loftede disse grupper – bl.a. ved at fjerne de laveste løntrin i den hidtidige indplacering. - Således opnåede sundhedsgrupperne i første halvdel af 1970'erne en forbedring af deres lønforhold, men det var langt fra tilstrækkeligt til at opfylde organisationernes krav. Og det har siden ført til nye konflikter på dette område". ([http://faos.sociology.ku.dk/default2.asp?active\\_page\\_id=268](http://faos.sociology.ku.dk/default2.asp?active_page_id=268)).

Ifølge samme kilde var der sygeplejerske- og laborantkonflikt i 1995. Der var bl.a. mangel på sundhedspersonale og derfor skærpede krav om lønforbedringer. I 1993 havde sygeplejerskerne stemt nej til KTO-forliget, men blev samlet op i Forligsinstitutionen. I 1995 udtrådte DSR derfor undervejs sammen med laboranterne af de fælles KTO-forhandlinger for at forsøge at opnå et bedre resultat selv. Det endte med en månedlang konflikt både i amter og kommuner, før Folketinget greb ind og dikterede det samme resultat som de øvrige organisationer i KTO. Der blev dog samtidig etableret et udvalgsarbejde, som efter et halvt år gav en lille lønstigning. Om noget egentlig lønmæssigt gennembrud var der dog ikke tale – og de øvrige i KTO mente samtidig, at sygeplejerskerne selv betalte stigningen i form af indrømmelser på andre områder.

Ved overenskomstforhandlingerne i 1997 forsøgte DSR at gå en ny vej ved at acceptere den lokale løndannelse, som sygeplejerskerne hidtil havde været meget imod. Desuden blev med Sundhedskartellet efterfølgende i 1997 med Sygeplejerådet i spidsen skabt en organisatorisk nydannelse, der samlede 11 organisationer for mellemuddannede grupper på social- og sundhedsområdet. - Under OK 1999 gik disse organisationer efter en markant lønforbedring. De var derfor ikke tilfredse med KTO-forliget, som blev stemt ned, og resultatet var en ny konflikt, som hurtigt blev stoppet af Folketinget med et politisk indgreb. Derefter måtte Sundhedskartellet medlemmer acceptere det samme niveau som de øvrige i KTO. - Året efter tabte den daværende formand Jette Søe året efter en kampafstemning på DSR's kongres formandsposten til Connie Kruckow.

En hurtig refleksion over hierarkiet<sup>6</sup> kommer hurtigt til en problemstilling gående ud på, at lønforskellen mellem social- og sundhedsassistent/hjælper-gruppen og sygeplejerskerne måske er for lille. En social og sundhedsassistent har en uddannelse, der varer 1 år og 8 måneder, hvoraf praktik udgør ét år (en social-og sundhedshjælper uddanner sig 1 år og 2 måneder med 8 måneder er praktik) sammenlignet med en sygeplejerskes 3,5 år, hvoraf 1,5 år bruges til praktik ('klinisk undervisning'). Ud fra et lønsynspunkt er der ikke stor forskel på at blive social-og sundhedsassistent og sygeplejerske, herunder heller ikke betydende incitament for SOSAer til at videreuddanne sig til sygeplejerske. Spørgsmålet er, om dette er hensigtsmæssigt.

**Tabel 4: Lønhierarkiet på sygehusene.**

Lønsum pr. fuldtidsbeskæftiget fordelt på stillingsgrupper (kr.)						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Læger	570 759	598 646	625 515	647 230	668 256	681 027
Sygeplejersker	311 621	323 512	335 411	346 581	359 732	368 058
Andet plejepersonale	280 544	290 722	300 157	315 070	327 944	337 564
Andet sundhedsfagligt personale	276 021	286 401	295 790	307 424	320 151	329 212
Sundhedsfagligt uddannet personale	336 765	350 863	364 437	379 294	395 085	406 201
Administration	304 002	314 597	324 532	339 749	356 161	361 749
Andet personale	260 134	271 965	281 957	294 008	307 909	316 321
Øvrigt personale	266 749	278 821	289 196	301 897	316 318	325 056
<b>I alt</b>	<b>322 030</b>	<b>336 099</b>	<b>349 255</b>	<b>363 886</b>	<b>379 793</b>	<b>390 439</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Løn og beskæftigelse i sygehusvæsenet 2000-2005. Nye Tal 2007:6

Et andet spørgsmål, som tallene i de to tabeller ikke afspejler, er spørgsmålet om karrieremuligheder. Her er der ikke tvivl om, at sygeplejerskerne er de naturlige kandidater til lederstillingerne på plejeområdet på sygehuse og i kommuner. Iflg. DSRs egen lønstatistik (opslag d. 2. marts, 2008), tjener en afdelingssygeplejerske kr. 405.000 årligt og en oversygeplejerske kr. 472.000. Disse stillinger er for praktiske formål lukket for SOSAer.

Hvis personalegrupper ét eller andet sted i pyramiden får et overproportionalt lønløft, vil de øvrige grupper hurtigt forsøge at genoprette, hvad de opfatter som den 'naturlige' lønstruktur. I værste fald kan det føre til løninfation.

#### **- lønnen i den private sektor**

Et tilbagevendende argument for et lønløft for offentligt ansatte i almindelighed og sundhedssektoren i særdeleshed har været henvisning til lønniveauet og stigningstakten i den *private sektor*. Ét af problemerne er her, at arbejdsmarkedet på mange måder er segmenteret: der findes ikke ret mange med fx en

Ét af eksemplerne, der skaber misforståelser  
 "Vores lønkrav er meget enkle at forklare. En jordemor ansat i et privat vikarbureau får 41.000 kr. om måneden. Hendes kollega med samme timetal i det offentlige får 31.000 om måneden, og den forskel skal vi have indsnævret" siger Lilian Bondo (fmd. for Jordmoderforeningen)  
 Landsdækkende avis d. 5. marts, 2008

<sup>6</sup> Som viser, at der i den offentlige sektor er god sammenhæng mellem uddannelseslængde og løn. DSR har imidlertid i sin argumentation valgt at se bort fra dette og ønsker ligeløn i forhold til den private sektor<sup>36</sup>. Det anføres således, at Sygeplejersker i den offentlige sektor har et lønefterslæb på 27 procent til beskæftigede i den private sektor med tilsvarende uddannelseslængde. - DSRs notat er kortfattet – 4 sider – og indeholder ikke som sådan argumentation for berettigelsen af sammenligningerne. Det er (naturligvis) udformet således, at det kan understøtte lønargumentationen per april 2008.



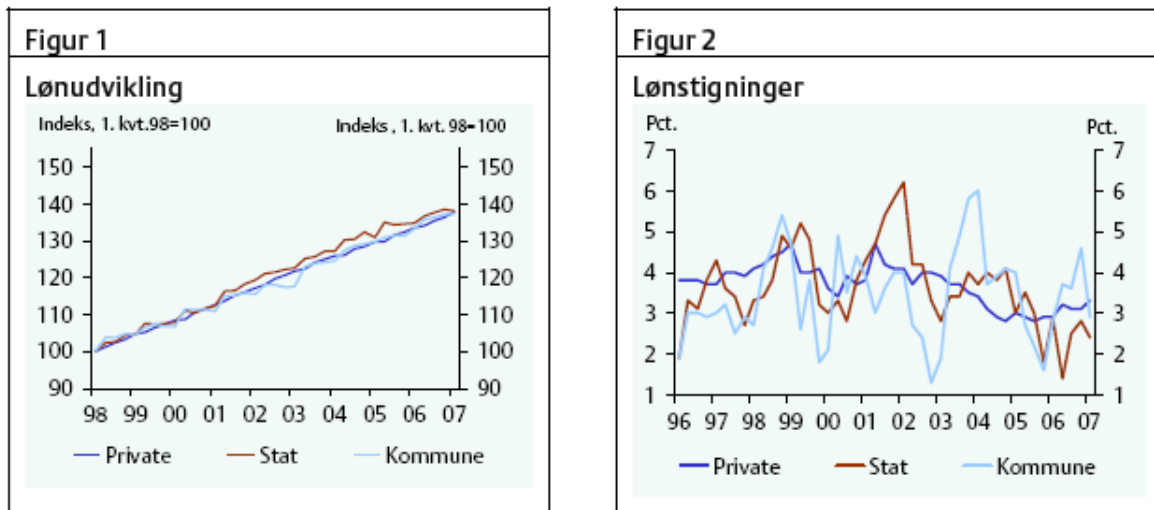
sundhedsfaglig uddannelse i den private sektor. Det vanskeliggør holdbare sammenligninger. For en række ikke-sundhedsfaglige grupper, fx HKere, rengøringsassistenter, maskinmestre osv., findes der sammenlignelige grupper i den private sektor<sup>7</sup>.

Ser man på lønudviklingen, sikrer en reguleringsordning, at hvis de ansatte i den private sektor har en stærkere lønudvikling end medarbejdere i den offentlige sektor, bliver 80 pct. af forskellen udlignet i det følgende år. Omvendt gælder det naturligvis også, at hvis de offentligt ansatte i et år har haft større stigninger end privatansatte, vil der blive taget højde for denne merstigning i det følgende års lønregulering.

Over tid har ordningen bidraget til at sikre en høj grad af parallelitet mellem udviklingen i lønnen i offentlig og privat sektor. Ifølge Danmarks Statistik er lønningerne siden 1. kvartal 1998 steget med 37-38 pct. i såvel den private sektor som i staten og kommunerne<sup>37</sup>, jfr. figur 4. En analyse fra Det fælleskommunale Løndatakontor for perioden 1998-2002 gav det samme billede<sup>38</sup> blot for en kortere periode. De to sektorer løber ikke fra hinanden, om end der kan være en tilbøjelighed til, at den kommunale sektor ikke helt følger den statslige sektor.

Udligningordningen gælder i bred almindelighed, men ændrer i udgangssituationen dog ikke ved et udsagn fra DSR: ” Månedslønnen for en ikke-ledende sygeplejersker på offentlige sygehuse er 27.409 kr. incl. pension og 37.494 kr. for en tilsvarende ansat på privathospital. Dette er en forskel på 10.095 kr. om måneden”<sup>36</sup>. Tallene er fremkommet ved en særkørsel i Danmarks Statistiks lønstatistik for 2006.

**Figur 4: Lønudvikling- og stigning i hhv. den private og den offentlige sektor**



Kilde: Personalestyrelsen, baseret på Danmarks Statistik<sup>37</sup>

Spørgsmålet er imidlertid, hvad tallene dokumenterer? Sandsynligheden taler for, at der er højere løn på privathospitaler (andre krav, måske 'stigmatisering' osv.) – men næppe svarende til 37% af

<sup>7</sup> DSR anfører i et notat fra 5. marts 2008 følgende: ”Udgangspunktet for Sundhedskartelletts lønforhandlinger er, at der bør være lige løn for personer med samme uddannelseslængde, herunder også mellem kønnene. Det er dog en kendsgerning, at privatansatte generelt tjener mere end offentligt ansatte samt at mandsdominerede faggrupper (fx ingeniører, IT-folk, bygningskonstruktører) tjener mere end kvindedominerede faggrupper (fx sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter m.m.).” - Udfordringen her er, at 'lige løn' får flere dimensioner: uddannelse, offentlig-privat og køn. – Se også afsnittet om, hvad OECD siger, fodnote 8.

den offentligt ansatte sygeplejerskes løn. Som løndannelse betaler privathospitalerne i givet fald en for stor overpris for at tiltrække bestemte sygeplejerske-typer.

Af DSR-notatet fremgår imidlertid ikke, hvad de almindelige arbejds- og ansættelsesvilkår er, jfr. også en række af observationerne i afsnitte om, hvad OECD siger, ligesom man heller ikke kan se, i hvilket omfang der er tale om specialiserede funktioner og/eller rekruttering af sygeplejersker med særlige egenskaber, fx større fleksibilitet m.m.. Sammenligningen forudsætter identiske sygeplejersker. Hertil kommer – ud fra en generel arbejdsmarkedsvurdering – at man også overser, hvor mange sygeplejersker, der er tale om i privatsektoren – næppe mere end 200-300. Hvis der i denne sektor var fx 10.000 er det langt fra sikkert, at der ville være så stor en lønforskel mellem de to sektorer.

Netto er der heller ikke en 'flytningestrøm' fra det offentlige til den private sektor i almindelighed, jfr. tabel 5. Der er fortsat flere, der kommer til den offentlige sektor fra den private end omvendt. Det er i øvrigt et billede, der har været gældende i mange år, jfr. fx en rapport fra Det fælleskommunale Løndatakontor<sup>39</sup>.

**Tabel 5: De reelle bevægelser mellem den private og den offentlige sektor**

Jobskifte mellem privat og offentlig sektor				
Beskæftigede, som skifter mellem 2005-2006				
	Amt	Kommuner	Stat	I alt
Fra privat sektor til:	7.289	24.248	10.024	41.561
Til privat sektor fra:	6.171	19.681	12.039	37.891
<b>Beskæftigede i alt 2006</b>	<b>192.715</b>	<b>476.257</b>	<b>177.110</b>	<b>846.082</b>

ANM: Sektortilhørsforhold målt for beskæftigede personer i 2006 sammenlignet med 2005. Offentlig sektor er ekskl. sociale kasser og fondse, offentlige selskaber m.v.  
KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik på RAS.

Kilde: Agenda, nr. 2, 2008

Det skal dog bemærkes, at Dansk Sygeplejeråd netop har offentliggjort en analyse i nyhedsbrevet Synergi (27. februar 2008), der viser, at netto flytter der flere sygeplejersker til den *private sektor* end omvendt, jfr. tabel 6<sup>40</sup>. Det er dog lidt usikkert, hvad der præcist forstås ved privatsektor, men det må formodentlig omfatte privathospitaler og vikarbureauer, og omfatter (nok) også praksissektoren, der jo er et liberalt erhverv. Analysen siger ikke noget om begrundelserne for at skifte sektor.

