

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

Innledning:

NHO Geneo er NHOs landsforening for helsenæring, velferd og oppvekst og består av bransjeforeningene Legemiddelindustrien (LMI) Melanor og Helse og Velferd. Denne uttalelsen gjelder Helse og Velferdsbransjen. Vi viser til egne høringsuttalelser fra NHO, fra vår landsforening NHO Geneo, og fra bransjeforeningene LMI og Melanor, som komplementerer samlet helsetjenester, legemidler og helseindustri i NHO Geneo.

Gjennom bransjeforeningen Helse og Velferd representerer vi blant annet små, mellomstore og store ideelle og private virksomheter innen barnevern, heldøgns bemannede omsorgsboliger, hjemmebaserte tjenester, private sykehjem, private sykehus og klinikker, legetjenester, kiropraktikk, arbeidsinkludering, rehabiliteringsvirksomheter, treningssentre og brukerstyrt personlig assistanse. Bransjen Helse og Velferd omfatter litt over 1000 virksomheter små og større virksomheter, om lag 11964 årsverk og omsatte for 12.5 mrd. (2022)

Majoriteten av våre medlemmer driver sine tjenester etter avtaler med stat og kommune, og inngår i våre felles helse- og velferdstjenester. Medlemmene er sentrale bidragsyttere til kapasitet, fagutvikling, innovasjon og effektivisering av bærekraftige helse og velferdstjenester.

Helsepersonellkommisjonens rapport leveres som en offentlig utredning (NOU), som har som formål å presentere og drøfte kunnskapsgrunnlaget og mulige handlingsvalg eller strategier for utvikling og iverksetting av offentlige tiltak for løsning av samfunnsmessige problemer og utfordringer. Gjennom vårt høringssvar, ønsker vi å benytte muligheten til å synliggjøre hvordan, og hvorfor våre medlemmer gir avgjørende bidrag til å løse utfordringene helsepersonellkommisjonen peker på.

Organisering av helse- og omsorgstjenestene:

Et flertall i Helsepersonellkommisjonen anbefaler at det utredes en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene, og at man med en ettnivåmodell lettere vil se institusjonsstrukturen (lokalsykehus og sykehjem) under ett. NHO Geneo støtter dette, og anbefaler at det utredes hvordan helse- og velferdsvirksomheter kan arbeide etter samtidige lovverk. Majoriteten av pasienter og brukere av

velferdstjenester har både behov for behandling i sykehus, og rehabilitering i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I dagens praksis er det slik at lovverket ofte er til hinder for at tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan gis på samme sted. Det innebærer at pasienter og brukere innen områder som eldreomsorg, psykisk helsevern og personer med funksjonsnedsettelse ofte må flytte seg fysisk for å motta de tjenestene og behandlingstilbud de er i behov av. Utover de belastningene dette gir for mottakerne av tjenestene, gir det unødig ressursbruk for de ulike tjenestenivåene. NHO Geneos medlemmer som leverer velferdstjenester, primær og spesialisthelsetjenester, ønsker å delta i utvikling og implementering av slike ordninger.

Oppgavedeling:

Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder antall utdannede helsepersonell per pasient, og vi er enig med kommisjonen i at det hverken er realistisk eller hensiktsmessig å basere fremtidige behov på en vesentlig økning i antall ansatte i helsetjenestene. Løsningen er bedre oppgavedeling innad i det offentlige, og mellom offentlige og private aktører, bedre organisering, mer effektiv bruk av ulike faggrupper og bedre arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper og tilbud i helsevesenet.

Knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag. Helsepersonellkommisjonen mener det innebærer å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig. Vi støtter dette, så lenge faglige forsvarlige tjenester er ivaretatt.

