



Helse-Norge – nærmer vi oss kanten av stupet?

Helsevesenet i Norge står overfor betydelige utfordringer i årene som kommer. Tidligere var distriktene som slet med å rekruttere helsepersonell. Nå er dette også et økende problem i mer sentrale strøk. Demografien i Norge tilsier at vi kun har sett toppen av isfjellet. Helse og omsorgstjenesten slik vi kjenner den i dag vil trolig måtte endres ganske drastisk dersom vi skal løse de utfordringene som ligger foran oss.



AV ERIK KRISTIANSEN HIPPE
KIROPRAKTOR

I Norge jobber 400 000 personer innen helse- og omsorgstjenestene. Vi er på topp i Europa når det kommer til ressursbruk i denne sektoren. Allikevel ser vi ukentlig avisoppslag

hvor sykehus og kommuner sliter med å bemanne ledige stillinger. Fastlegekrisen, mangel på spesialister og sykepleiere på sykehusene og en eldreomsorg som utlyser den ene sykepleierstillingen etter den andre uten kvalifiserte søkere. Mange rapporterer om en svært belastende jobbhverdag i næringen med det høyeste sykefraværet i Norge (1). Pasientene fortviler over stadig økende

ventelister på utredning og behandling. En ikke ubetydelig andel av befolkningen skal gå av med pensjon de kommende årene, og mange av disse jobber innen helse. Vi beveger oss samtidig i retning av en stadig økende gjennomsnittsalder, som medfører økning i befolkningens helsetilstand og den totale sykdomsbyrden i Norge. Det er knyttet store utfordringer til rekruttering og bemanning.

Legeforeningens medlemsundersøkelse i 2023 viser at om lag halvparten som deltok i undersøkelsen avviser eller er usikre på om de vil stå i nåværende jobb om to år. Dette dreier seg i hovedsak om ansatte på sykehus hvor stress og lav grad av autonomi er hyppige begrunnelser til usikkerheten. I tillegg rapporteres det om budsjettprioriteringer hvor daglig drift går foran nødvendig kompetanseheving hos leger i spesialisering (2). Det er et tankekors at en lastebil-sjåfør etter europeisk regelverk kun kan kjøre ni timer om dagen, mens en lege på sykehuset ansees å være kognitivt upåvirket etter et døgn uten søvn.

Helsepersonellkommisjonen

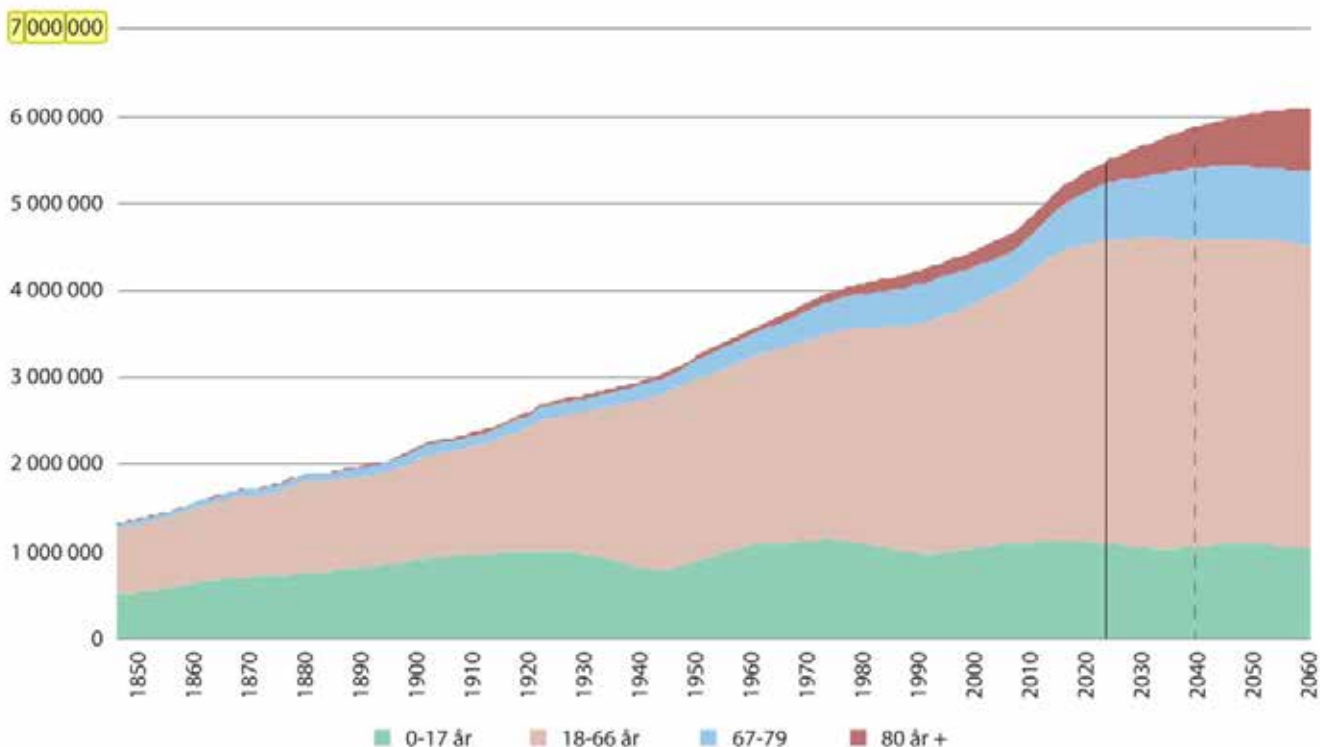
En helsepersonellkommisjon ledet av Gunnar Bovim ble utnevnt i 2021 for å se på rekrutterings- og personellutfordringer i helsevesenet de kommende årene. Utredningen (3) ble overlevert helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkholt i 2023. Hensikten var å få et bedre kunnskapsgrunnlag, og fremme tiltak for å sikre kvalifisert helsepersonell for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste frem mot 2040.