**Tabel 6: Nettobevægelser offentlig-privat sektor, sygeplejersker** Kilde: Synergi, 27.02.2008

Tabel 1: Beskæftigede sygeplejerskers vandring mellem den offentlige og den private sektor			
	Bruttoafvandring fra den offentlige sektor til den private sektor	Bruttoafvandring fra den private sektor til den offentlige sektor	Nettoafvandring fra den offentlige sektor til den private sektor
Efter 1 år	893	573	320
Efter 3 år	1.766	917	850
Efter 5 år	2.431	987	1.444

Anm.: Afvandringen er alene baseret på sygeplejersker\*, som er i beskæftigelse i både start- og slutåret fordelt på den offentlige og private sektor. Beskæftigelsesstatus og sektortilhør er baseret på novemberoplysninger jf. definitionen af den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik. Tallene for 1 år er gennemsnit af perioderne 2001-02,

DSR har i et særskilt notat<sup>40</sup> set på af-og tilgangen til *offentlige sygehuse*. Det er baseret på en særkørsel i Danmarks Statistik for perioden 2001-2006 (Den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, RAS). Det gennemsnitlige årlige billede fremgår af tabel 6A.

Det fremgår, at til/afgang i forhold til det private sundhedsvæsen (privathospitaler, vikarbureauer og praksissektoren) netto medfører et tab for de offentlige sygehuse på 150. I forhold til det samlede antal sygeplejersker på offentlige sygehuse forekommer dette ikke

alarmerende, ligesom man skal huske, at en del af de vikarbureau-ansatte faktisk arbejder på de offentlige sygehuse. Der er således ikke noget i disse tal, der peger på en 'flugt' til privatsektoren af betydende omfang. Det skal bemærkes, at afgang til

**Tabel 6A: Årlig til- og afgang fra det offentlige sygehusvæsen**

	Tilgang	Afgang	Nettotilgang
1. Øvrig offentlige sundhedsvæsen, socialvæsen ol.	+538	-781	-243
2. Privat sundhedsvæsen, socialvæsen inkl. vikar ol.	+198	-348	-150
3. Samlet til-/afgang inden for det primære sygeplejefagområde (1+2)	+736	-1.128	-393
4. Beskæftigede i beslægtede brancher (både off. og privat)	+66	-135	-69
5. Beskæftigede helt uden for sygeplejeområdet (både off. og privat)	+129	-197	-68
6. Samlet til-/afgang til øvrige brancher uden for det primære sygeplejefagområde (4+5)	+194	-332	-137
7. Samlet til/afgang til anden beskæftigelse end det offentlige sygehusvæsen (3+6)	+930	-1.460	-530

'øvrige' brancher, dvs. mere eller mindre uden for sundhedsvæsenet, fx medicinalbranchen netto er af næsten samme omfang som til den private sundhedssektor.

Det efterlader derfor alene spørgsmålet, om der er *niveau-forskelle* mellem sammenlignelige

grupper i den offentlige og private sektor. Tabel 7 viser noget om dette – i det omfang det er muligt, jfr. nogle af de indtegnede eksempler.

**Tabel 7: Timelønsopgørelse, offentlig og privat sektor** Kilde: Agenda – baseret på Danmarks Statistiks Statistikbank

	Fortjeneste ex. gene pr. præsteret time
<b>Offentlig sektor</b>	
Folkeskolelærere	239
Politibetjente	227
Sygeplejersker	225
Pædagoger	196
Alment kontorarbejde	195
Social- og sundhedspersonale	191
Hjemmehjælper	163
Rengøringsassistenter	160
Pædagogmedhjælpere	159
<b>Privat sektor</b>	
Teknikerarbejde	248
Alment kontorarbejde	207
Fabriksarbejder	185
Butiksansatte	159
Rengøringsassistenter	155
Betjening af maskiner inden for slagteri- og fiskerindustri	206

Fra FOA-side har det fx været anført, at social-og sundhedsassistenter/hjælpere kunne få bedre lønnet beskæftigelse i den private sektor. Ser man på mulighederne, fx AMU-oplærte fabriksarbejdere eller faglært/ufaglært butikspersonale, er der ikke meget, der peger på, at det er sandt. Det ændrer selvsagt ikke ved, at der altid kan findes enkeltstående undtagelser.

DSR har i et mindre notat<sup>36</sup> også argumenteret for, at man for privat-sektor grupper med sammenlignelige uddannelseslængde, for-

mentlig fx diplomingeniører, konstruktører m.fl. (notatet er dog uklart med hensyn til hvilke grupper, der præcist sammenlignes med. Der anføres blot 'mellemlang videregående uddannelse), ikke får samme løn. 'Lønefterslæbet' skulle ifølge notatet være på 27%. DSR bruger dette til at argumentere for ligeløn, dvs. et markant lønløft, men overser at markedsbetingelser og løndannelse kan være forskellige og derfor ikke nødvendigvis fører til samme løn for alle med en mellemlang videregående uddannelse. Kun i økonomernes fantasiverden med generel ligevægt ville det være tilfældet. Som det blev anført i afsnittet om lønpyramiden i den offentlige sektor er sygeplejerskerne rimeligt indplaceret i forhold til grupper med sammenlignelige uddannelser.

**- løndiskrimineres kvindeerhverv – og kan det begrunde et særligt lønløft?**

Endelig har det været et tilbagevendende argument for et generelt lønløft fra FOAs side, at der bør rettes op på en skævhed, fordi der er tale om kvindeerhverv. Der er tale om både et retfærdighedsargument og et argument for at gøre det mere tiltrækkende at gå ind i SOSU-området. FOA har fået udarbejdet en særlig undersøgelse af spørgsmålet<sup>41</sup>.

Det hedder i sammenfatningen

”Undersøgelsen viser, at en social- og sundhedsassistent blot tjener 82 kr., hver gang en svejser tjener 100 kr. På samme måde må social- og sundhedshjælperen nøjes med 91 kr., mens lastbilchaufføren aflønnes med 100 kr.

Det er efterhånden velkendt, at det mandsdominerede metal- og maskinarbejde aflønnes markant højere end det kvindedominerede service- og omsorgsarbejde. Man forklarer ofte dette forhold med, at grupperne har forskellige uddannelseslængder. Nærværende undersøgelse viser imidlertid, at denne forklaring ikke holder vand, da der er foretaget sammenligninger mellem grupper med sammenlignelig uddannelseslængde. En sammenligning mellem social- og sundhedsassistenter (2 år og 10 mdrs. uddannelse) og svejsere (2 år og 6 mdrs. uddannelse) viser, at der er en markant lønforskel mellem grupperne. Konkret tjener social- og sundhedsassistenten 150 kr./time, mens svejseren modtager 183 kr./time. Dette svarer til en forskel på 33 kr./time eller 18 pct. Samme billede går igen, når blikket rettes mod social- og sundhedshjælpere (1 år og 2 mdrs. uddannelse) og lastbilchauffører (1 år og 6 mdrs. uddannelse). Disse grupper tjener henholdsvis 135 kr./time og 148 kr./time, hvilket svarer til en forskel på 13 kr./time eller 9 pct.”

Det hedder videre – med nærværende forfatters kursiverede fremhævnings - at der foregår en skævvridende værd(i)sættelse af kvinde- og mandearbejde, som resulterer i en uretfærdig lønfordeling. Denne uretfærdighed kan få direkte konsekvenser for den danske velfærdsstat, da problemerne med *at rekruttere arbejdskraft til ældreplejen hænger nært sammen med områdets manglende anerkendelse*. En måde at imødekomme dette problem på – og hermed sikre det stigende antal ældre danskere en værdig alderdom med professionel pleje og omsorg – er at sørge for, at kvindefagenes løn og status kommer på niveau med mandefagenes.

Ræsonnementet i FOA-rapporten er, at man finder et næsten rent kvinde- og mandeerhverv med samme uddannelseslængde: SOSU-assistent/hjælper vs. svejser og lastbilchauffør. Hvis der er lønforskel, er det bevis for løndiskrimination. Gid det var så enkelt! For det første får kvindelige svejsere, og de findes, utvivlsomt samme løn som deres mandlige kollegaer. Undersøgelser i andre brancher, fx større industrivirksomheder, fx Danish Crown, Danfoss, LEGO m.m., viser dette rimeligt klart. OG fusionen mellem 3F og Kvindeligt Arbejderforbund gør det også mindre sandsynligt. For det andet må der være andet, der bidrager til at forklare lønforskellen, fx krav til fysik.

## Hvad siger OECD?

OECD analyserede det danske sundhedsvæsen i OECD Economic Surveys: Denmark (februar 2008), og adresserede bl.a. spørgsmålet om sygeplejerskelønninger.

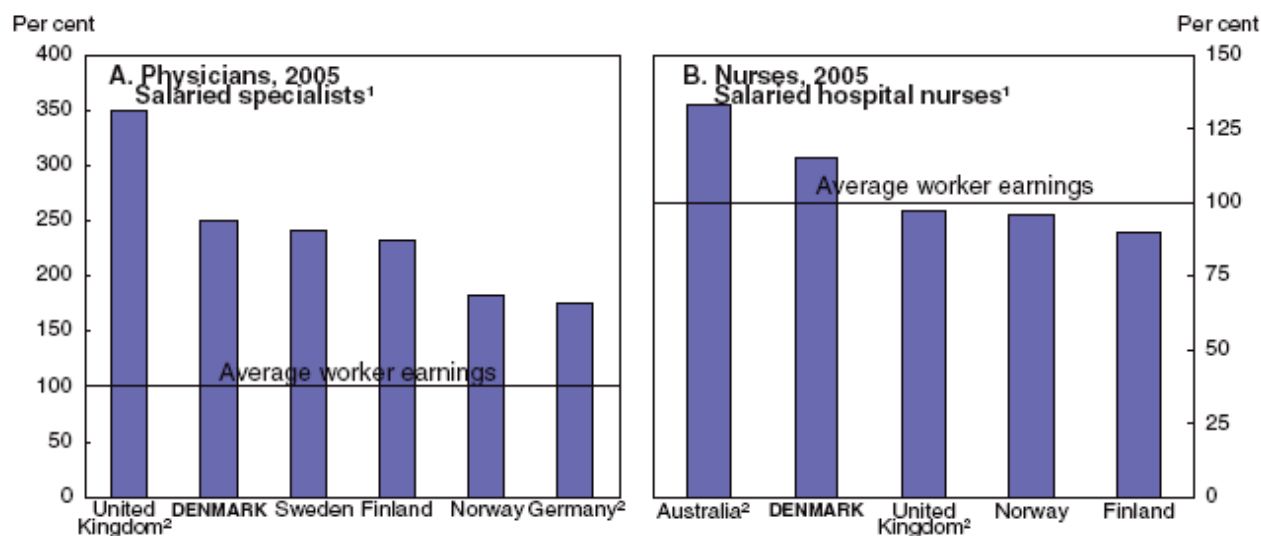
OECD skriver meget kompakt, og groft taget i overensstemmelse med ovenstående afsnit om en ’ikke-løsning’..:

Both physicians and nurses are relatively well paid, and simplistic attempts at attracting staff to the public healthcare sector such as by raising their pay levels should therefore not be needed. Salaried specialists and hospital nurses earn 150% and 115%, respectively, more than the average full-time employed person, and thereby both groups are relatively well paid compared to their colleagues in most of the other OECD countries for which data are available.

OECD-økonomen, Jens Lundsgaard, er hård ved DSRs notat om lønforskelle mellem den private og offentlige sektor. Ifølge Altinget d. 9. april siger han, at sammenligner man ud fra et neutralt grundlag, er det svært at komme frem til, at sygeplejerskerne skulle have et efterslæb på 27 pct. i

forhold til mellemuddannede i den private sektor.

**Figur 5: Lønninger til læger og sygeplejersker**



Kilde: OECD Economic surveys: Denmark, februar 2008, tabel 5.9, Earnings of health professionals

Ikke overraskende kritiserer DSRs analysechef, Martin Hornstrup OECD i undersøgelsen (Altinget 9. april 2008). "I en reel sammenligning skal man tage højde for uddannelseslængden. Dvs. sygeplejersker skal sammenlignes med andre med en mellemlang videregående uddannelse."

Dette medgiver OECD-økonomen da også, men noterer, at DSR overser, at sygeplejerskerne frem til 2001 fik løn under uddannelsen – og dermed, at langt størstedelen af de nuværende sygeplejerskers løn skal ses i dette lys: "Lønnen kan siges at skulle kompensere for, at de pågældende har tilbragt nogle år uden løn, som faggrupper med kort uddannelse ikke har været nødt til. Men her skal man huske, at sygeplejersker faktisk får løn under den praktik, som er en del af deres uddannelse. Det tages der ikke højde for i DSR's analyse," pointerer han.

Debatten illustrerer med al tydelighed, at simple sammenligninger af løn<sup>8</sup>, forståelse af ligeløn m.m. er mere end kompliceret. Hertil kommer, at debatten er præget af interessevaretagelse og

<sup>8</sup> En ofte overset dimension af lønsammenligninger mellem den private og offentlige sektor vedrører genetillæg og risiko for arbejdsløshed. Begge forhold burde der på én eller anden måde tages højde for ved sammenligninger.

I Altinget (9. april) var der nedenstående illustrative udveksling af synspunkter mellem DSR analysechef og OECDs økonom. Når såvel OECD som DSR i deres analyser henviser til tal fra Danmarks Statistik, er det desto mere interessant at finde en forklaring på, hvordan de to organisationer kan være kommet til to så vidt forskellige konklusioner. Svaret skal findes i vægningen af genetillæg og risiko for arbejdsløshed.

