

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsvar fra NTNU på NOU 2023:4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

NTNU viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert til 2. februar 2023 og takker for muligheten til å komme med innspill til NOU 2023:4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

Generelt

Utredningen tar opp viktige nasjonale utfordringer og peker på en del gode tiltak for å legge til rette for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. NTNU deler det utfordringsbildet Helsepersonellkommisjonen beskriver og slutter seg overordnet til de fleste vurderinger, analyser og anbefalinger som kommisjonen har gjort i NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

NTNU støtter premisset om at løsningen på framtidens utfordringer i helse- og omsorgsektoren ikke alene kan handle om å øke ressursbruken, hverken med hensyn til økonomi eller personell. Det er behov for et skifte i måten helse- og omsorgstjenestene er organisert og driftes på for å få en bærekraftig helsetjeneste i framtiden. Samtidig vil et for skarpt fokus på å begrense økt sysselsetting i helse- og omsorgsektoren fremover kunne bidra til fremvekst av private helsetjenester samt økt behov for uformell omsorg. Det vil igjen kunne ha konsekvenser for sysselsettingen både i og utenfor helse- og omsorgsektoren.

NTNU sine innspill knyttes hovedsakelig til kapittel 10 og høyere utdanning, men det er også noen kommentarer til kapittel 2, 12 og 13.

Kapittel 2: Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft

Kommisjonen viser til beregninger som anslår overtallighet blant psykologer i 2040. Beregningene er basert på en framskrivingsmodell (Helsemod) for beregning av tilbud av og etterspørsel etter helsepersonell som tar utgangspunkt i observerte mønster. NTNU mener det kan knyttes usikkerhet til disse beregningene. NTNU viser blant annet til NAVs bedriftsundersøkelser og forventet

Adresse	Org. no. 974 767 880	Bygg	Telefon
7491 Trondheim		Hovedbygningen	+47 73595000
Norge	postmottak@ntnu.no		
Høgskoleringen 1	www.ntnu.no		

Please address all correspondence to the organizational unit and include your reference.

underdekning på 550 psykologstillinger for 2022. I tillegg er mental helse et vekstområde og ny kommunehelseslov stiller krav til at kommunene nå skal knytte til seg psykolog for å oppfylle helse- og omsorgstjenester, samt for å kunne jobbe forebyggende i større grad enn tidligere. NTNU mener derfor at Helsemodis prognoser alene ikke bør legges til grunn for beslutninger om fremtidig regulering av antall studieplasser for psykologutdanningen.

Kapittel 10 Utdanning og kompetanseutvikling

NTNU sine innspill til kapittel 10 er i all hovedsak knyttet til de utdanningene som hører UH-sektoren til, altså utdanninger på bachelor-, master- og ph.d.-nivå.

10.3 Dimensjonering av helsefagutdanningene

NTNU er enig med kommisjonen om at Norge, som hovedregel, bør utdanne minst 80 prosent av de store helsepersonellgruppene som landet trenger. NTNU støtter også kommisjonens konklusjon om at dagens kandidatmåltall ikke representerer utdanningsbehovene i helse- og omsorgstjenestene. NTNU mener at et bedre utgangspunkt hadde vært en slags nasjonal dimensjonering av studieplasser innenfor helseprofesjonsutdanningene, i stedet for at hver institusjon må dimensjonere studieplassene innad hos seg selv. Kandidatmåltallene bør defineres av nasjonale behov, som igjen bør gi fordelingen av antall studieplasser til de ulike helseprofesjonsutdanningene, og med tilhørende fordeling av praksisplasser. På denne måten ville man kunne motvirke tendenser til at regionale behov går foran nasjonale behov.

NTNU er enig med kommisjonen om at for legene, der spesialistutdanningen foregår i helse- og omsorgstjenestene og dimensjoneringen av første del av spesialiseringen (LIS1) reguleres av Helse- og omsorgsdepartementet, bør dimensjoneringen av grunnutdanningen, som foregår i UH-sektoren, ses i sammenheng med LIS1 og videre spesialisering, og vice versa.

Kommisjonens anbefaling om et utvidet tilbud om kompletterende utdanning for personer med helseutdanning fra utenfor EØS er fornuftig. Det må nevnes at det vil være nødvendig med ekstra finansiering for et slikt utdanningstilbud, da dette er forholdsvis ressurskrevende tilbud med få studenter.

