



Møtedato: 24.04.2023

Vår ref.:
2023/1174-8

Saksbehandler:
Einar Bugge

Dato:
13.04.2023

Styresak 42-2023

Helsepersonellkommisjonen - hørings svar fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Forslag til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar vedlagte høringsuttalelse på Helsepersonellkommisjonens rapport (med de endringer som fremkom i møtet).

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Helsepersonellkommisjonens rapport NOU 2023: 4 Tid for handling ble primo februar 2023 sendt på høring med høringsfrist 02.05.2023. Kommisjonen ble opprettet høsten 2021, og har vært bredt sammensatt av representanter for ansattes organisasjoner, ledere fra spesialisthelsetjenester og kommuner, samt fra Spekter og Kommunenes sentralforbund. Kommisjonen er enstemmig i beskrivelsen av situasjonen i dag og fremover mot 2040, og foreslår en rekke tiltak for å kunne håndtere en situasjon med færre helsearbeidere i forhold til antall pasienter/brukere i hele helse- og omsorgstjenesten.

Formål

Vedta høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) på Helsepersonellkommisjonens rapport.

Saksutredning

Rapporten har vært sendt på høring til alle klinikker og sentre i UNN, samt til driftsledere i UNN Harstad og UNN Narvik, med intern høringsfrist 28.03.2023. Rapporten og UNNs høringsprosess ble kort presentert i statusmøte for ledere i UNN 28.02., i allmøte 20.03. og i fellesmøte mellom UNNs Kvalitetsutvalg og Arbeidsmiljøutvalg 12.04.2023. Det var ved høringsfristens utløp kommet 6 høringsuttalelser. Disse interne høringsuttalelsene er vedlagt.

UNNs Brukerutvalg fikk presentert rapporten i sitt møte 01.03., og har levert egen høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet. Det vedlagte utkastet til høringsuttalelse er utarbeidet på bakgrunn av de innkomne høringsinnspillene.

Medvirkning

Saken er lagt frem i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 16. Protokoller og referat fra møtene legges frem som referatsaker til styremøtet 24.04.2023.

Vurdering

Helsepersonellkommisjonens rapport er både svært grundig og viktig. Den kommer på et tidspunkt med behov for omfattende omstilling av spesialisthelsetjenesten i vår region, og rapporten er svært relevant for det videre arbeidet. Det er viktig og bra at kommisjonen er omforent om sin beskrivelse av den svært utfordrende situasjon vi står i med hensyn til bemanning og kompetanse, og hvordan dette vil bli forsterket de kommende årene.

Direktøren støtter kommisjonens virkelighetsbeskrivelse, og i all hovedsak de tiltak kommisjonen beskriver. Dette er utdypet i vedlagte forslag til hørings svar (vedlegg 1) fra UNN.

Tromsø, 19.04.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg 1 - Helsepersonellkommisjonen - hørings svar fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vedlegg 2 - Høringsuttalelse fra Lederteam UNN Narvik og UNN Harstad

Vedlegg 3 - Hørings svar fra Personal- og organisasjonssenteret

Vedlegg 4 - Høringsinnspill fra E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret

Vedlegg 5 - Høringsinnspill fra Diagnostisk klinikk

Vedlegg 6 - Høringsnotat fra Arbeids- og miljømedisinsk avdeling Hjerte- og lungeklinikken



Deres ref.:

Vår ref.: 2023/1174-

Saksbehandler.: Einar Bugge

Dato.: 18.04.2023

Helsepersonellkommisjonen - høringsvar fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vil først takke Helsepersonellkommisjonen for en grundig og viktig rapport. Den kommer på et tidspunkt med behov for omfattende omstilling av spesialisthelsetjenesten i vår region, og rapporten er svært relevant for det videre arbeidet.

UNN vil særlig fremheve følgende punkter:

1. UNN støtter kommisjonens beskrivelse av utfordringsbildet. Det er allerede mangel på helsepersonell i hele landet, men situasjonen er mer kritisk i nord, og denne utfordringen vil med sikkerhet øke i årene som kommer.
2. UNN støtter Helsepersonellkommisjonens forslag om utredning av en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge, slik det er påbegynt i Helse Nord. Det er helt nødvendig at vi oppnår en sykehusstruktur som lar seg bemanne, og som ikke krever mer helsepersonell enn helt nødvendig. Samtidig støtter vi kommisjonens beskrivelse av behovet for å satse mer på «generalistkompetanse» i lokalsykehus, men også i større sykehus. Samtidig må vi sikre tilstrekkelig med høyspesialisert kompetanse først og fremst til regionsykehuset.
3. Et av UNNs satsingsområder er «Medarbeideren er vår viktigste ressurs». UNN vil særlig fremheve betydningen av systematisk arbeid med arbeidsmiljø og fokuset på god ledelse som helt sentralt for å understøtte stabilisering og rekruttering av kompetente medarbeidere. Likeledes vil vi fremheve betydningen av moderne og egnete sykehusbygg for både arbeidsmiljø, kvalitet og pasientsikkerhet og for å legge til rette for bemanningssparende drift og teknologi.
4. Kommisjonen gir en god beskrivelse av utfordringene med dagens arbeidstidsbestemmelser, og UNN støtter kommisjonens flertall i spørsmålet om fastsetting av gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. Dersom partene ikke kommer frem til enighet, støtter vi at dagens lovbestemmelser om skift og turnusarbeid gjennomgås.
5. Gode og tydelige prioriteringer er et svært viktig område for å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har. Det vil innebære å redusere omfanget av unødvendige og lavt prioriterte helsetjenester.
6. UNN støtter kommisjonens anbefalinger om mer fokus på oppgavedeling og at blant annet helsefagarbeidere, helsesekretærer og også yrkesgrupper uten helsefaglig utdanning kan bidra vesentlig mer i sykehusene enn tilfellet er i dag.
7. God samhandling og samarbeid mellom sykehus og kommuner vil være av avgjørende betydning for å kunne ivareta et godt og likeverdig helsetjenestetilbud fremover, og helsefelleskapenes rolle må videreutvikles. Helsefelleskapene må settes i posisjon til å prøve ut modeller med mål om en felles organisering av helse- og omsorgstjeneste mellom foretak og en eller flere kommuner.
8. UNN støtter helsepersonellkommisjonens forslag om å innføre krav til grundige utredninger av konsekvensene for personellbehovet som følge av politikk på helse- og omsorgsområdet, eks. ved innføring av nye rettigheter.

Utdyping av våre synspunkt og innspill følger under.



Utfordringsbildet

UNN mener kommisjonen treffer veldig godt i sin beskrivelse av utfordringsbildet, slik vi også kjenner det i vår region. Det er mangel på helsepersonell i hele landet, men situasjonen er mer kritisk i nord.

Mange små kommuner, store avstander, synkende folketall, synkende andel av befolkningen og bevilgningene er særegent for helseregionen. De demografiske endringene, også kalt eldrebølgen, rammer Nord-Norge tidligere og hardere. Vi har allerede passert punktet hvor det er flere eldre enn barn og ungdom. Den demografiske utviklingen med stabil eller (i vår region) nedgang i befolkningen i yrkesaktiv alder innebærer et paradigmeskifte. Hittil har en jevn økning i befolkningen i yrkesaktiv alder muliggjort at antall sysselsatte i helsesektoren har kunnet øke betydelig parallelt med økning også i andre sektorer. Denne «ja takk, begge deler» situasjonen er det slutt på, og fremover vil en økning i antall helsearbeidere langt på vei medføre en nedgang i sysselsatte i andre virksomheter – «en sykepleier ekstra vil bety en ingeniør mindre». Dette innebærer at det er tvingende nødvendig å omstille også i helsesektoren, og finne løsninger slik at flere pasienter kan håndteres med god kvalitet og pasientsikkerhet uten tilsvarende økning i antall ansatte. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende.

Den største utfordringen for bærekraftige og likeverdige helsetjenester i vårt område er utvilsomt tilgangen på nok kvalifisert arbeidskraft. Oppdaterte tall fra NAV viser at det i gjennomsnitt er en søker per ti utlyste stillinger i helse- og omsorgstjenesten i landsdelen. I UNN øker rekrutteringsutfordringene. Det er særlig knyttet til å rekruttere noen særskilte grupper som radiologer, psykiatere, psykologer/psykologspesialister, kreftsykepleiere, jordmødre og intensivsykepleiere. Utfordringene knyttet til å rekruttere annen kritisk kompetanse, som bioingeniører, er også økende. I de fleste helsefagene har vi også nådd grensen for hvor mange vi klarer å utdanne i regionen.

Vi er enige med kommisjonen i at Norge i all hovedsak må være selvforsynt med helsepersonell. Omfattende import av helsepersonell fra utlandet kan ikke forsvares av etiske og beredskapsmessige hensyn. Videre må vi i nord fortsatt utdanne eget helsepersonell for å kunne møte behovet for kompetanse. Når kommisjonen understreker at det på grunn av den demografiske utviklingen og bærekraft ikke er mulig å bemanne seg ut av utfordringene, så gjelder dette i høyeste grad for oss i UNN. Når vi i fremtiden skal oppfylle forventningene til faglig utvikling blant våre ansatte, forventninger til tilbudet fra pasienter og innbyggere og samtidig ikke øke antall ansatte vil det være særdeles viktig at vi har gode strategier for bruk av teknologi, bygg, oppgavedeling og spesialisering kontra generalistkompetanse.

Vi er også enige i at kommunene må få en høyere andel av personellet fremover. Kommunene i nord står ovenfor enda større bemanningsutfordringer enn sykehusene. De vil trenge mer personell for å dekke økende behov i primærhelsetjenesten. Det forutsetter at bemanningsveksten i sykehusene flater ut.

Tiltaksområder

Hvis vi ser bakover i tid er økte behov for helse- og omsorgstjenester i stor grad løst gjennom å øke bemanningen. I Helse Nord har både fast bemanning og vikarbruken økt mer enn de andre helseregionene. Det er, som kommisjonen skriver, tid for handling.

