



## Høyringsvar til NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

### Innleiing

Sogn regionråd er samarbeidsorgan for kommunane Aurland, Luster, Lærdal, Sogndal, Vik og Årdal. Vår uttale til NOU 2023:4 er bygd på konkrete erfaringar kommunane i Sogn har, og dei utfordringane vi vurderer som særleg viktige å få til endringar innanfor.

Vi har med det ikkje sett oss i stand til å gjere ei samla og total vurdering av kommisjonen sine framlegg. For oss er det òg ei utfordring at dette er berre ein av fleire heilt sentrale fagrapportar som har kome på kort tid, og som det er svært krevjande, tidsmessig, å kunne gje uttale til på ein forsvarleg måte. Når desse rapportane, kvar for seg, og samla vil kunne ha alvorlege og inngrepande konsekvensar for kommunane og deira utforming og gjennomføring av tenester til innbyggjarane, er dette i seg sjølv grunn til sterk uro.

I vår uttale har vi difor gjort eit val og peika på nokre, men svært avgjerande tema, vi meiner det er særleg viktig å ta med i det vidare arbeidet med å utvikle konkret politikk og tiltak.

### Mandatet

Helsepersonellkommisjonen sitt mandat hadde som føremål:

*Kommisjonen skal etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.*

Det er viktig for oss å minne om dette mandatet, av di vi ser at mykje av utgreiingane og framlegga til tiltak går i heilt andre retningar enn å konkretisere kva for tiltak som er avgjerande for å utdanne, rekruttere og halde på kvalifisert personell innan helse- og omsorgssektoren. Sogn regionråd ser at det er naudsynt å sjå på heile kjeda og samanhengen både mellom t.d. strukturelle tiltak i tenestene, bruk av teknologi, organisering av tenestene m.m., og dei meir direkte behova knytt til personalet. Ulempa er at mange av framlegga til vidare handling vert knytt til tiltak som ligg på sida av mandatet. Dette gjer at det vert meir utydeleg kva som må gjerast av handlingar for å møte dei utfordringane mandatet direkte peikar på.

Vi meiner òg at rapporten ikkje fullt ut tek innover seg utfordringane som ligg føre oss i høve veksande brukargrupper. Landet får ei sterk auke i tal eldre, men òg brukargruppa under 67 veks monaleg og er ei av grunnane til auka kostnadsvekst i kommunane, sjå NF rapport nr.: 10/2021-Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstenester. Det er krevjande for kommunane i dag å skaffe nok tilsette til å halde på det nivået av tenester som ein har i dag og denne utfordringa kjem til å bli større framover. Fagkompetanse kjem til bli ein enda større knappheitsgode enn det er i dag, og sjølv om kommunane ville hatt råd til å skaffe seg personell vil det ikkje vere fagkompetanse nok til å halde oppe det nivået på tenester som ein har i dag. Vi ser at det særleg blir lagt vekt på omstilling i høve brukargruppa over 67 år, men vil legge til at behovet for omstilling òg gjeld i gruppa av tenestemottakarar under 67 år. I tillegg til at ein må ha treffsikre tiltak for å kunne utdanne, rekruttere og behalde kvalifisert personell, meiner vi at styresmaktene òg må sjå på nivå på rettar og korleis ein på ein mest mogleg berekraftig måte skal organisere tenestene til alle brukargrupper, også dei under 67.

## Utfordringane og situasjonsforståing

Helsepersonellkommissjonen peikar på at det alt er ei bemanningskrise i mange kommunar og at det er naudsynt å få til endringar for at kommunane skal kunne følge opp ansvaret for å gje kvalifiserte helse- og omsorgstenester og gje innbyggerane dei tenestene dei har krav på. Samtidig peikar dei på at personellveksten i sektoren har vore høg og at det må settast inn tiltak for å redusere personellveksten gjennom ulike organisatoriske og strukturelle tiltak.

Sogn regionråd sluttar seg i hovudsak til dei utfordringane NOU-en peikar på og konklusjonane om at det hastar å sette inn gode tiltak som kan styrke utdanning, rekrutteringa og det å halde på personellet. Samtidig meiner vi kommissjonen ikkje treff godt nok på mange av utfordringane, og ikkje har vore tydeleg nok i å forme ut treffsikre tiltak.

## Kunnskapsgrunnlaget

Vi meiner òg at helsepersonellkommissjonen har tatt val når det gjeld kunnskapsgrunnlaget som direkte vil kunne få konsekvensar for korleis ein oppfattar utfordringar og moglege løysingar.

