



HØGSKOLEN  
I SØR-TRØNDELAG

Saksbehandler: Margaret Lian Knutsen  
Telefon: 73 55 90 00

Vår dato: 25.06.2006 Vår ref: 2006/487

Deres dato: Deres ref.:

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 801, Dept  
0130 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg  
S.nr. 200602349 - 150

## HØRINGSUTTALELSE OM NASJONAL HELSEPLAN (2007-2010)

Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) viser til departementets brev av 22.mai 2006 med høringsnotat Nasjonal helseplan (2007-2010) – tematisk gjennomgang av status og utfordringer på sentrale områder. Høgskolen i Sør-Trøndelag vil gi noen kommentarer som særlig knyttes til utdanning, forskning og fagutvikling.

### Generelle kommentarer

Helseplanen bruker ofte begrepene ”medisinskfaglig innhold”, ”medisinskfaglig forskning”, ”medisinsk fagutvikling”. Den kunnskapen som høgskolen og de høgskoleutdannende leverer, og som det forventes at de skal levere mer av i fremtiden, er lite synlig og omtalt både i forskningskapitlet, tverrfaglighet og utdanning. Forskning omtales nesten utelukkende som medisinsk forskning, mens annen helsefaglig forskning stor sett er utelatt til tross for at dette er områder som i lang tid har vært underforsket både hva gjelder helsefaglige problemstillinger og forskningsbasert evaluering av de tjenestene som helsearbeideren leverer. I den grad fagutvikling nevnes, er også den knyttet til medisin, selv om den helsefaglige fagutvikling har vært omfattende i flere år og bør forsterkes ytterligere. Helseplanen vil styrkes dersom begrepene ”medisinsk- og helsefaglig innhold”, ”medisinsk og helsefaglig forskning”, ”medisinsk og helsefaglig fagutvikling” benyttes gjennomgående i planen.

I høringsnotatet beskrives det at riktig kompetanse og kompetanseheving - særlig i primærhelsetjenesten - vil være nødvendige virkemidler for å nå målene. Det er HiST enig i. HiST vil i tillegg peke på det i dag er alt for få doktorgrader innenfor helsefagene. Målene i helseplanen vil neppe være realiserbare uten en kraftig innsats for å øke forskningskompetansen innenfor disse fagområdene.

Innovasjonsperspektivet er lite synlig i helseplanen.

Formidling bør belyses som eget tema. Se kommentar under forskningskapitlet.

### Del II Felles utfordringer i helsetjenesten

#### Vedr. pkt 3 Strategi for kvalitet og prioritering:

HiST er enig i at håndtering av utdanning, forskning, samhandling, kapasitet og struktur m.m alle er områder som har betydning for kvaliteten i helsetjenesten. Dimensjoneringen av helsefagstudiene gjøres i et samarbeid mellom HOD og KD. HiST vil peke på at flate kutt i antall studieplasser vil kunne ha en utilsiktet negativ effekt. Det er nødvendig å opprettholde

enkelte store fagmiljø for å kunne nå de kvalitative målene i helseplanen. HiST er uenig i måtet nedskjæringen av antall studieplasser for ergoterapi, vernepleie og sosionom for opptaket i 2005 ble gjort på. HiST vil anbefale at departementene bygger sterke fagmiljø som er store nok til å ivareta forskning, forskningsbasert evaluering og fagutvikling i tillegg til undervisningsoppgavene. Distriktenes behov for kompetanse kan hensyntas ved at enkelte studieplasser øremerkes til desentraliserte studier.

Helsefagstudiene er i stor grad styrt av nasjonale rammeplaner som godkjennes både i KD og HOD. Det kan være et kvalitetsfortrinn å sikre innholdet i utdanningene gjennom slike planer, forutsatt at de holdes på et svært overordnet nivå. Enkelte rammeplaner har så stramme føringer spesielt knyttet til praksisstudienes størrelse, form, innhold og gjennomføring, at det går på bekostning av studiekvalitet.

NOKUT, Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen, er akkrediteringsorganet for høyere utdanning og fagskoleutdanning i Norge. Landets sykepleieutdanninger gjennomgikk en reakkreditering i 2005. Denne reakkrediteringen avdekket at NOKUT ikke hadde myndighet til å evaluere helsetjenestens ansvar for og gjennomføring av praksisstudiene. Det varsles at Nasjonal helseplan vil omtale erfaring med akkreditering og sertifisering som kvalitetsutviklings metode. HiST vil be om at evaluering/reakkreditering av den delen av helsefagutdanningenes praksisstudier som er lagt til helsetjenesten, gjøres til gjenstand for omtale. Fra HiSTs ståsted ser en det som naturlig at NOKUT også tar ansvar for reakkreditering av praksisstudiene.

