



Sak:	Høring – Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste		
Fra klinikk	Lederteam UNN Narvik og UNN Harstad		
Til:	UNN-FagKval-Sekretariat		
Saksbeh.:	Vibeke Haukland og Gina M Johansen		
Ephorte nr.	2023/3286	24.03.2023	E.post saksbeh.: gina.johansen@unn.no

Høringsuttalelse fra Lederteamene ved UNN Narvik og UNN Harstad

Lederteamene ved UNN Narvik og UNN Harstad viser til Helse og omsorgsdepartementet sin invitasjon av 2. februar 2023 til åpen høring Helsepersonellkommisjonens *NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

Formålet med *NOU 2023: 4 Tid for handling* er å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover 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.

Lederteamene velger å gi sin høringsuttalelse på kunnskapsgrunnlaget og innsatsområdene slik de fremkommer av NOU'en.

Kunnskapsgrunnlaget

1. Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft

Vi stiller oss bak kommisjonens fremskrivning i forhold til at det blir flere multisyrke eldre og at forsørgerbrøken endres. Vi ser at særlig Nord-Norge står overfor utfordringer med hensyn til en nedgang i barnefødsler og yrkesaktive i aldersgruppen 18-67 år. Helse Nord er den første regionen der andelen eldre i befolkningen passerer andelen yngre allerede i 2023.

Vi oppfatter at den underliggende problemstillingen som tas opp i rapporten er at tilgangen på fagfolk fremover vil reduseres og ikke stå i forhold til økning i antall eldre med behov for helsehjelp. Regjeringen har som målsetting å sikre nok fagfolk med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten i hele landet.

Kommisjonsrapporten fremholder at Norge har klart flest helsepersonell (leger/sykepleiere) pr 1000 innbyggere. Dette er vi ikke uenig i, men vi mener rapporten er for utydelig i forhold å beskrive årsakssammenhenger til dette. Herunder vil vi fremheve at det er åpenbare forskjeller mellom Norge og andre land i Europa med hensyn til eksempelvis; Arbeidsmiljølovens krav til arbeidstid og forsvarlig arbeidsmiljø, Ferieloven, Pasientrettighetsloven, høyt sykefravær, kvinners deltakelse i arbeidsmarkedet, familie- og kulturelle forskjeller mht deltakelse i

pasientarbeid og frivillighet i helsetjenesten for å nevne noen. Dette virkelighetsbildet må nyanseres mer enn det som fremkommer av fremlagte rapport.

Nord-Norge er spredt befolket og avstander mellom sykehusene og kommunesentra er betydelig. Transport til lands, vanns og i luften er svært avhengig av vær og vindforhold store deler av året. Det er politisk enighet om at Nord-Norge er en viktig region der store verdier skapes for fellesskapet. Det er vår oppfatning at politiske initiativer og bevisst arbeid for å beholde befolkningsgrunnlaget i distriktene, særlig i Nord-Norge, vil ha betydning for den fremtidige utviklingen. Tiltak som stimulerer til utdanning, faglig utvikling, gode arbeidsplasser og trygging av tjeneste- og servicetilbud i distriktene må forsterkes og fremskyndes. Mye av Norges naturressurser befinner seg i befolkningsstynne områder, og det er viktig å sikre både spesialist- og kommunehelsetjenester dersom man fortsatt skal kunne nyttiggjøre seg av næringsvirksomhet i distriktene.

Vi ser også at den geopolitiske situasjonen i verden og nasjonale og internasjonale føringer og beslutninger vil kunne medføre en betydelig endring i den fremskrivningen som helsepersonellkommisjonen legger til grunn. Herunder kan for eksempel en betydelig endring i forsvarets tilstedeværelse i samarbeid med internasjonale styrker endre befolkningsgrunnlaget og fremskrivning i distriktene. I tillegg har Nord-Norge betydelige ressurser som vil kunne benyttes i det grønne skiftet, noe som vil kreve en økning i den yngre arbeidsstyrken i årene fremover.

2. Organisering av helse- og omsorgstjenestene og godkjenningsordningene for helsepersonell

Lederteamene er enige i beskrivelsen av organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Norge og godkjenningsordningene for helsepersonell.

3. Status og utvikling for personellet i helse- og omsorgstjenestene

Vi stiller oss bak oppfatningen om at det er mer spesialisert helsepersonell nå enn tidligere, og at man mangler generalister.

4. Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell

Vi stiller oss bak oppfatningen av at det er en viss utfordring med å rekruttere helsespesialister til distriktene. Samtidig ser vi at det også i de store byene i Nord-Norge har rekrutteringsutfordringer, både innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten. For lokalsykehusene og distriktskommunene henger dette delvis sammen med utdanningsløp og utdanningstilbud. Den nye spesialistgodkjenningen for leger gjør det i seg selv utfordrende, da spesialister trenger dobbeltspesialitet for å ha nok generell kompetanse til å gå i vaktordninger i distriktene (der man tidligere automatisk fikk dobbeltspesialitet ved subspesialisering). Det samme gjelder på generelt grunnlag for flere av spesialistutdanningene der studieløp sentraliseres.

Når det kommer til rekruttering så bør desentraliserte utdanninger for pleiepersonell beskrives, også når det kommer til videreutdanninger/spesialsykepleierutdanninger.

Foreslåtte innsatsområder

1. Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Stadig økende høyspesialisering virker sentraliserende og vil kreve mye personellressurser, i tillegg til å gjøre tjenestene mindre tilgjengelig for store deler av den nordnorske befolkningen. Dette er imidlertid ikke i tråd med majoriteten av pasientenes behov. Sett bort fra en stor forventet økning i krefttilfeller (som krever spesialisert behandling), vil fortsatt det vanligstevære det vanligste og det meste må kunne behandles på lokalsykehus. Vi erfarer at pasienter i høyspesialiserte pasientforløp videre behandles på pasientens lokalsykehus som en viktig del av behandlingsforløpet.

Per i dag ferdigbehandles de fleste akuttinnleggelsene lokalt. Vi ser også en klar tendens til flere multisyke eldre med behov for generalistkompetanse får helhetlig ivaretagelse. Generalistene med helhetlig forståelse av pasientene kan også i større grad bidra til behandlingsbegrensning ref. *Kloke valg* strategien.

Vi mener en omorganisering av sykehusstrukturen mot en mer spesialisert tjeneste med færre akuttsykehus vil gi dårligere helsetilbud til de skrøpelige pasientene i distriktene med sammensatte lidelser. Per i dag er allerede mange lokalsykehus personelleffektive ved at vaktfunksjonen dekkes av generelle vaktteam og ikke flere parallelle linjer som ved større sykehus. Vi er enige i at geografi, transport og tidskrisiske tilstander må tas med i vurderingen av fremtidig sykehusstruktur. Dog må dette ikke ensidig ses på slik at det går på bekostning av likeverdige helsetjenester til befolkningen, også i distriktene. Det er i lokalsykehusene og distriktene de fleste pasientene får nødvendig og akutt helsehjelp. En fremtidig sykehusstruktur må ta hensyn til dette.

Kommisjonen påpeker utfordringen med å skaffe nok studieplasser til studenter i helsefag. En nedskalering i antall akuttsykehus vil ha stor påvirkning på tilgang til praksisplasser for helsefagstudenter. Av samme årsak vil også antall LIS1-stillinger kunne bli redusert. Dette vil i seg selv være antirekrutterende til ett allerede skrikende behov for helsepersonell både i dag og i fremtiden. Utdanning av helsepersonell må skje på lokalsykehus også i fremtiden. På denne måten har vi mulighet til å rekruttere ansatte med lokal tilhørighet noe som igjen vil kunne være stabiliserende for å beholde ansatte, og opprettholde helsetjenestene i helse Nord-Norge.

Vi stiller oss bak at det er behov for bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Det er nødvendig med formaliserte felles samhandlingsarena på flere nivåer i tjenesten. Dette vil danne grunnlag for en gjensidig forståelse for hverandre og utfordringene mellom primær- og spesialisthelsetjenestene til pasientens beste. Systematisk og forpliktende samhandling vil kunne gi kunnskapsoverføring som gjør at kommunene er bedre rustet til å behandle pasientene på et lavere nivå. Ved å jobbe i fellesskap mot sømløse overganger, med fokus på pasientsentrerte, helhetlige og proaktive tjenester, vil vi kunne bidra til helsetjenestens beste for pasienten. Gode eksempler på slike samhandlingsteam som er sammensatt fra ulike tjenestenivå er Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) og FACT-team. Slike team bør vurderes utvidet for flere helse- og omsorgstjenester.

Vi tror gevinsten ligger i felles samhandlingsarenaer og ikke i en større omorganisering for hele helsetjenesten.

2. Oppgavedeling

Vi stiller oss bak behovet for oppgavedeling. Per i dag utfører helsepersonell betydelig mengde oppgaver som kan utføres av annet personell. Det må være mulighet for faglig utvikling innenfor alle arbeidsområder, også for ansatte som ikke er helsepersonell.

For å beholde fagutvikling og å kunne tilby spesialiserte tjenester der pasientene bor, er «hus/hytte» modellen mellom store/små sykehus, og sykehus/kommune et viktig virkemiddel. En hus/hyttemodell kan kombineres med digitale løsninger. Det er dog viktig at dette ikke blir en modell der store sykehus definerer behovet til små sykehus og kommunene eller en ren ambuleringsordning der de små sykehus og kommunene får store kostnader og lite effektiv behandlingstid.

