

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Att.Ingrid M. Middelthon

<b>Deres ref.:</b> 23/92	<b>Vår ref.:</b> 2023/133 - 2945/2023	<b>Saksbehandler:</b> Hilde Christiansen	<b>Dato:</b> 23.04.2023
-----------------------------	--	---	----------------------------

## **Høring - Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste**

Helse Vest takker for invitasjon til å gi innspill til Helsepersonellkommisjonenes NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Foretaksgruppen Helse Vest støtter Helsepersonellkommisjonen sine vurderinger og anbefalinger. Kunnskapsgrunnlaget er solid og et viktig grunnlag for nødvendige tiltak på de foreslåtte innsatsområdene. NOU-en beskriver utfordringene på en god måte og legger et godt fundament for å sette i verk helt nødvendige tiltak på kort, mellomlang og lang sikt. Analysene må i tillegg «trekkes ned» til hvert regionale helseforetak og foretak. Det er flere av opptaksområdene i foretaksgruppen Helse Vest som vil stå ovenfor særlig krevende utfordringer. Foretaksgruppen Helse Vest har derfor etablert tilsvarende kunnskapsgrunnlag som må benyttes for hele Helse Vest og for hvert opptaksområde.

Helseforetakene bør likebehandles med hensyn til rekrutteringsutfordringene i fremtiden. Slik det er beskrevet i kommisjonens rapport kan det forstås slik at andre næringer og bransjer skal ha fortrinn i arbeidsmarkedet. Vi forutsetter at helseforetakene skal ha like vilkår i arbeidsmarkedet og kan spille på hele virkemiddelapparatet for å sikre en god offentlig spesialisthelsetjeneste.

Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten legger til grunn at sektorene opptrer som samarbeidspartnere. Det er et felles ansvar som skal løses av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonellkommisjonen har pekt på flere tiltaksområder som må spille på lag for å sikre en kompetent og god helsetjeneste for de neste generasjoner.



## Tiltaksområder

Hvert av områdene helsepersonellkommissjonen peker på vil ikke ha ønsket effekt med mindre tiltak på alle områdene er tilstrekkelige og spiller på lag. Det vil ikke være nok å lykkes med et eller to av områdene alene. Tiltak på hvert av områdene som kan forsterke effektene for andre tiltaksområder bør prioriteres for det videre utviklingsarbeidet. Mest av alt vil gjensidig forpliktelse blant alle aktører være fundamentet for de tiltakene som må utvikles. Uten forpliktende tilslutning er risikoen høy for at det vil kreve enda sterkere tiltak på enkeltområder.

## Utfordringsbildet

Alderssammensetningen i befolkningen på Vestlandet vil endre seg vesentlig. Det er et like viktig kunnskapsgrunnlag å følge befolkningsutviklingen for *de yngre aldersgruppene som det er å følge befolkningsutviklingen for de eldste aldersgruppene*. Det blir færre og færre som vil komme inn i arbeidslivet på Vestlandet; [Befolkningsframskrivinger på kommunekart \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/befolkning/tema/utvikling-i-befolkningen).

Styret i Helse Vest RHF behandlet flere saker i styremøtet desember 2022 som påpeker flere av de samme tiltaksområdene:

- [Sak 12322 Rekruttering og kompetanseutvikling i Helse Vest.pdf \(helse-vest.no\)](#)
- [Sak 12322 Vedlegg 1 - Analyserapport Kunnskapsgrunnlag kompetanse og rekruttering.pdf \(helse-vest.no\)](#)
- [Sak 12422 Rekruttering innan psykisk helsevern og rus.pdf \(helse-vest.no\)](#)
- [Mal for prosjektdirektiv \(helse-vest.no\)](#)

Den urbaniserende trenden er sterkere enn det tidligere framskrivinger har vist. Helse Vest understreker at utviklingen på Vestlandet er et tydeligere flyttemønster ut av distriktene og mot byene enn tidligere. Dette er tydelig beskrevet i vår rapport «Ekstern turnover», som også er omtalt i kommisjonens rapport. Deler av befolkningen blir boende; voksne og eldre, mens de yngre generasjonene i større grad enn for tidligere generasjoner flytter. Helsepersonellkommissjonen påpeker at mindre sentrale kommuner mister arbeidskraft.

I et 20 års perspektiv er det avgjørende at spesialisthelsetjenesten forsterker tiltakene for å beholde, utvikle og rekruttere et tilstrekkelig antall medarbeidere for å opprettholde og holde fast på et høyt faglig nivå, ha økt fokus på pasientsikkerhet, digitalisere raskere og sørge for at IKT løsninger avlaste og støtter arbeidsprosessene enda bedre for å redusere behov for ressurser og som legger til rette for god oppgavedeling. Rett oppgavedeling og villighet til å utvikle arbeidstidsordninger som sørger for at «nye generasjoner» medarbeidere skal møtes av et godt arbeidsmiljø vil være avgjørende for å lykkes. Utdanning av faglige ressurser er en viktig innsatsfaktor i det norske samfunnet. Helseforetakene er store og viktige utdanningsorganisasjoner som også må kunne «høste» av innsatsen og investeringen som hvert år bli lagt ned i foretakene. Kunnskapsinnsatsen utgjorde om lag 2,8 milliarder kroner i 2022.

