



# IRIS

International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

**Atle Blomgren, Ann Karin Holmen og  
Svein Ingve Nødland, IRIS**

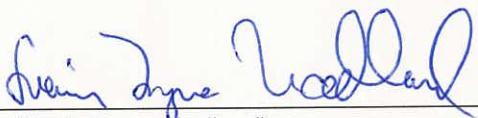
## **Helse- og omsorgspersonell – får vi nok i framtida?**

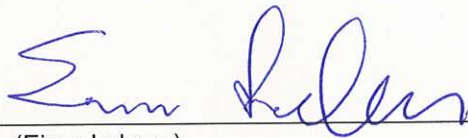
Rapport IRIS - 2011/100


Prosjektnummer: 7252258  
Prosjektets tittel: Regionale arbeidsmarkeder for helse og omsorgspersonell  
Fagforbundet, Fylkesmannen i Rogaland/Helsetilsynet i Rogaland,  
Greater Stavanger, Helse Stavanager HF, Norsk Sykepleierforbund

ISBN: 978-82-490-0734-9  
Gradering: Åpen fra 6.06.2011

Stavanger, 31. mai 2011

  
\_\_\_\_\_  
(Svein Ingve Nødland)  
Prosjektleder

  
\_\_\_\_\_  
(Einar Leknes)  
Kvalitetssikrer

  
\_\_\_\_\_  
Gottfried Heinzerling  
Direktør  
(Samfunns- og næringsutvikling)



## Forord

Formålet med dette prosjektet har vært å se på behov og strategier for å skaffe nok helse- og omsorgspersonell frem mot 2030.

Prosjektet er finansiert av Fagforbundet, Greater Stavanger, Fylkesmannen i Rogaland/Helsetilsynet i Rogaland, Helse Stavanger HF og Norsk Sykepleierforbund.

En rekke personer har deltatt gjennom intervjuer og samtaler i grupper. Vi vil takke alle som har stilt opp.

En spesiell takk går til dere som har deltatt på møte(r) i ressurs/referansegruppe i prosjektet: Margreta Hauge Clementsen (KS), Bjørg Dons (Norsksykepleierforbund), Kjølvs Egeland (Greater Stavanger), Nina Horpestad (Norsk Sykepleierforbund), Berit Kvalvaag Grønnestad (Fylkesmannen i Rogaland/Helsetilsynet i Rogaland), Åshild Råd (Rogaland Fylkeskommune), Maiken H. Jonassen (Helse Stavanger HF), Torill Sandanger (Fagforbundet), Therese Sivertsen (KS), Karin Marie Sollid (Helse Stavanger HF), Oddbjørg A. Starrfeldt (Stavanger Kommune), Solveig Sundt (Stavanger Kommune) og Kari Vevatne (UiS).

Stavanger, 31. mai 2011

Svein Ingve Nødland  
Prosjektleder



## Innhold

FORORD .....	3
INNHold .....	5
SAMMENDRAG .....	7
1 INNLEDNING .....	11
1.1 Bakgrunn, formål og innhold .....	11
1.2 Problemstillinger og metode .....	12
1.3 Organisering av rapporten.....	15
2 NASJONALE OG REGIONALE UTVIKLINGSTREKK .....	17
2.1 Nasjonale vekstmønstre .....	17
2.2 Helsesituasjon, alder og etterspørsel.....	19
2.3 Regional befolkningsutvikling .....	22
2.4 Regionale struktur- og utviklingstrekk .....	28
2.5 Sammenfatning.....	37
3 ARBEIDSMARKEDET OG DRIVKREFTER FOR MARKEDSBALANSEN.....	39
3.1 Arbeidsmarkedet.....	39
3.2 Utdanningstilbudet.....	48
3.3 Samhandlingsreformen .....	54
3.4 Teknologiutvikling .....	58
3.5 Sammenfatning.....	61
4 UTVIKLINGSTREKK FOR PERSONELLKATEGORIENE.....	63
4.1 Generelle utviklingstrekk.....	63
4.2 Sykepleiere og helsefagarbeidere .....	64
4.3 Intensivsykepleiere .....	68
4.4 Geriatiske sykepleiere.....	70
4.5 Sammenfattende drøfting .....	72

5	UTVIKLINGEN I ARBEIDSMARKEDET TIL 2030 .....	75
5.1	Modellen .....	75
5.2	Effekt av befolkningsvekst på etterspørsel .....	85
5.3	Arbeidsmarkedsbalanser .....	86
5.4	Oppsummering: Tiltak for å oppnå arbeidsmarkedsbalanse .....	100
6	SAMMENFATTENDE DRØFTING OG AKTUELLE STRATEGIER.....	103
6.1	Hovedfunn.....	103
6.2	Aktuelle strategier.....	106
	LITTERATUR .....	117

## Sammendrag

### *Innledning*

Vil det bli knapphet på helse- og omsorgspersonell frem mot 2030? Hvilke strategier kan regionale aktører ta i bruk for å møte arbeidskraftutfordringene? Dette er tema for denne studien av forholdet mellom etterspørsel og tilbud av helse- og omsorgspersonell i Stavangerregionen. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten inngår i analysen.

Studien er finansiert av Fagforbundet, Fylkesmannen i Rogaland/Helsetilsynet i Rogaland, Greater Stavanger, Helse Stavanger HF og Norsk Sykepleierforbund.

### *Utviklingstrekk og trender*

Helse- og omsorgssektoren har vært preget av langvarig og høy vekst siden 1970-tallet. Sysselsettingen har vokst mye, og sektoren har økt sine andeler av BNP. Den generelle velstandsutvikling, medisinske fremskritt med bedre diagnostiserings- og behandlingsmuligheter, offentlig overtakelse av omsorgsoppgaver og folks behov og preferanser for styrking av helsetjenestetilbudet, er alt faktorer som har bidratt til vekst.

Disse faktorene vil også gjøre seg gjeldende i fremtiden. I tillegg kommer utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen. Økt levealder, hvorav særlig mange over 80 år, og den forventede "eldrebølgen" utover i 2020-årene, kan forventes å gi et økende antall syke, særlig med kroniske sykdommer som demens, kols etc. Den andre siden ved denne utfordringen er at et relativt mindre antall yrkesaktive må "bære" en økende eldrebefolkning, både når det gjelder økonomi og tilgang på arbeidskraft og kompetanse.

I Stavangerregionen, i denne studien definert som kommunene innen Helse Stavangers virkefelt, har veksten innen helse og omsorg vært enda sterkere enn på landsbasis. Det gjelder i særlig grad kommunale pleie- og omsorgstjenester, og i mindre grad også spesialisthelsetjenesten. Særlig høy har veksten innen pleie og omsorg vært i sentrale vekstkommuner nær Stavanger. Høy befolkningsvekst og en relativt velstående region er viktige årsaker til dette. En høy befolkningsvekst med innvandringsoverskudd er et sannsynlig scenario også fremover dersom Stavangerregionen og Rogaland fortsatt får en god økonomisk utvikling, slik fylket har hatt det siden tidlig på 70-tallet.

### *Modellberegninger - knapphet på arbeidskraft frem mot 2030*

Vi har i studien begrenset oss til å se på følgende fire personellkategorier innen helse og omsorgssektoren: helsefagarbeidere, sykepleiere, intensivsykepleiere og geriatriske sykepleiere. Vi har laget beregninger for arbeidsmarkedsbalansen, definert som etterspørsel minus tilbud av arbeidskraft for de fire personellkategoriene. Disse er for etterspørselssiden basert på befolkningsprognoser og tall for personellbruk knyttet til ulike typer helse- og omsorgsaktiviteter, samt på arbeidstilbudssiden: tall for personell, stillingsandeler, tilganger og avganger av personell.

Beregningene tyder på at det vil kunne bli en betydelig mangel på personell i alle fire stillingskategorier - om det ikke iverksettes tiltak. Forutsatt en middels befolkningsvekst, vil det frem mot 2030 kunne bli personellmangel for alle fire kategorier:

- For sykepleiere en mangel på ca. 700 årsverk, dvs. ca. 20 prosent av dagens årsverksinnsats.
- For helsefagarbeidere en mangel på ca. 1 300 årsverk, dvs. ca. 45 prosent av dagens årsverksinnsats.
- For intensivsykepleiere en mangel på ca. 70 årsverk, dvs. ca. 40 prosent av dagens årsverksinnsats.
- For geriatriske sykepleiere en mangel på ca. 150 årsverk, dvs. ca. 140 prosent av dagens årsverksinnsats.

### *Aktuelle strategier for å styrke tilgang av kvalifisert arbeidskraft*

Basert på beregningene, informanters erfaringer og synspunkter, samt egne vurderinger, vil vi trekke frem flere aktuelle strategier for å møte utfordringen med å skaffe til veie nok kvalifisert arbeidskraft.

For det første vil vi da peke på hovedstrategier relatert til de ulike personellkategoriene:

- For *sykepleiere* ser vi kombinasjonen av økt utdanningskapasitet og økte stillingsandeler som en hovedstrategi.
- For *spesialsykepleiere, intensiv og geriatri*, synes økning i antall studieplasser å være det aller viktigste tiltaket.
- For *helsefagarbeidere* må det antagelig settes inn flere parallelle virkemidler. Økte stillingsandeler, og dermed økte inntektsmuligheter for den enkelte er en viktig strategi på lang sikt. Det vil både bidra til bedre utnyttelse av den til en hver tid tilgjengelige kompetanse i arbeidsstyrken, og til å øke utdanningens attraktivitet. Problemer med frafall fra utdanningsløpet har vært og er en betydelig utfordring, og ulike instanser har rettet mye oppmerksomhet mot å øke antallet ungdom som søker seg til dette utdanningsløpet via valg av helsefagarbeiderutdanning på Vg2 og videre valg om å gå inn i lære. Det vil fortsatt være viktig å opprettholde trykket på dette.
- Antagelig vil det også være påkrevd med ytterligere forsterking av innsatsen rettet mot det andre utdanningsløpet, rekruttering av *praksiskandidater*, dvs. av voksne og i stor grad ufaglærte som arbeider i helse- og omsorgssektoren
- Et interessant tema i den forbindelse vedrører rekrutteringsmuligheter blant bosatte innvandrere. Et pågående pilotprosjekt vedrører kvalifisering av *voksne innvandrere til helsefagarbeideryrket*. En utvikling og mangfoldiggjøring av denne satsningen, særlig sett på bakgrunn av at dette er en undersysselsatt gruppe, vil antagelig kunne bidra til å utløse et betydelig arbeidskraft- og kompetansepotensial. Det forutsetter blant annet at forholdene legges til rette mht. språklæring og annen oppfølging.



Ikke bare basisutdanninger innen fagopplæring og på bachelor- og masternivå, men også annen *etter- og videreutdanning* av personell, kan ha betydning for å møte kompetansebehov i sektoren. Det kan være både tidkrevende og økonomisk belastende å ta fatt på studier for personell som alt har begynt sin yrkeskarriere, som gjerne jobber innen helse og omsorg, men som er avhengig av å ha lønnsinntekt. Et mer *differensiert studietilbud* kan bli et sentralt tiltak for økt utdanningsaktivitet og styrking av kompetansen i helse- og omsorgsvirksomheter. Det kan gjøres ved at man legger til rette for kompetansegivende delstudier, eventuelt modulbaserte og/eller desentraliserte, som gjør at de som ønsker det over tid også kan skaffe seg en fullstendig utdanning. Det er grunn til å tro at et mer differensiert utdanningstilbud, fortrinnsvis kombinert med ulike former for virksomhetsstipend og lønnsrettigheter, vil kunne bidra til å øke tilgangen av personer som ønsker å kvalifisere seg ytterligere.

Vi ser for oss at en økt satsning på deltids etter- og videreutdanningstilbud kan følge to linjer:

- For ufaglært personell som ønsker å kvalifisere seg for i hvert fall deler av helsefagarbeideryrket, for eksempel knyttet til omsorgsoppgaver innen hjemmesykepleien.
- For sykepleiere som ønsker å kvalifisere seg innen deler av en spesialsykepleierutdanning, noe som - for de som ønsker det - etter hvert kan føre frem til en mastergrad.

### *Aktuelle regionale samarbeidstrategier*

Problemer knyttet til *små stillinger og uønsket deltid* er utbredt i helse- og omsorgssektoren. Mange virksomheter gjør mye bruk av vikarbyråer og ekstravakter for å møte arbeidskraftbehov og fylle opp turnuser. Behovene for denne type ”permanente ekstraordinære” tiltak skyldes i hovedsak måten tjenestetilbudet og arbeidsordninger er organisert, og i mindre grad etterspørselssvingninger. Det er nærliggende å spørre om det gjennom egne organisatoriske grep er mulig å øke grunnbemanningen og møte behovet for flere heltidsstillinger. Bedre utnyttelse av den til enhver tid tilgjengelige kompetanse kan tenkes å skje gjennom interne koordineringstiltak på tvers av virksomheter og samarbeid mellom virksomheter. Det er eksempel på bruk av vikarpool-ordninger både på universitetssykehuset og på kommunenivå. Eksempel på lokalt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune finnes også. Et interessant *koordineringstiltak for utveksling av personell* kunne etter vår vurdering være å etablere et *interkommunalt foretak*. Et slikt foretak kunne i tillegg til å leie ut personell til eierne, gjerne også få tillagt personalutviklingsfunksjoner, for eksempel knyttet til fagmiljø- og kompetanseutvikling, som gjør et slikt foretak ekstra interessant både for arbeidstakere og -givere.

Gjennom *samhandlingsreformen* legges et økt ansvar over på kommunene når det gjelder å yte helse- og omsorgstjenester overfor folk som er mye syke. Dette forutsetter et enda tettere samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten enn det som skjer i dagens situasjon. Kommuner og helseforetak vil bli pålagt å inngå avtaler om rutiner, gjensidig kunnskapsoverføring mv. Reformen legger videre opp til en betydelig lokal frihet når det gjelder hvordan man organisatorisk og på annen måte vil utvikle tjenestetilbudet. Det vil bli

behov for kompetanseheving både i kommuner og spesialisthelsetjeneste, og det vil bli behov for samarbeid mellom fagmiljøer og operative tjenester på ulike nivåer.

Når det gjelder *organisering av den kompetansemessige samhandlingen*, er utfordringene særlig store når det gjelder å utvikle en hensiktmessig struktur av intermediære enheter, kommunale og overkommunale fagmiljøer, mellom helseforetaket sentralt og de enkelte virksomhetsområder i primærhelsetjenesten. Det handler om at førstelinjebemanning i primærhelsetjenesten skal kunne ha kompetanse å trekke på i forhold til brukerne. Det handler om at de skal kunne kontakte kompetansemiljøer med medisinsk, sykepleiefaglig, sosialfaglig og annen kompetanse, og som kan gi råd og bistå i akutte situasjoner. Det handler også om støtte for langsiktig oppfølging og rehabilitering av pasienter. I et så vidt oversiktlig helseomland som Helse Stavangers virkeområde, er det nærliggende å stille spørsmålet om det er mulig å tenke helhetlig på dette ved å etablere et *"regionalt samhandlingsnettverk" for hele området*, bestående av noder av ulik størrelse og karakter, og definert gjennom en medisinsk-faglig og tjenestemessig arbeidsdeling mellom fagmiljøer på ulike nivåer og i forhold til brukerbehov. Utvikling av gode fagmiljøer er i seg selv en nøkkelfaktor når det gjelder motivering og rekruttering av personell til de kompetanseyrkene vi har hatt for oss i denne rapporten. Utfordringen i første omgang ligger i å identifisere muligheter, premisser for samarbeid og aktuelle samarbeidsformer.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn, formål og innhold

Helse- og omsorgssektoren utgjør en sentral del av det offentlige velferdstilbudet i Norge. Tilgang på kvalifisert personell er en viktig forutsetning for at virksomheter i sektoren skal yte de tjenester det er behov for. Modellanalyser fra SSB<sup>1</sup> indikerer at det på nasjonalt nivå vil kunne bli mangel på helse- og omsorgspersonell frem mot 2030.

Også i Stavangerområdet vil det kunne bli store utfordringer de nærmeste 10-20 årene med hensyn til å sørge for en god balanse mellom etterspørsel og tilbud av kvalifisert arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren. Det kan oppstå knapphet på kvalifisert personell og betydelige problemer knyttet til å beholde og rekruttere arbeidskraft. Dette er noe av bakgrunnen for dette prosjektet hvor vi har kartlagt og analysert trekk ved det regionale arbeidsmarkedet for helse- og omsorgspersonell. Med Stavangerregionen forstår vi det området som Helse Stavanger HF dekker, dvs. kommunene Eigersund, Sandnes, Stavanger, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy.

*Formålet med studien er å analysere etterspørsel og tilbud i deler av det regionale arbeidsmarkedet innen helse- og omsorgssektoren, samt utforske mulige strategier som regionale virksomheter og institusjoner kan legge til grunn for å møte arbeidskraftutfordringene.*

En rekke forhold antas å påvirke behovene for helse- og omsorgstjenester, og avledet av disse: *etterspørselen etter kvalifisert personell*. Den demografiske utviklingen med en forventet betydelig økning i antall eldre, kan bli en sentral drivkraft bak den økte etterspørselen. Andre forhold som kan trekke i samme retning, er flere enpersonshusholdninger og dermed mindre pleie fra pårørende, krav om standardheving for helse- og omsorgstjenester, samt et generelt sett bedre medisinsk tilbud som forlenger levealderen. Foruten endringer i demografiske og husholdningskarakteristika, skjer det stadige endringer i sykdomsbildet. Antallet med kroniske sykdommer som kols, diabetes, kreft og psykiske lidelser mv. tenderer å øke, blant annet som følge av en større eldre befolkning, noe som øker tjenestebehovet. Bruk av moderne teknologi kan trekke i ulike retninger når det gjelder tjenestebehov. Medisinske nyvinninger, diagnostiserings- og behandlingsmuligheter kan øke tjenestebehov og etterspørsel, men det kan også forebygges og redusere aktivitet. Bruk av moderne teknologi for å støtte brukerne og gjøre de mer selvhjulpne, er også en trend som antas å prege utviklingen fremover og som kan bidra til å redusere ressursbruk.

Tilgangen på kvalifisert arbeidskraft påvirkes av ulike forhold. Det påvirkes av lønns- og arbeidsvilkår i sektoren, utdanningskapasitet og antall personer som søker seg utdanning innenfor sektoren.

De regionale aktørenes muligheter til å påvirke arbeidskraftsituasjonen vil imidlertid variere mellom ulike yrkesgrupper. For de største yrkesgruppene: sykepleiere, hjelpepleiere og

---

1 Bjørnstad m.fl.: "Behov for helsepersonell. Demografiske og økonomiske rammebetingelser", SSB 2009/38; Texmon og Stølen: "Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030".

omsorgsarbeidere, så vel som for enkelte kategorier av spesialsykepleiere, forventes regionale institusjoner å stå overfor betydelige utfordringer, men også påvirkningsmuligheter. Dette er yrkesgrupper der regionale institusjoner: sykehusene, pleie- og omsorgsvirksomheter i kommunal og privat/frivillig regi og utdanningsinstitusjoner på videregående og universitetsnivå spiller en viktig rolle for det regionale arbeidsmarkedets virkemåte. Det gjelder både etterspørsel og tilbud av kompetent personell. For andre kategorier av høyt utdannet helsepersonell som leger og psykologer, antas det at arbeidskraftutfordringene i større grad er relatert til nasjonale forhold som utdanningspolitikk, nasjonal helse- og sykehuspolitikk og prioriteringer, samt nasjonale og internasjonale arbeidsmarkeder. I dette prosjektet vil de yrkesgruppene der de regionale påvirkningsmulighetene er antatt størst bli prioritert.

I tråd med dette, og i samråd med ressursgruppen for dette prosjektet, har vi valgt å konsentrere studien om følgende personellkategorier:

- Helsefagarbeidere definert som helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere som felles kategori
- Sykepleiere
- Geriatiske sykepleiere
- Intensivsykepleiere

Det er betydelig usikkerhet om hvordan etterspørsels- og tilbudssiden vil utvikle seg for disse. Vi vil i rapporten se nærmere på hvordan ulike faktorer og drivkrefter påvirker disse kompetansemarkedene. I resten av dette kapitlet skal vi gjøre nærmere rede for problemstillinger, metode og innhold i studien.

## 1.2 Problemstillinger og metode

For de utvalgte personellkategoriene tar vi opp to hovedproblemstillinger:

1. Hvordan vil balansen mellom etterspørsel og tilbud av helse- omsorgspersonell utvikle seg i Stavangerområdet fram mot 2030?
2. Hvilke strategier kan regionale aktører legge til grunn for å bidra til balanse mellom etterspørsel og tilbud av helse- og omsorgspersonell?

### ***Prognosemodell for arbeidsmarkedsutviklingen***

Når det gjelder hovedproblemstilling 1, om fremtidig balanse i arbeidsmarkedene, har vi tatt utgangspunkt i spesifikasjonen av SSBs modell for det nasjonale arbeidsmarkedet for helse- og omsorgsarbeidere, HELSEMOD (Stølen m.fl., 2002). SSBs modell har en etterspørsels- og en tilbudsside. Etterspørselsiden viser hvordan behovet etter hver personellkategori avhenger av vekst i befolkning (totalt antall, aldersfordeling og kjønn) samt generell økonomisk vekst. Tilbudssiden viser eksisterende arbeidsstokk, årlig tilbud av nyutdannede kandidater, eventuell tilgang av personer som har vært ute av arbeidslivet minus årlig avgang, enten til andre yrker eller til alderspensjon.

Modellen er tilpasset regionale karakteristika. Først og fremst gjelder det tall vedrørende befolkning og demografi, arbeidstakere og årsverk, samt også utdanningskapasitet og antall elever/studenter.

Nøkkelvariabelen er *arbeidsmarkedsbalansen*, definert som differansen mellom etterspørsel og tilbud av kompetent arbeidskraft. Nå vil det normalt være slik at selv om det er en underdekning på arbeidskraft, så blir de fleste oppgavene utført gjennom bruk av overtid/ekstravakter og/eller tilførsel av vikarer utenfra, for eksempel gjennom arbeidsinnvandring.

Med basis i denne modellen presenteres og drøftes ulike scenarier for hver av de fire personellkategoriene. Målet er å skissere opp alternative perspektiver og utviklingsforløp for etterspørsel, tilbud og arbeidsmarkedsbalanse for sentrale kategorier av helsepersonell frem mot 2030.

Et hovedspørsmål i analysen er hvordan balansen i markedene for helse- og omsorgspersonell vil kunne variere med ulike forutsetninger på henholdsvis etterspørsels- og tilbudssiden. Hvis for eksempel regional utdanningskapasitet av for eksempel sykepleiere holdes på dagens nivå og tilgang og avgang forutsettes omtrent som i dag, vil man da kunne greie å dekke opp bemanningsbehovet? Hva betyr stillingsstørrelser for tilgangen på kvalifisert arbeidskraft? Hvor er flaskehalsene og hvilke tiltak kan iverksettes for å oppnå balanse mellom etterspørsel og tilbud?

### ***Aktørstrategier***

Den andre problemstillingen reiser spørsmål om aktuelle aktørstrategier som kan legges til grunn for å oppnå regional balanse. Behovene for helse- og omsorgstjenester kan på en måte sies å være umettelige. Den medisinske teknologiske utvikling utvider stadig diagnostiserings- og behandlingsmulighetene. Flere eldre og kronisk syke øker omsorgs- og pleiebehovene. Helse og omsorg er et aktivitetsområde hvor et økt tilbud i stor grad skaper en økt etterspørsel. Folks forventninger til helse- og omsorgstjenestene bare øker.

Det som kan begrense veksten i helse- og omsorgssektoren er ressurstilgangen i form av økonomi og kompetanse. Finansiering av helse og omsorgstjenester er primært det offentliges ansvar, og det må nødvendigvis være begrensninger i veksten i statlige og kommunale helse- og omsorgsbudsjetter. Man kan imidlertid ikke se bort fra at omfanget av privat finansiert etterspørsel vil øke vesentlig over tid, både når det gjelder medisinske tilbud og omsorgstjenester. Det vil ikke minst kunne gjelde i en region som Stavangerområdet med så vidt mye privat rikdom.

Arbeidskraft i betydning kompetent arbeidskraft er den andre vesentlige faktoren som kan skape begrensninger i tjenestetilbudet, i hvert fall i form av å begrense kvaliteten av de tjenester som tilbys. Aktører i det regionale arbeidsmarkedet for helse- og omsorgspersonell står mot denne bakgrunn overfor betydelige utfordringer. I denne del av studien vil vi å se nærmere på følgende:

- Hva kjennetegner utvikling av tjenestetilbud og kompetansestrukturen i helse- og omsorgssektoren? Hva er utviklingen i spesialisthelsetjenesten? Hvordan har utviklingen vært i kommunene?
- I hvilken grad står regionale virksomheter i sektoren i dag overfor bemanningsproblemer, knapphets- og rekrutteringsvansker? Er situasjonen annerledes i de mindre sentrale kommunene enn i de sentrale? Er det forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene?
- Hvordan forsøker aktørene (kommuner, sykehus, enkeltvirksomheter) å håndtere de bemanningsproblemer man i dag står overfor innen helse- og omsorgssektoren? Hva er viktig for å rekruttere og beholde den kompetansen man har? Hva er barrierene? Finner en frem til løsninger som muliggjør bedre utnyttelse av den arbeidskraft med kvalifikasjoner som man allerede har, jfr. utforming av tjenestetilbudet, deltidspromatikk, etc.?
- Hvordan kan de kompetansemessige utfordringene de nærmeste 5-15 årene kunne forventes å bli som følge av endringer i etterspørsel og organisering av tilbudet? Hva vil for eksempel innføring av samhandlingsreformen med økt ansvar til kommunene kunne bety? Hvordan kan innføring av velferdsteknologier ha innvirkning på kompetansebehovene?
- Hvilket utdanningstilbud har man? I hvilken grad er eller vil begrensninger i tilgang på ny- og videreutdannet kvalifisert personell kunne bli et problem, og hvordan ser man for seg å kunne møte dette? Hvordan planlegger utdanningstilbyderne endringer i utdanningstilbudet?

For å belyse disse problemstillingene er det gjennomført intervjuer med ulike aktører i helse- og omsorgssektoren mht. deres erfaringer og strategier når det gjelder å beholde og rekruttere personell, kompetanseutvikling, endringer i organisering av tjenestetilbudet, samt refleksjoner omkring utfordringer fremover.

### ***Undersøkelsesopplegg***

Rapporten er i hovedsak basert på to typer data:

- Statistikk og litteratur
- Intervjuer og gruppesamtaler

Statistikk og litteratur er anvendt som input til modellberegningene, samt for å gi oversyn over sentrale trender i helse- og omsorgssektoren. Tallgrunnlaget er i hovedsak offentlig statistikk: sysselsatte i helse- og omsorgssektoren, utdanningsstatistikk, befolkningsstatistikk og –prognoser. I tillegg har vi benyttet rapporter fra Helsedirektoratet og forsknings- og utredningslitteratur. Vi har innhentet og brukt supplerende tall fra Helseforetak/sykehus og enkeltkommuner.

Når det gjelder intervjuer, har vi foretatt intervjuer og samtaler med representanter for kommunene, spesialisthelsetjenesten, utdanningssystemet, fagforeninger og andre. I alt har vi gjennomført ca. 25 intervjuer/samtaler, hvor som regel én, men i noen tilfeller to eller flere

har vært til stede. De fleste intervjuene med informanter fra kommuner og spesialisthelsetjenesten har vært gjennomført ved bruk av et eget spørreskjema (vedlagt), men vi i de øvrige intervjuene har vært fokusert på de spesifikke problemstillinger som informanten og dennes virksomhet representerer.

Videre har problemstillingene vært diskutert gjennom 3 møter i ressursgruppa for prosjektet: i tillegg har vi gjennomført en work-shop med 23 eksterne personer pluss prosjektteamet. Alt i alt gjennom intervjuer, ressursgruppemøter og workshop, har ca. 50 personer vært konsultert gjennom prosjektet.

### 1.3 Organisering av rapporten

Rapporten er i det videre organisert som følger.

- I kapittel 2 gis en beskrivelse av viktige nasjonale og regionale utviklingstrekk og langsiktige trender med hensyn til vekst innen helse- og omsorgstjenester. Kapitlet er i hovedsak basert på offentlig statistikk og litteraturstudier.
- Vårt fokus i denne studien er arbeidsmarkedsbalansen definert som etterspørsel minus tilbud av kompetansesarbeidskraft. I kapittel 3 gjør vi rede for en del sentrale drivkrefter som påvirker denne balansen, disse er i hovedsak basert på intervjuer og samtaler, samt noe statistikk og offentlige dokumenter.
- I kapittel 4 går vi særskilt inn på de arbeidskraftrelaterte problemstillinger knyttet til de fire personellkategoriene som vi har studert spesielt. Kapitlet er basert på en kombinasjon av offentlig statistikk, intervjuer og tilgjengelig litteratur og dokumenter.
- I kapittel 5 presenteres en modell og modellberegninger frem til 2030 for de fire personellkategoriene. Modellen er en egen regional tilpassing av SSBs HELSEMOD.
- I kapittel 6 oppsummeres hovedfunn mht. de langsiktige perspektivene når det gjelder knapphet på arbeidskraft i de utvalgte helse- og omsorgsyrkene, og aktuelle strategier for å møte utfordringene





## 2 Nasjonale og regionale utviklingstrekk

I dette kapitlet vil vi se på en del overordnede trender og utviklingstrekk som vil påvirke fremtidige vekstmønstre i arbeidsmarkedene for helse- og omsorgspersonell. Vi vil se på en del overordnede trekk ved helse- og omsorgssektoren, hva som kjennetegner den med hensyn til vekst og faktorer som ligger til grunn for aktivitetsvekst. Fremstillingen er todelt: først gis en drøfting av generelle utviklingstrekk, deretter ser vi spesielt på utviklingen i Stavangerregionen, dvs. Helse Stavangers virkeområde.

Det er viktig å skille mellom utviklingstendenser som handler om *behov og etterspørsel*, og de som handler om *tilrettelegging av tjenestetilbudet*. Etterspørselssiden kan man anta i stor grad er generell og reflekterer nasjonale forhold slik disse kommer til uttrykk gjennom livsstil, sykdomsbilde og befolkningsutvikling. Men det vil også være regionale variasjoner som følge av ulikheter i befolkningssammensetning og forventet befolkningsvekst. Tjenestetilbudet vil selvsagt også anta organisasjonsformer som avspeiler nasjonal politikk og nasjonale trender, samtidig som man må kunne forvente særegne lokale tilpasninger i tjenestetilbud avhengig av kommuner og helseforetaks strategier.

### 2.1 Nasjonale vekstmønstre

Helse og omsorgstjenester er en sterkt voksende sektor både nasjonalt og internasjonalt. Interessen for sektoren er særlig knyttet til økt levealder og forventninger om en sterkt voksende eldrebefolkning. Men selv uten aldring i befolkningen har samlet ressursbruk i helse- og omsorgssektoren økt raskere enn nasjonalinntekten i de fleste OECD-landene. De siste 40 årene har helse- og omsorgssektoren vokst betydelig. Bruttoproduktet i sektoren helse- og sosialtjenester målt i prosent av BNP for fastlands Norge, vokste fra en andel på 4,8 prosent i 1970 til 12,1 prosent i 2007. Målt i faste priser var de samlede helse- og sosialutgiftene mer enn fire ganger høyere i 2007 enn i 1970. Det meste av veksten skyldes vekst i lønnskostnader og sysselsetting (Holmøy og Oestrich Nielsen, 2008).

Hittil har det imidlertid ikke vært slik at endring i befolkningens alderssammensetning i seg selv har hatt stor betydning for veksten. Den sterke veksten skyldes økt befolkning og økt ressursinnsats per person i de enkelte aldersklasser. Kostnadsveksten vært høyere i denne sektoren enn i økonomien for øvrig (St. meld. nr. 9 (2008-2009)). Denne sektoren, særlig omsorgssegmentet, er arbeidsintensiv og vil vanskelig kunne vise til like sterk produktivitetsvekst som mange andre næringer<sup>2</sup>. Konsekvensen blir en forholdsvis sterkere sysselsettingsvekst.

---

2 Dette er den såkalte Baumol-effekten som sier at lønnsveksten vil øke mer enn produktivitetsveksten i enkelte sektorer. I konkurranse om arbeidskraften må virksomheten tilby høyere lønnsvekst enn produktivitetsveksten isolert sett skulle tilsi.

En høy *inntekts- og velstandsøkning* er en vesentlig forklaring på den sterke veksten. Etter hvert som inntektene øker, så vokser også andelen som brukes til helseformål. Norge ligger på tredje plass, etter USA og Luxembourg, når det gjelder helserelaterte utgifter per innbygger. Landet er nr. 8 av OECD-landene når det gjelder legetetthet, for sykepleiertetthet ligger landet på førsteplass.

Den sterke veksten i aktivitetsnivå nasjonalt kan således forklares som en kombinasjon av på den ene side *befolkningsvekst og demografiske forhold*, og på den annen side faktorer som bidrar til å øke gjennomsnittsforbruket av helse- og omsorgstjenester. Befolkningsveksten øker etterspørselen. Etter moderat befolkningsvekst siden midtveis på 70-tallet og i 80-årene, har befolkningsveksten tatt seg opp i 90-årene og etter århundreskiftet. Særlig de siste årene har befolkningsveksten vært høy som følge av økt innvandring. En befolkningsvekst på 24 prosent og nærmere 1 million personer i tidsrommet 1970-2009 har i seg selv bidratt til å øke behovet for og produksjonen av helsetjenester. Forbruk av helse- og omsorgstjenester avhenger videre av aldersstrukturen. Ressursbruk av sykehustjenester er størst ved fødsel og de siste årene av livsløpet. For pleie og omsorgstjenester øker gjennomsnittlig ressursbruk mye for gruppen av personer over 70 år.

Det meste av veksten de siste 40 årene skyldes *standardhevninger* av helsetjenestetilbudet og ikke befolkningsutviklingen. En befolkningsvekst på 24 prosent har moderat betydning sett i lys av at tjenestetilbudet har blitt om lag firedoblet. Standardhevning i tjenestetilbudet kan måles ved helsekonsum per innbygger. Ifølge perspektivmeldingen (St. meld. nr. 9 (2008-2009)) var økningen i helsekonsum særlig sterk i 70-årene. Gjennomsnittlig årlig volumendring i helsekonsum per innbygger var med vel 6 prosent årlig vekst, særlig høy i perioden 1971-1980. Volumøkningen lå på ca. 3 prosent årlig vekst i perioden 1981-1990, nærmere 4 prosent årlig vekst i perioden 1991-2000, og vel 2 prosent årlig vekst i årene 2001-2005. Vekstratene i helsetjenestekonsum per innbygger samvarierer nært med veksten i BNP per innbygger, men konsumet har i alle periodene vokst mer enn BNP-veksten. Av en samlet gjennomsnittlig volumvekst på 3 prosent per år i perioden 1991-2005 skyldes det meste et forbedret og mer omfattende tilbud, mens alderssammensetningen bidro med bare en liten del, mindre enn 1/3 prosent årlig vekst i helsekonsum.

Det er sammenhenger mellom veksten på helsetjenestefeltet og omsorgsfeltet. At flere sykdommer kan behandles og at folk lever lenger med sykdommer, bidrar til at behovet for pleie og omsorg øker. Offentlig timeverksforbruk økte med 50 prosent innen pleie og omsorg og 36 prosent innen helsetjenester i perioden 1990-2005 (Holmøy og Nielsen, 2008). Når det gjelder veksten innen pleie og omsorg, som utgjør en vesentlig del av økningen i helse og omsorgssektoren, er en vesentlig forklaring at ansvaret for å yte omsorg til eldre, uføre og andre med støttebehov har blitt flyttet ut av privatsfæren og over på det offentlige. Utviklingen fra 1970 og utover handler særlig om økt bruk av syke- og aldershjem og hjemmebaserte tjenester. Når det gjelder utviklingen de siste årene, påpekes det i en NIBR-rapport at det ikke er de eldre, men *ressurskrevende klienter under 67 år* som står for veksten i brukerbehov (Brevik, 2009). Det har skjedd en dramatisk økning i til dels ressurskrevende brukere i aldersgrupper under 67 år, med ca. en tredobling av antall brukere som mottar hjemmesykepleie og praktisk bistand over en 20-årsperiode. Det var ca. 66.000 av disse i 2009. Hovedtyngden er imidlertid fortsatt personer i de eldre aldersgruppene. Ved utgangen av 2009 var det i overkant av 265.000 brukere av pleie og omsorgstjenester. Ca. 54 prosent av dem var over 80 år (Helsedirektoratet, 2011).

Ifølge Holmøy og Nielsen (2008) trekker de fleste undersøkelser frem *medisinske og teknologiske fremskritt* som en hovedårsak til den sterke veksten i helsetjenesteforbruk. Laseroperasjoner kan for eksempel virke besparende både på helsetjenestepersonellet arbeidstid og pasientenes liggetid. Medisinske fremskritt fører imidlertid også til høyere ressursbruk ved at man kan gi mer avansert og virkningsfull behandling og behandle flere sykdommer. For eksempel er det gjort betydelige fremskritt når det gjelder kreftbehandling, forebygging og behandling av hjerte og karsykdommer, etc.

Hall og Jones<sup>3</sup> (2007) lanserer med referanse til amerikanske forhold en annen og dypere forklaring på at veksten i forbruket av helsetjenester er relativt sterkere enn per capita BNP. De begrunner dette i en ”metning av behov” som antas å skje langsommere for helsetjenester enn for annet forbruk etter som forbruksnivået øker. Grunnantagelsen er for så vidt enkel: Folk vurderer et ekstra leveår høyere enn en ekstra bil (eller en ekstra enhet av en annen vanlig vare eller tjeneste). I USA, som har verdens høyeste per capita helsekonsum, har helsesektorens andel av BNP økt betydelig over tid, og forfatterne antar sektorens relative størrelse kan øke ytterligere. De ser den teknologiske og medisinske utvikling som en konsekvens mer enn en årsak til veksten. Hovedsaken er i deres øyne den grunnleggende preferansestrukturen som formidles både via individuelle valg og valgte politikere.

I Norge, til forskjell fra USA, er helsetjenester i hovedsak finansiert av det offentlige. Vekstpreferanser uttrykkes særlig gjennom det politiske systemet. Ifølge nasjonalregnskapstall ble 84 prosent av utgiftene til helse, pleie og omsorg offentlig finansiert i 2006. Brukernes betaling i form av egenandeler og kjøp av medisiner, utstyr og tjenester utgjør en relativt beskjeden andel av det totale helsekonsumet. Den sterke veksten i helse- og omsorgssektoren er til dels forårsaket gjennom politiske initiativ og aksjoner slik dette for eksempel har skjedd ved krav om en eldremilliard og styrking av psykiatrien. Man kan slik sett si at individer og gruppers krav og preferanser til helsetjenester har blitt aggregert og kanalisert gjennom det politiske systemet.

## **2.2 Helsesituasjon, alder og etterspørsel**

Det generelle helse- og sykdomsbildet er sammensatt. Levealderen er fortsatt økende. En rekke forhold knyttet til livsstil, økonomi og omgivelsesfaktorer for øvrig påvirker helsetilstanden i folket. Ressursbruken i helse- og omsorgssektoren har naturligvis i seg selv innvirkning på dette bildet. Sykeligheten påvirkes av ressursinnsatsen innen helse og omsorg.

---

<sup>3</sup> Beskrivelsen er basert på fremstillingen i Holmøy og Nielsen (2008)

Når det gjelder fremtidig konsum av helsetjenester, er det grunn til å tro at mange av de samme mekanismene som har gjort seg gjeldende historisk sett, vil være relevant. Som beskrevet foran har den historiske trenden vært at helsekonsumet vokser raskere enn BNP. I siste perspektivmeldingen (St. meld. nr. 9 (2008-2009)) legger regjeringen frem vurderinger av hvordan offentlige helseutgifter fremover vil utvikle seg i forhold til BNP. Her pekes det blant annet på at dersom trenden fortsetter med en reell vekst i ressursbruk per bruker på i gjennomsnitt 2 1/3 prosent per år, som har vært trenden fra 1991-2005, så vil aktiviteten fordobles hvert 30 år. Aldring i befolkningen vil om få år kunne gi ytterligere impulser til vekst i helseutgiftene utover det som følger av standardheving og økt tjenestedeckning. De fremskrivninger som legges frem konkluderer alle med at helseutgiftene vil øke som andel av BNP. I flere av eksemplene indikeres det at helsetjenestenes andel av offentlige utgifter til BNP kan bli mer enn doblet fra 2005 til 2060.

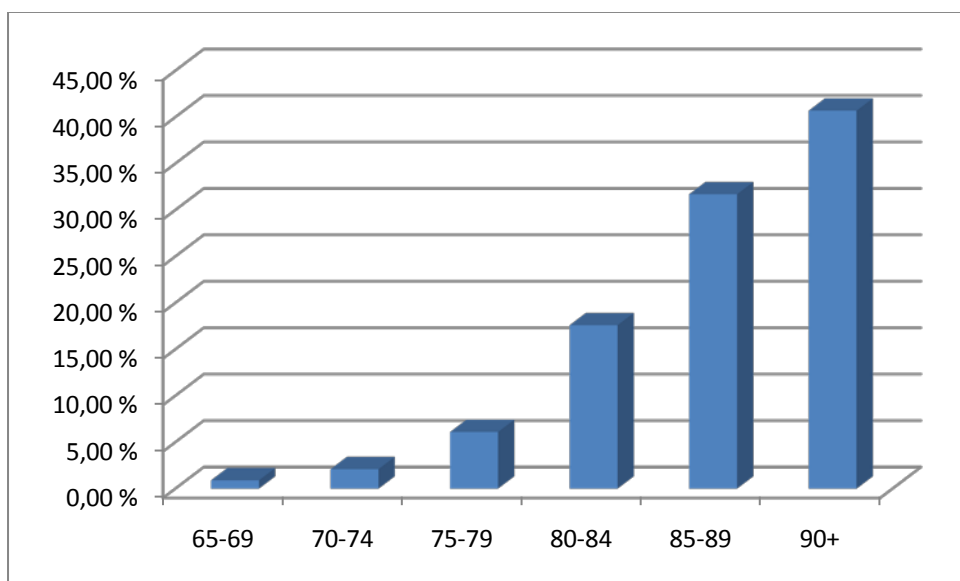
En rekke forhold kan bidra til at veksten vil bli sterk også fremover:

- Det er grunn til å tro at befolkningssammensetning og demografi kan spille en større rolle for etterspørselsveksten i fremtiden. Til dels følger det som en direkte konsekvens av at den såkalte "eldrebølgen" vil gjøre seg sterkere gjeldende etter hvert. Særlig etter 2020 vil størrelsen av de eldre aldersgruppene øke.
- I en fremtidig befolkning med økt prosentandel eldre velgere, som i utgangspunktet har de største helsetjenestebehovene, kan man anta vil ha preferanser om og fremme krav til vekst i tjenestetilbudet. I alle fall er det rimelig å anta dersom man beholder hovedtrekkene i dagens system med en i hovedsak offentlig finansiert helse- og omsorgssektor. Det som kan skape endringer i kostnadsbildet på omsorgssiden er kanskje særlig antagelser om tilbakeføring av pleie og omsorgsansvar til familie og privatsfære. Skulle det bli realisert ville det kreves mye sterkere offentlige økonomiske insentiver - og dermed også kostnader - til omsorgsarbeid i privat regi. En sterk privatisering av finansieringssiden er det vanskelig å se for seg ut fra dagens partipolitiske landskap.
- Tar man utgangspunktet i historiske trender vil deler av ressursbruken skyldes et økt tjenestetilbud mht. standard og dekningsgrader. Ressursbruken har en klar aldersprofil med høyere brukerfrekvenser i de eldre aldersgruppene. I spesialisthelsetjenesten går gjennomsnittlig antall heldøgnsopphold per pasient betydelig opp for ulike aldersgrupper fra ca. 65 år og oppover. Andel brukere i hjemmebaserte og institusjonsbaserte pleie- og omsorgstjenester øker som naturlig kan være mye fra ca. 70 år og oppover.
- Et vesentlig usikkerhetsmoment knytter seg til hvordan sykdomsbildet vil utvikle seg. Behovet for helse- og omsorgstjenester i de eldre aldersgruppene er som kjent langt sterkere enn i de yngre aldersklassene. Selv om den medisinske utvikling skulle gjøre folk friskere lenger, vil de før eller senere komme i en livsfase med et sterkt voksende behov for helsetjenester og omsorg. Gitt at ikke de

makroøkonomiske forutsetningene endrer seg dramatisk, er det all grunn til å forvente at veksten i helse- og omsorgssektoren vil bli sterk også fremover.

