

Helsepersonellkommisjonen

NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftighelse- og omsorgstjeneste

Høringsuttalelse – Høgskolen i Molde

Innledning

Høgskolen i Molde takker for muligheten til å komme med en høringsuttalelse til Helsepersonellkommisjonen sin utredning av spørsmålet om personell i en framtidig bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. NOU-en går rett inn til kjernen i Høgskolen i Molde sine oppgaver på området: Hva vil behovene for kompetanse være framover? Hva skal høgskolen sine oppgaver være i denne sammenheng? Hvordan stiller vi oss til kommisjonen sine tolkninger, vurderinger og forslag? Vi vil i høringssvaret kommentere både premissene for utredningen og innholdet i kapitlene, med særlig fokus på Kapittel 10: Utdanning og kompetanseutvikling, hvor vi også presenterer det vi mener at utredningen kan bety for Høgskolen i Molde.

Helsepersonellkommisjonens premisser

Vi vil kort kommentere noen premisser som kommisjonen legger til grunn for sin utredning.

Eldrebolgen skaper enorme utfordringer framover

Antallet personer i de eldste aldersgruppene vil øke framover. Dette gjelder spesielt personer med langvarig kronisk sykdom, flere med komplekse sykdomstilstander og sammensatte behov, og flere med demenssykdom. Det er uomtvistelig. Men at dette skaper utfordringer «uten sidestykke» kan absolutt diskuteres. Flere forskere har argumentert mot forestillingene om nærmest uløselige utfordringer. Argumenter som kan føres for et annet syn er blant annet: De eldre medlemmene av samfunnet blir friskere - og vil trenge mindre helsehjelp. Pensjonsalderen og dermed yrkesdeltakelsen kan heves og levealderjusteres, noe som vil øke antallet yrkesaktive i forhold til antallet som er utenfor arbeidsmarkedet. Antallet barn og unge reduseres, noe som kan redusere kostnader og oppgaver knyttet til barneomsorg og utdanning (men det er mulig disse kostandene brukes best til forebyggende tiltak).

Det kommer en reduksjon i antallet personer i yrkesaktiv alder

Her viser vi til kommentaren over. Det er også usikkerhet knyttet til framtidig innvandring, framtidige fødselsrater og yrkesdeltakelse. Det kan være at i tillegg til økt yrkesdeltakelse blant eldre over 67 år, kan flere av de som defineres som uføre kan komme inn i yrkeslivet igjen, og flere kan gå fra deltid til heltid. Vi kan også komme til å se mer innvandring på bakgrunn av behov i arbeidslivet eller ev. tilstrømming av flyktninger og asylsøkere.

Videre økning i andelen sysselsatte i helse og omsorg kan ikke aksepteres

Kommisjonen mener at vi ikke kan forvente en videre økning av andelen yrkesaktive i helse- og omsorgssektoren. Dette vil ifølge kommisjonen ikke aksepteres i andre sektorer, og det vil – også ifølge kommisjonen – være slik at andre sektorer trenger mer arbeidskraft. Vi mener dette premisset ikke er holdbart. Vi har i Norge siden tidlig på 1900-tallet sett en økt andel sysselsatte i helse- og omsorgssektoren. Vi mener at det er all grunn til å tenke at en videre økning er mulig – og absolutt tilrådelig. Dette fordi behovene vil kunne bli større og fordi produktiviteten i næringslivet vil kunne effektiviseres og bidra til sterk vekst i verdiskapingen – slik vi også har sett hittil.

Statens inntekter fra petroleumssektoren vil reduseres framover og det vil gi mye mindre handlingsrom i nasjonalbudsjettene

Premisset om at statens inntekter vil reduseres framover, særlig som følge av reduserte inntekter fra petroleumsvirksomheten, mener vi ikke kan brukes. Den norske staten er svært rik, og selv om det er usikkerhet knyttet til olje- og gasspris, varighet når det gjelder produksjon m.m., kan man etter vårt syn ikke trekke slike slutninger som Helsepersonellkommisjonen gjør.

