

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Att: Ingrid M. Middelthon

Dykkar ref: 23/92

Vår ref: 2023/975

Dato: 02.05.23

Høringssvar - Helse og Møre og Romsdal HF - NOU 2023:4 – Tid for handling

1. Innledning

Helse Møre og Romsdal HF («HMR») stiller seg i all hovedsak bak kunnskapsgrunnlaget og analyse ne som presenteres i *NOU 2023:4 – Tid for handling*. HMR opplever at utfordringene med å rekruttere og bevare personell ikke bare er en utfordring vi vil møte i fremtiden, men som er høyst reell allerede i dag. Det er positivt at dette settes på dagsorden, og det er i høy grad tid for handling.

HMR skal utføre pålagte oppgaver, bidra til å løse regionale oppgaver og oppfylle styringskravene innenfor de rammer og ressurser som stilles til rådighet. I utviklingsplan 2023-2026, vedtatt 8. september 2022 ble det vedtatt at de fem hovedsatsingsområdene er:

- Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning
- Samling om beste praksis
- Regionale fellesløsninger
- Bærekraft i personell og kompetanse
- Sterkere samhandling

De vedtatte hovedsatsingsområdene sammenfaller i stor grad med det som påpekes vil være sentrale innsatsfaktorer i “Tid for handling”.

HMR har spilt inn sine synspunkter til “Tid for handling” til Helse Midt RHF, og stiller seg bak høringssvaret fra Helse Midt RHF datert 26. april 2023.

HMR vil i dette høringssvaret sette særlig fokus på:

- Det desentraliserte tjenestetilbud
- Handlingsrom
- Bærekraftig byggmasse - en forutsetning for riktig oppgavedeling
- Tiltak for å rekruttere og beholde personell
- Samarbeid med kommuner/primærhelsetjeneste
- Utdanning og kompetanseutvikling
- Prioritering og begrensende valg

- Ledelse
- Digitalisering og teknologisk utvikling

2. Det desentraliserte tjenestetilbud

Desentralisert sykehusdrift vil være viktig også fremover. I fremtiden med aldrende befolkning vil nærheten til tilbud som pasientene trenger ofte, bli enda viktigere. Primær- og spesialisttjenestene avlaster hverandre, og er i et gjensidig avhengighetsforhold. Lokalsykehus med akutt-funksjoner er fortsatt viktig for en stabil og god fastlegeordning. Som det følger av utviklingsplanen, skal HMR arbeide for å styrke samarbeidet mellom tjenestene. Det å ivareta lokalsykehus blir også svært viktig for primær- og fastlegjetjenestene.

Lokalsykehus gir synergieffekter i arbeidsmarkedet, blant annet med tanke på tilgang på kvalifisert arbeidskraft til andre kompetansebedrifter i distriktet, blant annet teknologi. Utstrakt sentralisering av helsetjenester vil også medføre risiko for redusert tilgang til arbeidskraft med høy utdanning i Distrikts-Norge.

HMR mener økt generalistkompetanse er en nøkkelfaktor for å møte utfordringene fremover. Vurdering, prioritering, diagnostikk og behandling av uselekterte akutt-pasienter er generalistens styrke. Det må legges opp til flere generalister på alle sykehus. Lokalsykehusene representerer viktig generalistkompetanse i spesialisthelsetjenesten i dag.

HMR består av fire akuttsjukehus og en omfattende prehospital tjeneste, hvilket tilsier at store deler av virksomheten er knyttet opp til døgntilgjengelig vaktberedskap. HMR opplever som nevnt allerede utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell, spesielt innenfor de mer spesialiserte yrkesgrenene. Dette får konsekvenser for hvordan HMR drifter tjenestene, og hvordan vi planlegger framtidig drift av tjenestene. Imidlertid er det viktig å påpeke at flere sykehus rekrutterer stedlig, og at lokalsykehus også kan rekruttere godt.

