

Temamøte 2: Neste generasjon helsearbeidere og organisasjon



Inspirasjonsnotat, utarbeidet av prosjektgruppen
Oslo, 9. desember 2005

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
Mot 2015... ..	3
Etterspørsel etter helsetjenester	3
Etterspørsel fra befolkningen	4
Flere eldre – nye behov	4
Supergenerasjonen – en ny generasjon eldre	6
Etterspørsel som er myndighetsinitiert.....	7
Vaksinasjonsprogrammer	7
Screeningprogrammer	7
Handlingsplaner	8
Etterspør kvalitet	8
Tilbudssiden: Våre helseressurser	10
Plasser, senger og tjenester – status og trender	11
Hoder og hender – status og trender.....	13
Mot et europeisk legemarked	16
Flere leger og flere kvinner	17
Legespesialister frem mot 2011	19
Alternativ medisin	21
Mot underskudd på helsepersonell.....	21
Hva slags kompetanse trenger vi fremover?	24
Utdannet for fremtiden?	25
Organisert for fremtiden?	26
Arbeidsdeling for fremtiden?	26
Trender i arbeidslivet	27
Et folk av karriere-vegrere?.....	27
Mangler nøkkeltunnskap om medarbeiderne	29
Hvordan vil helsepersonellet jobbe?	30
Økt etterspørsel: Men vil helsepersonellet jobbe mer?	31
Krav til fleksibilitet, desentralisering og mobilitet.....	32
Supergenerasjonen: Vil jobbe lenger, men stiller krav	33
Mot et internasjonalt helsemarked	34
Outsourcing av tjenester.....	34
Mot fri flyt av pasienter i EU	35
Helseturisme: Blir India ”verdens sykehus”?.....	36
Teknologiske føringer	38
Telemedisin – sentralisering og desentralisering	39
Kildeliste	42

Innledning

Hvordan kan neste generasjon helsetjeneste og medarbeidere se ut? En rekke utviklingstrekk tyder på at både virksomhetene og medarbeiderne blir ganske annerledes i 2015 enn de er i dag. I dette inspirasjonsnotatet vil vi se nærmere på etterspørselen etter helsetjenester og tilbudet av helsetjenester i dag og for årene fremover. Vi spør om etterspørsels- og tilbudssiden samsvarer eller om det er sannsynlig at vi vil se økende gap i årene fremover – og hva slags gap kan vi komme til å oppleve? I tillegg ser vi på tre viktige drivkrefter som vil påvirke etterspørselen etter helsetjenester og utfordre både tjenestene, organiseringen av disse og medarbeiderne. Det er den generelle utviklingen innen arbeidslivet, globalisering og den teknologiske utviklingen.

Mot 2015...

Det kan oppstå en del gap i helsetjenesten i årene fremover:

- ❖ **Gap mellom hvor behovene for helsetjenester øker og hvor ressursene befinner seg:** Flere forhold peker mot at primærhelsetjenesten vil bli utsatt for økende press. Samtidig er det ikke her ressursene har økt mest de siste årene, verken ut fra økonomi eller personellressurser. Dette utfordrer organiseringen av tjenestene, samhandlingen mellom nivåene og omfordelingen av ressursene.
- ❖ **Gap mellom kompetansetilbud og –etterspørsel:** Helsetjenesten vil i årene fremover ha andre kompetansebehov enn de vi har i dag og det som tilbys i dagens utdanningsystem. Det vil bli økt behov for faggrupper som bl.a psykiatere, psykologer, personell med geriatrikompetanse, teknikere av ulike slag og omsorgsarbeidere. Det blir også lagt større behov for tilleggskompetanser som kommunikasjonsevner, pedagogikk, brukerkompetanse, teknologikompetanse og lignende. Dette utfordrer utdanningsinstitusjonene, fagorganisasjonene, offentlige helsemyndigheter og virksomhetene.
- ❖ **Gap mellom etterspørsel etter helsetjenester og organiseringen av tjenestene:** Stadig mer diagnostisering, behandling og rehabilitering desentraliseres og flyttes til lavere ledd – til og med helt hjem til pasienten. Helsepersonellet og arbeidsorganiseringen har ikke vist seg å følge tilstrekkelig etter i form av fleksibilitet, mobilitet og brukerretting. Dette utfordrer helsepersonellet, fagorganisasjonene og virksomhetene.
- ❖ **Gap mellom hva norsk helsetjeneste tilbyr og hva andre land tilbyr av helsetjenester:** Globalisering av helsemarkedet gir muligheter i form av outsourcing av oppgaver til lavkostland. Samtidig vil norsk helsetjeneste i økende grad befinne seg på et internasjonalt helsemarked der man konkurrerer om pasienter, forskningsprosjekter, medarbeidere. Det utfordrer helsepersonellet, fagorganisasjonene og helsetjenesteleverandører.

Etterspørsel etter helsetjenester

En del av etterspørselen vil komme fra befolkningen – økende andel eldre, endringer i sykdomsbildet etc som ble mye diskutert i første inspirasjonsnotat og temamøte. En annen del vil komme via prioriteringer fra helsemyndighetene i form av blant annet handlingsplaner, oppgavefordeling, bestillerdokumenter, mer fokus på pasientrettigheter og pasienters valgfrihet, konkrete politiske vedtak osv. Begge deler har vesentlig betydning for neste generasjon organisasjon og medarbeidere i helsetjenesten.

Etterspørsel fra befolkningen

”Den nye pasienten” var tema for første møte i tankesmien, og det la et visst grunnlag for hvordan etterspørselen etter helsetjenester kan utvikle seg frem mot 2015. Medlemmene i tankesmien understreket at storforbrukerne av helsetjenester i årene fremover vil være eldre, spesielt de over 80 år. Derfor har vi i dette notatet konsentrert oss spesielt om denne gruppen og et par andre forhold som påvirker etterspørselen av helsetjenester – som igjen vil påvirke institusjonene og medarbeiderne i helsetjenesten. Her oppsummerer vi kort hovedpunktene fra forrige notat og møte som er aktuelle også for dette temaet:

- ❖ Mange av fremtidens pasienter vil ikke legge beslag på senger, men være inne til kortere behandlinger og/eller behandles andre steder enn ved sykehus.
- ❖ Fremtidens sykehus vil ha færre kirurgiske plasser og flere indremedisinske. KOLS vil trolig være den fjerde største dødsårsaken.
- ❖ Flere ”Adm dir” som presser frem etterspørsel etter helsetjenester, kvalitet og innføring av nye behandlinger, medikamenter etc
- ❖ Storforbrukerne av helsetjenester fremover vil være eldre over 80 år med kompliserte sykdomsforløp og behov for langvarig rehabilitering. Behov for mellomstasjon mellom høyspesialisert sykehus og sykehjem.
- ❖ De fleste pasientene vil oppholde seg mest i primærhelsetjenesten: Behov for å utvide tilbudet og kompetansen her. Behov for bedre legedekning i primærhelsetjenesten og i sykehjem.
- ❖ Psykisk helse og rusomsorg er nedprioritert, men rammer stadig flere.
- ❖ Teknologisk utvikling gjør at flere kan behandles, og det fører til større utdanningsbehov for helsepersonell.
- ❖ Fritt sykehusvalg i EU, andre land sender fly med hoftepasienter til Bangkok, nordmenn har begynt å shoppe helsetjenester i utlandet.
- ❖ Økende innvandring/migrasjon fører til økning av enkelte typer diagnoser, som diabetes. Tuberkulose er dukket opp igjen de siste årene.
- ❖ Ujevn vekst i befolkningen, Sør-Norge vs området nord for Dovre.

Det er i det siste kommet ut to rapporter som gir nyttig informasjon og perspektiver på utviklingen av etterspørsel etter helsetjenester og hvordan etterspørselen og andre drivkrefter kan påvirke helsetjenestens organisering og kompetansebehovene. Den ene rapporten er fra Helse Øst og er utarbeidet ifb med Strategi 2025-prosjektet, ”Rapporter fra temaområdene”. Den andre er utarbeidet av NHS i Skottland, den såkalte Kerr-rapporten, ”Building a Health Service Fit for the Future”.

Det er mange sammenfallende analyser i de to rapportene, blant annet perspektivet om befolkningens etterspørsel etter helsetjenester. Begge rapportene peker på at den store etterspørselen kommer fra eldre mennesker med sammensatt sykdomsbilde og som har kroniske lidelser over mange år, deriblant kreft og kroniske lungesykdommer. Helseutviklingen til barn og unge vil også i særlig grad kreve oppmerksomhet, ikke minst pga livsstilssykdommer som diabetes, muskel- og skjelettsykdommer. Forekomsten av psykiske lidelser vil øke, og spesialisthelsetjenesten vil fortsatt motta en rekke ”en-gangs-brukere” som får behandling gjennom stadig raskere og mer effektive prosedyrer.¹

Flere eldre – nye behov

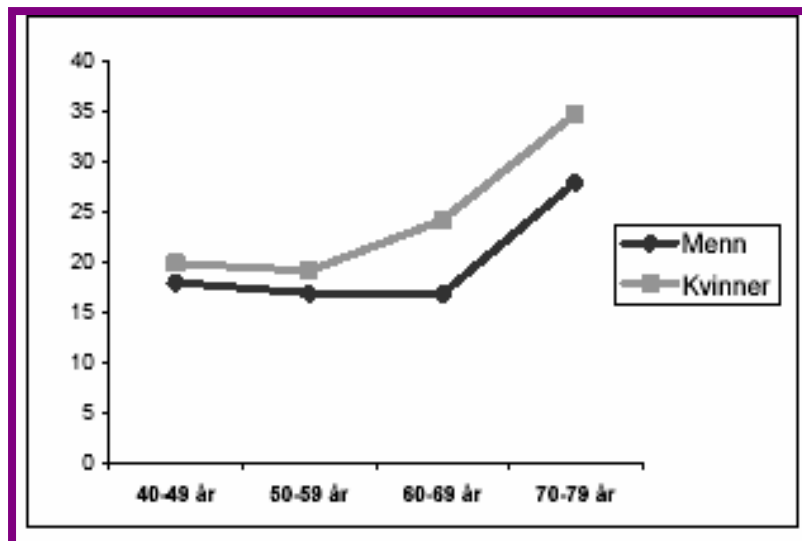
Som vi så i forrige inspirasjonsnotat, vil det bli flere eldre og flere eldre som er eldre. NOVA har i boken ”Morgendagens eldre” undersøkt helseplager blant eldre og sett hvordan en økende eldrebefolkning stiller krav til helsetilbudet i årene fremover.² NOVA har sett spesielt på mentale helseproblemer, ensomhet og generelle helsevaner, og konkluderer med at det vil bli behov for å styrke både diagnostisk og terapeutisk kompetanse slik at eldres tilgang til hjelp for angst og depressive lidelser blir bedre.

¹ Helse Øst: ”Rapporter fra temaområdene”, versjon 1, 16. november 2005

² Sten-Erik Clausen og Britt Slagvold: ”Morgendagens eldre”, NOVA, 2005.

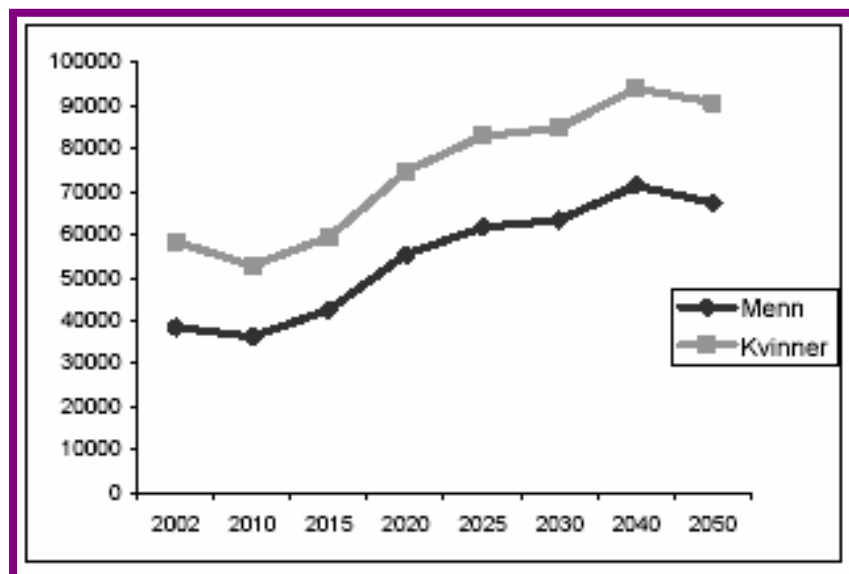
Andelen med lettere depressive plager øker med alderen³. Det skyldes først og fremst at helsen svikter og mange mister sine nærmeste. Lettere depresjon er mer utbredt blant kvinner, og andelen med slike plager øker med alderen. For kvinner varierer forekomsten fra 19 til 35 prosent og for menn fra 17 til 28 prosent, se figuren nedenfor.

Figur 1: Andel som skårer over grenseverdien for depressive plager etter alder og kjønn (N=4032). Kilde: NOVA.



Med samme utbredelse av depressive plager som vi har i dag, vil antallet stige en del frem mot 2015, og være fordoblet rundt 2040, slik figuren nedenfor viser. Rundt ti prosent av befolkningen er plaget av en angstlidelse. En fremskrivning av antall som lider av angst viser også en fordobling frem til 2050. Det er spesielt kvinner som får mer angst med alderen. Årsaken til nedgangen rundt 2045 kan være nedgang i antall/andel eldre i befolkningen.

Figur 2: Fremskrivning av antall eldre 70-79 år med depressive symptomer for perioden 2002 til 2050. Kilde: NOVA.



³ Forekomsten av alvorlige/tunge depresjoner er ikke mer utbredt blant eldre sammenlignet med yngre aldersgrupper. Mellom to og fem prosent av befolkningen rammes av alvorlige depresjoner ifølge NOVA.

Kreftregisteret har beregnet at Norge kommer til å ha 28.949 nye krefttilfeller i 2020 pga befolkningens alderssammensetning, mot 23.307 som ble registrert i 2003. Fordi en stadig større andel av kreftpasientene kommer til å bli helbredet og fordi pasienter med ikke-kurabel kreft vil leve lenger enn tidligere, kommer prevalenstillene (hvor mange i en befolkning som er i live på et gitt tidspunkt etter en gang å ha fått en kreftdiagnose) til å øke mer enn insidenstillene frem mot 2025. Kreftregisteret mener det ikke er urimelig å forvente en prevalensøkning opp mot hele 50 prosent.

Supergenerasjonen – en ny generasjon eldre

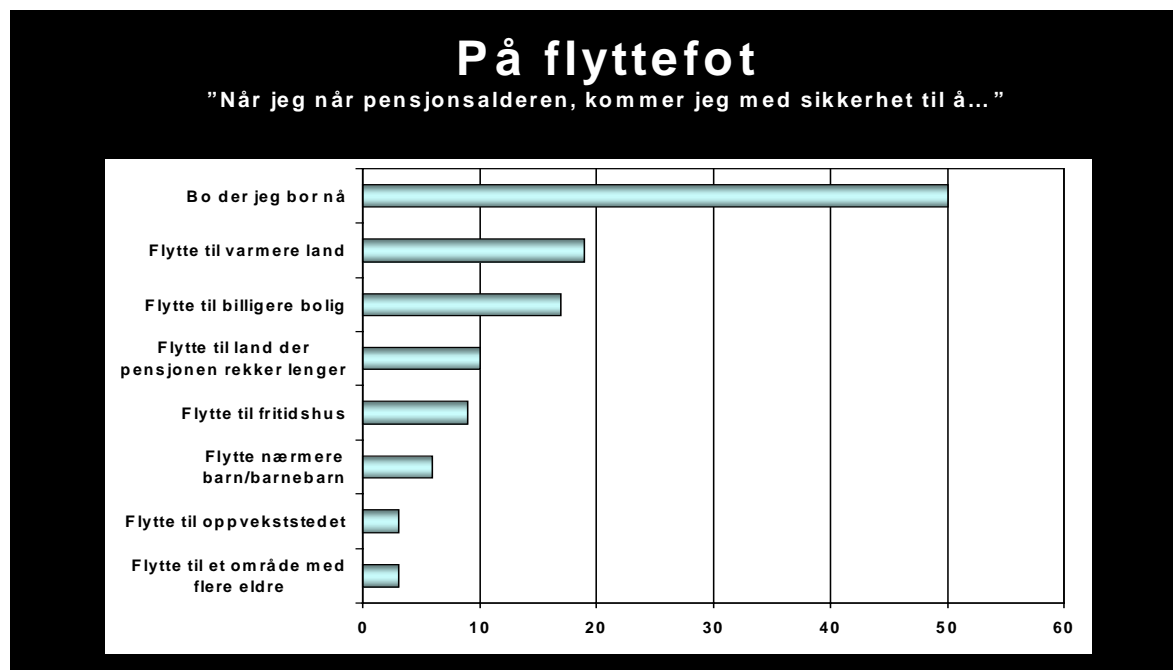
Som vi så i forrige notat vil den store "Supergenerasjonen", dvs folk som i dag er mellom 40 og 60 år, føre til en omfattende eldrebølge fra rundt 2010, siden supergenerasjonen utgjør hele 27 prosent av befolkningen. Mye tyder på at den på flere måter er vesensforskjellig fra tidligere generasjoner eldre. Derfor er kan det være nyttig å vite litt om hva slags tanker og prioriteringer de har ift velferdstjenester og sin egen samfunnsrolle i årene fremover. Selv om mye tyder på at Supergenerasjonen vil bli friskere og i stand til å ta hånd om seg selv lengre inn i alderdommen enn det tidligere generasjoner eldre har kunnet, så er de trolig betydelig representert i det Helse Øst kaller "en-gangs-brukerne". Ganske mange av dem vil rammes av kreft og andre livsstilssykdommer. Selv om de ikke beslaglegger sykehussengene, vil de være i kontakt med ulike deler av helsetjenesten over lengre tid – men muligens er kontakten spredt over 30-40 år.