For å få et visst bilde av den kommende eldrebølgen kan man se for seg følgende; de 20 årene vi har bak oss har det blitt 40.000 flere som er over 80 år. Basert på estimater fra SSB, vil de kommende 20 årene innebære en økning på 250.000 personer over 80 år. Man hører ofte om frustrasjon fra både eldre og pårørende når det gjelder mangel på sykehjemsplasser i nærområdet. Faktum er at flere og flere pleietrengende vil måtte få bistand i eget hjem i årene fremover. Resultatet er en tungtveiende årsak til betydelig estimert etterspørsel etter arbeidskraft innen kommunal helse og omsorgstjeneste, som vist i figur 2 (3).

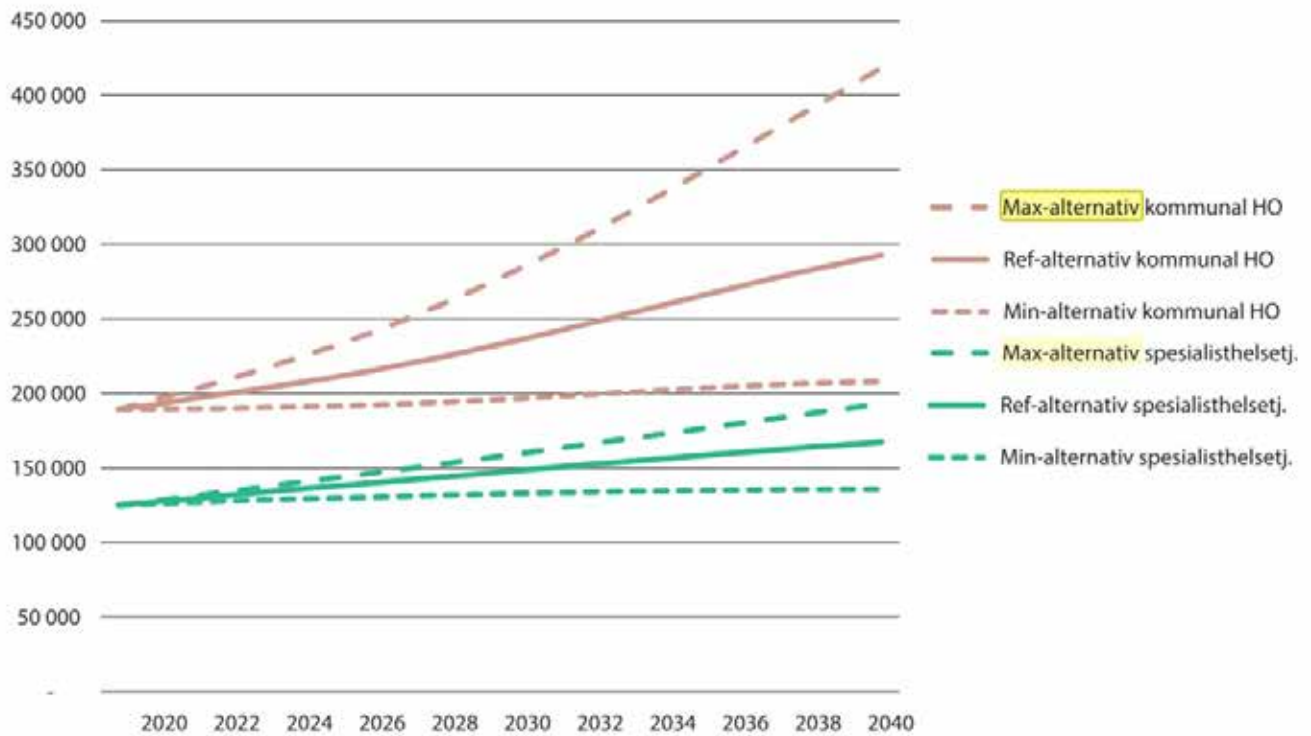
Frem til i dag har vi fått flere sysselsatte både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Dermed har totalandelen av den norske arbeidsstokken som jobber innen denne bransjen kunnet vokse, uten at dette har gått ut over rekrutteringen i andre næringer. Om man ser andelen nordmenn sysselsatt i helse- og sosialtjenester, er det en betydelig økning. I 1970 jobbet 7 % innen denne sektoren, mens andelen hadde vokst til 20 % i 2020. Som man ser av figur 1, vil det ikke være mulig med en lignende ut-