#### Vedr. del 5. Psykisk helse

Se vedlagte faglig innspill fra Avdeling for sykepleie

#### Vedr. pkt 7. Forskning for bedre helse

HiST vil påpeke at høy kvalitet i helsetjenesten forutsetter oppbygging av forskningsaktivitet ikke bare innenfor de fleste medisinske fagområdene, men også innenfor de andre helsefaglige områdene. Høgskolene bedriver i begrenset grad grunnforskning. Hovedtyngden av forskningen i høgskolesektoren er anvendt forskning hvor problemstillingene hentes fra næringsliv og offentlig sektor. Helsefaglig forskning har ikke kommet langt nok. Et tett samarbeid mellom sektorene, høgskolene/helsetjenesten, vil forsterke satsingen.

Formidling som tema er ikke berørt i høringsnotatet. Formidlingsutvalget nedsatt av UFD (nå KD) har i oppdrag fra Departementet definert hva en mener med begrepet formidling, sitat ” *Med formidling menes at vitenskapelige tilsatte formidler vitenskapelige resultater, arbeidsmåter og holdninger ut av et forskningsfelt til allmennheten og/eller til brukerne med overføring av kunnskap og innsikt som intensjon, samt deltar i samfunnsdebatten med forskningsbasert argumentasjon. Med ”brukerne” menes i denne sammenheng avgrensede grupper som har bruk for kunnskapen og teknologien i utøvelsen av sitt yrke eller profesjon, samt institusjoner, organisasjoner og andre som kan likestilles med disse*”. Formidling har to perspektiv, den allmennrettede formidlingen som i denne sammenheng kan knyttes til pasienter og pårørende, og den brukerrettede formidlingen som er formidling overfor og i samarbeid med profesjoner, institusjoner, organisasjoner, etater og myndigheter. Høringsnotatet legger vekt på at pasientenes og pårørendes mestringsperspektiv skal stå sentralt. Kvalitet skal bygge på kunnskap som gjøres kjent for allmennheten og de som har nytte av den i profesjonell yrkesutøvelse. Formidling av ny kunnskap skapt gjennom fagutvikling bør være et sentralt tema i Nasjonal helseplan.

#### Vedr. pkt 8. Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier

I pkt. 8.4 mangler det henvisninger til utarbeidelse til ny Handlingsplan for funksjonshemmende. Her må en kunne henvise til Handlingsplan for Funksjonshemmede 1998-2001, forlenget til

2002, NOU 2001:22 Fra bruker til borger, St. meld. nr. 40 (2002-2003) og Innst. S. nr. 162. Disse ser på funksjonshemmedes behov i tilknytning til blant annet likeverd, selvbestemmelse, aktiv deltakelse og personlig og sosialt ansvar. Viktige satsningsområder basert på handlingsplanen er et tilgjengelig samfunn, planlegging og brukermedvirkning, funksjonshemmede sine rettigheter og yrkesaktivitet for funksjonshemmede.

### **Del III Den kommunale helsetjenesten**

Høringsnotatet legger vekt på at behovsveksten som følge av et økende antall eldre, krever utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. HiST vil peke på at det også vil være behov for økt kompetanse innenfor pleie og omsorg av eldre. Økt kompetanse kan hentes gjennom etter- og videreutdanning evt. høyere grads utdanning hos den enkelte yrkesutøver, og i tillegg forskings- og utviklingsarbeid. HiST mener det bør stimuleres til økt forsknings- og utviklingsarbeid innenfor området i samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og høyskolesektoren.

Sykehjemmenes pasienter vil være avhengige av at den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Som et viktig bidrag i denne sammenhengen skal HiST/Avdeling for sykepleie, Trondheim kommune og NTNU/Dmf/Institutt for samfunnsmedisin samlokaliseres i felles bygg tett opp til St.Olav hospital HF, det såkalte "Sykehjemsprosjektet". Her vil Trondheim kommune etablere en intermedieravdeling hvor pasienter som er ferdigbehandlet ved ST.Olav Hospital HF, men som må følges opp ytterligere før de "friskmeldes", får plass. Tette relasjoner til spesialisthelsetjenesten vil være nødvendig. I tillegg planlegges dette sykehjemmet som en stor lærings- og FoU-arena med høyt innslag av studenter og FoU-kompetanse fra sykehjemmet, høyskolen og universitetet.