Gjennom samlet innsats på flere områder kan vi skape en enklere og bedre hverdag for både pasienter og ansatte, men veien frem dit vil være utfordrende for alle parter. Mange av endringene som kommisjonen foreslår, skal gjennomføres av personellet. Felles forståelse er avgjørende for å lykkes uansett hvilket tiltaksområde det er snakk om, og da er god involvering og medbestemmelse nøkkelen. Alle endringer må og skal skje i samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte, vernetjeneste, pasienter og pårørende, og ikke minst kommunene og andre eksterne samarbeidsparter. Bare slik kan vi etablere en felles forståelse for rekkefølge og prioriteringer i utviklingen av tjenestene.



Organisering

Riktig organisering og en hensiktsmessig innretning av sykehusdriften vil være nødvendig for å kunne gi gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge. Vi må unngå at en uforholdsmessig høy andel av personellressursene brukes til vaktberedskap fremfor aktiv pasientbehandling.

Dagens sykehusstruktur med et stort antall sykehus med akutfunksjoner er stadig mer krevende å bemanne, blant annet på grunn av økende spesialisering og tilhørende rekrutteringsvansker. Når spesialitetene er mer oppdelte, må flere bidra for å opprettholde et tilstrekkelig døgnkontinuerlig tilbud.

Helsepersonellkommisjonen foreslår utredning av en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge. UNN støtter en slik utredning, og presiserer at dette må ses i en større sammenheng enn det enkelte helseforetaks opptaksområde, noe vi oppfatter er ivaretatt i de fremlagte strategiene i styret i Helse Nord RHF. Når akuttberedskap og vaktfunksjoner skal vurderes opp mot aktiv pasientbehandling vil det være helt avgjørende at hele kjeden av tjenester vurderes under ett, slik at pasientløpene fra prehospitale tjenester og helt inn i sykehusene ses i en helhet.

UNN er enige med kommisjonens vurdering i at brukere må involveres i utviklingen av pasientforløp, tjenesteinnovasjoner og helse- og omsorgstjenesten. UNN er opptatt av at helsetjenesten må legge til rette for at pasienten får være en aktiv deltaker i eget forløp, og vil gjerne fremheve at en utvidelse av «pasientsentrerte helsetjenesteteam» vil ivareta behovet. Pårørende er viktig ressurs for mange pasienter og ved systematisk inkludering av pårørende kan dette også være avlastende for helsetjenesten.

Helsefellesskapene

Foretakene og kommunene er i et skjebnefellesskap når det kommer til å beholde personell og rekruttere nye, utvikle kompetente helsearbeidere, men også med å utvikle og sikre gode helsetjenester for innbyggerne. Spesielt noen av de gruppene som vi ser vokser som en følge av «eldrebølgen»; demens, multikronikere, andre med store sammensatte og komplekse behov, samt barn og unge med komplekse behov utfordrer «systemet» og det svikter ved de svakeste leddene. Svikter det ett sted påvirker det helheten.

Behovet for endringer er nødvendig for å sikre at de gode eksisterende tjenestetilbudene ivaretas, og for å sikre at pasienttilbudet ikke svekkes. Det er også flere kommuner i vår region som har en situasjon som er god i dag, men som på grunn av den demografiske utviklingen vil være svært sårbar for at ting kan svikte, eller der sentralisering betyr mindre bufferkapasitet. UNNs erfaring er at de samlede konsekvensene av omstillinger i kommuner ofte ikke er vurdert i forhold til hvordan de påvirker det samlede helsetilbudet innenfor et helsefellesskap. F.eks. vil en omstilling fra institusjonsplasser til flere omsorgsboliger medføre nedlegging av sengeplasser som har vært buffer for noen pasientgrupper. Omstillingen kan være riktig for den enkelte kommune, men den samlede kapasiteten i en region kan bli mer svekket i et helhetsperspektiv. Økt samarbeid mellom kommunene for å ivareta et felles helsetilbud er en ønsket utvikling.

Helsefellesskapenes rolle må videreutvikles. Det vil være viktig å se på hva som hemmer og fremmer organisering og strukturer, slik at behovene til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ivaretas til det beste for våre felles pasienter.

UNN ønsker også at Helsefellesskapene settes i posisjon til å prøve ut modeller, gjerne over lengre perioder, med mål om en felles organisering av helse- og omsorgstjeneste mellom foretak og en eller flere kommuner. Dette vil kunne bidra til bedre bruk og utnyttelse av den tilgjengelige arbeidskraften på begge nivå.



Prioritering

Å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har krever tydelige prioriteringer. Det vil innebære å redusere omfanget av unødvendige og lavt prioriterte helsetjenester.

Helsepersonellkommisjonens vurdering av tiltak støttes. Det viktigste vil være at ledelse og ansatte i tjenesten, pasienter, bruker, pårørende og helsepolitikere får en felles forståelse av hva som er overdiagnostikk og overbehandling. Områder som er ineffektive, unødvendig kostbare og krever mye personell bør utredes særskilt slik at begrenset høyspesialisert personell kan anvendes best mulig og på oppgaver med dokumentert helsegevinst.

UNN vil fremheve samvalg og samvalgsmetodikk er en del av løsningen for å redusere utilsiktet variasjon i helsetjenesten. Forskning viser at pasienter i større grad velger konservativ behandling når de selv er en aktiv del av beslutningen. Opplæring i samvalgsmetodikk bør starte allerede under utdanningen, og ansatte i helsetjenesten må få kontinuerlig opplæring/oppdatering i klinisk kommunikasjon der samvalg, begrensende valg, kloke valg og pasientperspektivet er inkludert. Tjenesten må opprettholde fokus på informasjon til allmennheten om rasjonell bruk av helsetjenesten for eksempel gjennom kampanjer som «Kloke valg». Samvalgsmetodikk kan også bidra til å redusere utilsiktet variasjon ved at det skaper økt bevissthet blant pasienter rundt hvilke medisinsk forsvarlige tilbud som er tilgjengelige.

En forutsetning for holdningsendring og kulturendring med tanke på ikke bærekraftig og ressurskrevende medisinsk overaktivitet, er at dette også inngår i helsefagutdanningenes læreplaner. UNN understreker betydningen av at utdanningene skal utdanne kompetente helseprofesjonelle som skal kunne gjennomføre prioriteringer og begrensende valg som en naturlig del av sin faglige virksomhet.

UNN støtter helsepersonellkommisjonens forslag om å innføre krav til grundige utredninger av konsekvensene for personellbehovet som følge av politikk på helse- og omsorgsområdet, eks. ved innføring av nye rettigheter.

Oppgavedeling

Oppgavedeling er et sentralt tiltaksområde også i UNN. Gjort riktig kan en annen fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene frigjøre mer tid til pasientrettet arbeid, styrke det tverrfaglige samarbeidet og bidra til økt arbeidsglede, motivasjon og rekruttering.

Det er en helt riktig tilnærming å bygge god oppgavedeling nedenfra slik kommisjonen anbefaler. Tradisjonelt har man ikke da inkludert pasienter, brukere og pårørende, men det er et viktig perspektiv. En mer aktiv involvering av pasienter, brukere og pårørende gir ikke bare bedre helse, det bidrar også til å redusere behovet for helsepersonell.

UNN støtter kommisjonens anbefalinger om mer fokus på oppgavedeling og at blant annet helsefagarbeidere og helsesekretærer, og også yrkesgrupper uten helsefaglig utdanning kan bidra vesentlig mer i sykehusene enn tilfellet er i dag. UNN har positive erfaringer med ny oppgavedeling på flere områder og mellom flere yrkesgrupper. Vi støtter tiltakene som kommisjonen foreslår, herunder forslaget om å etablere et kvalitetsutviklingsprogram for å fremme riktig organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet. Vi vil også påpeke behovet for å etablere, gode, og gjerne felles kompetansekrav, kompetanseutviklingsverktøy og kompetansestiger for at eksempelvis helsefagarbeidere skal kunne utføre oppgaver som tradisjonelt har vært tillagt andre yrkesgrupper med lengre formell utdanning. Fra fagmiljøer i UNN påpekes også et behov for å gjennomgå legemiddelforskriften slik at denne i seg selv ikke på en utilsiktet måte er til hinder for at helsefagarbeidere kan utføre relevante oppgaver.



Arbeidsforhold og arbeidstid

Under overskriften «Medarbeideren er vår viktigste ressurs» er tydelig og virkningsfull satsing på medarbeidere og kompetanse hel sentral i UNNs strategi. Områdene kommisjonen peker på, arbeidsglede og «Joy in work», en god start for nyansatte, lønn og arbeidsbetingelser, sykefraværarbeid og tilrettelegges for at flere kan å stå lenger i jobb, er alle viktige i dette.

Helsepersonellkommisjonen gir en god beskrivelse av utfordringene med dagens arbeidstidsbestemmelser. En høy andel av helse- og omsorgstjenestene drives døgntkontinuerlig. Det er derfor et stort behov for personell gjennom hele døgnet/uka. Det gir utfordringer i å fordele personellressurser slik at man har riktig kompetanse til riktig tid, og helgebemanningen er spesielt krevende. Arbeidsgivers styringsrett innebærer ikke bare en rett, men også en plikt til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet, og kommisjonen viser til at arbeidsgivere oppfatter det krevende å ivareta drifts- og arbeidsgiveransvaret.

Begrensninger i arbeidsgivers styringsrett er i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dagens arbeidstidsordning, høyt sykefravær og varierende arbeidsmengde skaper et økt behov for deltidsstillinger og innleie av helsepersonell. Vi sliter med å nå målsettingene om heltid og reduksjon av innleie selv om en rekke tiltak er prøvd. Vi må prøve nye veier for å lykkes, og da kommer vi ikke utenom arbeidstid og turnuser. UNN er derfor enig med kommisjonens flertall i spørsmålet om fastsetting av gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. Dersom partene ikke kommer frem til enighet, støtter vi at dagens lovbestemmelser om skift og turnusarbeid gjennomgås. For å få flere fulle stillinger, uten å bemanne opp så mye at kostnadene blir for store, må de ansatte enten jobbe lengre vakter og/eller oftere helg. Så må dette gjøres i et godt partssamarbeid og på en slik måte at man ikke skaper andre utfordringer.

