

Kunnskapsgrunnlag kompetanse og rekruttering



Utdanning



Forsking



Pasient og pårørende opplæring



Pasientbehandling

Innhald

1. Innleiing	3
2. Det nasjonale bilete.....	4
3. Framtidige medarbeidarar på Vestlandet	5
3.1 Framskrivning for Vestlandet.....	6
4. Scenario som metodikk for å «treffe» best mogleg.....	7
5. Overordna perspektiv	8
6. Kunnskapsinnsats, aldersutvikling mm	14
7. Alders- og kjønnsfordeling i Helse Vest	24
8. Sårbarheit og turnover	25
9. Endringar i netto månadsverk i ulike yrkesgrupper	26
10. Aldersfordeling i ulike yrkesgrupper	27
11. Lærlingar i Helse Vest	30
12. Leiing	31
13. Utviklingstrekk tal tilsette	32
14. Konklusjon	32

1. Innleiing

Rapporten peker på moglege retningar, handlingsrom og tiltaksområder. Det viktigaste er at det er strategiar og tiltak som bidrar til å behalda og utvikla dei medarbeidarane ein har. Å rekruttera dei rette nye medarbeidarane ein vil ha behov for, må ein uavhengig av det viktigaste gjere i takt med framtidige behov. Tilgang på personell med rett kompetanse er ein føresetnad for at Helse Vest også i framtida kan tilby pasientar rett og tilstrekkeleg behandling, då må ein behalda dei medarbeidarane ein allereie har. Med utgangspunkt i nasjonale framstillingar vurderer rapporten utdanningskapasitet og eksisterande kompetansesamansetjing i Helse Vest, og likeins det framtidige utfordringsbiletet for ulike personellgrupper fram mot 2035.

I hovudsak fokuserer rapporten på personellgrupper som utgjir dei store faggruppene i sjukehuset, eller dei som har nødvendig kjernekompetanse. Bakgrunnsdata er henta frå personalsystema (Agresso/HR kuben). Nasjonale data er henta frå offentlege rapportar, i hovudsak frå HELSEMOD.



Vi meiner at våre verktøy og metodar og talgrunnlag frå Regional bemanningsmodell, Datavarehuset/NPR/SSB er tilstrekkeleg kunnskapsgrunnlag til å fungere som støtte for avgjerder og strategisk planlegging i ei kunnskapsverksemd som Helse Vest.

Framskrivningar kan seie oss noko om kva som på visse føresetnader vil skje om det ikkje blir sett inn tiltak. Dei kan òg fortelje oss kva dette inneber for det sørge-for-ansvaret vi har, for eigendekning, pasientstraumar og forbruk av spesialisthelsetenester sett i samanheng med sjukdomsbilete og behov for hjelp, og for tilgangen på kompetente medarbeidarar og leiarar. Framskrivningar kan beskrive korleis framtida ser ut basert på mange indikatorar, men korleis det faktisk blir for

spesialisthelsetenesta på Vestlandet, er avhengig av mange ulike faktorar.

Framtidig oppgåvedeling vil vere avgjerande for å sikre at dei rette medarbeidarane, med den rette kompetanse utfører dei oppgåvene dei er eller kan kvalifiserast til.

Sjukepleierforbundet har gjennomført ei undersøking blant sine medlemmer. *«Undersøkinga viser at 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre»*; [6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no). Dette inntrykket meiner vi har forsterka seg ytterlegare. Helseføretaka har gjennomført prosjekt der dei har kome fram til ny oppgåvedeling mellom medarbeidarar. To eksempel på prosjekt som er gjennomført er ved Barneklubben i Helse Bergen og desentral blodprøvetaking i Helse Stavanger. Det er læringspunkter frå begge prosjekta som kan nyttast i det vidare arbeidet. I tillegg har helseføretaka nå erfaring frå andre prosjekt. Til dømes oppgåver spesialreinhald gjer, korleis ny teknologi har endra arbeidsoppgåvene på poliklinikkar. Innsjekk og betaling har avlasta betydeleg og frigjort tid til andre prioriterte oppgåver. Meir bruk av «lett teknologi» for å støtte arbeidsprosessar blir fortløpande tatt i bruk. Eit anna døme er bruk av robot som registrerer fødeskjema inn i fødejournalsystemet. Det frigjorde ein jordmorstilling i Helse Stavanger, og tilsvarande fornying av arbeidsoppgåvene i dei andre føretaka.

Vi må ha dei rette tiltaka for å sikre at vi er i takt fram mot 2035.

2. *Det nasjonale bilete*

Slår framskrivingane til, kan folketalet i Noreg nå 6,3 millionar i 2040 og 6,9 millionar i 2060 (SSB). Utrekningane til SSB byggjer på mellomalternativet for alle dei fire komponentane (MMMM). For å illustrere uvisse om den framtidige utviklinga er det vanlegvis lagt alternative føresetnader til grunn for dei fire komponentane i framskrivingane: fruktbarheit, dødelegheit, flytting og innvandring, med nemninga L (låg), M (mellom) og H (høg). Den nye framskrivinga gir gjennomgåande noko høgare folketal enn den førre. Dette kan hovudsakleg komme av større nettoinnvandring. Folkemengda vil halde fram med å vekse i mange år framover med mindre både innvandring og fødselstal går ned. Helse Vest nyttar MMMH-modellen fordi det har vist seg å vere høgare vekst i vår region enn det er for landet samla sett. Dersom framskrivingane slår til ut frå denne modellen, vil folketalet i regionen auke med om lag 32 prosent frå i dag til 2035.

Aldringa i befolkninga tilseier ein betydeleg sysselsetjingsvekst i helse- og omsorgssektoren. Befolkninga over 67 år vil auke med 10 prosentpoeng i perioden fram til 2035, samtidig som den yngre delen av befolkninga går ned. Befolkninga blir raskt eldre, særleg etter 2013, då dei store etterkrigskulla blir pensjonistar. Dette er i seg sjølv ikkje negativt, men ein konsekvens av mange positive endringar, også innsatsen i spesialisthelsetenesta. Vi kan gjere meir for befolkninga i dag enn vi kunne for 20 år sidan.

Den 1.1. 2006 var litt over 600 000 personar 67 år eller eldre. I 2040 vil dette talet vere om lag dobla til mellom 1,1 og 1,6 millionar (nasjonalt). Talet på innbyggjarar som er 80 år eller eldre, vil vekse endå raskare til mellom det doble og det tredoble i 2040.

Trass i betre helsetilstand på kvart alderstrinn vil det truleg bli ein betydeleg auke i behovet for helse- og sosialtenester (*Framskrivinger av befolkning og arbeidsstyrke etter utdanning med alternative forutsetningar for innvandring. Hege Marie Gjefsen, Trude Gunnes og Nils Martin Stølen, SSB*).

HELSEMOD-rapporten presenterer oppdaterte nasjonale framskrivingar av tilbod og etterspørsel etter ulike typar helse- og sosialpersonell fram mot 2035. Tilbodet er framskrive under føresetnad av at studentopptak og fullføringsgrad held seg på same nivå som i 2010. Framtidig etterspørsel er berekna med utgangspunkt i venta vekst i befolkninga for aktuelle brukargrupper, i tillegg til ei beskjeden standardheving. På desse føresetnadene viser framskrivingane aukande underdekning av helse- og sosialpersonell fram mot 2035. For spesialisthelsetenesta kan dette få betydning for rekruttering av helsefagarbeidarar, sjukepleiarar, bioingeniørar og nokre grupper legar. Den nasjonale underdekninga er venta å bli spesielt stor for helsefagarbeidarar (57 000 årsverk i 2035) og for sjukepleiarar (28 000 årsverk i 2035), heile helse- og omsorgssektoren sett under eitt.

Vi antek at sjukdomsbiletet framover blir prega av kroniske lidningar som kols, diabetes, hjarte- og karsjukdommar, kreft og psykiske og rusrelaterte lidningar. Hovudårsaka er at det stadig blir fleire eldre i befolkninga, sjølv om mange vil vere friske eldre. Mange vil leve lenger med samansette lidningar, og barn som blir fødte med kompliserte og alvorlege lidningar, vil ha behov for spesialisert oppfølging og behandling gjennom heile livet. Den siste gruppa kan vi anta vil auke. Det framtidige sjukdomsbiletet indikerer eit auka behov for kompetanse i behandlinga av aldersrelaterte lidningar, særleg hos eldre med akutte og samansette lidningar.

Nasjonal helse- og sjukehusplan/Nasjonale helse- og samhandlingsplan vil stille endra krav til spesialisthelseteneste på Vestlandet, men vi veit enno ikkje kva krav som vil påverke oss. Om vi til dømes ser nærmare på fødemeldinga, blir det der stilt krav til auka jordmorbemanning i fødeinstitusjonane. I tillegg er meir enn halvparten av alle gynekologane i regionen over 50 år. Nye kvalitetskrav til fødselsomsorga inneber minst firedelt vaktordning for gynekologar, og fast tilsette spesialister må utgjere hovuddelen av bemanninga ved fødeavdelingar.

Dette medfører at vi må ha dei rette tiltaka for å få eit tilstrekkeleg tal jordmødrer og gynekologar med rett kompetanse og erfaring.

Dette er eit døme på eit fagområde der vi skal sikre at vi rekrutterer/utdannar tilstrekkeleg mange gynekologar og jordmødrer samstundes som vi må ha rett kapasitet. Dersom det skjer ytterlegare dreining mot meir vekst av jordmødrer i kommunehelsetenesta, privatisering eller konsept som «drenerer» føretaka for fagleg kapasitet, vil dette forsterka utfordringane ytterlegare. Utviklinga dei seinaste åra har allereie påverka tilgjengeleg fagleg kapasitet i fødselsomsorga i helseføretaka.

Det tek om lag åtte år å utdanne nye spesialistar (kjelde: Helsedirektoratets høyringsdokument for spesialistutdanning av legar). Det blir heilt nødvendig å gå gjennom analysane så snart det ligg føre vedtak om endringar for spesialiststrukturen.

For nokre fag må vi heile tida sikre at vi rekrutterer/utdannar nok personell til å erstatte dei medarbeidarane som naturleg avsluttar yrkeskarrieren sin, men vi skal òg ta omsyn til:

1. behalde og utvikle dei medarbeidarane ein har, (vere fundamentet uavhengig av dei andre elementa)
2. naturleg avgang
3. auka behov

Denne kombinasjonen av hendingar må vi meistre, ikkje berre i tal. Vi må òg evne å sjå nærmare på tiltak som kan harmonere betre med tilgangen på arbeidskraft.

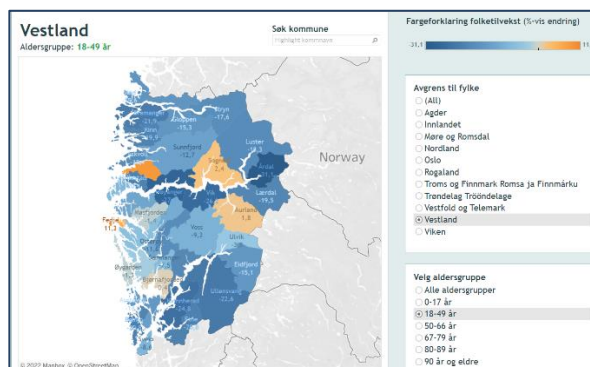
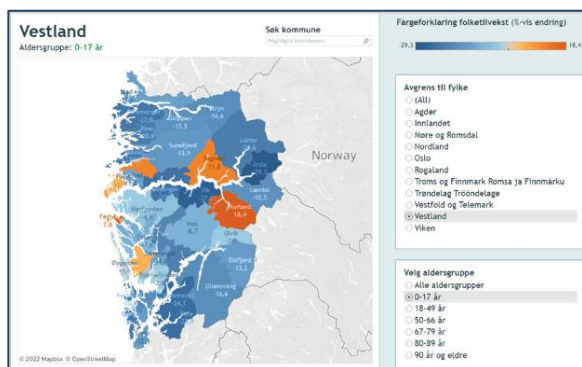
Det vil særleg bli auka behov for fleire helsefagarbeidarar, sjukepleiarar og bioingeniørar. Ifølgje HELSEMOD er prognosen eit nasjonalt underskot i primær- og spesialisthelsetenesta på om lag 41 500 helsefagarbeidarar, 2600 bioingeniørar og om lag 12 700 sjukepleiarar i 2035.

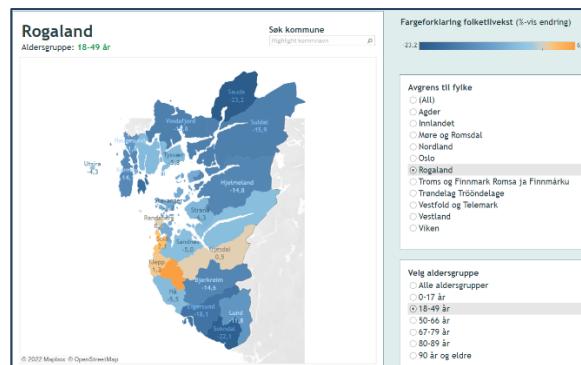
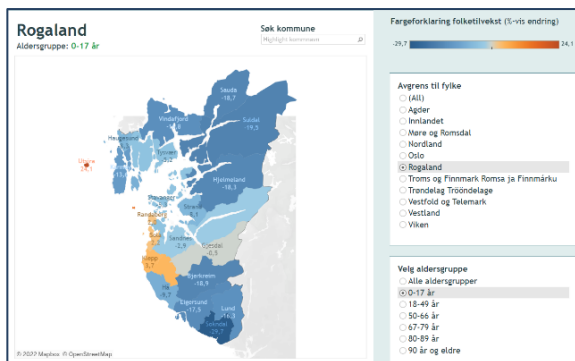
Helse Vest utgjør om lag 20 prosent av spesialisthelsetenesta. Vårt eige talmateriale underbyggjer og forsterkar dataa frå både Spekter og HELSEMOD. Det er ei viktig målsetjing å utnytte eksisterande personalressursar på ein god måte. Kontinuerleg strategisk kompetanseplanlegging som er forankra i strategiske verksemdsplanar, er heilt avgjerande. Kompetanse og rekruttering kan ikkje stå som isolerte innsatsområde.

Tiltaka må vere eit resultat av overordna planverk der alle utviklingstrekk som er avgjerande for spesialisthelsetenesta på Vestlandet, er godt gjennomarbeidde.

3. Framtidige medarbeidarar på Vestlandet

Alderssamansetninga i befolkninga på Vestlandet vil endre seg vesentleg. Det er eit like viktig kunnskapsgrunnlag å følgje befolkningsutviklinga for dei yngre aldersgruppene. Det blir færre og færre som vil kome inn i arbeidslivet på Vestlandet; [Befolkningsframskrivinger på kommunekart \(ssb.no\)](https://ssb.no)





Grunnlaget for å bevare, utvikle og endre måten tenestene kan ytast på må ta opp i seg kva menneskelege ressursar vi har å spele på, spesialisthelsetenesta sin del av den framtidige arbeidskrafta. Dersom ein allereie nå legg utviklinga i arbeidsmarknaden til grunn i scenarioa kan ein ha moglegheit for å finne dei tiltaka som må til. Føretaksgruppa Helse Vest kan ikkje legge til grunn kva ein ynskjer, men etter kvart kor mange medarbeidarar ein kan vente å ha til disposisjon, med rett kompetanse og erfaring.

