

Arbeidskraft, kompetanse og utdanning

Hvordan kan styret legge til rette for at ledere sammen med medarbeiderne:

- planlegger kompetanseutvikling og utdanning slik at det målrettes mot pasientens og tjenestens behov?
- utvikler og anvender læringsmetoder som sikrer at læringsmålene nås effektivt?
- sikrer at kompetanseutvikling og utdanning planlegges som en integrert del av driften?
- utvikler og deler kompetansen sammen med primærhelsetjensten og andre aktører i pasientforløpet?
- styrker samarbeidet med utdanningssektoren for å sikre at våre fremtidige medarbeidere utdannes i rett antall og med riktig kompetanse?

Innledning

Forarbeidene til Strategi 2020 oppsummerte på følgende måte:

«For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive pasientforløp, kreves riktig type kompetanse, på riktig sted og til rett tid. Det vil bli knapphet på arbeidskraft som kan gå inn i helsetjenesten. Utdanning må være innrettet mot de utfordringene framtidens helsetjeneste står overfor. Personell i tjenesten må finne arbeidet attraktivt slik at opparbeidet kompetanse bevares.»

Hvor er vi?

Det jobbes mye med at aktiviteten i tjenesten skal planlegges bedre og med lengre planleggingshorisont. Både aktiviteten og bemanningen skal planlegges koordinert. Vi vet mindre om hvor godt aktivitetene innen kompetanseutvikling og utdanning planlegges ift driften.

Det har blitt jobbet systematisk med å utvikle gode pasientforløp i vår region.

Overordnet er det god tilgang på nye medarbeidere med relevant kompetanse. I 2015 mottok vi ca. 27.000 søkere på ledige jobber i Helse Midt-Norge og ansatte 3108 nye medarbeidere. Likevel ser vi at det er en del utfordringer innen enkelte fag og i enkelte geografiske områder. I femårsperioden fra 2010 til 2015 har vi økt medarbeiderressursen med 14%. I samme periode har det vært en større økning for leger og sykepleiere enn for øvrig personell og det skjer en dreining av bruken av arbeidskraft fra døgnenheter til dagbehandling og poliklinikk.

Helse Midt-Norge har et utstrakt samarbeid med utdanningssektoren, blant annet gjennom samarbeidsorganene regionalt og lokalt. Utdanning er en av våre hovedoppgaver og aktivitetene er omfattende med 3000 praksisplasser for studenter, 200 turnusplasser, 150 lærlingeplasser og 800 leger i spesialisering hvert år. Det er for tiden attraktivt å utdanne seg til jobb i helsevesenet, noe som vises i høye søkertall til studiene.

Selv om vi har mange nøkkeltall fra området, har vi lite kunnskap om:

- hvor mye ressurser vi bruker på utdanning og kompetanseutvikling

- Helse Midt-Norge utvikler kompetanse hos studenter og medarbeidere i omfang og innhold som møter fremtidens behov
- om ressursinnsatsen er riktig og om vi til en hver tid anvender de læringsaktivitetene som er de mest effektive

Det er igangsatt en rekke prosesser som vil styrke ledelsens muligheter til å styre utviklingen videre fremover. Nasjonal bemanningsmodell er i ferd med å bli tatt i bruk og den vil kunne gi et godt grunnlag for å diskutere fremtidig behov bemanning og kompetanse. Helse Midt-Norge har i oppfølgingen av Strategi 2020 gjennomført analyser av kompetanse og kapasitet i helseregionen (2011) og gjort vurderinger av sårbare fagmiljø innen legespesialitetene (2012 og 2015). Hovedtrekket er at det ikke ventes kritisk mangel på helsepersonell fram mot 2020. For enkelte profesjoner kan det bli kritisk underskudd etter 2025. Leger i spesialisering har fått fast ansettelse og det er i ferd med å etableres bedre utdanningsplaner og ny spesialiseringsstruktur for legene. Helse Midt-Norge har deltatt i nasjonale prosjekter, herunder praksisprosjektet og nytt spesialiseringsløp for leger. Det kommer nye kvalitetskrav til helseforetakenes utdanningsaktivitet, både gjennom ny spesialistutdanning for leger og for praksisstudier innen helsefaglige grunn- og videreutdanninger. Det er etablert en felles læringsportal der vi samler all intern kursaktivitet og e-læring. Innenfor rammene til den felles portalen utvikles nye former for læringsaktiviteter med bruk av video, spill, animasjoner og lignende. Prosjektet Kompetanseledelse er under utrulling, noe som på sikt vil gi lederne en oversikt over medarbeidernes kompetansebeholdning og den enkeltes opplæringsplaner. Læringsaktiviteter kan utformes i fellesskap og knyttes til medarbeidernes utviklingsplan enten individuelt eller til grupper. Dette er prosjekter og aktiviteter som er beskrevet i handlingsplanen som er utledet av styresak «28/15 Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020».