Arbeidsplassen er en viktig arena for forebygging av sykdom og utenforskap, og det er viktig at arbeidsmiljøet er trygt og helsefremmende for alle. Arbeidsmiljøets betydning for helsen til de ansatte og pasientene fortjener enda større oppmerksomhet. Gode og systematiske arbeidsmiljøinnsatser har god effekt. Her er også god og riktig bruk av bedriftshelsetjenestene sentrale. Ledelse nevnes i rapporten, men det understrekes ikke hvor sentral nettopp ledelse er i arbeidet med å sikre arbeidstakernes helse, arbeidsmiljø og trivsel.

Ledelse vet vi er sentral i utviklingen av et bærekraftig helsevesen og må ikke undervurderes når man helhetlig ønsker å se på hvordan vi sikrer at vi skal fortsette å utvikle gode helsetjenester i Norge. Vi vet at god og riktig ledelse har en direkte effekt på ansattes helse og dermed evne og vilje til å stå i arbeid, og ledelse vektlegges i større grad. Arbeidet med lederrekruttering innen helsevesenet vil være svært viktig. Formell lederkompetanse må vektlegges og man må sikre kontinuerlig videreutvikling og -utdanning av ledere slik at de på best mulig måte er i stand til å utføre sin ledergjerning.

Utdanning og kompetanseutvikling

Utdanning og kompetanseutvikling er avgjørende for å nå målene om økt produktivitet og kapasitet, og for å imøtekomme bemanningsutfordringene. Både antallet helsepersonell som utdannes og hvilken kompetanse de sitter igjen må tilpasses behovene i tjenesten.

Vi støtter som nevnt at Norge blir mer selvforsynt med helsepersonell. UNN og Helse Nord bidrar i høy grad til å oppfylle denne målsettingen, nå senest gjennom å øke kapasiteten på medisinsutdanningen.

I Nord-Norge er mesteparten av potensialet for økt utdanningskapasitet for grunnutdanningene allerede tatt ut, blant annet gjennom økt desentralisering og digitalisering av utdanningene. Mulighetene for økninger utover de som allerede er besluttet er svært begrenset.



Endring i rammene for praksisstudier kan likevel skape rom for økning av utdanningskapasitet i enkelte utdanninger. Det vil da være avgjørende at kommunehelsetjenestens rolle som læring- og praksisarena styrkes. Nasjonale føringer medfører at en del praksisstudier kun kan gjennomføres i sykehus, men det er mange relevante læringsarenaer innen flere fagområder i kommunehelsetjenesten. Kommisjonens forslag om å gi kommunene et økt formelt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver støttes.

Den nye spesialistgodkjenning for leger der generellkompetanse er kortere enn tidligere er utfordrende for lokalsykehusene. Den nye modellen legger opp til at legene velger seg mer spesialiserte utdanningsløp som fører til færre generelle indremedisinere og kirurger. For lokalsykehus må spesialistene ha dobbeltspesialitet for å være vaktkompetente dersom vi skal ha personelleffektive vaktlinjer. Det må iverksettes tiltak for å gjøre de generelle spesialitetene mer attraktive for fremtiden, evt. gjøre en endring i utdanningsløpene mot en mer personelleffektiv legespesialisering med økt generell kompetanse. Det bør legges til rette for at lokalsykehusene kan brukes mer aktivt i utdanningsløp inkludert for legespesialister, særlig i den generelle delen av utdanningene. Dette vil også kunne gi en gevinst i forhold til helhetsforståelse og behandlingbegrensning også ved store sykehus.

Minimumskrav til praksislengde i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv begrenser både kapasitet og anvendelse av simulering og ferdighetstrening i utdanningene. Norge bør intensiverer arbeidet med å endre disse minimumskravene slik kommisjonen foreslår.

Helse- og omsorgstjenesten er helt avhengige av et tett samarbeid med universitet, høyskoler, fagskoler og i øvrige utdanningsinstitusjoner om kvalitet, arbeidsrelevans og prioriteringer i utdanningene. UNN har et meget godt samarbeid med Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Et svært viktig poeng for oss er imidlertid at også praksisfeltet gis tilsvarende økning i finansieringen når kapasiteten i utdanningene økes fra nasjonalt hold.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at vekst i studieplasser til helse- og sosialfagutdanninger bør legges til rekrutteringssvake områder for den aktuelle profesjon, og i hovedsak til distrikt fremfor sentrale strøk. UNN vil understreke hvor viktig dette er for å sikre rekruttering av helsepersonell til Nord-Norge generelt og til de mange små kommunene i regionen særskilt. Det er mer ressurskrevende å utdanne desentralt, og det er derfor avgjørende at finansieringsmodellene i både utdanningssektoren og i helsesektoren understøtter desentralisert utdanning på en god måte. Vi ser dessverre at så ikke alltid er tilfelle i dag.

Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Vi er enig med utvalgets vurdering at problematikken som adresseres i «Tid for handling» ikke kan løses med bemanning alene. Det er behov for flere løsninger som gir større effekt av eksisterende ressurser. For å lykkes er det behov for økt fokus på investeringer til spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten rundt digitale løsninger, innovasjon og bedre utnyttelse av eksisterende teknologi. Samarbeid med primærhelsetjenesten og pasientjournalløsninger som gir mulighet til å følge pasientforløp kontinuerlig mellom spesialist og primærhelsetjenesten vil være ressursbesparende. Vi vil også understreke betydningen av gode og moderne bygg, som kan understøtte effektive pasientforløp og god utnyttelse av moderne teknologi samt bidra til et godt og trygt arbeidsmiljø som kan spare arbeidskraftressurser.

Pandemien viste at digitale konsultasjoner var en akseptabel måte å tilby helsetjenester på. For å legge til rette for utvikling og implementering av ny teknologi og nye løsninger vil det være viktig og nødvendig å etablere gode støtteordninger for «pukkelkostnader» forbundet med tjenesteutvikling og omstilling (transformasjon) av de tjenestene som må endres for å tilpasses oppgaveglidning, digitalisering og mer personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester



Dersom potensialet teknologiutviklingen har for å bidra effektivisering av tjenestene, i betydningen å redusere behovet for arbeidskraft, forutsetter det at både personell, pasienter og brukere gis nødvendige forutsetninger til å mestre de teknologiske nyvinningene og ønsker å ta dem i bruk. Da må vi satse mer på nødvendig merkantilt støttepersonell i tillegg til utdanning og utvikling av digital kompetanse. Vi må styrke den digital helsekompetanse. Samarbeid med UiT for å få kunstig intelligens inn i helsefaglige utdanninger er et godt eksempel på dette.



Sak:	Høring – Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste		
Fra klinikk	Lederteam UNN Narvik og UNN Harstad		
Til:	UNN-FagKval-Sekretariat		
Saksbeh.:	Vibeke Haukland og Gina M Johansen		
Ephorte nr.	2023/3286	24.03.2023	E.post saksbeh.: gina.johansen@unn.no

Høringsuttalelse fra Lederteamene ved UNN Narvik og UNN Harstad

Lederteamene ved UNN Narvik og UNN Harstad viser til Helse og omsorgsdepartementet sin invitasjon av 2. februar 2023 til åpen høring Helsepersonellkommisjonens *NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

Formålet med *NOU 2023: 4 Tid for handling* er å 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.

Lederteamene velger å gi sin høringsuttalelse på kunnskapsgrunnlaget og innsatsområdene slik de fremkommer av NOU'en.

Kunnskapsgrunnlaget

1. Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft

Vi stiller oss bak kommisjonens fremskrivning i forhold til at det blir flere multisyrke eldre og at forsørgerbrøken endres. Vi ser at særlig Nord-Norge står overfor utfordringer med hensyn til en nedgang i barnefødsler og yrkesaktive i aldersgruppen 18-67 år. Helse Nord er den første regionen der andelen eldre i befolkningen passerer andelen yngre allerede i 2023.

Vi oppfatter at den underliggende problemstillingen som tas opp i rapporten er at tilgangen på fagfolk fremover vil reduseres og ikke stå i forhold til økning i antall eldre med behov for helsehjelp. Regjeringen har som målsetting å sikre nok fagfolk med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten i hele landet.

Kommisjonsrapporten fremholder at Norge har klart flest helsepersonell (leger/sykepleiere) pr 1000 innbyggere. Dette er vi ikke uenig i, men vi mener rapporten er for utydelig i forhold å beskrive årsakssammenhenger til dette. Herunder vil vi fremheve at det er åpenbare forskjeller mellom Norge og andre land i Europa med hensyn til eksempelvis; Arbeidsmiljølovens krav til arbeidstid og forsvarlig arbeidsmiljø, Ferieloven, Pasientrettighetsloven, høyt sykefravær, kvinners deltakelse i arbeidsmarkedet, familie- og kulturelle forskjeller mht deltakelse i

pasientarbeid og frivillighet i helsetjenesten for å nevne noen. Dette virkelighetsbildet må nyanseres mer enn det som fremkommer av fremlagte rapport.

Nord-Norge er spredt befolket og avstander mellom sykehusene og kommunesentra er betydelig. Transport til lands, vanns og i luften er svært avhengig av vær og vindforhold store deler av året. Det er politisk enighet om at Nord-Norge er en viktig region der store verdier skapes for fellesskapet. Det er vår oppfatning at politiske initiativer og bevisst arbeid for å beholde befolkningsgrunnlaget i distriktene, særlig i Nord-Norge, vil ha betydning for den fremtidige utviklingen. Tiltak som stimulerer til utdanning, faglig utvikling, gode arbeidsplasser og trygging av tjeneste- og servicetilbud i distriktene må forsterkes og fremskyndes. Mye av Norges naturressurser befinner seg i befolkningsstynne områder, og det er viktig å sikre både spesialist- og kommunehelsetjenester dersom man fortsatt skal kunne nyttiggjøre seg av næringsvirksomhet i distriktene.

