

1.1 Sammendrag

1.1.1 Et krevende utfordringsbilde mot fremtiden

Personellet er ryggraden i helse- og omsorgstjenestene. Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for at sykehus og kommuner skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Det har blitt et merkbart større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene de seneste årene. Norge står, i likhet med andre land, overfor store utfordringer med tilgang på personell. Situasjonen blir enda strammere mot 2040.

Det er fortsatt mulig å endre kursen og styre helse- og omsorgstjenesten inn på et mer bærekraftig spor, der det både ytes gode tjenester til befolkningen i hele Norge, og der personellomfanget er tilpasset samfunnets øvrige behov. Men det krever ny holdning og ny politikk på en rekke tiltaksområder. Og vilje og evne til å gjennomføre den.

Denne offentlige utredningen bidrar med et kunnskapsgrunnlag for politikkutviklingen i årene fremover, og Helsepersonellkommisjonen gir også forslag til tiltak for å utvikle fremtidige bærekraftige helse- og omsorgstjenester i hele landet.

Sterk personellvekst og høyere kompetansenivå

I dag jobber over 400 000 personer i helse- og omsorgstjenestene. Ingen andre større næringer har økt sysselsettingen mer de seneste tiårene. Andelen av alle sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenesten er tredoblet fra tidlig på 1970-tallet, til over 15 prosent i 2021. Siden samlet antall sysselsatte i samme periode har økt kraftig, er veksten i antallet sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten mer enn tredoblet.

Norge ligger på toppen i Europa i ressursbruk til helse- og omsorgstjenestene. Vi har høyest andel sysselsatte, og er blant landene som bruker mest av fellesskapets penger på disse tjenestene, relativt sett.

Personellets kompetanse og sammensetning har endret seg de seneste tiårene, blant annet for å kunne utnytte medisinske fremskritt, og for å bruke avansert utstyr. Endringer har også skjedd gjennom utviklingen i tjenestene, blant annet knyttet til mer poliklinisk behandling, og samhandlingsreformen som ga kommunene større ansvar. Det har skjedd en vridning fra institusjonsbasert omsorg til hjemmetjenester i kommunene. Det er høyskole- og universitetsutdannet personell som har stått for veksten de seneste årene. Fagarbeidere og personell uten formell utdanning har ikke økt tilsvarende.

Større utfordringer i distriktene

Mange kommuner står allerede i en bemanningskrise. Kommunene har ansvaret for kommunehelsetjenesten og omsorgstjenestene. Det har blitt merkbart vanskeligere for kommunene å rekruttere helsepersonell siste årene, særlig er det vanskelig å få fastleger og sykepleiere. Pressen formidler ukentlig historier om utlyste stillinger uten kvalifiserte søkere og ansatte som rapporterer om stort arbeidspress. Mange er fra tjenester i distriktene, men

rekrutteringsutfordringene øker også i sentrale strøk av landet. I mange kommuner er det dessuten en utfordring å beholde helsepersonellet.

I distriktskommunene med spredt befolkning og store avstander, bruker hjemmetjenesten mye tid for å nå alle brukerne, og mye av tjenestene gis én-til-én. Omsorgstjenesten er derfor svært personellintensiv. Allerede i dag har mange kommuner problemer med å tilby de tjenestene som befolkningen har krav på.

Sykehusene opplever også rekrutterings-utfordringer

Spesialisthelsetjenesten har lenge hatt mindre rekrutteringsutfordringer enn kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den seneste tiden har imidlertid flere sykehus, også i sentrale strøk, opplevd vanskeligheter med å bemanne ledige stillinger. Blant annet er det utfordringer knyttet til å rekruttere sykepleiere til ordinære sengeposter, intensivsykepleiere, jordmødre og personell innen psykisk helsevern. Også annen kritisk kompetanse, eksempelvis bioingeniører, mangler enkelte steder. Rekrutteringsutfordringene gjør det vanskelig å opprettholde flere grunnleggende tjenester.

Sykehusene er komplekse organisasjoner. Sammensatte og avanserte oppgaver løses i samspill mellom forskjellige spesialiserte yrkesgrupper. Mange tjenester er døgnåpne og bemannes gjennom skiftarbeid. Når én spesialist mangler, kan tjenesten stoppe opp.

Den medisinske utviklingen, mer bruk av avansert utstyr og økende krav til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten, er drivere for ytterligere spesialisering. Det er en grunnleggende motsetning mellom tilgjengelighet og tilbud av tjenester i hele landet på den ene siden, og en utvikling mot stadig større spesialisering og kvalitet i tjenestene på den andre. Det er blitt økende utfordringer med å bemanne helsetjenester med akuttfunksjon og døgntinuerlig drift.

Koronapandemien har gjort situasjonen enda mer krevende

Koronapandemien medførte fra tidlig 2020 inngripende tiltak, høyt smittetrykk og innleggelser som belastet helse- og omsorgstjenestene tungt. Da mange land stengte grensene, ble samtidig tilgangen på utenlandsk helsepersonell begrenset, og mange dro hjem. Det er etterslep på ikke-pandemi-relaterte tjenester mange steder, kombinert med fortsatt høyt sykefravær og høyt antall innleggelser som følge av covid-19. Pandemien medfører derfor fortsatt utfordringer for helse- og omsorgstjenestene, som forsterkes av en infeksjonssesong med uvanlig mange innleggelser.

