

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 26.04.2018
SAKSHANDSAMAR: Hilde Christiansen
SAKA GJELD: **Orientering om strategisk kompetanseplanlegging og Nasjonal bemanningsmodell**

ARKIVSAK: 2018/411
STYRESAK: 063/18

STYREMØTE: 22.05. 2018

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar sak til orientering.

Oppsummering

Styret har bedt om ein kort orientering om bruk av Nasjonal bemanningsmodell, om utdanningskapasitet og behov for rekruttering i Helse Vest. Nasjonal bemanningsmodell er utvikla som eit strategisk verktøy for å gjere greie for framtidig behov for ulike yrkesgrupper basert på utvikling av demografi/forventa behov for spesialisthelsetenester for ulike sjukdommar og kva kapasitet og kompetanse som må til for å dekkja dette for befolkninga i dei ulike regionane/helseføretaka. Modellen blir nytta i heile spesialisthelsetenesta og blei tatt inn som del av den første Nasjonale helse- og sjukehusplanen. Modellen blei utvikla i Helse Vest og blei deretter ein modell som blir nytta i alle regionar og i alle helseføretak.

Modellen blir og nytta til årleg vurdering av kva legespesialitetar føretaksgruppa Helse Vest må ha strategisk fokus på. Dette inngår og som del av Helsedirektoratet sin årlege rapportering.

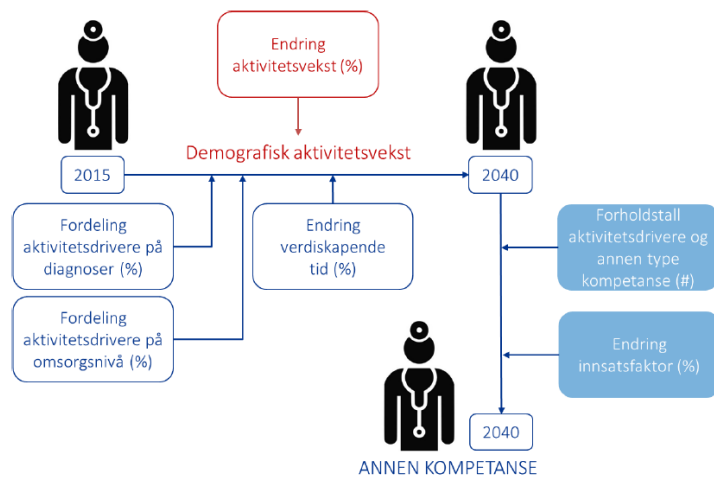
Helseføretaka nyttar no Nasjonal bemanningsmodell som del av deira arbeid med utviklingsplanane.

Orienteringa skal gi ein kort forklaring på korleis Nasjonal bemanningsmodell blir nytta som analysegrunnlag for å vurdere handlingsrom og behov for utdanningskapasitet og rekrutteringsbehov i et langsikt perspektiv.

Beskriving av data og føresetnadar i Nasjonal bemanningsmodell

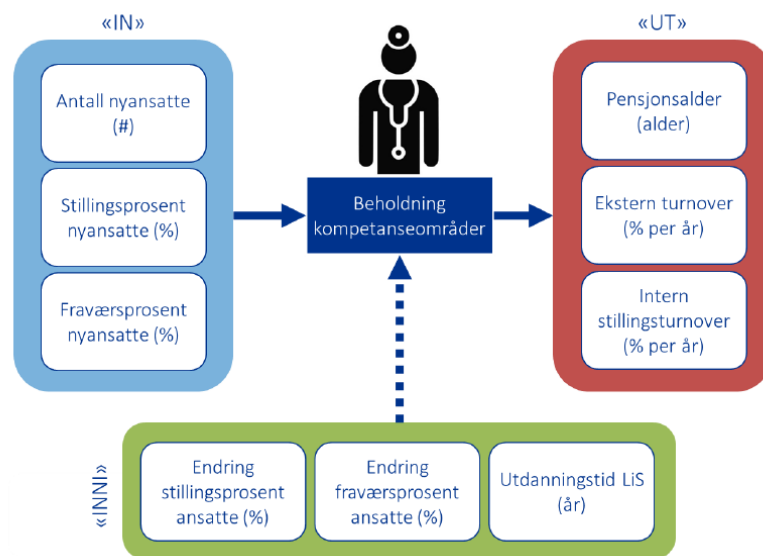
Behov for- og tilgjengelig kompetanse blir estimert i Nasjonal bemanningsmodell på følgjande måte:

1. **Behov for kompetanse:** Først blir aktivitetsbehovet framskrive basert på dagens aktivitet fordelt på aldersgrupper. SSB sin befolkningsframskriving med middels vekst (MMMM-scenario) innan ulike aldersgrupper blir nytta og framskrive aktivitetsbehov blir lagt til grunn med same forbruk innan dei ulike aldersgruppene. Framskrive aktivitetsbehov blir nytta som grunnlag for å estimere behov for kompetanse. Behov for kompetanse er basert på definerte forholdstal mellom spesialistområde (f.eks. legar spesialisert innan hud- og veneriske sjukdommar) og pasientgrupper (ICD 10 kategoriane), spesialistområde og omsorgsnivå (f.eks. dag opphald), samt spesialistområde og andre yrkesgrupper (f.eks. sjukepleiarar). I modellen er det definert fleire variablar som kan endrast på i tre ulike scenario, til dømes endringar i verdiskapande tid (sjå figuren under).



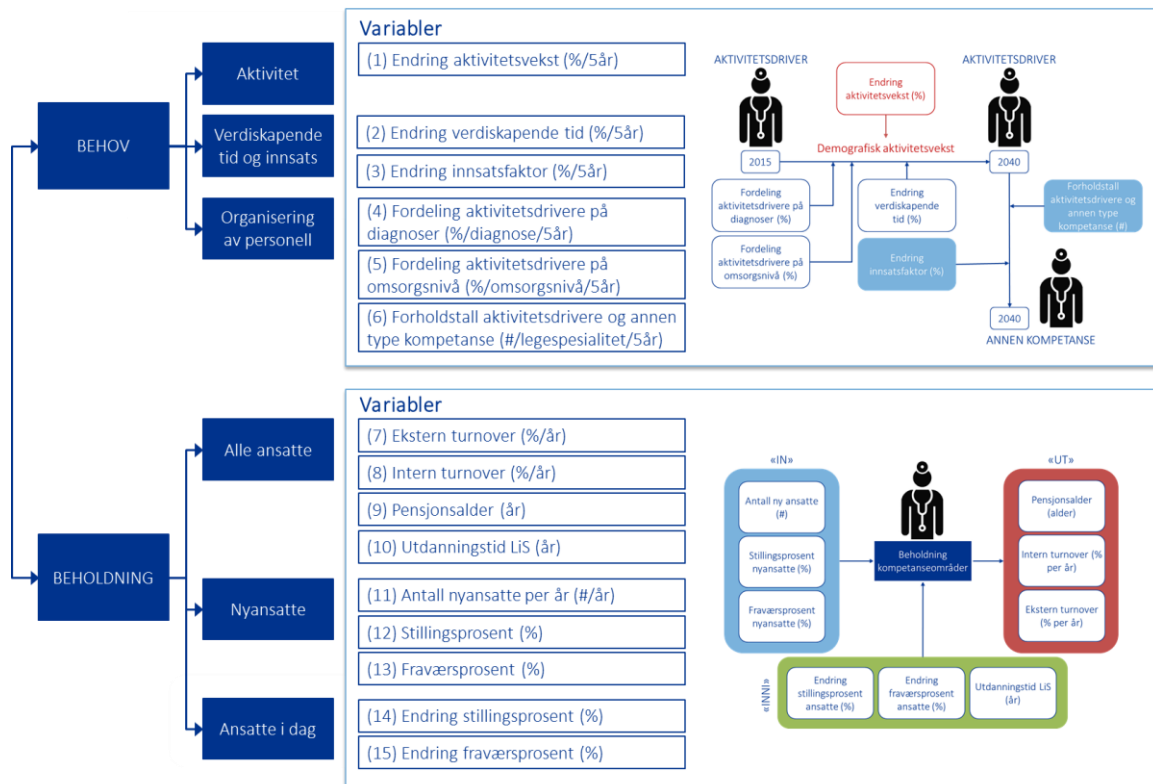
Figur 1: Estimering av behov for kompetanse

2. **Tilgjengeleg kompetanse:** Tilgjengeleg kompetanse tar utgangspunkt i faktisk tal tilsette i 2015 og viser forventa avgang basert på turnover og pensjon. I modellen er det definert fleire variablar som kan endrast på i tre ulike scenario, til dømes endring i ekstern turnover og intern turnover (sjå figuren under). Tilgjengeleg kompetanse kan simulerast basert på «INN» og «UT», samt bruk av kompetanse («Inni»).