Vi ser også at den geopolitiske situasjonen i verden og nasjonale og internasjonale føringer og beslutninger vil kunne medføre en betydelig endring i den fremskrivningen som helsepersonellkommisjonen legger til grunn. Herunder kan for eksempel en betydelig endring i forsvarets tilstedeværelse i samarbeid med internasjonale styrker endre befolkningsgrunnlaget og fremskrivning i distriktene. I tillegg har Nord-Norge betydelige ressurser som vil kunne benyttes i det grønne skiftet, noe som vil kreve en økning i den yngre arbeidsstyrken i årene fremover.

2. Organisering av helse- og omsorgstjenestene og godkjenningsordningene for helsepersonell

Lederteamene er enige i beskrivelsen av organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Norge og godkjenningsordningene for helsepersonell.

3. Status og utvikling for personellet i helse- og omsorgstjenestene

Vi stiller oss bak oppfatningen om at det er mer spesialisert helsepersonell nå enn tidligere, og at man mangler generalister.

4. Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell

Vi stiller oss bak oppfatningen av at det er en viss utfordring med å rekruttere helsespesialister til distriktene. Samtidig ser vi at det også i de store byene i Nord-Norge har rekrutteringsutfordringer, både innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten. For lokalsykehusene og distriktskommunene henger dette delvis sammen med utdanningsløp og utdanningstilbud. Den nye spesialistgodkjenningen for leger gjør det i seg selv utfordrende, da spesialister trenger dobbeltspesialitet for å ha nok generell kompetanse til å gå i vaktordninger i distriktene (der man tidligere automatisk fikk dobbeltspesialitet ved subspesialisering). Det samme gjelder på generelt grunnlag for flere av spesialistutdanningene der studieløp sentraliseres.

Når det kommer til rekruttering så bør desentraliserte utdanninger for pleiepersonell beskrives, også når det kommer til videreutdanninger/spesialsykepleierutdanninger.

Foreslåtte innsatsområder

1. Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Stadig økende høyspesialisering virker sentraliserende og vil kreve mye personellressurser, i tillegg til å gjøre tjenestene mindre tilgjengelig for store deler av den nordnorske befolkningen. Dette er imidlertid ikke i tråd med majoriteten av pasientenes behov. Sett bort fra en stor forventet økning i krefttilfeller (som krever spesialisert behandling), vil fortsatt det vanligstevære det vanligste og det meste må kunne behandles på lokalsykehus. Vi erfarer at pasienter i høyspesialiserte pasientforløp videre behandles på pasientens lokalsykehus som en viktig del av behandlingsforløpet.

Per i dag ferdigbehandles de fleste akuttinnleggelsene lokalt. Vi ser også en klar tendens til flere multisyrke eldre med behov for generalistkompetanse får helhetlig ivaretagelse. Generalistene med helhetlig forståelse av pasientene kan også i større grad bidra til behandlingsbegrensning ref. *Kloke valg* strategien.

Vi mener en omorganisering av sykehusstrukturen mot en mer spesialisert tjeneste med færre akuttsykehus vil gi dårligere helsetilbud til de skrøpelige pasientene i distriktene med sammensatte lidelser. Per i dag er allerede mange lokalsykehus personelleffektive ved at vaktfunksjonen dekkes av generelle vaktteam og ikke flere parallelle linjer som ved større sykehus. Vi er enige i at geografi, transport og tidskriske tilstander må tas med i vurderingen av fremtidig sykehusstruktur. Dog må dette ikke ensidig ses på slik at det går på bekostning av likeverdige helsetjenester til befolkningen, også i distriktene. Det er i lokalsykehusene og distriktene de fleste pasientene får nødvendig og akutt helsehjelp. En fremtidig sykehusstruktur må ta hensyn til dette.

Kommisjonen påpeker utfordringen med å skaffe nok studieplasser til studenter i helsefag. En nedskalering i antall akuttsykehus vil ha stor påvirkning på tilgang til praksisplasser for helsefagstudenter. Av samme årsak vil også antall LIS1-stillinger kunne bli redusert. Dette vil i seg selv være antirekrutterende til ett allerede skrikende behov for helsepersonell både i dag og i fremtiden. Utdanning av helsepersonell må skje på lokalsykehus også i fremtiden. På denne måten har vi mulighet til å rekruttere ansatte med lokal tilhørighet noe som igjen vil kunne være stabiliserende for å beholde ansatte, og opprettholde helsetjenestene i helse Nord-Norge.

Vi stiller oss bak at det er behov for bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Det er nødvendig med formaliserte felles samhandlingsarena på flere nivåer i tjenesten. Dette vil danne grunnlag for en gjensidig forståelse for hverandre og utfordringene mellom primær- og spesialisthelsetjenestene til pasientens beste. Systematisk og forpliktende samhandling vil kunne gi kunnskapsoverføring som gjør at kommunene er bedre rustet til å behandle pasientene på et lavere nivå. Ved å jobbe i fellesskap mot sømløse overganger, med fokus på pasientsentrerte, helhetlige og proaktive tjenester, vil vi kunne bidra til helsetjenestens beste for pasienten. Gode eksempler på slike samhandlingsteam som er sammensatt fra ulike tjenestenivå er Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) og FACT-team. Slike team bør vurderes utvidet for flere helse- og omsorgstjenester.

Vi tror gevinsten ligger i felles samhandlingsarenaer og ikke i en større omorganisering for hele helsetjenesten.

2. Oppgavedeling

Vi stiller oss bak behovet for oppgavedeling. Per i dag utfører helsepersonell betydelig mengde oppgaver som kan utføres av annet personell. Det må være mulighet for faglig utvikling innenfor alle arbeidsområder, også for ansatte som ikke er helsepersonell.

For å beholde fagutvikling og å kunne tilby spesialiserte tjenester der pasientene bor, er «hus/hytte» modellen mellom store/små sykehus, og sykehus/kommune et viktig virkemiddel. En hus/hyttemodell kan kombineres med digitale løsninger. Det er dog viktig at dette ikke blir en modell der store sykehus definerer behovet til små sykehus og kommunene eller en ren ambuleringsordning der de små sykehus og kommunene får store kostnader og lite effektiv behandlingstid.

3. Arbeidsforhold og arbeidstid

Det er klart ønskelig med heltidskultur. Imidlertid er dette utfordrende når det gjelder arbeidstid, særlig helgearbeid. I en situasjon med knapphet på helsepersonell må vi huske på at vi konkurrerer om arbeidskraft i et bredt privat/offentlig arbeidsmarked.. Dersom det blir mindre attraktivt å jobbe som helsepersonell i det offentlige, vil dette kunne medføre lavere rekruttering til yrkene.

For at arbeidsgiver skal kunne ansette leger etter hus/hytte-modellen må det gjøres endringer i avtaleverket slik at man åpner for stillinger med delt arbeidssted. Dersom det kun skal basere seg på frivillighet, vil dette være vanskelig å gjennomføre i praksis.

4. Utdanning og kompetanseutvikling

Det er nødvendig med desentraliserte utdanningsmodeller innenfor alle helsefaglige utdanninger. Man må legge til rett for e-læring/digital undervisning i større grad, kombinert med kortere praksisløp ved mer spesialiserte enheter. Lokalsykehusene må også brukes mer aktivt i utdanningsløp inkludert for legespesialister, særlig i den generelle delen av utdanningene. Dette vil også kunne gi en gevinst i forhold til helhetsforståelse og behandlingsbegrensning også ved store sykehus.

Livslang læring/faglig kompetansebygging i hele helsetjenesten vil stimulere til å beholde personell. Det er viktig med systematisk bruk av simulering i større grad er nødvendig for å beholde og utvikle kompetanse på alle nivå i tjenestene.

Det er utfordrende at utdanningsløpet for leger i Norge ikke er kompatibelt med de øvrige skandinaviske landene. Med felles språkforståelse og historisk tett samarbeid og flyt av personell på tvers av landegrensene, er det ønskelig å få til et åpent arbeidsmarked også for LIS- leger.

Den nye spesialistgodkjenning for leger der generellkompetanse er kortere enn tidligere er utfordrende for lokalsykehusene. Den nye modellen legger opp til at legene velger seg mer spesialiserte utdanningsløp som fører til færre generelle indremedisinere og kirurger. For lokalsykehus må spesialistene ha dobbeltspesialitet for å være vaktkompetente dersom vi skal ha personelleffektive vaktlinjer. Det må iverksettes tiltak for å gjøre de generelle spesialitetene mer

attraktive for fremtiden, evt. gjøre en endring i utdanningsløpene mot en mer personelleffektiv legespesialisering med økt generell kompetanse.

5. Prioritering og overbehandling

På dette punktet anser vi at helsepersonellkommisjonens uttalelser er for forsiktig. Det er behov for tydelige overordnede føringer i forhold til overbehandling, prioritering og behandlingsbegrensning i helse- og omsorgstjenestene. Dette ansvaret kan ikke ensidig tillegges det enkelte helsepersonell eller enkelte fagområder. Det er behov for en mer helhetlig vurdering av gevinster ved utredning og behandling, og en totalvurdering av pasientens beste. Politikere, befolkningen og tilsynsmyndighetene må alle være innforstått med nødvendighet av prioritering, utredning- og behandlingsbegrensning. Det bør gjøres en vurdering og revisjon av vedtatte pasientrettigheter med tanke på gevinst for pasienten sett i forhold til ressursbruk og prioritering.

6. Digitalisering og teknologisk utvikling

Det viktige er at man må tørre å investere i digitalisering og teknologisk utvikling, også på lokalsykehusene.

Det må i større grad investeres i gode digitale løsninger som kan brukes på tvers mellom pasienten, kommunene og spesialisthelsetjenesten. Digitale verktøy kan brukes i utdanning, vedlikehold av kompetanse og i kompetansedeling på tvers. Digitale verktøy kan i større grad brukes som behandlingsverktøy til å støtte personell i lokalsykehus, og personell i kommunene i sann tid fra høyspesialiserte tjenester slik at pasienter og ansatte slipper lang reisevei.