10.4 Opptak

NTNU er usikker på om kommisjonens konklusjon om at det bør gjøres nye forsøk med Y-vei som tiltak for opptak til høyere helsefagutdanninger er riktig vei å gå. NTNU mener at ressursene heller bør brukes på yngre søkere som kan stå lengre i jobb i helsetjenesten etter endt utdanning. Vi kan heller ikke se at det å rekruttere personer som allerede er helsepersonell til å ta en ny helseprofesjons-utdanning skal kunne bidra til at det samlet sett utdannes mer helsepersonell enn om det rekrutteres direkte fra studiespesialiserende videregående opplæring.

Det er uklart om kommisjonen også inkluderer sosialfaglige utdanninger i dette tilfellet. Nye forsøk med y-vei her kan være interessant, men det forutsetter en sammenheng mellom nivåene i utdanningsløpet. Det må være realistisk og mulig å gjennomføre en slik karrierevei, også mtp. kravene som stilles gjennom RETHOS-forskriftene.

10.7 Desentralisert og tilgjengelig utdanning er et sentralt virkemiddel for distriktene

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at vekst i studieplasser til helse- og sosialfagutdanninger bør legges til rekrutteringssvake områder for den aktuelle profesjon, og i hovedsak til distrikt fremfor sentrale strøk. Dette er et forslag som NTNU ikke uten videre kan si seg enig i. Kommisjonen peker selv på en rekke negative sider med desentralisert utdanning både i form av dårligere utdanningskvalitet og høyere kostnader. For å utnytte ressursene best mulig må de studieplassene som fungerer godt og produserer godt fylles først, og dette er i all hovedsak studieplassene i sentrale strøk.

Studieplassene må eventuelt legges til områder hvor det finnes et rekrutteringsgrunnlag, og tildeling av studieplasser må forutsette at det finnes et godt fagtilbud. Et godt, solid og etablert fagtilbud må være viktigere enn at tilbudet har geografisk nærhet til rekrutteringssvake områder.

NTNU har tidligere påpekt at det er studiesteder som ikke klarer å fylle sine heltids studieplasser som bør bidra med mer desentral og deltids-utdanning. Den mest effektive formen for kompetansebygging i et kost-nytte-perspektiv er å fylle alle heltids studieplasser med høyt kvalifiserte studenter som NTNU gjør. I dette perspektivet er det ikke hensiktsmessig å flytte utdanningskapasitet fra fulltids campus-studier til desentrale og deltids studieplasser.

Angående studiesentermodellen skriver kommisjonen at «Samlingsbasert utdanning med fjernundervisning og lokal praksis vil i mange tilfeller være et bedre alternativ enn å bygge opp desentraliserte utdanninger som krever mer lokal infrastruktur og undervisningspersonell. Relevante og gode praksisplasser er en forutsetning for at desentraliserte og fleksible utdanningsprogram skal fungere godt.» NTNU støtter denne betraktningen.

For medisinerutdanningen varslet regjeringen i 2022 at desentrale/regionale studieløp vil ligge til grunn for eventuelle økninger i utdanningskapasiteten i medisin. I motsetning til en økning i desentrale studieplasser i de andre helse- og sosialfagutdanningene, vil en slik økning i medisinerutdanningen ved NTNU innebære at flere studenter vil gjennomføre deler av studieløpet ved et av NTNUs andre campus enn Trondheim, det vil si Ålesund og kanskje på sikt Gjøvik. Dette vil altså ikke være studieløp som kommer inn under definisjonen av desentral i kommisjonens rapport. Det må likevel tas i betraktning at disse studieløpene også har høyere kostnader og at eventuell økning i studieplasser må sees i sammenheng med størrelsen på fagmiljøene og undervisningskapasiteten ved studiestedet.

Økt rekruttering av helsepersonell til distriktene kan gjøres på andre og mer hensiktsmessige måter enn desentralisert utdanning, herunder ved å legge til rette for praksisstudier i distriktene og regionale studiegrupper, geografiske læringsteam og mer fleksible utdanningsløp som gjør at studentene kan gjennomføre et studieprogram selv om de bor i en utkantkommune.

Det er også viktig å komme bort fra tanken om at det bare er økt utdanningskapasitet som skal avhjelpe distriktenes behov for rekruttering av helsepersonell. Det bør fokuseres like mye på hva distriktskommunene tilbyr ferdigutdannede kandidater som ønsker å komme tilbake til jobb i distriktet etter fullført utdanning i mer sentrale strøk.