Helseforetakene vil ha og skal være en viktig arena for utdanning og videre spesialisering, samtidig som innsatsen som blir lagt ned må beholdes i foretakene. Ett viktig tiltak for å sikre framtidig faglig høyt nivå og tilstrekkelig faglig kapasitet i helsetjenesten og hindre en todeling av helsevesenet med økende privatisering som en allerede ser i flere Europeiske land, vil være å innføre regulatoriske bestemmelser for å beholde spesialiststatus. For å være kompetent spesialist over tid bør yrkesutøvelsen være tilknyttet spesialisthelsetjenesten, tilsvarende bør det å være allmennlegespesialist være tilknyttet til kommunehelsetjenesten.

Dersom helseforetakene i fremtiden skal utdanne for en todeling av spesialisthelsetjenestetilbudet er det høy risiko for at det blir de vakttunge og krevende fag og pasientforløpene som blir igjen i foretakene, som igjen kan bidra til at foretakene mister helt nødvendig faglig kapasitet; presset på spesialisthelsetjenesten vil forsterke seg og tilbudet i det private vil fremstå mer attraktivt for fremtidens helsemedarbeidere. *Uavhengig av politiske forskjeller, skaper ikke en todeling av spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten flere helsemedarbeidere.* Skal samfunnet tilby nødvendige offentlige finansierte og likeverdige helsetjenester til befolkningen, må det være tilstrekkelig tilslutning til å holde fast på en felles bærekraftig utvikling.

Innenfor psykisk helsevern er det allerede en synlig trend at helseforetakene mangler faglig kapasitet for å opprettholde et stabilt og godt tilbud til pasientene. Over hele landet er det blitt raskt mer utfordrende å beholde et faglig kompetent fagmiljø. De som utdannes som psykologer og psykiatere og oppnår sin spesialisering trekkes stadig oftere ut av den offentlige helsetjenesten til private tilbydere. Dette er allerede i ferd med å ramme tilbudet til de pasientene som har stort behov for tjenestene.

Dette vil skje for flere og flere spesialistområder dersom det ikke skapes regulatoriske rammer som vil demme opp for utviklingen.

Nye regulatoriske rammer og tiltak må bidra til at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig og rett faglig kompetanse og kapasitet. Helse Vest mener det vil være svært viktig å bidra til at de som utdannes på Vestlandet foretrekker helsetjenesten på Vestlandet som sin framtidige arbeidsplass. Det må etableres tiltak som sørger for at helseforetakene inkluderer lærlinger og studenter tettere og mer forpliktende enn tidligere til helseforetakene. Dette er tiltak som er en del av [Sak 12422 Rekruttering innan psykisk helsevern og rus.pdf \(helse-vest.no\)](#). Tilsvarende tiltak må utvikles for flere utdanninger. Endring av medisinerutdanningen ved Vestlandslegen er et slikt initiativ. For at det skal bli en bærekraftig utvikling gjennom Vestlandslegen også for kommunehelsetjenesten må Vestlandslegen styrkes med et høyere antall studenter til UiB de nærmeste årene.

Et av flere viktige hovedmomenter i Helsepersonellkommisjons rapport peker på at **alle**, fra politikerne på Stortinget til lokalbefolkningen, må støtte opp om de vanskelige prioriteringene ledere og medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten vil stå overfor i tiårene som kommer. Dette samspillet kan bare bli sterkt nok dersom faglig prioritering har legitimitet og støtte.

## Prioritering

Prioriteringer på individ- og gruppenivå må foretas av de som har best kunnskap om grunnlaget for prioriteringen. Denne kunnskapen er det fagmiljøene som har, og det er de som må foreta prioritering ut fra sin faglige kompetanse og kunnskap om nytte, alvorlighet og kostnad. Det må forventes støtte til de beslutningene som tas, når de er tatt på et faglig godt grunnlag. Det er viktig i ha med seg at når noe skal prioriteres opp, er det nødvendig at noe annet må prioriteres ned.

Helse Vest støtter hovedgrepene som påpeker av kommisjonen:

- Unngå unødvendig behandling/reducere uønsket variasjon - overforbruk
- Redusere lavt prioriterte oppgaver
- Redusere feil-behandling/målrettede tiltak for å øke pasientsikkerheten
- Utrede personellbehov ved politikktutforming/tildeling av rettigheter

NOU 1987:23- side 25 beskriver prioriteringen på en god måte:

Særlig viktig er det for alvor å innse at det å prioritere A ikke bare er å vedta at A skal prioriteres *opp*. Det må også finnes minst en B som prioriteres lavere enn før. Man må kunne identifisere den B som blir satt etter A.

Prioriteringsforskriftens § 2a angir opp tre kriterier for prioritering:

1. helsehjelpens prioritet øker i tråd med den forventede nytten av helsehjelpen
2. helsehjelpens prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden
3. helsehjelpens prioritet øker desto mindre ressurser den legger beslag på

De vanskelige prioriteringene som må skje for fremtiden vil utfordre spesialisthelsetjenesten ved at helsepersonell og ledere i økende grad må si nei til helsehjelp som kan ha nytte for pasienten, men der helsehjelpen vurderes til å være for ressurskrevende. Dette er særlig krevende på individnivå da det ofte kan være manglende, usikker eller foreldet «evidence» og det vil også være vanskelig å veie verdi av ulike typer helsegevinster. Vi vil være avhengig av å bygge legitimitet i befolkningen for de faglige valg og beslutninger som skal tas. Dialog og samspill med pasient og pårørende vil være avgjørende for gode avgjørelser om hvilket behandlingsnivå som vil være mest egnet for den enkelte pasient. Et virkemiddel for dette kan være at samvalg får ytterligere fokus.