3. Handlingsrom

I «Tid for handling» fremgår det at et viktig tiltak er å organisere og drifte slik de tilgjengelige menneskelige ressursene kan anvendes på best mulig måte, særlig i fremtiden hvor tilgangen til personell vil bli et knapphetsgode. Vi har gjennom de siste årene erfart at avgjørelser vi har tatt knyttet til nettopp hvordan HMR velger å organisere tjenestene, blir gjenstand for stor oppmerksomhet, politisk motstand og gjentatte omkamper.

Skal vi sammen utvikle en bærekraftig helsetjeneste for fremtiden, så må aktørene også utenfor helsetjenesten ta innover seg realiteten vi står overfor i HMR og i landet som sådan. Det er viktig å etablere politisk forståelse for at helseforetakene må ha faktisk handlingsrom for å kunne gjennomføre tiltak og omstillingsprosesser for kunne stå i det realitetsbildet som «Tid for handling» presenterer. Gjentatte politiske omkamper mot nødvendige omstillinger er i seg selv tid- og ressurskrevende, og kan motvirke det vi alle jobber for; et helsevesen med høy kvalitet i pasientbehandlingen, selv med begrensede menneskelige ressurser.

En fellessituasjonsforståelse vil i større grad bidra til å underbygge gode prosesser internt, men også med samarbeidspartnere og eksterne aktører. Dette er avgjørende for å rekruttere, men ikke minst beholde fagfolk og ledere.

4. Bærekraftig byggmasse – en forutsetning for riktig oppgavedeling

Utforming av arealer og bygninger er avgjørende for å kunne ha effektive tjenester og god ressursbruk, slik som «Tid for handling» påpeker. HMR støtter at utformingen av bygg og arealer også må ta hensyn til at personellet er en knapphetsressurs, og må tilrettelegges slik at man kan øke produktiviteten, og også

gi bedre kvalitet på behandlingen. Kvalitet på bygningsmassen har også positive effekter for å rekruttere og beholde personell, og har også naturligvis positive virkning på det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet.

En tilstandsanalyse av bygg foretatt av Multiconsult i 2020, viser at helseforetakene samlet har tilstandsgrad 2 og 3 (vesentlige til alvorlige avvik) på 55 % av sin bygningsmasse.

For HMR sin del har over 70 % av bygningsmassen tilstandsgrad 2 eller 3. Fortsatt drift med denne tilstandsgraden kan være både risikabelt og svært kostbart. Uten investering i bygningsmessig oppgradering, kapasitetsøkning og tilpasning til nye driftsformer, vil det bli utfordrende for HMR å ivareta forpliktelsene i sitt opptaksområde i form av en effektiv, bærekraftig, sikker og pasientvennlig virksomhet.

Det må investeres i vedlikehold, nybygg og oppgradering av gammel og utdatert bygningsmasse for å nå målsetninger om å redusere arbeidskraftsbehovene i framtidsscenarioet presentert i «Tid for handling». Noen av dagens krav til sykehusbygg er at de skal være rasjonelle og fleksible i utforming. Beredskap for nye behandlingsformer og en eventuell pandemi er utfordrende å ivareta uten funksjonelle arealer.

Spesialisthelsetjenesten har utvidet mange nye tilbud og funksjoner, utløst av nye og endrede behov gjennom årenes løp. Disse utvidelsene har ikke alltid vært støttet av optimal plassering og bygningsmessige tilpasninger. Dette gjenspeiles i utfordrende logistikk og arealer som ikke er i henhold til dagens standard. Poliklinikker med mange pasientkontakter per dag, kan f.eks. ligge lite hensiktsmessig plassert - spredt, og langt inne i sykehuskroppen.

Omstillingstakten i dagens spesialisthelsetjeneste forsinkes av lite hensiktsmessige arealer. Kliniske funksjoner må tilpasses nye driftsformer for å møte framtidens utfordringer. Helsetjenesten trenger tilpassede arealer som støtter oppunder rask diagnostikk, effektive pasientforløp og oppgaveglidning til riktig nivå for å frigjøre høykompetent personell. Samlet sett gir dette økt kvalitet og kapasitet i pasientbehandlingen med samme antall ansatte. Det er også gevinster i et miljøperspektiv - lavere driftskostnader i arealene og effektivt lagerhold med mindre kassasjon.