Demografiutviklingen øker etterspørselen etter helsepersonell og stopper samtidig personellveksten

Det har lenge vært kjent at antallet eldre vil øke sterkt og føre til sterk økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Selv om antallet eldre over 80 år har økt jevnt og trutt siden andre verdenskrig, vil veksttakten fremover føre til utfordringer uten sidestykke for de kommunale omsorgstjenestene. Aldersgruppen 80 år og eldre økte med 40 000 personer mellom 2000 til 2020, da var det rundt 230 000 personer over 80 år i Norge. Mellom 2020 til 2040 vil denne gruppen øke med over 250 000 personer.

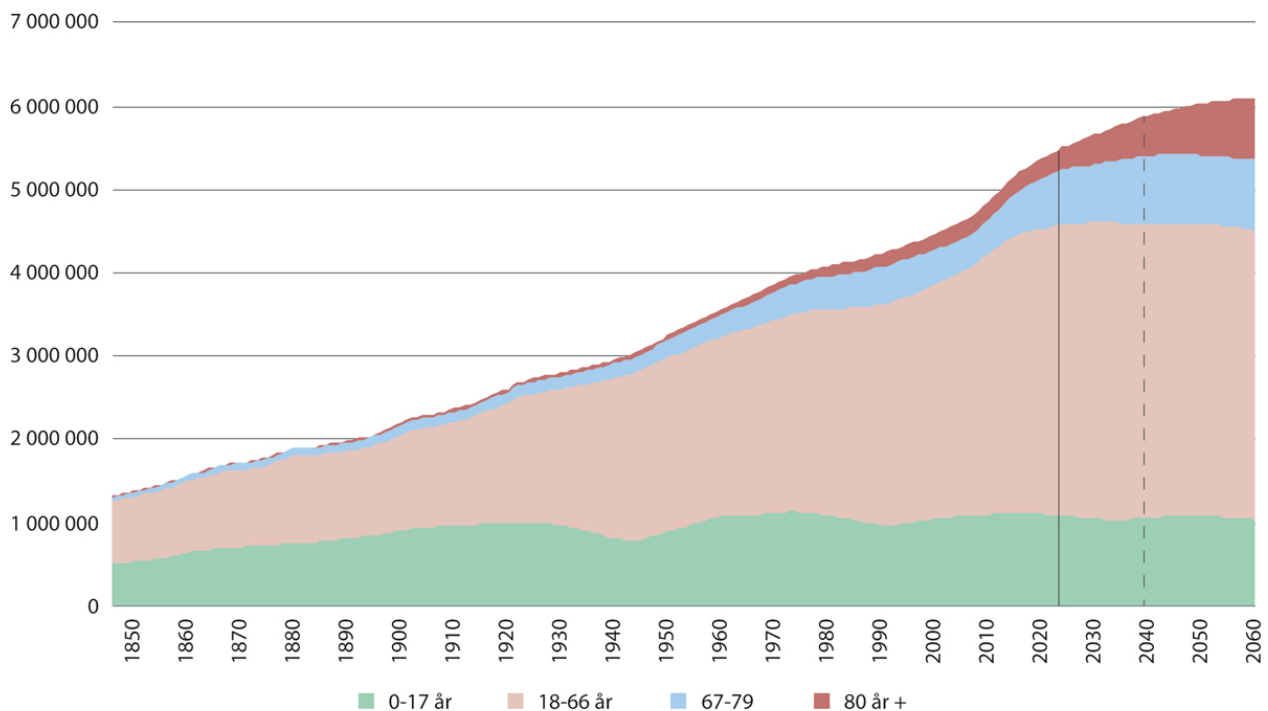
Parallelt med denne utviklingen, bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft før den stopper helt opp. For første gang i moderne tid, fra midten av 2030-tallet, vil antallet personer i yrkesaktiv alder *falle* i absolutte tall. Denne utviklingen vil forsterke seg ytterligere etter 2040. Demografiutviklingen betyr altså *både* en økning i antallet eldre *og* en reduksjon i antallet i arbeidsfør alder – samtidig.

Manglende tilgang på personell har ført til en noe svakere vekst i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenestene i senere år. Men siden samlet sysselsetting i Norge i perioden også har økt, har ikke veksten i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten begrenset andre sektors mulighet til også å øke sysselsettingen. Personellveksten i helse- og omsorgstjenesten har derfor utviklet seg uten å belaste andre deler av arbeidsmarkedet.

Om kort tid, vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi den samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for dem. Det er en rekke høyt prioriterte samfunns-utfordringer. Klima, miljø og natur-mangfold, fornybar energi og forsvar er alle eksempler på andre sektorer som trenger mer arbeidskraft og økonomiske ressurser i årene fremover. Norsk industri og næringsliv trenger også mye arbeidskraft for å utvikle seg og være konkurransedyktig i årene fremover.

Den økonomiske veksten i Norge de siste tiårene har også vært sterk, drevet av en høyproduktiv petroleumsnæring som har gitt enorme finansielle bidrag til fellesskapet. Forventet reduksjon i inntektene fra petroleumsnæringen i årene fremover vil trolig føre til vesentlig lavere samlet verdiskaping i Norge. Det blir mye mindre handlingsrom i nasjonalbudsjettene.

Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient.



Figur 1.1 Norges befolkning etter aldergrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter. 1846–2060

Fremskrivningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM)

SSB statistikkbank tabellene 10211 og 13599.