Dette er dette fagmiljøene og lederskapet vil bli bedt om å legge til grunn for fremtidig prioritering. Uten solid støtte og legitimitet for de beslutningene som blir tatt i hele samfunnet, på alle nivå, kan en ikke vente at fagmiljøene og lederskapet vil ta de beslutningene samfunnet likevel har bedt dem om å ta ansvar for. Barrierer mot prioritering er at det er vesentlig enklere å la være ettersom prioritering gir merarbeid (krever grundigere dokumentasjon og informasjonsarbeid), øker risiko for kritikk (fra annet helsepersonell, media, tilsynsmyndigheter, politikere) og det alltid vil være risiko for feil avgjørelse. Alle som tar prioriteringsbeslutninger, må derfor forvente at samfunnet gir tydelig støtte.

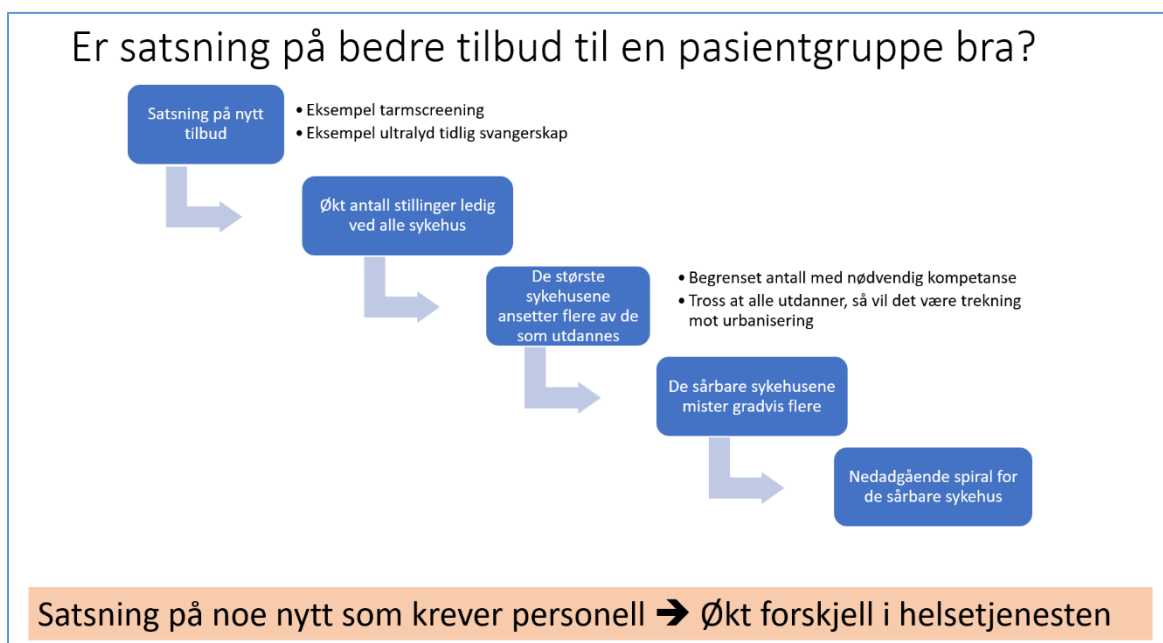
Fagmiljøene peker særlig på at Kommisjonen burde pekt mer konkret på tiltak og prioritering særlig for behandlingsvalg i slutfasen av livet. Svært mye innsats i helsetjenesten går med til helsehjelp med begrenset nytte i den siste delen av livet. Bærebjelken i god faglig prioritering har i generasjoner vært å gjøre mer nytte enn skade og lidelse. Dette er en diskusjon som bør løftes frem på ulike samfunnsnivå.

For å unngå prioriteringsvridninger så er det viktig at man tar inn over seg noen viktige momenter:

- Kostbar særbehandling av enkeltpersoner eller grupper som stiller høye krav på egne vegne, går utover de som ikke kan eller vil stille krav.
  - Ubevisst nedprioritering av den som ikke krever.
- Det er ofte et inverst forhold mellom evnen til å stille krav på egne/slektnings vegne, og reelt behov.
- Før det gis nye rettigheter må man ta stilling til hvem dette vil gå på bekostning av
- Ny patentert behandling er ofte svært mye mer kostbart enn etablert standardbehandling i helsetjenesten.

Det er også viktig å ta med seg at satsning på bedre tilbud som krever økt helsepersonell til en pasientgruppe dessverre ofte vil trekke nødvendig helsepersonell fra andre deler av helsetjenesten.

Helsepersonell er en begrenset ressurs og ved økt tilbud til en pasientgruppe vil stadig flere ansettes ved sykehusene i de store byene, mens de mindre sentrale stedene vil få økende vansker med å beholde og rekruttere nødvendig helsepersonell. Dette er illustrert med figuren under:



Vi har valgt å løfte frem dilemmaer for god faglig klinisk prioritering. Hensikten er at befolkningen og storsamfunnet må gi støtte til at det i fremtiden må prioriteres i tråd med de regulatoriske rammene som er etablert. Det vil være vanskelige og krevende, men umulig uten støtte og legitimitet.

