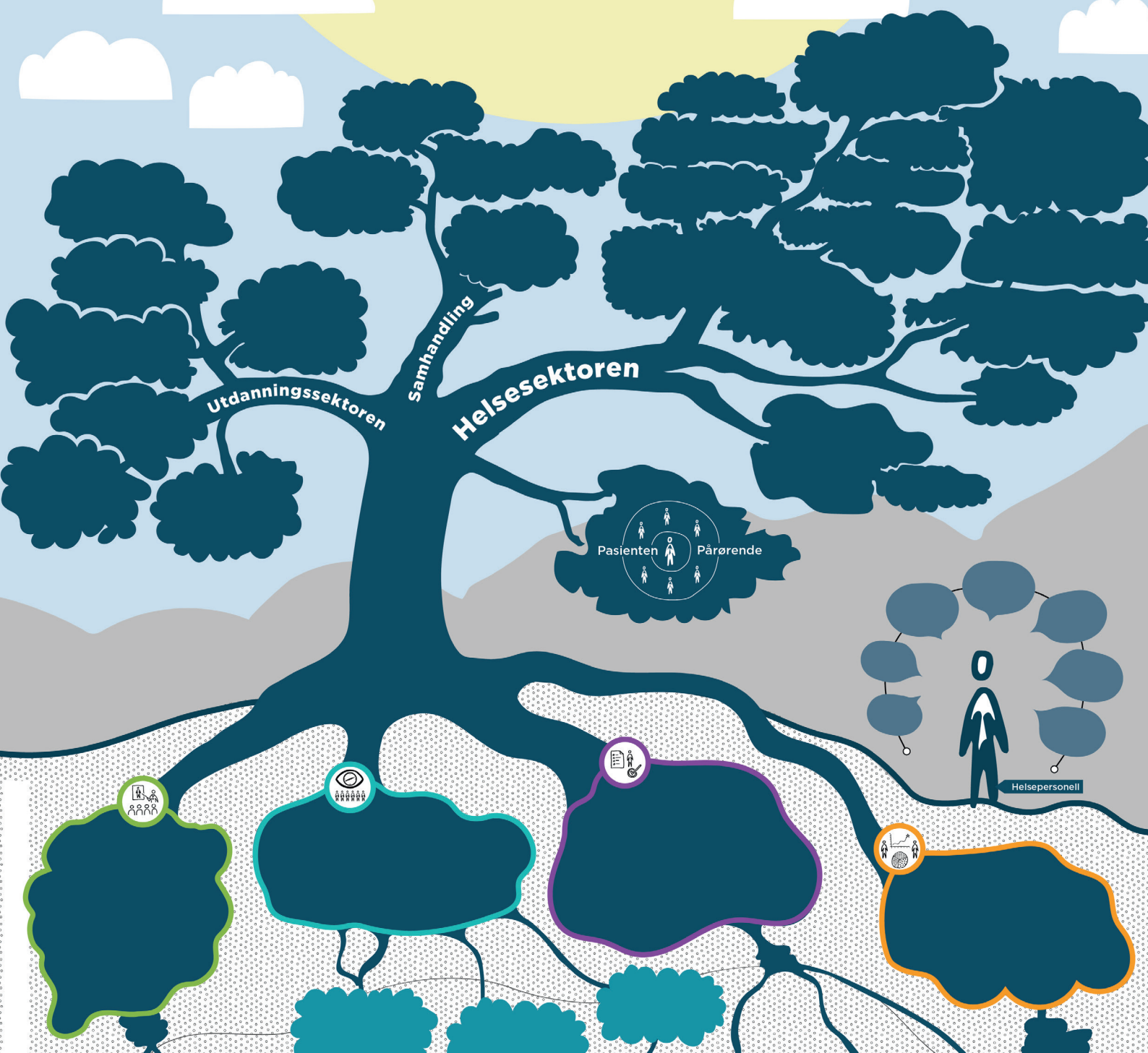


Nasjonalt personellbilde

Dagens utfordringer – fremtidens løsninger



Rapport

IS-2248

 Helsedirektoratet

Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene

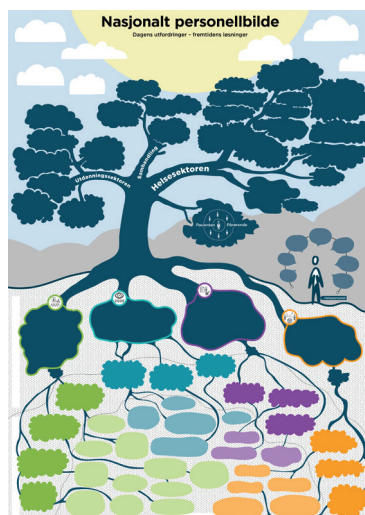
Utviklingstrekk og vurdering av utfordringer og løsninger

Forord

Arbeidet med denne rapporten - Nasjonalt personellbilde - har involvert flere avdelinger i Helsedirektoratet i tillegg til mange andre interessenter utenfor organisasjonen innen helse- og utdanningssektoren, fagforeninger og interesseorganisasjoner. Alle innspill har hver på sin måte vært med å beskrive utfordringsbildet vedrørende personell og kompetansebehov i helse- og omsorgstjenesten, og har også lagt grunnlag for forslag til løsninger. Prosjektet ønsker å takke alle bidragyttere for engasjement og gode innspill.

Underveis i prosessen har vi hatt god nytte av tjenstedesign. Making Waves ved Anna Kiran og Haydn Evans, har vært inspiratorer og har introdusert tjenstedesign som verktøy og arbeidsmetodikk. Dette var til stor hjelp i prosessen med å få oversikt over helhetsproblematikken, sortere og prioritere utfordringer og løsninger. Takk til Making Waves!

Resultatet av samarbeidet med Making Waves ble helhetsbildet - Nasjonalt personellbilde - som pryder forsiden og som følger som viktig vedlegg til rapporten. Illustrasjonen fremstiller et tre der helsesektoren og utdanningssektoren utgjør hovedgrenene på hver siden med samhandlingsgrenen i midten. Bildet med tekst er en viktig del av rapporten og må studeres nærmere.



Innhold

Forord	3
Innledning	6
Sammendrag	8
1. Arbeidsprosess	9
2. Personell - og kompetansesituasjonen - Status og utviklingstrekk	11
2.1 Hjelpepleier, helsefagarbeider og omsorgsarbeider	15
2.2 Sykepleiere	18
2.3 Lege	21
2.4 Tannlege	24
2.5 Psykologer	26
2.6 Helsesekretær	28
2.7 Helsepersonelldekning Norden	30
2.8 Oppsummering	31
3. Utdanningskapasitet	32
3.1 Videregående opplæring	32
3.2 Fagskoleutdanning	35
3.3 Høyere utdanning	35
3.4 Autorisasjoner	37
4. Personell- og kompetansebehov	38
4.1 Hvilke faktorer avgjør behovet for kompetanse?	39
4.2 Kartlegging av personell- og kompetansebehov	40
5. Innhold, kvalitet og kapasitet i utdanningene	43
5.1 Tverrsektorielt samarbeid	44
5.2 Forskjellig utviklingstakt i helse- og utdanningssektorene	46
5.3 Samarbeid mellom tjenestene og utdanningsinstitusjonene om praksisstudiene	46
5.4 Helse- og omsorgstjenestene bidrag i forskning og utdanning	47

6.	Nasjonal kompetansestyring og personellplanlegging	48
6.1	Manglende nasjonal oversikt over tjenestenes systematiske arbeid med kompetansestyring	49
6.2	Manglende nasjonal oversikt over tjenestenes systematiske arbeid med effektiv utnyttelse av personellressurser	50
6.3	Strategisk arbeid med oppgavedeling	54
6.4	Optimale arbeidsprosesser	56
6.5	Tjenestenes arbeid med ledelse på alle nivåer	58
7.	Godkjenning og sertifiseringsordninger	61
7.1	Autorisasjonsordningens formål	61
7.2	Autorisasjon - utilsiktede konsekvenser?	63
7.3	Autorisasjon og profesjongrensener	64
7.4	Kandidater med utenlandsk utdanning	65
8.	Personellstatistikk og framskrivning	66
8.1	Datakvalitet, oversikt og tilgjengelighet	66
8.2	Framskrivningsmodell - HELSEMOD	67
8.3	Spredt analytisk kompetanse	68
9.	Vurdering av datakilder	69
9.1	Ulike typer statistikk	69
9.2	Administrative registre	72
9.3	Rapporter fra tjenestene	73
9.4	Fremgangsmåte for analyser av fremtidig kompetansebehov	74
9.5	HELSEMOD - Nasjonalt planleggings- og framskrivningsverktøy i et internasjonalt perspektiv	74
9.6	Sammenheng mellom planlegging og politisk handling	78
9.7	Sammenligning av data- og planleggingssystemer i internasjonal sammenheng	79
10.	Konklusjon	85
11.	Litteraturhenvisninger	86
12.	Vedlegg	95
	Vedlegg 1: Gigamap - Nasjonalt personellbilde	96
	Vedlegg 2: Innspill fra avdelingene i Helsedirektoratet: Utfordringer og tiltak	97
	Vedlegg 3: Rådslagningsmøte 20.10.2014 - Innspill fra interne og eksterne interessenter ...	104
	Vedlegg 4: Kunnskapsoppsummeringer	114
	Vedlegg 5: Publikasjonsoversikt/ kunnskapsgrunnlag, utfordringer og mål for personell, utdanning, spesialisering, kompetanse	122

Innledning

I tildelingsbrevet for 2014 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag i å utrede helsepersonell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Oppdraget lyder:

- Analysere og fremlegge rapport om helsepersonell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Analysen må inneholde utviklingstrekk og gi vurderinger av utfordringer og løsninger mht. å sikre tilstrekkelig og riktig personell og kompetanse. Helsedirektoratet skal kommentere om oppdraget kan fullføres i 2014.
- Foreta vurdering i et internasjonalt perspektiv av om dagens tilgjengelige datakilder (herunder statistikk, framskrivninger og aktuelle rapporter fra tjenestene) er tilstrekkelig for å kunne foreta gode analyser av behov for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene – og foreslå eventuelle forbedringer.

Framskrivninger peker på at Norge kan stå overfor store utfordringer når det gjelder å sikre at befolkningen har tilstrekkelig personell med rett kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Personell- og utdanningsfeltet er derfor et strategisk viktig område for Helsedirektoratet, som er pålagt å følge opp det overordnede nasjonale ansvaret på personellfeltet.

Regionale Helseforetak (RHF), arbeidsgiver- og arbeidsorganisasjoner og flere andre publiserer hver sine rapporter om personellstatistikk og

personellbehov. Datakilder er sentrale registre og innsamlede data fra tjenestene.

De ulike rapportene danner et bilde ut fra hvert sitt perspektiv. Denne rapporten skal skape et helhetlig bilde. Datamaterialet er derfor bearbeidet for å gi oversikt over utfordringene totalt sett, ikke kun innen én sektor.

Oppbygging av rapporten - Nasjonalt personellbilde

Under arbeidet med oppdraget var tjenestedesign til stor hjelp i prosessen med å skaffe oversikt, systematisere og prioritere. Resultatet sees i vedlagte «gigamap»: «Nasjonalt personellbilde» som utgjør en viktig del av rapporten. «Nasjonalt personellbilde» representerer sammendraget i denne rapporten og må studeres separat i stort format. Begrepene i treet gjenfinnes i kapitlene i rapporten der de forklares og drøftes nærmere i kapittel 5 til 8 som fokusområder, utfordringsområder og forslag til løsninger.

Arbeidet med oppdraget bidro til refleksjon og god dialog om helhetlige, overordnede utfordringer. Prosessen resulterte i prioritering av fire definerte fokusområder som er synliggjort i oversiktsbildet – «Nasjonalt personellbilde». Oppdraget er løst ved å ta utgangspunkt i beskrivelse av personell- og kompetansesituasjonen (kap.2). Deretter diskuteres utdanningskapasiteten (kap.3) og ulike drivere av personell- og kompetanse-behov (kap.4). De

fire fokusområdene vi har valgt å trekke frem spesielt omtales i kapittel 5 til 8.

- Arbeidet med prosjekt Nasjonalt personellbilde blir nærmere omtalt i kapittel 1.
- Bildet – gigamap – vises i vedlegg 1
- Oppdragets kulepunkt 1 er besvart i kapittel 2 - 8.
- Oppdragets kulepunkt 2 er hovedsakelig besvart i kapittel 8 og 9.

Rapportens omfang og avgrensning

Oppdraget grenser til mange av Helsedirektoratets oppgaver og utredninger der mange avdelinger er involvert. Våren 2015 legger regjeringen frem en melding om primærhelsetjenesten. Arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan er også et pågående utredningsarbeid. Der primærhelsetjenestemeldingen og nasjonal helse- og sykehusplan er fokusert inn på hver sin del av helse- og omsorgstjenesten, bidrar denne rapporten til et

helhetlig bilde av utfordringene innen personell og kompetanse.

Et viktig poeng i bildet er at undervisningssektoren og helsesektoren er avhengig av god samhandling og samarbeid for å skape personell og kompetanse som svarer til tjenestenes behov.

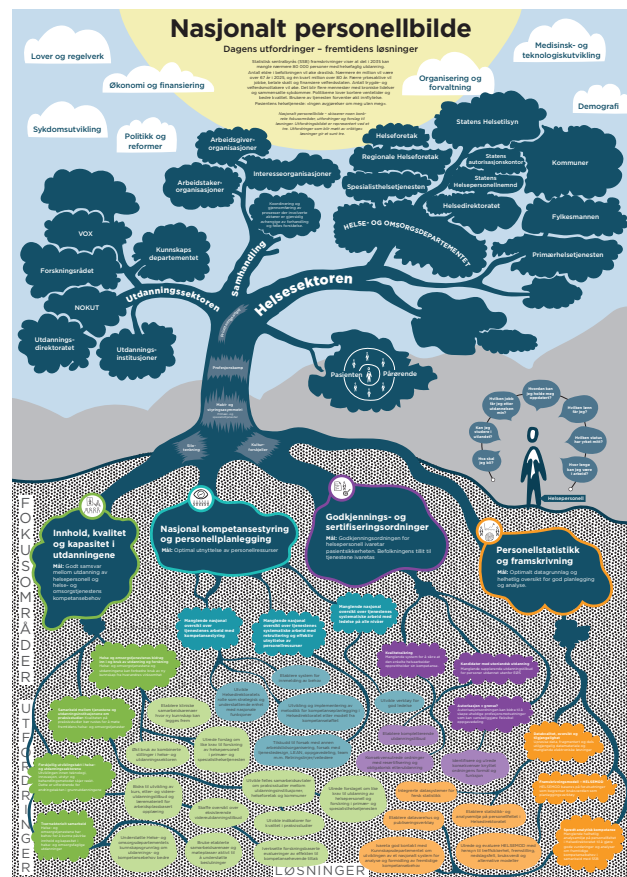
Sammendrag

Det er behov for tverrsektorielt samspill og forpliktende samarbeid på tvers om løsninger på fremtidens personell- og kompetanseutfordringer.

Bildet (gigamap, vedlegg 1) viser et tre som symboliserer sammenhengene i det nasjonale personell- og kompetansebildet i helse- og omsorgstjenesten. Eksterne drivere er tegnet inn øverst som skyer. Fire utvalgte fokusområder er visualisert ved forgreninger i rotsystemet. For hvert fokusområde utledes noen utfordringer som igjen knyttes til løsninger. I stammen vises noen definerte barrierer som kan hemme gode, helhetlige løsninger og en godt fungerende helse- og omsorgstjeneste.

Treet i gigamapen visualiserer hvordan sektorene må samarbeide på tvers for å få til en god helhetlig tjeneste for pasienter og brukere.

Undervisningssektoren og helsesektoren er avhengig av samhandling for å skape personell og kompetanse som svarer til tjenestenes behov.



1. Arbeidsprosess

Prosjektet har vært forankret i avdeling utdanning og personell (PHPE).

Ressurser

Oppdraget ble organisert som prosjekt med skifte av prosjektleder midtveis. Prosjektorganisasjonen har vært slik:

Styringsgruppe	Silje Anine Bell, Hanne Narbuvoold, Beate Margrethe Huseby, Anne Grethe Slåtten, Randi Moen Forfang, Tonje Thorbjørnsen
----------------	---

Avdeling kommunikasjon har bidratt som ressurs

Prosjekteier	Silje Anine Bell
--------------	------------------

Prosjektleder	Randi Moen Forfang
---------------	--------------------

Prosjektkoordinator	Ann Kristin Mula Herst
---------------------	------------------------

Prosjektgruppe	Avdeling utdanning og personell (PHPE)
----------------	--

Hans Christian Sundsfjord, avdeling arkitektur, metode og standardisering (EIAS)

Linda Haugan, avdeling statistikk og kodeverk (EISK)

Referansegruppe	Avdeling PHPE
-----------------	---------------

Helsedirektoratets divisjoner og avdelinger, fagforeninger, interesseorganisasjoner, Statistisk Sentralbyrå (SSB)

Datainnsamling

Det er samlet inn en rekke data fra Statistisk sentralbyrås (SSB) «Statistikkbanken», fra Arbeidstaker-/arbeidsgiver-registeret (AA-registeret) hos NAV samt Helsedirektoratets administrative registre

Helsepersonellregisteret (HPR), Legestillingsregisteret (LSR) og Fastlegeregisteret (FLR).

Dataene er delvis benyttet separat og delvis slått sammen for å generere ny informasjon.

Litteratur

Det er publisert mye litteratur om personell- og kompetansesituasjonen, -behov og -framskrivninger. Noen relevante publikasjoner er omtalt i vedlegg 4. Vedlegg 5 inneholder en tabell-oversikt over mange aktuelle publikasjoner med korte sammendrag. Relevant litteratur og publikasjoner er benyttet som støtte for argumentasjon og vurderinger gjennom hele rapporten.

Helsedirektoratets egne årlige rapporter er benyttet, samt publikasjoner om framskrivningsmodellen HELSEMOD fra SSB og NAVS bedriftsundersøkelse.

PHPE har vært involvert i EUs Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting (EUJAHWPF) og ble bedt om å skrive et kapittel i en håndbok for planlegging og framskrivning som skal publiseres i mars 2015. Dette arbeidet beskrives også i denne rapporten (kapittel 8).

Metode

Arbeidsmetodikken har vært å samle og få oversikt over publisert litteratur og data, for deretter å sortere og prioritere dette.

Som støtte i prosessen ble det benyttet tjenstedesign som metode.

Tjenstedesign handler om å utvikle, planlegge og organisere tjenester som skaper gode brukeropplevelser over tid. En brukeropplevelse skapes

igjennom et helt tjenesteforløp, som oftest består av flere ulike kontaktpunkter.

I prosessen var det et mål å systematisere og kommunisere rapportens hovedtemaer og funn for å danne en felles forståelse av utfordringsbildet. I tillegg ønsket vi å kommunisere muligheter og eventuelle tiltak på en ny og attraktiv måte. På sikt kan tjenstedesign medvirke til at rapporter kan presenteres, kommuniseres og markedsføres i et nytt format. Tjenstedesign kan stimulere til en bedre kultur for kunnskapsdeling og nysgjerrighet på tvers av organisasjonen.

Etter anskaffelsesprosess ble Making Waves valgt som leverandør av tjenstedesign. De ledet avdeling PHPE gjennom et to dagers avdelingsseminar der hele avdelingen deltok. Arbeidsgruppene som ble dannet jobbet videre i etterkant med bearbeiding av resultatene. Arbeidet med det store bildet, «Nasjonalt personellbilde» (vedlegg 1), danner utgangspunkt for rapportens oppbygning og prioritering av fokusområder.

Samarbeid med andre interessenter

Det ble avholdt rådslagningsmøte med interne og eksterne interessenter der alle fikk anledning til å komme med innspill til prosjektet (Vedlegg 3). I tillegg ble avdelingene i Helsedirektoratet bedt om skriftlige innspill til prosjektet (Vedlegg 2). Dette har vært viktige bidrag i prosessen.

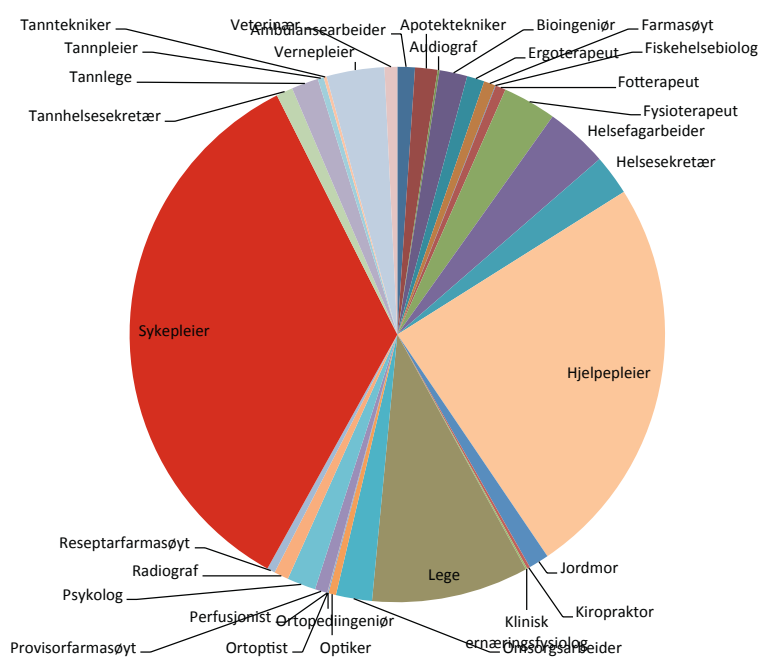
2. Personell - og kompetansesituasjonen - Status og utviklingstrekk

I dette kapittelet presenteres en status for personell- og kompetansesituasjonen per i dag, samt noen utviklingstrekk over tid. Kapittelet bidrar til å svare ut første del av oppdraget. En status på nå-situasjonen er viktig for å kunne planlegge videre.

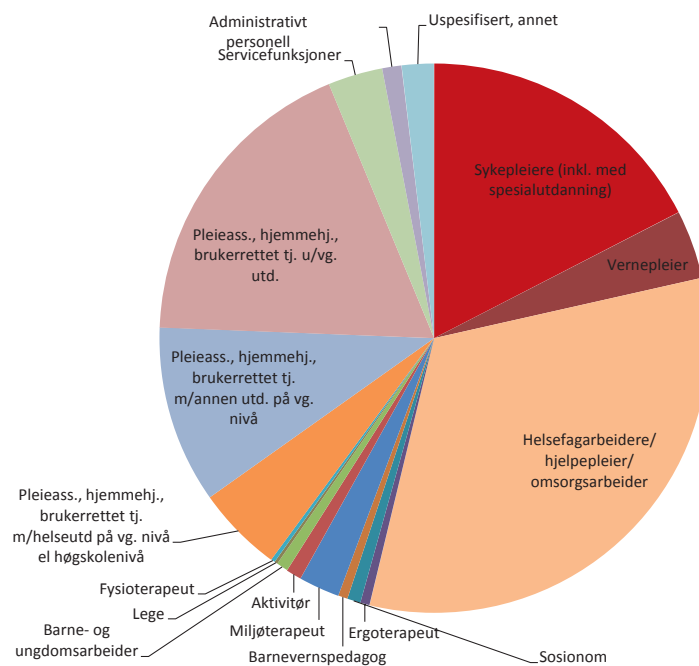
Tilgjengelig datamateriale, statistikk og framskrivinger baserer seg på tall, personer, årsverk, prosenter, altså størrelser som lar seg måle. Måling

av kompetanse er mer utfordrende siden dette er en delvis kvalitativ størrelse som ikke nødvendigvis kan sidestilles med antall personer.

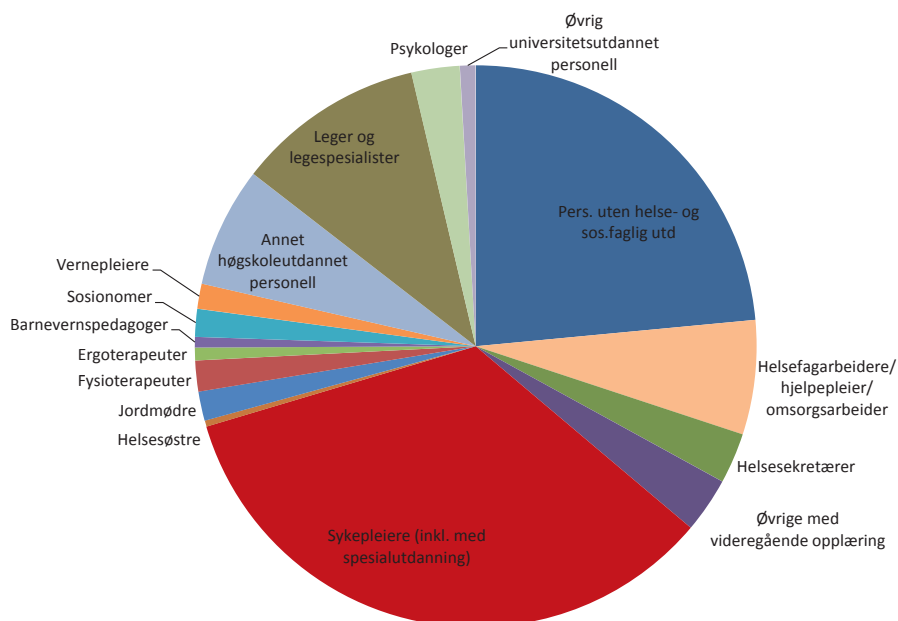
Figur 1 nedenfor viser de 29 autoriserte helsepersonellgruppene og fordelingen i antall mellom dem. De største gruppene er sykepleiere, hjelpepleiere og leger. Figur 2 og 3 viser tilsvarende oversikter for henholdsvis pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.



Figur 1. Autorisert helsepersonell, 2014. Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR)



Figur 2. Helsepersonell i pleie og omsorg, 2013. Kilde SSB



Figur 3. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, 2013. Kilde: SSB.

Som figur 2 og 3 viser, fordeler helsepersonellet seg ganske ulikt når man sammenligner primær- og spesialisthelsetjenesten. Andelen personell uten utdanning er størst i pleie og omsorg. Det er over 30 000 som jobber som pleieassistent innen pleie og omsorg uten å ha fullført videregående utdanning. I tillegg er det nesten 20 000 som jobber

som pleieassistent som har fullført videregående utdanning, men ikke helsefaglig retning.

I spesialisthelsetjenesten er det rundt 30 000 uten helse- og sosialfaglig utdanning. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke kan være kvalifiserte til sin jobb. I helseforetak er det mange oppgaver

der man trenger annen utdanning enn helsefaglig, som f.eks. utdanning innen informasjonsteknologi, fysikk, ingeniørfag eller lignende.

I dette kapitlet har vi valgt ut seks yrkesgrupper som analyseres nærmere. Disse seks gruppene skal beskrive ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Sykepleiere, helsefagarbeidere og leger er med ettersom de er de tre største helsepersonellgruppene. Psykologene er inkludert på grunn av økningen i psykisk lidelser relativt til andre helseplager. De to siste yrkesgruppene som er beskrevet er tannleger og helsesekretærer. SSBs HELSEMOD framskriver at behovet for tannleger og helsesekretærer vil øke framover mot 2035, og det er derfor interessant å se nærmere på disse to yrkesgruppene.

Størrelse, alder og kjønn

I gjennomgangen av de forskjellige yrkesgruppene illustreres de samme figurene for alle de utvalgte gruppene. For å vise total kapasitet for de ulike yrkene fremstilles utviklingen i antall autoriserte helsepersonell de siste ti år. Her fremkommer det hvor mange som potensielt kan jobbe i det aktuelle yrket. Disse tallene er hentet fra Helsepersonellregisteret (HPR), som er helsemyndighetens register over helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Tall for antall autorisasjoner er høyere enn de som faktisk er yrkesaktive som helsepersonell i Norge på det aktuelle tidspunktet. Mange pensjonister er inkludert fordi autorisasjonen beholdes til fylte 75 år. I tillegg vil det være helsepersonell som har fått norsk autorisasjon, men som er yrkesaktive i et annet land. For å moderere dette bildet er det for noen yrkesgrupper lagt til antall sysselsatte. Disse dataene er hentet fra Statistisk sentralbyrå. Antall autoriserte kan gi et bilde på reservekapasiteten.

Aldersutviklingen de siste ti årene er fremstilt for alle yrkesgruppene. Her vises alle de autoriserte i seks aldersgrupper. I tillegg vises en oversikt over gjennomsnittsalderen for de autoriserte. Kjønnbalansen er også beskrevet i en egen graf. Opplysninger om autorisasjon, alder og kjønn er hentet fra HPR.

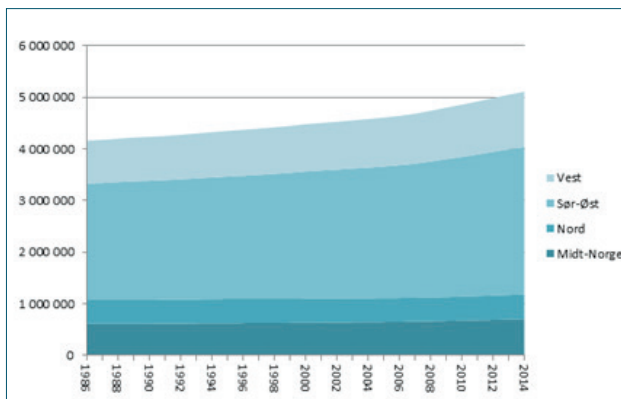
Næring

For hver yrkesgruppe er det laget to kake-diagrammer som viser hvilke næringsområder de arbeider i. Det første diagrammet viser hvor stor andel årsverk som utføres innen helse- og sosialtjenester. Deretter sees det nærmere på de som jobber utenfor denne sektoren. Dette er interessant for å vite om mange forsvinner fra sektoren og i tilfellet hvor de jobber. Det andre diagrammet kan være et mål på arbeidskompetanse som kunne vært brukt i helsesektoren. Disse opplysningene er basert på datauttrekk fra HPR og NAVs Aa-register. Dette gjelder kun de som har et ansettelsesforhold. Selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert. Årsverkene er beregnet ut fra avtalt arbeidstid. Næringskodene som er brukt er laget av SSB og årsverkene blir plassert etter næringen til arbeidsgiver.

Geografi, befolkningsvekst

Det er tatt utgangspunkt i fire geografiske områder i gjennomgangen av de forskjellige personellgruppene som følger. De fire områdene er valgt for enkelt å kunne vise forskjeller innad i yrkesgruppene. For å kunne gjøre sammenligninger er det valgt de samme geografiske områdene som de regionale helseforetakene omfatter. Det betyr at regionene også brukes når yrkesgrupper primærhelse-tjenesten beskrives. Årsverkene fra Aa-registeret er fordelt på region etter arbeidsted. Selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert, men ansettelsesforhold fra både offentlig og privat virksomhet er med. I tillegg er befolkningsandelen lagt til for å se dette i sammenheng med personellandelen i regionene.

Befolkningsutviklingen i de fire landsdelene kan ses i figur 4.



Figur 4 Befolkningsutvikling 1986-2014

I prosent har befolkningsveksten utviklet seg slik i perioden 1986 - 2014 (SSB):

Helse Nord:	2,9 %
Helse Midt-Norge:	15,1 %
Helse Sør-Øst:	26,6 %
Helse Vest:	29,5 %

Arbeidsinnsats

Arbeidsinnsatsen er målt som ukentlig avtalt arbeidstid. Denne statistikken er hentet fra SSBs statistikkbank. Heltid er definert som avtalt arbeidstid 30 timer eller mer i uka. Avtalt arbeidstid er ikke et mål på faktisk arbeidstid, men kontraktfestet. For selvstendig næringsdrivende er arbeidstid beregnet av SSB. Dette er mest aktuelt for leger, psykologer og tannleger.

Helt til slutt sammenligner vi den norske personelldekningen med resten av Norden.

2.1 Hjelpepleier, helsefagarbeider og omsorgsarbeider

Utvalget består av hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere slått sammen til en gruppe, ettersom hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen fases ut og helsefagarbeiderutdanningen har tatt over. I følge SSBs beregninger gjort med HELSEMOD kan det gå mot et underskudd av helsefagarbeidere de neste årene, og dette underskuddet kan øke med årene (Roksvaag og Texmon, 2012).

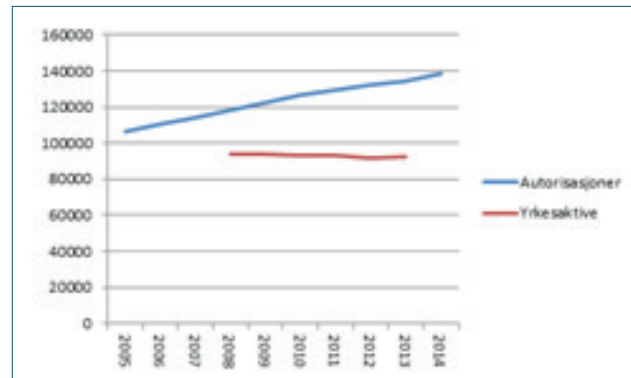
Størrelse

Helsefagarbeider er en relativ ny tittel. Den dukker ikke opp før i 2010, og har deretter økt mye. I figur 5 er helsefagarbeiderne, hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne samlet. Det er verdt å merke seg at den totale beholdningen autoriserte har økt mye, men antall yrkesaktive holder seg stabilt. I 2014 var beholdningen av autoriserte hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere 138 440.

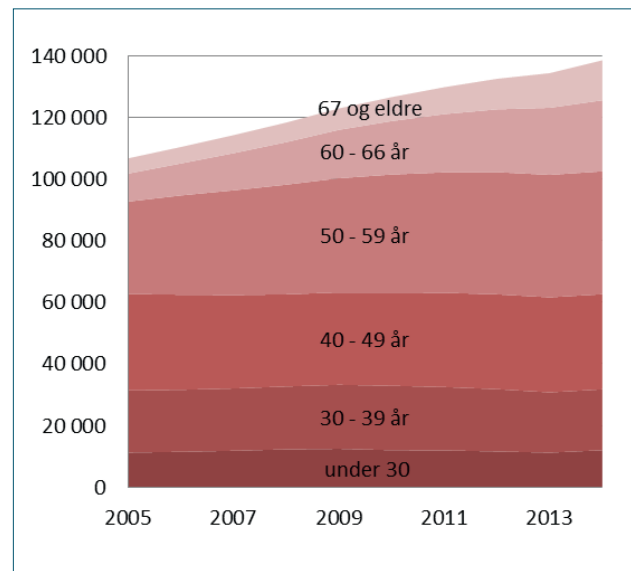
Alder

Gruppen av godkjente hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere fordelt i aldersgrupper over siste 10 år viser oss at de eldre aldersgruppene øker. Gruppene under 30 år og 30-39 år holder seg stabile. Det er viktig å poengtere at dette er autoriserte hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere og derfor vil noen av disse ikke være i arbeidslivet. Blant dem som er 67 og eldre er det en del pensjonister ettersom man beholder autorisasjonen til man er 75 år. Det gir likevel et bilde av hvor mange som har mulighet til å utføre arbeid i de tre yrkene.

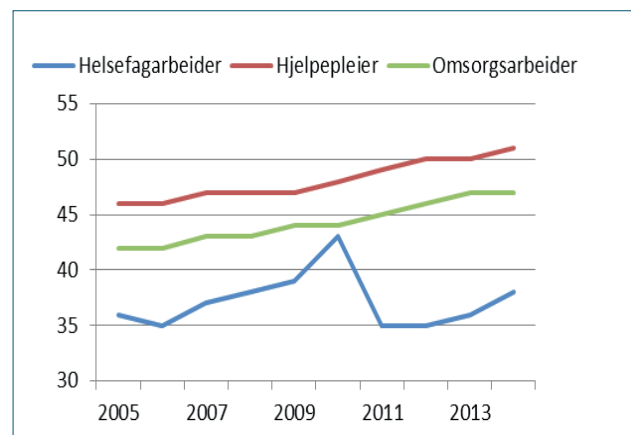
Gjennomsnittsalderen blant godkjente hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har økt gjennom hele perioden. Snittalderen for hjelpepleiere er i 2014 over 50 år. Den samme tendensen finnes blant omsorgsarbeiderne selv om deres snittalder er noe lavere enn blant hjelpepleierne. Sammenlignet med de to andre yrkesgruppene varierer helsefag-



Figur 5 Autorisert personell og sysselsatte. Kilde: HPR og SSB



Figur 6 Aldersfordeling. Kilde: HPR



Figur 7 Gjennomsnittsalder. Kilde: HPR

arbeider veldig i snittalder over tid. Grunnen til dette er at det var veldig få helsefagarbeidere de tidligste årene. Det vises tydelig i figur 5. Antallet var så lite at små endringer kunne ha store utslag. De siste årene har snittalderen jevnet seg mer ut. Helsefagarbeideren er i snitt yngre enn både hjelpepleieren og omsorgsarbeidere. Dette er naturlig ettersom utdanningsløpet er endret. Figur 7 inkluderer alle med autorisasjon og dermed vil gruppen mellom 67 og 75 (med mange pensjonister) trekke snittet opp.

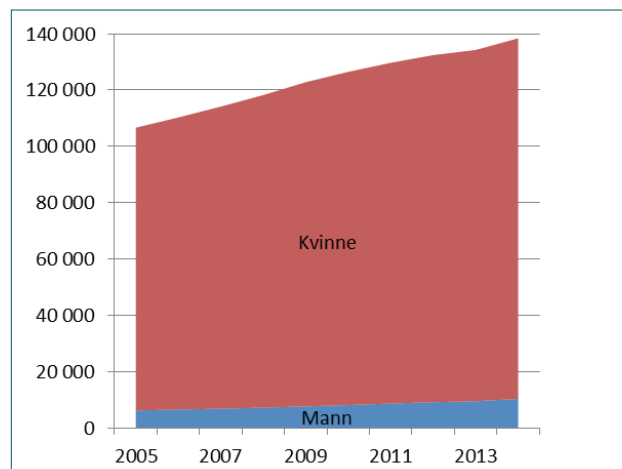
Kjønn

I gruppen av godkjente hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere er kvinnene i stort flertall. Det har blitt flere menn med autorisasjon mellom 2005 og 2013, men det er en lang vei å gå før det blir kjønnsbalanse.

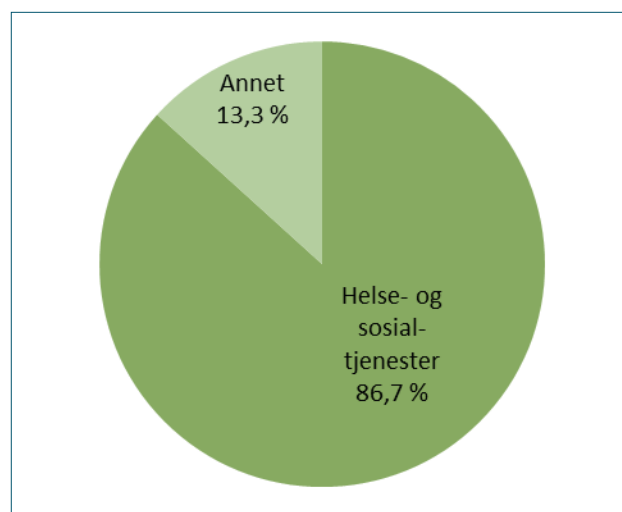
Næring

Figur 9 viser arbeidsinnsatsen til autoriserte hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere i Helse- og sosialtjenesteyting. Arbeidsinnsatsen er definert som avtalt årsverk i 2014 fordelt på næringsområdet til deres arbeidsgiver. Slik kan det synliggjøres hvor stor andel av hjelpepleierne, helsefagarbeiderne og omsorgsarbeiderne som faktisk jobber i helsesektoren. Denne andelen er ikke overraskende høy. Nesten 87 % av alle avtalte årsverk er i denne sektoren. «Annet»-gruppen på litt over 13 % er likevel interessant å se nærmere på. Behovet for de tre yrkesgruppene er stor og vil fortsatt være det i framtida.

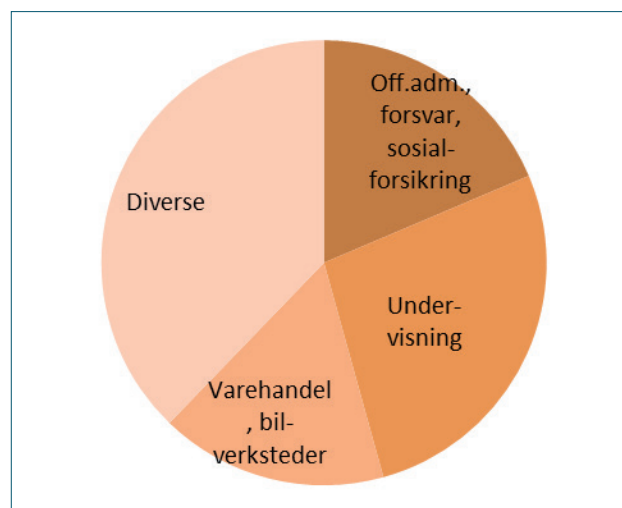
Gruppens arbeidsinnsats i næringer utenfor helse-tjenesten fordeler seg på flere næringer, hvorav de to største er undervisning og offentlig administrasjon. De utgjør henholdsvis 3,6 % og 2,5 % av den samlede arbeidsinnsatsen. Det er viktig at disse yrkesgruppene er representert i begge disse to gruppene og derfor er de to siste gruppene de mest interessante. Den tredje største arbeidsinnsatsen blant næringene utenfor helsesektoren skjer i varehandel, mens de resterende årsverkene fordeler seg over så mange næringsgrupper at vi har valgt å lage en diversekategori for disse. Varehandel og diverse utgjør til sammen 7,2 % av de samlede årsverkene. Det kan godt være at deres



Figur 8 Kjønnfordeling. Kilde: HPR



Figur 9. Årsverk i helse- og sosialtjenester. Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 10 Årsverk i andre næringer Kilde: HPR og Aa-registeret.

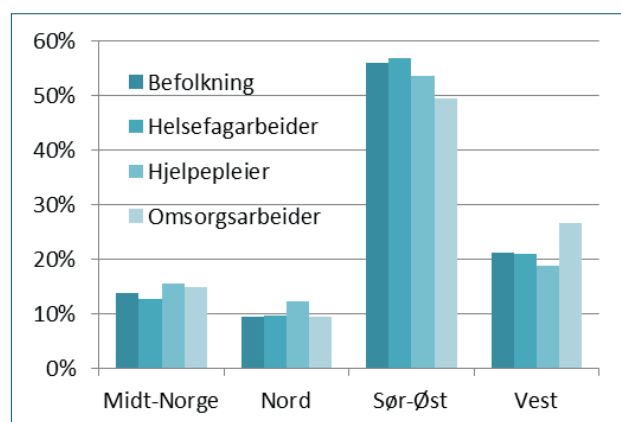
utdanninger kommer til nytte i disse yrkene, men årsverkene utføres utenfor helsesektoren hvor det er behov for dem. 7,2 % høres ikke nødvendigvis så mye ut, men når antallet autoriserte er nærmere 140 000 fremstår det tydelig at årsverksandelene er ganske store. Denne gruppen er også ferdigutdannet og er dermed en «ubenyttet» ressurs for helsevesenet. Det er ingen entydig gruppe hvor hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere jobber og dermed vanskelig å se en trend hvor disse jobber utenfor helsesektoren.

Geografi

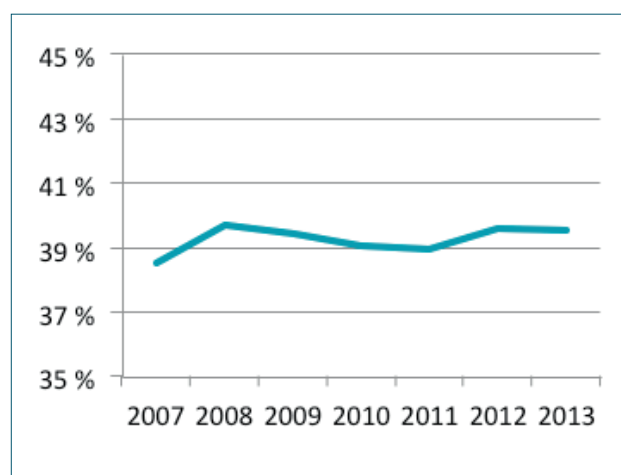
Figur 11 viser yrkesgruppenes arbeidsinnsats per region. I tillegg til avtalte årsverk i 2014 fordelt på fire geografiske regioner er også regionenes andel av befolkningen lagt inn. Den mørkeblå stolpen til venstre viser dette. Nord-Norge har litt flere hjelpepleiere og helsefagarbeider sammenlignet med størrelsen på regionen, men det er ikke en betydelig overrepresentasjon. For Sør- og Østlandet er befolkningsandelen større enn alle tre yrkesgruppene. Det er mer varierende for både Vestlandet og Midt-Norge.

Arbeidsinnsats

Den gjennomsnittlige andelen som jobber heltid blant hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne og helsefagarbeiderne har holdt seg ganske jevn mellom 2007 og 2013. Den totale veksten har vært på 1,1 prosentpoeng for hele perioden, men den har holdt seg rundt 39,5 prosent mellom 2008 og 2013. Dette er en meget lav andel. Det reiser spørsmål om deltidsarbeidet er av frivillig eller ufri-villig art. Ifølge Kristine Nergaards studie fra 2010 om avtalt arbeidstid og arbeidstidsønsker blant deltidsansatte, ønsker 18 prosent av hjelpepleierne og 17 prosent av omsorgsarbeiderne lengre arbeidstid. I disse prosentene er det mange årsverk, men likevel sier hele 81 prosent av både hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne at de er fornøyde med sin nåværende arbeidstid (Nergaard, 2010) Det må også legges til at disse prosentene er avtalt arbeidstid, og at den reelle arbeidstiden for disse tre yrkesgruppene nok er høyere. Heltid defineres som ukentlig avtalt arbeidstid på 30 timer eller mer.



Figur 11 Andel av yrkesgruppene og befolkningen. Kilde: SSB, Aa-registeret og HPR.



Figur 12 Heltidsandel. Kilde: SSB.

2.2 Sykepleiere

Sykepleierne er en stor og viktig yrkesgruppe innen det norske helsevesenet. HELSEMOD viser at den fremtidige etterspørselen etter sykepleiere kan bli svært høy. Etterspørselsveksten er en av de største blant alle yrkesgruppene. Modellen viser et sykepleierunderskudd mot 2035. (Roksvaag og Texmon, 2012).

Størrelse

De siste 10 årene har gruppen av godkjente sykepleiere hatt en jevn vekst. Antallet sysselsatte sykepleiere øker også, men ikke i samme grad som autorisasjonene. Noe av differansen mellom de to grafene kan forklares med at pensjonerte sykepleiere og sykepleiere med norsk autorisasjon som jobber i utlandet også er med blant de autoriserte. Det forklarer derimot ikke at differansen har økt de siste årene.

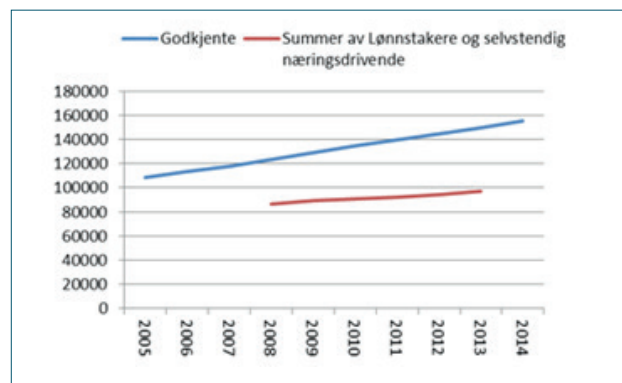
Alder

Figur 14 viser gruppen av godkjente sykepleiere fordelt i aldersgrupper over siste 10 år. Det er en vekst i alle aldersgrupper. Ingen aldersgrupper vokser mer enn de andre. Alle de tre aldersgruppene mellom 30 og 59 år øker litt. Aldersgruppen under 30 år har holdt seg stabilt, men i denne gruppen ville det vært ønskelig med en økning.

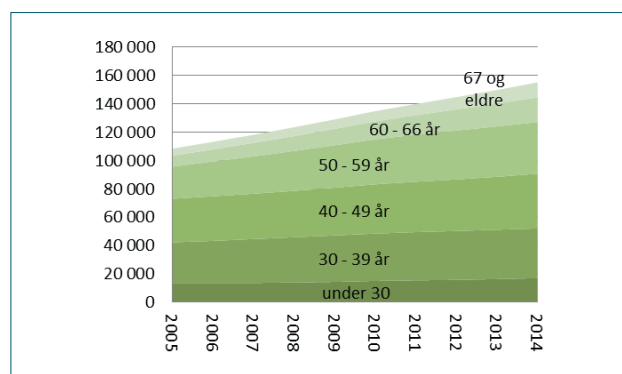
Gjennomsnittsalderen blant godkjente sykepleiere er økende. I 2005 var gjennomsnittsalderen for sykepleierne under 45 år, mens den har steget gjennom de neste ti årene.

Kjønn

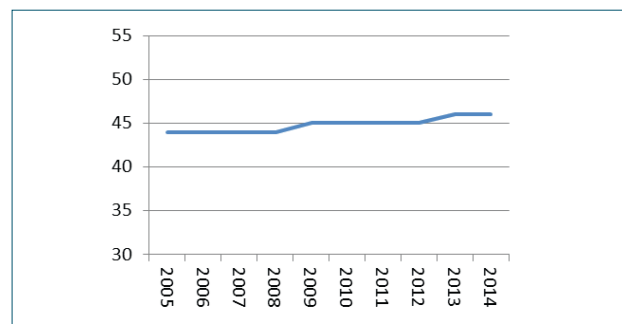
Sykepleieryrket har tradisjonelt vært veldig kvinnedominert. Selv om det har blitt flere menn i yrket de siste årene er kvinnedominansen fortsatt betydelig.



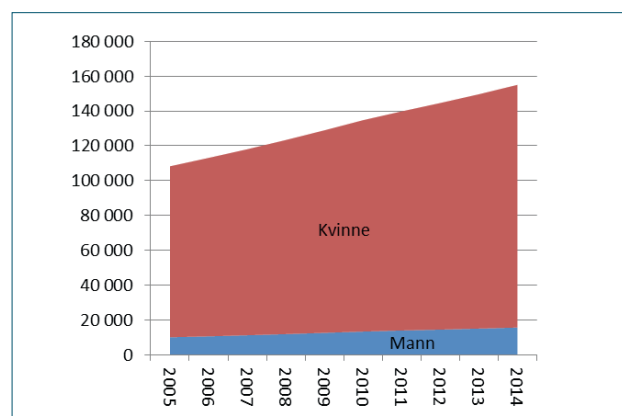
Figur 13. Autorisert personell og sysselsatte. Kilde: HPR og SSB



Figur 14 Aldersfordeling. Kilde: HPR



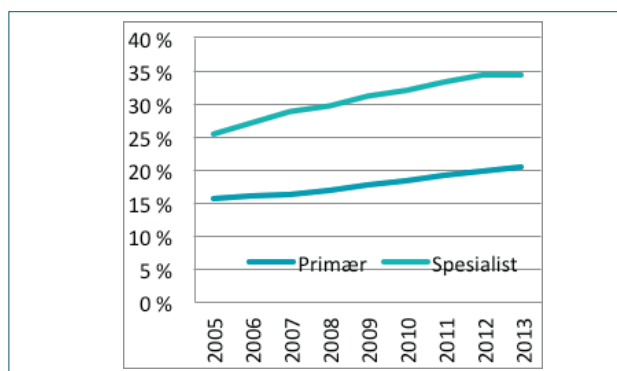
Figur 15 Gjennomsnittsalder. Kilde: HPR



Figur 16 Kjønnfordeling. Kilde: HPR

Videreutdanning

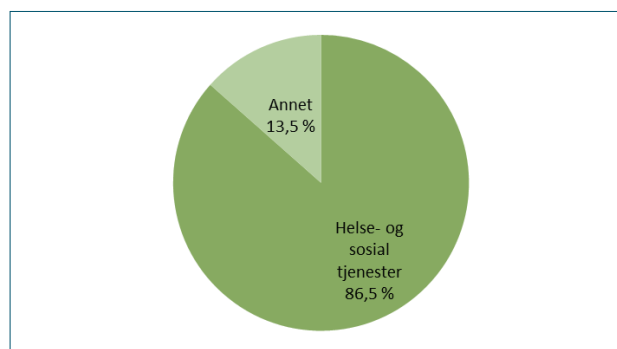
I figur 17 ser vi andelen av sykepleierne som er videreutdannet innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi kan se at andelen øker betydelig. I 2005 var 15,6 % av alle sykepleierne i primærhelsetjenesten videreutdannet, mens andelen hadde økt til 20,4 % i 2013. Økningen innen spesialisthelsetjenesten er større. I perioden øker andelen fra 25,5 % til 34,4 %.



Figur 17 Andel videreutdannede. Kilde: SSB

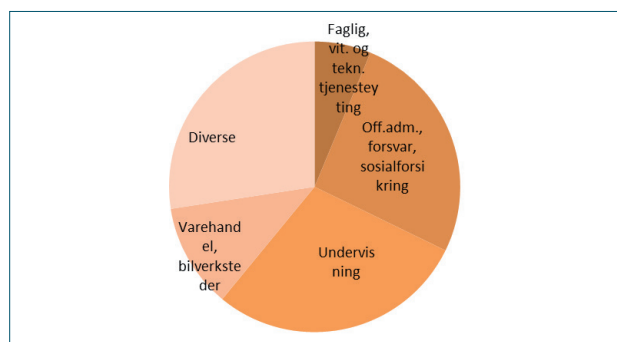
Næring

Figur 18 viser andelen av sykepleierne som faktisk arbeider innen helse- og sosialtjenester. Dette er definert som avtalte årsverk i 2014 fordelt på næringsområdet til deres arbeidsgiver. Det er ikke en veldig stor andel som jobber i andre næringssektorer, men ettersom sykepleierne er en stor yrkesgruppe betyr det at veldig mange årsverk utføres utenfor helsesektoren. Neste diagram viser hvilke næringer disse sykepleierne jobber i.



Figur 18 Årsverk i helse- og sosialtjenester. Kilde: HPR og Aa-registeret.

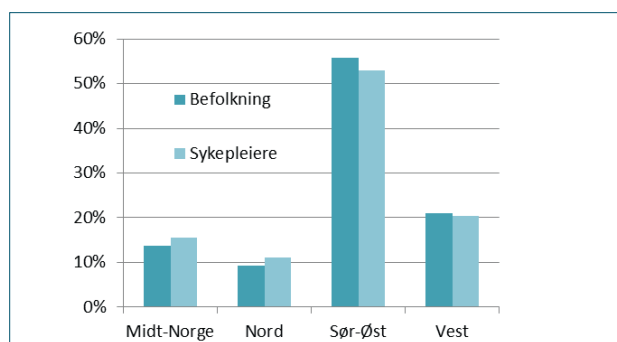
Sykepleiernes arbeidsinnsats i næringer utenfor helsetjenesten fordeler seg på mange næringer. De to største er undervisning og offentlig administrasjon. I tillegg til disse to er næringen varehandel veldig stor. Den fjerde største næringssektoren er faglig vitenskapelig og teknisk tjenesteyting. Denne næringsgruppen inneholder mange forskjellige typer virksomheter, alt fra forskningsarbeid, reklamebyråer til veterinærtjenester. Det er også mange sykepleiere som fordeler seg over så mange andre næringsgrupper at de har havnet i samlekategorien «diverse».