I distriktene er den demografiske situasjonen enda mer tilspisset enn i landet som helhet. I flere år har befolkningsveksten vært større i tettbebygde strøk enn i distriktskommunene. Mange unge voksne flytter til byene. Det gjelder særlig unge kvinner, som tar høyere utdanning i større grad enn menn. Deres barn vokser opp i sentrale strøk. Forholdet mellom eldre og pleietrengende og sysselsatte er derfor aller mest prekær i små distriktskommuner. Siden mange av de eldres barn har flyttet, faller også omfanget av uformell omsorg i distriktskommunene. Det forsterker problemet.

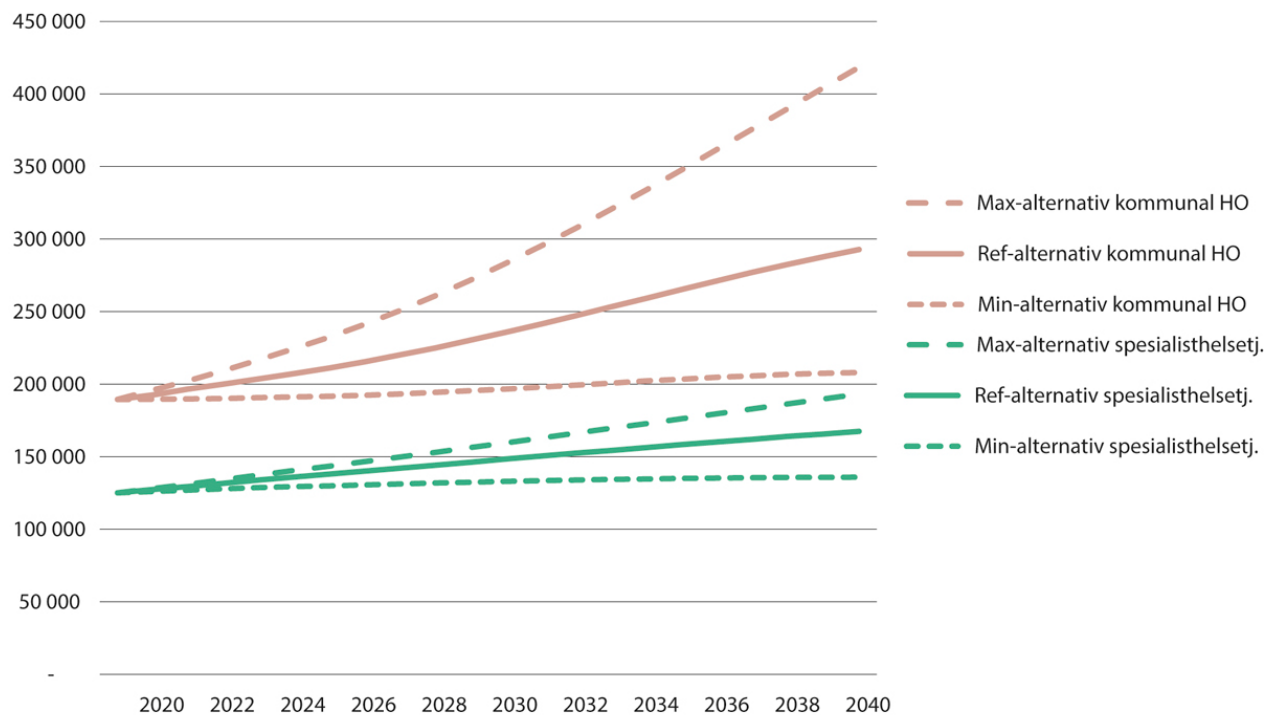
De kommunale omsorgstjenestene må få en høyere andel av personellet fremover

I tiåret som har gått siden samhandlingsreformen, har veksten vært større i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten. Men personellbehovene i kommunene vil øke ytterligere, særlig i omsorgstjenestene. Innsatsen fremover må derfor styres mot kommunal omsorg, for å klare å håndtere det økende antallet eldre.

En styrket satsing på kommunale tjenester vil medføre en innretning av spesialisthelsetjenesten med lavere, eventuelt ingen, personellvekst. Produktiviteten må økes merkbart, og det blir behov for å tilrettelegge for og investere i løsninger som bidrar til dette.

Figur 1.3 viser tre scenarioer som SSB (data fra Holmøy mfl. 2023) har utarbeidet for fremtidig etterspørselsvekst. I referansealternativet, tilsvarende mellomalternativet i Jia mfl. (2023), vil etterspørselen etter årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste øke med over 50 prosent fra 2019 til 2040, en vekst på over 100 000 årsverk. En slik vekst vil ikke kunne la seg realisere, selv om det hadde vært politisk vilje til tilstrekkelig finansiering. Det blir ikke tilgjengelig kompetent arbeidskraft i Norge til å bemanne denne veksten, uten at andre sektorer blir skadelidende. I alternativet for høy vekst, øker sysselsettingen med 120 prosent over perioden. I et slikt scenario vil mange kommuners helse- og omsorgstjenester – og øvrig virksomhet – bryte fullstendig sammen.

Hvis det gjennomføres tiltak som reduserer behovet for arbeidskraft, slik denne utredningen anbefaler, ser Helsepersonellkommisjonen at situasjonen etter alt å dømme kan håndteres. Men det krever kraftfulle tiltak. En samlet innsats med målrettede tiltak kan føre til en utvikling tilsvarende minimumsalternativet, illustrert i figur 1.3.



