

TID FOR HANDLING – ELVERUM KOMMUNES HØRINGSSVAR

Helsepersonellkommisjonen har presentert en grundig situasjonsbeskrivelse av de utfordringer demografiske endringer medfører for helse- og omsorgstjenestene og samfunnet forøvrig.

Elverum kommune er i all hovedsak enig i utfordringsbildet, og at det er tid for handling som vil kreve en vilje og evne til endring fra mange aktører. Den enkelte kommune eller det enkelte helsepersonell kan ikke stå i denne utfordringen alene.

Ut fra utfordringsbildet og personelltilgangen framover, synes det klart at det må skje en statlig ledet endring i forventninger til helse- og omsorgstjenesten. Det vil si at lovverket må endres, hvis kommunene forventes å prioritere og prioritere vekk oppgaver og tjenester. Kommunal helse- og omsorgstjeneste må ha færre oppgaver, for å kunne gjøre det som er viktigst. Det vil ikke være mulig å bemanne seg ut av denne utfordringen, da det vil være mangel på arbeidskraft i alle bransjer.

Kommunene har ikke kapasitet til å «utforske handlingsrommet» hver for seg, samtidig som man drifter helse- og omsorgstjenesten under en bemanningskrise. Det er behov for tydelige statlige føringer, slik at gråsonene blir færrest mulig.

Det er en risiko for at de kommuner som er først ute med å sette inn tiltak for å møte bemanningsutfordringene kan bli oppfattet som en mindre attraktiv arbeidsgiver og tape konkurransen om arbeidskraft med nabokommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette begrenser muligheten dersom kommunene selv skal finne løsninger.

Dersom situasjonen blir som beskrevet framover, kan det sette pasientenes rettssikkerhet på prøve. Det er behov for tiltak også for å sikre pasientens rettssikkerhet, uten at disse øker forventningsspriket som beskrevet i NOU 'en.

Utfordringsbildet

Kommunen er i all hovedsak enig i de utfordringer som beskrives. Vi opplever allerede disse utfordringene, men vet at de vil øke i omfang i tiden framover. Under har vi kort beskrevet noen sider av utfordringsbildet, slik de oppleves i kommunen.

Rekruttering

Det er krevende å rekruttere personell innen flere faggrupper. Fram til nå har det være mindre krevende å rekruttere helsefagarbeidere, men vi vet at spesialisthelsetjenesten nå vil begynne å rekruttere fra denne gruppen og at kommunene derfor vil få konkurranse.

Det kan være et godt rekrutterende tiltak å ta imot flere elever og studenter i praksis, og ha flere lærlinger. Dette vil kreve mer av kommunen i form av administrativt arbeid med planlegging og koordinering, samt kapasitet til å gi faglig veiledning. Kommunen har i dialog med høgskolen lagt til rette for at sykepleierstudenter kan få sykehuspraksis på korttidsavdeling i kommunalt sykehjem da kapasiteten på sykehus er begrenset.

Fastleger

Det er beskrevet at fastlegene har høy arbeidsbelastning og jobber mange timer per uke. De har også økt belastning med legevakt som de er pålagt å ha. Dette er også en utfordring ved interkommunal legevakt i Elverum hvor flere fastleger ikke ønsker å jobbe legevakt grunnet ekstra vaktbelastning, samt at flere har fritak pga helse eller legene har nådd en alder hvor de har krav på fritak.

For å tiltrekke oss fastleger mener kommunen vi må se på hvordan legevakten i kommunen er organisert og vurdere en løsning med fast ansatte leger i legevakt. Det er nødvendig med tydelige føringer for hva som kreves av en legevakt. Dagens forskrifter er åpne for mange tolkninger. Avlønningen til fast ansatte leger i legevakt er forskjellig fra kommune til kommune, noe som igjen gjør at vi overbyr hverandre.

Økonomi

Det er viktig å understreke at den enkelte kommunes økonomi påvirker hvordan og i hvor stor grad kommunen evner å ruste seg for den demografiske utfordring vi står ovenfor. Dette framstår som en stor risikofaktor i det nasjonale arbeidet med å sikre alle innbyggere de velferdstjenestene de har behov for. Kommuneøkonomien varierer og mange kommuner har utfordringer på dette området.

Ut fra det som er beskrevet av helsepersonellkommisjonen, er det klart at mer helsepersonell ikke er løsningen. Dette må ikke bety at økte ressurser ikke kan bidra til løsningen. Tvert imot må det brukes ressurser for å sikre at helsepersonell får gjort den viktigste jobben effektivt, noe som vil kreve ressurser for å investere i teknologiske løsninger, effektive arealer og andre yrkesgrupper og støttepersonell.

Ledelse, administrasjon og øvrige tjenester

Det er en utfordring at man over tid har bygget ned merkantile funksjoner og støttefunksjoner for øvrig. Et stort lederspenn skaper utfordringer både for arbeidsmiljøet og den enkelte ansatte (noe som igjen påvirker fravær og turnover), men også for effektiviteten i tjenesten og innovasjonsarbeidet. Vi ser eksempler på at avdelingsledere ikke har kapasitet til å drive viktig utviklingsarbeid fordi de må prioritere å sørge for at det er nok personale på jobb. Avdelingsledere i helse- og omsorgstjenesten har krevende jobber hvor det per nå er vanskelig å holde seg innenfor normert arbeidstid.