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

Satsing på de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommisjonen satser på at ressursveksten i ansatte i større grad må styres mot kommunene – og i mindre grad mot spesialisthelsetjenesten. Helsepolitiske dokumenter viser at det er endringer i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Det er færre sengeplasser i sykehus, pasientene som utskrives er generelt dårligere enn før og mer avansert medisinsk behandling og oppfølging skjer i hjemmet. Sammen med krav til kvalitet og

pasientsikkerhet, sammenheng og effektivitet i behandlingsskjeden, viser dette at det er behov for sykepleiere med avansert klinisk kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene jf. Meld.St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste Nærhet og helhet. ~~Vi er for så vidt enige i dette.~~ Vi mener at det bør komme en stor satsing på helse- og omsorgstjenester (herunder sosialtjenester) i kommunene framover. Vi må ta utgangspunkt i utfordringsbildet og være innovativ for å se på nye muligheter innen helse- og omsorg enn det kommisjonen gjør. Vi mener at innen den samlede helse – og omsorgstjenesten er det fortsatt et stort vekstpotensial, både i spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Det innen fagområder som sykepleie, vernepleie, ergoterapi, sosialt arbeid, barnevern og paramedisin og barnevern vil være svært viktig for kvaliteten på samfunnet vårt framover.

I tillegg tror vi det er vesentlig å satse mye mer på samarbeid mellom yrkesgruppene, altså tverrprofesjonelt samarbeid. Det betyr at vi mener at samarbeidet kan gi mer kunnskap, bedre forståelse av sammenhenger – og høyere kvalitet på helsefremming, forebygging og behandling.

Tiltaksområder framover

Helsepersonellkommisjonen hevder at det ikke er mulighet for å bemanne seg ut av utfordringene. Vi er uenige – i den forstand at vi mener at økt bemanning av personell med høy klinisk kompetanse og oppgaveglidning vil være en viktig del av løsningen framover – sammen med økt satsing på forebygging, økt satsing på samarbeid, økt satsing på kompetanse hos og samarbeid med brukere, pårørende, nettverk og bærekraftige lokalsamfunn.

Kommisjonen foreslår en satsing på seks ulike tiltaksområder (side 16). Satsingsområdene er; 1) Organisering, 2) Oppgavedeling, 3) Arbeidsforhold og arbeidstid, 4) Utdanning og kompetanseutvikling, 5) Prioritering (og reduksjon av uønskede/mindre viktige tjenester) og 6) Digitalisering. Vi mener at dette er viktige områder, og vi er enige i beskrivelser og forslag til tiltak. Når det gjelder område 4: Utdanning og kompetanseutvikling, mener vi at det burde hatt en klarere vekstinnretning.

Ubalanse mellom tilbud og etterspørsel av helse- og omsorgspersonell

Kommisjonen refererer framskrevet behov for helsepersonell mot år 2040 og viser en klar underdekning – spesielt når det gjelder ergoterapeuter, leger,

helsesekretærer/tannhelsesekretærer, vernepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere (Tabell 2.1, s. 31). I tillegg vil vi peke på at vi kan forvente økning av behovet for sosialarbeidere framover. Om vi regner om tallene forholdsvis etter befolkning, vil underdekningen etter mellomalternativet for Møre og Romsdal (ca. 5% av befolkningen) utgjøre følgende:

Yrkesgruppe	Underdekning 2040 (normalårsverk)
Sykepleier:	Ca. 1450
Vernepleier:	Ca. 360
Ergoterapeut:	Ca. 55
Helsefagarbeider:	Ca. 1220

Her kan det være skjevheter ut fra dagens ulike tilbud i fylker, framtidig etterspørsel, og andre usikkerheter som konjunkturer, økt antall studieplasser, endringer mellom sektorer osv. Ulike undersøkelser og framskrivinger støtter disse overordnede trekkene (kfr. kapittel 2.3). Det kan også være at samlet etterspørsel etter høyere utdanning øker mer enn forutsatt, slik vi har sett tidligere. En ser eksempelvis at behov for å utdanne Paramedisinere i Region Midt- Norge er økende. En prognose basert på SSB`s hovedscenarier for framskrivinger av befolkning og under forutsetning av om ambulansebehovet i Midt- Norge forblir som i tidsrommet 2014 - 2021, viser at en kan forvente en betydelig oppdragsvekst frem mot 2035, med en økning i antall oppdrag på inntil 30%. Dette behovet kan komme til å bli høyere grunnet at eldre lever lengre med sykdom, sentralisering av legevakter og helseressurser, samt spesialisering av sykehus med økende grad av transportoppdrag mellom sykehus. Ambulansetjenesten representerer den mest **desentraliserte** delen av spesialisthelsetjenesten, og har allerede utfordringer med rekruttering av ambulansesarbeidere og paramedisinere **til distriktene**.

