

Kristiansand, 02. Mai 2023

Høringssvar Helsepersonellkommisjonen NOU 2023:4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Sammendrag

02.02.23 la helsepersonellkommisjonen fram sin *NOU 2023:4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Kommisjonen har utarbeidet en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Den har også foreslått tiltak 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.

Del 1 i utredningen beskriver utfordringsbildet. Utredningen viser at andelen av sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenester har tredoblet seg siden 1970 og nå er på ca. 15 % av landets sysselsatte. Helsepersonellkommisjonen mener at denne utviklingen ikke kan fortsette, av hensyn til andre sektorer som også trenger arbeidskraft. Helt uavhengig av det fremtidige økonomiske handlingsrommet, er det personelltilgangen som begrenser tjenestene og hindrer dem i å utvikle seg videre med dagens innretning. Parallelt med dette viser framskrivninger at andelen eldre over 80 år mer enn dobler seg fra 2020 til 2040. Utredningen peker også på at Norge ligger på topp i Europa når det gjelder ressursbruk til helse- og omsorgstjenester. Vi har også den høyeste deknings sykepleiere pr. 1000 innbyggere og er blant de landene med høyest andel leger pr. 1000 innbyggere.

I del 2 i utredningen anbefaler helsepersonellkommisjonen 6 forskjellige satsingsområder med tilhørende forslag til tiltak:

- Kapittel 7: Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene.
- Kapittel 8: Oppgavedeling
- Kapittel 9: Arbeidsforhold og arbeidstid
- Kapittel 10: Utdanning og kompetanseutvikling
- Kapittel 11: Prioritering og overbehandling
- Kapittel 12: Digitalisering og teknologisk utvikling

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder (vest) opplever at NOU 2023:4 gir et solid og godt kunnskapsgrunnlag, som viser at vi må innstille oss på en svært begrenset vekst i sysselsetting i helse- og omsorgstjenester. Beskrivelsene av utfordringsbildet er i stor grad gjenkjennbare. USHT Agder (vest) mener det er særlig viktig å løfte frem handlingsrommet Norge har, med høyere andel helsepersonell enn andre land i Europa. Det er tydelig at vi framover må utforske dette handlingsrommet og se på hvordan vi kan jobbe på andre måter, fordele oppgaver annerledes og gjøre tydeligere prioriteringer. Tiltakene som settes inn må bidra til at helsesektoren er en attraktiv arbeidsplass, som beholder ansatte. USHT Agder (vest) støtter i hovedsak helsepersonellkommisjonens anbefalinger og tiltak, men vil kommentere og utdype noen av dem og peke på noen tema som savnes eller kunne vært bedre belyst i utredningen.

Kapittel 8 Oppgavedeling

USHT Agder (vest) støtter kommisjonenes kunnskapsfremstilling og anbefalinger knyttet til ansvar og oppgavefordeling i kapittel 8 – og vil særlig løfte frem satsing på fagarbeiderkompetanse i helse- og

omsorgstjenestene. Dette arbeidet er godt i gang i mange kommuner gjennom KS-Tørn prosjekt, men mange kommuner etterlyser støtte i arbeid med lokale kompetanseprogrammer tilknyttet nye roller og har bedt om bistand fra USHT til dette arbeidet. Mange helsefagarbeidere skal i gang med oppgaver de gjerne har lært, men kanskje sjelden eller aldri praktisert. Det er også behov for ufaglærte i tjenestene og det etterspørres hva minimumskompetansen til disse bør være, og som gjerne må defineres ut fra oppgaver og forsvarlighetsprinsipper.

Det bør også være signaler på hva man bør slutte med fremover og nasjonale diskusjoner om forventninger og hva som er forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

For å beholde helsepersonell er det viktig at de opplever at arbeidet de gjør er godt nok og forsvarlig.