Kunnskapsgrunnlaget er etter vår vurdering i for stor grad definert ut frå nasjonale fagmiljø som sit med definisjonsmakta og har i mindre grad klart å fange opp og konkretisere kunnskap som er meir aktuelle for dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Det manglar kunnskap rundt lokale/regionale prosjekt og kva for faktiske ressursforskyvingar som har skjedd innan helse- og omsorgstenestene. Det er mange og sterke krefter som verkar inn på utviklinga av helsetenestene og som har svært ulike motiv for å ville ei utvikling i ulike retningar. Dette gjeld t.d. tilhøvet mellom private og offentlege tenester, det gjeld dei samla økonomiske ressursane og fordelinga mellom dei. Kunnskapsgrunnlaget er òg prega av at det er ulike behov for kunnskap sett frå aktørane på statleg og regionalt nivå, og dei lokale behova. Dette gjeld òg kunnskap rundt krefter som bidreg til sentralisering kontra desentralisering og at einskilde sterke fagprofesjonar i for stor grad får prege kva for kunnskapsgrunnlag som er viktig for den vidare utviklinga.

### 1. Desentralisert sjukepleieutdanning

Sogn regionråd etablerte i 2019 eit prosjekt for å bidra til å møte dei lokale behova for kvalifiserte sjukepleiarar, no og i framtida. Gjennom dette arbeidet har vi fått konkrete erfaringar på kva for rammer som er viktige for at ei slik desentralisert utdanning skal fungere optimalt. Vi vil difor nytte dei erfaringane vi har gjort oss som bakgrunn for vår uttale til NOU 2023:4.

#### Desentraliserte ordningar

Vi meiner det er behov for å drøfte omgrepet *desentralisert*. I dei faglege utgreiingane i NOU-en vert det peika på at vi i Norge har ein desentralisert struktur på høgskulane i landet og kor viktig dette er for rekruttering til mange helsefag. Mange vert buande i område der dei studerer.

Når vi snakkar om desentraliserte tilbod for vidare- og etterutdanning er det behov for ei enno meir lokal tilpassing. Dette grunna i at desse tilboda må vere retta inn på å treffe både yngre og godt vaksne personar med familie. Skal ordningane fungere må dei treffe folk «der dei er i livet» slik at dei kan få kvardagsorganiseringa til å fungere.

For vår region vil ei desentralisert utdanning som er lagt til Førde, med undervisning basert på timesundervisning, bety at personar frå t.d. Aurland må reise i privatbil i nesten 3 timar, inklusiv ei ferje på om lag 15 min, kvar veg. Dvs. ei reise på 6 timar for å delta på ei undervisning på 1 – 2 timar. Frå Vik ville tilsvarande reise også vere på over 5 timar. Med kollektiv transport vil det ikkje vere mogleg å kome fram og tilbake same dag. Etter vår vurdering er slike desentraliserte ordningar, ikkje ei ordning etter vår forståing av omgrepet, og det er behov for å tenkje på ein heilt annan måte om ein vil rekruttere personar til å ta vidare- og etterutdanning innan t.d. sjukepleie.

## Vurderingar

Vår vurdering er at helsepersonellkommissjonen ikkje har gått inn i problematikken om kva som faktisk kan gjerast av konkrete handlingar for å bidra til at fleire kan få etterutdanning som sjukepleiarar, uavhengig av om ein på sikt må jobbe for å redusere behovet. Våre erfaringar er at vi kan rekruttere og etterutdanne fleire som sjukepleiarar med enkle, men systematiske tiltak om det er vilje til dette. Sidan hausten 2019 har vi arbeidd systematisk og målretta for at kommunalt tilsette skal byrja på desentralisert sjukepleiarutdanning og støtte dei som vert rekruttert. Alle kommunane i Sogn har rekruttert til ordninga. Effekten er at fleire har fått rekruttert sjukepleiarar, men vi ser at fråfallet er for stort fordi rammene ikkje er gode nok.

Å rekruttere personar med studiekompetanse og/eller ulik utdanning på eit lågare nivå enn høgskule, bidreg både til å nå den einskilde sine mål om å utdanne seg for å kunne gjere ein enno betre jobb enn dei i dag gjer, og det gjev dei ein viktig karriereveg.

