



Kunnskapsdepartementet

Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

2023/2176-LAM

26.04.2023

Helsepersonellkommissjonen: Universitetet i Bergens høringsuttalelse

Universitetet i Bergen (UiB) takker for muligheten til å komme med innspill til Helse- og omsorgsdepartementets [høring](#) om Helsepersonellkommissjonens [NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#).

Kommissjonen berør problemstillinger som er helt sentrale for det norske samfunn. UiB utdanner helsepersonell ved flere fakulteter og har mange fagmiljøer med kunnskap om problemstillinger omkring utdanning og kompetanseutvikling i helsesektoren og fremtidig behov for helsepersonell.

Flere fakulteter, Det medisinske, Det samfunnsvitenskapelige og Det psykologiske fakultet har bidratt med analyser og kommentarer til UiBs høringsbrev.

UiB innspill oppsummert

- Helsepersonellkommissjonen argumenterer for at størrelsen på bemanning i helsesektoren ikke kan fortsette å øke i et langsiktig perspektiv. UiB mener det bygger på en for enkel forståelse av hvordan befolkningens behov og etterspørsel skal styre ressursbruk
- UiB er bekymret for at det er et vedvarende alvorlig udekket behov for psykiske helsetjenester i befolkningen, og mener at dette behovet er underkommunisert i rapporten og i estimatene over behovene for psykologer og andre sentrale helseprofesjoner
- Kommissjonen peker for eksempel selv på at det er i dag et stort udekket bemanningsbehov for enkelte tjenester som for eksempel logopedier og har vansker med å rekruttere leger og psykologer til lovpålagte stillinger
- Vi kan heller ikke bemanne oss helt ut av fremtidens helseutfordringer og det er god grunn til også å satse på nye og forbedrede digitale tjenester, og bruk av nye teknologi knyttet til kunstig intelligens innen helseomsorg

- UiB støtter at det må til en storsatsing på forskning omkring helsetjenester UiB, men mener at rammen for relevant forskning må være bredere enn det som indikeres av kommisjonen
- UiB er enig med kommisjonen i viktigheten av å ha et godt kunnskapsgrunnlag for å vurdere dimensjonering av utdanningene og peker på at Norge må styrke utdanningskapasiteten på legestudier og flere andre profesjoner innenfor helsesegmentet
- UiB støtter at Norge må ha et selvforsyningsprinsipp med et mål om at 80 prosent av behovet for helsepersonell i de større gruppene dekkes gjennom norske utdanninger. Det må legges til rette for en målrettet og forutsigbar opptrappingsplan av norske studieplasser i medisin og eventuelt andre utdanninger som ikke tilfredsstillende målene for selvforsyning
- I mange rettslige spørsmål er helsepersonell førsteinstans i møte med pasienten. Det er derfor et stort behov for opplæring av helsepersonell i grunntrekkene av helselovgivingen, og til dels også regelverket for ulike ordningene som forvaltes av Nav
- UiB støtter vurderingene om at kvoteordninger blir det primære kjønnsutjevneende tiltaket, dersom slike tiltak skal innføres for utvalgte utdanninger i fremtiden.
- UiB vil peke på betydningen av å innlemme mangfoldstematikk i analyser av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Dimensjonering av helsepersonell

Helsepersonellkommisjonen har foretatt en grundig gjennomgang av behovet for helsepersonell, og tiltak for å møte de utfordringer som følger av en forventet stor økning i etterspørsel etter helsetjenester.

Helsepersonellkommisjonen argumenterer for at størrelsen på bemanning i helsesektoren sett i forhold til den befolkningen som helsetjenesten skal yte helsehjelp til, ikke kan fortsette å øke i et langsiktig perspektiv og samlet sysselsetting i tjenestene bør være rundt 15 prosent av de sysselsatte i årene framover. Dette utgangspunktet stiller UiB spørsmål ved, og mener det bygger på en for enkel forståelse av hvordan befolkningens behov og etterspørsel skal styre ressursbruk.