3.1 Framskrivning for Vestlandet

Befolkningsutviklinga for føretaksgruppa Helse Vest:

Vestlandet	2022	2050	Endring i prosent	Endring i antall personer
Rogaland	485 797	538 497	10,8	52 700
Vestland	641 292	694 074	8,2	52 782

Helse Fonna og Helse Førde er ikkje med i MMMH modellen då det er forventa ein lågare vekst der.

År	2021		2030		2035		2040	
Befolkningsutvikling i perioden 2021-2040 MMMM	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst
Helse Vest RHF	1 120 066	0 %	1 166 016	4 %	1 187 572	6 %	1 207 026	8 %
Helse Bergen	458 721	0 %	481 649	5 %	493 620	8 %	504 173	10 %
Helse Fonna	179 799	0 %	181 748	1 %	182 331	1 %	183 002	2 %
Helse Førde	107 840	0 %	107 815	-0 %	107 513	-0 %	107 190	-1 %
Helse Stavanger	373 706	0 %	394 804	6 %	404 108	8 %	412 661	10 %

År	2021		2030		2035		2040	
Befolkningsutvikling i perioden 2021-2040 MMMH	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst
Helse Vest RHF	1 122 479	0 %	1 178 441	5 %	1 211 736	8 %	1 244 661	11 %
Helse Bergen	459 681	0 %	487 068	6 %	502 906	9 %	518 077	13 %
Helse Stavanger	374 698	0 %	400 226	7 %	413 914	10 %	427 530	14 %

Når vi har analysert framtidig behov har vi lagt til grunn SSB MMM alternativet. Det har vist seg i retrospektivt perspektiv å stemma ganske godt. Det som har variert mest har vært innvandring og særleg kva type innvandring vi har hatt. Kva type innvandring vi får spelar ei stor rolle for kva tilbod som blir påverka.

SSB si framskriving tar ikkje opp i seg endringar i måten tenestene blir ytt, kva andre modifierande tiltak som kan settast i verk for å redusere behovet for framtidig fagleg kapasitet.

Det vere seg teknologi, oppgåvedeling mellom yrkesgrupper, meit aktive pasientar, strukturert digital oppfølging av pasientar, etablering av ulike diagnostiske sentre og aktivt bruk av teknologi som støtte for avgjersler. Det må føreligge konkrete planar og tiltak som kan modellerast for å treffe best mogleg. Vi har nytta scenario metodikk over fleire år for å synleggjere moglegheiter og handlingsrom. Vi vil her peika på rapport for “Bærekraftig utvikling for intensivsjukepleiarar” som syner at tiltak kan endra behovet: [Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere.pdf \(helse-vest.no\)](https://www.helse-vest.no/etablere-baerekraftig-utvikling-for-intensivsykepleiere.pdf)

Eit vesentleg grunnlag for å bevare, utvikle og sikre ein berekraftig spesialisthelseteneste på Vestlandet er å behalda dei medarbeidarar ein har og dei ein utdannar. Her viser vi til rapport frå Topp 5 risiko, Ekstern turnover. For å hindra og aller helst redusera den urbaniserande krafta som skjer i samfunnet, må spesialisthelsetenesta på Vestlandet vise til gode arbeidsforhold, attraktive og berekraftige fagmiljø, kompetansetiltak, utvikling og læringsmoglegheiter, karriereløp for å nemne nokre element.

Det er like viktig å sjå kva arbeidskraft ein kan forvente seg på Vestlandet i eit langsiktig perspektiv enn bare å fokusera på aldrande befolkning. Ein må ha begge desse perspektiva med seg i eit generasjonsperspektiv. Vestlandet vil merka at befolkninga blir eldre og kan krevja meir tenester. Det er samstundes eit døme på eit godt samfunn, god primærhelseteneste og spesialisthelseteneste som i eit samspel som har grunnlaget for denne utviklinga. Det er viktig å forstå kva som kan vere mogleg arbeidskraft på Vestlandet, at det er like klart og tydeleg som ein ser på aldersutvikling i befolkninga.

Skal vi lukkast må vi treffe godt på mange områder samtidig:



4. Scenario som metodikk for å «treffe» best mogleg

Eit døme på dette er å etablere prosessar og ikkje minst scenario for å utfordre oss sjølve på kva som kan og må endrast dersom vi evnar å stille opne spørsmål om framtida. Deretter må vi i fellesskap vere villige til å beskrive tiltak som kanskje ikkje er openberre om vi ikkje klarer å omsetta utviklingsplanen og Helse2035 etter ein arbeidsmetodikk med ulike scenario.

Eksempel på opne spørsmål i ein slik prosess **kan** vere:

1. Trur vi at oppgåvene vil bli løyst som i dag?
2. Trur vi at det vil komme nye behandlingsmetodar og legemidlar som vil endra måten vi behandlar ulike lidingar på?
3. Trur vi at befolkninga i 2035 er van med å bruke teknologi som naturleg kommunikasjonstiltak med spesialisthelsetenesta på ein helt anna måte enn i dag

Vi trur ikkje nokon vil svare nei på spørsmåla, men det er når vi utfordrar på kva tiltak vi må setje inn nå, og når svara er ja på felles forståing av utfordringane vi står overfor – når vi utnyttar tida før vi er der, til å vere førebudde, når medarbeidarane er trygge i arbeidsdagen sin, når vi er attraktive arbeidsgivarar som rekrutterer dei rette til spesialisthelsetenesta, og når utdanningsinstitusjonane også førebur innhaldet i utdanninga og held tritt med behovet i helseføretaka – *det er først då vi kan rette tiltaka godt nok inn, men dei må kome raskare og raskare.*

Vi vil kunne tilby meir pasientmedverknad, noko som igjen kan avlaste føretaka frå mange manuelle og til dels svært krevjande arbeidsprosessar. Framtidas pasientar vil vere mykje meir aktive og kunne delta i planlegginga gjennom digital kommunikasjon. Heilskaplege, føreseielege, planlagde og samanhengande pasientforløp vil vere nøkkelen. Det krev omfattande endring i måten vi legg til rette og forstår korleis oppgåver må løysast for å få det til.

Nye utdanningsformer, intern vidareutdanning, kontinuerleg kompetanseutvikling, eventuelt sertifisering av medarbeidarar og akkreditering for prosedyrar/oppgåver kan bli ein heilt vanleg situasjon i sjukehusa og opne for ei heilt anna oppgåvedeling mellom faggruppene. Dette er særleg aktuelt for fleire yrkesgrupper allereie. Profesjonane vil bestå, men oppgåvefordelinga mellom dei vil vere meir finmaska og ta større omsyn til kven som *kan* utføre oppgåvene, og kven som i kraft av utdanning, praksis og erfaring *sjølv* kan utføre dei. Det vil vere viktig å unngå silo organisering sjølv om vi vil vere heilt avhengig av spiss kompetanse, så må det ikkje fortrenge samspel og teamarbeid.

Ei spesialisthelseteneste som berre har deltid for rettigheter i medhald av lov eller tariffavtalar, er avvikla. Slik det er i føretaksgruppa Helse Vest no, er der ikkje nokon større arbeidskraftsreserve, men vi kan unngå at det som har vore ein kultur, blir vidareført. Heiltidskultur vil støtte kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlinga. Vi tilset så mange som vi treng til ulike oppgåver, men doblar ikkje talet som må utdannast for å ha tilstrekkeleg kapasitet. Det er ein årelang ukultur som vi raskt må ha lagt bak oss.

Korleis ein innrettar arbeidstida for nye generasjonar medarbeidarar vil og stå sentralt. Det vil vere viktig å starta arbeidet med å sjå på handlingsrommet for legegruppa, at vi for pleieiegruppa sørger for å løysa helgefloka måtar må til, at prosessane for etablering av gode arbeidsplaner må skje på nye måtar med meir medverknad frå medarbeidarar, at ein tar omsyn til aktiviteten, har rett kompetanse på ein betre måte heile veka gjennom.

Uavhengig av alle moglegheiter, er det ein vesentleg avgrensing. Det vil ikkje vere berekraftig om kvar 3. ungdom må utdanne seg innan helse- og sosialfag. Det må vere nok arbeidskraft til å ha eit velfungerande næringsliv, som vi så må «dele» den framtidige arbeidskrafta med.

5. Overordna perspektiv

Det er satt i verk eit omfattande arbeid med å etablere ein felles utviklingsplan som del av Helse2035. Med basis i utvikling av tre ulike scenario for å teste tiltak opp mot ulike målformuleringar for spesialisthelsetenesta på Vestlandet. Kompetanse og rekruttering vil vere eit tiltaksområde som må bli følgd med hyppige mellomrom. Vi har eit omfattande kunnskapsgrunnlag for kompetanse- og rekruttering. Arbeidet med Helse2035 har synleggjort mange tiltaksområder som må spela på lag for å ha tilstrekkeleg fagleg kapasitet på Vestlandet.

Det vil ikkje vere nok å lykkast delvis med digitalisering og oppgåvedeling, dersom ikkje summen av **alle** tiltak som blir satt i verk, verka nok og samspelet mellom desse inntreff. Alternativet må vere at det kan bli aktuelt med heilt andre samarbeidsformer på Vestlandet, at summen av fagleg kapasitet kan nyttast på ein vesentleg betre måte. Endeleg vedtatt utviklingsplan for Helse Vest for perioden nå – 2035 må realiserast steg for steg. Dersom eit tiltak ikkje lykkast, må andre og kanskje og nye forsterkast.

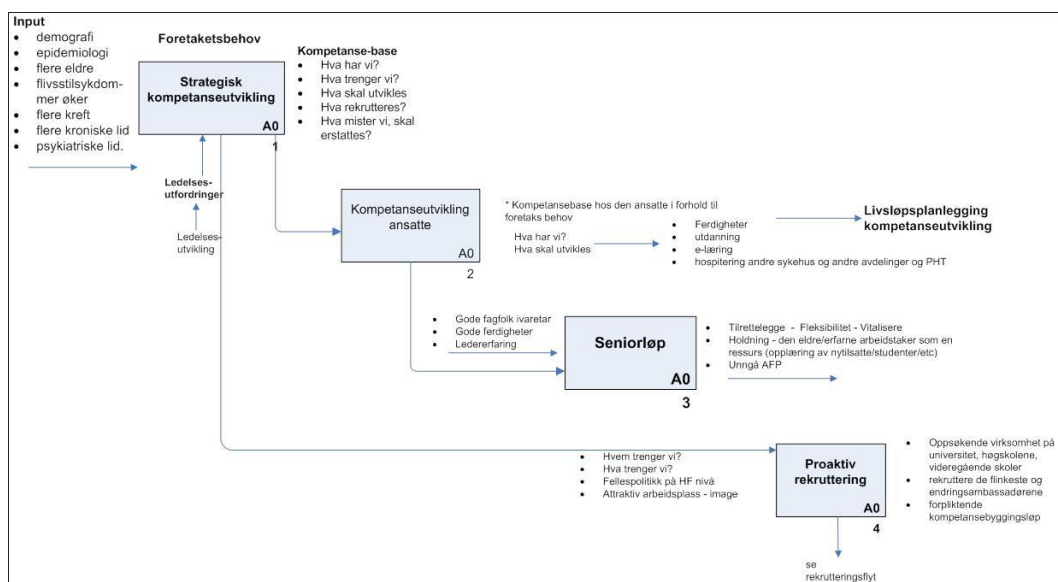
Det blei etablert fleire del-strategiar ved revisjon av Helse2035 som nå er forsterka og nye tiltak har kome til.

Eit viktig fundament har vore eit langsiktig arbeidd for å etablere ein strategisk styring av kompetansetiltak, samla oversikt over kunnskapsinnsatsen og ikkje minst etablere støtte for leiarar og medarbeidarar for ein kontinuerleg kompetanseutvikling.

Vidare har det vært ein satsing på leing, leiarskap og medarbeidarskap som støtter opp og tar eit felles ansvar. Det vil vere føremålstenleg at tidlegare underlag blir gjennomgått og revidert som ein del av Helse2035, når endeleg plan er vedtatt.

Det vil ikkje gi meining å halde fast på tiltak ein ikkje har gjennomføringsevne til. Alternativet er at det må bli ein sterkare regional styrking av tiltaka, tydelegare samordning og godt fundert for heile føretaksgruppa. Helse Vest RHF må ei tydeleg rolle i oppfølginga framover. Det heng saman med sørgefor ansvaret som ligg til RHF-et.

Figur nedanfor viser dei ulike stega i dei prosessane som blei gjennomførte i Helse2035 og som ligg til grunn for alle kompetansetiltak i føretaksgruppa. Anten det gjeld utdanning, eigen kunnskapsinnsats, rekruttering.



Dei siste åra har vært sterkt prega av pandemien. Noko godt kan kome ut av kriser. Meir fokus på god oppgåvedeling er eit viktig tiltaksområde. I rapporten for berekraftig utvikling for intensivsjukepleiarar blei det peika på at intensivsjukepleiarar sin arbeidsdag var det om lag 30 % som var logistikk og forsyningsoppgåver. Dersom ein legg til grunn at dette kan gjelde mange avdelingar/grupper er det eit handlingsrom for å fornya og etablere framtidretta oppgåvedeling, styrka og støtta arbeidsprosessar vesentleg betre enn i dag, anten det er andre grupper enn helsepersonell som kan utføra oppgåvene eller om oppgåvene kan støttast og gjennomførast på heilt andre måtar ved støtte av teknologi og digitalisering. Dersom det er eit forbettringspotensiale med betre oppgåvedeling og betre støtte for arbeidsprosessar på 15-20%, kan dette vere det ein skal ha mest merksemd på, raskt og prioritert.

Vi har vald å legge ved eit kunnskapsgrunnlag som viser oppdatert kunnskap på nokre utvalde områder for kompetanse og rekruttering. I tillegg har styret lagt til grunn at helseføretaka sjølve som del av sin utviklingsplan for 2035 skal ha gjennomgått og etablert tiltak som skal gje resultat på kort og lang sikt.

Eit av våre viktige tiltak er vidareutvikling av dei medarbeidarane vi har, og rekruttering av rett type medarbeidarar i eit kort- og langsiktig perspektiv. Føretaksgruppa står ovanfor store utfordringar fram mot 2035.

For å forstå kva vi står overfor **NÅ**, kan det være klokt å ta et tilbakeblikk på kva vi sa vi måtte og burde gjere for kort tid sidan.