Våre erfaringar er at det ikkje er så lett å kome i gode og konstruktive dialogar med høgskulesystemet og at det er dei som åleine sit med definisjonsmakta. Kommunane som ein av «problemeigarane» må få større formell rolle i å kunne påverke innhald, utforming og opplegg rundt desentraliserte vidareutdanningar for helsepersonell. Vi ynskjer ikkje å gå inn i rolla høgskulen har for å sikre kvalitet og gjennomføring av undervisning m.m., men det må vere større rom for å drøfte heile rammeverket utdanninga vert sett inn i.

For busette i kommunar i mange distrikt er det avgjerande at vi får større forståing for at deltidsutdanninga må bli meir desentralisert, meir fleksibel og betre tilrettelagt ut frå det lokale behovet. Vi treng difor støtte frå departementa for å gjere formelle konkrete endringar og om naudsynt bidra med økonomiske ressursar.

For oss er det uforståande at helsepersonellkommissjonen kan konkludere slik dei gjer om livslang læring. Dei 4 kulepunkta om innsatsområde er for diffuse og gir lite retning for å få til raske naudsynte tiltak for å styrke det som er hovudmandatet:

*Foreslå **treffsikre tiltak** i årene framover for å **utdanne, rekruttere og beholde** kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.*

## Innspel til tiltak

### **Våre erfaringar viser at følgande konkrete tiltak må på plass:**

1. Endre rammer for dei som ikkje har studiekompetanse, og som treng det for opptak til deltidsstudiet i sjukepleie.
  - Endre krava i norskfaget. Norskfaget må vere tilpassa behovet i studiet. Krava til godkjent norsk for opptak er basert på 350 timar. Kravet bør vere langt lågare ved å ha fokus på norsk språk og rapportskriving, målretta mot praktisk bruk i studiet og utøving av faget. Slik tilpassing finst det alt døme på til andre utdanningar.
  - Betre ordningar for støtteundervisning for dei som skal kvalifisere seg til studiet.
  - Redusert krav til praksis for opptak på studiet. Ved å redusere kravet frå 2 til 1 års praksis, vil ein raskare få motiverte personar inn i ordninga. Her har høgskulane rett til å ta avgjerd, og har ulik praksis. Viktigare enn lang praksis før opptak, er kvaliteten på praksisen gjennom studiet og fagleg rettleiing.
2. Tilrettelegging av studietilbodet
  - Den desentraliserte utdanninga må organiserast i bolkar på t.d. 2-3 dagar undervisning. For dei som bur i distriktet er tilrettelegginga i dag lite «desentral» ved at undervisninga delvis skjer som timeundervisning med lange reiser og lite effektiv tidsbruk.

- Utforme gode digitale undervisningsopplegg som supplement til den fysiske undervisninga. Det er for lite bruk av digital undervisning i dag.
- Etablering av kollokviegrupper for studentane, t.d. som del av undervisninga i bolkar.
- Gjennomføre undervisninga ulike stader i regionen for å kome tettare på der folk bur. Det er fleire gode og tilrettelagte utdanningsstader som kan vere base for undervisning, mellom anna Sogndal. Lærar må reise i staden for elevane.
- Sikre økonomi til høgskulane for auka kostnadar ved endra organisering av undervisninga.
- Sikre økonomi til studentane, via kommunane. Studentane investerer mykje tid og personlege ressursar, men tapar mykje økonomisk gjennom studieåra.
- Etablere ein konkret pilot i Sogn og Fjordane for start alt i 2023 for å vise kva for effektar vi kan få av andre rammer for desentralisert utdanning.

## 2. Utvida tilbod om kompletterande utdanning – norsk autorisasjon

### Vurderingar

Kommunane i vår region har mange tilsette i helse- og omsorgssektoren som har utdanning frå andre land, men som ikkje får norsk autorisasjon. Dei har behov for rettleiing i kva som skal til for å komplettere utdanninga si frå andre land, og kva dei treng for å få norsk autorisasjon. T.d.: Kor mykje ekstra kompetanse/kurs må dei ta for å kunne få godkjent utdanninga si og få norsk autorisasjon. Eit døme her er ein sjukepleiar frå Filippinane. Kva for kompetanse må personen ha i tillegg til språk, for å kunne få norsk autorisasjon? Her treng dei heilt konkret rettleiing med ei liste over kva som manglar for slik autorisasjon.