Helsetjenester er per definisjon arbeidskrevende, og selv med teknologisk utvikling, vil de fortsette å være det. Da skal også ressurser gå i den retning, både i form av mer personell om det er hva som trengs, men selvsagt støttet av teknologisk og digital utvikling. Det kan ikke være slik helsekommisjonen hevder at andre sektorer skal sette begrensninger på grunnleggende behov for helsetjenester.

I tillegg må en ta med seg at begrensning i tilgang til helsepersonell implisitt vil dreie seg om ressursbruk i offentlig sektor. Dersom stat og kommune ikke leverer, vil det uvegerlig vokse fram et privat tilbud til kjøpesterke eldre. Det vil på ingen måte vil begrense andelen av arbeidskraft til sektoren, og vil i tillegg kunne ha svært uheldige sosiale og fordelingsmessige virkninger.

Kommisjonen peker selv på behovene for å oppbemanne kommunale tjenester. Det er i dag et stort udekket bemanningsbehov for enkelte tjenester som for eksempel logoped. Det er også et faktum at kommunene har vansker med å rekruttere leger og psykologer til lovpålagte stillinger, hvilket tilsier at det foreligger mangler i de kommunale tilbudene når det gjelder slike tjenester. Det er viktig å ikke usynliggjøre slike forhold under et slagord om at man ikke kan bemanne seg ut av utfordringene.

UiB stiller seg derfor heller bak kommisjonens uttalelse: "Riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid, forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse." Psykolog- og legeutdanningen i Norge er eksempel på en slik generalistutdanning som kvalifiserer nettopp til denne typen kommunalt arbeid, og det er dette som ligger til grunn for lovpålagte stillinger i alle kommuner.

UiB mener det er nødvendig å nyansere kommisjonens mening om at oppgaver der personell ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, bør automatiseres i størst mulig grad (side 20). Det er store arbeidsfelt for psykologer og annet helsepersonell som ikke innebærer slik direkte pasientkontakt, og som ikke egner seg for automatisering, for eksempel det omfattende forebyggings- og helsefremmingsfeltet.

Forskning og helsetjenester

Kommisjonen foreslår å sette av betydelige midler, 5 milliarder over 10 år, til forskning knyttet til utvikling av forbedrede helsetjenester. Dette støtter UiB, men mener at rammen for relevant forskning må være bredere enn det som indikeres av kommisjonen. Helsetjenester må sees i en sosial kontekst, der en rekke samfunnsmessige forhold er av betydning for å få et tilstrekkelig og tjenlig tilbud. Det trengs mer forskning på hvordan Norge kan få mer ut av allerede utdannet helsepersonell; mange med utdanning fra helsesektoren jobber utenfor sektoren, mange jobber mindre enn full tid, og det kan finnes gode tiltak for å redusere tidligpensjonering. Dette er kjente fakta, men det bør tydeliggjøres mer som sentralt i den etterspurte forskning.

Videre trengs mer forskning som ser på hvordan frivillige, for eksempel friske eldre, og ulike andre ordninger og organisasjoner i samfunnet, kan bidra innen omsorg, i samarbeid med helseprofesjonene. Her kan det være stor nytte ved å involvere befolkningsgrupper utenfor de tradisjonelle forskningsinstitusjoner som ressurser i forskningen. Det er altså viktig å understreke at det er stort behov for både teknologisk og samfunnsvitenskapelig forskning for å finne gode løsninger på hvordan vi sikrer at samfunnet leverer de helsetjenester som vil bli etterspurt.

UiB ser ellers med bekymring på at andelen medisinere som underviser og forsker i hovedstilling er nedadgående. Dette er uheldig, fordi grunnutdanningens tilknytning til profesjonen blir svekket. Denne problemstillingen, som i stor grad handler om rammer og forutsetninger for at helsepersonell skal kunne kombinere en akademisk karriere med en behandlerkarriere, er et eksempel på trender som må løses av helsesektoren og utdanningssektoren i fellesskap.