På den ene siden skjer det en generell medisinsk utvikling med styrking av diagnostisering og behandlingstilbud, blant annet når det gjelder de hyppigste dødsårsakene hjerte/kar lidelser og kreftsykdommer. På den annen side forventes det økende behov og etterspørsel knyttet til mange sykdommer. Antall tilfeller av kreft antas å øke med omtrent 30 prosent frem til 2020. Hjerneslag som er den tredje hyppigste dødsårsaken forventes å øke med 50 prosent de neste 20 årene. Det kan i hovedsak knyttes til aldring i befolkningen, tre av fire som rammes er over 70 år.

Størst utfordringer knyttet til antall brukere og ressursbruk er antagelig knyttet til de kroniske sykdommene. Den antatt største utfordringen er demens, hvor de aller fleste som har sykdommen er over 65 år, og særlig mange er over 80 år. Når helsemyndighetene drøfter fremtidens sykdomsbilde og omsorgsbehov, er det særlig på dette punkt at man trekker frem tall og vurderinger.



Figur 1 Forekomst av demens i ulike aldersgrupper

Kilde: Årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015

Men også andre kroniske sykdommer som bl.a. diabetes og kols har en skjevfordeling i retning eldre aldersgrupper. Stene m.fl. (2004) anslår at 90-120.000 mennesker i Norge har diagnostisert diabetes, og de antyder på bakgrunn av undersøkelser fra andre land at like mange kan ha sykdommen udiagnostisert. De viser videre at forekomst av diabetes øker sterkt med alder. For aldersgruppen 70-79 år indikeres forekomsten å ligge rundt 8 prosent og for aldersgruppen 80+ enda høyere, mens snittet for befolkningen ble estimert til 2,3 prosent. Når det gjelder lungesykdommen kols indikeres det at over 200 000 voksne har sykdommen, og at forekomsten er høyest i aldersgruppen 60-74 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Det er slik sett mange grunner til å anta at endringer i aldersstrukturen i befolkningen vil bidra vesentlig til å øke behov og etterspørsel. Samtidig er det også viktig å påpeke at det her er store ubesvarte spørsmål. En av våre informanter påpeker dette. Alderen øker og mange blir 90 år, men vi vet ikke hva 10 år ekstra betyr. Blir det 10 år ekstra med syke folk, eller færre syke folk? Sammenhengen mellom levealder og helse drøftes i regjeringens Omsorgsplan 2015 (St. meld. nr. 25(2005-2006)). Spørsmålet som blir stilt er i hvilken grad økt levealder innebærer flere år uten sykdom og funksjonsnedsettelse eller om folk lever lenger enn før, men med sykdommer og dårlig helse? Flere hypoteser er mulige, både at antallet spreke leveår i alderdommen går opp og ned. Det er ikke empiriske funn som entydig peker i en retning: Men myndighetene heller i planleggingsammenheng til en utsatt sykkelighetshypotese hvor perioden med alvorlig funksjonstap på slutten av livet har en relativt uendret lengde, og at folk derfor får flere friske leveår med økende alder.

## 2.3 Regional befolkningsutvikling

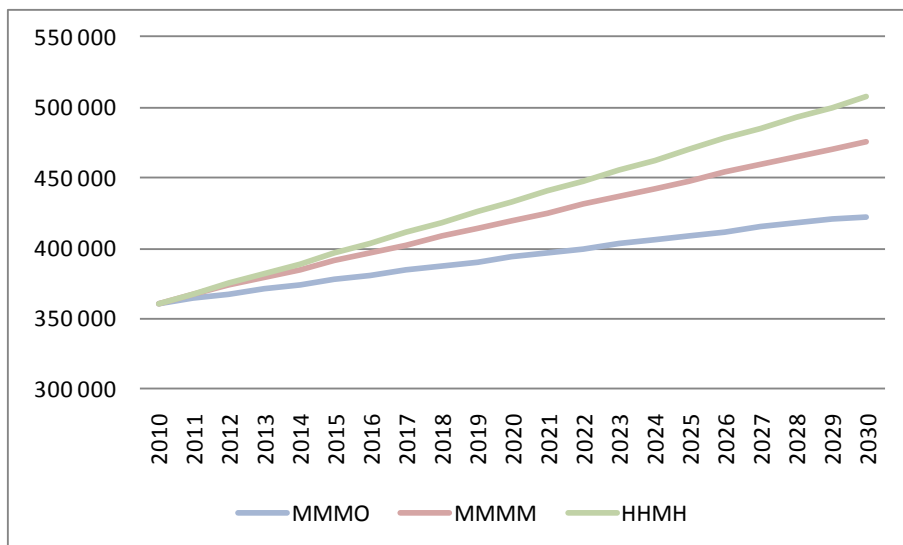
Befolkningsveksten fordelt på aldersgrupper og kjønn er en viktig styrende faktor for etterspørsel etter helse og omsorgstjenester. SSB har beregnet framtidig befolkningsvekst ut i fra ulike befolkningsscenarier. Scenariene benevnes med en kode på fire bokstaver som angir verdiene – Lav (L), Null (0), Middels (M) og Høy (H) - på hver av de fire indikatorene som kan variere:

- Fruktbarhet (barn per kvinne)
- Forventet levealder ved fødsel
- Netto innenlands flytting
- Netto innvandring

MMMM er således et befolkningsalternativ med middels verdier for alle fire indikatorene, mens HHMH er et befolkningsalternativ med høy fruktbarhet, høy levealder, middels netto innenlands flytting og høy netto innvandring.

Grafen under viser befolkningsutviklingen i et ”høyt” alternativ (HHMH), et ”middels” alternativ (MMMM) og et ”middels alternativ justert for innvandring) (MMMO). Det kan være grunn til å merke at befolkningsprognosene i stor grad er basert på de siste års faktiske befolkningsvekst, og at de siste års høye netto innvandring har betydning for at mange vekstprognoser ligger så høyt. Skulle innvandringen vise seg å avta, kan det være at mellomalternativet vil overdimensjonere befolkningsveksten.

Figur 2: Befolkningsvekst 2010-2030 Stavangerregionen, tre utvalgte scenarier

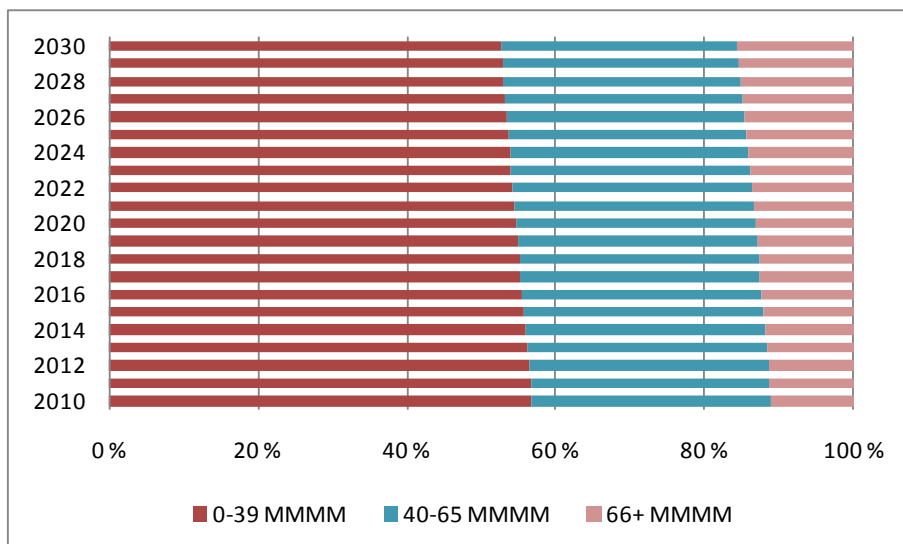


Kilde: SSB

Som figuren viser, er befolkningen i Stavangerregionen på 360 000. Ved middels vekst (MMMM), vil befolkningen øke med 115 000 til 475 000 innen 2030. Skulle veksten bli høy (HHMH), vil veksten være på 147 000, og total folketall vil være 507 000 innen 2030. Uten innvandring (MMMO), vil veksten kun være på 63 000.

For alternativ MMMM, viser figuren under at fram mot 2030 vil andelen eldre øke betraktelig.

Figur 3: Aldersfordeling Stavangerregionen 2010-2030, befolkningsalternativ MMMM

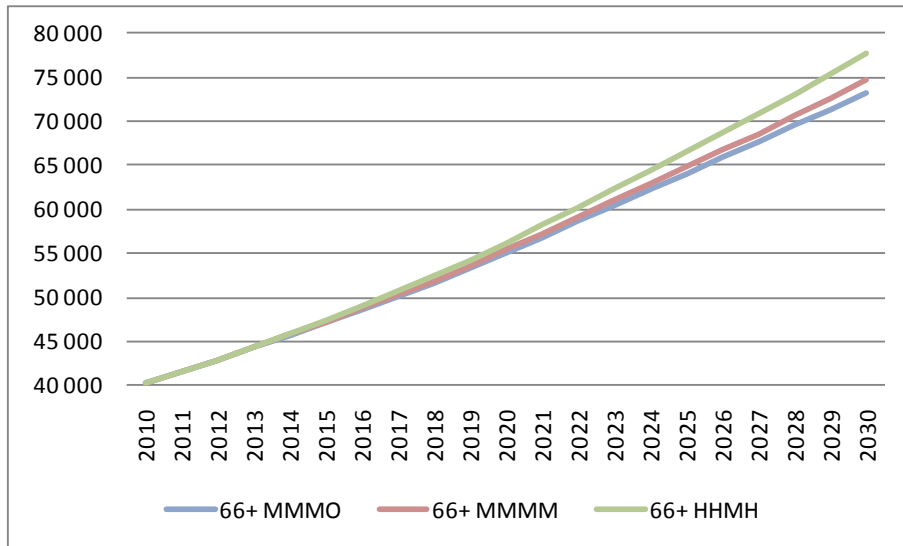


Kilde: SSB

Figuren under viser endring i antall "eldre", definert som innbyggere i aldersgruppene 66 eller eldre. Mens det i 2010 var ca. 40 000 eldre, vil Stavangerregionen i 2030 ha en plass mellom 73 000 (MMMO) og 77 000 (HHMH). At variasjonen i antall eldre ikke er større mellom de

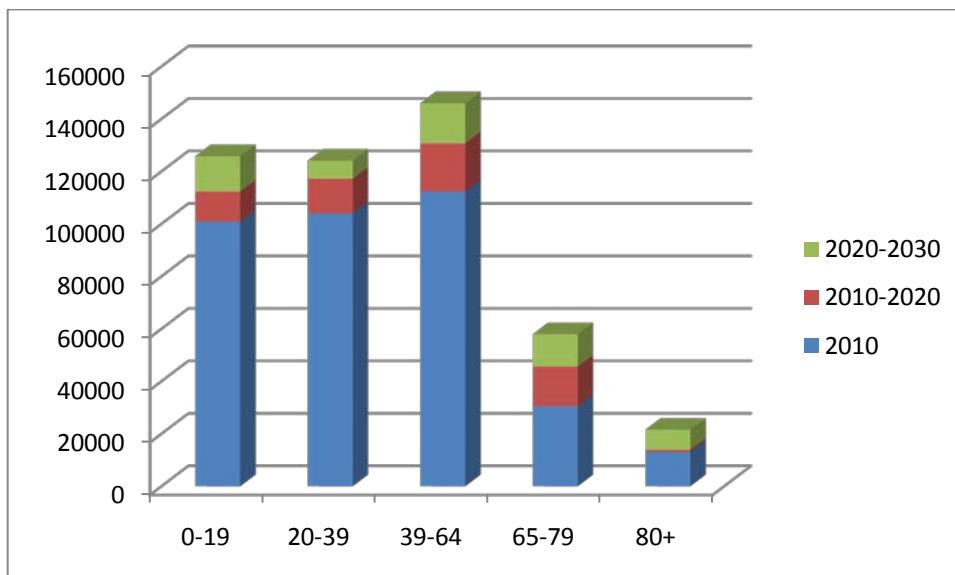
ulike scenariene, må naturligvis skyldes at hovedtyngden av befolkningen i de eldste aldersgruppene er folk som bor her fra før, og som i mindre grad påvirkes av flyttestrømmer.

Figur 4: Antall innbyggere i aldersgruppe 66+, Stavangerregionen 2010-2030



Kilde: SSB

Figur 5 – Befolkning i Stavangerregionen, aldersstruktur 2010-2030 (MMMM)



Kilde: SSB



Befolkningsveksten fremover forutsettes i prognosene som nevnt i stor grad å reflektere hvordan tilveksten har vært de siste årene. I tråd med det forventes veksten i regionen frem til 2030 å være størst i de åtte Jærkommunene pluss Rennesøy, middels høy i kommuner som ligger opp til disse, og lavest i de mest perifere deler av regionen.

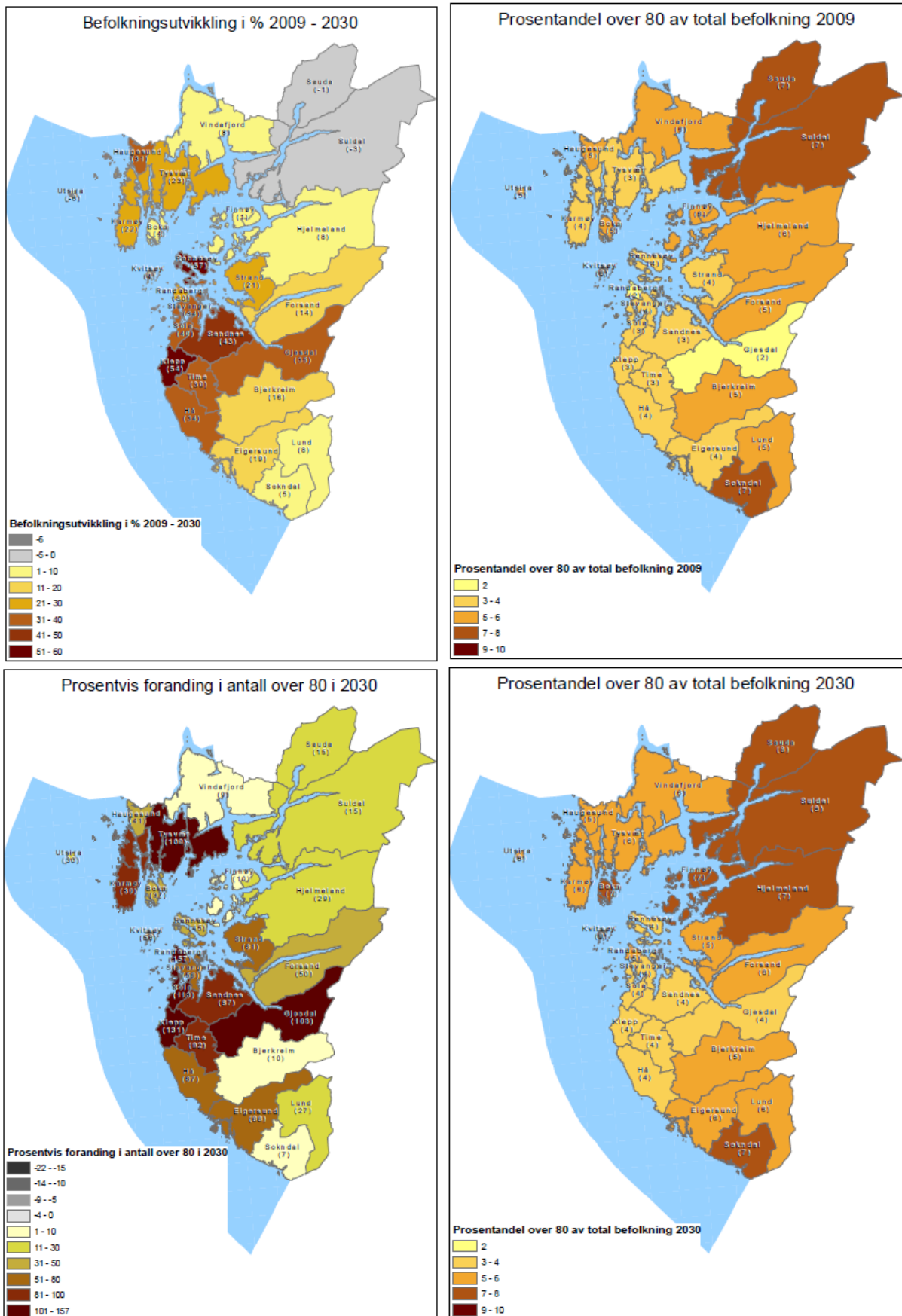
Av særskilt interesse er gruppen eldre over 80 år. Medisinske og pleiemessige behov er særskilt stor i denne gruppen. Det er særlig i siste halvdel av den periode vi studerer, etter 2020, at tallet på personer i denne gruppen øker dramatisk. Tallet på personer over 80-år vil være ca. 8500 flere i 2030 enn i 2010. Økningen forventes å bli 59 prosent over en 20-årsperiode, det aller meste etter 2020.

Andelen over 80 år reflekterer i stor grad ulike vekstmønstre i forskjellige kommuner. I 2009 hadde de sentrale kommunene relativt sett lavest andel av eldre over 80 år. Blant kommunene i Jærregionen var mellom to og fire prosent av befolkningen over 80 år, lavest med to prosent lå Gjesdal og Randaberg. Av de mer perifere kommunene, hadde flere mellom fem og sju prosent av befolkningen over 80 år, Det gjelder Bjerkreim, Lund, Forsand. Finnøy, Hjelmeland, Lund og Sokndal

I figuren på neste side vises vekstrater for antall 80+ åringer for alle kommunene i Rogaland. Antallet vil øke betydelig i de fleste kommunene. De fleste kommunene i Stavangerregionen kan frem mot 2030, få mer enn 50 prosent økning i antallet 80+ personer. Størst forventes den prosentvise veksten å bli i Jærkommunene utenfor Stavanger, i kommuner med forventet høy samlet befolkningsvekst. I flere av disse kommunene vil, antallet 80+ - åringer kunne bli mer enn doblet. Det gjelder Randaberg, Klepp, Sola og Gjesdal kommuner. I Stavanger forventes økningen i antall 80+ åringer å bli 56 prosent og i Sandnes 87 prosent. I enkelte distriktskommuner er veksten forventet å bli mer moderat. Det gjelder Sokndal med 7 prosent, Bjerkreim og Finnøy med 10 prosent, samt Lund og Hjelmeland med henholdsvis 27 og 29 prosent.

Frem til 2030 forventes det både en økning og en viss utjevning i den relative fordeling av antall over 80 år mellom ulike deler av fylket. Jærkommunene (unntatt Randaberg med 5 prosent) og Rennesøy, forventes å få fire prosent eldre over 80 år. For de fleste av disse kommunenes vedkommende øker andelen, Unntak er Stavanger og Hå kommuner hvor "80+"- andelen forutsettes å ligge på 4 prosent både i 2009 og 2030. I de fleste øvrige og mindre sentrale kommunene ligger andelen mellom 5 og 9 prosent.

Demografien forteller ikke bare om endringer i etterspørsel og behov, men også om potensielle endringer i arbeidsstyrken til økonomisk og kompetansemessig å dekke et økende behov for helse- og omsorgstjenester. En indikator på dette er *aldersbæreevnen* definert ved antallet personer i yrkesaktiv alder. Denne forventes å falle betydelig både i Norge og andre europeiske land (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Et mindre antall personer må bære et større antall eldre.



Figur 6 Befolkning, struktur og utviklingstrekk

**Tabell 1 Koeffisienten for aldersbæreevne 2010-2030: Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer**

	2010	2020	2030	Endring 2010-20	Endring 2020-30
<b>1101 Eigersund</b>	5,3	4,1	3,4	-1,2	-0,7
<b>1102 Sandnes</b>	7,2	5,8	4,6	-1,4	-1,3
<b>1103 Stavanger</b>	6,7	5,5	4,4	-1,2	-1,1
<b>1111 Sokndal</b>	3,9	3,3	2,7	-0,6	-0,6
<b>1112 Lund</b>	4,8	3,7	2,9	-1,1	-0,8
<b>1114 Bjerkreim</b>	5,4	4,7	3,8	-0,7	-1,0
<b>1119 Hå</b>	6,5	5,3	4,2	-1,2	-1,0
<b>1120 Klepp</b>	7,5	6,2	5,5	-1,3	-0,7
<b>1121 Time</b>	6,7	5,4	4,1	-1,3	-1,3
<b>1122 Gjesdal</b>	9,4	6,9	4,8	-2,5	-2,1
<b>1124 Sola</b>	7,3	6,1	4,9	-1,2	-1,2
<b>1127 Randaberg</b>	6,6	5,4	4,2	-1,3	-1,2
<b>1129 Forsand</b>	4,7	3,8	3,1	-0,9	-0,7
<b>1130 Strand</b>	5,5	4,5	3,7	-1,1	-0,8
<b>1133 Hjelmeland</b>	4,3	3,4	2,8	-0,9	-0,6
<b>1141 Finnøy</b>	4,3	3,8	2,7	-0,5	-1,1
<b>1142 Rennesøy</b>	6,3	6,9	6,0	0,5	-0,8
<b>1144 Kvitsøy</b>	2,8	3,2	3,0	0,4	-0,2
<b>Helse Stavanger</b>	6,6	5,5	4,4	-1,2	-1,1
<b>Landet</b>	5,2	4,2	3,6	-1,0	-0,7

Kilde: SSB

Denne tendensen vil selvsagt også gjøre seg gjeldene regionalt. Helse Stavangers område har en relativt ung befolkning og derfor en høyere aldersbæreevne enn landsgjennomsnittet. I 2010 hadde regionen 6,6 personer per person over 67 år, på landsplan var aldersbæreevnen 5,2. Over tid forventes imidlertid forskjellen gradvis å avta. I 2030 forventes det å være 0,8 flere personer til å "bære" den eldre befolkningen enn på landsplan, sammenlignet med 1,4 flere personer i 2010. Poenget er således at Stavangerområdet med sin forholdsvis yngre befolkning, også har forutsetninger for å bære en relativt større "eldrebølge" dersom forholdene legges til rette.

Det er forskjeller mellom kommuner. Stavanger og andre sentrale og i stor grad vekstpregede kommuner i nærlandet, har i utgangspunktet en større aldersbæreevne enn de mer perifere deler av regionen. Over tid skjer det en delvis utjevning mellom disse kommunene, i den forstand at det absolutte antall personer i yrkesbefolkningen som skal "bære" den eldre befolkningen i kommunen, går mer ned i kommuner som har en relativt høy aldersbæreevne i utgangspunktet.

Oppsummert, det hovedmønster som fremkommer er forventninger om en fortsatt sterk befolkningsvekst, særlig gjennet betydelig økning i den eldre del av befolkningen. Dette innebærer at den yrkesaktive befolkningen må stå for en forholdsvis større del av det

økonomiske og kompetansemessige ansvaret for den eldre del av befolkningen. Alle kommuner i fylket står overfor de samme utfordringene. I dag er utfordringene relativt sett størst i de mer perifere kommunene, som har en lav aldersbæreevne, men etter hvert vil også sentrale kommuner få en økende belastning i så måte.

Hvordan utviklingen vil bli avhenger selvsagt også av om den faktiske befolkningsutviklingen skulle avvike fra dette mønsteret, for eksempel ved at netto tilflytting blir lavere enn den ut fra trenden kan forventes å bli. Da vil belastningen på kommunal økonomi og kompetanse bli desto større.

## 2.4 Regionale struktur- og utviklingstrekk

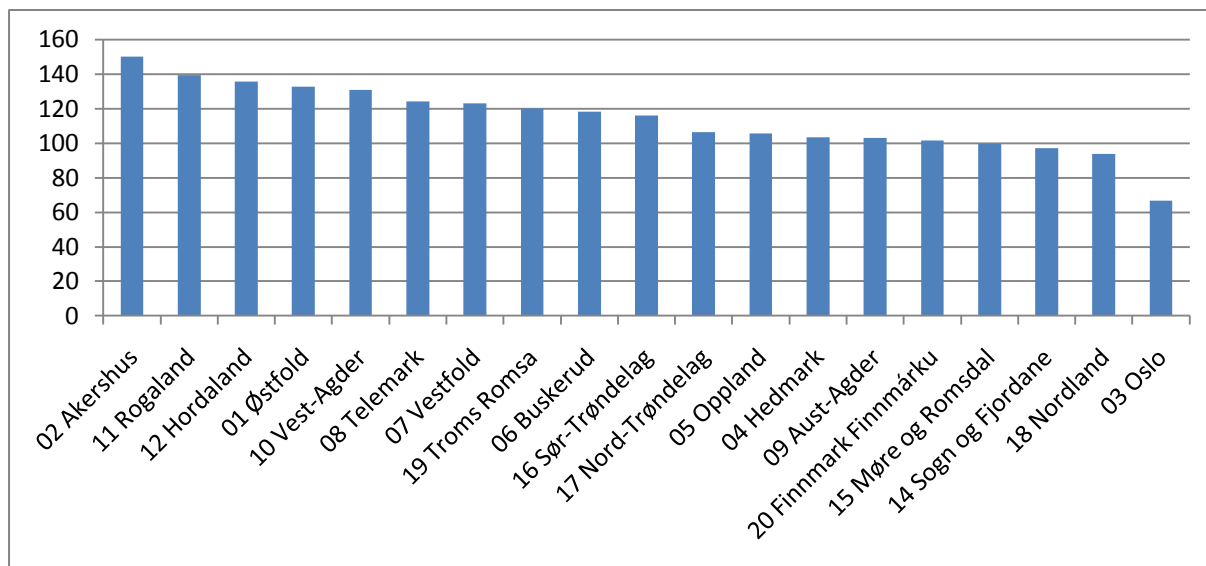
Utviklingen på regionalt nivå, i Helse Stavangers område, er naturligvis betydelig influert av nasjonale utviklingstrekk. Flere faktorer kan imidlertid gjøre at utviklingen ikke blir helt parallell. De viktigste antas å være forskjeller i befolkningsutvikling, aldersstruktur og økonomisk utvikling og konsekvenser av nasjonal helsepolitikk med hensyn til arbeidsdeling mellom regioner og virksomheter.

Det finnes ikke statistikk som viser samlet aktivitet beregnet ved verdiskapingstall på kommunenivå. Det lar seg således ikke gjøre å finne verdiskapingstall for kommunene i Helse Stavangers område. Det nærmeste man kommer er fylkestall for Rogaland fra Fylkesfordelt Nasjonalregnskap.

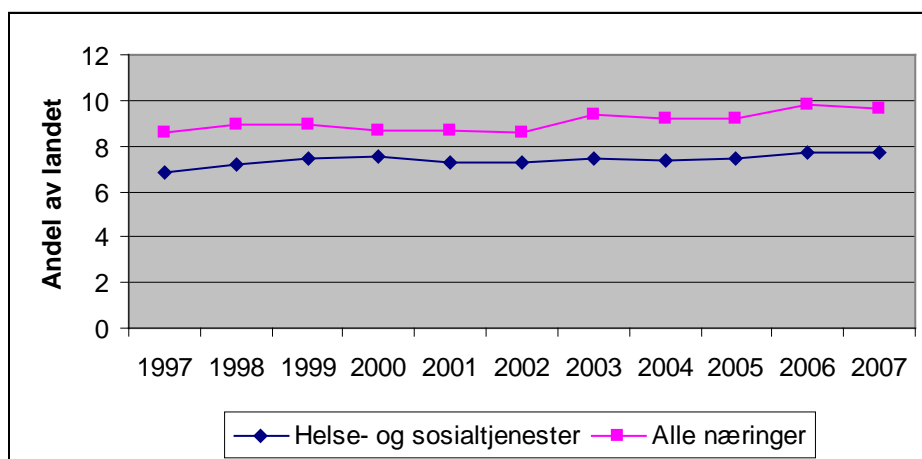
Sektoren helse- og sosialtjenester omfatter i Nasjonalregnskapet noe mer enn helse og omsorg, men er det nærmeste en kommer denne næringen. Ifølge denne statistikken vokste bruttoproduktet i helse- og sosialsektoren i Rogaland fra 5,7 mld. kr i 1997 til 11,1 mld. i 2007 målt i løpende priser. Korrigeres det for en vekst i konsumpriser på 21,3 prosent i denne perioden, var veksten i faste priser på 97 prosent. Det vil si aktiviteten i sektoren på fylkesnivå ble nesten doblet i løpet av en tiårs periode.

Oslo er det største fylket innen helse- og sosialtjenester med et bruttoprodukt på 24,7 mld. NOK i 2007. Deretter følger Hordaland med 17,5 mld. NOK, tett fulgt av Akershus med 17 mld. NOK. Rogaland er på fjerde plass med et bruttoprodukt på 13,7 mld. NOK. Som nummer fem kommer Trøndelag med 10,9 mld. NOK.

Rogaland var blant fylkene med høyest vekst. Rogaland lå med 139 prosent vekst i bruttoprodukt (i løpende priser) som nummer to blant fylkene, bare bak Akershus som hadde en vekst på 150 prosent. Hordaland kom rett bak Rogaland med en vekst på 136 prosent. Oslo hadde med en vekst på 67 prosent den laveste veksten av alle fylkene.



Figur 7 Helse- og sosialsektoren, prosentvis vekst i fylkenes bruttoprodukt, 1997-2007, løpende priser



Figur 8 Rogalands andeler av nasjonalt bruttoprodukt

(Kilde Fylkesfordelt nasjonalregnskap)

Når det gjelder utviklingen over tid, har Rogaland hatt en utvikling som er markert sterkere enn på landsbasis. Fylkets andel av bruttoproduktet i sektoren helse- og sosialtjenester var i 1997 på 6,8 prosent, andelen vokste til 7,7 prosent 2007. Samtidig vokser også bruttoproduktet, både i absolutte termer og relativt sett i forhold til landet.

Veksten i sektoren helse- og sosialtjenester viser klare paralleller til den økonomiske utviklingen. Som beskrevet i avsnittet foran, er veksten høyere i denne sektoren enn for fastlandsøkonomien totalt sett. Det gjelder også i Rogaland der helse- og sosialsektorens

relative økning var litt sterkere enn på landsbasis. Den sterke veksten i sektoren blir enda mer markert om man sammenligner med befolkningsutviklingen. Rogalands andel av landets befolkning økte fra 8,2 prosent til 8,6 prosent i perioden 1997-2007. Økningen var på 0,4 prosentpoeng, mens økningen i næringen helse- og sosialtjenesters bruttoprodukt var på 0,9 prosentpoeng. Fylkets relative andel av aktiviteten i helse- og sosialsektoren nærmer seg fylkets relative befolkningsandel, men har ikke helt nådd samme nivå.

Sysselsetting er ikke identisk med verdiskaping og aktivitetsnivå slik dette måles ved bruttoproduktet. I en næring som helse- og sosialsektoren med en høy lønnskostnadsandel, er den imidlertid en god indikator på aktivitet.

Tabell 2 *Sysselsetting innen helse og sosial og totalt, fordelt etter arbeidsplassens beliggenhet innen helse- og sosialtjenestenæringen, kommuner i Helse Stavangers område, Rogaland for øvrig og landet, 2009*

	Sysselsetting helse og sosialtjeneste	Sysselsetting totalt	Sysselsetting helse- og sosialtjenester i prosent av total sysselsetting
1101 Eigersund	1 425	6 581	21,7
1102 Sandnes	4 882	34 105	14,3
1103 Stavanger	14 438	77 732	18,6
1111 Sokndal	261	1 263	20,7
1112 Lund	269	1 579	17,0
1114 Bjerkreim	133	1 121	11,9
1119 Hå	1 157	7 245	16,0
1120 Klepp	1 171	6 931	16,9
1121 Time	1 293	7 318	17,7
1122 Gjesdal	522	3 191	16,4
1124 Sola	1 615	17 403	9,3
1127 Randaberg	761	3 875	19,6
1129 Forsand	120	503	23,9
1130 Strand	872	4 197	20,8
1133 Hjelmeland	238	1 432	16,6
1141 Finnøy	243	1 436	16,9
1142 Rennesøy	260	1 085	24,0
1144 Kvitsøy	33	303	10,9
<b>Helse Stavangers område</b>	<b>29 693</b>	<b>177 300</b>	<b>16,7</b>
<b>Rogaland for øvrig</b>	<b>10 234</b>	<b>44 937</b>	<b>22,8</b>
<b>Landet</b>	<b>490 088</b>	<b>2 497 000</b>	<b>19,6</b>

I tabell 2 fremgår hvordan sysselsettingen i helse- og sosialtjenestesektoren fordeler seg på kommuner, og hvor stor sektoren er målt ved antall sysselsatte sett i forhold til total sysselsetting. Sysselsettingen i sektoren varierer naturlig nok med kommunens befolkning, men også andre forhold virker inn. Stavanger har som den største kommunen i fylket godt over 14.000 ansatte i sektoren. Det er nesten halvparten av sysselsettingen, 49 prosent.

Sandnes kommer på andre plass med nesten 5.000 sysselsatte. For øvrig har Sola, Egersund, Time, Klepp og Hå kommuner mer enn tusen ansatte i næringen helse- og sosialtjenester.

I alle kommuner gir helse og sosial et betydelig antall arbeidsplasser sammenlignet med det totale antallet arbeidsplasser som finnes i kommunen. Stavangerregionen har imidlertid en noe lavere sysselsettingsandel innen helse- og sosialnæringen, 16,7 prosent, enn landsgjennomsnittet på 19,6 prosent. Stavanger har med 18,6 prosent av arbeidsplassene innen helse og sosial litt flere enn regiongjennomsnittet, men ikke så mye. Dette henger først og fremst sammen med at sykehuset ligger her. En del mindre og mellomstore kommuner har høyere sysselsettingsandel enn Stavanger. Det gjelder Rennesøy, Forsand, Egersund, Sokndal, Strand og Randaberg. På bunn ligger kommunene Sola, Bjerkreim og Kvitsøy. Sandnes har med 14,3 prosent også forholdsvis lav andel arbeidsplasser innen helse og sosial. En rekke forhold, i tillegg til befolkningsstørrelse, kan antas å skape variasjon i denne andelen, slik som kommuneøkonomi, omland, pendlingsmønster og befolkningens alderssammensetning.

Tabell 3 *Sysselsettingsutvikling, helse- og sosialtjenester, arbeidskommune*

	2000	2004	2008	Vekst 2000- 2004	Vekst 2004- 2008	Vekst 2000- 2008	Befolk- nings- vekst 2000-2008
	Sysselsatte personer etter arbeids- kommune	Sysselsatte personer etter arbeids- kommune	Sysselsatte personer etter arbeids- kommune				
1101 Eigersund	962	1 165	1 310	21,1	12,4	36,2	3,7
1102 Sandnes	3 146	3 667	4 434	16,6	20,9	40,9	17,1
1103 Stavanger	10 653	12 260	14 027	15,1	14,4	31,7	9,9
1111 Sokndal	201	215	250	7,0	16,3	24,4	3,5
1112 Lund	196	239	270	21,9	13,0	37,8	0,5
1114 Bjerkreim	117	108	154	-7,7	42,6	31,6	3,4
1119 Hå	898	1054	1 046	17,4	-0,8	16,5	10,9
1120 Klepp	574	670	1 040	16,7	55,2	81,2	14,9
1121 Time	651	1 037	1 280	59,3	23,4	96,6	16,1
1122 Gjesdal	345	378	507	9,6	34,1	47,0	9,2
1124 Sola	970	1 039	1 560	7,1	50,1	60,8	13,4
1127 Randaberg	457	521	688	14,0	32,1	50,5	9,7
1129 Forsand	101	105	118	4,0	12,4	16,8	9,6
1130 Strand	513	663	866	29,2	30,6	68,8	7,6
1133 Hjelmeland	171	212	248	24,0	17,0	45,0	-2,8
1141 Finnøy	204	222	231	8,8	4,1	13,2	-5,4
1142 Rennesøy	155	156	233	0,6	49,4	50,3	20,9
1144 Kvitsøy	28	35	34	25,0	-2,9	21,4	2,9
<b>Helse Stavanger området</b>	<b>20 342</b>	<b>23 746</b>	<b>28 296</b>	<b>16,7</b>	<b>19,2</b>	<b>39,1</b>	<b>11,2</b>
<b>Rogaland</b>	<b>27 550</b>	<b>32 527</b>	<b>38 390</b>	<b>18,1</b>	<b>18,0</b>	<b>39,3</b>	<b>10,6</b>
<b>Landet</b>	<b>380 343</b>	<b>430 346</b>	<b>480 832</b>	<b>13,1</b>	<b>11,7</b>	<b>26,4</b>	<b>5,8</b>

I Helse Stavangers område vokste sektoren med 39,1 prosent i perioden sammenholdt med 26 prosent på landsplan. Veksten var tilnærmet identisk med veksten for Rogaland som helhet:

den var på 39,3 prosent i dette tidsrommet. Veksten er relativt jevnt over tid på ca. 1000 sysselsatte i året. I Helse Stavangers område utgjorde sysselsettingen i næringen helse- og sosialtjenester 5,3 prosent i 2000. Andelen vokste til 5,8 prosent i 2008. I samme tidsrom vokste befolkningsandelen fra 6,3 til 6,6 prosent. Tallene indikerer at på samme vis som for fylkets totalt sett, nærmer det relative omfang av aktiviteten i næringen seg befolkningsandelen.

### **Spesialisthelsetjenesten**

Det har skjedd mye i spesialisthelsetjenesten i løpet av de siste 10-15 årene. Det har skjedd en omlegging i retning økt vekt på målstyring og bruk av økonomiske incentiver. Viktige reformer har vært innføring av innsatsstyrt finansiering fra 1997 og eierskapsreformen med opprettelse av helseforetak og overføring av ansvar fra fylkeskommunene til staten i 2002. Reformene inngår som ledd i såkalt New Public Management hvor styringsprinsipper fra privat sektor tas i bruk. Bruk av kvalitetsindikatorer, fritt sykehusvalg og økt fokus på pasientrettigheter er deler av det samme bildet.

Det har også blitt gjort prioriteringsmessige grep og foretatt endringer i driftsformer ved virksomhetene. Spesialisthelsetjenesten består av tre hovedområder for pasientbehandling: Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Somatikken er med 71 prosent av ressursbruken på landsbasis i 2009, klart størst. Deretter kommer psykisk helsevern med 18 prosent. Rusomsorg utgjør med 3 prosent en beskjeden andel. De resterende prosentene omfatter ambulanser, syketransport, personalpolitiske tiltak og andre kostnader. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern fra 1998-2008 har ført til betydelig ressursvekst i det psykiske helsevernet. I perioden 2005-2009 har også TSB vokst mer enn somatikken. Aktivitetsomfanget har samlet sett økt, men det har skjedd vridninger i aktivitetsmønsteret. De viktigste endringer i driftsformer handler om økt vektlegging på dagopphold og polikliniske konsultasjoner innen somatikken. Disse har økt betydelig i tidsrommet 2002-2009, mens veksten i døgnopphold var mer moderat. Tilsvarende når det gjelder psykisk helsevern har antallet polikliniske konsultasjoner økt prosentvis mye mer enn antallet døgnopphold. Denne type omlegging av aktivitetsmønsteret har pågått lenge. Også i 1990-årene pågikk det en omlegging i retning økt vekt på poliklinisk behandling og dagsopphold.

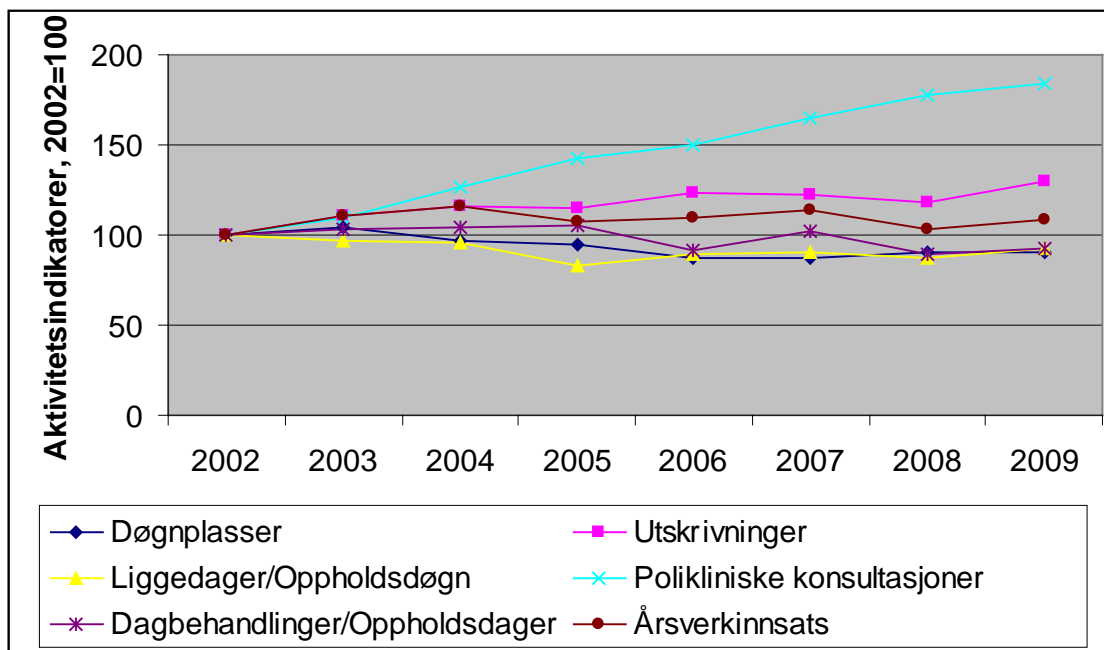
Tabell 4 *Kostnader Helse Stavanger HF (i 1000 kroner)*

	<b>Kostnader 2009</b>	<b>Andel Helse Stavanger</b>	<b>Andel landet</b>	<b>Andelsendring landet 2004-2009</b>
Somatikk	2 861 995	73,0	4,4	0,2
Psykisk helsevern	833 514	21,3	5,0	-0,1
Rusomsorg	70 930	1,8	2,4	2,4
Ambulanser	85 156	2,2	2,4	-0,1
Annet	69 453	1,8	2,0	-0,4
	<b>3 921 048</b>	<b>100</b>	<b>4,2</b>	<b>0,1</b>

Kilde : Samdata



Helse Stavanger er landets fjerde største sykehus og betjener en befolkning på over 320.000. Ressursbruken målt ved kostnader utgjorde 4,2 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten på landsplan. Dette er klart lavere enn områdets befolkningsandel, som dette året lå på 6,7 prosent. Over tid økte kostnadsandelen med 0,1 prosentpoeng, mens befolkningsandelen økte med ca. 0,25 prosent i samme perioden. Det som har økt relativt mer er innsatsen innen somatikk og rusomsorg.



Figur 9 Aktivitetsutvikling Helse Stavanger 2002-2009

Utviklingen i tidsrommet 2002 - 2009 viser som på landsplan, en sterk vekst i polikliniske konsultasjoner. Antallet konsultasjoner doblet seg nesten fra 2002 til 2009. Antallet utskrivninger økte også betydelig, mens antall døgnplasser, tallet på liggedager/oppholdsdøgn og dagbehandlinger/oppholdsdager lå på et tilnærmet stabilt nivå, dvs. en liten nedgang for perioden som helhet. I dette ligger en økt pasientgjennomstrømming og effektivisering av virksomheten. Økningen i årsverksinnsats er moderat. Fra 2002 til 2007 økte årsverksinnsatsen med 14 prosent. I 2008 er det et brudd i dataserien på grunn av endringer i registreringsopplegget. Nedgangen dette året ifølge figuren er antagelig ikke reell. Det påfølgende år, fra 2008 til 2009 økte årsverksinnsatsen med 5 prosent. Grovt regnet har det vært en årlig vekst i årsverksinnsats på 2-3 prosent. Utviklingen er relativt parallell til utviklingen på landsbasis. De relative andelenes av landet totalt går litt opp og ned over tid, og varierer rundt ca. 4,5 prosent. I 2009 var årsverksandelen 4,4 prosent, dvs. 0,2 prosentpoeng høyere enn den tilsvarende andelen av kostnadene.

### ***Kommunal pleie og omsorg***

Det har også vært en betydelig vekst i pleie og omsorgssektoren. Fra 1993-2007 vokste sektoren på landsplan med 56 prosent og 118.000 årsverk. Det skjedde samtidig vesentlige strukturendringer i tilbudet av pleie- og omsorgstjenester. Kommunene fikk ansvaret for alle pleie- og omsorgstjenestene i 1988. De viktigste endringene siden midtveis på 80-tallet har vært utflating og til dels nedgang i tallet på institusjonsplasser og økt satsning på hjemmebasert omsorg. Det har skjedd enn gradvis økning i antall sykehjemsplasser over tid. Men som følge av utfasing av aldershjem som institusjonstype, har tallet på plasser i institusjoner, sykehjem og aldershjem samlet sett blitt redusert. På den annen side har det skjedd en boliggyrning av omsorgstjenestene, både ved at folk flytter inn i kommunale omsorgsboliger og andre boliger, og ved at folk mottar tjenester i form av hjemmehjelp og etter hvert særlig hjemmesykepleie i eget hjem. Det er imidlertid ikke noen eldrebølge som ligger til grunn for veksten i hjemmebaserte tjenester. Hele nettovæksten i antall brukere av hjemmebaserte tjenester i tidsrommet 1989-2006 gått til brukere under 67 år. Antallet brukere ble nesten tredoblet i perioden, særlig sterk var veksten over de siste fem årene av denne perioden (Breivik, 2010).