10.8 Kvalitet og kapasitet i praksisundervisning og læretid

Kommisjonen gir en anbefaling om at utdanningene må forberede studentene på arbeid i turnus, og at alle studenter bør få erfaring med tredelt turnus som del av sine praksisstudier. NTNU vil legge til at dette ikke utelukkende kan være UH-sektorens ansvar, men at helsetjenesten også må ta et ansvar for å ta imot og følge opp sine nye ansatte på samme måte som andre arbeidsgivere gjør.

NTNU er enig i kommisjonens forslag til tiltak om praksisundervisning om at studenter skal kompenseres for ekstrautgifter som følge av gjennomføring av praksisundervisning i distrikt. Det er krevende for utdanningsinstitusjonene å administrere slike ordninger. Gode løsninger for utbetaling av kompensasjon, eksempelvis som stipend, er imidlertid avgjørende og bør administreres gjennom Lånekassen og ikke utdanningsinstitusjonene. Det hviler også et ansvar på praksisstedene om å tilby studentene gode fasiliteter.

Det er også viktig at de nye modellene som er utviklet gjennom HK-dirs Pilotordning for kommunal praksis i helse- og sosialfagutdanningene og som har vist effekt, finansieres for implementering og drift, slik at viktige erfaringer og kunnskap kommer til nytte også etter gjennomført prosjektperiode.

Det anbefales at helse- og omsorgstjenestene og utdanningsinstitusjonene bør øke bruken av praksismodeller med klinisk smågruppeundervisning og gruppeveiledning. Dette fordrer at det er minimum to studenter ved et praksissted, samt veiledere med formell veilederkompetanse som kan lede denne type undervisning, og at helsetjenesten legger til rette for at ansatte kan gjennomføre dette.

Det pekes i rapporten på at EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv for sykepleierutdanning som sier at den kliniske utdanningen må utgjøre minst halvparten av utdanningens minste varighet. Dette blir en flaskehals i sykepleierutdanning da kapasiteten på praksisplasser per dags dato er nær fullt utnyttet. NTNU er enig i at en endring i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv i retning av mindre andel timer i praksis og å kunne erstatte dette med simulering og ferdighetstrening vil bidra til å øke kapasiteten.

10.9 Samarbeid i utdanningene

NTNU er enig i kommisjonens vurdering om at behovet for økt mengde og bredde i praksisundervisning i kommunene tilsier økt formelt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver i form av en lovpålagt plikt til å ta imot studenter i praksis, og med tilhørende finansiering. Dette vil sikre utdanningskvalitet og faglig relevans når studenter skal utføre sine praksisstudier i distriktskommuner. Det er også viktig og riktig at det er likhet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunesektoren. Det kan også nevnes at departementssamarbeidet bør styrkes, og det er behov for et tettere samarbeid mellom HOD, KD, KDD og BFD når det gjelder helsefagutdanningene.

Kommisjonen peker på et behov for mer tverrprofesjonelt samarbeid både i utdanningen og i yrkesutøvelsen. Kommisjonen mener at samordning av deler av utdanningene kan gi både effektivisering og legge til rette for bedre profesjonsforståelse slik at hver profesjon forstår sin rolle i tjenesten og i helseteam der ulike profesjoner skal samhandle. Ett av forslagene er å innføre mer fellesundervisning på tvers av utdanningene. Forslaget er godt, men spørsmålet er om dette er realistisk og gjennomførbart med dagens detaljerte RETHOS-forskrifter som legger sterke føringer for hvert enkelt studieprogram.

10.11 Fagmiljøer som kan utdanne og forske også i fremtiden

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at utdanning av helsepersonell bør innrettes slik at både helse- og omsorgstjenestenes og universitets- og høyskolesektorens behov for kompetanse dekkes, og at dette prinsippet bør prege innretningen av utdanningstilbud og samarbeid mellom sektorene, slik at behovet for personell kan dekkes på kort og lang sikt. Å legge til rette for en hensiktsmessig balanse mellom de forskjellige arbeidsgiveres behov er et prinsipp som NTNU støtter. Tilgangen på vitenskapelig ansatte knyttet til helsefagutdanningene er en stor begrensning i UH-sektoren, og rekrutteringen til akademiske stillinger er krevende.