Det er kjent at mange utdannede helsepersonell erfarer å måtte bruke uforholdsmessig mye tid på oppgaver som ikke forutsetter autorisasjon som helsepersonell. Det er også hensiktsmessig med en gjennomgang av kompetansekravene som stilles innen de ulike helse- og velferdstjenestene. Uten å gå på bekostning av krav til faglig forsvarlighet eller kvaliteten i tjenestene, er det anledning til å fordele oppgaver mellom ulike utdanningsgrupper i helse- og velferdstjenestene på mer hensiktsmessige måter. Helsepersonellkommisjonen peker som eksempel på bruk av helsefagarbeidere for å avkaste flere av de oppgavene som sykepleiere utfører i dag, slik at sykepleiere kan vie seg til sykepleiefaglige oppgaver. Sykepleiere kan igjen avlaste oppgaver som leger utfører i dag. Administrative oppgaver kan i større grad overlates til personell uten helsefaglig utdanning.

Vi støtter formålstjenlige kompetansekrav i de ulike helse- og velferdstjenestene, men er enig med Helsepersonellkommisjonen i at det ikke er hensiktsmessig å innføre nye kompetansekrav, før det er gjort en vurdering av tilgjengeligheten av personell som fyller de kriterier som er satt. Et eksempel på ikke-samsvar mellom ambisjoner og realiteter er kompetansekravene som er innført i barnevernet for ikke lenge siden. Godkjente utdanninger i barneverninstitusjoner er nå så snevre, at det er vanskelig for leverandører av tjenestene å skaffe nok personell. Dette gjelder i alle eier- og organisasjonsformer også det offentlige selv. Konsekvensene blir at barneverninstitusjoner ikke kan ta imot barn som er i behov for tjenestene, og at institusjonene går glipp av personell med godt egnet realkompetanse. Tilsvarende utfordringer erfarer våre medlemmer å ha innenfor øvrige velferdstjenester også. NHO Geneo anbefaler at kompetansekravene innenfor de ulike velferdsområdene gjennomgås, og tilpasset den reelle tilgangen på personell innen de ulike utdanningsgruppene, og etter de behov og prioriteringer som trekkes opp for en samlet helse og velferdstjeneste.

Bruk av kombinerte stillinger kan bidra til å øke fleksibiliteten og kvaliteten i tjenestene. Dette omtales av Helsepersonellkommisjonen som «hus-og-hytte»-stillinger der den ansatte jobber i flere fagmiljø, innad i eller mellom tjeneste- og forvaltningsnivåer, men også mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Helsepersonellkommisjonen mener også det er viktig å styrke

generalistkompetansen i helse- og omsorgstjenestene, fordi pasientenes behov utvikler seg i retning av behov for personell med generalistkompetanse.

Vi støtter disse anbefalingene. Mange ansatte i offentlige virksomheter har bistillinger hos private aktører. Det er vanlig at disse tilbys reduserte stillinger hos sin primærarbeidsgiver, og oppnår full stilling gjennom biarbeid hos private aktører. Det er også vanlig at leger i offentlige sykehus har bistillinger hos private aktører. Dette bidrar til god og hensiktsmessig bruk av bemanningsressurser i den samlede helsetjenesten og økt behandlingskapasitet, uten at det tapper offentlige helsevirksomheter for kvalifisert helsepersonell.

Disse ordningene passer også godt med Helsepersonellkommisjonens anbefalinger om at større grad av heltidsarbeid vil utløse større kapasitet og kvalitet i tjenestene, uten samtidig å øke antallet sysselsatte. Vi støtter flertallet i kommisjonens anbefaling om å vurdere endringer i bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. Flertallet mener at dersom ikke partene selv kommer frem til en slik enighet, bør myndighetene vurdere endringer i lovbestemmelsene om skift- og turnusarbeid for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for å bemanne tjenestene. Flere av våre medlemmer er kommet til enighet med sine ansatte og tillitsvalgte om alternative turnusordninger og arbeidstidstidsbestemmelser. Disse imøtekommer både de ansattes ønsker og er godt egnet til å ivareta pasienter og brukere på bedre måter. Et eksempel på dette er medlevertturnuser der de ansatte arbeider lengre vakter i strekk mot kompensasjon for lengre friperioder. Dette er gunstig for de ansatte, samtidig som det skaper forutsigbarhet og ro i bemanningssituasjonen for mottakere av tjenestene. Det er mulig å planlegge aktiviteter lengre frem i tid, og mottakerne av tjenestene slipper hyppige vaktskifter og et stort antall ansatte å forholde seg til.

