

Innkalling til møte i HelseDirektoratets sektorråd

Onsdag 8. januar 2020 kl. 10-14.30

Ytringsrommet (i møtesenteret), HelseDirektoratet, Vitaminveien 4 (Storo), Oslo

Saksliste:

Sak 01/2020 **Helsepersonell – muligheter for å styrke kapasitet og kompetanse**

Følgende vil innlede til saken:

- Lill Sverresdatter Larsen, Norsk Sykepleierforbund
- Iren Luther, Fagforbundet
- En som representerer kommunene (navn ikke bekreftet)
- En som representerer de regionale helseforetakene (navn ikke bekreftet)

Sak 02/2020 **Nasjonal helse- og sykehusplan**

Følgende vil innlede til saken:

- Divisjonsdirektør Linda Granlund, HelseDirektoratet

Sak 03/2020 **Evaluering av HelseDirektoratets sektorråd**

Deltakere:

HelseDirektoratet	HelseDirektør Bjørn Guldvog Vara: Assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk
Helse Sør-øst RHF	Administrerende direktør Cathrine M Lofthus Vara: Direktør for medisin og helsefag Jan Frich
Helse Vest RHF	Administrerende direktør Herlof Nilssen Vara: Fagdirektør Baard-Christian Schem
Helse Midt RHF	Administrerende direktør Stig A Slørdahl Vara: Direktør helsefag Henrik A Sandbu
Helse Nord RHF	Direktør Kristian Fanghol
KS	Administrerende direktør Lasse Hansen Vara: Direktør interessepolitikk Helge Eide

KS	Rådmann Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune
KS	Programleder/prosjektrådmann Camilla Dunsæd, Nye Kristiansand kommune
KS	Kommunaldirektør helse og velferd Helge Garåsen, Trondheim kommune
Den norske legeforening	President Marit Hermansen
Norsk sykepleierforbund	Forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen
Fagforbundet	Forbundsleder Mette Nord Vara: Leder helse og sosial Iren Mari Luther
Helsedirektoratets Brukerråd	Leder Camilla Lyngen, Unge funksjonshemmede Vara: Arnfinn Aarnes, FFO
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)	Generalsekretær Lilly Ann Elvestad Vara: Fagpolitisk leder Berit Therese Larsen
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Generalsekretær Mina Gerhardsen Vara: Fagsjef Tone Poulsson Torgersen
Rådet for psykisk helse	Generalsekretær Tove Gundersen Vara: Seniorrådgiver Hege Helene Bakke
Folkehelseinstituttet	Direktør Camilla Stoltenberg Vara: Områdedirektør Trygve Ottersen
Direktoratet for e-helse	Direktør Christine Bergland Vara: Juridisk direktør Birgitte Jensen Egset

Direktør for virksomhetsstyring Nina Aulie, møter som leder for rådets sekretariat.
Seniorrådgiver Nina Bachke og seniorrådgiver Tove Ringerike utgjør rådets sekretariat.

Helsepersonell – muligheter for å styrke kapasitet og kompetanse

Helsedirektoratets sektorråd - møte 8. januar 2020
--

Møtesaksnummer: 01/20

Utfordringer på området kompetanse og personell ble meldt inn av medlemmer i rådet som et aktuelt område for drøfting da det ble foretatt en kartlegging i juni 2018.

Personell er den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Mye tyder på at det også vil bli den største knapphetsfaktoren og bærekraftsutfordringen i årene framover. Samtidig fører den demografiske utviklingen og endringer i sykdomspanorama til endrede krav til kompetanse hos helsepersonellet. Hva må helsetjenesten gjøre for å ruste seg for disse utfordringene? Og hvordan kan Helsedirektoratet best understøtte tjenestenes bestrebelser?

Det synes nødvendig å tenke nytt og vurdere nye tiltak. På helsepersonellområdet er det mulig både å se for seg tiltak på tilbudssiden, slik at flere arbeidskraftsressurser med rett kompetanse blir tilgjengelig der det er behov. Slike tiltak kan være rettet mot å utløse flere arbeidstimer hos de som er utdannet helsepersonell og øke antall studieplasser. Også på etterspørselssiden kan det gjøres endringer, ved å gjøre endringer som vil redusere behovet for arbeidskraft. Økt bruk av arbeidsbesparende teknologi og digitalisering er tiltak som kan redusere behovet for arbeidskraft. De fremtidige utfordringene tilsier en kombinasjon av tiltak langs flere akser.

Det er mange tiltak som kan være aktuelle, men for å avgrense drøftingen i rådet i denne omgang er det følgende spørsmål som løftes i denne saken:

- 1. Hvordan kan vi bruke det personellet vi har bedre enn i dag?**
 - Avgangsalder/seniorpolitikk
 - Heltidskultur
 - Oppgavedeling og rekruttering
- 2. Hva kan gjøres for å sikre kompetansen fremover?**
 - Praksisundervisning
 - Kompetanseplanlegging

Helsedirektoratet ønsker seg gode råd og innspill til disse spørsmålene ved at dere deler med oss hvordan dette ser ut fra deres ståsted.

Utfordringsbildet

Utvikling de siste årene

Mellom 2008 og 2017 har antall årsverk i den kommunale helse og omsorgstjenesten økt med 29 409 årsverk fra 144 500 til 173 909, en vekst på 20,4 prosent. Spesialisthelsetjenesten økte med 20 947 årsverk fra 104 843 til 125 790 i tilsvarende periode, en vekst på 20 prosent.

Tross føringer i Samhandlingsreformen fra 2012 fortsatte veksten å komme i spesialisthelsetjenesten fram til 2016. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har derfor hatt en lik relativ vekst på 20 prosent, selv om *antallet* årsverk har økt mer innenfor kommunal sektor.

Dagens mangel på helsepersonell

NAV's bedriftsundersøkelse fra 2019 viser at det er en estimert mangel på flere helsepersonell-grupper. Størst er mangelen på sykepleiere.