Ved å investere i modernisering og oppgradering av infrastruktur og arealer i el dre helsebygg, legges det til rette for framtidssrettede løsninger som digitalisering, nye driftsprinsipper og god pasientflyt.

Et eksempel er etablering av korttidspost med nærhet til akuttmottak, som i samspill reduserer behovet for døgnsenger markant. Dette samspillet med "trekkspilleffekt" mellom enheter støtter fleksibel bruk av personell uten å øke bemanning. Samtidig reduseres «sårbarhet» i en spisset situasjon og slitasje på personell i en hektisk hverdag med høy aktivitet.

Økonomisk handlingsrom for vedlikehold, nybygg og rehabilitering, hvor nærhetsbehov og effektiv bruk av både arealer og personell er ivaretatt, støtter bærekraftig utvikling.

5. Tiltak for å rekruttere og beholde personell

Fokus på det strategiske arbeid knyttet til hvordan det offentlige helsevesenet skal rekruttere helsepersonell, blant annet i konkurranse med private aktører, er helt avgjørende.

Samtidig mener HMR at spørsmålet om hvordan vi kan beholde de ansatte, er minst like viktig. Sånn sett mener vi «Tid for handling» gir et noe ubalansert bilde av styrkeforholdet mellom disse to innsatsfaktorene. «Bevaringsperspektivet» er særs viktig når vi omtaler konkurranse om personellet.

Flere forhold er av betydning, og vi ønsker spesielt å belyse :

- a. **Heltid:** Heltidskultur og flere hele stillinger vil fremstå attraktivt både med hensyn til rekruttering og beholde de som allerede er ansatt. En må tilstrebe å legge forholdene til rette

for at ansatte skal kunne stå i hele stillinger. Dette gjennom å organisere arbeidet og arbeidstiden på en slik måte at det skapes forutsetninger for heltidsarbeid.

b. Individuell tilpasset arbeidstid: HMR opplever at flere ansatte enn før gir uttrykk for ønske om mer individuell tilpasset arbeidstid. Det kan være både positive og negative sider med dette. En positiv side er at det å kunne påvirke sin egen arbeidstid vil kunne gjøre at de ansatte blir mer fornøyde, noe som igjen kan gi seg utslag i bedre arbeidsmiljø, noe som igjen kan bidra til å rekruttere og beholde personell og redusere sykefravær. Imidlertid vil dette medføre mer administrativ ressursbruk, det kan bli krevende med tanke på kompetansesammensettingen, øke forventningene til å få innfridd individuelle ønsker og gi mindre rom for tilrettelegging for de som trenger det ut fra sosiale forhold. Det må legges til rette for å kunne teste ut forskjellige metoder for å se om dette kan gi resultater. Dette forutsetter økonomisk støtte slik som kommisjonen foreslår. Det er viktig å dokumentere resultat av forsøksperioder, og brukene dataene som evalueringsgrunnlag.

c. Faglig utvikling og livslang læring: Det er viktig å legge til rette for faglig utvikling og livslang læring. Samtidig må foretaket anvende de ressursene og kompetansen som er tilgjengelig, slik at ansatte opplever høy grad av autonomi, jobbtilfredshet og personlig utvikling. Faglig utvikling er en viktig faktor for trivsel.

d. Sykefraværsoppfølging: Arbeidsgivers fokus på forebygging og oppfølging i forbindelse med sykefravær er også viktig for å hindre frafall og utstøting.

e. Omdømme: HMR sine rekrutteringsutfordringer er i stor grad sammenfallende med de nasjonale, dvs. yrkesgrupper som det rapporteres om og oppleves som vanskelig tilgjengelig. Samtidig ser vi store lokale forskjeller innad i foretaket. Årsakene til variasjonen i evnen til å rekruttere og beholde er sammensatt. Generelt ser vi at de mest krevende medisinske sengepostene med 3-delt turnus har størst utfordringer med å rekruttere og til dels beholde sine ansatte. Tilsvarende vil "lettere" seksjoner med mer funksjonsfriske pasienter, og poliklinikker, ha noe mindre rekrutteringsutfordringer.