Ellers legger vi til grunn at arbeidstidsbestemmelser som utgangspunkt utvikles og avklares i treparts-samarbeidet mellom arbeidstaker og arbeidsgiverorganisasjoner og staten.

Utdanning og kompetanseutvikling:

Økt utdanningskapasitet innen helse- og omsorgsutdanninger løser ikke bemanningsutfordringene, slår Helsepersonellkommisjonen fast. De fremholder likevel at Norge må være tilstrekkelig selvforsynt med helsepersonell og anbefaler at vekst i studieplasser bør legges til distrikt fremfor sentrale strøk. Det understrekes videre at behovet for omstilling, sammen med høy innovasjonstakt i helse- og omsorgstjenestene, krever at personellet har oppdatert kompetanse om kunnskapsbasert fagutvikling, nye teknologiske løsninger, bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Derfor trengs det et fortløpende, systematisk arbeid med kompetanseutvikling og livslang læring for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Vi støtter dette.

En stadig tilbakevendende debatt de siste årene er diskusjonen rundt de såkalte LIS1-stillingene. LIS1, eller lege i spesialisering, er leger som har gått i gang med første delen av spesialistutdanningen sin. Flere av våre medlemmer har lenge hatt et ønske om å kunne tilby LIS1-stillinger, men opplever motstand mot dette. Aleris gjør allerede dette i noen grad ved å utdanne leger innen ortopedi, barneanestesi og plastisk kirurgi, og ønsker som våre øvrige medlemmer å ta et større ansvar for utdanningen og tilby LIS-stillinger hvis de får muligheten til det.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester:

I tråd med budskapet fra helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol i årets Sykehustale, anbefaler Helsepersonellkommisjonen å redusere unødvendige og lavt prioriterte tjenester både i offentlig og privat sektor. Dette vil senke arbeidsmengden og frigjøre kapasitet i tjenesten, samt føre til redusert

personellbehov.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler en gjennomgang av finansieringssystemet for å fjerne eventuelle insentiver til å tilby unødvendige og lavt prioriterte tjenester. Kommisjonen retter også kritikk mot avgjørelser som innføring av kompetansekrav, ventelistegarantier eller nye pasient- og brukerrettigheter som igjen fører til økt behov for helsepersonell.

Vi støtter målet om bedre prioritering og reduksjon av mindre viktige tjenester, men dette forutsetter at de offentlige helsetjenestene er tilfredsstillende og dekkende. Det viktigste verktøyet for å unngå en todelt helsetjeneste er en god felles helsetjeneste med begrensede køer og ventetider. Dette innebærer en velferdsmiks, bestående av offentlige og private aktører, styrt av det offentlige slik at flest mulig kan få best og raskest mulig til god behandling. Private tilbydere bidrar med kapasitet- og kvalitetsutvikling gjennom avtaler om leveranser gjennom den offentlige helsetjenesten.

I stedet for å sende privat kapasitet og kompetanse ut døren, slik deler av det politiske miljøet legger opp til, må man invitere til samarbeid om de helsetjenester og behandlinger som er prioriterte sett fra det offentliges side. Kvalitetskrav og kontrollkrav settes i dag, og kan forsterkes der dette er hensiktsmessig og har nytte for det offentlige.

Regjeringen varslet nylig lovforslag for å begrense nye private helsetilbud med formål om å hindre at helsepersonell går til private aktører. NHO og NHO Geneo med våre medlemmer støtter hensiktsmessige godkjenningsordninger som sikrer tilstrekkelig kontroll med kapasitet, rutiner for pasientsikkerhet og kvalitet, bemanningens kompetanse og lokalenes utforming eller andre relevante kvalitetsdata. Dette vil sikre at vår felles helsetjeneste består av de tjenestene som er nødvendige for å dekke befolkningens behov, og med en god og fornuftig forvaltning av tilgjengelige ressurser.