Figur 1.2 Fremskrivninger av etterspurte årsverk i helse- og omsorgstjenester etter tjenesteområde, tre vekstscenarier. 2018–2040

Figur fra datagrunnlaget brukt i Holmøy mfl. (2023).

Mer kraftfulle prioriteringer må til, også i sykehusene

Medisinske fremskritt har ført til økt levealder og flere behandlingsformer. Så langt har endringene i sykehusene i stor grad blitt muliggjort gjennom flere ansatte og økte budsjetter.

I tiden fremover vil faglig utvikling, befolkningens og pasientenes forventninger og politiske intensjoner og vedtak måtte oppfylles uten vesentlig flere ansatte. Økes antallet ansatte i ett tjenesteområde, blir det reduksjon i sysselsettingen et annet sted. Nye satsinger og ny politikk må derfor ha som hovedmålsetning å redusere arbeidskraftsbehovene. Da vil produktiviteten kunne øke. Det kan oppnås gjennom investeringer i bygg, medisinsk-teknologisk utstyr og brukervennlige digitale løsninger, samt bedre oppgavedeling og bedre organisering i tjenestene.

Det er spenninger og motsetninger innad i tjenestene. Budsjettene for investeringer og drift konkurrerer, og Norge har i mindre grad prioritert investeringer som kan gi personellbesparelser enn våre naboland. Psykisk helse vokser mindre enn somatikken, til tross for politisk enighet og styringskrav om det motsatte. Det er en ønsket vridning fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk ved sykehus. Poliklinisk behandling er totalt sett personellbesparende, men slår ulikt ut for de ulike personellgruppene.

Økende sprik mellom forventninger og -muligheter – behov for begrensende valg

Helsepersonellkommisjonen opplever et økende sprik mellom forventningene i befolkningen knyttet til omfang, kvalitet og utbredelse av helse- og omsorgstjenestene, og tjenestenes mulighet til å møte forventningene, som følge av personellmessige og finansielle begrensninger. Dette skaper frustrasjon blant alle involverte.

Forventningene øker med medisinske fremskritt, og ønsker om økt standard i tjenestene. Det er forståelig at pasienter og brukere ønsker best mulig behandling og omsorg. Men det er nesten ingen grenser for hvor avanserte, kostbare og personellintensive tjenester som *kan* tilbys.

En forutsetning for å utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, er at de involverte – personellet, befolkningen og politikerne – har kunnskap om begrensninger og realiteter som utfordrer den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten for hele befolkningen. Det er behov for en felles erkjennelse av tjenestenes realistiske omfang og kvalitet. Alle berørte parter må være med på dette; Stortinget, regjeringen, politikerne generelt, tilsynsmyndighetene, helseforetakene og kommunene, arbeidslivets parter, personellet, pasienter, brukere og pårørende. Alle har et viktig bidrag og må gjøre sitt for at forventningsspriket reduseres.

Politikerne og helsepersonellet har for lite erfaring med å stå i begrensende valg, selv om det daglig prioriteres i tjenesten. Det er krevende, for alle, å begrense tilbudet til pasientene og brukerne, ikke minst for helsepersonellet som står i klinisk arbeid i møte med den enkelte pasient. Det er personellet som tar beslutninger om og som må formidle sine begrensende valg. Det er behov for større kompetanse og bevissthet rundt dette. For at personellet skal klare å stå i vanskelige begrensende valg, trengs det aktiv støtte fra alle de nevnte aktørene.

Det er ikke mulig å bemanne seg ut av -utfordringene

Utviklingsbildet viser at det ikke er mulig å bemanne seg ut av alle utfordringer som helse- og omsorgstjenesten kommer til å stå overfor. Helt uavhengig av det fremtidige økonomiske handlingsrommet, er det personelltilgangen som begrenser tjenestene og hindrer dem i å utvikle seg videre med dagens innretning.

Helsepersonellkommisjonen er samstemte om å ikke anbefale omfattende import av helsepersonell fra utlandet for å løse utfordringene. Norge har allerede høy dekning av helsepersonell i forhold til andre land, og har forpliktet seg til ikke å rekruttere fra land som har behov for helse- og omsorgspersonell selv. Dessuten vil helsepersonell fra utlandet ofte flytte tilbake til hjemlandet i krevende tider. Av beredskapshensyn bør ikke Norge gjøre seg avhengig av import av helsepersonell.

Personellveksten i helse- og omsorgstjenesten har så langt vært vesentlig høyere enn befolkningsveksten. Bemanningsutviklingen i tjenesten er ikke bærekraftig. Det betyr at det må arbeides systematisk på alle nivå for å begrense utviklingen. Utfordringen går til politikerne, eiere og ledelse, tilsynsmyndighetene, fagmiljøene og den enkelte ansatte i tjenesten. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende. Hovedprioriteten for helsepolitikkerne i årene fremover, bør være å utvikle tiltak og investere i løsninger som gir lavest mulig personellvekst i helse- og omsorgstjenestene.

1.1.2 Tiltaksområder for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i hele landet

Målsettingen om å beholde og utvikle gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til befolkningen i hele landet er bare mulig dersom nødvendige tiltak innføres omfattende nok, og i tide.