Figur 19 Årsverk i andre næringer Kilde: HPR og Aa-registeret.

Geografi

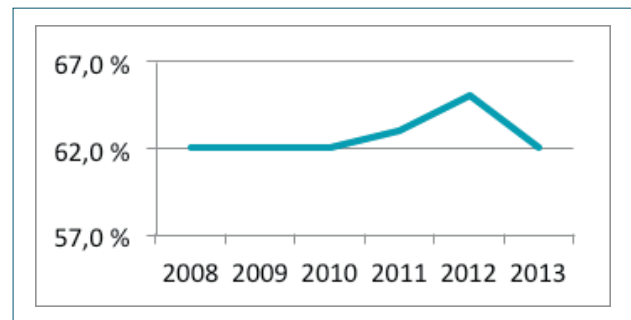
I figur 20 er sykepleiernes arbeidsinnsats per region. Arbeidsinnsatsen er målt som avtalte årsverk i 2014 fordelt på de fire regionene. Midt-Norge og Nord-Norge har en høyere andel av sykepleierårsverk enn det befolkningsandelen skulle tilsi. Det kan likevel være fornuftig at f.eks. Nord-Norge har noe bedre representasjon, blant annet fordi de geografiske avstandene er større. At sykepleierne er litt skjevfordelt i forhold til befolkningsandelene betyr ikke at dekningen også er skjev.



Figur 20 Andel av yrkesgruppene og befolkningen. Kilde: SSB, Aa-registeret og HPR.

Arbeidsinnsats

Figur 21 viser heltidsutviklingen for sykepleierne fra 2007 og fram til 2013. Heltid er definert som avtalt arbeidstid 30 timer eller mer i uka. Utviklingen har holdt seg stabil rundt 60 % gjennom hele perioden. Heltidsandelen er betraktelig høyere for sykepleiere enn hva som er tilfellet for hjelpepleierne, helsefagarbeiderne og omsorgsarbeiderne. Denne oversikten bygger på avtalt arbeidstid. Det betyr at den faktiske arbeidstiden kan være annerledes.



Figur 21 Heltidsandel. Kilde: SSB.

2.3 Lege

SSB framskriver at tilbudsveksten av leger vil bli moderat, mens etterspørselsveksten vil være noe større. HELSEMOD beregner dermed en svak underdekning av leger i 2035 (Roksvaag og Texmon, 2012).

Størrelse

Antallet godkjente leger har hatt en jevn vekst. Figur 22 viser en betydelig vekst gjennom hele perioden. Ved inngangen til 2014 var det 41444 godkjente leger, mot 26029 i 2005.

Grafen viser også en ekstra sterk økning i 2013, som følge av endret autorisasjonstidspunkt for turnusleger.

Antallet yrkesaktive leger har økt gjennom hele perioden, men økningen er betydelig mindre enn økningen av autorisasjoner.

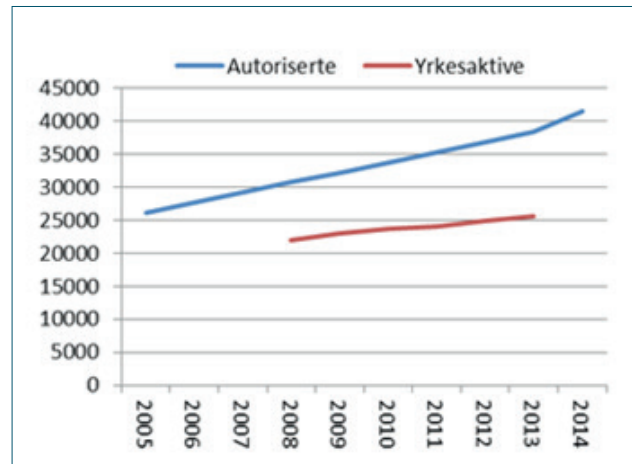
Alder

Figur 23 viser aldersutviklingen blant leger med godkjenning de siste årene. Figuren viser en jevn vekst i alle grupper gjennom hele perioden. Det er en betydelig tilvekst av yngre leger, særlig siste år. Ved inngangen til 2014 var det 2398 godkjente leger under 30 år, noe som er nær en dobling i forhold til året før. Dette kan forklares med at det fra 1.12.2012 ble endret tidspunkt for autorisasjon.

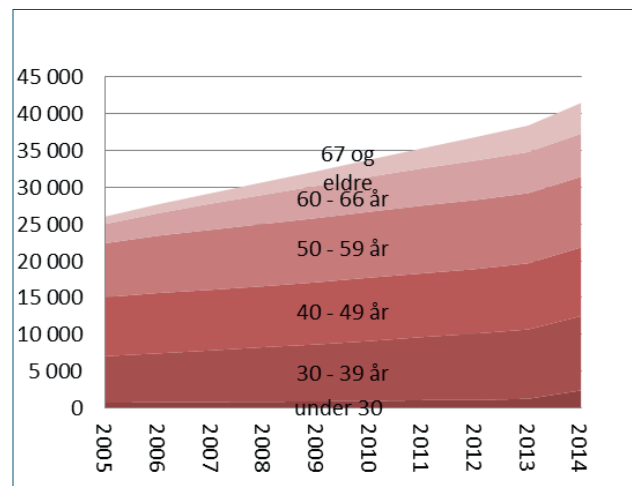
Merk at beregningen omfatter alle personer med autorisasjon som lege. Blant de eldste personellgruppene vil det være en betydelig andel som ikke er yrkesaktive.

Utviklingen i legenes gjennomsnittsalder er vist i den samme utvikling, med svak økning frem mot siste år, og deretter faller gjennomsnittet ved at gruppen yngre leger øker sterkt. Nedgangen sist år kan forklares ved endringen i autorisasjonstidspunktet for nyutdannede leger.

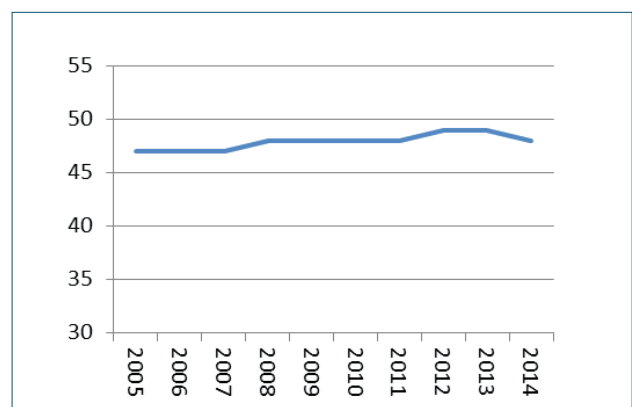
Leger som inngår i fastlegeordningen hadde i 2014 en gjennomsnittsalder på 48,5 år, noe som her helt i tråd med gruppen som helhet. I denne



Figur 22 Autorisert personell og sysselsatte. Kilde: HPR og SSB



Figur 23 Aldersfordeling. Kilde: HPR



Figur 24 Gjennomsnittsalder. Kilde: HPR

gruppen har imidlertid kvinnelige fastleger en gjennomsnittlig alder på 45,4 år, mens den for mannlige fastleger ligger på 50,5 år.

Kjønn

Blant godkjente leger er det fortsatt flest menn. Dette bildet endrer seg gradvis ettersom kvinneandelen er mye høyere blant de yngre legene og blant legestudentene.

For fastlegene er det omtrent samme kjønnsfordeling for 2014; 1761 kvinnelige fastleger og 2714 mannlige.

Næring

Leger jobber i all hovedsak innen i helse- og omsorgssektoren. Figur 26 viser at nær 86,9 % av legenes arbeidsinnsats utføres i virksomheter med helse- og sosialtjenesteyting som hovednæringsområde.

Arbeidsinnsats er her beregnet ut fra avtalte årsverk i 2014 i arbeidsforholdet og prosentfordelt på arbeidsgivers hovednæringsområde. Fastleger som er selvstendig næringsdrivende er ikke med denne beregningen.

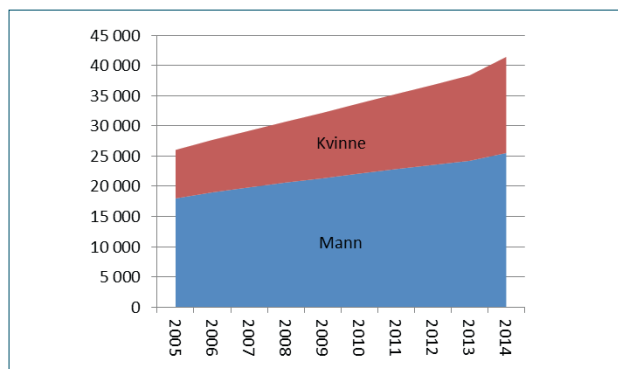
13,1 % av legenes innsats ytes i andre næringer. Figur 27 viser innsatsen i de tre største av disse næringsområdene. Den største er undervisning, som utgjør 4,6 % av total innsats.

Legenes arbeidsinnsats og yrkesvalg ser ut til å være i tråd med deres utdanning og kompetanse.

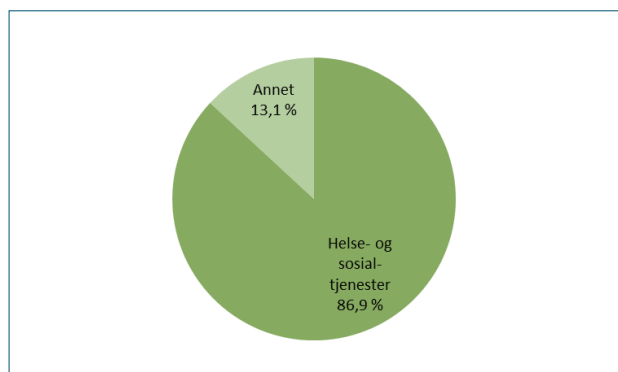
Geografi

Figur 28 viser regional fordeling av befolkningen og årsverk for yrkesaktive leger. Region Nord har litt høyere andel leger i forhold til befolkningen, mens region Sør-Øst har en noe lavere andel leger i forhold til befolkningsandelen.

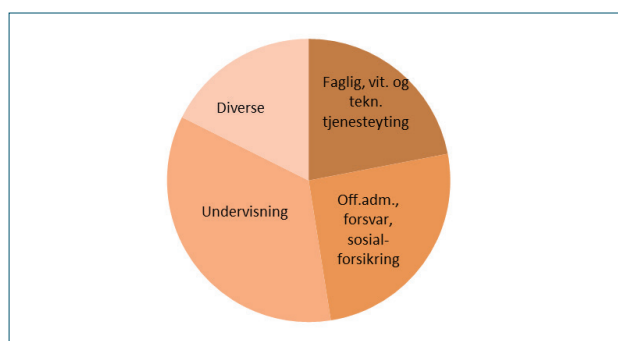
Geografisk fordeling er her beregnet ut fra avtalte årsverk for personer med gyldig autorisasjon som lege i 2014.



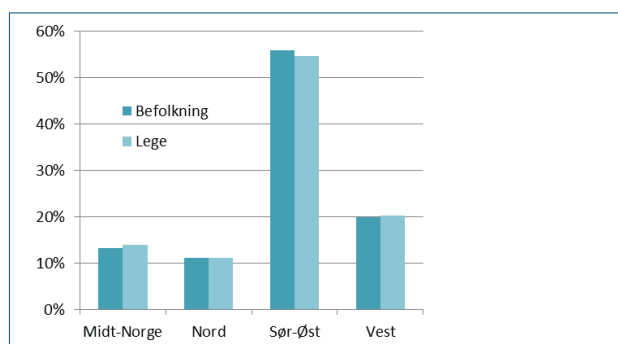
Figur 25 Kjønnfordeling. Kilde: HPR



Figur 26 Årsverk i helse- og sosialtjenester. Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 27 Årsverk i andre næringer Kilde: HPR og Aa-registeret.

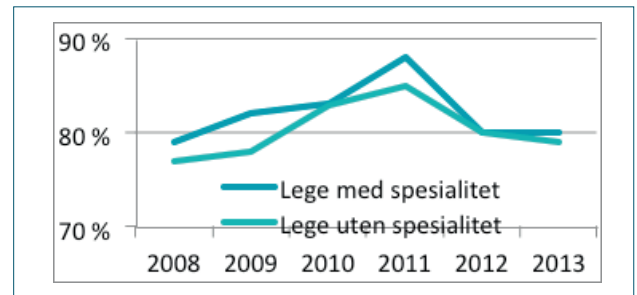


Figur 28 Andel av yrkesgruppene og befolkningen. Kilde: SSB, Aa-registeret og HPR.

Arbeidsinnsats

Den gjennomsnittlige andelen av legene som jobber heltid ligger stabilt på et høyt nivå. Dette er ikke en gruppe som jobber mye deltid. Figur 29 viser en høy andel heltidsinnsats både for leger med og uten spesialitet.

Heltidsansatte leger er definert som 30 timer eller mer i avtalt ukentlig arbeidstid. Arbeidstid for selvstendig næringsdrivende fastleger er beregnet av SSB, basert på antall pasienter på deres liste.



Figur 29 Heltidsandel. Kilde: SSB.

2.4 Tannlege

SSBs HELSEMOD framskriver at etterspørselen etter tannleger kan bli stor framover, og det forventes en kraftig underdekning av tannleger i framskrivingsperioden (Roksvaag og Texmon, 2012).

Størrelse

Figur 30 viser antall autoriserte tannleger (blå) og antallet av disse som jobber (rød). Den røde linja viser både lønnstakere og selvstendig næringsdrivende. De fleste autoriserte tannlegene er i jobb i Norge i dag. Det foreligger kun statistikk for de i arbeid fra 2008 til og med 2013. De autoriserte inkluderer tannleger som har autorisasjon i Norge, men som jobber i et annet land eller en annen sektor. I tillegg finnes det mange autoriserte tannleger som er pensjonister ettersom man beholder autorisasjonen til man er 75 år. Antall autorisasjoner har økt mye mellom 2005 og 2014, mens antallet i arbeidslivet har hatt en litt svakere økning. Generelt er utnyttelsen av tannleger er god i Norge pr 2013.

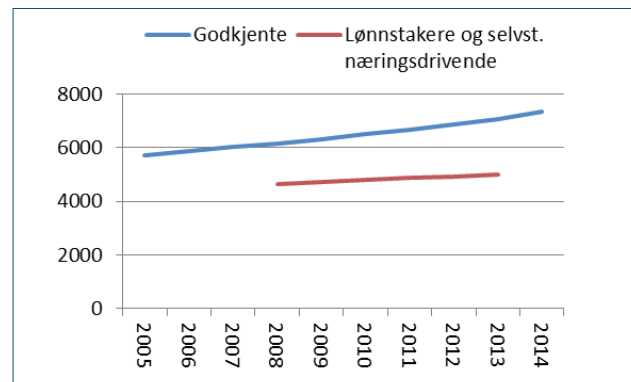
Alder

I figur 31 er gruppen av godkjente tannleger fordelt i aldersgrupper over siste 10 år. Det har vært en økning i de yngre gruppene de siste årene. I SSB-rapporten (Roksvaag og Texmon, 2012) beskrives tannlegene som en aldrende gruppe. Over halvparten var over 50 år i dataene rapporten viser til. Etter 2012 har dette derimot endret seg. Det er blitt en større andel av de yngre aldersgruppene blant de autoriserte tannlegene. Dette er en positiv utvikling. Det er viktig å minne om at dette er autoriserte tannleger og derfor kan økningen i de yngre gruppene være tannleger som har norsk autorisasjon, men som ikke nødvendigvis jobber i Norge.

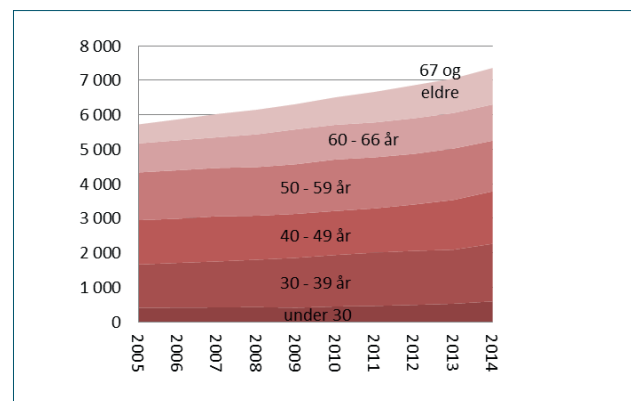
Gjennomsnittsalderen blant godkjente tannleger er veldig stabil, selv om det er en økning blant de yngre tannlegene. Snittalderen har holdt seg jevn gjennom hele tidsperioden.

Kjønn

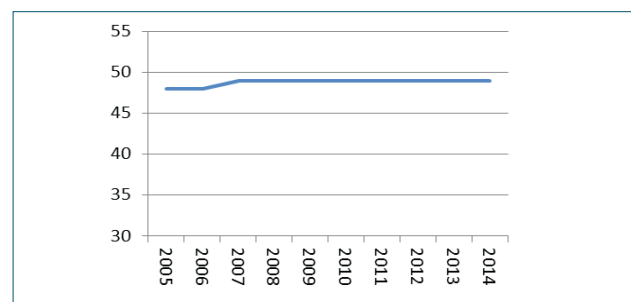
Veksten i godkjente tannleger har vært størst blant kvinner. I 2013 er det omtrent like mange kvinner og menn som har autorisasjon som tannleger.



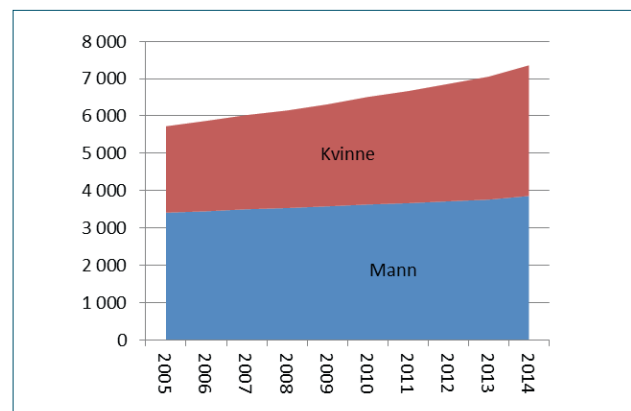
Figur 30 Autorisert personell og sysselsatte. Kilde: HPR og SSB



Figur 31 Aldersfordeling. Kilde: HPR



Figur 32 Gjennomsnittsalder. Kilde: HPR



Figur 33 Kjønnfordeling. Kilde: HPR

Næring

Tannlegene utfører over 85 % av sine årsverk i helse- og sosialsektoren. I denne figuren er kun tannlegene som er arbeidstakere med, men det er liten grunn til å tro at de selvstendig næringsdrivende tannlegene jobber i andre sektorer enn denne.

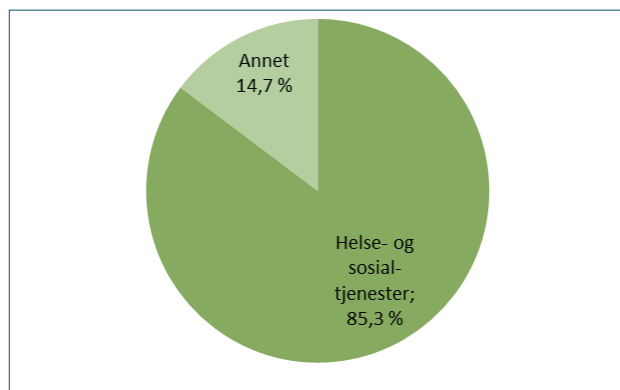
De tannlegene som utfører årsverk hos arbeidsgivere i andre næringer enn helse - og sosialsektoren fordeler seg hovedsakelig på undervisning og offentlig administrasjon. Undervisningssektoren er den klart største. Noen av disse jobber også delvis i undervisningssektoren og delvis i helse- og sosialsektoren. Den nest største andelen i andre næringer utfører sine årsverk i offentlig administrasjon, forsvar og sosial forskning. Også blant tannlegene er det mange årsverk som fordeler seg utover så mange næringsgrupper at de er samlet opp i en diversekategori.

Geografi

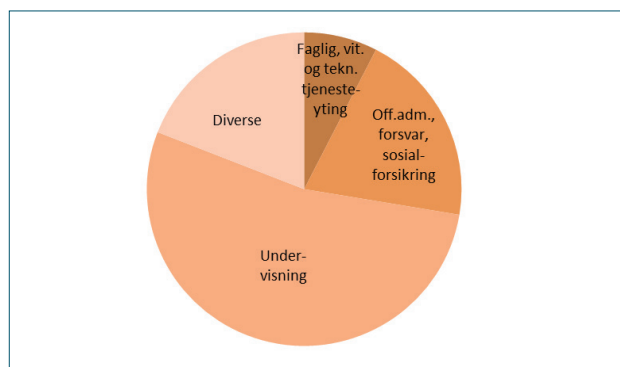
Figur 36 viser tannlegenes fordeling per geografiske region, sammenstilt med regionens andel av befolkningen. Andelen tannleger er kun større enn andelen av befolkningen i Midt-Norge. I de resterende tre regionene er andelen av befolkningen høyere enn tannlegene. Her er det igjen veldig viktig å understreke at dette er blant tannlegene som har et ansettelsesforhold og dermed vil ikke dette gi et helhetlig bilde for tannlegesituasjonen i regionene. Dette gir likevel et godt bilde for bl.a. det offentlige tilbudet.

Arbeidsinnsats

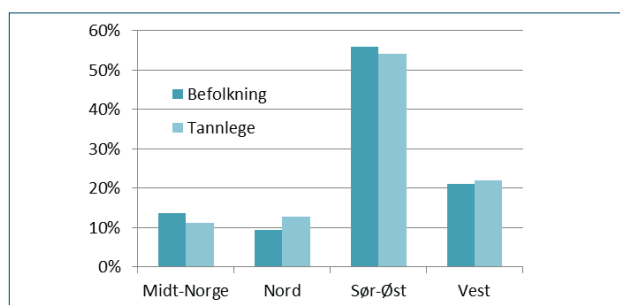
Heltidsandelen for tannleger høy og har steget i løpet av perioden med hele 8 prosentpoeng. Heltid regnes som de som har avtalt arbeidstid på 30 timer eller mer i uka. Dermed er ikke de selvstendig næringsdrivende med i denne oversikten, men det er liten grunn til å tro at de vil dra snittet ned. Det er verdt å merke seg at det er en stor andel av tannlegene som også hadde avtalt arbeidstid mer enn 40 timer i uka. Blant dem som etter vår definisjon jobber heltid er det også store variasjoner.



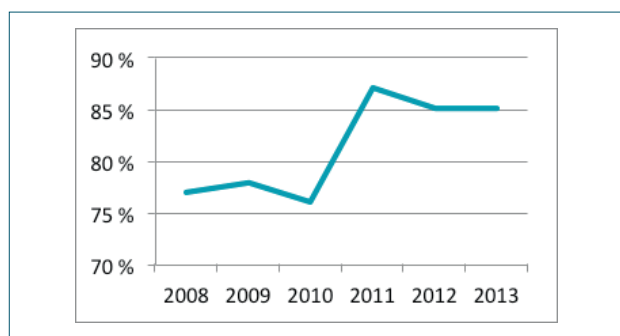
Figur 34 Årsverk i helse- og sosialtjenester. Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 35 Årsverk i andre næringer Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 36 Andel av yrkesgruppene og befolkningen. Kilde: SSB, Aa-registeret og HPR.



Figur 37 Heltidsandel. Kilde: SSB.

2.5 Psykologer

SSBs HELSEMOD beregner at etterspørselen etter psykologer kan bli moderat og at Norge dermed kan få et overskudd av psykologer fram mot 2035. Rapporten påpeker likevel at psykiske lidelser øker i omfang relativt til andre helseplager. Det blir mer legitimt å søke hjelp for å behandle eller forebygge slike plager (Roksvaag og Texmon, 2012). Det er derfor interessant å se på psykologene som egen yrkesgruppe her.

Størrelse

Antallet godkjente psykologer har hatt en betydelig vekst. I 2005 var det 4614 autoriserte psykologer i landet, mens det i 2014 var hele 7644. Det er en økning på over 60 % for hele perioden. Lønns-takere og selvstendig næringsdrivende har også en økning. I 2008 var det 5928 psykologer i arbeid, mens det hadde økt til 6615 i 2013. Antall autoriserte psykologer ligger naturlig hvis en del høyere ettersom det innenfor denne kategorien kan være både pensjonister og psykologer som praktiserer i andre land enn Norge.

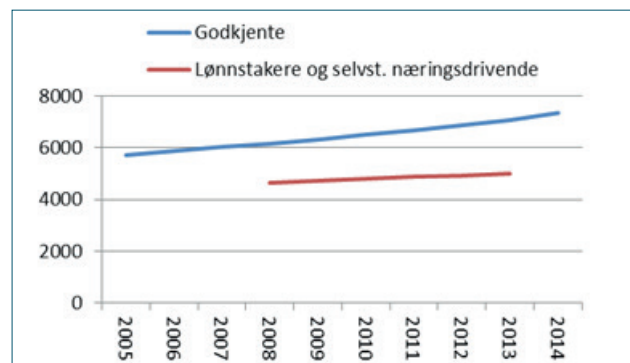
Alder

I figur 39 er gruppen av godkjente psykologer fordelt i aldersgrupper over siste 10 år. Det har blitt flere psykologer og økningen har skjedd blant de lavere aldersgruppene. Den største økningen har skjedd i aldersgruppa 30 - 39 år, men økningen blant 40 -49 har også vært stor. Denne trenden stemmer godt overens med at det generelt har blitt flere psykologer.

Gjennomsnittsalderen blant godkjente psykologer er veldig stabil. Snittalderen viser at det er en ung yrkesgruppe og den har holdt seg stabil rundt 45 år hele perioden.

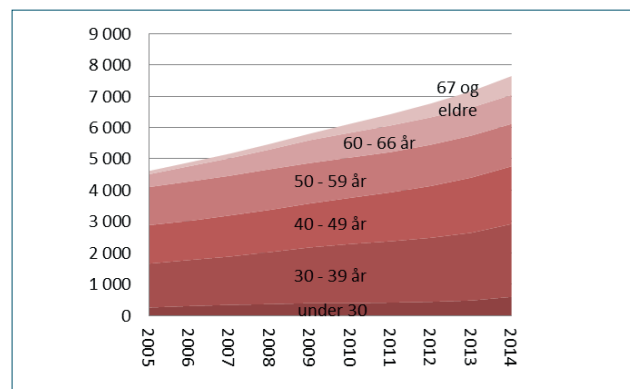
Kjønn

Det har vært en økning i antall autoriserte psykologer gjennom hele perioden. Det har vært en økning for begge kjønn, men kvinneandelen har økt vesentlig mer enn mannsandelen.



Figur 38 Autorisert personell og sysselsatte.

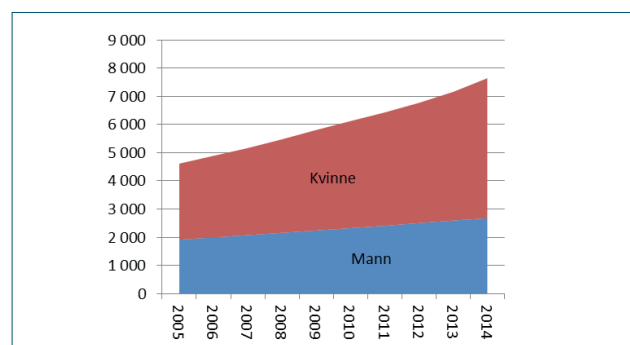
Kilde: HPR og SSB



Figur 39 Aldersfordeling. Kilde: HPR



Figur 40 Gjennomsnittsalder. Kilde: HPR



Figur 45 Kjønnfordeling. Kilde: HPR

Næring

En høy andel av årsverkene de ansatte psykologene utfører skjer utenfor helse- og sosialsektoren. Nesten en fjerdedel av årsverkene utføres i andre sektorer. Andelen er høyere enn for de fleste andre yrkesgruppene presentert i denne rapporten. Dette gjelder også her psykologene med et ansetelsesforhold.

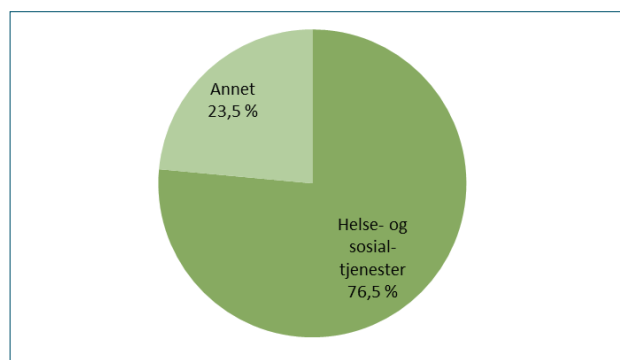
Gruppens arbeidsinnsats i næringer utenfor helse-tjenesten fordeler seg på flere næringer, hvorav den klart største næringen er undervisning. Det finnes mange psykologer i offentlig administrasjon. En del psykologer utfører sine årsverk i faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting. Dersom det blir et overskudd av psykologer i framtida vil flere måtte se seg om etter arbeid i andre næringer enn helsesektoren. Psykologer kan være attraktive i andre deler av arbeidslivet, som for eksempel i bedriftshelsetjenesten og arbeid i forbindelse med rekruttering og omstilling i næringslivet.

Geografi

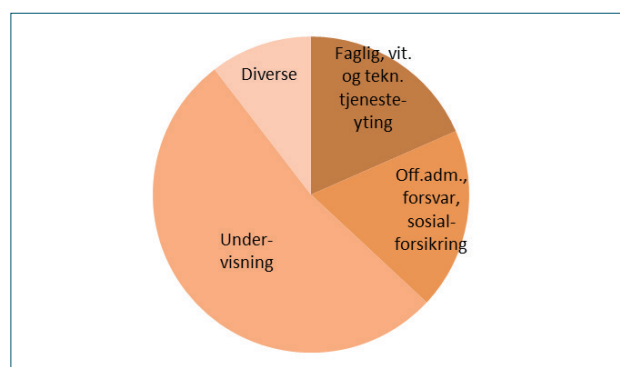
Figur 48 viser psykologenes fordeling per geografiske region, sammenstilt med regionens andel av befolkningen. Befolkningsandelen for Nord-Norge og Midt-Norge er begge litt større enn psykologandelen. Det er Vestlandet som har den største andelen psykologer i forhold til deres befolkningsandel. Psykologene er fordelt utover landet ganske godt ut ifra regionenes størrelse.

Arbeidsinnsats

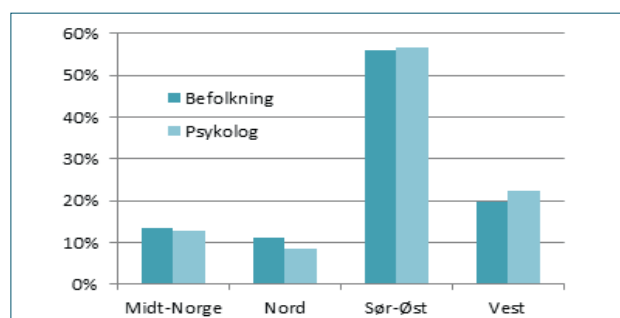
Heltidsandelen for psykologer er høy og har holdt seg stabil i hele perioden mellom 2008 og 2013. Den ligger rundt 90 %. Heltid er her definert som 30 timer eller mer i uka. Dette er meget høyt og er ikke veldig overraskende.



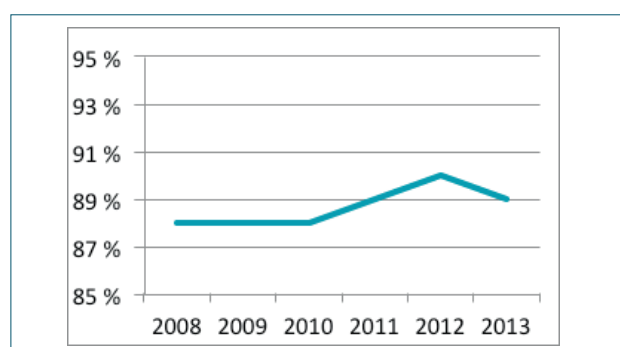
Figur 46 Årsverk i helse- og sosialtjenester. Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 47 Årsverk i andre næringer. Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 48 Andel av yrkesgruppene og befolkningen. Kilde: SSB, Aa-registeret og HPR.



Figur 49 Heltidsandel. Kilde: SSB.

2.6 Helsesekretær

I SSBs HELSEMOD er helsesekretærer og tannlege- sekretærer sett på som en yrkesgruppe. Framskrivningene viser at Norge vil ha behov for flere helsesekretærer framover. De ulike scenarior- ene viser ulike alternativer for hvor stor differansen mellom etterspørsel og tilbudet vil være, men alle scenarioene viser et underskudd av helse- sekretærer (Roksvaag og Texmon, 2012).

Størrelse

Ved inngangen til 2014 var det 10897 personer med gyldig autorisasjon som helsesekretærer. Gruppen har hatt en betydelig vekst de siste åre- ne, og er nå mer enn dobbelt så stor som i 2005. Økningen er illustrert i figur 50 og viser at veksten var sterk frem mot 2009 og noe lavere etter dette.

Alder

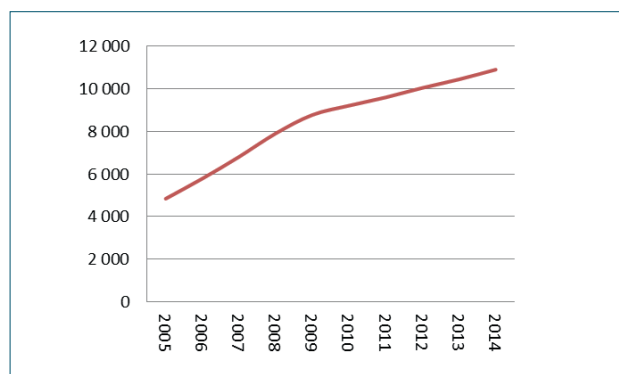
Figur 51 viser helsesekretærene fordelt i alders- grupper over siste 10 år. Den viser en jevn vekst i alle aldersgrupper frem mot 2009. Videre i perioden er de yngre gruppene (under 30 og 30 - 39) stabil, mens økningen har kommet i alders- grupper over 40 år.

Merk at beregningen omfatter alle personer med autorisasjon som helsesekretær. Blant de eldste personellgruppene vil det være en betydelig andel som er pensjonerte.

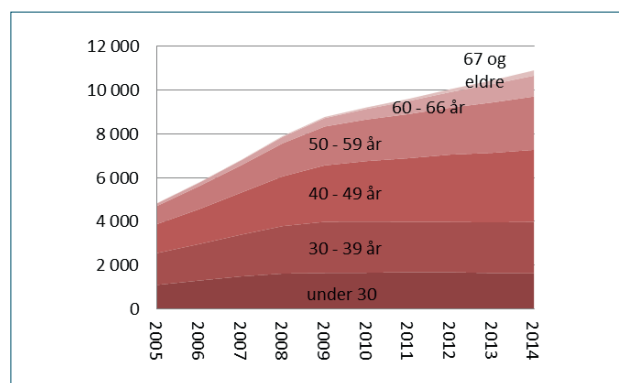
Den samme utviklingen gjør seg også gjeldende i beregnet gjennomsnittlig alder for gruppen. Gjennomsnittsalderen blant godkjente helse- sekretærer har steget jevnt gjennom de 10 siste årene. Ved inngangen til 2014 var gjennomsnittlig alder på 43 år.

Kjønn

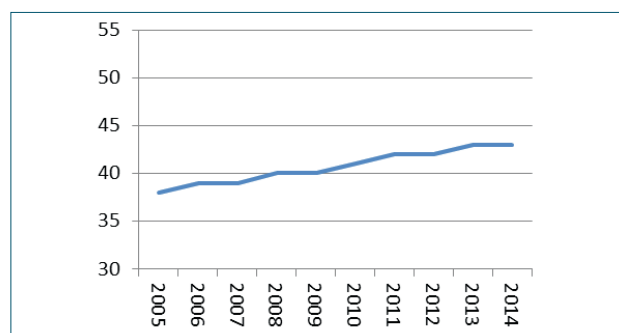
Helsesekretærene har gjennom perioden bestått nesten utelukkende av kvinner, som vist i figur 53. I den kraftige veksten som gruppen har hatt er det svært få menn. Ved inngangen til 2014 var det bare 59 menn, noe som utgjør 0,5 % av hele personellgruppen.



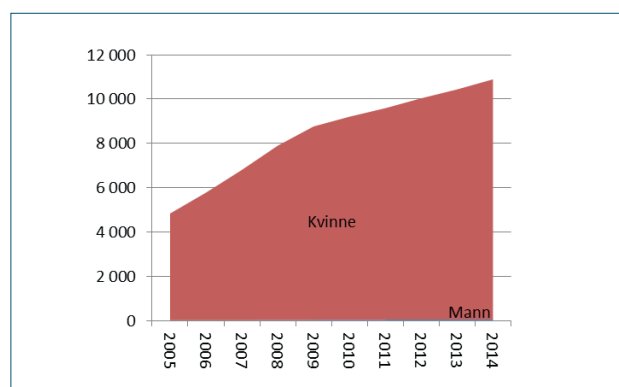
Figur 50 Autorisert personell. Kilde: HPR



Figur 51 Aldersfordeling. Kilde: HPR



Figur 52 Gjennomsnittsalder. Kilde: HPR



Figur 53 Kjønnfordeling. Kilde: HPR

Næring

Figur 54 viser deres arbeidsinnsats fordelt på næring (avtalte årsverk 2014 fordelt på næringsområdet til deres arbeidsgiver). Personell med utdanning og godkjenning som helsesekretær jobber i hovedsak innen helse- og omsorgssektoren. 84 % av helsesekretærenes arbeidsinnsats utføres i virksomheter med helse- og sosialtjenesteyting som hovednæringsområde.

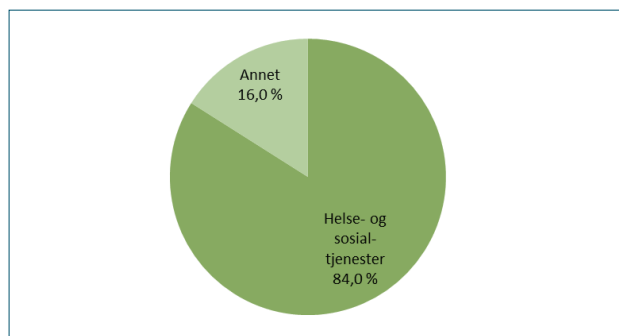
16 % av innsatsen ytes i andre næringer, og er ganske bredt fordelt. Figur 55 viser at denne innsatsen er bredt fordelt på andre næringer, med varehandel som den største (3,4 %). Dette indikerer at helsesekretær-kompetanse er etterspurt og kan benyttes i ulike typer virksomheter, også utenfor helse og omsorg.

Geografi

Figur 56 viser avtalte helsesekretærårsverk fordelt på fire geografiske regioner, sammenstilt med regionens andel av befolkningen. Nord-Norge har forholdsmessig litt flere helsesekretærer i forhold til regionens befolkning, mens Vestlandet har et motsatt bilde. For de to andre regionene ser det ut til å være omtrent like andeler. Geografisk fordeling er her beregnet ut fra avtalte årsverk for personer med gyldig autorisasjon som helsesekretær i 2014.

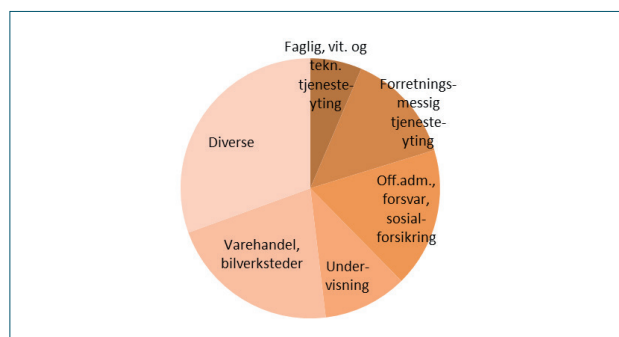
Arbeidsinnsats

Den gjennomsnittlige andelen som jobber heltid blant helsesekretærene er litt høyere enn tidligere. Figur 57 viser at den totale andelen heltidsansatte i 2013 ligger 3 prosentpoeng høyere enn i 2008. Heltid er definert som 30 timer eller mer i avtalt ukentlig arbeidstid.

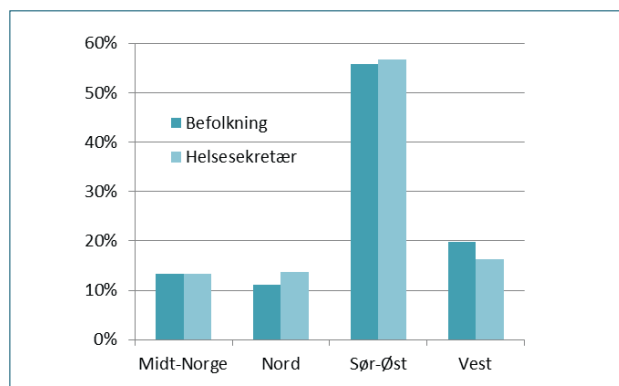


Figur 54 Årsverk i helse- og sosialtjenester.

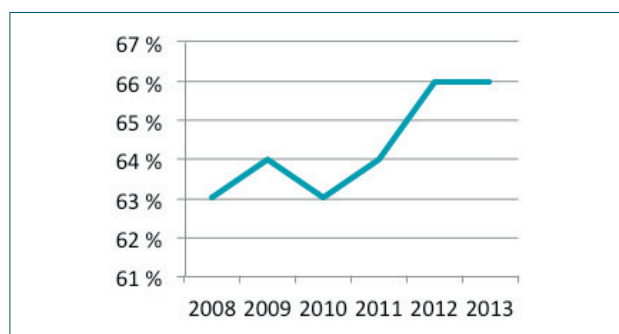
Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 55 Årsverk i andre næringer. Kilde: HPR og Aa-registeret.



Figur 56 Andel av yrkesgruppene og befolkningen. Kilde: SSB, Aa-registeret og HPR.



Figur 57 Heltidsandel. Kilde: SSB.

2.7 Helsepersonelldekning Norden

Under vises en oversikt over ansatte helsepersonell i Norden pr. 100 000 innbygger.

Norge har generelt høy dekning for de fleste yrkesgrupper sammenlignet med de andre nordiske landene. Det er helt tydelig blant leger og sykepleiere. Norge har i tillegg mange fysioterapeuter sammenlignet med de andre landene. Antallet tannleger, radiografer, jordmødre og bioingeniører/laboranter per 100 000 innbygger er veldig likt på tvers av hele Norden. De danske og finske tallene er fra 2010.

Helsepersonell i helse- og sosialsektoren pr. 100 000 innbyggere, 2011

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Leger	348	303	353	419	374
Tannleger	79	74	89	88	80
Sykepleiere	1 004	1 078	871	1 640	1 051
Radiografer	26	50	37	53	36
Hjelpepleiere	642	1 351	-	1 353	-
Jordmødre	30	40	-	54	72
Fysioterapeuter	147	150	148	181	122
Bioingeniør/ laborant	102	98	94	97	-

Kilde: Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESKO): Health Statistics in the Nordic Countries 2013.

2.8 Oppsummering

Størrelse

Alle tallene for autorisasjoner øker gjennom de ti siste årene. De sysselsatte øker også for de fleste yrkesgruppene. Denne økningen er mindre enn for autorisasjoner slik at differansen mellom de to har økt mye de siste årene. For helsefagarbeidere er det faktisk en nedgang i yrkesaktive, men autorisasjonene øker likevel.

Alder

Det er kun for leger at gjennomsnittsalderen går nedover. For både tannleger og psykologer holder gjennomsnittsalderen seg ganske stabilt, mens de resterende yrkesgruppene generelt eldes. Man bør likevel ikke konkludere mye ut ifra resultatene for helsefagarbeiderne. Det er en relativt ny yrkesgruppe og mange hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har konvertert autorisasjonen sin til helsefagarbeider. Ettersom gruppen ikke har vært så stor, har små endringer gjort tilsynelatende store utslag for gjennomsnittsalderen. For noen av yrkesgruppene er det tydelig at de lavere aldersgruppene øker selv om snittalderen går opp. Gjennomsnittsalderen er høy ettersom alle som har autorisasjon er inkludert, også pensjonistene.

Kjønn

Helsetjenesten har historisk vært preget av tradisjonelle kjønnsrollemønstre og er det fremdeles. Det er likevel en endring i noen yrkesgrupper. Kvinneandelen går opp spesielt blant leger. Det er en økt kvinneandel også blant tannleger og psykologer. For yrkesgrupper som tradisjonelt er kvinne-dominert er endringene ikke så store. Selv om det har blitt flere menn blant sykepleiere er yrket fortsatt veldig kvinnedominert. Kvinnene dominerer også i veldig stor grad helsefagarbeideryrket og helsesekretæryrket.

Næring

Avtalt årsverk fordelte seg ganske likt for alle yrkesgruppene i helse- og sosialtjenester. Tannlegene skilte seg likevel litt ut hvor nesten en fjerdedel av årsverkene ble kategorisert i andre

næringer enn helse og sosial. For de resterende yrkene lå prosentandelen i andre næringer enn helse- og sosialsektoren på litt i overkant av 10 %. Blant disse andre næringer fordeles de fleste årsverkene seg i undervisning og offentlig administrasjon.

Geografi

Den geografiske fordelingen av de forskjellige yrkesgruppene var jevn sammenlignet med befolkningsstørrelsen. For sykepleierne var bemanningen litt høy for Midt- og Nord-Norge enn befolkningsstørrelsen skulle tilsi. I Nord var det også litt flere tannleger sett i forhold til befolkningen. Utenom dette var det stort sett en jevn fordeling. Denne måten å se geografisk fordeling på er veldig enkel, og det kan argumenteres for at det finnes bedre måte å se geografisk fordeling på. Kanskje bør det være en større andel av leger og sykepleiere enn befolkningen skulle tilsi i Nord-Norge, på grunn av store avstander og spredt befolkning.

Arbeidsinnsats

Figurene som viser hvor mange som jobber heltid varierer veldig mellom de forskjellige yrkesgruppene. Ukentlig avtalt arbeidstid for helsefagarbeiderne er veldig lav hvis man sammenligner med f.eks. tannlegene eller legene. Som tidligere nevnt kan det antas at helsefagarbeiderne jobber mer enn det avtalt arbeidstid viser, men det er likevel en god indikator for heltidstendensen i yrket.

3. Utdanningskapasitet

Helsepersonell utdannes i videregående opplæring, fagskoler og i høyere utdanning. Utdanningskapasiteten er tett knyttet til graden av tilgang på kvalifisert helsepersonell, og i tillegg er det en klar sammenheng mellom tilgang på helsepersonell og hvor disse har tatt utdanningen sin. Distriktene er i større grad avhengig av nærhet til lærestedene som utdanner helsepersonell, for å kunne rekruttere kvalifisert personell.

Innenfor noen helsepersonellgrupper tar en betydelig andel norske studenter utdanning utenfor Norge. I tillegg har Norge hatt en betydelig arbeidsinnvandring. Norge er forpliktet av WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som pålegger medlemslandene å sørge for effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonell. Særlig innenfor medisin, psykologi, fysioterapi og helsearbeiderfaget har Norge fortsatt betydelige utfordringer med å etablere en utdanningskapasitet som dekker helse- og omsorgstjenestenes behov.

3.1 Videregående opplæring

De to største helsefaglige utdanningene på videregående utdanningsnivå (Vg) er lærefagene helsearbeiderfag og ambulansarbeiderfag. Dette er utdanninger som fører til fagbrev, men som ikke gir studiekompetanse. Helsefagarbeideren er i det følgende omtalt spesielt, fordi framskrivninger vi-

ser at det kan bli betydelig mangel på denne yrkesgruppen (Roksvaag og Texmon, 2012).

Antall og andel som fullfører helsefaglig yrkesutdanning

I følge tall fra SSB (2014) fullførte 1012 personer en helsefaglig yrkesutdanning i videregående opplæring i 2013. Hele 2/3 av elevene som tas inn på disse utdanningene bytter utdanningsløp innenfor utdanningsprogrammet Helse- og oppvekstfag, bytter til studieforbereende utdanningsprogram eller faller fra underveis. De som bytter til studieforbereende utdanningsprogram etter Vg2 tar påbyggingsfag som skal lede til studiekompetanse. Det viser et potensiale i å få flere av elevene som tas inn til å fullføre utdanningsløpet de har begynt på, for å få mer helsepersonell innen de gruppene helsetjenestene har størst behov for.

Helsefagarbeider

Helsefagarbeideren er en yrkesgruppe som etter omleggingen av systemet for videregående opplæring høsten 2006 erstattet hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene. Helsefagarbeidere utgjør en yrkesgruppe det mest sannsynlig vil bli mangel på i fremtiden (Roksvaag og Texmon, 2012). Målt i antall ferdigutdannede personer utgjør de den største utdanningsgruppen i helse- og omsorgstjenestene. I følge framskrivninger gjort i referansebanen i HELSEMOD, er det forventet en underdekning på nærmere 57 000 årsverk i 2035.

Antall helsefagarbeidere som utdannes er ikke i samsvar med de økte behovene. Kombinasjonen av lav tilstrømning og sterk aldersrelatert avgang innenfor yrkesgruppene hjelpepleier og omsorgsarbeider, vil redusere det fremtidige tilbudet i antall årsverk fra denne yrkesgruppen betydelig.

Stortingsmelding 13 «Utdanning for velferd» (2011-2012) peker på tre mulige årsaker til misforholdet mellom antall helsefagarbeidere som utdannes og fremtidig behov.

- **Frafall:** Utdanningen er preget av et betydelig frafall, særlig i overgangen mellom Vg2 helsearbeiderfaget og Vg3/opplæring i bedrift (læretid som helsefagarbeider)
- **Bortvalg:** Ved overgang til Vg3 er det mange som velger bort læretiden. Disse velger i stedet påbygg til generell studiekompetanse på Vg3
- **Nedgang i antall voksne** som utdanner seg til helsefagarbeider

Å sikre bruttotilgang på 4500 helsefagarbeidere per år er ett av fem delmål for handlingsplanen Kompetanseløftet 2015 (Helsedirektoratet, 2014a). Gjennom Kompetanseløftet 2015 kan kommunene søke om tilskuddsmidler via fylkesmennene til en rekke tiltak som har som formål å øke interessen for og rekrutteringen til helsearbeiderfaget, samt bidra til at flere ansatte tar fagbrev som helsefagarbeider. I tillegg finansieres rekrutteringsprosjektet «Bli helsefagarbeider!», som er et initiativ fra arbeidsgiverorganisasjonene KS, Virke og Spekter.

Fra 2009-2012 ble det gjennomført en rekrutteringskampanje med ungdom som målgruppe. Hensikten var å bidra til å øke søkerantallet til programfaget helse- og sosialfag (nå helse- og oppvekstfag) på Vg1 på videregående skole, helsearbeiderfaget på Vg2 og læretid som helsefagarbeider på Vg3. Kampanjen har bidratt til at 10-11 % av ungdomskullene valgte denne utdanningsveien hvert år i kampanjeperioden. Man kan bli helsefagarbeider på flere måter:

- **Videregående opplæring:** Den ordinære veien er å ta yrkesfaglig utdanning på videregående

skole med to år i skole og to år som lærling før man tar fagprøven. Denne benyttes mest av ungdom.

- **Praksiskandidatordningen:** Voksne med lang og allsidig praksis fra pleie- og omsorgssektoren kan gjennom praksiskandidatordningen gå opp til fagprøve i helsearbeiderfaget. Det er knyttet en del krav til denne ordningen, blant annet må man ha minst 25 % praksistid. Fylkeskommunen har ansvar for fagprøve for praksiskandidater.
- **Realkompetansevurdering¹:** Voksne kan gjennom å be fylkeskommunen om en realkompetansevurdering finne ut hvilke deler av utdanning som de har gjennomført tidligere i livet, erfaring og praksis som kan telle dersom de ønsker å ta fagbrev som helsefagarbeider. På bakgrunn av realkompetansevurderingen kan den enkelte enten søke opptak til utdanningen på videregående skole eller de kan søke opptak til forkortet opplæringsløp (voksenopplæring), eller man kan gå opp til fagprøve direkte.

Frafalls- og bortvalgsproblematikk

I årsrapporten for 2012 om Omsorgsplan 2015 omtales andelen som velger påbygg til generell studiekompetanse fremfor tid i lære og fagbrev som stigende. I følge rapporten søker rundt halvparten av Vg2 elevene i helsearbeiderfaget seg til påbygg (Helsedirektoratet, 2014). NIFU gjennomførte i 2013 en intervjustudie med tema rekruttering av lærlinger til helsefagarbeideryrket (Skålholt m.fl., 2013). Formålet med studien var å undersøke hvorfor så mange elever i helsefagarbeiderutdanningen velger å ta påbygg til generell studiekompetanse fremfor å ta fagbrev og bli helsefagarbeider. Studien belyser ulike faktorer som påvirker valgene til elevene og lærlingene i overgangen mellom skole og lære eller påbygg.

1 Realkompetansevurdering gir deg dokumentasjon på de delene av din tidligere utdanning, praksis og erfaring som er relevant for å bli helsefagarbeider. Voksne med rett til videregående opplæring har rett til å få vurdert sin realkompetanse uten kostnad. For voksne uten rett til videregående opplæring kan realkompetanse bli vurdert etter henvisning fra kommune eller NAV. Realkompetansevurdering kan også gjennomføres for en rekke andre yrker og utdanningslinjer.

Det kommer frem at det hverken er misnøye med utdanningen eller feilvalg som gjør at mange velger påbygg (Skålholt m.fl., 2013). Mange velger bort helsefagarbeiderutdanningen fordi de oppfatter lærlingeløpet som en blindvei fordi det ikke gir studiekompetanse. Mange har hørt at det kan være vanskelig å få full jobb etter læretiden. Mange hadde i realiteten planlagt bortvalget og siktet seg inn på høyere utdanning allerede i utgangspunktet. Disse betrakter Vg1 helse- og oppvekstfag og Vg2 helsearbeiderfaget som en god forberedelse til høyere utdanning, spesielt til sykepleierutdanningen. Oppfatningen blant mange av de intervjuede er at helsearbeiderfaget er, eller burde være, et *studieforberedende* fag så vel som et *yrkesfag*. Mange er bekymret for fremtidens karrieremuligheter, både med hensyn til muligheten for å få full stilling som man kan leve av, og mulighet for fast jobb. Mange oppfatter at sykepleierutdanningen gir disse- og andre muligheter, blant annet muligheten for karriereutvikling gjennom videreutdanning.

I følge SSB (Køber og Vigran, 2011) finnes den største andelen deltidsarbeidere i helse- og sosialsektoren blant helsefagarbeidere. På bakgrunn av intervjuene gjort i NIFU-studien ser det ut til at rekrutteringsmønstrene i pleie- og omsorgssektoren legger grunnlag for at tradisjonelle mønstre for arbeidsdeling og arbeidstid (stor andel deltidsstillinger) blir reproduserte. Dette kan antas å ha negativ innvirkning på rekrutteringen.