Man må også investere i teknologisk verktøy for automatisering av det som er mulig innenfor alle områder for daglig drift der det ikke er behov for menneskelig kontakt, noe som vil kunne gi lavere bemanningsbehov. Kunstig intelligens for effektivisering av merkantile funksjoner, og til støtte i klinisk drift må i større grad utvikles og tas i bruk.

Vennlig hilsen

På vegne av Lederteam UNN Narvik og UNN Harstad

Vibeke Haukland
driftsleder UNN Narvik

Gina M Johansen
driftsleder UNN Harstad

Høring – Helsepersonellkommisjonens NOU 2023:4 Tid for handling

Høringsinnspill fra Personal- og organisasjonssenteret

Innledning

Vi kjenner oss godt igjen i kommisjonen beskrivelse av situasjonen (kunnskapsgrunnlaget), og støtter de innsatsområdene som kommisjonen peker på:

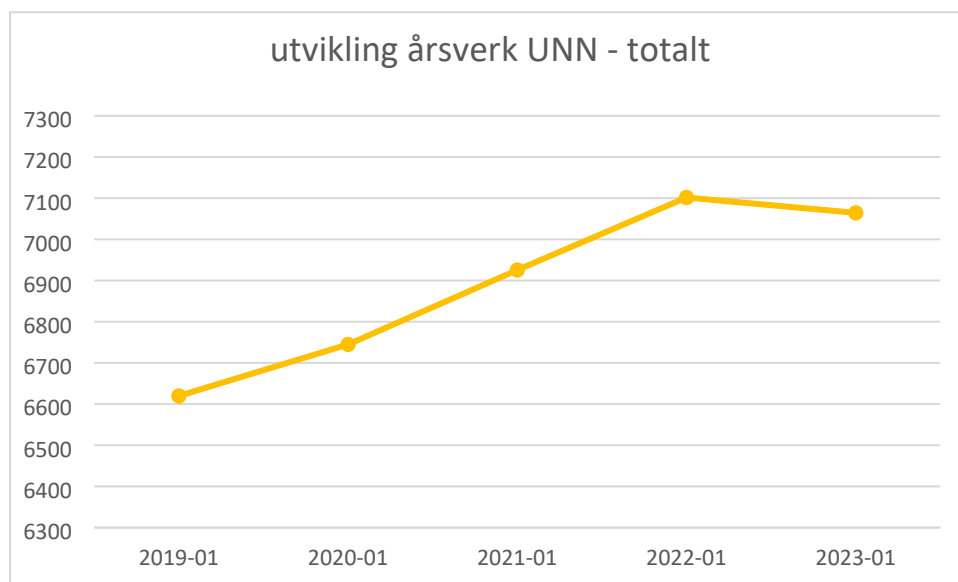
- Organisering og samhandling
- Oppgavedeling
- Arbeidsforhold og arbeidstid
- Utdanning og kompetanseutvikling
- Prioritering og overbehandling
- Digitalisering og teknologisk utvikling

Vi går i vårt høringssvar ikke inn på alle innsatsområdene.

Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft

Helsepersonellkommisjonen gir en god beskrivelse av situasjonen knyttet til personellvekst og kompetansebehov.

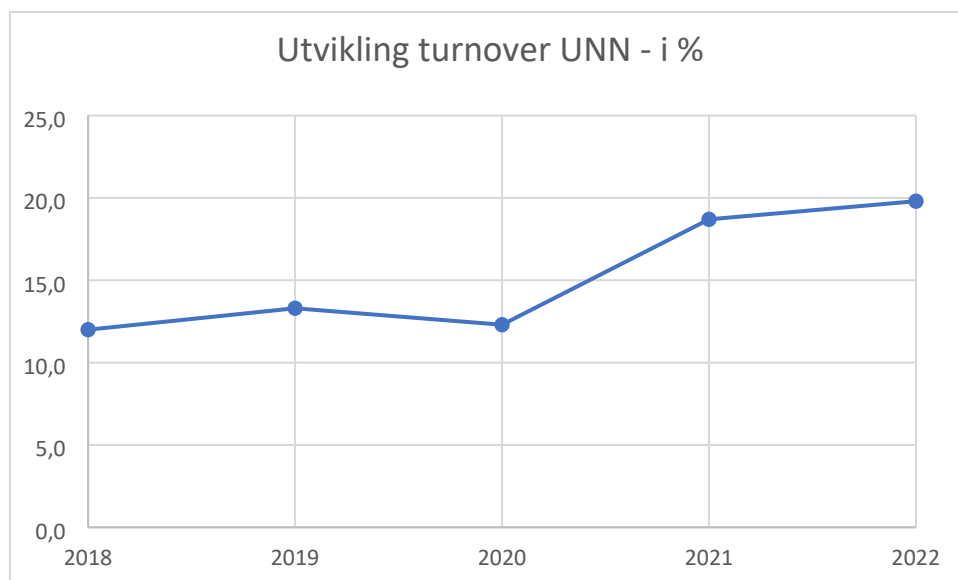
Også i UNN har vi hatt økning i antall årsverk de senest tiårene. Diagrammet under viser utviklingen de seneste 5 årene i UNN totalt.



Samtidig oppleves rekrutteringsutfordringene å øke. Det er særlig knyttet til å rekruttere noen særskilte grupper som radiologer, psykiatere, psykologer, kreftsykepleiere, jordmødre og

intensivsykepleiere. Utfordringene knyttet til å rekruttere annen kritisk kompetanse, som bioingeniører, er også økende.

Turnover, definert som personalomsetningen (hvor mange som slutter i % av det totale antall ansatte), varierer mellom de ulike enhetene i UNN. De siste 5 årene har turnover økt fra 12% i 2018 til 19,8 % i 2022 for UNN totalt.



Vi er enige med kommisjonen i at Norge i all hovedsak må være selvforsynt med helsepersonell. Omfattende import av helsepersonell fra utlandet kan ikke forsvares av etiske hensyn. Videre må vi i nord fortsatt utdanne eget helsepersonell for å kunne møte behovet for kompetanse. Når kommisjonen understreker at det på grunn av den demografiske utviklingen og bærekraft ikke er mulig å bemanne seg ut av utfordringene, så gjelder dette i høyeste grad for oss i UNN. Når vi i fremtiden skal oppfylle forventningene til faglig utvikling blant våre ansatte, forventninger til tilbudet fra pasienter og innbyggere og samtidig ikke øke antall ansatte vil det være særdeles viktig at vi har gode strategier for bruk av teknologi, bygg, oppgavedeling og spesialisering kontra generalistkompetanse.

Organisering

Helsepersonellkommisjonen foreslår utredning av en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge. En slik utredning må ses i en større sammenheng enn det enkelte helseforetaks opptaksområde, noe vi oppfatter er ivarettatt i de fremlagte strategiene i styret i Helse Nord RHF. Når akuttberedskap og vaktfunksjoner skal vurderes opp mot aktiv pasientbehandling vil det være helt avgjørende at hele kjeden av tjenester vurderes under ett, slik at pasientløpene fra pre-hospitale tjenester og helt inn i sykehusene ses i en helhet.

Oppgavedeling

Oppgavedeling er pekt på som et av de viktigste tiltakene for å møte bemanningsbehovet i fremtiden. Oppgavedeling er positivt både for yrkesgruppen det flyttes oppgaver fra – som kan få rom til egen kompetanseheving og evt nye oppgaver, og for gruppen det flyttes oppgaver til – som

får mulighet for kompetanseheving. Vi støtter at det er stort potensiale i å intensivere arbeidet med riktig oppgavedeling og god organisering av arbeidet. Dette ligger inne i UNNs strategi og bør styrkes ytterligere gjennom felles stimuleringsordninger.

Arbeidstidsordninger og arbeidsforhold

Helsepersonellkommisjonen gir en god beskrivelse av utfordringene med dagens arbeidstidsbestemmelser. En høy andel av helse- og omsorgstjenestene drives døgnekontinuerlig. Det er derfor et stort behov for personell gjennom hele døgnet/uka. Det gir utfordringer i å fordele personellressurser slik at man har riktig kompetanse til riktig tid, og helgebemanningen er spesielt krevende.

Ifølge Arbeidsmiljøloven skal det utarbeides en arbeidsplan når arbeidstakere arbeider på forskjellige tider av døgnet, og planen skal drøftes med de tillitsvalgte. UNN har utarbeidet «Retningslinjer for bemanningsplanlegging» hvor dette ivaretas, men vi ser at det likevel er krevende å få forståelse for at dette må følges opp i hele organisasjonen.

Arbeidsgivers styringsrett innebærer ikke bare en rett, men også en plikt til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet, og kommisjonen viser til at arbeidsgivere oppfatter det krevende å ivareta drifts- og arbeidsgiveransvaret. Rapporten siterer fra et brev til kommisjonen fra direktørene i de fire regionale helseforetakene der det påpekes at ledere med organisatorisk systemansvar ikke er gitt juridiske forutsetninger og rammer for å etablere arbeidsplaner, slik lovens intensjon er. De skriver:

«I praksis betyr det at ledere med et organisatorisk systemansvar ikke er gitt juridiske forutsetninger og rammer for å etablere arbeidsplaner slik lovens intensjon er, men er avhengig av avtale/godkjenning fra tillitsvalgte på hver enkelt arbeidsplan. Det griper direkte inn i muligheten til å ivareta både arbeidsgiveransvaret overfor de ansatte og lederansvaret for faglig forsvarlig drift. Rett kompetanse på rett sted er viktig, og arbeidsgiver har ansvar for at alle vaktlag er sammensatt slik at de har riktig samlet kompetanse.»