Tabell 5 *Brutto driftsutgifter og årsverk i alt, pleie, og omsorg*

	2004	2009	Vekst	2003	2009	Vekst
1101 Eigersund	171 936	272 955	59	313	424	36
1102 Sandnes	466 114	767 099	65	929	1188	28
1103 Stavanger	1 093 352	1 754 684	60	2 234	2 726	22
1111 Sokndal	41 386	64 779	57	89	118	32
1112 Lund	37 073	52 066	40	88	90	2
1114 Bjerkreim	27 546	41 504	51	39	49	24
1119 Hå	163 674	23 9181	46	351	420	19
1120 Klepp	115 558	181 135	57	217	318	46
1121 Time	124 552	217 338	74	230	357	55
1122 Gjesdal	63 139	104 476	65	110	179	64
1124 Sola	147 628	257 616	75	252	403	60
1127 Randaberg	78 306	139 131	78	173	221	28
1129 Forsand	21 889	35 612	63	42	39	-7
1130 Strand	105 195	161 138	53	234	253	8
1133 Hjelmeland	45 542	54 344	19	77	85	10
1141 Finnøy	32 938	52 383	59	75	93	23
1142 Rennesøy	27 850	48 268	73	57	89	54
1144 Kvitsøy	6 985	8 475	21	15	14	-11
<b>Helse Stavanger området</b>	<b>2 770 663</b>	<b>4 452 184</b>	<b>61</b>	<b>5 530</b>	<b>7 070</b>	<b>28</b>
<b>Landet</b>	<b>51 326 653</b>	<b>74 761 747</b>	<b>46</b>	<b>105 883</b>	<b>123 482</b>	<b>17</b>

Pleie og omsorgssektoren har det siste tiåret vokst sterkere i kommunene i Helse Stavangers område enn på landsplan. I 1999 hadde dette området 5,24 prosent at utgiftene til pleie og omsorg på landsplan. I 2009 var denne andelen økt til nærmere 6 prosent. I samme tidsrom økte befolkningsandelen fra 6,3 prosent til 6,7 prosent. Den relative veksten i sektoren var

med andre ord sterkere enn befolkningsveksten på landsplan. Den relativt sterkere veksten i Helse Stavangers område har i første rekke skjedd i tidsrommet etter 2004 da den relative andelen var på 5,3 prosent. Utgiftsveksten i tidsrommet 2004-2009 var på 61 prosent i Helse Stavangers området jevnført med 46 prosent på landsplan. I faste priser økte utgiftsvolumet med 45 prosent.

Utviklingsmønsteret er parallelt når det gjelder arbeidsinnsats. Årsverksandelen var på 5,3 prosent i 1999 og økte til 5,7 prosent i 2009. Den relative økningen skjedde i løpet av de fem siste årene, fra 2004 til 2009. Gjennomsnittlig årlig vekst har vært på 4 prosent i årene 2003-2009. Vekst i utgifter og sysselsetting var særlig sterk i vekstkommuner som ligger nær Stavanger som Sandnes, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg og Rennesøy. Stavanger ligger rett under gjennomsnittet i utgiftsnivå og litt mer under med hensyn til vekst i arbeidsinnsats.

Tabell 6 – Tilbud pleie- og omsorgstjenester, 1999 og 2008/2009

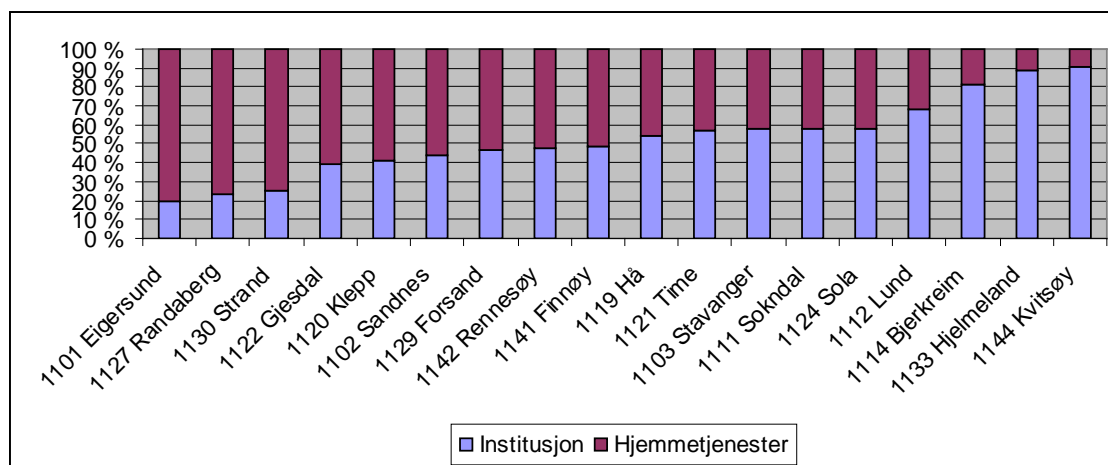
	Mottakere hjemme- tjenester 1999	Mottakere hjemme- tjenester 2008	Vekst i prosent	Plasser institusjoner eldre og funksjonshemma 1999	Plasser institusjoner eldre og funksjonshemma 2009	Vekst i prosent
Egersund	683	701	3	97	63	-35
Sandnes	1 307	1 782	36	196	243	24
Stavanger	3 177	3 673	16	1 025	1 031	1
Sokndal	153	198	29	36	36	0
Lund	118	106	-10	44	35	-20
Bjerkreim	103	118	15	23	29	26
Hå	466	555	19	104	128	23
Klepp	359	466	30	63	71	13
Time	315	432	37	69	95	38
Gjesdal	257	224	-13	41	30	-27
Sola	346	438	27	101	140	39
Randaberg	168	263	57	21	21	0
Forsand	27	73	170	25	14	-44
Strand	329	401	22	92	40	-57
Hjelmeland	124	122	-2	48	40	-17
Finnøy	148	114	-23	16	24	50
Rennesøy	85	108	27	20	20	0
Kvitsøy	21	14	-33	10	11	10
<b>Region</b>	<b>8 186</b>	<b>9 788</b>	<b>20</b>	<b>2 031</b>	<b>2 071</b>	<b>2</b>
<b>Landet</b>	<b>157 396</b>	<b>178 000*</b>	<b>13</b>	<b>43 240</b>	<b>41 052</b>	<b>-5</b>

Kilde. Pleie- og omsorgsstatistikk (1999) og KOSTRA (2008/2009). \* Tre kommuner er ikke med i tallene på landsplan på grunn av manglende opplysninger/konfidensialitetshensyn.

Det har skjedd endringer i tjenestetilbudet over tid også i Helse Stavangers område. Utviklingen avviker i noen grad fra landssnittet. Man har unngått nedgang i antallet institusjonsplasser. Det har samlet sett vært en økning i tallet på 40 plasser for eldre og funksjonshemmede. I de fleste kommuner har tilbudet målt i antall plasser vært relativt stabilt. Målt i antall plasser har økningen vært størst i Sandnes og Sola. Relativt sett har økningen i antall plasser vært høyest i Finnøy, Sola, Time, Bjerkreim, Sandnes og Hå, mens det

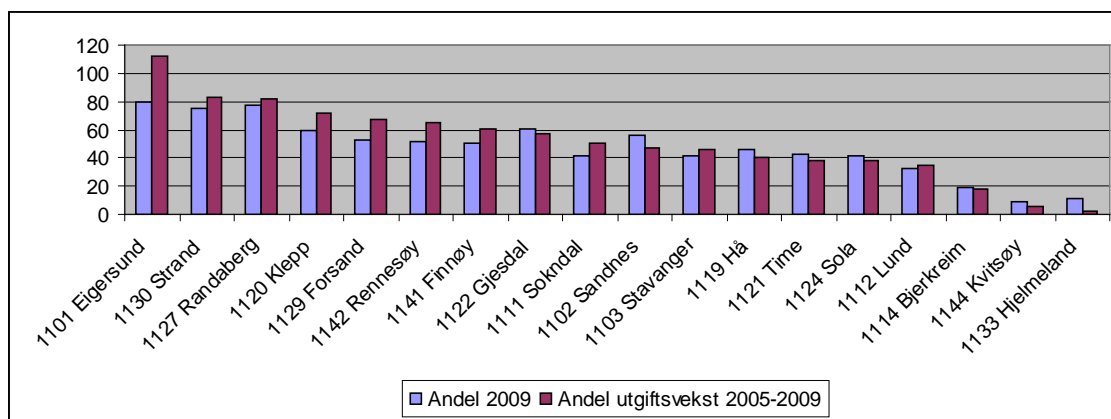
prosentvis har vært en vesentlig reduksjon i antall plasser i kommunene Strand Forsand, Egersund og Gjesdal.

Den største endringen er imidlertid økning i tilbudet av hjemmetjenester. I Helse Stavangers område har antall brukere gått opp med ca. 1600 i perioden 1999-2008. Nærmere 1000 av brukertilveksten kom i Stavanger og Sandnes. Økningen i Helse Stavangers område var på 20 prosent, mot 13 prosent på landsbasis. De fleste kommunene har økt antall brukere. I prosent var veksten særlig sterk i Forsand (som samtidig har redusert institusjonstilbudet), Randaberg, Time, Sandnes, Klepp, Sokndal og Sola.



Figur 10 *Brutto driftskostnader fordeling mellom institusjon og hjemmetjenester, 2009*

Som vist i figuren har kommunene ulike profiler når det gjelder fordeling av ressursbruken. Det vanskelig å observere noen systematikk i forskjellene mellom store eller små kommuner, sentrale eller perifere kommuner. Ulike kommuner har, på bakgrunn av historie og politiske strategier, ulike profiler. I snitt for området som helhet er det en 50/50-fordeling av utgiftene på henholdsvis institusjon og hjemmetjenester. Det er antagelig særlig et uttrykk for at de to store kommunene, Stavanger og Sandnes, har en relativt jevn fordeling av utgiftsstrukturen på de to delområdene.



Figur 11 Hjemmetjenester utgiftsandel 2009 og andel utgiftsvekst 2005-2009

Trenden er at hjemmetjenestene styrker seg relativt sett. I perioden 2005-2009 gikk 52 prosent av den samlede utgiftsveksten til hjemmetjenestene. For et flertall av kommunene vokser hjemmetjenestene forholdsvis mer enn det den relative utgiftsandelen skulle tilsi.

## 2.5 Sammenfatning

Helse- og omsorgssektoren har vokst mye og over lang tid. En rekke forhold bidrar til vekst. Inntektsutvikling og generell velstandsøkning er forhold som har bidratt til styrking av og standardheving i tjenestetilbudet. Veksten i sektoren er jevnt over høyere enn veksten i BNP. Mange ser på den medisinske og teknologiske utvikling som viktige vekstfremmende faktorer. Slike fremskritt kan imidlertid også ses som en konsekvens av vekst like mye som en årsak. Et etter vår interessant perspektiv på hvorfor veksten er så sterk, er enkelt sagt at folk prioriterer helse- og omsorgstjenester høyt, noe som får gjennomslag i de helse- og omsorgsbudsjetter som politikerne vedtar. Sett i forhold til materielt konsum er dette et høyt prioritert område.

En rekke forhold indikerer at veksten vil fortsette også de kommende 20 årene. Både den generelle økonomiske utvikling, befolkningsutviklingen, samt medisinske og omsorgsrelaterte utfordringer kan være viktige drivere. Forutsettes det en fortsatt utvikling preget av økonomisk vekst og påfølgende politiske prioriteringer av helse og omsorgsfeltet, kan det være gode grunner til at sektoren vil fortsette å vokse mer enn BNP. Særskilte utfordringer og vekstdrivende faktorer relaterer seg til eldrebølgen som vil komme for fullt i løpet av en tiårsperiode. Utfordringene er ikke minst knyttet til ulike kroniske sykdommer og økning i antall eldre. Den regionale befolkningsutviklingen har vært sterk, og trendene tyder følgelig på fortsatt høy vekst. Den demografiske utviklingen vil gi en sterk økning i antall eldre, særlig etter 2020. Mange av de kroniske sykdommene har høyere forekomst blant folk i de eldste aldersgruppene. Særlig er utfordringene betydelige når det gjelder demens, hvor forekomsten øker, desto høyere man kommer opp i alder.

Historisk bærer utviklingen av helse- og omsorgsektoren preg av høyere vekst i Stavangerområdet enn for landet totalt sett. Særlig gjelder det for pleie- og omsorgssektoren, mens spesialisthelsetjenesten bare har en marginalt sterkere vekst enn landsgjennomsnittet. Generelle trender med relativt sterkere vekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester enn i spesialisthelsetjenesten og økt fokus på hjemmetjenester, gjør seg også gjeldende i dette området.

### 3 Arbeidsmarkedet og drivkrefter for markedsbalansen

Vi vil i dette kapitlet rette fokus på arbeidsmarkedet og de drivkrefter som må antas å påvirke den regionale arbeidsmarkedsbalansen innenfor helse- og omsorgstjenester. Drivkreftene er definert ut fra antakelsen til aktører innenfor helse- og omsorgssektoren om hvilke forhold som vil påvirke arbeidsmarkedet og balansen mellom tilbud og etterspørsel. Vi har særlig fokusert på følgende drivkrefter:

- Utdanningstilbudet
- Samhandlingsreformen
- Teknologit utvikling

#### 3.1 Arbeidsmarkedet

Nasjonale og regionale utviklingstrekk i helse- og omsorgssektoren peker mot fremtidig etterspørselsvekst og utfordringer med å skaffe tilstrekkelig arbeidskraft. Dette vil ikke bare avhenge av å rekruttere og holde på personell, men også av organisering av tjenestene og arbeidsforhold. Kompetansekrav til de forskjellige oppgavene som skal utføres vil være en sentral faktor når det gjelder hvilke typer arbeidskraft som det er behov for.

Vi har undersøkt hvordan ulike aktører oppfatter disse problemstillingene i dag og hvordan det antas at behovet vil være i fremtiden. Intervjuene viser til dels variasjoner på tre områder: For det første er det variasjon i forhold til geografi, mellom sentrum og periferi kommuner. For det andre er det variasjoner mellom de ulike personellkategoriene. Til sist kan vi se variasjoner i behovene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I stor grad er, som vi skal se, imidlertid utfordringene av samme type og reflekterer virksomhetenes møte med et felles arbeidsmarked.

#### ***Hvordan er forholdet mellom etterspørsel og tilbud i dagens arbeidsmarked?***

Veksten i helse- og omsorgstjenestene har ført til en knapphet på helsefagarbeidere og sykepleiere. Hvordan knappheten slår ut i de ulike institusjonene varierer imidlertid.

I *kommunehelsetjenesten* er det store variasjoner. En kommunal informant peker på at ting går i bølger. Til dels handler det om variasjoner på etterspørselssiden mht. brukere og brukerbehov. Det handler ikke bare om de eldre, men også om brukere under 67 år med fysiske eller psykiske problemer. På tilbudssiden skaper markedskreftene variasjoner i forhold til f.eks. lønnsforhold og tilsig av utenlands arbeidskraft. Representant for en annen kommune sier derimot at de har en stabil arbeidsstyrke og ikke har ledige sykepleierstillinger. I en tredje kommune påpekes det at man ikke har mangel i forhold til faste stillinger. Derimot er det vanskelig å få høyt kvalifiserte sykepleiere inn i vikariater. Man får det til, men det er ikke lange søkerlister. De faste stillingene er relativt stabile, sier kommunal informant fra en mellomstor kommune, ”Sliter mer med vikariater, som jo er et mareritt i helsetjenesten”. Fra en distriktskommune sies det at man akkurat nå ikke har ledige stillinger, men at man bruker

vikarbyrå for å fylle opp vikariater. Leder for virksomhet i en annen distriktskommune påpeker at man har underbalanse både på sykepleiere (15-20 prosent) og helsefagarbeidere (10-15 prosent). Vedkommende etterlyser også spesialsykepleiere selv om man ikke har stillingshjemler for det.

I sum rapporterer både sentrale og mer perifere kommuner når det gjelder arbeidsmarkedsbalansen for sykepleiere og helsefagarbeidere at de stort sett får tak i folk til å utføre arbeidsoppgavene. Det brukes imidlertid betydelig tid og ressurser for å dekke stillinger og vikarvakter. Man må til dels også benytte rekrutterings- og vikarbyråer for å dekke arbeidskraftbehovene. De mer perifere kommunene innenfor Helse Stavangers område rapporterer at dette arbeidet er blitt mer krevende. Slik sett må man kunne si at det er en mangel på helsepersonell i kommunene, men det ikke kartlagt hvor stor denne er. Antagelig varierer også knappheten med den generelle arbeidsmarkedssituasjonen, og hvor stramt arbeidsmarkedet er.

I *spesialisthelsetjenesten* er det også variasjoner, men også her rapporteres det om stadig behov for folk. ”Vi har alltid mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere. Vi burde ha mettet markedet - slik dette i stor grad er gjort for leger”, sier informant fra spesialisthelsetjenesten. Vedkommende etterlyser særlig spesialsykepleiere. Problemet med å få tak i nok spesialsykepleiere, bekreftes av flere informanter fra spesialisthelsetjenesten. Noen avdelinger rapporterer om tilstrekkelig med bemanning på nåværende tidspunkt, men at det kan være utfordrende med ferieavvikling og ved sykdom. Det er imidlertid alltid behov for spesialsykepleiere.

Hva er årsakene til at sykepleiere og helsefagarbeidere velger å forlate sin arbeidsplass, ved permisjon eller jobbskift? Barnefødsler, videreutdanning og pensjonering nevnes som årsaker. Forflytninger innenfor helse- og omsorgssektoren, mellom kommuner og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, nevnes også. Det er også andre yrker som trekker til seg personell. Skole og barnehage er eksempler på alternative sektorer, men og arbeid innenfor skjønnhetspleie og kosmetikk rapporteres å være et alternativ. Tendensen synes å være at sykepleierne generelt sett er mer stabile enn hjelpepleierne, og større stillingsandeler er mer stabilt besatt enn små stillinger.

I sum, knappheten på personell i dag merkes først og fremst ved behov for spesialsykepleiere og i forbindelse med vikariater og ugunstige arbeidstidspunkter som helger, natt og ferier. Knappheten er synlig spesielt i kommunehelsetjenesten, hvor det videre er et økende behov for geriatriske sykepleiere, kreftsykepleiere, intensivsykepleiere og spesialutdannede rettet mot psykiske lidelser. Knapphet på spesialsykepleiere gjør seg likeens gjeldene innenfor spesialisthelsetjenesten. Her er det spesielt intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere som det er mangel på.

### ***Trender ved organisering***

Organiseringen av tjenestetilbudet påvirker i stor grad de menneskene som arbeider innenfor de ulike virksomhetene. Trendene når det gjelder organisering er i endring i ulike retninger.

Et aspekt vedrører vektlegging på *effektiv ressursutnyttelse* ved at virksomhetene tar i bruk økonomiske incentivstrukturer, influert av såkalt New Public Management. Et eksempel er



den todelte finansiering av spesialisthelsetjenesten hvor et element er en form for rammefinansiering knyttet til i hovedsak befolkning og alderssammensetning, og et annet element er knyttet til omfanget av de ulike tjenester som utføres overfor pasientene (såkalte DRG-poeng).

Stavanger kommune har gjennom etablering av sin bestiller-utfører modell iverksatt noe av det samme. Helse- og sosialkontorene bestiller tjenester i forhold til brukernes behov fra de utførende enhetene (sykehjem, hjemmetjenester etc.). De utførende enhetene får godgjort store deler av sin ressursbruk etter objektive kriterier knyttet til de tjenester som brukerne får, gjennom såkalte aktivitetsbaserte inntekter. Denne modellen, er på samme vis som for spesialisthelsetjenesten, basert på prinsippet om fritt brukervalg. Søkere skal kunne velge hvilket sykehjem de vil bo på.

Et annet aspekt vedrører utvikling av virksomhetsstrukturer i tjenestetilbudet. Når det gjelder dette, er ulike trender synlig.

For det første skjer det at *fagmiljøer samles og styrkes*, også utenfor universitetssykehuset. Eksempel på dette i Helse Stavanger sitt område er Stokka sykehjem Utviklingscenter for sykehjem i Rogaland. Koplingen er her sterk mellom forskning og praksis innenfor feltene geriatri, demens og rusmisbruk. Dalane distriktsmedisinske senter (DMS) i Egersund er også et eksempel på samling og styrking av et fagmiljø. Dette oppfatter informantene som en viktig utvikling i koplingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fagmiljøene blir ansett som viktige noder for spesialkompetanse. De to eksemplene som er nevnt, blir av informanter oppfattet som fagnoder som besitter kunnskap som er spesielt relevant for kommunehelsetjenesten. Fagmiljøene selv opplever at arbeidsplassene blir mer ettertraktet, flere søker, det blir et mer utfordrende fagmiljø som også påvirker det sosiale arbeidsmiljø. Stokka sykehjem rapporterer også om sterk nedgang i sykefravær de siste årene og stabilitet i personalet.

For det andre skjer det en utvikling hvor *behandling skjer nærmere pasienten/brukeren*. Dette innebærer at kommunehelsetjenesten behandler pasienter lengre før de sendes til spesialisthelsetjenesten. Videre innebærer det også at kommunehelsetjenesten tar imot pasienter som trenger medisinsk behandling fra spesialisthelsetjenesten på et tidligere tidspunkt i pasientenes sykdomsforløp. Kommunene rapporterer om brukere med svært sammensatte diagnoser som kommer fra spesialisthelsetjenesten. Dette er kompetansemessig svært krevende for kommunehelsetjenesten som ikke nødvendigvis har den spesialkompetansen som er nødvendig. Økt behandling nær brukeren skjer også i form av økt hjemmebehandling med ambulerende team og selvmedisinering. Trenden har konsekvenser for organiseringen av sykepleiere og helsefagpersonell og deres arbeidssituasjon. Hjemmebehandling rapporteres også som en svært krevende oppgave som innebærer mye ansvar og ofte ugunstige arbeidstider. På en annen side påpekes det at dette nettopp er kommunehelsetjenestens styrke; de er generalister og helhetsorientert. Kommunehelsetjenesten har ut fra et slikt perspektiv gode forutsetninger for å møte det økte ansvaret. Mange vil imidlertid hevde at mange løsninger vil ligge i organisering av stillingsandeler, turnus og gode samarbeidsløsninger.

## ***Stillingsandeler og turnusordninger***

Andelen av de ansatte som arbeider deltid i helse- og omsorgsyirket er høyt sammenliknet med andre yrker. Det er også derfor dette er et område som får mye oppmerksomhet. Et spørsmål er om man kan øke arbeidstiden blant deltidsansatte, som et virkemiddel for å avhjelpe arbeidskraftutfordringene i sektoren. Dette spørsmålet ble også behandlet som tema i NOU 2008:17 "Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid". Et sentralt tema i utredningen er skillet mellom "frivillig" og "ufrivillig" deltidarbeid. Det understrekes at en stor del av de som arbeider deltid gjør dette av eget ønske (pga. familiesituasjon, ønske om mer fritid, belastning). Et moment som nevnes av informanter, er at en del "velger" deltidstilling fordi arbeidsbelastningen ved å jobbe i full stilling med turnuser og vaktbelastninger blir for stor. Mange velger trolig også helse og omsorgssektoren nettopp fordi den gir gode muligheter til å arbeide deltid. Ufrivillig deltidarbeid betegner de som faktisk ønsker lengre arbeidstid, men som ikke får det. Omfanget av ufrivillig deltid følger omfanget av faktisk deltid, og er større blant hjelpepleierne enn blant sykepleiere. I følge Abrahamsen og Høst (2005) ønsker hver fjerde hjelpepleier lengre arbeidstid. Hovedårsaken til dette omfanget skyldes i stor grad små stillingsbrøker i helse- og omsorgssektoren. Det trengs et visst antall ansatte som kan gå helgevakter dersom de ansatte ikke skal arbeide oftere enn hver tredje helg (tradisjonell turnus), noe som er et nedfelt prinsipp i kommunesektoren. Hypotetisk, om alle skal arbeide full tid, må de ansatte arbeide mer enn annenhver helg for å få turnusen til å gå opp (NOU 2008:17). Når det normale er å arbeide hver tredje helg, må resultatet nødvendigvis bli et høyt antall deltidstillinger.

Både Fagforbundet og Sykepleierforbundet er opptatt av problemene knyttet til deltid og små stillingsandeler. Det pågår for tiden en fagpolitisk "kamp" for å omdefinere rammevilkårene for arbeidstid blant helsepersonell. Argumentene som vi har møtt i samtaler med informanter og gjennom gruppediskusjoner, er i det alt vesentlige sammenfallende med de argumenter som benyttes på den nasjonale arena. Arbeidstakerne kjemper for heltidsstillinger og turnusordninger som tar hensyn til både arbeidstakers behov for tilstrekkelig inntekt, hvile og fritid. Brukernes behov for tjenester av god kvalitet vektlegges også; hensynet til tjenestemottakerne når det gjelder årvåkenhet og forsvarlig pleie, kan bli truet ved for lange og krevende vakter. Arbeidsgiverne på sin side er, i tillegg til slike kvalitets- og sikkerhetsaspekter, opptatt av å finne fleksible løsninger innenfor de økonomiske rammene.

Helseministeren gikk i januar 2011 ut med krav om at de fire helseregionene skal ha 20 prosent færre deltidstillinger før året er omme. Dette hilses velkomment av leder av Sykepleierforbundet som lenge har arbeidet for å redusere ufrivillig deltid. Sykepleierforbundet har de siste årene hatt stort fokus på høyere andel fulle stillinger, hvor ulike ordninger er diskutert og testet ut. Sykepleierforbundet har likevel vært klare på at standarder og krav for turnusorganiseringen skal sikre den enkelte ansatte, og at slike ordninger ikke skal utnyttes i negativ forstand av arbeidsgiver i pressede situasjoner

Kommunene og spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for at de oppfatter fagorganisasjonenes krav som problematisk, ved at de da mister en mulighet for å løse arbeidstidsutfordringer og imøtekomme enkelte ansattes behov og ønsker. Institusjoner og avdelinger innenfor både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ytrer ønske om fleksible løsninger og større handlingsrom når det gjelder stillinger og turnusordninger.

Det er variasjoner i hvordan de ulike institusjoner og avdelinger har prøvd seg frem for å løse dilemmaet mellom frivillig og ufrivillig deltid i området til Helse Stavanger. I kommunehelsetjenesten rapporteres det om utprøving av ulike ordninger for å tilpasse institusjonenes og arbeidstakernes behov. Eksempler på dette er langvakt, døgnvakt og langhelgeturnus. Det har også vært prøvd ut såkalte oljeturnuser, noe som er spesielt tilpasset arbeidsinnvandrere som pendler. Ønsketurnus, hvor de ansattes individuelle behov og ønsker har vært det primært styrende, har og vært forsøkt av enkelte institusjoner. Variantene er mange, men enkelte av ordningene faller utenfor fagorganisasjonens krav. Spesielt gjelder dette de lange vaktordninger som oljeturnus, langvakter og døgnvakter.

Perifere kommuner har problemer med å tilby fulle stillinger til sykepleiere og helsefagarbeidere, siden dette vil føre til overbemanning. Dette er det ikke økonomi til. Små stillinger gir mer fleksibilitet i forhold til kvelds-, natt- og helgearbeid, men gjør da de mer perifere kommunene sårbare i det regionale arbeidsmarkedet. Informant på arbeidsgiversiden, fra en kommune av moderat størrelse, påpeker at man har altfor mange uønska deltidsstillinger. Langt over halvparten har deltid. Kommunen kartlegger uønska deltid annet hvert år, sier vedkommende. Målsettingen er å prøve å redusere dette. De sentrale kommunene og spesialisthelsetjenesten kan tilby fulle stillinger i større grad. Enhetene er større med flere ansatte, noe som gjør det lettere å løse utfordringer med ugunstige arbeidstider. Fulle stillinger tilbys ikke nødvendigvis innenfor samme institusjon eller avdeling, men på tvers av institusjoner eller avdelinger. De ulike institusjonene viser til ulike prøveordninger hvor nye stillingsandeler er testet ut. Eksempelvis har flere forsøkt med å tilby fulle stillinger til alle som ønsker dette.

Totalt sett tyder erfaringer fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten at et fleksibelt system i stillings- og turnusordninger kan bidra til stabilitet i arbeidsstokken og ikke minst lavere sykefravær. Dette må samtidig avveies i forhold til hva som er helse- og sikkerhetsmessige forsvarlig for pasienter og brukere. Det er også et sentralt poeng at arbeidstakere i helse- og sosialtjenestene sikres mot misbruk i en sektor som preges av trang økonomi og manglende personalressurser. De omfattende brudd på arbeidsmiljøloven som nylig er avdekket i forbindelse med vikarbyrås sykehjemsdrift, viser med tydelighet at man står overfor store utfordringer på dette området.

Inntrykket som gis når det gjelder turnuser og stillingsandeler, er at man står i en ”*innelåst*” situasjon hvor partene til dels står steilt mot hverandre på grunn av sentrale lover og reguleringer og stramme økonomiske rammer i helseforetak og kommuner. Dette handler til dels om interessekamp, og det handler i stor grad også om forhold som må finne sin løsning gjennom politikk og forhandlinger på det nasjonale plan. Denne studien går heller ikke slik i dybden av disse utfordringene at den gir grunnlag for å peke på bestemte regionale løsningsmodeller i den ene eller annen retning. Behovet for å lete etter slike ”løsningsmodeller” og evt. jakte på kompromisser som kan tjene begge parter, ligger imidlertid etter vår vurdering helt oppe i dagen.

### ***Samarbeid på tvers***

Samarbeid på tvers av kommunegrenser eller mellom virksomheter innenfor samme kommune antas å bidra til bedre utnyttelse av arbeidskraft og mer fleksible løsninger for

helsefagarbeidere og sykepleiere. KS (Kommunesektorens Interesse- og Arbeidsgiverorganisasjon) fremhever at kommunesamarbeid er en forutsetning for et godt helsetilbud, og at det er en gjensidig avhengighet mellom kommunene som bør drive frem økt samarbeid. Vi spurte kommunene og institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten om deres erfaringer ved samhandling på tvers og med utveksling av personell på tvers.

Svarene vi fikk var svært varierende. I den grad det forekommer samarbeid og utveksling av personell og spesialkompetanse skjer det særlig innenfor samme kommune mellom institusjoner. Eksempelvis er det i Sandnes kommune utviklet en egen vikarpool som bidrar til fleksibel personellhåndtering på tvers av institusjoner. Denne omfatter for det meste sykepleiere. Dette har blitt en viktig kilde for å fylle inn hull i turnuser og i forbindelse med sykefravær. Videre rapporteres (Hjelmeland) det om at fysisk samlokalisering av liknende institusjoner bidrar til en lavere terskel for personellutveksling og samhandling på tvers. I Egersund hevder informantene at samarbeidspotensialet mellom kommunehelsetjenesten og Dalane distriktsmedisinske senter ikke fullt ut er utnyttet, men at det her ligger store samarbeidsmuligheter i fremtiden både med hensyn til personell, men og kompetanse. Universitetssykehuset har også utviklet en vikarpool som server spesialisthelsetjenesten med personell. Denne tjenesten fører til at personell går på tvers av avdelinger, men ikke ut av huset.

Det rapporteres i liten grad om samarbeid på tvers av kommunegrensene. Noen få av de mer perifere kommunene har noe utveksling av personell seg imellom, men det er marginalt. I forbindelse med praksisplasser og hospitering sender både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten lærlinger/personell seg imellom. Dette bidrar i følge informantene til viktig kompetanseoverføring, men ikke nødvendigvis til økt fleksibilitet i forhold til personellutveksling. De private vikarbyråene har på dette området spilt en sentral rolle de siste årene. Vikarbyrå som formidler helsepersonell har økt i omfang, og bidrar til å løse en rekke akutte personellutfordringer i kommunehelsetjenesten. Kommunene har også faste avtaler med noen utvalgte vikarbyrå.

Det foreligger imidlertid planer om samarbeidskonstellasjoner på Jæren. Ryfylke IKS, Dalane distriktsmedisinske og Helsetorgmodellen på Haugalandet er også kimer til økt personell- og kompetanseutveksling på tvers av kommunegrensene på sikt.

### ***Rekrutteringsstrategier***

Rekruttering er et sentralt tema for både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Vi spurte hvilke rekrutteringsstrategier som ble brukt i dag og hvilke utfordringer man så for seg frem i tid.

Intervjuene viser at rekrutteringsstrategiene er svært individuelle ut fra institusjon og dens behov. Dette er kontinuerlige prosesser som virksomhetene driver frem og organiserer selv, og arbeidet koster mye tid og ressurser. Rekrutteringen skjer imidlertid i stor grad regionalt – innenfor Helse Stavangers område. Intervjuene tyder på at mer perifere kommuner må arbeide hardere for å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere enn sentrale kommuner og spesialisthelsetjenesten.

*Tradisjonelle stillingsutlysninger* oppleves av de mer perifere kommunene som utfordrende. ”det er ingen poeng i å lyse ut i avisen, siden det ikke er noen som søker”. ”Det er lite kvalifisert personell som søker på våre stillinger” Dette sier flere av informantene i kommunehelsetjenesten om utlysninger innenfor de fleste personellkategoriene, men også informanter innenfor spesialisthelsetjenesten som søker spesialsykepleiere har samme utfordring ved stillingsutlysninger. Slik er det imidlertid ikke over alt. Universitetssykehuset rapporterer om en jevn og tilfredsstillende søkermasse for sykepleiere og helsefagarbeidere. Stokka sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Rogaland rapporterer også om god respons på utlysninger. Dette antas å skyldes den sterke faglige spissingen og profileringen som de har fått. De største kommunene Sandnes og Stavanger rapporterer også om en relativ god respons på utlysninger. De har strategier og personell som arbeider spesifikt med rekruttering til kommunehelsetjenesten i kommunen. Strategisk rekrutteringsarbeid på kommunenivå finner vi også i eksempelvis Hjelmeland kommune, som i mange år har arbeidet systematisk for å rekruttere personell. De mener dette arbeidet har vært avgjørende for å tilby et solid og kompetent tjenestetilbud innenfor helse- og omsorg.

Rekruttering skjer imidlertid på en rekke andre måter enn utlysninger. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten rekrutterer gjennom hospitering, praksiselever, sommerjobb, helgestillinger og studenter. Mange profilerer seg på messer og rekrutterer personell derfra. Videre hentes det en del utenlandsk arbeidskraft inn i institusjonene. Dette skjer ofte gjennom rekrutteringsbyrå og omfatter bl.a. svensker, litauiske, polske og tyske arbeidere. Det fremheves av kommunene at erfaringene er gode men at språket kan være en utfordring i det daglige arbeidet.

Rekrutteringskampanjen ”Bli Helsefagarbeider” ble satt i gang sommeren 2010. Denne er organisert etter initiativ fra KS, HSH og SPEKTER, og finansieres av Helsedirektoratet. Kampanjen tar over for forløperen ”Aksjon Helsefagarbeider” som ble startet fem år før. Målsettingene med den nye kampanjen ”Bli Helsefagarbeider” er å få flere ungdommer til å søke helsefagarbeiderutdanning, opprette flere læreplasser og få flere voksne, ufaglærte i sektoren eller fra andre sektorer, inn i yrket. Et viktig virkemiddel er rekrutteringspatroljene, ungdom som er ferdig utdannet og lærlinger, som reiser rundt og presenterer yrket til alle 10. klasser. Det gjennomføres også ved besøk til Vg1-klasser for at de skal søke seg til Vg2, og til Vg2-klasser for at de skal søke læreplass. Det planlegges også kampanjetiltak rettet mot voksne praksiselever. Fagforbundet har også arbeidet aktivt på dette området, med rekruttering av både unge og eldre inn på området. De besøker også skoler og arbeidsplasser i dette rekrutteringsarbeidet.

Intervjuene tyder på at det foreligger ulike inntak til rekruttering av helsefagarbeidere, sykepleiere og spesialsykepleiere. Markedet er begrenset, og det kan se ut til at sentrum trekker til seg personell lettere enn perifere strøk. Sterke fagmiljø ser og ut til å være en konkurransemessig fordel. Rekrutteringsstrategiene er begrenset ved at ansvaret stort sett ligger i den enkelte institusjon. De som aktivt har utarbeidet en rekrutteringsstrategi, mener at de har bedret forholdene for de ulike institusjonenes bemanningssituasjon, og når det gjelder kommuner, for kommunen som helhet.

## **Rekruttering av utenlandsk arbeidskraft**

Utenlandsk arbeidskraft kan grovt skilles i to kategorier: arbeidsinnvandrere og bosatte innvandrere. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike erfaringer med rekruttering og bruk av utenlandsk arbeidskraft.

*Arbeidsinnvandrere:* denne gruppen blir rekruttert enten gjennom vikar- rekrutteringsbyrå eller ved at de oppsøker arbeidsplassen selv, men også gjennom voksenopplæringen. Vikarbyråene henter arbeidskraft fra Norden og Europa, eksempelvis, Sverige, Tyskland, Polen, Litauen. Erfaringen fra denne rekrutteringskilden er varierende, og noen institusjoner rapporterer at de heller velger å rekruttere selv. Andre har svært gode erfaringer fra rekrutteringsbyråene som tilbyr utenlandsk arbeidskraft. Informanter trekker frem svensker, de omtales som flinke og pålitelige. Denne gruppen blir lett inn i den norske arbeidshverdagen, de verdsettes generelt bra og blir ofte tilbudt faste stillinger. I en distriktskommune forteller de om arbeidsinnvandrere som kommer på grunn av naturen. Svært mange arbeidsinnvandrere arbeider i Norge i perioder, og vil gjerne arbeide mye, for så å ha lengre perioder hjemme i sitt hjemland. Dette utfordres imidlertid av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Arbeidsinnvandrere kan uttrykke mangel på forståelse og fortvilelse over dette systemet. En annen utfordring er språk, men arbeidsinnvandrerne har i følge informanter lettere for å lære språket enn de bosatte innvandrerne. I den grad dette er riktig har det antagelig sammenheng med at mange av arbeidsinnvandrerne kommer fra språklig, geografisk og kulturelt nære land, og derfor kan antas å ha lettere for å tilpasse seg språklig og kommunikasjonsmessig.

*Bosatte innvandrere:* denne gruppen blir gjerne rekruttert gjennom familie, kjente, asylmottak, voksenopplæringen, men og gjennom utlysninger. Mange kommer fra fjerntliggende regioner, kulturelt og språklig. I flere av kommunene forteller de om bosatte innvandrere som en stor ressurs, ikke bare i form av arbeidskraft, men og for brukere/pasienter. Eksempelvis rapporteres det fra Egersund om en stor gruppe burmesere i kommunen. De er ekstremt flinke på omsorg, til å spre glede. De er arbeidsomme, positive, lærevillige og pålitelige. Også andre kommuner som bruker bosatte, gir innvandrerne positive skussmål. De kan fortelle liknende historier om flinke omsorgspersoner og pålitelige arbeidstakere, som ofte har fagkompetanse med seg fra sitt hjemland. Den store barrieren og utfordringen med denne gruppen er språk. Det er i dag ingen formelle krav til språkopplæring/språktest, og språkkunnskaper inngår ikke som et krav for å få norsk autorisasjon som helsepersonell. Det er arbeidsgiver som har ansvar for at ansatte har tilfredsstillende språkkunnskaper til å utføre de arbeidsoppgaver som de får tildelt. Informant fra spesialisthelsetjenesten påpeker at det settes krav til ferdigheter i norsk for de som kommer i kontakt med pasienter. Kultur er også et element som utfordrer integreringen i arbeidet. Stavanger kommune har gjennomført en rekke prosjekter hvor de forsøker å møte denne utfordringen. De har ansatt flere ressurspersoner som skal kople og omsette den kompetansen innvandrerne har inn i norske arbeidsforhold, og samtidig hjelpe bosatte innvandrere til å møte det norske arbeidslivet. Johannes voksenopplæring driver også introduksjonsprogram supplert med praksisplass. Det gir bedre grunnlag for å lære språk og kultur når personen er på flere arenaer samtidig, sier informant. En informant gir uttrykk for at norskkurs ikke er tilstrekkelig, men at Bergenstesten, som er en test på høyere nivå i norsk, burde blitt innført som krav. Dette gjelder ikke bare helsefagarbeidere og sykepleiere, men og utenlandske leger.

## **Helse og omsorgsarbeidets attraktivitet**

Hva gjør helse- og omsorgsyrkene attraktive, og hvordan kan de faktorer som påvirker dette eventuelt styrkes? Spørsmålene er brede og kan naturligvis ikke svares eksakt på her. En del forhold trekkes imidlertid frem. Lønn er naturligvis én faktor. "Lønn til å leve av", sier en informant, og peker på betydningen av hele stillinger. Men "ikke bare lønn", sier annen informant, og trekker inn det å ha innflytelse på egen arbeidsplass og å ha et meningsfylt arbeid. Også andre trekker frem kjennetegn ved yrket og jobbene. "Man ser resultater av det man gjør", sier en tredje informant. "Tilbakemeldinger fra fornøyd pasient/pårørende kan oppmuntre en ellers tung dag". Mulighet for å brenne for noe", sier en fjerde som bl.a. vektlegger kontakt med ansatte og brukere, samt kontinuerlig utvikling gjennom kurs og utfordringer.

Betydningen av å være en del av et større *fagmiljø* trekkes frem av flere. "Fagmiljø er viktig for yrkesstoltheten". Og motsatt, det å være alene med ansvaret, slik man for eksempel kan være det i mindre kommuner og virksomheter, kan være belastende. Det er lettere å få sykepleiere til sykehuset enn til hjemmetjenesten, mener informant fra spesialisthelsetjenesten: "Får faglige utfordringer, men slipper mer unna følelsesmessige belastninger enn folk i hjemmesykepleien". Det å inngå i et større fagmiljø innebærer å jobbe teambasert og i samarbeid mellom andre profesjoner, sier en, og å bygge et fagmiljø med rom for å diskutere, trekkes frem av en annen. Muligheter for videreutdanning, trekkes frem av flere. "Spesialisering er sentralt for å opprettholde fagligheten", sier en informant. "Spesialisering øker attraktivitet og gir stolthet og stabilitet i postene", sier en annen.

Stokka sykehjem har opplevd svært positive effekter av å bygge et sterkt faglig miljø. Resultatene vises på stabilitet, lavere sykefravær, godt arbeidsmiljø og god respons på utlysninger av stillinger. Dette har i følge informanter hevet "status" på geriatri- og demensfeltet, som ellers har blitt omtalt som lite attraktivt å arbeide innenfor. Noe er også negativt. Ifølge informantutsagn har yrkesgruppene helsefagarbeider og sykepleier fått dårlig omdømme. Harde lønnskamper og negativt fokus i media i forhold til tilbudet innenfor helse og omsorg, bidrar til at yrkenes attraktivitet svekkes.

Det interessante med det mønster som her fremkommer, er at samtidig som klassiske forhold som berører enhver jobb, så som lønn, arbeidstid og nærhet til arbeidsstedet nevnes, så er det fagmiljø og faglighet det tema som synes å oppta flest.

## **Oppsummering arbeidsmarkedet**

Utfordringene varierer i forhold til tre hovedområder:

*Sentrale / perifere kommuner* har både en felles utfordring i det å få tak i nok av den kompetanse som kreves, men utfordringen arter seg til dels forskjellig. Tilgang på personell synes å være bedre i de største kommunene enn de perifere kommunene. Dette innebærer også at jo mer spesialisert personell som blir etterspurt, jo vanskeligere. Tilgang til kompetanse er på bakgrunn av dette et kritisk punkt for distriktskommunene, noe som også forsterker stillings- og turnusproblematikken. Det er vanskelig å tilby fulle stillinger, og for å få turnus-

og vaktplaner til å gå opp, blir små deltidsstillinger løsningen. En annen faktor er at større kommuner har flere institusjoner og større administrasjon, og kan på denne måten organisere arbeidskraften og rekrutteringsarbeidet ut fra stordriftsfordeler. Dette er en fordel i organiseringen av stillinger og turnusordninger hvor personell lettere kan utveksles på tvers av institusjoner og hvor det da er mulighet for å tilby fulle stillinger. På den annen side viser eksempler at små kommuner gjennom fysisk samlokalisering bedre kan utnytte ulik kompetanse på tvers av virksomheter. En langsiktig personell- og rekrutteringspolitikk, kan gi forutsigbare og varige bemanningsløsninger også i mindre kommuner.