Tallene indikerer følgende konsekvenser for Høgskolen i Molde, dersom skolen skal ta sitt samfunnsoppdrag på alvor:

- Høgskolen bør øke utdanningskapasiteten innen sykepleie. Dette gjøres først og fremst gjennom å øke antall uteksaminerte studenter, og det må arbeides med å sikre økt gjennomstrømningen og god kvalitet i utdanningen
- Høgskolen bør øke utdanningskapasiteten innen vernepleie
- Høgskolen bør starte utdanning av paramedisinere for å dekke behovet for paramedisinere til distriktene
- Høgskolen bør undersøke nærmere behovet for å sette i gang utdanning av ergoterapeuter

Vi er enig med kommisjonen om at utdanningsinstitusjonenes studieportofølge må utarbeides på bakgrunn av samfunnets behov. Vi forventer en økning av utdanningskapasiteten på disse

områdene, noe som er i samsvar med Kunnskapsdepartementets vurderinger, som skriver (Utsynsmeldingen – Meld. St. 14 2022/23, s.90) at de forventer at universiteter og høyskoler prioriterer flere studieplasser innenfor helsefag, IT og områder som er særlig viktige for det grønne skiftet, samt at universiteter og høyskoler gjør løpende vurderinger av framtidige kompetansebehov, både nasjonalt og regionalt, og vurderer tiltak for en mer fleksibel og dynamisk utnyttning av studiekapasiteten. For Høgskolen i Molde betyr det følgende:

- Samarbeide aktivt med praksisfeltet for å få innsikt i behov og være lydhør for hvilke utdanningstilbud (herunder hvilke videreutdanninger og mastergrader) praksisfeltet har behov for
- Samarbeide på tvers av avdelinger og miljø innad på Høgskolen i Molde for å sikre studietilbud som gir kompetanse innen helse, IT og områder som er særlig viktige for det grønne skiftet – herunder logistikk

Vi vil poengtere at kommisjonens framskrivinger av behov for helsepersonell tar utgangspunkt i dagens oppgavedeling. Eksempelvis er relativt nyetablerte grupper ikke nevnt i framskrivingen, som paramedisinere og avansert klinisk sykepleiere. Det bør derfor gjøres en systematisk kartlegging av behov og oppgavedeling (både nasjonalt og regionalt), for å undersøke om riktig kompetanse brukes til riktig oppgave. En slik systematisk kartlegging vil kunne påvirke utdanningsbehovet for ulike grupper og dermed også studieportofølgen for Høgskolen i Molde – eksempelvis vurdere om det bør startes bachelorutdanning i paramedisin.

Avansert klinisk sykepleie (AKS)

NOU-meldingen bærer preg av at personer med kompetanse innen avansert klinisk allmennsykepleie ikke har deltatt i utarbeidningen av NOU-rapporten, noe det burde vært krav om. Helse- og omsorgsdepartementet har initiert og lagt til rette for at sykepleiere i kommunene skal gjennomføre masterutdanningen i AKS. Dette ved at Helsedirektoratet siden 2015 har utlyst lønnstilskudd til kommuner for å øke den kliniske kompetansen i primærhelsetjenesten. En studie gjennomført av Norsk sykepleieforbund (2020), viser at 9 av 10 sykepleiere i primærhelsetjenesten har mottatt utskrivningsklare pasienter som de ikke hadde kompetanse til å ivareta. Dette understreker behovet for avansert klinisk kompetanse for å kunne imøtekomme pasientgrupper med sammensatte og komplekse sykdomstilstander. Masterutdanningen i AKS er en fremtidsrettet og bærekraftig klinisk breddeutdanning. Per i dag er den også den eneste utdanningen som kan gi sykepleiere offentlig

spesialistgodkjenning. Dagens krav til klinisk faglig kvalitet og pasientsikkerhet, samt sammenheng og effektivitet i behandlingsskjeden, viser at det er et stort behov for AKSere med klinisk breddekompetanse og forskningskompetanse, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Internasjonalt har AKS, eller «nurse practitioners», utvidede rettigheter som forskrivnings- og henvisningsrett. I Norge har AKSere siden 2021 kunnet søke om offentlig spesialistgodkjenning, men de har ikke de samme rettigheter som andre sammenlignbare land, noe som vi mener NOU-rapporten bør fremheve og problematisere. Samtidig bør det også nevnes at arbeidsområder for AKS ikke er klargjort. Vi savner også fokus på AKS knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid, oppgavedeling og bruk av deres forskningskompetanse. Vi hadde gjerne sett en tydeliggjøring av AKS kompetanseområde og rolle i NOU-rapporten (jf. Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie),.