Det er viktig å være til stede hos blant annet utdanningsinstitusjonene og sette fokus på hvordan vi sammen kan fremsnakke og markedsføre hvor meningsfylt det er å jobbe i det offentlige helsevesenet.

f. Onboarding: Et annet moment som er vesentlig for om en ønsker å bli værende, og noe som også er omdømmebyggende, er hvor god onboardingsprosessen har vært. Det er en fordel at onboardingsprosessen styres med et overordnet perspektiv. Det er i dag stor grad basert på hvordan den enkelte seksjon velger å gjøre dette. Med en slik praksis vil variasjonene bli store med de uheldige konsekvensene det kan ha for den enkelte og i neste omgang for foretaket. Det har over tid vært samarbeidet regionalt med å få til en felles kvalitetssikret onboardingsprosess, uten at en p.t. er i mål med dette. HMR ønsker å følge opp mye av det arbeidet som er gjort og etablere en del felles rutiner knyttet til onboarding. Det handler dels om hva du blir gitt av informasjon i forkant av ansettelsen, men ikke minst og hva som skjer i gitte perioder de første seks månedene av ansettelsesforholdet. Det må i enda større grad rettes fokus på hvordan vi på en bedre måte kan ta vare på, og følge opp, nytilsatte. HMR støtter derfor forslaget om blant annet mentorordning, trainee-stillinger og mottakspakker for nyansatte.

g. Lokalsykehusene sin evne opp mot de større sykehusene: HMR vil påpeke at ikke alle sykehus har utfordringer med å rekruttere nå. Vi opplever at mindre sykehus kan rekruttere godt. Det må fortsatt jobbes med ulike virkemidler for å sikre at de mindre sykehusene skal være attraktive, i rekrutteringskonkurranse mot de store universitetssykehusene.

h. Arbeidsforhold og arbeidstid: Å beholde ansatte er avgjørende i alle stillingskategorier, og i alle aldersgrupper. SSB har blant annet kartlagt sykepleieres vei inn og ut av yrket. Kartleggingen viser at en av fem sykepleiere har sluttet i yrket før det har gått ti år. Dette viser blant annet til behovet for å tenke livsfasepolitikk snarere enn kun seniorpolitikk, som det vises til i utredningen. En livsfaseorientert personalpolitikk vil kunne gi konkurransefortrinn og bidra til både rekruttering og bevaring av ansatte. Helseforetakene vil dra fordeler av å være nytenkende på dette området fremover. Det å beholde seniorer i arbeid så lenge som mulig, og hindre frafall der dette er mulig, er uansett av stor betydning. Kommisjonen peker på at dersom man øker avgangsalder i enkelte personellgrupper, vil dette bidra til en kraftig økning i arbeidstilbudet. Tall fra KLP viser at overgang fra helt aktiv til hel eller delvis ytelse registrert i HMR i 2022 fordeler seg slik:

Gjennomsnittlig alder for uttak av hel eller delvis avtalefestet pensjon, alderspensjon og uførepensjon:

- Sykepleieordningen: 58,3 år (antall 84)
- Legeordningen: 64,2 år (antall 9)
- Fellesordningen 58,5 år (antall 79)
- Samlet gjennomsnitt: 58,7 år (antall 172)

Gjennomsnittlig alder for uttak av hel eller delvis avtalefestet pensjon og alderspensjon:

- Sykepleieordningen: 64,3 år (antall 51)
- Legeordningen: 67,7 år (antall 7)
- Fellesordningen: 65,2 år (antall 44)
- Samlet: 64,9 år (antall 102)

Disse tallene underbygger potensialet som ligger i å forhindre tidlig uførhet og utsette tidspunktet for pensjon. HMR er derfor spesielt opptatt av forebygging og reduksjon av sykefravær. Det er en rekke tiltak som vil være aktuelle. Blant annet må man i større grad se på helsefremmende turnusordninger som et viktig virkemiddel for å forebygge fravær. God planlegging helt fra det taktiske nivået til ferdig arbeidsplan er viktige elementer for å lykkes i arbeidet for å redusere sykefraværet.

Det er viktig at ledere benytter samarbeidsarenaer for diskusjon med tillitsvalgte, slik at en bedre kan fange opp hva som er utfordringer og krevende i arbeidshverdagen, både når det gjelder arbeidets art, men også organiseringen av arbeidet.