Kommunane har i dag t.d. sjukepleiarar, psykologar og ergoterapeutar frå andre land, som må jobbe som ufaglærte av di dei ikkje får autorisasjon. Dette er ikkje godt nok fordi vi treng den kompetansen dei faktisk har og som dei no ikkje får nytta. Kommunane opplever at det ikkje er mogleg å finne ut kva som skal til for å t.d. å kvalifisere helsepersonell til arbeid i Noreg. Det er til dømes ikkje godt nok å vise til at ein psykolog frå Ukraina må søkje opptak på psykologstudie for å få vite kva eller om hen kan få fritak for nokon fag, slik kommunane i dag opplever.

### Innspel til tiltak

Helsepersonellkommisjonen rår til eit utvida tilbod om kompletterande utdanning for personar med helseutdanning frå utanfor EØS. Vi støttar desse vurderingane. Vi meiner òg det er naudsynt å raskt endre reglane for autorisasjon, noko som lett bør kunne skje for personar frå andre nordiske land. Legar frå Danmark og Sverige, må kunne sleppe å ta norsk LIS1 teneste, for å jobbe fast i Norge. I dag kan dei jobbe lenge som «rådyre» vikarlegar, men kan ikkje få fast stilling som ALIS lege. Vi må ta på alvor tiltak som kan få ned dei store auka kostnadane med innleige av vikarar som nærmar seg 2 milliardar på landsbasis pr. år. Smidige system for autorisasjon kan raskt bidra til å møte nokre av utfordringane for å få til ein meir berekraftig helse- og omsorgssektor.

## 3. Vikarbruk i kommunane

### Vurderingar

Helsepersonellkommisjonen peikar på at det er vanskeleg å rekruttere til små stillingar, og at dette er ein hovudårsak til den store bruken av vikarar. For kommunane i Sogn er det ikkje ein slik klar og enkel samanheng. Nokre av kommunar i Sogn er mellom dei kommunane i Norge som har høgst prosentdel tilsette i store stillingar. Samtidig opplever dei størst problem med å rekruttering, og størst utfordring i å rekruttere til 100 % stillingar. Det er heller ingen klar samanheng mellom vikarbruk og sjukefråvær. Einskilde kommunar har mellom dei lågaste sjukefråværa, samtidig som dei har svært store rekrutteringsbehov, og derav stor bruk av dyre vikartenester.

Kommunane nyttar også i stor grad vikarar når det gjeld legetenesta. Her er så godt som alle stillingar 100 %, gjerne utdanningsstillingar som ALIS, men til tross for dette er det ikkje søkjarar til stillingane. Vikarar vert derfor nytta for å handtere dagleg drift av legekontor, kommunale legeoppgåver som sjukeheim, helsestasjon og legevakt.

Kommunane ser her ei vriding i at legar ynskjer å jobbe som vikar, noko vi også høyrer i forhold til anna helsepersonell som til dømes sjukepleiarar. Dei tener særst godt, får reist rundt og sett litt av landet, og kan velje sjølv når dei ynskjer å arbeide eller ha lengre periodar med fri. Kommunar opplev at legar ynskjer denne fridomen, framfor fast tilsetjing. Om denne endringa til tilknytning til arbeidslivet gjeld anna personell også, er uklart.

For legar frå utlandet er det også avgrensingar i autorisasjon som gjer at dei arbeider som vikar. Dette skuldast at allmennlegar og spesialistar i allmenmedisin ikkje får godkjend utdanning frå utlandet. Til dømes er ikkje dansk KBU godkjend som norsk turnusteneste/LIS1. Legane kan arbeide som vikar i Norge, men ikkje som i faste stillingar på ei fastlegeliste. Då vil dei etter 1 år måtte oppfylle kompetansekrava som tilseier at dei må ha norsk tunusteneste/LIS1.

### **Innspel til tiltak**

For kommunane i Sogn er det eit mål og ha størst mogleg stillingsbrøkar og har kome langt i dette. Skal vi klare å rekruttere fagpersonar innan ulike yrker er ein avhengig å få tilgang til fleire utdanna personar enten gjennom utdanning/skulering eller gjennom raskare autorisasjon for utanlandske fagarbeidarar.

Tiltak med økonomiske insitament kan fungere, men slike tiltak er eit etisk dilemma, ved at kommunane blir «kannibalar» som trekker naudsynt helsepersonell frå nabokommunar eller andre. Det vil vere feil å stimulere til denne type konkurranse om arbeidskrafta.