Å utvikle en heilskapleg tilnærming til pasientanes behov:

- Behalde og rekruttere kompetent helsepersonell og anna personell
- Finne rett organisering og kapasitet i tilbudet frem mot 2035
- Nytte og utvikle teknologi som gir meirverdi, endå sterkare digitalisering
- Sikre at pasientar deltek aktivt i behandlinga og sine pasientforløp, for dei som kan
- Styrke leing og utvikle kunnskapsgrunnlag som med jamne mellomrom løftar fram handlingsrom, strategiar og tiltak som monnar
- Redusere behovet for same vekst i personellressursar de neste tiåra

Vi vet enda meir nå og har lært enda meir, veit enda meir om *kor potent den teknologien vi tross alt har er, og korleis vi kan nytta den endå betre.*

Perspektivmeldinga frå 2021:

- *Offentlig sektor må tørre og evne å flytte ressursar til der de kaster mest mulig av seg, inkludert å lage smartere arbeidsprosesser og frigjøre arbeidskraft til andre sektorer der det er hensiktsmessig*
- *Produktivitetsvekst og omstilling i offentlig sektor er en helt nødvendig del av produktivitetsveksten og omstillingen i det norske samfunnet*
- *Ny teknologi legger grunnlag for vekst og høyere produktivitet. Teknologi kan i noen tilfeller erstatte arbeidsoppgaver som utføres av menneskelig arbeidskraft, men skaper også nye produkter og*

Det vil ikkje være berekraftig om kvar 3. ungdom må utdannast til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenestastas berekrafts modell, presentert som del av dei fire RHF-a sine innspel til den siste nasjonale helse- og sjukehusplanen:

«Dersom alle hadde 90% stillingsstørrelse vil behov og tilgang av kompetent arbeidskraft balanseres. Dersom vi i tillegg forutsetter at vi kan disponere ressursene innenfor rammen på 90% stillingsprosent bedre, overgår dette behovet fremover for svært mange yrkesgrupper i helseforetakene. Det forutsetter tydelig satsing på rekruttere – beholde, utvikle og utnytte teknologi som endringsdriver og ikke minst løse oppgaver på nye måter. Også arbeidstidsbestemmelsene må fornyes. Det står om 62 timer per år i en 100% stilling som må nyttas annerledes.

*Vri ressursveksten i spesialisthelsetjenesten fra vekst i bemanning til investering i teknologi og kompetanse som kan redusere fremtidig arbeidskraftsbehov
Knytte målene for digitalisering tydeligere til målbildet for pasientbehandlingen.
Bærekraftsutfordringen handler om at vi ikke vil kunne møte fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester med økt bemanning. Det kreves endringer i måten oppgavene løses på, mer bruk av teknologi og økt kompetanse som reduserer bemanningsbehovet.»*



Eksempel på tiltak og «nye» måtar å tilby tenestene på som var del av innspela til siste nasjonal helse- og sjukehusplan er dette eit av fleire døme på moglegheiter som vil påverka behovet for helsepersonell i framtida:

Region Midt-Jylland har i dag 18 pasientgrupper som følges opp med strukturerte digital oppfølging og hadde som målsetning å utvikle 4 nye programmer i året. Vi så på 4 mulige pasientgrupper og mulige effektar. Legg vi eksempelvis ein målsetning om at 50% av dei som er egna vil ta i bruk digitale strukturerte digitale skjema vil dette ha ein effekt på 20% av det polikliniske volumet for desse pasientgruppene.

Dersom vi omsett dette til vår region og tar utgangspunkt i ein reduksjon på om lag 30% av våre polikliniske kontrollar kan de betyr nærare 50 000 færre pasientkontaktar. Det kan frigi kapasitet til andre prioriterte områder og oppgåver i det einskilde faget. Det kan realiserast ved meir og raskare bruk av strukturerte digitale skjema eller anna strukturert digital oppfølging av pasientane, særleg for alle konsultasjonar der tid og stad ikkje må vere synkront mellom pasient og spesialisthelsetenesta.

Ei anna tilnærming er:

I en rapport fra Universitet i Oslo (Hagen et al., 2018) viser at dersom man kan klare én prosent årlig økning i DRG poeng per lege vil det tilnærmet nulle ut behovet for vekst i antall leger.

Det vil være svært vanskelig å opprettholde en slik vekst over en lengre tidsperiode, men dette understreker viktigheten av å legge til rette for at vi får en effektiv bruk av helsepersonell hvor vi får utnyttet kompetansen på en best mulig måte. Avlaster og fornyer måten oppgaver kan løses på.

Forutsatt at vi klarer god og nyttig digitalisering er dette mulig, ikke hvert år, men det det vil være behov for.

Vi har nytta tal frå 2019 som var siste året før aktiviteten i føretaka blei sterkt påverka av pandemien for å synleggjere nokre utfordringar.

I 2019 «mista» vi **631 199 pasientkontakter** av ulike årsaker på Vestlandet. Tiltak som kan unngå/motverke dette for framtida må raskt på plass.

Digitalisering inneber å fornya, støtte og forbetre arbeidsprosessane, på ein måte som gjer det mogleg å gjere det rette riktig første gang, på tvers av organisatoriske grenser. Ein betre måte å gjere ting saman på, mellom spesialisthelsetenesta og pasientane/pårørande og mellom tenestenivåa kan redusera behovet for personell i begge sektorane.

I 2019 hadde vi 139 529 kontrollar som varte inntil 15 minutt, planlagt tid. Det var planlagt **553 034** pasientkontaktar – kontroll. Dersom ein set seg nokre krevjande men oppnåelege mål, er det eit stort handlingsrom, som kan bidra til godt arbeidsmiljø i helseføretaka, nøgde pasientar og til sist ein berekraftig utvikling på kort, mellomlang og lang sikt. Det vi gjer må vere godt i eit generasjonsperspektiv.

Det bør vere ein uttalt samla strategi og forståing av digitalisering:

Digitalisering – for kven?

- For oss alle!
- Verktøy for medarbeidar som både avlastar og sikrar kvalitet
- Innbyggardeltaking - førebygging
- Pasientinnrapporterte data
- Mobile løysningar som fungerer godt i arbeidsdagen og for dei oppgåvene medarbeidarar skal løysa

IKT-system som stadig forenklast – tilrettelagte arbeidsflatar og høg brukarvennlegheit

Dersom dette skal vere målet for digitaliseringa på Vestlandet må vi ha tiltak som gir medarbeidarar handlingsrom til å vere aktiv deltakande for kva dei treng, korleis digitale løysingar skal nyttast. Digital forståing og ein viss kompetanse for digitalisering bør vere eit tiltaksområde for å realisere dette.

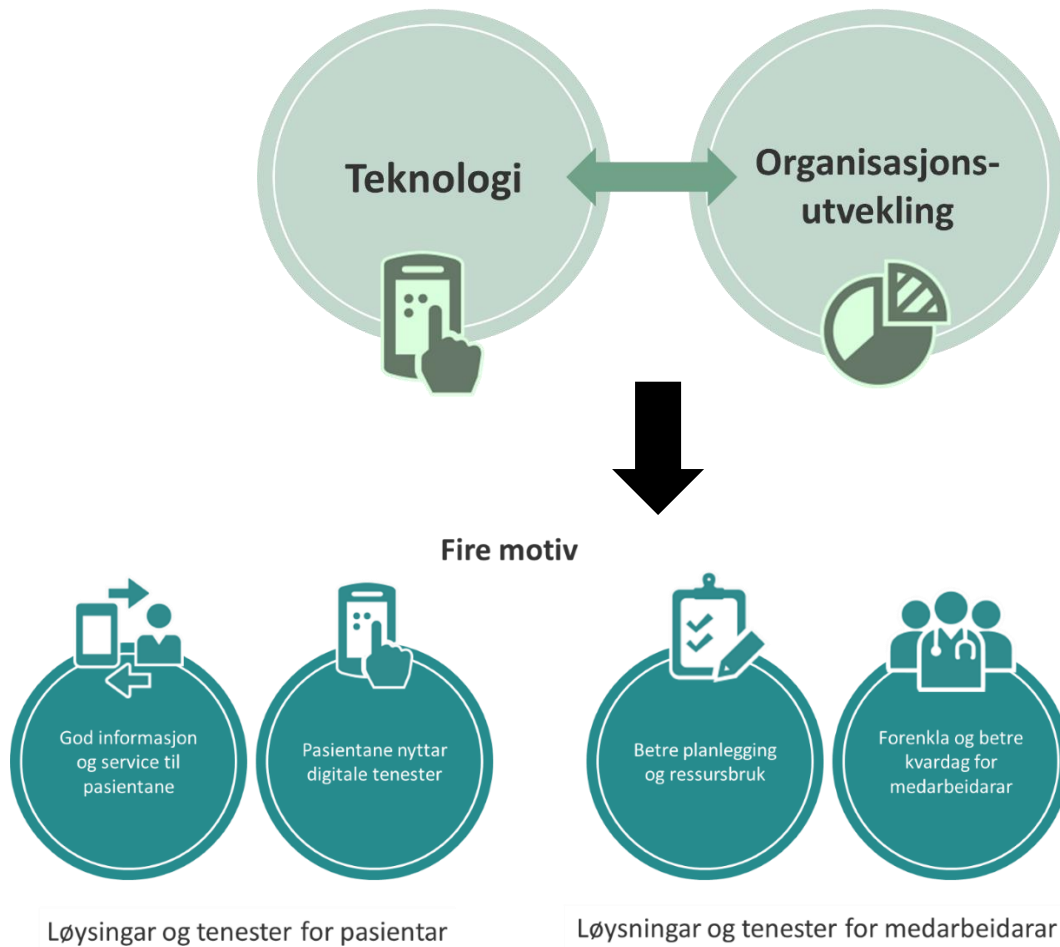
Overordna retningar:



Kvar av desse målformuleringane vil krevja rett oppgåvedeling, ta i bruk teknologi som gir rett avlasting for medarbeidarar, pasientar nyttar tenestene når dei får tildelt oppgåver/tenester i langt større grad enn nå.

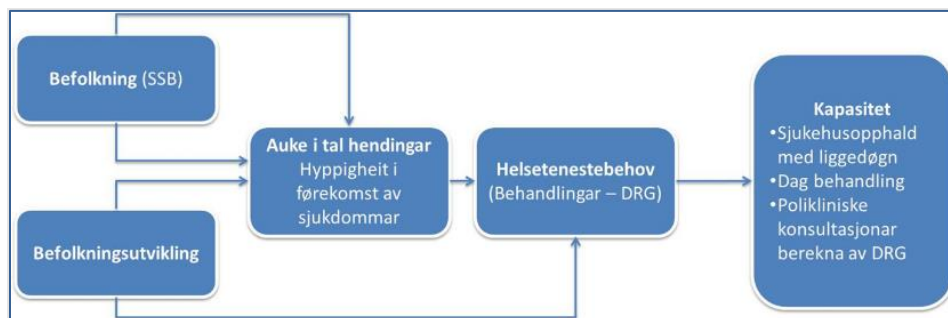
Skal vi vere i rett tid, må vi ha tiltak på kompetanseområdet som gjer det mogleg å nytte teknologi rett, at teknologi og organisasjonsutvikling må skje samtidig og integrert.

Katalysator – auka hastigheten



Utan å talfeste måla med tiltaka/kva ein må få til er det nærast umogleg å framskriva behov som kan vere treffsikkert nok. Målet med å nytte scenario metodikk er ikkje å finne eit fasitsvar, men å treffe så godt ein kan. Styret vil få ein munnleg presentasjon av metodikken og føresetnadene for det vidare arbeidet med rekruttering og kompetanse.

Samanhengem mellom befolkningsutviklinga, om dei som blir eldre og kan bli friskare, om dei uansett blir sjukare, kva kapasitet vi må ha for å tilby tenestene kan framskrivast basert på modellar som vist nedanfor. I tillegg til modellar for å vurdere ulike scenario for framtidig bemanningsbehov. Uavhengig av alle modellval ein kan gjere, er det heilt avgjerande at ein finn tiltak som kan monne, at ein gjennomfører tiltaka, eller bytter dei ut med andre tiltak om dei ikkje verkar, det vi kallar modifierande faktorar.



Analysar av alderssamansetninga i helseføretaka, (talgrunnlag per oktober 2022), viser at tal på medarbeidarar som er 50 år og eldre utgjer om lag 29 prosent av det totale tal på tilsette, om lag 10 871 medarbeidarar. For leagegruppa er 25,9 prosent over 50 år, for sjukepleiarar er del over 50 år 15,7 prosent, for spesialsjukepleiarar er del over 50 år 31,7 prosent, for helsefagarbeidarar er del over 50 år 14,13 prosent og for jordmødrer er del over 50 år 35,7 prosent. Det er særleg viktig å påpeika at aldersutviklinga blant helsefagarbeidarar er spesiell. Tal helsefagarbeidarar er betydeleg redusert, det inneber at dei som nå er i føretaka er færre, men yngre. Dersom ein skal behalda same tal medarbeidarar fram til 2035 er det ein svært krevjande oppgåve som ligg føre oss.

Det er viktig at helseføretaka er tydelege i dialogen med ungdom for å sikre at ungdommen tidleg nok er orienterte om det mangfaldet av moglegheiter som er i helseføretaka. Tiltak der ungdomsskuleelevar får delta aktivt i mange ulike oppgåver i helseføretaket, alt frå å sy i syntetisk hud til å vere på mange ulike einingar kan gjere mangfaldet i føretaka kjent. Inkludert tekniske og andre fagområder helseføretaka vil vere avhengig av i framtida. Det er for dei som har hatt tiltaket over år, populært blant ungdommen, det har synleggjort at spesialisthelsetenesta er verksemdar som kan tilby interessante oppgåver for nær sagt kva utdanning ein prioriterer. Tiltak som viser det havet av moglegheiter for framtidig jobb i spesialisthelsetenesta, anten ein vil bli ingeniør eller helsepersonell. Dette er tiltak alle verksemdene bør utvikla. Å møte ungdommen og la dei møte dyktige medarbeidarar i helseføretaka og Helse Vest IKT er eit tiltak som privat næringsliv aktivt har brukt i Rogaland i mange år, med stor effekt.

Framtidas kompetansebehov er avhengig av ein rekkje faktorar, og fleire av dei er vanskelege å føreseie og kvantifisere. Gjennom trendar og rapportar frå SSB og Helsedirektoratet er det likevel nokre faktorar som vi trur vil påverke behovet. Det er ein forventning og eit krav at helsetenesta i framtida må kunne vise til auka utnytting av helsekronene. Siste rapport frå SSB: Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 påpeikar at det er relativt mange usikkerheiter framover, [Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 - SSB](#)

«For både leger, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, bioingeniører, radiografer, tannpleiere og psykologer har det i tillegg vært slik at bruken av arbeidskraft har blitt vridt i favør av disse på bekostning av andre grupper, og da i de fleste tilfeller helsefagarbeidere og andre med grupper med lavere utdanning. Vi legger til grunn at denne utviklingen kan fortsette. I tillegg vil både den demografiske utviklingen og effekter fra de andre faktorene nevnt ovenfor bidra til å trekke etterspørselen etter disse gruppene oppover.»