vikling de kommende årene. Dersom man skal øke de menneskelige ressursene i helse og omsorg, går dette på bekostning av andre sektorer i arbeidslivet. Deriblant næringer som er med på å finansiere velferdsstaten, og som selv sliter med å rekruttere til ledige arbeidsplasser. Som vi ser av figur 2 vil den høye etterspørselen etter folk innen helsefagene vi allerede ser i dag fortsette å eskalere. Dette vil skje på sykehusene, men behovet vil trolig være enda mer prekært i kommunene (3).

Av hensyn til situasjonen i andre næringer som også trenger å beholde sine fagfolk, er kommisjonen tydelig på at vi ikke kan drive omfattende omskolering fra andre næringer. Norge har per i dag en forholdsvis høy sysselsettingsgrad innen helse og omsorg sammenlignet med andre land. Disse vil møte lignende utfordringer som oss i tiden fremover. Med andre ord er ikke arbeidsinnvandring fasit på hvordan vi med etikken i behold skal møte disse utfordringene (3). Helsepersonellkommisjonen argumenterer for at vi i fremtiden må klare oss med færre helsepersonell per innbyggertall. Denne erkjennelsen må forankres i



Figur 1: Norges befolkning etter aldersgruppe fra 1846-2060 etter estimater fra SSB (3).



Figur 2: Framskrivinger av estimert etterspørsel av årsverk innen kommunal helse- omsorgstjeneste (rød) og sykehus (grønn) (3).

befolkningen, så vel som i den politiske bredden.

Strategi og tiltak i møte med utfordringene

Tiltakene helsepersonellkommissjonen presenterer, bygger på premisset om færre hender per pasient. Bærekraft innebærer at vi må jobbe for å motivere de som enda ikke har valgt en yrkesvei til å se mot helse- og omsorgsbransjen som en attraktiv karriere. Samtidig må de yngre belage seg på å stå lenger i arbeid enn sine foreldre og besteforeldre (3). Med andre ord må vi forsøke å snu den trenden vi ser i dag, hvor eksempelvis søkertallene til sykepleierstudiene er på sitt laveste på 10 år (4).

Artikkeltittelen er i overkant tabloid. Den hadde kanskje stått seg bedre på forsiden i landets selvutnevnte helseavis, Dagbladet. En avis hvor det masseproduseres artikler med helserelatert innhold. Flere av disse med mindre faglig integritet enn en tømmer som setter opp et reisverk med kontaktlim. Siste skrik er «gjør-det-selv» artikler med titler som «disse triksene øker sjansen for å få innvilget uføretrygd», som om uføretrygd skulle være en hack i FIRE-bevegelsen. Vi trenger de unge i arbeidslig

vet fremover – kanskje mer enn noen gang tidligere.