Som figur 1.4 illustrer, står personellet i sentrum som den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenesten og avgjørende for god pasientbehandling. Tjenesten må utvikles slik at personellet får utvikle seg og blir tilført kompetanse. Gjennom å føle eierskap og tilhørighet til tjenesten, vil personellet oppnå mestring, utvikling og et arbeid som gir mening.

Mange av tiltakene som Helsepersonellkommisjonen foreslår, skal gjennomføres av personellet. En levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte. Det må være attraktivt og mulig å stå i arbeid gjennom et langt yrkesliv, helst i hele stillinger og med lavere sykefravær enn i dag.

Betydelige tiltak må til for å endre helse- og omsorgstjenestene tilstrekkelig. Derfor anbefaler Helsepersonellkommisjonen en helhetlig innsats på flere tiltaksområder, som sammen vil bidra til omstillingen. Tiltakene er strukturert under følgende seks områder:

- organisering av helse- og omsorgstjenestene,
- oppgavedeling,
- arbeidsforhold og arbeidstid,
- utdanning og kompetanseutvikling,
- prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester, og
- digitalisering og teknologisk utvikling.

Forslagene til tiltak som Helsepersonellkommisjonen foreslår er samlet til slutt i hvert tematiske kapittel.



Figur 1.3 Tiltaksområder for løsninger av personellutfordringene
Helsepersonellkommisjonen.

Mer effektiv organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Bedre samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene var en viktig begrunnelse for samhandlingsreformen i 2012. Vel ti år etter er det fortsatt samhandlingsutfordringer. Det er utfordrende å få helhetlige pasientforløp og god flyt i tjenestene når de tilbys av aktører som er organisert forskjellig. Samhandlingen hemmes av ulike faglig og økonomisk logikk, til tross for god vilje fra alle. Oppgavene er delvis sammenfallende og dels avgrenset. Pasienter med tjenestebehov fra forskjellige nivå er utsatte, og tjenesteflyten kan stoppe opp. Det dreier seg ofte om sårbare grupper som skrøpelige eldre, kronikere og pasienter med psykiske lidelser.

Et flertall i Helsepersonellkommisjonen anbefaler å sette ned et utvalg for å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å sannsynliggjøre og begrunne om en helhetlig organisering av tjenestene på ett nivå kan bidra til bedre bruk og utnyttelse av den samlede tilgjengelige arbeidskraften i helse- og omsorgstjenestene. Et mindretall støtter ikke en samling av helse- og omsorgstjenesten på ett nivå. De mener det vil føre til en sentralisering av tjenesten og motvirke behovet for robuste kommunale tjenester tilpasset ulike lokale utfordringer.

Kommisjonen foreslår også å igangsette en utredning av en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge. Dagens struktur med et stort antall sykehus med akuttfunksjoner er stadig mer krevende å bemanne, blant annet på grunn av økende spesialisering og tilhørende rekrutteringsvansker. Når spesialitetene er mer oppdelte, må flere bidra for å opprettholde et tilstrekkelig døgntilbud. Dette virker sentraliserende. Gjennom en ettnivåmodell kan man for eksempel lettere se institusjonsstrukturen (lokalsykehus og sykehjem) under ett. Et mindretall i kommisjonen støtter en vurdering av fremtidig sykehusstruktur, men mener dette må løses innenfor dagens nivådeling.

Bedre bruk av tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling – bygge nedenfra

Helsepersonellkommisjonen mener at det er et stort potensial i å intensivere det strukturerte arbeidet med riktig oppgavedeling og god organisering av arbeidet. Det vil kunne bidra til å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene, redusere ressursbruken, øke effektiviteten, oppmerksomheten på kjerneoppgavene og motivasjonen og trivselen blant de ansatte.

Knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag. Det innebærer også å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig. Man må også vurdere om oppgaver kan løses på helt nye måter, blant annet ved bruk av teknologiske løsninger, gjerne i samarbeid med pasient, bruker eller pårørende.

Folkehelsearbeid og forebygging

Riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid, forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse. Slik kan pasienter og brukere gjøres i stand til å ta vare på egen helse og delta i egen behandling. En styrket satsing på folkehelse og

forebyggingsarbeid vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og dermed redusere behovet for innsats fra helsepersonell.

De frivillige brukerorganisasjonene tilbyr sosial støtte og er kunnskapsorganisasjoner. De kan også ha en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og tjenesteleveranse i sykehus og kommuner. Helse- og omsorgstjenestene bør dessuten ta sin del av samfunnsansvaret for å aktivisere, sysselsette og inkludere personer i arbeidsfør alder som står utenfor arbeidslivet.

Oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten

Det utføres mange ulike oppgaver i helse- og omsorgstjenesten. De løses på forskjellig vis avhengig av behovene, tilgang på utstyr og personell, hvor og hvordan tjenestene gis og en rekke andre forhold. Personellgruppene i tjenestene har forskjellig kjernekompetanse, og dermed ulike forutsetninger for å løse oppgaver godt og effektivt. Mange oppgaver kan og bør løses av flere personellgrupper, under forutsetning av at forsvarlighetskravet ivaretas. En god og effektiv løsning ett sted, kan fungere dårlig et annet sted. Det finnes 33 autoriserte helsepersonellgrupper i Norge som i ulik grad kan bidra med rett kompetanse i tjenesten, og flere andre faggrupper kan bidra til en fornuftig oppgaveløsning på flere områder. Arbeidsgiverne og lederne må kjenne til hva tjenestene trenger, og må kartlegge alle de ansattes kompetanse. Da kan de få et godt samsvar mellom tjenestenes behov, og en god utnyttelse av de ansattes kompetanse og potensial for utvikling. Kommisjonen anbefaler at arbeidet for riktig oppgavedeling starter med å systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser.