Det er verd å merka seg at SSB her ikkje har lagt til grunn modifiserande faktorar. Til dømes høgare stillingsstørrelse, betre oppgåvedeling, at helsefagarbeidarar bør kome tilbake til sjukehusa på same nivå som ein hadde i 2009 som eit viktig bidrag for å redusere behovet for andre helsepersonell grupper, meir bruk av teknologi for å støtta arbeidsprosessane og andre tiltaksområder som er omtala i denne styresaka. Kjønnssamansetninga i helseføretaka har ein betydeleg overvekt av kvinner. Det inneber at spesialisthelsetenesta i høg grad rekrutterer framtidige medarbeidarar blant «halve befolkninga» på Vestlandet. Det er korkje bra for ei god samfunnsutvikling, arbeidsmiljøet eller eit trygt fundament for framtidig rekruttering.

6. Kunnskapsinnsats, aldersutvikling mm

Føretaksgruppa Helse Vest har dei seinaste åra lagt ned eit omfattande arbeid for å dokumentere kunnskapsinnsatsen, anten det er formelle utdanningsløp eller andre tiltak på kompetanseområdet. Kompetanseportalen og Læringsportalen gir viktig grunnlagsdokumentasjon.

Vi veit at langt frå alt helseføretaka gjer på kompetanseområdet er dokumentert i Læringsportalen eller Kompetanseportalen, men underlaget har blitt betre år for år.

Det er vanskeleg å få sikre og gode tal for simulering og ferdigheitstrening. I situasjon simulering, (In situ), skjer direkte etter ei oppleving, eller som ein integrert del av arbeidsdagen. Det er viktig at vi finn løysingar for å sikre at alt det medarbeidarar og leiarar gjer kan bli synleggjort.

I tillegg til det vi kan dokumentere slik vi har gjort over noko tid, skjer det ein betydeleg kunnskapsinnsats på mange andre måtar:

- Årleg nasjonale kvalitetsdagar for legegruppa, (per spesialitet)
- Årleg samarbeidsmøte for særskilde prosedyrar/pasientgrupper
- Annakvart år norsk møte og anna kvart år nordisk møte. Desse møta er i regi av dei einskilde spesialitetane/spesialistkomitear og nasjonale fagmiljø
- Vestlandske møter om lag anna kvart år for legar og sjukepleiarar på Vestlandet for nokre av fagområda
- I tillegg er det ei rekke ulike forum/råd og utval der mange treffes på tvers av føretaka:
 - Styre i til dømes Norsk nyremedisinsk foreining
 - Styringsgruppe Norsk nyregister
 - Utdanningsutval for nyremedisin i Dnlf

Frå resultatnotatet for 2021 går det fram at:

«Kunnskapsinnsatsen utgjer ein vesentleg større del av verdiskapinga vår enn talet på kurs, deltaking på ulike kurs og kompetansetiltak elles. Verdien finn ein når ein ser heile kunnskapsområdet samla»

Føretaksgruppa Helse Vest er ein gigantisk utdannings- og læringsarena. Frå 2014 har vi gjort tilsvarende kartlegging kvart år for å få innsikt i heile verdikjeda som kunnskapsinnsatsen utgjer.

Tabellen nedanfor viser kvart år frå og med 2014:

År	Verdi i kroner	Utvikling tal formelle utdanningsløp	Utvikling tal fullførte e-læringskurs
2014	1 341 734 756	6 886	50 834
2015	1 518 818 883	7 384	78 653
2016	1 875 956 544	7 720	74 287
2017	2 021 122 793	9 008	79 701
2018	2 253 295 740	9 621	77 776
2019	2 385 468 071	9 761	92 601
2020	2 385 468 071	9 617	187 673
2021	2 546 872 762	10 340	189 483
Utvikling i perioden	1 205 138 006	3 454	138 649

Det er gjort betydelege **investeringar** på kompetanseområdet, i tiår. Mykje av det som er kunnskapsinnsatsen får likevel ikkje den plassen det fortentar. Simulering og ferdigheitstrening er svært viktig for å perfeksjonera teamsamarbeid, men det har ikkje status nok, som del av utdanning og kompetanseutvikling.

Arbeidsplassen er éin av dei viktigaste lærings- og utviklingsarenaene som finst. Det er uråd å tileigne seg den kunnskapen og dei ferdigheitene som trengst i spesialisthelsetenesta, andre stader. Når grunnutdanninga er på plass, startar den livslange reisa for utvikling og læring. Ein kan ikkje bli ein dyktig legespesialist, spesialsjukepleiar, helsefagarbeidar, teknisk medarbeidar eller økonom utan læring og vidareutvikling, både individuelt og i team, på arbeidsplassen.

Svært mykje av investeringane vi gjer på innsatsområda våre, går ut på å overføre handverk frå meister til svein og til forskning. Denne meister-svein-dynamikken er svært viktig for dei fleste områda, og teoretisk kunnskapsinnsats er ein annan vesentleg faktor. Til saman utgjer dei den heilskapen vi kallar kunnskapsinnsatsen, uavhengig av kva organisasjonsform som ligg til grunn. Det er vanskeleg å synleggjere den kunnskapsoverføringa som skjer som ein naturleg del av arbeidsdagen mellom dyktige og motiverte medarbeidarar. Dette er ikkje ein del av analysearbeidet her.

Det er gjennomført ei rekkje tiltak på kompetanseutviklingsområdet. Det er gjennomført prosessar for å støtte dokumentasjon og læringsutvikling for alle grupper av medarbeidarar.

Kompetanseportalen er tatt i bruk for å støtta opp om strategisk kompetansestyring. Alle LiS legar dokumenterer sine læringsmål og læringsaktivitetar i kompetanseportalen. Det er eit pågåande arbeid med å legge til rette for det same for alle studentar for den delen av utdanninga som skjer i helseføretaka. Det er allereie gjennomført for mange lærlingfag.

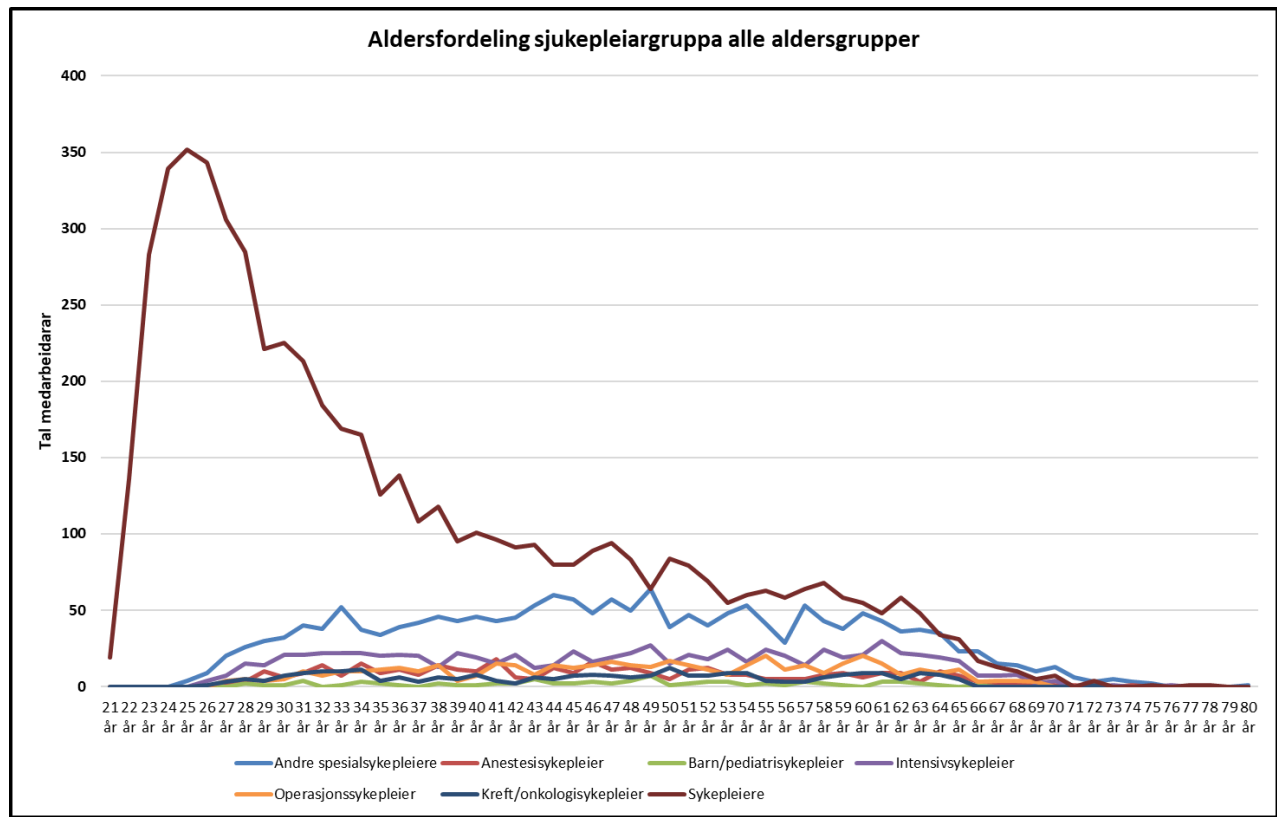
Det er inngått samarbeidsavtale for å løfte fagskuletilbodet for fleire yrkesgrupper. Det er ein bevisst strategi for å gi moglegheit for medarbeidarar med fagutdanning til å kvalifisera seg for nye eller meir krevjande oppgåve i helseføretaka. Det er mange gode døme på dette for fleiere grupper av medarbeidarar.

Føretaksgruppa i Helse Vest må etter kvart utvikla seg til å bli ein felles arbeidsmarknad. Rett nok må ein starte med eit godt grunnlag; behalda medarbeidarar på Vestlandet. Vi ser at attraktiviteten mellom verksemdene veks, og at det er til inspirasjon at ein vel oppgåver innanfor føretaksgruppa i konkurranse med arbeidsmarknaden generelt. Det er fleire og fleire medarbeidarar som søker seg til stillingar på tvers i føretaksgruppa. Det bør vere meir fokus på dette i framtida. Det er eit hav av moglegheiter innanfor føretaksgruppa Helse Vest, mykje meir interessant enn det ein kanskje kan finne andre stadar.

Vi har gjennomført førebels analysar av kva yrkesgrupper helseføretaka bør ha særleg strategisk merksemd på. Det er og gjort tilsvarende vurderingar i tilbakemelding på oppgåve frå Helsedirektoratet. Det er stor merksemd kring dette i føretaka, og det er nokre grupper som bør følgjast nøye fram mot 2035. Det vil bli gitt ein kort munnleg orientering om dette i styremøtet.

Vi har totalt 9 784 sjukepleiarar tilsett i føretaksgruppa Helse Vest fordelt mellom sjukepleiarar, spesialsjukepleiarar og jordmødrer.

Grafen under er ein aldersfordeling av sjukepleiargruppa alle alder:



Føretaksgruppa Helse Vest må vere med og sikre at utdanningskapasiteten til grunn- og vidareutdanning for sjukepleiarar står i forhold til behova i tenesta. Utdanningsinstitusjonane på Vestlandet må utdanne eit tilstrekkeleg tal på dyktige sjukepleiarar som står i forhold til behova i sektoren. Det har vært ein betydeleg auke i tal studentar dei seinare åra, for nokre områder vesentleg utover kandidatmåltala som er satt av Kunnskapsdepartementet overfor UH sektoren. Og UH sektoren må ha gode tiltak for å behalda studentane til eit endeleg fullført studieløp. Det er for nokre grunnutdanningar eit alt for stort fråfall.

Vi må sjå på måten vi samarbeider på tvers av organisasjonen og fag- og profesjonsgrenser. Organisatoriske endringar og nye funksjons- og oppgåvedelingar vil bli nødvendige.

Auka krav til effektivitet og kortare avgjersleprosessar syner tydeleg behovet for auka bruk av samhandlingsverktøy både internt i føretaka og mot våre samarbeidspartnarar.

Kommunikasjon og teknologi er stadig i utvikling, og det kjem nye legemiddel som påverkar utviklinga. Riktig samansetting av ressursar vil få stor betydning for å møte utfordringane i framtida.

Når vi rekrutterer nye medarbeidarar skal det skje i tråd med dei strategiane som er etablerte. Det er eit stor hjul som er i gang for å gjennomføre gode tilsetningar i føretaksgruppa. Tal på søknadar som blei behandla i 2021 auka med 26,48 prosent i forhold til 2020, tal på tilsetningar auka med 5,85 prosent frå 2020 til 2021. I 2021 hadde vi 3 057 annonsar.

Vi har også eit ansvar for å ta vel imot studentar – dei kan bli våre framtidige medarbeidarar.

Føretaksgruppa Helse Vest har utvikla arbeidsprosessar som skal gi studentar og veiledarar meir tid til innhaldet i praksisperiodane.

Vi har som mål at all førebuing som kan skje før praksisperioden begynner, er bra for studentane og for innhaldet i praksisperioden. Vi kan ikkje nytte verdifull tid i praksisperioden til det som blir opplevd som ressurs- og energilekkasje. Vi har derfor teke grep for å etablere nye modellar for samhandling mellom student, høgskule/universitet (UH) og helseføretak. Å ta i bruk kompetanseportalen i praksisgjennomføring er eit døme i så måte. Dette er eit tidkrevjande prosjekt med opptil 6 000 studentar årleg. Fordelinga i samhandlinga er at UH definerer dei overordna læringsutbytta medan helseføretaka definerer kva læringsaktivitetar studentane kan gjere i det einskilde føretaket. Framdrift blir dokumentert elektronisk og følger studenten gjennom heile studentforløpet. Målet er best mogleg resultat av all praksis gjennom eit utdanningsløp.

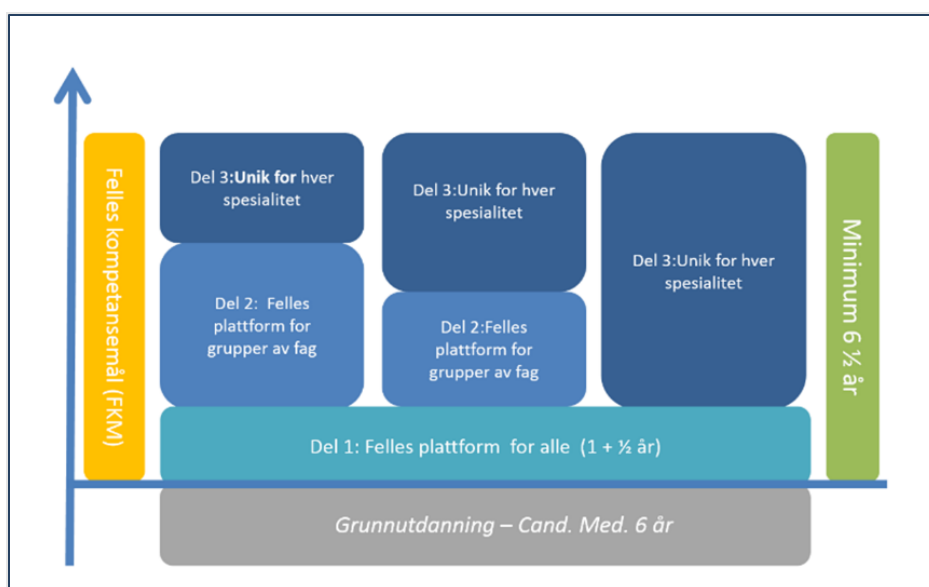
Arbeidsprosessane gir helseføretaka ei unik moglegheit til å førebu studentane på det som kjem til å møte dei om dei vel helseføretaka som arbeidsplass.