Figur 2: Estimering av flyt av kompetanse

Setter vi dette saman har vi eit total bilde som blir nytta for å estimere framtidig utvikling i gapet mellom behov for og tilgjengeleg kompetanse innanfor fleire ulike yrkesgrupper og legespesialiteter.



Sjå under for nærmare beskriving av dei enkelte parameter som nytta i modellen.

1. Kunnskapsgrunnlag som må til for å ha oversikt over tilgjengeleg kompetanse

- ✓ Ekstern turnover: Prosent del medarbeidarar som slutter i verksemdene per år. Ekstern turnover varierer per stillingsgruppe og er definert basert på historisk gjennomsnitt.
- ✓ Intern turnover: Prosent del medarbeidarar som endrar stilling eller slutter i ein stilling, men er i ein annan stilling i organisasjonen. Intern turnover varierer per stillingsgruppe og er definert basert på historisk gjennomsnitt. Denne variabelen blir nytta saman med ekstern turnover for å forstå den totale delen som avsluttar eit stillingsforhold per stillingsgruppe utover naturleg avgang på grunn av pensjon.
- ✓ Pensjonsalder: Alderen der den gjennomsnittlige tilsette innanfor ei stillingsgruppe går av med pensjon, og dermed utgår av modellen. Pensjonsalder som er brukt i modellen er særaldersgrensa for den enkelte stillingsgruppe. For spesialsjukepleiarar, sjukepleiarar og helsefagarbeidarar er særaldersgrensa 65 år, for ambulanspersonell 60 år og for øvrige yrkesgrupper 70 år. Variabelen kan nyttast for å betre forstå kva effekt auka særaldersgrense vil ha på tilgjengeleg kompetanse.
- ✓ Fraværsprosent: Fraværsprosent omfattar alt av fravær innanfor ein stillingsgruppe. Dette omfattar mellom anna sjukefravær og ferie.

- ✓ Tal nytilsette: Tal nye tilsette som blir rekruttert til ei stillingsgruppe. Dette kan være medarbeidarar som rekruttert internt i føretaket eller eksternt. Denne variabelen blir nytta for å forstå kva ulik tilstrømming til ei stillingsgruppe kan ha å sei for tilgjengeleg kompetanse, og heng tett saman med stillingsprosent og fråværsprosent for nytilsette.

2. Kunnskapsgrunnlag som må til for å definera behov for kompetanse

- ✓ Aktivitet: Aktivitets rapportar til Norsk Pasientregister (NPR) i 2015, samt estimert vekst i aktivitet basert på SSBs folkevekst i et MMMM-scenario for 2020, 2025, 2030, 2035 og 2040.
- ✓ Aktivitetsdriver: LIS-legar og overlegar med klinisk pasient kontakt (f.eks. augesjukdommar), samt psykologar, psykologspesialistar og sjefpsykologar. Aktivitetsdrivarar er knytt til ulike diagnosegrupper / helsetilstandar og har eit vekta forhold til ulike omsorgsnivå (døgnopphald, dag opphald og poliklinikk) som er basert på faglege vurderingar.
- ✓ Bemanningsfaktor: Relasjonen mellom aktivitetsdrivarar og anna helsepersonell uttrykt som eit forholdstal. Forholdstala blir nytta for å estimere framtidig behov for stillingsgrupper som ikkje er aktivitetsdrivarar, til dømes for sjukepleiarar.
- ✓ Verdiskaping og innsatsfaktor: Prosentvis endring i verdiskapande tid innanfor eit fagområde eller stillingsgruppe i ein gitt periode frå 2015. Verdiskapande tid er tid som gir verdi for pasientar. Auka verdiskaping er meir verdifull tid for pasientar med same ressursbruk. I analysen er det ikkje lagt inn nokon endringar i verdiskapande tid eller innsatsfaktor. Det føreset derfor at det ikkje er noko vekst eller nedgang i verdiskapande tid for nokre av stillingsgruppene.

Vurdering av kor moden bruken av modellen er i regionen

Det er gjort ein overordna vurdering av modenheit relatert til å analysera og identifisera behov for kompetanse og ressursar. Modenheits analysen er basert på eit rammeverk som er tatt i bruk i HMN. Markert i rødt er status per i dag samla for Helse Vest.