Kap 8.3.1 Folkehelsearbeid og forebygging

- Kommunenes og fylkeskommunenes forpliktelse til å ivareta helsefremmende arbeid omfatter blant annet forebyggende arbeid for å fremme psykisk helse, ernæring og kostholdsrådgivning, arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i tannhelsetjenesten og smittevernsarbeid for å nevne noe. Det er et utstrakt samarbeid og tverrfaglighet mellom ulike faggrupper innen blant annet sykepleie, ergoterapi, ernæring, tannhelse og muskel- og skjelettsykdommer som har kompetanse innen eksempelvis smittevern, folkehelsearbeid, psykisk helse og fysisk aktivitet. Disse gruppenes kompetanse er avgjørende for å lykkes med det forebyggende arbeidet. Det er ikke utstrakt tverrfaglighet innen ernæring i kommunene, spesielt ikke i et forebyggende perspektiv. Forebygging av overvekt, frafall i skole og jobb prioriteres ikke. Savner økonomiske besparelser av å være godt ernært <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2022-123-Samfunnsokonomisk-analyse-av-underernaering.pdf>
- Det vises til økonomiske analyser hvor 1 krone investert i forebygging gir en gevinst på hele 14 kroner og behov for mer kunnskap på feltet støttes, særlig knyttet til punktene i kulepunktet over.
- Knyttet til turnusarbeid mener vi det bør satses enda mer på kompetanse på dette feltet, og også å bruke Kunstig intelligens (KI) i turnusarbeid, slik blant annet Trondheim kommune har gjort for å predikere fravær basert på historiske data, slik at turnusplanlegging kan treffe behovene bedre.

Kap 8.8. Program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling

Forslaget er spennende og viktig, men vi savner sammenheng med og definisjon av forsvarlig helsetjeneste i kommunehelsetjenesten og sammenheng med kompetanse. Utviklingssentrene har mange års erfaring med kompetanseheving og prosessledelse og kan med fordel kobles på disse prosessene. Likedan Senter for omsorgsforskning.

Det er behov for å samle kreftene nasjonalt rundt kompetansekrav knyttet til effektiv oppgavedeling.

- Det anbefales å benytte og videreutvikle kompetansebroen som en nasjonal kompetanseplattform og kompetansestyringsverktøy, hvor både KS, HF, utviklingssentrene og andre kompetansemiljøer bidrar inn med spissede kurs.
- Kommunene benytter i stor grad i dag KS-læring som læringsplattform og den er svært lite brukervennlig og USHT anbefaler at ny felles nasjonal løsning for helse helsetjenesten.

Kap 8.8 Erfaringskonsulenter

Personer med utviklingshemming kan også med fordel være erfaringskonsulenter.

Kap 9

Det er svært stort sykefravær i helse- og omsorgstjenestene, og dette er ikke bærekraftig. Når Sverige innførte trekk i 20% av lønn ved sykefravær, gikk sykefraværet drastisk ned. Det er på tide å virkelig ha fokus på hva som kan få sykefravær til under 5% ved både å bruke hjelpemidler som exo-skeletons og annet utstyr, men også se på hva som er helsefremmende arbeidsplasser innen helse i fremtiden og insentiver til at det skal mer til å være borte fra jobb.

Kapittel 10: Utdanning og kompetanseutvikling

USHT Agder (vest) liker særlig fokus på at leder må fokusere strategisk på kompetanse og utdanning, men opplever at det store lederspennet som er i tjenesten ikke hensyntas i stor nok grad. Rammene mange ledere har i dag gir ikke rom for tiltakene.

10.13.1 Strategisk tilnærming til kompetanseutvikling i helse og omsorgstjenestene

Kap 10.13.1 Språkopplæring og kulturforståelse

I Oslo er hele 38% av ansatte i helse- og omsorg fremmedspråklige. Manglende norskkunnskap er en stor utfordring i helsetjenesten og den ser ut til å være økende, også i distriktskommuner. Samtidig er fremmedspråklige ansatte en viktig ressurs i helsetjenesten. Vi har mye å lære av deres kulturer og behov for et mangfold av ansatte. Ansatte som ikke snakker godt nok norsk, er en utfordring for både kvalitet og pasientsikkerhet, og vanskeliggjør kommunikasjon med både pasient, pårørende og kollegaer. Det gjelder både muntlig og skriftlig norsk, norsk uttale og kulturforståelse.

- På s. 234 under språkkunnskap savner vi følgende: Arbeidsgiver bør legge til rette for at ansatte som ikke snakker godt nok norsk kan delta på kompetansehevende tiltak i fritiden slik at de lærer norsk. Arbeidsgiver må tilrettelegge turnus slik at arbeidstaker kan delta på kompetansehevende tiltak innen norsk språk.
- Språkkrav for ansatte må defineres for ulike yrkesgrupper. Ved ansettelse utforskes språkkompetanse og kurs gjennomføres i prøvetid dersom de snakker for dårlig norsk. Ny test av språkkunnskaper bør gjennomføres før utløp av prøvetid. Prøvetid bør forlenges inntil språkkrav innfris. Oslo kommune innførte krav om B2 norsk for over 10 år siden. Kristiansand kommune har innført krav om B2 nivå for ett år siden og flere andre kommune i Agder vest vurderer det samme, da språkutfordringer har økt.
- Det er behov for å utvikle nye tester og krav for ulike grupper ansatte. Kan ufaglærte som kun skal bidra med praktisk bistand eller som serviceverter i matservering mv ha noe lavere krav til norsk språkkompetanse en sykepleiere og helsefagarbeidere? Det bør vurderes språktest knyttet til bransjenorsk. Nivå mellom B1 og B2 og gjerne med opplæring og test innenfor prøvetid. Utdanninger bør muligens fokusere på bransjenorsk innenfor bransjen man skal jobbe i.
- Man bør også se dette i sammenheng med norsk muntlig uttale og kulturforståelse. Det bør jobbes med å forbedre Norsk språk- uttalelse.
- Viser til NOU s. 228: Det bør være språkkrav i helse- og omsorgsutdanninger. Flere kommuner opplever at ansatte må strykes når de er i praksis fordi de snakker for dårlig norsk. Krav om språkkompetanse vil være motiverende faktor til å jobbe med språket for studenter og elever.