Martin Hornstrup fra DSR siger: "Med hensyn til genetillæg, så er alle - også arbejdsgiverne - enige om, at man aldrig inkluderer genetillæg i lønsammenligninger, fordi det er noget, der bliver givet særskilt," siger han. Dette er dog en sandhed med visse modifikationer, svarede OECDs Jens Lundgaard: "Der er faktisk arbejdsgivere, der har kritiseret os for ikke at tage nok hensyn til sygeplejerskernes mange genetillæg," ... "I de offentlige overenskomster har man ofte ret detaljerede løntillæg for merarbejde og skæve arbejdstider, mens folk med en mellemlang uddannelse i den private sektor mange steder får en højere grundløn mod en forståelse af, at der nogle gange skal ydes en ekstra indsats - med kort varsel og uden løntillæg. Hvis der pludseligt kommer afgørende nyheder, vil fx mange journalister blive mødt med en forventning om, at de bliver længere eller tænder computeren hjemme for at få historien klar til avisen, selvom de egentligt havde planlagt noget andet med deres familie. Modsat for sygeplejersker: De kender typisk deres vagtplan

partiel dokumentation med det formål at erobre den offentlige dagsorden. OECD er ikke et ubetinget sandhedsvidne, men forsøger dog med (nogenlunde) sammenlignelige tal og traditionel økonomi-logik at analysere en sag (nogenlunde) nuanceret.

En flig af sammenligningsproblemet berøres også af OECD-økonomen i Altinget d. 9. april. I den danske debat har de finske sygeplejerske-lønninger været inddraget i debatten på baggrund af et markant lønløft først i 2008. Jens Lundsgaard siger: "I Finland tjener sygeplejerskerne væsentligt mindre end gennemsnittet for det finske arbejdsmarked, og derfor får de nu en klækkelig lønforhøjelse. Men selv når den er givet, vil finske sygeplejersker have lang vej igen, før de er lige så godt stillet som danske sygeplejersker." I de danske mediers rapporter om det markante lønløft indgik den større arbejdsmarkedsmæssige kontekst ikke og bidrager dermed (utilsigtet) til endnu flere misforståelser om løn og lønforskelle.

## Løsningsforslag

Tager man udgangspunkt i 2015, vil der *mangle mindst*

- 5-6.000 sygeplejersker
- 5.000 social-og sundhedsassistenter/hjælpere
- 2.000 læger
- 2.000 i øvrige personalegrupper

Og det skal ses i lyset af, at bortset fra læge-gruppen, vil andre dele af det relevante arbejdsmarked (den kommunale ældresektor) også stå i en mangel-situation – og dermed konkurrere om de samme grupper. Derfor er det vigtigt at skelne mellem 'pleje-markedet' og 'lægemarkedet'. Dette er minimumsudfordringen, som skal løses på mindre end 10 år, idet der ses bort fra den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse, at stigende velfærd også vil føre til 'køb' af mere fritid osv.

Der kan skelnes mellem løsningsforslag, som

1. kræver national (politisk) handling, fx ændring af tilbagetrækningsalderen, eller ændring af . autorisationslovgivning,
2. løsningsforslag som (bedst) gennemføres i samarbejde med organisationerne,
3. løsningsforslag som kræver regional involvering og
4. løsningsforslag som uden videre kan gennemføres på de enkelte sygehuse.

Endvidere skal der skelnes mellem løsningsforslag,

- a. der netto øger antallet af medarbejdere, fx øget indvandring eller overgang fra deltids- til heltids-ansættelse, og
- b. løsninger, der sigter mod at fastholde medarbejdere i form af fx bedre ansættelsesvilkår og endelig

---

nogen tid fremover, og når der skal arbejdes på skæve tider, giver det ekstra tillæg. Helt at udelade sygeplejerskernes genetillæg, sådan som DSR gør i deres analyse, er derfor ikke rimeligt," slutter han.

Når man sammenligner det offentlige med det private arbejdsmarked, er det ikke blot lønnen, man skal tage hensyn til. Man bør også have jobsikkerheden i mente var synspunktet hos Jens Lundsgaard – et synspunkt nærværende forfatter deler: "I praksis har sygeplejerskerne meget lille risiko for at miste deres job i det offentlige sundhedsvæsen. Lige nu, hvor der er stor mangel på arbejdskraft inden for stort set alle erhverv, er der ikke mange, som snakker om risikoen for at blive arbejdsløse. Men når der på et tidspunkt kommer en økonomisk nedtur, vil du se, at virksomhederne vil skulle skære ned og afskedige. Så bliver diskussionen en anden, og mange privatansatte vil ønske sig, at de havde en så tryk ansættelse som sygeplejerskerne har det i den offentlige sektor. Det tages der heller ikke højde for i DSR's analyse."

c. foranstaltninger, der er rettet mod at udnytte den eksisterende arbejdskraft bedre.

**Dansk Sygeplejeråd mener:**

Sygeplejerskemanglen skal løses ved at uddanne flere og ved at fastholde flere sygeplejersker via et bedre arbejdsmiljø.

Sygeplejerskemanglen har været kendt og forudset i mange år, og derfor skal der tages et politisk ansvar for den voksende sygeplejerskemangel.

Dog er presset på sundhedsvæsenet så stort, at rekruttering fra de lande i EU, der har et overskud af sygeplejersker kan være en mulighed.

Alle former for løsninger vil blive diskuteret nedenfor.

Før gennemgangen af en række muligheder er det godt at huske på: 'til ethvert kompliceret spørgsmål er der altid et simpelt svar – men det er normalt forkert'. Ingen løsninger løser hele udfordringen,

men mildner kun problemet – og en løsningsstrategi består i bidrag fra mange mindre løsningsstrategier.

**- Det store overblik, nationale initiativer**

Nationale initiativer er generelle og rettet mod såvel den private som den offentlige sektor. De sætter typisk rammer og ændrer på reguleringen, fx. vedr. pensionsalder, indvandring eller er sektorspecifik, fx . ændringen af reglerne for speciallægeuddannelsen i 2007 (fireårsreglen: valg af speciale senest fire år efter afsluttet turnus m.m.).

**Velfærdsforligets hovedpunkter**

1. Senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet
2. Forstærket indsats for at nedbringe ledigheden
3. Flere indvandrere og efterkommere i arbejde
4. Hurtigere gennem uddannelserne
5. Ungdomsuddannelse til alle
6. Styrket voksen- og efteruddannelse

Velfærdsforliget fra sommeren 2006 var det første samlede forsøg på at øge arbejdsudbuddet. Der blev fokuseret på centrale områder, hhv. pensionsalder og spørgsmålet om efterløn, dvs. primært et forsøg på at holde de erhvervsaktive længere på arbejdsmarkedet. Overordnet har det bidraget til en løsning, men især efter 2020!

I DREAM-gruppens vurdering af velfærdsforliget indgår en revideret udgave af befolkningsprognosen, som viser en større stigning i middellevetiden end forudsat af Velfærdskommissionen. DREAM-gruppens vurdering er vigtig, fordi man på én og samme gang ser på udviklingen i arbejdsstyrken og den forøgede efterspørgsel efter sundhedsydelse på grund af aldring og effekten af øget velfærd. Kun herved får man et realistisk billede.

Det følgende er centrale dele af DREAM-gruppens sammenfatning<sup>42</sup> med nærværende forfatters indføjede kursiveringer:

”Den *aldrig* af befolkningen, som Danmark står overfor i de kommende år, er derfor *betydeligt større* i denne analyse end i Velfærdskommissionens. De økonomiske udfordringer er derfor tilsvarende større, også selvom den nuværende fremskrivning indebærer et lidt mindre fald i arbejdsstyrken frem mod 2040.

...

Velfærdsreformen løser problemet med faldende arbejdsstyrke frem mod 2040 og sikrer, at arbejdsstyrken fastholdes stort set på det nuværende niveau. *Frem mod 2020 er der dog kun meget begrænsede effekter af reformen.*

...

Velfærdsreformen påvirker ikke direkte væksten i individuelle offentlige velfærdsydelsers andel af BNP. *Især størrelsen af væksten i sundhedsydelse er afgørende* for, om der er et finanspolitisk holdbarhedsproblem. Velfærdsreformen betyder med andre ord, at størrelsen af det finanspolitiske holdbarhedsproblem afhænger af, *om sundhedsudgifterne og de øvrige offentlige serviceydelser vokser hurtigere end BNP frem mod 2040.* Hvis dette ikke er tilfældet, vil finanspolitikken stort set være holdbar.

Hvis der omvendt er et politisk ønske om, at sundhedsudgifter og andre offentlige serviceydelser skal vokse hurtigere end væksten i BNP, da vil det lede til et holdbarhedsproblem, hvis ikke denne udvidelse finansieres enten ved besparelser på andre udgiftstyper eller ved at forøge indtægterne til den offentlige sektor.

Der er betydelig usikkerhed om udviklingen i sundhedsudgifterne. Det skyldes på den ene side, at både den historiske udvikling og internationale sammenligninger peger på, at der er en tendens til, at sundhedsudgifternes andel af BNP vokser med den økonomiske vækst. Dvs. *der er en tendens til, at jo rigere et land er, jo større andel af indkomsten anvendes på sundhed*. Hvis denne tendens fastholdes for de danske sundhedsudgifter i fremtiden, er der behov for at sikre den ekstra finansiering af denne prioritering af de offentlige udgifter.”

DREAM-gruppen fokuserer især på de afledte økonomiske konsekvenser af en forøget efterspørgsel efter sundhedsydelser og overser det samtidige forøgede krav til arbejdsstyrken. I de sidste 10 år har væksten i sundhedsudgifterne været større end væksten i BNP, og illustrerer således på slående vis den udfordring efterspørgselssiden giver.

Grundlæggende bidrager Velfærdsforliget til (potentielt) at øge arbejdsudbuddet – men først efter 2020 – og problemet er derfor, hvad man gør indtil da. Det erkendes da også fra centralt hold, at der må andet og mere til, hvilket såvel den seneste 'jobplan' (fx. skatterabat til 64-årige, lempelse af indvandrings-regler m.m.) som nedsættelsen af en arbejdsmarkeds-kommission før jul 2007 vidner om.

#### **- Virkningen af tre ofte fremsatte (nationale) forslag**

I den tidligere omtalte FTF-analyse af mangel-

situationen<sup>16</sup> i 2015 undersøgte man effekten af tre ofte foreslåede løsningsforslag med den procentvise reduktion i forhold til ovenstående situation:

- tilbagetrækningsalderen øges med 1 år
  - % -virkning, SOSU: 32
  - % -virkning, sygeplejersker: 19
  - %-virkning, læger: 15
- halvering af frafaldsprocenten
  - % -virkning, SOSU: 0
  - % -virkning, sygeplejersker: 41
  - %-virkning, læger: 19
- stigning i tilgangen på 5%

#### **Eksempel**

##### **Regeringen nedsætter arbejdsmarkedskommission**

13.12.2007

.. Udfordringen er, at udviklingen i befolkningens alderssammensætning isoleret set forventes at trække i retning af mindre arbejdsudbud og kortere gennemsnitlig arbejdstid ... Arbejdsmarkedskommissionen skal udarbejde konkrete forslag til, hvordan beskæftigelsen varigt kan øges yderligere frem mod 2015 og i de følgende år, og hvordan man kan undgå faldende arbejdstid.

Arbejdsmarkedskommissionen bestemmer selv hvilke indsatsområder, den vil arbejde med, men skal bl.a. analysere mulighederne for højere beskæftigelse gennem:

- et mere rummeligt arbejdsmarked for personer, der i dag er uden for arbejdsstyrken,
- bedre strukturer på arbejdsmarkedet, som fx kan muliggøre kortere ledighedsperioder,
- bedre integration af indvandrere og efterkommere,
- fastholdelse af seniorer på arbejdsmarkedet,
- at flere deltidsansatte går på fuld tid, samt
- at den gennemsnitlige arbejdstid ikke falder.



- % -virkning, SOSU: 2
- % -virkning, sygeplejersker: 6
- % -virkning, læger: 0

Det karakteristiske er, at disse ofte foreslåede løsninger – selv hvis de gennemføres 100% - langt fra løser problemerne – ligesom beregningerne ikke tager højde for den parallelle udvikling i efterspørgslen efter sundhedsydelse. Det betyder, at en løsningsstrategi må bestå af en række tiltag, der tilsammen kan mindske problemet, men ikke samlet set løser det. Det er nedslående, men den mest realistiske vurdering.

Der findes desværre ikke p.t. en vurdering af effekten af ændringerne i speciallægeuddannelsen (aftalen fra foråret 2007 med bl.a. den omstridte fireårsregel).

På den anden side skal det noteres, at *disse tiltag for praktiske formål allerede er iværksat*. Spørgsmålet er derfor, hvad regionerne selv kan forsøge at gøre ud over de nationale tiltag.

#### **- Virkningen af at fokusere på deltidsansatte og interne vikarbureauer**

Deltidsansættelse er en almindelig ansættelsesform for store grupper i sygehusvæsenet og dermed i princippet en arbejdskraftreserve. En opgørelse fra Det fælleskommunale Løndatakontor viser, at blandt andet lægesekretærer, social- og sundhedsassistenter, jordmødre samt sygeplejersker har en gennemsnitlig beskæftigelsesgrad for månedslønnede mellem 32,0 og 33,5 timer pr. uge. Danske regioner lavede en simpel beregning:

”To timer og 26 minutter. Mere skal sygeplejersker på deltid ikke arbejde ekstra om ugen, før vi har løst sygehusenes mangel på sygeplejersker.”

Udgangspunktet var en mangelsituation ultimo 2007 på 1.200 og, at der var godt 1.800 deltidsansatte, der således blot hver skulle arbejde 2,26 timer for at få et udbud svarende til at dække hullet med 1.200 vakancer.