*Personellkategoriene (helsefagarbeidere, sykepleiere og spesialsykepleiere)* har og ulike utfordringer. I dag er bemanningssituasjonen noenlunde, selv om det til dels må jobbes hardt for å dekke opp arbeidskraftbehovene, og det blir mer krevende jo mer spesialisert kompetansen skal være. Sett i sammenheng med geografi, reduseres også tilgjengeligheten jo mer perifer kommunene er. I praksis betyr det at sentrale kommuner har utfordringer med å skaffe tilstrekkelig spesialsykepleiere, mens i perifere kommuner kan tilstrekkelig sykepleiere være en utfordring, og da spesielt spesialsykepleiere. Det er behov for alle personellkategoriene i alle deler av helse- og omsorgssektoren, og rekruttering og stabilitet i personell er derfor viktig. Spesialsykepleiere og sykepleiere synes å være en mindre mobil arbeidskraft enn helsefagarbeidere, men i de tilfeller hvor en faglig konsentrasjon forekommer (eksempelvis Stokka sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Rogaland), blir også den sistnevnte gruppen mer stabil. Arbeidsmiljø, faglig orientert oppgaver, utviklingsmuligheter og fleksibilitet i stillings- og turnusordninger blir fremhevet som sentrale faktorer for stabil arbeidskraft – uavhengig av hvilke personellkategorier de tilhører.

*Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten* har og ulike utfordringer. Kommunehelsetjenesten opplever at deres oppgaver økes ved at syke pasienter tidligere kommer inn i kommunehelsetjenesten. Passende og tilstrekkelig kompetanse for å møte disse oppgavene er og blir fremover et sentralt arbeidsområde. Passende og tilstrekkelig personell utfordrer også spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har en felles vikarorganiseringstjeneste som formidler personell på tvers av avdelinger. Dette løser sykepleierbehovet relativt godt, men ikke behovet for helsefagarbeidere eller behovet for spesialsykepleiere. Det er generelt en mangel på spesialsykepleiere innenfor ulike spesialkategorier. Samarbeid og overføring av kompetanse og personell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er også en økende utfordring i denne sammenheng. Samtidig skjer det en oppbygging av enkelte sterkere fagmiljø, hvor forskning og praksis møtes, også utenfor det sentrale sykehuset.

## **3.2 Utdanningstilbudet**

Utdanningstilbudet er en sentral drivkraft for å sørge for balanse i arbeidsmarkedet i helse- og omsorgssektoren i dag og fremover. Sentrale spørsmål er om utdanningstilbudet er i samsvar med behovet for personell i helse- og omsorgssektoren, samt om utdanningstilbudet tiltrekker tilstrekkelig antall studenter. Dette er sentrale problemstillinger ikke bare regionalt, men også nasjonalt. Erfaringer fra Rogaland er at rekruttering av helsefagarbeidere og sykepleiere i stor grad skjer regionalt. Det regionale utdanningstilbudet spiller på bakgrunn av dette en betydelig rolle for tilgangen på kvalifisert personell.



### ***Utdanningstilbud: videregående opplæring innenfor helse og sosial***

Videregående skole er den primære tilbyder av utdanning for helsefagarbeidere. To generelle hovedutfordringer kan skisseres ved utdanning av denne personellkategorien. For det første er det både nasjonalt og regionalt for få som søker seg inn på denne utdanningen sett i forhold til behovet (NOU 2008: 17). Den generelle trenden er at ungdommen søker seg bort fra "tradisjonelle verdier" som idealisme og altruisme og vektlegger heller selvrealisering. Denne trenden har betydning for utdanningsvalg i retning av helse- og omsorg, og kan ses som en mulig forklaring av den store nedgangen i søker tall. Utdanningsdirektoratet rapporterer om et nasjonalt fall i søker masse på dette utdanningsprogrammet (Vg 1). I 1997 søkte 13 % seg inn på Helse- og sosialfag, mens i 2008 søkte kun 9 % seg inn på dette utdanningsprogrammet. Dette var også primært jenter (95 %).

Utviklingen la grunnlaget for etableringen av helsearbeiderfaget (Vg2), som erstattet de tidligere hjelpepleier- og omsorgsarbeider faget. Den utdanningen som tilbys nå, har imidlertid ikke ført til økt tilstrømning av elever. Nedgangen er derfor trendmessig, uten at det er klar viten om årsaksforholdene. Mulige årsaker til lav søker masse til helsefag en endret verdiorientering som har vært nevnt, er lav status til helsefagarbeideryrket, svake karriere- og utviklingsmuligheter, lav lønn og lave stillingsbrøker.

I Helse Stavangers (Rogaland) område tilbyr 12 av i alt 28 fylkeskommunale skoler helse- og sosialfaglig utdanning. Disse er lokalisert over hele Rogaland fylke. Her tilbys Vg1 som er grunnleggende helse- og sosialfag og Vg2 hvor elevene velger en retning. Elevene kan i Vg2 velge mellom flere retninger: Mulighetene her varierer fra skole til skole, men alle tilbyr helsefagarbeider og helseservice. Enkelte lærersteder tilbyr også barne- og ungdomsarbeider, hudpleie og fotterapi.

Søker massen til Vg1 Helse og sosial gikk ned i Rogaland, men har tatt seg opp igjen de siste par årene. Antallet som begynte på Vg1 Helse og sosialfag i Rogaland gikk ned fra 688 i 2006/2007, til 574 i 2008/2009, for så igjen å øke til 632 i 2009/2010 og videre til 721 i 2010/2011. Vel halvparten av disse går videre til helsefagarbeiderfag under Vg2. Antallet som startet på helsefagarbeiderutdanning i 2007/2008 var 353. De påfølgende år har tallene vært noe lavere, og det siste året, 2010/2011, var det 321 elever som startet på denne fagutdanningen. Etter Vg2 har elevene mulighet til å gå ut i en toårig lærlingperiode som ender med fagbrev. Utfordringen er imidlertid at svært mange ikke går over i lærlingssystemet, men går over til studiespesialisering. I tidsrommet fra 2008-2010 gikk fra 21 til 24 prosent av de som begynte på vg1 helse og sosial (vg1-hs) to år etter inn i lærlingordning. Ser man på forholdstallet mellom de som begynte i Vg2 og antall lærlingplasser det påfølgende år, varierte dette mellom 36 prosent og 46 prosent.

Antall lærlinger har i Rogaland holdt seg relativt stabil, men man opplevde en nedgang i 2009/2010 sammenliknet med årene før. For kommende år, 2011/2012, har antallet søkere til lærlingeplasser igjen tatt seg opp. Ca. 40 flere må skaffes læreplass i stedet for påbygg. Alternativt til lærlingplass kan elevene ta et tredje påbygningsår som gir generell studiekompetanse. En spesialordning for Rogaland, den såkalte rogalandsretten, gjør det mulig å ta påbygg til generell studiekompetanse etter at en er ferdig med læretiden (Høst, 2009). To tredjedeler av de som tok påbygg kom seg imidlertid ikke videre utdanningsmessig. "De ble allment ufaglærte". For å møte denne utfordringen har fylkespolitikerne i Rogaland vedtatt å redusere antall påbyggklasser fra 33 klasser i 2010/2011 til 18 klasser i 2011/2012,

og videre ned til 12 klasser i 2012/2013. Dette kan antas å være en viktig årsak til at antall søkere til læreplass på ny tar seg opp.

To av skolene (Bergeland videregående skole og Karmsund videregående skole) tilbyr fagutdanning innenfor helse og sosial. Fagskolen bygger på eksamen fra videregående skole innenfor helse og sosial, og krever i tillegg 1. års praksis for å bli tatt opp. Utdanningen er deltid fordelt på 6 moduler og tilbyr opplæring innen psykisk helsearbeid, eldreomsorg, kreftomsorg og lindrende pleie. Søkermassen til fagskoleutdannelsen har vært begrenset. I 2011 ble det lokket med gratis utdanning som en følge av for få studenter. Denne videreutdanningen er også mulig gjennom nettbasert opplæring.

Det finnes også en annen vei til helsefagarbeider utdanning, nemlig som *praksiskandidat*. Dette er voksne, ufaglærte som på grunnlag av dokumentert realkompetanse og yrkespraksis kan gå opp til fagbrev. I 2010 tok 29 elever fagbrev som praksiskandidat i Helse Stavangers område innen helsefagarbeider- eller omsorgsfagarbeideryrket.

En ”tredje vei” er etablert gjennom et pilotprosjekt, som tok til i 2009, med sikte på å gi minoritetsspråklige voksne kvinner mulighet for å bli helsefagarbeider. ”Innvandrergruppa er kanskje viktigere som fremtidig gruppe enn noen aner”, sier informant. Fylkespolitikkerne vedtok at man ville gi et tilbud til denne gruppa. Prosjektet er blitt utviklet som et samarbeid mellom Rogaland Fylkeskommune, NAV og Helse Vest. NAV og fylkeskommunen har stått for rekrutteringen, deltakere ble hentet inn blant personer som helt eller delvis var meldt ledige hos NAV. Det var en forholdsvis grundig opptaksprosess hvor kontakt med familien også inngikk. Da ble 16 kvinner tatt inn i et eget videreutdanningstilbud på Rygjabø Videregående med sikte på først å gjennomføre Vg1 og Vg2 - helse og sosial. Av disse er 6 falt fra av ulike årsaker, mens tre nye har kommet til, slik at det nå er 13 som til våren fullfører denne del av utdanningsløpet. Dette er voksne damer i aldersspennet ca. 30-50 år. Det er stor spredning mellom deltakerne både mht. nasjonalitetsbakgrunn og skolegang. Det har vært deltakere fra land som Brasil, Sri Lanka, Vietnam, Somalia og Spania. Bakgrunnen til deltakerne varierer fra grunnskole til universitetsfag. Noen får fritak fra enkelt fag på bakgrunn av opparbeidet kompetanse. De fleste vil søke læreplass.

### ***Høyere utdanningstilbud: Universitetet i Stavanger***

Den primære høyere utdanningsinstitusjonen i Helse Stavangers område innenfor helse og sosial er Universitetet i Stavanger. Her tilbys høyere utdanning innenfor helse- og sosialfag gjennom tre bachelorstudier: barnevern (barnevernspedagog), sosialt arbeid (sosionom) og sykepleie. Sykepleierutdannelsen ved UiS er et treårig studium med emner innenfor sykepleievitenskap, naturvitenskap (anatomi, fysiologi, sykdomslære, og samfunnsvitenskap (pedagogikk, psykologi og jus). Sykepleierkompetansen utvikles i samspillet mellom teori og praksis. Arbeids- og undervisningsformen varierer mellom forelesning, gruppearbeid, veiledning, praksisstudier samt simulering av ferdighetstrening i sykepleierlaboratoriet. Innenfor dette studiet har UiS de siste årene hatt en utdanningskapasitet på ca 210 studieplasser. Disse blir fylt med en solid søkermasse. I 2010 var det 416 søknader med sykepleier som førsteprioritet (1663 søknader totalt). Deltidsstudier tilbys også og her har universitetet det siste året hatt en kapasitet på 30 plasser. Her var det 92 søknader med dette som førsteprioritet (111 søknader totalt). Sykepleierstudiet tilbys også nettbasert. Dette er delt

på fire år og er lagt opp til at studentene selv skal lese og lytte til fagstoff via internett. Studentene møtes også til samlinger 3-4 ganger i semesteret.

UiS tilbyr også en rekke videreutdanninger for sykepleiere. I tillegg finnes en rekke spesialfag som videreutdanning innenfor helse- og sosialfag. Disse er:

- Aldring og eldreomsorg [geriatri] (60 studiepoeng (sp))
- Akuttmottak og prehospitale tjenester – 60 sp
- Anestesisykepleie – 90 sp
- Barnesykepleie – 90 sp
- Helsesøster – 60 sp
- Intensivsykepleie – 90 sp
- Kreftsykepleie – 60 sp
- Operasjonssykepleie – 90 sp

Aldring og eldreomsorg er et studium som tilbys annet hvert år. Høsten 2009 var det 25 opptaksplasser. Det var 40 førsteprioritetssøkere til plassene (74 søknader totalt), som ble fylt opp. Videreutdanning i intensivsykepleie hadde 15 opptaksplasser høsten 2010. Det var 24 førsteprioritetssøkere til plassene (80 søkere totalt), og plassene ble fylt opp. Det har vært litt frafall på begge disse videreutdanningene, slik at antall aktive studenter er rett i underkant av antall opptaksplasser.

I dette utdanningsfeltet - som i mange andre - er det en trend i retning flere tilbud på masternivå. Det pågår utvikling av utdanningstilbud innen helsevitenskap hvor praktisk-kliniske og mer teoretiske fag kombineres. UiS arbeider således med omlegging av studiet hvor en master i helsevitenskap med spesialisering i aldring og aldersdemens inngår. Antall plasser det er planlagt med er 10 annethvert år. Dette er en kapasitetsmessig reduksjon sett i relasjon til videreutdanningstilbudet. Fra instituttet gis det imidlertid uttrykk for at man vil vurdere om antall studieplasser er tilstrekkelig etter at man har fått erfaring med det nye opplegget. Det er også mulighet til å ta valgemnet geriatri i den ordinære masteren innen helsevitenskap, her er det 25 studieplasser per år. Det utredes også en omlegging av videreutdanningen til master innen intensivsykepleie.

### ***Annen høyere utdanning i området***

Høgskolen på Stord/Haugesund tilbyr sykepleierutdanning (bachelor). Tilbudet gis i Haugesund eller på Stord. I tillegg har de en rekke etter- og videreutdanninger innenfor helse og omsorg (eks. anesthesi- og intensivsykepleie (90 sp), pleie og behandling av kroniske sår (30 sp), overvektspromatikk (60 sp) og aldring og eldreomsorg (60 sp). Diakonhjemmet høgskole avdeling Rogaland er lokalisert i Sandnes og Haugesund. Tidligere var dette "Rogaland høyskole". I Sandnes tilbys det bachelor i vernepleier heltid (3 år), mens det i Haugesund tilbys en desentralisert bachelor i vernepleie på deltid (4 år). I 2010 inngikk høgskolen et samarbeid med lokale studiesenter i Sauda/Suldal, Lyngdal og Egersund/Dalane. Ved opptak senere år vil det kunne være aktuelt å inngå samarbeid om desentraliserte studier i andre deler av landet. Høgskolen har også et etter- og videreutdanningstilbud som er rettet mot rehabilitering.

## ***Vurdering av utdanningsinstitusjonenes tilbud***

Vi spurte informantene om deres vurdering av regionens utdanningstilbud kvantitativt og kvalitativt, og fikk sprikende vurderinger.

Tilgjengeligheten blir av de fleste informanter oppfattet som god ved at ulike utdannelse er tilgjengelig forskjellige steder. Det fremheves likevel at det er mangel på plasser på sykepleierstudiet og spesialsykepleierstudiene (aldring og helse og intensiv), og at dette tilbudet bør styrkes. Helsefagarbeiderstudiet har imidlertid større kapasitet enn søkere. Dette uttrykker mange som bekymringsverdig med tanke på fremtidige utfordringer i helse og omsorgssektoren.

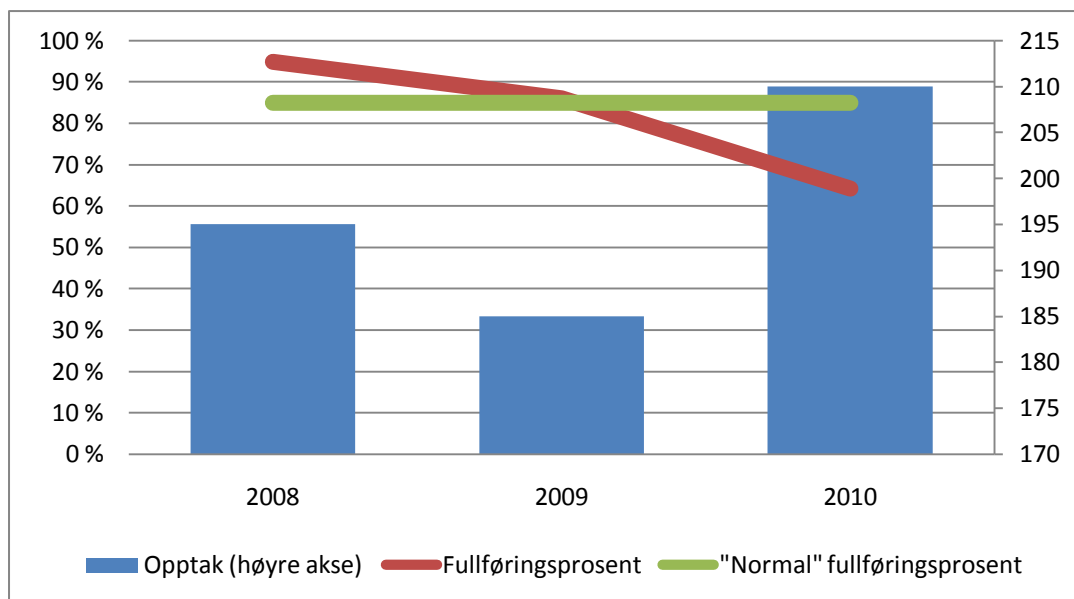
Når det gjelder kvaliteten på utdanningstilbudene gir flere av informantene uttrykk for bekymring. Når det gjelder *helsefagarbeiderutdannelsen* er kandidatene svakere i dag etter endt utdanning enn tidligere. Flere av informantene trekker frem at kandidater kan være svake teoretisk. Hvorvidt det er innholdet i utdannelsen eller søkerens forkunnskaper og forutsetninger som slår mest ut, er uklart. Men det er rimelig å anta at mangel på personer som søker seg til yrket her har betydning. Det gjør at konkurranseelementet blir borte. Dette gjelder både kampen om studieplasser og kampen om arbeidsplasser. Kommunene hevder de kan tilby relevante og gode praksisplasser for kandidatene, men at faget i større grad må sikres teoretisk gjennom utdanningstilbudet i dag. Det kan være krevende for institusjonene å ha lærlinger, spesielt om de ikke oppfyller forventninger om tilstrekkelig fagnivå. Dette utfordrer en stendig økende desentralisering av de forskjellige utdannelsene. På den annen side, som det påpekes av en informant som arbeider med dette: det finnes mange "flotte" lærlinger. De går også inn i roller som ekstra arbeidskraft, og bidrar gjennom sin vekslning mellom skolegang og praksis til å se på ting med friske øyne.

En annen kommentar fra flere av informantene er at tilbudet innenfor *høyere utdanning* ikke helt treffer etterspørselen i regionen. Dette antas å skyldes for høy grad av akademisering av utdannelsen, som ikke svarer til den praktiske virkeligheten ute i helse- og omsorgsinstitusjonene. Mer systematisk samhandling mellom kommunene og universitetet om utdanningsbehov og tilbud er et tiltak som trekkes frem i den sammenheng.

På Universitetet i Stavanger ytrer de bekymring for frafallet av studenter underveis i studieperioden. Det er ikke her gjort analyser av hva som kan være årsaken til frafallet.

Figuren under viser opptak og fullføringsgrad ved fulltids sykepleierutdanning ved UiS.

Figur 12: Opptak, og faktisk og normal fullføringsgrad (kandidater ift. opptak tre år tidligere) fulltids sykepleier utdanning UiS 2008-2020



Kilde: UiS

Figuren viser en økning i antall studenter som tas opp, men at fullføringsprosenten har gått ned de siste årene. Som figuren viser, antar UiS at "normal" fullføringsgrad ligger på rundt 85 %. Det spesielt svake tallet for 2010 kan skyldes uvanlig stort avhopp i oppgangskonjunktoren i 2007 og 2008.

Oppsummert viser gjennomgangen et flerfoldig utdanningstilbud innenfor helse- og omsorgsyrkene. Det tilbys også fleksible løsninger som tilgjengeliggjør utdannelsen uavhengig av hvor du befinner deg i Helse Stavangers område. Etterspørselen etter studieplasser ved Universitetet i Stavanger er imidlertid høyere innenfor sykepleierutdanning og spesialsykepleierutdannelsene enn tilbudet.

### ***Tilrettelegging for videre- og etterutdanning i spesialist og kommunehelsetjenesten***

Generelt viser intervjuene at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har fleksible ordninger for videre- og etterutdanning for sine ansatte. Det er mange ulike løsninger som tilbys. Vi vil her kort trekke frem noen eksempler som illustrerer valgte løsninger.

I Hjelmeland får ansatte innenfor helse og omsorgssektoren tilbud om videreutdanning. De gir også utdanningsstøtte og etableringspakke for sykepleiere. Dette anser de som et sentralt virkemiddel for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse. Stipendordninger med støtte til utdanning, voksenopplæring eller praksis/hospitering er også vanlige virkemidler i andre kommuner.

Helse Stavanger tilbyr sine ansatte spesialutdanning. Tidligere utdannet man spesialsykepleierne selv. Da kunne de som tok videreutdanning opprettholdt lønn, og

sykehuset kunne regne med arbeidskraften under læretiden. Nå handler det om studiepoeng og utdanning på universitetet. I noen grad tilbyr sykehuset økonomisk kompensasjon til de som vil videreutdanne seg. Spesialsykepleiere tilbys stipendordning (120 000 NOK i året) som gir mulighet for spesialisering på universitetet over 1,5 år. Dessuten kan de få 3 000 kroner ekstra hver måned, hvis de binder seg etterpå. Nå må studentene ta fri helt, selv om noen nok ville ha vært interessert i å dra utdanningsløpet ut i tid, og arbeide ved siden av. Problemet sett fra sykehuset side, er imidlertid at UiS ikke tilbyr nok deltidsstudier.

### ***Oppsummering utdanningstilbud***

I regionen finner vi et mangfold av utdanningstilbud innenfor helse og sosial. Tilbudet er godt utbygd i de videregående skoler, men etterspørselen etter disse fagene har de siste årene gått drastisk ned. Dette er ikke en trend som bare kjennetegner Rogaland, men også landet for øvrig. Høyere utdanningstilbud og kapasitet ved UiS innenfor helse og sosialfag har de siste årene økt. Det er likevel større etterspørsel etter sykepleierutdannelse og etter og videreutdanninger enn det UiS kan tilby. Likevel er det en fallende fullføringsprosent som gir grunnlag for refleksjon. Hvorvidt frafallsprosenten skyldes utdanningens karakter og innhold, opptakskriterier eller tilfeldigheter vet vi imidlertid lite om.

## **3.3 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen betraktes her som en fremtidig drivkraft som kan påvirke arbeidsmarkedsbalansen i regionen. Samhandlingsreformen gjennomføres for å håndtere fremtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren.

### ***Bakgrunn og innhold***

”Fra stykkevis til helt” (NOU 2005-3) danner utgangspunkt for arbeidet med denne reformen. Her pekes det på betydningen av et helhetlig pasientperspektiv som grunnlag for organisering av helsetjenesten.

I stortingsmeldingen hvor samhandlingsreformen ble lansert (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) blir mangel på koordinering av de ulike tjenestene innen helse- og omsorgssystemet i forhold til pasient/brukerbehov sett som et hovedproblem. Sektoren er fragmentert. Hvert tilbud fungerer i tråd med sin egen logikk og sine egne målsettinger, men uten at det er tatt tilstrekkelig hensyn til det helhetlige tilbudet som pasient/bruker har behov for. Spesielt er man i stortingsmeldingen opptatt av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette handler både om ansvars- og oppgavefordeling, samarbeidsavtaler og samhandling, så vel som om finansiering og økonomiske incitament.

I melding til Stortinget lagt frem 8. april 2011 ”Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)” gjøres det rede for hovedlinjer for gjennomføring av samhandlingsreformen. Reformen inngår som ledd i en større reform av helse- og omsorgstjenester. Hovedfokus i reformen er en helhetlig helse og omsorgstjeneste med større ansvar plassert i kommunene. Gjennom dette

reformarbeidet har ikke bare kommunene fått økt ansvar for omsorgs- og behandlingstilbud; kommuner og lokalmiljø blir også fremhevet som den viktigste arena for folkehelse og forebyggende virksomhet i en ny nasjonal og tverrsektoriell folkehelsestrategi som regjeringen vil legge frem i 2012.

Samhandlingsreformen legger til rette for et tettere og mer integrert samspill mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, hvor iverksettingen tar til fra neste år av. Med reformen får kommunene et større ansvar for oppfølging av pasienter som skrives ut av sykehus. I tillegg skal de ha et tilbud om døgnopphold for personer som krever øyeblikkelig opphold og tilsyn, og de får delvis ansvar når det gjelder finansiering av somatisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Konsekvensen er at kommunene får et større og mer helhetlig ansvar for helse til egen befolkning. De må ta hånd om og ivareta oppfølging av flere og sykere pasienter. Økonomisk får kommunene et begrenset medfinansieringsansvar for somatisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil spesialisthelsetjenesten fortsatt ivareta akuttmedisinske tiltak, antagelig med enda høyere kvalitet på tjenestene, og en økende grad av spesialisering etter hvert som stadig nye diagnostiserings- og behandlingsmuligheter utvikles.

En rekke virkemidler av rettslig, økonomisk, faglig og organisatorisk karakter blir etablert for å gjennomføre reformen. Et interessant aspekt er vektlegging på lokale løsninger. ”Kommunene får økt frihet til å organisere tjenesten i samsvar med lokale forutsetninger og behov”, sies det. Kommuner og helseforetak pålegges å inngå samarbeidsavtaler. Det legges videre opp til såkalte lokalmedisinske sentra som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og én eller flere kommuner. Disse kan utformes ut fra lokale behov. Eierskap og drift reguleres i lokale avtaler.

PWC (2010) har utarbeidet en rapport for KS om status og virkemidler for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet er naturlig nok at samhandling mellom disse aktørene står sentralt i måten helsesystemet fungerer. I særdeleshet er samhandlingen bygget opp rundt den akuttmedisinske kjeden med innlegging av syke på sykehus. Problemet er, påpekes det, at denne kjeden ofte også blir brukt i forhold til personer som ikke har samme behov som akutttilfellene, slik som kronisk syke og gamle som pga. at tilstanden forverres, trenger noe ekstra hjelp og behandling. Dette kan utløse unødige belastninger på pasientene og unødige kostnader. Når så antallet av disse pasientene øker, synliggjøres disse utfordringene. Videre knyttes det særskilte utfordringer til utskrivning av pasienter til oppfølging, rehabilitering og omsorg. Partene samlet sett, særlig kommunene, synes mer fornøyd med innskrivningsforløpet (knyttet til den akuttmedisinske kjeden) enn utskrivningsforløpet. Det har antagelig særlig med det å gjøre at kommunene har mer ansvar knyttet til pasientene etter at de er utskrevet fra sykehus. Selv om det skal understrekes: undersøkelsen er ikke en dybdeundersøkelse, og det behøver ikke være slik at innskrivningsforløpet heller fungerer optimalt.

Et interessant tema vedrører forholdet mellom kapasitetsutnyttelse og pasientforløp. I rapporten påpekes det, med henvisning til annen litteratur, at korridorpasienter og utskrivingskø ikke utelukkende skyldes manglende mottakskapasitet i kommunene. Like viktig er samspillet med hjemmetjenestene. Antallet pasienter som årlig utskrives fra sykehjem er det dobbelte av antall sengeplasser. Køen ved sykehjem varierer mer i takt med utskrivningsraten fra sykehjem enn i forhold til antall senger. Dette har med både medisinske,

helsefaglige og organisatoriske forhold å gjøre. Dette demonstrerer et viktig tema i samhandlingsreformen, som i en forstand ligger opp i dagen, men som ikke nødvendigvis får det riktige fokus, fordi den enkelte aktør gjerne vil konsentrere seg om sin egen primæraktivitet: Det er i *grenseflatene* og samhandlingsrelasjonene mellom aktørene at mye avgjøres med hensyn til å etablere et faglige hensiktsmessig og effektivt pasientforløp.

En hovedtanke i samhandlingsreformen er at kommunene forutsettes å få større ansvar gjennom flere arbeidsoppgaver og mer av veksten i ressurser. Man vil dempe veksten i sykehustjenester ved at en større del av tjenestene overføres til kommunene. En viktig begrunnelse for dette er at sykehustjenester målt ved døgnpris er langt mer kostbare enn sykehjem, som igjen er langt mer kostbar enn hjemmesykepleie. I forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Kommunenes overordnet ansvar for disse tjenestene tydeliggjøres, samtidig som de gis frihet når det gjelder måten å organisere tjenestetilbudet på. Det åpnes for at det kan være ulike måter å gjøre ting på, relasjoner mellom aktørene i form av avtaler, kompetanseutvikling etc. tillegges stor vekt. Det ligger også i samhandlingsreformen et folkehelseperspektiv som tenkes regulert i en ny folkehelselov med vekt på større langsiktighet og integrering av helsemessige forhold i kommunens øvrige virksomhet.

### ***Konsekvenser – synspunkter og drøfting***

På mange måter ligger fortsatt samhandlingsreformen i startgropa. Hva blir konsekvensene og hvordan kan man forholde seg til de utfordringer man står overfor? Dette spørsmål er det av å få vurdert ut fra ulike ståsteder. Vi vil i denne sammenheng spesielt trekke frem tre forhold a) a) organisatoriske, b) kompetansemessige og c) økonomiske implikasjoner.

Når det gjelder den *organisatoriske* siden, trekkes ulike forhold trekkes frem av våre informanter. Sett fra sykehusets side, blir det poengtert at pasienter kan skrives ut tidligere, og at man dermed vil kunne redusere antallet korridorpasienter. For kommunene blir konsekvensen at de får mer av sykere pasienter. Kommune må ta imot flere pasienter som ikke er ferdig behandlet. Det betyr behov for flere institusjonsplasser. Betalingsordningen som antydes hvor kommunen blir betalingspliktig fra første dag en pasient er utskrivingsklar, understreker dette behovet. Et kontroversielt punkt, sier en av informantene, er at legen skal kunne legge folk inn på kommunens sykehjem direkte. I dag kan det ligge 30-50 pasienter i sykehuskorridorer. Kommunene i Stavangerregionen har underkapasitet på institusjonsplasser, sier en informant. Ved overføring av ansvar til kommunene kan konsekvensen i verste fall bli slik at pasienter blir liggende i korridorer på kommunale sykehjem.

Viktigere er de mer langsiktige aspektene mht. hvilke strukturer som vil komme som følge av endrede samhandlingsrelasjoner. En informant antyder et mønster hvor pasienter og ansvar blir skjøvet utover fra sykehuset, nedover til enheter på ulike hierarkiske nivåer og derigjennom nærmere brukerne. På et mellomnivå vil man da få såkalte intermediære enheter, dernest kommer institusjoner og tjenester i den ordinære kommunehelsetjenesten, og på laveste nivå hjemmesykepleie.

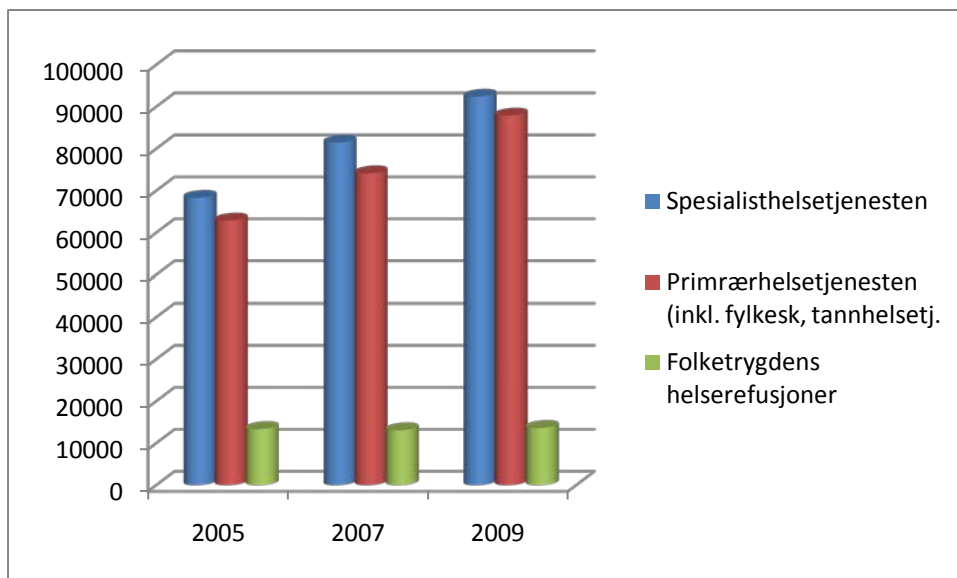


Dalane distriktsmedisinske senter, inngår som et eksempel på dette. Organisatorisk er senteret en avdeling av spesialisthelsetjenesten. Pasienter kommer i hovedsak til senteret etter å ha fått akuttbehandling på sykehuset. Senteret driver med rehabilitering og gir medisinsk behandling overfor særlig hjerte- og lungesykdommer, men også andre sykdommer som blod og kreftsykdommer får behandling. Fra senteret drives også telemedisinsk oppfølging ved hjelp av den såkalte kolskofferten. Senteret er også relatert og til dels integrert mot den kommunale helsetjenesten. Et annet eksempel er Stokka sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Rogaland, som er eid av Stavanger kommune, og som har en intermediær avdeling med kortopphold for pasienter utskrevet fra sykehuset, før de kan sendes hjem.

Slike intermediære enheter gir behandling til pasienter som utskrives fra sykehus, men som må ha særskilt oppfølging som den ordinære kommunehelsetjenesten ikke kan ivareta. Særskilte løsninger kan også bli aktualisert på lokalt nivå. Det kan skapes behov for å opprette egne observasjonsposter med litt medikasjon etter en eller to døgn på sykehus, sier en av de kommunale representantene. Vedkommende peker videre på mulige økt behov for interkommunale samarbeid.

Av særskilt interesse er forventinger til trenden om økt vekt på hjemmetjenester og medisinsk oppfølging i hjemmet. Både sosiale og økonomiske hensyn og teknologiske trender peker i den retning. Eldre vil gjerne bo hjemme så lenge som mulig. Det er mye billigere for kommunene enn å ha folk på institusjon. Og dersom dette medisinsk, teknologisk og organisatorisk lar seg gjøre, vil utviklingen i økende grad kunne gå i denne retning. En av informantene mener at på grunn av teknologi vil både hjerte, lunge og diabetes kunne følges opp hjemme, og fra en "sentral veiledningsenhet" kan det gis råd. Vedkommende ser også for seg mulighet for at "Det kan bli slik at legen på ny drar ut til pasienten. At legevakten rykker ut fordi døra blir for trang til sykehuset". Det er likevel ikke tidligere tiders variant som kommer på ny, men kunnskapsrik medisinske enheter med avanserte kommunikasjonsmessige koblinger.

Flere viser til økte eller endrede *kompetansebehov* i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen. Vi vil komme til å trenge mer og nye former for kompetanse, spesielt innen geriatri, sier en representant fra en av distriktskommune. Det vil kunne bli behov for utplassert intensivkompetanse, om pasienter skrives ut til intermediære sentra tidligere, sier en informant fra sykehuset. Flere informanter peker på økt kompetansemessig samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Det kan bli behov for mer ambulerende team, sier en. Det vil bli økt behov for kompetansemessig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, sier en annen informant. Kommunene vil ta seg av mer og mer, sier en tredje informant. Det må overføres kompetanse fra spesialisthelsetjenesten.



Figur 13 Brutto driftsutgifter til helsetjenesten, løpende priser

Kilde Helsedirektoratet (2011)

Arbeidsplassutviklingen i helse- og omsorgssektoren bestemmes av tilgang på *ressurser* over offentlige budsjetter. Et interessant spørsmål berører følgelig ressurstilgangen som er avgjørende for arbeidsplassutviklingen i hhv. spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og for sektoren samlet sett. Samlet sett, har driftsutgiftene økt med 34 prosent over en fireårsperiode. Primærhelsetjenesten øker mer enn spesialisthelsetjenesten. Brutto utgiftsvekst var 40 prosent, mot 35 prosent i spesialisthelsetjenesten. Hjemmebaserte pleie og omsorgstjenester hadde sterkest vekst, og økte gjennom perioden med 50 prosent, mens institusjonsbaserte tjenester økte med 32 prosent. Kommunene på Vestlandet hadde med henholdsvis 56 prosent til hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester og 36 prosent til institusjonstjenester den sterkeste veksten. Korrigert for nye oppgaver, i hovedsak: rehabilitering og opptrening, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, syketransport, pasientskadeerstatning og finansiering av biologiske hjelpemidler, var realveksten i spesialisthelsetjenesten på 8 prosent i femårsperioden.

Denne utviklingen med en sterkere vekst i primærhelsetjenesten, særlig gjennom vekst i hjemmebaserte tjenester og oppgaver, forventes å fortsette - særlig på grunn av samhandlingsreformen - skrives det i Helsedirektoratets rapport (2011). Det er med andre ord grunn til å forvente at en større vekst i arbeidsplasser i kommunal primærhelsetjeneste vil fortsette. Det er imidlertid ikke gitt av arbeidsplasser i spesialisthelsetjenesten avtar, mener informant, men heller ikke at det blir særlig vekst.

### 3.4 Teknologeutvikling

Teknologeutvikling betraktes også i denne sammenheng som en fremtidig drivkraft for arbeidsmarkedsbalansen. Teknologier og teknologeutvikling berører de fleste sider av våre liv,

og de fleste typer av sykdommer, skader og helsetilstander og de helse- og omsorgstjenester som er knyttet opp mot dem. Den medisinske og teknologiske utvikling når det gjelder kunnskaper om sykdommer, mulighetene for diagnostisering, overvåking, behandling, rehabilitering mv., har hatt stor betydning for aktivitetsutviklingen i helse- og omsorgssektoren. Det handler om to typer effekter. På den ene siden vil økte muligheter for å behandle sykdommer kunne *øke etterspørselen* etter helsetjenester, på den annen side vil nye prinsipper og metoder i tjenesteyting kunne fungere *ressurs- og arbeidsbesparende*.

Vi spurte våre informanter om hva ny teknologi kan bety for kompetanse-/arbeidskraftbehov fremover. Informanter fra spesialisthelsetjenesten hadde tydelige forventinger om økt spesialisering og økende kompetansekrav. En trakk frem utbredelsen av kikkhullsteknologi i stedet for åpen kirurgi. Kikkhullsteknologien kan gi mindre smerter, forenkle kirurgiske inngrep, gi kortere sykehusopphold og rekonvalesens<sup>4</sup>. Informanten pekte på betydningen av å tilpasse seg den medisinske utviklingen. Spesialisthelsetjenesten er rigget for øyeblikkelig hjelp, sier informanten. Det vil bli mye mer spesialiteter, spesialisthelsetjenesten vil bli enda mer spesialisert. En annen informant er inne på det samme: Det vil bli en trend mot mer spesialisering: flere leger og spesialsykepleiere. Ny teknologi, effektivisering, bedre diagnostikk gjennom bruk av røntgen, mammografi mv. stiller større krav til sykepleierne. Særlig gjelder det lunge og hjertesykepleiere, sier vedkommende. Men som denne informanten også sier: "*Det forutsettes at man har råd til det*". Hvis det hadde oppstått samfunnsmessige kriser, kunne prioriteringen ha blitt annerledes. Utviklingen til nå har bare vært vekst.

Det påpekes imidlertid også at selv om trenden er rettet mot spesialisering, så er ikke alle sykdomstilstander tilpasset et spesialiseringsregime. Lungebetennelser, urinveisinfeksjoner, sosialmedisinske tilfeller, er ikke særskilt spesialitetspregede, mange må ta ansvar for denne type sykdommer. Særskilt aktuelt i vår sammenheng er geriatrien med sitt fokus på helsetilstand og sykdommer blant eldre. Det er imidlertid en tvetydighet mht. utvikling av faglighet innen geriatrien. Denne har et breddeperspektiv, det handler gjerne om en kombinasjon av sykdom og skrøpeligheit. Den er ikke lett å spesialisere. Folk blir jo ikke friske, sier informanten. Man vet imidlertid at behovet vil bli større etter hvert som befolkningen eldes, og kompetansen er generelt sett etterspurt.

Sykdommer blant eldre og kroniske sykdommer i sin alminnelighet fører oss imidlertid over i en annen type teknologi, knyttet til begreper som *velferdsteknologi* (ARTE, v/KS/NHO 2009) eller *omsorgsteknologi* (Teknologirådet, 2009). Gjennom slik teknologi vil man understøtte brukere med særskilte behov. Sentrale teknologier er rettet mot tryggere boliger (såkalt smarthus-teknologi), sporingsteknologi (GPS for f.eks. demente), robotteknologi (for utføring av fysiske oppgaver som rengjøring, rehabilitering/muskelstyrking etc), IKT/telemedisin (kroppssensorer, medisinsk overvåking etc) og administrativ teknologi.

Dette handler om teknologi rettet mot tilstander som ikke er av akuttmedisinsk karakter. Sentrale motiver er bl.a. antagelser om fremtidig knapphet på arbeidskraft og brukeres ønsker om å bo hjemme. Flere av våre informanter, hvorav flere fra kommunesektoren, er opptatt av dette. Et eksempel som har fått mye oppmerksomhet regionalt, er den såkalte "kolskofferten", en IKT løsning hvor en gjennom kombinasjon av sentralt overvåkingsutstyr og

---

4 [http://www.snl.no/sml\\_artikkel/kikkhullskirurgi](http://www.snl.no/sml_artikkel/kikkhullskirurgi) - Store norske leksikon

enheter plassert ute hos pasienten, kan overvåke pasientenes helsesituasjon. Egersund distriktsmedisinske senter under Helse Stavanger driver med dette, og tilbudet vekker økende interesse i kommunene. Flere informanter påpeker at man allerede har en del teknologi. Eksempler som nevnes er hjemmerespirator, redskaper for selvmedisinering som insulinpumper, smertepumpe, ”smarthus” med energisparing, brannalarm, trygghetsalarm, vandrealarm osv. Men, som en sier det: ”Også ny teknologi krever bemanning og ikke minst spesialkompetanse”. En informant ser på kolskofferten som bare begynnelsen på en utvikling. Samtidig understreker vedkommende at det også vil utløses behov for andre typer kompetanse enn sykepleiere og helsefagarbeidere for å betjene teknologien. En person fra en distriktskommune peker på at virkemidler/teknologier som ambulerende team, billedoverføring, telemedisin, kolskoffert og andre typer hjelpemidler blir spesielt viktig for distriktskommunene. Vedkommende understreker samtidig at det er utfordringer knyttet til å få ulike grupper til å ta i bruk ny teknologi. Og for å understreke akkurat det poenget, en informant fra en annen kommune sier: ”Har begynt å lukte på det. Føles litt fjernt foreløpig. Teknologi og demens”.

Hvordan vil aktivitetsnivå og kompetansekrav utvikle seg som følge av ny kunnskap og teknologiske muligheter? Vi finner det naturlig i vurdering av dette å skille mellom teknologier som er rettet mot akuttmedisinsk behandling slik denne særlig finner sted i spesialisthelsetjenesten, og omsorgsteknologier som primært er knyttet til oppfølging av pasienter utenfor sykehus.

Det finnes store, nesten ubegrensede, vekstmuligheter knyttet til medisinske fremskritt innen akuttmedisin og spesialisthelsetjenestens domene. Særlig med tanke på sykdommer som i økt grad lar seg helbrede, f.eks. enkelte kreftsykdommer, og sykdomstilstander og skader som lar seg dempe og lindre, er det rimelig å anta at behovene bare vil øke. Både press fra befolkning og politikere og fagmiljøenes egendynamikk vil kunne bidra til dette. En viktig faktor i dette er også pasientlovgivningen som gir folk rettigheter til behandling. På den annen side er det begrensninger, ikke minst knyttet opp mot budsjetter og økonomi. Helsemyndigheter og ledelse i helseforetak og omsorgsinstitusjoner vil måtte gjøre prioriteringer mht. hvem som skal få behandling og når.

Når det gjelder akutt behandling vil vurderinger av behov og etterspørsel kreve at man går inn på enkeltsykdommer, noe som går langt ut over rammen for denne studien. Det man på generelt grunnlag vil kunne anta er at samlet ressursbruk innen *akuttbehandling*, dvs. i hovedsak knyttet til spesialisthelsetjenesten, vil være betinget av budsjettmessige føringer mer enn av teknologiske muligheter. Men at det samtidig vil være slik at antall behandlede pasienter for mange sykdommer vil øke innen de eksisterende økonomiske rammer, som følge av økte teknologiske muligheter, effektivisering og organisatoriske grep. Dette vil imidlertid kunne gi føringer for kompetansesammensetningen, antagelig først og fremst ved at kravene til spesialisert kompetanse øker.