Dette er en generasjon som er sanne barn av velferdsstaten og vant til å høste av dens sjenerøse ytelser. Det vil de fortsette med, viser Mandag Morgens kartlegging av Supergenerasjonen.⁴ Hele 82 prosent mener at det offentlige i form av staten og kommunene har ansvar for eldreomsorgen. De stoler mye mer på velferdsstaten enn sine egne barn når det gjelder å stille opp når de selv blir gamle, og de har store forventninger til kvaliteten på velferdstjenestene. Offentlig sektor må forberede seg på en formidabel pressgruppe bestående av 1,2 millioner nordmenn som forventer både kvalitet og effektivitet – og med livslang erfaring fra å utfordre det etablerte. Men dersom tilbudet av offentlige tjenester ikke strekker til, er det verd å merke seg at hele 70 prosent av 40-60-åringene er beredt til å tegne en privat forsikring. Og når det gjelder helsetjenester, sier Supergenerasjonen at de forventer å kommunisere med legen på internett og ha tilgang til sin egen elektroniske sykehusjournal. Dette er eksempler som illustrerer hvordan Supergenerasjonen kan tvinge leverandører av helsetjenester til å tenke nytt når det gjelder brukerinvolvering og muligheten for personlig tilrettelegging av tjenester.

To av ti i Supergenerasjonen sparer bevisst for å kunne kjøpe seg hjelp og tjenester når de blir eldre og trenger det. Når det gjelder hvordan og hvor de vil bo når de er pensjonert, ser vi at under ti prosent ønsker å bo i private eller offentlige omsorgs/seniorboliger. Det kan komme av at begrepet "omsorg/senior" er fremmed og lite attraktivt for dem. På den annen side er 46 prosent interessert i seniorbolig i utlandet. I figuren nedenfor ser vi at mange i Supergenerasjonen planlegger å flytte på seg når de når pensjonsalderen – enten det er til varmere land, billigere bolig eller lavkostnadsland. Men "seniorghettoer" i Norge lokker ikke.

⁴ MMI gjennomførte på oppdrag fra Mandag Morgen en spørreundersøkelse blant 995 personer i alderen 40 til 60 år, vektet for alder, kjønn og bosted i oktober 2005. Analyser av undersøkelsen er publisert/publiseres i Ukebrevet denne høsten.

Figur 3: Supergenerasjonen flytter heller til utlandet enn til "seniorghetto". Kilde: Mandag Morgen.



Etterspørsel som er myndighetsinitiert

Myndighetene vil også i stor grad påvirke den fremtidige etterspørselen etter helsetjenester. Dette vil for eksempel skje innen den forebyggende medisinen, bl.a ved innføring av vaksinasjonsprogrammer og screeningprogrammer, og da særlig screeningprogrammer for kreft.

Vaksinasjonsprogrammer

De fleste vaksinasjonsprogrammer er i dag rettet inn mot barn og særlig mot sykdommer som rammer barn og unge mennesker. På verdensbasis er det imidlertid en betydelig satsing på utvikling av vaksiner mot sykdommer som kan ramme alle, og ikke minst voksne. Stikkord her er influensa og fugleinfluensa, HIV/AIDS, CMV (cytomegalovirus infeksjon) osv. I USA oppfordres alle personer over 60 år til å vaksinere seg mot influensa. Også i Norge er det økende tendens til vaksinasjon. Da det særlig er gamle og kronisk syke som blir hardt rammet av slike sykdommer, vil det økende antallet eldre og kronikere i årene fremover trolig forsterke denne utviklingen.

Et annet viktig vaksinasjonsprosjekt er mot livmorhalskreft, som kan være begynnelsen på en rekke kreftvaksiner.

Screeningprogrammer

Vi har i Norge i flere ti-år hatt et nasjonalt screeningprogram for å avdekke sjeldne medfødte stoffskiftesykdommer hos nyfødte (Føllings sykdom og hypothyrose). I tillegg har vi i noen år hatt mammografiscreening for kvinner >50 år og screening for livmorhalskreft for kvinner mellom 25 og 69 år. I andre land er det innført screening av tykk-og endetarm, og det antas at PSA-screening for prostatakreft vil være del av det nasjonale helsetilbudet innen 2025. Muligens kan man også se screening ift lungekreft.⁵ Utbredelsen av mer screening vil sette ekstra press på primærhelsetjenesten

⁵ Helse Øst: "Rapporter fra temaområder".

gjennom blodprøver og kontroll av grenseverdier, og på sykehusene gjennom behov for biopsier og utredninger av personer som likevel ikke har kreft.

Disse screeningprogrammene har som mål å påvise oppstått sykdom. I tillegg skal også nevnes at det i økende grad presses på for å innføre genetisk screening av risiko for sykdom. Dette er et område der det kan skje mye i løpet av de neste ti årene, og kan innebære et betydelig press på helsevesenet mht forklaring, veiledning og forebygging, i mindre grad behandling.

Handlingsplaner

Regjeringen har nylig besluttet at det skal utarbeides en Stortingsmelding i løpet av våren 2006 for eldreomsorgen. I Soria Moria-erklæringen står det at den vil øke antall årsverk innen pleie- og omsorgstjenesten med 10.000 innen 2009, definere en nasjonal standard for legetjenesten ved sykehjem og videre skal sykehusene ruste opp behandlingen av de eldre og utdanne flere spesialister innen geriatri.⁶

Offentlige handlingsplaner for bestemte deler av helsetjenesten påvirker også etterspørselen etter ressurser. Det har vi de siste årene sett fra opptrappingsplan for psykisk helse og planer mot rusbruk. Fremtidige handlingsplaner vil sannsynligvis blant annet rettes inn mot eldreproblematikken. I dag er det 160 sykehjems plasser per lege.⁷ For å øke legebemanningen til en lege per 50 senger, kreves en tilførsel av ca 450 nye legestillinger. Det kan bli en utfordring siden det er liten interesse for fagområdet blant leger, og en slik økning kommer neppe uten at myndighetene aktivt griper inn eller at det blir vanskeligere arbeidsforhold for leger innen andre fagområder slik at interessen for slike stillinger øker.

Etterspør kvalitet

En ting er etterspørselen som kan måles kvantitativt ut fra antall eldre, forventet økning/nedgang i ulike sykdomstyper etc. Et annet viktig forhold er det mer kvalitative aspektet ved etterspørselen: Hvem definerer kvaliteten på tjenestene og hva anses som viktige kvalitetsparametere?

Helse Midt-Norge har undersøkt hva sykehuset selv, pasientene, private aktører og lokale politikere ønsker av fremtidens sykehusstilbud.⁸ Kort fortalt viste resultatet at man vil ha "mer omsorg og mindre kirurgi". Svarene gikk ut på at fremtidens sykehusstilbud må inneholde mer psykisk helsevern, bedre rusbehandling og forbedret tilbud til kronisk syke og syke eldre. Pasientene vil ha omsorg på det lokale sykehuset og heller reise litt for å få operasjoner.

Plekehjemmet Lotte i Danmark fremheves i Skandinavia som et foregangseksempel på god eldreomsorg, og flere norske kommuner drar dit for å lære. Filosofien og strategien til Plekehjemmet Lotte er at et pleiehjem er et *hjem*, og personalets holdninger og menneskesyn er avgjørende for å kunne yte kvalitetstjenester. Beboerne skal fortsatt kunne leve et liv i overensstemmelse med det livet de hadde før de flyttet på pleiehjem.

Opinion gjennomførte en spørreundersøkelse for Aftenposten der 58 prosent svarte at kvalitet er det viktigste ved valg av sykehus⁹, og at kvalitet settes foran nærhet til sykehuset og kort ventetid. Problemet er hva respondentene i undersøkelsen mener med kvalitet og hvordan de mener å kunne vite hvilket sykehus som er bedre enn andre til å foreta ulike behandlinger?

Et annet spørsmål er hvilke kriterier helsetjenesten vurderes ut fra og hvem som setter standarden? Spørsmålet er aktuelt ifb med kvalitetsindikatorerne som ble innført for sykehusene. De nåværende indikatorerne har fått en del kritikk, og flere sykehus (blant annet Rikshospitalet) utvikler sine egne,

⁶ Soria Moria-erklæringen

⁷ Mandag Morgen: "Norges eldre pleies av ufaglærte", nr 37, 21. november 2005.

⁸ Adresseavisa: "Heller omsorg enn kirurger", 29. september 2005.

⁹ <http://www.aftenposten.no/helse/article770178.ece>

interne kvalitetsindikatorer.¹⁰ De norske kvalitetsindikatorene er temmelig puslete sammenlignet med tilsvarende systemer i andre land. Ytterpunktet i andre enden er kanskje USA, der blant annet forsikringsindustrien har bidratt til å fremme et svært omfattende system. Her er det også vanlig å kople behandling av den enkelte pasient til den enkelte lege som har vært behandler og operatør for å vurdere både kostnader og kvalitet av behandlingen (ref Cleveland Clinic mv).

Det britiske helsevesenet har utviklet et omfattende system for å kvalitetsrangere sykehusene, "Star-rating". Pasientene kan via internett se hvordan ulike sykehus skårer. Rangeringen er også knyttet opp mot økonomiske overføringer. I Storbritannia kan publikum få informasjon om hvor bra eller dårlig sykehusene er på 19 ulike indikatorer knyttet til pasientbehandling (f.eks hvor ofte operasjoner kanselleres, generell informasjon, om man blir behandlet med respekt og verdighet, hygiene, koordinering av behandlingsforløpet), syv indikatorer som handler om kapasitet (f.eks sykefravær, kvalitet på data og personalets tilfredshet med arbeidsplassen), og ti indikatorer for kliniske forhold (f.eks gjeninnleggelse for oppfølgende behandling, infeksjoner og dødelighet etter ulike inngrep). Storbritannia skal i den nærmeste fremtiden også innføre en form for fritt sykehusvalg for å sørge for at 3-stjerners sykehus får flest pasienter og dermed tilgodeses økonomisk. Det har vært tilfeller der helsepersonell på 1-stjerners sykehus er blitt sjikanert på gaten og at lokalpolitikere har gått til angrep på sine 1-stjerners sykehus.

Det danske helsevesenet har satt i gang et omfattende arbeid for å utarbeide nasjonale kvalitetsindikatorer for sykehusene. Så langt er det plukket ut seks sykdomsområder. For hvert område har man tatt utgangspunkt i et pasientforløp og definert en standard for hvordan behandlingen skal forløpe og hva som er kvalitetskravene ved innleggelse, diagnostisering, klinisk behandling, opptrening, ernæring, samt dødelighet. Mange danske sykehus jobber for å sette kvalitet på dagsorden – og ser det som et viktig konkurransefortrinn for å få flere pasienter.

Et tredje spørsmål er hvem som etterspør eller representerer etterspørselen av helsetjenester i årene fremover? Vil det bli kommunene som posisjonerer seg som profesjonelle bestillere, slik et av scenariene til Helse Øst skisserer? Eller er det forsikringsselskapene? De siste årene har vi som nevnt i inspirasjonsnotat 1 hatt en økning i antall helseforsikringer. Dermed blir helseforsikringsselskaper og andre helsetjenestemeglere et stadig viktigere bindeledd mellom pasientene og helsetjenesteleverandørene. De er profesjonelle bestillere av tjenestene, og kan med ulike virkemidler som fagkunnskap, internasjonale avtaler og økonomi i ryggen, påvirke etterspørselen på ulike måter – også når det gjelder kvalitet.

I Norge har Vertikal Helseassistanse etablert sitt eget kvalitetsvurderingssystem som alle sykehus de benytter i inn- og utland blir vurdert ut fra. Det er mulig at helseforsikringsselskaper som Skandia og Storebrand Helseforsikring også gjør det.

Spørsmålet blir hvem som skal sette kravene til kvaliteten i helsetjenesten og hvordan påvirker det aktørene og medarbeiderne? Er helsetjenesten og medarbeiderne forberedt på flere kvalitetsrangeringer a la den VG presenterte for noen uker siden? Skal vi ha et eget norsk kvalitetsindikatorsystem eller er det behov for et system som mer ligner på de som bygges opp i andre land? Svaret på det siste spørsmålet henger blant annet sammen med ambisjonene for den norske helsetjenesten: Planlegger man for et stabilt hjemmemarked der det er mer enn nok pasienter som finner seg i det man får servert? Ser man muligheten for økt pasienteksport fra Norge i stedet for å bygge ut tjenestene hjemme? Eller planlegger man for en helsetjeneste som også vil være konkurransedyktig på et internasjonalt helsemarked? Er det sannsynlig at norske sykehus vil ha økende behov for å inngå strategisk samarbeid og allianser om forskning og andre aktiviteter med sykehus i andre land slik at det fremmer behovet for internasjonale kvalitetsmål?

¹⁰ Mandag Morgen: "Sykehusenes kvalitetsindikatorer får stryk", nr 12, 22. mars 2004.

Tilbudssiden: Våre helseressurser

Norge er blant de land i verden som bruker størst andel av BNP på helsetjenesten, som har best dekning av leger og sykepleiere per innbygger. Vi har på mange måter en svært god helsetjeneste, selv om det ofte er feilene, manglene og det utilstrekkelige som er mest fremtredende i den offentlige debatten. I en situasjon der helsetjenesten får tilført stadig flere ressurser, slik vi nå har sett i siste forslag til statsbudsjett, er det lett å fokusere på videre økt volum av tjenester og medarbeidere. Pleie- og omsorgstjenesten er ett eksempel: Regjeringen vil øke antall årsverk med 10.000 innen 2009, SHdir går ut med beregninger om at det er behov for 36.000 nye årsverk og KS har sagt at det er behov for 60.000.

Mye tyder på at dette er bare en liten del av det vi egentlig bør diskutere og at dette fokuset kan hindre en debatt om hva slags helsetjeneste vi egentlig trenger i årene fremover? Og en debatt om hva helsetjenesten vil kreve av ny infrastruktur, ny tenking og nye kompetanser? Kerr-rapporten fra Skottland påpeker at trenden går mot at stadig mer behandling flyttes ut av sykehus til primærhelsetjenesten, og stadig lenger ned i primærhelsetjenestens behandlingsskjede – helt til sluttbruker og de pårørende. De nevner tre eksempler på hvordan behandling vil finne sted i lokalområdene fremover:

- ❖ **Kreftbehandling:** Folk vil leve lenger med kreft. Det utfordrer helsetjenesten i den forstand at den må utvikle kompetanse om kreftbehandling i de lokale avdelingene av NHS og opprette Cancer Networks som utvikler og implementerer strategier for selvmestring blant pasientene. Informasjon og IKT må fremme selvhjelp og kommunikasjonen mellom pasienter og behandlere.
- ❖ **Eldre mennesker med psykiske problemer:** Her må man spesielt jobbe for å hjelpe familiemedlemmer og pårørende; hjelp og kompetanse til å håndtere de eldre på best mulig måte.
- ❖ **Barn med komplekse behov:** Også her er nøkkelordet kompetanseutvikling blant de pårørende/foreldrene som er mest sammen med barna for å gjøre dem bedre i stand til å følge med på barnas tilstand og å gi dem den løpende hjelpen de trenger.

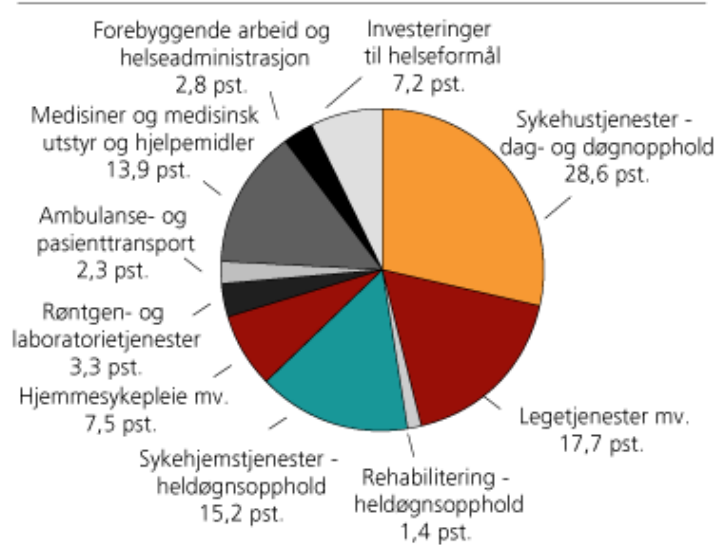
Kerr-rapporten konkluderer med at strukturen på dagens helsetjeneste er feil siden den splitter helse i to separate deler: En akuttjeneste og en primær- og sosialtjeneste.

Her vil vi gi en forholdsvis kort og komprimert oversikt over helseressursene per i dag og noen fremskrivninger mot 2015.

Plasser, senger og tjenester – status og trender

I figuren nedenfor ser vi hvordan helseutgiftene i 2004 fordelte seg etter type tjeneste. Sykehustjenester utgjør den største andelen av helseutgiftene, etterfulgt av legetjenester og sykehjemstjenester.

Figur 4: Prosentvis fordel Helseutgifter etter type tjeneste. 2004. Prosent



I 2004 hadde vi i spesialisthelsetjenesten:¹¹

- ❖ 14.228 senger ved somatiske sykehus
- ❖ 3 362 000 polikliniske konsultasjoner
- ❖ 459 000 dagbehandlinger
- ❖ 91.400 årsverk i spesialisthelsetjenesten

Tabell 1: Nøkkeltall for utvikling i somatiske sykehus. Kilde: SSB¹²

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Senger	16 040	14 534	13 944	13 945	⁵ 14 161	14 208	14 228
Utskrivninger	614 919	641 135	694 703	724 635	741 581	783 529	796 493
Liggedager i 1 000	4 519	4 255	4 164	4 205	4 203	4 205	4 128
Polikliniske konsultasjoner i 1 000 ³	2 547	3 033	3 591	3 582	⁶ 3 080	3 315	3 362
Dagbehandlinger i 1 000 ⁴					358	419	459
Årsverk ¹ i alt	46 508	50 130	58 522	59 406	61 239	63 155	63 498
Årsverk ¹ for leger	4 576	5 402	7 073	7 242	7 291	7 592	7 922
Årsverk ¹ for sykepleiere og jordmødre	15 614	18 457	22 343	22 518	23 451	24 157	24 543
Årsverk ¹ for personell med 3-årig høyskoleutdanning innenfor helsefag ²	3 802	4 542	5 615	5 867	5 976	6 328	6 384
Årsverk ¹ for hjelpepleiere	6 629	5 536	5 216	5 075	5 097	5 115	4 819
Årsverk ¹ for annet personell i pasientrettet arbeid	689,00	516,00	772,00	854,00	955	1 422	1 788
Årsverk ¹ for personell innenfor administrasjon, tekniske funksjoner og servicefunksjoner	14 974	15 420	17 170	17 507	18 097	18 097	17 638

¹ Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Overtid er ikke inkludert.

² Fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer og ergoterapeuter.

³ Data fra Norsk Pasientregister (NPR) er hovedkilde. I tillegg har SSB innhentet opplysninger om polikliniske konsultasjoner ved private sykehus for 2002 og 2003, heholdsvis 34 679 og 93 127 konsultasjoner. Opplysningene er ikke innhentet for 2004.