	Prosesser	Organisering	Kompetanse	Systemstøtte
Nivå 0	Prosessene er ikke definert og oppgavene har liten relevans for kjernevirksomheten.	Det er ikke, eller i svært liten grad, definert roller og ansvar.	Ingen eller lav kompetanse.	Lite eller ingen systemstøtte.
Nivå 1	Oppgavene gjøres fragmentert eller ad hoc og prosesser er ikke tydelig definert.	Roller og ansvar er definert til en viss grad, men grensesnittet er utydelig.	Kompetansen er tilstrekkelig til å bidra som administrativ støtte til kjernevirksomheten.	Noe systemstøtte, men det er vesentlige mangler knyttet til mengde og/eller funksjon.
Nivå 2	Oppgavene gjøres systematisk i henhold til en definert prosess.	Roller og ansvar er definert, men HR og linja har forskjellig oppfatning av grensesnittet.	God kompetanse, men mangler spisskompetanse og spesialister.	God systemstøtte, som ivaretar dagens behov på en tilstrekkelig måte.
Nivå 3	Vi måler effektivitet og kvalitet, og prosessen tilpasses ved behov ut fra systematiske vurderinger.	Roller og ansvar er beskrevet og definert slik at oppgavene kan gjøres på en god måte, og grensesnittet oppfattes likt.	Bidrar med spisskompetanse og har spesialister på området.	Systemstøtte utvikles løpende basert på tilbakemeldinger og framtidige behov.
Nivå 4	Vi jobber systematisk med kontinuerlig forbedring av prosessen basert på effektivitets- og kvalitetsmålinger.	Roller og ansvar er godt beskrevet og utformet slik at prosessene gjennomføres effektivt og med god kvalitet.	Kompetansen bidrar til at HR fungerer som en driver for å realisere kjernevirksomhetens strategi.	Utvikling av systemstøtte er integrert i prosessutvikling og bidrar til kontinuerlig forbedring av prosessen.

Forbetringsområde i regionen er relatert til organisering, prosesser og kompetanse. For å auka modenheiten blir det arbeida med å definera prosess, roller og ansvar relatert til strategisk forvaltning og dimensjonering av legespesialistutdanninga i regionen. Det er og satt opp erfaringsutvekslingsmøter mellom regionane og helseføretak på Lync/Skype for å auka og dele kunnskap og erfaringar mellom verksemdene.

Vidare skal Nasjonal bemanningsmodell vidareutviklast og blir oppdatert medio 2018 med tal frå SSB og NPR. I den forbindelse vil det bli gjennomført opplæring og fleire kurs som skal bidra til i bruken av modellen.

Korleis ser utviklinga ut i Helse Vest i eit 0-scenario for ulike yrkesgrupper?

Eit 0-scenario er eit framtidsscenario **utan endringar i behandlingspraksis, og utan rekruttering av nye tilsette**. Hensikta med å framstilla eit 0-scenario er å synleggjere kva kompetansegapet kan utvikle seg til, og kor mange tilsette det er behov for å rekruttera og behalda dersom ingenting blir endra i forhold til dagens situasjon. Differansen mellom desse tala blir synleggjort som eit gap og er eit uttrykk for kor mange som må rekrutterast i perioden **dersom ingen nye tilsette avsluttar stillingsforholdet i Helse Vest**. Ettersom vi kjenner til at ekstern og intern turnover også omfattar nye tilsette, er faktisk tal nye tilsette som det kan være behov for å rekruttere høgare enn kva gapet i tabellane under framstiller.

3. Spesialsjukepleiarar (Anestesi, barn, intensiv, operasjon, kreft og andre)

Stillingsgruppe	Beholdning	Behov	Gap
Andre			
2015	1 608	1 608	-
2020	813	1 685	872
2025	408	1 784	1 376
2030	197	1 879	1 682
2035	90	1 971	1 881
2040	35	2 056	2 021
Anestesi	642		-642
2015	308	308	-
2020	167	327	160
2025	89	352	263
2030	46	378	332
2035	22	402	380
2040	10	424	414
Barn	114		-114
2015	51	51	-
2020	31	54	24
2025	18	58	41
2030	9	62	53
2035	4	66	62
2040	1	70	68
Intensiv	1 397		-1 397
2015	683	683	-
2020	372	731	359
2025	188	795	607
2030	93	862	769
2035	43	926	883
2040	17	984	967
Kreft	275		-275
2015	132	132	-
2020	77	143	66
2025	38	157	119
2030	18	171	154
2035	8	184	176
2040	2	195	192
Operasjon	818		-818
2015	411	411	-
2020	213	437	223
2025	111	470	359
2030	52	504	452
2035	23	536	513
2040	8	565	557