Fordi de viktigste grunnene til å velge bort læretiden ikke ligger i utdanningen som sådan, men i ar-

beidsfeltet, fremmer rapporten noen forslag til tiltak for de som tar inn lærlinger (Skålholt m.fl., 2013). Et tiltak handler om å sørge for en tettere kobling mellom lærlingeinntak og rekruttering. Dersom lærlingene og elevene skal se at det å være lærling leder frem mot en trygg jobb med muligheter for karriereutvikling, så må de også kunne forvente at sjansene for å få jobb etter fagprøven er relativt store. Et annet tiltak kan være å desentralisere opptaket av lærlinger i kommunene til virksomhetene, fremfor at dette bestemmes sentralt i kommunene. Dette kan føre til at virksomhetene får et større «eierforhold» til lærlingene og til det å ta inn lærlinger, og at lærlingordningen blir en mer naturlig del av daglig drift.

Rapporten understreker likevel at dersom ikke lærlingene tilbys faste og store nok stillinger etter fagprøven kan det heller ikke forventes en økning i antallet lærlinger fra videregående (Skålholt m.fl., 2013). Det viktigste man må gjøre for å sikre en økt rekruttering av unge lærlinger, er å sikre tilgangen på arbeid etter fagprøven.

Tabellen nedenfor viser antall elever som har fullført helse- og sosialfaglig videregående opplæring som henholdsvis hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i perioden 2000 til 2013. Fra en årlig produksjon på rundt 4500 kandidater i perioden 2002 til 2008, er tallet på avlagte fagprøver halvert i perioden 2009-2013. Fra 2011 til 2012 var det en liten økning. Helsefagarbeideren står nå for hele tilbudet på arbeidsmarkedet (Helsedirektoratet, 2014b).

Antall med fullført utdanning som hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hjelpepleier	1928	1973	2986	2730	3936	3525	3642	3618	3599	1865	566	50	7	-
Omsorgs-arbeider	1900	1693	1546	1297	1148	884	790	813	803	631	261	161	105	4
Helsefag-arbeider									1	389	1408	2042	2299	2413
Totalt	3828	3666	4532	4027	5084	4409	4432	4431	4403	2885	2235	2253	2411	2417

Kilde: Helsedirektoratet, 2014b

3.2 Fagskoleutdanning

Videreutdanning av helsepersonell gjennom fagskoleordningen er et viktig kompetanse- og rekrutteringstiltak. Fagskoleutdanning er korte og yrkesrettede utdanningstilbud for søkere med bestått videregående opplæring eller tilsvarende realkompetanse. Mange fagskolestudenter har mange års yrkeserfaring, og fagskoleutdanningen skal være et kompetansehevende virkemiddel særlig rettet mot primærhelsetjenesten. Hovedformålet til fagskolene er å utdanne kandidater til samfunnets kompetansebehov, og det skal være kompetansen skal være direkte anvendbar i arbeidslivet uten behov for mer opplæring. I samarbeid med Helsedirektoratet har fylkeskommunene siden 2010 forvaltet tilskudd til fagskoleutdanning i helse- og sosialfag. Tilskuddsordningen skal bidra til å nå målsetningene i Omsorgsplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.

3.3 Høyere utdanning

Antall studieplasser i Norge for de ulike profesjonene

Den største helsefaglige utdanningen i høyere utdanning er sykepleieutdanning, og SSB har estimert et behov for omkring 28 000 flere sykepleiere innen 2035 (Roksvaag og Texmon, 2012). Dette krever mye av utdanningskapasiteten allerede nå, og det vil være behov for en sterk opptrapping av utdanningskapasiteten i årene fremover. Opptatte helsefagstudenter utgjør cirka 10 % av opptatte studenter i Norge 2013.

Kunnskapsdepartementet tildeler studieplasser i årlige budsjettprosesser og fastsetter resultatkrav gjennom kandidatmåltall for de fleste helse- og sosialfaglige utdanninger. I tillegg reguleres rammene for helse- og sosialfaglige utdanninger i hovedsak gjennom universitets- og høgskoleloven, NOKUT, kvalifikasjonsrammeverket, finansierings-systemet for høyere utdanningsinstitusjoner, forskrift for skikkethetsvurdering, rammeplaner og gjennom styringsdialogen som KD har med institusjonsstyrene. Universiteter og høgskoler vil i noen

tilfeller kunne opprette ekstra studieplasser innenfor egen budsjetttramme eller gjennom ekstra tilførte midler fra eksterne kilder, og fastsetter studieplaner og læringsutbyttebeskrivelser innenfor rammene gitt av Kunnskapsdepartementet. Universiteter og høgskoler fastsetter seg studieprogramporteføljen for sin institusjon, og innhold i utdanningene fastsettes i all hovedsak i programstyrene på instituttnivå.

Tabellen nedenfor er sammenstilt med statistikk fra Samordna Opptak (SO), DBH og KD av Helsedirektoratet. Utlyste studieplasser på SO er etter fagfelt for 2014-opptaket. Tabellen inkluderer ikke tall fra lokale opptak, slik som f.eks. antall studie-plasser for jordmorutdanning og helsesøsterutdanning. Opptatte og fullførte studenter er hentet fra DBH. Opptatt-tallene er fra 2013. Fullføring avhenger av opptak i 2011, 2009 og 2008 (eller tidligere for forsinkede studenter), avhengig av lengden på studiet. Dette innebærer at tallene ikke er direkte sammenlignbare. Dette gir et tidsbilde på utdanningskapasitet innen helsefaglig høyere utdanning.

Utdanningstakten som oppstilt under viser at dagens kapasitet, statlige krav og utnyttelse av eksisterende kapasitet ikke vil gi Norge nok sykepleiere innen 2035. Dersom en større andel av opptatte studenter fullfører, vil Norge komme nærmere å få nok sykepleiere. Statistikken som viser fullføring av studenter viser antallet som fullfører på normert studietid som heltidsstudenter. Noen av de som er tatt opp vil fullføre på et senere tidspunkt, noen starter på andre utdanninger eller ved andre utdanningsinstitusjoner og noen faller helt fra. Det reelle frafallet er derfor lavere enn statistikken kan antyde. Det frafallet i sykepleierutdanningen ligger i perioden mellom 2011 og 2013 i realiteten mellom 17,6 % og 19,8 % (Kunnskapsdepartementet, 2014:258). Å få flere av de med svakest studieforutsetninger til å fullføre og få flere til å fullføre på normert tid vil kunne bidra til å gi helsetjenestene raskere tilgang på flere ferdigutdannede kandidater (Kårstein og Aamodt, 2012). Sykepleiestudenter er de studentene som er mest misfornøyd med utdanningen sin underveis i utdanningsløpet (Steenstrup og Hauge,

2011), og hver tiende sykepleier ønsker å skifte jobb (Almendingen, 2009). Dette indikerer forbedringspotensial både hos lærestedene og hos helse- og omsorgstjenestene.

Det bør utredes hvordan flere studenter i helsefaglige høyere utdanning kan lykkes med å fullføre utdanningsløpene sine på normert tid, uten at det går på bekostning av utdanningskvalitet.

Antall studieplasser i 2014, antall opptatte studenter i 2013, antall fullførte studenter i 2013 og aktivitetskrav² fra Kunnskapsdepartementet.

Profesjonsutdanning	Studieplasser 2014	Opptatte studenter 2013	Fullførte studenter 2013	Aktivitetskrav fra KD 2014
Sykepleier	4486	5372	3543	3493
Vernepleier	825	1049	847	734
Radiograf	75	264	123	153
Sosionom	915	1048	767	-
Reseptarfarmasøyt	130	109	42	62
Provisorfarmasøyt	102	163	96	105
Tannpleier	88	104	57	130
Tannlege	153	185	127	139
Lege	617	1062	603	546
Audiograf	40	57	21	29
Optometri	66	83	48	-
Bioingeniør	259	319	180	209
Fysioterapeut	362	418	297	268
Ergoterapeut	294	349	187	180
Psykolog	188	278	179	246
Klinisk ernæringsfysiolog	35	101	27	54
Totalt	8635	12981	7606	6348

Kilde: Studieplasser: Samordna opptak, Opptatte og fullførte studenter: NSD DBH, Aktivitetskrav: KD

² Kunnskapsdepartementet setter aktivitetskrav for 15 helsefaglige grunnutdanninger og seks videreutdanninger for sykepleiere for hver av utdanningsinstitusjonene. Dette skal sikre at utdanningene gis mange steder i landet og at det utdannes tilstrekkelig mange kandidater både nasjonalt og regionalt. Aktivitetskravene gjelder ikke antall ferdige kandidater, som påvirkes av frafall underveis i studieløpet, men defineres for de fleste utdanninger som et minimums antall 60-poengsenheter som må være avlagt det første studieåret.

3.4 Autorisasjoner

Statens Autorisasjonskontor (SAK) er autorisasjonsmyndighet for 29 yrkesgrupper som er avhengig av autorisasjon for å kunne jobbe i den norske helse- og omsorgssektoren. Godkjenning trengs både om utdanningen er tatt i Norge, og om den er tatt i et annet land.

Nedenfor sees en oversikt over antall autorisasjoner innvilget for søkere fra ulike land. En stor andel søkere som får innvilget autorisasjon tar utdanning i utlandet.

De fleste som tar hele graden sin i et annet land studerer medisin, psykologi og fysioterapi. Polen,

Ungarn og Slovakia er de mest populære studie-landene for medisinstudentene, mens Danmark og Nederland er de mest populære landene for fysioterapistudenter. Disse studieretningene er også områder hvor opptakskravene i Norge er svært høye til et begrenset antall studie-plasser.

Blant helsepersonellgruppene leger, psykologer og fysioterapeuter utgjør de med utdanning fra utlandet en betydelig andel. Å øke antallet studie-plasser innen medisin, psykologi og fysioterapi i Norge ville gjort at man i større grad ble selvforsynt med arbeidskapasitet innenfor disse områdene. Det ville i større grad vært i tråd med WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Autorisasjoner 2013 etter yrkesgruppe og utdanningsland

Kategori	Norge	Norden	EU/EØS	Verden UF	Totalt
Ambulansearbeider	295	27	7	4	333
Apotektekniker	197	1	16	9	223
Audiograf	20	0	2	0	22
Bioingeniør	172	13	10	11	206
Ergoterapeut	187	10	1	4	202
Fotterapeut	63	1	4	1	69
Fysioterapeut	259	139	100	22	520
Helsesekretær	467	1	6	0	474
Helsefagarbeider	3561	937	169	1934	6601
Hjelpepleier	0	0	0	0	0
Jordmor	104	164	14	2	284
Klinisk ernæringsfysiolog	22	0	0	1	23
Kiropraktor	0	8	19	22	49
Lege	1269	504	762	229	2764
Ortopediingeniør	14	2	0	0	16
Optiker	49	26	2	0	77
Ortoptist	3	1	0	1	5
Provisorfarmasøyt	97	86	56	12	251
Psykolog	218	118	35	8	379
Radiograf	117	15	3	3	138
Reseptarfarmasøyt	48	20	4	28	100
Sykepleier	3485	2159	579	144	6367
Tannhelsesekretær	142	9	9	3	163
Tannlege	128	36	96	32	292
Tannpleier	57	11	2	0	70
Tanntekniker	0	2	8	2	12
Vernepleier	798	0	0	0	798
Totalt	11772	4290	1904	2472	20438

4. Personell- og kompetansebehov

Flere faktorer avgjør behovet for personell og kompetanse. Dette må sees i lys av samfunnsutviklingen, hvordan tjenestene utnytter eksisterende kompetanse og de krav og forventninger befolkningen har.

Helsepersonell

Helsepersonell defineres som personer som er ansatt i helse- og omsorgstjenesten, og som omfattes av Helsepersonellovens bestemmelser. Dette inkluderer helsepersonell med og uten autorisasjon, sertifisering eller lisens som tilbyr eller yter tjenester omfattet av loven om helse- og omsorgstjenester.

Personellbehov

Personellbehov defineres i denne rapporten om kvantitative og dimensjonerende behov for helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester omfattet av den nye loven om helse- og omsorgstjenester

Kompetansebegrepet

Kompetansebegrepet er en delvis kvalitativ størrelse, og ikke nødvendigvis det samme som antall personer. Kompetanse kan defineres som: «samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai 2004: 48). Kompetanse erverves gjennom utdanning, opplæring, arbeidserfaring og løpende kompetanseutvikling på arbeidsplassen og gjennom

forskjellige typer etter- og videreutdanning (Saga Corporate Advisors 2011:5). Det er viktig å se kompetanse og kompetanseutvikling som bredere enn formell kompetanse og utdanning (Hilsen og Tønder, 2013).

Kompetansebehov

Kompetansebehov defineres som den kompetansen som er mest effektiv for å utføre en jobb eller løse bestemte problemer. En naturlig tolkning av hvilken kompetanse som er mest effektiv, er at det er den kompetansen som gjør at arbeidstakeren kan løse/utføre oppgavene i jobben raskest og best. Kompetansebehovet er dermed ikke definert ut fra den kompetansen som er nødvendig for å utføre jobben, men ut fra den kompetansen som ville ha vært mest gunstig å ha i jobben (NOU 1997:25). Vurderinger av kompetansesituasjonen- og behovet innebærer derfor mer kvalitative drøftinger.

Formell kompetanse og realkompetanse

Man skiller mellom formell kompetanse og realkompetanse. Med formell kompetanse menes den kompetansen en har i kraft av å være tildelt en grad, en beskyttet tittel eller ha vitnemål fra en bestemt utdanning (NOU 1994:8). Med real kompetanse menes den kompetansen som kan brukes i aktuelt problemløsningsarbeid, og innbefatter relevante kunnskaper og ferdigheter slik at en kan utføre adekvate handlinger, enten en har utdanning eller ikke (ibid.). En regner med at det er nær sammen-

heng mellom formell og real kompetanse, selv om dette ikke alltid er tilfelle.

4.1 Hvilke faktorer avgjør behovet for kompetanse?

Kompetanse kan ikke ensidig betraktes som antall personer med en bestemt utdanning. Kompetansebegrepet er videre og inkluderer egenskaper og evner som ikke nødvendigvis er dokumentert og finnes i statistikker og oversikter. Det krever god ledelse i å utnytte kompetansebeholdningen i egen enhet på best mulig måte.

Nedenfor beskrives ulike faktorer som påvirker kompetansebehovet.

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet

Befolkningen får stadig lengre forventet levealder og bedre helse. Andelen eldre i befolkningen vil øke kraftig etter 2020. Dette vil gi et misforhold mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen. Stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» fremholder at nedgangen i andelen yrkesaktive personer sammenliknet med andelen personer som er eldre enn 67 vil gi store utfordringer for personellsituasjon en i helse- og omsorgssektoren (Meld. St. 29. (2012-2013)).

Samtidig vil det bli flere mennesker med kroniske lidelser og sammensatte sykdommer, noe som på sikt vil få konsekvenser for behovet for både generell, spesialisert og tverrfaglig kompetanse (Helse- direktoratet, 2012a).

Organisering av tjenestene

Valg av fysiske og organisatoriske løsninger i en samlet helse- og omsorgstjeneste vil kunne få konsekvenser for personellbehovet. For eksempel kan det tenkes at ulike logistikksystemer med hensikt å bedre personell- og pasientflyt kan få innvirkning på utnyttelsen av personellressurser, og således også på behovet for personell. En endret

og mer fleksibel oppgavedeling mellom helsepersonell der personell fra en annen profesjon overtar enkelte oppgaver etter å ha tilegnet seg ny kompetanse kan for eksempel løse kapasitetsutfordringer og flaskehals, og dermed få innvirkning på personellbehov (Helsedirektoratet, 2013b), se også kapittel 5.

Politikk og reformer

Samhandlingsreformen en særlig relevant driver på etterspørselssiden (Roksvaag og Texmon, 2012). Den innebærer en desentralisering av oppgaver og dermed også endring av kompetansebehov. Oppbyggingen av forebyggende arbeid og behandling i kommunene og overføring av mange av oppgavene i spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, får innvirkning på kompetansebehovet i begge deler av tjenestene. Spesialisthelsetjenesten vil i framtiden få mer spesialiserte funksjoner og oppgaver. Gjensidig veiledningskompetanse i koordinering og kommunikasjon blir gjeldende for begge tjenestenivåer. Fremtidige strukturorienterte reformer, slik som den fremtidige nasjonale helse- og sykehusplanen, vil også gi endringer i både personell- og kompetansebehov.

Lov- og regelverk

Lov- og regelverket regulerer organiseringen av tjenestene og ulike personellgrupper og legger selve rammene for personell- og kompetansesituasjonen.

Økonomi og finansiering

BNP og vekst i helseøkonomien er ifølge OECD viktige drivere av behovet for helsepersonell på etterspørselssiden og vil på generelt grunnlag påvirke tilgjengeligheten av både offentlige og private ressurser for finansiering av helsetjenester, samt etterspørselen etter helsetjenester og helsepersonell (Ono T., G. Lafortune og M. Schoenstein (2013)).

Medisinsk og teknologisk utvikling

Innføringen av moderne teknologi innen kommunikasjon, medisinsk diagnostisering og behandling er en svært viktig driver for personell- og kompe-

tansebehov i fremtiden. Ny teknologi gir behov for ny kompetanse for både bruk, utvikling og vedlikehold (Helsedirektoratet, 2012a). Medisinsk-teknologisk utvikling gir også behov for spisskompetanse innen ulike medisinske fagområder. Den medisinsk-teknologiske utviklingen kan både trekke i retning av økte og reduserte kompetanse- og personellbehov.

Endret pasientrolle

Å skape en helsetjeneste der pasienten står i sentrum og er en sentral endringsagent i utviklings- og endringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014d) medfører endringer i helsepersonellrollen. Utviklingen i pasientrollen vil forandre behandlerrollen ved at maktforhold endres. Dette innebærer at pasienten blir gitt mer ansvar og kontroll, blant annet gjennom ny teknologi, at vedkommende sin kunnskap og erfaringer er et referansepunkt for forbedring i tjenestene og at helsepersonell må betrakte pasienten som en likeverdig samarbeidspartner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014e). Brukere av tjenestene forventer både økt kvalitet og økt innflytelse. At pasientrollen er i utvikling viser seg også ved at pasienten i stadig større grad ønsker informasjon og kunnskap om risikofaktorer knyttet til sin fremtidige helse. Genetikken og bioteknologien er i rivende utvikling og enkeltpersoner kan nå bestille avanserte genundersøkelser på nett og teste seg selv genetisk (Nesje-Sletteng, 2014). Dette kan få betydelig innvirkning på både fremtidig ressursbehov i tjenestene og behovet for spesialisert kompetanse.

4.2 Kartlegging av personell- og kompetansebehov

NAVs bedriftsundersøkelse 2014

NAVs bedriftsundersøkelse 2014 (Andreev og Ørbog, 2014) kartlegger behovet for arbeidskraft, etter fylke og næring. Den gir et øyeblikksbilde av arbeidsmarkedet, og kartlegger eventuelle utfordringer med å skaffe den etterspurte kompetan-

sen. Kartleggingen gir innsikt i virksomhetenes bemanningsbehov fremover. Undersøkelsen gjennomføres blant et representativt utvalg av landets offentlige og private virksomheter. 12 029 virksomheter svarte på undersøkelsen i 2014.

I helse- og sosialtjenestene mangler 5900 personer, og er dermed det tjenesteområdet med størst bemanningsutfordringer i 2014. Blant yrkesgrupper er det størst mangel på helsepersonell. Blant helsepersonell er mangelen størst blant sykepleiere (1850) og helsefagarbeidere (1050), samt legespesialister (400). Økningen i sysselsetting for helse- og sosialtjenester ligger på 17% i 2014. Andelen virksomheter som forventer en økning i sysselsettingen i helse- og sosialtjenester er doblet siden 2013. Hovedvirkningen av mangel på arbeidskraft er at helse- og sosialtjenestene ikke får nok kvalifiserte søkere, og i en del tilfeller er det valgt å tilsette noen med lavere eller annen formell kompetanse i utlyste stillinger. Helse og sosialtjenestene er den delen av offentlig sektor med størst vekst i sysselsetting, med 9500 flere personer fra 2012 til 2013. Dette viser tegn til en vedvarende vekst i personellbehov i helse- og sosialtjenestene, og at mangelen på kvalifisert arbeidskraft allerede er alvorlig.

Behovet for spesialisert kompetanse i helse-tjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030

Rapporten er utarbeidet av Helsedirektoratet i 2012 og er et resultat av en gjennomgang av spesialistområdet, deriblant spesialiststrukturen for leger. Med utgangspunkt i en tredelt analyse av status, trender og behov redegjøres det både for dagens kompetansesituasjon og fremtidens behov for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. Behovet for spesialisert kompetanse ses ikke isolert men analyseres og vurderes i mange sammenhenger i lys av mer generelle kompetansebehov. Rapporten vurderer og analyserer hvilken innvirkning demografiske endringer, sykdomsutvikling, medisinsk og teknologiske utvikling, samt samhandlingsreformen kan få for fremtidens kompetansebehov. Videre følger et kort sammendrag.

Rapporten nevner den kjente og godt dokumenterte utfordringen knyttet til endring i befolkningens aldersprofil. Den betydelige økningen i antall eldre frem mot 2030 vil øke etterspørselen etter både helsetjenester og personell. Endringer i sykdomsutvikling vil på sikt påvirke behovet for generell og spesialisert kompetanse.

En påvirkningsfaktor det legges særlig vekt på er samhandlingsreformen. Her slås det fast at en økt desentralisert av oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten også vil kreve breddekompetanse. En forflytning av diagnose-, behandlings- og oppfølgingsoppgaver knyttet til en stor gruppe eldre med aldersrelaterte sykdommer gir et økt behov for kompetanse innen hjerte- og karlidelser, kreft, lungesykdommer (KOLS og astma), nyresvikt, muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, sanse- tap, inkontinens i tillegg til alderspsykiatriske sykdommer som blant annet demens.

For å unngå unødige innleggelse er det et behov for spesialisert kompetanse i primærhelsetjenesten om sykdomsområder med store pasientgrupper, slik som innen fedme, lungesykdommer, allergier, samt angst og depresjon. Her vektlegges behovet for såkalt «sorteringskompetanse» i førstelinjen i begge tjenestene, som betyr solid klinisk kompetanse og systemforståelse til å henvise de riktige pasientene til rett sted i behandlingssystemet. Dette fordrer økt og utvidet veiledningskompetanse i spesialisthelsetjenesten og lett tilgang til denne fra førstelinjen. Økt vekt på folkehelsearbeid og forebyggende virksomhet gir økte kompetansebehov i primærhelsetjenesten innen holdningsskapende arbeid, klinisk ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin, samfunnsvitenskap og samfunnspsykologi. Samhandlingsreformen betinger også en ny form for kompetanse om koordinering av tjenestetilbud, kommunikasjon og tilrettelegging for effektive pasientforløp, såkalt «samhandlingskompetanse».

Mer spesialiserte funksjoner og oppgaver i spesialisthelsetjenesten tilsier økt behov for spesialisert kompetanse, blant annet innen diagnostisering og behandling av hjerte- og karsykdommer og kreft. Teknologiske fremskritt innen medisinsk diagnos-

tisering og behandling utgjør i følge rapporten den viktigste driveren for fremtidige kompetansebehov. Dette innebærer mer kompetanse innen blant annet molekylærbiologi, klinisk farmasi, immunologi, nukleærmedisin, genetikk og hematologi, samt utvikling av nyere fagområder som for eksempel nanoteknologi, informatikk og medisinsk fysikk. Teknologisk nyvinning krever både brukskunnskap og driftskunnskap.

Rapporten omtaler legespesialiteter som geriatri, genetikk, nukleærmedisin, hematologi og immunologi som sårbare grunnet utilstrekkelig rekruttering, og aldersprofilen hos jordmødre, psykiatriske sykepleiere og helsesøstre som skjev. Det er også gitt noen vurderinger på kompetanse det kan bli *mindre* behov for i fremtiden, slik som pleiepersonell (som følger av reduserte antall liggedøgn) og helsesekretærer (som følger av økt bruk av moderne kommunikasjonsteknologi).

Rapporten understreker også behovet for *forbedringskunnskap*, mer spesifikt kunnskap om organisasjoner, arbeids- og endringspsykologi og statistikk. For å kunne gjennomføre endringer relatert til gode pasientforløp og kompetanseutvikling og -utnyttelse er det også nødvendig med økt kompetanse innen ledelse og organisasjonsutvikling.

Innspill fra avdelinger i Helsedirektoratet vedrørende personell- og kompetanse-situasjonen i helse- og omsorgstjenestene

I forbindelse med arbeidet med Nasjonalt personellbilde ble det bedt om faglige innspill og vurderinger fra ulike avdelinger i Helsedirektoratet. Avdelingene ble bedt om å svare på følgende spørsmål:

1. a) Hva er deres vurdering av de viktigste utfordringene tjenestene og befolkningen nå står overfor vedrørende tilstrekkelig personell med rett kompetanse? Ta utgangspunkt i din avdelings faglige perspektiv og ansvarsområde.
- b) Med utgangspunkt i disse vurderingene bes om innspill til mulige løsninger på det definerte utfordringsbildet.

2. a) Er dagens tilgjengelige datakilder, statistikk, framskrivninger og rapporter gode nok til at din avdeling kan foreta gode analyser og gi gode faglige råd?
- b) Hvilken type data, statistikk, framskrivninger savnes?

Oversikt over tilbakemeldinger fra avdelingene kan sees i tabell i vedlegg 2. Tabellen viser hvilke forventninger, kompleksitet, mangfold og behov som eksisterer. Materialet er benyttet til å definere utfordringsbildet i denne rapporten.

Innspill fra eksterne aktører- rådslagningsmøte

Eksterne og interne interessenter ble invitert til rådslagningsmøte for å komme med sine innspill til utredningen. Flere interessenter sendte inn skriftlige innspill i tillegg til muntlig dialog i møtet. Materialet er benyttet til å definere utfordringsbildet og drøfte mulige løsninger. Referat fra rådslagningsmøtet kan leses i vedlegg 3. Her finnes også et skriftlig innspill fra KS, da de ikke hadde anledning til å delta på møtet.

Deltakerne ble i invitasjonsbrevet bedt om å komme med innspill til følgende spørsmål:

1. a) Hva er de viktigste utfordringene tjenestene og befolkningen nå står overfor vedrørende tilstrekkelig personell med rett kompetanse?
- b) Sett i lys av utfordringene som skisseres over - hvilke mulige løsninger kan man tenke seg?
2. a) Er dagens tilgjengelige datakilder, statistikk, framskrivninger og rapporter gode nok til å foreta gode analyser og gi gode faglige råd?
- b) Hvilken type data, statistikk, framskrivninger savnes?

På bakgrunn av disse overordnede spørsmålene ønsker Helsedirektoratet innspill på følgende spørsmål:

- Sett fra din organisasjons ståsted - hva er de konkrete behovene? Hvilke konkrete tiltak kan imøtekomme disse behovene?
- Hvordan arbeider din organisasjon med de definerte utfordringene og behovene?
- Hvordan kan man arbeide med dette i Helsedirektoratet? Regionalt? Lokalt?
- Hva mangler/savner du/dere i arbeidet med disse utfordringene?

5. Innhold, kvalitet og kapasitet i utdanningene

Kapittel 5, 6, 7 og 8 omhandler fire fokusområder som fremsto som særlig viktige i forbindelse med personell- og kompetanseutfordringene i helse- og omsorgssektoren.

Dette kapitlet viser til fokusområdet «Innhold, kvalitet og kapasitet i utdanningene» i gigamap «Nasjonalt personellbilde». Utfordringene og forslag til løsninger som vises på gigamap er de samme som er skissert i tabellen nedenfor. Disse beskrives nærmere i dette kapitlet.

Utfordringer	Forslag til løsninger
Tverrsektorielt samarbeid Helse- og omsorgstjenestene har behov for å kunne påvirke innhold og kapasitet i helse- og omsorgsfaglige utdanninger.	Bruke etablerte samarbeidsarenaer og møteplasser aktivt til å understøtte beslutninger Understøtte Helse- og omsorgsdepartementets kunnskapsgrunnlag om utdannings- og kompetansebehov bedre
Forskjellig utviklingstakt i helse- og utdanningssektorene: Utviklingen innen teknologi, innovasjon, utstyr og behandlingsmetoder skjer raskt. Dette er utfordrende for endringstakten i grunnutdanningene.	Bidra til utvikling av kurs, etter- og videreutdanningstilbud og læremateriell for arbeidsplassbasert opplæring. Skaffe oversikt over eksisterende videreutdanningstilbud Iverksette forskningsbaserte evalueringer av effekten til kompetansehevede tiltak.
Samarbeid mellom tjenestene og utdanningsinstitusjonene om praksisstudier: Kvaliteten på praksisstudier bør rustes for å møte fremtidens helse- og omsorgstjenester.	Utvikle indikatorer for kvalitet i praksisstudier Utvikle felles samarbeidsavtaler om praksisstudier mellom utdanningsinstitusjoner, helseforetak og kommuner Utrede forslag om like krav til utdanning av helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten
Helse og omsorgstjenestenes bidrag inn i og bruk av utdanning og forskning: Helse- og omsorgstjenestene og utdanningene kan forbedre bruk av ny kunnskap fra hverandres virksomhet.	Økt bruk av kombinerte stillinger i helse- og utdanningssektoren Etablere kliniske samarbeidsarenaer hvor ny kunnskap kan legges frem Utrede forslag om like krav til forskning av helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er gjensidig avhengighetsforhold mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren, og begge sektorer har stor nytte av et godt samspill om felles utfordringer. Helse- og omsorgssektoren er avhengig av utdanninger med relevant innhold, høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet. Utdanningssektoren er avhengig av utviklingen i helse- og omsorgssektoren, praksisstudier i helse- og omsorgstjenestene og praksisnær forskning. Nedenfor er Helsedirektoratets vurdering av utfordringer og forslag til løsninger på disse for å få et bedre samspill.

Formålet med arbeid på dette feltet er å sikre godt samsvar mellom utdanning av helsepersonell og helse- og omsorgstjenestens kompetanse- og kvalitetsutviklingsbehov.

5.1 Tverrsektorielt samarbeid

Helse- og omsorgstjenestene har behov for å kunne påvirke innhold og kapasitet i helse- og omsorgsfaglige utdanninger. Helsedirektoratet ønsker å bidra til å legge til rette for dette, ved å gi faglige råd. Nedenfor følger en overordnet oversikt og kort beskrivelse over eksisterende nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom helse- og utdanningssektoren, også visualisert i figur på neste side.

Nasjonalt nivå

Samspillsrådet er en høynivå-gruppe som har ansvar for oppfølging av Stortingsmelding 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd. Samspill i praksis». Ledet av KD, ved ekspedisjonssjef Toril Johansson, og har 16 representanter. S sammensatt av KD, HOD, ASD, BLD, NAV, BUFdir, Helse Midt-Norge, UHR, KS, Spekter, LO, Unio, Norsk Studentorganisasjon. Rådgivende organ.

Kontaktmøte mellom helse- og utdanningsmyndigheter. Kontaktmøtet består av representanter fra HOD, KD, Udir, SAK, Helsetilsynet og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet er også sekretariat for kontaktmøtet, og møtet arrangeres to

ganger årlig. Det er en møteplass for å informere og diskutere saker av felles interesse.

Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanningssektoren. Diskusjons- og informasjonsforum for saker av felles interesse for helsesektoren og universitets- og høgskolesektoren. Det er sammensatt av representanter fra helse- og omsorgstjenestene, KD, HOD, treparts-samarbeidet, universitets- og høgskolesektoren, Norsk Studentorganisasjon og kommunene.

Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfag + 14 nasjonale profesjonsråd. Rådgivende enhet organisert av Universitets og høgskolerådet (UHR). Samarbeider om og koordinerer helse- og sosialfaglige utdannings- og forskningsområdet.

Nasjonalt utvalg for fagskoleutdanning i helse og oppvekstfag. Et organ for samhandling mellom tilbydere av fagskoleutdanning i helse- og oppvekstfag og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner for å utvikle, beholde og synliggjøre en nasjonal standard for nivå og innhold i fagskoleutdanning i helse- og oppvekstfag.

Regionalt nivå

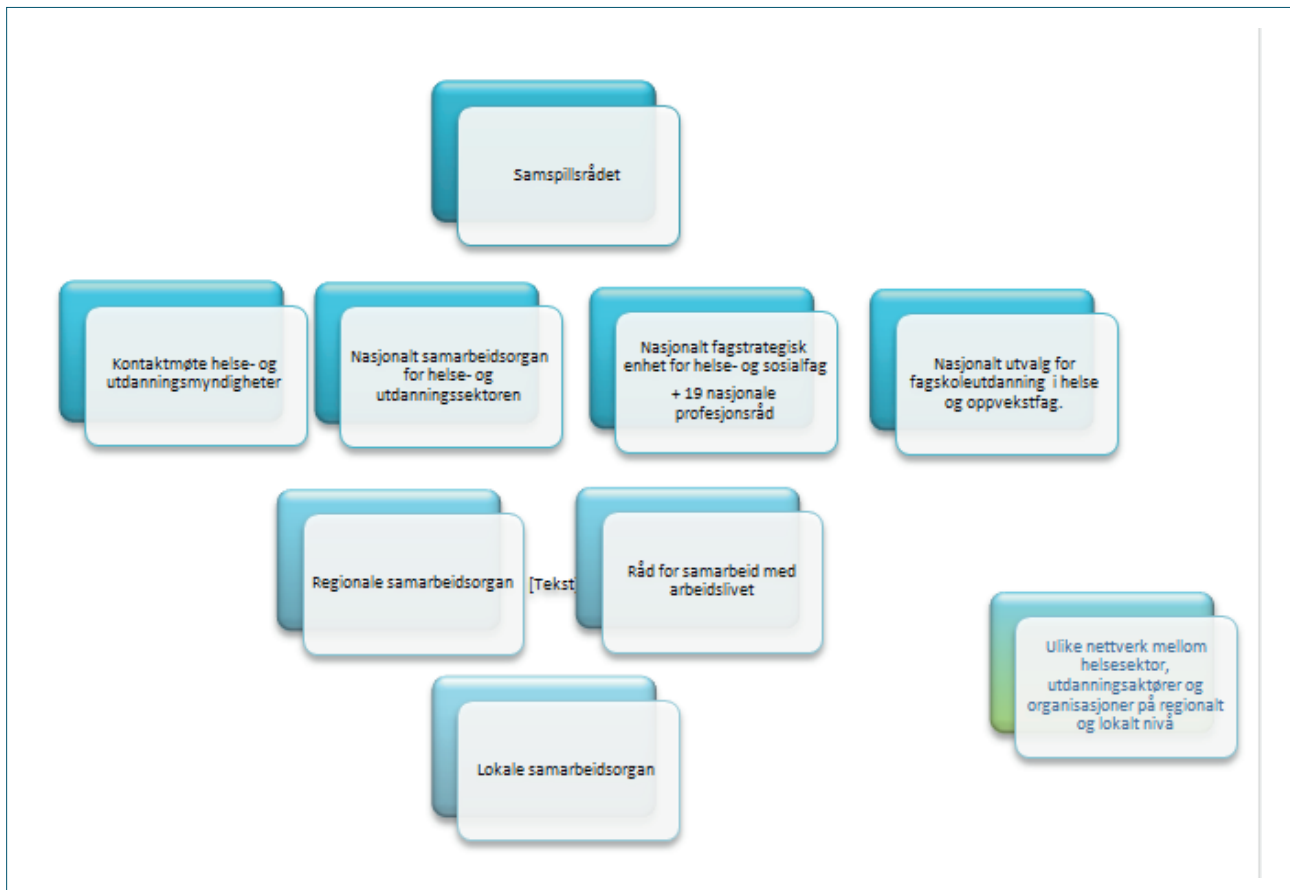
Regionale samarbeidsorgan mellom helse- og utdanningssektoren. S sammensatt av representanter fra helseforetak og universitet/høgskoler. Rådgivende organ som samarbeider om forskning, innovasjon, utdanning, kompetansebehov i helse- og omsorgstjenestene i hver helseregion.

Råd for samarbeid med arbeidslivet. S sammensatt av representanter fra utdanningsinstitusjonene, arbeidslivet og studentene. Rådgivende organ for hvert enkelt universitets- og høgskolestyre om strategier for samarbeid om samfunnsoppdraget.

Lokalt nivå

Lokale samarbeidsorgan. Består av aktører fra kommunale helse- og omsorgstjenester, treparts-samarbeidet og lokale utdanningsaktører fra særlig videregående skole. Informerer og drøfter problemstillinger av felles interesse.

Det eksisterer i tillegg en rekke ulike nettverk sammensatt av to eller flere relevante aktører for samarbeid om helse- og utdanningsfaglige problemstillinger.



Det er behov for mer systematisk bruk av eksisterende møteplasser og samarbeidsarenaer, og at de som deltar i samarbeidsarenaer evaluerer nytteverdien ved jevnlig mellomrom. Det faste halv-årlige kontaktmøtet (Kunnskapsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, SAK og Helsetilsynet) har siden 2002 i hovedsak vært en arena for informasjonsutveksling, og kan i fremtiden utvikles til å få større innslag av drøftinger av felles problemstillinger.

Utdanningssektor og helse- og omsorgssektor har ulike samfunnsoppdrag. Der kunnskap vil være en driver for samfunnsutviklingen for utdanningsmyndighetene, vil helsemyndighetene legge størst vekt på kunnskapens anvendbarhet i tjenestene. Et prinsipielt spørsmål i denne sammen-

heng vil være hvor stor påvirkning helsetjenesten skal ha på utdanningene.

Forslag til løsninger

- Bruke Kontaktmøtene systematisk til samarbeid på tvers av de to sektorenes forvaltningsområder.
- Bruke det nye forumet, Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanning (NSHU) som nasjonal arena for dialog og samarbeid helse- og utdanningssektorer.
- Understøtte Helse- og omsorgsdepartementets kunnskapsgrunnlag om utdannings- og kompetansebehov bedre.

5.2 Forskjellig utviklingstakt i helse- og utdanningssektorene

Det tar lang tid å endre innholdet i grunnutdanningene. Utviklingstempoet til teknologi, innovasjon, utstyr og behandlingsmetoder skjer raskt i tjenestene, og dette skaper utfordringer i utdanningene. Samtidig er utfordringsbildet under stadig endring, og studentene skal utdannes til å kunne fungere som helsepersonell både i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet kan, forutsatt oppdrag og midler over statsbudsjettet, iverksette supplerende tiltak, bidra til å utvikle grunn-, etter- og videreutdanning og opplæringsopplegg til bruk internt i virksomhet/tjeneste.

I store satsninger innen enkelte fagområder, som f.eks. opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), kommende opptrappingsplan for habilitering/rehabilitering og handlingsplanen Kompetanseløftet 2015, har kompetanseheving og rekruttering vært en viktig målsetning. Dette er gode eksempler på systematisk bruk av både tilskudd og anskaffelser som virkemidler til å sørge for kompetanseheving i bredden og dybden, herunder både et høyere utdanningsnivå blant ansatte i helseomsorgstjenestene og til å utvikle nye kurs- etter- og videreutdanningstilbud i henhold til behov i tjenestene.

Forslag til løsninger

Helsedirektoratet bør bidra til å styrke ny/bedre kompetanse i tjenestene i henhold til behov som meldes fra tjenestene og som framtidrettede analyser avdekker. Dette kan gjøres ved å bidra til utvikling av grunn-, etter- og videreutdanningstilbud og utvikling av læremateriell, gjennom systematisk bruk av anskaffelser og tilskuddsordninger.

- Man bør sørge for at det finnes oversikt over videreutdanningstilbud ved høyskoler, universiteter, fagskoler og andre kompetansemiljøer, og publisere denne elektronisk. Dette vil utgjøre et grunnlag for å vurdere behovet for å bestille utdanninger på fagfelt der tjenesten har behov.

- Det bør systematisk iverksettes forskningsbaserte evalueringer av effekten av kompetansehevende tiltak.

5.3 Samarbeid mellom tjenestene og utdanningsinstitusjonene om praksisstudiene

Praksisstudiene er utdanningsinstitusjonenes hovedansvar. Det er for stor variasjon i hva som blir praksisstedets ansvar for kvalitet, og kapasitet i praksisstudier. Praksisstedene bør sørge for at det er et tilstrekkelig antall studenter i praksis, slik at det blir et godt læringsmiljø blant studentene. I tillegg har praksisstedene ansvar for at de har god veilederkompetanse. Det foreligger samarbeidsavtaler og koordinatorene for praksisstudiene i tjenestene, ofte også i kommune, men få gode rutiner for *hvordan* samarbeidet skal foregå mellom kommune, helsetjenestene og universitets- og høyskolesektoren. Det bør utredes like krav i loven til å ta i mot studenter i praksisstudier i primær- og spesialisthelsetjenesten, og at dette gir samme vilkår for finansiell uttelling.

Helsesektoren bør gjøre mer for å sørge for at studentene gjennom praksisstudiene får et bedre yrkesgrunnlag med utgangspunkt i tjenestenes behov. Prosjektet «Kvalitet i praksisstudier» har som mål å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som skal bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene, slik at de kan møte framtidens kompetansebehov.

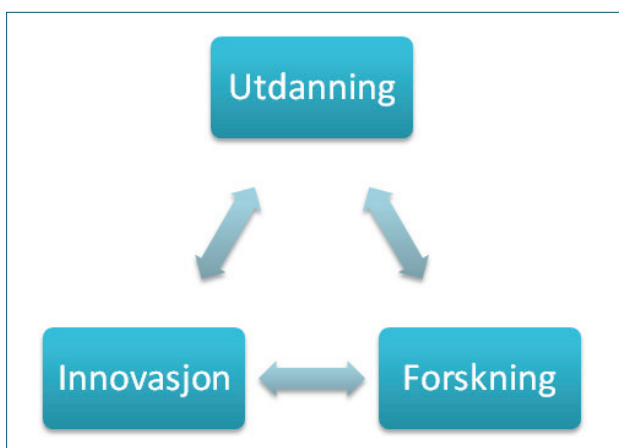
Forslag til løsninger

- Helsedirektoratet bør bidra i utviklingen av indikatorer for kvalitet i praksisstudiene i samarbeid med UH-sektoren og helse- og omsorgstjenestene.
- Helsetjenestene bør få et tydeligere ansvar for et godt læringsmiljø i praksisstudiene, og for at veiledningskompetansen hos praksisveiledere er god.

- Det bør utvikles felles samarbeidsavtaler om praksisstudier mellom utdanningssektoren, helseforetak og kommuner.
- Utrede forslag om like lovkrav til utdanning av helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

5.4 Helse- og omsorgstjenestene bidrag i forskning og utdanning

Utdanningene leverer ikke bare kvalifisert helsepersonell, men har også en stor FoU-innsats som generer ny kunnskap om kjente eller ukjente områder. FoU-arbeid er ofte i skjæringsfeltet hvor teori og praksis møtes, og det er viktig at helse- og omsorgstjenestene kan anvende ny kunnskap fra forskning og fra nyutdannede kandidater. I tillegg er det viktig at helsetjenesten får bidra inn med erfaringer og kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av høyere utdanning og FoU-arbeid. Kunnskapstriangelet bør bli en viktig del av hele helse- og omsorgstjenesten, for å kunne bidra bedre til kunnskapsbasert praksis.



Forskning er ikke en lovpålagt oppgave i primærhelsetjenesten. Den har imidlertid et medvirkningsansvar i forskning. Spesialisthelsetjenesten mottok 622 millioner kroner øremerket forskning i 2014. Forskningsinnsatsen er samlet sett liten i primærhelsetjenesten, og den står ikke i forhold til oppgaver, omfang på og forventninger til tje-

nensten. Behovet for forskning på, i og med primærhelsetjenesten er stort, og må sees i sammenheng med nye oppgaver og behovet for å dokumentere effekt og kvalitet i tjenestene. Forskning bidrar til å synliggjøre effekter av primærhelsetjeneste og til å styrke kunnskapsgrunnlaget. Datatilfanget på helse- og omsorgstjenester er mangelfullt, og er i liten grad innrettet på forskning. Det bør utredes like krav i loven å drive forskningsarbeid i primær- og spesialisthelsetjenesten, og at dette gir samme vilkår for finansiell uttelling.

Kommunenes helse- og omsorgsoppgaver krever tverrsektoriell tilnærming, og en opptrapping av forskningsinnsatsen i primærhelsetjenesten krever at det finnes gode løsninger for samarbeid med universitets- og høgskolesektoren og med forskningsmiljøer i helseforetak. En god start er bruk av kombinasjonsstillinger der ansatte med forskningskompetanse er tilsatt både i kommune og i forskningsmiljø i helseforetak/universitet/høgskole. Dette vil kunne bidra til at helse- og omsorgstjenestene blir bedre i stand til å bruke kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode.

Forslag til løsninger

- Økt bruk av kombinerte forskningsstillinger i et bredt spekter av fagområder i helse- og utdanningssektoren.
- Bidra til at helse- og omsorgstjenestene blir bedre i stand til å anvende ny kunnskap.
- Utrede forslag om like krav til forskning i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Legge til rette for kliniske samarbeidsarenaer hvor ny kunnskap kan legges frem.

6. Nasjonal kompetansestyring og personellplanlegging

Dette kapitlet viser til fokusområdet «Nasjonal kompetansestyring og personellplanlegging» i gigamap «Nasjonalt personellbilde».

Utfordringene og forslag til løsninger som vises på gigamap er de samme som er skissert i tabellen nedenfor. Dette beskrives nærmere i dette kapitlet.

Det foregår mye arbeid med planlegging og organisering av personell og kompetanse for fremtidens behov. Det er imidlertid en utfordring at dette arbeidet er fragmentert. For at helsemyndighetene effektivt skal kunne understøtte tjenestene i sitt arbeid med personell og kompetanse, er det

nødvendig med en helhetlig oversikt over arbeidet som foregår på dette området. Det er avdekket et behov for en systematisk, nasjonal innsats inn mot personellfeltet for *hele* helse- og omsorgssektoren.

Dette kan blant annet innebære utvikling og implementering av en nasjonal metodikk for kompetansestyring og personellplanlegging som kan understøtte arbeidsgivere i arbeidet med kompetanseplanlegging og rekruttering av personell. Videre er det nødvendig å belyse områder der det er potensiale for bedre ressursutnyttelse av personell og kompetanse, slik som deltids-/ heltidsproblematikk, personell-logistikk og oppgavede-

Utfordringer	Forslag til løsninger
Manglende nasjonal oversikt over: <ul style="list-style-type: none"> Tjenestenes systematiske arbeid med kompetansestyring 	Utvikle Helsedirektoratets rolle som strategisk og understøttende enhet med nasjonale funksjoner
	Utvikling og implementering av metodikk for kompetanseplanlegging etter modell fra kompetanseløftet
	Etablere system for innmelding av behov
Manglende nasjonal oversikt over: <ul style="list-style-type: none"> Tjenestenes systematiske arbeid med rekruttering og effektiv utnyttelse av personellressurser 	Tilskudd til forsøk med annen arbeidstidsorganisering, forsøk med LEAN, oppgavedeling, team m.m. Retningslinjer/veiledere
Manglende nasjonal oversikt over: <ul style="list-style-type: none"> Tjenestenes arbeid med ledelse på alle nivåer 	Utvikle verktøy for god ledelse

ling mellom personell. Ikke minst er det viktig å belyse ledelsesaspektet og hvordan man kan sette ledere i stand til å gå fremtidens kompetanse- og personellutfordringer i møte.

Et viktig aspekt ved rekruttering og utnyttelse av personellressurser er knyttet til WHO's kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som Norge har forpliktet seg til å implementere og etterfølge. Koden fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som erfarer kritisk mangel på helsepersonell, og pålegger medlemslandene å sørge for effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonell samt utvikling av strategier for å beholde dem, slik at behovet for utenlandsk rekruttering reduseres (Helsedirektoratet, 2010).

Tabellen ovenfor viser noen utfordringer og forslag til løsninger for dette området. Dette kapittelet vil ta for seg hvert punkt i tabellen på utfordrings- og løsningssiden og beskrive disse mer utfyllende.

Målet med kompetansestyring og personellplanlegging på nasjonalt nivå er å bidra til optimal utnyttelse av eksisterende personellressurser, i en fremtid med knapphet på helsepersonell og stort behov for kompetanse.

6.1 Manglende nasjonal oversikt over tjenestenes systematiske arbeid med kompetansestyring

Innsatsen i tjenestene med å planlegge kompetanse og personell for fremtidens utfordringer er i dag betydelig, men bør inngå i et helhetsperspektiv med felles målsettinger. Begrepet *strategisk kompetansestyring* betegner kompetanseaktiviteter som skjer på bakgrunn av bevisst tenkning og handling (Moland m.fl., 2010). Strategisk kompetansestyring består av tre hovedelementer: planlegging, gjennomføring og evaluering (Lai, 2004; Moland m. fl., 2010). Formålet med strategisk kompetansestyring er å sikre at organisasjonen og den

enkelte medarbeider har nødvendig kompetanse for å nå definerte mål (Lai, 2004). En kompetansestrategi angir nærmere bestemt «(...)hvordan og i hvilken grad organisasjonen som helhet skal satse på kompetanse gjennom tiltak for anskaffelse, utvikling, mobilisering og eventuelt avvikling» (Lai, 2004:14).

I spesialisthelsetjenesten foregår det personell- og kompetanseplanlegging på helseforetaks- og RHF's nivå, men det er for lite kunnskapsdeling og erfaringsutveksling mellom RHF. Regionale helseforetak har i møter med Helsedirektoratet uttrykt behov for sterkere nasjonal styring og en styrking av samarbeidet mellom helse- og utdanningssektoren.

Gjennom Kompetanseløftet 2015 foregår det en samlet innsats mot definerte utfordringer i den kommunale omsorgstjenesten. Deler av metodikken fra denne rekrutterings- og kompetansehevningsplanen kan vurderes som virkemiddel også i spesialisthelsetjenesten. I neste avsnitt beskrives denne metodikken, og hvordan den er evaluert. Deretter følger forslag til hvordan deler av metodikken kan benyttes i en nasjonal kompetansesatsing med fokus på kompetanse- og personellutfordringer i både primær- og spesialisthelsetjenestene.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 har som mål å bidra til rekruttering og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Til grunn for denne handlingsplanen lå behovsanalysen i St. meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Hovedvirkemidlet er bruk av øremerkede statlige tilskudd. Midlene fordeles til hvert fylkesmannsembete, som deretter lyser ut midlene og tildeler tilskudd til kommunene i tråd med sentrale målsettinger.

Kommunene rapporterer årlig om bruken av midlene til fylkesmennene som oversender disse i en felles rapportering fra hvert fylke til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet får blant annet oversikt over kommunenes samlede behov for ulike personell-/utdanningsgrupper de nærmeste årene. Dis-

se tallene inngår også i kommunenes budsjett- og økonomiplaner.

I følge evalueringen av Kompetanseløftet 2015 for perioden 2012-2015 har handlingsplanen bidratt til å sette søkelys på kompetanseheving og rekruttering i sektoren (Tjerbo m. fl., 2012). Evalueringen viser at mange av måltallene er nådd før periodens slutt. Det har blant annet vært en betydelig vekst i antall årsverk, spesielt av faglært personell. Forskerne omtaler Kompetanseløftet 2015 som et nyttig og viktig virkemiddel i tråd med kommunenes kompetansebehov (Helgesen, m. fl., 2014). De beskriver Kompetanseløftet som «(...) vellykkede pedagogiske virkemidler for å få kommunene til å rette sin oppmerksomhet mot kompetanse og kompetanseheving, samt strategier for å rekruttere personell mer rett kompetanse» (ibid.:20).

Forslag til løsninger

- Utvidet kompetanse- og rekrutteringsmetodikk

Deler av metodikken fra Kompetanseløftet 2015 kan vurderes som virkemiddel også i arbeidet med rekruttering og kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten. Helseledelsen kan gis oppdrag å koordinere en slik kompetansesatsing som del av direktoratets følge-med-rolle.

- Nasjonalt system for innmelding av endrede kompetansebehov

For å holde tritt med utviklingen av kompetansebehovene i tjenestene, vil vi nedenfor foreslå et system for regelmessig oppdatering av erfarte og forventede kompetansebehov:

1. Helseledelsen sammenfatter og analyserer de kompetansebehovene som er innmeldt fra RHF'ene i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan og fra kommunene gjennom rapporteringen i Kompetanseløftet.
2. I det videre inviteres kommuner, helseforetak, brukerorganisasjoner, fagmiljøer, profesjonsorganisasjoner, og andre interessenter til en årlig

innmelding til Helseledelsen av endringer i kompetansebehov som de erfarer eller forventer.

3. Helseledelsen samler opp alle endringer i kompetansebehov som identifiseres som følge av ønsket faglig utvikling (fra retningslinjer, handlingsplaner osv)
4. Helseledelsen sammenstiller og analyserer alle de identifiserte kompetansebehovene, ser på trender og prioriterer behovene for videre forslag om tiltak:
 - a. Hovedtrekkene presenteres og publiseres årlig
 - b. Behov som kan ivaretas ved virkemidler som vi allerede disponerer, kan ivaretas der
 - c. Behov som må ivaretas av utdanningssektoren, adresseres dit på riktig beslutningsnivå
 - d. For prioriterte behov som ikke kan ivaretas på noen av disse måtene, utredes andre tiltak som adresseres til rette instans

6.2 Manglende nasjonal oversikt over tjenestenes systematiske arbeid med effektiv utnyttelse av personellressurser

Å møte fremtidens personellutfordringer er ikke bare et spørsmål om å øke antall helsepersonell – like viktig er gode arbeidsprosesser og optimal utnyttelse av tilgjengelig kompetanse. Fordi denne sektoren står overfor potensielt svært store bemanningsutfordringer i fremtiden, vil det ha stor betydning hvordan personellressursene i tjenestene utnyttes. Ressursbehovet er for stort til at det kan dekkes av nyrekruttering alene (Fasting, 2012).

Kontinuitet og god ressursutnyttelse utgjør viktige elementer i kvalitetsbegrepet (Meld. St. 10 (2012-2013)). Det har lenge vært et politisk fokus på flas-

kehals, ventetider og lite effektiv bruk av ressurser i helsetjenesten. Til tross for å være et av landene i verden som bruker mest ressurser på helsetjenesten viser flere internasjonale undersøkelser (Haugum et al., 2013; Health Consumer Powerhouse, 2012) at norsk helsevesen presterer utilstrekkelig på enkelte områder, blant annet når det gjelder ventetider.

Utfordringene med flaskehals, ventetider og lite effektiv bruk av ressurser har medført et betydelig fokus på effektiviserings- og forbedringstiltak i helsesektoren. Den følgende delen vil ta for seg ulike måter å optimalisere bruk av personellressurser i helse- og omsorgstjenesten. Først diskuteres bruken av deltid som representerer en utfordring for optimal bruk av personellressurser. Deretter belyses endret oppgavedeling mellom helsepersonell som et tiltak for god utnyttelse av personellressurser. Til slutt beskrives bruken av logistikkverktøyet LEAN og hvordan dette kan knyttes til god pasientbehandling.

Utfordring - deltidspromatikk

Almlid-utvalget påpekte i NOU nr. 13, *Arbeid for helse*, at tilførsel av nye ressurser ikke er nok til å løse utfordringene med mangel på arbeidskraft, men at det heller bør legges vekt på en bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser (NOU 2010:13). At sektoren, særlig den kommunale tjenesten, er preget av en utstrakt bruk av deltid, er derfor en stor utfordring (Fasting, 2012; Hermansen, 2011).