⁴ Dagbehandlinger var før 2002 inkludert i polikliniske konsultasjoner.

⁵ Tall rettet 20. oktober 2003.

⁶ Korrigert etter publisering i 2002.

¹¹ Alle tall er hentet fra SSB.

¹² <http://www.ssb.no/emner/03/02/speshelsesom/>

De private sykehusene i Norge har til sammen ca 214 senger som er godkjent per september 2005.¹³ Antall årsverk ved de private sykehusene er til sammen vel 800, og fordelingen på personellgruppe ser vi i figuren nedenfor – som også omfatter de somatiske sykehusene fordelt på helseregion.

Tabell 2: Årsverk ved somatiske sykehus og private sykehus. Kilde: SSB.

3 Årsverk ¹ ved somatiske sykehus, etter personellgruppe, helseregion ² og ved private sykehus. 2004							
Personellgruppe	Hele landet	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord	Private sykehus
Årsverk i alt	63 498	19 351	15 307	12 016	8 987	7 036	801
Leger	7 922	2 598	1 817	1 461	1 088	850	109
Offentlig godkjente sykepleiere	23 344	6 993	5 544	4 369	3 585	2 553	300
Hjelpepleiere	4 819	1 533	1 113	925	607	616	25
Annet personell i pasientrettet arbeid	1 788	313	430	290	206	487	63
Jordmødre	1 198	381	243	265	174	136	1
Fysioterapeuter	1 072	353	252	187	154	108	19
Bioingeniører	3 399	1 022	834	633	491	401	18
Radiografer	1 569	433	498	260	213	161	3
Ergoterapeuter	344	119	84	47	44	46	5
Vernepplere	47	11	9	12	7	8	0
Sosionomer ³	191	69	56	18	24	21	3
Psykologer	166	56	40	27	22	16	4
Administrasjon- og kontorphersonell	9 871	3 181	2 515	1 852	1 349	840	134
Ansatte med service-, tekniske og/eller driftsfunksjoner	7 767	2 290	1 874	1 670	1 021	794	118

¹ Årsverk er antall heltidsansatte pluss deltidansatte (omregnet til heltid) ved utgangen av året. Årsverk for de enkelte personellgruppene summerer seg ikke alltid opp til totalt antall årsverk på grunn av avrundinger.

² Private sykehus som har driftsavtale med et regionalt helseforetak inngår i tallene for regionen.

³ Høgskoleutdannet.

I 2004 hadde vi i psykisk helsevern:

- ❖ 5.500 døgnplasser i psykisk helsevern (mot 8.011 i 1990)
- ❖ 1 054 000 polikliniske konsultasjoner
- ❖ 18.629 årsverk innen psykisk helsevern fordelt på 627 leger, 739 spesialister i psykiatri, 1.614 psykologer, 5.532 sykepleiere, 6.582 andre fagutdannede (sosionomer, pedagoger, miljøterapeuter etc), 454 miljøpersonell uten høgskoleutdanning, 1.846 administrasjon, 1.234 service, teknisk drift.

I 2004 hadde vi i kommunene:¹⁴

- ❖ 34.661 plasser ved somatiske sykehjem¹⁵
- ❖ 3.350 plasser ved kombinerte alder- og sykehjem
- ❖ 2.192 plasser ved aldershjem
- ❖ 23.800 omsorgsboliger
- ❖ 46.200 bodde i boliger til pleie- og omsorgsformål
- ❖ 162.900 mottok hjemmetjenester (kommunale pleie- og omsorgstjenester som mottas av person som ikke bor på institusjon, men i egen bolig eller omsorgsbolig)
- ❖ 51.000 mottok hjemmesykepleie

Om lag 204 300 personer mottok hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Hjelpen mottas i form av tjenester til hjemmeboende eller i form av en institusjonsplass over kortere eller lengre tid. I løpet av 1980-90-tallet er sammensetningen av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene endret betraktelig.¹⁶

I 1991 var det over dobbelt så mange somatiske sykehjem som aldershjem. Siden den tid har antall plasser i somatiske sykehjem økt med 67 prosent, samtidig som antall plasser i aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem har blitt redusert med til sammen 76 prosent.

¹³ Informasjon fra Omnia ASA. Basert på medlemmer av Privatsykehusenes Fellesorganisasjon, www.prisy.no

¹⁴ Dag R. Abrahamsen og Jørgen Svalund: "Flere eldre mottar hjemmesykepleie". SSB 2005.

¹⁵ Selv om SSB presenterer disse tallene samt definisjon på hva som er somatisk sykehjem, aldershjem, omsorgsbolig etc, så mener Helsetilsynet at det er svært uklart hvordan kommunene definerer og rapporterer antall plasser i de ulike kategoriene.

¹⁶ Dag R. Abrahamsen og Jørgen Svalund: "Flere eldre mottar hjemmesykepleie". SSB 2005.

Siden 1994 har tilskudd fra Husbanken til kommunene og andre tiltak i handlingsplan for eldreomsorgen medvirket til at antallet omsorgsboliger har økt kraftig. Mellom 1997 og 2004 er antall omsorgsboliger blitt mer enn doblet.

Antallet eldre og funksjonshemmede som bor i pleie- og omsorgsinstitusjoner har gått ned med 10 prosent fra 1992 til 2004. Samtidig har antall personer som mottar hjemmetjenester gått opp med 11 prosent fra 1992 til 2004. Veksten i hjemmesykepleie kan indikere at det er flere tyngre mottakere enn før som følge av nedbyggingen av institusjonene. Fallet i antall mottakere av praktisk bistand kan skyldes at mottakerne må betale stadig mer for tjenestene (f.eks rengjøring, matombringning, trygghetsalarm), mens hjemmesykepleie ikke har egenandel.

Andelen innbyggere under 67 år som mottar hjemmetjenester eller er institusjonsbeboere har økt de siste årene. I 2004 var det 12,2 mottakere av pleie- og omsorgstjenester per 1.000 innbygger under 67 år. Nesten halvparten av de som er 85 år eller eldre er brukere av hjemmetjenester.

Totalt bor om lag 15 prosent av befolkningen 80 år og eldre på institusjon. Dette er lavere andel enn tidligere. Blant personer 90 år eller eldre bor nesten 10 prosent færre på institusjon i 2004 enn i 1994.

Både for institusjoner og hjemmetjenester har det siden begynnelsen av 90-tallet skjedd en kraftig forskyvning i retning av mer helserettede hjemmetjenester. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr 50, 1996-97) har det blitt satset på en boliggyøring og hjemliggyøring av eldreomsorgen. Helsetilsynet har i flere tilsynsrapporter pekt på at de hjemmeboende eldre derimot ikke blir tilstrekkelig fulgt opp med pleiehjelp og medisinsk tilsyn, slik vi også har sett i diverse medieoppslag de siste ukene.

Hoder og hender – status og trender

Hele helse- og sosialnæringen i Norge omfattet i 2004 over 270.000 årsverk fordelt på over 350.000 ansatte i privat og offentlig sektor. Det er et økende antall fagutdannede i helse- og sosialnæringen. Fra 2003 til 2004 økte nettoantallet med 6.400 fagutdannede personer. Totalt sett var det en tilgang på 24.100 personer i samme perioden, men samtidig sluttet 17.700 i næringen. De fleste gikk til andre næringer, hovedsakelig offentlig administrasjon eller undervisning.¹⁷

¹⁷ http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2005-11-30-01.html

Tabell 3: Sysselsatte og årsverk i helse- og sosialnæringen. Kilde: SHdir.

	Sysselsatte			Årsverk			%vis endr. 2002 - 2004	
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	Sysselsatte	Årsverk
Personar utan helse- og sosialfagleg utdanning	139912	139489	140368	94122	92881	92882	0,3 %	-1,3 %
Hjelpepleiarar	56550	56574	56886	41771	41749	42004	0,6 %	0,6 %
Omsorgsarbeidarar	10508	10738	11216	7988	8105	8410	6,7 %	5,3 %
Helsesekretærar	4589	4862	5305	3735	3928	4304	15,6 %	15,2 %
Andre med vidaregåande opplæring	9941	10224	10361	8126	8329	8504	4,2 %	4,7 %
Sum personar med vgo	81588	82398	83768	61620	62112	63221	2,7 %	2,6 %
Sjukepleiarar	48465	50042	49804	39383	40914	40787	2,8 %	3,6 %
Sjukepleiarar med spesialutdanning	13092	12903	15352	11606	11445	13686	17,3 %	17,9 %
Helsesyster	2649	2611	2733	2191	2172	2266	3,2 %	3,4 %
Jordmødrer	2247	2259	2304	1770	1802	1839	2,5 %	3,9 %
Sum sjukepleiarar	66453	67815	70193	54950	56333	58578	5,6 %	6,6 %
Fysioterapeutar	6862	7003	7136	6755	6552	7053	4,0 %	4,4 %
Ergoterapeutar	1926	2001	2121	1706	1783	1902	10,1 %	11,5 %
Sum ergoterapeutar og fysioterapeutar	8788	9004	9257	8460	8335	8954	5,3 %	5,8 %
Barnevernspedagogar	4018	4029	4402	3679	3702	4052	9,6 %	10,1 %
Sosionomar	5743	5774	6068	5319	5360	5622	5,7 %	5,7 %
Vernepleiarar	5748	6300	6785	5248	5705	6165	18,0 %	17,5 %
Sum barnevernspedagogar, sosionomar og vernepleiarar	15509	16103	17255	14245	14768	15840	11,3 %	11,2 %
Anna høgskoleutdanna personell	7997	7806	8159	7146	6983	7338	2,0 %	2,7 %
Sum høgskoleutdanna personell	98747	100728	104864	84802	86419	90709	6,2 %	7,0 %
Legar og legespesialistar	15603	15718	16096	15373	15931	16384	3,2 %	6,6 %
Psykologar	2682	2876	3092	2700	2845	3103	15,3 %	14,9 %
Anna universitetsutdanna personell	4851	4281	4295	5025	4255	4473	-11,5 %	-11,0 %
Sum universitetsutdanna personell	23136	22875	23483	23098	23031	23960	1,5 %	3,7 %
Sum sysselsatte/årsverk	343383	345490	352483	263642	264442	270773	2,7 %	2,7 %

Tendensen er at det har vært økt sysselsetting i sektoren de siste årene. Offentlig sektor har økt mer enn privat sektor, sykehusene har økt mer enn kommunene, og veksten har vært sterkere for universitetsutdannet personell enn for de som er utdannet ved høgskoler eller videregående skole.¹⁸ I figuren nedenfor ser vi mer detaljert hvordan antall sysselsatte og årsverk i spesialisthelsetjenesten har endret seg mellom 2002 og 2004.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, har den sterkeste økningen vært blant sosionomer og vernepleiere.

¹⁸ Sosial- og helsedirektoratet. "Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006". Rapport nr 1, utgitt 2004. Rapport nr 2, utgitt 2005.

Tabell 4: Helse- og sosialpersonell i spesialisthelsetjenesten 2002-04. Kilde: SHdir.

	Sysselsette			Årsverk			%vis endr. 2002 - 2004	
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	Sysselsette	Årsverk
Personar utan helse- og sosialfagleg utdanning	32607	32950	32752	25130	26003	26152	0,4 %	4,1 %
Hjelpepleiarar	11790	11588	11392	8832	8788	8647	-3,4 %	-2,1 %
Omsorgsarbeidarar	245	269	283	194	208	225	15,5 %	16,0 %
Helsesekretærar	1677	1858	2112	1475	1626	1870	25,9 %	26,8 %
Andre med vidaregåande opplæring	1718	1951	2058	1564	1795	1896	19,8 %	21,2 %
Sum personar med vgo	15430	15666	15845	12065	12417	12639	2,7 %	4,8 %
Sjukepleiarar	27128	28655	28081	22231	23823	23372	3,5 %	5,1 %
Sjukepleiarar med spesialutdanning	7748	7837	9487	6878	6993	8499	22,4 %	23,6 %
Helsesyrstrer	376	374	420	308	312	350	11,7 %	13,6 %
Jordmødrer	1680	1736	1789	1342	1401	1442	6,5 %	7,5 %
Sum sjukepleiarar	36932	38602	39777	30758	32529	33663	7,7 %	9,4 %
Fysioterapeutar	1391	1500	1532	1260	1357	1403	10,1 %	11,3 %
Ergoterapeutar	675	724	762	609	660	700	12,9 %	14,9 %
Sum ergoterapeutar og fysioterapeutar	2066	2224	2294	1869	2017	2103	11,0 %	12,5 %
Barnevernspedagogar	526	630	677	469	573	619	28,7 %	32,0 %
Sosionomar	1132	1308	1499	1019	1212	1375	32,4 %	34,9 %
Vernepleiarar	854	1039	1152	777	949	1068	34,9 %	37,5 %
Sum barnevernspedagogar, sosionomar og vernepleiarar	2512	2977	3328	2264	2734	3061	32,5 %	35,2 %
Anna høgskoleutdanna personell	5419	5655	5883	4904	5162	5369	8,6 %	9,5 %
Sum høgskoleutdanna personell	46929	49458	51282	39796	42441	44196	9,3 %	11,1 %
Legar og legespesialistar	9351	9791	10071	9798	10249	10608	7,7 %	8,3 %
Psykologar	1556	1822	2048	1901	2166	2391	31,6 %	25,8 %
Anna universitetsutdanna personell	273	281	335	245	262	306	22,7 %	24,9 %
Sum universitetsutdanna personell	11180	11894	12454	11944	12677	13305	11,4 %	11,4 %
Sum sysselsette/årsverk	106146	109968	112333	88935	93538	96292	5,8 %	8,3 %

Tilsvarende forhold ser vi for personellet i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Der har den sterkeste økningen vært blant vernepleiere og sykepleiere med spesialutdanning, mens sterkest nedgang har vært blant psykologer.

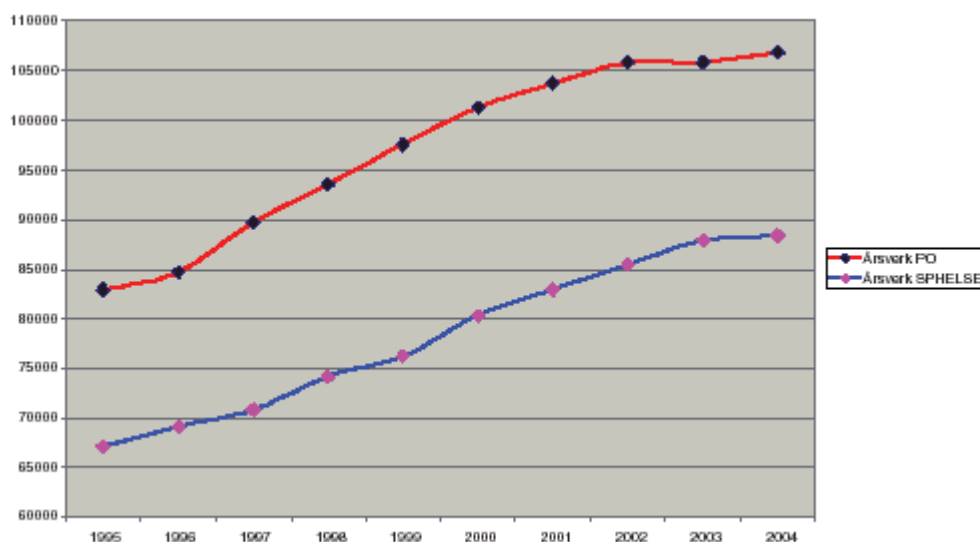
Tabell 5: Helse- og sosialpersonell i kommunehelsetjenesten 2002-04. Kilde: SHdir.

	Sysselsette			Årsverk			%vis endr. 2002 - 2004	
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	Sysselsette	Årsverk
Personar utan helse- og sosialfagleg utdanning	89361	88498	88504	56312	54631	53777	-1,0 %	-4,5 %
Hjelpepleiarar	43001	43583	44081	31552	31880	32261	2,5 %	2,2 %
Omsorgsarbeidarar	10077	10321	10781	7641	7772	8060	7,0 %	5,5 %
Helsesekretærar	1179	1248	1322	863	920	957	12,1 %	10,9 %
Andre med vidaregåande opplæring	5712	4417	4364	4341	4339	4333	-23,6 %	-0,2 %
Sum personar med vgo	59969	59569	60548	44397	44911	45610	1,0 %	2,7 %
Sjukepleiarar	18563	19478	19705	14820	15554	15779	6,2 %	6,5 %
Sjukepleiarar med spesialutdanning	4672	4604	5325	4117	4043	4701	14,0 %	14,2 %
Helsesyrstrer	2193	2170	2243	1815	1800	1855	2,3 %	2,2 %
Jordmødrer	520	494	472	388	375	363	-9,2 %	-6,4 %
Sum sjukepleiarar	25948	26746	27745	21141	21772	22697	6,9 %	7,4 %
Fysioterapeutar	4747	4688	4639	4107	4136	4105	-2,3 %	-0,1 %
Ergoterapeutar	1115	1172	1245	973	1029	1099	11,7 %	12,9 %
Sum ergoterapeutar og fysioterapeutar	5862	5860	5884	5080	5165	5204	0,4 %	2,4 %
Barnevernspedagogar	2905	2922	3195	2654	2678	2929	10,0 %	10,4 %
Sosionomar	3949	4000	4061	3683	3717	3777	2,8 %	2,6 %
Vernepleiarar	4562	5022	5383	4164	4539	4856	18,0 %	16,6 %
Sum barnevernspedagogar, sosionomar og vernepleiarar	11416	11944	12639	10501	10933	11562	10,7 %	10,1 %
Anna høgskoleutdanna personell	1352	802	853	1132	1018	1073	-36,9 %	-5,2 %
Sum høgskoleutdanna personell	44578	45352	47121	37854	38888	40536	5,7 %	7,1 %
Legar og legespesialistar	4059	3792	3833	3756	3973	3923	-5,6 %	4,4 %
Psykologar	270	274	237	245	252	221	-12,2 %	-9,8 %
Anna universitetsutdanna personell	1284	78	75	1158	1136	1104	-94,2 %	-4,7 %
Sum universitetsutdanna personell	5613	4144	4145	5159	5360	5248	-26,2 %	1,7 %
Sum sysselsette/årsverk	199521	197563	200318	143722	143790	145171	0,4 %	1,0 %

Sysselsette fysioterapeutar er berekna i og med at privatpraktiserande fysioterapeutar med driftsavtale er henta inn frå skjemagrunnlag som berre oppgir årsverk
 Sysselsette for driftsavtalar er derfor berekna ut fra same sysselsettingsgrad som for tilsette.