Yrkesgruppe	Estimert mangel - antall
Sykepleiere	4500
Helsefagarbeidere	2650
Andre helseyrker	2300
Spesialsykepleiere	1100
Vernepleiere	700
Legespesialister	600
Psykologer	450
Allmennpraktiserende leger	100

36 prosent av virksomhetene innen helse- og sosialtjenesten som er spurt i undersøkelsen, oppgir å ikke ha fått ansatt ønsket kompetanse de siste tre månedene. I tillegg oppgir 32 prosent av virksomhetene at de har hatt rekrutteringsproblemer grunnet for få kvalifiserte søkere.

Også KS' arbeidsgivermonitor 2019 som måler rekrutteringsutfordringer i *kommunene* viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere, leger, psykologer og vernepleiere. 75% av kommunene melder om at det er meget eller ganske utfordrende å rekruttere sykepleiere og 60% at det er tilsvarende vanskelig å rekruttere leger. 57% av kommunene har utfordringer når det gjelder psykologer og 48% av kommunene kunne melde om meget utfordrende eller ganske utfordrende rekrutteringsprosesser for vernepleiere.

Fremskrevet kapasitetsbehov

Statistisk sentralbyrå har gjort framskrivninger som viser hvordan situasjonen vil se ut i 2035 dersom en baserer seg på dagens tilbud og etterspørsel¹. Deres utregninger viser at det vil mangle omlag 28000 sykepleierårsverk, omlag 18000 helsefagarbeiderårsverk og omlag 4900 vernepleierårsverk. Bare frem til 2028 vil det være behov for 38400 nye årsverk innenfor helse og omsorg i *kommunene*. Til sammenligning er det behov for 1000 nye årsverk i øvrige kommunale sektorer i samme periode. Det medfører naturlig nok et spørsmål om hva som er mulig og ønskelig. Finnes det noen grenser for hvor stor andel av de sysselsatte vi kan avse til arbeid i helse- og omsorgssektoren?

Demografisk utvikling – en utfordring for bærekraften i kommunene

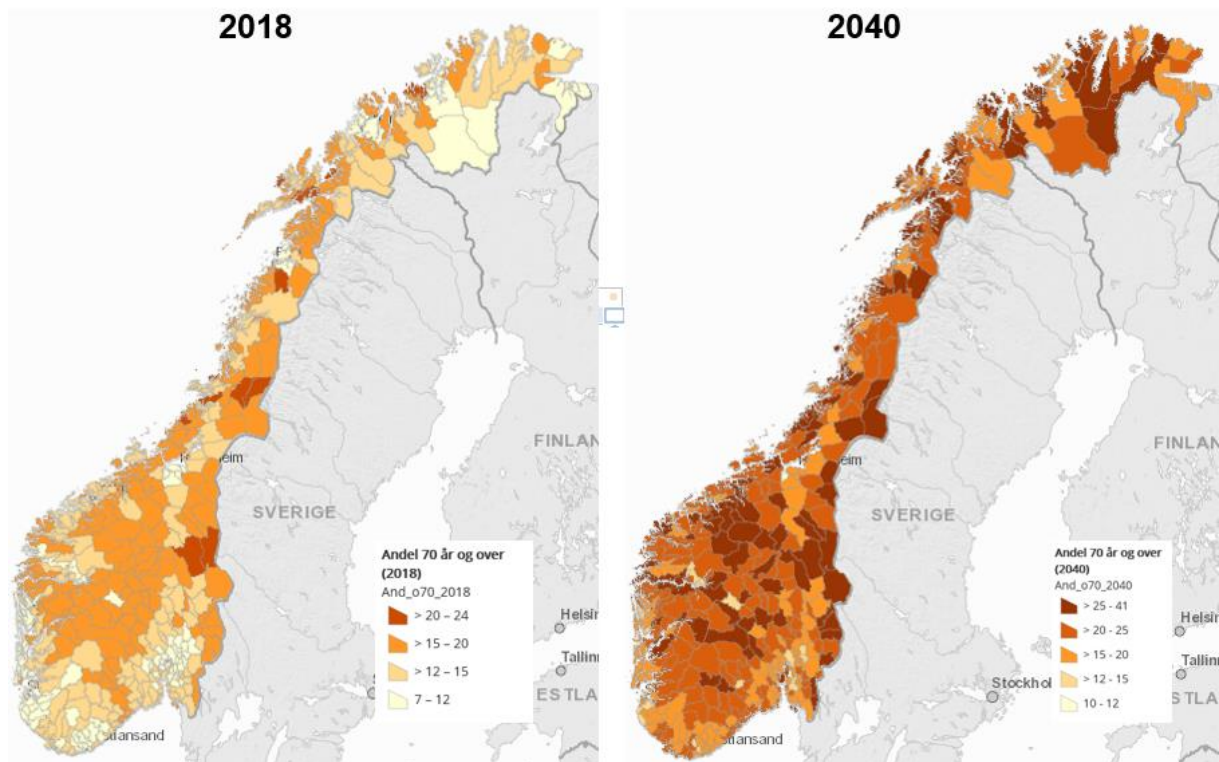
Det er viktig å se de framskrevne kapasitetsutfordringene i sammenheng med den demografiske utviklingen. Norge står overfor store demografiske endringer i årene som kommer. Vi vet at det blir flere eldre, og at forholdet mellom andelen yrkesaktive og andelen alderspensjonister vil endre seg. Denne bærekraftsutfordringen treffer kommunene ulikt. SSB har regnet ut at i 2030 vil over 25% av innbyggerne i 1/3 av dagens kommuner være over 67 år. I noen kommuner vil så mye som hver tredje innbygger være over 70 år innen 2040. Distriktskommuner rammes hardest, særlig kommuner i Nord-Norge og Innlandet. Flyttemønstrene forsterker utviklingen. Omkring 100 kommuner har hatt en negativ befolkningsutvikling hvert år de siste 10 årene². Mens enkelte sentrale kommuner med

¹ SSB – Helsemod.