10.13.3 God ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling

- God ledelse er som det omtales i NOU en forutsetning for å lykkes med strategisk kompetanseutvikling. Erfaringer tilsier at ledere innen kommunale helse- og omsorgstjenester har et økende lederspenn og ofte er ansvarlig for flere avdelinger. Kompleksiteten for leder øker dermed i takt med kommunale innsparingstiltak, og utfordringer i forhold til god praktisk

strategisk kompetanseutvikling øker samtidig. Det vises i NOU også til ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, men det tas ikke fullt ut høyde for utfordringen som oppstår i gapet mellom krav, teori og praksis. En slik utfordring løses ikke utelukkende med kompetansehevingstiltak for ledere, men det bør også vurderes nasjonale føringer og evt. finansieringsmodeller som bidrar til at ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester har tid til å lede sine ansatte.

Livslang læring er svært aktuelt med simulering ute på arbeidsplasser, både i kapittel 5, kapittel 10 og kapittel 12.

Simuleringstrening er en svært effektiv og virkningsfull pedagogisk metode, som er foreslått benyttet i utdanning av helsepersonell og dette støttes. Det er også svært aktuelt å benytte den i kommunehelsetjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten. Med bakgrunn i vår erfaring med simulering med kommunehelsetjenesten på Agder mener vi at simuleringstrening med fordel kan benyttes på følgende områder skissert i Tid for handling:

- På systemnivå i oppgavedeling
- Bygge uformell kompetanse
- Fagutdanning i simulering tilbys i Rogaland og helsefagarbeidere som gruppe er viktig fremover og de kan også bidra fasilitere til simuleringstrening på arbeidsplassen
- Tverrfaglig simulering
- Spisskompetanse i avdeling kan spres til hele avdelingen gjennom simuleringstrening
- Simuleringstrening gir gode menneskemøter
- Simulering øker refleksjon hos ansatte og kan føre til at de slutter med oppgaver, som er viktig å fokus på fremover
- Simulering kan være en slags etisk refleksjon i praksis
- Refleksjon gjør ansatte mer bevisst egen taus kunnskap og rom for å dele de med andre
- Etiske dilemmaer som ikke løses i debrief/simuleringstrening kan benyttes i 6-trinnsmodellen for etisk refleksjon. Og kan benyttes i hus/hytte stillinger
- Hus-hytte stillinger bør delta i simulering på begge arbeidsplasser
- For å beholde helsepersonell:
 - Gir bedre arbeidsmiljø
 - Gir økt arbeidsglede
 - Gir økt mestringsopplevelse

10.14 og 10.15 Anbefalinger og tiltak

Utredningen trekker frem mange gode, viktige og riktige anbefalinger og tiltak, og peker på utfordringer som samsvarer med våre erfaringer. Samtidig ser vi ikke helt sammenhengen mellom de anbefalingene og tiltakene som nevnes i utredningen. Et eksempel er god ledelse av arbeidet med kompetanseutvikling, men det står ikke omtalt i tiltak hvordan man skal sikre tilstrekkelige ressurser til god ledelse i praksis. Tiltakene blir mer generelle og peker i retning av utdanning og tettere samarbeid mellom institusjoner og tjenesteutøvere. Det står lite om kompetanseheving av ansatte utenfor formell utdanning. Her er simuleringstrening og annen internopplæring på arbeidsplassen svært aktuell, også utenfor spesialisthelsetjenestene. USHT'ene kan gjerne få dette i sine oppdrag, på like linje som Helse Vest har et oppdrag på vegne av HF'ene. Videre bør USHTene, i samarbeid med Senter for omsorgsforskning, bistå kommunene i utarbeidelse og uttesting systematisk kartleggingsverktøy av ansattes kompetanse og utvikling av kompetanse i tråd med behov, nye

arbeidsmetoder og ny oppgavedeling.