Figuren nedenfor viser at det i perioden 1995-2004 har vært en samlet vekst i årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene på rundt 24.000 årsverk (om lag 2,9 prosent per år). Tilsvarende har veksten i spesialisthelsetjenesten vært på rundt 22.000 årsverk, noe som utgjør omtrent 3,7 prosent per år (her er ikke rusinstitusjonene som ble overført til spesialisthelsetjenesten i 2004 regnet med). For spesialisthelsetjenesten har veksten til og med 2003 vært sterkere enn i pleie- og omsorgstjenesten.

Figur 5: Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten mellom 1995-2004.
 Kilde: SHdir.



Av veksten i pleie og omsorg er 13.000 rapportert som følge av øremerkede tilskudd fra handlingsplanen for eldreomsorg (HPE) 1998-2001.

Antall sykepleiere fra utlandet har gått ned med 122 personer fra 2003 til 2004, og var i 2004 på 3.980 personer. De kommer hovedsakelig fra Finland, Sverige, Tyskland, Filippinene og Polen. Av disse har 1.490 vært her i fem år eller mindre.¹⁹

Mot et europeisk legemarked

Norge er blant de OECD-land med høyest tetthet av leger per innbygger. Ved årsskiftet 2003/04 hadde Norge ca 17.400 leger under 67 år. Ca 9.500 arbeider ved sykehus, ca 4.500 i primærhelsetjenesten, ca 900 i privat spesialistpraksis, ca 300 i bedrifter og ca 600 jobber som forskere.²⁰ Selv om arbeidsmarkedet for leger nå er i noenlunde balanse, finnes det ubesatte stillinger – nesten unntak i distriktene.

2.700 leger er utenlandske statsborgere. Knappt halvparten er nordiske statsborgere, fordelt på 651 fra Sverige og 343 fra Danmark. Antall leger fra Tyskland øker, og det er nå 634 tyske statsborgere som arbeider som leger i Norge. I perioden 1994 til 2003 har ca 7.900 utenlandske leger (og 5.900 norske) fått norsk legitimasjon. Andelen utenlandske leger er høyest i de fire nordligste fylkene samt Hedmark, Østfold og Sogn og Fjordane. De fleste er allmennleger eller assistentleger. Under halvparten av de 2.700 utenlandske legene har norsk spesialistkompetanse, mot ca 60 prosent av norske leger. Men andelen utenlandske leger som har norsk spesialistkompetanse er økende.

¹⁹ SSB: "Helse- og sosialpersonell, 4. kvartal 2004. Flere arbeider heltid".

²⁰ SNAPS: "Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden", 2004.

Av de 17.357 legene i Norge utgjør kvinner 34 prosent blant de norske og 36 prosent blant de utenlandske. Antall norske leger som arbeider i utlandet er ca 400 (medlemmer av Den norske lægeförening).

Flere leger og flere kvinner

I figuren nedenfor ser vi hvordan legene i Norge fordeler seg på årsklasser og kjønn:

Tabell 6: Leger i Norge fordelt på årsklasser og kjønn, tall per 31.12.2003. Kilde: SNAPS

Åldersklass	Män	Kvinnor	Andel	Andel kvinner %
65 - 66	360	58	418	14
60 - 64	1 150	228	1 378	17
55 - 59	1 751	386	2 137	18
50 - 54	1 902	547	2 449	22
45 - 49	1 763	818	2 581	32
40 - 44	1 416	1 027	2 443	42
35 - 39	1 220	1 068	2 288	47
30 - 34	1 233	1 197	2 430	49
- 29	568	665	1 162	54
Totalt	11 363	5 994	17 357	35

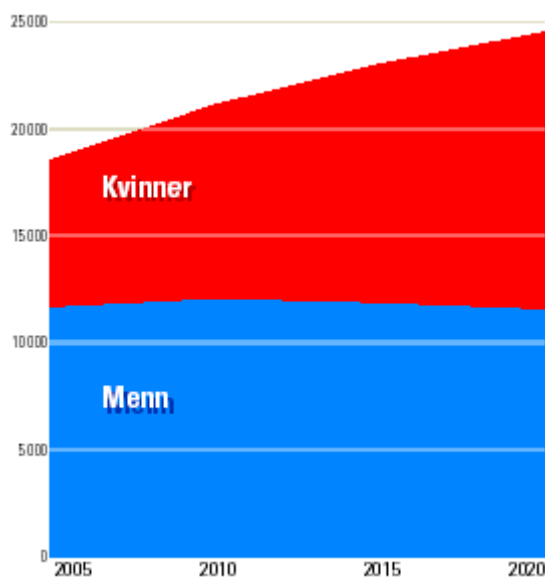
Andelen nye kvinnelige studenter økte kraftig frem til 1990, og har deretter økt svakt. Figuren nedenfor viser både antall leger i Norge frem mot 2020 basert på tallene over utdannede, og fordelt på kjønn. Vi ser at flertallet av legene vil være kvinner i 2020. All nettotilvekst av nye leger vil komme i form av flere kvinnelige leger. Selv om henimot 70 prosent av medisinstudentene i dag er kvinner og et økende antall kvinner blir leger, så er det svært lave kvinneandeler i de fleste spesialiteter. Med unntak av barne- og ungdomspsykiatri er mennene i flertall i alle spesialiteter.²¹

Det er en generell tendens til at kvinnelige studenter "skviser ut" menn ved universitetene. I Danmark råder en viss bekymring for de akademiske yrkene på grunn av denne utviklingen. Blant leger, jurister og gymnaslektorer ser ut som menn vil bli minoritet i årene fremover. Syddanske Universitetet har tatt konsekvensene av dette, og endret for noen år siden opptakskriteriene til legestudiet for å sikre en jevnere kjønnsfordeling. Universitetet har innført en forsøksordning med personlige samtaler som grunnlag for 50 prosent av opptaket, for å redusere den kvinnelige dominansen. Universitetets studiesjef har sagt at det ikke er meningen å kjønnskvote, men at metoden gir unge menn, som ellers ikke hadde hatt en sjanse på grunn av dårlige karakterer, en mulighet til å vise sine evner.²²

²¹ Mandag Morgen: "Gullalder for legestanden går mot slutten". Nr 27, 12. september 2005.

²² Kristin Straumsheim Grønli: "Jenter presser gutter ut av universitetet, men gubbene blir", www.forskning.no, 2. sep 2002.

Figur 6: Antall leger i Norge fremskrevet til 2020. Kilde: SNAPS/Mandag Morgen



Både Den norske lægeforening og Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet fremskrivninger for forholdet mellom etterspørselen og tilbudet av leger frem mot 2020. Ifølge SHdirs modell vil legeetterspørselen holde tritt med tilbudet de neste 20 årene. Dette er under forutsetning av en moderat økonomisk vekst og at sammenhengen mellom velstandsnivå og legeetterspørsel holder seg stabilt. Modellen har betydelige usikkerheter.^{23 24}

SNAPS-rapporten tegner to alternative baner for utviklingen i etterspørselen etter norske leger. I det ene alternativet vokser etterspørselen om lag som den har gjort de siste årene, med to prosent i året. Dette alternativet innebærer et arbeidsmarked i balanse slik at et eventuelt overskudd eller underskudd kan kompenseres med migrasjon. I det andre alternativet vokser etterspørselen bare halvparten så sterkt. Også dette alternativet innebærer en økning i legetettheten i Norge. Men dersom dette blir virkeligheten, vil det om 10 år være 2.600 arbeidsledige leger, se figuren nedenfor.

Tabell 7: Fremskrivning av etterspørsel og tilbud etter leger. Kilde: SNAPS.

År	Tillgang	Etterfrågan		Överskott + Underskott -	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2003	16 600	16 900	16 900	- 300	- 300
2005	17 700	17 700	17 300	0	+ 400
2010	20 100	19 700	18 300	+ 500	+ 1 900
2015	21 800	21 700	19 300	+ 200	+ 2 600
2020	23 300

²³ Dag Bratlid: "Hvor mange leger trenger vi?" Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 123, 2104, 2003.

²⁴ D. Taraldset: "Flere medisinstudenter i Polen, Tsjekkia og Slovakia". Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 125, 3167, 2005.

I 2003 utførte Arbeidsmarknadsstyrelsen, AMS, i Sverige en kartlegging av arbeidsmarkedet for leger i EU-landene og Polen (de øvrige landene som ble EU-medlemmer i 2004 var ikke med i studien).

Følgende land oppgav at de hadde *legeoverskudd* på spesialistnivå:

- ❖ Polen
- ❖ Tyskland – har anslagsvis 3.500-4.000 registrerte arbeidsløse leger
- ❖ Spania
- ❖ Italia
- ❖ Hellas
- ❖ Østerrike

Ingen land oppgav å ha overskudd på psykiatere.

Følgende land hadde *underskudd* på leger:

- ❖ Danmark
- ❖ Irland
- ❖ England

Legespesialister frem mot 2011

Legeforeningen har laget en fremskrivning som viser hvor mange spesialister vi vil ha i 2011 fordelt på spesialistgrener. Underlaget for fremskrivningen er å se antall som er i videreutdanning opp mot avganger i form av pensjoner.

Det som mest utmerker seg i denne oversikten er det lave antallet spesialister innen geriatri (til sammenligning hadde Sverige 679 spesialister innen geriatri i 2004), og ikke minst den manglende rekrutteringen. Det har vært foreslått endring i regelverket for denne spesialistutdanningen slik at man også kan bli spesialist i geriatri som en påbygging av en spesialisering i allmennmedisin, slik det bl.a er i Sverige. Dette forslaget har ikke gått igjennom, og man må derfor fremdeles være spesialist i indremedisin før man kan bli spesialist i geriatri.

Økningen i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri er kanskje heller ikke høy nok ift den potensielle etterspørselen som kan komme i årene fremover. Muligens er nedgangen i spesialister innen immunologi også bekymringsfull i en tid der vi ser fremveksten av nye og smittsomme sykdommer som fugleinfluenza og andre pandemier, samt økning i gamle sykdommer som tuberkulose?

Tabell 8: Fremskrivning mot 2011 over legespesialister under 70 år i Norge. Kilde: Dnlf.

Yrkesaktive spesialister < 70 år i Norge fordelt på aldersgrupper, Dnlf 2001.										Fremskrevet	% endring
	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	SUM	2011	2001-2011
Allmennedisin	7	148	435	708	515	285	131	26	2255	3170	41
Anestesiologi	3	53	107	104	119	81	38	11	516	665	29
Arbeidsmedisin	0	7	34	56	44	39	18	5	203	420	107
Barne- og ungdomspsykiatri	0	4	20	35	27	20	15	13	134	171	28
Barnekirurgi	0	1	2	2	2	3	2	2	14	17	22
Barnesykdommer	7	46	70	70	78	73	50	24	418	502	20
Blodsykdommer	0	2	4	8	9	13	5	3	44	56	27
Endokrinologi	0	1	9	8	12	14	6	3	53	61	14
Fordøyelsesykdommer	0	2	22	24	34	46	28	6	162	166	2
Fysikalsk medisin og rehab.	0	5	11	19	26	26	13	5	105	129	23
Fødselshjelp og kv.syk.	5	40	75	68	97	87	48	16	436	503	15
Gastroenterologisk kirurgi	0	4	23	34	29	26	15	7	138	203	47
Generell kirurgi	1	43	124	181	176	183	119	50	877	921	5
Geriatrici	0	3	11	13	14	20	14	5	80	85	6
Hjertesykdommer	0	3	34	42	54	38	26	15	212	255	20
Hud og veneriske sykd.	3	5	31	18	26	22	11	5	121	135	12
Immunologi og transf.med.	0	0	6	14	9	5	9	6	49	46	-5
Indremedisin	0	79	187	208	237	239	161	57	1168	1275	9
Infeksjonssykdommer	0	2	7	16	19	8	13	3	68	82	20
Karkirurgi	0	2	8	19	22	19	13	8	91	109	20
Kjevekir. og munnhulesykd.	0	2	2	2	6	4	2	4	22	22	-2
Klinisk farmakologi	0	1	5	6	7	5	4	2	30	33	9
Klinisk kjemi	0	2	8	11	17	17	16	15	86	72	-16
Klinisk nefrofysiologi	0	1	1	4	5	2	2	0	15	21	40
Lungesykdommer	0	2	17	21	39	37	12	7	135	139	3
Med.mikrobiologi	0	4	11	11	20	22	5	8	81	82	1
Medisinsk genetikk	0	1	2	6	4	3	6	2	24	28	16
Nevrokirurgi	0	6	9	8	7	5	6	3	44	56	27
Nevrologi	1	37	39	34	35	42	21	8	217	278	28
Nukleærmedisin	0	1	5	3	6	10	7	8	40	86	114
Nyresykdommer	0	2	14	13	16	15	15	4	79	86	9
Onkologi	1	14	22	27	23	19	5	2	113	154	36
Ortopedisk kirurgi	0	9	48	70	62	68	34	15	306	363	19
Patologi	0	6	28	31	25	26	12	4	132	150	14
Plastikkirurgi	0	5	14	7	13	11	12	3	65	76	16
Psykiatri	4	45	130	198	184	163	111	47	882	1098	24
Radiologi	2	44	75	59	60	87	42	13	382	457	20
Revmatologi	0	5	15	22	23	24	13	9	111	121	9
Samfunnsmedisin	0	9	37	119	145	115	48	28	501	590	18
Thoraxkirurgi	0	1	7	12	11	11	10	6	58	63	9
Urologi	0	5	10	26	23	26	11	5	106	131	23
Øre-nese-halssykdommer	2	18	41	57	55	35	30	14	252	263	4
Øyesykdommer	3	31	59	47	63	45	29	16	293	326	11
SUM	39	701	1819	2441	2398	2039	1188	493	11118	13763	24

Alternativ medisin

Det er lite pålitelig og offentlig tilgjengelig statistikk for antall utøvere, konsultasjoner og omsetning innen alternativ medisin. Vi har funnet noe informasjon om tre grupper: Kiropraktorer, akupunktører og homøopater. Tallene er mest usikre for homøopatene og trolig mest sikre for kiropraktorene. Det er i dag ca. 280 utøvende kiropraktorer i Norge, som i løpet av et år utfører omkring 5000 konsultasjoner i gjennomsnitt i en fulltidspraksis. Antall pasienter som oppsøker kiropraktor er økende.

Det er i underkant av 1.000 medlemmer i de ulike akupunktørorganisasjonene i Norge. Dersom vi ser på tall fra norske helseprofesjonsorganisasjoner (fra februar 2004), er det 492 akupunktører blant deres medlemmer.²⁵

Tabell 9: Autorisert helsepersonell med akupunkturutdanning. Kilde: SHdir.

Faggruppe for akupunktur, Norske fysioterapeuters forbund:	162
Medlemmer av Legeforeningen	300
Sykepleiere, medlemmer av	
Sykepleiernes faggruppe for alternativ behandling ² :	30
Medlemmer av Den norske jordmorforening:	175
Totalt:	667
=====	====

Det er uklart hvor mange homøopater som praktiserer i Norge, men blant de medlemsforeningene som har publisert antall medlemmer, blir det til sammen 535 personer. Det er uklart hvor mange av medlemmene som faktisk praktiserer, og i hvilket omfang de praktiserer.

Mot underskudd på helsepersonell

Rapporter fra SHdir og SSB²⁶ viser fremskrivninger om hva som er forventet behov for helsepersonell i årene fremover – hvor tilbudet vil være i balanse, hvor det vil bli overskudd og underskudd på personell. Konklusjonen er at de tiltak som de siste årene er iverksatt for å utdanne flere leger og sykepleiere vil være nok til å hindre mangel i årene fremover. Det blir muligens knapphet på visse spesialsykepleiere, helsesøstere og jordmødre siden disse gruppene har høy snittalder og mange vil gå av med pensjon i årene fremover – mens det ikke er tilstrekkelig med nyrekruttering, slik figuren nedenfor viser. Det samme gjelder for assistenter og hjemmehjelpere.

²⁵ Sosial- og helsedirektoratet: "Utredning om utdanning i akupunktør og homøopati", 2004.

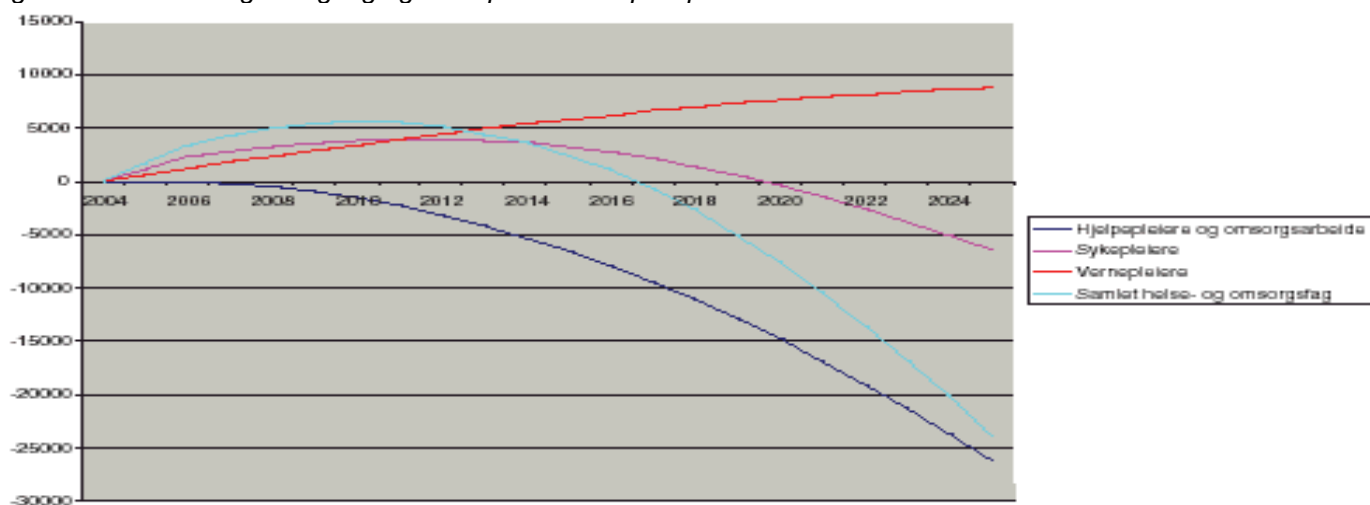
²⁶ Nils Martin Stølen, Tonje Köber, Dag Rønning og Inger Texmon: "Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell mot år 2020. Modelldokumentasjon og beregninger ved HELSEMOD", SSB, rapport 18/2002.

Tabell 10: Prosentandel personell over 56 år innen pleie- og omsorgstjenesten. Kilde: SHdir.