² Knut Vareide, Telemarksforskning 2019.

befolkningsvekst vil kunne få mellom 4 og 5 mennesker i arbeidsfør alder per pensjonist, vil tallet i en del mindre kommuner som er preget av fraflytting komme ned mot 1:1 eller til og med lavere i løpet av de neste 10-15 årene.

Andel over 70 år



Kommunehelsetjenesten

Helsedirektoratet har våren 2019 gjennomført en analyse av tilgjengelig kunnskap og statistikk på personell og kompetansefeltet og basert på dette har vi utarbeidet et utfordringsbilde³.

Ved siden av at den demografiske utviklingen i seg selv vil medføre økt pleietyngde og bistandsbehov framover, er det også en yngre tjenestemottakergruppe i kommunene som trenger store ressurser fra helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være personer med medfødte eller ervervede nevrologiske lidelser, psykiske helseproblemer, rus osv. som tidligere fikk «totalomsorg» fra døgninstitusjoner i spesialisthelsetjenesten.

De siste årene har en rekke oppgaver blitt overført fra helseforetakene til kommunehelsetjenesten. Behov for høy kompetanse har økt etter Samhandlingsreformen. Avansert sykepleie som tidligere ble gitt i intensivavdelinger i sjukehus, blir nå gitt i folks hjem, i sykehjem og Helsehus. Det er bekymringsfullt at ¼ av årsverk i brukerrettet omsorgstjeneste er ansatte uten helse- og sosialfaglig

³ (Utfordringene er basert på statistikk og kunnskap som vi henter fra bl.a. SSB, PAI-registeret og Helsemod 2019, men er også basert på kunnskap fra fylkesmennene, fra følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020, fra forskning og andre kilder.)

bakgrunn og over 42% av disse har utdanningsnivå på ungdomsskole eller lavere. Høy bruk av deltid i tjenestene preger kommunene som arbeidsplass, og påvirker det tilbudet brukere og pasienter får. Høyt sykefravær er også en gjennomgående utfordring.

Spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er det særlig innen spesialisert kompetanse (spesialsykepleiere, legespesialister m.v) det er vanskeligst å fylle behovet. Det er i tillegg en utfordring at den medisinske utviklingen skjer så raskt at det er vanskelig for helseutdanningene å følge med i de endrede kompetansebehovene.

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har steget med 20% fra 2010 til 2018, og det er særlig innen legeårsverk at økningen har vært stor. 80% av de nye legeårsverkene som har kommet siden 2012, har vært i spesialisthelsetjenesten. Gitt mangelen på helsepersonell fremover, er det grunn til å frykte en enda skarpere konkurranse mellom sektorene når det gjelder å rekruttere den arbeidskraften som er tilgjengelig.

De regionale helseforetakene melder årlig inn til Helsedirektoratet hva som er behov og problemstillinger på helsepersonellfeltet. Alle regionene har gjentatte ganger meldt om en til dels "kritisk" mangel på ABIOK-sykepleiere (anestesisykepleie, barnesykepleie, intensivsykepleie, operasjonssykepleie og kreftsykepleie) og på jordmødre. Mangelen på for eksempel operasjonssykepleiere fører til utsettelse av operasjoner, med konsekvenser for planlegging og gjennomføring av arbeidet. Det er lagt opp til en opptrapping av antall ABIOK-sykepleiere gjennom å øke studiekapasiteten.

Ellers er det noe regional variasjon i hvilke grupper som det oppleves moderat mangel på, men bioingeniører, farmasøyter, vernepleiere og radiografer er gruppe som går igjen i svarene fra de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene tar i likhet med KS opp viktigheten av å beholde *desentraliserte utdanninger*, som en kilde til ferdige kandidater som kan rekrutteres og beholdes i distriktene. Særlig Helse Nord omtaler dette poenget i årets innspill.

Hvordan kan vi bruke det personellet vi har bedre enn i dag?

Selv om vi øker utdanningskapasiteten betraktelig er det også nødvendig med andre tiltak. Ett tiltak er å få flere arbeidstakere i helsevesenet til å stå lenger i arbeid, et annet er å få flere til å jobbe fulltid - eller sagt på en annen måte; gi flere muligheten til å jobbe fullt.

Utfordringen er imidlertid at vaktordningene i kommunene har gjort det vanskelig å organisere arbeidet uten deltidsstillinger, at deltidsstillinger forplanter seg og at frivillig deltid kan skape ufrivillig deltid. For både helsefagarbeidere og sykepleiere faller yrkesdeltakelsen raskt fra slutten av 50-årene. Et arbeidsliv med krevende mellommenneskelige situasjoner og til tider fysisk slitsomt arbeid, gjerne med vakter på ulike tider av døgnet og i helgene, tærer på helsa. Mange ender på helserelevante ytelser før de selv kan velge å gå av med pensjon.

Tidlig avgang fra arbeidslivet starter ofte med langvarig sykefravær. Helse- og omsorgssektoren topper sykefraværstatistikken. Inkludert spesialisthelsetjenesten har helse- og sosialtjenesten et

sykefravær på 8,3% i 2018 (legemeldt og egenmeldt)⁴. Samlet sykefravær i de brukerrorettede omsorgstjenestene i kommunene var på 11,6% i 2018⁵.

Så å si alle kommuner og helseforetak har inngått IA-avtale og mange har jobbet aktivt for å oppnå målene i IA-avtalen. Det kan likevel se ut som om det fortsatt er en lang vei å gå for å unngå for tidlig frafall fra arbeidslivet for arbeidstakergrupper som sykepleiere og helsefagarbeidere.

Situasjonen for sykepleiere og helsefagarbeidere

Bare 33% av helsefagarbeiderne over 60 år var i jobb i 2016 (SSB-rapport nr. 20/2019).