### **Del IV Spesialisthelsetjenesten**

#### Vedr. pkt 14 Utdanning av helsepersonell

Om dimensjonering, se kommentar foran.

Dagens informasjonsteknologi åpner for økt bruk av desentraliserte studier. HiST har tilbudt desentraliserte sykepleiestudier i flere år. Gjennom dette tilbudet rekrutteres studenter som er hjemmehørende i distriktet, tar hele sin utdannelse - teori og praksis - i hjemmemiljøet og blir værende i distriktet som yrkesutøvere etter endt utdanning. HiST planlegger å utvide tilbudet til også å omfatte vernepleierutdanning.

## FAGLIG INNSPILL FRA AVDELING FOR SYKEPLEIE / HiST

### Del II Felles utfordringer i helsetjenesten

#### Vedr. del 5. Psykisk helse

Høringsnotatet viser innledningsvis til at Departementet legger til grunn en vektlegging av lokalbaserte løsninger i tråd med Verdens helseorganisasjon sin europeiske ministererklæring. Videre er målet å utvikle tjenester som styrker brukernes livsstandard og funksjonsevne gjennom brukermedvirkning og egen mestringsevne.

Forskning og evalueringer viser at vi er på rett vei når det gjelder de kvantitative målene, men sliter med å nå de kvalitative innen psykisk helse som fag - og praksisfelt.. Tilbakemeldinger fra brukerne tyder på at brukere og pårørende har for liten innflytelse på behandlingen og at det er for mye fokus på sykdom fremfor mestring og ressurser. En annen utfordring er mangelen på helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Kommunenes manglende kapasitet blir nevnt flere steder i høringsnotatet. Evalueringer og erfaringer viser at dette kan ha sammenheng med størrelse på kommunene og organisering av tjenestene. På tampen av opptrappingsplanen ser det ut til at de minste kommunene har problemer med å etablere tilbud med tilstrekkelig volum og bredde. Ofte sliter disse kommunene i tillegg med store avstander til spesialisthelsetjenestetilbudet. Et virkemiddel for å bøte på dette, kan være å styrke det interkommunale tilbudet ved å utvikle felles tjenester på tvers av kommunegrensene. Et annet virkemiddel kan være å utvikle modeller hvor samarbeidet mellom de Distriktspsykiatriske sentrene og kommunene styrkes. I Sør - Trøndelag har Orkdal DPS, avd Haltdalen over mange år utviklet en modell for samarbeid mellom institusjonen og de kommunale samarbeidspartnere. Dette medfører blant annet at de ikke har ventelister. Når det gjelder samarbeid kunne det også være interessant å prøve ut modeller hvor et DPS og tilliggende kommuner går sammen i en organisatorisk enhet. Wisløffutvalget åpner for forsøk med slike løsninger. Begrunnelsene for å satse på et slikt prosjekt kan være at det gir bedre mulighet for å forvalte ressurser på tvers av nivåene og unngå gråsoner med uklare ansvarsforhold. Samtidig gir en slik organisering muligheter til å utvikle en felles faglig kultur og handlingsrom for løse problemene med at små kommuner ikke er i stand til å utvikle tjenester med tilstrekkelig kompetanse, volum og bredde.

Når det gjelder utfordringen med å endre kulturer, er det mye som tyder på at dette tar lengst tid i spesialisthelsetjenesten. Det psykiske helsevernet i Norge har fortsatt en betydelig større andel senger i forhold til innbyggertallet enn land det er naturlig å sammenligne seg med. I hovedsak er det den medisinske og den tradisjonelle psykoterapeutiske tenkningen som preger både poliklinisk behandling og institusjoner. 90 % av forskning innen psykiatrien er behandlingsforskning Vi håper at det i tida framover vil bli økt vekt på å vri spesialisthelsetjenestenes ressurser i retning av mer samarbeid med kommunene og ambulerende virksomhet. Det er videre et stort behov for å dokumentere hva som er god hjelp i et brukerperspektiv og hvordan denne kunnskapen skal implementeres i praksis.

Med hilsen

Torunn Klemp  
rektor

Margaret Lian Knutsen  
prorektor