

Utarbeidet av:

Vår dato
21-04-2023
Deres dato

Vår referanse

Deres referanse

Notat

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Høringssvar på NOU 2023:4 «Tid for handling», Helsepersonellkommisjonen**Innledning****Stor nytte av et felles kunnskapsgrunnlag**

Ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) har vi lest kommisjonens rapport med interesse, og arrangert diskusjoner på ulike arenaer i foretaket for å forberede vårt høringssvar. Vi stiller oss bak kunnskapsgrunnlaget i NOU 2023:4 «Tid for handling», som oppleves som grundig og relevant. Vi mener at kommisjonen peker på og behandler et utfordringsbilde som vi kjenner oss igjen i og som på en god måte beskriver de utfordringene hele helsesektoren står overfor – både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Rapporten er tydelig på at veksten i antallet helsearbeidere og helsetilbudet som ytes til befolkningen ikke kan fortsette som tidligere og at det må gjøres til dels radikale grep for å bevare en god og trygg helsetjeneste også i årene som kommer. Dette er viktige erkjennelser som må legges til grunn i den videre utviklingen av helsetjenestene. Gjennom kommisjonens arbeid har vi fått et felles nasjonalt kunnskapsgrunnlag. Det bidrar til å skape en bedre forståelse av at endringer er nødvendig. Vi må fortsette det omstillingsarbeidet vi allerede er i gang med.

Dette høringssvaret bygger på innspill som er kommet fra organisasjonen. Høringssvaret inneholder derfor både overordnede innspill og innspill med avgrensede tema.

Innspillene er organisert under de respektive innsatsområdene. Høringssvaret er behandlet i sykehusledelsen før oversendelse. Styret fikk seg forelagt utkast til høringssvar, og kom med følgende innspill:

Styret i SSHF støtter i all hovedsak utvalgets premisser og anbefalinger i NOU - Tid for handling. Slik styret ser det haster det med å komme fram til omforente tiltak som vil sikre sektorens behov for tilgang til kvalifisert personell i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste.

Et flertall i styret støtter utvalgets flertall mht. forslag om å styrke arbeidsgivers styringsrett. Flertallet mener at arbeidsgiver må sikres rammer for å utarbeide forutsigbare, robuste og bærekraftige arbeidsplaner, spesielt knyttet til helg.

Mindretallet i styret (ansattevalgte) mener arbeidslivet i Norge fungerer bra og dette er basert på samarbeidet mellom partene i tråd med den norske modellen.

Arbeidsmiljølovens §1, sier at lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. AML kapittel 10, som omhandler arbeidstid, har et særlig vern for de

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Organisasjonsavdelingen
Postboks 416 Lundsiden
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 07 44 00

Bankkonto
8601.72.47435

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

arbeidstakere som ikke arbeider på dagtid mellom mandag til fredag, og er således et vern som er viktig for de som jobber med skiftende arbeidstid.

Videre fremholder de at det innenfor dagens handlingsrom med mulighet for særavtaler, meldes om svært utfordrende arbeidstidsordninger og turnuser. Sykefraværet er høyt, og forskning viser at turnusordningene er en del av grunnen til det høye sykefraværet. Ved å fjerne kravet om avtale mellom arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgiver ved utarbeidelse og gjennomsnittsberegning av turnus, er ansatte representantene bekymret for at det vil bli enda vanskeligere og beholde og rekruttere medarbeidere til å jobbe i sykehus, og samtidig føre til høyere sykefravær. I fremtiden vil det være behov for at man organiserer arbeidslivet, og arbeidet for ansatte, i den retning at sykefraværet reduseres, rekrutteringen styrkes og ansatte med helsefaglig utdanning eller kompetanse velger å bli i yrket. Samarbeid og frivillighet skaper de gode løsningene.