	Sysselsette		
	2002	2003	2004
Pers. utan helse- og sos.fagleg utd	17,9 %	17,6 %	18,3 %
Hjelpepleiarar	16,2 %	17,4 %	18,7 %
Omsorgsarbeidarar	8,8 %	10,5 %	12,2 %
Helsesekretærar	5,2 %	6,6 %	5,4 %
Andre med vidaregåande opplæring	6,4 %	7,8 %	8,9 %
Sum pers. med vgo	14,1 %	15,5 %	16,7 %
Sjukepleiarar	11,7 %	11,8 %	11,8 %
Sjukepleiarar med spesialutdanning	15,7 %	18,4 %	17,6 %
Sum sykepleiarar	13,0 %	13,6 %	13,5 %
Fysioterapeutar	11,4 %	14,0 %	15,2 %
Ergoterapeutar	10,8 %	9,3 %	8,4 %
Sum ergoterapeutar og fysioterapeutar	11,0 %	11,1 %	10,7 %
Barnevernspedagogar	5,4 %	6,5 %	7,1 %
Sosionomar	11,5 %	12,2 %	11,7 %
Vernepleiarar	3,5 %	4,1 %	4,4 %
Sum barnevernsped., sosion. og vernepl.	4,9 %	5,5 %	5,6 %
Anna høgskoleutdanna personell	11,6 %	15,0 %	15,4 %
Sum høgskoleutdanna personell	11,4 %	12,0 %	11,9 %
Legar og legespesialistar	15,4 %	17,9 %	21,9 %
Psykologar	3,2 %	7,4 %	21,4 %
Anna universitetsutdanna personell	9,6 %	18,3 %	18,9 %
Sum universitetsutdanna personell	12,6 %	17,1 %	21,2 %
Sum sysselsette/årsverk	15,3 %	15,7 %	16,4 %

SHdir har også utarbeidet en fremskrivning av forholdet mellom tilgang og etterspørsel av pleiegruppene frem mot 2025 i samsvar med forventet økning i BNP. Grafen indikerer at det bare vil være tilstrekkelig antall vernepleiere fremover, og at hjelpepleiere og omsorgsarbeidere vil være i stor minus.

Figur 7: Fremskrivning av tilgang og etterspørsel etter pleiepersonell. Kilde: SHdir.



I kommunene erstatter sosionomer, barnevernspedagoger og ergoterapeuter i noen grad sykepleiere. For hjelpepleiere/omsorgsarbeidere finnes det få substitusjonsalternativer, og ledige stillinger fylles opp med ufaglærte.

I årene fremover venter man også at mangelen på hjelpepleiere og tannleger vil øke, og at etterspørselen etter ergoterapeuter, psykologer og vernepleiere vil øke sterkt. Norsk psykiatrisk forening har nylig anslått at det mangler rundt 500 psykiatere i Norge, inkludert barne- og ungdomspsykiatere.

SHdir har blant annet lagt opp følgende tiltak for å rekruttere til helse- og sosialyrker i årene fremover:

- ❖ Satse på de som allerede er ansatt og kvalifisere ufaglærte til fagarbeidernivå.
- ❖ Satse på økt rekruttering blant unge.
- ❖ Stimulere til mer fleksibel bruk av helse og sosialpersonell. Det er særlig ønskelig at sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere rekrutteres til kommunale pleie- og omsorgstjenester og psykisk helsearbeid.
- ❖ Desentralisere sykepleierutdanningen for å sikre stabil dekning i kommunene.
- ❖ Rekruttere personell med utdanning fra utlandet. Ikke lenger aktuelt å rekruttere leger. Nå er det behov for tannleger. Vil ikke dra til utlandet etter sykepleiere og hjelpepleiere, men rekruttere blant utlendinger i Norge som har en eller annen helseutdanning fra hjemlandet sitt.
- ❖ Videreutdanne helse- og sosialpersonell med yrkesutdanning fra videregående opplæring.
- ❖ Videreutdanning av høgskoleutdannet personell.
- ❖ Program for utvikling av kliniske spesialiteter/kliniske stiger.
- ❖ Program for etterutdanning i samarbeid med sykehus.
- ❖ Undervisningssykehjemprosjektet.
- ❖ Intensjonavtale om et inkluderende arbeidsliv og tiltak rettet mot arbeidsmiljøet.

Opptakene til helse- og sosialutdanningen det siste tiåret viser store forskjeller i hvilke fag som har økt og hvilke som har mer moderat økning – noen også med nedgang.

Tabell 11: Opptak til helse- og sosialutdanning 1990-2004. Kilde: SHdir.

Utdanning	Skoleår.									% vis auke 1990 - 2004
	1990	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Barnevernspedagog	234	636	654	702	679	786	777	754	737	215 %
Bioingeniør	176	234	265	298	256	243	269	290	302	72 %
Ergoterapeut	80	168	176	202	231	275	278	269	283	254 %
Farmasøyt og reseptar	53	39	61	69	59	81	149	241	254	379 %
Fysioterapeut	180	286	237	317	299	331	328	341	308	71 %
Helsesyster	121	169	154	165	263	141	237	179	296	145 %
Jordmor	82	37	89	100	96	88	108	98	39	-52 %
Lege	206	195	337	474	482	493	500	462	475	131 %
Psykolog				198	203	243	207	169	257	
Radiograf	80	112	132	179	205	232	231	243	265	231 %
Sosionom	336	815	788	851	810	979	1015	964	944	181 %
Sjuepleiar	2466	3480	3848	4113	3811	4333	4913	4594	4137	68 %
Tannlege	66	75	80	85	94	97	92	113	95	44 %
Tannpleiar	47	47	64	59	57	59	59	62	62	32 %
Vernepleiar	274	623	911	990	937	856	1134	1134	1001	265 %
Tannteknikar				22	24		35	28		
Ortopediingeniør/protoseteknikk						12			13	
Audiograf	18	20	19	23	21	27	41	59	42	133 %
Optikar	45	44	59	168	47	62	51	74	69	53 %
Anna universitetsutd. lågare grad	88	187	231	290	402	549	949	991	885	906 %
Anna universitetsutd. Bachelor								325	234	
Anna universitetsutd. høgare grad							9	24	37	
I alt	4552	7167	8105	9305	8976	9887	11382	11414	10735	136 %

SHdir har de siste årene satt i gang en rekke tiltak for å styrke rekrutteringen og kompetansehevingen innen pleie- og omsorgsyrkene. I 2005 har direktoratet budsjettert med at det til sammen skal brukes 32 050 000 kr til videreutdanning for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere m.fl, videreutdanning av høgskoleutdannet personell, etterutdanning i samarbeid med sykehusene og kompetanseutvikling for personell i spesialisthelsetjenesten.²⁷

Hva slags kompetanse trenger vi fremover?

Helse Øst beskriver i sin strategirapport en utvikling innen helsevesenet der man går fra en håndverksmodell med legekunsten som ideal og der en rekke ferdigheter og kunnskaper er samlet hos en person eller en faggruppe – til en industriell produksjonsmodell. I industrimodellen skilles ferdigheter og kunnskap. Ferdighetsarbeidere utdannes og spesialutdannes med ferdighetsforståelse og –trening som hovedinnhold, mens kunnskapsarbeidere må langtidsutdannes med kunnskapstilegnelse som hovedinnhold. Selve produksjonen utføres prosedyrestyrt av ferdighetstrent personell, men kunnskapstrent personell flyttes ut av produksjonen og over i forskning og utvikling, prosessforståelse, prosessdesign, prosedyreutvikling, kvalitets- og sikkerhetskontroll og avvikshåndtering.²⁸

Oppgavefordelingen mellom ferdighet og kunnskap har konsekvenser for kompetansebehovene fremover, påpeker Helse Øst. Det vil trolig bli langt større behov for å styrke kunnskapsområdet med andre kunnskapsdisipliner enn medisin. Det kan da dreie seg om akademisk utdannet pleiepersonell, farmasøyer, biologer, bioteknologer, fysikere, informatikere, sivilingeniører og andre. I tillegg kommer personlige egenskaper som kan være vel så viktig som kunnskap og ferdigheter. Med den stadig

²⁷ SHdir: "Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006", Rapport nr 2, 2005.

²⁸ Helse Øst: "Rapporter fra temaområdene.

synkende søkningen til realfag både i videregående og høyere utdanning, kan det bli en utfordring å rekruttere nok personell med ønsket kompetanse internt i Norge.

Helse Øst mener at ferdighetstreng og korttidsutdannet personell trolig vil hentes fra dagens hjelpepleiere, barnepleiere, sykepleiere, teknikere og andre. Likevel vil det snart være behov for å revurdere utdanningssystemene og det vil etter hvert oppstå helt nye yrkesgrupper. Spørsmålet blir da hvem som skal ta hånd om pleie og omsorgsoppgaver på de ulike nivå (universitetssykehus, lokalsykehus og i primærhelsetjenesten)? Hva blir sykepleiernes fremtidige oppgaver og hvor vil de som tar den nyopprettede utdannelsen som helsefagarbeidere arbeide?

Helse Øst peker også på at det økende antall kronikere krever en annen behandlerkompetanse. Det holder ikke lenger å bare være fagperson. Behandleren må i tillegg kunne kommunisere og veilede. Kunnskap som psykologi og pedagogikk vil i tillegg til medisinsk kunnskap bli grunnleggende viktig for helsearbeidere som skal håndtere rollen som samarbeidspartner, veileder, rådgiver, tilrettelegger og støttespiller. Økt utvikling av fedme, diabetes, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, psykoser, depresjoner, rusmisbruk etc hos barn og unge stiller krav til fagfolk som samarbeider. Spesialisthelsetjenestens medarbeidere må som del av teamene ha innsikt og kompetanse innenfor fagområder som kommunikasjon, psykologi, pedagogikk, sosialfag, samfunnsmedisin, forebyggende helsearbeid, barne- og ungdomsarbeid.

Utdannet for fremtiden?

Undersøkelser viser at tre år etter endt utdanning er sykepleierne fortsatt kritiske til utdanningen. Legene viser seg å være særdeles tilfreds med utdanningen sin og like fornøyde tre år etter studieslutt som de var i siste semester. Sykepleierne opplever et gap mellom utdanningen og kravene i yrket, særlig på området praktisk kompetanse. De rapporterer om manglende evne til å arbeide under press og til å arbeide selvstendig. De har også en uklar forestilling av fra sykepleie er som fag, og de ønsker mindre teori i undervisningen. Spørsmålet som diskuteres er om utdanningen er blitt for akademisk og fjern fra praksis.²⁹ Bare 15 prosent sier de får tilbud om undervisning i elektronisk sykepleiedokumentasjon. Under halvparten sier de har fått tilstrekkelig opplæring i medikamenthåndtering. Sykepleierstudentene etterlyser mer praksis og mindre teori, samtidig som NOKUT gir de fleste sykepleiehøgskolene "stryk" fordi de mangler forskerkompetanse blant lærerne. Dette vil trolig flere skoler få på plass i de nærmeste årene. Men like viktig er å stille spørsmål om hva det forskes på og i hvilken grad dette bidrar til å gjøre undervisningen bedre.

Når det gjelder bioingeniørene, har Gry Andersen oppsummert dagens situasjon, utviklingstrekk og kompetansekrav i følgende punkter:³⁰

- Fortsatt treårig grunnutdanning som bioingeniør på høghskolenivå
- Satsning på økt kunnskap innen proteomikk
- Manglende rekruttering av legespesialister til medisinske laboratorier
- Behov for flere bioingeniører med masterutdanning
- Behov for flere bioingeniører med forskningskompetanse
- Behov for å redusere fra syv til fem utdanningssteder for bioingeniører
- Spesialistgodkjenning for bioingeniører
- Økt fokus på opplæring, veiledning og kvalitetssikring av bruken rundt selvtester og pasient nær analysering
- Funksjonsfordeling, spesialiserte og store sentraliserte laboratorieenheter som blir organisert etter metodefelleskap
- Økt satsning på veiledning av rekvirentene med hensyn til bruk av laboratorieanalyser
- Standardisering av rekvirering etter best practice
- Store kull av bioingeniører vil fra om lag fem til ti år framover nærme seg pensjonsalder eller gå av med pensjon. Vil bli erstattet av ny teknologi og bioingeniører med masterutdanning.

²⁹ Sykepleien: "Kronisk misnøye", nr 15, 2005.

³⁰ Notat fra Gry Andersen, hele innspillet kan leses på hjemmesiden www.visjonhelse2015.org, temamøte 2, underlagsmateriell.

Organisert for fremtiden?

I Kerr-rapporten tenker man seg at mindre lokalsykehus skal ta seg av de vanligste sykdommene og i særlig grad ta seg av omsorgen for kronikere. De større sentral- og universitetssykehusene skal dekke de mer alvorlige og kompliserte sykdommene og behandlingsmulighetene. Dette fører til at helsepersonellet ved de lokale sykehusene må være bredere orientert og kunne dekke et større fagområde enn ved de større sykehusene, der man trenger både gren- og kvistspesialister. Konsekvensen av denne tankegangen er at utdannings- og karriereveiene for leger og annet helsepersonell som ønsker å jobbe ved et lokalsykehus bør bli en annen enn for de som jobber sentralt. Rapporten pekes også på at arbeidstidene for helsepersonellet må tilpasses lokale forhold slik at det blir sømløst og effektivt, og ikke rigid ut fra sentralt fastsatte ordninger.

I Norge viser statistikken at mellom 60-80 prosent av pasientoppholdene i spesialisthelsetjenesten er på lokalsykehusnivå. Forholdstallet mellom akutte og elektive opphold er 85/15. Helse Øst peker på i strategidokumentet at bedre planlegging og tilrettelegging for kronisk syke med integrerte behandlingsprogrammer ("clinical guidelines" og "clinical pathways") kan bedre omsorgen og redusere innleggelsesfrekvensen. Samtidig kan lokalsykehusene være kontaktpunkt og bindeledd for pasientene til mer høyspesialiserte tjenester. Sykehuset Østfold har gjennomført funksjonsfordeling mellom de ulike sykehusene, slik at Askim og Halden sykehus er omdannet til DMS uten senger. Det finnes et spesialisert senter i Sarpsborg med konsentrasjon av all dagkirurgi (ca 7000 operasjoner per år) samt 32 spesialist poliklinikker. Dessuten finnes det to akuttstusykehus – ett i Fredrikstad og ett i Moss, der Fredrikstad innehar alle sentralsykehusfunksjoner, inklusiv traumatologi. I Moss planlegges det nå å øke den elektive kirurgi og fjerne stort sett alle akutte operasjoner. Askim Sykehus eies i dag av Sunnaas Sykehus, og inneholder mest rehabiliteringsvirksomhet, mens Halden sykehus er omdannet til et DPS, DMS og legevakt.³¹

Til en slik medisinsk-faglig utvikling hører også profilering av lokalsykehusene som "health promoting hospitals", der pasientene har tilbud om lærings- og mestringssenter.³² Dette ser ut til å være en internasjonal trend der stadig flere land utpeker sykehus som skal stille kriteriene som settes til å kunne kalle seg et "health promoting hospital".

Det er også en klar tendens innen de medisinske laboratorietjenestene at det etableres større laboratorieenheter med sentraliserte og spesialiserte tjenester og enklere primærlaboratorier som gjør akuttanalyser (Finland, Sverige, Nederland, Tyskland, UK). I Danmark er det en videre utvikling av sundhedscentre, og i Norge er det diskusjon rundt distriktsmedisinske sentre (DMS) som et supplement til spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I Sverige og Danmark er det også mer utstrakt bruk av private tilbydere av medisinske laboratorietjenester enn tilfellet er i Norge.³³

Arbeidsdeling for fremtiden?

Et annet relevant spørsmål er om vi utnytter tilgjengelige ressurser godt nok? Mer utbredelse av teknologi både innen diagnostikk og behandling vil i økende grad endre legerollen som vi tidligere har vært inne på. Legene må i økende grad være teknikere, eller de er avhengig av "legeteknikere" som kan drive de ulike teknologiske innretningene. Denne utviklingen har allerede blitt merkbar i utlandet, f.eks i USA der mye av arbeidet som utføres av leger i Norge (f.eks undersøkelse av hjertet med ekkokardiografi) utføres av sykepleiere eller annet helsepersonell som er lært opp til dette. Legens rolle blir å tolke filbildene som sykepleieren har registrert, på samme vis som røntgenlegen vurderer de bildene som radiografen har tatt. Den samme utviklingen har vi sett i Norge når det gjelder ultralydundersøkelse av gravide.

³¹ Ulf Ljungblad: "Samordning og funksjonsfordeling i Østfold i et internasjonalt perspektiv", foredrag ved NSHs årskonferanse sep 2005.

³² <http://www.euro.who.int/healthpromohosp>

³³ Gry Andersen: Innspill til temamøte 2 i tankesmien.

I USA er det operasjonsteknikere som assisterer ved operasjoner. I Sverige har de en operasjonssykepleier per operasjon. I Norge har vi to operasjonssykepleiere per operasjon. USA sin organisering er selvsagt en diskusjon da operasjonsteknikere er en ny yrkesgruppe.

Tradisjonelt var det sykepleiere som tok blodprøver, så ble laboratoriesykepleie gjort om til en egen yrkesutdannelse nå kalt bioingeniører. Men nå er det på trappene at sykepleierne skal ta blodprøvene igjen og bioingeniører bare analysere dem. En slik ordning har vært utprøvd bl.a ved Ullevål, og ved nye St Olavs Hospital er det forutsatt i planene at sykepleierne skal overta all blodprøvetaking. Generelt for sykepleierne er at de også på noen områder har overtatt typiske legeoppgaver, slik legeoppgavene var før i tiden. Dette gjelder administrering av intravenøse medisiner, cytostatika og trolig andre oppgaver også.

Helse Øst viser til flere studier som sammenligner kvaliteten på behandlingen i førstelinjetjenesten utført av sykepleiere i forhold til leger, og som viser at det både gir god kvalitet og fornøyde pasienter. En undersøkelse fra 2004 viste at prosedyrestyrt og sykepleierledet stabilisering av sirkulasjonen etter hjerteoperasjoner ga godt resultat og kunne bidra til å forkorte sykehusoppholdet postoperativt. BBC News meldte i mars om at sykepleiere i Storbritannia læres opp til å foreta enklere kirurgiske inngrep som brokk og noen typer gynekologiske inngrep. Videre har sykepleierledet oppfølging av kreftbehandling vist gode resultater.

Trender i arbeidslivet

Et folk av karriere-vegrere?

