

Deres ref:

Vår ref:

2022/375-7

Saksbehandler

Halvor Hygen/951 31 754

Dato:

Bodø, 28. april 2023

Helsepersonellkommisjonen - utkast til høringssvar fra Helse Nord

Helse Nord RHF vil først takke Helsepersonellkommisjonen for en grundig og viktig rapport. Den kommer på et tidspunkt med behov for omfattende omstilling av spesialisthelsetjenesten i nord, og rapporten er svært relevant for det videre arbeidet.

Helse Nord vil spesielt fremheve følgende:

- 1) Helse Nord RHF støtter kommisjonens beskrivelse av utfordringsbildet. Mangelen på helsepersonell gjelder for hele landet, men situasjonen er mer kritisk i nord. Utfordringen vil bare øke i årene som kommer. Det haster derfor å gjennomføre nødvendig omstilling til mindre personellkrevende drift av helsetjenester i regionen.
- 2) Helse Nord RHF støtter en utredning av fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge. Vi må ha en struktur som lar seg bemanne, og ikke krever mer helsepersonell enn strengt nødvendig. Helse Nord RHF har allerede fått oppdrag om dette og er i gang med å utrede funksjons- og oppgavedelingen i Nord-Norge.
- 3) Gode og tydelige prioriteringer blir stadig viktigere for å opprettholde et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har. Omfanget av unødvendige og lavt prioriterte helsetjenester må reduseres.
- 4) Helse Nord RHF støtter at det innføres tydelige krav om utredning av personellbehovene som følger av foreslått helsepolitikk før slike beslutninger fattes.
- 5) Helse Nord RHF er enige i at oppgavedeling må være et sentralt satsningsområde fremover. Kvalitetsutviklingsprogrammet som kommisjonen foreslår vil understøtte dette på en god måte. Tilnærmingen må være at riktig oppgavedeling starter med forebygging, tidlig innsats, folkehelsearbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse. Frivillige organisasjoner kan få en mer formalisert rolle i dette, og supplere den lovpålagte pasient- og pårørendeopplæringen som sykehusene tilbyr.
- 6) Helse Nord RHF støtter kommisjonens flertall i spørsmålet om fastsetting av gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i

de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. Dersom partene ikke kommer frem til enighet, støtter vi at dagens lovbestemmelser om skift og turnusarbeid gjennomgås.

Under følger utdypende kommentarer og innspill fra Helse Nord RHF til kommisjonens beskrivelser av utfordringsbildet og anbefalte tiltaksområder.

1 Utfordringsbildet

Helse Nord RHF mener kommisjonen treffer veldig godt i sin beskrivelse av utfordringsbildet, slik vi også kjenner det i vår region. Det er mangel på helsepersonell i hele landet, men situasjonen er mer kritisk i nord.

Mange små kommuner, store avstander, synkende folketall, synkende andel av befolkningen og bevilgningene er særegent for helseregionen. De demografiske endringene, også kalt eldrebølgen, rammer Nord-Norge tidligere og hardere. Vi har allerede passer punktet hvor det er flere eldre enn barn og ungdom.

Den største utfordringen for bærekraftige og likeverdige helsetjenester i nord er utvilsomt tilgangen på nok kvalifisert arbeidskraft. Oppdaterte tall fra NAV viser at det i gjennomsnitt er en søker per ti utlyste stillinger i helse- og omsorgstjenesten i landsdelen. I de fleste helsefagene har vi også nådd grensen for hvor mange vi klarer å utdanne i regionen.

Nord-Norge kan heller ikke basere seg på å rekruttere mer helsepersonell utenfra, tvert imot må man påregne fortsatt lekkasje. Flytting er hyppigste årsak til at helsepersonell slutter, og helsetjenesten i Nord-Norge er særlig utsatt for dette fenomenet. Det er spesielt de unge som velger jobb i andre regioner. Langt flere mennesker flytter sørover enn omvendt, og i 2022 var differansen på minus 2950 personer. De siste fem årene har det vært en negativ befolkningsutvikling i 71 av 80 kommuner i nord.

Vi er enige med kommisjonen i at Norge i all hovedsak må være selvforsynt med helsepersonell. Omfattende import av helsepersonell fra utlandet kan ikke forsvares av etiske og beredskapsmessige hensyn.