Utdanning av helsepersonell i Norge

Helsepersonellkommissjonen legger i kap. 10.3 til grunn at som hovedregel bør norsk helsepersonell utdannes i Norge, og dette prinsippet bør være førende for dimensjonering av utdanningene som leder til autorisasjon. Kommisjonen påpeker sårbarheten av å gjøre seg for avhengig av utenlandske læresteder, og den relativt høye andelen av norske leger som utdannes i utlandet trekkes frem som en særlig risikofaktor. Til tross for en svakt synkende trend de siste årene, var det i studieåret 2021/2022 hhv. 3035 norske medisinstudenter og 324 norske odontologistudenter under utdanning i utlandet, mot rundt 4000 medisinstudenter og 150 odontologistudenter under utdanning i Norge.

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at Norge bør ha et selvforsyningsprinsipp, med et mål om at 80 prosent av behovet for helsepersonell i de større gruppene dekkes gjennom norske utdanninger. For medisinstudenter er dette i tråd med Grimstadutvalgets anbefalinger, og UiB støtter dette prinsippet. Dette medfører at det må legges til rette for en målrettet og forutsigbar opptrappingsplan av norske studieplasser i medisin. I 2022 var tallet på studieplasser 731¹, noe som er et langt stykke unna Grimstadutvalgets anbefaling om en samlet utdanningskapasitet innen medisin på 1076 studieplasser.

En mulig måte å øke kapasiteten i norske legeutdanninger på, er de ulike modellene for desentrale medisinstudenter, som de fire fakultetene enten har etablert eller er i ferd med å etablere – som Vestlandslegene ved UiB. Desentrale medisinstudenter vil bidra til økt motivasjon og kompetanse for et videre yrkesliv i distriktene, hvor tilstrekkelig tilgang på helsepersonell er en sentral forutsetning for fremtidig fastlegeordning og bruk av kommunale tjenester fremfor sykehus i et ressursperspektiv.

UiB har ved flere anledninger påpekt at dagens ordninger med måltall for forventet kandidatproduksjon i helseutdanningene (kandidatmåltall), ikke er formålstjenlig som styringsverktøy. UiB og Det medisinske fakultet har utarbeidet en egen rapport som tydelig viser at måltallene ikke har sammenheng hverken med lærestedenes forutsetninger for kandidatproduksjon, eller behovene for helsepersonell i samfunnet. Den manglende koblingen til reelle behov er også påpekt av Helsepersonellkommissjonen. UiB støtter Helsepersonellkommissjonens anbefaling om å gjennomgå ordningen og vurdere alternative virkemidler for denne type styring.

UiB er enig med kommissjonen i viktigheten av å ha et godt kunnskapsgrunnlag for å vurdere dimensjonering av utdanningene. Kommisjonen peker på flere yrkesgrupper som det vil være rikelig av i 2040, for eksempel psykologer, tannleger og tannpleiere, hvilket vil kunne få betydning for dimensjonering av disse utdanningene. UiB er imidlertid usikre på premisene for analysene av fremtidige behov og de tre scenarioene som SSB har satt opp. En ting er fremskrivinger av befolkningens demografi sett opp imot dagens dimensjonering i psykologutdanningen. En annen ting er å systematisk analysere faktisk behov for psykologtjenester i dag og i 2040.

En av hovedoppgavene til Helsepersonellkommissjonen var å utrede hvordan vi får fagfolk i helsesektoren med riktig kompetanse. Utredningen er taus om de utfordringene som helsepersonell står overfor i møte med en stadig mer kompleks helselovgivning. Dette gjelder både rettigheter for pasienter og plikter for helsepersonell, som også vil kunne møte rettslige spørsmål i forbindelse med planlegging og gjennomføring av forskningsprosjekt.

¹ Kilde: Database for høyere utdanning (DBH)

I mange rettslige spørsmål er helsepersonell førsteinstans i møte med pasienten. Det er derfor et (stort/påtrengende) behov for opplæring av helsepersonell i grunntrekkene av helselovgevingen, og til dels også regelverket for ulike ordningene som forvaltes av Nav.

Kommisjonen peker på at når det gjelder tjenester, så vokser tjenestene innen psykisk helse ikke i samme takt som somatisk helse, til tross for politisk enighet om det motsatte (side 14-15). UiB er bekymret for at dette innebærer et vedvarende alvorlig udekket behov for psykiske helsetjenester i befolkningen, og mener at dette behovet er underkommunisert i rapporten. Basert på dagens udekkede behov for psykologtjenester er det særlig viktig å ha et godt kunnskapsgrunnlag slik kommisjonen skriver. Dette kunnskapsgrunnlaget må etableres for eksempel gjennom en egen utredning.