Videre foreslår kommisjonen at man må se på organiseringen av helsevesenet i årene fremover. Spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten er i per i dag to ganske distinkte organisasjoner. Egne budsjetter, uavhengig ledelse, og tidvis motstridende insentiver. Det bør vurderes om disse skal tas under samme tak, for å få en mer samorganisert utvikling. Det er drøftet om man bør senke takten på spesialisering i sykehusene, og heller rette mer fokus mot økt generalistkompetanse. Videre har kommisjonen et poeng i at vi fremover må redusere behandling som har dårlig dokumentert effekt, da dette er unødvendig bruk av ressurser.

Det er generelt et overordnet fokus i kommisjonsrapporten at arbeidsoppgaver må forskyves eller fordeles. Dette innbefatter «hva som må gjøres for at brukere og pasienter skal få dekket sitt behov for tjenester, og hvem som skal gjøre det». Forskyvning av arbeidsoppgaver kan enten foregå vertikalt eller horisontalt. Horisontalt skjer fordelingen på tvers av faggrupper med samme kompetanse og utdanningsnivå, men fra forskjel-

lig bakgrunn. Et eksempel på dette er en vernepleier som tar over sykepleieroppgaver. Vertikal oppgavedeling innebærer oppgave- og ansvarsfordeling på tvers av ulikt kompetanse-, utdannings-, og hierarkisk nivå. I tillegg foreslår kommisjonen å rette blikket mot delte stillinger. Et eksempel på dette er en sykepleier som har sin primære stilling ved medisinsk avdeling, men som også har en deltidstilling ved intensivavdelingen på det lokale sykehuset. På denne måten kan personell raskt mobiliseres dersom man skulle få et akutt behov for intensiv-plasser (3).

Rapportens fokus på muskel- og skjelettlidelser

Rapporten har et overordnet fokus på leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. En kan argumentere for at muskel- og skjelettlidelser gis for lite spalteplass i lys av omfanget denne diagnosegruppen representerer. Om en ser helse-Norge fra et fugleperspektiv, er det gjerne to elefanter i rommet; muskel/skjelett og psykisk helse. Universitetet i Bergen har vært ute og kritisert rapporten for å underkommunisere behovet hos denne pasientgruppen (5). Muskel- og skjelettplager er hyppigste årsak til legebesøk, samt ledende årsak

til sykefravær og uføretrygd i Norge. Kostnadene knyttet til dette blir følgende enorme. På tross av dette, mottar denne diagnosegruppen kun 6 % av forskningsmidlene (6).

Helsepersonellkomisjonens rapport nevner i forbindelse med inneværende fastlegekrise at en tredjedel av fastlegekonsultasjoner innebefatter muskel- og skjelettpasienter. «Krisen i fastlegeordningen kan avhjelpest blant annet ved at manuelle terapeuter kan brukes til mer målrettet innsats tidlig i behandlingen av muskel- og skjelettpasienter.» (3).

Det er først når man kommer til skriftlige innspill til kommisjonen fra ulike interesse/fagorganisasjoner, at man finner flere refleksjoner rundt muskelskjelett. Norsk Fysioterapiforbund argumenterer for potensielle besparelser gjennom å rekruttere flere fysioterapeuter til kommuner og sykehus, med fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid. De viser til forsøksordninger ved flere ortopediske sykehusavdelinger, hvor fysioterapeuter står i front for vurdering og oppfølging av menisklidelser, artrose og subakromialt smertesyndrom. Erfaringene fra disse forsøkene viser til gode resultater som redusert ventetid og tilfredse pasienter. Det vises også til forsøk ved Skånes universitetssykehus i Sverige, hvor fysioterapeuter bistår i førstelinen på muskel- og skjelettlidelser ved akuttmottaket med gode erfaringer (3).

Norsk Manuellterapeutforening argumenterer for at relevant behandling

til rett tid gjør denne gruppen til en svært kostnadseffektiv ressurs, som kan avlaste fastlegen ved muskel- og skjelettlidelser. Norsk Kiropraktorforening bruker også spalteplassen til å poengtere at muskelskjelett er et eget fagfelt, hvor det allerede er tilbydere innen primærhelsetjenesten som står klare til å avlaste fastlegene (3).