USHT Agder (vest) har i samarbeid med Flekkefjord kommune og dekan ved USN, Pia C. Bing-Jonsson digitalisert validert kartleggingsverktøy for å kartlegge ansattes observasjonskompetanse og der de får automatiske tips om individuell e-læring basert på deres kompetansehull. På avdelingsnivå fr avdelingsleder tips om hvor mange ansatte har kompetansehull og kan spisse felles ferdighetstrening eller simuleringstrening til områder hvor mange har for lav kompetanse. Her blir uformell læring på egen arbeidsplass gjort systematisk og ansatte må i stor grad ta ansvar for egen læring. Snart vil man også kunne benytte kunstig intelligens til å gjøre slik sustemer enda smidigere. Med et nasjonalt samarbeid med definerte kompetansekrav knyttet til både pasientgruppe og effektiv oppgavedeling, vil et slikt verktøy kunne bli svært nyttig for ledere.

USHT er nevnt i boks 10.18, men vi mener det er stort urealisert potensial i disse sentrene, sammen med ulike kompetansemiljøer beskrevet i kap 10.13.2 og konkludert av kommisjonen i kap.10.15.

Det er særdeles viktig for å få til god erfaringsdeling på tvers av kommuner på viktige utviklingsgrep som ulike kommuner tester ut og implementerer. USHT'ene støtter kommunene i både utviklingsarbeid og kompetanse. USHT'ene kan i større grad enn i dag samarbeid på tvers av regioner for å lære av de beste eksemplene og erfaringene til kommunene. I forbindelse med ny oppgavedeling i kommunehelsetjenesten er det viktig med rett kompetanse til rett tid til rett oppgave. Det er ikke nødvendig at hver kommune skal definere hva som er grunnleggende kompetansekrav i ulike roller, men dette kan gjøres på tvers av kommuner.

Kapittel 11: Prioritering og overbehandling

Høringssvar:

Ansatte helt ute i ytterste ledd bør ha fokus på hva man kan avslutte med. Det er viktig å legge til rette for rom til refleksjon for å ha tid til dette. Generelt savner vi fokus på refleksjon og etisk refleksjon i NOU 2023:4.

Kap. 11.8.a. Styrke og bruke faglige nettverk

Det fleste USHTene har mange års erfaring med å koordinere ulike fagnettverk på tvers av kommuner og legge til rette for erfaringsdeling og faglige refleksjoner. Dette er eksisterende nettverk hvor det er om for faglige refleksjoner rundt god praksis, prioritering og hva man kan gjøre mindre av eller slutte med.

Kap.11.8.2 Gjennomgå DRG-takster og justere egenbetaling

Insentiver til å jobbe forebyggende eller gjøre tiltak en plass som gir en besparelse en annen plass bør sees på.

Kapittel 12: Digitalisering og teknologisk utvikling

USHT Agder (vest) liker svært godt fokus på turnus, opplæring og utdanning innen digitalisering og teknologisk utvikling. Det er også viktig at finansieringsmodellutfordringen er synliggjort, og at teknologien må sees i sammenheng med studier og opplæring. Det er også noen punkter vi savner i kapittel 12:

- Gode eksempler på gevinster av digitalisering og teknologisk utvikling, spesielt eksempler som kan ta ned kapasitetsbehov i tjenesten. Fra Agder har vi følgende gode eksempler:
 - Fra Primærhelseteam: bruk av videokommunikasjon mellom fastlege og kommunehelsetjenesten i oppfølging av sårbare brukere. Fører til god samkjøring av tjenesten og bedre oppfølging og mer forebyggende og samkjørte tiltak.
 - GPS til personer med demens.

- Bruk av digitalt tilsyn kamera, både hos hjemmeboende og på korttids- og langsykehjem (Kristiansand kommune)
 - I Lindesnes er teknologi førstevalget når det søkes om kommune tjenester
 - Hjemmetjenesten har spart 35 timer i uken på å ta i bruk e-lås/ Iloq (Flekkefjord kommune)
- S.259 språkteknologi er viktig. Viktig med god norsk språkkuttale dersom fremmedspråklig skal kunne bruke språkteknologi basert på norsk. Opplæring i uttale viktig og utvikle.
- Språkteknologi bør kunne brukes til å ta ned tid brukt på å skrive og lese pasientjournal. F.eks. bruk av kunstig intelligens og språkteknologi for å benytte kjøretid for hjemmetjenesten mer effektivt.