

Høringssvar fra Diakonhjemmet sykehus, NOU: Tid for handling

Helsepersonellkommisjonens rapport er en god analyse av utfordringsbildet og et viktig grunnlag for det videre arbeidet med treffsikre tiltak for å sikre en bærekraftig helsetjeneste. Diakonhjemmet sykehus ser fram til å bidra i dette arbeidet lokalt og på et overordnet nasjonalt nivå. Sykehuset har ambisjoner om å være utprøvingsarena for nye modeller i samarbeid med den øvrige helsetjenesten og utdanningsinstitusjoner. Vi ser utfordringer med rekruttering av enkelte lavtlønte yrkesgrupper fordi det er høye levekostnader i Oslo. I landets storbyer er det generelt flere stillinger for helsepersonell til å søke på, dette medfører turnover og som dermed er lønnsdrivende for enkelte yrkesgrupper. I det offentlige/ideelle er det mindre muligheter til å konkurrere med lønningene i de kommersielle virksomhetene.

Helsepersonellkommisjonen peker på seks innsatsområder i rapporten:

1. Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene
2. Oppgavedeling
3. Arbeidsforhold og arbeidstid
4. Utdanning og kompetanseutvikling
5. Prioritering og overbehandling
6. Digitalisering og teknologisk utvikling

Her er våre innspill til disse seks innsatsområdene:

1. Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Vi er enig i at samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten bør vektlegges i årene fremover. Det bør legges til rette for finansieringsordninger som stimulerer til samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten. Det er ulike modeller eller samarbeidsformer som kan vektlegges, for eksempel FACT (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam), «hjemmesykehus», hospiteringsordninger, kombinerte stillinger etc. Noen av disse er godt beskrevet i rapporten andre er mindre omtalt.

Vi har erfaring med flere spesialiserte FACT og også med hospiteringsordninger for fastleger som følger våre spesialister. Hospitering gir både kompetanseheving og styrker kontakten mellom sykehus og primærhelsetjenesten og dette anbefales.

2. Oppgavedeling

I arbeidet med oppgavedeling er det viktig at det gjennomføres en prosess som inkluderer å kartlegge arbeidsoppgaver, arbeidsprosesser og kompetanse, beregne kompetansebehov og beskrive arbeidsprosesser/oppgaver etter ny fordeling. Evaluering av endringene med fokus på inntjening eller om det er blitt forskjeller er viktig. Vi ser for oss at det fremover vil bli behov for flere profesjoner i helsetjenesten som blant annet servicemedarbeidere, ingeniører og vektere med en særskilt kompetanse innen sikkerhetsvurdering og møte med aggresjonsproblematikk for at ansatte skal føle seg trygge på jobb.

Hos oss har vi god erfaring med oppgavedeling mellom leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Tverrfaglig kompetanse som utøves av fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, sosionom og klinisk ernæringsfysiolog må nyttiggjøres. Rapporten fokuserer på oppgavedeling til helsefagarbeidere. Vi planlegger skolefaglig samarbeid med videregående opplæring innen helse- og oppvekstfag og inngår i oppstart av en ny videregående skole. I dette samarbeidet vil vi bidra til utdanning innen helse- og oppvekstfag med fokus på rekruttering til elevplassene, trivsel og fullføring. Vi har ambisjoner om at vårt skolefaglig samarbeid kan bli et utstillingsvindu for andre som vil prøve noe lignende. I sykehuset har vi foreløpig ikke så mange helsefagarbeidere, og vi vil særlig trekke frem en yrkesgruppe som er mindre vektlagt i rapporten og det er helsesekretærene. Sekretærtjenesten bistår helsepersonell og kan benyttes i større grad. Innen psykisk helse og rus kan en endring til økt sosialfaglig kompetanse vurderes. I tillegg gjør kliniske farmasøyter og apotek teknikere et viktig arbeid i sykehusavdelingene både med legemiddelsamstemming, medikamentinformasjon og utdeling, hjelp med resepter, bytte av medikamenter etc. Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner har vi gode erfaringer med, der sykehusets preste- og diakonitjeneste har opplæring av frivillige til definerte oppgaver i sykehuset.