Studentane kan allereie i studietida bygge opp kompetanseprofilen sin gjennom alle systema på lik linje med andre tilsette. Det er òg ein viktig del av IKT-sikkerheitsarbeidet at studentar får den tilgangen til IKT-system dei skal ha, og at det er kvalitet i tilgangsstyringa til dei ulike systema, også dei som er pasientretta. Rett tilgang er like viktig som å få tilgang på rett tidspunkt. Ikkje mindre viktig er det å avslutte tilgangane når behovet ikkje lenger er til stades.

Læringsportalen og undervising i klasserom i helseføretaka viser kunnskapsinnsatsen ein er heilt avhengig av i helseføretaka.

Utdanning av legespesialistar er integrert i helseføretaka.

For å gi eit kort døme på LiS utdanninga kan det synleggjerast slik:



Ny spesialistutdanning for legar har kome godt i gang. Det er etablert gode samarbeidsordningar mellom føretaka, Regionalt utdanningsssenter, kvart av helseføretaka har utdanningsansvarlege overlegar.

Det er meir enn 4 000 læringsmål, tusenvis av læringsaktivitetar og prosedyrar som skal gjennomførast for alle spesialitetane.

I tillegg til spesialistutdanning for legar i sjukehusa skal ein og leggja til rette for allmennlegespesialistutdanninga sin del i spesialisthelsetenesta. Dette har vi fått på plass med ein ny modell som skal bli evaluert på nyåret 2023.

Det er etablert om lag 40 ulike nettverk, som kvar for seg og samla har ansvar for å halde ved like og utvikle endå betre arbeidsprosessar og å støtte leiarar og medarbeidarar innanfor personal, organisasjons og kompetanseområdet i regionen. Dette har vært viktig, og vil bli viktigare framover. Ingen vil ha tilgang til dei kapasitetane ein kan spele på lag med i heile føretaksgruppa.

Det er også lagt til rette for digital kommunikasjon mellom medarbeidarar og leiarar. Totalt blei det sendt ut 650 000 SMS mellommedarbeidarar og leiarar. Det er lagt til rette for ein heil kjede av støtte for leiarar og medarbeidarar i føretaksgruppa Helse Vest. Vi førebur nå å ta i bruk M 365 gjennom 2023. Det skal leggja endå meir til rette for deling, intern-kommunikasjon og samhandling. Det må vere eit mål at vi strekker oss så langt vi kan for å nytte dette også for deling av kompetanse, i internundervisning for å nemne nokre døme.

Bruken av arbeidsplansystemet dekkja om lag 4,2 millionar vakter, om lag 32,5 millionar vakttimar i 2021. Alt dette skjer i arbeidsplansystemet. Systemet blir nytta av kvar medarbeidar, kvar leiar, tillitsvalde og vernetenesta. det er millionar av enkeltbruk kvart år.

Befolkningsvekst i kommunane, prosentvis endring frå 2022 til 2050 går fram av SSB sitt kommunekart, sjå tidlegare link.

Ifølgje ein rapport frå Statistisk sentralbyrå frå 2019, «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035» (Geir Hjemås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen), er det sannsynleg at det blir eit underskot på helsepersonell i 2035 om ein ikkje set inn tiltak no. SSB-rapporten understreker behovet framover ytterlegare (tallgrunnlag frå 2017), [Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 \(ssb.no\)](https://ssb.no)

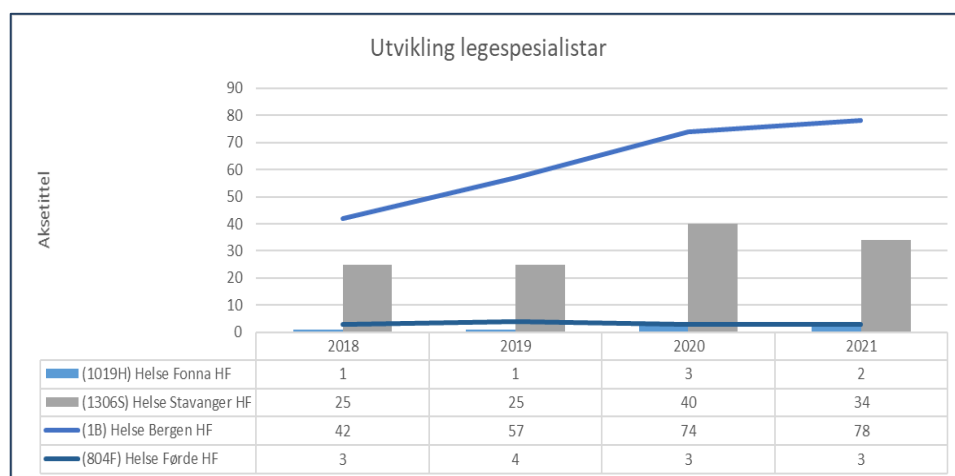
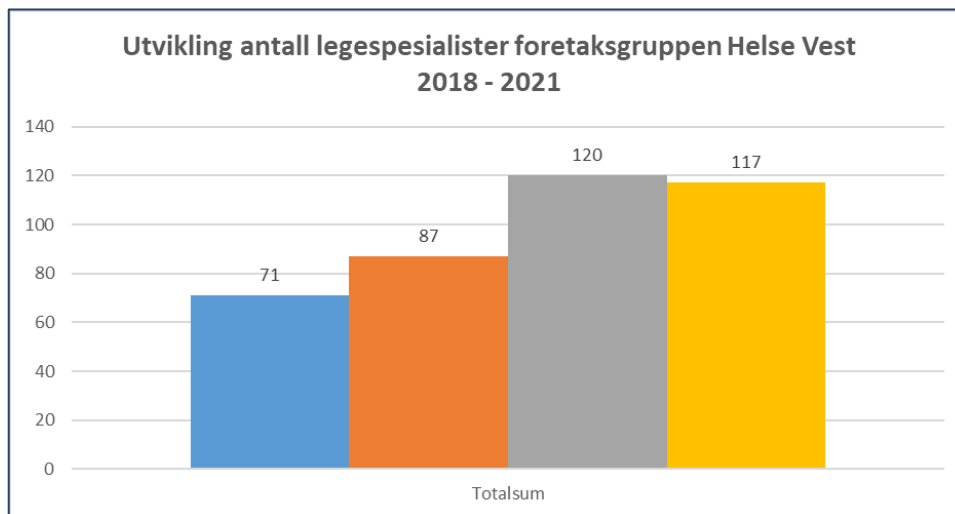
På vidaregåande nivå inneber redusert oppslutning om utdanning innanfor helsefag at det etter kvart blir ei betydeleg underdekning av helsefagarbeidarar. På høgskulenivå vil det etter kvart vere nødvendig å auke utdanningskapasiteten for å unngå større underdekning av bioingeniørar, fysioterapeutar og sjukepleiarar.

For legar og sjukepleiarar går det truleg mot underdekning, men resultatane for gruppene på universitetsnivå er klart avhengige av føresetnadene. For mange legespesialistgrupper treng vi allereie no tiltak for å sikre rett tilgang på grunn av naturleg avgang, medarbeidarar som nyttar mogleghetene i arbeidsmarknaden, og auka behov.

Det må bli ein balanse mellom spesialitetane som er i tråd med framtidige behov. Mange av spesialitetane har auka vesentleg dei seinaste åra, medan andre spesialitetar ikkje har hatt vekst.

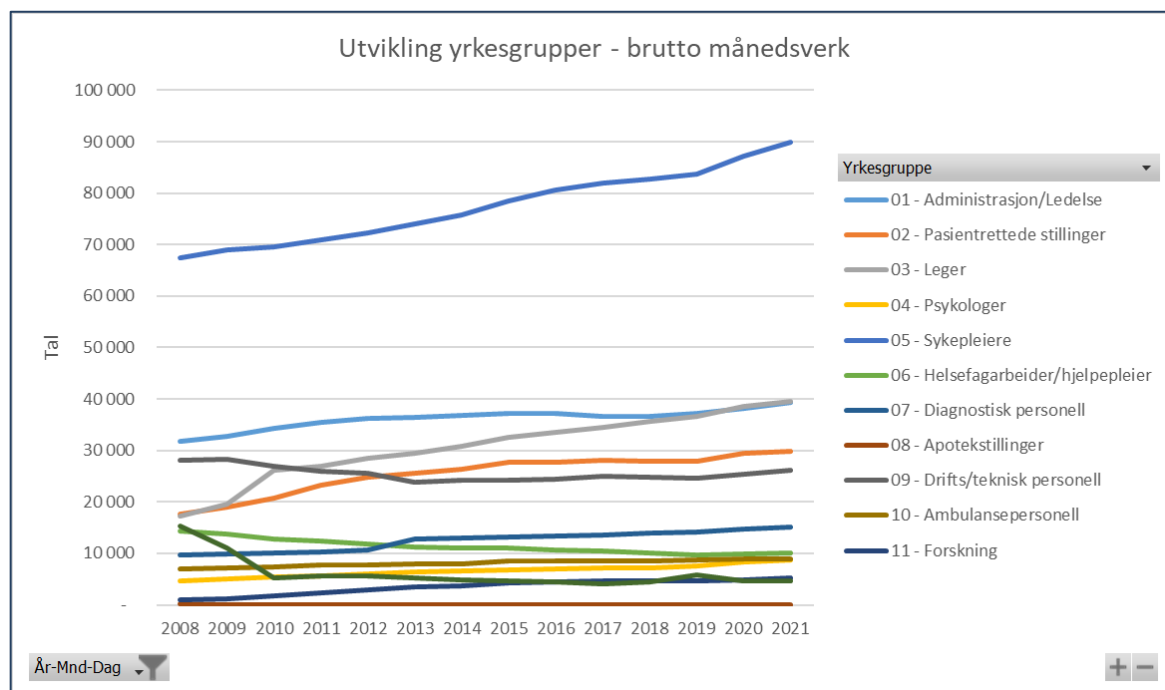
For dei faga ein har enda opp med eit høgt tal legespesialistar som er meint å vere ein overgangsstilling, kan ikkje halde fram.

Vi ser at denne gruppa auke vesentleg, det er og fag som veks i denne gruppa.



Dersom det bygg seg opp ei gruppe legespesialistar i eit føretak, kan det føre til hindringar for god rekruttering i andre føretak i føretaksgruppa Helse Vest. Dersom det samtidig er dei same spesialitetane som vekst, må dette følgjast tydelegare opp gjennom styrings- og leiarlinja.

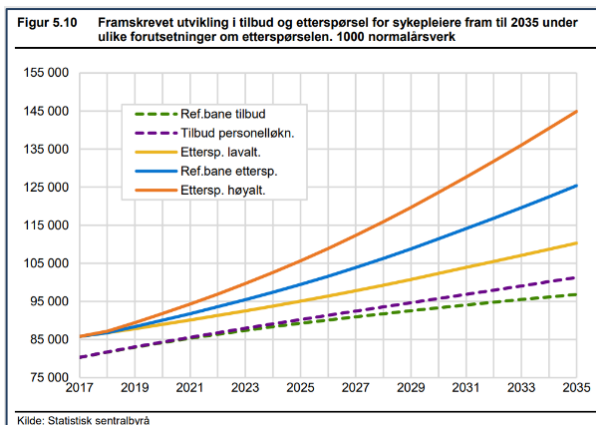
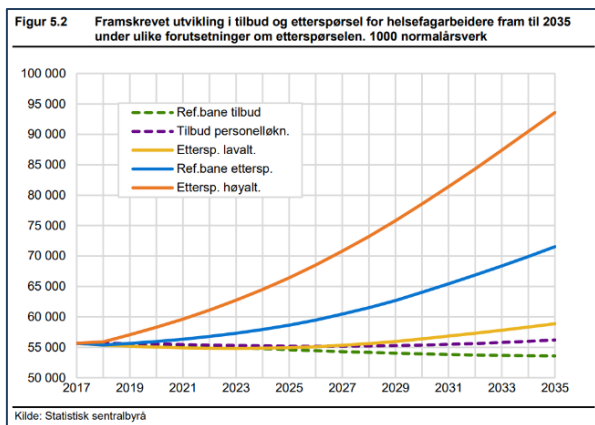
Balansen mellom yrkesgruppene må vere fintstemt og må i framtida ta omsyn til korleis oppgåvene kan og vil bli løyst:



Dersom vi skal nå målet om heilskaplege, føreseielege, planlagde og samanhengande pasientforløp samstundes som pasientforløpa kan bli meir og meir kompliserte må vi få til endå betre koordinering og planlegging. Det vil bli behov for ei heilt anna kompetanse for å støtta klinikarane for planlegga og gjennomføre dette, samtidig som ein held fast på at helseføretaka skal vere attraktive arbeidsplassar for klinikarar og andre yrkesgrupper.

Vi trur at helsesekretærane vil få ei heilt nye rolle, og ei målretta utdanning for framtidas oppgåvene som vil bli heilt annleis enn i dag (pasientkoordinatorar) må starta nå. Helse Vest har gjennomført eit grunnleggande felles opplæringsprogram for helsesekretærar. Det må vidareutviklast for dei nye oppgåvene for å nå målet.

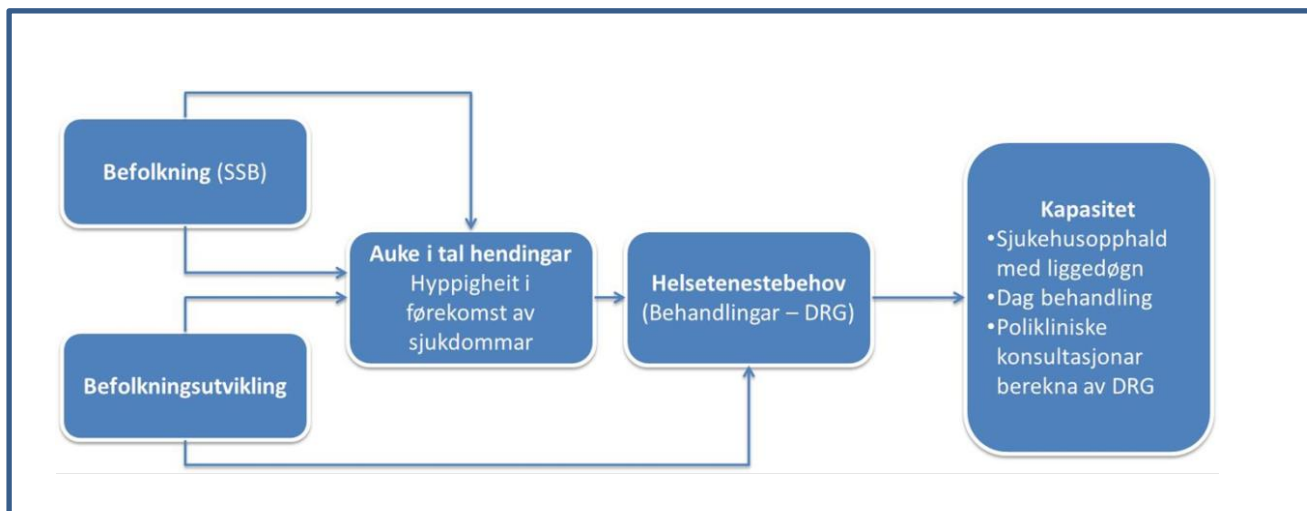
Helsefagarbeidarar og sjukepleiarar har ei forventa underdekning på høvesvis 18 000 årsverk og 28 000 årsverk i referansealternativet. Denne framskrivinga føreset at ein held fram at helsefagarbeidarar vil gå ytterlegare ned i helseføretaka. SSB har ikkje tatt omsyn til betre arbeidsprosessar støtta av teknologi eller oppgåvedeling for å nemne nokre element.