Det må settes av tilstrekkelige ressurser til å kunne gjøre gode analyser av HR-data. Det må foretas grundige evalueringer av turnusperiode for å kunne jobbe effektivt i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Undersøkelsen «ForBedring» er en viktig kartlegging og gir kunnskapsgrunnlag for å jobbe systematisk med de utfordringene som skiller seg ut for hver enkelt enhet.

6. Samarbeid med kommuner/primærhelsetjeneste

I samarbeidet med primærhelsetjeneste mener HMR at det finnes et uforløst potensial. Med en felles erkjennelse av at helsepersonell er en knapphetsressurs må primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeide om best mulig ressursutnyttelse. Behovet kan være ulikt, men begge tjenester kan ha behov for kompetansen. Eksempel er jordmødre, som i større grad kan ha kombinerte stillinger (hus/hytte-modell). Det er også relevant å se dette opp mot et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

I «Tid for handling» foreslår kommisjonen at helse- og omsorgstjenestene organiseres helhetlig og fortrinnsvis på ett nivå. HMR er enig i at fokus på oppgavedelingen i helse- og omsorgstjenestene er viktig for å bidra til økt produktivitet, og dermed redusere behovet for personell i tjenestene.

Etter HMR sitt syn er det imidlertid for prematurt å vurdere om organisering i ett nivå er rette veien å gå, men det kan være interessant å vurdere prøveprosjekter. Erfaringsvis er det da viktig med økonomiske virkemidler og klare juridiske rammer.

7. Utdanning og kompetanseutvikling

a. Studieplasser

Antall studieplasser til sykepleieutdanningene har økt de senere årene. Dimensjonering av utdanningstilbudene bør sees i sammenheng med behov for økt utdanningskapasitet, men lokal praksiskapasitet bør vektlegges i fordeling av plassene. Tilgang til gode praksisplasser er en kjent flaskehals i utdanningsløpet. Det er derfor uheldig når det som kan karakteriseres som desentrale studieplasser står ubrukte, samtidig som større sykehus påtar seg et stadig økende antall praksisplasser.

Det er avgjørende at universitets- og høyskolesektoren legger til rette for bruk av de desentrale praksisplassene i vår region for helsefagutdanningene. Bruk av slike plasser må ikke gå på bekostning av praksislærers mulighet for å følge opp studentene og praksisveilederne i form av fysiske møter og tilstedeværelse i avdelingene. Studentene som potensielt får ekstrautgifter relatert til desentrale praksisplasser bør få disse dekket.

I Møre og Romsdal har det lenge vært krevende å skaffe nok praksisplasser for helsefagene i spesialisthelsetjenesten. I HMR er alle praksisplasser kartlagt og i bruk via et digitalt praksisplass-skjema, og nå er kapasiteten nådd. Satsing på praksisveilerutdanning anser vi som avgjørende for god kvalitet i praksis og for å kunne beholde praksisplassene som er kartlagt. HMR har, som de andre helseforetakene i vår foretaksgruppe, mottatt midler fra Helse Midt-Norge RHF for å øke kvalitet og kapasitet i praksisstudier.

HMR støtter innspillet på å gi studenter erfaring med tredelt turnus som en naturlig ordning i praksis, og dette vil bidra inn mot god gjennomføring av praksisstudiene, og maksimal utnyttelse av praksiskapasiteten. Videre anser vi erfaringer med tredelt turnus som en vesentlig del av forventingsstyring til rollen som arbeidstaker innen helsevesenet. HMR jobber med å legge til rette for at ferdighetstrening og simulering på sikt kan benyttes som en del av praksisstudiene, da vi kan se for oss at simulering kan få en mer fremtredende rolle i utdanningen. HMR tror at en potensiell økt bruk av simulering, og potensielt kortere praksisperioder fordrer gode onboarding-ordninger for nyansatte, og at mentorordninger og traineestillinger i større grad må prioriteres.

Det støttes at kommunene bør ha lovfestet plikt til å veilede studenter i praksis.