Selv om det er en utstrakt bruk av deltid i denne sektoren, gjelder ikke dette alle yrkesgrupper. Mens det for sykepleiere og helsefagarbeidere lenge har vært stort omfang av deltid, andeler på henholdsvis 45 % og litt over 60 % i 2010, og det har vært lite endring i arbeidstid i de senere år, er deltidarbeid for leger uvanlig (Køber og Vigran, 2011). Gitt den store andelen som arbeider deltid av de yrkesgruppene SSB beregner det vil være mest mangel på i fremtiden, sykepleiere og helsefagarbeidere, er dette en relevant problemstilling i arbeidet med å sikre tilstrekkelig personell i fremtiden. I stortingsmelding 25 (2005-2006) blir det blant annet påpekt at en omgjøring av deltidstillinger til hele stillinger innen pleie- og omsorgs-

sektoren i 2005 ville kunne ha utløst inntil 14 000 årsverk for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, og 5000 for sykepleiere (St. meld. Nr. 25 (2005-2006): 37).

Skift- og turnusutvalget fra 2008 trakk frem fem ulike aspekter ved deltid (NOU 2008:17):

- For det første utgjør den høye andelen deltidsarbeidende en arbeidskraftreserve. En betydelig forskjell mellom antall sysselsatte og antall årsverk, særlig i kommunene, utgjør et betydelig potensiale for å utløse flere årsverk (Fasting, 2012: 23).
- Videre er deltid et likestillingspolitisk tema der deltidarbeid hos kvinner blir problematisk utfra fordeling av samfunnets økonomiske goder i et kjønnsperspektiv. (NOU 2008:17, 2008).
- Deltid er også ansett som et gode. At deltidandelen er så utbredt, er et uttrykk for at mange ønsker en slik tilknytning til arbeidslivet.
- Den motsatte siden av deltid er at den er uønsket eller ufrivillig, en utfordring som har vært på den politiske dagsorden i lang tid. Dette omtales også som undersysselsetting.
- Sist men ikke minst får deltidarbeid en rekke organisatoriske konsekvenser, som berører samhandling og stabilitet, både i arbeidsrelasjonene og til brukerne (ibid.).

I stortingsmelding 29 (2010-2011) signaliserte regjeringen det som betegnes som et «krafttak» mot ufrivillig deltid, med henblikk på å øke tilgangen på arbeidskraft. Her ble det foreslått å bevilge 75 millioner kroner over en treårsperiode til tiltak for å redusere omfanget av uønsket deltid. Per 2013 var disse midlene fordelt på 47 prosjekter: 35 i kommunesektoren, 8 i sykehussektoren, ett som et fellesprosjekt mellom kommunal- og sykehussektor, 2 i privat sektor og et i en fylkeskommune. Utviklingsprosjektene administreres av Arbeids- og velferdsdirektoratet og VOX og er delt i to hovedtemaer. Det ene omhandler organisering av arbeidet i virksomheter og forhold på arbeidsplassen, det andre dreier seg om kompetanseheving av arbeidstakere.

Parallelt med denne satsningen mot ufrivillig deltid gjennom Arbeidsdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og VOX, har Kommunaldepartementet sammen med KS og arbeidstakerorganisasjonene initiert et utviklingsprogram og et nettverksprosjekt, der reduksjon av uønsket deltidarbeid og etablering av heltidskultur er et av temaene. Dette programmet, kalt «Sammen om en bedre kommune³», bistår kommunene i lokale prosjekter, både økonomisk og med faglig ressursmiljø og erfaringsutveksling. Blant annet er det lansert en modell⁴ som synliggjør gevinster og kostnader ved å etablere en heltidskultur. Slik får kommuner som arbeider med arbeidstidsprosjekter anledning til å se hva det koster å gjøre endringer i arbeidstidsordninger. Programmet avsluttes i 2015.

Å etablere en heltidskultur og redusere bruken av deltid blant helsepersonell var ett av de ti grepene for fremtidsrettede sykehus daværende helseminister Jonas Gahr Støre lanserte i sin sykehustale i 2013.

I august 2014 nedsatte Arbeids- og sosialdepartementet et ekspertutvalg⁵ til å utrede hvordan arbeidskraften i fremtiden kan utnyttes best mulig. Utvalget skal gjøre vurderinger rundt dagens organisering av arbeidstid i lys av fremtidens behov og fremme forslag om løsninger. Utredningen skal legges frem i slutten av 2015.

Årsaker til deltid - et sammensatt fenomen. Deltid avler mer deltid

Årsakene til deltidsfenomenet er imidlertid mange og sammensatte (NOU 2004:29). De kan være knyttet til preferanser hos den enkelte arbeidstaker, til vedkommendes normer, familierolle, helse og økonomiske behov, samt til forhold på arbeidsmarkedet (Egeland og Drange, 2004). Det er gjort mye forskning⁶ på årsakene bak og konsekven-

se av deltidarbeid. Flere av diskusjonene berører forholdet mellom ønsket og uønsket deltid.

Nicolaisen og Bråthen (2012) problematiserer det politiske fokuset på og debatten om ufrivillig deltid. De hevder den egentlige utfordringen ikke er knyttet til de undersysselsatte men til det faktum at mesteparten av deltidarbeidet foregår på *frivillig* basis. Uønsket deltid utgjør således et beskjedent arbeidskraftpotensial. Deres hovedanliggende er at både årsakene og konsekvensene av at folk jobber deltid ikke bør utelukkende betraktes som et privat anliggende, men at det er behov for å forstå årsakskompleksiteten ved deltidvalg. Ved hjelp av en kunnskaps gjennomgang og en kvalitativ intervjuundersøkelse med informanter fra Fagforbundet, FO og Musikernes Fellesorganisasjon, som jobber frivillig deltid, belyser de deltidarbeid fra ulike vinkler og drøfter konsekvensene det får for den enkelte, for virksomheter og for samfunnet. En stor andel av informantene som var organiserte i Fagforbundet er ansatte i den kommunale omsorgstjenesten eller i helseforetak. Disse begrunner deltiden i hovedsak med tid til familie, barn, hjem og fritid. Samtidig påpeker forfatterne at deltidandelen i stor grad ser ut til å være knyttet til trekk ved arbeidsorganiseringen og arbeidskulturen som gjør det lettere å velge deltid. Med andre ord ser det i følge forfatterne ut til at deltid avler mer deltid. Dette samsvarer med funnene til Abrahamsen (2009) som har belyst arbeidstidspreferanser og forskjeller i arbeidstid for leger og sykepleiere. Hun finner at kvinner som oppgir at de har gode deltidsmuligheter i jobben også i større grad jobber deltid enn de som har få deltidsmuligheter i jobben. Tendensen er motsatt i jobber med gode karrieremuligheter – jo bedre karrieremuligheter, jo lengre arbeidstid.

Det er derfor en mangesidig utfordring å utløse arbeidskraftpotensiale ved å omgjøre deltidstillinger til heltid eller større stillingsbrøker fordi mye av deltidarbeidet foregår frivillig (Fasting, 2012:11). Samtidig representerer en økning i andelen heltidstillinger et konkret tiltak knyttet til ivaretagel-

3 Se [her](#) for mer informasjon om utviklingsprogrammet.

4 Se [her](#) for mer informasjon om verktøyet.

5 Les mer om utvalgets mandat [her](#).

6 Se blant annet Nergard (2010), Nicolaisen og Bråthen (2012) og Egeland og Drange (2014), samt drøftingene til Deltidutvalget i NOU 2004:29 og Skift- og turnusutvalget i NOU 2008:17 for en grundig omtale og diskusjon om årsaker til og konsekvenser ved deltidarbeid. Moland (2013) har utarbeidet en kunnskapsoppsummering om heltid-deltidutfordringene til bruk for virksomheter

som deltar i de nevnte utviklingsprogrammene. Det henvises for øvrig til vedlegg 5 «publikasjonsoversikt» for en oversikt over forskningspublikasjoner om temaet deltid.

sen av WHO's kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, da dette på sikt kan bidra til en kraftig vekst i årsverksinnsatsen.

En annen undersøkelse gjennomført ved Arbeidsforskningsinstituttet undersøker hvilken betydning helse, arbeidsgiveres innstilling, økonomi, morsrollen og kultur har for kvinners valg av deltid (Egeland og Drange, 2014). De finner at kvinners valg av deltid ikke kan avgrenses til kun å handle om tid målt i arbeidstimer, men at en diskusjon om deltid også må innlemme aspekter ved kjønnsroller, helse, mestringsstrategier, ansvar, familieøkonomi og kultur.

Det er viktige funn sett i lys av at over halvparten av kvinnene i helse- og omsorgssektoren arbeidet deltid i 2010 (NOU 2010:13).

I et notat fra Fafo diskuteres deltidsarbeid og ønsket arbeidstid blant deltidsansatte på bakgrunn av SSBs arbeidskraftsundersøkelser⁷ (AKU) i 2008 og 2009 (Nergaard, 2010). Blant annet er det undersøkt hvor mange lønnstakere som arbeider ufrivillig deltid, hvordan uønsket deltid varierer etter kjønn, utdanning og ansiennitet og hvilke yrker som kjennetegnes ved en høy andel som arbeider uønsket deltid. Et interessant funn er at de som ønsker lengre avtalt arbeidstid utgjør en relativt liten andel – knapt 20 % av alle deltidsansatte i undersøkelsene. Det er også funnet at kvinner med kortere utdanning arbeider mer deltid enn kvinner med lenger utdanning, og har oftere kortere arbeidstid enn ønskelig enn andre deltidsansatte. Omsorgsarbeidere og hjelpepleiere er blant de yrkene med høyest andel deltidsarbeid.

Forslag til løsninger

For å takle fremtidens personellutfordringer er det nødvendig med annen organisering av arbeidet med mer heltidsarbeid og flere som arbeider i større stillingsbrøker (Fasting, 2012).

Det finnes mange forslag til hvordan arbeidstidsutfordringer kan angripes i litteraturen.

⁷ SSBs arbeidskraftsundersøkelser (AKU) er basert på intervjuundersøkelser av representative utvalg av befolkningen i alderen 15-74 for å kartlegge deres tilknytning til arbeidsmarkedet.

Blant annet fremmet skift- og turnusutvalget fra 2008 en rekke forslag til tiltak til hvordan man kan angripe problematikken med uønsket deltid (NOU 2008:17). Tiltaksbeskrivelsen bygger på en oversikt over erfaringer med forsøk med andre arbeidstidsordninger utarbeidet av Arbeidsforskningsinstituttet (Amble, 2008), tiltak identifisert av RHF etter de ble pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å redusere omfanget av uønsket deltid, samt bidrag fra arbeidslivsorganisasjonene.

Moland (2013) har beskrevet ulike tiltak arbeidsgiver kan iverksette for å redusere omfanget av små stillinger og uønsket deltid, og stimulere til mer heltid. Tiltakene kan enten innebære organisatoriske endringer, eller foregå uten organisatoriske grep.

I forbindelse med det tidligere omtalte utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune» har Fafo⁸ på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet utført en analyse og oppfølging av noen prosjekter til 16 deltakerkommuner med henblikk på å vurdere tiltakenes resultattoppnåelse i lys av programmets og kommunenes målbeskrivelse (Moland m. fl., 2014). Forfatterne ønsker blant annet å identifisere drivere for gode utviklingsprosesser og resultater. Forfatterne beskriver kommunene Drammen, Hamar, Sogndal og Surnadal og inngående hvordan disse har arbeidet med deltid. Arbeidet har blant annet dreiet seg om å øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse, redusere eller fjerne helt små stillinger, øke antall heltidsansatte og føre ufaglærte gjennom fagopplæring. To av kommunene ser arbeidet med deltidsproblematikken i sammenheng med strategisk kompetanseutvikling.

Slike erfarings- og tiltaksbeskrivelser legger godt grunnlag for videre arbeid med problemstillinger knyttet til arbeidstid. Kommunal- og moderniseringsdepartementet har blant annet ønsket å fange opp *overføringsverdien* til prosjektene i utviklingsprogrammet «Sammen om» (Moland m.fl., 2014:8). Det har også vært påpekt at arbeid med å organisere arbeidskraften i helse- og om-

⁸ Fafo (2014). *Saman om ein betre kommune: Dypdykk i 16 kommuner*. Oslo: Fafo

sorgstjenestene bedre også må ha som mål å redusere sykefraværet (Fasting, 2012). NOU 2010:13 *Arbeid for helse* slår fast at sykefraværet generelt er høyt omsorgssektoren, og høyere blant deltidsarbeidende kvinner som jobber mindre en 30 timer per uke, enn blant heltidsarbeidende kvinner. I denne delen av tjenestene er også forklaringene bak sykefraværet sammensatte (NOU 2010:13). Forskning har vist at mange turnusarbeidere i helsesektoren jobber mindre for å unngå fysisk og psykisk slitasje (Halvorsen, Lysgård og Olsen, 2002). Det har vært hevdet at arbeidets tunge natur i helse- og omsorgssektoren gjør det vanskelig med 100 % stilling gjennom et helt yrkesliv, blant annet på grunn av stadige nedskjæringer og stadig mer krevende pasienter (Amble, 2006).

Sammenhengen mellom psykiske og fysiske belastninger i arbeidet og arbeidstid er svært viktig fokus i arbeidet med bedre arbeidstidsorganisering, blant annet fordi andelen i helse- og omsorgssektoren som har gått over på uføreytelser eller andre trygdeytelser, er høyere enn i andre sektorer (NOU 2010:13). Å ta tak i arbeidstidsutfordringer kan derfor være et viktig tiltak for å hindre utstøtelse og for tidlig frafall fra arbeidslivet. At denne sektoren har høyt sykefravær gjør det viktig å se på hvordan personellressursene er organisert (Fasting, 2012). Det høye sykefraværet utgjør en av de største utfordringene for nåtidens og fremtidens behov for arbeidskraft, i følge OECD (2014).

For å bidra til en bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren foreslår Helsedirektoratet følgende løsninger:

- Initiere et trepartssamarbeid med arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene for en metodisk tilnærming/strategi med henblikk på å skape en heltidskultur i tjenestene. Fordi deltidsproblematikken er en sammensatt utfordring, der motivene til aktørene er mangfoldige avhengig av ståsted, anses et trepartssamarbeid som nødvendig (Moland, 2013). Spørsmål om heltid/deltid er for eksempel av personalpolitisk karakter der arbeidstakerorganisasjonene gjerne vil ha synspunkter med hensyn til tariffpolitiske spørsmål, slik at

en dialogbasert tilnærming blir nødvendig (Tjerbo m. fl., 2012). På bakgrunn av dette trepartssamarbeidet samt resultater fra forskning kan Helsedirektoratet utarbeide veileder for arbeidstidsorganisering i ulike deler av tjenestene.

Understøtte arbeidsgivere i hele sektoren finansiert i deres arbeid med å skape optimale arbeidstidsforhold gjennom for eksempel tilskuddsordning med øremerkede midler til forsøk med andre arbeidstidsordninger. Dokumentert kunnskap om forsøk på å redusere omfanget av deltid og tiltak iverksatt med sikte på å utvikle en heltidskultur er stort sett knyttet til kommunal sektor (Moland, 2013). Som en del av et nasjonalt arbeid med personell og kompetanse fokusert på sektoren *i sin helhet*, er det nødvendig å rette arbeidstidstiltak mot spesialist- så vel som primærhelsetjenestene.

6.3 Strategisk arbeid med oppgavedeling

Bedre og smartere *oppgavedeling* mellom ansatte har blitt lansert som ett av tiltakene for mer effektiv bruk av personellressursene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Oppgavedeling handler om at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper, for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser (ibid.). Endret oppgavedeling mellom helsepersonell kan bidra til mer hensiktsmessig bruk av ressursene, frigjøre tid, fjerne flaskehals og gi mer effektiv pasientbehandling.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) levert tre rapporter vedrørende oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten i løpet av 2013 og 2014. Kunnskapsenteret har skrevet en rapport om forskning på området. Det ble utført en kartlegging av erfaringer med oppgavedeling samt en utredning av om hvorvidt oppgavedeling vil føre til redusert ventetid og bedre pasientbehandling.

Fokuset var på yrkesgrupper på områder der det er særlig tilløp til flaskehals og ventetid, slik som radiologi, patologi, endoskopi og bemanning på operasjonsstuer. Flere respondenter oppga blant annet for lang svartid innen patologi og billeddiagnostikk som en betydelig flaskehals og hinder for at pasienter kommer i gang med kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2013b). Helsedirektoratet fant i sin kartlegging og utredning at det foregår mange endringsprosjekter i helseforetakene og at endret oppgavedeling ofte skjer planlagt som følger av kapasitetsproblemer (Helsedirektoratet, 2013a). De fleste respondentene erfarte forbedret arbeidsflyt, pasientflyt og effektivitet etter at endring var iverksatt (ibid.). Få endringsprosjekter er blitt systematisk evaluert i etterkant. Det eksisterer derfor lite dokumentasjon på *faktisk effekt* av endret oppgavedeling (ibid.).

Lanseringen av oppgavedeling som et middel til å bedre effektiviteten, fjerne flaskehals og redusere ventetider mellom personell har vært gjensstand for uenigheter og gitt tilløp til profesjonskamp innenfor enkelte fagområder. Noe av uenigheten har handlet om hvorvidt oppgavedeling er det beste og mest effektive tiltaket for å imøtekomme kapasitets- og effektivitetsutfordringer, og om det ivaretar pasientsikkerhet i tilstrekkelig grad. For å få svar på hvilken effekt endret oppgavedeling kan ha, fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra HOD å utarbeide opplegg for iverksettelse av pilotprosjekter på fire utvalgte fagområder (Helsedirektoratet, 2014). Fire arbeidsgrupper fordelt ved hvert RHF fikk ansvar for å utarbeide evalueringsprotokoll innen hvert sitt fagområde.

I forbindelse med oppdraget har Kunnskapssenteret utarbeidet en generell metodisk sjekklister for utarbeidelse av protokoller for endringsprosjekter (Forsetlund m. fl., 2014). Sjekklister skisserer ulike momenter som bør tas hensyn til i planleggingen av prosjekter, og skal bidra til at tiltak iverksettes slik at det gir grunnlag for evaluering og forskning om effekt. Sjekklister til Kunnskapssenteret er generell og kan benyttes i planlegging og evaluering av alle tiltak og endringsprosjekter i helsetjenesten. Den vektlegger høy metodisk standard og utgjør et godt verktøy for effektstudier.

I den Europeiske Union (EU) pågår det et forskningsprosjekt⁹ med temaet «Kvalitet, effektivitet og solidaritet» i helsetjenesten.

Flere europeiske land reformerer helsesektoren for å sikre bedre helsetjenester. Et virkemiddel for å få dette til, er å endre sammensetningen av kompetanse blant helsepersonell. Det kan skje ved å utvide eller endre stillingsinnhold for eksisterende helseprofesjoner, og innføre nye profesjonsroller. I dette prosjektet vil det bli foretatt en systematisk evaluering av effekten av nye yrkesroller i helsetjenesten for utførelse av tjenestene, for behandlingsutfall og for kostnader. Dette gjelder for en rekke forskjellige helsetjenester innenfor EU og assosierte land. Prosjektet skal kartlegge hva slags nye helseprofesjoner og endringer i stillingsutforming som blir iverksatt. Betydning for klinisk praksis og behandlingsutfall skal evalueres, og muligheter for å forbedre samhandling i helsetjenesten skal identifiseres. Det skal gjennomføres evaluering av hvorvidt nye helseprofesjoner og nye roller bidrar til bedret kostnadseffektivitet. Et viktig mål er å identifisere gode modeller for levering av helsetjenester, og evaluere konsekvenser for planlegging og bruk av helsepersonell. Det vil bli gjort bruk av tverrsnitts- og flernivåanalyser. Ved en tverrmetodisk tilnærming kombineres analyse av registerdata og primærdata som innsamles gjennom intervjuer og spørreskjemaer blant helsepersonell, administratorer og pasienter. Dataanalysen er basert på flernivåmodellering. Prosjektet inkluderer ni land, blant annet Norge.

Det politiske fokuset på oppgavedeling og mer fleksibel bruk av personellressurser har vært særlig rettet mot spesialisthelsetjenesten. På oppdrag fra KS har Uni Research Rokkansenteret fremlagt en rapport om oppgavedeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Ludvigsen og Danielssen, 2014). Formålet med studien var å skaffe til veie kunnskap om hvordan man kan få til en ny arbeidsdeling mellom helsepersonell i kommunene. Forfatterne fant at kommunene i liten grad arbeider systematisk og bevisst med oppgavedeling.

⁹ Les mer om prosjektet «MUNROS - Health care reform: the impact on practice, outcomes and costs of new roles for health professionals» [her](#)

Det er derfor et potensial for tjenesteutvikling i at kommunene utvikler større bevissthet og kunnskap om hvordan oppgavedeling kan bidra til bedre ressursutnyttelse.

Til tross for de mange statlige satsningene på kompetanseutvikling i kommunene, slik som Kompetanseløftet 2015, benyttet kommunene i studien i liten grad virkemidlene til oppgavedelingstiltak og til systematisk kvalifisering av personell til å utføre nye oppgaver (Ludvigsen og Danielsen, 2014). Utvikling av kompetanseplaner er derfor et viktig redskap for å innføre ny oppgavedeling. Forfatterne fremholder at kommunene må øke sin kunnskap om lovverk, nasjonale tiltak og virkemidler for at eksisterende muligheter, som blant annet profesjonsnøytralt regelverk, skal utnyttes.

For kommunenes del anbefaler forfatterne en økt bevisstgjøring om eksisterende tiltak blant kommunale ledere. Dette fordi kommunene i studiet utviste svært forskjellige kunnskapsmessige forutsetninger for å møte fremtidens kompetanse- og rekrutteringsutfordringer. Strategiske kompetanse- og rekrutteringsplaner danner derfor et viktig grunnlag for oppgavedelingstiltak. (Ludvigsen og Danielsen, 2014).

På nasjonalt plan foreslås utarbeidelsen av nasjonale rutiner og eventuelt nye kurs for håndtering av oppgaver som glir mellom personellgrupper. Her kan KS ta initiativ til å nedsette et utvalg representert av flere personellgrupper som kan identifisere områder det er hensiktsmessig å utvikle nasjonale kurs og eventuelt sertifiseringsordninger for enkelte oppgaver. Forfatterne peker også på refusjonsordningen som en mulig hindring til fleksibel oppgaveflyt. OECD-rapporten om kvalitet i norsk helsetjeneste peker på nødvendigheten av å maksimere tilgjengelige ressurser og at det i det er nødvendig å se på hvorvidt insentivstrukturene, blant annet Innsatsstyrt finansiering (ISF), kan tilpasses et bredere sett med faglige aktiviteter utført av sykepleiere og annet klinisk personell (OECD, 2014: 26). Det pågår for øvrig et utredningsarbeid i Helsedirektoratet for å tilpasse ISF-ordningen optimalt til endringer i tjenestene. For at kommunene skal kunne arbeide strategisk

med oppgavedeling bør dette bør inngå i langsiktig kommunalt planarbeid samt i nasjonale planer som statsbudsjettet, stortingsmeldinger og nasjonale helse- og omsorgsplaner (Ludvigsen og Danielsen, 2014).

Forslag til løsninger

- Etablere forsøk med endret oppgavedeling både i spesialist- og primærhelsetjenesten
- I samarbeid med KS, understøtte kommunale arbeidsgivere med nasjonale verktøy for iverksettelse av forsøk med endret oppgavedeling, som Kunnskapscenterets sjekklister (i tilpasset form) og veiledere
- Kartlegge behovet for etablering av nasjonale kurs og sertifiseringsordninger
- Fjerne finansielle hindre for fleksibel oppgavedeling

6.4 Optimale arbeidsprosesser

Økt politisk fokus på pasientsentrerte helsetjenester der kvalitet, effektiv ressursutnyttelse og kortere ventetider har blitt satt i fokus, har også medført et økt fokus på styringsverktøy og tiltak som kan bidra til å bedre disse forholdene (Grøndalen, 2013). Logistikkmetodikken LEAN er et slikt tiltak. LEAN representerer en kompleks forbedrings- og effektiviseringsmetodikk som har sitt opphav i den japanske bilprodusenten Toyota (Tilley, u.å.). Metodikkens formål er å optimalisere arbeidsprosesser gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid der fokuset er å eliminere alle elementer som ikke gir endelig produksjonsverdi (ibid.).

Mange¹⁰ har diskutert og undersøkt metodikkens overføringsverdi og anvendbarhet til helsesektoren, da den opprinnelig er knyttet til industriell masseproduksjon. Forskning viser at LEAN-metodikken kan ha betydelig potensial som forbedringsverktøy for tjenesteytingen i helsetjenesten, men at det bør tas visse metodologiske og praktiske

¹⁰ Se blant annet Grøndalen (2013), Hansen (2011), Joosten, Bongers og Janssen (2009), Young og MacClean (2008), Melby, Nygård og Bundsgaard (2009)

hensyn (Joostein, Bongers og Janssen, 2009). Dansk forskning viser at LEAN-metodikk er implementerbar og effektivitetsfremmende i sykehus, forutsatt at metodikken forankres og «oversettes» til en helsesetting og at de involverte fagfolkene opplever eierskap til endringsarbeidet (Karstoft og Tarp, 2011). Disse premissene understøttes også i erfaringer gjort ved Universitetssykehuset i Nord Norge, beskrevet nedenfor. Det er viktig å presisere at effektivisering er knyttet til å eliminere all aktivitet som ikke gir verdi for pasientbehandlingen, og betyr således kortere ventetider.

Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) er et eksempel på en virksomhet som har hatt god nytte av LEAN-metodikk i sitt arbeid med å kvalitetssikre pasientforløp og arbeidsprosesser. De fem LEAN-prinsippene formuleres på følgende måte for å tilpasses helsetjenesten (Torgersen, 2011):

1. Forstå hva som har verdi for pasienten/brukeren, og hvilken **verdikjede** (meningsfylte handlinger for pasienten) som skal til for å skape dette.
2. Identifiser de **aktivitetene som skaper verdi**. Dette betyr å **eliminere sløsing** og å få bort unødvendige steg i prosessene.
3. Skap kontinuerlig **flyt** i tjenestene, slik at pasientene slipper å oppleve at prosesser stopper opp. Pasientene skal også få færrest mulig instanser å forholde seg til underveis i et forløp.
4. Flyten skal være etterspørselbasert, det vil si at **pasientens behov** styrer tilbudet.
5. Streb etter **den perfekte prosessen**. Sørg for at hele verdikjeden (de meningsfylte handlingene) blir forbedret, ikke bare deler av den.

Omstendighetene var en omorganiseringsprosess med prosjektstart i 2008, der LEAN hadde som formål å understøtte omstillingsprosessen. Prosjektet ble avsluttet og evaluert i 2012. UNN har også benyttet LEAN som sentralt forbedringsverktøy i kjølvannet av prosjektperioden. UNN har over 40 LEAN-prosjekter og mer enn halvparten er im-

plementerte (Sand, 2014). For å avdekke suksessfaktorer i implementering av LEAN i en sykehussetting, har det kommet i stand et tverrfaglig forskningssamarbeid mellom UNN og Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning ved Universitetet i Tromsø. Resultatet er en artikkel som oppsummerer systematiske undersøkelser av LEAN-metodikk i sykehus. De viktigste suksessfaktorene artikkelen peker på er ledelse, en støttende kultur, skolering, presise data og godt samarbeid (Andersen, Røvik og Ingebrigtsen, 2014). Viktigheten av en god «oversettelse» av metodikken til en helsekontekst nevnes også her. Artikkelen er for øvrig en del av et doktorgradsarbeid der en av artiklene vil omhandle de kvantitative, målbare resultatene av de første 20 Lean-prosjektene i UNN.

Lungekreftområdet var et av områdene der LEAN-metodikk hadde svært positiv effekt på komplekse pasientforløp (Knudsen, 2014). Den konkrete forbedringen var knyttet til en vesentlig nedkorting av ventetider. Resultatene ble publisert i tidsskriftet «The Clinical Respiratory Journal», der det ble konkludert med at LEAN-metodikk egner seg til å forbedre pasientforløp på lungekreftområdet (Aasebø, Strøm og Postmyr, 2012).

I tillegg til å bli benyttet som forbedringsverktøy i sykehus har LEAN også blitt brukt som verktøy for samhandling i etableringen av standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten (Neverdal og Rystad, 2014).

Denne korte gjennomgangen av LEAN viser at slike verktøy har godt potensiale som effektiviserings- og forbedringsverktøy for personell- og pasientflyt.

Forslag til løsninger:

- Bidra ved forsøk med LEAN-metodikk
- Utarbeide veiledere på bakgrunn av kunnskapsoppsummeringer om bruken av LEAN i helsevesenet

6.5 Tjenestenes arbeid med ledelse på alle nivåer

Ledelsesutfordringer i helse- og omsorgstjenestene i kommunene er omfattende. Det er få ledere og utfordrende å rekruttere til lederstillinger (Eilingsen og Bernstrøm, 2014). Det er behov for økt lederkompetanse på alle nivåer og å styrke lederrollen. Kompetansen må vektlegge kunnskaps-, endrings- og kulturskapende ledelse. Kommunal ledelse er preget av nærheten til politiske beslutningstakere. Dette krever god systemforståelse, folkehelsekunnskap, kunnskap om politiske prosesser og evne til å formidle tjenestenes særtrekk og utfordringer til ansatte, politikere og innbyggere.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten omfatter både institusjons- og oppsøkende tjeneste til mennesker med omfattende og ofte langvarig behov for behandling, rehabilitering og omsorg. Dette fører til et stort behov for personell og kompetanse som skal dekke døgnkontinuerlig drift. Samtidig arbeider mange ansatte deltid og i små stillingsbrøker.

Ledere i helse- og omsorgstjenestene må få styrket kunnskap om strategisk kompetanseplanlegging slik at de kan iverksette rekruttering av personell med riktig kompetanse, beholde medarbeidere, legge til rette for utdanning og forskning og å ta i bruk kunnskapsbaserte arbeidsformer. Det vil være et økende behov for bruker- og pårørende-medvirkning i tjenesten, innovasjon med nye arbeidsmetoder, ny teknologi og bedre organisering for å sikre kvalitet og effektivitet. Lederes kompetanse må også dekke kunnskap om ledelse av utviklingsarbeid der endrede organiserings- og ledelsesmodeller prøves ut, evalueres og implementeres. I dette ligger også forsøk med alternative arbeids- og turnusordninger.

God ledelse og godt arbeidsmiljø er med på å redusere sykefravær. Leders fokus på oppfølging av personell, tydelig rolleforventning, tilrettelegging av understøttende arbeidskultur og samarbeid på tvers av profesjonsgrensene er viktige elementer. Undersøkelser viser at enheter med godt arbeidsmiljø, også har mer tilfredse pasienter og gir bedre

pasientresultater (Gjessing, 2011). Psykiske og fysiske belastninger i arbeidssituasjonen må møtes med ledelsesforankret oppfølging. For helse- og omsorgssektoren er det viktig å tydeliggjøre hvilke tiltak som kan iverksettes for å redusere belastningen ved ubekvemme arbeidstidsordninger og utbredt bruk av vaktarbeid.

Lederes rolle som kulturbyggere blir sentral når endringstakten øker i kommunal sektor. Evnen til å legge til rette for utvikling av fagmiljøer og å skape entusiasme blant de ansatte blir avgjørende. I tillegg til kulturledelse vektlegges samhandling, kvalitet, internkontroll, innovasjon og kunnskapsbasert praksis. Det må utvikles en kultur for samarbeid på tvers av profesjonene for å sikre gode pasientforløp og for effektiv utnyttelse av helsepersonellens kompetanse.

For å nå målene med samhandlingsreformen og å kunne levere helhetlige tjenester til brukere, blir det stilt økende krav til samhandling mellom ledere innen ulike tjenesteområder og forvaltningsnivåer. Tjenestene må samarbeide tettere, raskere og ikke minst mer smidig enn i dagens situasjon. Ansvaret for helheten av tjenestetilbudet er fordelt på mange ledere både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten. Det stilles store krav til de ulike ledernes evne til å tilpasse og samkjøre tilgjengelige ressurser og behovet for tjenester for å sikre et helhetlig tilbud til brukere. Tjenester som særlig rettes til barn og unges oppvekstvilkår, forebygging, tidlig hjelp og helhetlig og koordinert hjelp krever god samhandling mellom ledere på tvers av instruksjonslinjene.

Ledere må ofte ta stilling til komplekse samhandlingsutfordringer og finne løsninger. Aktørene må møtes som autonome og likeverdige parter. Tjenestetilbudet til brukere og befolkning blir ikke fullstendig uten alles bidrag. Helse- og omsorgstjenesten står fritt til å organisere sin virksomhet såfremt kravet til forsvarlighet og øvrige krav fastsatt i lov og forskrift blir ivaretatt. Kravet til profesjonalitet i den faglige utførelsen av tjenesten og en utbredt offentlig regulering fører likevel til at friheten til å lede og organisere virksomheten er

noe mer begrenset enn i mange andre tjenesteytende virksomheter.

Dagens ledelsestenkning fokuserer bl.a. på hvordan ledere skal oppnå resultater gjennom andre ved god ledelse av sin enhet og sine ansatte gjennom såkalt vertikal ledelse. God vertikal ledelse skaper orden i eget hus og resultater fra egen enhet, men er ikke tilstrekkelig for å nå lokale og/eller nasjonale mål, verken på systemnivå eller på individ/brukernivå. For å møte utfordringene som følger med samhandlingsreformen, kravene til morgendagens primærhelsetjeneste og brukernes behov for helhetlige og koordinerte tjenester, stilles det økende krav til ledernes felles oppfattelse av samfunnsoppdraget og deres evner til samhandling gjennom horisontal ledelse. For å få til god horisontal ledelse på tvers av fag, profesjoner, enheter og organisasjoner må ledere ha kunnskap om og evne til å lede *sammen* med andre ledere. I horisontal ledelse på tvers av linjene er de ulike aktørene autonome og har egne oppdrag og styringssignaler, noe som stiller spesielle krav til både ledelsesform, organisering og arbeidsform.

Nettverk som organisasjonsform for å løse oppgaver i offentlig sektor har økt de siste årene. Dette har medført behov for å utvikle modeller for ledelse *av* og ledelse *i* nettverk, ikke minst for å sikre at aktiviteten i offentlig sektor er i tråd med eksisterende oppgaver som må løses (St.meld. 19 (2008-2009)).

Deling av kunnskap og erfaringer er en ressurs som er utnyttet i for liten grad. Det er behov for å etablere arenaer for erfaringsdeling og å skape en kultur for kunnskapsdeling mellom personell, institusjoner og tjenestenivåer. Eksisterende kompetanse må deles og spres for at andre kan nyttiggjøre seg den (forbedringsspiral). Kontinuerlig læring er en forutsetning blant helsepersonell. Ledere må legge til rette for at arbeidsplassen blir en læringsarena som er faglig stimulerende og som skaper entusiasme, motivasjon og bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Elektroniske verktøy (erfaringsportal) som tilrettelegger for erfaringsdeling er mangelfulle. Dagens

arenaer for kunnskapsdeling er kurs, konferanser, kollegastøtte og internettsøk osv. I Danmark har man etablert en plattform for erfaringsdeling (www.vis.dk). Det er ønskelig å etablere noe lignende i Norge.

RHF rapporterer på økonomiske data, aktivitetstall og på indikatorer for kvalitet, i tillegg til at det leveres en årlig rapport på i hvilken grad påleggene i Oppdragsdokumentet er oppfylt. Kommunene rapporterer noe data via KOSTRA til sentrale myndigheter, og det blir utarbeidet nasjonal statistikk og analyser ved Statistisk sentralbyrå og Helseledelse (IPLOS).

Strategiske vurderinger

Det bør legges til rette for en tydeligere faglig ansvarliggjøring av ledere i helse- og omsorgstjenesten. Blant annet bør det drøftes om det trengs en tydeligere presisering av forholdet mellom legers ansvar for å ta avgjørelser i medisinske spørsmål knyttet til tverrfaglig samarbeid, og lederes ansvar for alle forhold ved helsetjenesten, herunder alle faglige spørsmål. Videre anbefaler Helseledelse at en eventuell ny lederplattform for ledelse i helsetjenesten, vektlegger ledelsens ansvar for at helsetjenesten utøver god praksis samtidig som ressursene utnyttes effektivt.

Nasjonal lederplattform er utviklet og skal iverksettes gjennom styringslinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseforetakene. Plattformen inneholder bl.a. et såkalt topplederprogram. Det fins ikke tilsvarende nasjonal lederplattform for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helseledelse har uttalt at det bør lages en nasjonal felles lederplattform for hele helsetjenesten, dvs. på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten¹¹. Eksisterende lederplattform skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederatferd i helseforetakene. Helseledelse mener at den også bør rettes inn mot ledere i kommunal sektor.

11 Helseledelses høringsuttalelse av 5.10.2012 til HODs oppfølgingsforslag av Nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2013 Helse- direktoratet i oppdrag å utvikle en kommunal lederutdanning på 30 studiepoeng for de kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenestene. Satsningen er forankret i Kvalitetsavtalen mellom KS og HOD. I oppdragsdokumentet vises det til modell fra igangsatt rektorutdanning som er en 30 studiepoengs modul i et mastergradsprogram i ledelse. Etter Helsedirektoratets vurdering bør den nye lederutdanningen også omfatte ledere i spesialisthelsetjenesten, da dette vil bidra til bedre gjennomføring av målene med samhandlingsreformen. Samhandling forutsetter felles samhandlingskompetanse. Et kommunalt kompetanseprogram i ledelse må uansett ses i sammenheng med eksisterende kompetansesatsing for ledere i spesialisthelsetjenesten.

Forslag til løsninger:

- Nasjonal lederplattform for helseforetakene samordnes med satsning på å styrke kommunale ledelse i en felles nasjonal lederplattform for helsetjenesten.
- Det utvikles et felles topplederprogram for ledere i helse- og omsorgstjenestene.
- Det blir utviklet en elektronisk plattform for kunnskaps- og erfaringsdeling for helse- og omsorgstjenestene.

7. Godkjenning og sertifiseringsordninger

Dette kapittelet viser til fokusområdet «Godkjennings- og sertifiseringsordninger» i gigamap «Nasjonalt personellbilde».

Kapittelet omhandler autorisasjonsordningens formål og belyser noen muligens utilsiktede konsekvenser og forbedringsområder knyttet til helse- og omsorgstjenestens behov for tilstrekkelig personell med rett kompetanse. Dette er ikke en juridisk fundamentert analyse, men et perspektiv som ser autorisasjonsordningen som en mulig faktor som kan påvirke kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene.

7.1 Autorisasjonsordningens formål

Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning reguleres i Lov om helsepersonell kapittel 9 (1999/64). Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientsikkerhet, kvalitet og tillit til helse- og omsorgstjenestene og helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a). Ordningen skal bidra til at helsepersonell har nødvendige kvalifikasjoner for å inneha en bestemt yrkesrolle (ibid.). En autorisasjon innebærer retten til å benytte beskyttet tittel etter Helsepersonellovens § 74. Ordningen skal bidra til at helsepersonell med en bestemt tittel har rett kompetanse under utøvelse av yrket (ibid.). Helsepersonellovens §§57, 58 og 59 gir Helsetilsynet rett til å til-

bakekalle, suspendere eller begrense autorisasjon dersom vilkårene er oppfylte.

Tidligere vurderinger av autorisasjonsordningen

I forbindelse med utvidelsen av helsepersonellbegrepet fra kun å gjelde autorisert personell til å favne alt personell i helsetjenesten som yter helsehjelp, samt helsefaglige elever/studenter, fremkommer det av lovens forarbeider at det ble vurdert om ordningen med autorisasjon av helsepersonell var nødvendig å videreføre (Helsedirektoratet, 2008). Bakgrunnen for videreføringen ble begrunnet med ordningens funksjon som kontroll- og sanksjonsredskap for helsemyndighetene overfor uegnet helsepersonell (Ot.prp.nr.13 (1998-1999). Tilbakekall av autorisasjon har sterkere virkning enn sanksjoner fra arbeidsgiver, fordi den fratrukker helsepersonellet retten til å utøve yrket, og ikke bare arbeid hos én enkelt arbeidsgiver. Som Helse- og omsorgsdepartementet uttrykker det (ibid.: 129):

Helsemyndighetene kan gjennom tilbakekall av autorisasjonen hindre uforsvarlig og uønsket adferd, utover de reaksjonene som arbeidsgiver har til rådighet. Behovet for kontroll er sentralt overfor helsepersonell som har selvstendige arbeidsoppgaver av særlig betydning for pasienters liv og helse.

Det er imidlertid tidligere vist til at tilbakekalling representerer en streng reaksjon som sjelden blir brukt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008: 31).

Elementer som kan understøtte autorisasjonsordningen. Resertifisering og faglig obligatorisk oppdatering.

Et system som sikrer at den enkelte helsearbeider opprettholder sin kompetanse kan understøtte autorisasjonsordningens formål. Resertifisering kan dermed være et middel for å sikre faglig forsvarlig virksomhet og vedlikehold av kompetanse. Resertifisering kan også bidra til at tjenesten bedre sikrer at helsepersonellet har den kompetansen de til enhver tid trenger. Dette fordi man vil kunne få muligheten til å vurdere om helsepersonellens kunnskap er utdatert eller har rett fokus i tråd med tjenestens utvikling. På den måten kan et resertifiseringssystem eller faglig obligatorisk oppdatering bidra til en mer hensiktsmessig bruk av personellressursene i tjenesten.

Nasjonale erfaringer

Flere yrkesorganisasjoner praktiserer resertifisering av godkjenningene for sine yrkesgrupper (Helsedirektoratet, 2012). For å bli spesialist i Norsk Fysioterapeutforbunds spesialistordning er det for eksempel krav resertifisering hvert syvende år.

Helsedirektoratet har tidligere fått i oppdrag å gjennomgå og vurdere eventuelle endringer i struktur og innhold i spesialistutdanningen av leger (Helsedirektoratet, 2012). Som ledd i dette oppdraget skulle det også vurderes hvorvidt resertifisering bør innføres for andre spesialiteter enn dagens. Dette vurderte man at ikke skulle innføres, men heller innføre obligatorisk etter-/videreutdanning. I dag er spesialiteten allmenntidmedisin den eneste legespesialiteten som krever resertifisering.

OECDs anbefalinger

I rapporten til OECD (2014) - Review of health care quality - påpekes det at det er behov for mer robuste kvalitetssikringsmekanismer, knyttet til individuell profesjonsutøvelse og akkreditering. For-

fatterne viser til at en stor del av arbeidsstyrken har utenlandsk utdanning og at kvalitetssikring kan bidra til å sikre en ønsket standard på tjenesteytingen. Vurderingen konkluderer med at et viktig ledd i dette kan være å styrke resertifisering av helsepersonell basert på ordninger med kontinuerlig vurdering.

Internasjonale erfaringer

Mange EU-land benytter ulike resertifiseringsordninger av autorisasjon for helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b). I Storbritannia praktiseres en ordning med resertifisering hvert annet år (ibid.). Her kreves det at helsepersonell gjennomgår relevante akkrediteringskurs for den enkelte spesialitet eller fagområde. Oppdatering av kompetanse betegnes ofte som «revalidation» og dette beskrives av General Medical Council, som er ansvarlige for å registrere, lisensiere og regelmessig resertifisere leger i Storbritannia, som: «(...) the process by which licensed doctors are required to demonstrate on a regular basis that they are up to date and fit to practise» (General Medical Council, 2014).

Storbritannia har en rekke nasjonale aktører med regulerings- og kvalitetssikringsmandat for helse-, pleie- og sosialpersonell. Det finnes 12 reguleringsorganer for en rekke ulike helsepersonellgrupper (HCPC, 2014). Helse- og sosialpersonell som arbeider i Storbritannia må være registrert i én av disse organisasjonene for å kunne utøve sitt yrke. Videre har organisasjonen "The Professional Standards Authority for Health and Social Care" en nasjonal tilsynsfunksjon overfor disse organisasjonene, der blant annet virksomhet og prestasjon testes og vurderes (ibid.).

I Ungarn og Østerrike finnes det en ordning med resertifisering hvert femte år. I Østerrike må helsepersonell gjennomgå et akkreditert fagprogram på 40 akademiske kontakttimer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b). Italia, Spania, Portugal, Polen, Kypros, Romania og Slovakia har ordninger der helsepersonell må ta akkrediterte kurs for å beholde autorisasjonen. I tillegg har også Tyskland, Frankrike, Estland, Latvia og Litauen resertifiseringsordninger.

Avsluttende refleksjoner

Nasjonalt system faglig oppdatering og resertifisering.

Å praktisere som helsepersonell innebærer å være i en kontinuerlig læringsprosess – livslang læring – som utgjør et viktig utdanningspolitisk prinsipp (Meld. St. 13 (2011-2012)). For å møte de økte krav om kompetanseutvikling og kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenestene og for å sikre at autorisert helsepersonell til enhver tid holder faglig standard i tråd med Helsepersonelloven, kan man utrede muligheten for et nasjonalt system for faglig oppdatering/ajourføring¹² for autoriserte helsepersonellgrupper.

En slik utredning kan vurdere hvorvidt en resertifiseringsordning eller obligatorisk faglig oppdatering kan bidra til at autorisasjonens formål forblir ivaretatt gjennom helsepersonellens yrkesutøvelser, og om det også kan bidra til at norske helsetjenester sikrer seg at helsepersonellet til enhver tid har den kompetanse tjenestene trenger.

7.2 Autorisasjon - utilsiktede konsekvenser?

Helsedirektoratet har gjennomført flere autorisasjonsutredninger. I april 2007 ble daværende Sosial- og helsedirektoratet bedt om å foreta en mer prinsipiell og overordnet vurdering av Helsepersonellovens autorisasjonsordning¹³. Her ble direktoratet også bedt om å vurdere hvorvidt nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen.

29 autoriserte helsepersonellgrupper i Norge

Helsemyndighetene har lenge opplevd press fra ikke-autoriserte personellgrupper som ønsker å bli innlemmet i autorisasjonsordningen (Sosial- og

helsedirektoratet, 2008). Direktoratet bemerker i utredningen at det synes å eksistere et skille mellom autoriserte og ikke-autoriserte personellgrupper, på tross av helsepersonellovens profesjonsnøytralitet og lovens likestilling mellom personell med og uten autorisasjon (ibid.).

Det er per dags dato 29 autoriserte helsepersonellgrupper, jf. Helsepersonelloven § 48. Til sammenlikning er det 21 i Sverige (Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe, 2014), 17 i Finland (ibid.) og 17 i Danmark (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014).

I en tilleggsutredning¹⁴ samme år ba departementet Helsedirektoratet om en ytterligere utredning av ulike problemstillinger knyttet til innlemmelsen av nye personellgrupper i ordningen. En av problemstillingene var hvorvidt helsetjenestene har behov for nye autoriserte personellgrupper. Innspillene fra eksterne instanser pekte på at en slik utvidelse kan medføre fare for fragmenterte tjenester og på viktigheten av at autorisasjonsordningen brukes til å motvirke undergraving av arbeidsdelingen mellom yrkesgruppene (Helsedirektoratet, 2008).

I følge utredningen synes autorisasjonens tittelbeskyttelse å være den mest sentrale rettsvirkningen for helsepersonell, og at behov for tittelbeskyttelse kan se ut til å være en begrunnelse for ikke-autoriserte grupper for å bli en del av ordningen. Dette fordi tittelbeskyttelse skaper identifiserbare grenser mellom personellgrupper, noe direktoratet vurderer skaper god forutberegnelighet for befolkningen, pasienter og helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I en utredning vedrørende organiseringen av spesialistutdanning og spesialistgodkjenningsordninger for aktuelle personellgrupper, har liknende problemstillinger har vært oppe for drøfting (Helsedirektoratet, 2012). Helsedirektoratet ble her bedt om å vurdere hensiktsmessigheten og nød-

12 Norsk fysioterapeutforbund utarbeidet i 2004 en rapport om faglig ajourføring av fysioterapeuter som et ledd i et kvalitetsutviklingsarbeid. Her beskrives ulike systemer for faglig ajourføring, både i Norge og andre land.

13 Oppdragsdokument av 25.4.2007 - Utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2007).

14 Oppdragsbrev av 16.5.2008 - Vedrørende utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning - tilleggsutredning. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2008).

vendigheten av å gi flere enn dagens tre grupper offentlig godkjenning (Helsedirektoratet, 2012b).

På tross av Helsedirektoratets tilrådning om utvidelse av den offentlige spesialistordningen, til å inkludere ytterligere fire grupper, vurderte departementet de potensielle negative konsekvensene av en slik utvidelse til å veie tyngre enn de positive¹⁵. Blant annet pekes det på at fragmenterte tjenester ikke samsvarer med samhandlingsreformens og de fremtidige tjenestenes behov. Snarere vektlegger departementet behovet for utvidet fleksibilitet i samhandling og oppgaveløsning mellom personellet og at en utvidelse av ordningen vil kunne hemme behovet for oppmykning av profesjonsgrensene, bedre arbeidsdeling og utvidede roller for ulike yrkesgrupper.

Helse- og omsorgsdepartementet har i senere tid heller ikke valgt å etterkomme ulike yrkesgruppers anmodninger om å bli innlemmet i autorisasjonsordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014c). Vurderingen har liknende begrunnelse som vedrørende mulig utvidelse av den offentlige spesialistordningen, og er knyttet til bekymringen for mer fragmenterte og profesjonsdelte tjenester.

Avsluttende refleksjoner

Det er fra politisk hold lagt vekt på behovet for fleksibel oppgaveløsning mellom helsepersonell for å møte nåtidens og fremtidens kapasitetsutfordringer. Det er her pekt muligheten for at autorisasjonsordningen fremmer motsetninger og skillelinjer blant helsepersonell, til ulempe for tverrfaglighet og fleksibilitet i oppgaveløsning blant personell med ulik profesjonsbakgrunn. Å bli innlemmet i en autorisasjonsordning kan fremstå som attraktivt både for profesjoner og etablering av nye utdannelse, og man kan anta at den til en viss grad påvirker utviklingen av utdanningene.

7.3 Autorisasjon og profesjonsgrenser

I tidligere omtalte tilleggsutredning om autorisasjonsordningen peker Helsedirektoratet på at autorisasjonsfokuset indirekte kan understøtte profesjonskamp blant helsepersonell, som igjen kan hemme fleksibilitet og arbeidsdeling mellom profesjonene (Helsedirektoratet, 2008).

I forslag til ny helsepersonellov ble nettopp dette fremmet som et viktig formål ved lovrevisjonen: «(...) å motvirke en uakseptabel profesjonskamp» (Ot.prp.nr.13 (1998-1999):15). Det ble også presisert at den nye loven skulle «(...) legge grunnlag for smidigere samspill mellom yrkesgruppene i helsevesenet (ibid.). At autorisasjonsordningen ikke legger grunnlag for profesjonsmotsetninger er derfor et viktig premiss i lovgivningen.

En sterk profesjonstilhørighet kan også gi et uforholdsmessig stort fokus på egen profesjon, og svekket fokus på og hensyn til behovet for samarbeid med andre profesjoner og annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2008). Helsedirektoratet presiserer i utredningen at det er et ledelsesansvar å påse at slike hensyn blir ivaretatt.

I tidligere omtalte tilleggsutredning fra 2008 om autorisasjonsordningen tilrådet Helsedirektoratet en restriktiv praksis i vurderingen av utvidelse av ordningen. Direktoratet påpekte at det, i lys av ordningens kompleksitet, er nødvendig med fortløpende vurderinger av ordningens egnethet til å fange opp utviklingstrekkene i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2008). Det kan, i følge direktoratet, «tvinge seg fram et behov for å vurdere om den [ordningen] bør endres eller avvikles i sin nåværende form» (ibid.:5).

Avsluttende vurderinger

Dette aktualiserer en vurdering av alle forhold i organisering og regulering av helseprofesjonene som er egnet til å skape interessekonflikter mellom profesjonene. Ordningens nåværende funksjon kan vurderes opp mot måloppnåelse og de ressursene som brukes for å opprettholde ordningen.

¹⁵ Brev av 15.10. 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. *Vurdering av mulig utvidelse av offentlig spesialistgodkjenning.*

7.4 Kandidater med utenlandsk utdanning

For helsepersonell utdannet i land utenfor Norge, hvis utdanning ikke vurderes som jevn god med norsk utdanning, finnes det i dag få ordninger for kompletterende utdanning som leder frem til autorisasjon. Helsepersonell som ikke oppfyller utdanningskravene til autorisasjon blir i dag henvist til å søke ved aktuell helsefaglig utdanningsinstitusjon for deretter å søke om fritak fra enkeltfag. Dette er en lite gunstig ordning for søker, som må konkurrere om opptak og for norsk helsetjeneste som trenger kvalifisert personell raskt i arbeid og for utdanningsinstitusjonen som taper økonomisk. Det bør utvikles systemer der de aktuelle søkerne på en mer målrettet og effektiv måte får den komplementerende utdannelsen de trenger for å oppnå autorisasjon. En mulighet er at utdanningsinstitusjonene oppretter utdanningstilbud av kortere varighet rettet direkte inn mot denne søkergruppen.

Høgskolen i Oslo og Akershus har fått innvilget engangstilskudd til opprettelse av kompletterende utdanningstilbud for sykepleiere. Tilbudet opprettes i 2015.

Avsluttende refleksjoner

Helsedirektoratet forslår opprettelse av kompletterende utdanningstilbud for personell med utdanning utenfor EU/EØS. En ordning med tilbud om kompletterende utdanning for helsepersonell med utenlandsk utdanning vil både kunne bidra til mer forutsigbarhet for søkere om autorisasjon og bidra til at de som ønsker autorisasjon og arbeid i Norge kommer raskere ut i jobb.¹⁶

¹⁶ Denne løsningen fordrer kartlegging som forøvrig er under utarbeidelse. Rambøll gjennomfører på oppdrag fra Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet en utredning der formålet er å få mer kunnskap om behovet for kompletterende utdanning for innvandrere med høyere utdanning fra land utenfor EØS som søker om godkjenning for å utøve lovregulerte yrker i Norge.

8. Personellstatistikk og framskrivning

Dette kapitlet viser til fokusområdet «Nasjonal kompetansestyring og personellplanlegging» i gigamap Nasjonalt personellbilde.

Utfordringene og forslag til løsninger som vises på gigamap er de samme som er skissert i tabellen nedenfor. Disse beskrives nærmere i dette kapitlet og i kapittel 8.

Det foreligger mange kilder som inneholder data om helsepersonell. Noen av disse presenteres og vurderes i kapittel 8.

De fleste nåværende rapporter og kilder er generert for et spesifikt, avgrenset formål. Mange presenterer derfor data innen ett eller flere spesifikke områder av tjenesten. Svært få har en overordnet

oversikt over hele helsepersonellsituasjonen. Dette representerer en stor utfordring for myndigheter og andre som skal ha en overordnet oversikt.

Mål: Optimalt datagrunnlag og helhetlig oversikt for god planlegging og analyse.