Når det gjelder omsorgsteknologier, vil det på sikt antagelig bli slik at omfang og utbredelse av disse vil øke betraktelig. På den annen side er det usikkerhet til hvor raskt dette lar seg realisere i stor skala, ikke minst gjelder det implementering og bruk i hjemmetjeneste og av eldre. Også her kan man imidlertid anta at kravene til spesialisert kompetanse vil øke.

### 3.5 Sammenfatning

Gjennomgangen i foregående kapitler har dokumentert hvordan helse og omsorg i historisk lys er en sektor preget av sterk vekst i etterspørsel og aktivitetsnivå, en utvikling som også har vedvart etter 2000-årsskiftet. Det er rimelig å anta at behovet for fagutdannet arbeidskraft med økt grad av spesialisering vil vedvare også de kommende 20 år som følge av: (i) vedvarende økonomisk vekst, (ii) medisinske og teknologiske fremskritt, (iii) befolkningsvekst og ”eldrebølge”, samt (iv) folks preferanser for og politikernes prioriteringer av helse og omsorg.

I dette kapitlet har vi trukket frem en del kjennetegn ved og trender i sektoren som bidrar til strukturelle endringer i arbeidsmarkedene for helse- og omsorgspersonell. Dette er forhold som kan medføre endringer i etterspørselens sammensetning og fordeling på ulike typer av kompetanse.

*New Public Management* med vekt på effektivitet, brukerorientering og markedsnære modeller vil fremtvinge et økende fokus på ressursbesparende løsninger. I dette ligger foruten bestiller- og anbudsregimer, en antagelig forskyvning mot ”kostnadseffektiv” hjemmebasert tjenesteyting og mer av mobile løsninger for brukere der dette lar seg gjøre. Samhandlingsreformens planlagte forflytting av brukere og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene inngår på én måte i denne trenden, og vil forsterke en pågående utvikling. Veksten i kommunal pleie og omsorg vil holde frem, men til dels endre karakter som følge av flere og sykere brukere og større medisinske utfordringer. Hvordan veksten i spesialisthelsetjenesten vil bli, er mer usikkert. Den vil antagelig ikke bli så sterk i den største helsesektoren, somatikken, som følge av økt kommunalt ansvar. En rimelig antagelse, så sant statsfinansene tillater det, er at den fortsatt vil vokse, men kanskje ikke så mye.

Hvordan vil kompetansesammensetningen bli? Hvordan vil arbeidsmarkedet fordele seg på ulike typer personell? Det er ingen dristig antagelse at *spesialiseringen* vil øke. For det første vil dette skje i kommunal pleie og omsorgssektor som følge av at det blir flere sykere pasienter som krever at personellet har høyere kompetanse i pleie, behandling og overvåkning. For det andre vil det antagelig også skje i helseforetaket. Spesialisthelsetjenesten vil bli enda mer spesialisert. For det tredje er det rimelig å anta at det på et intermediert nivå, av enheter som skal bidra til å knytte forbindelser mellom sykehus og kommuner, vil bli utvikle mellomstore og kompetanseintensive fagmiljøer.

Det i stor grad et ubesvart spørsmål hvordan etterspørselen vil bli på de laveste kompetansenivåene, for *helsefagarbeidere* og *særlig for de ufaglærte*. Disse gruppene er av særlig interesse i kommunene. På den ene siden synes det uomtvistelig å være slik at etter som antallet eldre øker, vil behov for medisinsk oppfølging, omsorg og pleie øke. På den annen side, er det ikke minst her man vil prøve å effektivisere tjenestene gjennom bruk av ny teknologi og ved å plassere flest mulig hjemme under pårørendes oppsyn. Samtidig er det også slik at man for sykere mennesker vil være avhengig av personell med helsefaglig kompetanse. Det er særlig når det gjelder medisinsk faglig oppfølging at formell kompetanse er påkrevd. Dersom man reduserer på personell i brukerrettede funksjoner, kan dette i større grad dreie seg om ufaglærte enn om personell med helsefagarbeiderutdanning. Det er samtidig svært begrenset hvor mye pleie og stell som kan rasjonaliseres bort fra helse- og

omsorgstjenestene, hvis ikke slike oppgaver kan utføres av pårørende. En betydelig verdimeessig utfordring ligger herunder i de eldres, særlig ensliges, behov for oppmerksomhet og omsorg. Behov for geriatriisk kompetanse i betydning av mestringskompetanse kommer her inn som et viktig element også for eldre som i stor grad kan greie seg selv med noe oppfølging. Alt i alt finner vi grunn til å anta at det vil bli fortsatt betydelige vekst i behov for faglært kompetanse på videregående nivå etter som befolkningen og omfanget av kommunenes pleie- og omsorgstjenester vokser.

Vi står sannsynligvis overfor en utvikling hvor de langsiktige utfordringene særlig vil komme på topp og bunn av det kompetansehierarki som vi studerer, dvs. for spesialsykepleiere og helsefagarbeidere. Behov for sykepleierne synes i utgangspunktet å følge situasjonen slik den er i dag. På den annen side utdanner spesialsykepleiere seg først til sykepleiere, dvs. det er en vekstdrivende faktor også for denne personellkategorien. En rekke problemstillinger knytter seg til tilgangssiden og relatert til spørsmål om utdanningskapasitet, rekruttering og utnyttelse av samlet kompetanse i arbeidsstyrken. Det handler både om å ha nok utdanningskapasitet, om å gjøre disse yrkene attraktive slik at tilstrekkelig personell søker seg til utdanninger og en yrkeskarriere, og gjennom organisering av turnuser og stillingsandeler å utnytte tilgjengelig kapasitet i arbeidsstyrken. Dette er forhold vi skal komme tilbake til i seinere kapitler.

## 4 Utviklingstrekk for personellkategoriene

I dette kapitlet vil vi se nærmere på kjennetegn og utviklingstrekk for de utvalgte personellkategorier. Først presenteres en del generelle trekk, deretter beskrives utfordringene knyttet til hver enkelt personellkategori.

### 4.1 Generelle utviklingstrekk

Veksten i sysselsetting i helse- og omsorgssektoren er vedvarende. Over tid har sysselsettingen i sektoren økt enormt, fra vel 100 000 sysselsatte i 1970 til nærmere 500.000 sysselsatte i 2009. Tallet på sysselsatte var 4,3 ganger høyere i 2007 enn i 1970, mens antall normalårsverk var 3,9 ganger så høy (Holmøy og Oestreich Nielsen, 2008).

I alt ble det på landsbasis i 2009 utført 232 000 årsverk i helse- og omsorgstjenester. Disse var fordelt med 135 000 årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester og 97 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten.

Over tid har årsverksinnsatsen økt i begge områder. Størst har veksten vært i kommunale helse- og omsorgstjenester. Fra 2003 til 2009 økte årsverksinnsatsen med ca. 19 000 årsverk, en vekst på 16 prosent. Innen spesialisthelsetjenesten var veksten på ca. 9 000 årsverk og 10 prosent.

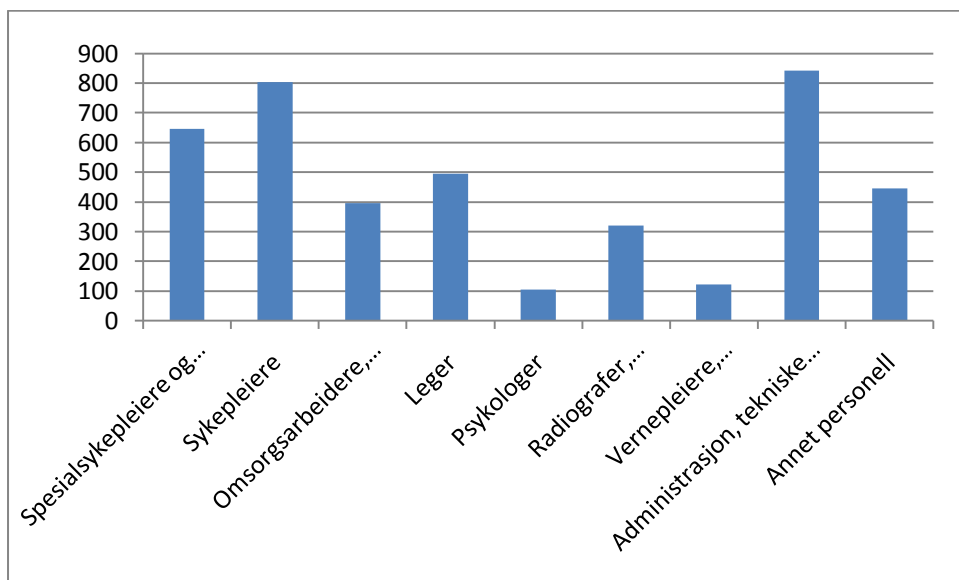
De største faglærte gruppene innen kommunale helse- og omsorgstjenester er sykepleiere med 19 000 årsverk og helsefagarbeidere (inkludert omsorgsarbeidere og hjelpepleiere) med 46 000 årsverk. I spesialisthelsetjenesten er den største gruppen sykepleierne med 33 000 årsverk. Legene er med 12 000 årsverk den nest største profesjonen, mens hjelpepleiere utgjør med 6 200 årsverk en relativt liten gruppe i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011).

Når det gjelder de hovedgruppene som vi ser på i denne studien, er vekstmønstrene noe forskjellige. Antall årsverk sykepleiere (ordinære og spesialsykepleiere) utgjorde både i 2003 og 2009 34 prosent av totalt antall årsverk i spesialisthelsetjenesten. Økningen var på 10 prosent og veksten således lik samlet årsverksutvikling i spesialisthelsetjenesten. I kommunale helse- og omsorgstjenester var imidlertid sykepleieveksten 36 prosent, dvs. 20 prosentpoeng mer enn veksten i samlet årsverksinnsats. I tillegg kommer sykepleiere med ulike typer spesialutdanninger som geriatri og psykiatri. Geriatiske sykepleiere representerte i 2009 vel 1 200 årsverk. Antall årsverk i denne fagkategorien ble tilnærmet doblet på landsplan over perioden 2003-2009.

For samlekategori helsefagarbeider var veksten noe svakere over samme periode. Når det gjelder sektoren kommunale helse- og omsorgstjenester, utgjorde denne kategorien 34 prosent av årsverksinnsatsen, og antall årsverk gikk opp med 22 prosent, dvs. andelen er økende. Årsverk hjelpepleiere i spesialisthelsetjenesten som med 6 prosent av samlet antall årsverk, utgjør en mindre andel, ble derimot blitt redusert med 23 prosent over samme periode (Helsedirektoratet, 2011).

## 4.2 Sykepleiere og helsefagarbeidere

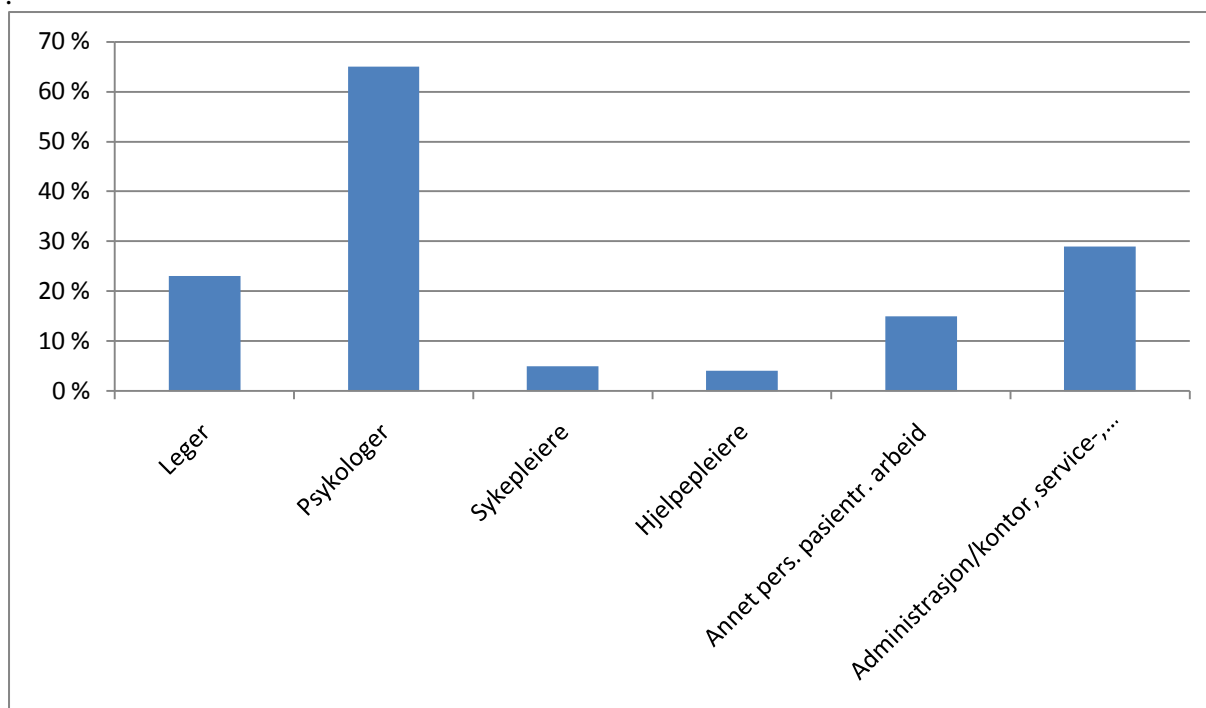
Det generelle bildet er således en styrking av kompetansenivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved at arbeidsinnsatsen til sykepleiere og helsefagarbeidere (inkludert omsorgsarbeidere og hjelpepleiere), øker. Innen spesialisthelsetjenesten er utviklingen mer moderat. Det regionale bildet er ikke så forskjellig fra dette.



Figur 14 Årsverk fordelt på personellkategorier, Helse Stavanger HF, 2009

Helse Stavanger har en sammensatt stab. Sykepleierne, ordinære og spesialsykepleierne, er samlet sett den største stillingskategorien. Det er nesten like mange spesialsykepleiere som ordinære sykepleiere. Hjelpepleierne utgjør en mindre gruppe, relativt sett

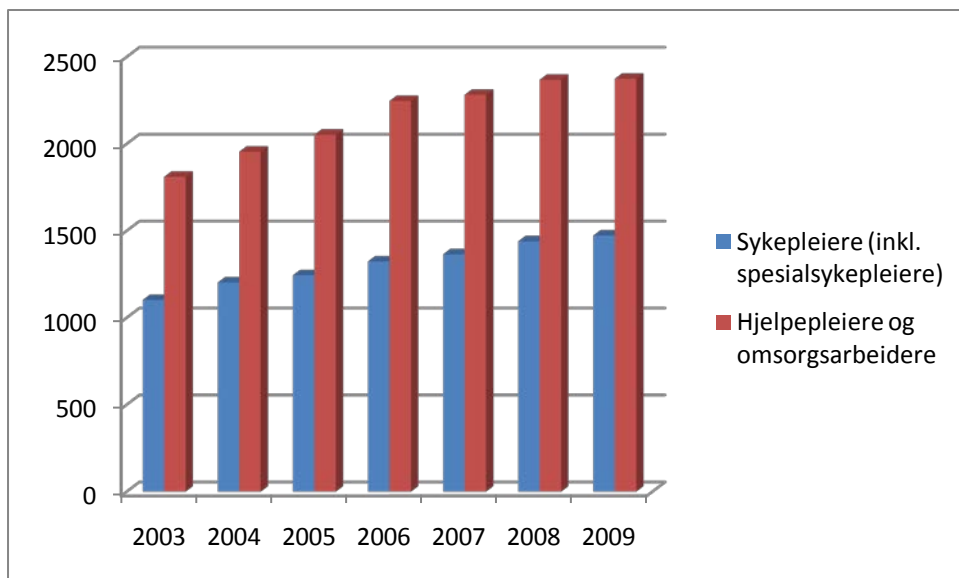




Figur 15 Årsverksvekst Helse Stavanger HF, 2002- 2007

Til tross for aktivitetsvekst har ikke antall årsverk økt mye i spesialisthelsetjenesten. Antall årsverk ved Helse Stavanger HF økte fra 3850 årsverk til 4400 årsverk i perioden 2002-2007. Vekstgruppene var psykologer, leger, administrasjons- og støttepersonell og gruppen annet personell i pasientrettet arbeid. Kategoriene sykepleiere og hjelpepleiere økte bare i liten grad.

På grunn av overgang fra skjema til registerbasert innsamling av data, har vi ikke sett på utviklingen de siste par årene jevnført med tidligere utvikling. Fra 2008 til 2009 tyder tallene på en viss vekst. Samlet sett var registrert årsverksvekst på 5,5 prosent. Veksten i sykepleierårsverk var på 3,5 prosent. Veksten var størst for ordinære sykepleiere med 5 prosent, mens den for spesialsykepleiere og jordmødre var på ca. 2 prosent. For hjelpepleiere/omsorgsarbeidere var veksten på 2 prosent.



Figur 16 Årsverk kommunale pleie og omsorgstjenester, Helse Stavangers område, 2003-2009

Når det gjelder kommunale pleie- og omsorgstjenester, har vi sett på Kostra-tall for årsverksinnsatsen over tid. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utgjør her en større gruppe enn sykepleiere. For begge hovedgruppene har årsverksinnsatsen økt over tid, og den har økt litt mer enn samlet årsverksinnsats som var på 28 prosent. For sykepleierne har årsverksinnsatsen økt med 34 prosent i tidsrommet 2003-2009. Et interessant trekk er en økende andel spesialsykepleiere. Antallet økte med 100 årsverk fra 183 til 283 årsverk. Veksten her var på 54 prosent, i hovedsak innen områdene psykiatri og geriatri. Veksten har vært omtrent lik for gruppene hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som hadde en samlet økning på 31 prosent.

### ***Kompetanseløftet 2015***

Et viktig aspekt som vi vil trekke frem, vedrører myndighetenes målsettinger om å øke kompetansenivået i pleie og omsorgssektoren. Som et ledd i Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006)) har myndighetene lansert *Kompetanseløftet 2015* som har særlig fokus på omsorgstjenestene i kommunene. Viktige målsettinger er å øke kompetansenivået i sektoren. Dette ønsker man å gjøre ved å styrke andelen ansatte med høgskole- og universitetsutdanning i helse og sosialfag, herunder sykepleiere. Videre vil man øke antall helsefagarbeidere i takt med behovsveksten. Planen er å øke kapasiteten før den store tilveksten av eldre kommer i tidsrommet 2025-2035. Det ser imidlertid ut til, til tross for denne ambisjonen, at dette ikke fullt ut vil la seg gjøre. I hvert fall gis det uttrykk for at det kan bli nødvendig også å rekruttere personer uten fagutdanning for å møte den forventede sterke behovsveksten.

Et gjennomgående problem er det store antall deltidsstillinger. Kompetanseløftet 2015 har en målsetting om å redusere bruken av deltid. I kommunal pleie- og omsorgstjeneste på landsbasis hadde om lag 38 prosent av de ansatte en heltidsstilling (30 timer eller mer i uken) i 2009, og gjennomsnittlig stillingsandel lå på 71,8 prosent. Særlig i de ufaglærte gruppene var gjennomsnittlig stillingsandel lav. For gruppen helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og

hjelpepleiere var andelen i heltidsstilling 39 prosent, og gjennomsnittlig stillingsandel 76,7 prosent. For sykepleiere var andelen heltidsstillinger 58 prosent og gjennomsnittlig stillingsandel 84,7 prosent. Regjeringen og KS har gjennom den såkalte Kvalitetsavtalen lagt til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger. Over tid har dette gitt seg utslag. Fra 2007-2009 har stillingsandelen for helsefagarbeidere mv. økt med 0,5 prosentpoeng, og for sykepleiere med 0,9 prosentpoeng (Helsedirektoratet, 2010).

Tabell 7 Andel sysselsatte og årsverk i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste

	Andel sysselsatte		Andel årsverk	
	2007	2009	2007	2009
<b>Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere</b>	36	36	31	30
<b>Sykepleiere</b>	16	17	19	20

Kilde: Årsrapport 2009. Omsorgsplan 2015 (Helsedirektoratet)

### ***Avgang og tilgang innenfor personellkategoriene***

Særskilte utfordringer knytter seg til avgang og tilgang av personell i de ulike personellkategorier. Helsedirektoratet skriver i sin årsrapport 2009 for "Omsorgsplan 2015" at tilgangen på sykepleiere i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste synes tilfredsstillende. Mer turbulent synes situasjonen å være på markeder for helsefag-/omsorgsarbeidere og hjelpepleiere. For første gang siden oppstart av hjelpepleierutdanningen på 60-tallet, synker denne utdanningsgruppens andel av årsverkene i omsorgstjenesten. En viktig årsak er at mange av disse har høy alder. Det vises til registerbasert sysselsettingsstatistikk for gjennomstrømming i arbeidsmarkedet, der hele 27 prosent av de som gikk ut av arbeidsforhold i 2008-09 gikk over til attføring, uførepensjon eller alderspensjon. For denne kategorien er også avgangen til andre næringer relativt betydelig. Hele 28 prosent av de som skiftet arbeidsforhold gikk til andre næringer enn helse- og sosial.

En undersøkelse utført av Abrahamsen (2003) indikerer også langsiktige mønstre med likhetstrekk til de av nyere dato referert foran. Sykepleiere er en relativt stabil yrkesgruppe. Ni av ti sykepleiere i yrket i 1992 var i yrket ti år seinere. Hjelpepleiere har langt større avgang, seks av ti hjelpepleiere i yrket i 1992 var enten hjelpepleier eller sykepleier ti år seinere. Overgangen til andre yrker var dobbelt så stor som for sykepleiere. To av ti hadde et annet yrke ti år seinere.

I en doktorgradavhandling (Høst, 2007) beskrives historiske utviklingstrekk av hjelpepleierutdanningen i lys av ulike utdanningsreformer. Denne avhandlingen gir god innsikt i generelle utfordringer man står overfor når det gjelder rekruttering av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Opprinnelig var hjelpepleierutdanningen da den ble lansert tidlig i 60-årene, slik Høst beskriver den, et ledd i et nasjonalt moderniseringsprosjekt. Den handlet om å etablere en mellomkategori mellom sykepleiere og ufaglærte i helse- og omsorgstjenesten. Ufaglærte kvinner med yrkeserfaring fra virksomheter innen helse og omsorg fikk nå mulighet for å få seg utdanning. Utbygging av den kommunale pleie og omsorgssektoren ga etter hvert mange arbeidsplasser for hjelpepleiere. I forbindelse med utvikling av ny

videregående skole på 70-tallet, ble omsorgsarbeiderutdanning for unge etablert som en konkurrerende kategori. Gjennom reform 94 ble både hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene rettet inn mot ungdom, mens tilbudet til voksne ble redusert. Relativt få unge valgte denne utdanningsretningen, og konsekvensen ble at rekrutteringen til hjelpepleier- og omsorgsarbeideryrket gikk ned. Med reform 2000 ble det igjen bedre utdanningsmuligheter for voksne, bl.a. gjennom utdanningsopptak basert på realkompetansevurderinger. Da fikk man på ny økt tilgang på voksne kvinner med yrkeserfaring inn i disse stillingene.

### 4.3 Intensivsykepleiere

Intensivenheter krever spesialisert kompetanse. De fleste som jobber her må være spesialsykepleiere. Intensivsykepleiere ivaretar omsorgsoppgaver for kritisk syke pasienter. De skal overvåke og sette ut i livet behandling som bestemt. Intensivpasienter kan være personer som skal våkne opp etter operasjoner, eller som ligger på respirator, er under overvåkning knyttet til blodtrykk, blødninger etc. I tillegg til den formelle kompetansen som en intensivsykepleier må ha, er erfaring viktig, blant annet for å fange opp signaler fra pasienten. Intensivsykepleiere vil også ha med pårørende å gjøre.

Belegget på intensivavdelinger kan variere mye. Av et notat for belegg på en intensivavdeling fremgår at gjennomsnittet ligger på over 7 pasienter per døgn, og på det meste har man hatt 17. Det pekes på at bemanningen kan være anstrengt. Det som gjør at man likevel greier å håndtere situasjonen, er muligheten for fleksibilitet mellom avdelinger. En vanlig norm er 1-2 intensivsykepleiere per pasient, men ofte må sykepleiere ha to respiratorpasienter. Hvis aktivitetsnivået er for høyt, kan operasjonsprogrammer måtte kanselleres. Det er som for de fleste områder, begrensninger knyttet til økonomi og stillingshjemler. Vår informant mener at gjennomsnittsbemanningen burde ha vært anslagsvis 20-25 prosent høyere. Vedkommende tror ikke at det vil bli mindre å gjøre i fremtiden, men det vil bli mer krevende kunnskapsmessig. Det handler eksempelvis om nedkjøling av hjertepasienter. Det jobbes hardt for å få ned respiratortiden og liggetiden.

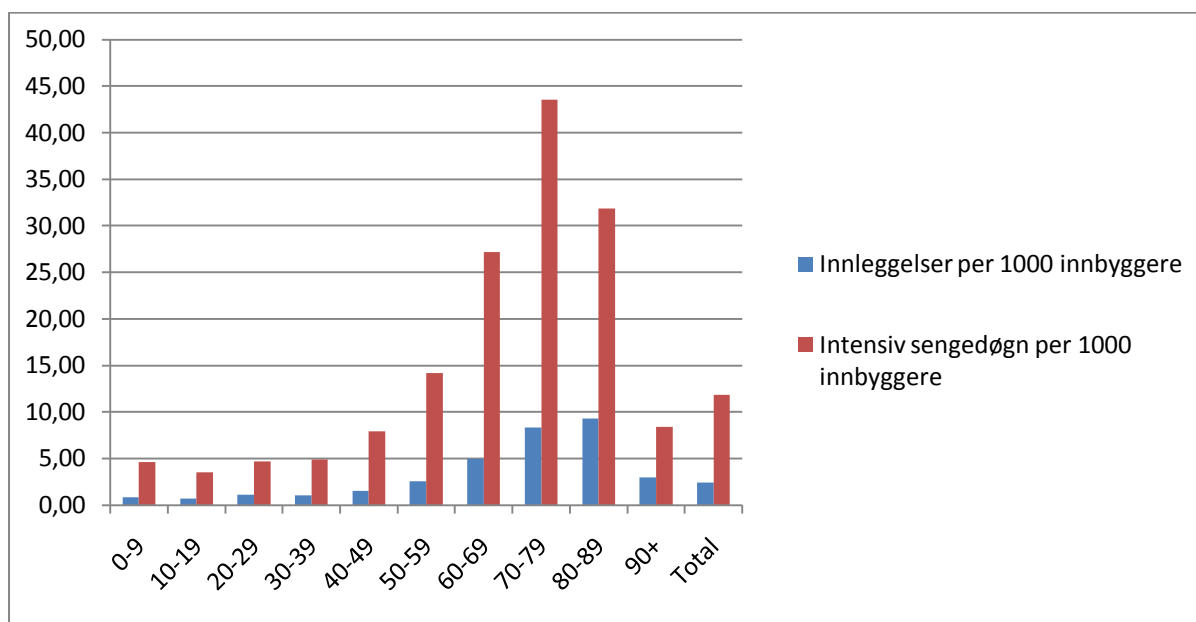
Kapasiteten ved Stavanger Universitetssykehus vil gjennom utbygging bli økt fra 12 til 18 intensivsenger i akuttmottak (Moba). Kapasitetsøkningen er begrunnet i befolkningsveksten. Personellmessig vil det ikke gi endringer, foreløpig. I tillegg til ordinær intensivavdeling er det en rekke avdelinger innen spesialisthelsetjenesten med intensivsykepleiere. Også i desentrale enheter kan intensivsykepleiere bli brukt. Man kunne, sier en av informantene, også tenke seg å bruke intensivsykepleier ved intermediære sykehjem, slik som på Stokka sykehjem, Utviklingssenter for sykehjem i Rogaland. Det finnes også enkelte intensivsykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten.

Interessante trekk ved denne gruppen sykepleiere er at den har høy kompetanse og mye ansvar. En av våre informanter gir uttrykk for at han mange ganger har lurt på hvor intensivsykepleiere har blitt av. Dette er vanligvis dyktige personer som også tar ansvar. Derfor kan de også lett få jobb andre steder. Nasjonale tall viser likevel at brorparten faktisk er ansatt innenfor helsesektoren. Av 1463 intensivsykepleiere på landsplan i 2009, var 89 prosent sysselsatt i helsesektoren, 2 prosent i pleie og omsorg, 4 prosent i sosialnæringer for

øvrige eller andre næringer, mens det for 5 prosent ikke var oppgitt noen næring (Kilde SSB: Statistikkbanken).

Helse Stavanger er med anslagsvis 180 årsverk intensivsykepleiere den dominerende arbeidsplassen for denne yrkeskategorien. Den største gruppen, vel 40 prosent, arbeider på intensivavdelingen. Det finnes imidlertid intensivsykepleiere på en flere andre enheter. Relativt store miljøer finnes på medisinsk overvåking, kardiologisk poliklinikk, MOBA og nyfødt, og noen jobber på dialyse, lunge og enkelte sengeposter. Anslagsvis halvparten av årsverkene oppgis besatt med intensivsykepleiere i deltidsstillinger. Gjennomsnittlig stillingsprosent er omlag 80 prosent. Det pekes på utfordringer med å rekruttere nok intensivsykepleiere. Ca. 15 prosent av personellet (gjelder både sykepleiere og spesialsykepleiere) i de aktuelle avdelinger er mellom 55 og 65 år. En informant fra en intensivavdeling, som har vært ansatt lenge, understreker at den relative andelen spesialsykepleiere øker. For nesten 20 år siden var under halvparten spesialsykepleiere, nå er de fleste det.

Laake m.fl. (2010) har laget en analyse av fremtidig behov for intensivtjenester som vi har benyttet i vår analyse.



Kilde: Laake, J.H. m. fl. (2010)

Figur 17 Forbruk av intensivtjenester fordelt på aldersgrupper, Norge, 2006-2007 (gjennomsnitt)

Ifølge deres analyse vil veksten i antall sengedøgn på intensivavdeling vokse med fra 26 til 37 prosent fra 2008 til 2025, avhengig av befolkningsveksten. Deres analyse av grunnlagsdata viser ikke uventet et langt høyere antall innleggelser i de eldste aldersgruppene. Enda mer markert er forskjellene mht. ressursbruken målt i antall sengedøgn på intensiv. Som det fremgår av figuren, er det særlig aldersgruppene mellom 60 og 90 år som har mye innleggelser med krav til intensivovervåking. Antall liggedøgn blant 60-åringene er eksempelvis mer enn fem ganger høyere enn for personer i 30-åra, og antall liggedøgn blant

70-åringene er nesten ni ganger høyere. Dette har selvsagt med sykkelighet å gjøre og at eldre folk er oftere og mer alvorlig syke.

En rekke andre forhold enn økning i antall eldre kan også påvirke etterspørselen. Laake m.fl. (op.cit) viser til flere forhold, bl.a. at eldre får mer omfattende behandling ved alvorlig sykdom nå enn for bare ti år siden. Sykdommer som kreft og slag vil i økende grad kreve intensiv oppfølging etter behandling. På den annen side er det også typer av ulykker og sykdomsforløp som kan være mindre krevende. I en rapport fra en arbeidsgruppe i Midt-Norge, som så på framtidig behov for intensivkapasitet i helseregionen<sup>5</sup>, vises det til studier som tyder på økte behov for spesialsykepleiere pr. intensivpasient over tid, både på grunn av mer pleiekrevende pasienter og at mer avansert behandling blir gitt. I en rapport fra 1989 var det beregnet, basert på tall fra 1970-årene, et behov på 1,2 spesialsykepleiere per intensivpasient gjennom hele døgnet. Nyere beregninger indikerer behov på fra 1,2 til 2 spesialsykepleiere per pasient, avhengig av stabiliteten og kompleksiteten i sykdomstilstanden.

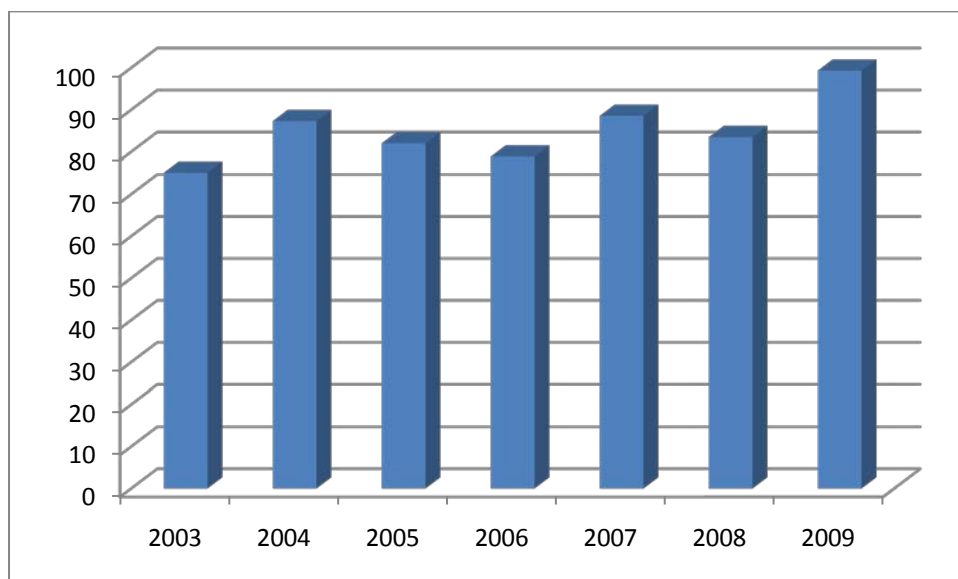
Mens det på mange pasientområder kan ligge effektiviseringsfordeler gjennom for eksempel økt poliklinisk behandling, har intensivområdet karakter av større stabilitet med mindre muligheter for bemanningsbesparelser. Folk lever lengre. De største operasjonene blir igjen, påpeker informant. Generelt må man anta at behov for intensivtjenester og intensivsykepleiere vil øke også fremover, knyttet til befolkningsvekst og aldring. Det som er et mer åpent spørsmål, er om antallet intensivsykepleiere vil øke utover dette. Det kan skje ut fra flere årsaker. Den generelle medisinsk-faglige utvikling med økte muligheter for behandling av alvorlige medisinske tilstander, kan gi økt etterspørsel etter intensivsykepleiere. Det er imidlertid vanskelig å mene så mye om økte ressursbehov knyttet til dette. Det som derimot kan øke etterspørselen, er for det første økte behov knyttet til strengere bemanningsnormer/-praksiser når det gjelder bruk av spesialsykepleiere. For det andre, og antagelig mest sannsynlig er det at overføring av sykere pasienter til desentraliserte enheter, lokalmedisinske sentra og kommunale institusjoner, kan gi noe økte behov for intensivsykepleiere.

#### 4.4 Geriatiske sykepleiere

Pleie av eldre, geriatri, har særskilte kjennetegn, og de faglige utfordringene er av en helt annerledes karakter enn intensivsykepleie. Mens intensivsykepleien omhandler overvåking og behandling av kritisk medisinske tilstander over kort tid, handler geriatrien om å ivareta eldre menneskers behov for tilsyn og helsetjenester. På den ene side står man overfor en rekke utfordringer mht. å ivareta Eldres behov for tilsyn, pleie og smertelindring. På den annen side handler det om å håndtere sykdommer, de fleste av kronisk art. Mange eldre har også flere sykdomsdiagnoser, noe som presenterer ekstra utfordringer for de som skal følge dem opp. Et trekk ved geriatrien som fagområde, er som en informant uttrykker det, at pasientene som regel ikke blir friske. Den medisinske behandlingen innen geriatri krever et breddeperspektiv, mer enn spesialisering i dybden. Ivaretagelse av forholdet til pårørende inngår også som et viktig element.

---

5 Helse Midt-Norge (2009): Organisering og bemanning av intensiv, tung overvåking i Helse Midt Norge, rapport



Figur 18 Geriatriske sykepleiere, kommuner i Helse Stavangers område, årsverk, 2003-2009

Kilde: Kostra

Geriatrien tilhører i større grad pleie- og omsorgssektoren enn spesialisthelsetjenesten. I den kommunale pleie og omsorgssektoren utgjorde geriatriske sykepleiere nær på 100 årsverk i 2009. Antallet geriatriske sykepleiere innen kommunal pleie og omsorg er som det fremgår av figuren over, i vekst. Målt i årsverk økte innsatsen i pleie og omsorgssektoren med nær en tredjedel fra 2003 til 2009, en gjennomsnittlig økning på ca. 5 prosent i året.

Det er en geriatrisk avdeling på sykehuset. Denne er for pasientbehandling av mer akutt karakter med behandling av særdeles syke. På geriatrisk avdeling ved sykehuset var ca. tredjeparten av de ansatte, 4-5 sykepleierstillinger, geriatriske sykepleiere. Man vil gjerne ha flere, men denne type fagfolk er vanskelig å få tak i, sier en av informantene.

Nasjonalt statistikk for geriatriske sykepleiere tyder på en sterk vekst for denne spesialsykepleiergruppen. I løpet av noen få år er antallet nesten doblet, fra 628 i 2003 til 1225 i 2009 (Helsedirektoratet, 2011). Nasjonale tall viser at den største andelen arbeider innenfor pleie og omsorg. Av 3117 personer med en eller annen form for utdanning innen geriatri og eldreomsorg, geriatrisk sykepleier inkludert, på landsplan i 2009, var 54 prosent sysselsatt i pleie og omsorgssektoren, 21 prosent innen andre helsenæringer, 13 prosent i andre næringer (inkludert 1 prosent i andre sosialnæringer), mens det for 12 prosent ikke var oppgitt noen næring (SSB: Statistikkbanken).

Det er ikke lovpålagte krav til at institusjonene må ha geriatriske sykepleiere. En av våre kommuneinformanter påpeker at de ikke stilles krav til spesialsykepleiere i kommunehelsetjenesten, men de har begynt å diskutere om man bør gjøre det innen områder som geriatri, rehabilitering, kreftomsorg og psykisk helse. Generelt vil det bli et økende behov for spesialkompetanse, også i kommunene. Samtidig er det, sier vedkommende, viktig

å understreke at det vil være uheldig å kopiere sykehuset mht. spesialisering. I kommunene og ved små enheter trenger man også mange generalister og fleksibilitet i bruken av personell.

Hvordan vil så behovet for personell med geriatrik utdanning utvikle seg over tid? Det stilles ikke i samme grad krav til geriatrik kompetanse i eldrepleien som det er krav til formell kompetanse og ferdigheter for å utføre arbeidsoppgavene innen intensivsykepleie. Det sannsynlige er likevel at behovet for geriatrik kompetanse vil øke mye. Flere forhold spiller inn: sykdomsbildet; en sterk økning i antall eldre, samt at kommunene overtar flere og til dels sykere pasienter. En informant fra kommunehelsetjenesten påpeker at pasienter på sykehjem blir sykere, og at dette ikke er noe som har kommet i forbindelse med samhandlingsreformen. Sammenlignet med tidligere, dør svært mange på sykehjem. Det vil i fremtiden være et stort behov for geriatrik kompetanse, både leger og sykepleiere. Når pasienter blir sykere, kreves det ikke bare kompetanse i omsorg og ernæring, men personellet må også ha medisinsk kompetanse, de må kunne observere sykdomssituasjonen og oppdage når pasienter begynner å bli dårlige.

Sykdomsmønsteret blant eldre er kjennetegnet ved et sterkt innslag av enkelte diagnoser. Det er ikke bare innen pleie- og omsorgstjenester at eldre er tungt representert. Det gjelder også spesialisthelsetjenesten, jfr. rapport fra Helsedirektoratet (2007). Hovedtyngden av lårbensbrudd, hjerneslag og fallulykker handler om eldre pasienter. En rekke helsetilstander er utbredt og krever behandling/tiltak ved økt alder, så som syns- og hørselssvikt, tannhelse, og behov for lindrende behandling. Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester har økt mye for hele befolkningen i årene 2001-2005. Økningen har vært sterkere for de over 75 år enn for gruppen under 75 år. Eldres andel av den totale sykehusbruken (opphold og liggedager) har økt selv om befolkningsandelen har vært tilnærmet konstant.

Kroniske sykdommer som kols, diabetes og alderspsykiatriske lidelser er utbredt og krever behandling og oppfølging både i regi av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Størst utfordring når det gjelder helse- og omsorgstjenester knytter seg til utbredelsen av demens. I figur 1 har vi sett hvordan forekomsten av demens øker raskt med økende alder. Med utgangspunkt i disse frekvensene koblet mot befolkningsvekst og utvikling i befolkningens alderssammensetning, anslår myndighetene at antall tilfeller av demens vil kunne øke fra ca. 70 000 i 2010 til 105 000 i 2030, m.a.o. en økning på 50 prosent. Ti år seinere kan tallet ligge på over 140 000, med andre ord en dobling over en 30 - årsperiode. Det påpekes at en løsning på Alzheimer-gåten vil kunne redusere fremtidig pleiebehov betydelig, men det er få forhold som tyder på at dette er nært forestående. Demens kan bli en viktig drivkraft for behov av geriatrike sykepleiere. Den høye prevalensen av denne sykdommen blant de eldste aldersgruppene kombinert med en forventet særlig høy vekst i akkurat disse gruppene, kan føre til at behovene vil øke mye fremover.

## 4.5 Sammenfattende drøfting

Vi har i denne studien undersøkt kjennetegn og utviklingstrekk i fire yrkesgrupper: Sykepleiere, helsefagarbeidere, samt spesialsykepleiergruppene intensivsykepleiere og geriatrike sykepleiere. Det er både likheter og forskjeller mellom kategoriene.



Når det gjelder *likhetsstrekk* står alle overfor etterspørselsvekst. Denne veksten kan dels knyttes til demografien med mange flere eldre mennesker, særlig etter 2020. I tillegg kan også vekst - om man ser historisk på det - knyttes til den økonomiske utvikling og medisinske fremskritt med standardhevninger og økning i dekningsgrad, samt gradvis økte krav til arbeidskraftens kompetanse på de fleste områder.

Etterspørsel etter sykepleiere øker, og vil kunne forsette å øke som følge av generelle veksttrender i helse- og omsorgssektoren. Veksten vil særlig komme i forbindelse med økt behov for kapasitet og kompetanse i kommunal sektor som følge av samhandlingsreformen, at folk blir sykere, og kanskje også som følge av ny teknologi.

I enda sterkere grad vil antagelig etterspørselsveksten gjøre seg gjeldende for spesialsykepleieryrkene. Både for spesialisthelsetjenesten og kommunenes vedkommende er det grunnlag til å forvente øket etterspørsel etter spesialsykepleiere, som følge av generell vekst, som følge av økende kompetansebehov knyttet til forhold som aldring og teknologi, samt til en antatt generell trend på de fleste samfunnsområder i retning lengre utdanninger og høyere formelle kompetansekrav.

Når det gjelder intensivsykepleiere, er økning i antall eldre en hovedfaktor som ligger til grunn for økt etterspørsel. Man kan heller ikke se bort fra at behovene kan øke noe som følge av eventuelle økende bemanningsnormer i spesialisthelsetjenesten, og i hvert fall i sammenheng med at flere alvorlig syke blir overført til overvåking i intermediære sentra og i kommunene. Det som ytterligere kan øke etterspørselen er i følge flere av informantene, at intensivsykepleiere har relativt høy mobilitet som følge av den høye kompetanse, og det gjør disse personene attraktive også i andre stillingskategorier.

Geriatriske sykepleiere antas i økende grad å bli etterspurt. Med økte reelle behov som følge av "eldrebølgen" og det antatte sykdomsbilde som ligger i denne, og som følge av at kommunene gjennom samhandlingsreformen antas å få ansvar for langt flere alvorlig syke mennesker, antas etterspørselen etter denne type kompetanse å øke betydelig. Det gjelder både i forhold til hjemmesykepleie, sykehjem og lokalmedisinske sentra. Vår antagelse bl.a. basert på intervjuene, er at geriatriske sykepleieres betydning som innsatsfaktor, og dermed andelsmessig i forhold til samlet årsverksinnsats, vil kunne øke betydelig fremover. Et viktig aspekt er her også det verdimesse, hvordan samfunnet og herunder en sterkt økende eldre befolkning vil ha forventinger til den livskvalitet og oppfølging som gis til et økende antall eldre mennesker.

Verdiaspekter er også viktig når det gjelder helsefagarbeidere. Dette er en personellkategori som mest er knyttet til kommunal pleie og omsorg, og i relativt moderat omfang til spesialisthelsetjenesten. Som tidligere påpekt kan det forventes økte behov, og det vil kunne skje i takt med at den eldre del av befolkningen øker. Utfordringen her blir antagelig å gjøre yrket attraktivt nok til at tilstrekkelig antall søker seg til denne yrkesutdanningen. Ser man historisk på dette kan man ikke nøye seg med bare å satse på ungdom. Man må også jobbe for at antallet voksne og ufaglærte søker seg til denne utdanningen.