Tal kan læses og tolkes på mange måder. DSR udsendte således en pressemeddelelse, som viste, at sygeplejerskernes arbejdstid svarer til, hvad gælder for alle erhvervsaktive kvinder, ligesom medregning af overtid svarende til 65 minutter per uge og bijobberi svarende til i gennemsnit 1 time per uge fører til, at sygeplejersker i gennemsnit arbejder 35 ¼ per uge. Med andre ord: der er ikke nogen betydende reserve iflg. DSR. Det er utvivlsomt en relevant pointe, især når man erindrer omfanget af bijobberi i forbindelse med vikarbureauer, jfr. tidligere fodnote herom.

Uden at gøre sig til dommer i diskussionen kan det dog noteres, at Danske Regioners beregning forekommer ufuldstændig. I et lidt længere tidsperspektiv er en forøgelse svarende til de i notatet nævnte på ca. 3.300 fuldtidsstillinger (hvis alle deltidsansatte gik på heltid) ikke nok til at løse manglen på sygeplejersker – ligesom den tidligere nævnte indkomsteffekt over tid må forventes at trække i retning af et mindsket arbejdsudbud. Hertil kommer, at man bør modregne en faldende interesse for og accept af overarbejde i den samlede gruppe – hvilket vil reducere det samlede arbejdsudbud i forhold til den optimistiske beregning. Endelig skal det noteres, at deltid utvivlsomt er et bevidst valg, som der skal meget til at ændre – og mere end lettere moraliserende pegefingre fra Danske Regioner.

*På den anden side er der ubestrideligt en uudnyttet reserve. Spørgsmålet er ikke, om reserven svarer til 3.300 – det gør den kun i beregningsverdenen. Spørgsmålet er, om der kan skabes så attraktive vilkår for øget arbejdstid, at en del heraf vil lade sig friste til at øge arbejdstiden. Man må*

ikke glemme, at der utvivlsomt er en del af de deltidsansatte, der arbejder for vikarbureauer og dermed allerede har et reelt større arbejdsudbud end deltidsansættelsen tilsiger (udokumenterbart, men sandsynligt, når Sygeplejerskernes Vikarbureau, som er et af de største, i Sygeplejersken fra 15. maj 2007 oplyser at have tilknyttet omkring 6.000 vikarer, jfr. tidligere fodnote om vikarbureauer). Der er således en dobbelt udfordring: lønvilkår og fleksibilitet vedr. ønsket arbejdsomfang (noget vikarbureauerne i højere grad kan tilbyde).

Som offentlig arbejdsgiver står man overfor et dilemma. På den ene side er det være fristende at lave særlige aftaler af typen 'frivilligt ekstraarbejde, FEA, for deltidsansatte, fx at ville tage overarbejde eller vikariere i en vis periode, og på den anden side ikke gøre det i form af en aftale, der reelt set skaber markant bedre løn- og ansættelsesvilkår for deltidsansatte end for heltidsansatte – og dermed frister til at skifte til deltidsansættelse

Oprettelse af interne vikarbureauer på sygehusene kan være en mulighed, især hvis man kan finde af- og belønningssystemer som ikke fører til løn-konkurrence med de private vikarbureauer, jfr. tekstboksen. Den samme tanke kunne udvikles for læger – nok på regionalt plan.

*Det grundlæggende og afgørende spørgsmål er imidlertid: øger man det samlede arbejdsudbud? Det er legitimt og relevant at interessere sig for budgetkroner, jfr. overskriften i tekstboksen, men i forhold til denne opgaves problemstillinger er det centrale imidlertid, om det **også** øger det samlede arbejdsudbud, dvs.*

at der samlet set kommer et større udbud af arbejdstimer.

I sig selv vil interne vikarbureauer, der evt. trækker vikarer fra de private bureauer, ikke nødvendigvis give et større arbejdsudbud. Det er desværre ikke muligt at anvise simple løsninger, der sikrer dette. Det centrale er måske at klargøre for interesserede, at man vil tiltrække sygeplejersker, som gerne selv vil kunne planlægge deres arbejdstid og lære flere specialer. Man skal bl.a. tilbyde kompetence-udvikling i højere end de private aktører og belønne dette.

#### **- Udenlandske læger og sygeplejersker**

Udenlandsk arbejdskraft er lig med en reel mertilførelse af sundhedspersonale. Derfor tiltrækker det sig naturligt stor opmærksomhed. Grundproblemet her er ikke om, lønnen er høj nok – det er den normalt, men om læger og sygeplejersker kan fastholdes for en længere periode, ideelt set varigt. Derfor er spørgsmålet på det praktiske niveau, om integrationen, især sprogfærdigheder og

#### **INTERNE VIKARBUREAUER ER BILLIGERE**

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S), mener, at sygehusene skal satse på interne vikarbureauer frem for de private bureauer. Et forslag, der allerede er afprøvet flere steder. På Bispebjerg Hospital har man benyttet sig af intern nødbemanding gennem 26 år.

"Det er en solidarisk løsning, hvor filosofien er, at ved at koordinere behov og ressourcer på tværs af afdelingerne flytter vi vikarhænderne ud på de afdelinger, der har hårdest brug for dem. Ideelt set så ender den rette ressource på det rette sted på det rette tidspunkt," forklarer Jakob Damsgård, ledende oversygeplejerske i Vikarkorpset på Bispebjerg Hospital. Bispebjergs interne vikarkorps består af i alt 76 medarbejdere, hvoraf sygeplejerskerne udgør 12 faste og godt seks timelønnede.

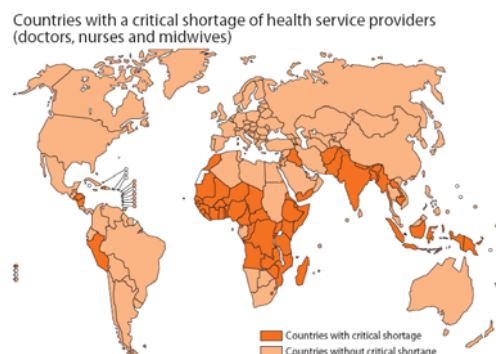
Hvert år dækker korpset ca. 10.000 vagter på Bispebjerg Hospital, mens eksterne vikarbureauer i 2006 dækkede godt 1.500 vagter.

Selv om en sygeplejerske hos Vikarkorpset på Bispebjerg Hospital i snit tjener 4.000 kr. mere om måneden end de faste sygeplejersker på hospitalets afdelinger, mener Jakob Damsgård alligevel, at det interne korps er en billigere løsning for sygehuset, end brugen af de eksterne og private bureauer.

"Hvis man vil stoppe den omkostningsspiral, hvor markedet sætter prisen højere og højere, fordi sygeplejerskehænderne er en mangelvare, så er det en god idé at bruge interne vikarer frem for eksterne," mener Jakob Damsgård.

Kilde: Sygeplejersken nr. 9, 200. KMPs fremhævelse7

kulturforståelse, er fokuseret for såvel den enkelte som dennes familie. Hertil kommer spørgsmålet om, hvor let/besværligt det er for udlændinge at opnå autorisation i Danmark. Der er også et etisk/moralsk/holdningsmæssigt spørgsmål, nemlig det holdbare og forsvarlige i at forsøge at tiltrække sundhedspersonale fra lande, som selv har brug de pågældende personalegrupper. Dette sidste er relevant, men der bortses fra det i det følgende. Ikke ud fra devisen om 'alles kamp mod alle', men fordi det vil føre for langt med en nogenlunde uddybet diskussion, bortset fra den efterfølgende omtale af WHO's rapport og situationen i Polen.



WHO's 'World health report 2006'<sup>15</sup> handlede arbejdsstyrken i sundhedssektoren i hele verden. Rapporten er en dyster påmindelse om, at personalemangel er et globalt problem. På verdensplan skønner WHO at der mangler 4,3 millioner læger, sygeplejersker, jordemødre osv. Ovenstående verdenskort er tankevækkende, og sætter den danske mangelsituation i relief. Det viser, hvilke lande vi bør varsomme med at forsøge at hente arbejdskraft fra ud fra hensynet til en art 'global solidaritet'.

For Polish nurses, of whom only about 30% have EU-wide accepted qualifications, language and general professional competences may constitute a substantial obstacle to emigration. Nonetheless, extremely hard working conditions, the low regard in which they are held by patients, low income (around EUR 290/month), and an unemployment rate of 20% in Poland are sufficient incentives to emigration for many. Italy has been the most popular destination but recently Scandinavia, United Kingdom and also the United States have been gaining popularity. . . . .

The basic problem for Polish nurses is that their level of income is 4–6 times lower than that of nurses in the Western Europe. While it is impossible to solve it in the short term, some facilities managers are aiming to reduce it by changing the employment model to a contract-based one. In other places, directors are trying to halt the exodus by increasing staff benefits (e.g. offering psychological support or access to recreational facilities).<sup>6</sup> There is however no coherent state policy in this area. It is anticipated that demographic changes in Poland's population structure will create a need for an additional 100 000 nurses over the next 4–5 years. The problem of nurse emigration must therefore be recognized as one of the most urgent challenges facing health policy makers

Kilde: European Journal of Public Health, 2006, 16(4): 447 .

Og selv i nærområdet, fx Polen, er der en dilemmafyldt situation: i løbet af få år vil Polen også stå overfor nogle af de problemer, vi har i Danmark i dag, kombineret med at lønforskellene gør det attraktivt for polske sygeplejersker at søge til bl.a. Danmark, se tekstboks.

En anden måde at udtrykke det foregående på er at notere, at import af udenlandsk arbejdskraft vil ske i skarp konkurrence med andre vest-europæiske lande og nordamerika. På mange måder står

Danmark i en relativ dårlig situation, især på grund af sproget. Fx vil filipinske sygeplejersker, som fremhæves på DSRs hjemmeside, utvivlsomt søge mod engelsktalende lande frem for mod Danmark.

Som i så mange andre tilfælde står presseomtalen ikke mål med virkeligheden. Tabel 8 viser udviklingen i varige autorisationer uddelt fra Sundhedsstyrelsen. (en varig autorisation er dog ikke nødvendigvis lig med, at de p.t. arbejder eller for den sags skyld er i Danmark). Det interessante er autorisationer til personer fra Norden, EU og tredjeland. Der er tale om en absolut stigning i perioden 1995 til 2006, men langt fra i et sådan omfang, at det p.t. giver et stærkt bidrag til løsning af personalemangel på disse to områder. Det kan ændre sig fremadrettet, men har bl.a. som forudsætning at den administrative sagsbehandling ændres mm. .

Det er en vigtig forudsætning for at fastholde de udenlandske læger og sygeplejersker, at integrationen forbedres, så de bliver en del af både det sociale og det faglige fællesskab og hurtigt lærer dansk. Det er også vigtigt, at der bliver skabt netværk for hele familien. Ifølge Ugeskrift for Læger er Nordjylland en af de regioner, der har vist vejen og kan fortælle succeshistorier. Det er bl.a. lykkedes at fastholde 35 ud af 40 polske speciallæger, der er kommet til regionen i de seneste år. Om ikke alle i det nordjyske, så dog i det danske sundhedsvæsen. Det er opnået ved en målrettet indsats

**Tabel 8: Antal varige autorisationer 1995-2006.**

**Læger**

	antal											
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Danmark	331	412	374	415	457	447	548	635	711	775	818	866
EU	52	109	73	68	71	51	45	52	40	148	163	110
Norden	68	55	64	34	44	35	34	59	56	58	72	66
Tredjeland	38	33	46	56	66	38	34	94	119	93	92	74
<b>I alt</b>	<b>489</b>	<b>609</b>	<b>557</b>	<b>573</b>	<b>638</b>	<b>571</b>	<b>661</b>	<b>840</b>	<b>926</b>	<b>1074</b>	<b>1145</b>	<b>1116</b>

**Sygeplejersker**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Danmark	1.844	1.934	1.831	2.034	2.011	2.008	1.975	1.901	1.897	1.904	1.792	1.860
EU	49	32	31	29	18	17	24	16	28	23	35	35
Norden	576	335	110	90	82	61	54	77	54	64	66	84
Tredjeland	18	17	18	17	12	16	14	12	17	19	5	20
<b>I alt</b>	<b>2.488</b>	<b>2.319</b>	<b>1.992</b>	<b>2.171</b>	<b>2.123</b>	<b>2.102</b>	<b>2.067</b>	<b>2.007</b>	<b>1.998</b>	<b>2.010</b>	<b>1.899</b>	<b>2.000</b>

Kilde: personlig meddelelse, Sundhedsstyrelsen, marts 2008

fra arbejdspladsen, Aalborg Sygehus, der bl.a. har haft en socialrådgiver til at hjælpe med at skabe et lokalt netværk og sørge for, at også familierne falder til. Den lokale lægekredsforening har sørget for at drage dem ind i det faglige fællesskab.

Det ser desuden ud til, at Danmark på grund af vores indvandringspolitik har fået et tungt og stift bureaukrati på området. Da Region Midt i foråret ville have en gruppe indiske læger til rekrutteringssamtale, måtte gruppen flyve via Finland for at komme til Jylland. Den finske ambassade i New Delhi kunne klare opgaven med at udstede visum på to døgn. Den danske ambassade skulle bruge seks til otte uger. De indiske læger skulle desuden over for Sundhedsstyrelsen dokumentere, hvor mange timer de havde haft i de forskellige medicinske fag 10, 15 eller 20 år tilbage i tiden. Det er ikke udtryk for smidighed, og det er ikke måden at inspirere speciallæger til at slå sig ned i Midtjylland. Der er noget at komme efter her, skrev Carsten Rygaard i Ugeskrift for Læger i 2007 (169(43):3629)

**- Brede og friere rammer for personalepolitikken: opsang til politikerne**

Det følgende er en forudsætning for en lang række af de følgende forslag. Derfor udfoldes det relativt udførligt. Den korte besked er, at en offensiv HR-strategi, som omtales senere, forudsætter, at politikerne skaber rum og (delvist) forlader forsigtighedsprincippet. Kun derved kan der skabes

ledelsesmæssigt rum til at forbedre arbejdsvilkår, (gen)skabe faglig stolthed, mulighed for at føle sig påskønnet osv.