Dette er SSHFs hovedinnspill til NOU 2023:4 «Tid for handling»:

- Stor nytte av et felles kunnskapsgrunnlag
- Støtter utprøving av ett forvaltningsnivå
- Styrke felles beslutningsgrunnlag på tvers av forvaltningsnivåene
- Redusere uønsket variasjon i spesialisthelsetjenestene og i kommunehelsetjenestene
- Incentivordninger som virker i tråd med målene
- Tilrettelegge for smidige utdanningsløp for LIS
- Styrke arbeidsgivers styringsrett
- Styrke helsefagarbeiderfaget og helsefagutdanningene
- Viktig med desentrale utdanninger for å sikre riktig kompetanse i distriktene
- Mer bruk av kombinerte stillinger og styrke gjennomgående tema i RETHOS
- Krav til praksis for AIBOK-utdanningene
- Benytte refusjonssystemet som virkemiddel
- Strengt vurdere nye pasientrettigheter – kunnskapsbasere disse
- Teknologi gir betydelige muligheter, men ta høyde for pukkelkostnad
- Sikre tilstrekkelig fokus på personvern

Støtter utprøving av ett forvaltningsnivå

Kapittel 3 – Organisering og samhandling i helse og omsorgstjenestene

Forslaget om å utrede ulike helsetjenester på ett forvaltningsnivå, bør følges opp. Dagens ordning med organisatoriske forskjeller, ulik finansiering og manglende felles, teknologisk plattform, understøtter ikke ambisjonen om en sammenhengende sømløs helsetjeneste. Dagens deling av helsetjenesten i to forvaltningsnivåer skaper utfordringer med hensyn til pasientflyt, opplevd kvalitet og god ressursutnyttelse – både opp mot økonomiske prioriteringer og tilgjengelig kompetanse. Ett forvaltningsnivå vil kunne styrke primær- og spesialisthelsetjenestens evne til å sammen møte fremtidens pleie- og behandlingsbehov, blant annet gjennom bedre utnyttelse av våre felles ansatteressurser. Utprøving bør eksempelvis teste ut felles gevinstrealisering av «hus- og hyttemodellen» mellom sykehus og kommune, arbeidsdeling og organisering av hjemmebasert behandling (digitalt sykehus). Det er derfor positivt at kommisjonen foreslår å prøve ut en mer enhetlig og koordinert organisering.

Styrke felles beslutningsgrunnlag

Dagens todelte helsetjenester fremmer ikke helhetlige pasientforløp. Helsefellesskapene kan i avgrenset omfang bøte på fragmenteringen. Juridiske tjensteavtaler sementerer mer enn at de skaper innovativ utvikling av samarbeidet. I et 2040/2050/2060-perspektiv med strammere budsjetter er det stor risiko for at begge forvaltningsnivåer i enda større grad vil vokte egne økonomiske «bunnlinjer». Begge forvaltningsnivå må i langt større grad prioritere tøffere, og prioriteringene må være kunnskapsbaserte. Det må legges til rette for styrket beslutningsgrunnlag, med data fra begge forvaltningsnivåer.

En dreining til hjemmebaserte løsninger også i spesialisthelsetjenestene fordrer et tett samarbeid mellom behandlere i sykehus og hjemmetjenestene i kommunene. Dagens digitale løsninger gir et godt grunnlag for digital samhandling, men det vil kreve endringer i arbeidsprosesser, kompetanse og i finansieringsordninger. Dagens situasjon gir tidkrevende beslutningsprosesser. Dette er et område som ligger godt til rette for utprøvinger med ett felles forvaltningsnivå.

Redusere uønsket variasjon i spesialisthelsetjenestene og i kommunehelsetjenestene

Spesialisthelsetjenestene har over tid jobbet med å redusere uønsket variasjon, noe som er et kontinuerlig arbeid. Kommunehelsetjenestene er «rigget for variasjon»; med en underliggende premiss om at kommunene selv kjenner best sine innbyggere og kommunen, og vet best hvordan tjenestene skal organiseres. Dette er riktig i ett perspektiv, men det fører også til en uønsket ulikhet i helsetjenestene. Dette viser også arbeidet med generalistkommune-utvalget.