Vi støtter imidlertid ikke godkjenningsordninger som benyttes for å utelukkende oppnå politiske og ideologiske gevinster og til utfasing av gode og virkningsfulle private tjenester. Dette vil forringe vår felles helsetjeneste, og hindre utvikling og innovasjon. Godkjenningsordningene må derfor være basert på et mål om å sikre best mest mulige tjenester til befolkningen, og best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Jo mer integrert private helsevirksomheter er i vår felles helsetjeneste gjennom tjenestekjøp, jo viktigere blir disse leveransene for helsevirksomhetene, og desto større blir helsemyndighetenes mulighet til å påvirke den totale ressursbruken til helse. Dette må derfor være veien til å unngå todeling, ikke forbud mot tjenester befolkningen kan kjøpe selv eller ved hjelp av forsikring.

Jobbtilbudet i privat sektor er lite omfattende og kan ikke betraktes som en betydelig årsak til mangel på personell i offentlig helsesektor. Helsepersonellkommisjonen peker på at bemanningsutfordringene har tiltatt de senere årene, men veksten i f.eks. antall sykepleiere har vært sterkere i offentlig sektor enn privat sektor de siste åtte årene, og prosentandelen av sykepleiere i privat sektor var høyere i 2015 enn i dag.

Ifølge SSB-statistikk (tabell 13164), jobber en av åtte ansatte i helse- og omsorgstjenesten i det private. Kun 1 av 10 sykepleiere i helse i Norge, jobber hos private helse- og velferdsbedrifter. 9/10 sykepleiere jobber i det offentlige.

En undersøkelse ved Universitetet i Stavanger, viser at en av fem sykepleiere forlater yrket innen 10 år etter endt utdanning av ulike grunner¹, og da er det overgangen til andre yrker som må håndteres, ikke at noen finner det attraktivt å jobbe med helsetilbud for en annen arbeidsgiver. Det er viktig at det fremstår som attraktivt å arbeide i helsesektoren. Slik attraktivitet oppnås bedre når det er reelle frie valg på om en ønsker å arbeide offentlig eller privat – ikke gjennom strenge reguleringer som pålegger arbeidstakerne å holde seg til offentlig sektor. Dessuten jobber leger spesielt, men også andre helseprofesjoner både offentlig og privat, og slik skapes læring og synergier på tvers som kommer begge sektorer til gode.

I den grad befolkningen har vilje og evne til å bruke egne økonomiske ressurser på egen helse i tillegg til at de normalt og i hovedsak dekker sine behov gjennom tjenester som finansieres av det offentlige, vil dette også kunne betraktes som en avlastning for fellestjenestene. Vårt samfunn er åpent og folk er mobile, og dersom innbyggerne nektes å kjøpe en helsetjeneste de ønsker, men ikke får, vil det lett føre til at privatøkonomiske ressurser som kunne vært brukt på å utvikle lønnsom helsevirksomhet i Norge i stedet brukes i utlandet.

NHO Geneo støtter også at personellbehovet innføres som krav til utredninger av politikk på helse- og omsorgsområdet. I disse utredningene må det være en forutsetning at ideologiske syn på foretrukne eierskap ikke legges til grunn for valg av leverandører av tjenestene, men at det er ønskede resultater for pasienter og brukere, ressursrammer og kvalitet som legges til grunn for valg av leverandører. Konkurranser for anskaffelse av tjenester fra private aktører må basere seg på det samme, der konkurranse på like vilkår legges til grunn.

Digitalisering og teknologisk utvikling:

Bruken av velferds- og helseteknologi i omsorgstjenestene blir stadig mer utbredt og har bidratt til bedre kvalitet og større omfang av tjenester. Samtidig er det ulike oppfatninger om hvordan teknologi bør brukes i tjenestene og i hvilken grad den avlastar eller belaster personellet og pasientene.

Helsepersonellkommisjonen foreslår at helse- og omsorgstjenestene anvender prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad. Kommisjonen foreslår videre at det utvikles tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Vi støtter dette.

Andre kommentarer til utredningen tematisk.

Rehabiliteringskompetanse i kommunene

Kommunene ble i forbindelse med samhandlingsreformen i 2012 gitt et større ansvar for rehabilitering. Dessverre ser vi at det fortsatt er store mangler i rehabiliteringstilbudet, noe blant annet en KPMG-rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet viste i 2020.