3. Arbeidsforhold og arbeidstid

Vi vektlegger heltidskultur, og dette kan gi effekter på flere områder, både for å beholde personell, kompetanse og for å kunne gi god kvalitet på helsetjenesten. Det er godt dokumentert at dagens praktisering av arbeidstidsbestemmelsene gir store utfordringer med å dekke helgene i tråd med kompetansekravene satt i bemanningsplanene. En riktigere fordeling av arbeidstiden mellom ukedager og helger, vil føre til mindre behov for deltid, overtid og innleie.

Et viktig innsatsområde for helsetjenesten blir hvordan vi kan motivere ansatte til å jobbe heltid og stå lengre i jobb, også etter fylte 70 år for de dette kan være aktuelt for. Andre tiltak som ikke vektlegges i rapporten er å vurdere muligheten for å øke ubekvemstillegg og innføre lengre ansiennitetsstige. Vi har ambisjon om å prøve ut ulike turnusmodeller i tillegg til det vi gjør i dag, med blant annet livsfasetilrettelegging. For arbeidsgiver er det krevende og utfordrende å legge til rette for alle ønsker. Økt satsing på kompetanseheving og videreutdanning støttes. Ulike modeller for delte/kombinerte stillinger bør utprøves. Modellene kan blant annet være samarbeid om personell på tvers av enheter, f.eks. sengeposter, kombinerte stillinger mellom poliklinikk og sengepost, «hus-hytte» kombinerte stillinger mellom ulike virksomheter og kombinerte stillinger mellom klinisk arbeid og forskning.

Kommisjonen vektlegger kompetanse fra videregående opplæring og denne yrkesgruppens økte oppgaver i helsetjenesten. Et viktig punkt som belyses i mindre grad er karrierevei for blant annet helsefagarbeidere og helsesekretærer. Det må bli attraktivt å velge en karriere innen helse- og omsorgstjenesten. Helsesekretærene gjør i dag et bredt spekter av oppgaver, kan sekretærtittelen gjøre at den kjernekompetansen de har ikke blir synliggjort? Bør helsesekretærer heller få en tittel som speiler en grunnutdanning, med tillegg av en spesialutdanning.

4. Utdanning og kompetanse

Kommisjonen anbefaler at tilnærmingen til livslang læring og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene bør konsentreres om fire innsatsområder:

- Strategisk tilnærming til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene
- God ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling
- Tilrettelegging for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis
- Systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse

Vi støtter denne tilnærmingen og gjennomfører flere tiltak på området. Kombinerte stillinger er opprettet for å bidra til økt kompetanse og for å beholde ansatte lengre i arbeid. Sammen med aktuell utdanningsvirksomhet planlegger vi studiepoenggivende kompetansemoduler tilpasset helsetjenestens behov og ønsker. Dette vil tilføre kompetanse både til den enkelte og virksomheten. I arbeidet med en strategisk tilnærming til kompetanseutvikling har vi et forslag som ikke er beskrevet i rapporten. Vi foreslår at det bør vurderes å utarbeide felles

utviklingsplaner med læringsmål og aktiviteter for alle profesjoner og yrkesgrupper i sykehus på lik linje som det er utdanningsplaner i kompetanseportalen for leger i spesialisering.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at utdanning av helsepersonell bør innrettes slik at både helse- og omsorgstjenestenes og universitets- og høyskolesektorens behov for kompetanse dekkes. Et område som er lite beskrevet i rapporten er bachelorutdanningenes ansvar for å forberede blant annet sykepleierstudenter på den virkeligheten de møter i praksisfeltet og i helsetjenesten. Utdanninger bør vektlegge økt mental trening, både når det gjelder prioritering, stresshåndtering og mestring. Helsepersonellkommisjonen anbefaler også at det bør være en hensiktsmessig balanse mellom arbeidsgiveres behov for ABIOK-sykepleiere på den ene siden, og utdanningssektorens behov for rekruttering av personell som kan sikre bærekraften i helsefagutdanninger på den andre siden. Sykehuset er skeptisk til forslaget om at sykepleiere ikke trenger relevant yrkeserfaring før de starter videreutdanning/master. Det er en fare for at praksisstudiene vil kunne bli mer utfordrende både for student og praksissted og behovet for lang opplæringsperiode vil kunne øke ytterligere, i tillegg til at sykepleierne kan velge feil retning og dermed unødig oppta en studieplass.