Kapittel 3: Organisering av helse- og omsorgstjenestene og godkjenningsordningene for helsepersonell

Krav til kompetanse i kommunene

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til kommunene om at de skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog for å oppfylle kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. I dette avsnittet savnes at avansert klinisk allmennsykepleier er nevnt. Helse- og omsorgsdepartementet har initiert denne masterutdanningen som det også er knyttet spesialistgodkjenning til som tidligere nevnt.

Formål med godkjenningsordningene

Formålet med godkjenningsordningene er primært å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet og avansert klinisk allmennsykepleiere har en autorisasjonsordning med spesialistgodkjenning.

Kapittel 4: Status og utvikling for personellet i helse- og omsorgstjenestene

Avansert klinisk allmennsykepleiere burde vært nevnt i dette kapittelet.

Kapittel 5: Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell

Kapitlet viser at utfordringene som kommer til syne samsvarer med de vi ellers refererer til: Det er vanskelig å rekruttere og holde på flere grupper både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten - særlig gjelder dette sykepleiere og leger (herunder fastleger). De fleste nyutdannede sykepleiere og leger foretrekker å jobbe i sykehus framfor i kommunene/primærhelsetjenesten. Avansert klinisk allmennsykepleiere er ikke nevnt i dette kapitlet gjeldende rekruttering av helsepersonell til primærhelsetjenesten. For å rekruttere avansert klinisk allmennsykepleiere må det opprettes stillinger med stillingsinstruks, samt legge til rette for arbeidsoppgaver for avansert klinisk allmennsykepleiere i primærhelsetjenesten. Internasjonal forskning (Kreitzer et al., 2009 og Maier et al., 2016) viser at AKS kan håndtere mellom 67-93% av alle pasienter i primærhelsetjenesten. Kapitlet viser at det utdannes for få av mange grupper, og da er det desto vanskeligere å rekruttere og beholde. Rekrutteringsutfordringene er størst i mindre sentrale strøk. Det blir også vist til at det i tjenestene er høy turnover, noe som også kan knyttes til for liten tilgang på flere av utdanningsgruppene. I kapitlet vises det til at det er et betydelig potensial i å få helsepersonellet til å stå lenger i jobb - dette gjelder både for de som går av med pensjon og de som forlater sektoren (20% av sykepleierne jobber ikke lenger i helse- og omsorgstjenestene 10 år etter uteksaminering).

Kapitlet drøfter ulike tiltak for å beholde helsepersonell i distriktene, deriblant utdanningsrelaterte tiltak, personlige og profesjonelle støttetiltak, regulatoriske tiltak (plikttjeneste o.l.), og økonomiske insentiver. Det pekes på at utdanningsmulighetene bør styrkes og at tvangsartede tiltak bør unngås. Vi er enige i dette, og vil understreke nytten av å prioritere studenter med bakgrunn fra distriktene, tilby dem utdanning i distriktene og redusere barrierer for kompetanseutvikling. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Tilby deltidsutdanning som muliggjør utdanning av personer som allerede er i jobb (og ofte har bolig) – slik vi gjør særlig for vernepleierstudenter
- Tilby utdanning både i Molde og Kristiansund – slik vi gjør for sykepleiestudenter og for vernepleie deltid
- Tilby desentral utdanning andre steder i fylket
- Samarbeide med praksisfeltet og tilby kombinerte stillinger og deltakelse i forskningsmiljøer

- Videreutvikle samarbeidet med Høgskolen i Volda - både innen vernepleie og sosialt arbeid/barnevern