Med noen unntak er det ingen fasit på hvilke yrkesutøvere som skal løse hvilke oppgaver, og hvordan oppgaver settes sammen til tjenestekjeder. I noen situasjoner er streng spesialisering fornuftig, mens det i andre er behov for personell med en bred portefølje av oppgaver og generalistkompetanse. Tjenestene må jobbe målrettet og systematisk med bemanning og deling av oppgaver, slik at personellens kompetanse og kapasitet utnyttes best mulig.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å etablere et kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet.

Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at helse- og omsorgstjenestene må bygges nedenfra. Dette er inspirert av prinsippet om oppgaveløsning på lavest effektive omsorgsnivå (LEON). Dersom man bemanner tjenestene ved å bygge oppgaver nedenfra, sikrer man både utnyttelse av kompetanse og utvikling for alle. Ett konkret eksempel er å utvide bruken av helsefagarbeider, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Helsefagarbeider-utdanningen er både tilgjengelig og attraktiv for mange, men samlet sett er det for lav etterspørsel etter denne arbeidskraften, og for få hele stillinger. En god rekruttering av helsefagarbeidere og bruk av kompetansen deres vil redusere den opplevde sykepleiemangelen betydelig.

«Hus-og-hytte» – kombinerte stillinger

Bruk av kombinerte stillinger kan bidra til å øke fleksibiliteten og kvaliteten i tjenestene. Dette omtales av Helsepersonellkommisjonen som «hus-og-hytte»-stillinger der den ansatte jobber i flere fagmiljø, innad i eller mellom tjeneste- og forvaltningsnivåer, men også mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Slike stillinger kan bidra til at spesialkompetanse kan komme til nytte i flere virksomheter, til bedre fordeling av vakter og større grad av heltid. Viktig er også at slike stillinger kan øke beredskapen ved at flere personer, kanskje fra flere

yrkesgrupper, bytter på å jobbe med spesielle oppgaver som det er beskjedne personellbehov for under normale omstendigheter. Hvis behovet for oppskalering skulle melde seg, er mulighetene der for å bemanne opp tjenestene på kort varsel. Hus-og-hytte er en kanal for flyt av «taus kunnskap», og vil dermed både bidra til å senke kulturelle barrierer og øke kompetanseflyten mellom tjenestesteder.

Generalister i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommisjonen mener det er viktig å styrke generalistkompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Utviklingen i behandlingsformer og metoder bidrar til at graden og omfanget av spesialisering av personell øker. Samtidig utvikler pasientenes behov seg i retning av behov for personell med generalistkompetanse.

Personell med generell medisinsk, sykepleiefaglig og annen fagkompetanse er grunnleggende for tjenestetilbudet i kommunene. Det gjelder i små og store kommuner, både i distriktene og sentrale strøk av landet. I spesialisthelsetjenesten er generalistene viktige for at sykehus i distriktene skal kunne opprettholdes. Gitt den demografiske utviklingen med stadig flere eldre og pasienter med sammensatte behov, er denne kompetansen i økende grad også viktig for større sykehus. Generalistene utgjør dessuten en viktig kanal for samarbeid og samhandling mellom kommunene og helseforetakene.

Arbeidstidsordninger som gir god personell-utnyttelse, trivsel og kvalitet i tjenestene

Arbeidsforhold og arbeidstidsbestemmelser er sentrale rammevilkår for helse- og omsorgstjenestene og personellet. Arbeidsforhold som gir trivsel og utvikling, bidrar til å beholde personell i tjenestene.

Større grad av heltidsarbeid vil utløse større kapasitet og kvalitet i tjenestene, uten samtidig å øke antallet sysselsatte. Heltid vil derfor bidra til å redusere personellveksten i helse- og omsorgstjenestene. Det er et felles ønske blant arbeidsgivere og arbeidstakere om å arbeide mot flest mulig hele stillinger i helse- og omsorgstjenesten.

Enkelte personellgrupper i helse- og omsorgstjenesten jobber i større grad enn andre i deltidsstillinger. Uønsket deltidsarbeid er til ulempe for alle. Det virker negativt på rekrutteringen når det er vanskelig for nyutdannede å få fast, hel stilling. Deltidsstillinger hindrer faglig og sosial utvikling på arbeidsplassen, gir dårligere innsikt i kollegers kompetanse og gir mindre kunnskap om pasientene og brukerne.

Samtidig kan den enkelte ansatte ønske en deltidsstilling, og muligheten til å ha det kan bidra til et ønske om å jobbe i tjenesten.

Hele Helsepersonellkommisjonen fremholder betydningen av godt partssamarbeid for god kvalitet på tjenestene og trivsel på arbeidsplassen. Et flertall i Helsepersonellkommisjonen mener at begrensninger i arbeidsgivers styringsrett kommer i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Flertallet anser at en nærliggende løsning vil være å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer.

Dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, mener flertallet at myndighetene bør gå gjennom dagens lovbestemmelser om skift/turnusarbeid, med sikte på å gjøre justeringer for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for å bemanne tjenestene, for eksempel i helgene, og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Et mindretall i kommisjonen er uenig i dette og ønsker verken en inngåelse av sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Mindretallet mener at sentrale avtaler vil svekke arbeidstakernes medvirkning, og kan ikke se at endringer i arbeidstidsbestemmelsene vil innebære økt rekruttering eller at det blir enklere å beholde personell i sektoren.

Utdanning, kompetanseutvikling og karrieremuligheter for personellet

En viktig forutsetning for å få gode og effektive helse- og omsorgstjenester, er at personellet har kvalifikasjonene og kompetansen som kreves for oppgavene. Tjenestene utvikler seg raskt og det er behov for mange forskjellige typer kompetanse for å løse dem godt.

Behovet for å begrense veksten av sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene innebærer at økt utdanningskapasitet innen helse- og omsorgsutdanninger ikke løser bemanningsutfordringene.

Kommisjonen gjør ikke konkrete vurderinger av dimensjoneringen av utdanningene, men understreker betydningen av riktig dimensjonering og lokalisering for å tilføre kompetent arbeidskraft til tjenestene. Kommisjonen påpeker betydningen av et godt samarbeid mellom helse- og utdanningsmyndighetene, samt et solid kunnskapsgrunnlag om fremtidige behov, som basis for dimensjonering.

Utdanning av helsepersonell må likevel skje med en kapasitet som bidrar til å dekke kompetansebehovene til helse- og omsorgstjenester. Norge må være tilstrekkelig selvforsynt med helsepersonell. Vekst i studieplasser bør legges til distrikt fremfor sentrale strøk. Utdanningssektoren bør utvikle ordninger for å kvalifisere dem som mangler mindre deler av sine formelle utdanningsløp, og legge enda bedre til rette for etter- og videreutdanning.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at det er utdanningskapasitet for de store helsepersonellgruppene ved norske høyere utdanningsinstitusjoner tilsvarende minst 80 prosent av anslått behov i helse- og omsorgstjenestene.

Forskjellige oppgaverettede utdanninger og opplæringer av helsepersonell er differensiert og fordelt over hele landet på en god måte. Helsefagarbeiderutdanningen er blant de mest desentraliserte utdanningstilbudene i Norge. Fagskolene tilbyr forskjellige høyere yrkesfaglige utdanninger, og bidrar til å utvikle relevante karriereveier for yrkesfagutdannede med studietilbud som samsvarer godt med kompetansebehov i tjenestene.

Det er behov for en større innsats for å heve kapasitet og kompetanse innen praksisveiledning. Behovet for praksis- og læreplasser begrenser i dag kapasiteten i flere helseutdanninger. Helsepersonellkommisjonen foreslår flere tiltak for å styrke kapasitet og tverrprofesjonelt samarbeid i praksisundervisningen. Kommunene bør ta et større ansvar for veiledning og praksisundervisning og legge bedre til rette for god undervisning.

Forskjellige oppgaverrettede utdanninger og opplæringer gir forskjellige personellgrupper kompetanse til å kunne gjøre spesialoppgaver og prosedyrer. Mange oppgaver kan utføres av opplært og trent personell med forskjellige grunnutdanninger. Dette støtter opp under prinsippet om bemanning av tjenestene nedenfra og bidrar også til at ansatte får karrieremuligheter innen egen profesjon.

Arbeidsdelingen mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenestene fungerer i hovedsak godt. Akademisk utdannet helsepersonell har fått metode- og forskningsbasert kunnskap som trengs for å utvikle og forbedre tjenestene. Et godt samarbeid mellom utdanningstilbyderne og tjenestene legger til rette for dette. Helsepersonellkommisjonen anbefaler at utdanning av helsepersonell bør innrettes slik at kompetansebehovene dekkes i både helse- og omsorgstjenestenes og universitets- og høyskolesektoren.

Behovet for omstilling, sammen med høy innovasjonstakt i helse- og omsorgstjenestene, krever at personellet har oppdatert kompetanse om kunnskapsbasert fagutvikling, nye teknologiske løsninger, bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Derfor trengs det et fortløpende, systematisk arbeid med kompetanseutvikling og livslang læring for ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at tilnærmingen til livslang læring og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene bør konsentreres om innsatsområdene:

- strategisk tilnærming til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene,
- god ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling,
- tilrettelegging for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, og
- systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse.

Gode prioriteringer for en bedre bruk av -tilgjengelig personell

Mulighetene for undersøkelser, behandlinger og inngrep øker i takt med den medisinske utviklingen. Tilgjengelig statistikk og forskning viser tegn til overbehandling på noen områder, og at det tilbys en rekke unødvendige og lavt prioriterte helse- og omsorgstjenester i Norge. En reduksjon av feilbehandling, unødvendige og lavt prioriterte tjenester, vil senke arbeidsmengden og frigjøre kapasitet i tjenesten. Det vil føre til redusert personellbehov.

Helsepersonellkommisjonen legger stor vekt på å spre innsikt og forståelse knyttet til kostnadene ved overbehandling og lavt prioriterte tjenester.