Av tall fra KLP, som yter pensjon til de fleste sykepleiere, framgår det at gjennomsnittlig avgangsalder i 2017 var på 57 år. Det er nesten 5 år lavere enn forventet pensjoneringsalder for en gjennomsnittlig arbeidstaker i Norge⁶.

Vi har fått SSB til å foreta noen forenklete beregninger for å få angitt et tall på hvor mange årsverk det ville utgjøre hvis alle sykepleiere og helsefagarbeidere forlenget sin arbeidsdeltakelse med ett år. SSB har kommet fram til at dette blir 4 169 årsverk for sykepleiere og 3 549 årsverk for helsefagarbeidere (tallene inkluderer de som slutter i helsetjenesten før de er 65 år – enten avgangen skyldes AFP/alderspension, helse relaterte ytelser eller overgang til annen jobb/ikke arbeid). Dette er foreløpige tall, men indikerer at om vi klarer å forebygge noe av det tidlige frafallet fra arbeidslivet i disse yrkene, så finnes det et arbeidspotensial som bør være mulig å benytte.

Er det noe Helsedirektoratet bidra med for å bedre gjennomsnittlig avgangsalder for helse- og omsorgspersonell?

Fra deltid til fulltid

Det har lenge vært påpekt at andelen som jobber deltid er for høy – både for sykepleiere – men aller mest for helsefagarbeidere. For de som utdanner seg i disse yrkene blir det et paradoks at muligheten for fulltidsjobb er såpass begrenset, spesielt når det samtidig er stort behov for helsepersonell. Dette kan resultere i at flere velger bort yrkene i helsesektoren. I sykehusene har det foregått en endring de siste årene i rekruttering av sykepleiere og personellplanlegging, slik at 90 % av alle sykepleiere nå jobber fulltid i sykehusene. For helsefagarbeidere i kommunene er situasjonen en annen. I Norge jobber bare 21 % av alle helsefagarbeidere i turnus heltid. Tilsvarende tall for Finland er 93 % (Nordcare/Nova).

Det foregår et systematisk arbeid også i enkelte kommuner for å innføre en heltidskultur, men det store bildet har endret seg lite.

Vi har fått SSB til å foreta en beregning av hvor mange årsverk det vil utgjøre hvis alle helsefagarbeidere med stillingsprosent under 80 % øker stillingsprosenten til 80 %. Foreløpige tall sier at dette vil tilsvare 9 460 årsverk for helsefagarbeidere. For sykepleiere er tallene beregnet til 6163 årsverk.

Hvordan kan vi skape en heltidskultur?

Hvis man ønsker å få flere sykepleiere og helsefagarbeidere til å stå lenger i stilling og få til en overgang til fulltidskultur i disse yrkene, er det mye som tyder på at man er nødt til å gjøre grunnleggende endringer innen bemanning, kompetanseutvikling, organisasjon og ledelse.

⁴ SSB

⁵ KS PAI

⁶ NAV

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært preget av deltidsarbeid etter arbeidstidsreformen som ble innført i 1987. Forskning på området tyder på at det er helgeturnusen i omsorgstjenesten som må løses for å kunne utvikle en heltidskultur i tjenesten.

Deltidsbruken i helse- og omsorgstjenesten påvirker også kvaliteten i pasientarbeidet. Dette vil i neste omgang også være med på å redusere de ansattes opplevelse av å være tilfreds med egen arbeidssituasjon.

Hva er en god seniorpolitikk?

Etter mange år med stigende arbeidsdeltakelse blant seniorer kan det se ut som om trenden er i ferd med å flate noe ut. Pensjonsreformen bidro nok ganske godt til at arbeidstakere fortsatte i arbeid – noen år ekstra – spesielt i privat sektor. Seniorpolitisk barometer viste i år også en tendens til at arbeidstakeres forventninger og planer om hvor lenge de har tenkt å fortsette i jobb har flatet noe ut.

For noen år tilbake var flere kommuner og blant annet St. Olavs Hospital trukket fram som gode seniorarbeidsplasser. Etter gamle AFP-regler hadde bl.a. kommunen en egeninteresse av å beholde eldre arbeidstakere lengst mulig i arbeid. Mange kommuner innførte såkalte seniorgoder som ekstra fridager, bonusordninger og lignende. Hvor utbredt slike ordninger er i dag vet vi ikke.

Pull og push-faktorer vil alltid påvirke arbeidstakere som kan velge selv om de vil fortsette lenger i arbeid eller slutte. I helsesektoren, og spesielt for sykepleiere og helsefagarbeidere, ser det ut som det er nødvendig å sette inn forebyggende og helsefremmende tiltak mot arbeidstakere før de når en alder der de selv kan velge tidlig avgang.

Veien videre

Det er et stort behov for mer helsepersonell. Å rekruttere sykepleiere til en kommune er i utgangspunktet ikke enkelt. Det er sannsynligvis også vanskeligere å rekruttere når stillingene som lyses ut har lave brøker⁷. Helsedirektoratet vurderer at både for å rekruttere, utvikle og beholde personell er det derfor helt nødvendig med en overgang fra deltid- til fulltidskultur.

I hvilken grad bør direktoratet ta en tydeligere rolle i å være pådriver for en endring mot mer fulltidsarbeid i helse- og omsorgstjenestene?

Har vi de (helse-)profesjonene vi trenger?

De utfordringene vi står overfor på personelloområdet, gjør det naturlig å stille spørsmålet om det er mulig å tenke annerledes omkring helseprofesjonene, og om det personellet vi allerede har kan brukes på en annen måte.