Kapittel 7: Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Kommisjonen legger til grunn at det i utgangspunktet er én helse- og omsorgstjeneste og én samlet personellstyrke for å dekke behov innen tjenesten i Norge. Kapittelet drøfter mulige tiltak innen organisering og samhandling som kan gi mer effektiv bruk av denne personellressursen og legge til rette for sammenhengende og koordinerte tjenester for pasienten. Vi støtter en grundig gjennomgang av en mer helhetlig organisering av tjenesten (og mener en ett-nivå-organisering bør utredes) da vi mener dette muligens kan fremme enhetlig tilbud, uavhengig av bosted og sosiale forhold og øke pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet. Men uansett må dette avveies i forhold til verdien av lokalt og demokratisk/kommunalt ansvar for helse- og omsorgstjenester i samfunnet – sammen med andre tjenester som har betydning for helse- og velferd (barnehage, skole, sosialtjenester, kultur osv.).

Kapittel 8. Oppgavedeling

Det savnes en beskrivelse av oppgaveglidning mellom leger og avansert klinisk allmennsykepleiere i dette kapittelet. Internasjonale studier (Kreitzer et al., 2009 og Maier et al., 2016) viser at AKS kan håndtere mellom 67-93% av alle oppgaver i primærhelsetjenesten.

Satsing på fagarbeidere

Kommisjonen anbefaler å satse mer på utdanning av fagarbeidere, samt videreutdanning til fagarbeidere. Vi er uenige i denne satsningen og mener at satsingen fortrinnsvis bør ligge på bachelorutdanningene i helse- og sosialfag. I et folkehelseperspektiv er det svært viktig at befolkningen gis mulighet til å ta høyere utdanning.

Kombinerte stillinger

Kommisjonen anbefaler økt bruk av kombinerte stillinger. Ordningen innebærer at arbeidstaker ansettes på to arbeidsteder og har hovedstilling ett sted («hus») og bistilling et annet sted («hytte»). Vi er positive til en utstrakt bruk av kombinerte stillinger. Vi mener at det kan være attraktivt for flere sykepleiere og vernepleiere i klinisk arbeid å ha «hytte» ved utdanningsinstitusjonene. Bistillingene bør ikke kun brukes til å gjøre oppgaver i praksisfeltet

- man må også sikre at klinikerne gis formell videreutdanning i praksisveiledning og at løsningen sikrer kontinuerlig samarbeid, faglig påfyll og dialog rundt skikkethetsvurdering. Vi har tro på at utstrakt bruk av kombinerte stillinger vil kunne gi bedre kvalitet og effektivitet i praksisoppfølgingen, samt være attraktivt og fremme samarbeid på tvers. En forutsetning er at de juridiske og tariffmessige forholdene avklares i større grad enn i dag, slik at arbeidstakere ikke taper verken økonomisk eller på noen annen måte å gå i kombinert stilling.

Uformell omsorg

Kommisjonen påpeker at riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid, og at ved behov kan venner, pårørende, frivillige og andre i samfunnet bistå. Kvinnehelseutvalget skriver i sin rapport Den store forskjellen at det i dag er fortsatt kvinner som tar på seg det meste av pårørendeomsorgen, og mange kvinner opplever at denne innsatsen går utover egen helse (s. 192). Vi mener at dersom pårørende skal overta mer av den uformelle omsorgen må det legges til rette for kompetanseheving og kompensasjonsordninger for pårørende. Særlig gjelder dette den voksende pårørendegruppen til personer med demens, som vi vet står i krevende og langvarige omsorgsroller. Per i dag fremstår det tilfeldig hvilke tilbud som gis pårørende, og vi mener at pårørendetilbudet må systematiseres og formaliseres på overordnet nivå for å forebygge en syk pårørendegruppe.

Forpliktende samarbeidsavtaler med brukerorganisasjoner

Kommisjonen vurderer at det bør utredes om og hvordan helse- og omsorgstjenestene kan inngå forpliktende samarbeidsavtaler med frivillige brukerorganisasjoner slik at de kan bidra til å fremme helsekompetansen i befolkningen. Vi er positive til at det strategisk arbeides mot økt helsekompetanse i befolkningen, men vi mener samtidig at det ikke bør være et premiss at lokalsamfunn har frivillige brukerorganisasjoner for å sikre befolkningen økt helsekompetanse. Helsekompetansen bør økes gjennom nasjonale innsats, i tråd med kommisjonens poeng om at nasjonale innsatser gir som regel høyere gevinst enn lokale.