Kvalitetsreformen bruges som afsæt, bl.a. fordi den blandt mange mål også vil bidrage til at mindske personale manglen. Det er (selv efter forhandlingsresultatet i forbindelse med finansloven) et ambitiøst projekt om at skabe en bedre offentlig sektor på sundheds- ældre og børneområdet. Der lægges vægt på udvikling af medarbejdernes kompetencer. Trepartsaftalen sætter fokus på dette sammen med (endnu) bedre ledelse. Institutionerne skal være innovative, innovationen skal være medarbejder- og brugerdrevet osv. Bedre og mere attraktive arbejdspladser skal skabe forudsætningerne for fastholdelse og udvikling af medarbejderne – og ultimativt bedre service til borgerne.

Der er mange sten på vejen, og det er vigtigt at minde om nogle væsentlige forudsætninger, der især er af politisk karakter. Det gælder for såvel sundhedsvæsenet som den offentlige sektor i almindelighed.

Hvis innovation og idérigdom skal udfolde sig, må politikerne grundlæggende overveje deres egen forståelse af rammerne for offentlig virksomhed. Det gælder både politikere på Christiansborg og lokalt. Regionspolitikeres handlemuligheder begrænses ofte af kravene og løfterne fra Christiansborg, og det fører til, at ledere og medarbejdere oplever endnu flere begrænsninger i det daglige arbejde.

Offentlig virksomhed er præget af en forsigtighedskultur: 'det er jo borgernes penge' – og dem skal man forvalte med omhu – ja, med så stor omhu, at det ofte resulterer i smålighed og urimeligt snævre rammer for en offensiv personalepolitik.

Forsigtighedsdogmet siger, at handlinger ikke må give anledning til forargelse i offentligheden og især ikke forsider i boulevardpressen. Det, de samme politikere lovpriser ved den private sektor, lige fra risikovillighed over dristig innovation til belønning og rundhåndet påskønnelse af medarbejdere, må imidlertid ikke finde sted i den offentlige sektor: husk 'borgernes skatte kroner' og frygten for forsideplads i boulevardpressen eller den lokale avis, samtidig med, at den offentlige sektor rask væk sammenlignes med den private sektor. Det er et rendyrket paradoks, og det er ikke holdbart, hvis vi fremover skal kunne fastholde og rekruttere medarbejdere til sundhedsvæsenet.

Kvalitetsreformen forudsætter grundlæggende, at politikerne viser langt større risikovillighed og optræder som ledere, hvis vigtigste opgave er at skabe rum for såvel medarbejderne som ledere og forsvare dem frem for at hænge dem ud og endnu en gang indsnævre deres handlemuligheder og øge registreringer af dette og hint.

I materialet om velfærdsreformen nævnes, at der skal være større ledelsesrum, men det næves tankevækkende nok ikke, at dette forudsætter, at politikerne skaber det og på nogle områder ændrer adfærd. Det kan bl.a. ske ved, at Christiansborg-politikerne lader regionspolitikere komme til orde og ikke i tide og især utide i forbindelse med problemer med fx nullermænd på et plejehjem eller en sygehusafdeling rapporteret fx i TV-avisen per refleks indfører nullermænd-patroljer og løbende rapportering af antallet af nullermænd. Det er ikke den slags handlekraft, der er behov – modsat hvad politikerne tror. Der skal være nogen, der tør sige: ja, der er et problem, men vi er sikre på, at det er en undtagelse og, at ansvarlige medarbejdere og ledere tager hånd om det – i stedet for at lade sig jage rundt i manegen af uforstående journalister, der kræver løsninger og initiativer her og

nu og får politikerne til at udstede løfter og garantier, der ikke kan indfris, og helt sikkert skaber frustrationer i de medarbejdergrupper, der nu står for skud. . .

Prøv at reflektere over følgende to situationer fra julen 2007. På en stor avis' internetside kunne man læse, at blandt Dansk Erhvervs 20.000 medlemsvirksomheder sætter 96% budget af til firmajulegaver, en stigning fra 84% i 2005. Det gennemsnitlige gavebeløb var 430 mod 350 kroner forrige år. Uden at det fremgår af artiklen, har mange virksomheder utvivlsomt også virksomhedsbetalte julefrokoster, hvis grad af overdådighed dog nok er konjunkturfølsom. En konsulent fra Danske Erhverv blev citeret for, at julegaven er en værdsat tradition og giver virksomheden en ekstra lejlighed til at sige medarbejderne tak for indsatsen i det forgangne år. Endelig måtte man jo ikke glemme, at julegaven mange steder også skal virke som en motivationsfaktor, hed det videre. Nævnte organisation har gjort op, at julegaverne på landsplan koster 7-800 millioner kroner.

Dansk Folkepartis skattepolitiske ordfører var der straks med et forslag om, at den skattefrie grænse for (jule)gaver skal øges fra 500 til 1.000 kroner.

Dernæst den anden situation: Før jul holdt nærværende forfatter et foredrag om kvalitetsreformen for mere end 80 ledere i en stor kommune. Da vi kom til det punkt i reformen, som drejer sig om, at medarbejdere og ledere skal anerkendes for en god indsats, gled debatten over i mere generelle personalepolitiske emner og de mange begrænsninger offentlige ledere har i forhold til at føre offensiv personalepolitik. Der blev naturligvis ikke givet julegaver til kommunens ansatte – og i 2006 havde kommunen hyret et landskendt orkester til en kombineret julefrokost og takkefest – hvilket (naturligvis) gav anledning til kritik og omtale i den lokale avis – ja, det blev endda indbragt for Tilsynsrådet i det daværende statsamt. Og tænk: man kunne jo have fået næsten en tredjedel social- og sundhedsassistent for de samme penge. Jo – der er lavt til loftet. Kommunen har vel omkring 10.000 heltidsansatte medarbejdere.

Og lige et tredje øjebliksbillede: I en stor anerkendt privat virksomhed, der på kontrakt udfører væsentlige opgaver for det offentlige på sundhedsområdet, får de flere tusinder ansatte naturligvis en julegave indenfor de skattefrie 500 kroner. Julefrokosten rundt omkring i virksomheden er som minimum med et arbejdsgeviltskud.

I det private tilfælde er julegaver og julefrokoster noget selvfølgeligt og positivt. Det er en naturlig del af personaleplejen. Det er håndgribelig påskønnelse (og lidt tradition, for at være helt ærlig).

I det offentlige tilfælde er det 'frås med skatteborgernes penge' og det, der er værre. Der er ikke noget om tak for en god indsats i årets løb, i øvrigt for en ekstraordinær indsats i forbindelse med kommunesammenlægningen i det nævnte eksempel. Nej, pressen, (nogle) borgere og (nogle) politikere mener, at når der er tale om skatteborgernes penge, gælder der helt andre regler end for forbrugernes penge. Den samme presse og de samme borgere og politikere forventer imidlertid en service og indsats fra offentlige ansatte, der skal matche, ja helst være bedre, end hvad privat ansatte præsterer – ofte 24 timer i døgnet året rundt. De offentligt ansatte kan nøjes med tak i Dronningens og Statsministerens nytårstaler eller en nytårsudtalelse fra borgmesteren, ja de ka'.

En bekendt fortalte for nylig om en sommeroplevelse. Hans to børn havde fået sommerjob: den ene i en privat virksomhed, den anden i den kommunale hjemmepleje. I det private tilfælde var der flere dages betalt introduktion til arbejdet, hvad der forventedes af service og omgangen med

kunderne, der blev udlevet T-shirts med firmanavn osv. Da sommeren var forbi, fik han en skriftlig evaluering, der punkt for punkt gjorde op, hvor godt eller dårligt han havde gjort det – og besked om, at hvis han kom tilbage næste sommer, ville han få en højere løn, fordi han havde gjort det godt. Det er personalepleje- og udvikling i en privat virksomhed.

Hvad med den kommunale hjemmepleje? Ingen introduktion til principper og værdier bag omgangen med klienterne, endsige flere dages betalt oplæring i principperne, nej i stedet dårlig nok oplæring, kastet direkte ud i opgaven osv. Og ikke nogen afsluttende evaluering. Hvad kan borgerne forvente fra sådan en vikar? Det er personalepleje- og udvikling i en i øvrigt ikke ringe kommune.

Det drejer sig ikke om julegaver og julefrokoster, eller mere generelt (dårlig) personalepleje i den offentlige sektor – det er alene eksempler på symptomer. Det er heller ikke en jammersang for at sætte de offentlige ansatte i offerrollen.

Det er i stedet en flig af offentlig personalepolitik og de begrænsninger, offentlige ledere har med at belønne deres medarbejdere materielt og immaterielt og skabe rammerne for god personalepleje og udvikling, herunder også muligheden for at belønne via frynsegoder. Spørgsmålet er, hvorfor det er sådan, og hvad det kræver at ændre det? Dette burde være kerneovervejelserne i en kvalitetsreform – ikke flere løfter til borgerne – men gennemtænkning af, hvad der kræves af politikerne for at skabe bedre rammer for service. Det er ikke penge, der er hovedproblemet – det er forståelsen for rammerne for offentlig virksomhed og politikernes egen centrale rolle.

I kvalitetsreformen bliver det vigtigt at tage hånd om disse symptomer og turde konfrontere dem direkte – og løsningen er naturligvis ikke julegaver, men burde nok være én af frihedsgraderne.

Symptomerne er tegn på en grundlæggende tvetydighed vedrørende næsten al offentlig aktivitet – en tvetydighed, der samtidig har ført til dogmatiske misforståelser vedrørende (udygtige) offentlige ledere og manglende effektivitet ved offentlig opgaveløsning. Det er en tvetydighed, der på den ene side går ud på, at de fleste anerkender, at en række ydelser skal være finansieret af fællesskabet og, at en række af dem også produceres af offentlige institutioner. På den anden side antager mange per reflex, at produktionen foregår mindre effektivt end i tilsvarende private virksomheder, at der skal udvises særlig agtpågivenhed og sparsommelighed, for ikke at sige smålighed, når man udfører noget for skatteborgernes penge og, at der gælder særlige regler om åbenhed, offentlighed, retssikkerhed osv. Ja, overskriften kan tages fra børnesange 'det må du ikke ...'.

Af den grund gennemses mange offentlige institutioner af en forsigtighedskultur: kan vi nu gøre sådan og sådan, uden at det vækker offentlig forargelse og politisk misbilligelse. Samtidig, og paradoksalt, forventer man, at de offentlige institutioner agerer som private virksomheder, som fungerer på helt andre præmisser.

Den politisk skabte forsigtighedskultur fører til, at de offentlige ledere ikke har samme handlerum og muligheder, som deres kollegaer i den private sektor, men man forventer det samme og vel nok mere end kollegaerne i den private sektor. At være sygehusdirektør eller medlem af en afdelingsledelse med et budget større end omsætningen i mange mellemstore private virksomheder er ikke noget misundelsesværdigt job og uendeligt mere krævende end at være privat leder i virksomheder eller afdelinger af tilsvarende størrelse.

I rapporten 'Bedre Velfærd og større arbejdsglæde', hvori regeringen fremlægger kvalitetsreformens 180 forslag, er der to centrale afsnit. Der er et afsnit om attraktive arbejdspladser med ansvar og faglig udvikling og et andet afsnit om ledelsesreform – kompetente, professionelle og synlige ledere. Der står mange rigtige ting, alt sammen rettet mod de ansatte og deres ledere.

Der savnes imidlertid et helt centralt afsnit rettet mod politikerne og dybest set borgerne: hvordan ændrer politikerne adfærd og udviser mod, så der kan skabes den risikovillighed, det ledelsesmæssige handlerum, og de attraktive arbejdspladser, der tales om i skåltalerne, men som i dagligdagen reelt set erstattes af forsigtighed og smålighed, der hindrer det man gerne vil opnå.

Det er en forsigtighed og smålighed, der bunder i den politiske kultur og borgernes tvetydighed med krav om den bedste service og smålig påholdenhed med skattekrone. Det hedder fx i rapporten, at man for at styrke anerkendelse af medarbejdernes indsats, vil regeringen invitere KL og Danske Regioner til i fællesskab at udarbejde et inspirationskatalog til offentlige ledere, som beskriver nogle af de mange muligheder for anerkendelse, der er i stat, regioner og kommuner, herunder personalegoder.

Overfladisk set lyder det rigtigt, og der er helt sikkert mange uudnyttede muligheder – men tør politikerne at skabe de rammer, som ovenstående private eksempler illustrerer og lægge ryg til forargelsens brøl, når fx en sygehusledelse med over 1.000 ansatte vil give en julegave til de ansatte på op til fem hundrede kroner for veludført indsats i det forgangne år. Nej, i stedet omregnes det til, at man for de samme 500.000 kroner, kunne have behandlet X antal flere patienter – med det resultat, at personalet ikke bliver påskønnet, men snarere forhånnet. Dette er den reelle udfordring i velfærdsreformen.

#### **En (dum)dristig kommune?**

"Mange taler om personalegoder - eller mangel på samme - i den offentlige sektor. I Hedensted Kommune vælger vi at sætte handling bag ordene ...

- Bredbånd og bredbåndstelefon
- PC og mobiltelefoni
- Aviser
- Sundhedsforsikring
- Fitness
- Sundhedsordning (gratis massage, kiropraktik, zoneterapi og fysioterapi)
- Rabataftaler via personalezonen.dk og logbuy.dk
- Rygestopkurser
- Førstehjælpskurser
- Feriefonden (sommerhuse)

#### **Hvorfor gør vi det?**

Kommunen arbejder med personaletilbud, fordi de hører med til den samlede palet af gode vilkår på en professionel, attraktiv og tidssvarende arbejdsplads. Jobbet, opgaverne, kollegerne osv. er naturligvis det grundlæggende, men for at det bliver endnu bedre at være ansat netop hos os, tilbyder vi noget ekstra for at kunne tiltrække og fastholde de bedste medarbejdere. Personaletilbudene er dermed vores "flødeskum på lagkagen".