8.1 Datakvalitet, oversikt og tilgjengelighet

For å bedre datakvalitet, kvalitetssikre data og gi et bredere datagrunnlag kan flere kilder kombineres. For primærhelsetjenesten kan blant annet SSBs

Utfordring	Løsning
Datakvalitet, oversikt og tilgjengelighet: Upresise data, fragmentert og dels utilgjengelig datamateriale og manglende elektroniske løsninger	Integrerte datasystemer for sanntids-statistikk Etablere datavarehus og publiseringsverktøy
Framskrivningsmodell - HELSEMOD: HELSEMOD baseres på forutsetninger som begrenser bruksverdien som planleggingsverktøy	Utrede og evaluere HELSEMOD med hensyn til treffsikkerhet, fremstilling, nedslagsfelt, bruksverdi og alternative modeller
Spredt analytisk kompetanse: Manglende helhetlig analysemiljø på personellfeltet i Helsedirektoratet til å gjøre gode vurderinger og analyser om fremtidige kompetansebehov i samarbeid med SSB	Etablere statistikk- og analysemiljø på personellfeltet i Helsedirektoratet. Ivareta god kontakt med Kunnskapsdepartementet om utviklingen av et nasjonalt system for analyse og formidling av fremtidige kompetansebehov.

KOSTRA¹⁷-tall og Helsedirektoratets Fastlege-register trekkes fram. I spesialisthelsetjenesten er det større utfordringer med personellstatistikk. SSB har også her en del statistikk, men ikke så utfyllende på RHF-nivå.

Fragmenterte registre gir ikke godt nok grunnlag for analyse på overordnet nivå.

Alle RHF samler inn egne oversikter og gjør egne analyser. Disse blir imidlertid sjelden delt og erfaringer og planlegging blir ikke koordinert i tilstrekkelig grad.

En del av løsningen for dette kan ligge i Helsedirektoratet. Noen av registrene som eies av Helsedirektoratet kan med fordel bedre kombineres for å få et bedre bilde av bemanning innen helsesektoren. I tillegg må datakvaliteten bedres for noen registre. For å kunne oppnå dette må samarbeidet mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene fungere godt.

En bedring av tekniske løsninger vil kunne føre til bedre datakvalitet og enklere samarbeidsforhold, for eksempel ved automatisk integrasjon mot tjenestenes lønns- og personaldatasystem. Hvis dette fungerer vil også en mer kontinuerlig rapportering av situasjonen i spesialisthelsetjenesten komme på plass.

Forslag til løsninger

Automatisk integrasjon mellom personellregistre og lønns- og personaldatasystemer vil kunne gi oppdaterte opplysninger om den faktiske personellsituasjonen til enhver tid.

For å gjøre statistikk og data tilgjengelig er det ønskelig å samle og publisere tilgjengelige datakilder på ett sted, for eksempel på Helsedirektoratets webside eller www.helsenorge.no. Dette vil kunne gjøre det lettere å få tak i data som igjen kan komme til nytte i framskrivnings- og analyseøyemed. Publisering og tilgjengeliggjøring av statistikk og data er et arbeid som pågår i Helsedirektoratet allerede. Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret er med i forprosjektet og bearbejdede

data fra disse registrene vil kunne gjøres tilgjengelig for definerte brukere om kort tid.

8.2 Framskrivningsmodell – HELSEMOD

HELSEMOD baseres på forutsetninger som begrenser bruksverdien som planleggingsverktøy. Det legges en del forutsetninger inn i modellen som regulerer hvilke prognoser man kan utlede av modellen. Beskrivelse av HELSEMOD følger i kapittel 9.

Forslag til løsninger

HELSEMOD som modell bør vurderes utredet og evaluert med hensyn til treffsikkerhet, fremstilling, nedslagsfelt, bruksverdi og alternative modeller. En slik analyse kan gjøres på mange måter. En mulig løsning er å analysere HELSEMOD slik Nederland har analysert sin kvantitative framskrivningsmodell. Sammenligning av ulike lands planleggingsmodeller kan sees i kapittel 8.6.

Det har vært stilt spørsmål om det bør legges inn flere forutsetninger i modellen HELSEMOD.

Spørsmål om hvordan endret sykdomsbilde vil påvirke framskrivningene er et relevant forskningsmessig tema. Det samme vil være å se på sammenhengen mellom lønn og rekruttering, hvilken effekt det vil ha å øke utdanningskapasiteten på høyere nivå. På videregående nivå har det lenge vært registrert sviktende oppslutning om utdanning i helsefag. Utfordringen rundt heltid/deltidsproblematikken kan også tas med i modellen dersom det legges inn som forutsetning.

HELSEMOD inneholder ikke en regional dimensjon per i dag. Teknisk sett er det mulig å utvide modellen med dette. Det krever ressurser å sette seg inn i alle regionale forhold for å unngå at anslag på etterspørselssiden blir usikre. På tilbudssiden krever et slikt prosjekt modellering av regionale flyttestrømmer blant helsepersonell. Disse sammenhengene er mer usikre. Det må sikres at prosjektet gir forskningsmessig verdi og ikke gir for usikre data.

17 KOSTRA

Effekter av økt pensjonsalder på arbeidstilbudet blant helsepersonell kan forholdsvis enkelt belyses med modellen.

8.3 Spredt analytisk kompetanse

Det foreligger mye analytisk kompetanse og mange kilder til data om personell- og kompetanse-situasjonen. Manglende helhetlig analysemiljø på personellfeltet bidrar imidlertid til at analyser om fremtidige kompetansebehov ikke blir optimale.

Forslag til løsninger

- Etablere statistikk- og analysemiljø på personellfeltet i Helsedirektoratet.
- Ivareta god kontakt med Kunnskapsdepartementet om et nasjonalt system for analyse og formidling av fremtidige kompetansebehov.

9. Vurdering av datakilder

Dette kapitlet svarer ut oppdragets kulepunkt to som omhandler vurdering av om dagens tilgjengelige datakilder (statistikk, framskrivninger og rapporter fra tjenestene) er tilstrekkelige for å kunne foreta gode analyser av behov for personell og kompetanse.

Databehov og databruk er omfattende på helsepersonellområdet. Det behov for aggregerte data om helsepersonellens utdanning og autorisasjonsstatus, sysselsettingsmønstre og yrkesaktivitet. Analyser og rapporter utarbeides planmessig og på ad-hoc basis for å ivareta Helsedirektoratets følge-med ansvar og rapporteringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Personelldata brukes også for å belyse måloppnåelse for handlingsplaner og tilskuddsordninger som direktoratet forvalter.

Tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet spesifiserer styringsparametere, det vil si hvilke resultater departementet skal innhente informasjon om til bruk i styringen. På området personell og kompetanse er «Statistikk og framskrivninger av årsverk fordelt på sektorer og personellgrupper» en styringsparameter for 2014.

Samhandlingsreformen skaper behov for data om personellflyt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er behov for data om personellutviklingen for nye kommunale helse-

tilbud som lokalmedisinske sentre og øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Dagens statistikk og rapporter om helsepersonellsituasjonen er basert på tall fra ett til to år tilbake i tid. Det kan være behov for mer oppdaterte tall for personellutviklingen.

En grunnleggende forutsetning for at en datakilde skal kunne tas i bruk, er at man er kjent med at den eksisterer. En stor mengde data er tilgjengelig for analyse fra statistiske og administrative registre. Kobling av ulike registre åpner opp for mange nye analysemuligheter. Forløpsanalyser kan koble sammen utdanning med yrkeskarriere.

9.1 Ulike typer statistikk

Utdanningsstatistikk

Grunnopplæringen

Utdanningsdirektoratet har et samlet nasjonalt ansvar for statistikk på grunnopplæringens område (barneskole, ungdomsskole og videregående skole). Dette innebærer ansvar for produksjon, bestilling, praktisk analyse og formidling av utdanningsstatistikk. Viktige samarbeidsparter for Utdanningsdirektoratet er SSB, fylkeskommunene og Kunnskapsdepartementet. VIGO sentralbase er

statistikkilden for videregående opplæring, og eies av fylkeskommunene.

For helse- og omsorgssektoren er søkning og opp- tak til helse- og oppvekstfag i videregående skole og formidlingen av søkere til læreplass av stor in- teresse. Utdanningsstatistikk kombineres med au- torisasjonsstatistikk for å belyse måloppnåelse for tilgangen på helsefagarbeidere. Det er betydelig oppmerksomhet omkring utviklingen for helsear- beiderfaget, og et stort behov for detaljerte data og analyser. Tilgjengelig statistikk er ikke tilstrek- kelig, og direktoratet har ved flere anledninger be- stilt eksterne analyser basert på særskilt datainn- henting. Oppmerksomhet har vært rettet mot overgangene skole – læretid og læretid – arbeidsliv.

Nasjonal utdanningsdatabase samler all SSBs indi- vidbaserte utdanningsstatistikk, fra avsluttet grunnskole til doktorgradsstudier, i en database. Dette åpner for å gjennomføre bredere og større analyser av utdanningsstatistikken, spesielt gjen- nomstrømningsanalyser. Ved siden av Nasjonal ut- danningsdatabase kan Helsedirektoratets Helse- personellregister også tjene som datakilde for ut- danning. De fleste utdanninger registreres i begge registrene. Helsepersonellregisteret har imidlertid med noen spesifikke utdanninger, mens Nasjonal utdanningsbase har med sosialutdanningene.

Høyere utdanning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har på vegne av Kunnskapsdepartementet (KD) ansvar for Database for statistikk om høgre utdan- ning (DBH), som inneholder et bredt spekter av in- formasjon om hele den tertiære utdanningen i Norge (universiteter, høyskoler og fagskoler). Da- tatilbudet er åpent tilgjengelig for forskning på sektoren, for planlegging både sentralt i forvalt- ningen og lokalt ved hver enkelt institusjon.

HOD gir årlige innspill til KD vedrørende dimensjo- nering av utdanningskapasiteten for de helsefagli- ge utdanningene på universitets- og høyskolenivå. I den forbindelse ber HOD om tallfestede og be- grunnede innspill fra Helsedirektoratet ved Avde- ling utdanning og personell. Relevante avdelinger i direktoratet bidrar. HODs innspill gis som ledd i KDs

vurdering av satsningsforslag, og utgjør et viktig bidrag i KDs budsjettplanlegging. KD utgir årlig et foreløpig tildelingsbrev som skal bidra til at univer- siteter og høyskoler på et tidlig tidspunkt får over- sikt over aktuelle budsjetttrammer og mål, slik at de kan planlegge virksomheten i det kommende bud- sjettåret.

Fagskoleutdanning i helse- og sosialfag

Videreutdanning av helsepersonell gjennom fag- skoleordningen er et viktig kompetanse- og re- krutteringstiltak. I samarbeid med Helsedirekto- ratet har fylkeskommunene siden 2010 forvaltet til- skudd til fagskoleutdanning i helse- og sosialfag. Direktoratet har innhentet rapporter fra fylkes- kommunen om utdanningsaktiviteten, som sam- menfattes i nasjonale oversikter.

Helsedirektoratet og Norsk samfunnsvitenskape- lig datatjeneste (NSD) inngikk i mars 2013 en sam- arbeidsavtale for å utnytte potensialet i en sam- ordning av rapporteringskravene fra ulike instan- ser til fagskoletilbyderne. NSD skal heretter innhente all rapportering fra landets fagskoler til databasen DBH Fagskolestatistikk. Det antas at samordning vil gi en forenkling og effektivisering av rapporteringen, økt åpenhet om tilskuddsfor- valtningen og et bedre datagrunnlag for forskning og utredning. Samordning vil skje fra og med rap- porteringsåret 2013. NSD er opptatt av å innhente og tilrettelegge data i tråd med Helsedirektoratets behov.

Personellberedskap

I forbindelse med nasjonale kriser er det behov for data og om muligheten for å mobilisere personell fra de ulike personellgruppene. Tiden til å gjen- nomføre analyser er gjerne knapp, egne data må hentes inn til formålet og usikre beregninger må foretas. Statistikk om sysselsetting og yrkesaktivi- tet i helsetjenesten må suppleres med beregning- er for helsepersonell for tiden ikke arbeider i hel- setjenestene, og eventuelt andre personellgrup- per som kan bidra. Yrkesorganisasjonenes egne registre er en viktig datakilde. Det er behov for mer systematikk i dette arbeidet, og utvikling av gode beregningsmetoder.

Arbeidsmarkedsstatistikk

Helse- og sosialnæringen omfatter alle virksomheter som er definert som helse- og sosialtjenester med unntak av sosialtjenester uten botilbud, som barnehager og skolefritidsordninger. Næringen har også med private virksomheter som utfører tjenester etter avtale med kommuner og helseforetak.

Kommunal og fylkeskommunal virksomhet

KOSTRA er et nasjonalt rapporteringssystem som gir informasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA gir informasjon om personellinnsats etter utdanning i ulike virksomhetsområder innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Helse- og sosialtjenestene i kommunene omfatter alle kommunale og interkommunale tjenester innenfor det kommunale ansvarsområde, også tjenester som utføres av private aktører etter avtale med kommunen. SSB opererer med to ulike former for inndeling av kommunal virksomhet. Etter standard for næringsgruppering skilles det mellom «Helsetjenester» og «Pleie- og omsorgstjenester i institusjon».

Kommunale helsetjenester

Årsverk i kommunale helsetjenester er fordelt på områdene

- Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste
- Annet forebyggende helsearbeid
- Diagnose, behandling og rehabilitering/habilitering

Det mangler tall for årsverksinnsatsen innen Annet forebyggende helsearbeid og Diagnose, behandling og rehabilitering/habilitering. Samhandlingsstatistikk 2012-2013 ble publisert uten tall (markert med «x») for disse to områdene, og uten sum årsverk for kommunale helsetjenester. Videre oppdeling er nødvendig for å følge med på årsverksinnsatsen innen rehabilitering i kommunene.

Pleie- og omsorgstjenester

Til pleie- og omsorgstjenestene hører kjernetjenester knyttet til pleie, omsorg og hjelp til hjemmeboende, pleie, omsorg, hjelp og re-/habilitering i institusjon, aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede og drift av institusjonslokaler.

Da KOSTRA fra 2003 gikk over fra å være skjema-basert til registerbasert for pleie- og omsorgstjenestene, ble flere variabler tilgjengelig (alder, kjønn, utdanning, yrke m.m.).

Følgende tjenester (funksjoner) inngår i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene:

- 234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede
- 253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon
- 254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet
- 261 Institusjonslokaler, drift (inkludert fra statistikkåret 2010)

Noen gråsoner og utfordringer:

- Tilbud til personer med psykiske lidelser, som ikke har noen egen KOSTRA - funksjon, men som vanligvis plasseres i 254 dersom ikke tjenesten er organisert som en egen enhet, plasseres da gjerne i 241 Diagnose, behandling og rehabilitering.
- Tilbud til personer med rusproblemer 243
- Konkurransetsetting av lovpålagt virksomhet påvirker endringstallene (Oslo)
- Private virksomheter er ikke alltid registrert med riktig næring
- Interkommunalt samarbeid
- Forskjellig og tilfeldig registrering av tjenester for psykisk utviklingshemmede og psykiatri

Kompetanseløftet 2015 bruker KOSTRA-tall fra SSB til å følge med på årsverksveksten i pleie- og omsorgstjenestene, og bestiller særskilt statistikk. KOSTRA omfatter nøkkeltall og grunnlagstall, herunder personell basert på registerdata per 1. oktober i statistikkåret. Ureviderte tall publiseres

omkring 15. mars påfølgende år, reviderte tall omkring 15. juni. I følge SSB vil de aggregerte tallene i KOSTRA-publiseringsene ikke kunne kalles nasjonale tall verken i mars- eller i juni publiseringen - til dette vil tallene kunne være heftet med for store feil. SSB har anbefalt at Helsedirektoratet derfor ikke bør uttale seg om tall på nasjonalt nivå før publiseringen av nasjonal statistikk i månedsskiftet juni/juli. Helsedirektoratet bestiller i tillegg utfyllende grunnlagsdata for å beskrive spesifikk utvikling for utdanningsgrupper, menn, avtalt arbeidstid, gjennomstrømming mv. Denne statistikken blir levert i slutten av juni, og danner grunnlag for rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet, statistikkpakker til fylkesmennene og årsrapport for publisering.

Spesialisthelsetjenesten - om datakilder og databruk

Personellflyt mellom tjenestene

I 2010 ble et arbeid igangsatt i Helsedirektoratet for å lage et personellregnskap som skulle gi oversikt over personellsituasjonen i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjenesten. Personellregnskapet skulle også være et verktøy for å følge personellflyten mellom de tre tjenesteområdene. Personnummer var nøkkel til å følge personellet. Aktuelle variabler var alder, kjønn, utdanning eventuelt med spesialisering og historikk (for eksempel arbeidssted året før). I første omgang skulle personellregnskapet utarbeides på nasjonalt nivå, senere muligens på kommunenivå. Planene om et personellregnskap ble imidlertid ikke realisert.

Personellutviklingen på særskilte tjenesteområder

Dagens KOSTRA-data gir ikke god styringsinformasjon for alle tjenesteområder. Det gjelder blant annet for psykisk helse, rus og folkehelse, som er politisk definerte innsatsområder. Daværende regjering varslet i trontalen høsten 2004 at man har gjeninnført den gyldne regelen om at veksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal være større enn veksten innenfor somatikk. Dagens regjering viderefører regelen i forslaget til statsbudsjett for 2015.

Personellsituasjonen for nye tjenestetilbud

Oppbygging av kommunale helsetilbud i lokalmedisinske sentre (distriktsmedisinske sentre) står sentralt i samhandlingsreformen. Kommuner og fylkeskommuner som ikke har tilstrekkelig kvalifisert personell eller egne virksomheter til å løse nye oppgaver og økt ansvar, kan samarbeide med andre kommuner og fylkeskommuner. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud er et annet helsetilbud under oppbygging. Tilgang på kvalifisert personell er avgjørende for tjenestene som tilbys, og det er stort behov for data om personellutviklingen for de nye tilbudene.

9.2 Administrative registre

Helseadministrative registre er en felles betegnelse på registre som ivaretar grunndata for helse- og omsorgssektoren. Med grunndata menes basisinformasjon som benyttes av flere organisasjoner for identifikasjon av personer, personell, organisasjon og behandlingstjenester.

Register	Beskrivelse
Helsepersonellregisteret (HPR)	Helsemyndighetenes register over alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven og veterinærer med autorisasjon eller lisens etter dyrehelsepersonelloven
Legestillingsregisteret (LSR)	Ansatte leger (overleger og leger i spesialisering) i spesialisthelsetjenesten, private avtalespesialister, ansatte i private institusjoner med driftsavtale og fastleger. Oversikt over godkjente utdanningsinstitusjoner for leger i spesialisering
Fastlegeregisteret (FLR)	HELFO/NAV sitt sentrale register for administrasjon av fastlegeordningen på vegne av kommunene. FLR holder oversikt over fastleger i de ulike kommunene, deres praksis og hvilke pasienter de har på sine lister.
Register for enheter i spesialisthelsetjenesten (RESH)	Administrative enheter som inngår i den offentlige spesialisthelsetjenesten, organisert under de regionale helseforetakene
Adresseregisteret (AR)	Informasjon som sikrer presis adressering av elektroniske meldinger innen helse- og omsorgssektoren, tilknyttet organisasjon, tjeneste, person og avdeling
Bedriftsregisteret (BR)	Helse- og omsorgssektorens kopi av Bedrifts- og foretaksregisteret (BoF), og omfatter blant annet alle organisasjoner i helse- og omsorgssektoren
Personregisteret (PREG)	Helse- og omsorgssektorens kopi av det sentrale folkeregisteret. PREG inneholder grunndata om landets innbyggere, og benyttes bl.a. til pålitelig identifikasjon av pasientopplysninger, og til kvalitetssikring av opplysninger om personell

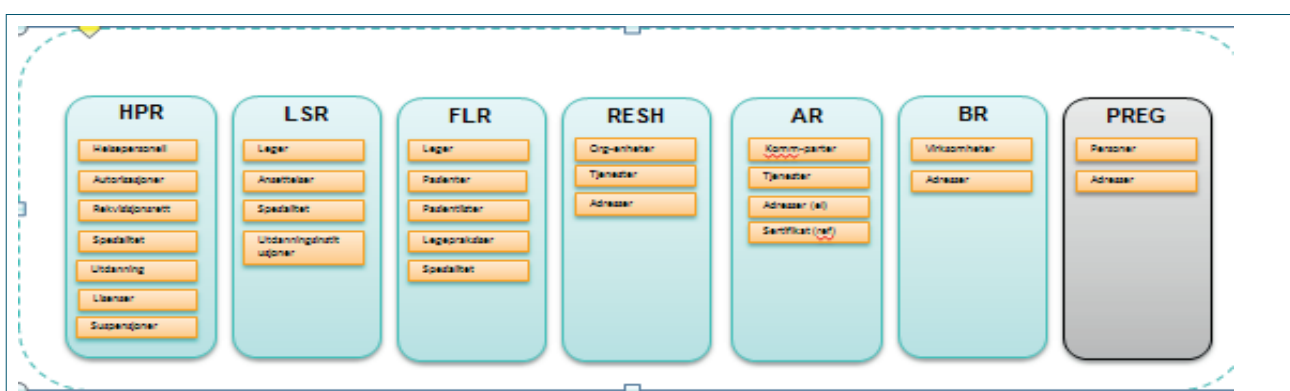
Registrene er knyttet sammen og kan motta opplysninger fra hverandre.

En oversikt over Helsedirektoratets portefølje av helseadministrative registre og hva de inneholder kan visualiseres slik:

9.3 Rapporter fra tjenestene

Kommunenes rapporteringsforpliktelser knyttet til tilskudd - Kompetanseløftet 2015

Helsedirektoratet har utviklet et Excel-basert rapporteringsopplegg for handlingsplanen Kompetanseløftet 2015, som gir tilgang på omfattende data om personellutviklingen i kommunenes omsorgstjenester. Kommunene rapporterer årlig til fylkesmennene om planlagt årsverksutvikling



for tjenestene samt planlagte og gjennomførte kvalifiserings- og utdanningstiltak på Kompetanseløftets målområder. Basert på kommuneark blir fylkesvise og nasjonale oversikter utarbeidet, som sammen med registerstatistikk inngår i Helsedirektoratets rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet og årsrapporter for publisering. Rapporteringskravet er registrert i Kommunalt rapporteringsregister.

NIFU og NIBR gjennomførte i perioden 2007 – 2011 en evaluering av Kompetanseløftet 2015. En av oppgavene som ble gitt NIFU og NIBR var å evaluere sentrale helsemyndigheters monitorering av måloppnåelse, herunder vurdere bruk av datakilder og datakildenes kvalitet. Man påpekte at innslag av små stillinger, mange vikarer og timearbeidere gjør det krevende å komme fram til gode tall. Det er vanskelig å registrere korte kontrakter på en korrekt måte.

9.4 Fremgangsmåte for analyser av fremtidig kompetansebehov

Sverige, Frankrike, Storbritannia, Irland og Finland er blant landene som har bygd ut systemer for framskrivninger og andre analyser av fremtidig kompetansebehov. Formålet med systemene er i større grad å kunne målrette arbeidsmarkeds-, utdannings- og innvandringspolitikken mot arbeidsmarkedets behov. Et slikt kunnskapsgrunnlag vil også være nyttig for den enkelte i valg av utdanning og yrke (Econ Pöyry 2008).

I Norge gjøres det ikke systematiske analyser av kompetansebehov på nasjonalt nivå, utover Arbeids- og velferdsdirektoratets analyser og SSBs framskrivninger. Disse studiene gjøres bare på oppdrag når det er politisk interesse for det, med ulik innretning og ujevne mellomrom for å svare på konkrete aktuelle behov. Det finnes ikke noe nasjonalt organ som har i oppgave å følge utviklingen av fremtidige kompetansebehov. Det finnes heller ikke faste møteplasser for å drøfte disse problemstillingene og ikke noe formalisert samarbeid på

tvers av departementene på dette området (Econ Pöyry, 2008).

I henhold til St.meld. nr. 44 (2008-2009) Utdanningslinja besluttet regjeringen å opprette et system for framskrivninger og analyser av framtidige kompetansebehov. Koordineringsansvaret skulle i en oppstartsfase ligge i Kunnskapsdepartementet, men på sikt overføres til Vox. Planen var å opprette møteplasser nasjonalt og regionalt, arrangere en årlig nasjonal kompetansekonferanse og periodisk utgi en analyserapport om kompetansebehov nasjonalt og regionalt.

Dette diskuteres videre i dette kapitlet.

9.5 HELSEMOD – Nasjonalt planleggings- og framskrivningsverktøy i et internasjonalt perspektiv

I dette kapitlet vil det nasjonale planleggings- og framskrivningsverktøyet som bestilles av helsemyndighetene (HELSEMOD) bli beskrevet i et internasjonalt perspektiv.

Først beskrives et overordnet bilde av det internasjonale utfordringsbildet for planlegging av helsepersonell. Det presenteres seks anbefalinger fra OECD basert på sammenligninger av ulike lands metoder for helsepersonellplanlegging. Videre redegjøres det for HELSEMOD, som blir vurdert opp mot OECDs anbefalinger. Det tas sikte på å redegjøre for hvorvidt modellen og tilhørende datakilder som ligger til grunn er tilstrekkelige for å kunne foreta gode analyser av behov for helsepersonell i Norge. Avslutningsvis vil det diskuteres om det er mulig å foreta forbedringer i modellen og datakildene.

Internasjonal helsepersonellplanlegging

Å sikre tilstrekkelige helse- og omsorgstjenester for befolkningen er et fundamentalt formål for helsemyndighetene i de fleste land. Oppnåelsen av dette formålet forutsetter blant annet å inneha til-

strekkelig antall helsepersonell for å tjene behovene til befolkningen, på rett sted til rett tid. Helsepersonellplanlegging understøtter dette overordnede formålet, og har samtidig et eget mål: å forsøke å oppnå en balanse mellom tilbud og etterspørsel av ulike kategorier av helsepersonell, både på kort og lang sikt. Dette er viktig fordi mangel på visse kategorier av helsepersonell kan gi en utfordring for enkelte befolkningsgrupper med å få tilgang til nødvendige helsetjenester. På den andre siden vil et overskudd av helsepersonell innebære en sløsing av humankapital, som for eksempel økt arbeidsledighet eller en økning av overkvalifiserte arbeidere (Ono, Lafortune og Schoenstein 2013:12).

Internasjonalt er det store variasjoner i forutsetningene for - og gjennomføringen av - helsepersonellplanlegging. Helsepersonellplanlegging er på agendaen i de fleste land, men planleggingen gjøres på ulike nivåer med forskjellige formål, og som dermed resulterer i ulike resultater. Enkelte land foretar kun en *monitorering* av den nåværende situasjonen, andre land foretar en *analyse* for å gi mulighet for tilpasning av den nåværende situasjonen, mens noen land har opprettet et *strategisk planleggingssystem* som foretar planlegging i både et kort og et lengre tidsperspektiv (EU JAHWF 2014:29).

Det er flere land som mangler informasjonssystemer som kan gi utfyllende og presise data på antall helsepersonell og deres fordeling i helse- og omsorgssystemet. Begrensede menneskelige-, teknologiske- og finansielle ressurser og kompetanse er blant årsakene til det lave faktabaserte informasjonsnivået på helsepersonellsituasjonen. Variasjonen mellom landene er også en følge av ulik organisering av helse- og omsorgssystemet og politiske prioriteringer (Matrix Insight 2012:25, Ono m.fl. 2013:8-11).

OECD har gjennomført en studie blant 18 OECD-land, herunder Norge, som sammenligner 26 ulike planleggingsmodeller som har vært utviklet i disse landene i de senere år. Det redegjøres for hvilke forskjeller de ulike modellene har, og det gis samtidig konkrete anbefalinger til hva en planleg-

gingsmodell bør inneholde for å kunne gjøre gode framskrivninger for helsepersonell. I studien ble det gitt seks hovedanbefalinger (Ono m.fl. 2013:11):

- *Planlegging av helsepersonell er ingen eksakt studie, og det er behov for jevnlig oppdatering av framskrivningsmodellen:* Vurderingen av tilbud i etterspørsel for leger, sykepleiere og annet helsepersonell 10 eller 15 år frem i tid er en svært utfordrende oppgave, da det eksisterer flere usikkerhetsmomenter både på tilbudssiden, og spesielt på etterspørselssiden. Anslagene gjennomføres på grunnlag av et sett av forutsetninger om fremtiden som regelmessig må vurderes i lys av endrede omstendigheter, datakilder og effekten av nye retningslinjer og reformer.
- *Det er behov for en god oversikt over den nåværende situasjonen før det er mulig å planlegge for fremtiden:* En av de viktigste forutsetningene til gode framskrivninger for helsepersonell er å ha gode datakilder for den nåværende situasjonen.
- *Framskrivningene for helsepersonell bør unngå en «jojo»-tilnærming i antall studieplasser og tilgang på arbeidsstillinger for leger og sykepleiere:* Tilgjengelig dokumentasjon viser at sysselsettingen i helsesektoren har en tendens til å være mindre konjunkturfølsomme enn sysselsetting i andre sektorer, og det er også en lang tidsforsinkelse mellom beslutninger om blant annet studentinntak til medisin og når disse elevene faktisk skal inntre i arbeidsmarkedet. Derfor bør helsepersonellplanlegging holde et øye med langsiktige strukturelle faktorer og unngå å være altfor følsom for konjunktursvingninger.
- *Forbedringer i tilbudssiden bør i større grad fokusere på pensjonsmønstre:* De fleste framskrivningsmodellene har fokusert på ny tilgang til ulike profesjoner, men rettet mindre oppmerksomhet mot hvor mange som forlater profesjonen som en følge av pensjon. Det er et behov for å vurdere pensjonsmønstrene nærmere, spesielt for leger men også andre helseprofesjoner, ettersom et stort antall

helsepersonell nærmer seg «standard» pensjonsalder og deres beslutninger om pensjon vil få en stor innvirkning på tilbud av helsepersonell i fremtiden.

- *Behov for å gå fra et enkelt profesjonsfokus til et mer tverrfaglig fokus på helsepersonellplanlegging:* Som en følge av at flere land vurderer reorganisering av tjenestene for å kunne respondere bedre på en aldrende befolkning og en økt belastning av kroniske sykdommer, bør framskrivningsmodellene kunne ha en integrert mulighet til å vurdere innvirkningen på ulike modeller for helsetjenester. Å ta med oppgavedeling i framskrivningsmodellen vil være spesielt viktig i primærhelsetjenesten der roller og ansvarsområder til ulike helseprofesjoner endrer seg raskt i ulike land.
- *Planleggings- og framskrivningsmodellene bør ta med den geografiske fordelingen av helsepersonell:* En nasjonal balanse i tilbud og etterspørsel av helsepersonell betyr ikke at det ikke er regionale mangler eller overskudd av helsepersonell. En god vurdering av mangler mellom tilbud og etterspørsel bør gå dypere enn det nasjonale nivået for å gi mulighet for en geografisk oversikt i fordelingen av helsepersonell, samt hvordan dette kan utvikle seg over tid ved ulike omstendigheter.

Hovedanbefalingene ovenfor er observasjoner som er nyttige for alle land som planlegger for helsepersonell. I neste avsnitt blir HELSEMOD beskrevet i lys av disse anbefalingene.

Nasjonal helsepersonellplanlegging

Norge er et av de landene i Europa som har et strategisk planleggingssystem på nasjonalt nivå og som planlegger fremtidig tilgang og behov for helsepersonell på både kort og lang sikt. HELSEMOD er et planleggings- og framskrivningsverktøy som siden 2002 er blitt bestilt av helsemyndighetene for å vurdere framtidig tilgang og etterspørsel etter helsepersonell. Det overordnede målet med framskrivningen er å informere politisk ledelse om mulige fremtidige utviklinger i etterspørsel- og behov av helsepersonell, under visse forutsetninger,

slik at det er mulig å unngå en uønsket fremtidig utvikling. Utover dette benyttes HELSEMOD hovedsakelig til å planlegge fremtidig helsepersonellkapasitet i samsvar med befolkningens helse- og omsorgsbehov (EU JAHWForce, 2014:200).

SSB oppdaterer HELSEMOD hvert tredje år på oppdrag fra helsemyndighetene. Siste framskrivningsrapport ble publisert i 2012. Det å kombinere regelmessige framskrivninger med andre analyser av kompetansebehov er sentrale elementer i et system for å framskrive tilbud av og etterspørsel etter kompetanse. Jevnlig oppdatering av framskrivningsmodellen er i tråd med OECDs anbefalinger for å kunne foreta endringer som en følge av endrede omstendigheter, datakilder og effekten av nye retningslinjer og reformer.

Modellen innehar alternative framskrivninger basert på ulike forutsetninger og alternative scenarier (høy, middels og lav). Modellen framskriver tilgang og etterspørsel etter 20 utdanningsgrupper innen helse- og sosialpersonell, og det beregnes 20-25 år fremover. Referanseåret for framskrivningen er gjerne to år tilbake i tid. Etterspørselen etter helsepersonellet framskrives utfra en oppdeling av helse- og sosialsektoren i 12 aktivitetsområder.

Modellen benyttes til å foreta beregninger for hele helse- og omsorgssektoren på nasjonalt nivå, i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Modellen tar således ikke høyde for regionale forskjeller eller situasjonen i ulike settinger, som i kommuner eller sykehus (EU JAHWForce, 2014:104). Den er også utelukkende kvantitativt orientert, og kvalitative analyser er ikke inkorporert i modellen, selv om dette gjøres andre steder i planleggingssystemet (Ibid.:106).

Videre utføres det ikke analyser og vurderinger av modellens treffsikkerhet, det vil si i hvilken grad den virkelige situasjonen samsvarer med framskrivningene i forrige versjon (EU JAHWForce, 2014:106). Dette aspektet vil imidlertid høyst sannsynlig bli vurdert i fremtidig evaluering av modellen.

Beregningsopplegget i HELSEMOD, og særlig anslagene for etterspørselsvekst, bygger på et forenklet grunnlag. Derfor må framskrivingene tolkes som hva som *kan skje* i arbeidsmarkedet under *bestemte forutsetninger*, og ikke som klare prognoser for ubalansene i arbeidsmarkedet (Stølen, Köber, Rønningen og Texmon, 2002).

HELSEMOD gjør tre alternative beregninger på tilbudssiden: i tillegg til referansebanens tilbudsvekst, som baserer seg på at studentopptaket holder seg på samme nivå som i 2010, gjøres det én beregning med høyere opptak (en simulert permanent økning gjennom hele perioden på 20 %), og én med bedret fullføring (Roksvaag og Texmon, 2012).

På etterspørselssiden gjøres det fire alternative scenarioberegninger: 1) Befolkningsutviklingen alene, 2) referansealternativ med 0,5% årlig standardvekst i tillegg til demografiske endringer, 3) høyalternativ med 0,9% årlig standardvekst i tillegg til demografiske endringer og 4) alternativ med Samhandlingsreformen (Roksvaag og Texmon, 2012).

I tillegg til disse alternativene ba Helsedirektoratet i siste versjon av HELSEMOD (2012) SSB om å vurdere effekten av følgende alternative scenarier: 1) en årlig økning i utdanningskapasiteten på 1 % i framskrivingsperioden, 2) redusert sykefravær, 3) økt yrkesdeltakelse, særlig for personer over 60 år. Disse alternative beregningene ble gjort kun for utvalgte helsepersonellgrupper.

Etterspørselssiden

Etterspørselssiden kan i følge OECD modelleres ut fra fem ulike tilnærminger (Ono m.fl. 2013): befolkningsstørrelse, nåværende bruk av helsetjenester, endringer i bruksmønster, endringer i hvordan tjenestene ytes og BNP og vekst i helseøkonomi.

Når det gjelder *befolkningsstørrelse* inkluderer de seneste befolkningsframskrivingene utført av SSB alder og kjønn på nasjonalt nivå opp til 2100. I forbedringsøyemed er det imidlertid påpekt at disse framskrivingene også bør skje på regionalt nivå (EU JAHWForce, 2014: 102).

Med hensyn til *nåværende bruksmønster* benytter HELSEMOD data fra et flertall kilder i SSBs helsestatistikk. Tilgjengeligheten til dataene avhenger avhengig av tjenesteområde, og data relatert til bruk er ikke sømløse mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. For enkelte aktivitetsområder finnes det ikke brukerdata i det hele tatt. I de tilfeller er det lagt til grunn at befolkningen er like tilbøyelige til å bruke tjenestene (Roksvaag og Texmon, 2012). Mangelen på gode og helhetlig data for alle grupper kan anses som en svakhet i modellen (EU JAHWForce, 2014: 102). Den demografiske komponenten vises som en tidsserie for hvert år i framskrivingsperioden, som er fordelaktig for en framskrivningsmodell.

Med hensyn til *endringer i bruksmønster* tar HELSEMOD kun indirekte hensyn til dette, gjennom antakelsen om at en observert økning i bruk av helsetjenester vil fortsette i framskrivingsperioden som en del av en generell økonomisk vekst. Progresjon og forbedring som følger av ny teknologi og forskning kan i seg selv generere mer etterspørsel. På den andre siden kan en forbedret helse i befolkningen generelt indikere at behovet for helsetjenester ikke øker så mye som veksten i antallet eldre (eksempelvis) med store tjenestebehov (EU JAHWForce, 2014: 202).

Når det gjelder *endringer i sammensetningen av tjenestene og hvordan de ytes*, så modellerer siste HELSEMOD (2012) Samhandlingsreformen i beregningene. Her legger SSB til grunn en økning i aktivitetsområdene pleie og omsorg, allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten og forebyggen- de helsearbeid sammenliknet med referansealternativet, og beregner hvilke utslag dette vil få for personellbehov. Tidligere beregninger med HELSEMOD har lagt andre reformer, opptrappingsplaner og konkrete plantall til grunn, for eksempel den nasjonale satsningen på psykisk helse (Roksvaag og Texmon, 2012). Da legges til grunn eksplisitte forutsetninger om sysselsettingsvekst ettersom slike endringer kan få betydelig innvirkning på fremtidig etterspørsel (EU JAHWForce, 2014: 202).

Den femte og siste faktoren - *BNP og vekst i helseøkonomi* - tar HELSEMOD i betraktning ved å anta

at positiv økonomisk vekst vil skape høyere forventninger og bruk av tjenestene utover effekten til demografiske endringer. Dette aspektet inkluderes ved BNP vekst.

Tilbudssiden

På modellens tilbudsside gjøres det forutsetninger om (Roksvaag og Texmon, 2012; EU JAHWForce, 2014: 202):

- Yrkesdeltakelse (registerdata rapportert årlig til SSB)
- Gjennomsnittlig arbeidstid
- Studentopptak (basert på årlig registerstatistikk fra Kunnskapsdepartementet)
- Studentfullføring (rapportert fra utdanningsinstitusjonene)
- Avgang ved død

Det er viktig å merke seg at HELSEMOD framskriver tilbud og etterspørsel hver for seg og uavhengig av hverandre (Roksvaag og Texmon, 2012). Blant annet tar ikke HELSEMOD i betraktning at innvirkning av lønn på tilbud og etterspørsel. Det beregnes heller ikke hvordan etterspørsel kan påvirkes av tilgang, på tross av et voksende helsemarked, introdusert av private forsikringselskaper, som tilbyr spesialiserte helsetjenester på privat basis eller gjennom arbeidsgivere (EU JAHWForce, 2014: 104). Modellen tar heller ikke høyde for at mangel på én type personell fører til at nærliggende grupper blir tilsatt i stedet, eller at tilbudet av én type arbeidskraft påvirkes av knappheten på den (Roksvaag og Texmon, 2012). At HELSEMOD generelt utelater oppgavedeling som parameter kan sies å representere en svakhet, gitt myndighetenes fokus på fleksibel oppgavedeling mellom helsepersonell.

Datakilder

SSB innhenter data på årlig basis til ulike planleggingsformål (EU JAHWForce, 2014: 108). I tillegg finnes en rekke andre datakilder (se kapittel 7 og 8):

- Register over alle studenter i høyere utdanning - Database for statistikk for høgere utdanning (DBH)
- Arbeidstaker- og arbeidsgiverregisteret (Aa-registeret) - sentralt register over arbeidsforhold i Norge
- Annen relevant data fra SSB
- Andre registre hos Helsedirektoratet (kapittel 9.2)

9.6 Sammenheng mellom planlegging og politisk handling

HELSEMOD er et verktøy til bruk for å illustrere hva som kan bli tilfelle for arbeidsmarkedet til helse- og sosialpersonell tjue år frem i tid dersom politiske initiativer for å endre situasjonen uteblir (EU JAHWForce, 2014: 109). Ulike politiske handlingsplaner har utgjort en sentral i planlegging av helsepersonell, der både styrket fokus og kanalisering av finansielle midler har gitt positive utslag. En utfordring er imidlertid den sannsynlige fremtidige underdekningen på helsepersonell med utdanning på videregående nivå, noe som i stor grad skyldes langvarige problemer med rekrutteringsutfordringer og frafall. Dette til tross for høy innsats for å styrke rekrutteringen til disse utdanningene, gjennom den langsiktige handlingsplanen Kompetanseløftet 2015. Som del av St. meld. 25 (2005-2006)¹⁸ har Kompetanseløftet hatt som formål å forberede den kommunale omsorgstjenesten på fremtidige personellbehov.

Det anses å være et behov for en nasjonal enhet for å analysere trender og data knyttet til helsepersonellfeltet (EU JAHWForce, 2014: 110). Et slikt arbeid bør skje i samarbeid med helse- og utdanningsmyndigheter, tjenesteytere, partene i arbeidslivet, SSB og andre brukergrupper (ibid.) Videre er det behov for at HELSEMOD får en sterkere politisk bruksverdi i fremtiden.

18 St. meld. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

Det pågår for øvrig et utviklingsarbeid i regi av Kunnskapsdepartementet for å etablere et nasjonalt system for analyse og formidling av fremtidige kompetansebehov i Norge¹⁹. Prosjektet er treårig og ble igangsatt i 2013. Det tas utgangspunkt i tilgjengelige beregningsmodeller for kompetansebehov, men andre relevante analyser vil også bli vurdert. Det er tenkt at et slikt system kan gi bedre grunnlag for fremtidige utdanningsvalg og for utdanningstilbudet, og at det kan understøtte beslutningstakere innenfor utdanningsområdet med bedre og mer relevant informasjon om hvilke typer kompetanse det vil være behov for i fremtiden.

Både kommuner og regionale helseforetak produserer helsepersonellstatistikk og langsiktige personellplaner som ledd i deres strategiske planlegging (EU JAHWForce, 2014: 111). KS opererer med sitt eget personellregister (PAI) basert på årlig rapportering fra kommunene og produserer sine personellplaner. Profesjonsorganisasjonene utvikler videre sine egne prognoser på behov og fordeling innenfor ulike spesialiteter.

Når det gjelder andre involverte sektorer i planleggingsprosessen, spiller videregående skole en viktig rolle på fylkesnivå. Innenfor høyere utdanning gir den lovfestede²⁰ faglige friheten institusjonene rett til selv å fastsette innholdet i undervisningen. Kunnskapsdepartementet monitorerer imidlertid tett antall studenter og kandidater i et nasjonalt register og data gis Statistisk Sentralbyrå hvert år. Departementet fastsetter også nasjonale rammeplaner²¹ for enkelte utdanninger som angir mål og formål for utdanningene, viser utdanningenes omfang og innhold og gir retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger. Videre er de ment å sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå. Kunnskapsdepartementet fastsetter kandidatmåltall årlig gjennom Statsbudsjettet,

som mål for hvor mange studenter innenfor utvalgte utdanninger som skal uteksamineres. Helse- og omsorgsdepartementet gir årlige innspill via Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende dimensjonering av utdanningskapasiteten for de helsefaglige utdanningene på universitets- og høyskolenivå.

9.7 Sammenligning av data- og planleggings-systemer i internasjonal sammenheng

Internasjonalt er det store variasjoner i hvordan de ulike landene benytter personellstatistikk og innsamlede data som planleggingsverktøy. Helsedirektoratet deltar i tre arbeidsgrupper i EU Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting. Arbeidet går blant annet ut på å utarbeide en håndbok for planlegging - HANDBOOK ON HWF PLANNING METHODOLOGIES for EU/EØS-land. I håndboken beskrives Belgia, Finland, Nederland, England og Norge som land der planleggingsmodellene både inkluderer tilbud så vel som etterspørsel. Danmark og Spania inkluderer kun tilbudssiden.

Nedenfor følger en oversikt over noen europeiske lands planleggingsmodeller.

19 I 2011 ga Kunnskapsdepartementet Vox i oppdrag å utrede grunnlaget for etablering av et slikt system. Vox overleverte sin rapport i begynnelsen av 2012. Se http://www.regjeringen.no/upload/KD/Hoeringsdok/2012/12_3367/Vox_rapport_Kompetanseframskrivinger_i_Norge.pdf

20 Lov og universiteter og høyskoler av 1. april 2005

21 Se blant annet rammeplan for sykepleierutdanning: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

LAND	Ansvar for helsepersonell-statistikkplanlegging framskrivningsmodell	Datakilder	Rapportering	Framskrivningsmodell	Yrkesgrupper	Formål og målingsfrekvens
NORGE	<p>Helsedirektoratet er planleggingsinstitusjon.</p> <p>Statistisk Sentralbyrå (SSB) utfører beregningene/framskrivingene/analyser på vegne av Helsedirektoratet.</p> <p>Overordnet: Helse- og omsorgsdep (HOD). og Kunnskapsdep (KD).</p> <p>Nasjonalt: Helsedirektoratet rådgir HOD/Helsedirektoratet:</p> <p>-Årlige budsjettinnspill til KD om kapasitetsbehov -Årlige rapporter fra lokalt, regionalt til nasjonalt nivå vedr. helsepersonellbehov og -kapasitet.</p> <p><u>Regionalt:</u></p> <p>- Monitoreringssystem for arbeidsforhold for leger (RHF'er)</p> <p>- ansvar for videregående- og yrkesrettet utdanning.</p> <p><u>Lokalt:</u></p> <p>-Ansvar for planlegging og rapportering til nasjonalt nivå helsepersonellbehov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanningsregister (SSB) • Helsepersonellregisteret • Legestillingsregisteret • KOSTRA • Arbeidsgiver- og arbeidstakerregister (Aa-registeret, NAV's sysselsettingsregister) • Lønns- og trekkoppgaverregister (LTO), Personadministrativ informasjonssystem (PAI) og Statens sentrale tjenestemannsregister (SST) er supplerende til Aa-registeret. • Flere mindre, supplerende registre. <p>KD publiserer årlige tilstandsrapporter på utdanningsområdet.</p> <p>Aggregert og individuell data.</p>	<p>TILGANG</p> <p><u>Tilstrømming</u> (inflow):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utdanningsinntak (Student-/elevtall) -Gjennomførings-rater - Antall studenter i utlandet. <p><u>Beholdning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Antall helsearbeidere -Arbeidstid <p><u>Utgang</u> (outflow):</p> <ul style="list-style-type: none"> -avgang/frafalls-mønstre -Død -Pensjon <p>Skoler/utdanningsinstitusjoner, helsepersonell (leger), offentlige AG i kommuner/region-er rapporterer.</p> <p>Kommuner→Kommunal- og moderniseringsdepartementet →SSB</p>	<p>Helsemoder en beregningsmodell utviklet av SSB og bestilt av Helsedirektoratet. Beregningsopplegget beskriver hva som kan skje i arbeidsmarkedet under gitte forutsetninger. Planlegging angår antall helsearbeidere og kompetansebehov. Periode: 2010-2035</p> <p>SSB-Rapport (2012): her</p> <p>Kommuner, regionale helseforetak, videregående skoler, universiteter og fagforeninger er involverte parter.</p>	<p>Helse- og sosialpersonell (tyve ulike utdanningskategorier) i og utenfor helse- og sosialtjenestene</p>	<p>Måler tilgang og etter-spørsmål (delt inn i tolv aktivitets-områder) (befolkningsbehov). Kvantitative metoder. Interaksjon mellom T&E (HVORDAN?). Måltinger gjøres hvert 3. år. Vertikal integrasjon mellom helsepersonell (oppgaveleding). Benyttes til langsiktig planlegging og policy på helse- og utdanningsområdet. Målingene skjer nasjonalt, fylkeskommunalt og kommunalt. De sentrale variablene er utdanningskapasitet, død, sykdomsmønstre, avgangsmønstre, pensjonsmønstre og helsepolitiske initiativer/prioriteringer.</p>

LAND	Ansvar for helsepersonellstatistikkplanlegging framskrivningsmodell	Datakilder	Rapportering	Framskrivningsmodell	Yrkesgrupper	Formål og målingsfrekvens
DANMARK	<p>Statens Serum Institut: Avdeling for sunhedsdokumentation har bla. ansvar for datainnsamling, beskrivelse og -bearbeiding, samt å belyse kapasiteten i hel-sevesenet.</p> <p>Ansvarlig for personellplanlegging: Sundhedsstyrelsen. Planleggingsinstitusjonen er sammensatt av 1 lege (med. seniorrådgiver og avd. dir.), 1 tannlege (PhD), 1 spes. rådgiver (statsviter), 1 statistiker (fra Statens Serum Institut). Totalt 0,5 fulltidsekvivalent. Involverer en rekke interesserenter.</p>	<p>De hovedkilder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Authorisation</i> registeret (styrt av Sundhedsstyrelsen - aggregert og individuell data) 2. <i>Sysselsettingsregisteret</i> (styrt av Danmarks Statistik, inneholder data fra skatteopplysninger og trygdetjenesten). Det kombinerte registeret er <i>Bevægelsesregisteret</i> (aggregert data). 3. HR-rapportering fra sykehusene blir brukt separat for å estimere legebehov. Inkluderer kun offentlige sykehus. <ul style="list-style-type: none"> • Statens Serum Instituts bevegelsesregister: Viser nåværende og historisk antall sysselsatte helsepersonell i profesjoner/ sektorer/regioner. • Kommunernes og Regionernes Lønndatakontor • ESVAT: Sundhedsstyrelsens elektroniske stillingssystem over leger • Danske Regioner <p>(Det finnes ikke en unik database med data for planleggingsformål).</p>	<p>-Sysselsetting i offentlige sykehus</p> <p>- Tjenesteytere innen praksis-sissektoren</p> <p>-Arbeidsstyrken av helseutdannede</p> <p>-Autorisasjoner til helseutdannede</p> <p>Helsepersonell, Danmarks Statistikk og HR-avd. i sykehusene rapporterer.</p>	<p>Planlegging</p> <p>Framskrivninger av legetilgang. Målefrekvens: hvert 2./3.år.</p> <p>Periode: 2010-2030.</p> <p>Leggeplanlegging/tannlege-planlegging gjøres av Prognose- og dimensjoneringsutvalget, et permanent utvalg under Det Nasjonale Råd for Lægers Videreuddannelse/Det nasjonale råd for tannlegers videreutdanning.</p> <p>Danske regioner regulerer geografisk distribusjon av allmennleger.</p> <p>Rapport tannhelse (2013); her</p> <p>Rapport medisin (2013); her</p>	<p>Leger fordelt på 40 medisinske spesialiteter. Tannleger/ kliniske tannteknikere og tannpleiere. (Ingen intergrasjon mellom profesjonene)</p>	<p>Måler tilgang (kvantitativt). Offentlig og privat sektor. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for å gjennomføre studier og gi råd vedrørende den nåværende og fremtidige størrelsen og distribusjonen av arbeidskraft på helseområdet på tvers av regioner i Danmark, og nye studentinntak i medisinske- og tannlegeprogrammer. Planlegging på nasjonalt/regionalt nivå. Sundhedsstyrelsen kan regulere antall plasser til kandidatsstudier. Utdanningsministeren regulerer antall opptak.</p>
SVERIGE	<p>Socialstyrelsen: overordnet ansvar for den offisielle statistikken på området helse- og omsorgspersonell. Det finnes i dag 27 myndigheter i Sverige som har ansvar for den offisielle statistikken. Disse danner sammen et nettverk. Statistiska Centralbyrån (SCB) har ansvar for å samordne og støtte systemet for den offisielle statistikken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registerstatistikk fra Socialstyrelsen og Statistiska Centralbyrån (bla. Registeret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) og foretaksdatabase (FDB). • universitets- og høgskoleregisteret. • registeret over pedagogisk personal. <p>Som et ledd i arbeidet med Nationella Planeringsstødet har Socialstyrelsen laget en egen database over tilgangen til fem yrkesgrupper i planleggingen.</p>	<p>-Sysselsatte etter yrkesgruppe og med. spesialitet.</p> <p>- Pensjonsfrekvens og -antall</p> <p>- Antall uteksaminerte og autoriserte</p> <p>- Innvandring og utvandring</p>	<p>Socialstyrelsen arbeider med personellplanlegging gjennom Nationella Planeringsstødet (NPS). Framskrivning gjelder sysselsatte jordmødre, sykepleiere, leger, tannleger og tannpleiere.</p> <p>Periode 2012-2025.</p> <p>Rapport (2011); her</p> <p>Rapport (2014); her</p>	<p>Jordmødre, sykepleiere, leger (noen med spesialiteter), tannleger og tannpleiere</p>	<p>Måler output og input. Publiseres hvert tredje år fom. 2004. I tillegg til den lang-siktige prognosen publiseres årlig fire grunnlagsrapporter og én analytisk årsrapport.</p>

LAND	Ansvar for helsepersonell-statistikkplanlegging framskrivningsmodell	Datakilder	Rapportering	Framskrivningsmodell	Yrkesgrupper	Formål og målings-frekvens
FINLAND	<p>Instituttet for Hälsa och Välfärd - THL: Forskningsutviklingsinstitutt under helse- og sosialdep. Følger arb.kraftsutviklingen på årlig basis. Overordnet ansvar for å fremstille statistiske oversikter over helse- og omsorgspersonell. Statistikentralen foretar innsamlinger av data om arbeidsmarkedsdeltakelse til sosial- og helsepersonell.</p> <p>Planlegging skjer i samspill mellom off. forskningsinst. og en rekke ulike departementer og Utbildningsstyrelsen.</p> <p>Ansvar for planlegging deles mellom Statens Ekonomiska Forskningscentral (VATT) og Utbildningsstyrelsen (FNBE). Regionale og lokale aktørers rolle i framskrivningen skal styrkes. Primærhelsetjenesten skal koordinere arb.kraftsbehov og praksistilgang med regionale råd. Lovgivning regulerer ansvaret til sykehusdistriktene og lokale myndigheter i å sørge for tilstrekkelig helsepersonell i samsvar med befolkningsbehov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiskentralen • Ulike nasjonale registre • Lege- og tannlegeforeningene • Kommunarbetsgivarna • VALVIRA (Tilstand- og tilsynsverket for sosial- og helsevården) <p>Individuell data.</p> <p>Lege- og tannlegeforeningene sammen med Kommunarbetsgivarna (KT) samler data om lege/tannlege mangel i kommunene. KT rapporterer mangel på spes. i sykehus. Vurderer mangel på andre yrkesgrupper 2-3 g.året. Data samles direkte på nasjonalt nivå.</p>	<p>-Antall sysselsatte helse- og sosialvelferdspersonell etter profesjoner/yrkeskategorier og sektorer/aktivitetsområder.</p> <p>- Yrkesstatus hos helse- og sosialpers. -Autorisasjoner</p> <p>- THL publiserer også data på finske helseprofesjoner som arbeider i utlandet og utenlandske borgere som arbeider i Finland.</p> <p>Hvem rapporterer: Med. prof. gjennom autorisasjoner, AG²³ gjennom lønns/skatterapp.</p> <p>Sykehus og helsesentre gjennom årlige surveys (stillinger/ubesatte stillinger) gjort av lege- og tannlegeforeningene.</p>	<p>Personellplanlegging er del av et økonomisk overgripende opplegg. Tverrsektorielt samarbeid. Langsiktig arb.kraftsframskrivninger produseres av VATT og bestilles av en samarbeidende gruppe dep. Disse bidrar i planleggingsprosessen til FNBE. Framskrivninger på utd. behov produseres av FNBE basert på arb.kraftsframskrivninger. I samarbeid med eksperter fra reg. myndigheter, AT-org og AG-org. og dep. Representanter gjør VATT framskrivninger for 28 ulike sektorer.</p> <p>Undervisnings- og kulturministeriet gjør midtveisevalueringer på sin 5-årige plan for studentinntak. Arbeidsstyrkeutvikling overvåkes av Institutet for Hälsa och Välfärd(THL)</p> <p>Periode: 2008-2025.</p> <p>Rapport (finsk, svensk og engelsk) 2013: her</p> <p>Rapport OECD (2013) der Finland er inkludert: her</p>	<p>En lang rekke yrkesgrupper på helse- og sosialområdet.</p> <p>Helseområdet= offentlig/privat sektor, spes. helsetjenesten og primærhelsetjenesten.</p>	<p>Måler tilgang og etter-spørsel. Ingen interaksjon mellom T&E. Ikke fokus på interaksjon/oppgavegledning mellom yrkesgrupper. Strategisk planlegging av arbeidsstyrken på helseområdet, overvåking av arbeidsstokk og flyt av helsepersonell, samt framskrivninger om fremtidig arbeidskraftsbehov. Hovedformål: Predikere utdanningsbehov og bedre balanse mellom tilgang og etterspørsel. Nasjonale opptakstall (akt.krav). Hvert fjerde år publiserer Social- og Hälsovårdsmministeriet en rapport over samsvar mellom befolknings helsetilstand og tilgang til helsepers. Planlegging på regionalt/nasjonalt nivå.</p>