En målrettet innsats gjennom blant annet rehabilitering, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten vil gjøre at mange vil få redusert behov for pleie - og omsorgstjenester og slik lette presset på denne delen av omsorgssektoren hvor behovene blir størst fremover.

¹ <https://www.idunn.no/eprint/Y4H4MWGNWPMTNCMTKYSU/full>

Spesialisthelsetjenestens tilbud er derfor viktig for tverrfaglig spesialisert rehabilitering, kronikere og andre som har behov for mer spesialisert tiltak enn de kan få i kommunehelsetjenesten.

Mange kommuner har store utfordringer med å skaffe personale og ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne gi et godt rehabiliteringstilbud. Helsepersonellkommisjonen peker på løsninger som også kan brukes på dette området: også her er hus og hytte-modellen, hvor ansatte i kommunehelsetjenesten kan ha deltidsstillinger i spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsvirksomheter.

Kommunene bør også i enda større grad oppfordres til å inngå samarbeid innenfor rehabiliteringsfeltet med private og private ideelle rehabiliteringssentre som har tverrfaglig kompetanse og som allerede er en del av vår felles helsetjeneste gjennom avtaler med helseforetakene. Mange kommuner har slike fagmiljøer og institusjoner i sitt nærmiljø som ikke brukes, selv om nettopp den tverrfaglige kompetansen finnes der. Det er dårlig bruk av ressurser å bygge opp parallelle kompetansemiljøer i samme nedslagsfelt når det finnes gode private bidragsytere som kan levere tverrfaglig rehabilitering av høy kvalitet.

Kommunene bør heller sikre egenregi og kompetanse på rehabiliteringsytelser som har stort volum og hvor det kan være hensiktsmessig å ha eget fagmiljø, i stedet for å ta mål av seg til å skulle håndtere absolutt alle pasientgrupper selv. Interkommunale samarbeid om tverrfaglige sentre kan være andre gode løsninger.

Rehabilitering og arbeidsinkludering som tiltak for å sikre at flere står i jobb

Det ligger i dag en stor arbeidskraftreserve blant personer som går sykemeldte på grunn av manglende tilgang på behandling og manglende tilgang på rehabilitering. Arbeidsinkludering og rehabilitering er et viktig tiltak for at flere skal komme ut i jobb. Et viktig virkemiddel for å sikre økt yrkesdeltakelse og begrense de helsemessige belastningene ved utenforskap, er å styrke arbeidsrettede tiltak og rehabilitering. Dette innebærer økt arbeidsinkludering av mennesker i yrkesaktiv alder, og bidrar til at flere kan stå i arbeid selv om de i perioder er rammet av sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

Vi vil i fremtiden ha behov for at flest mulig i yrkesaktiv alder, og ikke minst innenfor helse- og omsorgsyrkene kan stå i jobb. Muskel- og skjelettplager er hyppig forekommende i disse yrkesgrupper. Rask behandling og rehabilitering er viktig for at disse ikke skal falle ut av arbeidslivet. En stor andel av disse pasientene trenger et tilbud fra kommunehelsetjenesten, men de fleste kommuner har for få ergoterapeuter og fysioterapeuter. Dette inkluderer også avtalefysioterapeutene i kommunene som er en del av den offentlige helsetjenesten. Dette er helsepersonellgrupper som det i dag er overskudd på og hvor flere ikke får jobb. For mange vil det ikke være tilstrekkelig med rehabilitering i kommunene, men de vil ha behov for den tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringen som er i spesialisthelsetjenesten. Også her bidrar private og private ideelle rehabiliteringssentre i dag med arbeidsrettet rehabilitering i samarbeid med NAV.

Forebyggende helsen for å redusere fremtidige behandlingsbehov

Et bredt kunnskapsgrunnlag viser at forebygging av ikke-smittsomme sykdommer og helsefremmende aktivitet vil belaste helsevesenet i mindre grad og koste samfunnet mindre. I dag utgjør sykdomsbyrden

for ikke-smittsomme sykdommer 90 prosent og mindre enn 3 prosent av det statlige helse- og omsorgsbudsjettet går til forebyggende helsetiltak, mens kun 1,3 prosent på kommunalt nivå. Det aller meste går til behandling av sykdommer som kunne vært forebygget gjennom økt fysisk aktivitet og et balansert kosthold.