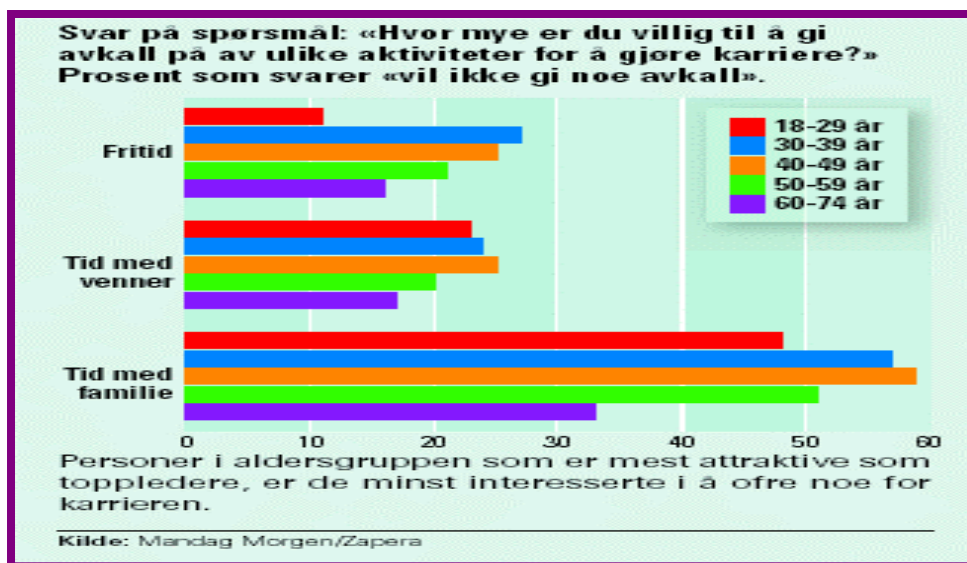
Mandag Morgen har tidligere gjennomført undersøkelser av nordmenns forhold til makt, karriere og ledelse. Vi omtaler noen av resultatene fra disse undersøkelsene, for de kan trolig være relevante for helsetjenesten også. Basert på befolkningsundersøkelse (995 respondenter), undersøkelse blant 546 ledere og 82 HR-ledere, viste analysen:³⁴

- ❖ Liten offervilje: Nordmenn prioriterer familie, fritid og fag fremfor karriereklattring
- ❖ Lederne vil ha de minst motiverte: Folk i 30-40-årene er minst villige til å ofre noe for karrieren. Samtidig er dette den mest attraktive aldersgruppen å rekruttere ledere fra, mener norske ledere – paradoksalt nok.

I befolkningsundersøkelsen svarte bare 13 prosent at de er villige til å gi avkall på mye fritid for å gjøre karriere. Bare 6 og 9 prosent er villige til å gi avkall på mye tid med familie eller venner dersom det kreves for å gjøre jobbkarriere, se figuren nedenfor.

³⁴ Mandag Morgen: "Et folk av karriere-vegrere", nr 10-11, 14. mars 2005. Temanummer om rekruttering, "Jakten på den rette".

Figur 8: Setter familien først. Kilde: Mandag Morgen.



I en befolkningsundersøkelse som InFact utførte for Proffice i november 2005, sa halvparten av alle kvinner som hadde fått barn i løpet av de siste fem årene, at de ofrer karrieren for familien. Tre av fire mener at denne avgjørelsen i all hovedsak var deres egen.

Norske arbeidstakere er lite opptatt av å gjøre karriere. Ønsket om å ha det moro på jobben - "fun factor" - er sterk blant medarbeidere og ledere, og angst for ikke å lykkes - "fear factor" - preger arbeidstakerne i liten grad. Å tjene til livets opphold og samtidig få anledning til personlig utvikling er det viktigste målet med å arbeide. Verken utsikter til høy inntekt eller karrieremuligheter kommer høyt på listen over det som lokker nordmenn til arbeidet.

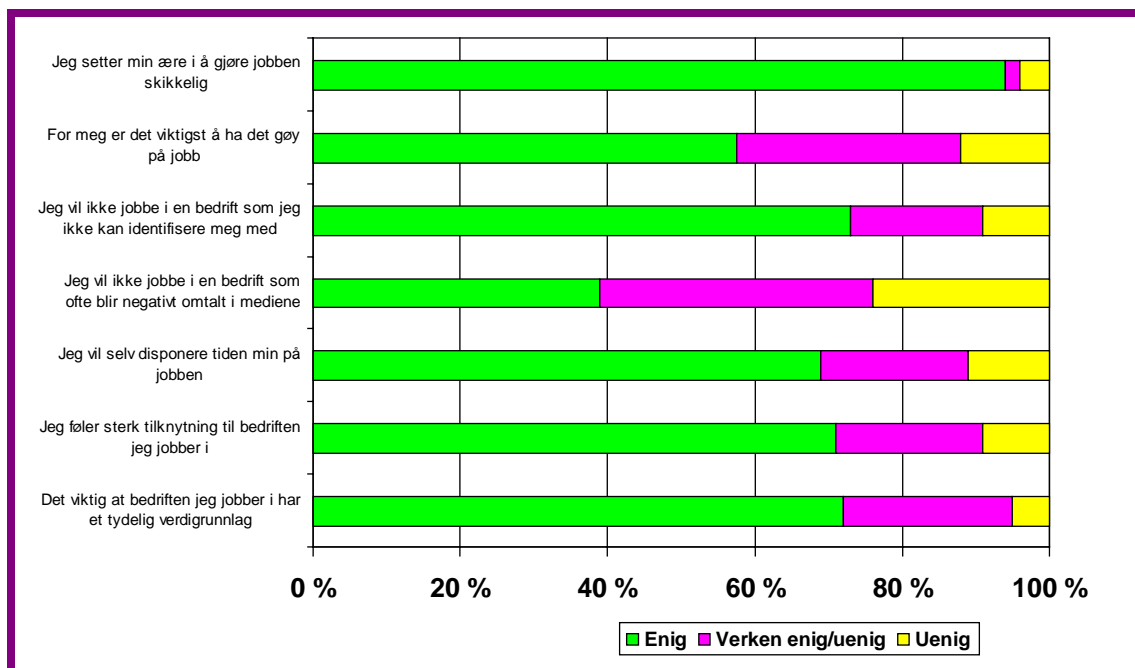
Videre viste undersøkelsen at 94 prosent av de spurte sier at de setter sin ære i å gjøre jobben sin skikkelig. De eldste (50-67 år) er mer opptatt av å skape noe til nytte for bedriften og å bidra med noe nyttig i samfunnet enn de yngre. De yngre er mer opptatt av personlig utvikling (30 prosent), tjene til livets opphold (21 prosent) og sosialt fellesskap (16 prosent).

Når det gjelder trivsel, står følelsen av ansvar helt sentralt. Tre av fire sier de trives best på jobben når de får mye ansvar. Det gjelder spesielt de ansatte som er over 50 år. Over 70 prosent av de spurte oppgir at de føler en sterk tilknytning til bedriften eller virksomheten de jobber i. Også her er det de eldste som føler betydelig mer tilknytning enn de yngste. Blant de mellom 30-39 år sier 29 prosent seg helt enige i at de følger sterk tilknytning til bedriften de jobber i, mot 51 prosent av 50-59-åringene og 59 prosent blant 60-74-åringene. Like mange sier det er viktig at de jobber i en virksomhet som har et tydelig verdigrunnlag, og at de ikke vil jobbe i en bedrift som de ikke kan identifisere seg med.

Hva kjennetegner så bedriftene og arbeidstakerne som blir fremtidens vinnere på rekrutteringsmarkedet? Analysene og undersøkelsene tyder på at medarbeiderne og virksomhetene vil skjerpe kravene til hverandre. Steinar Hopland, som har arbeidet med lederrekruttering i mange år, har registrert at unge talenter etterspør gode ledere. "De unge vil jobbe for en god sak og krever begrunnelse for bedriftens eksistens i samfunnet. Samtidig etterspør de gode ledere som utvikler medarbeiderne. De vil jobbe i et internasjonalt miljø og krever endringer i jobben etter kort tid - for de er rastløse," sier han. Problemet er at flate organisasjoner har begrenset med lederposisjoner. Jobbotasjon og sidelengs bevegelse vil derfor bli vanligere for å flytte på og motivere folk, samtidig som man beholder medarbeiderne innen bedriftens vegger.

Bedrifter som vil få fatt i de rette og dyktigste medarbeiderne, må altså kunne skilte med gode ledere, variasjoner i arbeidet, anerkjent merkenavn og et tydelig verdigrunnlag.

Figur 9: Arbeidets verdi. Kilde: Mandag Morgen



Mangler nøkkeltunnskap om medarbeiderne

Ledere i norske virksomheter er i liten stand til å utpeke de mest produktive og innovative medarbeiderne – ei heller å utvikle medarbeiderne til å bli mer effektive. Det kommer frem i en omfattende undersøkelse Mandag Morgen gjennomførte blant ledere i over 500 virksomheter. Det fører til at nye medarbeidere rekrutteres uten en klar plan, virksomhetene ansetter feil personer på feil grunnlag, og bedriftene klarer heller ikke å utløse potensialet i hver enkelt medarbeider.

Vi har trukket ut de lederne som var med i undersøkelsen og jobbet i helse/sosialvirksomheter. Disse gir i enda større grad enn lederne totalt uttrykk for at de ikke vet hvem av medarbeiderne som er mest produktive og innovative, og de mener at har mindre sjanse for å utvikle medarbeiderne slik at de blir effektive. Det kan naturligvis komme av at det er vanskelig å måle produktivitet, effektivitet og innovasjon i sektoren. På den annen side sliter de ikke med å tiltrekke høyt kvalifisert arbeidskraft eller nødvendig arbeidskraft.

Tabell 12: Mangler kunnskap om de ansatte. Kilde: Mandag Morgen.

I hvilken grad mener du din virksomhet kan...?		
	Helse/sosial	Totalt
Tiltrekke høyt kvalifisert arbeidskraft		
I liten grad	14	8
I noen grad	14	47
I svært stor grad	71	45
Tiltrekke nødvendig arbeidskraft		
I liten grad	0	3
I noen grad	43	31
I svært stor grad	57	66
Beholde sentrale medarbeidere		
I liten grad	14	5
I noen grad	57	41
I svært stor grad	29	54
Utpeke sine mest produktive medarbeidere		
I liten grad	14	21
I noen grad	86	47
I svært stor grad	0	30
Utvikle medarbeiderne slik at de blir effektive		
I liten grad	14	14
I noen grad	43	57
I svært stor grad	43	29
Utpeke sine mest innovative medarbeidere		
I liten grad	43	20
I noen grad	57	56
I svært stor grad	0	21

Hvordan vil helsepersonellet jobbe?

Avsnittet om etterspørselen viste at vi kan vente økende etterspørsel etter helsetjenester i årene fremover. Det skjer også en betydelig dreining i etterspørselen etter helsetjenester i retning av:

- ❖ **Fleksibilitet:** 24/7-syndromet utvides i helsetjenesten også. Flere sykehus utvider "åpningstidene", og det stiller andre krav til turnussystemer og arbeidstider. A-hus har begynt med poliklinikk som er åpen til kl 22 om kvelden. Ved sykehuset i Tønsberg kan man få avtale om hjertescanning kl 20 om kvelden. Riksrevisjonen har påpekt dårlig utnyttelse av operasjonsstuene og foreslår blant annet tidligere oppstart av operasjoner for å få behandlet flere pasienter. Individuell plan øker kravene til individrettet helsepleie i alle ledd – fra hjemmetjenesten til den mest spesialiserte sykehusbehandlingen.
- ❖ **Desentralisering:** Pasientbehandlingen desentraliseres – ut fra sykehus til separate avdelinger og institusjoner, fra sykehus til primærhelsetjenesten, fra sykehjem til omsorgsboliger, hjem til pasientene. Med ny teknologi kan mer diagnostiseres, behandles og overvåkes lokalt, men det setter krav til faglig kompetent helsepersonell i alle ledd av behandlingsskjeden. Medisinsk utstyr som tidligere var forbeholdt sykehusene befinner seg nå ved sykehjem, utstyr som tidligere var forbeholdt fagfolk kan nå brukes av sertifiserte legmenn (f.eks hjertestartere), økt bruk av selvtestere er også eksempel på dette.
- ❖ **Mobilitet:** Mer av behandlingen flyttes til stedet der pasienten befinner seg enten det er i akutt situasjoner eller i form av hjemmebehandling. Helsepersonellet må i økende grad være mobilt. I Nederland organiseres helsetjenestene til mer mobile team, og i Storbritannia har

lederen for NHS uttalt at helsepersonell skal mer "ut i felten", blant annet for å drive forebyggende arbeid.

Økt etterspørsel: Men vil helsepersonellet jobbe mer?

Fire prosent av mannlige leger arbeider deltid mot 6, prosent av kvinnene. Vaktbelastningen ved ulike spesialiteter er svært ulike, og kvinnene er klart overrepresentert i spesialiteter med lavere vaktbelastning. Legeforeningen påpeker ulike steder at den registrerer et generasjonsskifte der stadig flere leger vil ha et aktivt familieliv ved siden av jobben, uansett kjønn. Ved starten på fastlegeordningen så man en tendens til at flere kvinner søkte stilling som fastleger. Denne tendensen har nå snudd. Det er en nedgang i andelen kvinnelige fastleger, samtidig som alderen på fastleger øker. Det kan tyde på at legene oppfatter arbeidet på sykehus som bedre "regulert" enn i primærlegetjenesten, og derfor mer attraktiv selv med vaktbelastning.

Bare 32 prosent av helse- og sosialpersonellet i kommunene arbeider over 35 timer i uken, mens 37,4 prosent arbeider under 19 timer i uken – dvs mindre enn 50 prosent stilling. Det er spesielt de ufaglærte, hjemmehjelper og assistenter som har små stillingsbrøker, men om lag 30 prosent av hjelpepleierne og 20 prosent av sykepleierne arbeider under 19 t/u. 45 prosent av sykepleierne jobbet mer enn 35 t/u og bare 27 prosent av hjelpepleierne jobbet hel stilling.³⁵ Tall fra SSB viser at andelen som jobber heltid økte med 5,7 prosent fra 2003 til 2004.

Agderforskning og FAFO har utarbeidet to undersøkelser for KS der de ser om det er mulig å øke stillingsbrøken for deltidsansatte syke- og hjelpepleiere.³⁶ Undersøkelsene viste at mellom 10 og 25 prosent kan tenke seg å jobbe mer enn i dag. Sykepleierne ønsker generelt å jobbe noe mer enn det hjelpepleierne ønsker.

Blant de som ønsker endringer i arbeidstiden, er det flere som ønsker å redusere stillingen enn å øke den. Omsorgsansvar for barn og familie, samt fritid prioriteres. Mange synes å velge jobb innen pleie- og omsorgssektoren blant annet fordi det her i større grad enn i andre yrker gis anledning til å arbeide deltid.

Det kan se ut som dette i økende grad også gjør seg gjeldende blant leger. Særlig i utlandet er det mange leger som med utgangspunkt i en god lønn velger redusert stilling. De vil ha i pose og sekk: Både god lønn og mer fritid. I Norge er ikke dette foreløpig så uttalt. En økende andel kvinnelige leger som vi vil få i årene fremover kan forsterke denne tendensen.

I EU vil The European Working Time Directive redusere arbeidstiden for helsepersonell gradvis frem mot 2009. Fra 1. august 2004 har leger "in training" fått begrensninger på ukentlig arbeidstid:³⁷

- ❖ 58 timer fra 1. august 2004
- ❖ 56 timer fra 1. august 2007
- ❖ 48 timer fra 1. august 2009

Blant helsepersonellet som ønsker å jobbe mer, er det hovedsakelig to grupper: Unge, nyutdannede uten vesentlig privat omsorgsansvar og helsepersonell i 40-årsalderen som er ferdig med mesteparten av barnestell og foreldreansvar. Det viste seg også at spesielt nytilsatte sykepleiere er kritiske til at arbeidsgiver ikke kan tilby mer ordnede ansettelsesforhold (dvs faste stillinger) og en stillingsbrøk som samsvarer med deres reelle arbeidsinnsats.

³⁵ Sosial- og helsedirektoratet. "Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006". Rapport nr 1, utgitt 2004.

³⁶ KS: "Kan flere jobbe mer i helsevesenet?"

³⁷ NHS Scotland: "Building a Health Service Fit for the Future", side 28.

Krav til fleksibilitet, desentralisering og mobilitet

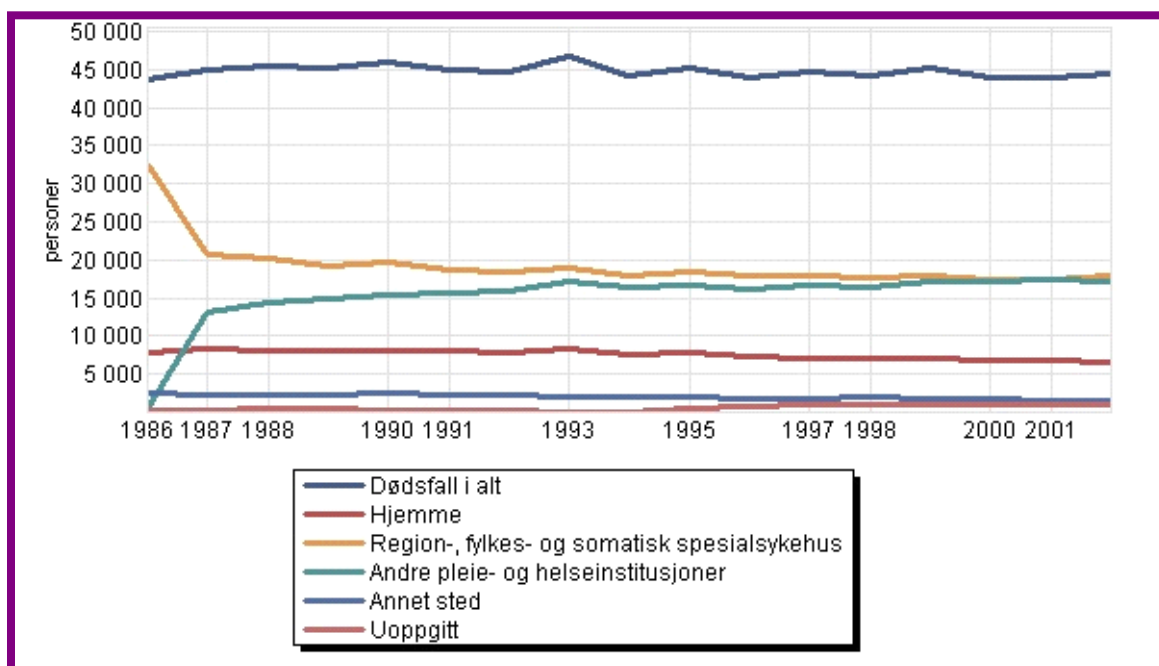
Krav til brukermedvirkning, individrettede tjenester og rett person til rett tid krever fleksibilitet og vilje til omstilling hos medarbeiderne innen pleie og omsorg. Pleierne ønsker frihet og fleksibilitet, men på sin måte og til fordel for dem selv. De ønsker ikke mobilitet, viser undersøkelsene fra Agderforskning og FAFO. KS peker på at den tradisjonelle turnusen endres sjelden, selv om tjenestemottakernes behov endres.