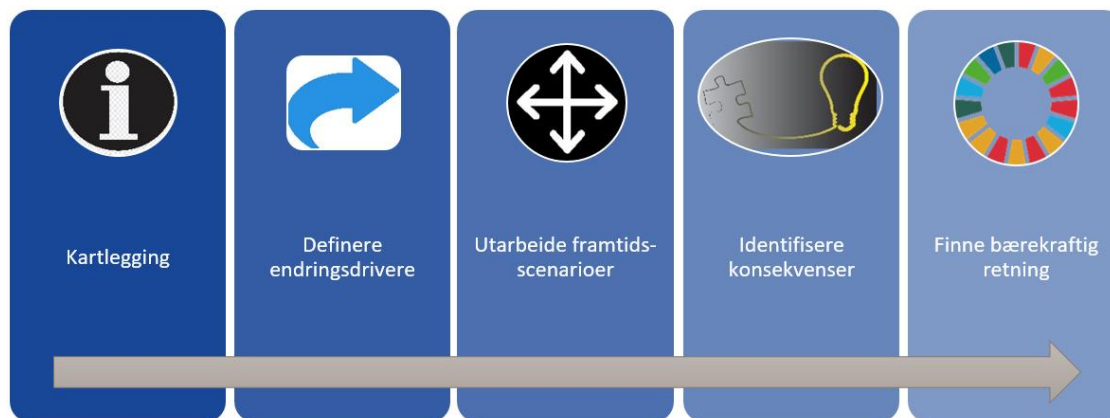
Kjelde: SSB.

Gjennomføring av scenario i føretaksgruppa Helse Vest skal synleggjera kva handlingsrom som kan redusere behovet og framleis vere ein attraktiv arbeidsplass.

Modellen som har vært nytta for å berekna framtidige behov for helsetenester på Vestlandet med moglegheit for justering av ei rekkje inputvariablar i ein kombinasjon av fleire element, er vist i figur nedanfor.



Metodikken skal sikre ein prosess med god deltaking frå aktuelle fagmiljø:



Figurane nedanfor viser forventa befolkningsutvikling i Helse Vest-regionen fram mot 2040. Kjelde er SSB, og MMMM-alternativet er nytta. (Middels fruktbarheit, levealder, innanlands flytting og innvandring.)

År	2021		2030		2035		2040	
	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst
Befolkningsutvikling i perioden 2021-2040 MMMM								
Helse Vest RHF	1 120 066	0 %	1 166 016	4 %	1 187 572	6 %	1 207 026	8 %
Helse Bergen	458 721	0 %	481 649	5 %	493 620	8 %	504 173	10 %
Helse Fonna	179 799	0 %	181 748	1 %	182 331	1 %	183 002	2 %
Helse Førde	107 840	0 %	107 815	-0 %	107 513	-0 %	107 190	-1 %
Helse Stavanger	373 706	0 %	394 804	6 %	404 108	8 %	412 661	10 %

År	2021		2030		2035		2040	
	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst	Befolkning	Befolkningsvekst
Befolkningsutvikling i perioden 2021-2040 MMMH								
Helse Vest RHF	1 122 479	0 %	1 178 441	5 %	1 211 736	8 %	1 244 661	11 %
Helse Bergen	459 681	0 %	487 068	6 %	502 906	9 %	518 077	13 %
Helse Stavanger	374 698	0 %	400 226	7 %	413 914	10 %	427 530	14 %

Vi har valt lungefaget som eitt eksempel:

Tabell under viser balansen i tal mellom legar i spesialisering og overlegar for lungefaget.

Lunge	Totalt tal legar	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Førde
Tal overlegar over 50 år	9	4	3	1	1
Tal LiS	19	15	3	0	1
Tal overlegar under 50 år	21	15	2	3	1
Totalt tal legar lunge	49	34	8	4	3
Kommentarar	<p>Helse Bergen kan ha fleire LiS legar frå dei andre føretaka som er i eit utdanningsløp som skal tilbake til eige føretak.</p> <p>Dersom alle LiS legar blir verande i faget vil vi når dei 10 overlegane som er 50 år eller eldre har slutta vil vi ha 39 lungelegar. Det inneber at vi må ha ein rekrutterings- og utdanningsstrategi for lungefaget.</p> <p>Det er ein framskriving av vekst for åndedrettssjukdommar på 37 %. Det inneber at vi også må ha tiltak for ein vekst i kapasiteten for lungelegar. Kor mange fleire lungelegar vi må bygge opp over tid frem mot 2030 må fagmiljøa involverast i.</p>				

Tabell under viser framskriving ICD-10 (hovuddiagnose) kap. X: J00–J99 sjukdommar i pusteorgana. Behandling/forbruksrate (alle HF og private) HDG 4: sjukdommar i pusteorgan.

Lungefaget	2012-2013	2014	2020	2030	Auke
Tal tilvisingar	37 000	38 000	44 000	52 000	15 000
Forbruksrate	46 000	47 000	55 000	67 000	21 000
Tal poliklinikk aktivitet	46 000	47 000	56 000	66 000	20 000
Tal døgnopphald	15 000	15 000	17 000	21 000	6 000

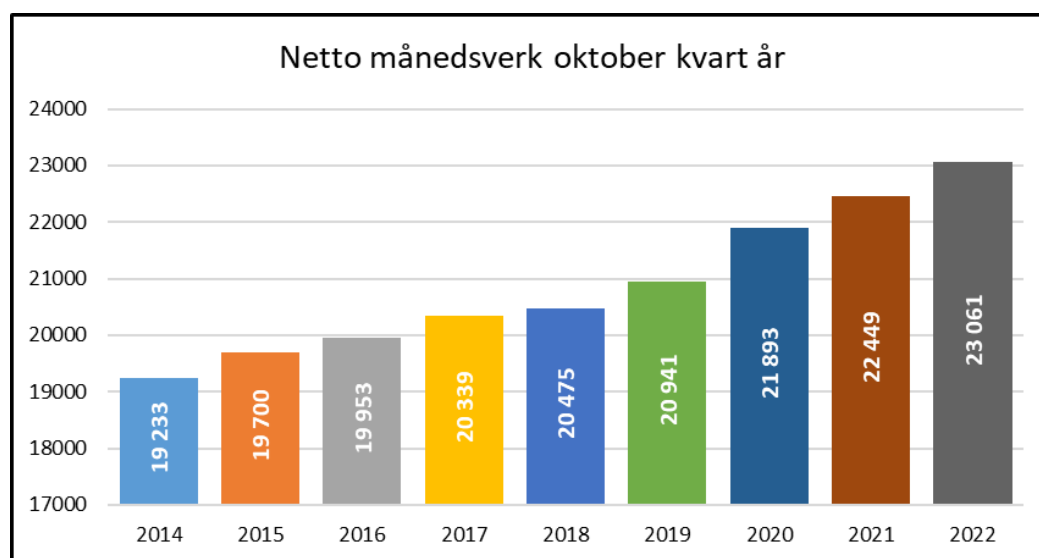
Framskrivninga for 2012–2035 er basert på forbruksrate / behandlingar utførte i spesialisthelsetenesta for institusjonar (offentlege sjukehus, private ideelle og private kommersielle) i Helse Vest-regionen i 2012, kategorisert i fem hovuddiagnosegrupper i DRG-systemet.

Dersom ein etablerer ein heilskapleg strategi med «lærande arbeidsplassar», møter ein høgt utdanna akademiske grupper. Til dømes er det gjennom arbeid i sjukehusa kombinert med kurs og liknande at legane spesialiserer seg. Både for sjukepleiarar, helsefagarbeidarar, helsesekretærar, IKT-medarbeidarar og andre er arbeidsplassen den beste læringsarenaen.

Det er forska mykje på dette. Utfordringa for spesialisthelsetenesta er at ein ikkje har sagt tydeleg nok frå eksternt og internt om kor stor verdi læringa på arbeidsplassen har. Det er her eit konsept som *Corporate University* kan vere eit verkemiddel å ta i bruk. Det er viktig å halde på dyktige seniorar – dei kan vere dei beste læringsagentane spesialisthelsetenesta kan få. I tillegg kan det gi samfunnsgevinstar på ulike måtar.

Trass i relativt god tilgang på nyutdanna personell i dei fleste yrkesgruppene ser vi ei generell utfordring med å behalda medarbeidarar og rekruttere personell med spesialkompetanse og erfaring på mange fagområde. Sjukehusa må i stor grad utvikle dette internt, og både strukturert internopplæring og opplæring i dei daglege arbeidssituasjonane er viktig for å sikre nødvendig og tilstrekkeleg kompetanse. Frå oktober 2014 til oktober 2022 auka talet på netto månadsverk i Helse Vest med 3 828 månadsverk.

Utvikling netto månadsverk i Helse Vest oktober 2014–oktober 2022:



7. Alders- og kjønnsfordeling i Helse Vest

Om lag 29 prosent av medarbeidarane i Helse Vest er over 50 år. Det gjeld òg om vi ser på kvinner og menn kvar for seg. Totalt er 76 prosent av dei tilsette i føretaksgruppa Helse Vest kvinner.

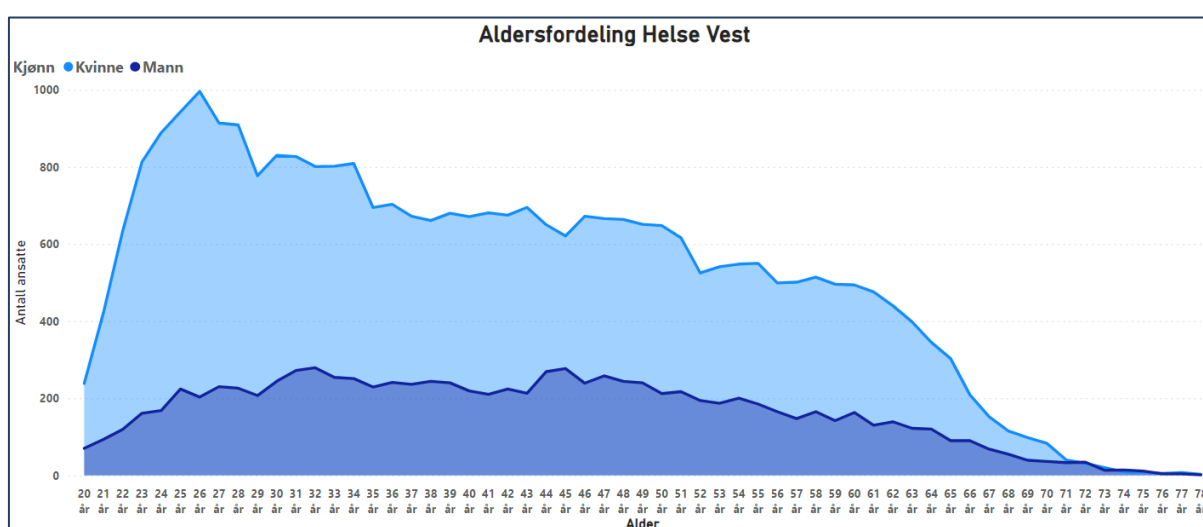
Det første ein bør gripe fatt i framtida, er å unytte rekrutteringsgrunnlaget blant kvinner og menn betre. Ein må både sikre rekruttering og arbeide for ein betre kjønnsbalanse.

Studenttalet for sjukepleiarane har auka dei siste tiåra, med eit opptak på i overkant av 5 000 studantar årleg (nasjonalt). Med det fråfallet ein ser i dag, er ikkje dette tilstrekkeleg. Eit moderat studentopptak i kombinasjon med at 16 prosent av sjukepleiarane er 50 år eller eldre, gjer at vi kan forvente ein moderat vekst i tilgangen på nyutdanna sjukepleiarar.

Dei siste åra er tal sjukepleiarstudentar på Vestlandet auke både i kandidatmåltall og studentar utover kandidatmåltala.

Etterspørselsveksten for sjukepleiarar er venta å halde seg høg gjennom framskrivingsperioden. Med føresetnadene som blir lagde til grunn i referansebana, vil etterspørselsveksten vere éin av dei høgaste blant alle personellgruppene fram mot 2035. Dette kjem i første rekkje av at sjukepleiarane er sysselsette i aktivitetsområde der den eldre delen av befolkninga utgjer den største delen av brukarane. Dette gjer seg spesielt gjeldande frå og med 2020, då veksten i etterspørselen aukar kraftig som følge av at det blir fleire eldre i befolkninga. Med ein sterkare vekst i etterspørsel enn tilbod vil det allereie tidleg i perioden bli underdekning av sjukepleiarar.

Figur under viser alders- og kjønnsfordeling tilsette i Helse Vest per oktober 2022.



8. Sårbarheit og turnover

Ein rapport publisert av Helse Vest i 2022, *Ekstern turnover*, viser at psykologar og psykolog-spesialistar har hatt ein aukande tilbøyelegheit til å slutte i den offentlege spesialisthelsetenesta dei siste åra, med høvesvis 12,4 % og 6,8 % årleg ekstern turnover. Også assistentar innan pleie og assistentar innan psykiatri har forholdsvis høg årleg turnover, med høvesvis 17,8 % og 16,1 %. Rapporten viser at dei fleste medarbeidarane som sluttar fortsett sin karriere innan kommunehelsetenesta eller spesialisthelsetenesta eit anna sted (79 %).

Den norske lægeförening gir annakvart år ut ein rapport med samanstilling av tilbakemeldingar frå LiS1 legar om deira erfaring og oppleving i møte med arbeidsplassen i helseføretaka. Det er viktig at ein nyttar denne kunnskapen på ein god måte. Dei fire regionale helseføretaka vil gjennomføre ei undersøking der alle LiS1 legar for kvart kull deltek. Tilbakemeldingar må nyttast aktivt som viktige bidrag for å rekruttere legar til spesialisering i helseføretaka.

Sårbarheit heng ofte saman med om LiS-legar under utdanning i dei mindre helseføretaka vel å fortsetje i føretaket dei tar del av spesialiseringa i, eller om dei blir tiltrekt til dei større føretaka/sjukehusa.

Små fagområde/spesialistområde gir òg utfordringar. Same trenden som hos legar i spesialisering ser ein når det gjeld psykiatrar. Det same gjeld psykologar under spesialisering og psykologspesialistar. Ny struktur for spesialistutdanning kan ha betydeleg innverknad på organiseringa også innan Helse Vest. Konkrete avtalar om utdanningsløpa regionalt er særleg viktig, halda fast på at det ikkje er tid i eit samarbeidande føretak som gjeld, men at ein skal oppnå læringsmåla. Krav til tid blei avvikla med ny spesialistutdanning for legar, men nokre fag held fast på den gamle modellen. Dette bør ikkje fortsette.