Sørlandet sykehus HF er organisert med tre somatiske sykehus og en klinikk for psykisk helse, som samarbeider med 25 kommuner. Det er en stor variasjon i de 25 kommunenes tjenestetilbud, både innen somatikk og psykisk helsevern. En viss standardisering av kvalitet og volum i primærhelsetjenestene ville føre til mer effektiv utnyttelse av begge forvaltningsnivåer, til beste for innbyggerne. Det ville også føre til en bedre situasjon for fastleger, som i større grad ville vite hvilke kommunale tjenester pasienter kan henvises til.

Incentivordninger som virker i tråd med målene

Kapittel 7 Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenesten

Sørlandet sykehus er enig i virkelighetsbeskrivelsen både når det gjelder historisk utvikling og utfordringsbildet beskrevet i dette kapitlet. En utprøving av et felles forvaltningsnivå vil teste ut hvordan en kan unngå at ulike incentivordninger og kostnadsoverføring fra ett nivå til overføres til det andre og slik bli avgrensende for den videre utviklingen i helsetjenestene på laveste effektive omsorgsnivå.

Utfordringene som skisseres relatert til konkurranse mellom kommuner og sykehus om helsepersonell bør i den sammenheng også ses i lys av diskusjonene i kapittel 11 vedrørende prioritering. Det er viktig for den samlede dimensjonering og ressursutnyttelse i helsesektoren at man ved innførsel av nye rettigheter til ulike pasientgrupper også vurderer alternativkostnadene og gjennomfører en helhetsbetraktning av konsekvensene av en rettighetsutvidelse. Utsiktede konsekvenser må unngås, som det å flytte personell og ressurser fra en pasientgruppe til en annen, mindre trengende gruppe som følge av en utvidelse av rettighetene til den mindre trengende gruppen. Dette ses i dag både innad på samme forvaltningsnivå men også på tvers av forvaltningsnivåene.

Med dagens løsning med to forvaltningsnivå må det utvikles incentiver som kan stimulere til

optimal koordinering og sømløshet mellom nivåene, inklusive bruk av personellressurser på tvers. Dette kan være økonomiske incentiver til samhandling og felles tjenesteansvar (eksempelvis ambulant virksomhet, felles tjenestetiltak) samt bedre koordinerte/samordnede styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet og direktorat slik at føringene blir tydeligere.

Tilrettelegge for smidige utdanningsløp for LIS

Kapittel 8 Oppgavedeling

8.5.4 Generell medisinsk og kirurgisk kompetanse i sykehus

Det beskrives i rapporten at det er et behov for generalister. Samtidig ser det ut til at LIS i større grad utdannes i organspesifikke spesialiteter. Det beskrives videre at årsaken til dette kan være mangel på LIS-stillinger i generelle spesialiteter, mangel på veiledere og lang utdanningstid (jfr at generell indremedisin/kirurgi nå er etablert som hovedspesialitet). Dette vil særlig ramme lokalsykehusene. Det anbefales derfor mer satsing på generell medisinsk kompetanse.

Det er sykehusene selv som bestemmer hvilke spesialister de har behov for, og hvilke stillinger som utlyses. Sykehuset har et viktig ansvar for å sikre at man dekker det faktiske behovet for ulike spesialister. Fortsatt blir mange LIS 2/3 ansatt uten noen bestemt spesialitet. De små sykehusene har stort behov for generalister, men ved å kun utdanne generalister mister de viktig spisskompetanse. Dobbeltspesialist er nå blitt mer tidkrevende. Som helsepersonellkommisjonen anbefaler bør det tilrettelegges for et mer smidig utdanningsløp, både ved at man kan ta utdanningsløpene parallelt og at man bør prioritere utdanning av generalister.

Styrke arbeidsgivers styringsrett

Kapittel 9 Arbeidsforhold og arbeidstid

Arbeidsgiver oppnår i dag resultater ved tett samarbeid med tillitsvalgte, men har ikke de nødvendige rammene og handlingsrommet for å utarbeide forutsigbare, robuste og bærekraftige arbeidsplaner, spesielt knyttet til helg.

I spesialisthelsetjenesten er behovet for kompetanse like stort i helg som i ukedagene.