- Kostbar særbehandling av enkeltpersoner eller grupper som stiller høye krav på egne vegne, går utover de som ikke kan eller vil stille krav.
  - Ubevisst nedprioritering av den som ikke krever.
- Ofte – ikke alltid - et inverst forhold mellom evnen til å stille krav på egne/slektingers vegne, og reelt behov.
- Før nye rettigheter, f. eks. til å kreve det som er nytt og dyrt: «for hvem, på bekostning av hvem?»
- Har vi tatt inn over oss hvor kolossal forskjellen i ressursbruk er mellom det meste av nyttig etablert standardbehandling er og ny, patentert behandling?
- 

Er det mulig å arbeide smartere uten å måtte gjøre ekte prioriteringer?

- Overbehandling: Behandling som ikke hjelper
- Overdiagnostikk: Diagnostikk av tilstander som ikke har konsekvens
- Overforbruk: Større variasjoner mellom mange metoder basert på bosted / sykehus
- Underforbruk/underdiagnostikk: Lavere tilgang på tjenester et sted vil kunne medføre økt behov andre steder

Barrierer mot prioritering på klinisk nivå

- Enklere å la være?
  - Den som prioriterer har bevisbyrden
  - Krever grundigere vurdering før beslutning
  - Krever samtaler og dokumentasjon etter beslutning
  - Risiko for feil avgjørelse – og dermed åpen for kritikk
  - tilsynsmyndigheter, ledere, kollegaer, pårørende, media, politikere
- «Pasientens advokat»

➔ Vanskelig prioritering vil ikke finne sted uten tydelig støtte

Økende spesialisering er utfordrende, spesielt for de mindre sykehusene, som også må ha vaktbærende funksjoner innenfor de store fagfeltene indremedisin, kirurgi og anestesi.

Mange ressurser går til beredskap som sjelden er i bruk. Dette medfører et stort personellbehov for å dekke vaktfunksjoner. Helse Vest støtter beskrivelsen og legger til grunn at det bør være mulig å se nærmere på utilsiktede endringer etter innføring av ny spesialiststruktur for leger der grenspesialiteter ble hovedspesialiteter og det er blitt stadig vanskeligere å beholde brede vaktlag innenfor indremedisinske og kirurgiske fag. Med dagens personellsituasjon er dette svært utfordrende, spesielt ved de små og mellomstore sykehusene, og det fører til økt belastning for medarbeidere som deltar i vaktordningene. Det gir økt risiko for tilstrekkelig faglig kapasitet, økt risiko for turnover; beholde medarbeidere og utfordringer med å rekruttere til flere av spesialitetene.

Dette er allerede en situasjon for flere av de vaktbærende fagene. Det forsterkes av regulatoriske bestemmelser som regulerer arbeidstid; måten og handlingsrommet for å etablere gode arbeidsplaner. Nye generasjoner medarbeidere må ikke møtes av fortidens regulatoriske bestemmelser/avtaler.

Den medisinskfaglige utviklingen medfører krav om økende spesialisering også på mindre sykehus. Dette medfører dreining av kompetanse fra breddekompetanse til spesialisert kompetanse.

Helse Vest har gjennomført sårbarhetsvurderinger av de ulike spesialistgruppene. Analysene viser at alle helseforetakene på Vestlandet vil stå overfor sårbarhet for flere av spesialistgruppene blant legene. Analysen vil bli gjort i løpet av 2023 ved Monte Carlo modell der svært mange elementer inngår. Vi anbefaler at tilsvarende analyser gjennomgås for legegruppen ved jevne mellomrom.

Opplæring av pasienter og pårørende er lovpålagt for helseforetakene, og må være integrert i pasientbehandling og forløp for å sikre likeverdige tilbud. Kunnskapsgrunnlag viser at systematisk samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter, som blir brukt ved lærings- og mestringssenter, gir økt helsekompetanse hos pasient og pårørende, og da samfunnsøkonomisk nytte. Dette er viktig om pasient og pårørende i større grad skal ta ansvar for egen helse. Den spesialiserte opplæringen til ny-diagnostiserte bør derfor fortsatt være tett knyttet til spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder lokalisering og samarbeid med de kliniske avdelingene.

Helsetjenesten har, som mange andre samfunnsområder, i de siste tiårene vært utsatt for omfattende krav og oppgaver som ikke bidrar til utfallet av utredning og behandling.

Samtidig er det en erkjennelse at samfunnet har behov for å nytte kunnskap om utredning og behandling som blir gitt, det vil si et behov for å gjenbruke data. Det er stadig flere krav til dokumentasjon, rapportering, utarbeiding av prosedyreverk, revisjoner og tilsyn. Dette gir økt kvalitet og trygghet i pasientbehandlingen, men fører til økt ressursbruk, både økonomisk og ikke minst personellmessig. Helsetjenesten klarer ikke å gjennomføre alle myndighetspålagte krav til ikke direkte pasientrelaterte oppgaver, uten at det kliniske arbeidet fortrenses. Dersom vi ikke har god bærekraftig utvikling i innrapporteringsmetoder, omfanget av registreringer blir mer avstemt eller at en kan nytte teknologi til de elementære registreringer vil dette trekke ytterligere ressurser ut av helsetjenesten. Robotisering av registrering kan være et tiltak, et annet tiltak er at nasjonale kvalitetsregistre blir sømløst knyttet til EPJ løsningene for å unngå dobbeltregistrering av informasjon. Digitalisering kan også bidra til at pasienter og pårørende kan bidra gjennom egenregistrering ved utstrakt bruk av strukturerte digitale skjema på pasientens «arbeidsflate»; [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).