Vi er også enige i at kommunene må få en høyere andel av personellet fremover. Kommunene i nord står ovenfor enda større bemanningsutfordringer enn sykehusene. De vil trenge mer personell for å dekke økende behov i primærhelsetjenesten. Det forutsetter at Helse Nord flater ut bemanningsveksten i sykehusene.

Helse Nord RHF ser det samme utfordringsbildet som kommisjonen. Det er ikke mulig å bemanne seg ut av utfordringene tjenesten står overfor, helt uavhengig av det fremtidige økonomiske handlingsrommet. Vi må nå omstille oss til løsninger som ikke forutsetter mer helsepersonell for å levere likeverdige helsetjenester framover. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende.

2 Tiltaksområder

Hvis vi ser bakover i tid er økte behov for helse- og omsorgstjenester i stor grad løst gjennom å øke bemanningen. Helse Nord har økt både fast bemanning og vikarbruken mer enn de andre helseregionene. Vi har 25 % flere leger og sykepleiere per innbygger, og vi står for 40 % av all innleie i spesialisthelsetjenesten. Dette har kommet pasientene til gode, men nå er vi forbi punktet hvor det er mulig å øke bemanningen ytterligere. Dess lengre vi venter, dess vanskeligere blir det å gjennomføre nødvendig omstilling til mindre personellkrevende produksjon av helsetjenester. Det er, som kommisjonen skriver, tid for handling.

Gjennom samlet innsats på flere områder kan vi skape en enklere og bedre hverdag for både pasienter og ansatte, men veien frem dit vil være utfordrende for alle parter.

Mange av endringene som kommisjonen foreslår, skal gjennomføres av personellet. Felles forståelse er avgjørende for å lykkes uansett hvilket tiltaksområde det er snakk om, og da er god involvering og medbestemmelse nøkkelen. Alle endringer i Helse Nord skal skje i samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte, vernetjeneste, pasienter og pårørende, og ikke minst kommunene og andre eksterne samarbeidsparter. Bare slik kan vi etablere en felles forståelse for rekkefølge og prioriteringer i utviklingen av tjenestene.

2.1 Organisering

Riktig organisering og en hensiktsmessig innretning av sykehusdriften vil være nødvendig for å kunne gi gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge. Vi må unngå at en uforholdsmessig høy andel av personellressursene brukes til vaktberedskap fremfor aktiv pasientbehandling.

Helsepersonellkommisjonen foreslår utredning av en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge. Dagens struktur med et stort antall sykehus med akutfunksjoner er stadig mer krevende å bemanne, blant annet på grunn av økende spesialisering og tilhørende rekrutteringsvansker. Når spesialitetene er mer oppdelte, må flere bidra for å opprettholde et tilstrekkelig døgnkontinuerlig tilbud.

Helse Nord har til sammen 11 akuttisykehus, hvorav 8 er blant de minste i landet. Dette er en struktur som vi allerede strever med å bemanne med risiko for sammenbrudd av viktige funksjoner. Det er derfor helt nødvendig å utrede en ny og mer bærekraftig organisering.

Helse Nord RHF fikk i november i fjor et omfattende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med å vurdere endringer i funksjon- og oppgavedeling. Vi er således i gang med å utrede dette i Nord-Norge. Det vil da også bli gjort en vurdering av piloter med organisatorisk sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor ett eller flere foretak, i nær samhandling med kommunene. Dette vil kunne bidra til bedre bruk og utnyttelse av den tilgjengelige arbeidskraften på begge nivåene.

2.2 Prioritering

Produksjonen av helsetjenester med liten eller ingen dokumentert effekt er for høy. Det er en viktig årsak til at etterspørselen etter helsepersonell ofte overgår tilgangen. Det øker også arbeidsbelastningen for personellet og det oppleves ofte som lite meningsfull bruk av tid og ressurser.

Prioritering av hvilke tjenester som skal tilbys blir bare viktigere fremover. Å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har krever tydelige prioriteringer. Det vil innebære å redusere omfanget av unødvendige og lavt prioriterte helsetjenester.

Det viktigste vil være at ledelse og ansatte i tjenesten, pasienter, bruker, pårørende og helsepolitikere får en felles forståelse av hva som er overdiagnostikk og overbehandling. Det er ineffektivt, kostbart og krever mye personell som bør anvendes på oppgaver med dokumentert helsegevinst.

Helse Nord er enig i at det er behov for økt kompetanse og bevissthet rundt begrensende valg. Personellet som tar disse krevende beslutningene må få nødvendig støtte fra alle involverte aktører.