Arbeidsgivers styringsrett innebærer ikke bare en rett, men også en plikt til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet. Dagens ordning der foretakene er avhengige av en avtale med tillitsvalgte om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden underbygger ikke foretakenes framtidige behov. Det er vedtatt på flere organisasjoners landsmøter at det ikke ønskes arbeid hyppigere enn tredje hver helg. Dette er utfordrende for den helt ordinære driften arbeidsgiver har plikt til å organisere.

Uansett vil et tett og godt samarbeid mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte være et viktig premiss for å skape bærekraftige løsninger.

Styrke helsefagarbeiderfaget og helsefagutdanningene

Kapittel 10 Utdanning og kompetanseutvikling

10.1 Utdanning i videregående opplæring

10.1.7 Helsearbeiderfaget må styrkes

Flere læreplasser – SSHF støtter ønske om flere læreplasser for helsefag ikke bare i kommunehelsetjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten. Opptakskrav til læreplass tilsvarende ambulansefag må være mer enn bare intervjuer. SSHF støtter traineeordning for

helsefagarbeidere. Tilbud om etterutdanning er viktig for kompetanseheving (pasientsikkerhet), for å styrke fagarbeiderrollen, og for motivasjon og trivsel (beholde-perspektivet)

Viktig med desentrale utdanninger for å sikre riktig kompetanse i distriktene

10.3 Dimensjonering av helsefagutdanningene

10.3 Bachelor

Desentralisert utdanning for sykepleiere, se de siste avsnittene i punkt 10.7 SSHF støtter desentralisert utdanning for helsepersonell som er viktig for rekruttering til distriktene. Viktig at kvaliteten i utdanningen blir ivaretatt, og at man i samarbeid sørger for gode og relevante praksisplasser.

10.8.4 Krav til praksis

jfr. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv - SSHF støtter at simulering er en effektiv undervisningsmetode, men mener at den ikke kan erstatte klinisk praksis. Reduksjon av sykehuspraksis kan medføre lavere rekruttering til sykehus og lavere kompetansenivå for å jobbe i sykehus

Leger

SSHF mener at desentralisert utdanning for leger må styrkes. Piloten UiO Campus sør er en god begynnelse for styrket rekruttering i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Agder. SSHF mener at det vil være nødvendig å øke antallet studieplasser i medisin ihht Grimstad-rapportens anbefalinger. SSHF opplever større vansker med rekruttering av behandlere, som fører til ventetid for pasientene i Agder.

Det er nødvendig å forenkle godkjenningsordningene for leger som er utdannet og har tatt «turnus» i Skandinavia slik at de får mulighet til å søke LIS 2/3 i Norge uten norsk LIS 1 tjeneste. Det er langt flere søkere til LIS1-stillinger enn det er stillinger tilgjengelig. Det er anbefalt å øke antallet LIS1-stillinger betydelig.

Samtidig som det er rekrutteringsutfordringer er det stor etterspørsel etter LIS1-stillinger. LIS1 blir en flaskehals for veien mot å ansatte LIS i videre spesialiseringsløp og videre utdanne de spesialister vi har behov for. Antallet LIS1-stillinger må økes.

Videre er spørsmålet hvilke leger som skal gjennomføre LIS1. Pr i dag er gjelder dette praktisk talt alle leger som vil utdanne seg til spesialister i Norge.

En bedre sortering av hvilke leger som har behov for LIS1 og/eller om det kunne vært mulig med forenklede LIS1-løp bør vurderes.

Viser her til to eksempler:

- 1) Personer som har utdanning og ofte klinisk erfaring fra utlandet, som ofte ikke blir ansatt i LIS1-stillinger. Her bør det legges til rette for en alternativ ordning, med raskere gjennomføring av LIS1-løpet. Det er problematisk at disse legene stiller på lik linje med nyutdannede leger, slik rapporten også beskriver dette.
- 2) Leger som er utdannet i Danmark og Sverige og som har gjennomført KBU (DK) og AT (S). Disse legene må pr i dag også gjennomføre LIS1. En endring her vil også kunne bidra til å lette pågangen på LIS1-stillingene.