Et to-delt helsevesen

Samtidig som køene i det offentlige helsevesenet aldri har vært lengre, vokser det frem stadig flere private helseaktører klare til å tilby helsehjelp. Det private er gjerne attraktive arbeidsgivere for de samme helsearbeiderne som det offentlige er avhengig av å beholde. Dersom de ansatte i det offentlige helsevesenet opplever at arbeidsforholdene på sykehus og kommune fører til egen uhelse, er det begrenset hvor lenge de vil stå i jobben. Kortere arbeidsdager, større grad av autonomi og bedre lønninger vil være vanskelig å ignorere i en slik situasjon. Vikarbyråer er også attraktive arbeidsgivere med gode vilkår. De nyter godt av at Distrikts-Norge sliter med rekrutteringen. En kostbar ordning for skattebetalerne, men alternativet med ubesatte stillinger er verre.

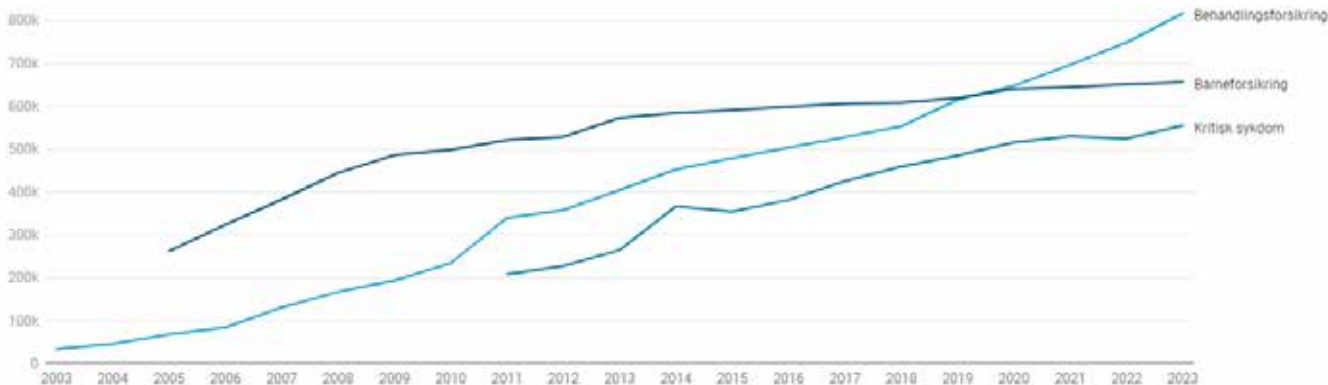
De fleste nordmenn vil erkjenne at vi har et solid helsevesen som er der når man virkelig trenger det. Selv om det norske helsevesenet fremdeles står godt forankret i velferdsstaten Norge, bør man hindre at det slår flere sprekker i skroget. Stadig flere nordmenn har i dag privat behandlingforsikring. Pr. 2023 har over

800.000 nordmenn tegnet et slik forsikring, dette er mer enn en dobling på ti år (7). Denne økningen er et symptom på at folk ønsker raskere hjelp enn det man blir tilbudt i det offentlige, og at man er villig til å betale for det. Flere hever stemmen og ytrer sin bekymring rundt at vi sakte, men sikkert går mot et to-delt helsevesen, hvor de ressursvake i samfunnet vil tape på sikt.

Et betimelig spørsmål fremover er hvordan profesjonene som jobber med muskelskjeletthelse skal posisjonere seg. Det gir seg selv at helse- og omsorgstjenesten i Norge vil være avhengig av kompetansen vår, men det er noe annet å være med på å forme premissene for morgendagens jobbsituasjon. For å oppnå dette må vi demonstrere en faglig og politisk visjon med en stemme som ikke kan ignoreres i den kommende omstillingen. Når man ser hvordan et knippe mennesker rundt regjeringen med et pennestrøk kan fjerne halve refusjonen til kiropraktorene, er det ikke godt å vite hva som skjer rundt neste sving. Muligens er det en utopisk tanke med et felles prosjekt som forener profesjonene og interesseorganisasjonene innen faget vårt. Et prosjekt hvor målet er av en slik betydning at splittelse og uenigheter kan legges til side. Hvor kompetansen og styrken i antallet blir betydelig nok til å ikke kunne ignoreres. Det hadde vært noe, det.

Se kilder/referanser side 38

Antall forsikrede



Figur 2: Utvikling av behandlingforsikring hos den norske befolkning fra 2003 frem til 2023 (7).