Helsetjenesten trenger også en viss mengde ansatte med akademisk kompetanse. Dette vil kunne bidra til innovasjon og tjenesteutvikling og en videreutvikling av helsetjenestene på sikt. UH-sektoren bør i større grad etterstrebe å tilføre kompetanse og utdanning som kan bidra til videreutvikling av helsetjenesten, og ikke bare utdanne kandidater som kan fylle stillingene i helsetjenesten sånn som de utføres per i dag.

Kommisjonen argumenterer for at det er behov for en del sykepleiere med masterkompetanse i helsetjenestene, og at spesielt masterprosjektene som studentene gjennomfører har en verdi for tjenesten. Det foreslås å stille krav om at søkere på utdanningsstillinger velger tema til masterprosjekter som er utviklet av arbeidsgiver og som er vinklet mot definerte behov eller problemer som arbeidsgiver har behov for å løse. Til dette forslaget ønsker NTNU å innvende at masterprosjekter bør ta mål av seg til å videreutvikle helsetjenesten og ikke bare være en prosjektbank som er definert ut fra nå-behov og -problemer, men som også ser på løsninger for

framtidige behov og nødvendig utvikling i helsetjenesten.

Når det gjelder de nye retningslinjene for mastergrader for sykepleiere så er avstigningsmulighetene etter fullført videreutdanning er en stor utfordring for UH-sektoren, da uforutsigbarheten om hvor mange studenter som skal fullføre til mastergrad gjør det vanskelig å beregne riktig størrelse på fagmiljø tilknyttet studieprogrammene. Det er også utfordrende at utdanningsstillinger i helseforetakene for sykepleiere ikke samsvarer med antallet studieplasser.

10.13 Livslang læring – kunnskap og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene

Når det gjelder livslang læring vil NTNU bemerke at utdanningssystemet ikke bare må ses på som en leverandør av personell og relevant etter- og videreutdanning til helse- og omsorgstjenestene. UH-sektoren må kunne benytte forskning og innovasjon og sine fagmiljø til å utvikle utdanningstilbud med fremtidsrettede løsninger for hvordan oppgaver best kan løses, heller enn at helsetjenesten nærmest bestiller hva de trenger av UH-sektoren til enhver tid.

Kapittel 12 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

12.4 Kommisjonens vurderinger

I sine vurderinger peker kommisjonen blant annet på behovet for *mekanismer og føringer i helse- og omsorgstjenesten som stimulerer til oppskalering av vellykkede forsøk og piloter, som fremmer implementering av nye teknologiske løsninger*. Dette er et vesentlig poeng, og et område hvor universitetene bør involveres som brobyggere og bidra med metodikk og kompetanse slik at prosjekter som starter opp kan oppskaleres og at samfunnsnyttene evalueres og dokumenteres.

12.5.1 Kompetanseutvikling i og for effektive helse- og omsorgstjenester

NTNU mener det er viktig å styrke helsepersonells grunnleggende IKT-kunnskap. Spesielt gjelder dette forståelse av kunstig intelligens (AI) og hvordan dette fungerer, nytteverdi og begrensninger. Dette vil være viktig for å kunne hente ut potensialet av framtidige AI-baserte beslutningsstøtteverktøy.

NTNU mener det er grunn til å anta at det vil være økt behov for kandidater innen helseinformatikk og -teknologi i helsetjenesten framover. Imidlertid er det per i dag fortsatt uklart hva som skal være kjernekompetansen til denne personellgruppen og hvilke oppgaver den er tenkt å løse. Helsetjenesten bør i samarbeid med UH-sektoren behovsvurdere og tydeliggjøre kompetansekrav som kan gi grunnlag for slike utdanninger.

12.5.2 Effektivisering gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi

Erfaring fra samarbeidet mellom sektorene viser at det er behov for endringer i anskaffelsesregelverk for å gjøre det enklere å ta i bruk ny teknologi og utvikle ny teknologi i samspill mellom tjenestene, næringsliv og akademia.

Det er viktig å rette søkelys på brukernytten av ny teknologi. Dette henger i stor grad sammen med brukervennlighet for pasienter og helsepersonell, og at teknologien har en transformativ endring på tjenestebehov og leveranser. Derfor må det legges større vekt på økt bruker- og interaksjonsdesign i utvikling av ny teknologi og IKT-løsninger.