10.9.1

Kommunene bør ha et lovfestet krav til å utdanne helsepersonell slik som helseforetakene.

Støtter mer bruk av kombinerte stillinger og styrke gjennomgående tema i RETHOS

10.9.3 RETHOS

Tydeligere føringer for kombinerte stillinger knyttet til fordeling av arbeidsgiverforhold, arbeidstid, pensjon og rettigheter.

Utdanningsinstitusjonene må i større grad ta inn over seg at deres helsefaglige utdanninger tar høyde for kunnskapsgrunnlaget i Helsepersonellkommisjonens rapport. Helsefaglige utdanninger må sikre fleksible studenter som jobber kunnskapsbasert. Utdanningene må styrke temaer som underbygger mer bærekraftige helsetjenester, noe også RETHOS legger opp til som en gjennomgående linje i utdanningene. Lærestedene må i enda større grad vektlegge disse temaene; som innovasjon, digitalisering, kunnskapsbasering, gevinstrealisering og prioritering. Arbeidsdeling mellom profesjoner og tverrfaglig samarbeid er også temaer som bør styrkes i utdanningene.

Krav til praksis for AIBOK-utdanningene

10.11.4 Masterutdanning for sykepleiere

3 semestre (90 stp) de siste 30 stp (master) bør kunne tas på ett år i etterkant på deltid. Krav til praksis før studiet - SSHF mener at det skal stilles krav til praksis før AIBOK-utdanningene, men kan diskutere en reduksjon og/eller differensiering av kravet. Utdanningsstillinger er helseforetakenes eneste mulighet for å påvirke opptaket. Dersom det ikke lenger skal tilbys utdanningsstillinger, må helseforetakene få en annen mulighet til påvirke opptaket, for eksempel ved praktisk opptaksprøve i samarbeid med utdanningsinstitusjonen. Slike prøver måtte inkludere åpne transparente kriterier fremskaffet i dialog mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene. Det er ikke kun karakterer som bør være gjeldende. UH-sektoren og tjenestene må samarbeide om løsninger som gagnar begge parter.

10.13 Livslang læring

SSHF støtter at framtidens helsetjenester vil kreve god ledelse og strategisk kompetanseutvikling av medarbeidere.

Kapittel 11 Prioritering og reduksjon av overbehandling

Sørlandet sykehus vil påpeke at dette kapittelet i NOUen er i tråd med eget foretaks vurderinger om området. Vi ønsker likevel å kommentere på to punkter:

Støtter å benytte refusjonssystemet som virkemiddel

11.8. Forslag til tiltak

11.8.2 Gjennomgå DRG takster og justere egenbetaling

Forslaget om å benytte refusjonssystemet som et virkemiddel til å redusere bruken av undersøkelser og behandling med lav nytte bifalles. Sørlandet sykehus HF anbefaler likevel at man samtidig også understøtter dette tiltaket ved å sikre at Helsedirektoratet oppdaterer sin prioriteringsveileder på området. Det er viktig at også prioriteringsveilederen eksplisitt nevner at pasienter som henvises med tanke på nevnte undersøkelse eller behandling for omtalte kliniske problemstillinger, hvor tiltaket vites å være av lav nytte, ikke bør gis prioritet. Ellers risikerer man at

pasienter likevel henvises til spesialisthelsetjenesten med bestilling om en gitt undersøkelse/behandling. Og spesialisthelsetjenesten kan da ikke avslå henvisningen (fordi det fortsatt er forbundet med rettighet i prioriteringsveilederen) – sluttresultatet blir da ikke færre undersøkelser, bare dårligere betaling til helseforetaket.