Helse Nord RHF støtter at personellbehovet som skapes av helsepolitiske beslutninger om kompetansekrav, ventelistegarantier eller pasientrettigheter må utredes og vurderes nøye før slike beslutninger fattes.

2.3 Oppgavedeling

Oppgavedeling er et sentralt tiltaksområde også i Helse Nord. Gjort riktig kan en annen fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene frigjøre mer tid til pasientrettet arbeid, styrke det tverrfaglige samarbeidet og bidra til økt arbeidsglede, motivasjon og rekruttering.

Det er en helt riktig tilnærming å bygge god oppgavedeling nedenfra slik kommisjonen anbefaler. Tradisjonelt har man ikke da inkludert pasienter, brukere og pårørende, men det er et viktig perspektiv. En mer aktiv involvering av pasienter, brukere og pårørende gir ikke bare bedre helse, det bidrar også til å redusere behovet for helsepersonell.

God pasient og pårørendeopplæring er et sentralt virkemiddel i dette. Undersøkelser har vist at tilbudet varierer i betydelig grad, geografisk og mellom pasientgrupper. Kommisjonen foreslår å utrede om frivillige organisasjoner kan få ansvar for læring- og mestringstilbud. Dette er en lovpålagt oppgave i helseforetakene. Det er viktig å sikre pasienter og deres pårørende opplæring av god kvalitet gjennom hele pasientforløpet, og det er et nasjonalt prosjekt som arbeider med dette nå. Tilbud om læring og mestring fra frivillige organisasjoner er et viktig supplement til, men bør ikke erstatte læring- og mestringstilbud i helse- og omsorgstjenesten.

Helse Nord har positive erfaringer med ny oppgavedeling ved alle våre foretak. Nordlandssykehusets satsning på oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere er ett godt eksempel på hva som er mulig å få til. Det regionale helseforetaket har invitert hovedsammenslutningene til et regionalt partssamarbeid for å bredde oppgavedeling mer ut i omfang. Et kvalitetsutviklingsprogram som kommisjonen foreslår vil kunne understøtte denne satsningen på en god måte.

Vi er enige med kommisjonen i at det er et stort potensial for økt satsningen på oppgavedeling, og vi har allerede innarbeidet dette i våre strategiske planer. Planene inkluderer etablering flere kombinerte stillinger ved helseforetakene. Kommisjonen

utvider også her det tradisjonelle perspektivet på kombinerte stillinger, med sine «hus-og-hytte»-stillinger. Helse Nord vil vurdere ulike varianter for deling av den spesialiserte kompetansen innad og mellom virksomheter i et godt partssamarbeid. Dette bør sees i sammenheng med Sykehusutvalgets forslag om å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak.

Kommisjonens anbefalinger om å styrke generalistkompetansen i tjenesten støttes. Det vil være viktig for å klare å bemanne og opprettholde driften av lokalsykehusene på en god måte. Den demografiske utviklingen tilsier økte behov for generalistkompetanse også i øvrige deler av tjenesten.

Vi støtter også de øvrige tiltakene som kommisjonen foreslår, herunder forslaget om å etablere et kvalitetsutviklingsprogram for å fremme riktig organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet.

2.4 Arbeidsforhold og arbeidstid

Tilrettelegging for attraktive arbeidsplasser er en av fire prioriterte strategiske satsninger for Helse Nord RHF. Områdene kommisjonen peker på, arbeidsglede og «Joy in work», en god start for nyansatte, lønn og arbeidsbetingelser, sykefraværsarbeid og tilrettelegges for at flere kan stå lenger i jobb, er alle viktige i dette. Helse Nord har etablert regionale fagnettverk for å understøtte satsningen på disse områdene.

Helse Nord RHF er enige med kommisjonens flertall i spørsmålet om fastsetting av gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. Dersom partene ikke kommer frem til enighet, støtter vi at dagens lovbestemmelser om skift og turnusarbeid gjennomgås.

Dagens arbeidstidsordning, høyt sykefravær og varierende arbeidsmengde skaper et økt behov for deltidstillinger og innleie av helsepersonell. Vi sliter med å nå målsettingene om heltid og reduksjon av innleie selv om en rekke tiltak er prøvd. Vi må prøve nye veier for å lykkes, og da kommer vi ikke utenom arbeidstid og turnuser.