Det kan være mulig å rekruttere inn nye grupper som kan løse oppgaver det er behov for. Det er også mulig å se for seg en enda mer målrettet bruk av personellet ut fra deres kompetanse, ved å spisse og rendyrke de helsefaglige oppgavene, og overlate oppgaver som ikke faller i denne kategorien til andre. En tredje mulighet er å organisere arbeidet på en annen måte gjennom en annen oppgavedeling mellom yrkesgrupper, også de som har helsefaglig utdanning. Ingen av disse strategiene er nye eller uprøvd, så spørsmålet er heller om det her finnes et uutnyttet potensial?

⁷ Det er nok slik at mange jobber tilnærmet fulltid med alle ekstravaktene de klarer å skaffe seg. SSB jobber med å få fram tall som viser hvor mye de på deltidsstillinger faktisk jobber. Det gir likevel lavere jobbtrygghet for de ansatte å kun ha en lav stillingsbrøk som de har ansettelse i.

Spørsmålet om hvorvidt vi har de utdanningene og profesjonene vi har behov for henger også tett sammen med hvilke oppgaver som skal ligge til den offentlige helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer. Vi legger ikke opp til en drøfting av den problemstillingen i denne saken, men ser at de valgene som gjøres knyttet til hvilket tjenestebehov som skal dekkes, vil få konsekvenser for helsepersonellbehovet.

Av endringer i tjenestene som utløser nye behov for kompetanse er mye knyttet til økt bruk av teknologi og økt grad av digitalisering. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten har Velferdsteknologiprogrammet vært en stor satsing med målsetting om at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenesten innen 2020. Samlet sett er det 80% av kommunene som er med/har vært med i Velferdsteknologiprogrammets spredningsprosjekt. Det er på områdene medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn hvor det er flest kommuner i programmet som har kommet til implementering. Også i spesialisthelsetjenesten er tjenestene preget av teknologisk utvikling.

Det kan tenkes flere måter å integrere ny kompetanse i tjenestene på:

- 1) *Å styrke kompetansen i helseutdanningene og blant helsefagutdannet personell.*
Dette blir allerede gjort, blant annet gjennom felles retningslinje for helse- og sosialfagutdanninger, RETHOS, der velferdsteknologi, innovasjon og digitalisering er felles mål for læringsutbytte for alle utdanningene i helse- og omsorgsfeltet.
- 2) *Å ansette flere med annen utdanning, som IT-medarbeidere, teknikere, ingeniører.*
Foreløpig viser SSB-statistikk liten forandring i kommunene, men noe mer i spesialisthelsetjenesten.
- 3) *Å utvikle nye utdanninger og dermed nye faggrupper.*
Her kan det tenkes ulike løsninger, fra egne yrkesfagsretninger på videregående skole-nivå, til helt nye grunnutdanninger eller nye videreutdanningsløp.
Det er eksempelvis allerede gitt et tilbud om utdanning som omsorgs- og velferdsteknolog på videregående skole-nivå (løftet fram som en mulighet i Kompetanseløftet 2015). Denne utdanningen har vært tenkt for å kunne bistå brukere med å betjene ny teknologi for å mestre hverdagen. Søkning til dette studiet der dette har blitt etablert har så langt vært begrenset. Det tilbys også andre utdanninger, som master i helseinformatikk, som fungerer som videreutdanning av helsepersonell. Slike løsninger vil kunne gi tjenestene ønsket kompetanse, men vil i liten grad løse kapasitetsutfordringene. Å tilby videreutdanning i helsefag for personer med annen grunnutdanning vil derimot kunne øke kapasiteten, men skjer i liten grad i dag.

Også på andre områder enn innenfor teknologi, kan det være mulig å tenke en annen bruk av de yrkesgruppene som er involvert. En annen oppgavefordeling mellom helseprofesjonene og økt bruk av teamarbeid kan tenkes å avhjelpe noen av de utfordringene som oppstår knyttet til både kapasitet og kompetanse.

Praksisundervisning

Tilgang på god praksisundervisning er blitt en flaskehals i helseutdanningene. Praktisk erfaringslæring under veiledning og pasientnær undervisning er viktige elementer i utdanningene. I en travel hverdag med høye produksjonskrav i pasientbehandlingen, kan det være krevende å sette av nok ressurser til utdanningsoppgavene. Kort liggetid med god logistikk i utredning og behandling etterlater ofte lite tid der studentene kan møte pasientene. Dersom vi skal greie å utdanne så mye helsepersonell som

vi trenger i fremtiden, vil det være avhengig av at helse- og omsorgstjenesten er i stand til å stille flere praksisplasser til rådighet for klinisk undervisning, ferdighetstrening og erfaringslæring.

I de nye forskriftene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) er omfanget av praksisundervisning fastsatt slik det framgår av denne tabellen:

Utdanning	Total mengde praksis	I primær	I spesialist	Antall studieplasser ved opptak 2019
Sykepleier	50 uker	Minst 7 uker	Minst 7 uker	4941
Vernepleier	Minst 30 uker	Minst 6 uker		1012
Medisin	Minst 24 uker	Minst 10 uker	Minst 14 uker	636
Fysioterapeut	Minst 30 uker	Minst 7 uker	Minst 7 uker	385
Psykolog	Minst 40 uker	20 uker, kan variere	20 uker	334
Bioingeniør	1/3 av studiet		18 uker	331
Ergoterapeut	Minst 30 uker	Minst 10 uker	Minst 10 uker	312
Radiograf	Minst 30 uker		Minst 30 uker	220
Klinisk ernæringsfysiologi	Minst 14 uker	Minst 7 uker	Minst 7 uker	153
Farmasi	4 måneder			92
Audiograf	Minst 16 uker		Minst 16 uker	40

Historisk har praksisdelen av helsefagutdanninger i stor grad vært utviklet i en sykehuskontekst. I dag gjennomføres ca. 2/3 av alle praksisstudier i spesialisthelsetjenesten⁸. Dette er ikke lenger i samsvar med den kontakten befolkningen har med helse- og omsorgstjenesten.