UiB vil i tillegg løfte fram betydningen av at logopeder synliggjøres som svært relevant helsepersonell. Per i dag er det stor mangel på logopeder. Dette underbygges blant annet av at kun 6 prosent av slagrammede møter logoped i løpet av de tre første månedene (Norsk hjerneslagregister, 2020). Behovet for logopeder i helsetjenesten er påpekt av både KPMG (2020) og Helsedirektoratet (2019). Som innspill til helsepersonellkommisjonens melding peker på (s.318), viser forskning at tiltakene som begrenser uførhet blant slagpasienter, er behandling av spesialister som fysioterapeuter og logopeder. Den viktige rollen til logopeder i tverrfaglige team i helsetjenesten bør understrekes for å sikre helhet og kvalitet i pasientoppfølgingen. I tråd med dette bør logopedutdanningen bli et profesjonsrettet 5-årig program som leder fram til autorisasjon som helsepersonell.

Samhandling mellom helsesektoren og utdanningssektoren

I dimensjoneringen av utdanningene trekker kommisjonen frem behov om god koordinering mellom helse- og omsorgsmyndighetene og utdanningsmyndighetene, både på departements- og direktoratsnivå. Dette gjelder særlig tilstrekkelig tilgang på praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter, og for legene, behovet for samsvar mellom studieplasser i grunnutdanningen og tilgjengelige LIS-stillinger.

UiB støtter denne vurderingen, og vil påpeke et generelt behov for økt samhandling mellom de to sektorene. Ordningen med universitetene og høyskolene som hovedleverandør av helsepersonells utdanning, og kommune- og spesialisthelsetjenesten som primær arbeidsgiver, krever samarbeid for samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver. Dette er særlig viktig for å sikre at lærestedene utdanner helsepersonell som ivaretar fremtidige behov i helsetjenesten. Tilsvarende samarbeid er også viktig innen etter- og videreutdanning, for å sikre faglig oppdatering hos helsepersonell.

Hva angår utdanning av helsepersonell, både leger og andre grupper, er kommunenes ulike forutsetninger for kapasitet og kompetanse innen veiledning og praksisplasser, en utfordring. UiB understreker betydningen av samarbeid mellom lærestedene og kommunene i utdanningsspørsmål, og ønsker en drøfting om større forpliktelser for kommunene innen utdanning av helsepersonell.

Mangfold og utdanninger med ujevn kjønnsrepresentasjon

Helsepersonellkommissjonen vurderer at det for enkelte helseutdanninger kan være aktuelt med tiltak for å bedre kjønnsrepresentasjonen, blant annet med tanke på at helsepersonell bør speile befolkningen og av hensyn til arbeidsmiljø. Her vises det til Opptaksmeldingens vurderinger² om at kjønnkvoter for visse utdanninger vil være å foretrekke fremfor individuelle tilleggspoeng/kjønns-poeng, da sistnevnte er å forstå som individuell særbehandling og samtidig gir store, uforutsigbare utslag i søkermassen.

UiB har ved flere anledninger søkt Kunnskapsdepartementet om å kunne innføre en 30 prosent kvote for underrepresentert kjønn til medisin- og odontologistudiet ved UiB. Disse søknadene har blitt avslått med henvisning til muligheten for å innføre individuelle kjønnspoeng. UiB støtter derfor vurderingene om at kvoteordninger blir det primære kjønnsutjevne tiltaket, dersom slike tiltak skal innføres for utvalgte utdanninger i fremtiden.

UiB vil i tillegg peke på betydningen av å innlemme mangfoldstematikk i analyser av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, utover adekvat kjønnsbalanse. Dette omfatter mangfoldsrekruttering til alle relevante utdanninger, og det omfatter kompetanse til å håndtere mangfold blant pasienter, brukere og pårørende.

Vennlig hilsen

Margareth Hagen
Rektor

Tore Tungodden
fung. universitetsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

² NOU 2022:17: *Veier inn – ny modell for opptak til universiteter og høyskoler*