Disse undersøkelsene viste også at de deltidsansatte er negative til mobilitet og bemanningspool, og foretrekker ønsketurnus i stedet. Bemanningspool innebærer at arbeidsstedet vil variere, utvidet turnusperiode og fleksibel stilingsbrøk. Ønsketurnus betyr at de ansatte selv blir enige om fordelingen av vakter innenfor et gitt tidsrom. Undersøkelser og prøveprosjekter som KS har gjennomført med fleksible arbeidstidsordninger i ulike kommuner viser at flere medarbeidere da velger å ha arbeidsplanperioder som har vært ekstra arbeidsbelastende mot å ta mer fri i andre perioder. Andre velger å arbeide i helgene fordi de ønsker å ha fri på hverdager. Erfaringene viser også at det skjer en forandring av rollene til både ledere, tillitsvalgte og medarbeidere. Det er helt avgjørende at lederne stoler på sine medarbeidere, de må gi fra seg ansvar og dele mer myndighet for turnusarbeidet til medarbeiderne sine.

Ved St. Olavs Hospital i Trondheim har den lokale avtalen fastsatt at normal arbeidstid skal ligge innenfor tidsrommet kl 07.00-18.00. I det nye sykehuset som bygges er arealene redusert med tanke på at de skal brukes senere utover dagen enn det som er tilfellet i dag. På sikt kan man ikke se bort fra at også legene må jobbe i et mer tradisjonelt skiftarbeid for å utnytte areal- og utstyrsressursene på en best mulig måte, noe det er sterk motstand mot i dag.

Som tidligere nevnt er det en underdekning av medisinsk personell ved sykehjemmene. Det er et stort problem i og med at det ofte er de skrøpeligste og sykeste eldre som ligger der, og som trenger omfattende medisinsk oppfølging. Utviklingen i dødssted siden midten av 1980-tallet viser også tydelig at også dødssted er blitt desentralisert:

Figur 10: Dødsfall etter sted og tid. Kilde: SSB



Det kan bli en utfordring i årene fremover å få rett helsepersonell på rett sted når stadig mer av tjenestene flyttes nærmere brukerne og i økende grad hjem til brukerne, som vi har sett tidligere i notatet.

Supergenerasjonen: Vil jobbe lenger, men stiller krav

En betydelig del av de ansatte i helsetjenesten er i Supergenerasjonen. Fra undersøkelsen har vi trukket ut de i Supergenerasjonen som arbeider med helse/omsorg for å se nærmere på hvordan de forholder seg til arbeidet i årene fremover. På spørsmål om hva som kan få dem til å jobbe lenger enn normert pensjonsalder, svarer de som følger (flere svar mulig blant 19 svaralternativ):

- 39 %: Jeg får trappe ned uten økonomisk tap eller redusert jobbinnhold
- 34 %: Jeg får mer fleksibel arbeidstid
- 30 %: Jeg får høyere pensjon når jeg slutter å jobbe
- 27 %: Virksomheten gir uttrykk for at min kompetanse/arbeidskraft er viktig
- 24 %: Jeg kan jobbe deltid
- 23 %: Jeg vil uansett ikke jobbe lenger enn normert
- 17 %: Jeg får betale lavere skatt
- 16 %: Jeg får tilrettelagt de fysiske arbeidsforholdene
- 9 %: Pensjonsalderen blir utvidet
- 6 %: Jeg får mindre krevende arbeidsoppgaver
- 1 %: Jeg får mer interessante arbeidsoppgaver, jeg får mer innflytelse over arbeidsoppgavene mine, jeg får interessant videreutdanning, jeg får bytte arbeidsoppgaver eller yrke, jeg får en bedre sjef

På spørsmål om hvordan de ser for seg tilknytningen til arbeidslivet de siste fem årene før de pensjonerer seg, sier 54 prosent at de planlegger å være ansatt i heltidsstillinger, 31 prosent ansatt i deltidsstillinger, mens 7 prosent planlegger å etablere egen virksomhet og jobbe deltid.

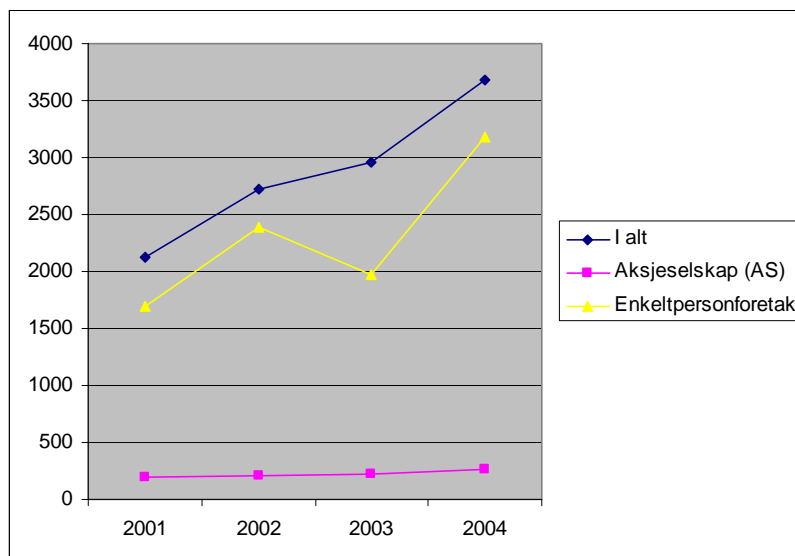
Et knapt flertall av Supergenerasjonen som arbeider innen helse/omsorg planlegger å gå av med pensjon når de er 65-66 år (35 prosent). 34 prosent planlegger det når de er 62-64 år, 18 prosent når de er 67 år, 11 prosent når de er under 61 år og 3 prosent når de er 68+.

I en rekke bransjer har man sett at stadig flere velger løsere tilknytning til arbeidslivet ved at de f.eks foretrekker å leies inn som vikarer, på kortere engasjement eller oppretter enkeltmannsforetak for å få mer kontroll med eget (arbeids)liv. Bruk av helsepersonell som er tilknyttet bemanningsbyråer er ikke et nytt fenomen her i landet. Adecco og Manpower sier de opplever en stadig økning både fra personer som melder seg til vikartjeneste og etterspørsel etter vikarer.

I løpet av de siste årene er det registrert en rekke nye foretak innen helse- og sosialtjenester. Hovedparten har vært enkeltmannsforetak, slik figuren nedenfor viser. Helse- og sosialtjenester omfatter en rekke forhold som ulike sykehustjenester, rusomsorg, rehabilitering, psykiatri, legetjenester og tannlegetjenester.

I Danmark har stadig flere kvinner som tidligere har vært ansatt i kommune og jobbet med pleie- og omsorg, etablert små virksomheter eller enkeltmannsforetak der de tilbyr tjenestene sine til kommunene. Årsaken er at de ønsker å jobbe innenfor mer selvstendige rammer. Ut fra den statistikken vi har tilgjengelig i Norge, har det ikke vært mulig å tallfeste noen lignende utvikling, men det er sannsynlig at vi ser det samme her.

Figur 11: Antall nyetableringer innen helse- og sosialtjenester. Kilde: SSB.



Mot et internasjonalt helsemarked

Det er en rekke andre forhold som påvirker forholdet mellom tilbud og etterspørsel. En av disse drivkreftene er globaliseringen. I utgangspunktet kan det virke langt fra den norske hverdagen i helsetjenesten. Spørsmålet er hvordan globaliseringen og global arbeidsdeling kan påvirke både helsetjenesten som sådan, den enkelte virksomhet og medarbeiderne frem mot 2015?

Så langt har helsetjenesten vært lite preget av internasjonalisering og virksomheter som etablerer seg på tvers av landegrensene. Barrierene har vært betydelige siden det offentlige i så stor grad selv er helsetilbyder og dette er svært regulerte markeder. Det fremste eksemplet på en leverandør av helsetjenester som har klart å etablere seg i flere land, er svenske Capio som er tilstede i sju land. Videre har Memorial Sloan-Kettering etablert onkologitjenester via åtte internasjonale filialer.³⁸

Vi vil her nevne noen sentrale utviklingstrekk som kan tyde på at også helsetjenesten vil merke konsekvensene av en ny global arbeidsfordeling og etablering av nye globale markeder fremover.

Outsourcing av tjenester

Den britiske regjeringen meldte i 2004 at den ville vurdere å sende blod- og urinprøver fra den offentlige helsetjenesten NHS til India for å bli analysert.³⁹ Indiske laboratorieteknikere koster under 50.000 kroner i året, slik at innsparingen ved å få jobben utført der mer enn utjevner utgiftene ved å fly prøvene til den andre siden av jorda. Private sykehus har allerede satt i gang pilotprosjekter med "testeksport" og mener man kan spare opp til en tredel av utgiftene ved prøveanalyse på denne måten. Det indiske firmaet SRL Ranbaxy jobber nå for å få med seg også den offentlige helsetjenesten. Ifølge bedriftens egne beregninger kan 40 prosent av patologiske tester av syke celler, vev og organer ved britiske sykehus flagges ut. Ikke alle tester er egnet for dette, men for avanserte tester kan utgiftene kuttes med 20-30 prosent, hevder SRL Ranbaxy. Resultatene kan være klare innen 48 timer, noe som er raskere enn det som leveres fra britenes egne laboratorier.

³⁸ McKinsey: "Opportunities for internationalization in health care", McKinsey Health Europe, number 3, march 2004.

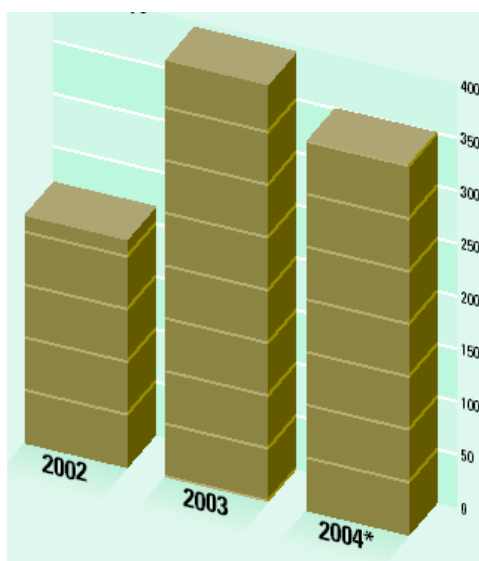
³⁹ Mandag Morgen: "Vil sende blodprøver til India", nr 23, 16. august 2004.

Mot fri flyt av pasienter i EU

EU er på god vei til å etablere et fritt indre marked for pasienter. Resultatet kan bli pasienteksport – også fra Norge, viser en analyse som Mandag Morgen presenterte sist vinter.⁴⁰ Det er ikke politikerne i Brussel som har truffet beslutningen, men derimot EF-domstolen i Luxembourg. En rekke dommer slår fast at EU-borgerne har rett til å søke behandling i andre medlemsland og få regningen betalt av den hjemlige sykeforsikringsordningen. Dette får betydning også for norsk helsevesen og pasienter: EF-dommer gjenspeiles som regel i direktiver etter en tid, og Norge velger som oftest å følge rettspraksis før direktivene trer i kraft. I tillegg har norske pasienter et sterkt kort på hånden i den reviderte pasientrettighetsloven.

Rikstrygdeverket venter økning i antall norske pasienter som sendes til utlandet, en utvikling som har tatt seg opp de siste tre årene. Fra 2002 til 2003 økte antall pasienter som ble sendt til utlandet til behandling fordi man ikke har kompetanse i Norge, med over 80 prosent. RTV er i gang med å forhandle frem avtaler med sykehus i Sverige, Danmark og Tyskland om å ta imot norske pasienter (se figur). I tillegg sender selskaper som driver med helseforsikring pasienter til behandling i Frankrike, Tyskland, Storbritannia og andre land.

Figur 12: Pasienter fra Norge behandlet i utlandet under paragraf 5.22 i folketrygdloven. Kilde: RTV.



Flere EU-land har begynt å få øynene opp for at avtaler på tvers av landegrensene kan bidra til å løse nasjonale helseproblemer. Det skjer ved at sykehusvesenet i ett land inngår avtaler med et sykehus i et annet om behandling av pasienter. Dermed kan f.eks operasjoner i utlandet blant annet løse ventelisteproblemene.

Tyskland har overkapasitet ved sykehusene og overskudd av leger – og har etablert en egen organisasjon, Kuratorium zur Förderung Deutscher Medizin im Ausland, som markedsfører sykehus og helsetjenester for utlendinger.

NHS i Storbritannia sender pasienter fra London til sykehus i Nord-Frankrike for operasjoner. I et grenseområde mellom Belgia og Frankrike har de lokale helsemyndighetene et forsøksprosjekt hvor sykehus og legebehandlinger på begge sider av grensen samkjøres og innbyggerne kan fritt velge blant helsetilbudene. Og i Göteborgregionen kan svenske fødende dra til Sykehuset Østfold.

⁴⁰ Mandag Morgen: "Mot fri flyt av pasienter i EU", nr 2, 17. januar 2005.

Motstykket til pasientmobilitet er at legene flytter seg over landegrensene. Et svensk og et britisk sykehus har inngått et samarbeid hvor et team svenske leger leies inn med jevne mellomrom for å utføre en bestemt type operasjon. Grunnen er at de svenske legene er mer spesialiserte og har utviklet en bedre teknikk. Med den britiske operasjonsmetoden er pasienten sengeliggende i fem dager, mens de som er operert av svenskene er på beina igjen allerede dagen etter operasjonen. Dermed får man store innsparinger ved å fly inn svenskene.

Kommisjonen har en rekke betenkeligheter ift denne utviklingen, og flere av medlemslandene protesterer iherdig. I april 2004 la Kommisjonen frem en meddelelse om "pasienters mobilitet og den fremtidige utviklingen innen helseomsorg i EU". Der peker den blant annet på at det vil være vanskelig for et land å investere i utdanning av ansatte i helsesektoren dersom det ikke er sikkert at andre land vil gjøre det samme. Den tar til orde for at det er behov for en samlet europeisk strategi for helsesektoren som skal dekke overvåking, utdanning, rekruttering og arbeidsforhold for de ansatte i helsevesenet for å sikre at medlemsstatene får utbytte av investeringene i de ansatte.

I forhandlingene om det såkalte tjenstedirektivet, som også vil omfatte leger, tannleger og apotekere, er det stor strid.⁴¹ I begynnelsen av november formulerte en rekke ledende medlemmer av Europa-Parlamentet sammen med en rekke europeiske organisasjoner en felles appell om grunnleggende endringer i direktivet. Kritikerne av tjenstedirektivet går spesielt til angrep på det såkalte opprinnelseslandsprinsippet. Det går ut på at det fra visse betingelser skal bli mulig for tjenestetilbydere å operere i et annet land uten å følge alle retningslinjene i landet. Kritikerne ønsker å erstatte dette med et "vertslandprinsipp" som klart understreker at en virksomhet skal følge de samme regler som gjelder for landets egne tjenestetilbydere. Andre ønsker å fjerne helse og sykehus fra direktivet, samt at leger skal unntas fra direktivet.⁴²

Helseturisme: Blir India "verdens sykehus"?

I november kunne vi lese at det thailandske sykehuset Bangkok Phuket Hospital åpner et mottak i Stockholm. Her treffer potensielle svenske helseturister en sykepleier og deretter går turen til Phuket for egen regning. Flere andre thailandske sykehus planlegger å etablere mottak i Stockholm.⁴³ Målet er trolig svensker i "Supergenerasjonen" – de med mye penger og lite tid som ikke er engstelige for å dra halve jorden rundt for et inngrep så lenge det er knyttet til en behagelig ferie.

Fra å være verdens kontor, utpekes India om få år til å være hele verdens sykehus. Helseturismen til India vokser med 30 prosent årlig, og utdanningssystemet pøser ut mellom 20.000 og 30.000 leger og sykepleiere hvert år. Helseturismen i India omsetter i dag for \$333 millioner, og det er estimert å stige til \$2.2 milliarder i 2012.

Sykehusene i Thailand og India utfordrer de vestlige sykehusene: De satser sterkt på kompetanse i alle ledd, det nyeste nye av teknologi og behandlinger, luksus og bekvemmelighet, og at behandlingene er så billige at privatpersoner kan ha råd til dem. Kortere liggetider, ufaglært personell, korridor plasser, seksmannsrom med ett bad osv er ikke å se ved de sykehusene de tilby utlendinger.

India reklamerer med⁴⁴:

- ❖ En stor stab helsepersonell av verdensklasse. Mange av legene har arbeidet ved vestlige klinikker, men vender nå hjem siden det er økende etterspørsel etter deres arbeidskraft i India. Flere av de indiske sykehusene har samarbeidsavtaler og strategiske allianser med sykehus i

⁴¹ Mandag Morgen: "EU vil revolusjonere tjenstedsektoren", nr 28, 20. september 2004.

⁴² Ugebrevet Mandag Morgen: "Direktivstrid kan rulle det indre marked tilbake", nr 39, 14. november 2005.

⁴³ Dagens Næringsliv: "Thailandsk sykehus åpner i Sverige", 23. november 2005.

⁴⁴ Diverse artikler, se dokumentet "Diverse om helseturisme" som ligger på www.visjonhelse2015.org under Temamøte 2 og Underlagsmateriell.

Vesten, mange av dem blant de fremste amerikanske sykehusene. Legene er også assistert med flere registrerte sykepleiere per pasient enn de er i vestlige land.