Bruk av vikarpool er heller ikkje beint fram. Dei som er i slike poolar vil ha føreseielege arbeidstider, og sit ofte ikkje på gjerde og ventar på at det blir ledige «nokre timar eller dagar». Det er lettare å rekruttere til meir langvarige vikariat frå slike poolar.

I eit eige avsnitt har vi kommentert utfordringane med autorisasjon og viser her berre til dei merknadane.

## **4. Kommenterar til andre tema**

### **Utdanne det helsepersonellet vi har behov for**

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at Norge bør utdanne minst 80 prosent av de legene landet treng, i tråd med Grimstadutvalgets (Kunnskapsdepartementet 2019) anbefaling. Det samme prinsippet bør òg gjelde for Norges utdanningskapasitet for dei andre store helsepersonellgruppene. Vi har ingen sterke argument mot dette, men dette vil på kort sikt forsterke behovet for mellom anna rask autorisasjon frå andre land og effektive system for etter- og vidareutdanning.

### **Utdanningane må førebu studentane på arbeid i turnus**

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det er viktig at utdanningssektoren førebur elevar og studentar på helsefag der vakt- og turnusarbeid er utbredt, på kva det betyr å jobbe i turnus og i vaktordning. Alle elevar og studentar innan slike fag bør få erfaring med tredelt turnus som del av sine praksisstudiar. Vi sluttar oss til desse vurderingane.

### **Prioritering og haldningar**

For å dempe presset på tilbod og etterspørsel etter helse- og omsorgstenester, meiner utvalet det bør skje ei endring i haldningar hjå folk. Det er viktig at alle erkjenner at det er avgrensa ressursar. Det må vere samsvar mellom kvaliteten i tiltaka, pasientrettar, tenestene si kapasitet og tilgjengeleg personell.

Vi støttar desse vurderingane. Tida er moden for å reise viktige debattar som bidreg til at innbyggjarane, helse- og omsorgspersonell og politikarar forstår kor viktig det er å dempe etterspørselen etter tenester.

Også i tenestene er det viktig at vi i alle deler av tenestene vurderer verknadane av vedtak og avgjerder. Prioritering og avgrensa tilbod om tenester, må bli løfta høgt i det offentlege ordskifte. Under pandemien måtte vi gjere slike prioriteringar. Tenestene laga planar for kva for brukarar som skulle prioriterast i ein krisesituasjon. Kven skulle til sjukehus, kven skulle få oksygenhandsaming og kven skulle berre få lindrande handsaming. Sjukehusa prioriterte igjen kven som skulle få respirator og ikkje. Vi veit dette var veldig omstridt, og eit av notata vart knapt omtalt av pressa. Den gang vart det utarbeida ein rettleiar for prioriteringane.

I dag kan medisinen redde neste alle pasientar på eit sjukehus, medan det for få år tilbake ikkje var mogleg å redde alle desse pasientane (premature, sjukdom, skade m.m.). Vi må difor klare å ha ein meir open samtale om kva for liv desse vert redda til. Mange av pasientane krev store personellressursar i kommunane, i veldig mange år.

Vi veit at dette er veldig kontroversielt, men vi trur likevel vi må tørre å snakke høgt om desse utfordringane og etikken rundt problemstillingane. Vi har fleire døme på at foreldre i etterkant av stor traumeskade fortel at dei nesten kvar dag lurar på om det var riktig å gje barnet all den handsaminga som gjorde at barnet overlevde. Resultatet på tenestene er at dei i dag må ha 2:1 personale rundt seg, truleg resten av livet.

### **Lovpålagde rettar for den einskilde**

Framtidig behov for personell er kopla opp mot dagens lovgitte rettar og kravet om å vere forsvarleg. Dagens lovgjeving på helse- og omsorgsområdet er personellintensiv og dyr for kommunane.

I dag har brukar rett til tenester i eigen heim, og vi ynskjer og arbeidar målretta for at brukarane skal bu lengst mogleg i eigen heim. Dette av di heimetenester er rimelegare enn sjukeheimplass og ei tru på at den einskilde har det betre i sin eigen heim. Dette gjeld brukarar over 67. For yngre brukarar er ofte tenester i eigen heim mykje dyrare enn institusjonsplass, eller plass i tilrettelagde omsorgsbustader. Ved å bu i eigen heim i klynge/ bufellesskap eller liknande, får vi samdriftsfordeler og treng ikkje like mykje personell. Til dømes kan 5-6 brukarar ha felles nattevakt, i staden for kvar si nattevakt eller nattilsyn.