LAND	Ansvar for helsepersonellstatistikkplanlegging framskrivningsmodell	Datakilder	Rapportering	Framskrivningsmodell	Yrkesgrupper	Formål og målingsfrekvens
ENGLAND	<p>The Health and Social Care Information Centre (HSCIC): Forvaltningsorgan under Department of Health. Ansvar for bl.a. innsamling, analyse og publisering av nasjonal data og statistisk informasjon på helse- og sosialområdet.</p> <p>Health Education England (HEE): Nytt (2013) nasjonalt direktoratliknende organ med mandat på områdene helseutdanning, personellplanlegging og praksis og kompetanseutvikling.</p> <p>Centre for Workforce Intelligence (CfWI): Nøkkelibidragster i planlegging. Skal på oppdrag fra Helsedep., HEE og Public Health England være nasjonal myndighet innen personellplanlegging på området helse- og sosial. Tilsammen ca. 50 FTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> NHS Electronic Staff Record (ESR)²³ Allmennpraktiker-census Royal Colleges Fagforeninger Personellsurveys The Universities and Colleges Admissions Service (UCAS) Higher Education Funding Council for England HSCIC <p>Individuell data</p>	<p>Utdanning:</p> <ul style="list-style-type: none"> Opptatte studenter til medisins- og tannlegestudier. Studieplasser Frafall Uteksaminerte Spesialisering Avgang <p>Arbeidskraft:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall helsearbeidere Grupper Lønn Fravær Turnover Midlertidige/faste ansettelser. <p>Rapporterer: Office for National Statistics, Skills for Health, høyere utdanningssinst., Royal Colleges, fagforeninger, NHS-organisasjoner, HSCIC, CfWI.</p>	<p>HSCIC driver omfattende prosjekter og granskninger som legger informasjonsgrunnlag for årlige beslutninger ang. planlegging. Både kvantitative og kvalitative metoder. Periode: 2011-2040.</p> <p>Ved CfWI bygges det tilgangsmønstre som baserer seg på data hentet i 2014 som beskriver situasjonen i 2013.</p> <p>Arb.kraftsmodell: avgang/ frafall, tilbakekomst, pensjonsprofiler. Ses i sammenheng m/ resultater (outcomes) og betalingsevne (affordability). kostnadseffektivitet</p> <p>Rapport (2012): her</p> <p>Rapport OECD (2013) der England er inkludert: her</p> <p>«Workforce Plan for England» (2013): her</p> <p>«Robust workforce planning: an introduction» (2014): her</p>	<p>Leger i NHS England. (tannleger er inkludert i rapporten).</p> <p>Modellering drevet av CfWI dekker alle medisinske profesjoner og hovedprofesjoner.</p> <p>Modellene tar i betraktning interaksjon mellom ulike arb.kategorier, inkl. rolleerstatning/ oppg.deiling.</p>	<p>Måler tilgang og etterspørsel. Ingen interaksjon mellom T&E. Tilgang: antall ut i utdanning/ praksis, utd.forsinkelser avgangsrate og inntrøden i arb. livet. Etterspørsel: befolkningsvekst, sannsynlig gap mellom tilgang og etterspørsel og ekspertråd. CfWI skal se på spesifikke arbeidskraftsgrupper og -retninger og sørge for materiale, verktøy og ressurser som grunnlag for policybeslutninger på nasjonalt og lokalt nivå. Leverer data og analyser til Health and Education National Strategic Exchange (HENSE) som skal råddgi om opptak til medisins- og tannlegeutdanninger.</p> <p>Planlegging på nasjonalt og lokalt nivå. Framskrivninger oppdateres årlig.</p>

LAND	Ansvar for helsepersonell-statistikkplanlegging framskrivningsmodell	Datakilder	Rapportering	Framskrivningsmodell	Yrkesgrupper	Formål og målingsfrekvens
NEDERLAND	<p>Departementet har to avtaler for datasortering, analyse og modellering. En avtale med The Advisory Committee on Medical Manpower Planning (ACMMP) - Capaciteitsorgaan, et rådgivende organ som består av medisinske profesjoner, de medisinske utdanningsinstitusjonene og aktører innen helseforsikring, og én avtale med et forskningsprogram som utgjør tre organisasjoner med ekspertise på arbeidsmarkedet og involverer AG.</p> <p>Statistics Netherlands (CBS): overordnet ansvar for offisiell nasjonal statistikk, innsamling, prosessering og publisering av data.</p>	<p>ACMMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Statistics Netherlands (CBS) Helsepersonellregister (BIG) National Institute for Public and Environmental Health Profesjonelle fagforeninger Nasjonale registerdata (bl.a. HR-registre, legerregistre, spesialistregistre og tannlegerregistre) Opplæringsinstitutter Databaser til helseforsikringselskaper og sykehus. <p>Databasene inneholder for det meste individuell data.</p> <p>Forskningsprogram:</p> <p>Forskere bruker et vidt spekter mikrodata innhentet fra sykehus og kommuner av CBS, i tillegg til helsepersonellsurveys</p> <p>TILGANGS-/TILBUDSSIDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Central Bureau of Statistics (CBS) NIVEL KIWA Carity BIG registry Tax registry Registration Committee for Specialists (RGS) Pension Funds for doctors Unemployment agency (UWV) DUO <p>ETTERSØRSELSIDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> National Institute Public Health and Environment (RIVM) Production data (DIS) Population forecasts (CBS) Billing data health insurance companies (Vektis) Analysis production documents (KIWA Carity) Consumer polls (NIVEL) Central Planning Agency (CPB) Waiting lists (Mediquest) 	<p>Data innsamlet på tilgangssiden:</p> <p>Antall, alder og kjønn.</p> <p>Distribusjon av FTE</p> <p>AG-karakteristikker</p> <p>Avgangsrater</p> <p>Tilstrømming fra utlandet</p> <p><u>Ettersøpselside</u>:</p> <p>Endringer i demografi, sykdomsbilde, sosiokultur og policy</p> <p>Arbeidsprosess:</p> <p>Teknologisk forbedring</p> <p>Profesjonelle forbedringer</p> <p>Arbeidstidsendring</p> <p>Horisontal/vertikalering/opp-gåve-glidning</p> <p><u>Opplæring</u>:</p> <p>Antall i opplæring, avgang/trafall og varighet.</p> <p>Hver navngitt organisasjon rapporterer på årlig eller månedlig basis.</p>	<p>NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research) har utviklet planleggingsmodell og gjør kalkulasjonene. Framskrivninger diskuteres innad i ACMMP. I tillegg konsulteres eksperter jevnlig (3-6 mnd.). Utvalget er råd om antall profesjoner som bør utdannes i en spesiell periode. ACMMP (planleggingsprogram) planlegger på nasjonalt nivå (res. publiseres hvert 2-3 år).</p> <p>Forskningsprogrammet (monitorprogram) monitorerer effekter i arbeidsmarkedet for et utvalg yrkesgrupper, differensiert på region-snivå (res. publiseres årlig).</p> <p>Periode 2010-2028</p> <p>ACMMP-Rapport (2011): her</p> <p>Evaluering av framskrivningsmodellen med fokus på planlegging av allmennpraktikere (2012): her</p> <p>Artikkel om planleggingsmodell (2013): her</p> <p>Rapport OECD (2013) der Nederland er inkludert: her</p>	<p>ACMMP: leger, tannleger, profesjoner innen psykisk helse og spesialsykepleiere på nasjonalt nivå (og relaterte profesjoner).</p> <p>Forsknings-program: sykepleiere, assistent-sykepleiere, omsorgs-arbeidere, sosialarbeidere, hjemmehjelpere</p>	<p>Måler tilgang og ettersøpsel. Kvantitative/kvalitative metoder. Ingen interaksjon mellom T&E. ACMMP og forskningsprogram har noe ulikt fokus. ACMMP fokuserer på tilstrømming fra profesjonsutdanninger som er kontrollert av regjeringen. Vurdere eksisterende gap mellom tilgang og ettersøpsel på ulike kategorier leger og estimere behov årlig inntak til utdanning. Inntak til medis-inutd. kontrolleres av medisinskolen sammen med utdanning. Inntak til spesialisering-programmer kontrolleres av regjeringen. Forskningsprogrammet fokuserer på profesjoner hvor regjeringen ikke har direkte innflytelse på tilstrømming gjennom kontroll av utdanningsinntak. Gi innsikt i nåtids- og framtidsituasjon (trendene) i arbeidsmarkedet for helsearbeidere. Kontrollmek.; arb.marked og personellpolicy.</p>

22 AG = arbeidsgivere

2 Programmet The Electronic Staff Record (ESR) er initiert og ledet av Department of Health (England) og leverer et integrert HR- og lønnsystem på tvers av hele NHS i England og Wales. Det er det største i sitt slag i verden. Se [her](#) for mer informasjon. HSCIC og ESR har samarbeidet for å utvikle et rapporteringssystem på datakvalitet og -validitet (The Workforce Validation Engine) for å bedre datakvaliteten i ESR. Kvalitetsrapporteringen gjøres månedlig. Se [her](#) for mer informasjon.

10. Konklusjon

Oppdraget om å analysere utfordringene i personell- og kompetansesituasjonen, vurdere behov og foreslå løsninger er omfattende med mange sammenhenger og avhengigheter. Datakilder og framskrivningsverktøy skulle vurderes i et internasjonalt perspektiv med forslag til forbedringer. For å begrense rapportens omfang og gjøre den brukervennlig, var det nødvendig å strukturere og prioritere.

Tjenestedesign som metodikk har blitt brukt underveis for å skape oversikt over et helhetlig utfordringsbilde og som verktøy for involvering og samarbeid i organisasjonen. Arbeidet resulterte i en såkalt gigamap som medfølger i vedlegg 1 og som er en viktig del av selve rapporten.

Arbeidsprosessen har gitt en gylden anledning til å tenke helhetlig om helse- og omsorgstjenestenes behov. Løsningene finnes ikke i én sektor eller én etat. Hovedutfordringen for å løse fremtidens personell- og kompetanseutfordringer er tverrsektorielt samarbeid på forskjellige nivåer og treparts-samarbeid. Felles virkelighetsforståelse og enighet om prioriteringer er viktige forutsetninger for å finne gode løsninger. Gode samarbeidsarenaer og forpliktende samarbeid må brukes maksimalt.

Analyse og framskrivninger av personellbehov varierer betydelig internasjonalt i nivå og omfang. Utveksling av erfaringer med andre sammenlignbare land kan ha stor verdi. Dette bør benyttes i større grad enn hittil, for eksempel ved at Norge

inviterer andre land til erfaringsseminar slik at man kan lære av hverandre.

Sammenlignet med andre land har Norge god helsepersonelldekning. Løsningene for å opprettholde befolkningens og tjenestenes behov er ikke å øke antallet helsepersonell, men å utnytte de eksisterende personellressursene på en bedre måte ved å jobbe annerledes.

Denne rapporten – «Nasjonalt personellbilde» – viser noen av utfordringene som finnes og foreslår hvordan de kan løses. Det kreves en ny type kompetanse, mot, endringsvilje og endringsevne.

11. Litteraturhenvisninger

Litteratur

Abrahamsen, Bente (2009). Forskjeller i kvinners arbeidstid – et spørsmål om preferanser? *Sosiologisk tidsskrift*. Vol 17, 311-332

Almendingen, Berit (2009). Hver tiende sykepleier vil skifte yrke. (Artikkel i Kommunal Rapport 17.11.2009). Lest 15.12.2014

Amble, Nina (2006). Innspill – Forsøk med arbeidstidsordninger og arbeidstidsendringer i turnusarbeid. (Notat, 30. juni 2006). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Amble, Nina (2008). Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus. (AFI-notat 4/08). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Andreev, Leonid og Kari-Mette Ørbog. NAV's bedriftsundersøkelse 2014. *Arbeid og velferd*. 2/2014

Andersen, Hege, Kjell A. Røvik og Tor Ingebrigtsen (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *British Medical Journal Open*. 2014;4:e003873. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003873

Econ Pöyry (2008). Forecasting skill needs: a review of national and European practices. Report 2008-125

Egeland, Cathrine og Ida Drange (2014). Frivillig deltid – kun et spørsmål om tid? (AFI-rapport 4/2014). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Ellingsen, Dag og Vilde H. Bernstrøm (2014). Lederutdanning innen helse- og omsorgssektoren. Kartlegging av eksisterende utdanningstilbud og kompetansebehov blant ledere i helse- og omsorgssektoren. FoU resultat 2014. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Fasting, Mathilde (2012). Om behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren. (Civita-notat nr. 4/2012). Oslo: Civita

Gjessing, Hege (2011). Fornøyde leger gir fornøyde pasienter og gode helsetjenester. Tidsskrift for Den norske legeforening. 131:811-2. doi: 10.4045/tidsskr.11.0430

Grøndalen, Ingrid (2013). Bruk av lean ved norske somatiske sykehus. Masteroppgave i økonomi og administrasjon. Universitetet for miljø og biovitenskap

Haugum, Mona, Øyvind A. Bjertnæs, Hilde H. Iversen, Anne K. Lindahl og Magne Nylenna (2014). Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. Oslo: Kunnskapscenteret

Health Consumer Powerhouse (2012). *Euro Health Consumer Index 2012 Report Norway*. HCP, Brussel

Helgensen, Marit K., Katja Johannessen, Torunn Kvinge, Asgeir Skålholt, Asbjørn Kårstein, Dorothy S. Olsen, Clara Å. Arnesen (2014). Kompetanse og rekruttering i kommunale helse- og omsorgstjenester: Kompetanseløftets effekter i kommunene. (Notat 2014: 110). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning/NIFU

Helsedirektoratet (2010). Bruerveiledning til WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. (Veileder IS-0315). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2012a). Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status- trend- og behovsanalyse frem mot 2030. (Rapport IS-1966). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2012b). Delutredning 1. Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2013a). Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2013b). Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling. Rapport IS-2122. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014a). Årsrapport 2012. Omsorgsplan 2015 (Årsrapport IS-2159). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014b). Kompetanseløftet 2015. Oppdaterte budsjettinnspill per august 2014. U1 - § 14 1. ledd. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014c). Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten - utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter. (Rapport IS-2261). Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Ti nye grep for bedre sykehus. (Pressemelding). Lest 15.12.2014

Helse- og omsorgsdepartementet (2014d). Pasientens helsetjeneste. Taleinnlegg av statssekretær Anne Grethe Erlandsen for topplederprogrammet, Nasjonalt lederutviklingsprogram. Lest 15.12.2014

Helse- og omsorgsdepartementet (2014e). Vi skal skape pasientens helsetjeneste. Taleinnlegg av statsminister Erna Solberg ved Helsekonferansen 2014. Lest 15.12.2014

Hermansen, Åsmund (2011). Personell- og yrkesfordeling innen pleie- og omsorgssektoren. (Fafo-notat 2011:13). Oslo: Fafo

Hilsen, Anna Inga og Anna Hagen Tønder (2013). Saman om kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. (Fafo-notat 2013:03). Oslo: Fafo

Joosten, Tom, Inge Bongers og Richard Janssen (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 21(5), pp.341-347. doi: 10.1093/intqhc/mzp036

Karstoft, Jens og Lene Tarp (2011). Is Lean Management implementable in a department of radiology? *Insights imaging*. 2 (3): 267-273. doi: : 10.1007/s13244-010-0044-5

Knudsen, Anne M. (2014). Har funnet oppskriften på kortere ventetider. Lest 12.12.2014.

Kunnskapsdepartementet (2014). Tilstandsrapport for høyere utdanning 2014. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartement. Lest 15.12.2014

Køber, Tonje og Åsne Vigran (2011). Arbeidstid blant helsepersonell. Stort omfang av deltidsarbeid. (Artikkel, Samfunnsspeilet 2011/2). Statistisk Sentralbyrå. Lest 15.12.2014

Kårstein, Asbjørn og Per Olaf Aamodt (2012). Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen. (Rapport 14/2012). Oslo: NIFU

Lai, Linda (2004). Strategisk kompetansestyring (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget

Ludvigsen, Kari og Hilde Danielsen (2014). Ny oppgavefordeling mellom personell i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? (Rapport 2-2014). Bergen: Uni Research Rokkansenteret

Matrix Insight (2012). EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Revised final report.

Meld. St. 10 (2012-2013). (2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Meld. St. 13 (2011-2012). (2013). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartement

Meld. St. 29. (2012-2013). (2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2014). Autorisation af sundhedspersoner. Lest 4.12.2014

- Moland, Leif E. Sollien, Ketil Bråthen, Odd Bjørn Ure, Helge Renå, Christian Skattum og Tone H. og (2010). Strategisk kompetanseutvikling i kommunene. Oslo: Asplan Viak/FAFO
- Moland, Leif E (2013). Heltid-deltid – en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. (Fafo-rapport 2013:27). Oslo: Fafo
- Moland, Leif E., Olav Elgvin, Anna Inga Hilsen og Lise Lien (2014). Saman om ein betre kommune: Dypdykk i 16 kommuner. (Fafo – rapport 2014:17). Oslo: Fafo
- Nesje-Sletteng, Svein A. (2014). Kjenn din kropp – test deg! *Bioingeniøren*. Nr. 7 Årgang 49
- Nergaard, Kristine (2010). Avtalt arbeidstid og arbeidstidsønsker blant deltidsansatte. Arbeidskraftsundersøkelsene 2008 og 2009. (Fafo-notat 2010: 17). Oslo: Fafo
- Neverdal, Marte N. og Kristina Edvardsen Rystad (2014). Å samhandle om samhandling. Masteroppgave i industriell økonomi og teknologiledelse. Norges teknisk-vitenskapelige universitet
- Nicolaisen, Heidi og Ketil Bråthen (2012). Frivillig deltid – en privatsak? (Fafo-rapport 2009:49). Oslo: Fafo
- NOMESKO (2013). Health Statistics in the Nordic Countries 2013. <http://nowbase.org/~media/Projekt%20sites/Nowbase/Publikationer/Helse/Health%20Statistics%202013.ashx>. Nordic Medico-Statistical Committee 100:2013
- Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe (2014). Håndbok over regulerte helsepersonellgrupper i Norden. [Utkast]
- NOU 1994: 8 (1994). Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- NOU 1997: 25 (1997). Ny kompetanse – Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet
- NOU 2004: 29 (2004). Kan flere jobbe mer? - deltid og undersysselsetting norsk arbeidsliv. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- NOU 2008:17 (2008). Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid. Skift/turnusutvalget 2007/2008. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- NOU 2010:13 (2010). Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- NOU 2011:14 (2011). Bedre integrering. Mål, strategier og tiltak. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- OECD (2014). OECD Skills Strategy Diagnostic Report: Norway. (Rapport)

Ono T., G. Lafortune og M. Schoenstein (2013). Health Workforce planning in OECD Countries: A review of 26 projection models from 18 countries. *OECD Health Working Papers*, No. 62, OECD Publishing, doi: 10.1787/5k44t787zcwb-en

Roksvaag, Kristian og Inger Texmon (2012). Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. (SSB-rapport 14/2012). Oslo: Statistisk Sentralbyrå

Saga Corporate Advisors (2011). Kompetansesituasjonen i kommunene. En litteraturoversikt. Lest 15.12.2014

Sand, Anne-Sofie (2014). Månedens forskningsartikkel. Lest 13.12.2014

Skålholt, Asgeir, Håkon Høst, Torgeir Nyen og Anna Hagen Tønder (2013). Å bli helsefagarbeider. En kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget. (Rapport 5/2013). Oslo: NIFU. Lest 15.12.2014

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning. Utredning. Oslo: Sosial og helsedirektoratet

Steenstrup, Christian og Jon Hauge (2011). Medisinstudenter mest fornøyd. Artikkel i Aftenposten 19.10.2011). Lest 15.12.2014

St. meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Tiley (u.å). Kontinuerlig forbedring - Lean. Idebankens faktaark om Lean. Lest 11.12.2014.

Tjerbo, Trond, Per Olaf Aamodt, Inger Marie Stigen, Marit Helgesen, Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Høst og Nicoline Frølich (2012). Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. (Nibr-rapport 2012:3). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning/ NIFU

Torgersen, Randi (2011). Hva er Lean. Lest 11.12.2014.

Young, Terry og Sally I. MacClean (2008). A critical look at Lean Thinking in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*. 2008; 17:382-386. doi:10.1136/qshc.2006.020131

Aasebø, Ulf, Hans Henrik Strøm og Merete Postmyr (2012). The Lean method as a clinical pathway facilitator in patients with lung cancer. *The Clinical Respiratory Journal*. 6(3):169-74. doi: 10.1111/j.1752-699X.2011.00271.x

Kilder – tabell over ulike framskrivningsmodeller

Generelt

Ono, T., G. Lafortune og M. Schoenstein (2013). «Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. *OECD Health Working Papers*. No. 62. OECD Publishing. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

Norge:

Roksvaag, Kristian og Inger Texmon (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*. (SSB-rapport 14/2012). Oslo: Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/170663?ts=1452121e668>

Norges presentasjon «Norway: centralized and sustainable workforce planning», fra WP5 Expert Conference on Planning Methodologies, European Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting 2014, Firenze, Italia, Mai 8 - 9, 2014. <http://euhwforce.weebly.com/140508-wp5-firenze.html>

Danmark:

Sundhedsstyrelsen:

- Prognose og dimensionering for fremtidigt antal speciallæger og specialtandlæger: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-autorisation/special-og-videreuddannelse/prognose-og-dimensionering>

Statens Serum Institut:

- Sundhedsvæsnets arbeidsmarked: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Sundhedsdata/Sundhedsvasnets%20arbejdsmarked.aspx>

Rapporter:

Sundhedsstyrelsen (2013). *Lægeprognose - Udbuddet af læger og speciallæger 2012-2035*. Rapport. Hentet fra: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/02feb/Laegeprogn2035.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2013). *Tandplejerprognose - Udbuddet af personale i tandplejen 2013 - 2035*. Rapport. Hentet fra: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/12dec/Tandplejeprognose2013_2035.pdf

Øvrig:

Danmarks presentasjon «Denmark: centralized health planning in a regional based health system», fra WP5 Expert Conference on Planning Methodologies, European Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting 2014, Firenze, Italia, Mai 8 - 9, 2014. <http://euhwforce.weebly.com/140508-wp5-firenze.html>

Sverige

Socialstyrelsen:

- Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/halso-ochsjukvardspersonal>
- Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal>
- Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP):
- Nationella Planeringsstödet: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/nationellaplaneringsstodet>
- Sveriges officiella statistik: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/sverigesofficiellastatistik>

Statistiska Centralbyrån:

- Hälso- och sjukvårdspersonal: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Halso--och-sjukvard/Halso--och-sjukvard/Halso--och-sjukvardspersonal/

Rapporter:

Socialstyrelsen (2014). *Nationella planeringsstödet 2014. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.* (Rapport 2014-1-32). Hentet fra: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19347/2014-1-32.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2012-2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare.* (Rapport 2014-3-12). Hentet fra: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19387/2014-3-12.pdf>

Socialstyrelsen (2012). *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009-2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare.* (Rapport 2011-1-16). Hentet fra: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18234/2011-1-16.pdf>

Finland

Institutet för Hälsa och Välfärd – THL:

- Personnel in the health and social services: <http://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/personnel-in-the-health-and-social-services>
- Social welfare and health care personnel: <http://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/personnel-in-the-health-and-social-services/social-welfare-and-health-care-personnel>

Statistikcentralen:

- http://www.tilastokeskus.fi/index_sv.html

Rapporter:

National Institute for Health and Welfare (2013). *Personalen inom social- och hälsovården 2010*. (Statistisk Rapport 10/2013). Hentet fra: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110618/Tr10_13.pdf?sequence=4

Øvrig:

Finlands presentasjon «Finland: a sustainable workforce planning in a centralized health system», fra WP5 Expert Conference on Planning Methodologies, European Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting 2014, Firenze, Italia, Mai 8 - 9, 2014. <http://euhwforce.weebly.com/140508-wp5-firenze.html>

England

The Health and Social Care Information Centre (HSCIC):

- <http://www.hscic.gov.uk/>

Health Education England (HEE):

- <http://hee.nhs.uk/>

Centre for Workforce Intelligence (CfWI):

- <http://www.cfwi.org.uk/>

Rapporter:

Centre for Workforce Intelligence (2012). *Strategic review of the future healthcare workforce: Informing medical and dental student intakes*. (Rapport). Hentet fra: <http://www.cfwi.org.uk/publications/a-strategic-review-of-the-future-healthcare-workforce-informing-medical-and-dental-student-intakes-1/@@publication-detail>

Centre for Workforce Intelligence (2014). *Robust workforce planning framework. An introduction*. (Technical paper No. 0001). Hentet fra: <http://www.cfwi.org.uk/publications/robust-workforce-planning-an-introduction/@@publication-detail>

Health Education England (2013). *Workforce plan for England. Proposed education and training commissions for 2014/15*. (Planleggingsdokument). Hentet fra: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2013/12/Workforce-plan-UPDATE-interactive.pdf>

Øvrig:

Englands presentasjon ved WP5 Expert Conference on Planning Methodologies, European Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting 2014, Firenze, Italia, Mai 8 - 9, 2014. <http://euhwforce.weebly.com/140508-wp5-firenze.html>

Nederland

Netherlands Institute for Health Services Institute (Nivel):

- Manpower planning: <http://www.nivel.nl/en/manpower-planning>

Statistics Netherlands:

- <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>

Rapporter:

Capaciteitsorgaan (2011). *The 2010 recommendations for medical specialist training - In medical, dental, clinical, technological and related educational as well as further training areas*. (Rapport). Utrecht: Capaciteitsorgaan. Hentet fra: <http://www.capaciteitsorgaan.nl/Portals/0/capaciteitsorgaan/publicaties/capaciteitsplan2010/0%20Capaciteitsplan%20Hoofdrapport%20Engels.pdf>

Van Greuningen, Malou, Ronald S. Batenburg og Lud F.J. Van der Velden (2012). Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Human Resources for Health*. 10:21. doi: 10.1186/1478-4491-10-21

Van Greuningen, Malou, Ronald S. Batenburg og Lud F.J. Van der (2013). The accuracy of general practitioner workforce projections. *Human Resources for Health*. 11:31. doi: 1186/1478-4491-11-31

Øvrig:

Nederlands presentasjon «Centralized and sustainable workforce planning», fra WP5 Expert Conference on Planning Methodologies, European Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting 2014, Firenze, Italia, Mai 8 - 9, 2014. <http://euhwforce.weebly.com/140508-wp5-firenze.html>

12. Vedlegg

Vedlegg 1 Gigamap - Nasjonalt personellbilde

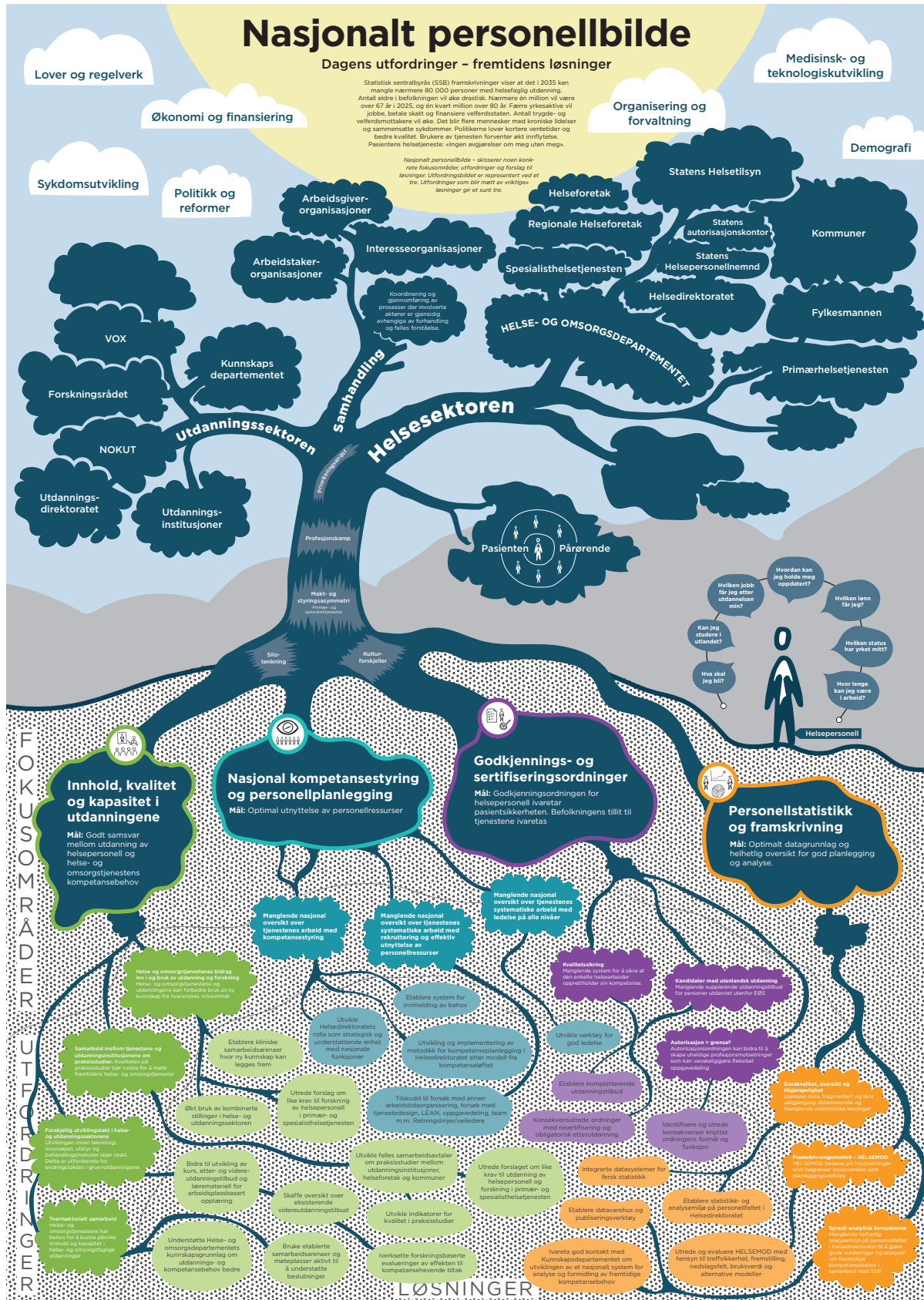
Vedlegg 2 Innspill fra avdelingene i Helsedirektoratet

Vedlegg 3 Innspill fra eksterne interessenter

Vedlegg 4 Kunnskapsoppsummeringer

Vedlegg 5 Tabelloversikt, publikasjoner

Vedlegg 1: Gigamap - Nasjonalt personellbilde



Vedlegg 2: Innspill fra avdelingene i Helsedirektoratet: Utfordringer og tiltak

I forbindelse med arbeidet med Nasjonalt personellbilde ble det bedt om faglige innspill og vurderinger fra ulike avdelinger i Helsedirektoratet. Avdelingene ble bedt om å svare på følgende spørsmål:

1.
 - a) Hva er deres vurdering av de viktigste utfordringene tjenestene og befolkningen nå står overfor vedrørende tilstrekkelig personell med rett kompetanse? Ta utgangspunkt i din avdelings faglige perspektiv og ansvarsområde.
 - b) Med utgangspunkt i disse vurderingene bes om innspill til mulige løsninger på det definerte utfordringsbildet.
2.
 - a) Er dagens tilgjengelige datakilder, statistikk, framskrivninger og rapporter gode nok til at din avdeling kan foreta gode analyser og gi gode faglige råd?
 - b) Hvilken type data, statistikk, framskrivninger savnes?

Følgende avdelinger har gitt innspill:

- Avd. omsorgstjenester
- Avd. global helse
- Div. folkehelse
- Avd. e-helse
- Avd. rehabilitering og sjeldne tilstander
- Avd. minoritetshelse og rehabilitering
- Avd. psykisk helse og rus
- Avd. medisinsk nødmeldetjeneste
- Avd. bioteknologi og helserett
- Avd. sykehustjenester
- Avd. psykisk helsevern og rus
- SAK

Innspillene er organisert etter temaområder i skjemaet under: Innspill fra avdelingene i Helsedirektoratet.

Store bokstaver etter hvert punkt indikerer forkortelser på avdelinger

	UTFORDRINGER	TILTAK
PERSONELL, REKRUTTERING	<p>Behov for flere innen IKT, teknikk, matematikk og fysikk</p> <p>Mangel på patologer, radiologer, onkologer og spesialsykepleiere</p> <p>Mangel på spesialsykepleiere i fengsler.</p> <p>Mangel på leger og nevropsykologer i habiliterings-tjenesten for barn og voksne i spes. helsetjenesten → rekrutterings-vansker</p> <p>Mangel på synspedagoger, audiopedagoger, logoped</p>	<p>WHO's kode for etisk rekruttering skal etterleves</p> <p>Flere kliniske ernæringsfysiologer., psykologer, fysioterapeuter og helsesøstre i forebyggende helsetjenester.</p> <p>Finansierings-ordninger (til-skudd) for ernæringsfysiologer.</p> <p>Kompetanse i kommuner å la «psykologer i kommunene»</p> <p>Styrke rekruttering av spesialister</p> <p>Rekruttere teknisk kompetanse</p> <p>Flere diabetes-sykepleiere inn i primærhelse-tjenesten</p>

	UTFORDRINGER	TILTAK
DATA, STATISTIKK, FRAMSKRIVNING, RAPPORTER, HELSEMOD	<p>Personell-statistikken er ikke fordelt på tjenesteområder</p> <p>Samhandlingsstatistikken mangler tall for årsverksinnsats innen annet forebyggende arbeid, diagnose, behandling og rehabilitering for 2012</p> <p>Kliniske ernæringsfysiologer m/5-årig universitetsutdanning er feilaktig inkludert i gruppen «annet høgskoleutdannet. personell» i HELSEMOD</p> <p>Tidkrevende å bestille data fra NPR i psykisk helse/ rus</p> <p>Mangler tall på forekomst av ulike diagnoser</p> <p>Mangler info om regionale personellbehov i Samdatarapport</p> <p>Behov for bedre statistisk oversikt over kompetanse-svake områder</p> <p>Datakilder har tilbakeskuende perspektiv , og analyser fanger ikke opp faglige utviklingstrekk og en skiftende virkelighet</p> <p>Mye teknisk personell som ikke er registrert som helsepersonell → sparsomt med info</p> <p>Lite helhet i datagrunnlag på habiliteringsfeltet pga. behandlings-forløp på flere nivåer og m/flere datakilder</p> <p>Fragmentert og manuell datainnsamling over innsatte i fengsler som får kommunens Helse- og omsorgstjenester</p> <p>Behov for statistikk over hvilke tjenester som utføres, hvor ofte og hvilken kvalitet</p> <p>Det finnes ikke sikre insidens- og prevalensdata på antall pasienter m/ type 2 diabetes</p> <p>For lite datagrunnlag om ulike innvandrersgruppers helse og sykdomsbilde → landbakgrunn registreres ikke som variabel</p> <p>Juridiske utfordringer med å koble data fra ulike registre</p> <p>Lite data på ungdoms-gruppen innen medisin</p> <p>Behov for virksomhetsdata for rehabiliterings- og habiliteringsfeltet i SH-tjenesten</p> <p>Utilstrekkelig statistisk grunnlag for oppfølging av personell-utviklingen i de akuttmedisinske tjenestene</p> <p>Mangler tilgjengelige data om søkere som ikke innvilges autorisasjon og som er i et kvalifiserings-løp mot en autorisasjon</p>	<p>Kunnskaps-støtte og beslutnings-verktøy for bedre datahåndtering for kommunale ledere.</p> <p>Videreutvikle Aa-registeret og IPLOS mot å inkludere nye aktører (frivillige, pårørende mm.)</p> <p>Relevante internasjonale erfaringer og rapporter bør ses til</p> <p>Utvikle kvalitets-indikatorer og rapporterings-krav i ernæring og forebyggende helsetjenester, koordinering i kommunene</p> <p>Bedre data vedr. levevaner på kommunenivå (folkehelseprofiler)</p> <p>Følge årsverks-utviklingen for flere (i forebyggende arbeid) enn dagens personellgrupper i samhandlings-statistikken</p> <p>Kliniske ernæringsfysiologer. som egen gruppe i HELSEMOD</p> <p>Registrere samhandling med SH-tjenesten mht. psykisk helse og rus for innsatte i fengsler</p> <p>Felles database som samler og analyserer data om ungdoms-gruppen innen rehabilitering/ habilitering</p> <p>Opprettelse av prosjekt med formål å følge rekruttering, utdanning og arbeidsliv i de akuttmedisinske tjenestene</p> <p>Tilstrekkelige ressurser til utviklingen av en elektronisk søkeportal for autorisasjon</p>

	UTFORDRINGER	TILTAK
TEKNOLOGISK OG MEDISINSK UTVIKLING	<p>Åpner for mulighet for individualisert diagnostikk og behandling → krever ny og annen kompetanse</p> <p>Kan føre til at behandling av lidelser blir enklere/ raskere, men også mer ressurskrevende → press på kapasitet</p> <p>Teknologi og IKT muliggjør og krever nye arbeidsmåter og organisering</p> <p>Etablerte arbeidsprosesser må endres og nye oppgaver må delegeres</p> <p>Kraftig økning i bruk av genetiske tester i løpet av 2000-tallet</p> <p>Rask fagutvikling skaper behov for mer/ny kompetanse</p>	<p>Velferds-teknologi: aktivt samspill mellom KS, Helseforetak og næringsliv</p> <p>Generell basisopplæring i medisinsk genetikk for fremtidens medisinerere</p> <p>Økt utdannings-kapasitet i med. genetikk og for genetiske veiledere</p>
DEMOGRAFI, SYKDOMS-UTVIKLING	<p>Grensekryssende helsetrusler, pandemier og katastrofer.</p> <p>Økt migrasjon-flere brukere m/annen etnisk bakgrunn.</p> <p>Økt forekomst av import-medisinske tilstander</p> <p>Overdødelighet og utfordringer knyttet til somatisk sykdom blant pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser → mangelfull oppfølging</p> <p>Utvidet sykdomsbegrep</p> <p>Økt kunnskap og forventninger i befolkningen</p> <p>Økt omfang i NCD-sykdommer</p> <p>Økning i ambulanse-oppdrag og innbyggertall</p>	<p>Større fokus på forebygging av NCD, psykiske lidelser → folkehelsearbeid, frisklivssentraler m.m.</p>

	UTFORDRINGER	TILTAK
SAMHANDLING, ORGANISERING	<p>Samhandling mellom primær- og SH1-tjenesten og kompetanse-overføring mellom disse</p> <p>Lite samordnede og koordinerte tjenester på psykisk helse- og rusfeltet</p> <p>For dårlig utbygget rehabiliterings- og habiliterings-tjeneste</p> <p>Manglende brukermed-virkning (helsepersonell, pasient) på IKT-systemer</p> <p>Behov for omstrukturering og styrking av de akuttmedisinske tjenestene og den medisinske nødmelde-tjenesten</p> <p>Tiltagende vanskeligheter med å opprettholde tilstrekkelig infrastruktur i distriktene</p>	<p>Samspill med andre samfunnsaktører (ideelle, private, frivillige) - bygge en kultur for frivillighet</p> <p>Utviklingssentre i kommunene og kompetanse-oppygging, prosessveiledning, innovasjon → nye arbeids- og løsningsmetoder</p> <p>Ledelse: ansvar for oversikt over kompetanse-behov og for kunnskapsdeling på arbeidsplass</p> <p>Styrke samarbeid på tvers av tjenestenivå i PHV2, PHBU3 og TSB</p> <p>Mer og riktig bruk av individuell plan/ansvars-grupper for psykisk helse- og rusfeltet → bedre samordning(SPPR)</p> <p>Kontaktlege-funksjon → fast ansvarlig lege for aktuelle lidelser</p> <p>Opptappings-plan om rehabilitering og habilitering (Hdir)</p> <p>Takst for livsstilveiledning for lege</p> <p>Bruker-involvering i alle ledd fra spesifisering til bruk av IKT-systemer</p> <p>Myndighets-kontroll med at overordnede spesifikasjoner og standarder følges av leverandørene</p> <p>Tett integrasjon mellom løsningene for enhetlig opplevelse og automatisk utveksling av data</p> <p>Arbeidsgivers ansvar for god opplæring i IKT → prosedyrer/sjekklist</p> <p>Samarbeid mellom helse- og utdannings-myndigheter og partene i arbeidslivet om videreutvikling og vedlikehold av ambulans-utdanningen</p>
REGELVERK, AUTORISASJONER	<p>Lovverket hemmer funksjonalitet (for IKT-systemer)</p>	<p>Lovverk som er i takt med IKT-utviklingen</p> <p>-Mer opplæring i helselovgivningen via fylkesmenn og Helsedirektoratet</p>

	UTFORDRINGER	TILTAK
KOMPETANSEBEHOV	<p>-Mangelfull kunnskap hos helsepersonell om lovpålagte plikter og oppg. og pasient-rettigheter</p> <p>Kompetanse-svake områder på psykisk helse- og rusfeltet i SH-tjenesten</p> <p>Veilednings-kompetanse for kommunehelsetjenesten</p> <p>Utilstrekkelig utnyttelse av legekompentanse</p> <p>For dårlig kompetanse mht. bestilling, kvalitetssikring og opplæring i tolkebruk</p> <p>Behov for veiledningskompetanse om diabetes hos helsepersonell</p> <p>Mangel på samhandlings- og kommunikasjonskompetanse rettet mot barn/unge</p> <p>Behov for styrket psykiatri-kompetanse i habiliteringstjenesten</p> <p>Ulik IT-kompetanse og interesse blant personell</p> <p>Dårlig samkjøring og utilstrekkelig bruk av opplæring i E-helse</p> <p>Behov for riktig bruk, registrering og opplysninger i IKT-system</p> <p>IKT-systemene brukes feil → svekket sikkerhet og datakvalitet</p> <p>Behov for kompetanse i kommunikasjon, samhandling, vurdering og behandling av pasienter som ikke er alvorlige/livstruende skadde</p> <p>Behov for styrking av kompetanse i akutt geriatri</p> <p>Bruk av diagnostisk utstyr som på sikt kan brukes v/ akutt sykdoms- eller skadetilstander utenfor sykehus krever økt kompetanse i ambulansetjenesten</p> <p>Bruk av diagnostisk utstyr som på sikt kan brukes v/ akutt sykdoms- eller skadetilstander utenfor sykehus krever økt kompetanse i ambulansetjenesten</p>	<p>Økt opplæring innen helserett for personell</p> <p>Styrket tverrfaglig tilnærming og bred kompetanse vedr. forebygging (NCD, psykiske plager, muskel/skjelett)</p> <p>Styrke kompetanse med hensyn til komorbiditet mellom rus og psykisk helse</p> <p>Bredere psykologfaglig og medisinskfaglig kompetanse og sosialfaglig tilnærming i TSB4</p> <p>Kartlegge mer og vurdere kompetanse, kvalitet og personell-sammensetning i TSB</p> <p>Gode nasjonale retningslinjer for kompetanse-svake områder</p> <p>Opprettelse av nye nasjonale kompetanse-tjenester</p> <p>Styrke psykiatri- og medisinskfaglig kompetanse i habiliteringstjenesten for barn og voksne gjennom oppdragsbrev til RHF</p> <p>Eget kompetanse-område for voksenhabilitering</p> <p>Starte opplæring i E-helseløsninger for nyutdannede leger på turnus-legekursene</p>

	UTFORDRINGER	TILTAK
UTDANNING	<p>Migrasjon og helse, samt kommunikasjon via tolk inngår i liten grad i fagutdanninger som lege, sykepleier, psykolog</p> <p>Behov for styrking av ungdomsmedisin → egen legespesialitet</p> <p>Store utfordringer med å få vurderingshjelp og råd om utenlandsk utdanning fra utdanningsinstitusjoner i Norge for personer som har gjennomført eller planlegger å gjennomføre helsefaglig utdanning utenfor EU/EØS</p> <p>Utilstrekkelig og lite strukturert samarbeid mellom Helse- og utdanningsmyndigheter og de norske lærestedene om utfordringene med helsepersonell med utenlandsk utdanning med behov for kompletterende utdanning og som slik kan få en norsk godkjenning</p> <p>Det offentlige har behov for betydelig ny arbeidskraft de kommende årene → Behov for tilretteleggings- og kvalitets-sikringsverktøy ved arbeidskrafts-import</p> <p>Få ordninger som sikrer at utenlandsk helsepersonell kan komplementere sin utdanning og få godkjenning</p> <p>Utilstrekkelig innovasjon for pleie- og omsorgsfeltet → behøver konkrete statlige virkemidler og</p> <p>Manglende tilbud om relevante og kvalitetssikrede praksisplasser</p> <p>For lav utdanningskapasitet i Norge</p>	<p>Samme finansielle rammebetingelser og juridiske krav til praksisstudie-plasser i primærhelse-tjenesten som i SH-tjenesten</p> <p>Læringsmål om helsefremmende/forebyggende arbeid i grunn, etter- og videreutdanninger</p> <p>Styrke kommunikasjonsferdighetene til helsepersonell → inn i utdanningene</p> <p>Utvikle helsesekretær-utdanningen → oppgavedeling</p> <p>Innlemme rehabilitering/habilitering i grunnutdanningene</p> <p>Tilstrekkelige videreutdanningstilbud</p> <p>Øke utdanningskapasitet innen psykisk helse og rus i grunn- og videreutdanninger</p> <p>Migrasjon og helse, samt kommunikasjon via tolk inn i utdanningene</p> <p>Ny legespesialitet i ungdomsmedisin</p> <p>Fokus på E-helseløsninger i grunnutdanningene</p> <p>Formaliserte utdanningsløp innen høyere utdanning med nasjonal overbygning innen ambulansesfag → etablering av bachelor-utdanning med mulighet for mastergrad</p> <p>Videreutvikling av fagutdanning i ambulansesfag og sørge for tilstrekkelig spredning og kapasitet både på skole og læreplasser</p> <p>Formalisert utdanning for personell i AMK-og legevakt-sentraler</p> <p>Mulighet til å gjennomføre delfag i norsk utdanning, og beskrive konkrete løp for den enkelte som leder fram til ønsket autorisasjon</p> <p>Etablere en helhetlig påbyggingsutdanning for helsepersonell utdannet utenfor EU/EØS</p> <p>Etablere en ordning der SAK kan anbefale søkere med utenlandsk utdanning utenfor EU/EØS å søke opptak til kompletterende utdanning → utdanningsinstitusjonene må så vurdere om etterutdanning er tilstrekkelig eller om ny utdanning er nødvendig</p> <p>Sørge for enhetlige tilbud av praksisplasser og overordnede krav til oppfølgingen av veiledningen</p> <p>Mer enhetlig og forutsigbar praksis</p> <p>Åpne opp for å ta i bruk yrkesgrupper som ikke faller inn under dagens autorisasjonsordning</p>
SPESIALISTHEL- SETJENESTEN	<p>-Mer spisset SH-tjeneste → utfordrer organisering og kompetanse-utvikling</p>	

	UTFORDRINGER	TILTAK
PRIMÆRHELSE-TJENESTEN	<p>Psykisk helse nedprioritert i H05-tjenestene</p> <p>Økte oppgaver for PH6-tjenesten → kompetanse-behov</p>	<p>Kommune-helsetjenesten som arena for praksisstudier → økt rekruttering</p> <p>Lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene</p> <p>Etablere finansierings-ordninger som sikrer økt tverrfaglighet og kompetanse-heving i kommunene</p> <p>Flere faste stillinger</p>

- 1 Spesialisthelsetjenesten
- 2 PHV= Psykisk helsevern for voksne
- 3 PHBU= Psykisk helsevern for barn og unge
- 4 TSB = Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 5 Helse- og omsorgstjenestene
- 6 Primærhelsetjenesten

Vedlegg 3: Rådslagningsmøte 20.10.2014 – Innspill fra interne og eksterne interessenter

Eksterne og interne interessenter ble invitert til rådslagningsmøte for å komme med sine innspill til utredningen. Flere interessenter sendte inn skriftlige innspill i tillegg til muntlig dialog i møtet. Materialet er benyttet til å definere utfordringsbildet og drøfte mulige løsninger. Referat fra rådslagningsmøtet kan leses i vedlegg 3. Skriftlig innspill fra KS er også vedlagt da de ikke hadde anledning til å delta på møtet.

Deltakerne ble i invitasjonsbrevet bedt om å komme med innspill til følgende spørsmål:

1. a) Hva er de viktigste utfordringene tjenestene og befolkningen nå står overfor vedrørende tilstrekkelig personell med rett kompetanse?
- b) Sett i lys av utfordringene som skisseres over - hvilke mulige løsninger kan man tenke seg?
2. a) Er dagens tilgjengelige datakilder, statistikk, framskrivninger og rapporter gode nok til å foreta gode analyser og gi gode faglige råd?
- b) Hvilken type data, statistikk, framskrivninger savnes?

På bakgrunn av disse overordnede spørsmålene ønsker Helsedirektoratet innspill på følgende spørsmål:

- Sett fra din organisasjons ståsted - hva er de konkrete behovene? Hvilke konkrete tiltak kan imøtekomme disse behovene?
- Hvordan arbeider din organisasjon med de definerte utfordringene og behovene?
- Hvordan kan man arbeide med dette i Helsedirektoratet? Regionalt? Lokalt?
- Hva mangler/savner du/dere i arbeidet med disse utfordringene?

På bakgrunn av målsettingen om å inkludere nye faggrupper og skape større faglig bredde i tjenestene ønsker Helsedirektoratet å presisere at det legges til grunn en vid definisjon på begrepet *helsepersonell*.

TEMA:	INNSPILL:
HELSEMOD/ statistikk/ framskrivning	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stort fokus på planlegging • Mye rapporter og analyser – bidra med erfaringer fra regionen(e). • HELSEMOD – begrenset verdi for planlegging regionalt og lokalt perspektiv • Alderssammensetning – HELSEMOD må ta dette inn. • Utfordring med HELSEMOD – framskrivning på bakgrunn av det vi alltid har gjort. Fanger ikke opp endringer. • IPLOS fanger opp en statisk helsetjeneste – bedre statistikk er nødvendig som fanger opp bedring. • Befolkningens forventninger er viktig inn i HELSEMOD – referansealternativet er et nøkternt anslag over vekst i standard. • Regionalt perspektiv mangler i HELSEMOD. Behøver tilleggsanalyser på regionalt nivå. • Store forskjeller på aldersprofiler – mangler detaljerte analyser i HELSEMOD • Supplerende analyser til HELSEMOD (kompetanse, aldersprofiler, regionalt nivå) • IPLOS og Kostra stemmer ikke overens med det medlemmene rapporterer til Norsk Sykepleierforbund – behov for bedre dataregistrering og rapporteringsrutiner. • Statistikk som gjenspeiler kompetansen. Korrigerte tall. Supplerende tallmateriale. • Medisinsk utvikling – nødvendig perspektiv i framskrivning. • Politiske trender/program – påvirker tjenestene. Vanskelig å framskrive. • Framskrivninger baserer seg på dagens oppgavedeling mellom grupper – må trekkes inn i framskrivninger. Påvirker behov for kompetanse. • HELSEMOD – ambulanspersonell mangler. Utelatt prehospitaltjenester? Bachelor i paramedic. • Helsesekretærer og tannhelsesekretærer slått sammen i HELSEMOD- lite hensiktsmessig. • Oppgavedeling og teknologi – kvalitativt fokus <p>Løsninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ting i sammenheng – hva er planlagt? • Bedre statistikkverktøy – behov for komplementerende analyser og kvalitativt perspektiv. • Tanker rundt hva kan kvantifiseres? • Scenariotenkning, Scenariomodell – behov for å tenke rundt dette. • Nasjonal sykehusplan – framskrivninger viktig faktor. Analyse av kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. • Viktig å være samkjørte på framskrivningsmodeller (HOD, KD og Hdir). • Flere utdanninger inn i HELSEMOD?