## 5 Utviklingen i arbeidsmarkedet til 2030

Målet med dette kapitlet er å presentere og drøfte mulige utviklingsbaner for etterspørsel og tilbud for våre fire utvalgte personellkategorier - helsefagarbeidere (inkl. omsorgsarbeidere og hjelpepleiere), sykepleiere, intensivsykepleiere og geriatiske sykepleiere - i Stavangerregionen for perioden 2010-2030. Det gjøres oppmerksom på at inndelingen i personellkategorier avhenger av hvordan disse spesifiseres i statistikken. Det finnes lite informasjon om intensivsykepleiere og geriatiske sykepleiere i sysselsettingsstatistikkene. Disse to kategoriene er som regel inkludert i kategorien 'sykepleiere'. Helsesøstre og jordmødre er imidlertid egne kategorier og inngår således ikke. Våre tall for intensivsykepleiere er basert på informasjon fra sykehuset, mens tallene for geriatiske sykepleiere dels er basert på tall fra SSB, dels på informasjon fra sykehus og kommuner.

Kapitlet starter med en presentasjon av en arbeidsmarkedsmodell. Med basis i denne modellen presenteres og drøftes fem ulike scenarier for hver av de fire personellkategoriene. Til slutt i kapitlet sammenfattes aktuelle tiltak i forhold til arbeidsmarkedsscenariene for hver av de fire personellkategoriene.

### 5.1 Modellen

For å studere utviklingen i det regionale arbeidsmarkedet for fire typer helse- og omsorgsarbeidere – sykepleiere, helsefagarbeidere, intensivsykepleiere og geriatiske sykepleiere – har vi tatt utgangspunkt i SSBs modell for det nasjonale arbeidsmarkedet for helse- og omsorgsarbeidere, HELSEMOD, slik denne er spesifisert i Stølen m.fl. (2002).

Vår regionale variant av HELSEMOD har en etterspørsels- og en tilbudsside. Etterspørselsiden viser hvordan behovet for hver av personellkategoriene avhenger av vekst i befolkning (totalt antall, aldersfordeling og kjønn) samt generell økonomisk vekst. Tilbudssiden viser årlig tilbud av nyutdannede kandidater, eventuell tilgang av personer som har vært ute av arbeidslivet minus årlig avgang, enten til andre yrker eller til alderspensjon.

Tilbud minus etterspørsel av arbeidskraft utgjør *arbeidsmarkedsbalansen*. Er etterspørselen større enn tilbudet, vil det være underdekning; er etterspørselen lavere enn tilbudet, har vi overskudd. Modellene tar ikke eksplisitt hensyn til bruk av utenlandsk arbeidskraft, bruk av vikarbyråer og vaktbelastning utover ordinært arbeidstid, slik at en eventuell underdekning kan forstås som et behov som må dekkes opp på én av disse tre måtene.

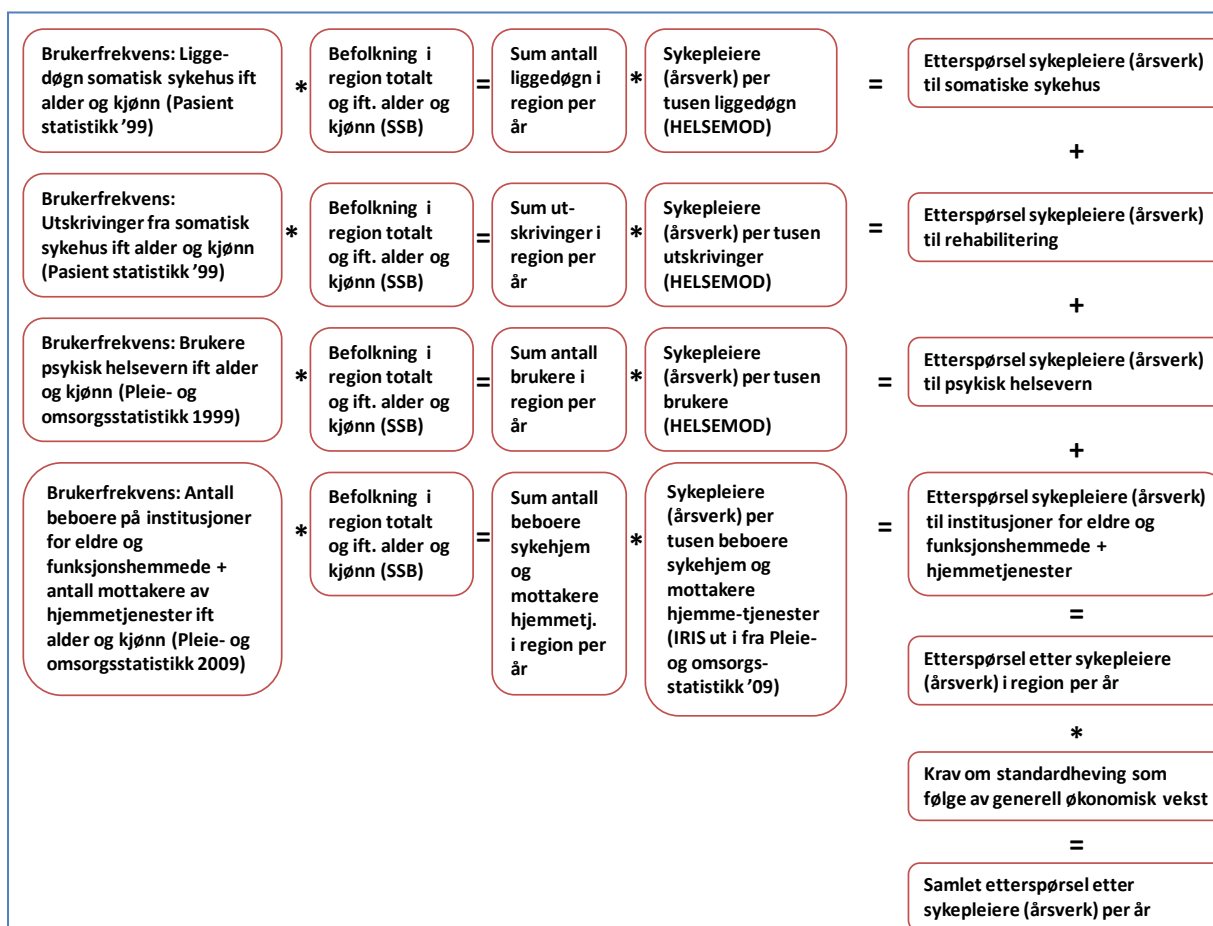
#### ***Etterspørsel etter helse- og omsorgsarbeidere***

For hvert av 16 aktivitetsområder innen helse- og omsorg (Somatiske institusjoner, rehabilitering, institusjoner for eldre og funksjonshemmede osv.), presenterer Stølen m.fl. (2002) *brakerfrekvenser*, dvs. kvantifiserbare mål på *aktivitet* (antall liggedøgn, utskrivinger,

brukere osv.) delt på befolkningskarakteristika (antall, aldersgrupper, kjønn osv.). *Brukerfrekvensene* brukes til å vise hvordan aktiviteten i de ulike områdene avhenger av befolkningsutviklingen. For å finne sammenhengen mellom etterspørselen etter personell og aktivitet innen hvert av de 16 aktivitetsområdene, deler Stølen et. al (2002) samlet sysselsetting innen hvert aktivitetsområde på beregnet aktivitet. ift. brukerfrekvens. På denne måten finnes et mål på hvordan etterspørselen etter de enkelte kompetanse kategoriene varierer med befolkningsstrukturen.

Figuren under viser hvordan årlig regional etterspørsel etter sykepleiere kan beregnes med basis i de fire helseaktivitetsområdene hvor hovedtyngde av sykepleiere er sysselsatt: Somatiske sykehus, rehabilitering, psykisk helsevern, institusjoner for eldre og funksjonshemmede og hjemmetjenester.

Figur 19: Modell for beregning av årlig regional etterspørsel etter sykepleiere (angivelse av kilder i parenteser)



Utgangspunktet for beregning av etterspørsel etter sykepleiere (beregnet i årsverk) til somatiske sykehus, er *brugerfrekvensen*, dvs. antall liggedøgn ift. alder og kjønn (kilden er Pasientstatistikk 1999, og det antas ikke at frekvensene har endret seg mye de siste årene). Brukerfrekvensene multipliseres med befolkningen fordelt på alder og kjønn (økende antall kvinner i alderen 20-40 vil eksempelvis øke etterspørselen etter liggedøgn). Vi finner da et uttrykk for forventet *aktivitet* i form av forventet antall liggedøgn i regionen. Forventet antall

liggedøgn multipliseres så med anslaget på behovet for sykepleiere pr liggedøgn for å gi *sum etterspørsel sykepleiere* til somatiske sykehus i regionen det aktuelle år.

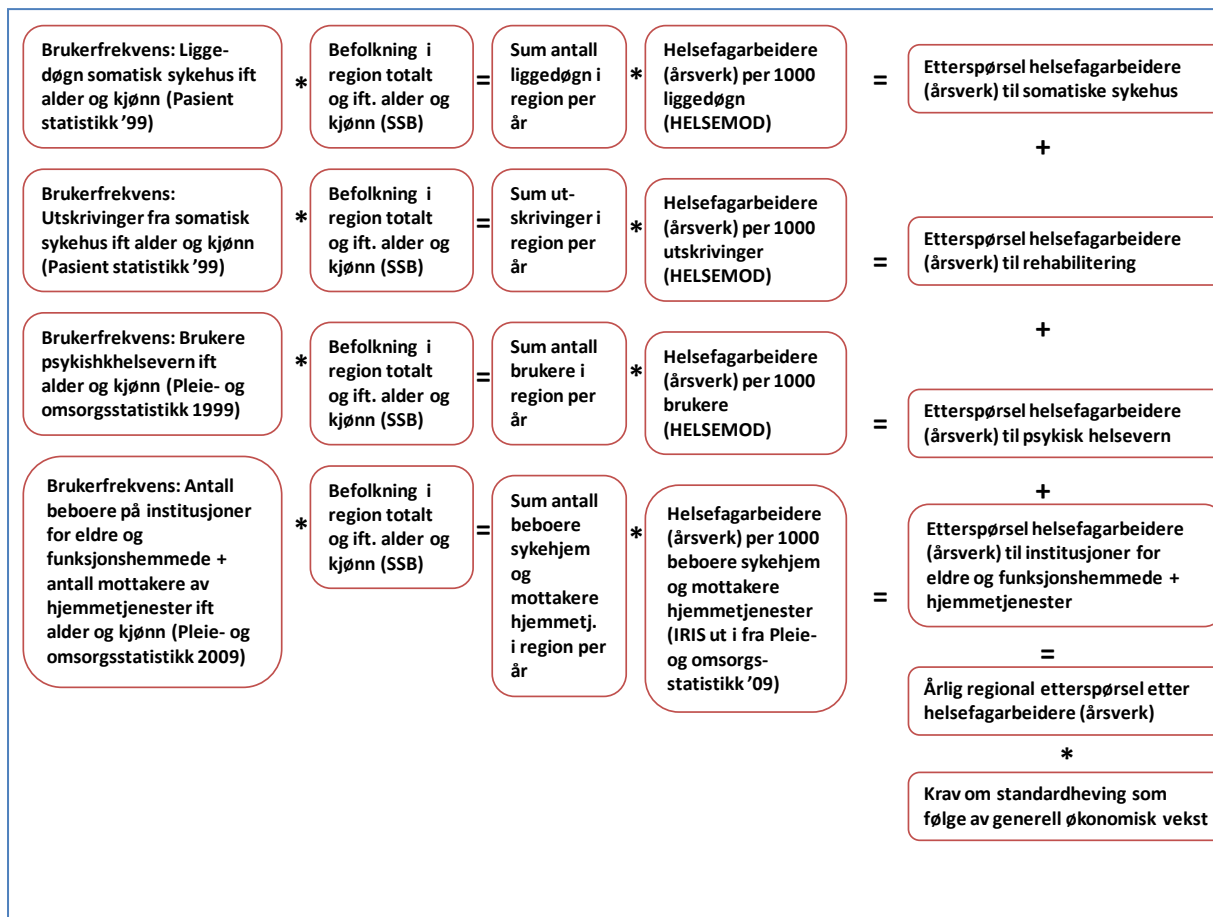
Beregningen er tilsvarende for etterspørselen etter sykepleiere til rehabilitering (brukerfrekvens: utskrivinger fra somatiske sykehus), psykisk helsevern (brukerfrekvens: brukere), og institusjoner for eldre og funksjonshemmede og hjemmetjenester (brukerfrekvens: antall beboere og antall mottakere).

Da det de siste årene har vært en kraftig endring i bruken av institusjoner for eldre og funksjonshemmede og hjemmetjenester, har vi her benyttet oss av brukerfrekvenser fra 2009. Institusjoner for eldre og funksjonshemmede og hjemmetjenester behandles imidlertid samlet, da det ikke har vært mulig å finne data for fordelingen av sum kommunalt ansatte sykepleiere på de to aktivitetsområdene.

Sum etterspørsel etter sykepleiere beregnet ut i fra brukerfrekvenser kan imidlertid påvirkes av mulige krav om standardheving som følge av generell økonomisk vekst. Som vist i delkapittel 2.1 har det for Norges vedkommende vært en klar sammenheng mellom økonomisk vekst og sysselsetting i helse- og sosialsektoren. Det hevdes at folk vil bli mer og mer kravstore, og fremtidens pensjonister vil stille større krav enn dagens. I så fall kan det være logisk at økende økonomisk vekst vil medføre økt etterspørsel etter både sykepleiere og helsefagarbeidere ("varme hender"). Vi vil i vår modell følge HELSEMOD (Stølen m.fl., 2002) som gjennom det de kaller '*en grov forenkling*' kobler etterspørselen etter kompetanse til forventet vekst i brutto nasjonalprodukt.

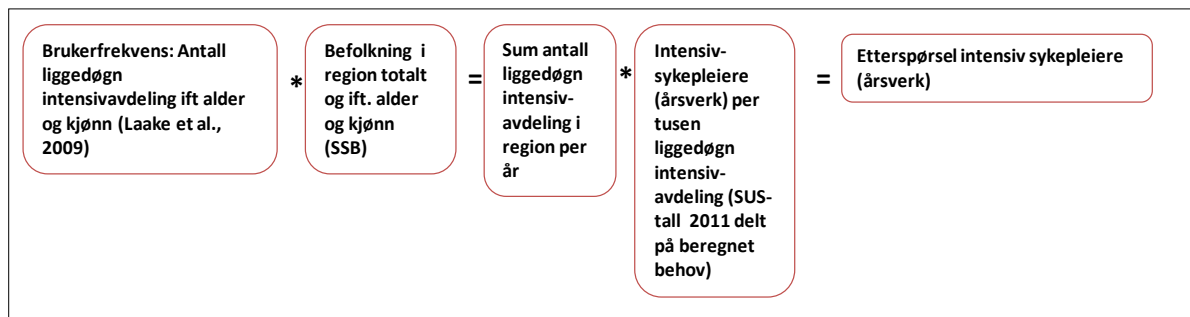
Modellen er statisk i den forstand at man ikke kan legge inn konsekvenser av forventede strukturelle endringer. Det gjøres således oppmerksom på at modellen implisitt forutsetter at samhandlingsreformen ikke vil medføre netto økt etterspørsel etter helse- og omsorgsarbeidere, dvs. det forutsettes at ved flytting av oppgaver mellom stat og kommune, vil det også flyttes personell. Skulle dette ikke slå til og det blir netto økning i etterspørselen etter helse- og omsorgspersonell som følge av samhandlingsreformen, vil modellen kunne underestimere det reelle kompetansebehovet. På den annen side kan det også argumenteres for at også dette aspektet dekkes gjennom forutsetningen om standardheving knyttet til antatt økonomisk vekst.

Figur 20: Regional årlig etterspørsel etter helsefagarbeidere



Som figuren over viser, er etterspørselen etter helsefagarbeidere beregnet på nøyaktig samme måte som etterspørselen etter sykepleiere.

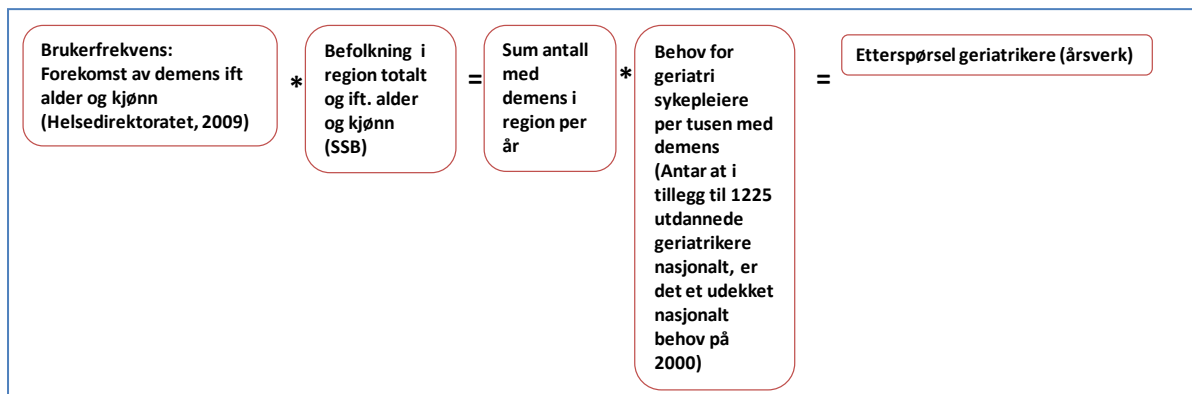
Figur 21: Regional årlig etterspørsel etter intensivsykepleiere



Intensivsykepleiere er ikke med som kompetanse kategori i HELSEMOD. Vi har tatt utgangspunkt i brukerfrekvenser for antall liggedøgn intensivavdeling fra Laake m.fl. (2009).

Dette multipliseres så med data for befolkning for å få et tall på aktivitet i form av liggedøgn. Etterspørselen etter sykepleiere per liggedøgn, finnes ved å dele antall årsverk intensivsykepleiere på SUS i 2010 (180) med beregnet antall liggedøgn på intensiv avdeling i regionen i 2010. Vi har således en funksjon som viser hvordan etterspørselen etter intensivsykepleiere avhenger av befolkningsstrukturen.

Figur 22: Regional årlig etterspørsel etter geriatriske sykepleiere



Geriatriske sykepleiere er heller ikke med som personellkategori i HELSEMOD. For å beregne brukerfrekvenser, har vi tatt utgangspunkt i forekomst av demens fra Helsedirektoratet (2009). Å finne et uttrykk for etterspørselen etter geriatriske sykepleiere ift. antall pasienter med demens er imidlertid problematisk, da SSB kun har tall for sykepleiere med geriatrisk utdanning (1 225 årsverk) og ikke tall for andre sykepleiere som, i mangel på geriatriske sykepleiere, faktisk jobber i sektoren. Da våre informanter indikerer at det per i dag er en betydelig underdekning på geriatriske sykepleiere, antar vi at det på landsplan finnes 3 000 personer som jobber innen feltet geriatri uten spesialisering innen geriatri. Vi bruker således sum av geriatri sykepleiere (1 225 årsverk) og ansatte i feltet uten spesialisering (2 000 årsverk) til å beregne etterspørselsfunksjonen.

### ***Tilbud av helse- og omsorgspersonell***

For å beregne regionalt årlig tilbud av de fire personellkategoriene, har vi tatt utgangspunkt i en modell som viser hvordan tilbudet av arbeidskraft ved slutten av ett gitt år er en funksjon av sysselsetting det året pluss inntak av nyutdannede og personer som har vært ute av arbeidsstyrken minus avgang som følge av at yrket forlattes og pensjonering. Figuren under viser hvordan dette blir for sykepleiere (tall for Stavangerregionen for 2010 med kildehenvisning er tatt med i parentes).





Antallet nye årsverk for hver av de tre utdanningskategoriene vil være en funksjon av andel som faktisk fullfører sykepleierstudiet (fullføringsprosent), andel av de som fullfører som faktisk går inn i yrket og, endelig, valgt stillingsbrøk til de som går inn i yrket. Tall fra UiS viser at fullføringsprosent (regnet som antall uteksaminerte kandidater fra et gitt kull) var 95 % for de som gikk ut i 2008 (dvs. 2005 kullet), 86 % i 2009 og kun 64 % i 2010. UiS antar likevel at "normalt" nivå ligger på 85 %.

UiS har ikke tall for andelen som faktisk begynner i yrket, men basert på nasjonale tall for andel sykepleiere som er i yrket, er denne anslått til 93 %. Antallet som kommer tilbake fra restarbeidsstyrken antas å være en gitt andel av den til en hver tid gjeldende restarbeidsstyrke (SSB) og deres valgte stillingsbrøk. Basert på våre intervjuer antas denne å være så lav, at den kan settes lik null. I følge SSB er gjennomsnittlig stillingsbrøk for sykepleiere i Stavangerregionen 74 %.

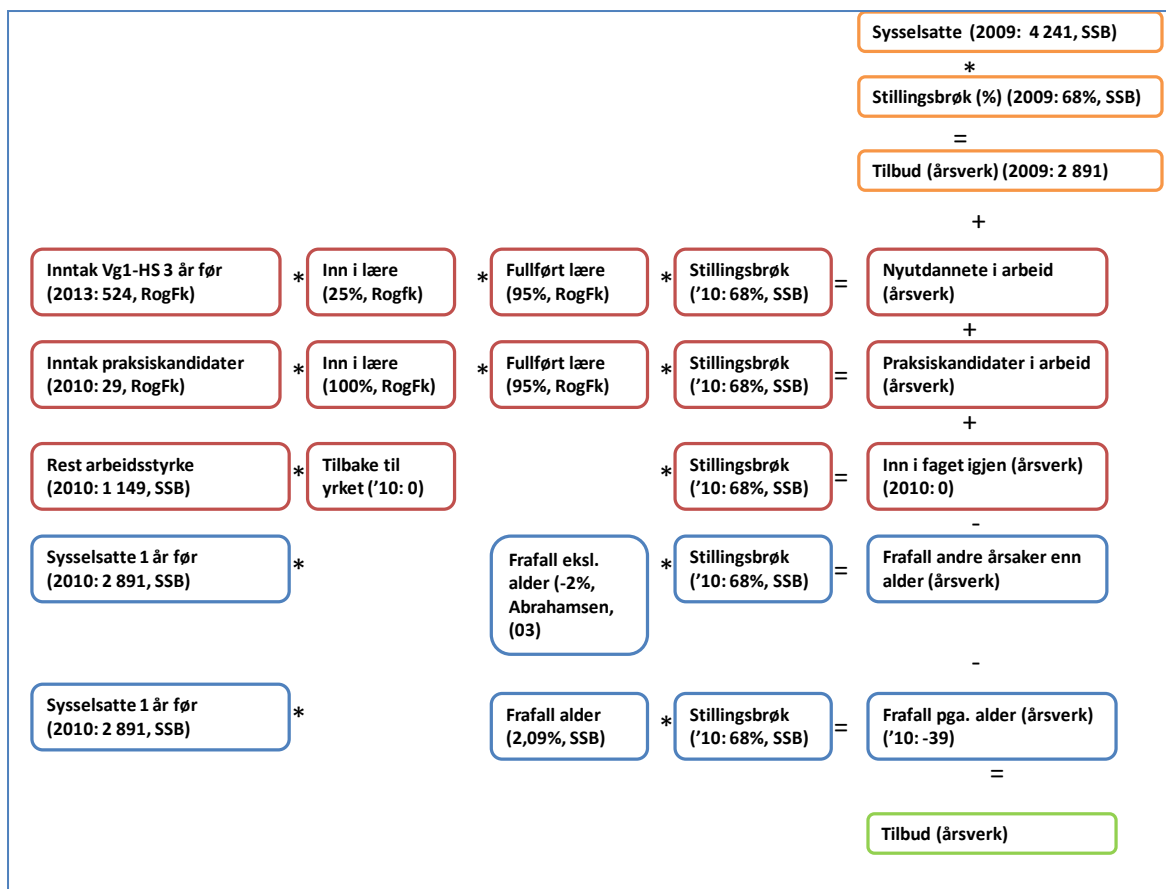
Med en fullføringsprosent på studiet på 85 % hvorav 93 % faktisk blir sykepleiere med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 74 %, følger det at en får 58 årsverk ut av 100 studenter inn på sykepleierstudiet.<sup>6</sup>

Avgang fra sykepleieryrket kan enten skje uavhengig av alder eller avhengig av alder. I følge Abrahamsen (2003) slutter hvert år én prosent av sykepleierne av andre grunner enn alder. Andel som slutter på grunn av alder, er beregnet ved å bruke nasjonale tall for aldersfordeling blant sykepleiere og anta at ett av kullene i spennet 55-66 år (17 % av samlet nasjonal sykepleier arbeidsstyrke i 2010) forlater arbeidsstyrken hvert år, slik at vi får en årlig avgang på 1,40 %.

---

<sup>6</sup> 85% \* 93% \* 74% = 58%

Figur 24: Årlig regionalt tilbud av helsefagarbeidere i Stavangerregionen



I følge SSB var det i kommunene i Stavangerregionen i 2009 4 241 sysselsatte helsefagarbeidere. Med en gjennomsnittlig stillingsbrøk (eksl. lange fravær) på 68 %, gir dette 2 891 årsverk ved inngangen til 2010. Disse tallene innebærer at en økning i stillingsprosent med ett prosentpoeng vil generere 43 nye helsefagarbeiderårsverk.

Tilgang på nye helsefagarbeidere kan skje på tre måter: Elever fra Vg1 helse og sosial som begynner på Vg2 helsefagarbeider og som videre fullfører lære, praksiskandidater (eldre arbeidstakere) som gjennomfører lære, samt tilbakekomst av helsefagarbeidere som har vært ute av helsefagarbeider arbeidsstyrken.

Antallet som starter på vg1-helse og sosial på videregående skoler i Stavangerregionen har variert noe. I våre prognoser har vi antatt at opptak vil ligge på 2010-nivå, dvs. 524 stk.<sup>7</sup>, i tiden framover. For praksiskandidater antar vi også at 2010 inntaket, 29 stk., vil holde seg konstant i tiden framover.

Antallet nye årsverk med utgangspunkt i de som starter på vg1-hs vil være en funksjon av andel som går inn i lære, andel som fullfører lære og, endelig, valgt stillingsbrøk. Tall fra Rogaland Fylkeskommune (RogFk) for hele Rogaland viser at kun 21 % av de som startet på

7 Dette tallet er beregnet ved å anta at andelen vg1-hs elever tilhørende i Stavangerregionen er lik regionens andel av total befolkning i fylket.

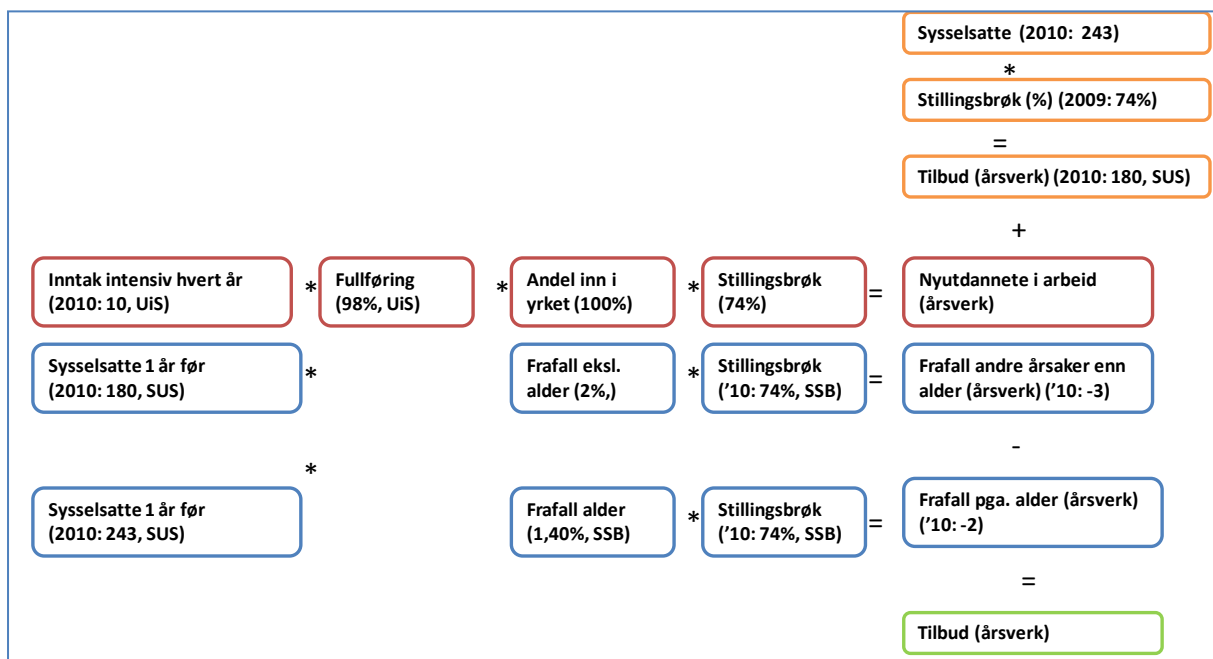
vg1-hs i 2008 gikk inn i lære to år senere. Begrensninger i mulighetene for å ta allmenn påbygg har imidlertid ført til en økning i andel som går inn i lære, så andel inn i lære framover settes til 25 %. Av elever som starter på lære, er det hele 95 % som fullfører læretiden.

Antallet som kommer tilbake fra restarbeidsstyrken antas å være en gitt andel av den til en hver tid gjeldende restarbeidsstyrke (SSB) og deres valgte stillingsbrøk. Basert på våre intervjuer, settes imidlertid denne andelen foreløpig til null. I følge SSB er gjennomsnittlig stillingsbrøk for helsefagarbeidere i Stavangerregionen 68 %.

Med en fullføringsprosent (dvs. antall inn i lære av elever vg1-hs) på 25 % hvorav 95 % faktisk blir helsefagarbeider med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 68 %, følger det at en kun får 16 årsverk ut av 100 elever inn på vg1-hs.<sup>8</sup> Tas det i stedet utgangspunkt i de som starter opp på Vg2, dvs. som har valgt å satse på helsefagarbeiderutdanning, får man anslagsvis 25 helsefagarbeiderårsverk ut av 100 elever som starter opp studiet. Dette indikerer at det klart mest effektive tiltaket for helsefagarbeidere, vil være å gjøre yrket så attraktivt at en får økt andelen elever som går inn i lære og videre inn i yrket.

Avgang fra helsefagarbeider yrket kan enten skje uavhengig av alder eller avhengig av alder. I følge Abrahamsen (2003) slutter hvert år to prosent av helsefagarbeiderne av andre grunner enn alder. Andel som slutter på grunn av alder, er beregnet ved å bruke nasjonale tall for aldersfordeling blant helsefagarbeidere og anta at ett av kullene i spennet 55-66 år (25 % av samlet nasjonal helsefagarbeider arbeidsstyrke i 2010) forlater arbeidsstyrken hvert år, slik at vi får en årlig avgang på 2,09 %.

Figur 25: Årlig regionalt tilbud av intensivsykepleiere i Stavangerregionen



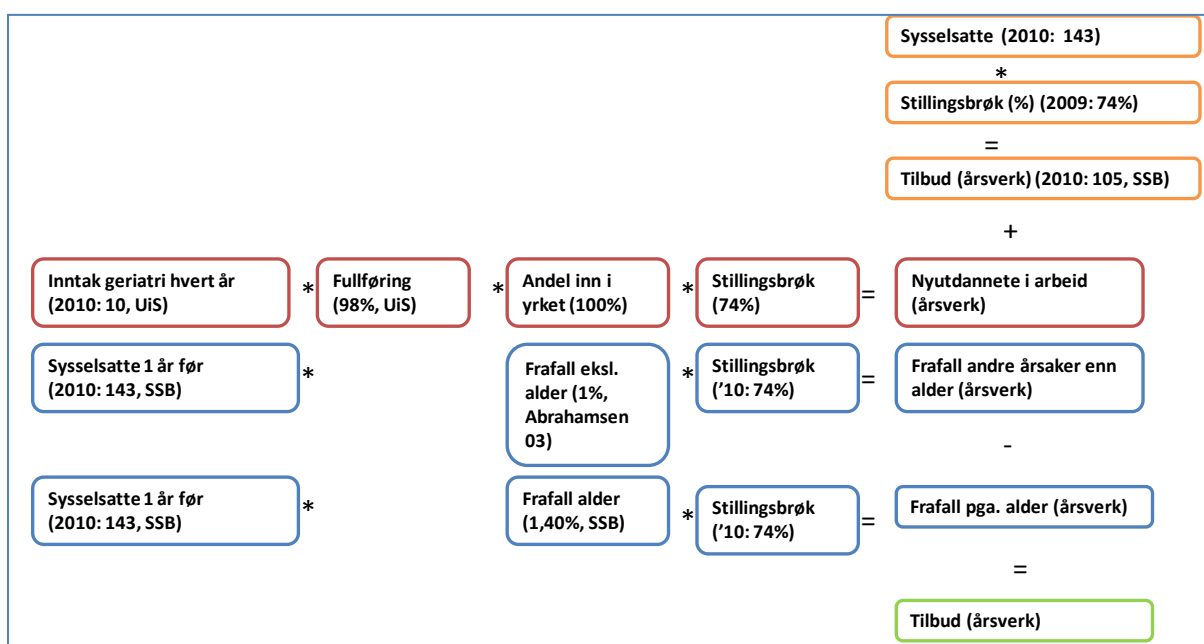
<sup>8</sup> 21% \* 95% \* 68% = 14%

I følge Stavanger Universitetssykehus (SUS) er det p.t. 180 årsverk for intensivsykepleiere. Vi har, for enkelhets skyld, antatt at gjennomsnittlig stillingsbrøk er lik som for sykepleiere, 74 %.

Tilgang på nye intensivsykepleiere skjer gjennom en spesialutdanning på UiS som tar inn 15 studenter hvert 1,5 år, dvs. ca. 10 hvert år. Tall fra UiS viser at 98 % av disse fullfører. Vi har ikke tall for andel som går inn i yrket, men vi antar at denne er 100 %.

Avgang fra intensivsykepleier yrket kan enten skje uavhengig av alder eller avhengig av alder. Da våre intervjuer indikerer at intensivsykepleiere er en attraktiv arbeidsgruppe som ofte rekrutteres til andre oppgaver, antar vi at det hvert år slutter 5 % av andre grunner enn alder. Andel som slutter på grunn av alder, er satt lik som for andre sykepleiere (-1,4 %).

Figur 26: Årlig regionalt tilbud av geriatriske sykepleiere



I følge SSB var det i 2009 99 årsverk i kommunal sektor i Stavangerregionen besatt med geriatriske sykepleiere. I tillegg kommer minst seks årsverk på sykehuset. Gitt at gjennomsnittlig stillingsbrøk er lik som for andre sykepleiere, 74 %, indikerer dette 143 personer.

Tilgang på nye geriatriske sykepleiere har inntil nå vært gjennom en spesialutdanning på UiS som tar inn 25 studenter hvert annet år. Dette tilbudet legges nå om, og utdanning av geriatriske sykepleiere vil skje gjennom én av følgende to måter. For det første vil det opprettes en mastergrads utdanning i geriatri som skal ta inn 10 studenter hvert annet år. For det andre kan studenter på den generelle mastergradsutdanningen i sykepleievitenskap velge geriatrifag.

Tall fra UiS viser at 98 % av disse fullfører. Vi har ikke tall for andel som går inn i yrket, men vi antar at denne er 100 %. Avgang fra geriatrisk sykepleier yrket kan enten skje uavhengig av alder eller avhengig av alder. Vi antar at frafall uavhengig av alder og som følge av alder, er likt som for andre sykepleiere, dvs. henholdsvis -1 % og -1,40 %.

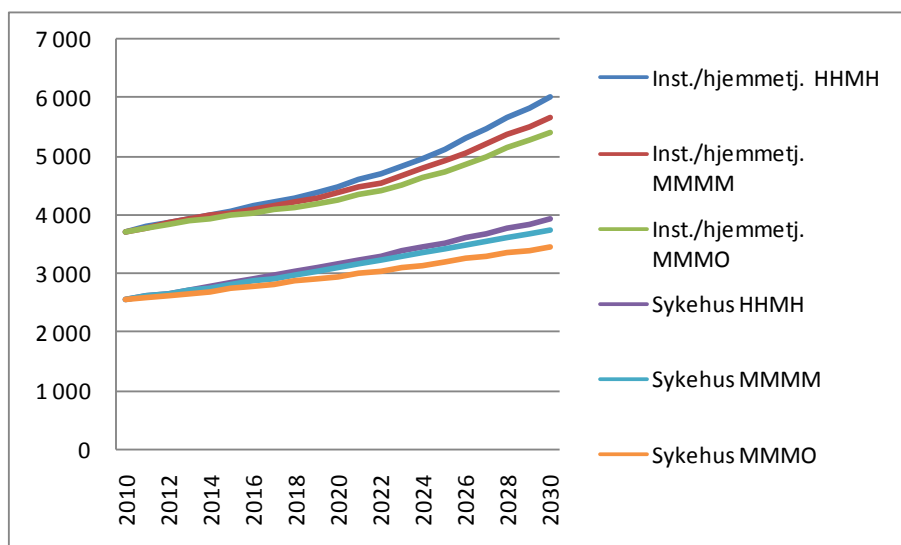
## 5.2 Effekt av befolkningsvekst på etterspørsel

Med utgangspunkt i etterspørselsfunksjonene fra foregående delkapittel, kan vi nå gi prognoser for utviklingen i etterspørselen for sykepleiere, helsefagarbeidere, intensivsykepleiere og geriatriske sykepleiere ut i fra antatt vekst i befolkningen.

Hovedforutsetningen for disse prognosene er SSBs befolkningsframskrivninger, som baserer seg på antagelser om fruktbarhet, levealder, netto innenlandsk flytting og netto innvandring. På kommunenivå presenteres 9 ulike scenarier, hvorav vi har valgt ut tre som dekker det spennet vi vil utforske:

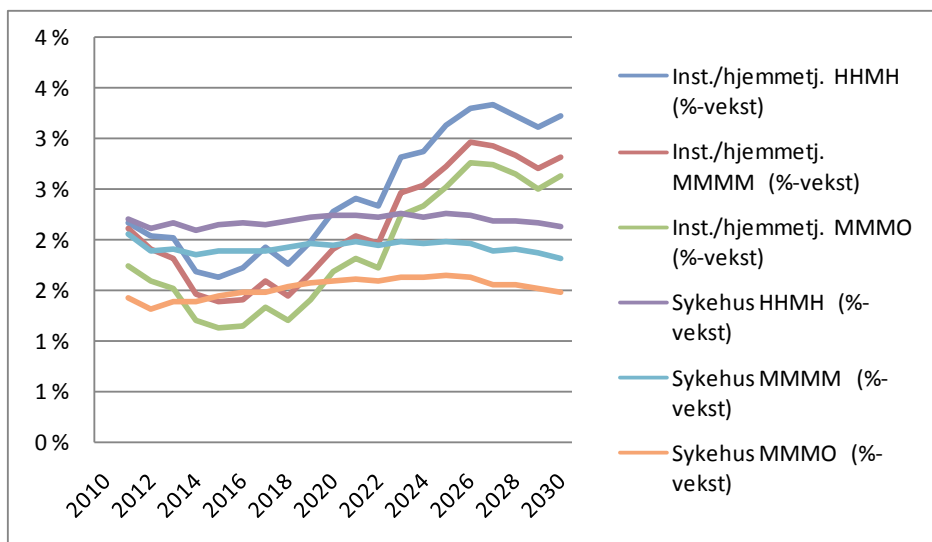
- MMMM – Middels verdier for alle fire indikatorene
- MMMO – Middels verdier på alle indikatorene unntatt innvandring som settes lik null
- HHMH – Høyere verdier på alle indikatorene unntatt netto innenlandsk flytting som kun har middels verdier

Figur 27: Etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere (årsverk) til sykehus og institusjoner/hjemmetjenester (eldre og funksjonshemmede) i forhold til tre alternativer for befolkningsvekst 2010-2030



Figuren over viser at for alle tre scenariene for befolkningsvekst vil det være vekst i etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere for både institusjoner og hjemmetjenester (eldre og funksjonshemmede) og sykehus (somatiske sykehus og institusjoner utenom for eldre og funksjonshemmede). For middels befolkningsvekst (MMMM), vil behovet etter personell til eldreomsorg øke fra 3 718 til 5 663, mens behovet etter personell til sykehus vil øke fra 2 556 til 3 745.

Figur 28: Årlig vekst i etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere (årsverk) til sykehus og institusjoner/hjemmetjenester (eldre og funksjonshemmede) i forhold til tre alternativer for befolkningsvekst 2010-2030



Figuren over viser at i alle de tre scenariene for befolkningsvekst, vil veksten i etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere være høyere for institusjoner og hjemmetjenester (eldre og funksjonshemmede) enn for sykehus (somatiske sykehus og institusjoner utenom for eldre). For institusjoner og hjemmetjenester vil det være tiltakende vekst utover i perioden, mens det for sykehus vil være tegn til noe redusert vekst.

Totalt sett, vil middels befolkningsvekst (MMMM) medføre at behovet etter personell til institusjoner og hjemmetjenester øker med 55 % fra 2010 til 2030, mens behovet etter personell til sykehus vil øke med 47 %, dvs. 8 prosentpoeng mindre enn for institusjoner og hjemmetjenester. Dersom det ikke blir vekst i innvandringen (MMMO), vil etterspørselen etter personell til institusjoner og hjemmetjenester øke med 48 %, mens etterspørselen etter personell til sykehus vil øke med kun 35 %, dvs. 13 prosentpoeng lavere enn for institusjoner og hjemmetjenester. Disse tallene indikerer at veksten i innvandringen i tidsperioden 2010-2030 vil ha relativt sterkest betydning for sykehussektoren. Dersom en i tillegg tar hensyn til samhandlingsreformen, dvs. aktivitetsvekst i kommunesektoren (institusjoner og hjemmetjenester) på bekostning av den statlige sykehussektoren, vil det bli enda større forskjeller i veksttakt mellom de to sektorene.

### 5.3 Arbeidsmarkedsbalanser

Vi skal nå se nærmere på arbeidsmarkedsbalansene for hver av de fire personellkategoriene - sykepleiere, helsefagarbeidere, intensivsykepleiere og geriatriske sykepleiere. Vi vil sammenligne en referansebane inneholdende de mest sannsynlige parametrene i etterspørsels- og tilbudsfunksjonen, med følgende fire alternativ:

- I. Endret etterspørsel etter arbeidskraft gjennom høyere eller lavere *befolkningsvekst*
- II. Økt tilbud av arbeidskraft gjennom *høyere utdanningskapasitet*
- III. Økt tilbud av arbeidskraft gjennom *høyere studiefullføringsgrad*

IV. Økt tilbud av arbeidskraft gjennom *høyere stillingsandeler*

De tre siste scenariene (høyere utdanningskapasitet, høyere studiefullføringsgrad og høyere stillingsandeler) kan alle ses på som indikatorer på de respektive yrkenes attraktivitet.

**Sykepleiere**

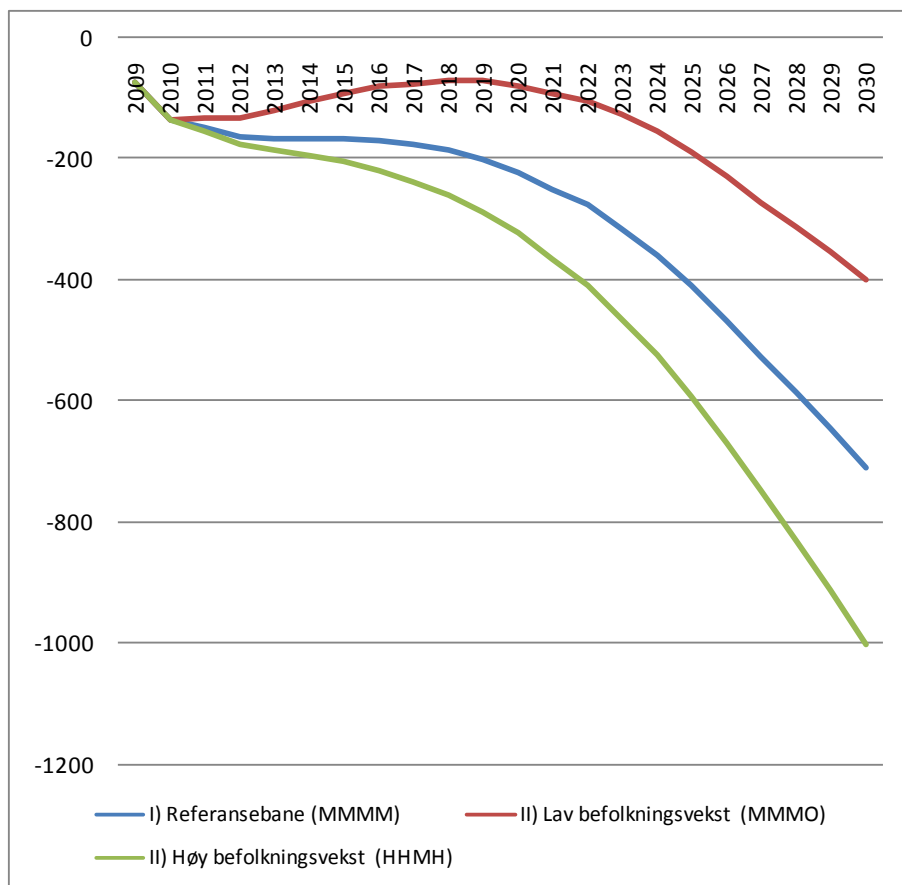
Behovet for sykepleiere kan antas å være relativt jevnt voksende som følge av vekst både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den forventede veksten kan både knyttes til behov for ordinære sykepleiere og til et antatt økende behov for spesialsykepleiere (som først må utdanne seg til sykepleiere). Det er ifølge informantene en utfordring å skaffe sykepleiere, og vi har derfor anslått at regionen i 2010 hadde en 'mangel' på sykepleiere på 75 årsverk. Denne 'mangelen' er imidlertid ikke å forstå som funksjoner som ikke dekkes opp, men som funksjoner/stillinger som må dekkes ved bruk av vikarer.