Vi ser videre at helsepersonell forventes å gjøre mye som neppe kan beskrives som «helsehjelp». Eksempelvis opplever vi at hjemmesykepleien blir bedt om å åpne regninger, bistå med å følge personer til banken, skaffe verge, søke ytelser fra NAV, kommunisere med pårørende om bolig, skifte lyspærer, handle mat, vaske kjøleskap, måke snø, bære ved, foreta brannsikkerhetsveiledning etc. Dette handler om prioriteringer, rettigheter osv, men også om hvilke andre tjenester som er inne i folks liv. Helse- og omsorgstjenesten opplever ofte en stor forventning fra omverdenen, samtidig som vi bruker mye tid på å få andre aktører involvert. Dette er ressurskrevende. Saksbehandlingstiden hos Statsforvalterens vergemålsavdeling og veien fram til verge har blitt meget lang, og det er vanskelig å komme i kontakt med dem for veiledning. Dette gjør at personer som ikke evner å ivareta personlig økonomi, kan ende med et høyere omsorgsnivå enn de reelt har behov for, fordi samfunnet ikke har løsninger for deres utfordring. Dette mener vi er feil bruk av ressurser.

Kommisjonen har foreslått 6 innsatsområder for å løse demografiske utfordringer

Organisering

Kommunen er positiv til at man utreder ett forvaltningsnivå i helsetjenesten. Dette vil antagelig være et såpass langsiktig arbeid at det vil ha liten påvirkning på de utfordringene vi allerede står overfor.

Oppgavedeling

Elverum kommune deltar i Tørn-prosjektet. Det er tidlig å komme med konklusjoner herfra, men vi har gjort oss noen erfaringer. Kommunen deler synspunktet til helsepersonellkommisjonen, om at oppgavedeling i liten grad vil løse utfordringene alene. Det er positivt å se på hvordan arbeidsoppgavene fordeles mellom helsepersonell, men bildet er komplekst og løsningene ikke like enkle som de kan framstå ved første øyekast. Vi understreker at helsetjenesten per i dag har for mange oppgaver, og at oppgavedeling innad i tjenesten alene ikke vil løse utfordringene. Noen oppgaver må overføres til andre tjenester. Et forslag som bør utredes er å flytte praktisk bistand ut av helsetjenesten.

Arbeidsforhold og arbeidstid

Kommunen er avhengig av at framtidens arbeidstidsordninger er tilpasset behovet og at det ikke er overlatt til den enkelte kommune å framforhandle disse. Under har vi listet opp viktige tiltak framover:

- Fastsette bestemmelser og gjennomsnittsberegning av arbeidstiden og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene. Gjennomsnittsberegning av arbeidstiden er helt avgjørende for å utarbeide turnus, og det synes helt nødvendig bruk av tid å skulle drøfte dette lokalt med tillitsvalgte i det enkelte tilfelle.
- Gjennomsnittsberegne arbeid på søndager slik at man i en arbeidsplan kan arbeide 3 søndager på rad, likevel slik at man samlet sett ikke arbeider mer enn halvparten av søndager innenfor en periode på 26 uker. I dag er det arbeidsmiljølovens bestemmelser som åpner for dette, men lokalt er man avhengig av avtale med de tillitsvalgte. Ved å fastsette bestemmelser om dette i sentral tariffavtale vil dette kunne oppleves ressursbesparende da en slipper å drøfte/forhandle dette lokalt.
- Skal vi kunne møte fremtiden med mer helsepersonell tilgjengelig må vi utnytte de ressursene vi har i dag bedre. En måte å gjøre dette på er å øke gjennomsnittlig stillingsprosent og øke heltidsandelen for egne ansatte for å benytte restarbeidskraft deltidsansatte har. Skal vi kunne imøtekomme dette må antall helgetimer den enkelte ansatte arbeider i løpet av et år øke. Større stillinger vil også kunne gjøre Elverum kommune mer attraktiv for fremtidig arbeidssøkende.
- Det bør vurderes å øke særaldersgrensen for de helsepersonellgrupper som har det (sykepleier/helsefagarbeider), tilsvarende økning i pensjonsalder for øvrige ansatte. For at dette skal være mulig må det legges til rette for å kunne stå lengre i arbeid.
- Det er sterkt ønskelig å få på plass en overordnet avtale om årsturnus, enten gjennom sentral tariffavtale eller som en særavtale slik at den enkelte kommune selv må arbeide frem dette. Årsturnus er og vil være et tiltak for å redusere ufrivillig deltid, øke heltidsandelen og sikre bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidskraft.