De sosioøkonomiske helseforskjellene i Norge øker stadig og de med lavest inntekt har dårligst helse. Daglig møter våre medlemmer pasienter for behandling som skulle ønske at de fikk helseveiledning tidligere. For i dag er det den personlige økonomien som er avgjørende for om du får tilgang på forebyggende helsetjenester da disse kun tilbys på kommersielt grunnlag. For eksempel medlemskap på treningssenter, personlig trener og veiledning innenfor kosthold.

Vi mener derfor at det må innføres universelle ordninger innenfor forebyggende helse. Omtrent 70 prosent går til fastlegen sin minst en gang i året, det er derfor riktig at fastlegene og annet helsepersonell må kunne henvise pasienter med høy helserisiko til helseveiledning og/eller personlig trening som er helt eller delvis dekket av staten. I Norge er det utdannet omtrent 25 000 personlige trenere og under 2000 av disse er yrkesaktive. Videre er det store grupper med fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og helse- og ernæringsfysiologer som har høy kompetanse og kapasitet til å jobbe med forebyggende helse.

For personer med diagnoser må Aktivitetshåndboken til Helsedirektoratet anvendes. Dette er en bok som gir veiledning om fysisk aktivitet tilknyttet 30 ulike diagnoser og er derfor egnet til å brukes i sekundærforebygging, opptrening og innenfor rehabilitering.

Også på dette området besitter private tjenesteleverandører innen treningssentre, kiropraktikk, og arbeidsforebyggende tjenester gjennom Bedriftshelsetjenesten, kompetanse, kapasitet og løsninger som den offentlige helsetjenesten kan ha stor nytte av å samarbeide med.

Organisasjonen Aktiv mot kreft har bygd 20 Pusterom (treningssenter på sykehus) for kreftpasienter. Det er ekstremt viktig at pre-habilitering skjer på treningssenter hjemme og at disse pusterommene tas i bruk slik at treningen kan fortsette etter endt behandling hjemme.

Vi mener derfor at alle leger som jobber på sykehus med Pusterom må kunne henvise pasienten til veiledet trening. Vi har over 600 personer som er spesialutdannet som Aktiv-instruktør ved Norges Idrettshøyskole, som er spesialisert på opptrening av kreftpasienter. Disse instruktørene driver i all hovedsak på kommersiell basis hvilket innebærer at kun de pasientene som kan ta seg råd til det benytter Aktiv-instruktør.

Oppsummering av våre innspill til Helsepersonellkommisjonens tiltaksområder for å løse helsepersonellutfordringene.

Utrede organisering av helse og omsorgstjenesten og sykehusstrukturen

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at det legges til rette for mer effektiv organisering av helse- og velferdstjenester, blant annet ved at det prøves ut en ettnivåmodell. Vi støtter dette og vurderer at tettere og mer forutsigbart samarbeid også mellom offentlige og private aktører prioriteres. Vi anbefaler også at det utredes hvordan helse- og velferdsvirkosomheter som arbeider etter samtidige lovverk tas i bruk, slik at pasienter og brukere slipper å flytte for å få koordinert behandling, og at helsepersonell kan utføre flere helse- og omsorgsoppgaver uten at lovverk er til hinder for det.

Program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling

Knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag. Vi støtter kommisjonens anbefaling om at det sikres bedre fordeling av arbeidsoppgaver i helse- og velferdstjenestene, slik at helsepersonell kan prioritere oppgaver som krever autorisert helsepersonell, og øvrige oppgaver kan ivaretas av personell uten helsefaglig kompetanse eller annen egnet kompetanse. Helsefagarbeidere bør også få en mer sentral rolle i helsetjenestene. Tilsvarende bør oppgaver som i dag utføres av leger kunne delegeres til sykepleiere og øvrig helsefaglig personell. Vi støtter dette, så lenge faglige forsvarlige tjenester er ivaretatt. Vi støtter kompetansekrav i de ulike helse- og velferdstjenestene, men er enig med Helsepersonellkommisjonen i at det ikke er hensiktsmessig å innføre nye kompetansekrav, før det er gjort en vurdering av tilgjengeligheten av personell som fyller de kriterier som er satt.