Ressursene til helse- og omsorgstjenestene er gitt på kort sikt gjennom årlige budsjetter. Unødvendige og lavt prioriterte tjenester som tilbys enkelte pasienter og brukere kan fortrenge tjenester som har positiv helseeffekt for andre. Helsepersonellkommisjonen anbefaler en gjennomgang av finansieringssystemet for å fjerne eventuelle insentiver til å tilby unødvendige og lavt prioriterte tjenester. Personellressursene må brukes i tjenester som gir mest nytte, uavhengig av om de er privat eller offentlig finansiert.

Politiske avgjørelser som innføring av kompetansekrav, ventelistegarantier eller nye pasient- og brukerrettigheter, øker behovet for helsepersonell. Helsepersonellkommisjonen foreslår at konsekvensene for personellbehovet innføres som krav til utredninger av foreslått politikk på helse- og omsorgsområdet. Tilsynsmyndighetene må vurdere om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig, og gjennom tilsynet bidra til riktig prioritering.

Teknologi og digitale løsninger kan redusere behovet for personell

Helse- og omsorgstjenestene er storforbrukere av teknologi og digitale løsninger. Tekniske hjelpemidler bidrar innen diagnostisering, behandling og rehabilitering. Det er også omfattende støtte i teknologiske løsninger for kommunikasjon og samhandling innad i og mellom tjenestene, og for administrasjon, rapportering og overvåking av tjenestene. Bruken av velferdsteknologi i omsorgstjenestene blir stadig mer utbredt.

Innovasjon, ny teknologi og digitale hjelpemidler i helse- og omsorgstjenestene har bidratt til bedre kvalitet og større omfang av tjenester. Samtidig er det ulike oppfatninger om hvordan teknologi bør brukes i tjenestene, og i hvilken grad den avlaster eller belaster personellet og pasientene. Det er både dårlige og gode erfaringer med integrering av ny teknologi og digitale løsninger i tjenestene. Det er imidlertid klart at teknologiske løsninger brukt på riktig måte kan øke produktiviteten og redusere personellbehovet. Fremtidig teknologiutvikling og -implementering bør ha som formål å avlaste personellet og bidra til mindre behov for arbeidskraft i tjenestene.

Helsepersonellkommisjonen foreslår at helse- og omsorgstjenestene anvender prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad.

Kommisjonen foreslår videre at det utvikles tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Kommisjonen foreslår å etablere et forskningsprogram for utvikling av nye digitale infrastrukturelle og brukervennlige løsninger, samt innovative arbeidsprosesser som har som formål å redusere behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene.

1.1.3 Tid for handling

Den store personellveksten i helse- og omsorgstjenestene i senere år, i kombinasjon med fremtidig demografisk utvikling, innebærer at utviklingen i tjenestene ikke er bærekraftige. Standardene og kvaliteten i tjenesten har økt i disse årene, men produktiviteten er vedvarende lav. For å unngå et sammenbrudd i tjenestene og i samfunnet for øvrig, foreslår Helsepersonellkommisjonen tiltak på en rekke områder.

Personellet er ved bristepunktet i mange land. Helse- og omsorgstjenestene i vest-europeiske land har blitt omtalt som en «tikkende bombe». Hovedforklaringen på problemene er manglende personell og økende rekrutteringsproblemer. Norge er et rikt land, med store ressurser i en offentlig og allment tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste. Befolkningen er relativt sunn og frisk, og et kompetent og – i internasjonal målestokk – tallrikt helse- og omsorgspersonell gir tjenester til befolkningen uavhengig av bosted. Dette gir et godt utgangspunkt for endring. Det er betydelig bedre forutsetninger i Norge for å løse de store utfordringene i helse- og omsorgstjenesten enn i de fleste andre land i verden.

Helsepersonellkommisjonen forventer en betydelig samlet effekt fra tiltakene foreslått i denne utredningen. Tiltakene vil gi muligheter til å opprettholde høy kvalitet i tjenestene, til tross for at det blir færre ansatte i tjenesten per pasient eller bruker. Det blir behov for økning i enkelte tjenester, men personellet i helse- og omsorgstjenestene bør ikke øke vesentlig samlet sett.

Det er behov for en holdningsendring i befolkningen, blant politikere og helsepersonellet, som bidrar til å dempe tilbudet av og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Alle må erkjenne at det også i Norge er begrensede ressurser. Politikerne har ansvaret for at det er samsvar mellom tiltakenes ønskede kvalitetsheving, pasientrettigheter, tjenestens kapasitet, tilgjengelig personell og ressurser. Også tilsynsmyndigheter og ledelse ved foretak og i tjenesteområder må vurdere virkningene av vedtak og beslutninger. Prioritering og begrensninger i tjenesten må løftes høyt i det offentlige ordskiftet.

Politikkutvikling fremover må bygges på en samlet forståelse av at personellet er den begrensende faktoren i helse- og omsorgstjenesten. Fra dette vil tiltak og nye personellbesparende initiativ kunne bidra til redusert forventningsspråk, og vil senke frustrasjon for ansatte, brukere og pasienter.

Helsepersonellkommisjonen ble etablert på et riktig tidspunkt. I motsetning til flere andre vestlige land, er helse- og omsorgstjenestene fortsatt solide i Norge. Selv om det er økende bekymring for rekrutteringsutfordringene, er det ennå ikke sammenbrudd i tjenestene, overordnet sett. Det gir et verdifullt handlingsrom og en stor mulighet for omstilling i helse- og omsorgstjenestene.

Vi står overfor krevende valg.

Det er tid for handling.