Tabell 8: Parametere for tilbud av sykepleiere i Stavangerregionen, fem scenarier (endringer fra referansebane i **uthevet skrift**)

Parametre	I) Referansebane	II) Befolkningsvekst	III) Høyere utdanningskapasitet	IV) Høyere studiefullføring	V) Høyere stillingsandeler
<b>0) Utgangspunkt</b>					
Sysselsetting 2009 (pers.)	4 360				
Mangel dekket med vikarer	-75				
Restarbeidsstyrke	856				
Årlig frafall for alder	-1,40 %				
<b>1) Befolkningsvekst</b>	<i>MMMM</i>	<i>MMMO/HHMH</i>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>
<b>2) Standardheving fra øk. vekst</b>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>
<b>3) Utdanningskapasitet</b>	<i>240</i>	<i>240</i>	<i>300</i>	<i>240</i>	<i>240</i>
Opptak ordinært studie 3 år før	210	210	<b>250</b>	210	210
Opptak desentral. studie 2 år før	30	30	<b>50</b>	30	30
<b>4) Yrkesattraktivitet</b>					
Fullføring av studium	85 %	85 %	85 %	<b>95 %</b>	85 %
Nyutdannede inn i yrket	93 %	93 %	93 %	93 %	93 %
Stillingsprosent	74 %	74 %	74 %	74 %	<b>80 %</b>
<i>Nye årsverk av opptatt kull</i>	<i>58 %</i>	<i>58 %</i>	<i>58 %</i>	<i>65 %</i>	<i>63 %</i>
<i>Netto tilførsel/frafall (- alder)</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>

Tabellen over viser parameter verdiene for sykepleiere i referansebanen og to andre scenarier for befolkningsvekst.

Figur 29: Arbeidsmarkedsbalanse for sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, tre ulike scenarier for befolkningsvekst

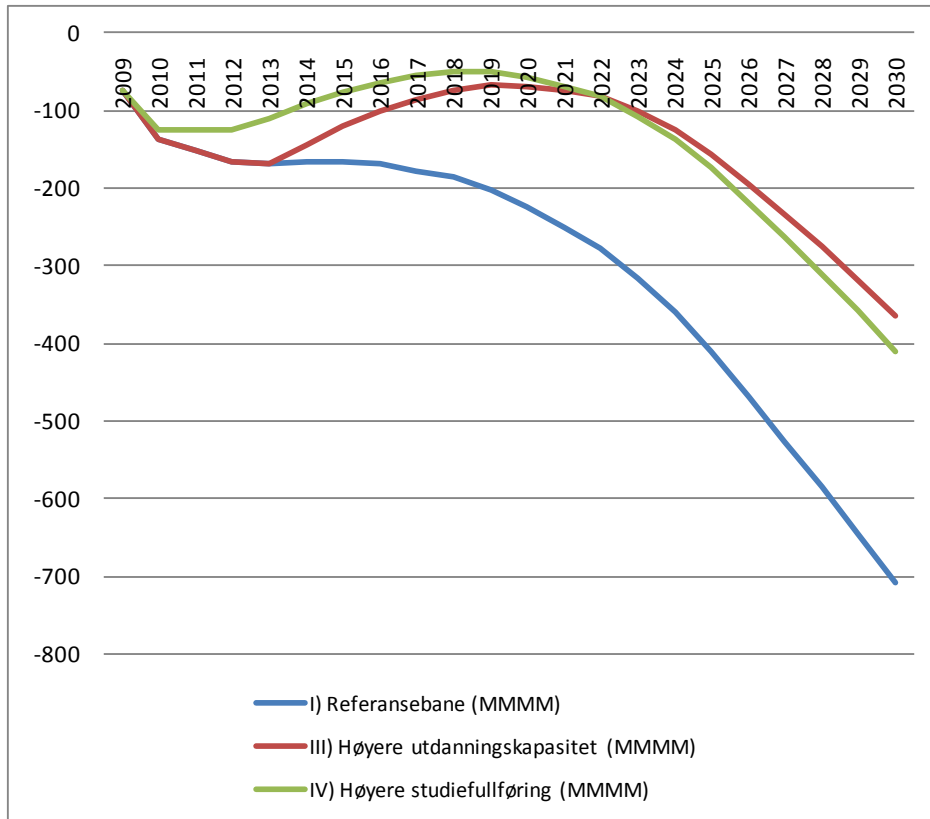


Figuren viser at for både middels (MMMM) og høy befolkningsvekst (HHMH), vil regionens sykepleierunderskudd øke utover i perioden. Ved middels befolkningsvekst, vil det i 2030 være en sykepleier manko på rundt 700 årsverk. Dersom det ikke blir innvandring (MMMO), vil sykepleiermangelen avta fram mot 2018, men mangelen vil så tilta igjen som følge av økende antall eldre. I lys av globale hendelser og trender og de seinere års innvandring, nasjonalt og regionalt, er det imidlertid tvilsomt at innvandringen vil stoppe opp. Hvis veksten skulle tilta (HHMH), vil imidlertid underskudd på sykepleiere ganske raskt gjøre seg gjeldene. Hvilket av disse scenariene som vil slå til, er usikkert men den samlede lærdommen, er at regionen før eller senere vil måtte øke antallet sykepleiere.

I den videre drøftingen vil vi utelukkende fokusere på middels befolkningsvekst (MMMM).

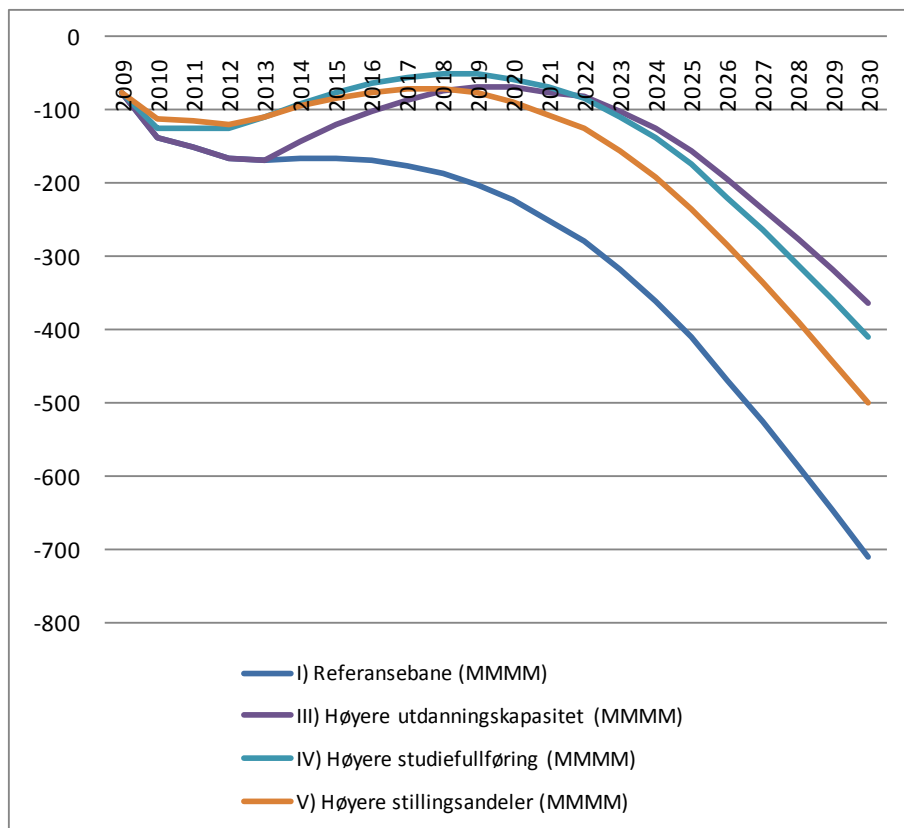


Figur 30: Arbeidsmarkedsbalanse for sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030 ved middels befolkningsvekst (MMMM), effekt av økt utdanningskapasitet og høyere studiefullføring



Figuren over viser effekten av å øke antall sykepleierstudenter som tas opp fra 240 til 300, samt effekten av en økning av studiefullføring fra 85 % til 95 %. Som figuren viser, vil både økt studiekapasitet og høyere studiefullføringsgrad, isolert sett, føre til avtakende mangel fram mot 2019, men etter dette vil tiltakene ikke være tilstrekkelige til å motvirke økende mangel. En kombinasjon av disse to tiltakene vil imidlertid virke dobbelt så sterkt som ett tiltak alene, og vil således kunne eliminere regionens mangel på sykepleiere. Den kanskje mest interessante av disse to tiltakene er økning av studiekapasiteten, da studiefullføringsgraden er relativt høy allerede (85 %) og ved at studiefullføringsgraden antagelig vil påvirkes negativt av større inntak.

Figur 31: Arbeidsmarkedsbalanse for sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet, høyere studiefullføringsgrad og høyere stillingsprosent



Figuren over viser at tilnærmet samme reduksjon i sykepleiermangel som kan oppnås med høyere utdanningskapasitet eller høyere studiefullføringsgrad, også kan oppnås med en økning av gjennomsnittlige stillingsprosent fra 74 % til 80 %.

I sum følger det at regionen står overfor et begynnende underskudd på sykepleiere dersom det ikke gjennomføres tiltak. De mest aktuelle tiltak som kan gjennomføres, er økning av utdanningskapasitet og høyning av gjennomsnittlige stillingsandeler.

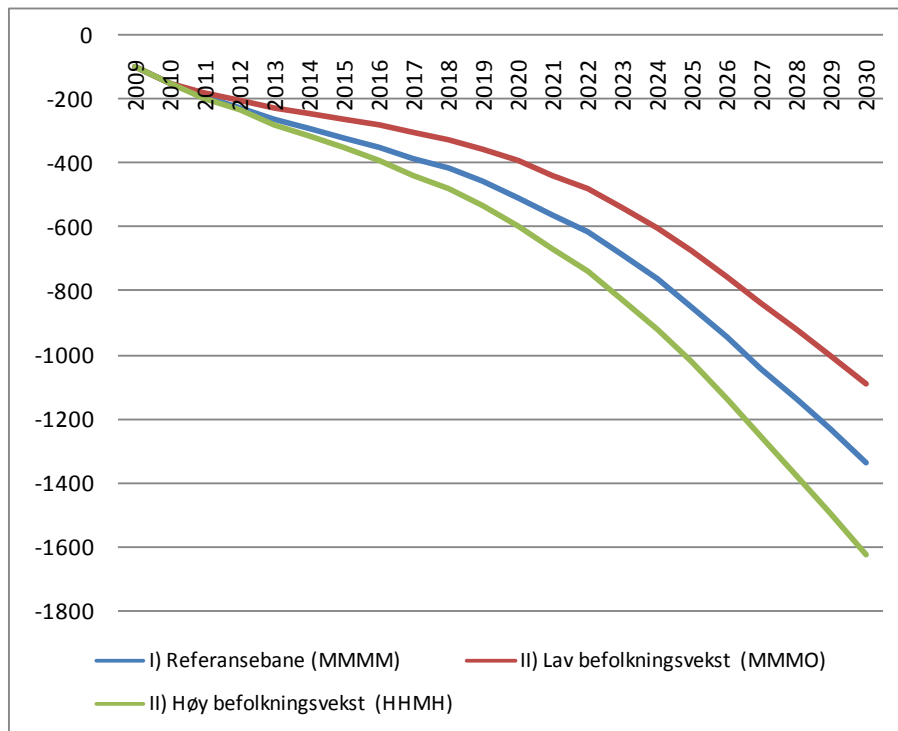
### **Helsefagarbeidere**

I helsefagarbeiderkategorien inngår som nevnt også ”forgjengerne” omsorgsarbeider og hjelpepleier. Interessante trekk ved helsefagarbeideren som personellkategori er foruten kjente utfordringer knyttet til det å få gjennom tilstrekkelig nok kandidater, utfordringer mht. å skaffe både ”varme og kompetente hender” når ”eldrebølgen” for alvor tar av om en ti års tid.

Tabell 9: Parametere for regionalt tilbud av helsefagarbeidere (endringer fra referansebane i **uthevet skrift**)

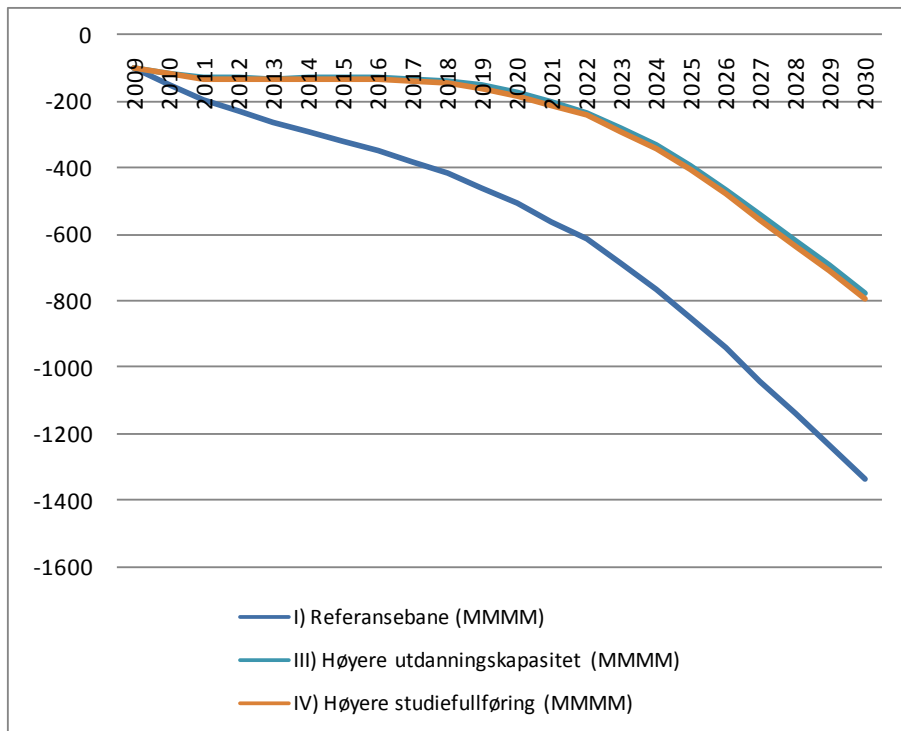
Parametre	I) Referansebane	II) Befolkningsvekst	III) Høyere utdanningskapasitet	IV) Høyere studiefullføring	V) Høyere stillingsandeler
<b>0) Utgangspunkt</b>					
Sysselsetting 2009 (pers.)	4 241				
Mangel dekket med vikarer/ufaglærte	-100				
Restarbeidsstyrke	1 038				
Årlig frafall for alder	-2,09 %				
<b>1) Befolkningsvekst</b>	<i>MMMM</i>	<i>MMMO/ HHMH</i>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>
<b>2) Standardheving fra øk. vekst</b>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>
<b>3) Utdanningskapasitet</b>	553	553	<b>604</b>	553	553
Inntak vg1-hs 3 år før	524	524	524	524	524
Praksiskandidater	29	29	<b>80</b>	29	29
<b>4) Yrkesattraktivitet</b>					
Andel inn i lære	25 %	25 %	25 %	<b>30 %</b>	25 %
Fullført lære	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %
Stillingsprosent	68 %	68 %	68 %	68 %	<b>95 %</b>
<i>Nye årsverk av opptatt kull</i>	<i>16 %</i>	<i>16 %</i>	<i>16 %</i>	<i>19 %</i>	<i>23 %</i>
<b>Tilførsel/frafall (eksl. for alder)</b>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>

Figur 32: Arbeidsmarkedsbalanse for helsefagarbeidere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, tre ulike scenarier for befolkningsvekst



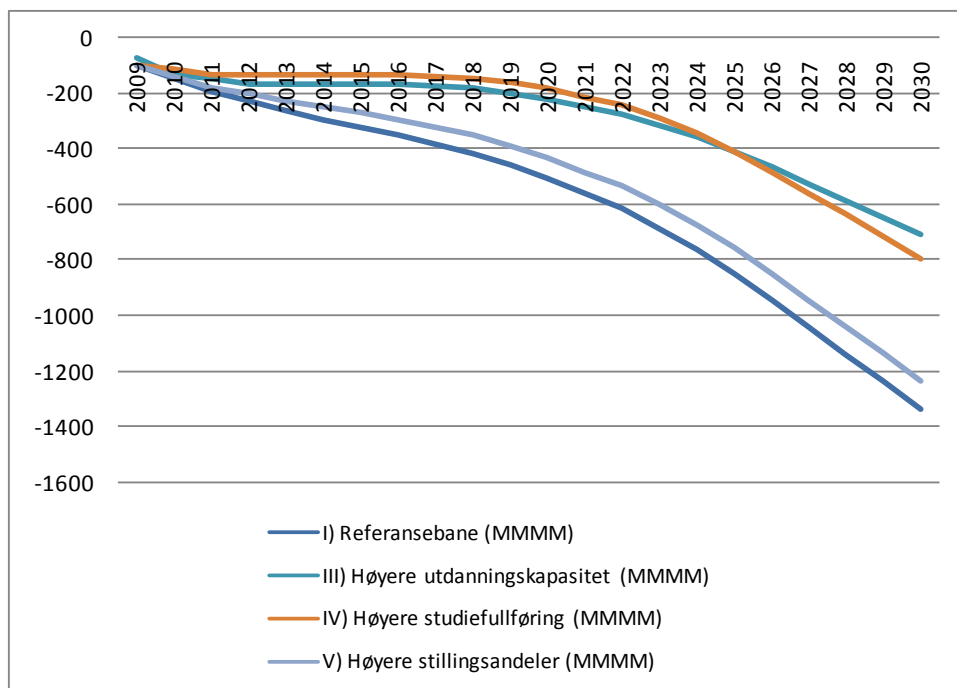
Figuren viser hvordan regionens mangel på helsefagarbeidere vil tilta utover i perioden, uansett hvilken befolkningsvekst som legges til grunn. Referansebanen med middels befolkningsvekst gir en mangel på helsefagarbeidere på ca. 1 300 i 2030. Uten innvandring (MMMO), vil regionen i 2030 ha et underskudd på 1 100, mens en ved høy befolkningsvekst (HHMH), vil ha et underskudd på 1 600. Tallene indikerer en relativt sett enda større knapphet enn for sykepleiere.

Figur 33: Arbeidsmarkedsbalanse for helsefagarbeidere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet og høyere studiefullføring



Figuren over viser effekten av en økning i utdanningskapasitet med å øke årlig antall praksiskandidater fra 29 til 80, samt effekten av økning av andel elever på vg1-hs som etter å ha tatt vg2, går videre inn i lære med 5 prosentpoeng, fra 25 % til 30 %. Som det fremgår, vil hvert av disse to tiltakene ha tilnærmet lik effekt, og vil bidra til å redusere, men ikke eliminere, regionens mangel på helsefagarbeidere. En kombinasjon av disse to tiltakene vil imidlertid ha en veldig sterk effekt, og vil nesten kunne bidra til balanse også i 2030.

Figur 34: Arbeidsmarkedsbalanse for helsefagarbeidere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet, høyere studiefullføringsgrad og høyere stillingsprosjenter



Figuren sammenligner effektene av høyere utdanningskapasitet og høyere studiefullføringsgrad med effektene av en økning av gjennomsnittlige stillingsprosjenter fra 68 til 80 %. Figuren viser at selv med en økning på hele 12 prosent, vil en ikke være i nærheten av samme effekt som ved 51 flere praksiskandidater (økning fra 29 til 80) eller 5 prosent høyere studiefullføringsgrad. Årsaken til dette er at hovedutfordringen for tilgangen på helsefagarbeidere er det ekstremt store antallet som ikke kommer ut i arbeidslivet.

Da en økning av antall praksiskandidater fra 29 til 80 kan være urealistisk, i hvert fall hvis ikke omfattende virkemidler settes inn, følger det at det viktigste tiltaket for å bedre arbeidsmarkedsbalansen for helsefagarbeidere, er økning av studiefullføringsgraden, dvs. få flere elever fra vg1-hs over på Vg2 helsefagarbeiderutdanning, og videre inn i lære og så inn i yrket.

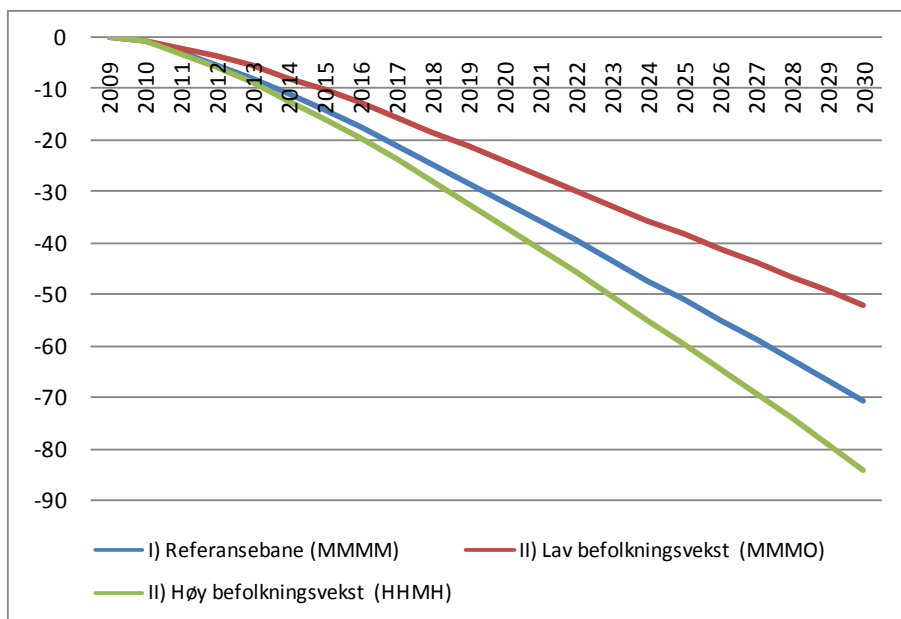
## Intensivsykepleiere

Interessante trekk ved intensivsykepleiere er at de har krevende yrker og er etterspurt arbeidskraft. De er i hovedsak knyttet til spesialisthelsetjenesten, samtidig som man kan anta at deres kompetanse også vil bli etterspurt i kommunehelsetjenesten og intermediære enheter etter hvert som man vil måtte motta flere og sykere pasienter. Allerede i dag er dette en gruppe som helseforetaket har vansker med å få tak i nok av, ikke minst fordi relativt mange finner seg andre jobber.

Tabell 10: Parametere for regionalt tilbud av intensivsykepleiere (endringer fra referansebane i **uthevet skrift**)

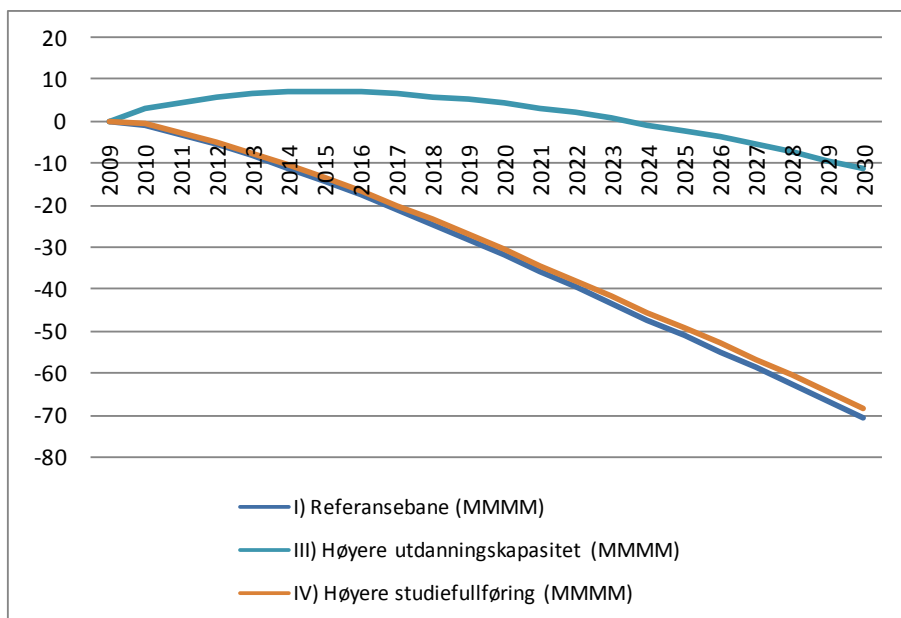
Parametere	I) Referansebane	II) Befolkningsvekst	III) Høyere utdanningskapasitet	IV) Høyere studiefullføring	V) Høyere stillingsandeler
<b>0) Utgangspunkt</b>					
Sysselsetting 2009 (årsverk)	180				
Mangel dekket inn med vikarer	0				
Restarbeidsstyrke	0				
Årlig frafall for alder	-1,40 %				
<b>1) Befolkningsvekst</b>	<i>MMMM</i>	<b>MMMO /HHMH</b>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>
<b>2) Standardheving fra øk. vekst</b>	<i>0,00 %</i>	<b>0,00 %</b>	<i>0,00 %</i>	<i>0,00 %</i>	<i>0,00 %</i>
<b>3) Utdanningskapasitet</b>					
Inntak (gjennomsnittlig hvert år)	10	10	<b>15</b>	10	10
<b>4) Yrkesattraktivitet</b>					
Fullføring av studium	98 %	98 %	98 %	<b>100 %</b>	98 %
Nyutdannede inn i yrket	100 %	100 %	100 %	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Stillingsprosent	80 %	80 %	80 %	<b>80 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Nye årsverk av opptatt kull</b>	<i>78 %</i>	<i>78 %</i>	<i>78 %</i>	<b>80 %</b>	<b>98 %</b>
<b>Tilførsel/frafall (eksl. for alder)</b>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>	<i>-2,00 %</i>

Figur 35: Arbeidsmarkedsbalanse for intensivsykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, tre ulike scenarier for befolkningsvekst



Figuren viser at et stadig økende behov for sykehustjenester vil medføre en stadig økende mangel på intensivsykepleiere dersom dagens utdanningskapasitet og dagens avgang fra yrket fortsetter.

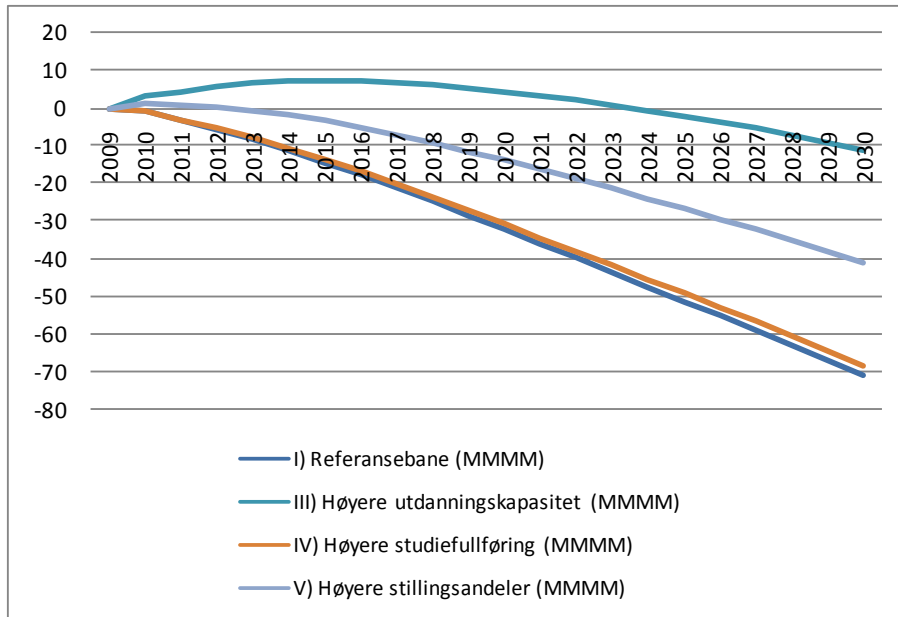
Figur 36: Arbeidsmarkedsbalanse for sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet og høyere studiefullføring



Figuren viser effekten av en 50 % økning av utdanningskapasitet fra 10 til 15 eller en økning av studiefullføringsgrad til 100 %. Da studiefullføringsgraden allerede er så høy (98 %), vil en økning her så å si ikke ha noe å si. En 50 % økning i utdanningskapasiteten vil imidlertid føre til overskudd på intensivsykepleiere fram til 2023.



Figur 37: Arbeidsmarkedsbalanse for intensivsykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet, høyere studiefullføringsgrad og høyere stillingsprosent



Figuren over sammenligner effektene av 50 % økning i utdanningskapasitet (10-15), høyere studiefullføringsgrad (98 - 100 %) og økte stillingsandeler fra 74 % til 100 %. Da stillingsprosentene i dag kun er 74 %, vil en økning kunne ha enormt stor betydning. Figuren viser imidlertid at siden det totale antall intensivsykepleiere er relativt sett så lavt (180 årsverk), vil en økning i stillingsandelene på 26 prosentpoeng ha mye mindre effekt enn en 50 % økning av utdanningskapasiteten.

I sum viser beregningen over at det viktigste grepet som kan tas for å bedre arbeidsmarkedsbalansen for intensivsykepleiere, er økning av studiekapasiteten.

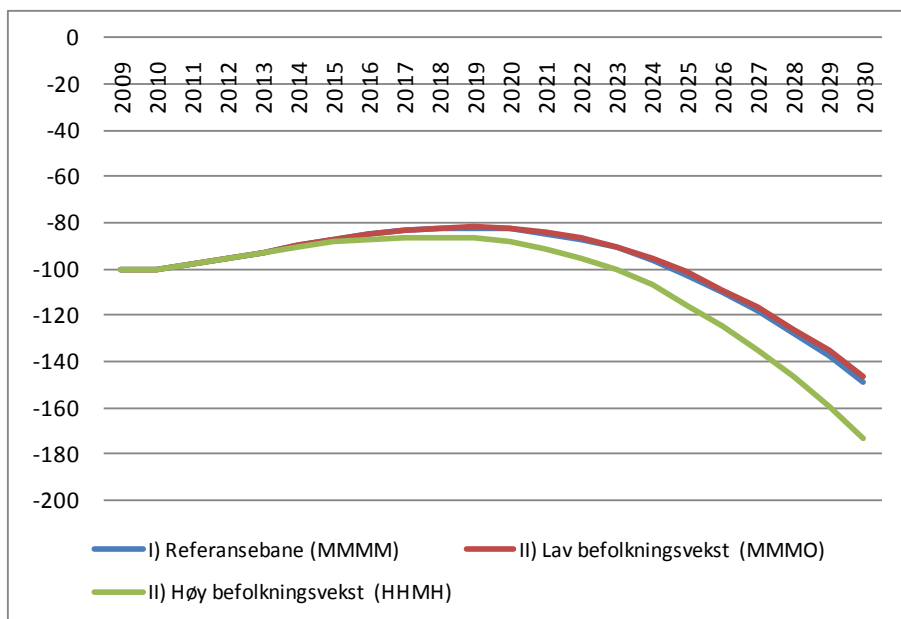
## Geriatriske sykepleiere

Interessante trekk ved denne kategorien er to forhold. For det første, en antatt underdekning i utgangspunktet. Dette er en type utdanning som ikke er påkrevd formelt sett, men som forventes i økende grad etterspurt og benyttet i eldreomsorgen som følge av utfordringer knyttet til kroniske sykdommer, multidiagnoser og et økende antall syke mennesker plassert ute i kommunene. For det andre, den forventede eldrebølgen fra 2020 av og konsekvenser mht. økende antall eldre mennesker med økende pleie- og omsorgsbehov pga. den høye forekomst av demens i de eldste aldersgruppene vil kunne bidra til enda større underdekning.

Tabell 11: Parametere for regionalt tilbud av geriatriske sykepleiere (endringer fra referansebane i **uthevet skrift**)

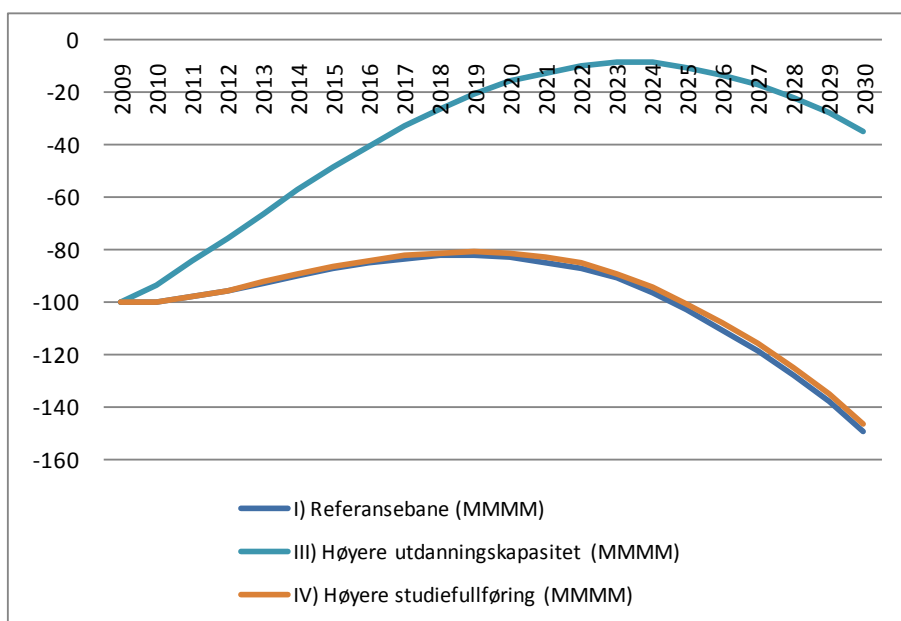
Parametere	I) Referansebane	II) Befolkningsvekst	III) Høyere utdanningskapasitet	IV) Høyere studiefullføring	V) Høyere stillingsandeler
<b>0) Utgangspunkt</b>					
Sysselsetting 2009 (årsverk)	105				
Mangel dekket inn med personell uten spesialisering	-100				
Restarbeidsstyrke	0				
Årlig frafall for alder	-1,40 %				
<b>1) Befolkningsvekst</b>	<i>MMMM</i>	<b>MMMO /HHMH</b>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>	<i>MMMM</i>
<b>2) Standardheving fra øk. vekst</b>	<i>2,50 %</i>	<b>2,50 %</b>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>	<i>2,50 %</i>
<b>3) Utdanningskapasitet</b>					
Inntak (gjennomsnittlig hvert år)	10	10	<b>15</b>	10	10
<b>4) Yrkesattraktivitet</b>					
Fullføring av studium	98 %	98 %	98 %	<b>100 %</b>	98 %
Nyutdannede inn i yrket	100 %	100 %	100 %	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Stillingsprosent	80 %	80 %	80 %	<b>80 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Nye årsverk av opptatt kull</b>	<i>78 %</i>	<i>78 %</i>	<i>78 %</i>	<b>80 %</b>	<b>98 %</b>
<b>Tilførsel/fracfall (eksl. for alder)</b>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>	<i>-1,00 %</i>

Figur 38: Arbeidsmarkedsbalanse for geriatriske sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, tre ulike scenarier for befolkningsvekst



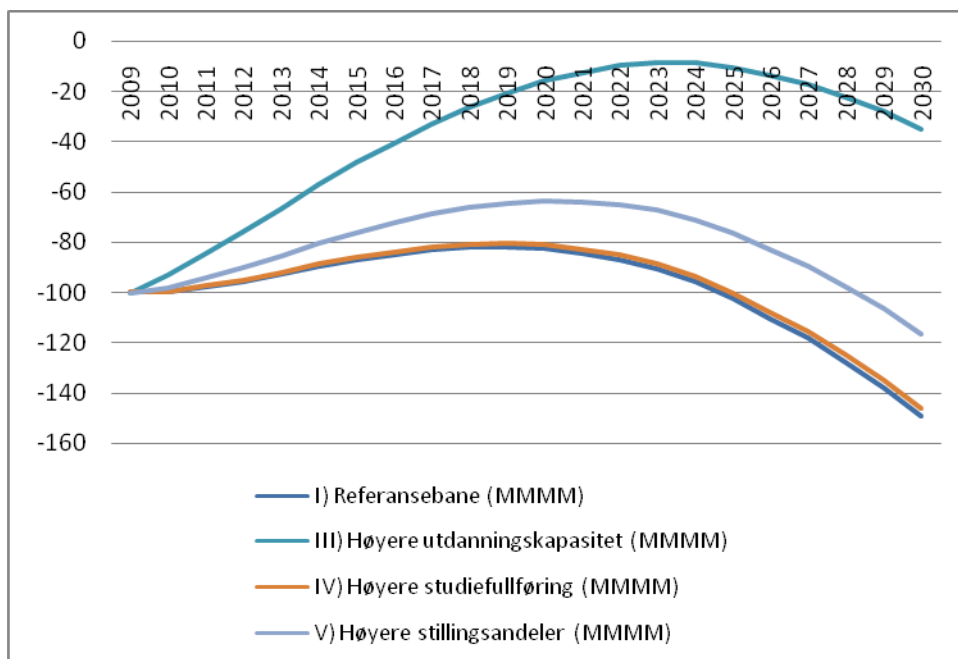
Figuren over viser at dagens underdekning på geriatriske sykepleiere (100 årsverk) vil bli redusert fram mot 2020, men at veksten i eldre så vil slå inn og medføre stadig økende mangel. Det er så å si ingen forskjell mellom MMMM og MMMO, noe som skyldes at eventuell innvandring medfører liten endring i etterspørsel etter de tjenestene som bruker mest geriatriske sykepleiere.

Figur 39: Arbeidsmarkedsbalanse for geriatriske sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet og høyere studiefullføring



Figuren over viser effekten av en 50 % økning av den gjennomsnittlige årlige utdanningskapasiteten fra 10 til 15, samt av en økning i studiefullføringsgraden fra 98 til 100 %. Da studiefullføringen allerede er på 98 %, er det økt utdanningskapasitet som er viktigst. En 50 % økning vil sterkt bidra til å redusere mangelen, men vil likevel ikke være tilstrekkelig for å gi balanse i arbeidsmarkedet på sikt.

Figur 40: Arbeidsmarkedsbalanse for geriatriske sykepleiere (målt i antall årsverk) i Stavangerregionen 2010-2030, effekt av økt utdanningskapasitet, høyere studiefullføringsgrad og høyere stillingsprosent



Figuren viser, tillegg til effekten av høyere utdanningskapasitet og høyere studiefullføringsgrad, effekten av økte stillingsandeler fra 74 % til 100 %. Figuren viser at høyere stillingsandeler vil kun ha liten effekt.

I sum viser beregningene her at det viktigste tiltaket som kan gjøres for geriatriske sykepleiere, er økning av utdanningskapasiteten.

#### 5.4 Oppsummering: Tiltak for å oppnå arbeidsmarkedsbalanse

Gjennomgangen over har vist at regionen står overfor utfordringer for alle de fire personell kategoriene (sykepleiere, helsefagarbeidere, intensivsykepleiere og geriatriske sykepleiere). Analysen indikerer imidlertid forskjeller i hvilke tiltak som vil vært mest relevante for å sikre arbeidsmarkedsbalanse for de fire kategoriene.

Sykepleiere har allerede en relativt høy studiefullføringsgrad (85 %), så de mest effektive virkemidlene for å bedre tilgangen på arbeidskraft, vil være en kombinasjon av økt utdanningskapasitet og økte stillingsprosent

Det er svært høy studiekapasitet for helsefagarbeidere (524 elever på vg1-hs og 29 praksiskandidater), men det er ekstremt lav studiefullføringsgrad. De viktigste virkemidlene vil være å øke andelen av elevene på vg1-hs, som går videre på helsefagarbeiderstudiet i vg2 og deretter inn i lære, og derfra inn i yrket, samt øke tilgangen på praksiskandidater. Dette vil kreve tiltak som høyner yrkets og dermed studiets attraktivitet.

Intensiv og geriatriske sykepleiere har begge relativt høy studiefullføring og stillingsprosent, men utdanningskapasitetene synes å være for lave. Det mest effektive tiltaket for å bedre arbeidsmarkedsbalansen, vil da være økning av studiekapasiteten. Det er påkrevd med kraftige økninger i antall studieplasser for å skaffe tilstrekkelig med personell.



## 6 Sammenfattende drøfting og aktuelle strategier

Formålet med prosjektet har vært å analysere etterspørsel og tilbud etter helse og omsorgspersonell i Stavangerregionen, her definert som de kommunene som inngår i Helse Stavangers område. Vi har begrenset oss til å se på fire kategorier helse og omsorgspersonell: helsefagarbeidere, sykepleiere, spesialsykepleiere innenfor geriatri og intensiv.

Modellanalyser på nasjonalt nivå indikerer at det vil kunne bli mangel på helse- og omsorgspersonell frem mot 2030. Hva vil skje i Stavangerregionen? Hovedtema i denne studien er *i hvilken grad det vil bli knapphet* på helse- og omsorgspersonell, og hvilke *strategier* som regionale aktører kan ta i bruk for å møte arbeidskraftutfordringene.

### 6.1 Hovedfunn

Første beskrives noen langsiktige utviklingstrekk. Deretter presenteres forutsetninger og vurderinger av hvordan utviklingen vil kunne bli fremover for de fire personellkategorier.

#### ***Utviklingstrekk***

Helse- og omsorgssektoren har vært preget av en betydelig og langvarig vekst. Ikke minst har sysselsettingen vokst mye de siste 40 årene. Målt i verdiskaping er også veksten sterk. Sektoren har økt sine andeler av BNP betydelig. En rekke forhold har bidratt til den sterke veksten:

- Generell inntekts- og velstandsøkning med standardhevinger i tjenestetilbudet.
- Overføring av omsorgs- og pleieoppgaver, som tidligere i stor grad skjedde i familien, til det offentlige.
- Medisinske og teknologiske fremskritt med økte diagnostiserings- og behandlingsmuligheter.
- Behov som på sett og vis er ”umettelige”, og hvor folks prioriteringer og preferanser for bedre tjenester formidles gjennom valg og det politiske systemet.
- Et økende antall ressurskrevende brukere under 67 år har spilt en vesentlig rolle for veksten de siste årene, mer enn veksten i antall eldre, selv om dette også har spilt en viss rolle.

Helse- og omsorgssektoren er hovedsakelig offentlig finansiert: spesialisthelsetjenesten gjennom statlige midler, og pleie og omsorg over kommunale budsjetter. Veksten og vekstmekanismene gjør seg følgelig gjeldene over hele landet, men med enkelte regionale forskjeller. I Stavangerregionen har aktivitetsveksten de siste ca. ti år vært sterkere enn på landsbasis. Det gjelder særlig for pleie- og omsorg, og i noen grad også for spesialisthelsetjenesten. En region med betydelig befolkningsvekst og en relativt velstående befolkning, er viktige bakgrunnsfaktorer for dette.

Strukturelle trekk og trender av generell karakter med betydning for sysselsetting og bemanningsstruktur, gjør seg også gjeldene i Stavangerregionen. I spesialisthelsetjenesten skjer det omlegginger med økt vekt på dagopphold og poliklinisk behandling. Når det gjelder personellstruktur, er *spesialisthelsetjenesten* preget av en bemanning med høy grad av spesialisert personell: Over tid har det blitt flere leger og mange spesialsykepleiere, men færre med helsefagarbeiderutdanning og tilsvarende. En markert trend i *kommunene* er en gradvis forflytting av ressursinnsatsen fra institusjoner til hjemmebaserte tjenester. I kommunal pleie og omsorg utgjør helsefagarbeidere (inklusive omsorgsarbeidere og hjelpepleiere) en noe større gruppe enn sykepleierne. Et interessant trekk her er videre at spesialsykepleiere, som ikke er noen stor gruppe, øker i antall. Det gjelder særlig innen gruppene psykiatri og geriatri.