3. Arbeidsforhold og arbeidstid

Det er klart ønskelig med heltidskultur. Imidlertid er dette utfordrende når det gjelder arbeidstid, særlig helgearbeid. I en situasjon med knapphet på helsepersonell må vi huske på at vi konkurrerer om arbeidskraft i et bredt privat/offentlig arbeidsmarked.. Dersom det blir mindre attraktivt å jobbe som helsepersonell i det offentlige, vil dette kunne medføre lavere rekruttering til yrkene.

For at arbeidsgiver skal kunne ansette leger etter hus/hytte-modellen må det gjøres endringer i avtaleverket slik at man åpner for stillinger med delt arbeidssted. Dersom det kun skal basere seg på frivillighet, vil dette være vanskelig å gjennomføre i praksis.

4. Utdanning og kompetanseutvikling

Det er nødvendig med desentraliserte utdanningsmodeller innenfor alle helsefaglige utdanninger. Man må legge til rett for e-læring/digital undervisning i større grad, kombinert med kortere praksisløp ved mer spesialiserte enheter. Lokalsykehusene må også brukes mer aktivt i utdanningsløp inkludert for legespesialister, særlig i den generelle delen av utdanningene. Dette vil også kunne gi en gevinst i forhold til helhetsforståelse og behandlingsbegrensning også ved store sykehus.

Livslang læring/faglig kompetansebygging i hele helsetjenesten vil stimulere til å beholde personell. Det er viktig med systematisk bruk av simulering i større grad er nødvendig for å beholde og utvikle kompetanse på alle nivå i tjenestene.

Det er utfordrende at utdanningsløpet for leger i Norge ikke er kompatibelt med de øvrige skandinaviske landene. Med felles språkforståelse og historisk tett samarbeid og flyt av personell på tvers av landegrensene, er det ønskelig å få til et åpent arbeidsmarked også for LIS- leger.

Den nye spesialistgodkjenning for leger der generellkompetanse er kortere enn tidligere er utfordrende for lokalsykehusene. Den nye modellen legger opp til at legene velger seg mer spesialiserte utdanningsløp som fører til færre generelle indremedisinere og kirurger. For lokalsykehus må spesialistene ha dobbeltspesialitet for å være vaktkompetente dersom vi skal ha personelleffektive vaktlinjer. Det må iverksettes tiltak for å gjøre de generelle spesialitetene mer

attraktive for fremtiden, evt. gjøre en endring i utdanningsløpene mot en mer personelleffektiv legespesialisering med økt generell kompetanse.

5. Prioritering og overbehandling

På dette punktet anser vi at helsepersonellkommisjonens uttalelser er for forsiktig. Det er behov for tydelige overordnede føringer i forhold til overbehandling, prioritering og behandlingsbegrensning i helse- og omsorgstjenestene. Dette ansvaret kan ikke ensidig tillegges det enkelte helsepersonell eller enkelte fagområder. Det er behov for en mer helhetlig vurdering av gevinster ved utredning og behandling, og en totalvurdering av pasientens beste. Politikere, befolkningen og tilsynsmyndighetene må alle være innforstått med nødvendighet av prioritering, utredning- og behandlingsbegrensning. Det bør gjøres en vurdering og revisjon av vedtatte pasientrettigheter med tanke på gevinst for pasienten sett i forhold til ressursbruk og prioritering.

6. Digitalisering og teknologisk utvikling

Det viktige er at man må tørre å investere i digitalisering og teknologisk utvikling, også på lokalsykehusene.

Det må i større grad investeres i gode digitale løsninger som kan brukes på tvers mellom pasienten, kommunene og spesialisthelsetjenesten. Digitale verktøy kan brukes i utdanning, vedlikehold av kompetanse og i kompetansedeling på tvers. Digitale verktøy kan i større grad brukes som behandlingsverktøy til å støtte personell i lokalsykehus, og personell i kommunene i sann tid fra høyspesialiserte tjenester slik at pasienter og ansatte slipper lang reisevei.

Man må også investere i teknologisk verktøy for automatisering av det som er mulig innenfor alle områder for daglig drift der det ikke er behov for menneskelig kontakt, noe som vil kunne gi lavere bemanningsbehov. Kunstig intelligens for effektivisering av merkantile funksjoner, og til støtte i klinisk drift må i større grad utvikles og tas i bruk.

Vennlig hilsen

På vegne av Lederteam UNN Narvik og UNN Harstad

Vibeke Haukland
driftsleder UNN Narvik

Gina M Johansen
driftsleder UNN Harstad