Denne problemstillingen ble også drøftet av Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1, s. 213), hvor et flertall foreslo at det burde utarbeides et nytt sett med regler for skift/turnusarbeid, som vil gi arbeidsgiver noe utvidet mulighet til å fastsette arbeidsplanene. Mindretallet støttet ikke en lovendring, men pekte blant annet på at «de sentrale tariffpartene i fellestjenestene har et særlig ansvar for å sørge for å løse de utfordringene som er knyttet til skift- og turnusordninger i helse- og omsorgssektoren».

Dette er fulgt opp av Helsepersonellkommisjonen ved at et flertall ber de sentrale partene inngå en avtale med de nødvendige reguleringer. Flertallet begrunner det blant annet med at det er en begrensning i arbeidsgivers styringsrett som følge av at man er avhengig av ulike avtaler, og at det kommer i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Vi støtter at dette følges opp av partene, og at det i dette arbeidet også rettes fokus på å sikre et fult forsvarlig arbeidsmiljø for alle. Da vil sammenhengen mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø bli synliggjort på en god og riktig måte.

Arbeidsplassen er en viktig arena for forebygging av sykdom og utenforskap, og det er viktig at arbeidsmiljøet er trygt og helsefremmende for alle. Dette kommer også frem i kommisjonens rapport. Et godt og meningsfullt arbeidsliv hvor den enkelte opplever mestring og glede er viktig

faktorer for å redusere sykefravær og stabilisere arbeidsmiljø. Noe som også vil komme pasientene til gode gjennom møte med trygge og kompetente behandlere.

Utdanning og kompetanseutvikling

Vi støtter at vi må være selvforsynt med helsepersonell. UNN bidrar til dette gjennom både utdanningsstillinger og praksisplasser, noe vil være enda viktigere i fremtiden.

UNN ønsker har, og ønsker fortsatt å ha, tett samarbeid med universitet, høyskoler, fagskoler og i øvrige utdanningsinstitusjoner om kvalitet, innhold i utdanningene og prioriteringer.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at vekst i studieplasser til helse- og sosialfagutdanninger bør legges til rekrutteringssvake områder for den aktuelle profesjon, og i hovedsak til distrikt fremfor sentrale strøk. Vi vil understreke hvor viktig dette er for å sikre rekruttering av helsepersonell til Nord-Norge generelt, men også til UNN. Det er mer ressurskrevende å utdanne desentralt, og det er derfor avgjørende at finansieringsmodellene i både utdanningssektoren og i helsesektoren understøtter desentralisert utdanning på en god måte.

Det bør legges bedre til ett for godkjenningsordning av utdanninger fra utlandet. UNN har i dag flere medarbeidere med lang utdanning og erfaring fra hjemlandet, men hvor det synes nærmest umulig å få godkjent utdanningen uten å ta hele utdanningsløpet på nytt i Norge.

Kompetanseheving er nøkkelen til en mer hensiktsmessig oppgavedeling og til å realisere gevinstene som ny teknologi gir oss. Det forutsetter at både personell, pasienter og brukere gis nødvendige forutsetninger til å mestre ny teknologi. Da må vi satse mer på nødvendig merkantilt støttepersonell i tillegg til utdanning og utvikling av digital kompetanse.

Avslutning

Avslutningsvis vil vi understreke at vi kjenner oss godt igjen i kommisjonens beskrivelse av situasjonen (kunnskapsgrunnlaget), og støtter også at de valgte innsatsområdene er avgjørende for å lykkes i fremtiden. Innenfor disse innsatsområdene vil det være viktig å ha gode tiltak knyttet til:

- Rekruttering og stabilisering
- Livsfaseorientert personalpolitikk
- Ledelse og organisering
- Faglig utvikling og kompetanse
- Arbeidsmiljø

Gøril Bertheussen

Personal- og organisasjonssjef



Sak:	Høring – NOU 2023:4 – Tid for handling
Fra klinikk:	E-helse, Samhandling og Innovasjonssenteret (ESI)
Til:	Fag- og kvalitetssenteret
Saksbehandler:	Sylvi Johansen, Glenn-Helge Hattmann og Gry Andersen
Elements nr.	

Innspill fra ESI

Vi støtter virkelighetsbeskrivelsen i NOU og understreker at alvoret i utfordringene betinger handling.

Digital læring.

Digital læring skal være tilgjengelig for helsepersonell, pasienter og pårørende.

- Helsepersonellet trenger lett tilgang på digitale læringsressurser for faglig oppdateringer og for å tilegne seg relevant kompetanse.
- Det må etableres kultur og systemer for deling av kurs på tvers mellom sykehusene, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- For at pasient/pårørende skal ha tilgang til opplæring må dette legges på åpne plattformer. Her kan brukerorganisasjoner være en ressurs.

Målrettet og tilpasset digital læring gjør at helsepersonell kan utvide sin kompetanse i tråd med behovet for økt generalistkompetanse, arbeidsglidning og faglig oppdatering.

Overforbruk og utilsiktet variasjon i tjenesten.

For å redusere overforbruk og utilsiktet variasjon i helsetjenesten mener ESI at samvalg og samvalgsmetodikk er en del av løsningen. Forskning viser at pasienter i større grad velger konservativ behandling når de selv er en aktiv del av beslutningen (Légaré F et al., Cochrane 2018).

- Opplæring i samvalgsmetodikk må starte allerede under utdanningen.
- Ansatte i helsetjenesten må få kontinuerlig opplæring/oppdatering i klinisk kommunikasjon der samvalg, begrensende valg, kloke valg og pasientperspektivet er inkludert.
- Tjenesten må opprettholde fokus på informasjon til allmennheten om rasjonell bruk av helsetjenesten for eksempel gjennom kampanjer som «Kloke valg».

Samvalgsmetodikk kan også bidra til å redusere utilsiktet variasjon ved at det skaper økt bevissthet blant pasienter rundt hvilke medisinske forsvarlige tilbud som er tilgjengelige.

Kommisjonen problematiserer at utvidede pasientrettigheter og økende forventninger fra befolkningen knyttet til kvalitet og omfang i helse- og omsorgstjenesten setter press på ansatte i tjenestene. Dette fordi de i større grad mener de må å levere tjenester etter befolkningens ønsker. ESI er enige i at vi må få ned overforbruk av helsetjenester, men dette må ikke gå på bekostning av pasienters rettighet til å være med på beslutninger der det er flere forsvarlige behandlingsalternativer. Dette kan ivaretas ved at samvalg implementeres.

Digitale konsultasjoner og digital hjemmoppfølging.



Vi er enig med utvalgets vurdering at problematikken som adresseres i «Tid for handling» ikke kan løses med bemanning alene. Det er behov for flere løsninger som gir større effekt av eksisterende ressurser. For å lykkes er det behov for økt fokus på:

- Investeringer til spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten rundt digitale løsninger, innovasjon og bedre utnyttelse av eksisterende teknologi.
- Samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Pasientjournalløsninger som gir mulighet til å følge pasientforløp kontinuerlig mellom spesialist og primærhelsetjenesten.

Pandemien viste at digitale konsultasjoner var en akseptabel måte å tilby helsetjenester på. Vi mener det er viktig at tjenesten ikke faller tilbake til pre-pandemiske vaner uten at dette er faglig vurdert.

Det vil si å skape gode støtteordninger for «pukkelkostnader» forbundet med tjenesteutvikling og omstilling (transformasjon) av de tjenestene som må endres for å tilpasses oppgaveglidning, digitalisering og mer personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester

Fokus på helhetlige pasientforløp.

ESI er enige med kommisjonens vurdering i at brukere må involveres i utviklingen av pasientforløp, tjenesteinnovasjoner og helse- og omsorgstjenesten. ESI mener helsetjenesten må legge til rette for at pasienten får være en aktiv deltaker i eget forløp.

- En utvidelse av pasientsentrerte helsetjenesteteam vil ivareta behovet.
- Pårørende er viktig ressurs for mange pasienter og ved systematisk inkludering av pårørende kan dette også være avlastende for helsetjenesten.

Organisering, samhandling og rekruttering i helse- og omsorgstjenestene

I utredningen skrives det rundt apotektekniker og farmasøyter at «*De (sic) fleste apotekteknikerne i kommunene jobber antakeligvis i andre roller i kommunene*». Det har vært og er pågående bruk av blant annet farmasøyter og ernæringsfysiologer i pasientrettet virksomhet i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

- En grundigere utredning av erfaringene med bruk av eksempelvis farmasøyter og ernæringsfysiologer vil gi en kompetanseoverføring som er nyttig for videreutviklingen av organisering og samhandling i helsetjenesten.

Det er et mål å desentralisere det vi kan og å samle tjenester der det er nødvendig for å oppnå god kvalitet og tilgjengelighet. Dette vil også kreve at finansieringsordningene reflekterer behovet for økt samhandling og samarbeid.

- Finansieringsordningene er nødt til å utvikles i tråd med kravene til samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

Helsefelleskapets rolle

Det er enighet med kommisjonens funn at man i nåværende organisering kan ivareta forpliktende samhandlingsløsninger. Foretakene og kommunene er i et skjebnefellesskap når det kommer til å beholde personell og rekruttere nye, utvikle kompetente helsearbeidere, men også med å utvikle og sikre gode helsetjenester for innbyggerne. Spesielt noen av de gruppene som vi ser vokser som en følge av «eldrebølgen», demens, multikronikere, andre med store sammensatte og komplekse behov



(f.eks. rus, psykiatri og somatikk), samt barn og unge med komplekse behov utfordrer «systemet» og det svikter ved de svakeste leddene. Svikter det ett sted påvirker det helheten.

Behovet for endringer er nødvendig for å sikre at de gode eksisterende tjenestetilbudene ivaretas, og for å sikre at pasienttilbudet i nord ikke svekkes. Det er også flere kommuner i vår region som har en situasjon som er god i dag, men som samtidig er sårbar for at ting kan svikte, eller der sentralisering betyr mindre bufferkapasitet. Erfaringene er at de samlede konsekvensene av omstillinger i kommuner ikke er vurdert hvordan de påvirker det samlede helsetilbudet innenfor et helsefellesskap. F.eks. vil en omstilling fra institusjonsplasser til flere omsorgsboliger medføre nedlegging av sengeplasser som har vært buffer for en del pasientgrupper. Omstillingen kan være riktig for den enkelte kommune, men den samlede kapasiteten i en region kan bli mer svekket i et helhetsperspektiv. Økt samarbeid mellom kommunene for å ivareta et felles helsetilbud er en ønsket utvikling.