Det er behov for å heve kvaliteten og øke omfanget av praksis i kommunene for en rekke helse- og sosialfaglige utdanninger, noe som også er framhevet i *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*⁹.

Hvordan kan vi øke kapasiteten og de pedagogiske forutsetningene for god praksisundervisning i kommunene? Helsedirektoratet har foreslått følgende tiltak:

- Opprettelse av flere praksisplasser/nye praksisarenaer i kommunene
- Styrke veilederkompetansen
- Kombinasjonsstillinger

Hva må til for at tjenesten skal kunne gi tilstrekkelig prioritet også til praksisundervisning?

Både i sykehus og kommuner gjøres det nå et stort løft for å tilfredsstille de nye kravene til den praksisbaserte spesialistutdanningen for legene.

⁸ Praksisprosjektet: http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport.pdf

⁹ Kunnskapsdepartementet (2017). Meld. St. 16 (2016-2017) *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*.

Hvordan kan denne innsatsen for legene bidra til å løfte praksisutdanning generelt, og hvordan kan Helsedirektoratet legge til rette for dette?

Strategisk kompetanseplanlegging

I *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)* er det hjemlet en plikt til å planlegge og ha oversikt over kompetanse og behov for opplæring og sørge for nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne for å kunne løse oppgavene i tjenesten.

I den nylig lanserte Nasjonal helse- og sykehusplan¹⁰ legges det opp til at kompetanse skal være ett av flere områder som skal omtales i de lokale utviklingsplanene, utarbeidet av de nye Helsefelleskapene.

Tilbakemeldinger fra fylkesmannsembetene tyder på at mange kommuner, særlig mindre kommuner, har begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene, herunder behov, profil på tjenestene og alternativer når det gjelder omsorgsplasser, hjemmetjenester og bemanning. Det varierer om eksisterende planer er politisk forankret eller ikke.

Evalueringsrapportene av Kompetanseløft 2020 fra Sintef, NIFU og NIBR^{11,12} og Rambølls rapport *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene (2018)*¹³ peker på at det foregår ulike former for kompetanseplanlegging på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Men få planer er politisk behandlet slik at utfordringsbildet ikke er godt nok kjent for lokalpolitikere.

Tidligere krav til sektorplanlegging på helse- og sosialområdet ble opphevet i forbindelse med endringene i Plan- og bygningsloven i 2008. Hensikten var at sektorplanlegging som hovedregel skulle skje gjennom kommuneplansystemet. Dette har medført at helse- og omsorgsplanlegging de siste årene ikke har hatt en tydelig plass i det lovpålagte plansystemet.

I forbindelse med Kompetanseløftet 2020 er det etablert en nasjonal helselederutdanning for primærhelsetjenesten. Denne etterutdanningen har vist seg svært populær, har gode evalueringer og svært fornøyde deltakere. Til nå har det blitt utdannet i underkant av 420 ledere til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Et nytt kull på 2016 kandidater er snart ferdig utdannet. Vi har store forventninger til denne utdanningen og at den kan bidra til en kompetanseheving også i små og grissgrendte kommuner. Utdanningstilbudet har primært vært gitt i Oslo, men våren 2018 ble det også utdannet kandidater som hadde fått sitt tilbud i Tromsø og Porsanger. Målet må være at de lederne som utdannes i kommunenes helse- og omsorgstjeneste får kompetanse og mot til løfte de presserende behovene opp til et strategisk og politisk nivå i kommunene. Da er både ledelses- og planleggingskompetanse særdeles viktig. Dette er også tydeliggjort i neste års tildelingsbrev til Fylkesmennene.

I Norge fremhever vi likeverdige tjenester uavhengig av hvor vi bor. Idealet for en god og forsvarlig primærhelsetjeneste er å yte kontinuerlige, omfattende, koordinerte og personlige helse- og omsorgstjenester. Med mangelfullt planarbeid, synkende befolkningstall og svak rekruttering til helse- og omsorg blir det svært krevende å opprettholde kvaliteten på tjenestetilbudet. Har staten, Helsedirektoratet, foretakene og KS virkemidler som kan bidra til gode løsninger til befolkningen i kommuner hvor de demografiske endringene slår kraftigst inn. Helsedirektøren har i vintermøtet til Helse- og omsorgsdepartementet foreslått at helse- og omsorgspersonell som rekrutteres til disse

¹⁰ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

¹¹ L. Grut m.fl. (2019). *Evaluering av Kompetanseløft 2020, delrapport I, del II*.

¹² K. Nesje m.fl. (2018). *Evaluering av Kompetanseløft 2020 Første delrapport 2018*.

¹³ Rambøll Management Consulting (2018). *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>

kommunene, bør få et tilrettelagt tilbud om kompetanse- og ledelsesutvikling. Målet må være at kommunen gjennom sine helsearbeidere får tilstrekkelig kompetanse til å planlegge, utvikle og drive en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste i kommunen på tross av demografiske utfordringer og manglende kommunal kapasitet til planarbeid. I så fall kan det være naturlig å bygge videre på det nasjonale programmet for lederutdanning i primærhelsetjenesten, og eventuelt en regional oppfølging i de nye helsefellesskapene.

Bør vi i Norge utvikle spesifikke tiltak for å sikre gode helse- og omsorgstjenester i kommuner med store demografiske utfordringer, eller bør dette overlates til den enkelte kommune?

Hvilke virkemidler bør vi eventuelt vurdere på lokalt, helseforetaks-, regionalt og nasjonalt plan for å møte utfordringene?

Nasjonal helse -og sykehusplan

HelseDirektoratets sektorråd - møte 8.januar 2020

Møtesaksnummer: 02/20

Bakgrunn

Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 ble presentert 22 november 2019 etter tilrådning fra Helse- og omsorgsdepartementet og godkjent i statsråd. Per 26.november er det ikke fastsatt dato for komitébehandling eller debatt og vedtak i Stortinget¹⁴.