Kapittel 10. Utdanning og kompetanseutvikling

Det påligger utdanningsinstitusjonene og myndighetene å dimensjonere utdanningskapasitet og praksisplasser etter behovet i den lokale og regionale helse- og omsorgstjenesten. Gode data og god innsikt i behov for vår region er en forutsetning for hensiktsmessig tilpasning av

type og omfang av utdannings- og praksistilbud. Høgskolen i Molde ønsker derfor at arbeidet med et felles nasjonalt informasjonssystem for kartlegging og analyse av behov for høyt utdannet personell blir prioritert.

Kommisjonen 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. Vi støtter denne anbefalingen som vil bety at en større andel av nye studieplasser legges til utdanningsinstitusjonene i Møre og Romsdal, inkludert Høgskolen i Molde. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Øke kapasitet innen etablerte utdanninger og især bachelor i sykepleie og vernepleie
- Endre studieporteføljen, eksempelvis opprettelse av bachelorutdanning innen ergoterapi og paramedisin.

Variert arbeidslivspraksis på ulike arenaer er essensielt for å gi studenter i helse- og sosialfag relevant og oppdatert kompetanse. Dagens minstekrav til praksislengde for bachelorutdanningen i sykepleie skaper imidlertid en flaskehals som vil bremse muligheter for å utvide antall studieplasser. Høgskolen i Molde støtter kommisjonens anbefaling om at Norge intensiverer arbeidet med å endre minimumskravene for praksisvarighet i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Samtidig må det arbeides for utvidet bruk av alternative læringsmetoder, her vil Høgskolen i Molde vurdere følgende tiltak:

- Styrke bruk av øvelser og simulering for trening av praktiske ferdigheter, handlingskompetanse og samarbeidsevne
- Videreutvikle simulerings- og ferdighetstrening i grunn- og etterutdanningene
- Øke bruk av klinisk gruppeundervisning og gruppeveiledning. Vi er positive til mindre veiledning en-til-en, og i større grad enn i dag gi veiledning i grupper, gjerne tverrprofesjonelle veiledningsgrupper som foreslått av kommisjonen
- Inkludere studenter på høyere nivå i veiledning av første- og andreårsstudenter
- Skape alternative praksismodeller i samarbeid med praksisfeltet, som sikrer at praksisperiodene både oppfyller kravene til praksis, samtidig som at modellene er bærekraftige og hensiktsmessige for praksisfeltet
- Arbeide strategisk mot å sikre høyere gjennomføring i sykepleieutdanningen

Oppgavedeling og samarbeid på tvers av profesjoner er helt nødvendig for effektiv, sammenhengende og koordinert innsats i folkehelsearbeidet og i det kliniske arbeidet. Vi støtter kommisjonens anbefaling om større grad av felles emner og praksis mellom profesjonsutdanningene. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Utnytte potensiale for tverrfaglighet/flerfaglighet i flere emner i bachelor- og masterutdanninger
- Tilby tverrprofesjonelle etter- og videreutdanninger, herunder master i helseledelse og helselogistikk

Kommisjonen anbefaler at utdanning av personell i helse- og sosialfag bør innrettes slik at behov for kompetanse dekkes både i helsetjenesten og i universitets- og høyskolesektoren. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Øke innsats for å erstatte personell som går av med pensjon
- Utvikle en bedre seniorpolitikk for å kunne holde på/bruke relevant kompetanse
- Fjerne praksiskrav for å starte på videreutdanning og mastergrad, og gjøre masterutdanningene fortrinnsvis til heltidsutdanninger på to år (med mulighet for deltid og mulighet for å avslutte med en videreutdanning). Studentene bør informeres om og motiveres til, i større grad enn i dag, å ikke vente med å ta en masterutdanning. Dette vil legge til rette for at kvinner og menn med helsefaglige utdanninger gis mulighet til å gjøre ferdig utdanningsløpet sitt i ung alder, før de får mange private omsorgsoppgaver som man vet tynger utdanningsløp. Høgskolen i Molde er avhengig av at de får rekruttert vernepleiere og sykepleiere med mastergrad, og vi tror at dersom flere tar mastergrad direkte etter bachelorutdanningen så vil Høgskolen i Molde få en større og yngre gruppe å rekruttere fra
- Øke antall mastergrader og ph.d.-grader i helse- og sosialfag (forutsetning for bærekraftige fag- og forskningsmiljø i regionen, som igjen sikrer høy kvalitet i forebyggende arbeid, pasientbehandling, opplæring og utdanning)
- Etablere en prosjektbank sammen med praksisfeltet for å sikre klinisk relevante masteroppgaver og doktorgradsprosjekter slik at praksisfeltet ser nytten av masteroppgavene
- Sykepleiere og vernepleiere som gis utdanningsstipend bør gis stipend for alle fire semestre slik at de kan fullføre en mastergrad. Dersom arbeidsgiver gir