12.5.3 Forskning for mer effektiv utnyttelse av arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene

NTNU mener det foreslåtte forskningsprogrammet er både viktig og riktig. Prinsippet om at ny teknologi må bidra til redusert behov for personell er et avgjørende grep for å møte helsetjenestens personellutfordringer.

Forskningsprogrammet bør sette ambisiøse mål for forskning på helsetjenester som er bærekraftige i et systemperspektiv. Det vil si med hensyn til både miljø, sosial og økonomisk bærekraft, og ikke kun i forhold til effektivisering av helsetjenester. Et ambisiøst forskningsprogram på bærekraftige helsetjenester vil ha et enestående potensial til å kunne utvikle nye løsninger som fremmer økonomisk, miljømessig og sosial bærekraft på en gang. Gode løsninger her vil også kunne redusere konflikten om arbeidskraft mellom sektorene, som kommisjonen viser til. Programmet bør sikre helhetlige beregninger av hvordan miljømessige, sosiale og økonomiske utfordringer vil påvirke helsebehov og pårørendekapasitet i Norge, samt helhetlige vurderinger av hvordan nye potensielle løsninger vil påvirke alle de tre bærekraft-pilarene.

Det er også behov for å utvikle metodikk for å vurdere effekter av ny teknologi i et systemperspektiv. Forskningsprogrammet bør dessuten inkludere forskning på beslutningstagning hos helsepersonell som grunnlag for å vurdere hva som er drivere for overdiagnostisering og overbehandling, samt hva som kjennetegner gode pasientforløp og hvordan man insentiverer disse.

Kommisjonen peker på at overordnet målsetting for programmet blant annet handler om håndtering, tilgang, sikker lagring og avhending av helsedata. Etter avviklingen av Helseanalyseplattformen er det spesielt viktig at behovene for infrastruktur til behandling av stordata (tungregning, analyse og lagringsbehov for både sensitive og ikke-sensitive helsedata) utvikles og driftes forutsigbart og sikkert. Uten investeringer i god infrastruktur for stordata vil grunnlaget for forskningsprogrammet svekkes.

Kapittel 13 Helsepersonellkommisjonens vurderinger av fremtidige personellbehov

13.3 Betydningen av tiltak som kan bidra til en reduksjon i personellbehovet

Det kan framstå som et viktigere mål for kommisjonen å begrense vekst i sysselsetting innen helse- og omsorgstjenestene enn å begrense vekst i uformell omsorg. Kommisjonen påpeker selv at uformelle omsorgsoppgaver, tross økende likestilling, fortsatt er skjevfordelt mellom kjønnene, og at kvinnene bidrar mest. NOU 2023: 5 «Den store forskjellen» redegjør også grundig for betydningen pårørendeoppgaver har for kvinnehelse og kvinners deltakelse i arbeidsliv.

En tilsiktet eller utilsiktet økning i uformell omsorg vil kunne påvirke yrkesdeltakelse og sykefravær generelt, og for kvinner spesielt. Dette vil kunne motarbeide mål om heltidsstillinger og benyttet restarbeidsevne – både i helse og omsorgs-sektoren, UH-sektoren og andre sektorer. Det er neppe realistisk å både maksimere kvinners deltakelse i yrkeslivet og i tillegg styre mot økning i uformell omsorg, uten bedre tilpasninger for hvordan arbeidsdeltakelse kan kombineres med omsorgsoppgaver. Kommisjonen bør derfor påpeke behovet for en helhetlig utredning av omsorgsoppgaver i og utenfor arbeidsliv, i forhold til både helse og oppvekst, inkludert i et kjønnsperspektiv.

13.4 Alternative løsninger for økt personellvekst i tjenesten på lengre sikt

NTNU savner en bredere diskusjon av virkemidler for å øke tilfanget av arbeidskraft. Dette kan i tillegg til lønnspolitikk (hvor kommisjonen hadde begrenset mandat), også omhandle virkemidler for å få personell til å stå lenger i arbeid. Samt virkemidler for å utnytte mulig restarbeidskraft hos de som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Med utgangspunkt i kommisjonens LEON-prinsipp vil også økt innvandring som et generelt tiltak og ikke ved å hente ferdigutdannet helsepersonell fra andre land, være et tiltak som bør diskuteres grundigere.

Hilsen

Rektor, Anne Borg