TEMA:	INNSPILL:
(Teknologisk) utvikling	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvtesting – mer behov for spesialister • Mer avansert spesialisert behandling • Politiske trender <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satsning på teknologi – velferdsteknologi. Behov for kompetanse for oppfølging og tilrettelegging.
Samhandling	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Departementene må samhandle/kommunisere • Dårligere dialog kommune – politikere har ansvar • Praksisplasser – riktig dimensjonering og veiledning. • Samhandling – mellom mange aktører. Hva skal fokuset være her? <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tettere samarbeid mellom helse- og utdanningssektor (praksis) • Tettere kontakt mellom arbeidslivet, helsemyndigheter og utdanningsmyndigheter. Samarbeid. • Nærere samarbeid mellom HOD og KD. • Tverrfaglighet
Ledelse	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God og systematisk kompetanseplanlegging – utfordrende. Plassere ansvar i ledelse. • Behov for felles metodikk, kompetanseledelsesverktøy, systemstøtte • Ledelse i kommunehelsetjenesten – dårlig. <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre organisering – ledelsesansvar • Leders ansvar for videreutdanning/kompetanseheving av personell • Lederrollen – ansvar, oversikt og planlegging

TEMA:	INNSPILL:
Personell	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesialsykepleiere - undersøkelse/kartlegging av spesialsykepleiere i tjenestene. Behov i tjenestene framover? Utdanningskapasitet? Utfordrende med statistikk her. • Behov for ergoterapeuter - hverdagsrehabilitering • Aktivitører - viktig for rehab./habiliteringsfokus • Innleie av spesialpersonell - fra land som har en annen utdanning enn i Norge - Kvalitetsutfordringer. • Pakkeforløp på kreftområdet - påvirker kompetansekrav og personellgrupper. Etterspørsel av radiografer. • Høy alderssammensetning i mange personellgrupper • Helsefagarbeidere - mye bra i Kompetanseløftet 2015, men hva skjer etter det? • Helsefremmende aktivitet - antall aktivitørstudieplasser går ned. • Høyt sykefravær • Innvandring - kvalitet? • Ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser (sykepleiere) <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsesekretærer - kontorfaglig kompetanse. Kan avlaste mye personell og øke kvalitet for en del oppgaver, spesielt på sykehus • Arbeide med å få personellet til å stå i jobb lenger • Ikke se oss blinde på de store gruppene.
Kompetansebehov	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesialisert kompetanse en utfordring - behov, høyt aldersgjennomsnitt (leger, spesialsykepleiere) • Behov for annen kompetanse - må tenke nytt rundt kompetanse • Behov for spesialistkompetanse - mer spissede oppgaver • Høy andel ufaglærte • Forebyggende (mindre enn reparerende) helsearbeid - fokus <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gode, solide kompetanseplaner • Veiledningskompetanse - praksis

TEMA:	INNSPILL:
Utdanning	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praksisplasser – hovedutfordring i samtlige utdanninger • Praksisplasser i kommunene • Harmonisere utdanningene • Dialog mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene • Veiledningskompetanse i praksisfeltet <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre dialog mellom UH-sektoren og tjenestene • Rehabiliteringskompetanse inn i utdanningene • Tverrfaglighet – må bli fokus i utdanningene • Øke utdanningskapasitet • Behov for endringer i utdanningsløpet. Rammeplaner barriere – behov for endring – bedre i forskriftsform. Gjør det lettere å samarbeide med utdanningsinstitusjonene • Tettere dialog – utdanningsmyndigheter og helsemyndigheter. • Bedre styring av utdanningstilbud • Etter- og videreutdanningstilbud for alle • Mindre rigide krav til praksisplasser • Utvidet ansvar hos kommunene til å utdanne – praksisplasser her. Lovansvar og finansiering for kommunene. Mer personell skal jobbe i kommunene og må derfor også ha praksis i kommunene.
Spesialisthelse-tjenesten	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asymmetri spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitet i spesialisthelsetjenesten – mindre personell her?

TEMA:	INNSPILL:
Primærhelse-tjenesten	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidlig intervensjon – selvhjulpenhet • Hjelpeavhengighet – sprenger kapasitet • Primærhelsemeldingen – ønske om at flere behandles i primærhelsetjenesten. Mer avanserte behandlinger her. • Ikke flinke til å forebygge • Rammer og ressurser til forebygging • For lite kunnskap om kommunehelsetjenesten, om kompetansefordeling, ventelister. • Behov for kartleggingsarbeid. Viktig med prioritering. • Behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten for fysioterapeuter. • Mer avansert behandling etter samhandlingsreformen. <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabiliteringskompetanse i kommune – trening i dagliglivet • Tilrettelegge for selvstendighet • Hverdagsrehabilitering – tidlig innsats er viktig! Primært rettet mot eldre. • Psykisk helse – viktig med tidlig intervensjon • Mer ergoterapeuter inn i kommunehelsetjenesten – viktig kompetanse – mangel • Primærhelsemeldingen – ønske om at flere behandles i primærhelsetjenesten. Mer avanserte behandlinger her. • Omdømmearbeid i kommunene – skape attraktive arbeidsplasser • Styrke fagmiljøene i kommunene • Hverdagsrehabiliteringsteam (KS har nylig fått en rapport fra Først og Høverstad som viser resultater så langt) • Jobbe smartere i kommunen med mer tverrfaglige tjenester og annen kompetanseprofil • Tidlig intervensjon og rehabilitering med mestring av hverdagsutfordringer
Arbeidstid	<p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mye deltidsarbeid som er frivillig – årsaker? • Høy arbeidstid for leger

TEMA:	INNSPILL:
Annet	<ul style="list-style-type: none">• Se til gode eksempler - hvor fungerer det?• Endringsvilje - tenke nytt• Regjeringens planer for fremtidig kapasitet?• Se kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng• Oppgavedeling og tverrfaglighet.• Innovasjon• Ulikt fokus på løsninger - behov for felles virkelighetsforståelse.• Ulik problemforståelse. Prioriterer vi riktig?• Ikke bare utdanne flere - jobbe smartere.• Pasienten i fokus!• Maksimere/bedre bruken av allerede tilgjengelige ressurser og kompetanse• Tanker og refleksjoner: Hva er behovet? Hvem definerer det?• Planlegging er veldig viktig for det reelle behovet.

Skriftlig innspill fra KS:

Spørsmål 1: Hva er de viktigste utfordringene tjenestene og befolkningen nå står overfor vedrørende tilstrekkelig personell med rett kompetanse? -Hvilke mulige løsninger kan man tenke seg?

KS har ved flere anledninger gitt innspill til hvilke utfordringer som er de viktigste når det gjelder å skaffe tilstrekkelig personell med rett kompetanse. Det anses derfor som uhensiktsmessig å gjenta alt, og det blir derfor henvist til tidligere innspill og publikasjoner. Vi vil likevel prøve å oppsummere noen av innspillene. Det er viktig å påpeke at KS kun tar utgangspunkt i de tjenestene som produseres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Oppgavefordeling¹

Kommunene står ovenfor store utfordringer når de skal fremskaffe tilstrekkelig kompetent personale i helse- og omsorgssektoren. Det er derfor et behov for bedre utnyttelse av eksisterende personell og andre ressurser, samt for ny rekruttering. Målet med ny oppgavefordeling i helsetjenesten er bedre bruk av den samlede kompetansen hos de ansatte - til brukerens beste. Uni Research Rokkansenteret har sett på dette i rapporten Ny oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren, utarbeidet for KS. Rapporten er en del av arbeidet med å vise hvordan det å fordele ansvar- og oppgaver på en ny måte mellom personalet kan brukes som et systematisk virkemiddel i møte med morgendagens behov. Da vil de tradisjonelle skillelinjene mellom faggruppene modereres, og kompetansen til de ansatte anvendes på nye og alternative måter.

Hverdagsrehabilitering²

Hverdagsrehabilitering er en ny måte å utføre omsorgsoppgavene for deler av helsetjenesten. Det introduseres i stadig flere kommuner. Støtte til å styrke brukernes mestringsevne er det sentrale elementet. Hverdagsrehabilitering skal bidra til å

endre den tradisjonelle tenkningen i pleie- og omsorgstjenestene. Medarbeiderne i hverdagsrehabilitering besitter ulik kompetanse og erfaring. Fysioterapeutene og ergoterapeutene har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning. De er derfor sentrale og fungerer som motorer for hverdagsrehabilitering. Samtidig er terapeuter ofte mangelfull kompetanse i kommunene. Sykepleiere er viktige fordi de har kompetanse innenfor ernæring, medisiner og andre sykepleiefaglige oppgaver. Hjelpepleiere, helsefagarbeidere og hjemmehjelpere er viktige fordi de har erfaring med å tilrettelegge for dagliglivets gjøremål, som nettopp er det brukerne skal trene på.

Velferd i nytt terreng³

Velferd i nytt terreng er erkjennelsen av at helse- og omsorgssektoren som følge av at det både blir flere yngre og eldre brukere samtidig som det kan bli knapphet på omsorgsarbeidere, ikke kan løse oppgavene alene i årene som kommer. Frivillige og sosiale entreprenører kan være et bidrag til å møte framtidens omsorgsutfordringer og forventet knapphet på helse- og pleiepersonell. Frivillige organisasjoner bidrar med mellom 5 000 og 10 000 årsverk innen pleie og omsorg. Til sammenlikning utgjør antall lønnede årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene rundt 130 000 årsverk. Bidraget fra pårørende utgjør rundt 100 000 årsverk.

Fagopplæring i kommunene⁴

Kommunene tar et gedigent samfunnsansvar ved å ta inn flere lærlinger, men fortsatt er det ikke tilstrekkelig kobling mellom behovet for arbeidskraft og lærlingeinntaket. Lærlingeordningen i kommunal sektor oppfattes ikke bare på en helt annen måte av de lærebedriftene og tjenestestedene som skal praktisere den, men lærlingeordningen arter seg også helt annerledes her enn i privat sektor. En rekke forhold ser ut til å spille sammen og dermed bidra til et slikt resultat:

- Kommunene kobler i liten grad inntak av lærlinger med eget rekrutteringsbehov, men

1 Oppgavefordeling

2 Hverdagsrehabilitering

3 Velferd i nytt terreng

4 Fagopplæring i kommunene

tar et stort samfunnsansvar ved å gi lærlingene god opplæring og oppfølging i disse fagene.

- Lov- og avtaleverk beskytter et tradisjonelt rekrutteringsmønster og hindrer integrering av lærlinger og av nyutdannede fagarbeidere. Stillingsstrukturen i kommunal omsorgssektor - med sterke preg av deltid og midlertidighet - utfordrer også muligheten for kvalifisering av voksne.
- Praksiskandidatordningen bidrar bare med en tredjedel av målsettingen på 3000 kandidater i året i helsearbeiderfaget (i Kompetanseløftet 2015 for pleie og omsorg).

Velferdsteknologi⁵

Bruk av velferdsteknologi stiller kommunene overfor mange muligheter og utfordringer som ligger i skjæringspunktet mellom tjenester, teknologi og brukere. Flere kommuner er i gang med velferdsteknologiprojekter, men teknologi er bare i begrenset grad tatt i bruk i norske kommuner. For å kunne løse framtidige utfordringer må kommunene utvikle nye løsninger, både i organiseringen av tjenestene, den faglige kompetansen og i bruken av ny teknologi. Erfaringer fra forsøksvirksomhet i Norge, så vel som i andre land, viser at velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene kan være et viktig.

Realkompetanse i kommunene⁶

Realkompetanse omfatter all kompetanse en arbeidstaker innehar, uavhengig av om denne er opparbeidet gjennom formell utdanning, lønnet og ulønnet arbeid, organisasjonsmessig virksomhet og familie-/samfunnsliv. Realkompetansevurdering innebærer at også den uformelle kompetansen opparbeidet gjennom erfaring blir dokumentert og anerkjent på linje med dokumentert kompetanse i form av vitnemål fra utdanningsinstitusjoner. Realkompetansevurdering og mulighetene for fagutdanning kan være en viktig kilde for kommuner til å skaffe seg kompetent arbeidskraft. Arbeidstakerne opplever imidlertid mangefartede hindringer mot å ta fagopplæ-

ring. Tid, kostnader og alder går igjen. Deltidsansatte samt de yngste nevner særlig mulighet for nok og relevant praksis. Arbeidstakerne mener derfor at arbeidsgiver bør tilrettelegge for nok praksis og bør gi støtte/oppmuntring/veiledning underveis. Tilrettelegging for fri fra jobb og tilpasset arbeidstid nevnes av mange og særlig de midt-erste aldersgruppene.

Samarbeid mellom kommunesektoren og universitets- og høyskolesektoren⁷

De fleste kommunene har et bredt samarbeid, herunder praksissamarbeid og FoU-samarbeid, med universitets- og høyskolesektoren (UH-sektoren). Både kommunesektoren og UH-sektoren opplever begrenset kapasitet til å drifte og frikjøpe tid til å drifte samarbeid mellom sektorene. Når det gjelder UH-sektoren oppleves det som utfordrende å finne kapasitet til å møte behovet for kompetanseutvikling og for å skreddersy studietilbud til den enkelte kommune, og til å finne tid til å drive FoU-samarbeid med kommunene. Når det gjelder kommunene fremgår det at mangel på midler oppleves som hemmende for å kunne utvikle kompetansen på den måten og i det tempoet de vurderer å ha behov for.

Når det gjelder helse- og sosialutdanningene finnes det ingen direkte kompensasjonsordning, men UH-institusjonene er forpliktet til å frigjøre midler til felles utviklingsprosjekter med praksisfeltet. Prosjektet tyder på at det i stor grad er de største kommunene som deltar i prosjekter finansiert av samarbeidsmidler. Det antydes også at mangel på kapasitet og kompetanse til å utarbeide prosjektsøknad forhindrer kommuner i å delta. Samarbeidsmidler gir gode muligheter for å videreutvikle samarbeidet mellom UH-sektoren og praksisfeltet, men kan ikke regnes som en reell kompensasjonsordning for kommunenes utgifter til praksis. Når det gjelder kommunene som praksisarena for studenter, tyder prosjektet på at gjeldende lovverk tolkes som om kommunene ikke er forpliktet til å ta imot praksisstudenter i helseutdanningene. Sammen med den begrensede kompensasjonsord-

⁵ Velferdsteknologi

⁶ Realkompetanse i kommunene

⁷ Samarbeid mellom kommunesektoren og universitets- og høyskolesektoren

ningen, oppleves dette som en betydelig barriere for å følge opp signalene fra Stortingsmelding nr. 13 (2011-2012) om økt praksis i kommunehelse-tjenesten. Hovedstyret i KS har vedtatt at:

- Kommunesektoren må i større grad benyttes som praksisarena. Det er også viktig at mer av praksisen i kommunene skjer mot slutten av utdanningsløpet.
- Finansiering av veiledet praksis i kommunene må styrkes og overføres direkte til kommunesektoren, ikke bli kanalisert via utdanningsinstitusjonene. Det må foretas kostnadsberegning av veiledet praksis i kommunesektoren.
- Forutsatt tilstrekkelig finansiering kan kommunene få lovfestet ansvar for veiledet praksis på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten.

Annet

KS har ved flere anledning gitt innspill til Stortingsmeldinger og andre statlige initiativ, som f.eks. Stortingsmelding om primærhelsetjenesten og Samhandlingsreformen. Det antas at dette er kjent for den offentlige forvaltningen, og gjentas derfor ikke.

Spørsmål 2: Er dagens tilgjengelige datakilder, statistikk, framskrivninger og rapporter gode nok til å foreta gode analyser og gi gode faglige råd?

KS utarbeider statistikk, analyser og beregningsmodeller med utgangspunkt i lønns- og personaldata fra kommunesektoren. Bruksområde er blant annet konsekvensberegninger ved lønnsoppgjør, analyse av lønns- og stillingsstruktur, sykefraværsomfang og rekrutteringsbehov. Dette er et meget godt datagrunnlag som baserer seg på individdata, og som opererer med både utdanningskoder og Kostrafunksjonskoder for hver stilling. **Datagrunnlaget anses som svært godt for kommunesektoren, og av bedre kvalitet enn det SSB har.** KS utfører i tillegg en årlig spørreundersøkelse blant alle kommuner hvor det spørres om aktuelle arbeidsgiverpolitiske problemstillinger. Nedenfor følger en liste over aktuelle publikasjoner.

[Rekrutteringsbehov i kommunesektoren](#)

[KS arbeidsgivermonitor](#)

[Skodd for framtida \(se også film\)](#)

Kvalitet i tjenestene

KS savner flere indikatorer for kvalitet på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommune- ne har gjennom bedrekommune.no et verktøy for måling av tjenestekvalitet, bruker- og medarbeidertilfredshet. De har også gjennom Effektiviseringsnettverkene et eget verktøy for måling av kvalitet innen ulike tjenesteområder. Vi anser imidlertid ikke verktøyene som fullstendig tilstrekkelige da de baserer seg på subjektive vurderinger. Vi ser det derfor som nødvendig at IPLSOS videreutvikles, i samarbeid med kommunesektoren, slik at utviklingen i tjenestene kan følges på en bedre måte. Det er også nødvendig med en bedre kobling av data mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg 4: Kunnskapsoppsummeringer

En viktig del av prosessen har vært å gjennomgå tidligere publikasjoner, utredninger, forskningsrapporter og politiske dokumenter med henblikk på å få en oversikt over området. Disse er sammenfattet i en tabelloversikt som vist i vedlegg 5. Nedenfor følger sammenfatninger av noen utvalgte publikasjoner.

Pamflett fra Civita: «Har vi råd til fremtiden? Perspektivmeldingens utfordringer»

Pamfletten omtaler utfordringsbildet i Perspektivmeldingen 2013 og skisserer ulike veivalg Norge står overfor for å sikre en økonomisk bærekraftig velferdsstat i fremtiden. Perspektivmeldingen beskriver samfunnsutviklingen og velferdsstatens potensielle utfordringer fram mot 2060 basert på dagens kunnskapsgrunnlag. Pamfletten søker å utvide dette utfordringsbildet for å danne et realistisk bilde på samfunnets utviklingsretning. Meldingens hovedbudskap er at velferdsstaten ikke er bærekraftig og at Norge med dagens velferdsordninger og arbeidsinnsats vil kunne møte betydelige underskudd fram mot 2060.

En utfordring berører den demografiske utviklingen. En aldrende befolkning medfører færre arbeidende og skattebetalende yrkesaktive til å finansiere velferdsstaten. Dette legger betydelig press på helse- og omsorgstjenesten og pensjonssystemet. At vi i tillegg arbeider stadig mindre og kvaliteten på de offentlige tjenestene stadig forbedres er to trender som gir ytterligere finansieringsutfordringer. Muligheten til å finansiere velferdsstaten med midler fra Oljefondet vil bli stadig mindre og fondet er ikke på langt nær stort nok til å dekke fremtidens utgifter. Det norske næringslivets avhengighet av oljesektoren og norsk økonomis avhengighet av en høy oljepris gjør oss sårbare.

Den omfattende offentlige velferdsstaten koster mye. Pamfletten legger til grunn at det er arbeidsinnsatsen og kvalitetsutviklingen til de offentlige tjenestene som betyr mest for utviklingen i Norge. En aldrende befolkning vil gi større etterspørsel i

offentlige helse- og omsorgstjenester og forventninger om økt kvalitet. I tillegg kommer betydningen av utformingen av pensjonssystemet og omstillingen av næringslivet mot en mer miljøvennlig profil og der olje og gass spiller en mindre rolle på inntektssiden.

Pamfletten peker på at Perspektivmeldingen legger til grunn mangelfulle og lite realistiske forutsetninger som kan gjøre utfordringsbildet feilaktig. Meldingen baserer seg på at standarden på offentlige tjenester 2060 vil være den samme som i dag, at dekningsgraden (andel av befolkningen, gitt alder og kjønn, som bor på aldershjem/institusjon eller mottar hjemmetjenester) vil være uendret, og at vi vil klare å opprettholde arbeidsinnsatsen på dagens nivå. Dette hevder forfatteren er lite realistisk gitt de siste tiårs trender.

Konsekvensene for offentlige budsjetter av en årlig kvalitetsvekst i helse- og omsorgstjenesten på én prosent¹ kombinert med en nedgang i den gjennomsnittlige arbeidstiden til seks timer i 2060, vil ifølge Civitas egne beregninger gi et offentlig budsjettunderskudd på rundt 21% av fastlands-BNP i 2060. Det er altså ikke dagens velferdsnivå som skal finansieres i fremtiden. Denne utregningen skiller seg vesentlig fra den i Perspektivmeldingen, som ligger på 6,1%.

En endring i arbeidsinnsats har den største betydningen i å demme opp for disse potensielt kritiske utfordringene. Olje- og gassektoren betyr lite i det lange løp, sammenliknet med utviklingen i fastlandsøkonomien, der de aller fleste arbeider. At vi jobber kortere dager, tar lengre ferier og pensjonerer oss tidligere representerer store utfordringer for bærekraften til velferdsstaten. Det samme gjør det faktum at det til enhver tid er en stor andel på ulike velferdsytelser, som sykepenge, arbeidsavklaringspenge og uføretrygd fra NAV.

1 Den årlige kvalitetsveksten i de par siste tiår har i følge Civita-notatet ligget rundt på 1.5%. Dersom en slik utvikling opprettholdes i kombinasjon med en gradvis redusert arbeidstid til seks timer i 2060 kan budsjettunderskuddet ende på 26% av fastlands-BNP i 2060.

Veksten i sysselsettingen de senere år skyldes blant annet høy arbeidsinnvandring. Til tross for høy sysselsettingsgrad og lav arbeidsledighet i Norge arbeider hver sysselsatte person færre timer enn i de fleste andre land. Norge har både lavere normalarbeidstid og mer fravær tilknyttet permisjoner og sykdom sammenlignet med mange andre land i OECD. Det vi imidlertid redder oss inn på er i følge forfatteren at vi er produktive og derfor får, i snitt, mer igjen for hver time vi arbeider. Likevel har reallønnen siden 2005 økt mer enn produktiviteten slik at vi får betalt mer uten at vi er blitt mer produktive. Vi ligger på et høyt prisnivå på det vi selger og blitt vant til å betale lite for det vi importerer. Høyre/FrP-regjeringen har oppnevnt en produktivitetskomisjon med oppdrag blant annet å analysere produktivitetsutviklingen.

Hvor lenge vi arbeider, hvor lenge vi er pensjonister og hvor mye vi får i pensjon har derfor svært mye å si for en fremtidig bærekraftig velferdsstat. Den store pensjonsreformen i privat sektor som ble vedtatt i 2005 gir større insentiver til å stå lenger i arbeid, ved at størrelsen på pensjonsutbetalingen følger arbeidsinnsatsen: jo lenger en står i jobb, jo større blir pensjonen. En utfordring er imidlertid at ikke offentlig sektor har reformert sitt pensjonssystem og dette er heller ikke noe som legges til grunn at vil skje i Perspektivmeldingen.

Utfordringene som skisseres i pamfletten presiserer forfatteren at både kan og bør gjøres noe med. Vekstfremmende reformer som kan styrke næringslivet kan bestå av å tilrettelegge for et produktivt og konkurransedyktig næringsliv. En mulighet som presenteres i tilknytning til dette er vekstfremmende skattelettelser i en tid der statsbudsjettet fremdeles har overskudd. Dette er også ett av områdene handlingsregelen var tenkt å gjelde for men som ikke ble fulgt opp av Stoltenberg II-regjeringen. Skatteinnkreving generelt kan ha negativ innvirkning på effektiviteten i økonomien. Samtidig finansieres den offentlige sektoren i stor grad med skatter og avgifter. Høsten 2013 nedsatte regjeringen Stoltenberg II et utvalg som skal vurdere bedriftsbeskatningen i lys av internasjonal utvikling. Utredningen ventes ferdig høsten 2014.

Videre er det nødvendig å legge til rette for innovasjon og fremveksten av nye næringer, bedrifter og nye måter å jobbe og produsere varer og tjenester på. På dette området er virkemiddelapparatet uoversiktlig og spredt på for mange ordninger. Snarere enn å være avhengig av bedriftens plassering i landet bør støtten ytes til ideer med størst vekstpotensial. Det er videre behov for reformer i samferdselssektoren der målet bør være å skape større forutsigbarhet og større grad av tilpasning av tidshorisonter for finansieringen.

Endringer i befolkningens fremtidige arbeidsinnsats er i følge forfatteren det viktigste for velferdsstatens bærekraft. En økning kan finne sted ved å maksimere nåværende arbeidsstyrkes kapasitet og få flere inn i arbeidslivet. Arbeidslinjas parole er at det skal lønne seg å arbeide fremfor å motta ytelser. NAVs arbeidsrettede tiltak er modne for en kritisk gjennomgang. På utdanningsområdet peker forfatteren på behovet for endringer i utdanningsløpet, for eksempel ved nedkorting av enkelte løp, økt grad av praksis-teori-kombinasjoner og en større anerkjennelse av bachelorgrad i arbeidslivet.

En utvidet bruk av midlertidige ansettelser senker terskelen for adgang til arbeidslivet og gir arbeidsgivere mer fleksibilitet. Endringer i arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler kan også ha en positiv innvirkning på grad av fleksibilitet i arbeidslivet. Her har regjeringen både foreslått større fleksibilitet i overtidsarbeid, endringer i gjennomsnittsberegningen av arbeidstid og større åpning for søndagsarbeid. I tråd med økt levealder er det i følge forfatteren også fornuftig å justere aldersgrensen for pensjon i arbeidsmiljøloven. Det er et behov for reformering av pensjonssystemet i offentlig sektor, slik at det er lønnsomt å stå lenger i arbeid. Dette vil harmonisere med det reformerte pensjonssystemet i privat sektor.

Et inkluderende arbeidsliv vil også bety at mennesker med lav eller ingen utdanning ikke blir ute-stengt. Innføring av skattefradrag for tjenester i hjemmet, renhold, assistanse og oppussing kan bidra til å gi større arbeidsmuligheter for ufaglærte og gjøre svarte arbeidsplasser hvite. På det inn-

vandringspolitiske området vil det være essensielt med god språkoppklæring i norsk og kartlegging og utnyttelse av utdanning og kompetanse hos innvandrere. Perspektivmeldingen viderefører Brochmann-utvalgets syn på utfordringer og endringsbehov knyttet til innvandring presentert i NOU nr. 7, «Velferd og migrasjon»: insentivene til å arbeide må styrkes, noen velferdsordninger bør endres eller reduseres og ordninger slik som introduksjonsprogrammet bør videreføres. Pamfletten understreker viktigheten av at innvandrere får benyttet sin kompetanse, og fremmer forslag som å fjerne taket på hvor mange faglærte arbeidsinnvandrere som kan komme fra land utenfor EØS, og å innføre et system for forhåndsgodkjenning av bedrifter, slik det er gjort i Sverige.

Det er behov for økt produktivitet og effektivisering av offentlig sektor. Én idé er å analysere beste praksis for ulike oppgaver eller tjenester i offentlig sektor. En kommunereform med formål å skape robuste kommuner kan også gi robuste og gode fagmiljøer. I helse- og omsorgssektoren, der bemanningsbehovet vil øke drastisk de neste femti årene, vil det være nødvendig med en kritisk gjennomgang av arbeidets utførelse og organisering, både med hensyn til arbeidstid, ledelse, oppgaver, effektiviseringspotensial og hvilke oppgaver som kan erstattes av teknologi. En grundig gjennomgang og vurdering av de offentlige utgiftspostene, slik som trygder, pensjoner og utgifter tilknyttet offentlig tjenesteyting kan avdekke store potensielle effektiviseringsgevinster. Pensjonsreform i offentlig sektor er allerede nevnt. Fordi det er en viss sammenheng mellom utformingen av stønadssystemet og det store antallet uføre er det nødvendig med en kritisk vurdering av blant annet sykepengeområdet og sykemeldingspraksisen.

Internasjonalt

OECD - rapport: *Health workforce planning in OECD countries* (Ono m. fl., 2013)

Viktige drivere på tilgang og etterspørsel

OECD-rapporten inneholder et generelt rammeverk med det formål å illustrere hvilke grunnleggende faktorer som bør tas i betraktning når en i

planleggingsøyemed skal vurdere viktige drivere av nåværende og fremtidig tilgang og etterspørsel på helsepersonell. På tilgangssiden beskrives en såkalt «stock-flow»-tilnærming der det skilles det mellom tre ulike variabelgrupper som kan påvirke nåværende og fremtidig tilgang på helsepersonell. Disse er:

- *Inflows* (tilstrømming): Innbefatter uteksaminerte fra medisin- og sykepleieutdanning, utenlandsutdannede helsepersonellimmigranter og personer som returnerer til helsesektoren etter en midlertidig avgang.
- *Outflows* (avgang): Innbefatter personer som enten forlater helsesektoren for å arbeide i andre sektorer eller forlater arbeidet fullstendig, helseprofesjoner som emigrerer og personer som går ut i pensjon.
- *Personellbeholdningen* kan måles i antall hoder eller utfra fulltidsekvivalenter (FTE). FTE hevdes å være en bedre måleenhet da den kan justeres for arbeidstid og deltidsarbeid. Ulempene er at det behøves detaljert data på arbeidstid (eller annet aktivitetsmåleenhet), hvilket ikke nødvendigvis er lett tilgjengelig for alle helsearbeidere.

På etterspørselssiden fremmes en rekke faktorer som kan påvirke nåværende og fremtidig etterspørsel av helsepersonell. Her skilles det mellom fem sentrale drivere:

- 1) *Demografi* omfatter størrelse og struktur på befolkning utfra alder og kjønn. Demografiske forandringer over tid reflekter virkningen av endringer i fødselsrater og dødsrater, i tillegg til migrasjonsendringer.
- 2) *Sykdomsbilde* (morbiditet) referer til sykdoms- og skadeforekomst. Dette regnes som nøkkeldriveren til etterspørsel av helsetjenester. Forandringer over tid reflekterer endringer ved sykdommers belastning som igjen kan knyttes til endringer i risikofaktorer.
- 3) *Utnyttelse av helsetjenester* handler om ulike befolkningsgruppers bruk av tjenester. En enkel disaggregering er etter kjønn og alder, mens en mer detaljert modell kan videre disaggregere etter tjenesteområde (primær-

helsetjenesten, sykehus mm.) eller etter sykdom og sosioøkonomisk gruppe.

- 4) *Modeller for tjenesteyting* referer til arbeidsorganiseringen og ulike tjenesteyteres roller og ansvar i primærhelsetjenesten, sykehus og pleie- og omsorgstjenesten. Ulike måter å organisere på involverer ulikt antall og ulik sammensetning av tjenesteytere.
- 5) *BNP og vekst i helseøkonomi* vil på generelt grunnlag påvirke tilgjengeligheten av offentlige og private ressurser for finansiering av helsetjenester, samt etterspørselen etter helsetjenester og - arbeidere.

Nærmere om drivere av tilgang og etterspørsel

Drivere av tilgang

Inflows (tilstrømming)

- Utdanning

Utdanningssystemet utgjør en av de viktigste drivere for tilstrømming av arbeidskraft. I framskrivningsmodeller integreres nyutdannede helseprofesjoner enten i starten av profesjonsutdanningen, ved uteksaminering og/eller etter å ha fått lisens eller blitt medlem av fagforening. Utdanningsprogrammer kan brukes som måleenhet for fremtidig tilstrømming fra utdanningssystemet til arbeidsmarkedet. Dette kan eksempelvis dreie seg om framskrivninger av fremtidig tilgang basert på nåværende og planlagt opptatte til medisinstudiet (Japan). Å ta utgangspunkt i antall opptatte til medisinstudiet for beregne antallet nyutdannede seks år fremover er regnet som en god beregningsmetode da inntaket til medisinstudiet generelt er svært kompetitivt og antallet som faller fra eller stryker avsluttende eksamen for lisens er relativt lavt. En annen tilnærming er å ta i betraktning antallet nyutdannede eller ny-lisensierte helseprofesjoner. En tredje tilnærming går ut på å analysere utdannings- og opplæringsløp på et dypere nivå. Dette er særlig nyttig der det er et betydelig antall som ikke fullfører graden de har startet på. De fleste framskrivningsmodeller baserer antakelser på en «status quo», at nåværende stu-

dentinntak eller uteksamineringsrater holder seg konstant i framskrivningsperioden.

- Immigrasjon

Immigrasjon av helsearbeidere fra andre land utgjør en annen viktig driver av tilgang på arbeidskraft. I lys av Verdens Helseorganisasjons 2010 globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell har imidlertid alle land blitt oppfordret til å forbedre planleggingen av arbeidskraft på helseområdet og avstå fra aktiv rekruttering av helsepersonell fra land som opplever kritisk mangel på helsepersonell (Helsedirektoratet, 2010). Ulike modeller har ulike tilnærminger for håndtering av immigrasjonstilstrømming avhengig av barrierene for helsepersonellmobilitet. For å kunne vurdere hvor mye utdanningskapasiteten må økes for å kompensere for redusert avhengighet av utenlandske helsearbeidere, tar eksempelvis Health Workforce Australia utgangspunkt i tre ulike immigrasjonsscenarioer.

Outflows (utgang)

- Pensjon

Pensjon er regnet som en nøkkelfaktor for avgang og noe samtlige modeller i rapporten tar i betraktning. De underliggende forutsetningene og antakelsene om pensjonsatferd og i hvilken grad pensjonsmønstrene til leger og sykepleiere er sofistikert modellert varierer imidlertid fra modell til modell. En vanlig antakelse er at leger og sykepleiere avtrer ved landets standard pensjonsalder. I HELSEMOD beregnes ikke pensjonering direkte, men fastslås indirekte ved at det blir stadig synkende yrkesdeltakelse og arbeidstid ved en viss alder for hvert alderstrinn (Roksvaag og Texmon, 2012). Modellen forutsetter en pensjonsalder på 67 år. Det viser seg likevel i mange land at pensjonsmønstre er betydelig mer komplekse enn nevnte vanlige forutsetning. Et betydelig antall leger, særskilt privatpraktiserende eller selvstendig næringsdrivende arbeider utover den offisielle pensjonsalderen. I Nederland estimeres eksempelvis pensjonsmønstre fra legespesiale ved å bruke nasjonal registerdata, der modellen tar i betraktning at noen leger forsetter sitt arbeid utover standard pensjonsalder for å estimere omfanget i

avgang de neste 5, 10, 15 og 20 årene (ACMMP, 2010).

- Retensjons- og slitasjerater

De fleste modeller tar i betraktning at noen helsearbeidere avtrer av ulike grunner før de når pensjonsalder. Dette er spesielt relevant med hensyn til analyser av sykepleietilgang, ettersom slitasjeratene for denne yrkesgruppen er høye i mange land.

- Kombinerte avgangsrater

Flere modeller skiller ikke mellom ulike årsaker til at helsepersonell forlater sin yrkesvirksomhet på ulike stadier i livet (f.eks. karrieremessig reorientering, pensjon, emigrasjon mm.). I stedet benyttes tilgjengelig data for avgang etter alder og kjønn.

Personellbeholdning (antall hoder og FTE)

De fleste framskrivningsmodeller forsøker å måle både antall hoder og antall fulltidsekvivalenter i vurderingen av nåværende og fremtidig tilgang til helsepersonell. Fordi FTE tar hensyn til tjenesteyteres arbeidstid så gir konverteringen til FTE helt klart et mer presist mål av nåværende og fremtidig tilgang til arbeidskraft. I en del land er det imidlertid ofte vanskelig å måle FTE presist på grunn av data på den vanlige arbeidstiden for ulike yrkeskategorier har «hull». Videre kan definisjonen på «full-tid» variere. Noen framskrivningsmodeller inkluderer ulike forutsetninger om fremtidige arbeidstidstrender. Antakelser om fremtidig arbeidstid kan i enkelte tilfeller tolkes som et produktivitetsmål (definert som output per ansatt). Noen planleggingsmodeller antar at produksjonsvekst kan hjelpe til med å utfylle gapet mellom fremtidig tilgang og etterspørsel av helsepersonell. Produksjonskonseptet kan imidlertid være klarer i teorien enn i praksis. I helsesektoren kan ansatte produksjon utgjøre relasjonen mellom input-omfanget (f.eks. antall leger i sykehus) og output-omfanget (f.eks. antall legekonsultasjoner). Det kan helt enkelt skiller mellom to overordnede kilder til produksjonsvekst knyttet til arbeidskraft:

- *«Arbeide smartere»*: betyr at den ansatte evner å produsere flere outputs per tidsenhet (f.eks. per time) på bakgrunn av eksempelvis mer erfaring eller bedre og mer inngående opplæring, bedre organisering eller teknologiske fremskritt.
- *«Arbeide lengre»*: betyr at den ansatte evner å produsere flere outputs i løpet av en bestemt periode (f.eks. én dag) på grunnlag av lengere arbeidstid.

I framskrivningsmodeller kommer førstnevnte til syne som redusert etterspørsel, fordi det er behov for et mindre antall ansatte for å yte tjenester for et bestemt nivå. Sistnevnte kommer til syne som en økning i tilgang, som et større antall arbeidstimer og FTE. Måling av produksjon og mulig vekst i helsetjenesten kompliseres imidlertid av at mange outputs krever flere enn én input.

Drivere av etterspørsel

Etterspørselssiden i framskrivningsmodeller er mer kompleks og vanskeligere å framskrive enn tilgangssiden, fordi det er et betydelig større antall potensielle faktorer som kan komme til å påvirke den fremtidige etterspørselen etter helsetjenester. Det er mye usikkerhet knyttet til de fleste av disse faktorene. Her kan det skiller mellom minst fem ulike tilnærminger til å modellere etterspørselssiden:

- 1) *Befolkningsstørrelse*: Alle modeller som er vurdert i rapporten tar i betraktning framskrevne endringer i befolkningsstørrelse for å vurdere fremtidig etterspørsel etter helsetjenester. Å estimere fremtidig etterspørsel på grunnlag av forholdet mellom helsearbeidere og befolkningen, der forandringer i befolkningsstørrelse utgjør den eneste driveren, er den mest grunnleggende tilnærmingen. Modeller som tar dette i betraktning som eneste indikator på endringer i etterspørsel kan ofte ikke gi et tydelig svar på hva som er et tilfredsstillende lege-befolkningsforhold eller sykepleier-befolkningsforhold med mindre ytterligere informasjon om nåværende eller fremtidig ubalanse (mangel eller overskudd) tas i betraktning.

- 2) *Nåværende bruk av helsetjenester*: Fremtidig etterspørsel kan estimeres ved å se på effekter av endringer i befolkningsstrukturen. En vanlig tilnærming er å basere seg på informasjon om nåværende bruk av helsetjenester blant ulike kjønns- og aldersgrupper og oversette disse ratene til arbeidskraftsbehov. Det forutsettes da at bruksratene/bruksmønstrene utfra alder og kjønn og de relaterte arbeidskraftsbehovene vil være konstante i hele framskrivingsperioden. Modeller som inkluderer dette forutsetter at endringer i etterspørsel etter helsearbeidere drives av endringer i befolkningsstørrelse og -struktur (aldrende befolkning).
- 3) *Endringer i bruksmønstre*: I tillegg til eller i stedet for å forutsette konstante bruksverdier/-rater over tid er det flere modeller som inkorporerer mulige endringer i etterspørsel ved å ta i bruk ulike metoder. Her er det mulig å skille mellom to ulike tilnærminger:
- Tilnærming basert på bruk
 - Tilnærming basert på behov

Hovedforskjellen mellom disse er at det kan være avstander mellom bruk og behov for helsetjenester. I begge tilnærminger er endring i befolkningshelsen (morbiditet/sykdomsbilde) en faktor som vanligvis inkluderes i modeller der det vurderes mulige endringer i etterspørsel, bruk eller behov for helsetjenester. Dette involverer vanligvis å se til tidligere trender på helserisikofaktorer og utbredelsen av ulike sykdommer utfra alder og kjønn, og anta at disse trendene enten vil fortsette i fremtiden eller at de vil stabilisere seg. Tilgjengelig data komplementeres gjerne av ekspertkonsultasjoner for bedre kunnskap om sannsynlige fremtidige sykdomsscenarioer. Da det både eksisterer en rekke risikofaktorer på helseområdet, i tillegg til et betydelig antall sykdommer, fordrer denne tilnærmingen tilgang til en betydelig mengde informasjon, enten fra administrative kilder, sykdomsregistre og/eller befolknings surveys. Som følger av dette ender mange modeller opp med å bygge helsepersonellplanlegging på den enkle forutsetningen om en viss reduksjon eller økning i sykkelighet i befolkningen.

Et eksempel på denne tilnærmingen er fra Nederland der tas bruk av data på trender i sykdomsutbredelse samt ekspertvurderinger om sosiokulturell utvikling for å inkorporere mulige fremtidige endringer i befolkningens helsetilstand i framskrivningsmodellen.

Noen land har også utviklet *behovsbaserte* modeller. Disse går forbi forutsetningen om at nåværende tall på helsetjenestebruk er akseptable og bør derfor holdes konstante over tid, til i stedet å vurdere nåværende gap mellom bruk og helsetjenestebehov ved å bruke informasjon om udekkede behov fra eksempelvis befolkningsbaserte surveys. Alternativt kan det brukes evidensbasert kunnskap om gap mellom nåværende bruk og anbefalt bruk i lys av eksisterende kliniske retningslinjer. Selv om en slik behovsbasert tilnærming gjør det mulig å identifisere mulig «overbruk» av enkelte helsetjenester, så er det i stedet en tendens til fokus på «underbruk» av tjenester, som igjen knyttes til en under-forsyning av enkelte tjenesteytere.

4) *Modeller for tjenesteyting*: En fjerde tilnærming forsøker å estimere hva slags innvirkninger mulige forandringer i tjenesteytingsmodeller kan ha på fremtidig etterspørsel av helsepersonell. Enhver reorganisering av tjenesteyting kan forventes å ha innvirkning på helsepersonellbehov og fordrer nye antall og ny sammensetning av tjenesteytere. En slik modell fordrer plausible forutsetninger om fremtidig retning og omfang av reformer. I norsk kontekst er Samhandlingsreformen en særlig relevant driver på etterspørselssiden (Roksvaag og Texmon, 2012). For å fange opp endringer som følge av denne reformen, samt nytt lovverk, er reformforutsetningene innarbeidet i HELSEMOD.

5) *BNP og vekst i helseøkonomi*: Gjennom økte offentlige og private ressurser til å betale for tjenestene er økonomisk vekst en sannsynlig driver av fremtidig etterspørsel på helsetjenester og helsepersonell. Et fåtall land, deriblant Norge, har inkorporert en økonomisk komponent i sine framskrivningsmodeller. I HELSEMOD antas det at økonomisk vekst kan

gi forventninger om og muligheter for utvidelser i tjenestetilbudet, utover det som følger av den demografiske utviklingen (Roksvaag og Texmon, 2012). Politiske prioriteringer vil i betydelig grad avgjøre veksten i helse og sosialsektoren i framskrivingsperioden.

OECD Skills Strategy - En kompetansestrategi for fremtidens Norge

I begynnelsen av 2013 initierte OECD et tett samarbeidsprosjekt med Norge om utviklingen av en fremtidsrettet og effektiv kompetansepolitisk strategi i Norge. Prosjektet, kalt Skills Strategy, er et samarbeid mellom Arbeids- og sosialdepartementet, Finansdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet, og er koordinert av Kunnskapsdepartementet. Norge er det første av OECDs medlemsland som har undertegnet avtalen med OECD om Skills Strategy. Prosjektets formål har vært å vurdere strategisk Norges nasjonale kompetansepolitikk og hvordan befolkningens kompetanse forvaltes. Det har vært viktig å skape en felles visjon for Norges kompetansesystem, felles forståelse for Norges utfordringer og prioriteringer og en bred involvering av interessenter for forslag til handling. Analysen har sirkulert rundt tre problemstillinger som utgjør det analytiske rammeverket til Skills Strategy:

1. Utvikler vi nok og riktig kompetanse?
2. Bruker vi den tilgjengelige kompetansen i arbeidslivet godt nok?
3. Kan den norske kompetansepolitikken forbedres?

OECD publiserte i februar 2014 OECD rapporten «OECD Skills Strategy Diagnostic Report²» Rapporten presenterer 12³ sentrale kompetansepolitiske utfordringer for Norge identifiserte på grunnlag av en serie interaktive diagnostiske workshops i løpet av 2013 med et bredt utvalg sentrale og lo-

kale aktører og organisasjoner innenfor norsk kompetansepolitikk. Rapporten bygger også på OECDs komparative analyser og data for å illustrere kompetanseutfordringene, og fremmer policy-eksempler fra andre land på hvordan liknende kompetanseutfordringer kan håndteres. I september 2014 ble prosjektets sluttrapport, «OECD Skills Strategy Action Report⁴», offentliggjort. Denne inneholder OECDs anbefalinger til hvordan Norge mer effektivt og målrettet kan utvikle og ta i bruk befolkningens kompetanse i tiden fremover. Rapporten legger særskilt vekt på fem tiltak for iverksettelse.

OECDs hovedbudskap er at Norge ikke evner å nyttiggjøre seg tilstrekkelig av befolkningens kompetanse, til tross for gode forutsetninger. Det er en utfordring at det både mangler høykompetent og yrkesspesialisert arbeidskraft på noen områder, mens det på samme tid finnes relativt store grupper med svake grunnleggende ferdigheter. En årsak til dette er ifølge OECD mangel på målrettet innsats som følger av utilstrekkelig koordinert ansvar og tiltak.

Anbefalingene og vurderingene OECD fremmer i sluttrapporten, bygger som foregående rapport på innspill fra et bredt spekter interessenter og aktører innenfor norsk kompetansepolitikk, i tillegg til komparative analyser og data fra OECD. Helt overordnet anbefaler OECD å utforme en kompetansestrategi som omfatter alle de største utfordringene på tvers av sektormyndigheter og forvaltningsnivåer. Aktørene og interessentene i prosjektet valgte å fokusere på 3 prioriterte handlingsområder som gjensidig påvirker hverandre og som strekker seg over de 12 utfordringene:

1. Forbedre effektiviteten på kompetansesystemet. Dette innebærer å bygge sterke partnerskap på tvers av sektorer og forvaltningsnivå og sikre effektiv styring av disse.
2. Håndtere ubalanse i befolkningens kompetansesammensetning og skape sterkere forbindelse mellom kompetanseutvikling (tilgang) og kompetansebehov (etterspørsel).

2 Se <http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Internasjonal/UNESCO/NorwayDiagnosticReportCorrectedVersion.pdf>

3 Les nærmere om utfordringene her: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/livslang-laring/Nyheter/diagnose-av-den-norske-kompetansepolitik.html?id=751466>

4 Se http://skills.oecd.org/developskills/documents/OECD_Skills_Strategy_Action_Report_Norway.pdf

3. Styrke utdanning og opplæring av voksne med lav kompetanse. Dette er nødvendig for å sikre aktivt medborgerskap og samfunnsdeltakelse, samt for å beholde arbeidskraft.

OECD anbefaler Norge å iverksette følgende fem hovedtiltak:

1. *Utvikle en nasjonal kompetansestrategi på tvers av tradisjonelle etats- og sektorskiller og forvaltningsnivåer.* Dette innebærer en helhetlig forvaltnings- og finansieringstilnærming, og å sette klare del- og endemål, milepæler og indikatorer. Særlig viktig er det å involvere alle parter og interessenter og ta i bruk deres ekspertise
2. *Utarbeide en nasjonal handlingsplan for etter- og videreutdanning.* Dette handler om å legge til rette for effektiv og fleksibel utdannings- og opplæringsmuligheter for alle mennesker, uavhengig av status på arbeidsmarkedet. Eksisterende policy og programmer for etter- og videreutdanning, slik som Basiskompetanse i arbeidslivet (BKA) må gjennomgås og gjøres mer fleksible og samarbeidet mellom høyere utdanningsinstitusjoner og opplæringsinstitusjoner for voksne, og arbeidsgivere må styrkes.
3. *Styrke sammenhengen mellom utviklingen av kompetanse og økonomisk vekst.* Kompetanseutvikling må følge samfunnsmessige og økonomiske behov, hvilket betyr økt satsning og tilgang på kompetanse knyttet til fag som matematikk, ingeniørvitenskap, informatikk og teknologi, samt entreprenørvirksomhet.
4. *Utvikle et helhetlig system for karriereveiledning som promoterer livslang læring.* Et slikt system må nå ut til store og sammensatte grupper, slik som studenter, voksne med lav kompetanse, personer med innvandringsbakgrunn og personer som ønsker en faglig reorientering.
5. *Styrke insentivene, både finansielle og ikke-finansielle, for at flere skal jobbe i yrker med mangel på arbeidskraft.* Helse- og omsorgssektoren møter stadig større udekkede personell- og kompetansebehov.