Dette er allerede tilgjengelig, men det må settes ytterligere tempo/trykk for å benytte mulighetene som er tilgjengelig i et høyere tempo enn før.

En annen tilbakemelding fra ledere og medarbeidere er at ikke alle tiltakene speiler at det er "Tid for handling". Ett eksempel er at det foreslås et tiårig forskningsprogram på digitalisering. Det er delte meninger om det er tilstrekkelig og målrettet. Spesialisthelsetjenesten står i et veivalg om å gjøre det rette, riktig, rett første gang gjennom radikal og rask digitalisering ved å ta ut nytten og effekten av de investeringene som allerede er gjort. Den digitale transformasjonen må gå raskere og med bedre støtte for arbeidsprosesser som kan avlaste behovet for fremtidige ressurser. Vi må ta ut mer av nytten og effekten enn det som hittil er gjort. Dersom vi har tatt ut 80% av effektene er det likevel et uforløst stort potensiale ved de resterende 20%. Det er et prioritert tiltak å få på plass bedre digital støtte for samhandling i helsetjenesten. I stedet for eller i parallell med et forskningsprogram for digitalisering bør det være tilstrekkelig kapital til å gjennomføre radikal og raskere digital transformasjon.

## **Digitalisering**

Investering i bygg og medisinteknikutstyr er nødvendig for å utnytte fag kompetanse best mulig, økt digitalisering ved enda bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi og bruk av ny teknologi til å forenkle og forbedre tjenestene. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon, og kan bidra til å øke produktiviteten.

Det er viktig at den digitale utviklingen må rettes mot forenkling av arbeidsprosesser, dokumentasjon og rapportering, og derved spare de ressursene som ventelig blir et knapphetsgode fremover. I dette arbeidet inngår også direkte digitalisering av pasientoppfølging. Her kan en finne store ressursinnsparinger. I dag blir en vesentlig del av ressursene i spesialisthelsetjenesten brukt på oppfølgende kontroller. En betydelig del av disse kan forenkles med digital oppfølging (digitale strukturerte skjema, digitale konsultasjoner, selvrapporing mv.), som vil kunne spare store personellressurser, og samtidig store samfunnsrelaterte kostnader.

## **Organisering**

Regionalt samarbeid om felles oppgaver, samsvar mellom ansvar og myndighet er viktig. Det bør forventes et forpliktende fellesskap som bidrar til å beholde en god spesialisthelsetjeneste på hele Vestlandet, som igjen bidrar til at alle regioner klarer sine oppgaver.

Det er viktig å legge til rette for at rett kompetanse blir brukt på rett nivå; *i tillegg gjøre det rette, gjøre det rette riktig, gjøre det rette riktig første gang*. Ett eksempel er at helseforetakene på Vestlandet i 2022 måtte re-planlegge om lag 30% av aktiviteten.

Årsakene er mange;

- Egen interne planlegging med fort kort tidshorisont
- Pasienter ønsker endringer i tid og klokkeslett
- Pasientene møter ikke
- Pasient har fått tilbud et annet sted uten at henvisende foretak har fått beskjed

Dersom re-planleggingen kan reduseres betydelig, helst ned til marginalt nivå, har helseforetakene på Vestlandet en faglig tilgjengelig kapasitet som kan være avgjørende for vesentlig kortere ventetid, rett pasient får tilbudet i tråd med prioriteringsveiledere mm. For å få dette til vil det kreve klare forutsetninger for planlegging internt i helseforetakene og en klar forutsetning om at pasienter må benytte tilbudet når det er planlagt, forutsatt at det er tilstrekkelig planleggingshorisont. Helseforetakene har god oversikt over hvor stor andel pasienter tilvist helseforetakene som har høy hastegrad per spesialitet. Denne kapasiteten må sette av til høy hastegrad, utover dette kan pasienter tildeles første ledige time og etter hvert også selv velge time innen gitte tidsintervall. Dersom pasienten selv ikke velger time innen gitt frist tildeles pasienten time. Mye av dette kan støttes av digitalt under forutsetning av at faglig kapasitet, rom og utstyr er planlagt. Dette vil igjen friggi tid til den kompliserte planleggingen, (kompliserte og sammensatte pasientforløp).

Det har vært en gradvis endring i retning av at helsepersonell utfører arbeid de er dels overkvalifisert til, dels ikke er best kvalifisert til. Ett eksempel er at hjelpepleiere/helsefagarbeidere er en yrkesgruppe som er vesentlig redusert. Denne utviklingen har Helse Vest understreket i mer enn 15 år at er en feil vei å gå. Den har ikke vært besluttet, men drevet gjennom på ulike måter.



Helsesekretærene er en annen gruppe som kan støtte helsepersonell med vesentlige oppgaver. Nye yrkesgrupper kan være aktuelle i helseforetakene. En stor del av oppgavene i helseforetakene er blant annet logistikk og forsyning. I dag bruker helsepersonell store deler av sin tid til slike oppgaver. Dette ble tydelig beskrevet i rapporten «Bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere»: [Planar og rapportar - Helse Vest RHF \(helse-vest.no\)](https://www.helse-vest.no/planar-og-rapportar).

Endret funksjons- og oppgavedeling står sentralt i intensivsykepleie, sykepleiere, helsefagarbeider, helsesekretær mv. Vi må se på intensivkapasitet som for eksempel hus/hytte modell, slik den er beskrevet i rapporten vist til ovenfor.