På sin nettside omtaler regjeringen det som at mens den forrige nasjonale helse- og sykehusplanen hadde sykehusstruktur som hovedtema, handler denne planen om innholdet i tjenestene. Hovedtemaene er samhandling mellom kommuner og sykehus, psykisk helsevern, digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester¹⁵.

Helseministeren peker på fem hovedutfordringer, og hvordan vi kan møte disse i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen:

- Helsefellesskap: - Pasientene skal ikke oppleve å være kasterboller mellom sykehus og kommuner. Regjeringen og KS skal derfor opprette 19 helsefellesskap for bedre samarbeid. Disse fire sårbare pasientgruppene skal prioriteres: Barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.
- Kompetanse: - Det blir flere pasienter per ansatt i helsetjenesten. Dette kan vi ikke bemanne oss ut av. Kompetansen i helsetjenesten må planlegges og brukes bedre, både hos den enkelte, men også gjennom teamarbeid. Utdanningene skal endres i tråd med behovene, og det skal iverksettes særlige tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere.
- Teknologi: - For mange pasienter kan det være belastende å reise til sykehuset for å få behandling. Nå vil regjeringen ha et skifte i måten behandlingen tilbys på. Flere tjenester skal flyttes nærmere pasienten. Det utadvendte sykehuset skal møte pasientene der de bor, og samarbeide tettere med kommunen og andre sykehus. Teknologi er et viktig verktøy for disse arbeidsmetodene.
- Psykisk helse: - Vi har ikke nok kunnskap om behovet for psykiske helsetjenester og hvordan dette behovet kan dekkes. Det prioriterer vi nå. Helsetjenesten skal utvikle nye arbeidsformer og innføre nye metoder raskere. Barn og unge og de alvorligst syke skal prioriteres. Det skal innføres ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og sykehus.

¹⁴ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=77397>

¹⁵ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-skal-vi-mote-utfordringene-i-helsetjenesten/id2679002/>

- Akuttmedisin: - Samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden er ikke god nok. Vi fortsetter arbeidet med å styrke kompetansen og samhandlingen. Sykehusene skal sammen med kommunene i helsefellesskapene gå gjennom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det skal være like god tilgang til akutt helsehjelp for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som for dem med somatiske sykdommer.

Arbeidsoppgaver fra Nasjonal helse- og sykehusplan

Det er flere aktører som skal bidra til at målene i planen nås. De regionale helseforetakene, helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse får tildelt tydelige roller og ansvar i arbeidet. Samtidig ligger det en forventning om at kommunene bidrar inn i Helsefellesskapene og i det øvrige arbeidet ut fra det ansvaret de har for å utvikle tjenestene til sine innbyggere.

De regionale helseforetakene er særlig tiltenkt en rolle i å fremskrive behov for og kapasitet innen psykisk helsevern, å bedre samordne sitt digitaliseringsarbeid og der prioritere arbeidet med standarder for dialog/henvisning, legemiddelliste, kjernejournal og felles språk.

Helseforetakene skal innføre Helsefellesskap sammen med kommunene, sette mål for kompetansedeling på tvers, ansette flere lærlinger og bruke tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam. Det ligger også konkrete forventninger til hva som skal leveres til neste lokale utviklingsplan i 2022 (prioritering, gjennomgang av ulike tjenester, sette mål og lage plan).

Helsedirektoratets hovedoppgaver som en følge av Nasjonal helse- og sykehusplan dreier seg om å årlig vurdere måloppnåelse og risiko gjennom sin følge med-rolle, tilpasse finansieringsordningene til ønsket utvikling, sørge for veiledning og faglige råd, sørge for styringsinformasjon og digitale forutsetninger. Det skal tilrettelegges for bruk av teknologi og helsedata. Noen av disse arbeidsøktene krever samarbeid med **Direktoratet for e-helse**, som også vil få oppdrag som skal tilrettelegge for sektorens arbeid.

Rekkefølge

I Nasjonal helse- og sykehusplan ligger det mange oppgaver som skal løses. Ikke alt kan skje på en gang. Det legges det opp til at enkelte arbeidsøkter må igangsettes raskt fordi resultatene av disse er avgjørende for å komme videre med arbeidet.

Det skal være nasjonal tilrettelegging i form av veiledning, bedre styringsinformasjon, bedre fremskrivingsverktøy, men likevel et tydelig lokalt handlingsrom.

På kort sikt (2020-2021)

På kort sikt skal det etableres helsefellesskap som skal starte arbeidet med lokale utviklingsplaner (samhandling, psykisk helsevern, teknologi, akuttmedisinske tjenester, kompetanse). For å bistå skal det utarbeides en veileder til utviklingsplaner.

På lenger sikt (2021-2023)

På lenger sikt skal det arbeides med regionale utviklingsplaner og helsefellesskapene skal gi innspill til nasjonale helse- og sykehusplan for 2024-2027.

Helsedirektoratets rolle

Helsedirektoratet vil få mange oppdrag som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan. Flere av disse oppdragene går på å tilrettelegge for at de andre aktørene får bistand ved hjelp av gode rammer, veiledning, koordinering, informasjon og verktøy, slik at de settes i stand til å nå målene i planen. Vi er nå i ferd med å systematisere disse oppdragene og se dem opp mot andre oppdrag Helsedirektoratet har. En utdyping av dette vil komme i møtet.

Helsedirektoratet ønsker å drøfte med sektoren hvordan vi best mulig kan fylle denne tilrettelegging- og koordineringsrollen som vi er tildelt i det videre arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.

Hvordan ønsker dere at vi utøver vår rolle i det videre arbeidet med planen?

Videre vil vi gjerne ha forslag til arenaer hvor vi kan ta diskusjonen videre på de områdene vi skal jobbe med og løse i fellesskap.

Vil Sektorrådet eller en tilpasning av dette være til hjelp?

Hvilke andre arenaer kan eventuelt brukes?