For å få flere fulle stillinger, uten å bemanne opp så mye at kostnadene blir for store, må de ansatte enten jobbe lengre vakter og/eller oftere helg. Så må dette gjøres i et godt partssamarbeid og på en slik måte at man ikke skaper andre utfordringer.

2.5 Utdanning og kompetanseutvikling

Utdanning og kompetanseutvikling er avgjørende for å nå målene om økt produktivitet og kapasitet, og for å imøtekomme bemanningsutfordringene. Både antallet helsepersonell som utdannes og hvilken kompetanse de sitter igjen må tilpasses behovene i tjenesten.

Vi støtter som nevnt at Norge blir mer selvforsynt med helsepersonell. Vi bidrar i høy grad til å oppfylle denne målsettingen, nå senest gjennom å øke kapasiteten på medisinstudiet. Helse Nord utdanner også en høyere andel sykepleiere enn resten av landet.

Vi har allerede tatt ut mesteparten av potensialet for økt utdanningskapasitet i regionen, blant annet gjennom økt desentralisering og digitalisering av utdanningene. Mulighetene for økninger utover de som allerede er besluttet er svært begrenset.

Endring i rammene for praksisstudier kan likevel skape rom for økning av utdanningskapasitet i enkelte utdanninger. Det vil da være avgjørende at kommunehelsetjenestens rolle som læring- og praksisarena styrkes. Nasjonale føringer medfører at en del praksisstudier kun kan gjennomføres i sykehus, men det er mange relevante læringsarenaer innen flere fagområder i kommunehelsetjenesten. Kommisjonens forslag om å gi kommunene et økt formelt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver støttes.

Minimumskrav til praksislengde i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv begrenser både kapasitet og anvendelse av simulering og ferdighetstrening i utdanningene. Norge bør intensivere arbeidet med å endre disse minimumskravene slik kommisjonen foreslår.

Helse- og omsorgstjenesten er helt avhengige av et tett samarbeid med universitet, høyskoler, fagskoler og i øvrige utdanningsinstitusjoner om kvalitet, arbeidsrelevans og prioriteringer i utdanningene.

Helse Nord har et meget godt samarbeid med universitetene i landsdelen. Vi har også forpliktet oss til å understøtte universitetenes behov for tilførsel av akademisk personell, som er et av tiltakene som kommisjonen foreslår. Et viktig poeng for oss er imidlertid at også praksisfeltet gis tilsvarende økning i finansieringen når kapasiteten i utdanningene økes fra nasjonalt hold.

Vi ser behov for å styrke samarbeidet med fagskolene. Vi støtter derfor også at Helse- og omsorgsdepartementet utarbeider en instruks for å formalisere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og fagskolesektoren, slik kommisjonen foreslår. Vi mener i tillegg at Kunnskapsdepartementet bør utarbeide en tilsvarende samarbeidsinstruks til universitet, høyskoler og fagskoler.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at vekst i studieplasser til helse- og sosialfagutdanninger bør legges til rekrutteringssvake områder for den aktuelle profesjon, og i hovedsak til distrikt fremfor sentrale strøk. Helse Nord vil understreke hvor viktig dette er for å sikre rekruttering av helsepersonell til Nord-Norge generelt og til de mange små kommunene i regionen. Det er mer ressurskrevende å utdanne desentralt, og det er derfor avgjørende at finansieringsmodellene i både utdanningssektoren og i helsesektoren understøtter desentralisert utdanning på en god måte. Vi ser dessverre at så ikke alltid er tilfelle i dag.

Helse Nord RHF støtter kommisjonens øvrige forslag innen utdanning og kompetanseutvikling.

2.6 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Teknologiutviklingen har så langt i liten grad bidratt til effektivisere tjenestene, i betydningen å redusere behovet for arbeidskraft, men her ligger det et stort potensial.

Det forutsetter at både personell og pasient/bruker mestrer de teknologiske nyvinningene og ønsker å ta dem i bruk. Da må vi satse mer på utdanning og utvikling av digital kompetanse.

Kompetanseheving er nøkkelen til en mer hensiktsmessig oppgavedeling og til å realisere gevinstene som ny teknolog gir oss. Vi må styrke den digital helsekompetanse. Etablering av masterutdanning i digitale helsetjenester på Helgeland og samarbeid med UiT for å få kunstig intelligens inn i helsefaglige utdanninger er gode eksempler på dette.

Vi støtter opprettelsen av et forskningsprogram for å fremme digitale løsninger og innovasjon som reduserer personellbehovene i tjenesten.