Krav til kompetanse, opplæring og godkjenning bør være standardisert. Retningslinjer for hva en helsefagarbeider kan utføre bør være mest mulig lik mellom de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten, men må ta utgangspunkt i at dette er grunnleggende kompetanse. Gode kompetansestrategier, kompetanseplaner og utviklingsplaner bør etableres. Det er anerkjent for legegruppen, medisinerutdanning → LiS1 → spesialisering → spisskompetanse.

Det er ingen grunn til at dette ikke kan legges til grunn med samme modell som for legene for andre yrkesgrupper. Helse Vest har i innspill til HOD foreslått samme modell for eventuell akutt- og mottakssykepleie. Vi mener modellen for spesialistutdanning for leger bør være en mal for andre yrkesgrupper, etter nasjonale retningslinjer for læringsmål og læringsutbytte, samtidig som det for å opprettholde en funksjon stilles krav til tilknytning til spesialist- eller primærhelsetjenesten.

Det er gjennomført flere prosjekter i helseforetakene som belyser handlingsrommet. Uberettigede barrierer må fjernes, den enkelte yrkesgruppes kompetanse må anerkjennes. Et siste eksempel er helsesekretærer i Helse Stavanger som utfører desentral blodprøvetaking, en oppgave som er en del av deres utdanning. Dette avlaster bioingeniører, fører til raskere prosesser. Jakten på forbedringer i de daglige arbeidsprosessene må få bedre vilkår.

Ordninger som bidrar til at medarbeidere står lengre i arbeid må intensiveres. Tiltak som begrenser mulighetene, eksempelvis særaldersgrenser, pensjonsreformen som underveis i pandemien har vist behov for unntak for å benytte pensjonister er noen eksempler som viser at en gjennomgang og fornying av regulatoriske bestemmelser er nødvendig.

Ny utdanningsmodell for legespesialister forventes å medføre en dreining fra breddekompetanse i indremedisinske og kirurgiske fag, over mot høy spesialisert kompetanse. Dette vil gi store utfordringer for de små og mellomstore sykehusene. Flere vaktlag aller at det blir små vaktlag med høy belastning er begge en utvikling som kan hindre redusere muligheten til å beholde mindre sykehus, vanskeligheter med å rekruttere generalister til disse sykehusene. Det vil bli nødvendig å tilsette mer spesialisert kompetanse, da den generelle kompetansen blir mangelvare. Dette fører til utfordringer med å dekke vaktfunksjon og samtidig ivareta den generelle driften.

## Arbeidstid

Det er utfordringer knyttet til arbeidstid, særlig på helg/helgebemanning. Arbeidstid gjelder mange yrkesgrupper i helseforetakene, og har konsekvens for faglig kapasitet, organisering, kompetanse, oppgavedeling og bærekraft. Vi viser her til [NOU 2016: 1 Arbeidstidsutvalget — Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet](#).

Det vises særlig til kapittel 13 i Arbeidstidsutvalgets rapport. Det bør være en harmonisering og lik regulering for etablering av gode helsefremmende arbeidsplaner som også gir helseforetakene anledning til å etablere arbeidsplaner som sikrer en robust og rett bemanning for alle yrkesgrupper alle dager, 24/7, se særlig fra side 212 og videre.

Fra utvalgets rapport side 212 og videre:

- «Arbeidsgiver og tillitsvalgte har ulike roller, men et felles ansvar for at avtaleinngåelse skjer på en ryddig måte. Arbeidsgiver har til syvende og sist ansvaret for at den arbeidsplanen som iverksettes er forsvarlig».
- «Flertallet legger videre vekt på at deres forslag til endringer ikke rokker ved arbeidstakersidens lovfestede rett til medvirkning ved utarbeidelse og drøfting av arbeidsplaner. Flertallet understreker viktigheten av at arbeidsgiver legger til rette for reell medvirkning og søker å involvere den enkelte arbeidstaker og de tillitsvalgte for å sikre at det etableres gode arbeidsplaner.»

Utvalgets forslag side 2016 vil være en løsning som understøtter medvirkning fra tillitsvalgte, medarbeidere, foretakenes ansvar for forsvarlige arbeidsplaner, redusere unødvendig omfang av deltid og bidra til å få til balanserte arbeidsplaner hele uken og døgnet:

*«En endring av arbeidsgivers rammer kan tenkes gjennomført på ulike måter. Flertallet vurderer at en hensiktsmessig løsning kan være at arbeidsgiver i forbindelse med skift- og turnusarbeid, uten avtale med arbeidstaker eller tillitsvalgte, kan bestemme følgende om den alminnelige arbeidstiden og gjennomsnittsberegning av denne: – Den daglige alminnelige arbeidstiden skal ikke overstige ti timer i løpet av 24 timer. – Den alminnelige arbeidstiden skal ikke overstige 48 timer i en enkelt uke. – Den alminnelige arbeidstiden skal i løpet av et periode på høyst fire uker i gjennomsnitt ikke bli lenger enn det som følger av reglene i § 10-4 (det vil si 38 og 36 timer per uke for ulike skift- og turnusordninger). Forslaget innebærer at rammene for hva arbeidsgiver kan fastsette uten avtale er mer begrenset enn rammene for hva som kan avtales. Mens maksimal lengde på daglig arbeidstid er den samme som for individuell avtale, er den maksimale ukentlige alminnelig arbeidstid to timer kortere. Forslaget om å sette perioden for gjennomsnittsberegning til fire uker innebærer en klar begrensning sammenlignet med hva som i dag kan avtales ved individuell avtale. En såpass kort periode som fire uker vil i betydelig grad redusere muligheten til å konsentrere arbeidstiden over tid, og dermed ivareta vernehensyn. Flertallet vil presisere at forslaget om grensen på fire uker ikke regulerer hvor mange uker en arbeidsplan kan dekke, så lenge grensen for den alminnelige arbeidstiden for hver fireukersperiode overholdes. Vi støtter forslaget om sentral tariffavtale på gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Vi tror det er mulig å samtidig ha involverende prosesser, oppmerksomhet på helsefremmende arbeidsplaner og forsvarlig arbeidsmiljø. Om ikke dette tiltaket fører frem, støtter vi også at det er nødvendig å se på endringer i arbeidsmiljøloven, i tråd med Arbeidstidsutvalgets forslag.»*