Personaletilbuddene kan ganske enkelt være med til at sikre trivsel, arbejdsglæde og et lavere sygefravær blandt medarbejderne. Og netop dét er afgørende forudsætninger for at løse kommunens vigtigste opgave, nemlig at yde en god service til borgerne.

*Kilde: <http://www.hedensted.dk/page28114.aspx>*

Der er en tøven i den offentlige sektor overfor mere aktivt at se på frynsegoder. I den netop indgåede statslige overenskomst er der afsat 0,2% som 'kompensation' for frynsegoder, dvs. man vil ikke give dem 'in natura' men i stedet give et mere eller mindre tilsvarende kontant beløb.



Dette er en fejlvurdering af motivationseffekt og muligheden for at bruge frynsegoder selektivt.

For det første vil medarbejderne hurtigt glemme, at man har modtaget kompensation: det fremgår ikke af lønsedlen og kan komme til at ligne 'glemsomheden' om særdeles fornuftige pensionsordninger for offentligt ansatte, når man gør den samlede økonomiske kompensationspakke op.

For det andet er synlighed vigtigt. Fx kunne et frynsegode være, at man på hver afdeling havde en 'begejstringskonto', fx kr. 200 per medarbejder hvor ledelsen ved relevante lejligheder kunne give en buket blomster, en flot æske chokolade, en par flasker vin, bidrag til en sommerudflugt, eller --- uha, uha – en middag for to, så den pågældende medarbejder også kunne kompensere en ægtefælle for meget tid på jobbet.

For det tredje, og i forlængelse af forrige punkt: frynsegoder kan og bør bruges selektivt. Hvis alle får – altid får – mister det effekt. En begejstringskonto skal ikke nødvendigvis bruges op hvert år. .

Sagen er, at frynsegoder dels er 'billige', dels har en stærk motiverende effekt. I et stort offentligt (løn)system, vil man være bange for 'kaos og anarki', hvis man åbner op for denne mulighed – og tillader forskellighed. Der er næppe grund til bekymring. Dels kan man kræve, at det afholdes inden for lønbudgettet, dels vil bedre HR-ledelse, jfr. senere, sikre fornuftig brug af dette instrument. Spørgsmålet er, om politikerne vil åbne op for det, og om ledelserne er modne til at bruge muligheden.

Det kan ikke hævdes, endsige bevises, at dette skaffer flere hænder, men det er sandsynligt, at det kan være med til at fastholde personale via oplevelsen af, at man ikke blot påskønnes i ord, men også i handling, og det kan være med til at skabe et billede af arbejdspladser, der på dette område kan konkurrere med andre.

#### ***- Ledelse – mere fokus på personaleledelse***

Bedre ledelse er blevet et (misbrugt) mantra. Det gennemsyrrer fx tænkningen i Kvalitetsreformen, incl. master-og diplomuddannelser. Der er heller ikke tvivl om, at bedre ledelse er en væsentlig del af løsningen, men det afgørende er, at det især kommer til at dreje sig om personaleledelse, om 'human ressource management', HRM, som det er kommet til at hedde. Det er her styrkelsen især skal ske – og det har været en forsømt disciplin i den offentlige sektor og i den offentlige sektors lederkurser. Hidtil har man mere fokuseret på personaleadministration, ikke HRM, og har man endelig inddraget HRM har det "kun" været de blødere dele, men systematisk HRM er meget mere end det, jfr. tekstrammen.

Fuld udfoldelse af HRM har to centrale forudsætninger, dels at politikerne skaber større albuerum, dels at topledelse på sygehusene forstår, at HRM er andet og mere end personaleadministration og måske overvejer en HR-direktør på direktionsniveau.

#### **Human ressource management omfatter bl.a.**

- læring, kompetence og kompetence udvikling
- karrierebegrebet og organisationens tilgang til udvikling af medarbejderne
- aflønnings- og bedømmelsesmetoder og disses indvirkning på motivation
- rekruttering og udvælgelse: metoder, faldgruber og validitetsproblemer
- samspil mellem HRM og it/digitalisering
- organisatorisk identitet og kultur.

One widely used scheme to describe the role of HRM, developed by Dave Ulrich, defines 4 fields for the HRM function: 1. Strategic business partner, 2. Change agent, 3. Employee champion, 4. Administration

However, many HR functions these days struggle to get beyond the roles of administration and employee champion, and are seen rather as reactive than strategically proactive partners for the top management. (det engelske delvist efter Wikipedia)

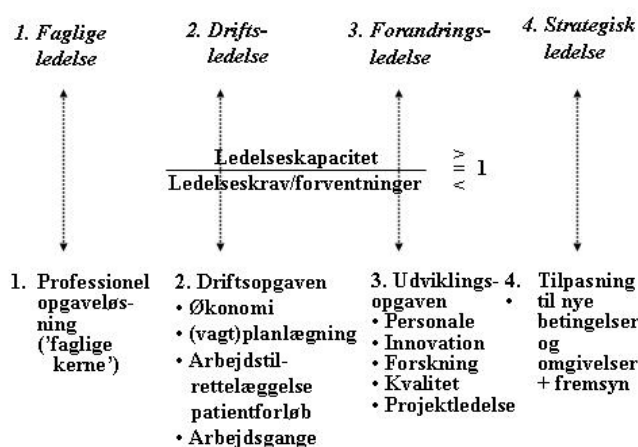
Ser man fremad stilles der store ledelseskrav – og forventningerne er store. Det grundlæggende spørgsmål er, om der er det rigtige forhold mellem på den ene side den eksisterende ledelseskapa- citet og fremtidens ledelseskrav. Man kan illustrere det ved ligningen<sup>43</sup> i figur 5:

På ethvert givet tidspunkt skal brøken helst være større eller lig med én. Der findes i sagens natur ikke en objektiv måde at måle det på. Det er alene en konceptuel konstruktion, der alligevel kan være med til at klargøre en problemstilling. Når man dernæst kombinere dette med (mindst) fire hovedområder, som de fleste ledere i varierende grad skal forholde sig til, jfr. figur 5, kan man vurdere, hvor en organisation står og dermed også, på hvilke områder ledelseskompetencerne skal udvikles. I figuren er der under brøken givet en illustration, hvad de fire ledelsesmæssige funktioner kan dække over. Afhængig af tid og sted vil behovet for bestemte kompetencer ændre sig. I perioder er projektledelse vigtigt, jfr. flere af ovenstående, og i andre perioder drejer det sig måske om mere grundlæggende økonomiopgaver. Der vil ligeledes være forskel på, hvad der kræves i forskellige ledelsesfunktioner: sygehusledelse, ledelse af en stabsfunktion eller afdelingsledelse.

HRM er nøglen til mange af de efterfølgende løsningsforslag.

Moderne personaleledelse skal være baseret på solid viden om, hvad der motiverer – og evnen til at udøve det i praksis.

**Figur 5: Ledelseskrav, ledelseskapa- citet og ledelsesfunktioner**



Motivation i arbejdet kan inddeles seks nøglebegreber om medarbejderes relation til arbejdet og arbejdspladsen. Det er begreber som fx belønning og mening i arbejdet.

- Tilfredshed med arbejdet
- Belønning i arbejdet
- Retfærdighed på arbejdspladsen
- Tillid
- Mening med arbejdet
- Involvering i arbejdspladsen

Disse punkter bør være kernen i en intensiveret ledelsesuddannelse. Man skal i stigende grad sikre, at uddannelse i moderne HRM sker i et uddannelsesmæssigt fællesskab, dvs. hvor både læger og sygeplejersker og andre ledere sidder på samme skolebænk – og også udøver personaleledelse i fællesskab, ikke fx sådan som det sker reelt i dag, nemlig at læger personaleledes af læger og plejepersonalet af ledende sygeplejersker.

HRM er én af forudsætningerne for 'den gode arbejdsplads', der er karakteriseret ved et godt arbejdsmiljø, faglige udfordringer, begavet anvendelse af incitamenter/motivationsskabende tiltag, osv., som alt sammen er vigtig for fastholdelse – og potentiel for rekruttering via et godt rygte. I denne kappestrid er det de gode arbejdspladser, der fastholder og tiltrækker arbejdskraft fra de ringere. Men sådan vil (og skal?) de være i en mangelsituation. Man skal kunne se og føle konsekvenser af, om det er en god arbejdsplads.

#### **- Hvad gør den gode afdeling bedre (på plejeområdet)**

Overskriftens spørgsmål blev stillet i en DSI-rapport<sup>44</sup>. Rapporten er baseret på analyser i 11 afdelinger. Svaret lød i hovedpunkter

- Der er følgende områder, hvor der med fordel kan sættes ind for at fastholde og/eller rekruttere medarbejdere til plejen
  - arbejds organisering
    - fleksibilitet, individualitet
  - ledelse og samarbejde
    - synlig ledelse m. 'fingeren på pulsen', der tør tage konflikter og udviser handlekraft
    - afsnitsledelse synes at være en vigtig parameter

”Kunne man i stedet få en udvikling i gang, hvor de kortere uddannede faggrupper trænger *opad* i jobhierarkiet, vil alle faggrupper dels opleve, at de får mere spændende arbejdsopgaver, dels kan der ved en højere produktivitet blive mulighed for en bedre aflønning mv.

For samfundet vil gevinsten ved opstigningsstrategien være, at der alt andet lige bliver behov for relativt færre højtuddannede inden for sundhedssektoren, som så til gengæld kan uddannes indenfor andre erhverv, der mangler højtuddannet arbejdskraft. Det er også værd at bemærke, at selv om den enkelte faggruppe via en højere produktivitet vil kunne opnå en højere løn, behøver lønsummen for sektoren som helhed ikke at vokse – måske endda tværtimod.”

*'Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren', 2001*

”Det oplæg, som Erik Juhl har lavet til kvalitetsreformen, nævnes en lang række eksempler på uhensigtsmæssig opgavefordeling. Han påpeger imidlertid også det paradoks, at forskellige faggrupper, når de bliver spurgt, generelt kommer med forslag om at påtage sig flere opgaver, ikke med forslag om, hvordan egne opgaver kan udføres af andre. Det er et paradoks i en tid, hvor der er massiv og stigende mangel på kvalificeret arbejdskraft til mængden af opgaver. DSR's seneste udspil om, at danske sygeplejersker skal kunne overtage ansvaret for medicinordination, er et forslag i denne kategori. Det er ikke nogen snu tagsløsning bare at lade andre faggrupper overtage et lægeligt arbejdsområde, hvis der også er mangel på disse faggrupper.

Opgaveglidning gror op fra dagligdagens nødvendighed, og der er allerede mange vellykkede eksempler. Røntgenafdelingen på Vejle Sygehus har f.eks. gode erfaringer med at videreudanne radiografer, så de kan varetage nogle af radiologernes opgaver. Radiologer, sygeplejersker og jordemødre er på gynækologiske afdelinger uddannet til at varetage visse ultralydsundersøgelser. Rigshospitalet har gode erfaringer med at lade bioanalytikere varetage pacemakerkontrollen for lægerne. I almen praksis er der gode erfaringer med at inddrage praksispersonale, og der er stadig meget at hente i international sammenligning, som en DSI-publikation om almen praksis som koordinator for nylig har vist.

Opgaveglidning kan ikke dikteres oppefra, men det er alligevel en ledelsesmæssig udfordring og en påtrængende opgave at sprede det gode eksempel som inspiration til at fremme ændringerne i hverdagen. Der er mange steder at starte.”  
*Formanden for Den almindelige danske Lægeforening, UfL, 2007;169(44):3721*

- arbejdets udvikling
- faglige samarbejdsrelationer
  - ikke skarpe skel mellem grupperne. → opgaveglidning
  - bevidsthed om egne begrænsninger og muligheder
- psykisk arbejdsmiljø

Der er områder, der minder om HRM, men der føjes også andet og mere til. Bl.a. arbejdets organisering som også kræver ledelsesmæssig snilde, evne og vilje.

#### **- Faggrænser, opstigningsstrategien mm.**

En bedre udnyttelse af personalets kernekompetencer er én af de holdbare strategier. Det er lig med en bedre samlet udnyttelse af de til rådighed værende personaleressourcer. En af mulighederne her består i at benytte opstigningsstrategien<sup>9, 45</sup>. Den går i al enkelhed ud på, at man i jobhierarkiet (læger, sygeplejersker, SOSA osv.) systematisk undersøger, om det underliggende niveau med rimelighed kan overtage dele af det overliggende niveaus opgaver.

Grundideen er den simple, at det er lettere at rekruttere og hurtigere at uddanne jo længere ned man kommer i job-hierarkiet. Det giver også større jobtilfredshed, fordi man kan se muligheder for faglig udvikling – og bedre løn i takt med over- og varetagelse af nye og mere specialiserede opgaver.

Det er en strategi, der er forbundet med betydelige udfordringer. Dels kan det opfattes som 'strandhugst' på andre faggruppers område, dels kræver det i givet fald en kompetenceudvikling i den pågældende personalegruppe. Hertil kommer, at det på nogle områder måske kræver ændringer i autorisationslovgivningen og/eller betydelig villighed til at uddelegere opgaver, men principielt beholde ansvaret i forhold til lovgivningen.

Dansk Sygeplejeråd har været meget aktiv på området, fx med forslag om Kliniske Ekspertsygeplejersker m.m. Der er naturligvis tale om interessevaretagelse, men en række af ideerne er absolut relevante. Det er åbenbart, at det også må og bør være forbundet med øget løn. Det er imidlertid langt bedre at give løntillæg for denne slags end at se på et generelt lønloft, jfr. tidligere. DSR har i sagens natur blikket rettet mod visse lægelige områder, men er tilsyneladende mindre villige til at interessere sig for, hvad de kan 'afleveres' til social-og sundhedsassistenter (forudsat, ligesom hos sygeplejerskerne, at der tilvejebringes den fornødne kompetenceudvikling).