5. Prioritering og overbehandling

Kommisjonen slår fast at det er behov for et målrettet arbeid for å redusere omfanget av overdiagnostikk, overbehandling og uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenestene. Det er også behov for en holdningsendring i befolkningen, blant politikere og helsepersonell, som kan bidra til å dempe tilbudet og etterspørselen etter unødvendige helse- og omsorgstjenester.

Vi savner en bredere drøfting av tiltaksområdene som inkluderes og har flere spørsmål: Hvordan endre holdninger til hva man har krav på og rett til? Kan vi sette aldersgrenser eller begrensninger etter vurdering av funksjonsnivå? Bør man f.eks. gjeninnføre aldersgrense på behandlinger? Bør egenandeler økes? Vil ikke dette gå ut over de med lavest inntekt, som jo ofte er uføre og kanskje mest prisgitt helsevesenet?

I kommisjonens rapport savnes en bredere vurdering av den kommersielle helsetjenestens ansvar og styring opp mot den offentlige/ideelle. De kommersielle tilbyderne reklamerer for sine tjenester og kan i dag også rekvirere tjenester, f.eks. radiologi, som det offentlige må betale for. Vi mener at de kommersielle helsetjenestene bør reguleres i større grad og på

samme måte som de offentlige/ideelle. Et annet spørsmål er om det offentlige helsevesenet skal finansiere utdannelsen til helsepersonell som rekrutteres inn i kommersielle helseinstitusjoner. Et overordnet politisk ansvar savnes tydeliggjort i kommisjonens rapport. Den politiske styringen bør ikke være etterspørselsdrevet, men faglig forankret. Det legges i dag for stort ansvar på den enkelte lege/helsearbeider for hva hen skal prioritere.

Noen innspill og ideer til videre arbeid med tiltaksområde prioritering:

- Vurdere om vedlikehold av spesialitet (lege/psykologer) bør/må gjøres i offentlige/ideelle sykehus
- Begrense medisinsk reklame
- Øke helsepersonells kompetanse på helselogistikk og vanskelige prioriteringer
- Vurdere om mer spesialisering skal foregå i 1.linjen
- Vurdere behovsprøving av egenandeler
- Vurdere bindingstid for lege og psykolog i spesialisering
- Vurdere om kommersielle helsetilbydere skal få utdanningsansvar for helsepersonell på lik linje som det offentlige/ideelle

6. Digitalisering og teknologisk utvikling

Vi mener at samordning og ansvar for digitalisering og teknologisk utvikling som statlig oppgave er mangelfullt beskrevet i rapporten. Teknologi og digitalisering bør også vektlegges mer i utdanningsinstitusjonene slik at fremtidens helsepersonell kan mer på området. Økt forskningsvirksomhet på teknologi, digitalisering og e-helse bør prioriteres. I rapporten savner vi en mer ambisiøs plan for digitalisering. Det etterspørres mer nasjonal styring og hjelp, som at det følger med finansiering av store digitale løsninger. Private ideelle virksomheter må her være en naturlig del av nasjonale løsninger. Det bør være krav til felles standarder og lovverk som understøtter behov for deling av informasjon. Løsninger som leveres må legges til rette for bedre samhandling og integrasjoner. Fremover bør en også vurdere økt bruk av andre yrkesgrupper i helsetjenesten, for å sikre optimal utvikling av morgendagens digitale løsninger.

Med vennlig hilsen

Diakonhjemmet sykehus