Hvilke utfordringer ser rådet for vellykket samhandling og gjennomføring av nasjonal helse- og sykehusplan?

Evaluering av Helsedirektoratets sektorråd

Helsedirektoratets sektorråd - møte 8.januar 2020

Møtesaksnummer: 03/20

Bakgrunn

Helsedirektoratets sektorråd ble opprettet i 2018. Formålet var følgende: "Sektorrådet er et rådgivende organ og en drøftingsarena for strategisk viktige saker og prosesser knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag. Hensikten med rådet er å skape en felles arena for å drøfte utfordringer i helse- og omsorgssektoren, og hvordan Helsedirektoratet best kan bidra til å møte disse."

Funksjonsperioden var satt til to år i oppstartsperioden. Det var også klart at det mot slutten av oppnevningssperioden skulle gjennomføres evaluering av sektorrådets arbeidsform og resultatoppnåelse.

Behandlede saker

Mandatet til Sektorrådet omtaler oppgavene som: "Drøftinger i sektorrådet omhandler Helsedirektoratets rolle knyttet til utvikling, implementering og prioritering i sektoren. Rådet skal være en arena for

- forankring av større prosjekter, strategier og programmer som involverer flere aktører i sektoren
- drøfting av overordnede utviklingsutfordringer og behov i sektoren
- drøfting av enkeltområder som fordrer god dialog omkring utvikling, implementering og prioritering

En oversikt over behandlede saker viser at sakene i rådet har variert fra å være svært overordnede, på systemnivå, til noe mer detaljerte.

Møte	Tema
#1 - juni 2018	Sektorrådets mandat og arbeidsform
	Trenger vi Helsedirektoratets normerende produkter
#2 - nov 2018	Samhandling – hvordan kan Helsedirektoratet bidra?
	Oppfølging av tidligere saker
#3 - april 2019	Persontilpasset medisin
	Oppfølging av tidligere saker
#4 - sept 2019	Styrke sammenkobling av psykisk helse og somatikk
	Pakkeforløp kreft
	Erfaringsrefleksjoner rundt Helsedirektoratets sektorråd
#5 - jan 2020	Helsepersonell – kapasitet og kompetanse
	Nasjonalt helse- og sykehusplan
	Evaluering av Sektorrådet

Innledende innspill fra rådet

I september 2019 delte medlemmene i Sektorrådet sine første refleksjoner knyttet til nytten av rådet og valg av saker. Mange ga uttrykk for at de synes det er både lærerikt og interessant å delta i Helsedirektoratets sektorråd, og at det har verdi å kunne drøfte større saker i fellesskap. Det ble understreket at det likevel er direktoratet selv som må vurdere om rådets tilbakemeldinger og innspill har verdi i arbeidet med de ulike sakene og om rådet gir tilstrekkelig verdi gitt de ressursene som benyttes.

Referatet viser også til at nivået på sakene og hvordan sakene innrettes bør være et viktig tema i diskusjonen omkring videreføring av rådet.

Ett medlem minnet om at det er krevende å få til gode, konkrete drøftinger på et systemnivå, selv om dette kan være nyttig. Saker på et mer detaljert nivå, slik som saken om persontilpasset medisin som ble behandlet i april, kan gjøre det mer krevende å få gode tilbakemeldinger fordi det forutsetter en del kunnskap om temaet for å kunne gi gode råd. Da blir hensikten med møtet en annen, nemlig å nærme seg en ny og krevende problemstilling i fellesskap. Nivået på sakene og hvordan sakene innrettes bør være et viktig tema i diskusjonen omkring videreføring av rådet.

Helsedirektoratets erfaringer med rådet

For å innhente erfaringer fra ansatte i Helsedirektoratet har sekretariatet gjennomført semistrukturerte samtaler med divisjonsdirektører og ansatte som har vært involvert i saksforberedelser.

I veldig stor grad speiler de innspillene vi fikk fra utvalgte ansatte det bildet som medlemmene i rådet selv uttrykte..

Opplevd nytte varierer. Noen opplevde at de fikk nyttige innspill eller fikk vist frem en viktig kompleksitet. For andre saker er det litt mer uklart om innspillene på kort sikt var nyttige inn i det Helsedirektoratet har av pågående prosjekt. Det ble vist til at det ble opplevd som en verdi i seg selv å ha forankret i rådet oppgaver som Helsedirektoratet fremover skal bruke mye tid og ressurser på.

Ansatte reiste spørsmål ved i hvilken grad vi kan forvente at medlemmene i Sektorrådet kan komme med mange nye synspunkter og vinklinger til problemstillinger som allerede har vært reist i andre fora. Tilsvarende for problemstillinger som er veldig åpne.

Mandatet legger opp til stor variasjon i nivået sakene kan drøftes på, fra overordnet forankring og drøfting til drøfting av enkeltsaker på et mer detaljert nivå. I løpet av perioden har det vært lagt fram saker i hele dette spennet, og det har vært med på å skape en usikkerhet om hvilken rolle rådet *egentlig* har og på hvilket nivå direktoratet har ønsket innspill og råd. Selv om sakene som har vært løftet har vært av strategisk betydning (jf mandatet), har det i liten grad vært en strategisk drøfting av de sakene som har vært på dagsorden.

Det kom innspill i den interne evalueringen om at det kan være nyttig for rådet å følge et saksområde over tid, i stedet for å få presentert nye tema hver gang. Det kan skape sterkere eierskap og vil over tid kunne øke kompetansen og skape en felles arena for utvikling. Nasjonal helse – og sykehusplan er trukket frem som et eksempel på et slikt saksområde som kan følges over tid.

Videre vurderinger

Det legges opp til at Helsedirektoratets ledergruppe skal diskutere saken videre og formelt avgjøre reoppnevning og eventuelle endringer i mandat. Eventuelle vurderinger vil bli orientert om i møtet.