Mindretallet foreslo at partene igjen ble bedt om å finne løsninger. Så langt har dette ikke lyktes.

Helsepersonellkommissjonen har i kapittel 9 beskrevet situasjonen og oppsummerer slik:

*«9.6.1 Samsvar mellom myndighet og ansvar i arbeidstidsspørsmål*

*Et flertall i Helsepersonellkommissjonen vil oppfordre partene til å finne løsninger som støtter opp under prinsippene om virksomhetenes ansvar og myndighet, og mener at en nærliggende løsning vil være å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. I tillegg vurderer flertallet at dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, bør myndighetene iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.*

*Mindretallet i kommissjonen vurderer at det verken er behov for å inngå sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller eventuelt iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, og mener at dagens ordning hvor dette avtales lokalt bør videreføres.*

*«9.6.2 Forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger*

*Helsepersonellkommissjonen foreslår at det settes av forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø. Kommissjonen anbefaler at dette gjøres innenfor programmet for riktig oppgavedeling, som er omtalt i kapittel 8.»*

Det vises i denne sammenheng til felles brev fra de fire administrerende direktørene i RHF-ene til kommissjonen, 5464/2022 datert 22. august 2022.

## **Kompetanse**

En samlet helsetjeneste opplever at det er krevende å beholde og rekruttere helsepersonell. Det viktigste er at det er strategier og tiltak som bidrar til å beholde og videreutvikle de medarbeiderne vi har. Å rekruttere de rette nye medarbeiderne vi har behov for, må gjøres i takt med framtidige behov. Tilgang på personell med rett kompetanse er en forutsetning for at vi også i framtiden kan tilby pasienter rett og tilstrekkelig behandling. Med utgangspunkt i nasjonale framstillinger vurderer rapporten [«Kunnskapsgrunnlag kompetanse og rekruttering»](#) det fremtidige utfordringsbildet for ulike personellgrupper frem mot 2035. For noen fag må foretakene hele tiden sikre at de rekrutterer/utdanner nok personell til å erstatte de medarbeiderne som naturlig avslutter yrkeskarrieren sin.

Rapporten peker på noen viktige overordnede utfordringer:

- Frem til 2035 vil om lag 10 000 av dagens medarbeidere være over 62 år, (fast tilsette)
- Med en årlig turnover tilsvarende tallene for 2021 vil 19 032 medarbeidere slutte i foretakene, (fast tilsette)

Turnover og aldersutviklingen fremover innebærer at det vil være marginalt av dagens tilsette igjen i helseforetakene i 2035.

Da har en ikke tatt hensyn til andre forhold som kan påvirke en bærekraftig utvikling for spesialisthelsetjenesten på Vestlandet. Det er flere andre forhold som kan forsterke seg i tiden fremover, som f.eks. oppbygging av tilbud utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Norge bør selv utdanne det helsepersonellet som det er behov for – praksisnære og desentraliserte studietilbud. Det er positivt at det spesifikt er nevnt at utdanningsplasser bør legges til områder med særlig rekrutteringsbehov. Helse Vest minner om behovet for økning i antall studieplasser for medisin for å sikre en bærekraftig utvikling for Vestlandslegen. I tillegg viser vi til innspill om å se nærmere på forslag om helhetlige utdannings- rekrutterings- og spesialisering tiltak som ønskes prøvd ut på Vestlandet. Helse- og omsorgsdepartementet er orientert om tiltak som kan være viktige bidrag for å beholde, utvikle og rekruttere tilstrekkelig faglig medisinsk kapasitet på Vestlandet.

Den praksisnære utdanningen er svært verdifull, og vil styrke rekruttering til de mer desentrale sykehusene.

Et godt eksempel her er utviklingen av modellen «Vestlandslegen», der en større del av legeutdanningen i regi av Universitetet i Bergen skal foregå i helseforetakene i Vestland og Rogaland. Erfaringen med desentral utdanning av leger er svært god, og er viktig for rekruttering til sykehusene.

På den andre siden må en ta inn over seg at det fortsatt i lang tid vil være behov for utenlandsk arbeidskraft i ulike deler av norsk arbeidsliv. Konkurransen om arbeidskraften vil «tilspisse seg». Prioritering av tiltak som sikrer samfunnskritiske oppgaver bør stå sentralt i samarbeidet mellom utdanningssektoren og helsetjenesten – det må styrkes, sikre regulatoriske rammevilkår som bidrar til god oppgavedeling – gode arbeidsplaner for alle yrkesgrupper, livslang læring – gi anerkjennelse for arbeidsplassens viktige rolle i utdanning og kompetanseutvikling for alle i helseforetakene.