Føretaksgruppa er svært avhengig av grunnutdanninga for sjukepleiarar når det gjeld rekruttering av sjukepleiarar/spesialsjukepleiarar, omtalt i tidlegare styresaker. Det er viktig at det er utdanningstilbod i Sogn og Fjordane og i Helse Fonna sitt opptaksområde. Det vil vere svært krevjande dersom grunnutdanninga blir sentralisert, og endå vanskelegare om vidareutdanning til spesialsjukepleiarar blir det. Samtidig er det viktig at sjukepleieutdanninga på heile Vestlandet er av god kvalitet, jf. tidlegare informasjon til styret om utdanningskapasitet og kvalitet i grunnutdanninga for sjukepleiarar.

Små fagmiljø bør følgast særleg nøye. Det kan være få overlegar, men dersom desse faga ikkje rekrutterer tilstrekkeleg, vil det påverka balansen mellom spesialitetane. Til dømes kan ein ikkje utføre særleg kirurgisk aktivitet om ein ikkje har rett kapasitet innan blod og transfusjonsmedisin.

9. Endringar i netto månadsverk i ulike yrkesgrupper

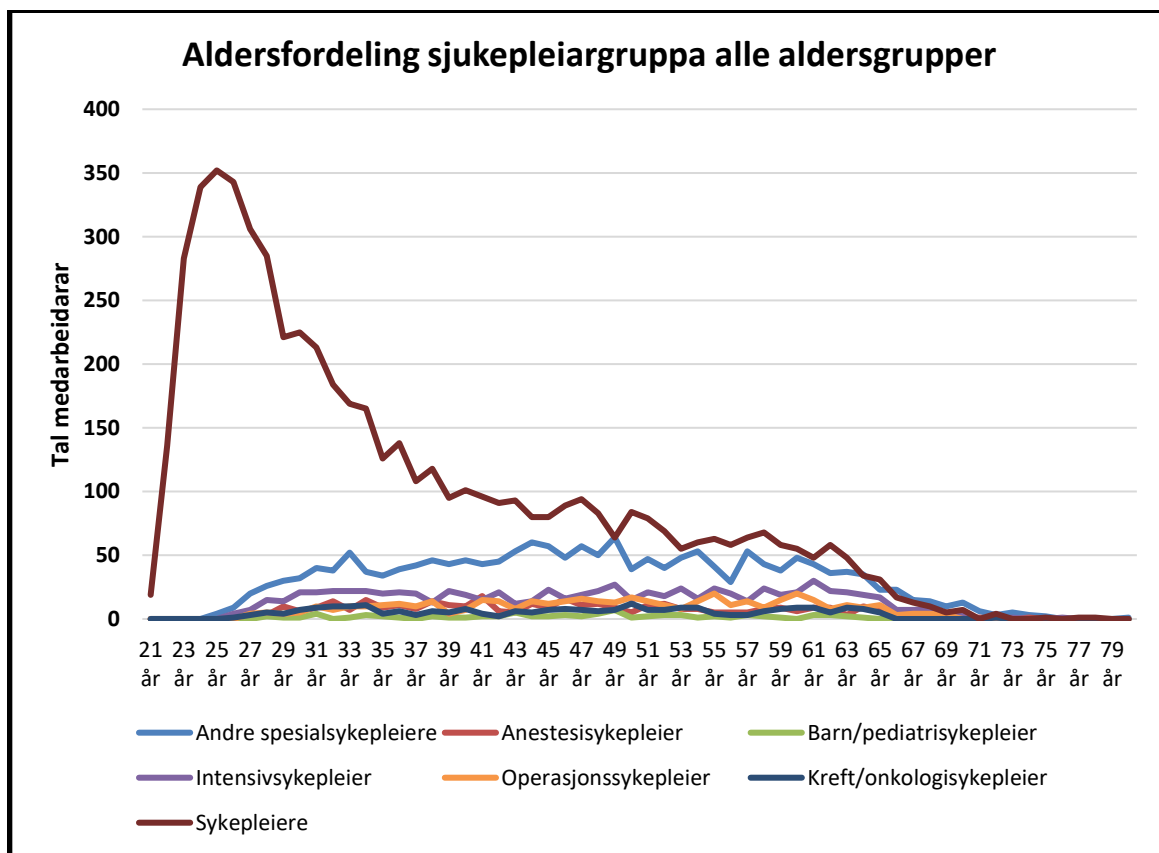
Det har vore ein generell auke i netto månadsverk i Helse Vest frå oktober 2014 til oktober 2022 . Høgare del spesialsjukepleiarar, nedgang i sjukepleiarar og helsefagarbeidarar, auke i tal legar. For mange yrkesgrupper har det vore forholdsvis små endringar, men for nokre grupper ser vi ei større endring i denne perioden.

Talet på netto månadsverk for LiS-legar har auka med 120 frå oktober 2014 til oktober 2022 føretaksgruppa. I same perioden har det for overlegane vore ein auke på 501 netto månadsverk i heile føretaksgruppa. Når det gjeld brutto månadsverk, har det vore ein auke på 545 for overlegane og 133 for LiS-legar frå oktober 2014 til oktober 2022.

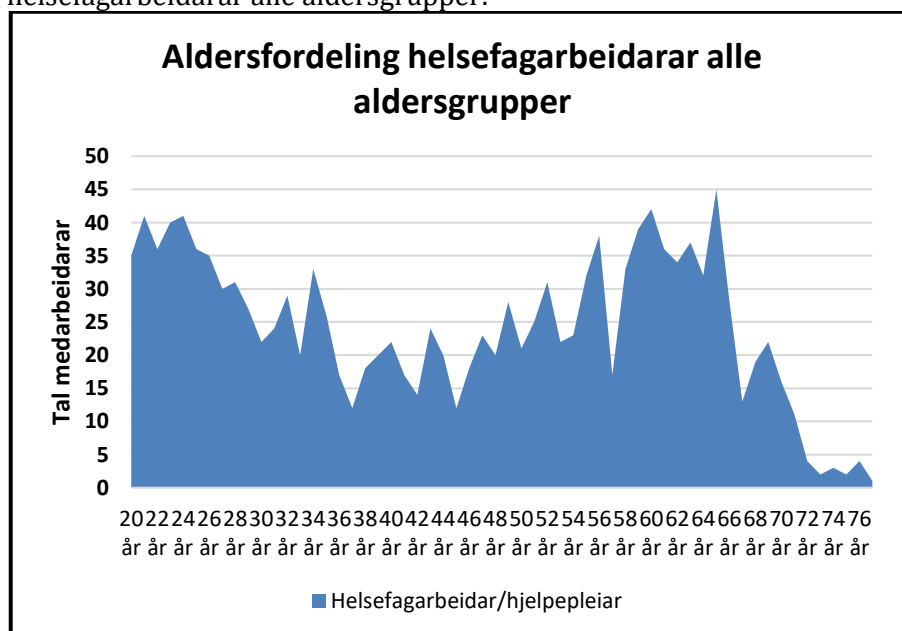
For hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar har det vore ein nedgang på 68 netto månadsverk frå oktober 2014 til oktober 2022 og ein nedgang på 67 brutto månadsverk i same perioden. For sjukepleiarane har det vore ein auke i netto månadsverk. Det har òg vore ein auke for vernepleiarar, psykologar og bioingeniørar og for samlekategorien «merkantile stillingar», som omfattar medarbeidarar i administrative stillingar med unntak av leiarar, tillitsvalde og verneombod.

10. Aldersfordeling i ulike yrkesgrupper

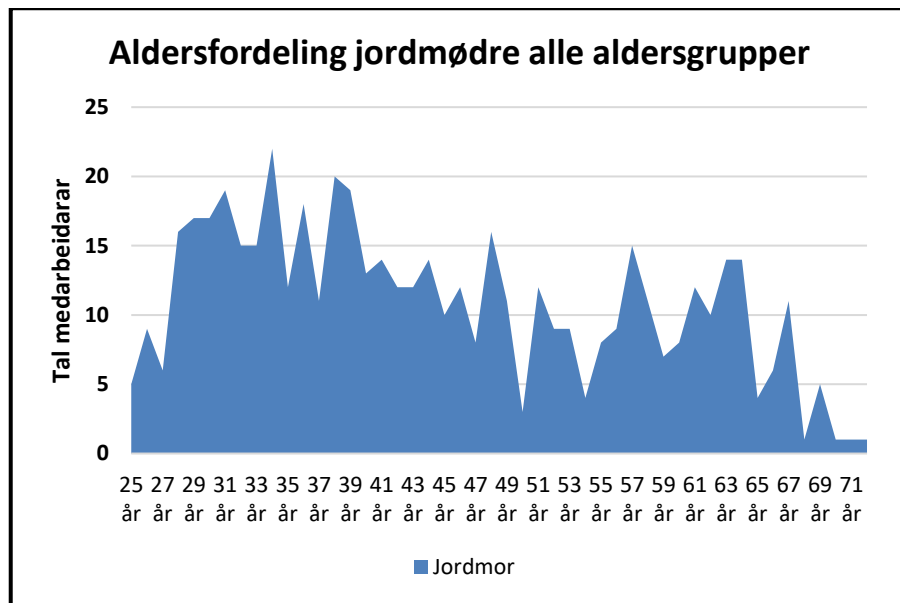
Aldersfordeling sjukepleiargruppa alle aldersgrupper:



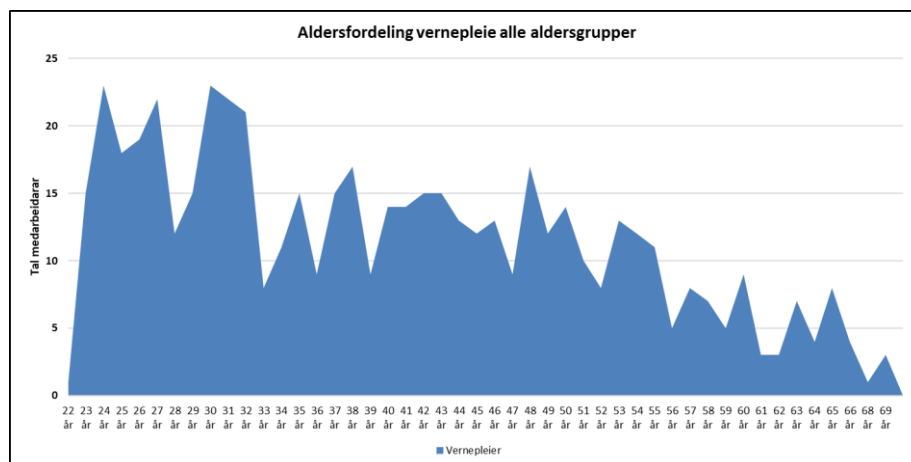
Aldersfordeling helsefagarbeidarar alle aldersgrupper:



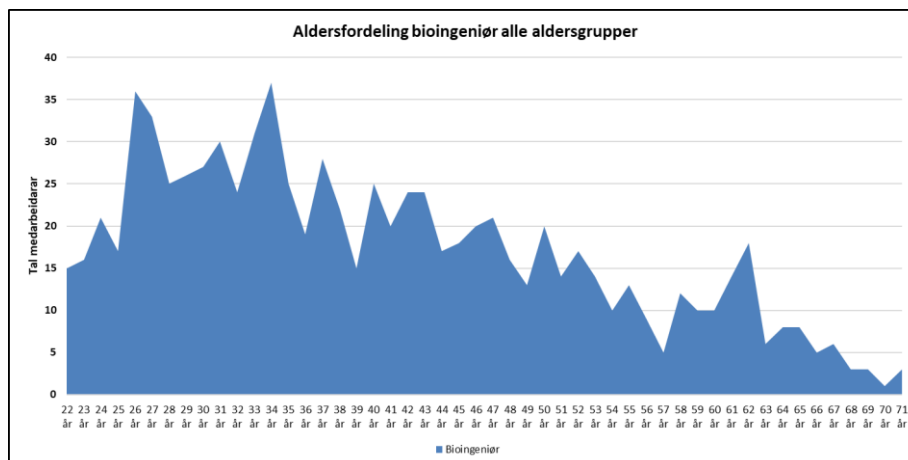
Aldersfordeling jordmødrer alle aldersgrupper:



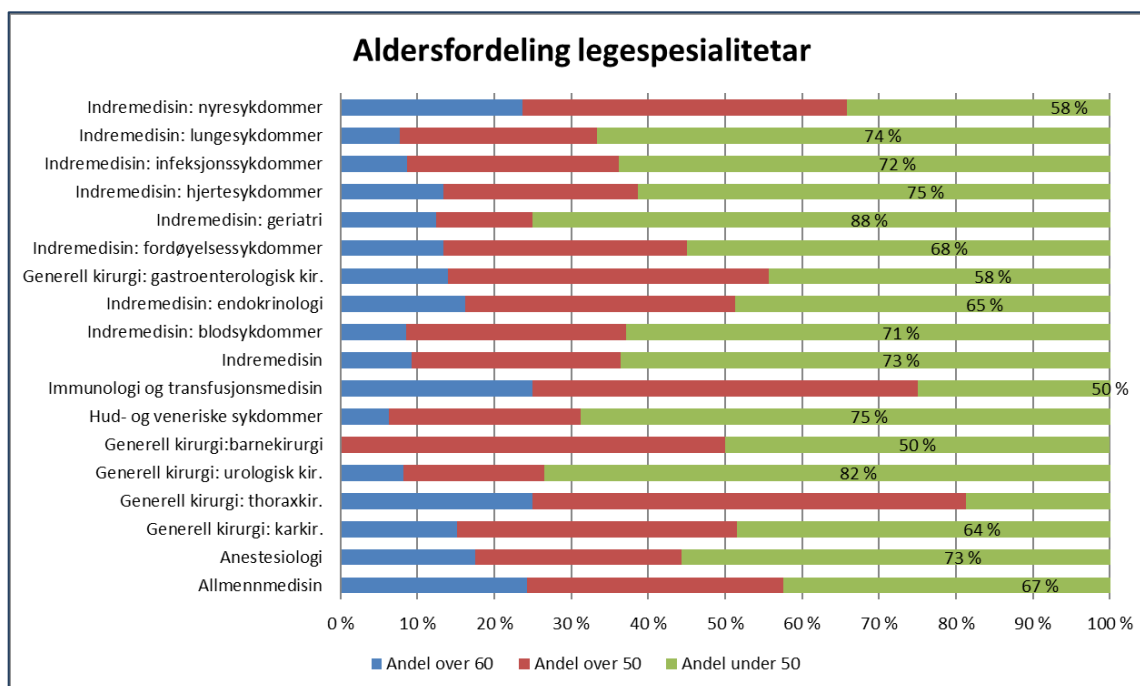
Aldersfordeling vernepleie alle aldersgrupper:

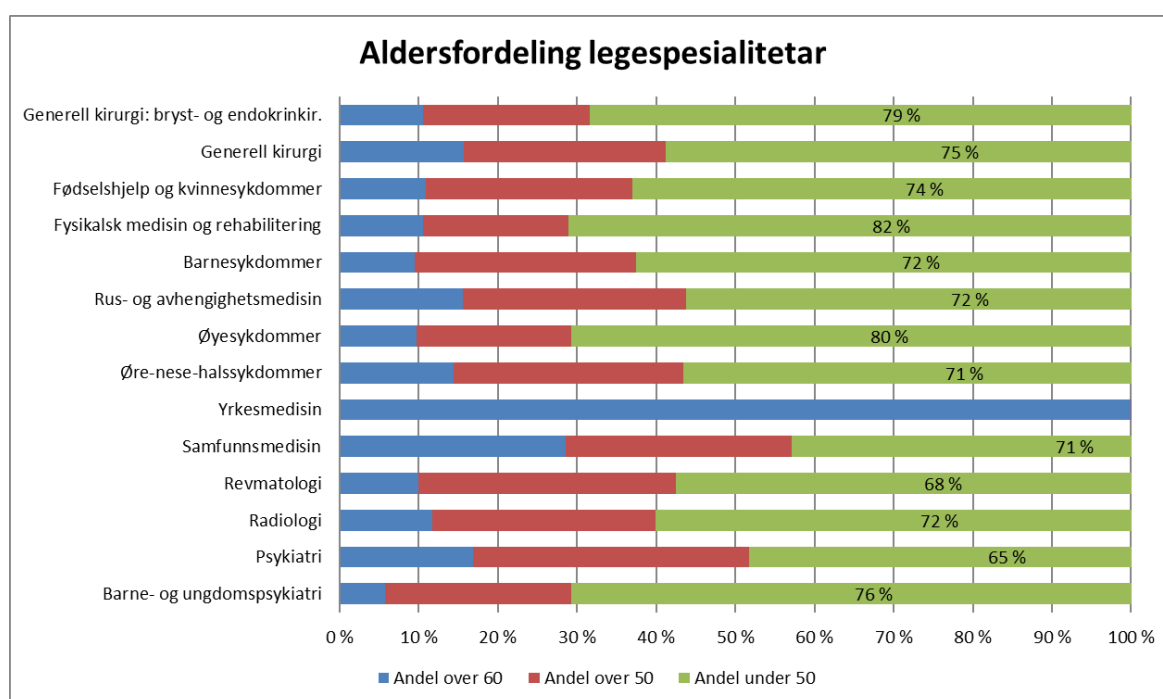
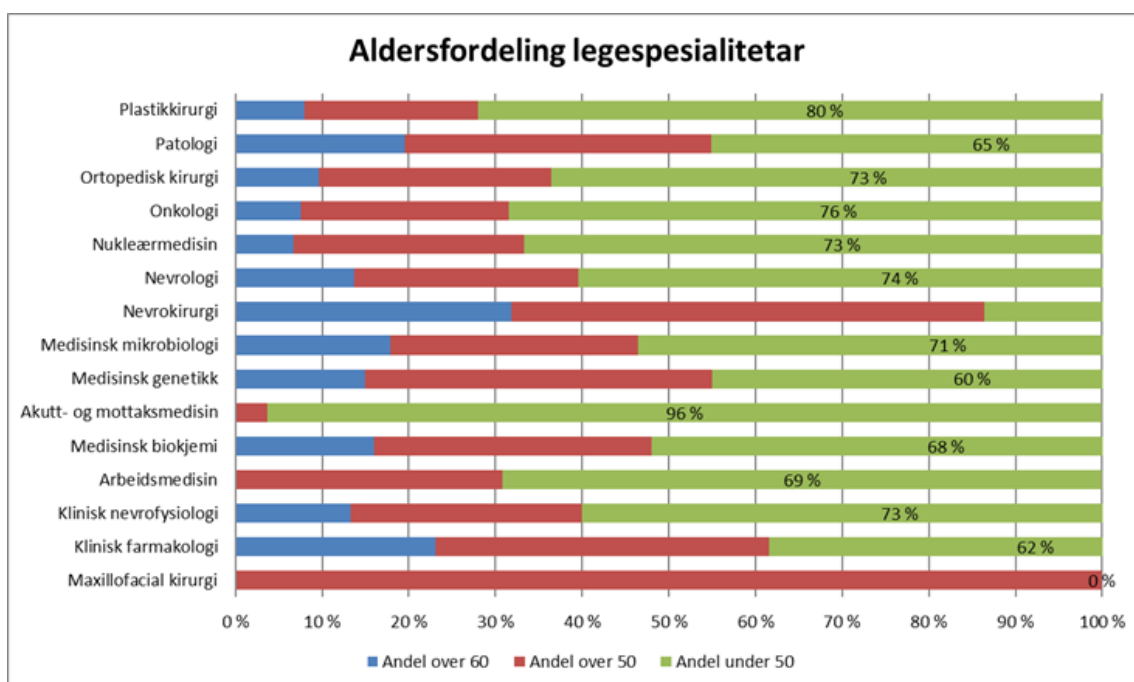


Aldersfordeling bioingeniør alle aldersgrupper:



Aldersfordeling legegruppa per spesialitet:



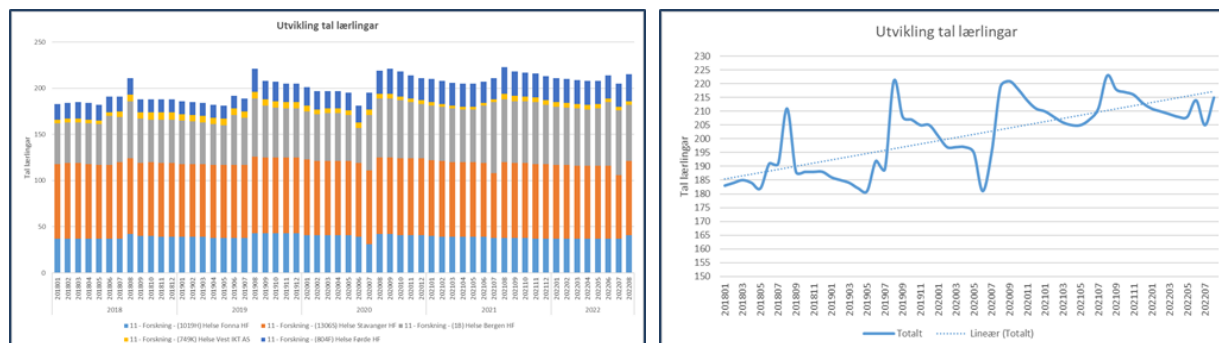


11. Lærlingar i Helse Vest

Totalt er det 222 egne lærlingar i føretaksgruppa Helse Vest per august 2022. Det er 3 færre enn ved førre måling i september 2021. I tillegg er det og samarbeidslærlingar innan helsefagarbeidarområdet frå kommunane i Helse Førde og praksiskandidatar for fagbrev i Helse Stavanger. Totalt er det 244 egne lærlingar, samarbeidslærlingar frå andre kommunar og praksiskandidatar i føretaksgruppa Helse Vest per august 2022.

Helseføretaka melder om stabilt opptak av lærlingar, men på grunn av startdato læretid, fullført læretid, forlenging av læretid og permisjonar vil tal lærlingar likevel variera og påverkar rapporteringa. Oversikt over utvikling av egne lærlingar for åra 2018 til og med august 2022 er vist i graf nedanfor.

Det er alltid høgast tal lærlingar med opptaka på hausten kvart år. Mange tar fagprøven på våren og talet går naturleg ned før ein rekrutterer nye lærlingar. I tillegg er det og nokre lærlingar som avsluttar lærekontrakten.



*Lærling i Helse Vest RHF er ikkje inkludert i grafane over

Status 2018 – 2022:

År	2018	2019	2020	2021	2022
Tal lærlingar	184	182	202	225	222

Det har vært 21 % auke i tal ordinære eigne lærlingar samanlikna med 2018.

Helseføretaka samarbeider godt om erfaringar, delar nyttig erfaring mellom seg. Det er og felles oppfølging av lærlingane i Kompetanseportalen på same måte som for legar i spesialisering.

12. Leiging

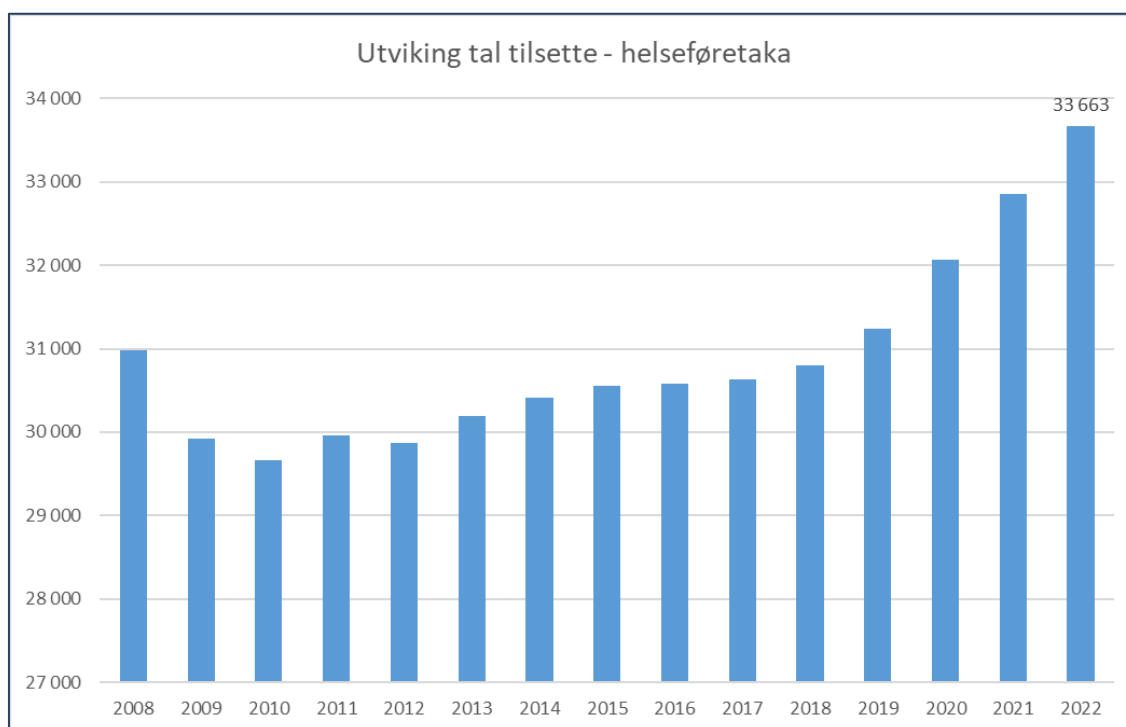
Felles for heile landet er at ein har ei utfordring med eit framtidig generasjonsskifte blant leiarar på alle nivå. Det er stort behov for kontinuitetsplanlegging for å sikre eit kompetent og godt leiarskap. Det er utfordrande å motivere gode kandidatar til leiarstillingar. Det må ei systematisk tilnærming til for å mobilisere og motivere medarbeidarar til å velje leiging. Mange nye leiarar opplever ein krevjande start i leiarrolla. Mange leiarar opplever at dei står i eit krysspress med lite verdsetjing av leiarrolla. Det er mange kritiske «blikk» både internt og i media.

Det er etablert mange tiltak i helseføretaka for å støtte og vidareutvikla leiarar og mobilisere medarbeidarar til å satse på leiarskap som ei viktig rolle i spesialisthelsetenesta. Helseføretaka har etablert eigne leiarprogram som med systematisk innsats gir resultat. I tillegg til interne leiarprogram nyttar vi alle plassar vi kan få på nasjonalt toppleiarprogram (BI programmet). Føretaksgruppa Helse Vest har fire plassar tilgjengeleg til BI programmet. Det er derfor utvikla eit nytt regionalt toppleiarprogram med sin fysisste start i 2022. Føretaksgruppa Helse Vest har her 30 tilgjengelege plassar. Hovudfokuset til det regionale toppleiarprogrammet er sjølvleiarrolla. I tillegg er det nyleg etablert ein felles regional kompetanseplan for alle nye leiarar frå 1. januar 2023. Det skal medverke til å støtte og utvikle nye leiarar. Kvar for seg har ikkje helseføretaka mange nye leiarar, men samla blir det ei gruppe nye leiarar heile føretaksgruppa Helse Vest kan støtte opp om med bidrag får ulike ressurspersonar i heile føretaksgruppa.

Leiarskapet vil stå overfor heilt andre utfordringar med prioritering, behov for endrings og utviklingskompetanse dei komande åra. I kvar av dei fire helseføretaka er det òg etablert tiltak for leiarmobilisering.

13. *Utviklingstrekk tal tilsette*

Sjølv om vi kan vise tall for utvikling av ulike yrkesgrupper i tal tilsette, brutto månadsverk og alle moglege dimensjonar, gir det lite nytte anna en å ha eit tilbakeblikk. Det er korleis ein best mogleg kan nytte ressursane rett og til dei rett fordelte oppgåvene som blir avgjerande for framtida. At vi er attraktive, gode og trygge arbeidsplassar.



14. *Konklusjon*

I eit 20 års perspektiv er det avgjerande at Helse Vest framleis har målretta tiltak for å behalda, utvikla, rekruttere mange nok av dei rette medarbeidarane, oppretthalda halda fast på høgt fagleg nivå i pasientbehandlinga, auke pasienttryggleiken, sette i verk tiltak som bidrar til å støtte arbeidsprosessar for å redusere behov for ressursar og som legg til rette for god oppgåvedeling. Tiltaka må bidra til at vi har tilstrekkeleg og rett faglig kompetanse og kapasitet.

Framtidige konsekvensar er i hovudsak beskrivne ut frå dagens organisering og oppgåvedeling i Helse Vest. Nye yrkesgrupper, endra organisering i føretaket og endra oppgåvedeling mellom personell vil kunne påverke det beskrivne utfordringsbiletet for ulike personellgrupper. Til dømes ser føretaket på mogleheitene for oppgåvedeling mellom yrkesgruppene. Det blir viktig for å kunne utnytte tilgjengelege personellressursar optimalt.

Det bør settast i verk framskriving og oppdatering av tidlegare framskrivingar som tar opp i seg tiltak som inngår utviklingsplanen og Helse2035 så snart den er ferdig handsama.

Kvart av helseføretaka / Helse Vest IKT må ut frå sin ståstad ha ein strategisk plan som gir viktige føringar for korleis føretaket/verksemda skal innrette seg for å sikre rett kompetanse på rett stad til rett tid og for å tryggje kvalitet i pasientbehandlinga og ei berekraftig utvikling fram mot 2035.

Det vil vere ein styrke for føretaksgruppa Helse Vest at vi i fellesskap har ein overordna strategisk plan der det er samanfallande tiltak, og at vi nyttar styrken vi har i fellesskapet i Helse Vest, som i sum vil gi meir kraft for alle enn om tiltaka blir avgrensa til éi verksemd.



Utdanning



Forsking



Pasient og pårørende opplæring



Pasientbehandling