En sjettedel av arbeidsplassene i Stavangerregionen er innen helse og sosial. I alle kommunene gir helse- og sosialsektoren et betydelig antall arbeidsplasser. Stavanger har med over 14 000 ansatte i sektoren nær på halvparten av arbeidsplassene. At sykehuset ligger her har selvsagt betydning. Sandnes har nesten 5 000 sysselsatte. For øvrig har Sola, Egersund, Time, Klepp og Hå kommuner over tusen arbeidsplasser i denne sektoren.

Pleie og omsorgssektoren har som nevnt økt mye i Stavangerregionen. I 1999 hadde dette området 5,24 prosent av nasjonale utgifter til pleie og omsorg. Denne andelen var økt til nærmere 6 prosent i 2009. I samme tidsrom økte befolkningsandelen fra 6,3 prosent til 6,7 prosent. Som på landsbasis har det vært en trend med økende satsning på hjemmetjenester. Antallet mottakere av slike tjenester har i tidsrommet 1999 - 2008 økt mye i denne regionen, 20 prosent, mot 13 prosent på landsbasis. Dertil kommer at i tiåret 1999 - 2009 økte også antall institusjonsplasser for eldre og funksjonshemmede med 5 prosent i Stavangerregionen, mens det var en nedgang på 2 prosent i landet totalt sett. Veksten i utgifter og sysselsetting har vært særskilt stor i vekstkommuner som ligger nær Stavanger: Sandnes, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg og Rennesøy.

Stavangerregionen har en forholdsvis ung befolkning. Et mål på dette er den aldersmessige bæreevnen, definert som antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer. I 2010 hadde regionen en aldersmessig bæreevne på 6,6 mot 5,2 på landsplan. Det er alderssammensetningen i sentrale og vekstkraftige kommuner i regionen som gjør at aldersbæreevnen er høy. Mer perifere kommuner har en aldersbæreevne som ligger nær eller under landsgjennomsnittet, og i disse kommunene finner man forholdsvis mange mennesker som er over 80 år.

### ***Beregningsmessige føringer og forutsetninger***

Hva med utviklingen fremover? Hvilke føringer og forutsetninger kan legges til grunn for etterspørselsvekst og tilgang på kvalifisert personell? Følgende hovedelementer er lagt til grunn for beregninger og vurderinger:

- Etterspørselsside: Behovet for hver av personellkategoriene avhenger av vekst i befolkning (i forhold til totalt antall, aldersfordeling og kjønn), samt generell økonomisk vekst. Disse variablene kombinert med parametere for personellinnsats i ulike aktivitetsområder bestemmer aktivitetsnivå og dermed personelletterspørsel i de ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.



- Tilbudsside: Tilgang på arbeidskraft i de ulike personellkategorier bestemmes av sysselsetting i utgangspunktet, årlig tilbud av nyutdannede kandidater, eventuell tilgang av personer som har vært ute av arbeidslivet minus årlig avgang, enten til andre yrker eller til alderspensjon.
- Befolkningsutvikling og demografi er en vesentlig vekstfaktor. For det første indikerer SSBs prognosemodeller for befolkningsutvikling en betydelig samlet befolkningsvekst. Av spesiell interesse er de eldre. Gjennomsnittsalderen øker, og særlig antall personer over 80 år, øker mye etter 2020.
- Denne "eldrebølgen" blir særlig viktig med tanke på økt etterspørsel og bemanningsbehov. Gjennomsnittsforbruket av helse- og omsorgstjenester øker med alder. Antallet med kroniske sykdommer: kols, diabetes, demens mv. kan forventes å øke som følge av at prevalensen øker mye med alder. Særlig demenssykdommene, hvor forekomsten er spesielt høy i de høyeste aldersgruppene, skaper et betydelig tjenestebehov.
- Det er grunn til å tro at en forventet fortsatt vekst i nasjonalinntekt kombinert med ulike typer av etterspørselsdrivere, fortsatt vil kunne bidra til heving av tjenestetilbudet og vekst i bemanningsbehov utover det som ligger i befolkningsvekst og demografi. Befolkningen - og velgernes - økte forventninger og krav til et godt tjenestetilbud spiller en viktig rolle i så måte. Andre faktorer er teknologisk og medisinsk utvikling med økte bemannings- og diagnostiseringsbehov, samt økt privatfinansiert etterspørsel bl.a. for å komme raskere frem i helsekøene.
- Det er samtidig grunn til å tro at budsjettmessige rammer vil sette begrensninger for hvor mye sektoren kan vokse. Kombinert med omstillinger og organisatoriske grep, kan man få til personellmessige innsparinger på enkelte områder, men det har vi imidlertid ikke hatt grunnlag for å tallfeste. Aspekter ved dette er samhandlingsreformen med overføring av pasienter og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, økt vekt på oppfølging av pasienter hjemme, og etter hvert mer bruk av til dels ressursbesparende velferdsteknologier

### ***Hovedfunn og vurderinger personellkategorier***

Hovedmønsteret som fremkommer, basert på modellberegninger og intervjuer, er at etterspørselen etter kvalifisert personell vil øke betydelig. Dersom det ikke foretas grep vil det kunne bli knapphet på arbeidskraft i alle fire personellkategorier som vi har sett på. Til dels vil veksten være knyttet til en forventet sterk befolkningsvekst i regionen. Fra utover i 2020-årene vil dessuten "eldrebølgen" med et økende antall eldre over 80 år, slå ut i økende tjenestebehov. Dertil kommer generelle trender knyttet til en økonomisk utvikling preget av fortsatt vekst, medisinske fremskritt og krav til et stadig bedre tilbud av helse- og

omsorgstjenester. I forventningene til et bedre tilbud ligger også behov for høyere og mer spesialisert kompetanse. Det gjelder både spesialisthelsetjenesten og pleie og omsorg. Denne tendensen forsterkes av en generell trend i retning lengre utdanninger og høyere formelle kompetansekrav. Beregnet knapphet på fagpersonell trekkes både opp av mange deltidstillinger og mangelfull tilgang på nyutdannet personell.

I 2009 hadde man 4 360 *sykepleiere* i regionen. Behovet for sykepleiere vil øke i takt med generelle veksttrender i helse- og omsorgssektoren. Ved en middels befolkningsvekst vil det kunne bli en manko på ca. 700 årsverk i 2030. Det utgjør ca. 20 prosent av beregnet årsverksinnsats i dag. Særlig vil veksten i kommunal pleie og omsorg knyttet til innføring av samhandlingsreformen, "eldrebølge" og at kommunene må ta ansvar for flere og sykere mennesker slå ut på etterspørselen. Men også spesialisthelsetjenestens behov for sykepleiere og spesialsykepleiere (som først går gjennom ordinær sykepleierutdanning) vil øke.

I 2009 var det 4 241 *helsefagarbeidere* (inkl. hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) i regionen. Behov for helsefagarbeidere vil kunne øke betydelig som følge av den forventede eldrebølgen. Ved middels befolkningsvekst vil det kunne bli en manko på ca. 1 300 i 2030. Det utgjør ca. 45 prosent av beregnet årsverksinnsats. Viktige årsaker til beregnet knapphet er lave stillingsandeler i yrket, og at relativt få unge går inn i lære, til tross for at relativt mange tar Vg2 Helse og sosial. At det heller ikke utdannes mange praksiskandidater, bidrar også til knapphet på personell.

I 2011 var det anslagsvis 180 årsverk *intensivsykepleiere* i regionen. Også for denne kategorien vil etterspørselen kunne vokse, først og fremst som følge av et økende antall eldre og syke som må overvåkes og følges opp i spesialisthelsetjenesten. Dertil kommer at deres kompetanse vil bli mer etterspurt også i kommunehelsetjenesten etter hvert som kommunene må ta ansvar for flere tidlig utskrevne og syke mennesker. Ved middels befolkningsvekst vil det kunne bli en manko på anslagsvis 70 intensivsykepleiere i 2030. Det utgjør ca. 40 prosent av dagens årsverksinnsats. En viktig årsak er mangelfull tilgang på nyutdannede, blant annet som følge av et lavt antall studieplasser.

I 2009 var det vel 100 årsverk med geriatriske sykepleierutdanning i regionen. Dette er en type kompetanse som er etterspurt og som vi antar i økende grad vil bli brukt fremover. Kroniske sykdommer, multidiagnoser og at kommunene får ansvar for flere og sykere mennesker, vil kunne øke kommunens behov for og bruk av denne type kompetanse langt ut over det som er dagens praksis. Særlig vil den høye forekomst av demens i de eldste aldersgruppene kunne slå ut sterkt. Vi har antatt en underdekning sett i forhold til reelle behov i utgangspunktet på ca. 100 årsverk i dag. Denne underdekningen vil kunne økes til ca. 150 årsverk i 2030, og det utgjør ca. 140 prosent av dagens årsverksinnsats. En viktig årsak er mangelfull tilgang på nyutdannede, blant annet som følge av et lavt antall studieplasser.

## 6.2 Aktuelle strategier

I denne del drøftes aktuelle strategier som vi har avledet av modellberegninger og synspunkter som har fremkommet i intervjuer og gruppesamtaler. Strategiene er slik sett uttrykk for aktuelle tiltak som vi mener kan bidra til å løse en fremtidig knapphet på kompetanse. Først drøfter vi muligheter for å øke tilgangen på personell gjennom økt *yrkesdeltakelse*, dvs. ved at de som er utdannet jobber mer, eller ved at flere personer rekrutteres inn i utdanning og yrke.

Deretter ser vi på hvordan regionale aktører gjennom *koordineringstiltak og samarbeid* kan få til både fleksibilitet og bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse. Videre drøfter vi tiltak rettet mot *utdanningssystemet* i form av bedre gjennomstrømming og antall studieplasser på hovedutdanninger. Så drøfter vi mulighet for et evt. mer differensiert utdanningstilbud, som gir muligheter til å møte et bredere spekter av behov for kompetanseheving. Endelig drøftes mulige forutsetninger for å etablere et *bredere regionalt samarbeid* sett i lys av fremtidige utfordringer.

### **Økt yrkesdeltakelse**

En forventet betydelig vekst i omfang av helse- og omsorgstjenester gir økt arbeidskraftetterspørsel. Gitt at den regionale tilgangen på kvalifisert arbeidskraft er uten beskrankninger, er det mulig å møte denne etterspørselsveksten. I teorien handler dette særlig om å utdanne mange nok. Et problem er imidlertid at tilgangen på elever og studenter er begrenset. Det er begrensninger i regional arbeidskrafttilgang som følge av at befolkningens aldersmessige bæreevne avtar. Det vil om 10 år, og i enda sterkere grad om 20 år, finnes en relativt sett mye mindre yrkesbefolkning å rekruttere elever og studenter fra, for å dekke utdanningsbehov og etterspørselen fra en voksende eldre befolkning. Dette er en demografisk trend som vil gjøre seg gjeldende i hele landet så vel som andre land i OECD-området. Det oppstår knapphet fordi tilbyderne av helse- og omsorgstjenester i konkurranse med andre sektorer kan få problemer med å få tak i nok kandidater til utdanningene.

Den enkleste løsning på dette problemet, er å *øke yrkesdeltakelsen* i de deler av den regionale yrkesbefolkningen hvor mulighetene synes særskilt store. Det er følgende hovedmåter å gjøre dette på:

- 1) *Opprette flere heltidsstillinger og redusere omfanget av deltid.* Dette er den måten som raskest gir resultater, i det dette handler om å gi allerede utdannet personell større stillinger, fortrinnsvis heltidsstillinger for de som ønsker det. Etter hvert kan spørsmålet om stillingsandeler bli vridd fra dagens diskusjoner om arbeidstakers turnuskraft og arbeidsgivers fleksibilitetsbehov til spørsmål om det i det hele tatt blir mulig å få tak i *nok* mennesker som kan jobbe heltid. I forhold til en slik problemstilling blir utfordringene for helsemyndigheter, arbeidsgivere/virksomheter og fagorganisasjoner å være tidlig nok ute med løsninger.
- 2) *Kvalifisere flere innvandrere.* Voksne innvandrere uten vesentlig eller ”riktig” utdanning, særlig kvinner – men etter hvert i økende grad kanskje også menn, er antagelig den gruppen av arbeidstakere hvor potensialet blant undersysselsatte er størst. Kanskje særlig er det her et ikke realisert potensial i forhold til helsefagarbeider og omsorgsykker generelt. Dette er et tiltak man har begynt å jobbe med i liten skala fra fylkets voksenopplæring. Utfordringen blir imidlertid å skalere opp utdanningstilbudet til å gi volumer som mønner.

Og så vil noen kunne innvende at man kan, som i dag, satser på kvalifiserte arbeidskraftinnvandrere, for eksempel svensker. Spørsmålet er om dette er en bærekraftig

strategi på sikt. Problemet er at de samme utfordringene vil komme i våre naboland og andre europeiske land. Vel så kan man rekruttere fra mer fjerntliggende land, for eksempel fra Afrika eller Sør-Øst Asia, vil noen si. Men da er man fort tilbake i utfordringene under punkt 2) over om å kvalifisere innvandrere. Eller om noen primært satser på å ”skumme fløten” ved å rekruttere utdannet personell fra fattige land, så må man stille spørsmål ved hvor etisk forsvarlig dette er.

### ***Organisering og koordinering av arbeidskraftbehovet i helse og omsorgssektoren***

En hovedutfordring knyttet til å øke stillingsstørrelser og redusere deltid, er relatert til spørsmål om regelverk for arbeidstid, turnusordninger og hvordan oppgavene som skal utføres er fordelt mellom tidspunkter og steder. Dette blir i materialet påpekt å være en utfordring for helse- og omsorgspersonellet, så vel som for virksomhetene. Det kan være utfordrende å skaffe riktig og tilstrekkelig personell både innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Vi har ikke i denne studien mulighet for å gå i dybden med hensyn til lover, regelverk og anbefalte løsninger på virksomhetsnivå, dels fordi studien metodisk og kvantitativt ikke primært er innrettet mot et virksomhetsnivå. Dertil kommer at rammene for arbeidstidsordninger i stor grad er sentrale myndigheter og partene i arbeidslivets ansvar. Vi vil imidlertid forsøke, til dels uavhengig av regelverk og den aktuelle situasjon, å drøfte sider ved problemfeltet knyttet til økonomiske mekanismer og peke på mulige overordnede, regionale løsningsmodeller.

Problemet kan betraktes som sammensatt av to faktorer: For det første, mengden av utdannet arbeidskraft tilgjengelig, og for det andre hvordan man koordinerer og organiserer denne arbeidskraften med sikte på å skaffe personell til alle oppgavene. Tilgang på arbeidskraft består, i det korte tidsperspektivet hvor man ikke kan forutsette tilgang på nyutdannede, av (i) de med helse- og omsorgsutdanning som bor regionalt, og (ii) personell som midlertidig tilføres utenfra, dvs. arbeidsinnvandrere og annet personell formidlet via vikarbyråer og rekrutteringsselskaper.

For å ta det siste først, tilførsel av ”midlertidig” arbeidskraft utenfra, begrunnes i andre bransjer som for eksempel bygg og anlegg og store industriprosjekter, ut fra behov for å dekke inn bemanningstoppene. Det spesielle med helse- og omsorgssektoren er at den til sammenligning har relativt stabile og forutsigbare arbeidskraftbehov i et kortsiktig tidsperspektiv.. Når arbeidskraft på midlertidig basis må importeres utenfra, kan dette i stor grad hevdes å være uttrykk for svakheter ved *systemet* - mer enn temporære etterspørselsvariasjoner. Det skyldes en kombinasjon av problemer med å fylle opp ”huller” i forhold til turnussystemer, sykefravær mv. og at det til dels også mangler folk med kvalifikasjoner regionalt/lokalt til å dekke inn behovet for basisbemanning i virksomhetene.

Økonomiske forhold kan selvsagt også spille en rolle for at midlertidig personell hyres inn. Men om man skal unngå ”sosial dumping” og forutsetter at lovbestemte tariffes holdes, samt at de private virksomhetene som arbeidskraft leies inn fra, får en akseptabel inntjening, kan man nok spørre om dette i seg selv vil være avgjørende. Den økende bruken av private

rekrutteringsselskap vil vi hevde, er ikke nødvendigvis bare et resultat av behov for billigere løsninger, men kan også oppfattes som et resultat av et koordineringsbehov i helse og omsorgssektoren. Den enkelte virksomhet eller avdeling kan bruke store ressurser daglig for å få bemanningskabalene til å gå opp, blant annet ved bruk av vikarer og ekstravakter. Den daglige driften av virksomheter og avdelinger har ikke rom for et stort rekrutteringsarbeid. Løsningen blir å sette ut bemanningsoppgaver.

Vi ser det som sannsynlig at det også fremover vil være behov for et visst omfang av denne type bemanningstjenester, dette for å dekke inn de fluktuasjoner i bemanningsbehov som hyppig og naturlig vil kunne oppstå i et så stort og sammensatt virkefelt. Men vi kan samtidig ikke fri oss fra tanken om at det måtte være mulig å utvikle ordninger som i større grad utnytter det potensial som faktisk finnes i den regionale arbeidsstyrken av helse- og omsorgsutdannet personell.

I denne sammenheng vil vi peke på en tilnærming knyttet til mulige *regionale koordineringsmekanismer* og som kan tenkes å gi større langsiktighet og permanens i kompetansetilgangen. Erfaringene fra enkelte virksomheter er klare: samordning og felles koordinering av arbeidskraft gir økt fleksibilitet. Erfaringer fra Sandnes som organiserer personell ut fra en felles pool, tilsier at det sparer enkeltinstitusjonene i kommunen for rekruttering og turnusarbeid. Det er da mulig å rekruttere nødvendig personell eller fyller opp turnuser ved hjelp av denne felles personellpoolen. Dette gjør at stillingsandelene kan økes ved at personell går på tvers av enheter. Det samme er gjort ved Universitetssykehuset hvor personell går på tvers mellom avdelingene. Prinsippet er ikke ukjent og anvendes også innenfor oljevirksomheten hvor det nødvendige personell veksler mellom ulike plattformer ut fra behov. Fokuset rettes på denne måten mot fag / type kompetanse og ikke type virksomhet. Dette er også i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, hvor samhandling i større grad skjer på tvers, og hvor de institusjonelle grensene blir mindre tydelige.

Det finnes prinsipielt sett tre måter å tilnærme seg dette på<sup>9</sup>:

- *Markedsmodeller*: Etablering av veldefinerte mekanismer hvor virksomheter i kommuner og i spesialisthelsetjenesten leier arbeidskraft (for eksempel sykepleiere) eller tjenester (for eksempel sykehjemsplasser) fra hverandre til forhåndsavtalte priser, slik at kapasitetsbuffere, gjerne i form av flere heltidsstillinger, i større grad kan bygges opp og utnyttes på en effektiv og fleksibel måte.
- *Foretaksmodeller*: Etablering av egne samarbeidsforetak som ansetter og formidler en pool av arbeidstakere etter behov, til ulike virksomheter, og ulike kommuner. Dette forutsetter en del avklaringer mht. eierskap, styring etc. med sikte på å sikre gode partsrelasjoner, effektiv formidling og økonomi.
- *Nettverksmodeller*: At det etableres tette samarbeid mellom virksomheter eller avdelinger/tjenesteområder, noe som i sin tur kan gi større enheter av arbeidskraft og

---

<sup>9</sup> Tredelingen er inspirert av transaksjonskostnadsteorien som er en økonomisk teori hvor hovedpoenget er at valg av organisasjonsform for å løse en oppgave avhenger av transaksjonskostnadene - i dette tilfelle de særskilte kostnadene knyttet til å anskaffe, formidle, lære opp i jobbsituasjonen etc. kompetansearbeidskraft

mer mulighet for å utvikle ”kompetansebuffer” og fleksible løsninger. Dette skjer til dels allerede internt i kommuner og på sykehuset, spørsmålet er om det også lar seg gjøre på tvers av kommuner og/eller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

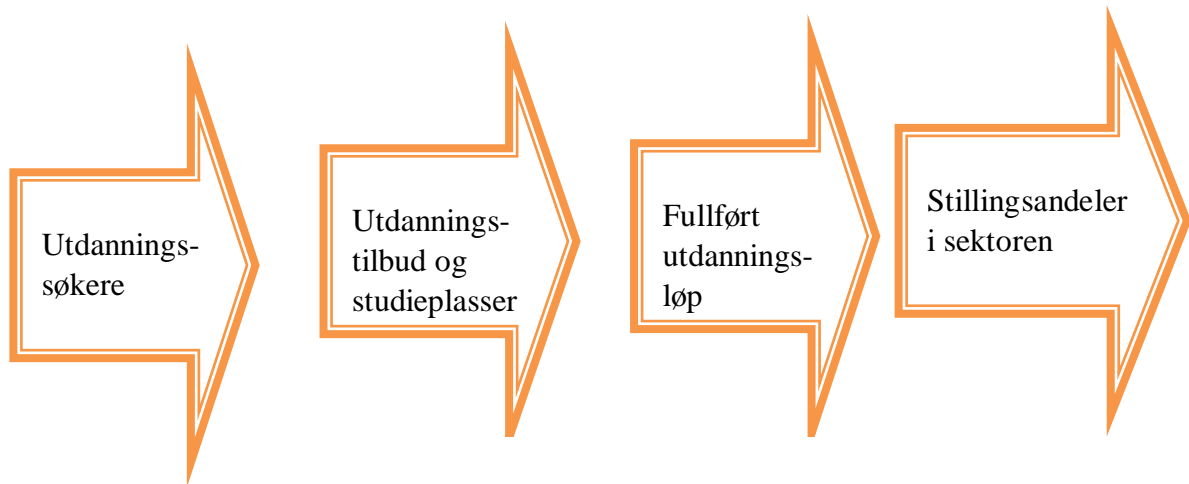
Hva som er gode løsninger, avhenger av de behov og konkrete utfordringer som virksomhetene skal møte. Generelt kan markedsmodeller være velegnet for å møte situasjoner med hyppige og betydelige etterspørselsvariasjoner over tid. Foretaksmodeller kan være særlig egnet i de situasjoner som er mest veldefinert med hensyn til forutsigbarhet og langsiktighet. Nettverksmodeller ligger et sted i mellom disse variantene mht. forholdet mellom behovsvariasjoner og forutsigbarhet/langsiktighet. I stor grad vil vi anta at vikar- og rekrutteringsbyråer dekker mye av dette behovet kortsiktige markedstjenester. For kommuner og spesialisthelsetjenesten i Stavangerregionen vil vi anta at foretaks- eller nettverksmodeller for personell- og tjenesteutveksling vil være best egnet. Konkretiserte modeller hvor koordinerings- og fleksibilitetskrav forenes med en høyere grunnbemanning, måtte utredes nærmere.

Tversgående, særlig interkommunale, helsesamarbeid og erfaringer fra disse er et område som bør studeres i større grad, som en mulig strategi for å løse felles utfordringer. Her foreligger det i dag en rekke nye prøveordninger og etter hvert også erfaringer fra ulike steder av landet, som kan være nyttig å lære av. Det gjøres allerede et utviklingsarbeid på dette området mellom flere av kommunene på Jæren. Vår anbefaling er at man også gjør analyser og vurderinger med sikte på å løfte frem samarbeidstanken, når det gjelder utnyttelse og innbyrdes utveksling av kompetansearbeidskraft, opp på et enda mer overordnet regionalt plan. Hensikten måtte være å utvikle konkrete samarbeidsmodeller.

En mulig tilnærming kan etter vår vurdering være å etablere et *interkommunalt foretak* med ansvar for utleie av personell til kommuner og virksomheter. Foretaket kunne gjerne også vært tillagt andre funksjoner, for eksempel knyttet til fagmiljø- og kompetanseutvikling, som kunne forsterke dets betydning og attraktivitet både for arbeidstakere og -givere. Et slikt foretak vil kunne bidra både til høyere grunnbemanning og flere heltidsstillinger, og mer fleksibilitet i den kommunale pleie og omsorgssektoren. Det er i første rekke skalamesse årsaker til slike antatte gevinster. For det første kunne kostnadene ved en slik bufferbemanning deles på mange kommuner og virksomheter. For det andre kunne man ved å slå sammen behovene for en bufferbemanning i en større virksomhet, operere med en bredere kompetanseprofil på arbeidsstokken, og slik dekke bemanningsbehov for et bredt spekter av tjenester. Et viktig poeng med et eget foretak i en slik funksjon, er at gjennom et eget samarbeid mellom partene ville kunne utvikle særskilte avtaler og systemer for avlønning og arbeidstid som ville være nødvendig for at virksomheten skulle fungere optimalt.

### ***Utdanningskjeden***

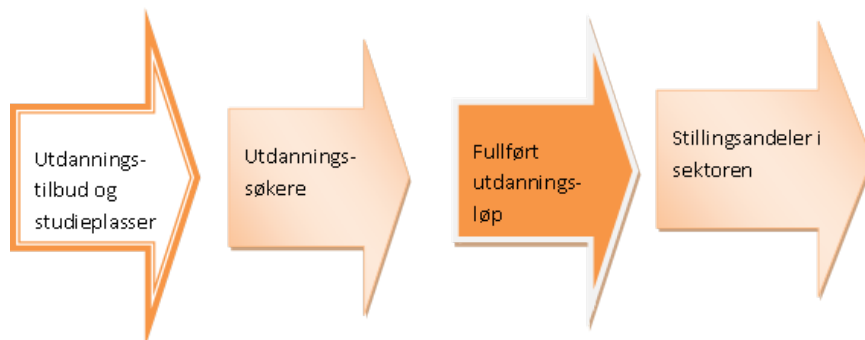
På lang sikt er utdanningskapasitet og tilgang på nyutdannet personell avgjørende for den regionale tilgang på kompetansearbeidskraft.



Figur 41 Generell utdanningskjede

Det er flere sider ved utdanningssystemet som har innvirkning på tilgangen av kompetansearbeidskraft. Noen faktorer fungerer rimelig greit, mens det i andre ledd kan være flaskehals. Personellkategoriene som vi har sett på, har ulike kjennetegn og utfordringer sett i relasjon til den kjede som utdanningssystemet er sammensatt av. I figurene som følger er omfanget av utfordringene fremhevet gjennom graden av farge knyttet til det enkelte element i kjeden.

#### *Helsefagarbeideren:*



Figur 42 Kjede - helsefagarbeiderutdanning

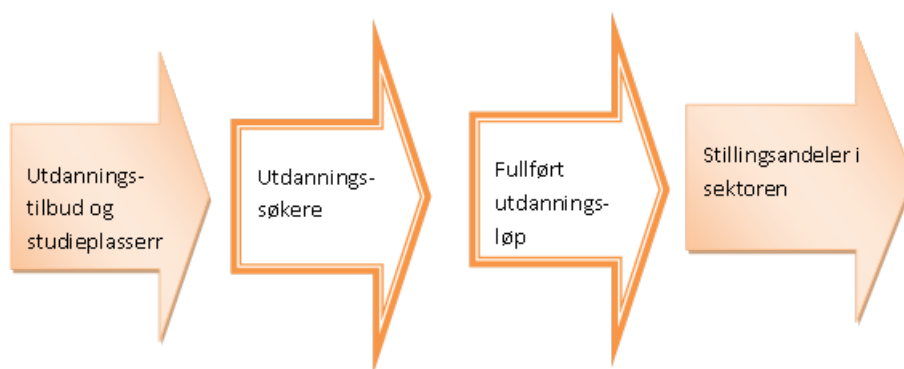
- Utdanningskapasiteten knyttet til *helsefagarbeideryrket* er ikke en knapphetsfaktor. Utfordringene knyttet til helsefagarbeiderutdanning dreier seg primært om tallet på utdanningssøkere og tallet på personer som fullfører utdanningen. Særlig er det en mangelfull gjennomstrømming av ungdom som etter Vg1 går videre til Vg2, og etter

Vg2 går inn i lære. I noen grad suppleres mangelfull tilgang på helsefagarbeidere med voksne praksiskandidater som tar eksamen parallelt med at de har praksistellende arbeid.

- Utfordringen er å iverksette tiltak som øker tilgang på kandidater som går inn i lære eller som praksiskandidater. De grep som Rogaland fylkeskommune nå tar med å begrense tilgangen på studieplasser innen påbygg, samtidig som det er mulig å ta påbygg etter fullført lære, er et interessant tiltak for å ”skyve” flere inn i en prosess mot fullført fagutdanning. Det er videre av betydning av å etablere sterkere ”trekkfaktorer” som gjør yrket mer attraktivt å søke seg til. Større mulighet for heltid og full inntekt peker seg her ut som et sentralt element.
- En annen tematikk som antagelig i økende grad vil gjøre seg gjeldende knyttet til utbygging av samhandlingsreform og utvikling av et mer omfattende omsorgs- og pleietilbud i samspillet mellom kommunal institusjoner og hjem, er behovet for mer differensierte kompetansebehov. Spørsmålet kan stilles om det da blir behov for et mer findelt system av kompetanser også under helsefagarbeidernivå, for eksempel knytte til ulike tjenestebehov i hjemmet med ulike grader av omsorgsfaglig, pleiefaglig og medisinskfaglig innhold. En større differensiering her vil antagelig kunne gi både ungdom med ulik grad av teoretisk-faglig styrke og innvandrere med ulike grader av utdanning i bunn, muligheter for å få en utdanning.

### *Sykepleierutdanning*

Det er flere sider ved utdanningssystemet som har innvirkning på denne tilgangen.



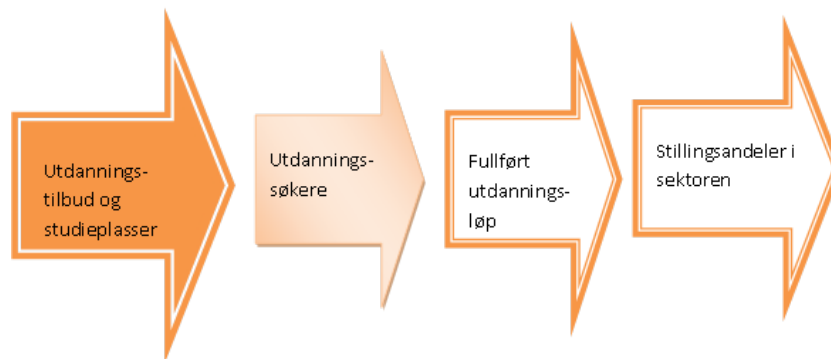
Figur 43 - Kjede - sykepleierutdanning

- Utdanningskapasiteten er ikke noe særlig stort problem i dag, Men det vil kunne være utfordringer knyttet til å bygge ut tallet på studieplasser i takt med at behovene øker.



- Tallet på utdanningssøkere og fullføringsgraden synes å være tilfredsstillende, i hvert fall slik situasjonen er i dag.
- Stillingsandelene har en betydning ved at utnyttingsgraden knyttet til hver studieplass øker. Dertil kommer at selv om tilgang på søkere i dag ikke er noe problem, kan sannsynligheten for hel stilling og årsinntekt ha betydning i en eventuell fremtidig sterkere konkurranse om utdanningssøkerne.

### *Spesialsykepleiere – intensiv og geriatri*



Figur 44 Kjede - spesialsykepleierutdanning

- For intensivsykepleiere og geriatriske sykepleiere vil økning av studiekapasitetene være det klart mest effektive tiltaket for å styrke den langsiktige arbeidsmarkedsbalansen. Den kapasitet som universitetet i dag planlegger for, synes klart å være for lav sett i forhold til de langsiktige behovene.
- Det er ikke noe stort overtall av utdanningssøkere i dagens situasjon. Hvis man øker utdanningstilbudet mye, kan man fort komme opp i problemer med å få tilstrekkelig antall søkere. Særlig gjelder det på bakgrunn av at spesialsykepleiere er personer som alt har fullført én utdanning, som sykepleier, og som gjerne er i jobb og gjerne med behov for mer inntekt enn det man får gjennom stipendier og lignende.
- Det kan særlig på bakgrunn av foranstående punkt, være nærliggende å spørre om det er behov for mellomnivåer i form av kurser og videreutdanning, mellom en sykepleiebachelor og en master i spesialsykepleie.

### **Økt differensiering av utdanningstilbudet**

Attraktivitet er et tema som går igjen når vi snakker om både arbeidskraft, men og utdanning. Attraktivitet brukes som forklaring på avtakende eller økende interesse for en utdanning eller et yrke. Ulike forhold har innvirkning: status, lønn, stillingsandeler, faglig innhold, utviklingsmuligheter, økt individualisering og karrierefokus, etc. Dette bør vi vite mer om, hvis vi skal møte den forventede veksten i helse- og omsorgssektoren med tilstrekkelig kompetent og engasjert personell. Det er bare i begrenset grad at vi i denne studien kan besvare bredden av spørsmål som i denne forbindelse kan reises. Spørsmål om individuell motivasjon etc. må undersøkes gjennom undersøkelser rettet mot den enkelte utdannings søker og arbeidstaker og undersøkelser av konkrete arbeidsplasser.

Vår studie viser interessante funn i forhold til bygging av fagmiljø og positive effekter av dette. Dette er også i tråd med den generelle trend med økt fagliggjøring og kompetanseheving som kan tolkes som et resultat av økt individualisering. For å møte denne trenden om individualisering må helse- og omsorgsyrkene styrkes mht. utdanningstilbud og økte karrieremuligheter.

Ikke bare hovedutdanninger innen fagopplæring og på bachelor- og masternivå, men også annen *etter- og videreutdanning* av personell, kan ha betydning for å møte kompetansebehov i sektoren. Det kan være både tidkrevende og økonomisk belastende å ta fatt på studier for personell som alt har begynt sin yrkeskarriere, som gjerne jobber innen helse og omsorg, men som er avhengig av å ha lønnsinntekt. Et mer *differensiert studietilbud* kan bli et sentralt tiltak for økt utdanningsaktivitet og styrking av kompetansen i helse- og omsorgsvirksomheter. Det kan gjøres ved at man legger til rette for kompetansegivende deltidsstudier, eventuelt modulbaserte og/eller desentraliserte tilbud.

Det vil for det første kunne gjøres for ukvalifisert personell som ønsker å kvalifisere seg for i ulike delkompetanser innen helsefagarbeiderfag, for eksempel knyttet til omsorgstjenester overfor brukere i hjemmesykepleien. Det vil for det andre kunne gjøres ved opprettholde videreutdanningstilbud overfor sykepleiere som gir kompetanseheving innen spesialsykepleie, og som - for de som ønsker det - etter hvert kan føre frem til en master. Det er grunn til å tro at et mer differensiert utdanningstilbud, fortrinnsvis kombinert med ulike former for virksomhetsstipend og differensierte jobbmuligheter og lønnsrettigheter, vil kunne bidra til å øke tilgangen av kvalifisert arbeidskraft.

### **Regionalt samarbeid under samhandlingsreformen**

En rekke utfordringer knytter seg til innføring av samhandlingsreformen og samspillet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Man må anta at myndighetene vil forfølge kjerneidéen om å skyve pasientforløp etter akuttmedisinsk behandling, raskest mulig ut fra sykehus mot primærhelsetjenesten, og innen primærhelsetjenesten i den grad dette er medisinsk, sykepleiefaglig og sosialt forsvarlig, raskt mot behandling og oppfølging hjemme.

Den store utfordringen i dette ligger i tre forhold: For det første å videreutvikle systemet for pasientoverganger *mellom* de ulike delsystemene: sykehus, lokalmedisinske sentra (intermediære enheter), kommunale institusjoner (sykehjem etc.) og hjemmesykepleie.

Utfordringene knytter seg særlig til grenseflatene og samhandlingen mellom de ulike aktørene, og hvordan man skal få til et hurtig, men helsemessig forsvarlig pasientforløp. Ikke minst kan det da være avgjørende at flest mulig vil fungere i egen bolig. Smidige overganger vil over tid blir minst like avgjørende som kapasiteten av senger etc. innen den enkelte virksomhet. For det andre å sørge for at eldre og syke kan fungere hjemme under oppsyn gjennom personlig oppfølging og i økende grad ved bruk av teknologiske hjelpemidler. I en påkrevd modernisering av hjemmesiden foreligger det store *implementeringsmessige* utfordringer. For det tredje, og her ligger antagelig den største utfordringen i forhold til *kompetansespørsmålene*, hvordan man ikke bare må sørge for at tilbudet av arbeidskraft matcher etterspørselen, men også sikre en tilfredsstillende fordeling av kompetanse på ulike nivåer.

Gjennom *samhandlingsreformen* legges et økt ansvar over på kommunene når det gjelder å yte helse- og omsorgstjenester overfor folk som er mye syke. Dette forutsetter et tettere samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesteloven foreligger det krav om at spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Dette forsterkes gjennom samhandlingsreformen. Kommuner og helseforetak er pålagt å inngå avtaler. Det legges opp til at disse avtalene beskriver samarbeidsrutiner, gjensidig kunnskapsoverføring, forskning, utdanning mv. Reformen legger videre opp til en betydelig lokal frihet når det gjelder hvordan man organisatorisk og på annen måte vil utvikle tjenestetilbudet. Det vil bli behov for kompetanseheving både i kommuner og spesialisthelsetjeneste, og det vil bli behov for samarbeid mellom fagmiljøer og operative tjenester på ulike nivåer.

Når det gjelder *organisering av den kompetansemessige samhandlingen*, er utfordringene særlig store når det gjelder å utvikle en hensiktsmessig struktur av intermediære enheter, kommunale og overkommunale fagmiljøer, mellom helseforetaket sentralt og de enkelte virksomhetsområder i primærhelsetjenesten. Det handler om at førstelinjebemanning i primærhelsetjenesten skal kunne ha kompetanse å trekke på i forhold til brukerne. Det handler om at de skal kunne kontakte kompetansemiljøer med medisinsk, sykepleiefaglig, sosialfaglig og annen kompetanse, og som kan gi råd og bistå i akutte situasjoner. Det handler også om støtte for langsiktig oppfølging og rehabilitering av pasienter. I et så vidt oversiktlig helseomland som Helse Stavangers virkeområde, er det nærliggende å stille spørsmålet om det er mulig å tenke helhetlig på dette ved å etablere et "*regionalt samhandlingsnettverk*" for hele området, bestående av noder av ulik størrelse og karakter, og definert gjennom en medisinsk-faglig og tjenestemessig arbeidsdeling mellom fagmiljøer på ulike nivåer og i forhold til brukerbehov. Utvikling av gode fagmiljøer er i seg selv en nøkkelfaktor når det gjelder motivering og rekruttering av personell til de kompetanseyrkene vi har hatt for oss i denne rapporten. Utfordringen i første omgang ligger i å identifisere muligheter, premisser for samarbeid og aktuelle samarbeidsformer.



## Litteratur

- Abrahamsen, B. (2003): *"Yrkesavgang blant pleiepersonell"*, Institutt for samfunnsforskning, rapport nr. 11
- Abrahamsen, B. og H. Høst (2005): *"Deltid rekrutterer til pleieyrkene"*, SPS-kronikk nr. 2-2005, Oslo: Senter for profesjonsstudier
- Brevik, Ivar (2010): *"De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg"*, NIBR-rapport 2010-2
- Bjørnstad, Roger m.fl. (2009): *"Behov for helsepersonell, Demografiske og økonomiske rammebetingelser"*, SSB, rapport 2009/38.
- Hall, R.E. and Jones, C.I: (2007) *"The value of life and the rise of health spending"*, The quarterly Journal of Economics, Vol. 122, No. 122, No 1, 39-72
- Helsedirektoratet (2007): *"Glemsk, men ikke glemt"*.
- Helsedirektoratet (2010): *"Årsrapport 2009. Omsorgsplan 2015"*.
- Helsedirektoratet (2011): *"Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2010"*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): *"Nasjonal strategi for KOLS-området, 2006-2011"*
- Helse Midt Norge (2009): *"Organisering og bemanning av intensiv overvåkning i Helse Midt Norge"*, rapport.
- Holmøy, E. og V. Oestreich Nielsen (2008): *"Utviklingen i offentlig ressursbruk knyttet til helse og omsorgstjenester. En oversikt over relevant faglitteratur"*, SSB, rapporter 2008/42
- Høst, H. (2007): *"Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv: en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960-2006"*, dr. polit. Avhandling, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen
- KS/NHO (2009): *"ARTE – arbeidskraft og teknologi"*, rapport fra et forprosjekt
- Laake, J.H. m.fl. (2010): *"Impact of the post World War II generation on intensive care needs in Norway"*, Acta Anaesthesiol Scand 2010: 54, sider 479-484
- Meld nr. 16 (2010-2011): *"Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)"*
- NOU (2005): *"Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste"*, NOU 2005/3
- NOU (2008): *"Skift og turnus - gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid"*, NOU 2008:17.
- PWC (2010): *"I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten"*, KS FoU.
- Stene, L.C. m.fl. (2004): *"Hvor mange har diabetes mellitus i Norge?"*, Tidsskrift for Den Norske legeförening, nr. 11
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): *"Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015"*

St.meld. nr 9 (2008-2009): "*Perspektivmeldingen*".

St.meld. nr. 47 (2008-2009): "*Samhandlingsreformen – rett behandling – til rett sted – til rett tid*".

Stølen, Nils Martin m.fl. (2002): "*Arbeidsmarkedet for helse og sosialpersonell fram mot år 2020, Modelldokumentasjon og beregninger med HELSEMOD*", SSB, rapport 2002/18.

Teknologirådet (2009): "*Fremtidens alderdom og ny teknologi*", rapport 1/ 2009

Texmon, Inger og Nils Martin Stølen (2009): "*Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030, Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*", SSB, rapport 2009/9.

## INTERVJUGUIDE:

*IRIS har fått i oppdrag å utrede kommende utfordringer i det regionale arbeidsmarkedet for helse og omsorgspersonell. Målet er å analysere langsiktige prognoser på tilbud og etterspørsel etter helse- og omsorgspersonell og ballansen mellom disse. I tillegg ønsker vi å diskutere sentrale drivere for tilbud og etterspørsel, samt aktuelle strategier for å møte disse utfordringene.*

*Datagrunnlaget for utredningen er dokumentstudier, statistikk og intervjuer. Denne spørreguiden ligger til grunn for intervjuene. Vi gjør oppmerksom på at personene i intervjuet vil anonymiseres.*

*Spørreguiden som inneholder 14 sentrale spørsmål er konsentrert rundt ulike tema som vi antar påvirker balansen (mellom tilbud og etterspørsel av helse- og omsorgspersonell) i arbeidsmarkedet. Vårt fokus er på følgende personellkategorier: sykepleiere, helsefagarbeidere og spesialsykepleiere (geriatrisk og intensivsykepleiere).*

1. Har virksomheten som du representerer i dag mangel på kvalifisert arbeidskraft innen noen av disse kompetansekategoriene? Anslå omfanget av underbalansen i prosent av totalt behov.
2. Hva er trenden i din virksomhet/virksomhetsfelt med hensyn til organisering av tjenestetilbudet (oppgaver og kompetansebehov)? Hvilke endringer ser du for deg fremover (fra 5-20 år)?
3. Hva kan ny teknologi (hjelpemidler, telemedisin, selvbehandling osv) bety for kompetanse-/arbeidskraftsbehov fremover?
4. Hvilke utfordringer ser dere i forhold til stillingsandeler og turnusordninger i virksomhetene? Ka det gjøres nye grep på dette området?
5. Hvilke utfordringer og eventuelle endringer ser dere i forhold til *arbeidsfordelingen* mellom kompetansekategorier (spesialsykepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere, ufaglærte) i virksomhetene?
6. Hva virker inn på yrkenes (helse- og omsorgspersonell) attraktivitet, og hvordan kan denne eventuelt styrkes?
7. Hvor rekrutteres fagkompetanse ifra? Hva er de mest sentrale utfordringene med hensyn til å skaffe personell? Ser du for deg at dette vil endres fremover?
8. Hvordan er avgang / gjennomtrekk i virksomheten? Hva skyldes dette og hvor hen går arbeidstakerne?
9. Hva er erfaringer og utfordringene fremover med hensyn til å yte helse- og omsorgstjenester til en økende befolkning med innandrerbakgrunn?
10. Hva er dine synspunkter og erfaringer rundt rekruttering, opplæring og bruk av henholdsvis (i) bosatte innvandrere og (ii) arbeidsinnvandrere?

11. Hvilke erfaringer har dere med samarbeid og utveksling av personell på tvers av institusjoner og virksomheter?
12. Møter utdanningstilbudet behovene i det regionale arbeidsmarkedet? Hvorfor? Hvorfor ikke? Hva kan forbedres i utdanningstilbudet (teori og praksisdeler)?
13. Hvordan engasjerer deres virksomhet seg evt. i rekruttering til utdanning/videreutdanning? Hva er erfaringene?
14. Hvordan ser du for deg at samhandlingsreformen vil påvirke organiseringen av tjenestetilbudet og rekrutteringsutfordringene?