Strengt vurdere nye pasientrettigheter – kunnskapsbasere disse

11.8.3 Utrede virkninger for personellbehov av endringer i politikk og pasientrettigheter i helse- og omsorgstjenestene

Også her støtter Sørlandet sykehus HF NOUens konklusjoner. For å eksemplifisere anbefalingen kan gjerne en pågående høring løftes fram: [Langvarig utmattelse uten kjent årsak inkludert CFS/ME - Nasjonalt pasientforløp - Helsedirektoratet](#). Her foreslås det av Helsedirektoratet å gi denne pasientgruppen utvidede rettigheter til utredning i spesialisthelsetjenesten. Det er tvilsomt at disse rettighetene vil føre til bedre helse for pasientgruppen som helhet. I tillegg er de foreslåtte tidsfristene kortere enn for andre pasientgrupper som har sikker helsegevinst ved behandling hos eks. infeksjonsmedisinere. Dette forslaget vil dermed føre til at man flytter helseressurser fra vurdering og behandling med utvilsom helsegevinst i spesialisthelsetjenesten over til behandling med tvilsom effekt.

Teknologi gir betydelige muligheter, men ta høyde for pukkelkostnad

Kapittel 12 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Framtidens helsetjenester må investere i digitalisering og teknologiske løsninger på et annet nivå enn dagens. Kapittel 12 beskriver godt mulighetsrommet, med vekt på kunstig intelligens, digital tvilling-teknologi, robotikk, helselogistikk og samhandlingsløsninger.

Teknologien har i utgangspunktet kommet langt i utvikling, og vil kunne utnyttes bedre og på nye måter som en aktiv støtte i hele pasientforløpet. For å få dette til, må vi erkjenne at det tradisjonelt har blitt lagt for stor vekt på IT-systemer og i for liten grad på brukerbehov, utnyttelse av data, organisasjonsutvikling og -endring og kontinuerlig forvaltning og utvikling. Alle disse elementene inngår i det å digitalisere virksomheten. Nye teknologiske løsninger kan også bidra til transformasjon, hvor resultatet er at helsetjenester og -behandling utføres på helt nye måter. Det er sentalt at helsetjenesten i større grad og raskere møter brukerforventningene hvor løsningene må følge den generelle teknologiske utviklingen i samfunnet, og understøtte gode arbeidsprosesser, tilgjengelighet og sikker behandling av helsedata.

SSHF støtter kommisjonens beskrivelse av forutsetninger for å lykkes med å hente ut gevinster. Poenget om digital kompetanse i helseutdanningene er beskrevet over. Også ledere og medarbeidere må styrke sin digitale kompetanse og modenhet.

Innføring av digitale systemer er krevende i driftstunge organisasjoner som sykehus, og krever frikjøp og tilstrekkelig opplæring. En må ikke overvurdere muligheter for gevinstrealisering for tidlig, det erfares en pukkelkostnad i innføring og fasen etter. Dette må det tas høyde for, og er en kostnad som må finansieres. I tillegg er det nødvendig å øke kompetansen innen realisering av gevinster slik at effektene, kvalitative og/eller kvantitative, tas ut i henhold til de gitte forutsetningene.

Bruk og utnyttelse av (digitale)data vil bli svært viktig for å opprettholde og utvikle kvalitet i helsetjenesten, oppnå bedre beslutningsgrunnlag og gi muligheter for nye tjenester. Det må gjøres et stort arbeid for å legge til rette for å bruke data på tvers av forvaltningsnivåer, mellom

helseforetak og mellom fagsystemer, herunder lovverk, person- og sikkerhetshensyn, funksjonell og teknisk arkitektur mv.

Sikre tilstrekkelig fokus på personvern

Utvikling av helsetjenestene vil forutsette styringssystemer som kan komme til å håndtere store mengder med personopplysninger. Personvernombudet ved SSHF trekker fram at personvern kunne vies større plass i NOUen. Viktigheten av å ha fokus også på personvernet til medarbeidere understrekes. Innføring av ny teknologi kan komme til å gi større mulighet til sporing og logging av personell og det vil kunne utfordre den enkelte ansattes personvern. Den medisinske utviklingen med økt bruk av avansert utstyr og økende krav til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten kan være drivere for ytterligere spesialisering, noe som på en helt annen måte vil kunne identifisere enkeltpersoner. Sikring av personvernet må tydeliggjøres godt i databehandleravtaler. SSHF foreslår at dette utdypes.