- Helsefellesskapenes rolle må videreutvikles. Det vil være viktig å se på hva som hemmer og fremmer organisering og strukturer, slik at behovene til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ivaretas til det beste for våre felles pasienter.
- Helsefellesskapene må settes i posisjon til å prøve ut modeller (over en lengre periode) med mål om en felles organisering av helse - og omsorgstjeneste mellom foretak og en/ flere kommuner.



Sak:	Høring –Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste		
Fra klinikk	Diagnostisk klinikk		
Til:	Kvalitets- og utviklingssenteret		
Saksbeh.:	Bente Aune		
Elements nr.	2023/1174	31.03.2023	E.post saksbeh.: bente.aune@unn.no

Innspill fra Laboratoriemedisin

Helsepersonellkommisjonen foreslår i kapittel 7 å utrede muligheten for en mer helhetlig organisering av helsevesenet enn i dag. Det er nødvendig å få en bedre utnyttelse av den tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 3: Organisering av helse- og omsorgstjenestene og godkjenningsordningene for helsepersonell

Økt bruk av private aktører må belyses bedre. Det gis bedre betingelser for ansatte i private virksomheter, og spesialisthelsetjenesten mister kompetanse til private og må leie kompetanse tilbake. Helsetjenestene blir totalt sett mye dyrere.

Kapittel 5: Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell / Kapittel 8: Oppgavedeling

Behov og bruk av helsepersonell må ses i sammenheng med prioritering av helsetjenester. Trend med lekkasje av helsepersonell til privat næringsliv, inkl. private helsetjenester, synes å være en økende utfordring i tiden som kommer. Denne problemstillingen, og hvordan vi kan gjøre den offentlige helsetjenesten attraktiv, bør løftes opp i det videre arbeidet med hvordan man best mulig kan rekruttere og beholde helsepersonell. Dette omhandler rapporten i for liten grad.

Vi ser av forslagene at generalisering og flytting av oppgaver mellom personellgrupper er nevnt flere ganger. Det kan være en løsning for flere områder, men vi vil poengtere viktigheten av at oppgaver kartlegges og utføres kompetansestyrt. Det er viktig at oppgaver der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig, fordeles til annet personell.

Generalist-begrepet er lite konkret beskrevet. Faren er at arbeidstakere kan komme til å gjøre oppgaver uten at de har den rette kompetansen. Foreslått program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling støttes, og vil bidra til å trygge bruken av generalister.

Rapporten foreslår en modell hvor den ansatte jobber i flere fagmiljø, innad i eller mellom tjeneste- og forvaltningsnivåer uten konkrete eksempler på hvordan en slik oppgavegliding kan gjøres i praksis. Da den medisinske utviklingen går i retning av å bli mer og mer høyspesialisert og persontilpasset, er det vanskelig å se hvordan en skal unngå spesialisering av helsepersonell, og heller gå mer i retning av generalister. Medisinske laboratoriefag er eksempel på høyspesialisert virksomhet, og hvor det vil være vanskelig å fordele oppgaver til andre personellgrupper uten tilsvarende kompetanse.

Det savnes mer fokus på hvordan spesialisthelsetjenesten skal rekruttere og beholde kompetansen i de små medisinske spesialitetene. Det tar lang tid å utdanne spesialister, og vi trenger tiltak for å beholde de som er ferdige. I Helse Nord har vi erfaring med samarbeid mellom sykehuslaboratorier innen de små og sårbare medisinske spesialitetene. Spesialistkompetansen ved UNN innen Klinisk



farmakologi og Immunologi og transfusjonsmedisin benyttes i hele Helse Nord, og for Medisinsk biokjemi i Troms og Finnmark. Behovet for et slikt samarbeid viser sårbarheten innen de medisinske spesialitetene, og tap av kompetanse får raskt konsekvenser for hele regionen.

Å belyse kjernekompetansen for personellgrupper er viktig. Et eksempel er bioingeniører som må brukes i analysearbeid ved laboratorier der deres kjernekompetanse er. Bioingeniører er en mangelvare i dag, og det er ingen andre utdanningsretninger som tilbyr dette kompetansefeltet. Blodprøvetaking kan derimot utføres av annet personell i spesialisthelsetjenesten, men at bioingeniører sørger for god nok opplæring.

Kapittel 10: Utdanning og kompetanseutvikling

Langsiktig mål må være å øke utdanningskapasiteten ved studiestedene og etablere desentraliserte utdanningsforløp i større grad, slik at vi utdanner eget helsepersonell og derav kan bli selvforsynt.

Vi støtter kommisjonens forslag om å ikke rekruttere fra andre land.

Forslag om å utvide tilbud om kompletterende utdanning for personer med utenlandsk utdanning som bor i Norge, er fornuftig.

Kapittel 11: Prioritering og reduksjon av overbehandling

Forslaget om mer informasjon til befolkningen om overforbruket i helsevesenet er viktig.

Kommisjonen skriver at det er nødvendig med holdningsendring i befolkningen, blant politikere og helsepersonell, som bidrar til å dempe tilbudet av og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Det er en viktig jobb sett i lys av tilgjengelig kompetanse i årene framover, men det er ikke konkretisert hvordan arbeidet med holdningsendringer skal gjennomføres, og hvem som skal ha ansvaret for å dempe etterspørselen. En løsning med å legge prioriteringsansvar på den enkelte helsearbeider synes lite bærekraftig.

Det må settes større fokus på overbehandling av pasienter. Vi vet at laboratorie- og røntgentjenester overforbrukes i dag. Kampanjen «Kloke valg» i regi av legeforeningen er svært nyttig, og lokalt ved UNN har kampanjen også ledet til «Ikke stikk meg uten grunn» der søkelyset er satt på unødvendig bestilling av blodprøver. Ved UNN jobbes det også med implementering av Patient blood management (PBM) som er et internasjonalt evidensbasert, tverrfaglig program hvor målet er å utnytte pasients ressurser for å unngå transfusjoner. Økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er i denne sammenhengen også nyttig.

Vi støtter helsepersonellkommisjonens forslag om å innføre krav til grundige utredninger av konsekvensene for personellbehovet som følge av politikk på helse- og omsorgsområdet, eks. ved innføring av nye rettigheter.

Kapittel 12: Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Utvikling av ny teknologi er med på å redusere behovet for manuelle prosesser og tar ned tidsforbruk på flere områder for helsepersonell. Det må presiseres at ny teknologi må følges opp med økonomiske midler, både investeringer i utstyr/instrumenter og ny kompetanse for ansatte.



Med vennlig hilsen

Klinikkrådgiver



Sak:	Høring – NOU 2023:4 «Tid for handling»-Personellet i en berekraftig helse- og omsorgstjeneste		
Fra klinikk	Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Hjerte-og lungeklinikken, UNN		
Til:	Fag- og kvalitetssenteret		
Saksbeh.:			
Elements nr.	2023/	xx.xx.2023	E.post saksbeh.:
		3	

Innspill fra Arbeids- og miljømedisinsk avdeling

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN ønsker med dette å takke for arbeidet helsepersonell-kommisjonen har lagt ned i utarbeidelsen av NOU 2023:4. Det er en omfattende og dyptpløyende rapport som gir en god og realistisk beskrivelse av utfordringene som møter norsk helsevesen i dag og i fremtiden. Vi vil spesielt berømme dere for å ha identifisert og presentert en rekke tiltak som kan bidra til å forbedre helsetjenesten på en betydelig måte.

I våre kommentarer vil vi samtidig peke på forhold som vi mener det er viktig å ta hensyn til i den videre prosessen: Ett av disse angår oppgavedeling og den plass arbeidsliv og arbeidsplassen kan ha i dette. Dernest vil vi peke på et område som etter vår mening fortjener enda større oppmerksomhet, nemlig arbeidsmiljøets betydning for helsen til de ansatte og pasientene. Videre har vi noen kommentarer til kapitlet om utdanning. Avslutningsvis adresserer vi en overordnet problemstilling som angår alle spesialiteter, nemlig medisinsk overaktivitet. Vi ønsker derfor å peke på noen punkter vi mener ville vært med å styrke det overordnede fokus for å sikre at vi også i framtiden leverer de helsetjenestene vi ønsker.

Kapittel 8 - Oppgavedeling

«Riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid og forebygging. Forebyggingstiltak og tidlig innsats må utformes slik at pasienter og brukere gjøres i stand til å ta vare på egen helse og delta i egen behandling. Ved behov kan venner, pårørende, frivillige eller andre i samfunnet bistå, ofte med tilrettelegging fra offentlige ordninger» (Kap.8.1. s.130).

Kommentar:

Dette er vi enige i, men her bør også arbeid og arbeidsplassen eksplisitt nevnes som arena for forebyggende arbeid. Kommisjonen nevner heller ikke hvem de aktuelle aktører som kan bistå i dette arbeidet i helsesektoren er. Når det kommer til arbeidstakernes helse finnes det flere instanser som skal bistå i dette arbeidet. De fleste bedrifter er pålagt å være tilknyttet en Bedriftshelsetjeneste. Disse er særlig rustet for å arbeide med alle typer arbeidshelsesprosmål, også forebygging og helsefremme. De fem Arbeidsmedisinske avdelingene er også kompetansesentre som vil være naturlige samarbeidspartnere i et slikt arbeid. Arbeidsplassen bør derfor nevnes som et eget delkapittel under "Kommisjonens anbefalinger".