Forventninger og muligheter frem mot 2030?

En eldre befolkning med flere sammensatte lidelser vil ha økt behov for helsetjenester. Hvis ikke vi omstiller helsetjenesten, vil en av tre måtte arbeide i helsetjenesten og ikke som i dag en av fem.

Samhandlingsreformen peker på at det kan hentes ut mer helsegevinst gjennom økt satsing på forebygging, mer helhet i diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter. Dette må skje gjennom en styrking av primærhelsetjenesten. Dette medfører at spesialisthelsetjenesten i større grad må vektlegge at pasienten møter kompetente helsearbeidere i hele sitt forløp. Kompetansen må utvikles og deles mellom nivåene og aktørene pasienten møter, ikke minst mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Mindre vekst i rammene til spesialisthelsetjenesten, en dreining av ressursbruk mot medisinsk-teknisk utstyr, medisiner og IKT, medfører et krav om betydelig omstilling i arbeidsprosessene, organiseringen, hvordan teknologien understøtter pasientbehandlingen, og dermed hvordan kompetansen brukes. Digitalisering og automatisering vil kunne bidra til å minske ressursbehovet på enkelte områder, mens nye områder og kompetansefelt vil vokse frem innen bla IKT, fysikk, biologi og logistikk. En forutsetning for bærekraft i vår

tjeneste, er at også primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid, jf. Meld. St 26 (2014-2015).

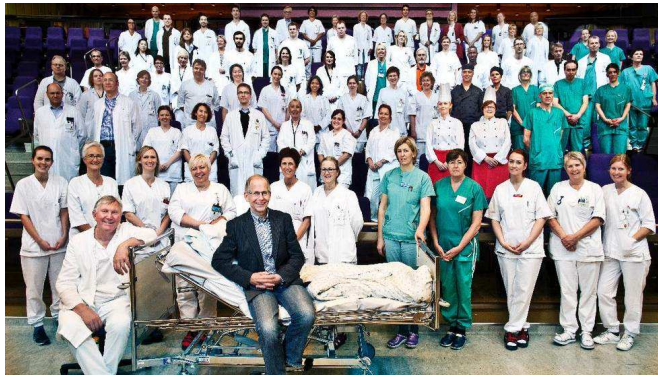
Helse Midt-Norge må være en attraktiv arbeidsgiver for å rekruttere, utvikle og beholde våre medarbeidere og team. Dette blir særlig viktig når konkurransen tilspisser seg i årene fremover, også om fagfolk og yrkesgrupper som tradisjonelt har vært lite benyttet i vår tjeneste.

Helse Midt-Norges legger til grunn følgende definisjon til grunn: *Strategisk kompetanseutvikling er en kontinuerlig prosess som innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre at organisasjonen og den enkelte medarbeider har og bruker nødvendig kompetanse for å nå definerte mål. Analyse av kompetansebehov og planer for hvordan rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere er sentrale elementer i strategisk kompetanseutvikling* (Linda Lai 2013:14).

Vi trenger mer kunnskap om de fremtidige behovene for arbeidskraft. Framtidens kompetansebehov i helsetjenesten skapes i et komplekst samspill mellom en rekke faktorer, som medisinsk- og helsefaglig utvikling, teknologiutvikling, sykdomsutvikling og demografi, krav og forventninger fra pasientene, organisering og ledelse av tjenesten, profesjonsinteresser og økonomisk utvikling. Disse driverne er bygget inn i Nasjonal bemanningsmodell og ved å fremskrive ulike scenarioer, vil vi kunne se hvilke tiltak som vil gi mest effekt for å dekke fremtidig behov. Et bedre kunnskapsgrunnlag er også en forutsetning for å bli en bedre samarbeidspartner med utdanningssektoren, slik at vi tydeligere kan si noe om spesialisthelsetjenesten behov for kapasitet og innhold i studiene. Dette blir særlig viktig ift å utvikle en breddekompetanse som muliggjør fortsatt desentraliserte tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Vi må bidra til at utdanningsinstitusjonene tar innover seg de raske endringene i helsetjenesten. Det kan skje gjennom tettere samarbeid om fagplaner og innhold i utdanningene og økt bruk av kombinerte stillinger på tvers av utdanning og helsetjeneste

Vi har kommet kort med å utlede hvilken kompetanse og kapasitet som kreves for å gjennomføre pasientforløpene og aktivitetene i forløpet, ikke minst gjelder dette kompetanseutvikling og kompetansedeling med primærhelsetjenesten.