4. Legar (leger med direkte pasientkontakt. Dette omfatter ikke følgende spesialiteter: Anestesiologi (anestesi), immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, nukleærmedisin, patologi og radiologi)

Stillingsgruppe	Beholdning	Behov	Gap
Leger			
2015	1 816	1 816	0
2020	765	1 926	1 160
2025	314	2 068	1 753
2030	128	2 209	2 082
2035	50	2 345	2 295
2040	18	2 466	2 448

5. Legar (Anestesiologi (anestesi), immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, nukleærmedisin, patologi og radiologi)

Stillingsgruppe	Beholdning	Behov	Gap
Leger			
2015	314	314	-
2020	131	334	203
2025	56	361	305
2030	22	387	365
2035	8	413	404
2040	3	435	432

6. Psykologar

Stillingsgruppe	Beholdning	Behov	Gap
Psykologer, psykologspesialister og sjefpsykologer			
2015	661	661	-
2020	336	679	343
2025	172	702	530
2030	86	721	635
2035	42	742	699
2040	19	761	742

Alle yrkesgrupper eksklusive legar, psykologar og spesialsjukepleiarar

Stillingsgruppe	Beholdning	Behov	Gap
10a Ambulansepersonell			
2015	990	990	-
2020	477	1 055	578
2025	228	1 140	912
2030	104	1 225	1 121
2035	47	1 308	1 261
2040	20	1 382	1 362
2a Vernepleier			
2015	366	366	-
2020	158	377	219
2025	65	390	325
2030	27	402	375
2035	10	414	404
2040	4	425	422
2h Fysioterapeut			
2015	289	289	-
2020	64	307	242
2025	15	329	314
2030	3	351	348
2035	1	372	372
2040	0	391	391
2i Ergoterapeut			
2015	102	102	-
2020	43	108	65
2025	18	116	98
2030	7	123	116
2035	3	130	128
2040	1	137	136
2k Helsesekretær			
2015	384	384	-
2020	236	404	168
2025	130	429	300
2030	65	454	389
2035	34	479	445
2040	16	501	485
5b Sykepleier			
2015	5 076	5 076	-
2020	2 008	5 366	3 358
2025	785	5 741	4 957
2030	301	6 115	5 814
2035	114	6 476	6 362
2040	41	6 799	6 758
5c Jordmor			
2015	550	550	-
2020	227	581	354
2025	97	612	515
2030	40	637	597
2035	17	658	642
2040	6	678	672
6a Helsefagarbeider/hjelpepleier			
2015	1 476	1 476	-
2020	469	1 562	1 093
2025	161	1 673	1 512
2030	58	1 782	1 724
2035	21	1 888	1 867
2040	7	1 982	1 975
7a Bioingeniør			
2015	771	771	-
2020	501	822	320
2025	304	887	583
2030	181	953	773
2035	111	1 016	905
2040	65	1 072	1 007
7c Radiograf			
2015	341	341	-
2020	190	364	174
2025	100	394	294
2030	51	424	373
2035	26	452	426
2040	13	478	465

Eksempel på scenarioanalysar som er gjennomført der modellen er nytta

Det er gjennomført fleire analysar av behov for utdanningskapasitet og rekrutteringsbehov i Helse Vest.

Nasjonalt og i Helse Vest:

- Anestesisjukepleiarar
- Intensivsjukepleiarar
- Kreftsjukepleiarar
- Operasjonssjukepleiarar
- Barnesjukepleiarar
- Jordmødre
- Bioingeniørar
- Augesjukdommar
- Helsefagarbeidare

Helse Bergen

- Anestesisjukepleiarar
- Intensivsjukepleiarar
- Kreftsjukepleiarar
- Operasjonssjukepleiarar
- Barnesjukepleiarar
- Jordmødre
- Radiologar
- Hud- og veneriske sjukdommar
- Fødselshjelp- og kvinnesjukdommar

Helse Stavanger

- Anestesisjukepleiarar
- Intensivsjukepleiarar
- Jordmødre

Helse Fonna har gjennomført analyse av sjukepleiarar og legar på overordna nivå basert på føresetnadar som er lagt til grunn i deira utbyggingsplanar. Helse Førde har ikkje gjennomført analysar.

Det er laga ein detaljert beskriving av modellen, sjå vedlegg. Styret vil og få ein kort munnleg orientering om kva som er aktuelle tema i revisjonen av arbeidet med ny Nasjonal helse- og sjukehusplan så langt det på noverande tidspunkt er avklart.