Utdanning og kompetanseutvikling

Kommunen understreker at kompetansehevende tiltak, både internt og ved eksterne kurs og studier gir utfordringer for arbeidsgiver. Dagens tilskuddsordninger dekker ikke opp for kostnadene med vikar

etc, og kompenserer uansett ikke for utfordringene med å finne vikarer. Videre krever det mye av arbeidsgiver i form av veiledning, personell som er tilgjengelig for opplæring, administrasjon av ordningene etc. Dette må man ta høyde for i planleggingen. Videre støtter vi planene om å ha mer simulering i helsefagutdanningene, for å kunne erstatte deler av behovet for praksis.

Prioritering og reduksjon av overbehandling

Det synes usannsynlig at utfordringene kan løses uten at det gjøres store grep innen prioritering, rettighetsfesting, overbehandling og forventninger i befolkningen. Vi støtter helsepersonellkommisjonen fullt ut i disse betraktningene og ber om at det kommer snarlige og tydelige tiltak på dette området.

Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenesten

Elverum kommune er enig i at det må satses på digitalisering og teknologisk utvikling, særlig i de delene av tjenesten som ikke innebærer direkte kontakt med pasienten. Helsepersonellkommisjonen peker også på at det ikke er all teknologi som gir økonomisk gevinst, men at den allikevel må satses på dersom den kan være personellbesparende.

Et tydelig regelverk – satsing på saksbehandling

Kommunen opplever at gjeldende regelverk er modent for en oppdatering. Enkelte formuleringer er såpass vage at de ikke skaper begrensninger i hva den enkelte har rett til å motta fra helsetjenesten. Andre bestemmelser er slik formulert at de skaper en forventning hos innbyggeren som hverken er intensjonen eller realistisk sett kan gjennomføres. Videre er det ikke gitt tilstrekkelige føringer til å møte de utfordringene vi står overfor. Å foreta prioriteringer i den grad det er behov for framover kan kun gjøres med et tydelig lovverk i ryggen.

Kommunen støtter forslaget om at bemanningsutfordringer er en vesentlig del av utredningen når man vurderer å lovfeste nye individuelle rettigheter. I tillegg støtter vi at man ser på de siste års lovendringer i lys av bemanningsutfordringen.

Saksbehandling av helse- og omsorgstjenester er avgjørende viktig for å sørge for en effektiv ressursutnyttelse. For å ta begrensende valg i saksbehandlingen kreves det kompetanse om gjeldende regelverk og saksbehandlingsprosessen. For at saksbehandlingen skal bli god kreves det oppdatert regelverk og veiledere. Det bør satses på kompetansehevende tiltak for saksbehandlere og andre beslutningstakere.

Ett konkret tiltak er å lovfeste muligheten til å avslutte, endre eller redusere vedtak dersom pasienten ikke lenger har behov for tiltaket. Per i dag er dette mulig, men det er ikke regulert direkte i lovverket og det forutsetter at vedtaket er riktig formulert. Det er viktig å sikre at helsetjenesten ikke skal gi unødvendige tjenester på grunn av inkurier tidligere i saksbehandlingen.

Kommunen forventer videre at Statsforvalterne og overordnede organer tar sitt veiledningsansvar og er tilgjengelige for individuell veiledning i tillegg til at de holder fagsamlinger o.l. Det bør være kort vei mellom Statsforvalter og overordnede direktorat/departement slik at nasjonale veiledere er så treffsikre som mulig.

Økonomi og administrasjon

Vi savner tiltak som reduserer risikoen for at enkelte kommuner ikke er rustet for fremtiden på grunn av stram kommuneøkonomi. Vi anbefaler at det settes inn kraftfulle virkemidler for å motvirke at

kommuneøkonomien blir en begrensende faktor i arbeidet med å ruste helsetjenesten for de kommende utfordringene.

Ved utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser er det viktig med klare kriterier fra Husbanken på løsninger som tar høyde for at personell er en knapphetsressurs.

Det synes lite effektivt at den enkelte kommune skal drifte all utvikling og anskaffelse av velferdsteknologi. Det bør legges til rette for gode støtte- og finansierungsordninger for at dette skal kunne løses av flere kommuner sammen eller regionalt.

Administrasjon av enkelte rettigheter tar også mye tid. Et eksempel er gratis tannhelsetjeneste til personer med hjemmesykepleie. Ordningen skaper en god del direkte merarbeid for helse- og omsorgstjenesten. Kan det innføres en behovsprøvd ordning, evt. at tannhelsetjenester finansieres likt som andre helsetjenester, som nevnt av kommisjonen.

Ledelse og støttefunksjoner

Lederspenn i helse- og omsorgstjenesten må reduseres og støttefunksjoner må være på plass for at leder skal kunne drive ledelse og utvikling.

Det er avgjørende for kommunen at vi klarer å rekruttere og beholde dyktige ledere i de ulike tjenestene. For å få til dette må kommunen kunne tilby konkurransedyktig lønn, samt støttefunksjoner som tar ansvar for administrative oppgaver.

Nasjonale standarder og avtaler

Kommunen savner at det lages sentrale avtaler på en del områder, slik at det ikke er overlatt til den enkelte kommune. Eksempel på dette er ALIS (allmennleger under spesialisering) og fastlegeavtaler, hvor kommunene nå overbyr hverandre i jakten på fastleger, delvis på grunn av at det ikke finnes tilstrekkelig standardiserte avtaler på området.