For ein del yngre brukarar med 2:1 bemanning, ville større bufellesskap, også gitt betre tenester. Dette gjeld i forhold til betre tilgang på kvalifisert personell i tillegg til at brukarane får eit betre sosialt liv og mindre einsemd.

For eldre brukarar vil meir eigen heim i klynge/bufellesskap osv. òg kunne hjelpe på einsemd. Dette ved at dei er fleire med same utfordringar og lettare kan samlast for aktivitetar og ein prat over ei kaffekopp. Men ei utvikling der barna ikkje bur same stad som foreldra, vil eldre i større utstrekning då også kunne hjelpe kvarande.

Tida er kommen for å sjå på brukarane sin rettar og omfanget av dagens lovgjeving av rettane. Retten til tenester og omfanget av tenester i eigen heim, uavhengig av kvar i kommunen den eigne heimen er, er personellintensiv og svært kostbar for kommunane.

### **Økt formelt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver**

Vi er einige i helsepersonellkommissjonen sine vurderingar av behov for større breidde i praksisundervisninga i kommunane og at kommunane bør kunne ha eit sterkare formelt ansvar for undervisnings- og rettleiingsoppgåver. Med det presset som er på personell og finansiering alt i dag, vil slik auka ansvar ikkje kunne bli ein realitet utan tilsvarende auka finansiering.

### **Krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging**

Krav til kompetansekartlegging har vore ein del av kvardagen i det offentlege lenge. Våre erfaringar tilseier at vi er tvilande til at dette er eit verkemiddel som faktisk vil ha noko å seie for kvalitetsutviklinga i tenestene. Det viktige er å ha fokus på kva for område vi treng kompetanseheving på, og ha gode interne prosessar slik at vi kan støtte dei som ynskjer etterutdanning og vidareutdanning som kan støtte opp under kvaliteten og utviklinga i tenestene.

### **Sentralisering av sjukehusstrukturen**

Om ein vel å sentralisere sjukehusstrukturen ytterlegare vil dette kunne medføre endå større utfordringar i små distriktskommunar. Dagens sjukehusstruktur rekrutterer personell til dei mindre kommunane som har lokalsjukehus, og ei omlegging av sjukehusstrukturen med nedlegging av lokalsjukehus vil svekke både helsetilbodet og rekrutteringa i distrikta. Ein vil også stille eit stort spørjeteikn ved om det i det heile vil vere meir personelleffektivt å måtte transportere dei aldrande og sjukaste pasientane over lengre avstandar. Ei slik organisering vil krevje langt større personellressursar knytt til legevakttenester og ambulansetransport, og vi tviler på at ei slik omorganisering i det heile vil ha ei personellsparende effekt.

Vi støttar med dette dei vurderingane Volda kommune har gjort i si uttale til NOU-en.

## **5. Avsluttande merknadar**

### **Utdanning, kompetanseutvikling og karriere for personalet**

I samandraget i NOU-en, under temaet *Utdanning, kompetanseutvikling og karriere for personalet*, har kommisjonen tatt val om å lande ned på desse 4 satsingsområda:

- strategisk tilnærming til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene,
- god ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling,
- tilrettelegging for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, og
- systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse.

Vi er ikkje ueinige med kommisjonen i at dette er fire viktige område å jobbe med, og vi oppfattar dei som viktige overordna prinsipp for det konkrete arbeidet.

For oss på kommunalt nivå, ser vi på temaet om *Utdanning, kompetanseutvikling og karriere for personalet*, som den raude tråden gjennom heile NOU-en sett i relasjon til mandatet. Vi har difor i vår uttale gjort vurderingar og kome med konkrete framlegg til tiltak i mange av dei andre tema, som går rett inn i korleis vi skal forstå utfordringane og kunne bidra til å styrke utdanning og rekruttering.

I ei tid der vi treng å handle raskt av di situasjonen mellom anna i kommunane er så akutt, hadde vi forventa at kommisjonen ville ha kome opp med konkrete prioriterte handlingsbaserte tiltak. Vi set difor vår lit til at dei som skal følgje opp NOU-en ikkje stoppar her, men ser på dei konkrete, og svært avgjerande tiltaka som mellom anna vi i vår uttale har peika på som naudsynte, vert prioritert.

Med helsing

Roy Egil Stadheim  
leiar Sogn regionråd

*Brevet er elektronisk og er utan handskriven underskrift*