utdanningsstipend kun for de tre første semestrene som fører til spesialkompetanse, bør Høgskolen i Molde vurdere å gi lønnskompensasjon for det siste semester som sikrer mastergrad, siden det er de som fortrinnsvis må rekruttere personer med minimum mastergrad i henhold til forskrifter

- Øke satsningen på ph.d.-løp og kombinerte stillinger
- Tilby Ph.d.-løp med arbeidsplikt i klinikken
- Sørge for at alle bachelor- og masterstudenter deltar aktivt i forsknings- og fagutviklingsprosjekter
- Arbeide for at masteroppgaver fortrinnsvis knyttes til større pågående forskningsprosjekt i etablerte forskningsgrupper i regionen

Kapittel 11. Prioritering og reduksjon av overbehandling

Vi støtter kommisjonens forslag om målrettet innsats for å redusere omfanget av unødvendige og lavt prioriterte tjenester og redusere uønsket variasjon. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Øke kunnskap om og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer hos studenter i praksis
- Sikre at studentene blir trent i å ta begrensende valg, særlig i utdanningene innen sykepleie, vernepleie, og ledelse

Kapittel 12. Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Kommisjonen mener det er behov for å få teknologi inn i de ordinære helsefaglige utdanningene og en dypere forståelse for medisinsk teknologi og helseteknologi. Vi er enig i at dette, samtidig som vi også må presisere at studentene må gis kompetanse i å være kritisk reflekterte til innføring av digitale tjenester som skal erstatte menneskelig kontakt. Vi er også enig i at utdanningsinstitusjonene bør tilby studieprogrammer der kompetanse om helse og teknologi/informatikk kombineres. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Sikre tverrprofesjonelle emner hvor studentene får ferdigheter innen digital kompetanse og trenes til å bli kritisk, reflekterte fagpersoner
- Sikre etter- og videreutdanninger innen digitalisering, teknologi og IT-kompetanse.

Vi støtter at kommisjonens vurdering om at det bør etableres stipendiatstillinger innen helseinformatikk som knyttes til problemstillinger (fra spesialisthelsetjenesten til helseforebyggende tiltak). Vi mener derimot at denne satsningen også gjøres gjeldende for fagfeltet helselogistikk. Kommisjonen foreslår at det etableres et 10-årig forskningsprogram som har som mål å redusere behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten. Et slikt program må utvikle kunnskap og teknologi som bidrar til effektivisering på alle systemnivået og sparer arbeidskraft. Vi mener at en satsning innen helselogistikk vil kunne bidra til dette. Vi mener også at det bør etableres et nasjonalt kompetansesenter for helselogistikk og helseinformatikk. For Høgskolen i Molde vil dette bety at vi spesielt bør vurdere følgende:

- Flere stipendiatstillinger innen helselogistikk og helseinformatikk
- Forskningsmiljø innen helselogistikk som er tilgjengelig for ansatte fra ulike avdelinger og for praksisfeltet
- Undervisning i helselogistikk inngår i alle helsefaglige utdanninger ved Høgskolen i Molde

Høgskolen i Molde ønsker kommisjonen lykke til med det videre arbeidet!

Med vennlig hilsen

Thea Beate Brevik

Førsteamanuensis

Bachelor i sykepleie

Hans Petter Iversen

Studieleder/førsteamanuensis

Bachelor i vernepleie

Anne-Sofie Furberg

Professor ved

Avdeling for helse- og sosialfag

Signe Julnes

Førsteamanuensis

Master i avansert klinisk allmennsykepleie

Heidi Haavardsen

Dekan

Avdeling for helse- og sosialfag