Vedlegg 5: Publikasjonsoversikt/ kunnskapsgrunnlag, utfordringer og mål for personell, utdanning, spesialisering, kompetanse

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Stortingsmelding 9 (2012-2013)</u> <u>Èn innbygger - èn journal</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Helsepersonell påpeker at de teknologiske mulighetene i IKT-systemene ikke utnyttes godt nok. Papir preger fremdeles mye av hverdagen i helse- og omsorgstjenestene selv om standarder for informasjonsutveksling er utviklet - IKT-utviklingen går for tregt. Økende forventning fra innbyggerne om kontakt med tjenesten via digitale tjenester. Rapporteringer til ulike registre er i liten grad en integrert del av de vanlige arbeidsprosesser. Mange aktører som forholder seg til ulike styringslinjer gjør det krevende å få til en nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen. Lav endringsevne. Mange enkeltstående systemer, lite integrasjon og hensyn til samhandling og oppgavefordeling.</p> <p>MÅL:</p> <p>Rask, enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger for helsepersonell. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Behov for kompetanseheving og utdanning for å sikre en bedre forståelse og bruk av IKT.</p> <p>Behov for kunnskap om velferdsteknologiens muligheter i alle profesjoner. Dette bør inngå i fagutdanningene, og intern opplæring må gis når teknologi tas i bruk. Teknologi muliggjør at pasienter innenfor både somatikk og psykiatri kan behandles der de er, og få tilgang til spesialistkompetanse uavhengig av sted. F.eks. hjemmebasert dialyse. Spesialister ved store sykehus kan følge opp pasienter i distriktene hyppigere ved hjelp av videokonferanse.</p> <p>Innhente kvalifiserte medisinske råd på distanse i sanntid, behandlingsteam, et «virtuelt team».</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Stortingsmelding 10 (2012 - 2013):</u> <u>God kvalitet - trygge tjenester</u></p>	<p>UTFORDRINGER:</p> <p>Utilstrekkelig kunnskap om kvalitet og sikkerhet i tjenesten. Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse for fremtidens tjenesteutfordringer. Behov for mer tverrfaglighet. Mangelfull opplæring av helsepersonell i blant annet pasientadministrativt arbeid og legemiddelhåndtering. Mangelfulle kunnskaper om myndighetskrav. Utfordringer med dagens autorisasjonsprosess for helsepersonell.</p> <p>MÅL: Tilrettelegging for systematisk opplæring av ansatte gjennom tverrfaglig erfaringsutveksling, øvelse og refleksjon over praksis.</p> <p>Økende oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet. Utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten. Forbedringskompetanse. Bedre kompetanse på kommunikasjon og samarbeid på tvers av tjenestenivåer og sektorer.</p> <p>Stimulere til utvikling av arenaer og nettverk for læring. Utdanningstilbud som vil bidra til å bedre kvalitet og pasientsikkerhet på tverrfaglige områder. Bedre autorisasjonsprosessen for og styrke kravene til helsepersonell fra land utenfor EØS-området.</p> <p>Prioritere forskning som er relevant for tjenesten,</p> <p>bli bedre til å ta i bruk ny kunnskap, ta i bruk forskning som redskap i planlegging og kvalitetssikring, og utnytte pasientnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedring. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nye arbeidsrutiner og måter å levere tjenester på. Tjenestenes behov for kompetanse skal være utgangspunkt for å utforme innholdet i utdanningene. Innholdet i grunnutdanningene fornyes og kvaliteten på praksisutdanningene styrkes. Bedre kompetanse på helhetstenkning, systemforståelse, ledelse og organisasjonsutvikling.</p> <p>Undervisning i metoder for systematisk kvalitetsarbeid skal inkluderes som en del av alle grunn-, videre- og etterutdanninger for helse- og omsorgspersonell. Vurdere nye krav til spesialistkompetanse i tråd med ny teknologi, medisinskfaglig utvikling, demografisk utvikling og organisatoriske endringer.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p>Stortingsmelding 13: Utdanning for velferd. Samspill i praksis</p>	<p>UTFORDRINGER: Tilstrekkelig tilgang på personell, både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for de fremtidige helse-, velferds- og omsorgstjenestene. Antatt fremtidig mangel på helsepersonell med fagbrev (helsefagarbeidere) til å ta seg av den aldrende delen av befolkningen. Et betydelig frafall fra yrkesfag i helse- og sosialfag i videregående skole. Høy andel av deltidsarbeid, høyt sykefravær og frafall fra arbeidslivet, samt en relativt høy andel ufaglærte, særlig i den kommunale omsorgssektoren. Et flerkulturelt samfunn stiller nye krav til faglige og pedagogiske tilnæringsmåter både i utdanningssystemet og i tjenestene. I spesialisthelsetjenesten vil det skje en ytterligere spesialisering. Isolert fagkunnskap i utdanningene.</p> <p>MÅL: Økt vekt på helsefremmende arbeid, forebygging og tidlig intervensjon, tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet, habilitering og rehabilitering, brukernær hjelp, og helhetlig tjenestetilbud. Redusere andel ufaglærte i omsorgstjenesten. Større faglig bredde med økt vekt på tverrfaglighet. En helhetlig tilnærming, samarbeid og samhandling på tvers av faggrupper, profesjoner, tjenester, forvaltningsnivåer og sektorer. Utvikle samspill, nye arbeidsformer og fleksibelt samarbeid (f.eks. oppgaveglidning) mellom utdanningsnivåene, slik som mellom yrkesgrupper innenfor samme fagfelt og på tvers av profesjonsgrenser. Kombinere fagkompetanse med en bredere systemforståelse. Endre tilnærming i tråd med endring i brukerbehov, -forhold og -krav. Endre utdanningene i tråd med nye arbeidsmåter og nytt fokus. Iverksette konkrete tiltak for samtlige utdanningsnivåer. Bedre samsvar mellom utdanninger og fremtidens kompetansebehov og bedre kvalitet i tjenestene. Utvikle nært samspill mellom forskning, utdanning og arbeidsliv og bygge videre på dagens samarbeidsformer. Integrere utdanningene og få dem til å speile målene til NAV-reformen og samhandlingsreformen. Orienterere medisinstudenter mer mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvikle felles velferdsfaglig kompetanseplattform og tverrprofesjonell samarbeidslæring. Tettere samarbeid mellom praksis og yrkesfelt. Et generelt høyere utdanningsnivå i tjenestene der utdanningsgruppene besitter komplementære kompetanser. Integrere faglig og profesjonell kompetanse med en helhetsforståelse av rammene for tjenesteutøvelsen, breddekunnskap om velferdssystemet, og utviklings-, kommunikasjons- og samarbeidskompetanse. Syn på kompetanse som evnen til å ta i bruk ny kunnskap, til kritisk tenkning og refleksjon og til å søke samarbeid med og vurderinger fra andre yrkesgrupper. Behov for mer teknisk kompetanse i den kommunale omsorgssektoren. Fokus på kunnskapsbasert tjenesteutøvelse, praksisrettet forskning og innovasjon.</p> <p>Helhetlig kompetansesammensetning av personell Sterkere felles kunnskapsbasis blant medarbeiderne, bl.a. lov- og regelverk, flerkulturell forståelse, brukerorientering og IKT. Utvikle kunnskap om IKT-sikkerhet og personvern.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Stortingsmelding 16 (2011-2015)</u></p> <p><u>Nasjonal helse- og omsorgsplan</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Antatt fremtidig mangel på personell i den kommunale helse- og omsorgstjenestene, da særskilt helsefagarbeidere og sykepleiere. Spesialisthelsetjenesten kan også tenkes å møte liknende utfordringer. En særskilt utfordring er frafall fra helsefagarbeiderutdanningen videregående skole.</p> <p>MÅL: En sterkere rekruttering av personer til denne helsefagarbeiderutdanningen. En øking av andelen med høyskoleutdanning. En økning i rekrutteringen til mindre attraktive legespesialiteter. Sikre god kapasitet og fordeling av helsepersonell landet over. Arbeide for god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving for bærekraftig utvikling i sektoren og oppnåelse av samhandlingsreformens mål. Det blir nødvendig med nye kompetansekrav. Utdanning og opplæring av personell må tilpasses målene i samhandlingsreformen. Styrke kapasitet og fremtidsrettet kompetanseutvikling i tråd med tjenestenes mål og sikre god utnyttelse av personellressursene i helse- omsorgstjenesten. Større vekt på tverrfaglighet og nytenkning rundt fordeling og bruk av kompetanse. Gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene, som er et viktig kriterium for god samhandling. Utvikle kompetanse innen rehabilitering, tverrsektorielt helsearbeid, tidlig intervensjon, forebygging og innen rus og mental helse. En tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning gjennom Kompetanseløftet. Aktivt arbeid med ledelse, lederutvikling og strategisk kompetanseutvikling med fokus på å rekruttere, utvikle og beholde helse- og omsorgspersonell. Dimensjonere og utforme alle utdanninger, uavhengig av nivå, i tråd med tjenestenes behov. Fleksible utdanninger og lydhøre og samarbeidsvillige utdanningsinstitusjonene.</p> <p>Helsefremmende og forebyggende arbeid</p> <p>Bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Bedre samhandling innad i kommunene, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunenes helhetlige ansvar for tjenestetilbudet tydeliggjøres. Økt frihet til kommunene til å organisere tjenesten i samsvar med lokale forutsetninger og behov. Kommuner og regionale helseforetak/helseforetak pålegges å inngå lokale samarbeidsavtaler.</p> <p>Endre praksis i tjenesten, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p>Stortingsmelding 18: <u>Lange linjer - kunnskap gir muligheter</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Geografisk, teknologisk, organisasjonsmessig og kulturell avstand kan vanskeliggjøre godt forsknings samarbeid og -samspill. Behov for ulike arenaer som legger til rette for kontakt mellom utdannings- og forskningsinstitusjoner, studenter og nærings- og samfunnsniv. Rom for å øke deltakelsen fra helseforetak i EUs rammeprogrammer for forskning, teknologisk utvikling og demonstrasjonsaktiviteter og innenfor helse i det europeiske forskningsrådet (ERC). Norske helseforskere deltok vesentlig mindre enn sine nordiske kollegaer i 7. rammeprogrammets helseprogram, selv om dette skisseres som blant de viktigste samfunnsutfordringene for Europa frem mot 2020.</p> <p>MÅL: Nasjonal strategi og tiltaksliste for en forskningspolitikk for framtida, og er en videreutvikling fra Meld. St 30 «Klima for forskning» fra 2008/2009. Heve kvaliteten på norsk forskning, legge til rette for fornyelse og dristighet i forskningssystemet, internasjonalisere i større grad deler av systemet og forbedre samspillet mellom utvikling og bruk av kunnskap. God helse, mindre sosiale helseforskjeller og helsetjenester av høy kvalitet er et av de fem strategiske målene for norsk forskningspolitikk. Utarbeide en langtidsplan for forskning og høyere utdanning med et tiårsperspektiv og rullering hvert fjerde år. God kunnskapsflyt og godt samspill mellom forskere, høyere utdanning og innovasjon, samt internasjonalt og nasjonalt mellom samfunns- og næringsliv og forskningsaktører. Regjeringen vil utvikle et eget overordnet system for analyse og formidling av fremtidige kompetansebehov som kan bedre grunnlaget for dimensjonering av utdanningstilbud, styrke kunnskapsgrunnlaget om utdanningskvalitet, og gjennomgå finansieringssystemet for universiteter og høyskoler.</p> <p>Sterkere kunnskapsinnsats i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et større ansvar til kommunene for å medvirke til forskning. En utvikling av tverrgående forskningsstrategier og koordinerte forskningssatsninger. Helse- og omsorgsutdanningene har siden 2010 hatt sterkest vekst i studenttallene. Støtte opp under systematisk arbeid for å identifisere kunnskapsgap- og behov i helsesektoren, herunder sørge for innføring av HRCS som standard i CRIStin, og utrede virkemidler som kan bidra til økt samarbeid mellom offentlig finansierte forskningsmiljøer og næringsliv.</p> <p>Registerdata og biobanker bør, gjennom lovendring, gjøres så åpne som mulig for å gjøre det enklere og billigere å utføre forskning med basis i dette.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Stortingsmelding 25: Mestring, muligheter og mening - Framtidens omsorgstjenester</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Betydelig økning av antallet yngre brukere av hjemmetjenesten og vekst i antall eldre med sammensatte lidelser og alvorlig funksjonssvikt gir tjenestene store faglige og bemanningsmessige utfordringer. En av de viktigste utfordringene er derfor å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell, da særskilt gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak.</p> <p>Store utfordringer i omsorgstjenesten knyttet til en høy andel personell uten helse- og sosialutdanning, en lav andel personell med høgskoleutdanning, høyt sykefravær, avgang til attføring eller uførepensjon, en omfattende bruk av deltidsstillinger, samt at sektoren er preget av få ledere.</p> <p>MÅL: Kompetanseløftet 2015 som handlingsplan. Styrking av den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Tiltak for å styrke utdanning og rekruttering av spesialutdannet nøkkelpersonell. Personellet i omsorgstjenesten som grunnleggende ressurs i omsorgstjenesten. Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene. Skape større faglig bredde med flere faggrupper og vektlegge tverrfaglighet i større grad. Øke bemanningen i sektoren. Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning. Rekruttering og kvalifiseringstiltak for helsefagarbeidere. Omhandler både kapasitet og kvalitet i tjenestene. Styrket spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak for å styrke utdanning og rekruttering av spesialutdannet nøkkelpersonell ved helseforetak/ institusjoner med lokalsykehusfunksjon.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Stortingsmelding 29:</u> <u>Morgendagens omsorg.</u> <u>Omsorgsplan 2020</u></p>	<p><u>UTFORDRINGER:</u></p> <p>Rekruttering av mer helse- og sosialpersonell i et trangt arbeidsmarked. Veksten i nye yngre brukergrupper. Flere eldre med hjelpebehov. Knapphet på frivillige omsorgsytere. Knapphet på helse- og sosialpersonell. Manglende samhandling og medisinsk oppfølging. Mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov. Internasjonalisering av markedet for personell, tjenestetilbydere, pasienter og brukere.</p> <p>Behov for endring i retning:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerinvolvering 2. Pårørendeprogram 3. Frivillige 4. Tjenester med vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, lindrende behandling. <p>MÅL: Framtidas tjenester må fokusere på innovasjon og kompetanse. Det er et ledelsesansvar, og regjeringen anbefaler kommunene å ta innovasjon og kompetanse inn som egne tema i planene for helse- og omsorgssektoren</p> <p>En tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med integreerte tjenester i kommunene og en helsetjeneste som støtter omsorgstjenesten. Nødvendig med faglig omstilling som krever endret og høyere kompetanse. Heve det faglige kompetansenivået i omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning og legge til rette for internopplæring.</p>
<p><u>Stortingsmelding 30:</u> <u>Se meg! En enhetlig rusmiddelpolitikk</u></p>	<p><u>UTFORDRINGER:</u> <u>Store variasjoner og mangler i tjenestetilbudet for personer med rusproblemer, samt utilstrekkelig samhandling mellom tjenesteytere. Kraftig økning i antall henvisninger og relativt lang ventetid.</u></p> <p>MÅL: Økt vekt på å bedre tilgjengelighet, kapasitet, kvalitet, kompetanse, samhandling, brukermedvirkning og innhold i tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse. Større vektlegging av forløpstenkning, forebygging, samhandlingskompetanse og kunnskap om rus og psykisk helse i utdanningene.</p> <p>Egen kompetanseplan innen rus og psykisk helse.</p> <p>Styrke praksisrettet forskning ved universitet og høgskoler gjennom Norges forskningsråd.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Stortingsmelding 47: Samhandlingsreformen</u> <u>Rett behandling - på rett sted - til rett tid</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet. Utilstrekkelige koordinerte tjenester og fragmentert tjenesteyting. For liten innsats i å begrense og forebygge sykdom. Vanskeligheter med tilstrekkelig samarbeid mellom helsepersonell på tvers av profesjonene. Nye krav til kompetanse og spesialisering, særlig i kommunene.</p> <p>MÅL: Økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, habilitering og rehabilitering og ulike lavterskeltilbud. Et kompetent personell i alle deler av tjenesten. Skape et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, med økt pasient- og brukermedvirkning. Styrke innovasjonsevnen i helse- og omsorgssektoren. Flere oppgaver skal kunne løses i kommunene. For å nå målene må kommunene ha kompetent personell og riktig personellsammensetning. Nytenkning i og strategisk arbeid med bruk av tilgjengelige ressurser i tjenesten. Det skal rettes et fokus mot å rekruttere og beholde personell innen pleie og omsorg. Utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.</p>
<p><u>Prop. 1S (2013 -2014) for budsjettåret 2014</u></p>	<p>Helse- og omsorgstjenesten er en personell- og kunnskapsintensiv virksomhet.</p> <p>Personellet står for ca. 2/3 av den samlede ressursinnsatsen. Grunnutdanningene, videre- og spesialistutdanningene må være innrettet mot pasientenes og tjenestenes behov og de fremtidige helseutfordringene som bl.a. er beskrevet i samhandlingsreformen.</p>
<p><u>Prop. 91 L (2010 - 2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. Manglende kapasitet og kompetanse hos mange kommuner til å følge opp lærlinger, studenter og turnuskandidater.</p> <p>MÅL: Kompetanse må kanaliseres til kommunehelsetjenesten og de prioriterte fagområdene for å nå samhandlingsreformens politiske mål. Det må legges større vekt på å utdanne helse-, omsorgs- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgaver. Kommunene må gis en avtalemessig mulighet til å ivareta sine behov og interesser overfor utdanningsinstitusjonene. Ansvar for utdanning av personell og opplæring til studenter som skal arbeide i helsetjenesten må tydeliggjøres for kommunenivået. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og kommuner. Teoretisk og praktisk kompetanse tilpasset komplekse og kompetansekrevene oppgaver. Samhandlingskompetanse.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005 - 2015)</u></p>	<p>MÅL: Sikre god kvalitet gjennom at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Bygge faglige avveininger og beslutninger på relevant, pålitelig, og oppdatert kunnskap og erfaring.</p> <p>Skape kunnskap gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøveren får gjennom veiledning, refleksjon i kollegiale felleskap og i samspillet med brukerne, pasientene og deres pårørende. Utnytte kunnskap fra forskning og praksis i beslutningsprosesser i tjenesten. Sørge for at kunnskap fra forskning baseres på åpne og lett tilgjengelige kunnskapsbaser bygd opp av pålitelige og gyldige forskningsresultater. Etterstrebe en systematisk tilnærming til kunnskap. Bygge vilje og mulighet hos utøverne i sosial- og helsetjenesten for kontinuerlig og tilrettelagt kompetanseoppbygging som samsvarer med de oppgaver de skal løse. Styrke utøveren gjennom god utdanning, lett tilgjengelig informasjon og verktøy for beslutningsstøtte. IKT må utnyttes. Utvikle gode kommunikasjonsferdigheter hos utøverne og sørge for muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid. Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene og stimulere forskning. Forbedre ledelsen og organisasjonen og deres ansvar til å sikre «rett person på rett plass», og at utøverne har nødvendig kunnskap og kompetanse. Danne samarbeids- og refleksjonsarenaer. Utvikle en ledelsesform som fremmer åpen dialog, hvor utvikling, refleksjon og læring er vesentlige elementer. Utvikle en organisatorisk fleksibilitet som sikrer at ny viten implementeres. Sørge for at ny kunnskap og erfaring fra utøvere og brukere fortløpende tas i bruk. Sikre en kultur for læring og kvalitetsarbeid. Kontinuerlig oppdatering og vedlikehold av personalets kompetanse.</p>
<p><u>Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013 - 2017)</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Tydelige sosiale helseforskjeller der innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har lavere sysselsetting enn den øvrige befolkningen. utfordringer relatert til helse, kultur, språk, tilgang til helseinformasjon, tilgang til og bruk av helsetjenester, kompetanse hos helsepersonell og forskning og utvikling. Sparsomt med undervisnings- og opplæringstilbud for ansatte innen kulturkompetanse. Stor andel personer med innvandrerbakgrunn i helse- og omsorgstjenesten men en underrepresentasjon på mellomleder- og ledernivå.</p> <p>MÅL: Behov for undervisning ved profesjonsutdanningene for sykepleiere, psykologer og leger som er praktisk rettet med hensyn til etikk, språk, kommunikasjon, tolkebruk og migrasjon og helse. Skape og formidle forskningsbasert kunnskap som kan fremme god helse og likeverdige tjenester for denne gruppen gjennom Nasjonal kompetanse-enhet for minoritetshelse. Tverrfaglighet. Kulturkompetanse. Sterkere kvalifisering av personer med innvandrerbakgrunn til helsearbeiderfaget.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p>Plan 25.06.2014: HelseOmsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse</p>	<p>UTFORDRINGER: Dagens utdanninger er ikke dimensjonerte etter behovene. Ulik og begrenset kompetanse i kommunene.</p> <p>Samarbeidet mellom helsetjenesten, kunnskaps- og kompetansesentrene, instituttsektoren og UH-sektoren er for svakt, både for utdanning og forskning. Kompetanseutfordringene er dels knyttet til ansvarsendringene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Mangel på spesialpersonell. Store variasjoner mellom kommunene gjør det utfordrende for akademiske institusjoner å finne optimale samarbeidsmodeller om utdanning og forskning.</p> <p>MÅL: Tilstrekkelig antall fullfinansierte studieplasser.</p> <p>Revurdere og omfordele oppgaver for å få best mulig utnyttelse av den samlede kompetansen. Strukturelle tiltak med formaliserte samarbeidsarenaer for utdanningsspørsmål mellom helsetjenesten, kunnskaps- og kompetansesentrene, instituttsektoren og UH-sektoren.</p> <p>Større vekt på tverrprofesjonell kompetanse og systemkompetanse i de helse- og sosialfaglige utdanningene. Større rekruttering til tjenestene.</p> <p>God folkehelse og kompetent helsepersonell</p> <p>Utvikling av de menneskelige ressursene.</p> <p>Forskningen og innovasjonen må være praksisnær, gjøre kunnskapen anvendbar for sektoren, slik at ny og bedre praksis kan innføres. Utvikle et system for og finansiering av praksisplasser innenfor relevante profesjonsutdanninger i kommunene. Effektive og lærende tjenester.</p> <p>Riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsearbeidere krever strukturelle tiltak med formaliserte samarbeidsarenaer for utdanningsspørsmål. Systematisk bruk av kombinerte stillinger [persondeling] på tvers av sektorer. Flerdobling av deltakelsen i helseforskning i Horisont2020. Bygge opp forskningskvalitet for, i, med og på kommunene gjennom NFR. Etablere instituttstruktur/ sektor for kommunene. Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning. Et godt, forutsigbart og kunnskapsbasert system for autorisasjon av kompetent helsepersonell. Nasjonale, regionale og lokale samarbeidsorganer mellom aktører i helse- og utdanningssektoren.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Utdanne nok og utnytte godt - innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen</u> <u>IS-1673, 2009</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Eldrebølgen gir reduisert yrkesaktivitet og økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Reduksjon i aldersbæreevnen, forholdet mellom den yrkesaktive delen av befolkningen og den delen over 67 år, fører til at det blir færre hender til å behandle og pleie syke og gamle. Sykefraværet i sektoren er høyere, og faktisk pensjonsalder lavere, enn gjennomsnittet sammenlignet med andre sektorer. Beregningene viser at underskuddet de neste tiårene vil bli størst blant helsefagarbeidere og sykepleiere</p> <p>MÅL: Utdanne nok og utnytte godt. Solidaritet med land som trenger helsepersonellet mer enn oss.</p> <p>Norge bør i størst mulig grad kan være selvforsynt med helsepersonell. Arbeidsmiljøtiltak. Økt tilgang på helsepersonell krever flere studieplasser, nok søkere og tilstrekkelig fullføringsgrad. Stimuleringstiltak for økt søkning til utdanninger. Sikre tilstrekkelig tilgang på praksisplasser for lærlinger i helsearbeiderfaget både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Vri ressursinnsatsen fra reparasjon til forebygging</p>
<p><u>Rapport 2014/14</u> <u>Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover (SSB)</u></p>	<p>Krysskombineringer av plausible forutsetninger om demografi, de eldres helsetilstand, standarden på helse- og omsorgstjenestene og uformell familieomsorg gir et stort variasjonsområde for helse- og omsorgssyssetingen dersom en regner frem mot 2060. Bemanningsbehovet i helse- og omsorgssektoren vil øke betydelig fremover, særlig etter 2020, selv med nøkterne forutsetninger om demografi og standardforbedringer. Det anslås en dobling i løpet av de kommende 50 årene.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten</u></p> <p><u>En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030</u></p> <p><u>Hdir 02/2012</u></p> <p><u>IS-1966</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Den forestående endringen i aldersprofil er en utfordring. Fram mot 2030: aldersgruppen over 67 år vil øke med 64 % og de over 80 år vil øke med 56 %. Eldre over 70 har fem ganger høyere forbruk av sykehustjenester enn yngre aldersgrupper. Samhandlingsreformen representerer en desentralisering av oppgaver og kompetansebehov. Økt aldersprofil innen enkelte spesialiteter/personellgrupper gir grunn til bekymring.</p> <p>MÅL:</p> <p>Færre skal behandles i spesialisthelsetjenesten. Jo mer desentralisering til primærhelsetjenesten, jo større behov for breddekompetanse. Primærhelsetjenesten bør ha kompetanse innen diagnostikk og behandling av kroniske og aldersrelaterte sykdommer, slik at unødvendige innleggelser unngås. Økt kompetansebehov innen folkehelse, forebyggende, holdningsskapende arbeid.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten vil få mer spesialiserte funksjoner og oppgaver. Moderne teknologi antas å være den viktigste driveren for kompetansebehov fremover.</p> <p>Økt behov for drift av teknologi og tilhørende organisasjonsutvikling. Økt behov for samhandlingskompetanse, forbedringskunnskap.</p> <p>Økt krav til god ledelse, helhetstenkning, systemforståelse, omstilling, kommunikasjonsteknologi og utnyttelse av kompetanse. Avgjørende at tilgangen på rett kompetanse blir tilstrekkelig. Muligens mindre behov for pleiepersonell og helsesekretærer i spesialisthelsetjenesten p.g.a kortere liggetid.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>OECD Reviews of Health Care Quality Norway 2014</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Samhandlingen mellom tjenesteytere i sektorene i henhold til samhandlingsreformens mål er utilstrekkelig. Manglende engasjement blant aktører for å sikre samhandling og utilstrekkelig informasjonsinfrastruktur. Manglende strukturer som kan fasilitere forhandlinger mellom aktører og innhenting og bruk av kunnskap og informasjon i primærhelsetjenesten. Utilstrekkelig bruk av tilgjengelige ressurser for å bedre kvalitet.</p> <p>MÅL: Utnytte ressurser på en god måte og sikre et tilstrekkelig antall profesjonelle helsearbeidere i den utvidede primærhelsetjenesten og dens kapasitet til å utvikle et tilstrekkelig kompetansenivå. Stille krav til arbeidskraften i denne sektoren og å øke muligheten for gjensidige læringsprosesser. Introdusere mer robuste mekanismer for kvalitets-sikring, deriblant utvikle strengere sertifiseringsordning for helsepersonell, sikre kontinuerlig videreutvikling for profesjonelt helsepersonell (leger og sykepleiere) og forbedre samhandlingen mellom personell i spesialisthelsetjenesten og allmennleger i primærhelsetjenesten. Tilstrekkelige kommunikasjonsevner for helsepersonell som er utdannede utenfor EØS-land. Tilstrekkelig legedekning landet over. Bedre samsvaret mellom helse- og sosialutdanninger og arbeidsmarkedets behov (jf. Meld. st. 13). Utvikle kompetanse og kapasitet hos helsepersonell i tråd med samhandlingsreformens mål, særskilt for sykepleiere og omsorgspersonell, i primærhelsetjenesten, og kontinuerlig ha oversikt over kompetansesammensetningen og -nivået her.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Kompetanseløftet</u> <u>Handlingsplan</u></p>	<p>Planen er en del av Omsorgsplan 2015 i Stortingsmelding 25 (2005 - 2006). Omfatter den kommunale omsorgstjenesten. Inneholder strategier og tiltak som skal møte de langsiktige demografiske utfordringene fram mot 2050. Planen omfatter tiltak knyttet til videre- og etterutdanningstilbud for personell uten helse- og sosialutdanning. Videre og etterutdanning er et godt tiltak for å øke rekrutteringen og holde på arbeidskraften. Det er fastsatt fem delmål for planperioden og gjennomføres flere tiltak knyttet til hvert av disse. Status per sommeren 2014 er at flere tiltak er fullført, noen har endret navn og innretning:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 12 000 nye årsverk i perioden 2008 - 2015. Allerede nådd ved at det er rekruttert 12 000 nye årsverk 2) Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene til opplærings- og rekrutteringstiltak 3) Sikre brutto tilgang på 4 500 helsefagarbeidere per år. Rekrutteringskampanje med ungdomsskoleelever som målgruppe (2009.2012), prosjektet Bli helsefagarbeider (tidligere Aksjon helsefagarbeider), informasjon til yrkesrådgivere i skolen, samarbeid med Faglig råd for yrkesopplæring, VOX og Utdanningsdirektoratet om utprøving av nye modeller for utdanning i helsearbeiderfaget (økonomisk støtte), støtte til lokale satsninger og prosjekt med overføringsverdi, eks. Menn i helsevesenet (rekruttering av menn til arbeid som helsefagarbeider), kvalifisering av fremmedspråklige til helsefagarbeider (tilskuddsordning). 4) Skape større faglig bredde. Utviklet opplæringsprogram i aktiv omsorg for ansatte i tjenestene (studiepoenggivende, tverrfaglig videreutdanning), til opplæring i miljøbehandling for personer med demens (musikkterapi og omsorgssang), og til utvikling av læremateriell, herunder en idébank i aktiv omsorg på www.utviklingssenter.no. 5) Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning. Økonomisk støtte til f.eks. videreutdanning for personell med grunnutdanning på bachelornivå, desentralisert høyskoleutdanning mv. Fullfinansiering av fagskole, som er videreutdanning for helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere. Støtte til utvikling av Eldreomsorgens ABC, Demensomsorgens ABC og til utvikling av lederutdanning («Lederopplæring helse- og omsorg»). Dette er tiltak som ble satt i gang etter at prosjektet Flink med folk i første rekke ble avsluttet (2011/2012). Arbeid for å utvikle en ny lederutdanning i samarbeid med KS samt opplæringstilbud i velferdsteknologi etter ABC-modellen (Velferdsteknologiens ABC) pågår.

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Politisk plattform for regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet</u> <u>Oktober 2013</u></p>	<p>Sterkere satsning på kunnskap og kompetanse vil styrke velferdsordningene og gjøre arbeidsplassene tryggere.</p> <p>Omsorgen for pleietrengende må bygges videre ut for å gi alle et tilbud med høy kvalitet, valgfrihet og mangfold.</p> <p>Satse på innovasjon, forskning og utvikling.</p> <p>Mest mulig effektiv bruk av fellesskapets ressurser.</p> <p>Samfunnet må bli mindre byråkratisk.</p> <p>Regjeringen vil gjennomføre et yrkesfagløft.</p> <p>Regjeringen sørge for bedre tilbud til rusavhengige og personer med psykiske lidelser.</p> <p>Behov for å styrke og modernisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene og sikre en bedre samordning av det totale helsetilbudet.</p> <p>De ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs og regjeringen vil gjennomføre et kompetanseløft for å styrke kvaliteten i tjenesten.</p> <p>Samhandlingsreformen må sikre god kompetanseoverføring, robuste fagmiljøer og tilstrekkelig kapasitet.</p> <p>Krav til kvalitetssertifisering av norske sykehus.</p> <p>Innføre kompetansekrav.</p>
<p><u>Sykehustalen</u> <u>07.01.2014</u></p> <p><u>Politiske styringssignaler for spesialisthelsetjenesten.</u></p>	<p>Innføre fritt behandlingsvalg. Ventetiden skal ned. Kvaliteten skal opp.</p> <p>Raskere diagnose og redusert ventetid for kreftpasienter.</p> <p>Lage opptrappingsplan for rusfeltet og bygge ut det psykiske helsetilbudet i kommunene.</p> <p>Planlegge en helsetjeneste med kapasitet og kompetanse til å møte fremtidens behov (Nasjonal helse- og sykehusplan).</p> <p>Skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur.</p> <p>Satse på IKT og kommunikasjon</p> <p>Tverrfaglige diagnosesentre</p> <p>Skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Sykehustalen 2013</u> <u>Politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten.</u> <u>Tale til sykehusene</u> <u>30.01.2014</u></p>	<p>Bedre oppgavedeling mellom de som jobber ved sykehusene. Sykehusene har mange profesjoner.</p> <p>I moderne pasientbehandling må yrkesgruppene i økende grad samarbeide tettere og på tvers og i team.</p> <p>Åpne for at sykepleiere kan lede poliklinikker.</p> <p>Det trengs en ny mentalitet for hvordan vi innretter oss for å løse oppgavene. Det viktige er at pasientbehandlingen kan gjennomføres på en forsvarlig måte og med høy kvalitet.</p> <p>Helsefagarbeidere kan utføre flere oppgaver enn i dag. Det samme kan sykepleiere, radiografer og andre høyskolegrupper.</p> <p>Planer for å utvikle personellens kompetanse er viktig for alle virksomheter - også sykehusene.</p> <p>Alle virksomheter bør ha oversikt over behovet, og en plan for kompetanseutvikling.</p> <p>Krever god og fleksibel ledelse, tett samarbeid mellom ledelse og ansatte på sykehusene.</p> <p>Forskning, innovasjon og utprøving av ny teknologi.</p> <p>Bedre ledelse ved norske sykehus.</p> <p>systematikk i prinsipper for organisering av ledelse ved norske sykehus</p> <p>Ny teknologi i andre deler av samfunnet reduserer behovet for arbeidskraft. I deler av sykehusene fører det til flere ansatte - som må jobbe på nye måter, mer i team, mer på tvers av profesjoner og spesialiteter.</p>
<p><u>Utredninger om fleksibel oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten</u> <u>2013</u></p>	<p>Oppgavedeling innebærer at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av kompetanse og ressurser.</p> <p>Endret oppgavedeling mellom helsepersonell benyttes flere steder som verktøy i forbedringsprosesser, effektivisering, bedre pasientflyt og arbeidsflyt og for å gi pasientene et bedre helsetilbud.</p> <p>Kompetanseutvikling/opplæring - intern eller ekstern - er en suksessfaktor.</p> <p>Målet er å bidra til bedre pasient- og arbeidsflyt og bedre, helhetlige pasientforløp. Mange opplever positiv effekt av endringstiltak. Få av prosjektene er skriftlig evaluert.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>HELSEMOD (rapport 14/2012 - SSB)</u></p>	<p>Beregninger fra HELSEMOD viser at den samlete tilbudsveksten i perioden 2010-2035 vil være omtrent 33 prosent. For referansebanen på etterspørselssiden er økningen på 60 prosent. Tilbudsveksten er basert på at studentopptaket holder seg på samme nivå som i 2010.</p> <p>Med de forutsetningene som er lagt til grunn vil antall tilbudte årsverk fra de kommende helsefagarbeiderne bli redusert med omtrent 4700, eller 6,6 prosent, fram mot 2035.</p> <p>Det generelle mønsteret er at tilgangen på helsepersonell med lang utdanning er bedre enn tilgangen på yrkesgrupper med kort utdanning. Dette begrenser muligheten til oppgaveforskyvning, som vanligvis handler om å overføre oppgaver fra yrkesgrupper med høyere utdanning til yrkesgrupper med utdanning på lavere nivå.</p>
<p><u>Kreftstrategien 2013-2017</u> <u>Sammen mot kreft</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Tilstrekkelig tilgang på legespesialister, sykepleiere og annet helsepersonell med kompetanse om kreftbehandling, både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Behov for flere stråleterapeuter og medisinske fysikere</p> <p>MÅL:</p> <p>Standardiserte pasientforløp. Sikre tilstrekkelig kompetanse på kreft i spesialistløpet for allmennmedisin gjennom pågående revisjon av legenes spesialistutdanning. Sikre tilgang på legespesialister innenfor relevante fagområder gjennom målrettet utdanning, rekruttering og tilstrekkelig antall stillinger. Tilstrekkelig antall sykepleiere og annet helsepersonell med kompetanse om kreftbehandling både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Etablere ordninger slik at sykepleiere og helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan hospitere i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Sikre utdanning og rekruttering av stråleterapeuter og medisinske fysikere. Etablere læringsnettverk for sykehjemsleger.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell</u></p>	<p>Koden har som mål å etablere og fremme frivillighetsprinsipper og -praksis for etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell og å fungere som en referanse for alle medlemslandene</p> <p>Koden fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell</p> <p>Koden understreker viktigheten av likebehandling av innvandret helsepersonell og helsepersonell som har fått innenlandsk opplæring.</p> <p>Land skal implementere effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonell og utarbeide retensjonsstrategier for å støtte opp om en helsepersonellstyrke som er tilpasset de særlige forholdene i hvert land og redusere behovet for å rekruttere helsepersonell fra utlandet.</p> <p>Koden oppfordrer til samarbeid mellom kilde- og målland, slik at begge kan dra nytte av den internasjonale helsepersonellmigrasjonen</p> <p>Medlemslandene skal regelmessig samle inn data om lover og bestemmelser som gjelder rekruttering og migrasjon av helsepersonell, samt data fra informasjonssystemer for helsepersonell og rapportere til WHO's sekretariat. Medlemslandene oppfordres til å fremme informasjonsutveksling om migrasjon av internasjonalt helsepersonell og helsesystemer både nasjonalt og internasjonalt</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Velferdsteknologi</u> <u>Fagrapport om implementeringen av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030</u> <u>IS-1990 06/2012</u></p>	<p>Velferdsteknologiske løsninger kan bli et viktig verktøy i møtet med fremtidens demografiske utfordringer.</p> <p>Implementering av velferdsteknologi forutsetter en samtidig satsing på tjenesteinnovasjon</p> <p>Helsedirektoratet anbefaler at det etableres en nasjonal satsing knyttet til velferdsteknologi – benevnt som Velferdsteknologisk innovasjonsprogram (2013-2020)</p> <p>Behov for kompetansehevende tiltak.</p> <p>Behov for kunnskapsgenerering som også inkluderer forskning.</p> <p>I sin enkelthet eller sin kompleksitet gir teknologi et behov for interaksjon mellom kunnskap, produkt, teknologi og organisering.</p> <p>Kunnskapsbasert praksis defineres som en resonneringsprosess med integrering av brukerkunnskap, erfaringskunnskap og forskningkunnskap.</p> <p>Organisering defineres som ledelse, holdninger og koordinering. I dette ligger også strukturer for kommunikasjon, varsling, alarmhåndtering og bygningsmessig infrastruktur.</p> <p>Introduksjon av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene bygger i det vesentligste på de menneskelige faktorer, der et vellykket møte mellom medarbeidere og ny teknologi er avgjørende for suksess.</p> <p>Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hele tiden hva som kan bli en bedre neste praksis (NOU 2011:11).</p> <p>Innovasjonsbegrepet benyttes først når nye løsninger (nye tjenester/produkter) er tatt i bruk eller implementert (NOU 2011:11).</p> <p>En innovasjon er implementering av betydelige endringer i den måten som organisasjonen arbeider på eller i de produkter/ tjenester den leverer.</p>
<p><u>Fagskolerapport - Fagskolen: hva får arbeidsgiver igjen? (2013)</u></p>	<p>Utfordringer med lite kunnskap blant arbeidsgivere om muligheter med fagskolen som yrkesrettet videreutdanningstiltak og dens potensielle utbytte for arbeidsplassen og den enkelte omsorgsarbeider. Mangel på vilje kan være knyttet til lite kunnskap og manglende ressurser.</p> <p>Utfordringer relatert til balansen mellom fagskole som formell videreutdanning og som fleksibel og lydhør overfor individuelle arbeidsgivers behov (skreddersøm vs. formalisering/standardisering). Mål om å styrke fagskolens posisjon som et anerkjent kompetansehevende verktøy i den kommunale omsorgstjenesten og øke kunnskap om mulig utbytte for arbeidsgivere. Utbyttet til fagskolen avhenger av flere faktorer, deriblant samspill og kommunikasjon mellom aktørene på flere nivåer og vilje til tilrettelegging og samarbeid. Politisk mål å gjøre omsorgssektoren mer attraktiv å arbeide i, der muligheten for kompetanseutvikling, blant annet gjennom fagskolen, spiller en viktig rolle.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>NOU 2011:11:</u> <u>Innovasjon i omsorg</u></p>	<p>UTFORDRINGER: Nye yngre brukergrupper, flere eldre med hjelpebehov, knapphet på potensielle og frivillige omsorgsytere og helse- og sosialpersonell, manglende samhandling og medisinsk oppfølging, mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov. En økende grad av eksport og import av omsorgsarbeiderkraft og internasjonalisering av personellmarkedet. Fragmentert kunnskapsutvikling i omsorgstjenestene. Spredte, fragmenterte og utilstrekkelig koordinerte forskningsmiljøer. Mangel på et nasjonalt og synlig senter for kunnskapsutviklingen i omsorgssektoren eller et velutviklet system av kunnskapsoppsamling langs fagdisiplinære spesialiseringer. Lite kunnskap om innovasjon i kommunesektoren.</p> <p>MÅL: Strategisk kunnskapsutvikling. Tverrfaglig samarbeid mellom medisinske, sosiale og tekniske fag. Teknisk basiskompetanse og opplæring og kompetanseheving blant personell for å kunne ta i bruk velferdsteknologi og utvikle boligløsningene. Etisk kompetanseheving. Pedagogisk kompetanse i omsorgstjenestene til å utvikle opplærings- og veiledningsprogram for brukere, pårørende og ansatte i arbeidet med rehabilitering. Kulturell kompetanse. I større grad utvikle og ta i bruk velferdsteknologien i større grad. Konkret kunnskapsgrunnlag utviklet gjennom behovskartlegging, forskning, utvikling, utprøving, evaluering, forbedring og implementering. Tverrfaglig og praksisnær forskning. Nok folk til å utøve et kompetent lederskap. Nok folk med bred kompetanse om sektoren. Avgjørende at helse og helse- og sosialfagutdanningene inkluderer kunnskap om velferdsteknologi. Mer kunnskap om arbeidsorganisering og integrasjon av teknologi. Styrke og koordinere kompetansemiljøer. Behov for å utvikle et eget utdanningstilbud om innovasjon rettet mot kommunesektoren. Utvikle nettverksarbeidere som en ny yrkesgruppe for å sikre samarbeidet mellom familie, frivillige og offentlig omsorg.</p>
<p><u>Personellprosjektet 2013</u></p>	<p>Beskrivelse av fremtidens utfordringer og behov innen personell- og kompetanseområdet samt gjennomgang av personell- og utdanningsområdet i Helsedirektoratet og hvordan arbeidet med personell og kompetanse pågår internt i Helsedirektoratet og Statens Autorisasjonskontor (SAK).</p> <p>Ulike organisasjonsmodeller for bedre samordning av personell- og utdanningsfeltet ble foreslått.</p> <p>MÅL: Organisering som er best mulig tilpasset oppgaveleveranser.</p> <p>UTFORDRINGER: Helhetlig strategi, samordning, definerte roller, kompetanse, overordnet fagrolle og følge-med-ansvar, resultatoppnåelse, legitimitet og omdømme.</p>

Publikasjon	Kort stikkordssammendrag
<p><u>Kvalitetsutfordringer i helsefag</u></p> <p><u>NIFU-rapport 14/2013.</u></p>	<p>Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester anses praksisstudiene som en viktig lovfestet oppgave. Det er likevel behov for bedre samarbeid mellom utdannings- og yrkesfeltet og for kvalitetssikring av veiledningen.</p> <p><u>UTFORDRINGER</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bedre samarbeidsrutiner mellom utdanningsinstitusjoner og praksissteder • bedre fordeling av gode og relevante praksisplasser over hele året • bedre avklaring av de ulike aktørenes forventninger, roller og ansvar • bedre kvalitetssikring og planlegging av praksisstudiene i yrkesfeltet • styrking av praksisveiledernes kompetanse i form av kompetanseplaner • bedre finansieringsordning <p><u>MÅL:</u> I praksis skal studentene lære kunnskaper og ferdigheter som supplerer det de lærer i undervisningen. De skal bli kjent med rollen som yrkesutøver, ansatt og kollega, øve på praktiske ferdigheter og prosedyrer og lære å se sammenhenger mellom teori og praksis. I Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis vektlegges i tillegg samarbeidslæring på tvers av profesjonsgrupper.</p>
<p><u>Mulighetenes tid - Prioriteringer i Omsorgsplan 2020.</u></p> <p>Helsedirektoratets anbefalinger til oppfølging av Meld. St. nr. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» frem mot 2020</p>	<p>Unntatt offentlighet</p>

FORSKNINGSBIDRAG ETTER TEMAOMRÅDER

Arbeidstid/Deltid

Årstall	Type publikasjon. Forfatter. Tittel. Publiseringssted. kort beskrivelse.
2014	Fafo-rapport 2014:22. Ragnhild Steen Jensen m.fl. « <u>Omfanget av arbeidstakere med redusert arbeidstid i henhold til arbeidsmiljølovens paragraf 10-2 (4)</u> ». Fafo. Omhandler omfang og praktisering av redusert arbeidstid for arbeidstakere innen kommunal pleie- og omsorgsvirksomhet iht. AMLs paragraf 10 - 2 (4). Rapporten presenterer resultater fra et prosjekt Fafo har utført på oppdrag fra KS. Undersøkelsen omfatter virksomheter i pleie- og omsorgssektoren i 80 kommuner.
2014	AFI-rapport 4/2014. Cathrine Egeland og Ida Drange. « <u>Frivillig deltid – kun et spørsmål om tid?</u> » Forfatterne utforsker årsakene til hvorfor en stor andel av arbeidslivets sysselsatte kvinner velger å arbeide deltid. Grunnlaget for rapporten er en kombinasjon av kvantitative analyser av et allerede eksisterende statistisk datasett med analyser av intervjuer foretatt med ansatte i ulike yrkesgrupper ved norske sykehus. På bakgrunn av dette utforskes betydningen av helse, arbeidsgivers innstilling, økonomi, morsrollen og kultur for kvinners valg av deltid.
2013	Fafo-rapport 2013:27. Leif E. Moland. « <u>Heltid-deltid – en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser</u> » Fafo. Rapporten gir en status over kunnskapen om heltid-deltidsproblematikken. Formålet er å bistå kommuner, helseforetak og andre virksomheter til å redusere omfanget av små stillinger og bygge en kultur for heltidsarbeid. Innledningsvis beskrives deltidsfenomenet i Norge etterfulgt av ulike tiltak for å redusere omfanget av deltidsstillinger og erstatte disse med heltidsstillinger. Avslutningsvis beskrives deltidsfenomenet i Norden med særlig vekt på Finland.
2013	Fafo-rapport 2013:17. Dag Olberg og Heidi Nicolaisen. « <u>Arbeidstid – dilemmaer og utfordringer</u> ». Rapporten er utført på oppdrag fra LO og gir en oversikt over sentrale utviklingstrekk, dilemmaer og utfordringer på arbeidstidsfeltet ut fra et arbeidstakerperspektiv. Rapporten tar utgangspunkt i en rekke artikler, rapporter og notater utarbeidet innenfor LOs ramme-prosjekt om arbeidstid som har løpt i perioden 2009-2012.
2012	Fafo-rapport 2012:49. Heidi Nicolaisen og Ketil Bråthen. « <u>Frivillig deltid – en privatsak?</u> ». Forfatterne stiller spørsmål ved hvorfor man i beregninger av arbeidskraftspotensial ikke inkluderer det faktum at rundt 80% av deltidsarbeidet i Norge foregår på frivillig basis, men heller tar det for gitt at disse ikke ønsker å jobbe mer. Tatt i betraktning at man kjenner lite til disse arbeidstakernes egne vurderinger rundt årsaker eller konsekvenser av sitt deltidsarbeid er det nødvendig med en forståelse for betingelsene og begrunnelsene for deres valg. Rapportens hensikt er å komme «bak tallene» gjennom kvalitative dybdeintervjuer med 44 personer som jobber frivillig deltid, deriblant innen helse- og omsorg.

2012	Civita-notat 2012:4. Mathilde Fasting. « <u>Om behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren</u> ». Civita. Notatet ser på hvordan sektoren er bemannet i dag og hvordan arbeidskraften kan utnyttes bedre gjennom en annen organisering av arbeidstiden. Forfatteren hevder at ressursbehovet er for stort til å kunne dekkes av nyrekruttering alene, og at arbeidskraftsproblemet de nærmeste årene langt på vei kan løses ved mer heltidsarbeid og flere som jobber i større stillingsbrøker, samt jevnere fordeling av ubekvemme vakter.
2012	International Labour Review. Vol. 151 (2012), No. 1-2. «Part-time work and gender: Worker versus job explanations». doi: 10.1111/j.1564-913X.2012.00136.x. Forfatterne tar utgangspunkt i data fra arbeidskraftundersøkelsene (AKU) og undersøker arbeidstaker- og jobbkaraktéristikker som to ulike forklaringsmodeller ved deltid, samt kjønnsmønsteret ved fire ulike typer deltid. De finner blant annet at den mest utbredte og kvinnedominerte formen for deltid er frivillig «lang» deltid, hvilket reflekterer arbeidsgivers tilpasning til kvinners arbeidstidspreferanser. Analysen peker også på at ufrivillig deltid er mest utbredt blant kvinner.
2011	NTNU: Doktoravhandling. Kari Ingstad. « <u>Hele og delte sykepleiere. En kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem</u> ». Hensikten med studien er å studere sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår og se hvordan disse henger sammen og påvirker hverandre, i tillegg til å vise hvilke konsekvenser sykepleieres arbeidstid har for pensjonsopptjening og valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder. Forfatteren etterlyser arbeidstidsordninger som ivaretar både sykepleiernes, arbeidsgivernes og pasientenes ulike behov og hevder at det kun er en myte at arbeid i sykehjem må organiseres med mye deltid. Avhandlingen bygger på 22 dybdeintervju med sykepleiere i alderen 56 - 69 år
2011	Fafo-rapport 2011:34. Jørgen Svalund. « <u>Undersysselsetting og ufrivillig deltid. Varighet og veien videre</u> ». Rapporten tar utgangspunkt i analyser av paneldata fra arbeidskraftundersøkelsene (AKU) over en lengre periode og belyser varighet av undersysselsetting og ufrivillig deltid og hvorvidt dette er et overgangsfenomen, det vil si at en del sysselsatte har kortere arbeidstid enn de ønsker seg for en kortere periode. Forfatteren stiller spørsmål ved varighet av undersysselsetting og ufrivillig deltid og hva som skjer med de som forlater en situasjon med undersysselsetting og ufrivillig deltid.
2010	Fafo-notat 2010:17. Kristine Nergaard. « <u>Avtalt arbeidstid og arbeidstidsønsker blant deltidsansatte. Arbeidskraftundersøkelsene 2008 og 2009</u> ». Fafo. I notatet diskuteres deltidsarbeid og ønsket arbeidstid blant deltidsansatte med utgangspunkt i arbeidskraftundersøkelsene. Forfatteren undersøker blant annet hvor mange lønnstakere som befinner seg i en «ufrivillig deltidssituasjon», hvordan det å ha kortere arbeidstid en ønsket varierer etter kjønn, utdanning og ansiennitet hos arbeidsgiver, hvilke yrker som kjennetegnes av å ha mange yrkesutøvere som ønsker lenger arbeidstid, om det er kjønnsforskjeller i samme yrke, i tillegg til å se på hvem som arbeider deltid, utviklingen i deltidsandel og hvordan deltidsarbeid begrunnes.

Personell/bemanning/rekruttering/kompetanseheving

Årstall	Type publikasjon, Forfatter, tittel, publiseringssted, kort beskrivelse
2014	Fafo-rapport 2014:17. Leif E. Moland m. fl. « <u>Saman om ein betre kommune: dypdykk i 16 kommuner</u> ». Fafo. «Saman om ein betre kommune» er et nasjonalt lærings- og innovasjonsprogram dannet gjennom et samarbeid mellom Kommunal- og moderniseringsdepartementet, KS, LO Kommune, YS Kommune, Unio og Akademikerne. Utviklingsprogrammet gir støtte til lokale utviklingsprosjekter innenfor temaene sykefravær, kompetanse og rekruttering, heltid-deltid og omdømme. Denne rapporten beskriver hvordan 16 av 104 deltakerkommuner arbeider med lokale prosjekter innenfor disse temaområdene. Rapporten baserer seg på intervjuer med politiske og administrative ledere, tjenesteledere, tillitsvalgte og ansatte.
2013	Fafo-notat 2013:03. Anne Inga Hilsen og Anna Hagen Tønder. « <u>Saman om» kompetanse og rekruttering - en kunnskapsstatus</u> ». Notatet utgjør en kunnskaps gjennomgang med hensikt å bistå norske kommuner som satser på kompetanse og rekruttering gjennom nettverkene i «Saman om ein betre kommune». Notatet viser til hva litteraturen sier kan hjelpe kommunene i slikt arbeid på områdene som programmet «Saman om ein betre kommune» har definert som viktige (sykefravær, kompetanse og rekruttering, ufrivillig deltid og omdømme).
2013	Fafo-rapport 2013: 51. Vidar Bakkeli, Ragnhild Steen-Jensen og Leif E. Moland. <u>Kompetanse i kommunene</u> . Rapporten omhandler kompetansesituasjonen i kommunene, innenfor barnehage, grunnskole, pleie og omsorg, administrasjon og teknisk sektor. Sentrale tema er kompetansebehov, rekrutteringsutfordringer og strategier for kompetanseutvikling i kommunene. Videre belyses kommunenes kompetanse på samfunnsutvikling. Rapporten er basert på en spørreundersøkelse sendt til alle kommuner, kvalitative intervjuer i ni kommuner og fire fylkeskommuner, samt foreliggende registerdata og dokumenter.
2012	Fafo-rapport 2012:05. Heidi Gautun. « <u>Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien</u> ». Fafo. Rapporten undersøker hva som ligger bak avvik mellom planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunenes sykehjem og hjemmesykepleie, samt fremmer forslag til hva som kan gjøres for å redusere disse avvikene. Spørsmålene er belyst gjennom en kvalitativ undersøkelse blant toppledere i administrasjonen og ledere av sykehjem og hjemmesykepleien i fem kommuner. Rapporten har bakgrunn i to tidligere kartlegginger i 2009 og 2010 som avdekket store avvik mellom planlagt og faktisk bemanning av sykepleiere og helsefagarbeidere i sykehjem og hjemmesykepleien i 18 kommuner.
2011	Fafo-notat 2011:13. Åsmund Hermansen. « <u>Personell og yrkesfordeling innen pleie- og omsorgssektoren</u> ». Fafo. Rapporten drøfter de fremtidige utfordringene på personellområdet, belyser den historiske utviklingen og den overordnede utviklingen i antall årsverk innen pleie- og omsorgssektoren. Gir også en beskrivelse av de ulike yrkes- og utdanningsgruppene innen sektoren og arbeidsdelingen mellom disse. Foreliggende studier blir brukt til å belyse hvordan norske kommuner vil møte utfordringene på personellområdet.

2011	Fafo-rapport 2011:36. Torgeir Nyen, Kaja Reegård og Anna Hagen Tønder. « <u>Har vi lærefag som er relevante for kommunesektoren?</u> » Forfatterne i rapporten spør om i hvilken grad helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget, som to lærefag som særlig retter seg mot kommunesektoren, gir kompetanse som er i samsvar med de opplevde kompetansebehovene i kommunesektoren i dag og i årene fremover. Videre diskuteres fagskoletilbud rettet mot sektoren og hvordan kommunene kan utvikle seg som lærebedrifter. Datagrunnlaget er kvalitative og kvantitative undersøkelser gjennomført høsten 2011, i tillegg til gjennomførte analyser av Lærlingundersøkelsen 2010-2011.
------	--

Ledelse

2014	AFI-rapport. Dag Ellingsen og Vilde Hoff Bernstrøm. « <u>Lederutdanning innen helse- og omsorgssektoren. Kartlegging av eksisterende utdanningstilbud og kompetansebehov blant ledere i helse- og omsorgssektoren</u> ». Kartleggingen ble gjort på forespørsel fra Helse direktoratet og KS og baserer seg på arbeidsseminarer og kvalitative intervjuer med kommunalsjefer og enhetsledere. Rapporten danner et kunnskapsgrunnlag for KS og Helse direktoratet i det videre arbeidet med å sikre et målrettet og hensiktsmessig utdanningstilbud i landets kommuner. Kartleggingen belyser både status, behov og forslag til tilrettelegging og organisering.
2012	AFI-rapport 19/2012. Hans Christoffer Aargaard Terjesen, Bjørn Lau og Robert Salomon. « <u>Er du her så regner jeg med deg!</u> » I undersøkelsen rettes det fokus på hva som utgjør god ledelse i praksis for seniorarbeidstakere innenfor pleie og omsorg, der forfatterne spør seg hvordan ledelsesutøvelse kan bidra til å forlenge yrkeskarrieren til seniorer i en sektor preget av tidligpensjonering og uførhet. Undersøkelsen baserer seg på 53 intervjuer med ledere og tillitsvalgte.
2010	Asplan Viak/ Fafo. Tone H. Sollien og Leif E. Moland. <u>Strategisk kompetanseutvikling i kommunene</u> . Utredning om strategisk kompetansestyring og kompetanseutvikling i kommunene. Belyser blant annet hvordan kommunene benytter strategisk kompetansestyring og kompetanseutvikling som verktøy i arbeidet med å beholde og utvikle medarbeidere, samt til å rekruttere og utvikle tjenester. Andre spørsmål rapporten omhandler er hvordan læring på arbeidsplassen kan oppnås i praksis, hvilke sammenhenger som finnes mellom kompetansearbeid og innovasjon og utvikling i kommunesektoren. Forfatterne finner at det er uutnyttet potensial i strategisk kompetansestyring i kommunene.

Rapporter vedrørende behov for arbeidskraft og kompetanse

2014	<p>NAV's bedriftsundersøkelse. Leonid Andreev og Kari-Mette Ørbog. «<u>NAV's bedriftsundersøkelse 2014</u>». NAV. Undersøkelsen kartlegger behovet for arbeidskraft etter fylke og næring, samt eventuelle vansker med å skaffe etterspurt kompetanse. Informasjonen om bedriftenes behov for ulike typer arbeidskraft, og hvilke stillinger det er vanskelig å få kvalifiserte søkere til brukes til å estimere mangel på arbeidskraft. Undersøkelsen inkluderer i tillegg virksomhetenes egne forventninger til fremtidig sysselsetting. Resultatene presenteres både nasjonalt og fylkesvis, og etter næring.</p>
2014	<p>KS, 2014. <u>Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2014</u>. Arbeidsgivermonitoren har til hensikt å beskrive utviklingen, samt gi et øyeblikksbilde av sentrale arbeidsgiverrelaterte områder i kommuner og fylkeskommuner, som blant annet arbeidsgiverstrategier og ledelse, arbeidskraft og rekruttering, kompetanse og utdanning og heltid/deltid. Publikasjonen skal gi økt kunnskap og forståelse av sentrale problemstillinger og muligheter i arbeidsgiverpolitikken, og fungere som referansedokument for kommunene og fylkeskommunene i planlegging, iverksetting og oppfølging av egen arbeidsgiverpolitikk.</p>
2014	<p>SSB-rapport 2014/14. Erling Holmøy, Julie Kjelvik og Birger Strøm. «<u>Behov for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover</u>». SSB. Rapporten fremskriver behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover mot 2060 med særlig vekt på pleie- og omsorg. Rapporten viser hvordan variasjoner i usikre forutsetninger om demografi, helsetilstanden blant eldre, uformell omsorg fra familiemedlemmer og tjenestestandard påvirker bemaningsbehovet i helse- og omsorgssektoren. Videre beregnes den langsiktige effekten på offentlige inntekter og utgifter av en gitt økning i den skattefinansierte helse- og omsorgssysselsettingen.</p>
2013	<p>KS - rapport. «<u>Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2023</u>». KS. KS har utviklet en modell for å beregne rekrutteringsbehovet fram mot 2023 opprinnelig utviklet av Sveriges Kommuner og Landsting, som KS har videreutviklet og tilpasset norske forhold. Beregningene viser forventet årsverksvekst, avganger og rekrutteringsbehov for yrkesgrupper og sektorer. Det er gjort særskilte beregninger for helse- og omsorg, barnehager og undervisning. KS har også beregnet rekrutteringsbehov i de ulike KS-regionene og sammenliknet resultatene. Se notatet «<u>Sammenlikning av rekrutteringsbehov i KS-regionene</u>».</p>
2012	<p>Vox-rapport. Kari Bekkevold, Linda Berg og Sigrid Holm. «<u>Kompetanseframskrivninger i Norge - Utvikling av et system</u>». Vox. Rapporten er resultat av et oppdrag i 2011 fra Kunnskapsdepartementet der Vox ble bedt om å foreslå hvordan et system for kompetanseframskrivninger kan bygges opp og hvilke oppgaver en koordinerende enhet kan ha. Bakgrunnen er St. meld. nr. 44 (2008-2009) der det ble slått fast at det kunne være hensiktsmessig å ha et system for beregning av framtidig tilbud og etterspørsel etter forskjellige typer kompetent arbeidskraft i Norge. Et overordnet formål med et slikt system vil være å tilføre beslutningstakerne innenfor utdanningsområdet bedre og mer relevant informasjon om hvilken kompetanse det vil være et framtidig behov for.</p>

2012	<p>SSB-rapport 14/2012. Kristian Roksvaag og Inger Texmon. «<u>Arbeidskraftsbehovet for helse- og sosialpersonell frem mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger gjort med HELSEMOD 2012</u>». SSB. Rapporten presenterer oppdaterte framskrivninger av tilbud og etterspørsel etter 20 grupper helse- og sosialpersonell fram mot 2035. Tilbudet er framskrevet under forutsetning om at opptaket av studenter og fullføringsgrader holder seg på samme nivå som i 2010. På etterspørselssiden tas det utgangspunkt i befolkningsveksten for de aktuelle brukergruppene i tillegg til en beskjedne standardvekst.</p>
2012	<p>Uni Rokkansenteret Notat 3 - 2012. Kari Ludvigsen og Bodil Ravneberg. «<u>Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene</u>». Rapporten baserer seg på en rekke offentlige politiske dokumenter som stortingsmeldinger, offentlige utredninger og planer knyttet til samhandlingsreformen, samt reformer og satsninger på fire utvalgte tjenesteområder (psykisk helsevern, rusfeltet, barnevernet og kronisk sykdom). Forfatterne har gjennomgått sentrale dokumenter med henblikk på å fange opp hvilken kompetanse som etterspørres av de sentrale myndighetene. Videre er ulike evaluerings- og tilsynsrapporter gjennomgått for å få en bredere forståelse for hvilken kompetanse som er savnet og etterspurt. I sin fremstilling av kompetansebehov tar rapporten et generelt utgangspunkt i dokumenter knyttet til samhandlingsreformen, de generelle krav til kompetansesom fremkommer her og de spesifikke føringer som dette legger på kompetanseutvikling i tjenestene. De mer spesifikke behovene på de fire satsningsområdene tar utgangspunkt i sentrale reformdokumenter og andre offentlige planer og rapporter.</p>



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no