Kapittel 9 – Arbeidsforhold og arbeidstid

Arbeidsplassen kan være en viktig arena for forebygging av sykdom og helsefremmende tiltak, og det er derfor viktig å sørge for at arbeidsmiljøet er trygt, sunt og helsefremmende for alle ansatte i helsevesenet. Kommisjonen skal ha honnør for at dette nevnes, men det kunne med hell blitt omtalt i større grad. Vi vet at en positiv arbeidskultur og et helsefremmende arbeidsmiljø kan bidra til å forebygge helseplager, turnover og trivsel, samtidig som det kan



øke motivasjon og jobbtilfredshet. Dette vil også ha en positiv innvirkning på kvaliteten på helsetjenestene som tilbys, og dermed på helsen til pasientene som behandles. Det å fokusere på de ansatte i helsetjenestens helse og velvære bør ikke være bare arbeidsgivers ønsker, men også samfunnet som skal benytte disse tjenestene. Vi alle trenger er sterkt, solid og robust helsevesen i Norge.

Kommentar:

I kapittel 9.5.1 presiseres det at det å oppleve glede i sitt arbeid, samt oppleve et inkluderende, ivaretagende og helsefremmende arbeidsmiljø er sentralt for å redusere sykefravær, deltidsbruk osv. Det trekkes også frem faktorer vi vet bidrar til et bedre arbeidsmiljø. Dette er gode presiseringer og det er bra det vies plass i rapporten. Vi savner imidlertid litt mer spesifikke forslag til tiltak for å lykkes med nettopp dette. Vi vet at gode og systematiske arbeidsmiljøinnsatser har god effekt, det bør berøres. Her er også god og riktig bruk av Bedriftshelsetjenestene sentrale, men trekkes ikke inn i rapporten. Ledelse nevnes, men det understrekes ikke hvor sentral nettopp ledelse er i arbeidet med å sikre arbeidstakernes helse, arbeidsmiljø og trivsel. Arbeidsmiljølovens formålsparagraf er tydelig i sin formidling av lovgivers intensjon, og denne intensjonen er god. Kommisjonen kunne med hell trukket inn og drøftet deler av arbeidsmiljøloven. Eksempelvis Arbeidsmiljølovens §4-1:

“Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet”.

I bare dette kapitlet fra Arbeidsmiljøloven ligger et stort potensial for å svare til lovgivers intensjon med loven, hvor resultatet vil bli at man i større grad ivaretar sine egne ansatte på en bærekraftig måte. Det bør også minnes om at dette ikke kun er et lederansvar, men også et kollegialt ansvar.

Vi så under pandemien at de avdelingene som hadde det beste arbeidsmiljøet før, håndterte utfordringene pandemien gav, bedre. Dette bør det tas lærdom av.

Kapittel 10 – Utdanning og kompetanseutvikling

Om ledelse: Kommisjonen vier ledelse noe plass i rapporten, men etter vår mening for liten plass og med et noe manglende fokus. Ledelse vet vi er sentral i utviklingen av et bærekraftig helsevesen og må ikke undervurderes når man helhetlig ønsker å se på hvordan vi sikrer at vi skal fortsette å utvikle gode helsetjenester i Norge. Det presiseres at det er viktig å *“... utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon”* (boks 10.19. S.231). Vi reagerer også på at det skrives i første avsnitt: *“... God ledelse dreier seg om å gjøre valg, og å støtte medarbeiderne som gjør gode valg”*. Her kan man lese at man bare skal støtte de ansatte som gjør gode valg, noe vi antar ikke er kommisjonens intensjon. Når vi vet at god og riktig ledelse har en direkte effekt på ansattes helse og dermed evne og vilje til å stå i arbeid, bør ledelse vektlegges i større grad. Ledelse handler som svært mye mer enn *handlekraft, endring og innovasjon*. Det at en leder mestrer mellommenneskelig kommunikasjon, relasjoner og omsorg står ikke i motsetning til det kommisjonen trekker frem. Tvert imot, vi vil påstå det er en forutsetning for å lykkes med akkurat det kommisjonen ønsker ledere skal gjøre. Vi er også av den oppfatning at et arbeid med lederrekruttering innen helsevesenet bør gjøres. Formell lederkompetanse må vektlegges og man må sikre kontinuerlig videreutvikling- og utdanning av ledere slik at de i størst mulig grad er i stand til å utføre sin ledergjerning i henhold til intensjonen, både sin egen og samfunnets. Nettopp det å sikre at flest mulig, har det best mulig



i sin arbeidssituasjon slik at vi kan komme nærmere et godt, sunt, helsefremmende og bærekraftig helsevesen.

Kapittel 11 - Prioritering og reduksjon av overbehandling

NOU 2023:4: «Det viktigste tiltaket i denne sammenhengen består i å få alle aktørene til å forstå at det foregår mye overbehandling i Norge og at det er ineffektivt, kostbart og krever mye personell som bør anvendes på oppgaver med dokumentert helsegevinst. Det innebærer en kulturendring hos personellet selv, i helse- og omsorgstjenestene, blant pasienter, bruker og pårørende og – ikke minst – blant helsepolitikere. For å få til dette, kreves oppmerksomhet og mange former for kommunikasjon og diskusjon om problemstillingen» (s.254) (vår understrekning).

Kommentar:

Blant helseprofesjonene og særlig innenfor faget medisin, har det de senere år vært en “oppvåkning” med henblikk på problematikk som overdiagnostikk, overutredning og overbehandling. Legeforeningens kampanje “Kloke Valg” fremviser dette med tydelighet. Initiativet peker på en grunnleggende utfordring i helsevesenet og samfunnet som handler om overdreven sykkeliggjøring (patologisering) og tilhørende unødvendig forbruk av helsetjenester. Disse utfordringene krever at helsearbeidere i fremtiden også må jobbe *klokere*.

Det er positivt at kommisjonen retter søkelyset mot dette. Kommisjonen er handlingsrettet og påpeker nødvendigheten av «forståelse», «oppmerksomhet», «kommunikasjon», «kunnskap», «diskusjon». For det første søker man altså her å få til det man beskriver som en *kulturendring*. Derneft etterlyses det også en *holdningsendring*. I de tiltakene som foreslås av kommisjonen er virker imidlertid i liten grad å konkretisere hvordan en slik kultur- og holdningsendring skal finne sted. Likeledes fremstår det som at de tiltakene som skisseres i begrenset grad adresserer de nevnte stikkord. Unntaket her er tiltaket: «11.8.1 Styrke og bruke faglige nettverk».

Vår oppfatning er at temaer som overutredning, overdiagnostikk og overbehandling i liten grad er på dagsordenen i helsetjenesten og norske sykehus. En satsning på dette krever i *langt større grad målbevisste innsatser*. (jfr. Sitat fra Rapporten: “Det er behov for et målrettet arbeid for å redusere omfanget av overdiagnostikk, overbehandling og uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenestene.” (s. 252).

Nærmere om Medisinsk overaktivitet og utdanning av helsepersonell (kap 10)

Vi registrerer også at rapporten henviser til kapitlet om utdanning, hvor vi blant annet kan finne følgende formulering: “Gjennom utdanningen skal studentene bli rustet for en kunnskapsbasert profesjonsutøvelse, god evne til videre faglig utvikling, samt evne til å kunne veie ulike hensyn mot hverandre og foreta valg.” (s.218). Dette konkretiseres i rapporten på følgende måte: “Teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder kan gi flere muligheter for bedre helse og behandling av sykdom. Selv om dette er positivt og kan bidra til utvikling av tjenestene, kan slike muligheter også gjøre behovet for prioritering enda større. Det er ledelsen for virksomheten, sammen med helsepersonellet, som må veie de ulike hensynene innenfor tildelte rammer. Faglige hensyn er sentralt i disse avveiningene. Evnen til å ta slike faglig begrunnede begrensende valg er en viktig del av helsepersonellens faglige skjønn. Personellet må ha kompetanse om og settes i stand til å ta slike beslutninger, til å stå i dem og til å kommunisere dem til pasienter, pårørende og kollegaer. Denne typen prioriteringer bør foretas av helsepersonell som har solid kompetanse i kritisk tenkning, etisk refleksjon, kommunikasjon og fagspesifikk kompetanse. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfag-utdanninger



har per i dag ikke overordnede læringsutbyttebeskrivelser som direkte omhandler begrensende valg som del av faglig virksomhet.” (vår understrekning) (s.218)

Kommentar/forslag:

I vår tidligere kommunikasjon med de som har utarbeidet læringsutbyttebeskrivelser for helsefag-utdanninger (primært for medisin) (RETHOS), erkjenner man at nettopp de aspekter som her er frem-hevet enten har falt ut av læreplanene eller ikke har blitt tilstrekkelig grad beskrevet. Vi er enige i kommisjonens formuleringer, men mener at dette må formuleres langt mer tydelig. Vi foreslår den følgende formulering:

“En forutsetning for holdningsendring og kulturendring med tanke på ikke bærekraftig og ressurs-krevende medisinsk overaktivitet, er at helsefagutdanningenes læreplaner må revideres. Helse-personellkommisjonen anbefaler at man i læringsutbyttebeskrivelsene eksplisitt og konkret gjør rede for hvordan skjønnsutøvelse, kritisk tenkning, etisk refleksjon og kommunikasjon skal innlemmes. Da særlig med henblikk på at kompetente helseprofesjonelle skal kunne gjennomføre prioriteringer og begrensende valg som en del av faglig virksomhet i tjenesten”.

Oppsummering

Avslutningsvis vil vi igjen takke for det grundige, viktige og gode arbeidet kommisjonen har lagt ned i denne rapporten og vi føler oss sikre på at den vil fungere som en god veiviser for beslutningstagere i årene som kommer. Vi håper samtidig at en bredere diskusjon om arbeidslivet som arena for forebyggende og helsefremmende arbeid blir en del av prosessen videre, samt dens aktører som viktig bidragsyter inn i arbeidet med å redusere helsevesenets totale belastning gjennom å ivareta de ansatte i henhold til Arbeidsmiljølovens intensjon.

Vennlig hilsen

Hans Christian Vangberg

Even Nerskogen

Thor Eirik Eriksen

Jan V. Haanes