HMR støtter en satsing på desentrale studietilbud: tilrettelegging av digital undervisning og simulering/ferdighetstrening lokalt i sykehusene er alle tiltak som kan prøves ut.

b. Utdanning av spesialsykepleiere

HMR har en forholdsvis høy snittalder innenfor en del spesialsykepleiergrupper, jf. tabell under. Dette medfører et stort behov for satsning på videreutdanning, samtidig som foretaket også må settes i stand til å beholde de man allerede har utdannet. Erfaringer viser til at bindingstid ikke alltid er tilstrekkelig virkemiddel for å beholde de ferdig utdannede. Heltid, god ledelse, arbeidsmiljø, lønn og sosiale goder, attraktiv arbeidstid, jobbtilfredshet og faglig utvikling er eksempler på vesentlige faktorer som kan være avgjørende for at vi ikke taper i konkurranse med for eksempel private helsetjenester.

Gjennomsnittsalder:

Gj.snitt alder ansatte	ÅR					
Gruppering B	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Spesialsykepleier	50,5	50,6	49,5	49,0	49,6	49,9
Jordmor	45,6	46,6	46,7	47,2	44,3	46,1
Totalsum	49,7	50,0	49,1	48,7	48,7	49,2

Merk: Spesialsykepleiergruppen inneholder alle spl. i lønnsgruppe 5

HMR støtter økt bruk av kombinerte stillinger mellom utdanningssektoren og spesialisthelsetjenesten, særlig på masterutdanningsnivå, da vi tror dette kan bidra til enda sterkere fagmiljøer, økt forståelse og "status" for veiledningsrollen, opprettholdelse av utdanningskapasiteten og et mer forent syn på utdanning, forskning og pasientbehandling. HMR støtter «hus-og-hytte»-modellen om stillinger for helsepersonell både i utdanningsinstitusjoner og ved sykehusene, men har få ansatte/sykepleiere med slike kombinerte stillinger. Å øke denne andelen fordrer flere med masterkompetanse blant sykepleiere, da det er et minimum for å få akademiske stillinger. Det er tilrettelagt for dette ved at sykepleiere i HMR kan avlegge mastergraden som en del av bindingstiden for de som har fått utdanningsstilling. Videre er det i regionen drøftet om det burde være øremerkede midler til stipendiatstillinger for denne gruppen. Fokus på videreutdanning anser vi som en del av den strategiske tilnærmingen til kompetanseutvikling i tjenestene, og vi støtter anbefalingen om at utdanning av helsepersonell bør innrettes slik at både helse- og omsorgstjenestenes og universitets- og høyskolesektorens behov for kompetanse dekkes.

Konsekvensene av endringer i opptakskriterier (fjerning av yrkeserfaring) for ABIOK-utdanningene i vår region kan være flere, men vil sannsynligvis føre til nye prosedyrer og oppfølging for nyansatte spesialsykepleiere. En risiko er at HMR får lavere kapasitet til å veilede, da hver student potensielt behøver tettere oppfølging og veiledning enn om de hadde to års yrkeserfaring.

c. Lærlinger

HMR har lagt til rette for læretid for lærlinger i helsearbeiderfaget ved alle fire sykehusene. Dette er et arbeid som prioriteres i foretaket. HMR jobber i samarbeid med fylkeskommunen rundt mulige relevante videreutdanninger for helsefagarbeidere. HMR støtter at helsefagarbeiderfaget må styrkes, sees i sammenheng med oppgavedeling, og at arbeidsoppgavene må bli tydeligere og relatert til fokusområdene i utdanningen. Dette er et fokusområde i flere av våre sengeposter.

8. Prioritering og begrensende valg

HMR støtter også at det må jobbes med overordnede kriterier for prioriteringer, og at det må jobbes sentralt for å unngå uønsket variasjon. Et viktig tiltak er å redusere omfanget av unødvendige helse- og omsorgstjenester, noe som vil redusere behovet og etterspørselen etter personell. Det forebyggende folkehelsearbeidet er også svært viktig i denne sammenheng.