Vi må legge til rette for mer effektiv læring og utvikling i arbeidshverdagen, ikke minst fordi utviklingen stadig går raskere. I Danmark legger man til grunn at halveringstiden for den medisinske kunnskapen i dag er kortere en grunnutdanningen til en lege. En trend innen læringsteorier er 70-20-10, der 70% av det vi lærer, lærer vi gjennom egne erfaringer i jobben og særlig ved å få utfordrende oppgaver. 20% gjennom samhandling med andre og bare 10% lærer vi gjennom å lese eller delta på kurs. Det betyr at et godt kurs med teori og praktiske oppgaver, bare hjelper deg 30% på læringsveien. Arbeidsoppgavene blir mer komplekse og helsearbeiderne må jobbe sammen for å gi pasienten god behandling. Dette utfordrer oss på hvordan vi lærer og trener effektivt i jobbhverdagen.



Bilde: kreftpasienten Trygve ville takke de som hjalp ham under behandlingen ved Haukeland

Det er derfor viktig at:

- det utvikles et kunnskapsgrunnlag for ledelse og styring av utdanning og kompetanseutvikling
- kompetansekrav, kompetanseutvikling og kompetansedeling knyttes til utviklingen av standardiserte pasientforløp
- kompetansekrav, kompetanseutvikling og kompetansedeling er en tydeligere integrert del av drift og utvikling av virksomheten
- samarbeidet med utdanningssektoren styrkes for å sikre at våre fremtidige medarbeidere utdannes i riktig antall og med riktig kompetanse
- kompetanseutvikling og kompetansedeling skjer sammen med de andre aktørene i pasientforløpet, ikke minst primærhelsetjenesten

Ledelse

Foretaksreformen ble omtalt som en ledelsesreform, der ledere skulle ha totalansvar for aktiviteten, økonomien og sine medarbeidere. Også andre endringer bla i lov og forskrift, tydeliggjør ledelsens ansvarsområde. Et eksempel er at ledelsen har fått tydeliggjort ansvaret for faglig forsvarlighet; *«ledelsen har ansvaret for at sykehusets ressurser brukes riktig og ivaretar alle pasienter og pasientgrupper på en god måte»*. Det betyr blant annet at; *«ledere har anledning (autoritet / makt) til å påvirke rammevilkår som kan – bedre og svekke kvaliteten i arbeidet – bedre og svekke pasientsikkerheten»* (fra departementsråd i HOD, Bjørn-Inge Larsen 04.03.2016).

Arbeidsgiver har også fått et tydeligere ansvar for etter – og videreutdanningen, både innhold og omfang. Ledelsen har fått et tydeligere ansvar for å definere hvilken type legekompentanse det er behov for fremover og for utformingen av de individuelle utdanningsplanene til de fast ansatte legene i spesialisering.

Det er derfor viktig at:

- individuelle kompetanseplaner og utvikling av teamene må styres mot pasientens og tjenestens behov
- ledere ta større ansvar for å målrette utdanningens innhold mot pasientens og tjenestens behov

Kompetanse og profesjon

Lover, retningslinjer og styringssignaler blir i langt større grad profesjonsnøytrale. Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at personellsammensetningen er best mulig, slik at virksomheten ivaretar kravene til faglig forsvarlighet og god oppgaveløsning. Grensene for helsepersonellets yrkesutøvelse er regulert av krav til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven. Det som er avgjørende for hvilke oppgaver helsepersonellet kan utføre, er ikke nødvendigvis hvilken profesjon de tilhører, men hvilke dokumenterte kvalifikasjoner de har tilegnet seg. Når en skal endre oppgavedelingen lokalt, må det være på bakgrunn av dialog mellom de berørte yrkesgruppene (jf. Nasjonal helse- og sykehusplan).

Kvaliteten skal sikres gjennom at medarbeidere med relevant og dokumentert kompetanse gjennomfører behandlingen. Dette åpner blant annet for at vi kan tenke annerledes på hvem som utfører aktiviteten gjennom en annen oppgavedeling enn den tradisjonelle profesjonsbaserte planleggingen vi har bygget på.

I fremtiden vil det bli viktigere å avklare forventninger mellom det pasienten ønsker og den beste medisinske praksis definert i spesialisthelsetjenesten, noe som vil danne grunnlaget for samvalg mellom behandler og pasient. I tillegg vil vi i større grad bygge på pasientens egne ressurser som et ledd i behandlingen. Dette er eksempler på nye kompetansekrav som vil forsterkes i utviklingen av endringer i pasientrollen.

Det er derfor viktig at:

- relevant og dokumentert kompetanse utvikles og tas i bruk i tjenesten
- helsearbeiderne får bedre kompetanse om den nye pasientrollen og hvordan man leverer inn i sammenhengende pasientforløpet