I Danmark har Dansk Sygeplejeråd taget initiativ til at oprette en endoskopisygeplejerskeuddannelse, men primært pga. manglende økonomisk opbakning har det ikke været muligt at få den startet. Der er derfor, bortset fra lokale initiativer, endnu ikke gennemført formaliseret national oplæring i praktisk endoskopi for sygeplejersker i Danmark.

Vi vil i nærværende artikel redegøre for mulighederne for, at nogle endoskopiske funktioner overtages af sygeplejersker. *Kilde: UfL, 2007;169(9):805*

I disse år fokuseres der (berettiget) meget på målrettet kompetenceudvikling/livslang læring. Stikordet er 'målrettet'. I sundhedssektoren kan målrettes derfor oversættes til a) rettet mod opstigningstænkning og b) det velkendte: vedligeholdelse og opdatering af tidligere erhvervede kompetencer. Efter- og videreuddannelse benyttes i nogle tilfælde som en slags belønning. Det er hensigtsmæssigt, men den målrettede belønning skal være ledestjernen.

I medfør af efterårets trepartsaftale mellem regeringen, Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner, skal en taskforce for alvor sætte skub i opgaveglidningen i sundhedsvæsenet. Den skal kortlægge mulighederne for en mere optimal opgavefordeling mellem faggrupperne på sundheds- og ældreområdet. Ifølge planerne skal den være færdig i 2008. Spørgsmålet bliver, om den tør udfordre eksisterende magtbastioner og sætte gang i nytænkning eller, om der blive tale om gang på gengroede stier.

### **- 'Rigtig' brug af materielle og immaterielle incitamenter**

Ros og opmuntring er en underudviklet disciplin – og på mange måder en utrolig motiverende faktor. Det kan lyde banalt og tomt, men er alligevel sandt.

At give ros og opmuntring på den rigtige måde på det rigtige tidspunkt – men ikke hele tiden, og ikke forfalde til aldrig at kritisere og bruge negative vendinger, ja det er en kunst som få mestrer. Politikeres ros og anerkendelse er mindst lige så vigtig som ledelsens. Den mangel på anerkendelse, der ofte nævnes som et problem og demotiverende blandt ansatte i sundhedsvæsenet, er på mange måder frustration over igen og igen at være skydeskive for politiske kritik – især fra Christiansborg, der er på behagelig afstand af den daglige drift af sundhedsvæsenet. I den HRM-oprustning, der er omtalt ovenfor, indgår også spørgsmålet om incitamenter – såvel det nævnte eksempel samt selektiv brug af materielle incitamenter, hvoraf penge kun er én blandt flere muligheder, jfr. betragtningerne ovenfor om frynsegoder. Desværre kan HRM-oprustningen ikke omfatte politikerne. Politikere burde være langt mere opmærksomme på, hvordan deres adfærd i det offentlige rum påvirker motivationen blandt sundhedsvæsenets ansatte.

#### **Ydmyghed overfor brugen af økonomiske incitamenter**

I en oversigtsartikel om incitamenter i virksomheder skriver Prendergast<sup>1</sup>, at incitamenter er essensen af økonomi, men "despite many wide-ranging claims about their supposed importance, there has been little empirical assessment of incentive provision". Fire år senere kunne Burgess and Ratto i 2003 i en artikel om incitamenters rolle i den offentlige sektor lidt ironiserende notere, at "this survey cannot have the feel of a meta-analysis weighting the 'bulk' of the evidence in favour of this position or that – there is no 'bulk'"<sup>2</sup>. I 2002 havde Dixit følgende ord til forskerne "the good news is that recent theory of incentives is beginning to be more soundly based in reality. But both empirical and theoretical research need to be better focused"<sup>3</sup>. Læren heraf er, at tiltag vedrørende økonomiske incitamenter er baseret på såvel beskeden teori som empiri<sup>4</sup>.

En del af den 'frigørelse', der er plæderet for ovenfor, vedrører også større frihedsgrader til selektiv anvendelse af økonomiske incitamenter, ofte i form af éngangsbeløb, men gjort med omhu. Den rigtige brug af økonomiske incitamenter er også én af de underudviklede discipliner.

I den kommende HRM-uddannelse bør økonomen Bruno S. Freys bog om "Not just for the money: an economic theory of personal motivation"<sup>46</sup> indgå. Bogen er et forsøg på at integrere økonomisk og socialpsykologisk tænkning om individuelle incitamenter og motivation. Denne teoridannelse står i kontrast til standard økonomisk teori, fx den såkaldte principal-agent-teori, som stort ikke medtænker psykologiske aspekter af menneskers adfærd. I de økonomiske standardmodeller antages mennesker at være overvejende egennyttemaksimerende væsener, der maksimere egen fordel såsom højst mulig indkomst med mindst muligt arbejdsindsats. Megen af tidsåndens fokusering på løn bærer præg af denne håbløst forenkede tænkning. Frey<sup>47-49</sup> og andre har udviklet mere relevante modeller, som netop er velegnede i professionsdominerede organisationer.

### **- Fortsat fokusering på bedre arbejdsgange, arbejdsgangsanalyser**

Afslutningsvis må det konstateres, at summen af ovenstående ikke løser 2015-udfordringen. Derfor vil der være behov for ikke blot vedvarende fokus på produktivetsforbedringer – udover de

statsligt dikterede 2% - men en intensivering. Skal man håndtere den samtidige udfordring om både mangel på arbejdskraft og øget efterspørgsel, er det tvingende nødvendigt.

Det er en ledelses- og medarbejdermæssig udfordring at gøre det på en sådan måde, at det ikke demotiverer, men tværtimod giver anledning til stolthed og bedre service. 'Pakkøløsninger' a la Vejle er eksempel på noget, der har givet bedre patientservice, ikke stresset personalet (mere), en åbenbar rationalisering og medfører at man kan leve op til diverse garantier. Med en floskel: det drejer sig om 'work smarter, not harder'. Og det er fortsat frodig mulighed på en række områder.

Et eksempel ... er fra Holland, hvor det førende center for kræftbehandling i Amsterdam, NKI, har bemanded stråleterapien udelukkende med radiografer, der arbejder ud fra speciallægegodkendte behandlingsplaner, mens speciallægerne kan koncentrere sig om diagnosticering og godkendelse af behandlingsplaner. NKI er 70 procent mere produktiv (2004) end Herlev og Århus uden fald i kvalitet eller patienttilfredshed. Erik Juhl har i sit oplæg til Kvalitetsreformen danske eksempler af samme karakter.

*Jens Winther Jensen, UfL, 2007, 169(46): 3925*

I den revision af lederuddannelsen, der er omtalt ovenfor bør discipliner som patientlogistik, arbejdsgangsanalyse, lean og innovation indgå som en central del, men sammenkoblet med HRM for at motivation og incitament er for at kunne give sig i kast med effektiviseringsudfordringerne på begavet vis.

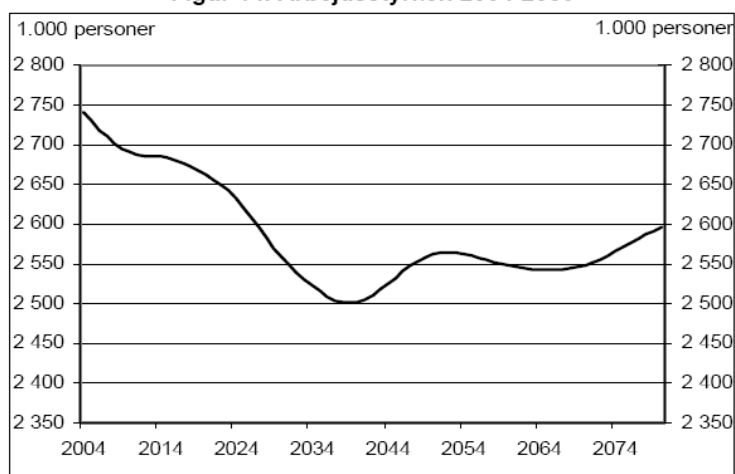
Lægeforeningens formand har i en markant leder – Something Rotten in the State of Denmark (Uf. 2007, p. 3925) – noteret, at vi har nok læger i Danmark, men vi udnytter dem forkert, og der ikke er nok af 'støttende personale' – lige fra sygeplejersker, radiografer over SOSA til lægesekretærer. Det er utvivlsomt en vigtig pointe – noget som både vedrører sammensætningen af arbejdsstyrken, opgaveglidning og ændrede arbejdsgange.

## Appendiks

### Dokumentation for udsagn i hovedteksten

#### *p.6. 'arbejdsstyrken fader med godt 200.000 frem mod 2030'*

Figur 14. Arbejdsstyrken 2004-2080

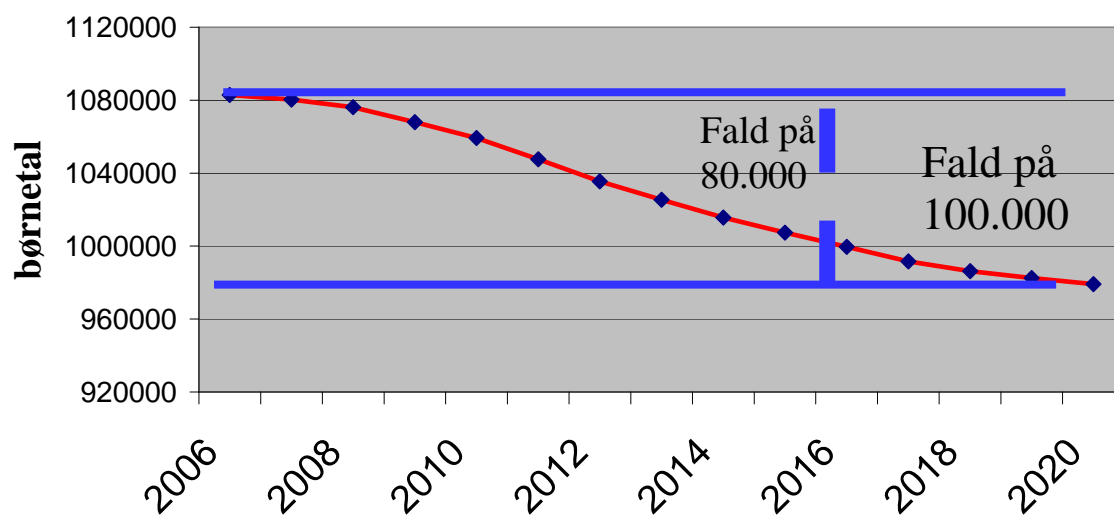


Kilde: Fremskrivning på baggrund af DREAMs befolkningsregnskab, 2004

Kilde: p. 30 i DREAM<sup>42</sup>

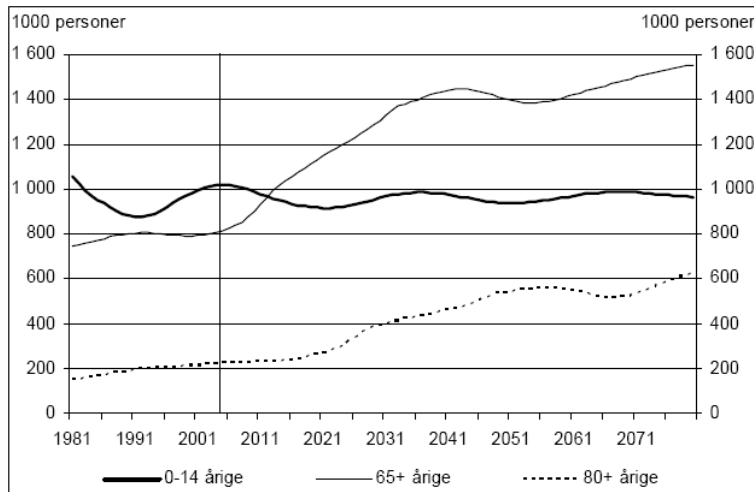
#### *p. 6. 'ungdomsårgange falder også...'*

### Befolkningsprognose for antal 0-15 årige 2006-2020



*p. 6: 'samtidig stiger antallet over 64 år ...'*

Figur 10. Antal personer under 15 år og over henholdsvis 65 år og 80 år, 1981-2080



Kilde: Danmarks Statistik og DREAMs 2006-befolkningsfremskrivning

Kilde: p. 22 i DREAM<sup>42</sup>

*p. 8: "samlet beskæftigelse i sundhedssektoren"*

**Udviklingen i beskæftigelsen  
i sundhedssektoren**

	1970	1980	1990	2000	2004	Δ % '70- '90
<b>Samlet antal beskæftigede</b>	89.092	133.817	150.180	152.913	156.117	75.2
<b>Samlede præsterede timer,1000</b>	156.225	200.934	207.301	202.680	218.299	39.7
<b>Timer per beskæftiget</b>	1753.5	1501.6	1380.4	1325.5	1398.3	-20.3