Det å unngå overdiagnostikk og overbehandling er videre viktig for å kunne møte forventningene til reduksjon i ressursbruken. Det er viktig at realitetene i at tjenestetilbudet i sum vil endre seg, som følge av endringen i tilgangen til personell, formidles til publikum på en slik måte at forventningene til helsetjenesten også justeres.

9. Ledelse

Ledelse blir berørt flere steder i utredningen, og vi vurderer at det gjennomgående stilles store krav til ledelse sett opp mot forventningen om hva ledere skal ha ansvar for i tiden fremover.

HMR vurderer at kvalitet i ledelse er avgjørende for flere faktorer som påvirker muligheten for både å rekruttere og beholde helsepersonell. Derfor må ledelse, herunder hvordan man skal rekruttere og

beholde kvalifiserte ledere, gis økt oppmerksomhet i tiden fremover. HMR ser på dette som en nøkkelutfordring, da HMR opplever store utfordringer i å rekruttere og beholde ledere, og særlig seksjonsledere.

Det som blir vesentlig fremover er at ledere får tid til å bruke på ledelse. Ledelse må i større grad blir sett på som en profesjon. Ledere må få den opplæring, kompetanseheving og støtte som behøves for å mestre og håndtere lederrollen på en tilfredsstillende måte.

For at ledere skal kunne mestre lederrollen, er organiseringen av helseforetakene også av betydning. Det må blant annet sikres at ledere har et overkommelig lederspenn, slik at det er mulig å utøve god ledelse, i tillegg kan det være utfordrende å lede på tvers av lokasjoner. Slike rammevilkår påvirker naturligvis handlingsrommet for utøvelse av ledelse.

HMR støtter tiltakene som omtales i utredningen, og spesielt er HMR opptatt av en strukturert og grundig mottakspakke for nye ledere, blant annet mentorordning. Dette kan også hindra frafall etter kort tid.

Ledere må også sikres videre oppfølging og kompetanseheving. Her anerkjenner HMR behovet som fremkommer i utredningen, blant annet et økt fokus og kompetanse på det som omhandler endringsledelse, prosessledelse, teamarbeid og teamledelse. I tillegg er det vesentlig at ledere forstår viktigheten av et kontinuerlig fokus på både arbeidsmiljø, trivsel og jobbtilfredshet, og hvordan dette igjen vil kunne påvirke blant annet sykefravær, organisasjonskultur og virksomhetens omdømme.

De uunngåelige endringene i helsesektoren stiller store krav til ledere, og vil dermed medføre behov for økt innsats og systematisk arbeid knyttet til lederopplæring og lederutvikling. Det er nødvendig at foretakene har tilstrekkelige ressurser til å jobbe strukturert og profesjonelt med dette.

10. Digitalisering og teknologisk utvikling

HMR støtter kommisjonen i at det må skje en kompetanseutvikling i og for effektive helse- og omsorgstjenester, effektivisering gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi, og forskes på mer effektiv utnyttelse av arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene.

Det er HMR sitt synspunkt at arbeidet med digitalisering og teknologi bør understøtte målet om å håndtere en større mengde pasienter uten like stor økning i antall ansatte. Prioritering og styring innen digitalisering og teknologi bør reflektere dette.

Personellbesparende teknologi, prosesser og tilnærming, for eksempel brukerstyrte tjenester, blir sentrale for å lykkes i en situasjon der tilgang på ansatte og kompetanse er den begrensende faktor.

Organisasjonens evne til å bredde ut det vi får til ett sted, blir vesentlig i endringsprosessen. Dette er en prosess som bør være smidig, behovsstyrt og brukernær.

Helseplattformen er vesentlig i utviklingen av helsetjenesten i årene fremover, og sentral for å lykkes også i denne sammenheng. Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, økt involvering av innbyggere og økt felles innsats på forebyggende innsats basert på bedre datagrunnlag er eksempler på områder.

Styrking av helsefellesskapene, også innen områder knyttet til digitalisering og teknologi, har et potensiale til å adressere deler av de foreslåtte områdene.

Ålesund, 2. mai 2023

Heidi Anita Nilsen
Konst. Adm. Dir
Helse Møre og Romsdal HF

Kjetil Lundberg
HR-direktør
Helse Møre og Romsdal HF