- ❖ Det nyeste innen medisinsk, diagnostisk og teknologisk utstyr.
- ❖ Svært gunstige priser på helsetjenestene. En hjerteoperasjon som koster \$30.000 i USA, koster \$6.000 i India.
- ❖ Legemiddelindustrien flytter stadig mer forskning innen både bioteknologi og stamceller hit. India og Sør-Korea er blant de land som ligger langt foran i stamcelleforskningen og sies å være på nivå med Storbritannia.
- ❖ Nye behandlingsformer som ikke er godkjent i vestlige land enda, men som i noen tilfeller sies å være langt bedre (f.eks innen hofteoperasjoner der India tilbyr "hip resurface" i stedet for ordinære hofteoperasjoner. Behandlingen sies å gi pasientene bedre mobilitet og det er et langt mindre inngrep).
- ❖ Helhetlig behandling: I tillegg til vestlig medisinsk behandling, kombinerer man ofte med tradisjonell indisk medisin som yoga, ayurveda og meditasjon. Noen steder kan man få full "screening" med all verdens tester – full medisinsk sjekk, tannbehandling, hjertediagram, stresstester, røntgen og sonografitester for å nevne noe. Andre steder tilbyr også forebyggende behandlinger for f.eks hjerteproblemer. Det gjelder blant annet The Asian Heart Institute ved Bandra-Kurla Complex som gjør dette i samarbeid the Cleveland Institute i USA.
- ❖ Full pakke: Helsemeglere syr sammen pakker som inkluderer flybilletter, transfers, hoteller, behandling og post-operativ ferie. Ofte får pasientene tilsyn av en sykepleier som er hos dem 24 timer i døgnet. Pleieren følger dem også til luksuriøse rehabiliterings- og rekonvalesensopphold.
- ❖ Pasientene får selv velge hvor lenge de vil være ved sykehuset. Sitat fra en britisk ansatt ved Britisk High Commission i New Dehli som fødte barn der: "I'm glad I had the baby here and not in England. There's been no pressure to go home after the delivery. They're looking after the baby. They're looking after me, giving me enough time to get settled and get confident enough to go back home. In UK I wouldn't have a private room and a private bath, not to mention massages and yoga".

Departementet for helse, familie og velferd samarbeider med turismedepartementet og har etablert et National Accreditation Health Board som skal jobbe med å utarbeide retningslinjer for prising av sykehustjenestene, system for akkreditering av sykehusene, kvalitetskontroll, kategorisering og selektering av sykehusene etc – alt for å sikre fremtiden for helseturismen.

Thailand opplever også økende helseturisme. Seks sykehus i Bangkok har sykehus-akkreditering fra USA. Et av de mest kjente sykehusene som brukes av utlendinger er Bumrungrad Hospital. Sykehuset er bygget som et luksushotell med forretninger og restauranter som kan skilte med all slags internasjonal mat. Man kan bestille behandling via internett og velge hvilken lege man vil bli operert av – bakgrunnsinformasjon om legene ligger på hjemmesiden. Alt personell er fagutdannet. Mer enn 200 av kirurgene er sertifisert i USA.

Argentina, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Sør-Afrika, Jordan, Malaysia, Ungarn, Latvia og Estland er alle på vei inn i det nye internasjonale helsemarkedet som kjemper om syke og velstående personer.

Det dukker stadig opp nye aktører som megler operasjoner, bistår ved reise og behandling i utlandet. I en artikkel i Dagsavisen 5. september 2005 ble det opplyst at om lag 250 norske pasienter har gjennomgått øyelaseroperasjon i Tyrkia i regi av Lasikreise. Laletour oppgir at de har gitt mellom 600 og 700 nordmenn bedre tenner på sin ferie i Tyrkia. Danske Kirurgirejser driver med øyelaseroperasjoner i Tyrkia og har særlig spesialisert seg inne plastisk kirurgi og intimkirurgi i Polen.

Hvorvidt dette gir norske sykehus en konkurranse de må ta i betraktning eller mer å gjøre i form av etterbehandling av helseturister med infeksjoner og andre problemer er et åpent spørsmål. Vil norske fastleger, spesialister og sykehus får mer å gjøre som følge at helseturister som har screenet seg på ferieturen til Thailand og som vel hjemme vil sjekke om de virkelig feiler noe? Vil dette inspirere pasientene til å kreve lignende informasjon om personellens kompetanse i Norge, om mer behagelig sykehusopphold, mer holistisk behandling, massasje og yoga ved norske fødeavdelinger for eksempel? Og hva kan det bety for norsk helsetjeneste at vi kan få tilgang til behandlinger som man ikke driver med her – enten det er en "hip resurface" eller kreftbehandling som innebærer bruk av stamceller?

Teknologiske føringer

En rekke endringer i både medisinsk teknologi og IKT påvirker både organiseringen av helsetjenesten og medarbeiderne i deres hverdag og i forhold til deres kompetanse. Det gjelder innføring av EPJ, e-resept, Norsk Helsenett, elektronisk meldingsutveksling og ulike kommuneprogrammer som skal bedre samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten samt sosialtjenesten ved å dele informasjon om bruk av legemidler, tidlig varsel om utskrivning av pasienter fra sykehus og etablering av nasjonale standarder for pleie- og omsorgstjenesten.⁴⁵

Da Mandag Morgen i fjor skrev om EPJ, var det flere i helsesektoren som pekte på ulike motkrefter. Inge Fottland, som tidligere jobbet med innføring av EPJ ved St. Olavs Hospital, peker på at selve innføringen av systemet bare er en liten del av omstillingen: "Tidligere var helsevesenet organisert etter spesialitet, profesjoner, funksjoner eller enkeltinstitusjoner. Nå har debatten mer gått mot å organisere tjenestene etter pasientenes behov for helhetlige kvalitative pasientforløp, uavhengig av forvaltningsorgan eller institusjon. Dette får også konsekvenser for hvordan ny teknologi skal utformes og anvendes. EPJ kan gi større klarhet i hver enkelt pasients sykdomsbilde, ved at all informasjon om pasienten samles og blir lettere tilgjengelig for rett person til rett tid," sier han. Denne synligheten kan tvinge frem en erkjennelse av at systemene ved avdelinger og institusjoner bør legges om.

EPJ kan avdekke et stort behov for omorganisering og omlegging av arbeidsrutiner og maktstrukturer. Det viser erfaringer fra blant annet danske sykehus.

Nye St. Olavs Hospital vil bli et av Nord-Europas mest moderne sykehus – og kanskje for avansert for de ansatte, mener IKT-ansvarlig ved Helsebygg Midt-Norge, Tore Indreråk.⁴⁶ Bort skal alle haugene med papirjournaler, sykepleiere som løper til og fra med materiell, røntgenbilder som forsvinner osv. Inn kommer høflige, trøndertalende roboter som skal frakte materiell rundt i korridorene. Hver seng får sin terminal der pasientene får tilgang til journal, internett, video, spill, telefon, informasjon og e-post. Sykehuset innfører også EPJ, personellet blir utstyrt med PDAer og får all nødvendig informasjon rett i hånden. Røntgenbilder blir digitale slik at flere kan studere bildene samtidig på ulike steder. Og et rørpostsystem skal sørge for effektiv frakting av materiell.

Så langt, så vel. Men Indreråk sier at "teknologien blir ikke bedre enn den enkelte avdelingsleders kunnskap. Denne generasjon ledere har ikke IT under huden. De er den siste generasjon som ikke har vokst opp med IT, og har fått det i hodet og fingrene gjennom oppveksten". Ragnhild Meirik, som er direktør for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge mener at mye av organiseringen av arbeidet må gjøres annerledes: "Organisasjons- og ledelsesstrukturene er bortimot uendret til tross for at innholdet i arbeidet er helt forskjellig på grunn av ny teknologi", sier hun.

⁴⁵ Mandag Morgen: "Det papirløse sykehus kolliderer med inngrodd arbeidskultur", nr 41-42, 20. desember 2004. Temanr om "Den høyteknologiske pasienten".

⁴⁶ Mandag Morgen: "Digitalt sykehus: Kollisjon mellom mennesker og teknologi", nr 18-19, 24. mai 2004. Temanr om "Det digitale spranget":

Telemedisin – sentralisering og desentralisering

Nasjonalt senter for telemedisin har en rekke spennende prosjekter som kan få konsekvenser for helsetjenestens organisering og de ansatte. Vi har plukket ut noen få prosjekter som senteret har hatt de siste årene for å gi et bilde av hva vi kan vente oss fremover:

Stillbilder fra ambulanse: AMK sentralen i Tønsberg og Tromsø har hatt utplassert utstyr for å ta og sende bilder i ambulanser. Ambulansepersonell tar bilder og overfører dem til sykehuspersonell som toler disse. Hensikten er å forbedre den muntlige rapporten fra skadestedet ved hjelp av bilder. Bildene kan være til hjelp for flere grupper: skadestedsledelsen i sykehuset kan bruke oversiktsbildene for å få oversikt over skadestedet og estimere behovet for ressurser som trengs. Kirurgisk og anesthesiologisk personell kan bruke bilder av materielle skader til å vurdere hvilke krefter som har virket på de skadde. Det kirurgiske teamet kan forberede eventuelle operasjoner.

Automatisk måling av blodsukker: Det utvikles et automatisert system for trådløs overføring av blodsukkerdata blant barn og ungdom til pårørende og helsepersonell.

Interaktive medier i ettervernet for rusmisbrukere: Ved hjelp av SMS har man utviklet et mer tilgjengelig tilbud og flere valgmuligheter som åpner for individuelle løsninger både mht form, hyppighet og innholdet i kontakten mellom rusmisbruker og ansatte.

Digital-tv og pasientinformasjon: Bruker tilgjengelig teknologi (DVD tilknyttet fjernsyn) for å se hvilke muligheter morgendagens digitale TV vil gi pasienter og det helseinteresserte publikum. Målgruppen har i første omgang vært personer med diabetes type 2 og deres pårørende. Prosjektet har overføringsverdi for andre sykdomsgrupper der informasjonsbehovet er vesentlig og der egenbehandling krever tilpassing av livsstil.

E-V@kt: Elektronisk vaktssystem vedr kreftpasienter/kreftproblematikk mellom sykehus. Forespørsel sendes via kryptert e-post i helsenet for å erstatte telefon- og brevkorrespondanse og gi mer systematisk og hurtig håndtering.

Eksemveiledning på e-post: Veiledning av foreldre til barn med atopisk eksem med bildetaking og overføring via e-post for å gjøre det mulig å tilpasse behandlingsopplegg hjemme.

Etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri: Utvikle og implementere modell for å bedre samarbeidet mellom de ulike nivåene i psykisk helsevern: psykiatrisk sykehus, DPS og det lokale hjelpeapparatet i kommunen. Holde jevnlig kontakt med fagpersonell for å skape trygghet og hindre reinnleggelse via videokonferanse. På sikt bruke det som ettervern-samtaler med pasienter og pårørendekontakt i form av videokonferanser.

Født med bredbånd: Prosjekt mellom Lofoten sykehus og Nordland Sentralsykehus der spesialisten i Bodø vurderer ultralydbilder overført fra Lofoten mens pasienten slipper å reise.

Hjertelyd: Registrering av hjertelyd hos barn med bilyder i hjertet. Hjertelyden kan sendes elektronisk fra kommunelegen til spesialist for vurdering.

Smarthus: Det er også forsøk på å utvikle ulike "smarthus-løsninger" for blant annet fremtidens eldreomsorg. Det kan være lysbrytere som skrur seg automatisk på ved bevegelse for å hindre fallulykker, automatiske pilledispensere som styrer medisindelingen, tidsbrytere på kokeplater og kaffetraktere, eller det kan være mer avanserte løsninger som fallsensorer og avanserte trygghetsalarmer. Innen kategorien senil demente kan man for eksempel tenke seg alarmer som varsler når brukerne beveger seg ut av hjemmene. På denne måten kan smarthus-teknologi fungere som en slags "usynlig tjener" som 24 timer i døgnet passer på brukeren. Men det forutsetter at noen følger opp når "alarmen går".

Med legen på videotelefon: Trysil kommune har i samarbeid med Vertikal Helseassistanse gitt innbyggerne tilgang til spesialister som går langt ut over hva en normal mellomstor landsens

kommune kan tilby sine innbyggere. Ved hjelp av en telefon, et videokamera og en allmennlege på kommunelegekontoret settes legen og pasienten i kontakt med spesialister.

Bruken av telemedisin fører til:

- ❖ Mindre avhengig av bosted og avstander. Kan få verdens spesialister rett inn i hvert kommunale legekantor omtrent.
- ❖ Flytter mer oppgaver og ansvar til primærhelsetjenesten. Hele tiden delegering nedover i pleiekjeden, fra sykehus til kommunale institusjoner til hjemmet. Det krever mobilitet blant helsepersonellet, endrede arbeidsformer og rutiner.
- ❖ Krever kompetanse innenfor veiledning/pedagogikk og gode kommunikasjonsevner blant helsepersonellet.

Til diskusjon i tankesmien

På temamøtet tar vi utgangspunkt i notatet og deler deltakerne inn i tre grupper. Gruppene vil utarbeide et fremtidsbilde hver. Deltakerne bestemmer selv hvilket fremtidsbilde de ønsker å være med å utarbeide, gruppeinndelingen tar vi i workshopen.

Fremtidsbilde 1: Eldreomsorg i 2015

Utgangspunktet: Anne er en enslig kvinne på 85 år som bor i et lite tettsted i Vestfold. Hun bor i hjemmet sitt, langt fra pårørende, har diabetes 2 og sliter med depresjon og angst. En dag faller hun og brekker lårhalsen. Beskriv helsearenaen til Anne slik den er i 2015 mht:

- ❖ Hva slags hjelp får hun?
- ❖ Hvem gir ulik type hjelp, hvordan er den organisert, hva slags kompetanse har de ulike faggruppene?
- ❖ Hvordan ser "pasientloopen" som Anne går igjennom ut?
- ❖ Hva er de viktigste endringene som har skjedd mellom 2005 og 2015, og som er forutsetning for fremtidsbildet?

Fremtidsbilde 2: Slik jobber helsemedarbeiderne i 2015

Utgangspunkt: Vi har sett trender som peker mot økende etterspørsel, 24/7, økt fleksibilitet, økt mobilitet, desentralisering og sentralisering. Samtidig vet vi en del om tilbudet av ressurser. Beskriv hvordan helsemedarbeiderne arbeider i 2015 mht:

- ❖ Arbeidstid, vaktssystem, turnus, incentivsystem
- ❖ Arbeidssted – hvem jobber hvor?
- ❖ Arbeidsfordeling – hvem gjør hva, hvordan er arbeidsfordelingen mellom faggruppene?
- ❖ Kompetanse – hva slags kompetanse trenger de ulike faggruppene, hva får de gjennom utdanningssystemet, hva med videre- og etterutdanningen?
- ❖ Hva er de viktigste endringene som har skjedd mellom 2005 og 2015, og som er forutsetning for fremtidsbildet?

Fremtidsbilde 3: Norge i et internasjonalt helsemarked anno 2015

Utgangspunkt: Vi ser trender som peker mot økt internasjonalisering av helsetjenestene. Beskriv Norges eller norske helsetjenesteleverandørers posisjon i 2015 mht:

- ❖ Hvor preget er vi av internasjonaliseringen?
- ❖ Hvordan preger den ulike deler av helsetjenesten?
- ❖ Hvordan har ulike aktører posisjonert seg?
- ❖ Hva betyr dette for vårt kompetansebehov og faggruppenes kompetanseutvikling?
- ❖ Hva er de viktigste endringene som har skjedd mellom 2005 og 2015, og som er forutsetning for fremtidsbildet?

Kildeliste

- Adresseavisa: "Heller omsorg enn kirurger", 29. september 2005.
- Aftenposten: Velger kvalitet. <http://www.aftenposten.no/helse/article770178.ece>
- Dagens Næringsliv: "Thailandsk sykehus åpner i Sverige", 23. november 2005.
- Dagsavisen 5. september 2005
- Dag R. Abrahamsen og Jørgen Svalund: "Flere eldre mottar hjemmesykepleie". SSB 2005.
- Dag Bratlid: "Hvor mange leger trenger vi?" Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 123, 2104, 2003.
- D. Taraldset: "Flere medisinstudenter i Polen, Tsjekkia og Slovakia". Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 125, 3167, 2005.
- Gry Andersen: Innspill til temamøte 2 i tankesmien.
- Helse Øst: "Rapporter fra temaområdene", versjon 1, 16. november 2005
- Kristin Straumsheim Grønli: "Jenter presser gutter ut av universitetet, men gubbene blir", www.forskning.no, 2. sep 2002.
- KS: "Kan flere jobbe mer i helsevesenet?"
- Mandag Morgen: "Sykehusenes kvalitetsindikatorer får stryk", nr 12, 22. mars 2004.
- Mandag Morgen: "Vil sende blodprøver til India", nr 23, 16. august 2004.
- Mandag Morgen: "EU vil revolusjonere tjenestesektoren", nr 28, 20. september 2004.
- Mandag Morgen: "Det papirløse sykehus kolliderer med inngrodd arbeidskultur", nr 41-42, 20. desember 2004. Temanr om "Den høyteknologiske pasienten".
- Mandag Morgen: "Digitalt sykehus: Kollisjon mellom mennesker og teknologi", nr 18-19, 24. mai 2004. Temanr om "Det digitale spranget".
- Mandag Morgen: "Mot fri flyt av pasienter i EU", nr 2, 17. januar 2005.
- Mandag Morgen: "Et folk av karriere-vegrere", nr 10-11, 14. mars 2005. Temanummer om rekruttering, "Jakten på den rette".
- Mandag Morgen: "Gullalder for legestanden går mot slutten". Nr 27, 12. september 2005.
- Mandag Morgen: "Norges eldre pleies av ufaglærte", nr 37, 21. november 2005.
- NHS Scotland: "Building a Health Service Fit for the Future", 2005.
- McKinsey: "Opportunities for internationalization in health care", McKinsey Health Europe, number 3, march 2004.
- Nils Martin Stølen, Tonje Köber, Dag Rønning og Inger Texmon: "Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell mot år 2020. Modelldokumentasjon og beregninger ved HELSEMOD", SSB, rapport 18/2002.

SNAPS: "Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden", 2004.

Soria Moria-erklæringen

Sosial- og helsedirektoratet. "Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006". Rapport nr 1, utgitt 2004 og rapport nr 2, utgitt 2005.

Sosial- og helsedirektoratet: "Utredning om utdanning i akupunktør og homøopati", 2004.

SSB: "Helse- og sosialpersonell, 4. kvartal 2004. Flere arbeider heltid".

Sten-Erik Clausen og Britt Slagvold: "Morgendagens eldre", NOVA, 2005.

Sykepleien: "Kronisk misnøye", nr 15, 2005.

Ugebrevet Mandag Morgen: "Direktivstrid kan rulle det indre marked tilbake", nr 39, 14. november 2005.

Ulf Ljungblad: "Samordning og funksjonsfordeling i Østfold i et internasjonalt perspektiv", foredrag ved NSHs årskonferanse sep 2005.