Kilde: Nationalregnskabsstatistikken



**p. 8: Udvikling i antallet i forskellige personalegrupper:**

**Personale på de offentlige sygehuse**

	Fuldtidsbeskæftigede		% ændring 2000-2005
	2000	2005	
<b>Læger</b>	<b>10,114</b>	<b>11,563</b>	14.3
<b>Sygeplejersker</b>	<b>28,668</b>	<b>30,535</b>	6.5
- Sygehjælpere	5,367	2,490	-53.6
- Social- og sundhedsassistenter	4,719	6,868	45.5
- Plejere og plejehjemsassistenter	1,581	924	-41.6
- Radiografer	857	947	10.5
<b>Andet plejepersonale</b>	<b>12,523</b>	<b>11,229</b>	-10.3
<b>Andet sundhedsfagligt personale</b>	<b>15,504</b>	<b>16,143</b>	4.1
<b>Sundhedsfagligt uddannet personale</b>	<b>66,809</b>	<b>69,469</b>	4.0
- Ledende administrativt personale og specialister	812	1,021	25.7
- Administrativt, akademisk personale i øvrigt	252	337	33.7
- Kontorpersonale	1,628	1,861	14.3
<b>Administration</b>	<b>2,692</b>	<b>3,220</b>	19.6
- Psykologer og magistre	686	1,070	56.0
- Socialrådgivere	501	438	-12.6
- Pædagoger	293	362	23.5
- Ingeniører og akademisk personale i øvrigt	386	401	3.9
- Værkstedsledere og assistenter	132	72	-45.5
- Portører og vagtmestre	2,784	2,407	-13.5
- Fotografer	125	85	-32.0
- Teknisk personale	485	393	-19.0
- Edb-personale i øvrigt	335	518	54.6
- Ejendommens drift	1,182	1,126	-4.7
- Rengøringspersonale	4,765	2,979	-37.5
- Køkkenpersonale	1,295	1,145	-11.6
- Servicepersonale	1,449	2,118	46.2
- Øvrige	11	19	72.7
<b>Andet personale</b>	<b>667</b>	<b>348</b>	-47.8
<b>Øvrigt personale</b>	<b>15,120</b>	<b>13,527</b>	-10.5
<b>Personale i alt</b>	<b>17,813</b>	<b>16,747</b>	-6.0
Kilde: Sundhedsstyrelsens Løn- og beskæftigelsesregister	<b>84,621</b>	<b>86,216</b>	1.9

**p. 10: situationen i kommunerne**

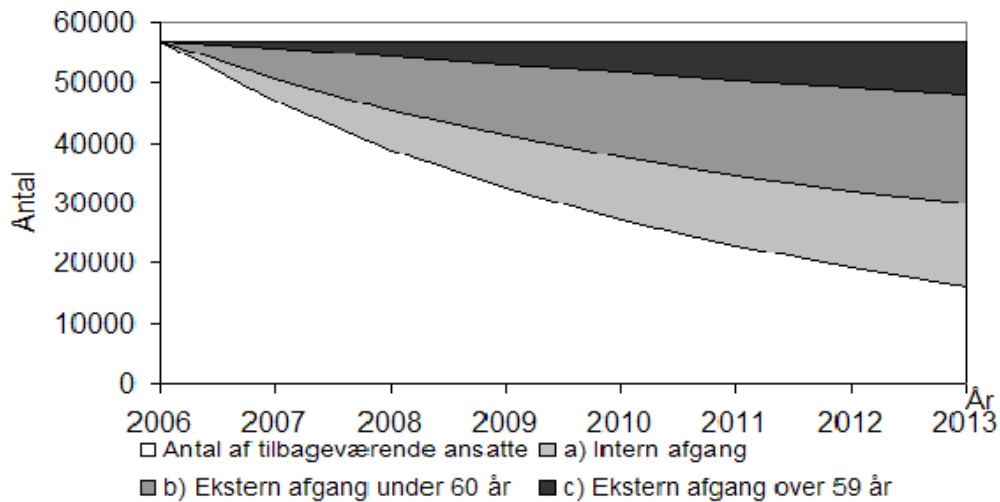
- a) Intern afgang: Afgang til andet job i samme kommune eller afgang til anden kommune eller region.
- b) Ekstern afgang under 60 år: Afgang til statslig eller privat sektor for personer, som ikke har nået efterløns- eller pensionsalderen.
- c) Ekstern afgang over 59 år: Skyldes enten pensionering eller afgang til statslig eller privat sektor.

Tabel 1: Aldersbetinget afgangsmønster for SOSU-medarbejdere i Hele Landet

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Antal af tilbageværende ansatte</b>	56791	46928	38896	32518	27246	22876	19262	16186	13579
<b>Afgang i alt</b>	0	9863	17894	24271	29541	33911	37524	40600	43206
a) Intern afgang	0	3698	6514	8696	10405	11756	12828	13682	14361
b) Ekstern afgang under 60 år	0	5086	8921	11838	14090	15849	17234	18329	19197
c) Ekstern afgang over 59 år	0	1079	2459	3737	5046	6305	7462	8589	9648
	%								
<b>Andel af tilbageværende ansatte</b>	100%	83%	68%	57%	48%	40%	34%	29%	24%
<b>Afgang i alt</b>	0%	17%	32%	43%	52%	60%	66%	71%	76%
a) Intern afgang	0%	7%	11%	15%	18%	21%	23%	24%	25%
b) Ekstern afgang under 60	0%	9%	16%	21%	25%	28%	30%	32%	34%
c) Ekstern afgang over 59	0%	2%	4%	7%	9%	11%	13%	15%	17%

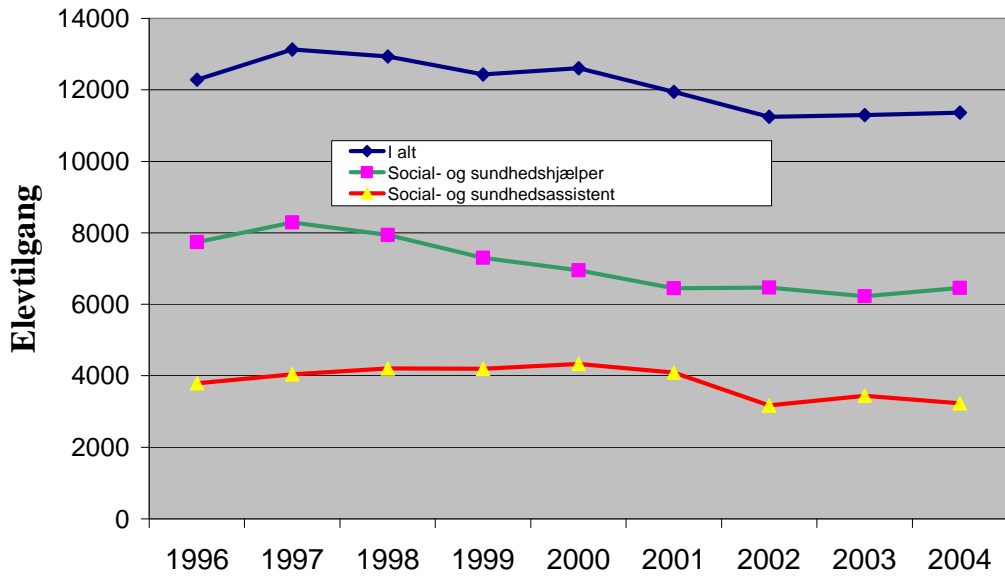
Kilde: FLD og egne beregninger

Figur 1: Aldersbetinget afgangsmønster for SOSU-medarbejdere i Hele Landet



Kilde: KL, Værktøj vedr. afgangsmønster, [www.kl.dk/rekrut](http://www.kl.dk/rekrut)

p. 10: tilgangen til social-og sundhedsassistent/hjælper-uddannelsen



# Litteratur

## Reference List

1. Prendergast C. The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature* 1999; 37(1):7-63.
2. Burgess S, Ratto M. The Role of Incentives in the Public Sector: Issues and Evidence. *Oxford Review of Economic Policy* 2003; 19(2):285-300.
3. Dixit A. Incentives and organizations in the public sector. An interpretative review. *The Journal of Human Resources* 2002; 37(4):696-727.
4. Beck M, Pedersen KM. Not just for the money, *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 2008; 82(4):147-150.
5. Velfærdskommissionen. *Fremtidens velfærd - vores valg*. København: Velfærdskommissionen; 2005.
6. Velfærdskommissionen. *Befolkningsudvikling, velfærdsdilemma og makroøkonomiske strategier*. København: Velfærdskommissionen; 2005.
7. Finansministeriet. *Aftale om fremtidens velstand og velfærd og investeringer i fremtiden*. 2006.
8. Amtsrådsforeningen, Finansministeriet, Kommunernes Landsforening, m.fl. *Rekruttering og Service*. København: 2001.
9. Sundhedsministeriet, m.fl. *Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren*. København: Sundhedsministeriet; 2001.
10. Hofoss D, et al. *Fra for mange til for få : Helsepersonellsituasjonen i Norden på slutten av 1980-tallet*. Oslo: Statens institutt for folkehelse; 1988.
11. Statens Institut for Folkesundhed. *Folkesundhedsrapporten 2008*. København: SIF; 2008.
12. Sundhedsstyrelsen. *Landspatientregisteret gennem 23 år. 1977-2002. Nye Tal fra Sundhedsstyrelsen* 2003:21 2003.
13. Clark PF, Stewart JB, Clark DA. The Globalization of the Labour Market for Health-Care Professionals. *International Labour Review* 2006; 145(1-2):37-64.
14. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005; 353(17):1810-1818.
15. WHO. *World Health Report 2006. Working together for health*. Geneve: WHO; 2006.
16. FTF. *Ubalancer på det offentlige arbejdsmarked frem mod 2015*. København: 2007.
17. DSR. *Fremtidens mangel på sygeplejersker*. København: 2007.
18. Praktiserende Lægers Organisation. *Lægeprognosen 2006 – almen praksis. Efterspørgsel og udbud af alment praktiserende læger 2005 - 2025*. København: 2006.
19. FTF. *Hver femte FTF'er overvejer at forlade sit fag*. *Resonans* 2007;(6).
20. Antonazzo E. The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature. *Health Economics* 2003; 12(6):465-478.

21. Arrowsmith J, Mosse P. Health Care Reform and the Working Time of Hospital Nurses in England and France. *European Journal of Industrial Relations* 2000; 6(3):283-306.
22. Askildsen JE, Baltagi BH, Holmas TH. Wage Policy in the Health Care Sector: A Panel Data Analysis of Nurses' Labour Supply. *Health Economics* 2003; 12(9):705-719.
23. Frijters P, Shields MA, Price SW. Investigating the Quitting Decision of Nurses: Panel Data Evidence from the British National Health Service. *Health Economics* 2007; 16(1):57-73.
24. Holmas TH. Keeping Nurses at Work: A Duration Analysis. *Health Economics* 2002; 11(6):493-503.
25. Parker C, Rickman B. Economic Determinants of the Labor Force Withdrawal of Registered Nurses. *Journal of Economics and Finance* 1995; 19(1):17-26.
26. Phillips VL. Nurses' Labor Supply: Participation, Hours of Work, and Discontinuities in the Supply Function. *Journal of Health Economics* 1995; 14(5):567-582.
27. Shields MA. Addressing Nurse Shortages: What Can Policy Makers Learn from the Econometric Evidence on Nurse Labour Supply? *Economic Journal* 2004; 114(499):F464-F498.
28. Skatun D, Antonazzo E, Scott A, Elliott RF. The Supply of Qualified Nurses: A Classical Model of Labour Supply. *Applied Economics* 2005; 37(1):57-65.
29. Heyes A. The Economics of Vocation or 'Why Is a Badly Paid Nurse a Good Nurse'? *Journal of Health Economics* 2005; 24(3):561-569.
30. Heyes AG. Optimal Wages in the Market for Nurses: Comment and Replies. *Journal of Health Economics* 2007; 26(5):1031-1033.
31. Taylor LJ. Optimal Wages in the Market for Nurses: An Analysis Based on Heyes' Model. *Journal of Health Economics* 2007; 26(5):1027-1030.
32. Hirsch BT, Schumacher EJ. Monopsony Power and Relative Wages in the Labor Market for Nurses. *Journal of Health Economics* 1995; 14(4):443-476.
33. Hirsch BT, Schumacher EJ. Classic or New Monopsony? Searching for Evidence in Nursing Labor Markets. *Journal of Health Economics* 2005; 24(5):969-989.
34. Askildsen JE, Baltagi BH, Holmas TH. Wage Policy in the Health Care Sector: A Panel Data Analysis of Nurses' Labour Supply. *Health Economics* 2003; 12(9):705-719.
35. DSR Analyse. Sygeplejerskers erhvervstilknytning og brancheforhold 1995-2005. København: DSR; 2007.
36. DSR Analyse. Dokumentation af ulige løn. København: DSR; 2008.
37. Finansministeriet, Personalestyrelsen. Faktanotat om lønreguleringsordning. København: 2007.
38. Det fælleskommunale løndatakontor. Analyse af lønudviklingen i den (amts)kommunale sektor. København: 2004.
39. Det fælleskommunale løndatakontor. Personaleomsætningsstatistik 2005/2006. København: 2008.
40. DSR Analyse. Sygeplejerskers bevægelse på arbejdsmarkedet. 2008.
41. Warming K. Køn, løn og anerkendelse. - En undersøgelse af uligelønnen mellem traditionelle kvinde- og mandefag eksemplificeret ved konkrete sammenligninger af faggrupper med samme længde uddannelse. København: FOA; 2007.

42. DREAM-gruppen. Langsigtet økonomisk fremskrivning - med vurdering af velfærdsreformen. København: DREAM, Finansministeriet; 2006.
43. Klausen K. Strategisk ledelse – de mange arenaer. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2004.
44. Pedersen M, Kürstein P. Fokus på plejepersonalet. Hvad gør den gode afdeling bedre? København: DSI; 2002.
45. Indenrigs-og sundhedsministerens rådgivende udvalg. Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehusene . København: Indenrigs-og sundhedsministeriet; 2002.
46. Frey BS. Not just for the money: An economic theory of personal motivation 3402. Cheltenham: Elgar; 1997.
47. Frey B, Oberholzer-Gee, F. The Cost of Price Incentives: An Empirical Analysis of Motivation Crowding-Out 3523. American Economic Review 1997; 87(4):746-755.
48. Frey BS. Does Monitoring Increase Work Effort? The Rivalry with Trust and Loyalty 3492. Economic Inquiry 1993; 31(4):663-670.
49. Frey BS, Jegen R. Motivation Crowding Theory 1895. Journal of Economic Surveys 2001; 15(5):589-611.