Kommisjonen anbefaler flere «hus og hyttestillinger». Det innebærer at helsepersonell kan ha flere arbeidsgivere, for eksempel ved personell som har ufrivillige deltidsstillinger i offentlige sykehus og kommuner oppnår fulle stillinger ved å også arbeide hos private aktører. Utover gevinst for den enkelte arbeidstaker som får et større arbeidsmarked, bidrar det til at utdannet helsepersonell får behandlet flere pasienter og brukere, og på den måten utnyttes personalressursene bedre.

Utdanning og kompetanseutvikling

Blant NHO Geneos medlemmer pågår det omfattende samarbeid med ulike fag- og forskningsinstitusjoner for å sikre fag- og kompetanseutvikling. Vi anbefaler også at det legges til rette for at private aktører tar en større del av ansvaret for å utdanne helsepersonell slik også kommisjonen ber om at utredes nærmere.

Et eksempel på dette er ønske fra flere av våre medlemmer om å bidra til utdanning av flere LIS1-leger. Aleris gjør allerede dette i noen grad ved å utdanne leger innen ortopedi, barneanestesi og plastisk kirurgi. Men flere av våre medlemmer vil gjerne ta et større ansvar for utdanning og tilby LIS-stillinger hvis de får muligheten til det. Generelt oppfordrer vi myndighetene til å legge til rette for at privat sektor kan bidra inn i utdanningsløpene ved universiteter og høyskoler for å sikre godt kvalifisert personell med et stort arbeidsmarked både i offentlig og privat sektor.

Prioritering og reduksjon av overbehandling

NHO Geneo støtter målet om bedre prioritering og reduksjon i mindre viktige tjenester, men dette forutsetter at de offentlige helsetjenestene er tilfredsstillende og dekkende. Vi registrerer at kommisjonen først og fremst er opptatt av god ressursutnyttelse av tilgjengelig personellressurser på tjenester og behandlinger av dokumentert kvalitet og effekt for pasientene, ikke om det er offentlig eller privat sektor som leverer samlet godkjente behandlinger.

Det viktigste verktøyet for å unngå en todelt helsetjeneste er en god felles helsetjeneste med begrensede køer og ventetider. Dette innebærer en velferdsmiks, bestående av offentlige og private aktører, styrt av det offentlige, slik at flest mulig kan få best og raskest mulig god behandling. Private tilbydere bidrar med kapasitet- og kvalitetsutvikling gjennom avtaler om leveranser gjennom den offentlige helsetjenesten.

Kommisjonen trekker frem behovet for å forbedre statistikk knyttet til private helse – og omsorgstjenester og bruken av disse. NHO Geneo stiller seg positive til formålsnyttig statistikk som bidrar til nødvendig oversikt og kunnskap om de tjenestene private leverer på oppdrag for det offentlige, der dette måtte være et behov for å sikre tilstrekkelig kunnskap om effekten og nytten av private aktører.

Medlemsbedrifter hos oss rapporterer til sin offentlige aktivitet til NPR, på lik linje med de offentlige sykehusene. Rapportering bidrar til å skaffe kunnskap om hva de faktisk gjør og til hvilken kvalitet. De rapporterer allerede i dag på samme måte som de offentlige sykehusene til alle relevante registre, eksempelvis hofte og kneproteser, Gynekologisk endoskopiregister, fedme, korsbåndregister m.fl.

Forskningsprogram for teknologi og digitale løsninger

Helsepersonellkommisjonen foreslår at helse- og omsorgstjenestene anvender prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad. Kommisjonen foreslår videre at det utvikles tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Vi støtter dette.

Med vennlig hilsen

Torbjørn Furulund

Bransjedirektør,
NHO Geneo, Helse og Velferd