### **Oppgavedeling**

Nye yrkesgrupper, endret organisering i helseforetakene og endret oppgavedeling mellom medarbeidere vil kunne påvirke det beskrevne utfordringsbildet for ulike personellgrupper. Når rammevilkårene for spesialisthelsetjenesten blir annerledes enn en har hatt de siste 10-15 årene, vil dette være bærebjelken for å beholde og utvikle de lederne og medarbeiderne en har i tillegg til å tiltrekke seg nødvendig faglig kapasitet på kort og lang sikt.

Statistikk som viser fremtidig behov for farmasøytisk kompetanse i sykehus (og kommunehelsetjeneste) er dels mangelfull. Årsaken er at SSB, Utdanningsdirektoratet, NAV og andre offentlige instanser ikke regner med medarbeidere i sykehusapotek som del av helsetjenesten. Regionene bør i samarbeid med andre sikre et felles kunnskapsgrunnlag/statistikk over helsepersonell i apotek, herunder sykehusapotek, inkludert en behovsframskriving som viktig verktøy for planlegging av fremtidig behov for utdanningskapasitet, både for farmasøyt og apotekteknikere.

Legemiddelområdet er en sentral innsatsfaktor i behandlingen av pasienter på alle nivå i helsetjenesten. I foretaksgruppen Helse Vest har en de siste årene satt ekstra søkelys på legemiddelområdet som ett av topp 5 risikoområde i foretaket.

Farmasøyter og apotek teknikere har spesialisert kompetanse på legemiddelbruk, og økt oppgavedeling til farmasøyter og apotek teknikere vil kunne frigjøre tid for annet helsepersonell til de mer pasientnære arbeidsoppgavene. En kan se for seg flere ulike konsept for slik oppgavedeling, der målsettingen er felles; økt pasientsikkerhet, rett bruk av kompetanse og økt kvalitet i legemiddelhandtering. Eksempler inkluderer apotekstyrt legemiddellager, bruk av klinisk farmasøytisk kompetanse til legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang og eventuelt selvstendige polikliniske konsultasjoner for farmasøyter i sjukehus.

Tilgang på klinisk farmasøytisk kompetanse er viktig i hele pasientforløpet og poliklinisk oppfølging av pasient etter innlegging/konsultasjon i sykehus kan være viktig. Dette kan f.eks. være knyttet til multisyke pasienter, barn (oppfølging av spesialisert legemiddelbehandling i hjemmet og råd til foreldre med hensyn til manipulering av legemiddel), pasienter innen psykiatrien og den geriatriske pasienten.

### **Funksjonsfordeling**

Helse Vest vil påpeke at det bør legges til rette for en faglig gjennomgang for å sikre gode, robuste og forsvarlige tjenester i hvert av helseforetakenes sykehus. Den faglige gjennomgangen bør også vurdere styrking av prehospitaltjenester dersom det er behov for endringer. Gjennomgangen skal ikke basere seg på økonomiske premisser alene, men bygge på kvalitet, pasientsikkerhet og stabilitet som kriterier. Små marginale tilbud som bare kan trygges gjennom vikarstafetter, frivillige ordninger, innleie eller andre midlertidige løsninger som varer over tid må veies vurderes i et generasjonsperspektiv og med klare vurderinger i tråd med vår modell for bærekraftig utvikling, se Helsepersonellkommissjonens eksempel side 226.

### **Oppsummering**

Helsepersonellkommissjonen har gjort et solid og grundig arbeid som påpeker retninger og viktige tiltaksområder. Rapporten legger et godt grunnlag for å forene kreftene om en bærekraftig utvikling i generasjonsperspektiv. Det vil være helt avgjørende at hver region sørger for en grundig gjennomgang av hvert av tiltaksområdene, tilpasser tiltakene for å oppnå tilstrekkelig resultat som gir virkning på kort, mellomlang og lang sikt. For noen av områdene haster det med å sikre tilstrekkelig gjennomføringsevne og kapasitet, at utviklingen skjer gjennom et modent lederskap som fremmer resultater.

Vennlig hilsen

Inger Cathrine Bryne  
Administrerende direktør

Hilde Brit Christiansen  
direktør medarbeider, organisasjon og teknologi

Dokumentet er elektronisk godkjent av: Hilde Brit Christiansen direktør medarbeider, organisasjon og teknologi

### **Digital kommunikasjon**

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptatt av at informasjon, også taushetsbelagt, skal kunne sendes på en rask og sikker måte. Vi ber derfor om at et eventuelt svar på denne henvendelsen sendes gjennom en av disse kanalene:

- Privatpersoner og private virksomheter: [eDialog](#)

- Offentlige virksomheter: eFormidling (via eget sak-/arkivsystem)

Vedlegg:

- 1 Lederes ansvar for et forsvarlig helsetilbud til pasientene og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte – arbeidstidsbestemmelsenes betydning

Kopi til:

HELSE FONNA HF  
HELSE VEST IKT AS  
SJUKEHUSAPOTEKA VEST HF  
HELSE BERGEN HF  
HELSE FØRDE HF  
HELSE STAVANGER HF

Mottakere

HELSE FONNA HF  
HELSE VEST IKT AS  
SJUKEHUSAPOTEKA VEST HF  
HELSE BERGEN HF  
HELSE FØRDE HF  
HELSE STAVANGER HF  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET