

Helsepersonellkommisjonen – Tid for handling

Høringssvar fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin 02.05.23

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Vi skal bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning. Vi har lest NOU 2023:4 "Tid for handling" med stor interesse og med spesielt fokus på betydningen for helsetjenestene i distrikt.

Generelle betraktninger

NSDM støtter utredningens mål om riktig, godt tilpasset og effektiv bemanning av helsetjenestene. Vi stiller oss likevel spørrende til hensiktsmessigheten i kommisjonens premisser om at andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten ikke skal øke vesentlig *av hensyn til* andre næringer. Tilgang til ansatte er et marked der helsetjenesten konkurrerer med andre næringer, og offentlig helsetjeneste konkurrerer med private helsetjenester. Vi støtter Helsepersonellkommisjonens mål om en sterk offentlig helsetjeneste. Dersom den offentlige helsetjenesten ikke har kapasitet til å møte forventet økt etterspørsel etter helsetjenester, så vil det vokse fram et større privat helsetjenestemarked enn det vi har i dag. Dette vil etter alle solemerker vokse fram i sentrale strøk og vil trolig bidra til enda større utfordringer med å bemanne de offentlige helsetjenestene generelt, og i distriktene spesielt.

Økende privatisering av helsetjenesten – i kombinasjon med befolkningens betalingsvilje og økende forventninger til helsetjenesten – vil kunne føre til mer overdiagnostikk/overbehandling, og til økt forbruk av lavt prioriterte tjenester. Også samfunnets, politikernes og NAVs forventninger kan virke i denne retningen. Vi støtter kommisjonens forslag om å kreve utredning av konsekvenser for helsepersonell-behov ved nye forslag. Vi støtter også forslaget om rapporteringsplikt for helprivate helsetjenester.

Kommisjonen peker på at *"Personellet er ved bristepunktet i mange land. Helse- og omsorgstjenestene i vest-europeiske land har blitt omtalt som en «tikkende bombe».* Hovedforklaringen på problemene er manglende personell og økende rekrutteringsproblemer." Vi vil hevde at en vel så viktig del av forklaringen er at økende spesialisering og fragmentering fører til økt behov for helsepersonell. En målrettet gjenoppbygging og styrking av generalistkompetanse generelt, og i sykehusene spesielt, vil kunne motvirke denne utviklingen. Kommisjonen gir en god beskrivelse av behovet for generalistkompetanse i både kommunehelsetjenesten og sykehusene, men det mangler konkrete tiltak om hvordan dette kan oppnås. **Vi foreslår en egen utredning av generalistkompetanse som et satsingsområde, og skriver mer om det under et eget punkt.**

Helsetjenester i distrikt

Den demografiske utviklingen med økende antall eldre fremfor alt i distriktene, tilsier at man bør satse på mer helsetjenestene i kommunene og i lokalsykehusene nært der pasientene bor. Helsetjenestene i distrikt krever helsepersonell med bredere kompetanse og mer fleksibilitet enn det som vanligvis trengs i bynære strøk. Lang avstand til sykehus og utfordrende vær og geografi medfører at både akutte og kroniske tilstander må håndteres lokalt i større grad enn i byene. Det er nødvendig med en helhetsforståelse av lokalsamfunnet, og kjennskap til styrker og svakheter. En slik helhetsforståelse og breddekompetanse vil være nyttig også for helsepersonell som jobber i byer og i

store sykehus, og bør derfor systematisk bygges inn i grunnutdanningene og følges opp i spesialistutdanninger og i videre- og etterutdanningene.

Helsepersonell som arbeider i distrikt – enten fast eller i ulike rotasjonsordninger – må få nødvendig tilleggsopplæring for å kunne yte gode, lokaltilpassede tjenester. Slik tilleggsopplæring kan skje på flere måter, gjerne i kombinasjon:

- Kurs og videreutdanning med distriktsrelevant innhold
- Systematisk opplæring i lokale rutiner, regelmessig samtrening
- “Punktopplæring”/kompetansesamarbeid rundt enkeltpasienter med særlige behov (respirator, ernæringssonde, kroniske sår osv) i samarbeid med andrelinjetjenesten

Ang “punktopplæring”/kompetansesamarbeid: I kommuner med lavt befolkningstall vil mange tilstander kun forekomme med års mellomrom, og gjerne enkeltvis. Det er ikke verken mulig eller ønskelig å bygge lokal spisskompetanse på alle felt/diagnoser til enhver tid. Lokalt helsepersonell i distriktskommuner vil ofte ha breddekompetanse og være trent i fleksibilitet og tilpasningsvilje (Fors, M. (2023). *Potato Ethics: What Rural Communities Can Teach Us about Healthcare. Journal of Bioethical Inquiry, Journal of bioethical inquiry, 2023*). De vil være innstilt på å lære seg hvordan de kan gi pasienten best mulig oppfølging lokalt. Det bør derfor utvikles gode opplegg for slik “punktopplæring” rundt enkeltpasienter når behovet oppstår. Dette må ikke være ad hoc-arbeid, men regnes som en viktig og nødvendig del av tjeneste- og kompetansesamarbeidet.

Kommisjonen gjentar mange steder at små fagmiljøer er sårbare og strever med rekruttering. Vi vil påstå at det ikke er størrelsen i seg selv som er problemet. Det finnes mange eksempler på god rekruttering, stabilitet og arbeidsglede i fastlegekontorer, sykehjem, hjemmetjenester og distriktskommuner. Kjennetegn ved disse er ofte godt arbeidsmiljø, tid til faglig utvikling, relevant videre- og etterutdanning, mulighet til å drive kvalitetsarbeid, forskning, undervisning, deltakelse i faglige nettverk lokalt og digitalt osv. Som kommisjonen selv viser til, er dette forskningsbasert effektivt for å rekruttere og beholde helsepersonell (s.105) (dessuten: det finnes mange små fagmiljøer blant avtalespesialister og i høyspesialiserte sykehusfag).

Vi vil også peke på funnene i Rambølls spørreundersøkelse fra 2018 om sykehuslegers arbeidsforhold: «*Eldre leger har en mer positiv opplevelse av flere ulike forhold enn yngre leger. Videre har leger ved små sykehus en mer positiv opplevelse enn kolleger med mellomstore og store sykehus. Også der det finnes stedlig sykehusledelse og avdelingsledelse, er opplevelsene mer positive, ifølge undersøkelsen.*» Disse funnene kaller på nysgjerrighet på hva som faktisk er styrken til små enheter.

Generalistkompetanse

Helsepersonellkommisjonen gir en god beskrivelse av – og begrunnelse for – behovet for å styrke generalistkompetansen generelt, og i sykehusene spesielt. Kunnskapsutviklingen og spesialiseringen i helsetjenesten har lenge beveget seg bort fra behovene til en aldrende og multisyk befolkning. Vi ser et økende gap mellom hva førstelinjetjenesten forventes å tilby og hva sykehusene ønsker å drive med. Denne ubalanserte utviklingen forsterkes av at hovedtyngden av forskningsfokus og – finansiering går til forskning på enkeltdiagnoser. Budskapet til både helsepersonell og befolkning har lenge vært “jo mer spesialisert, jo bedre”. Dette er et budskap som fører til mye unødvendig utredning, overbehandling og økt behov for helsepersonell i den spesialiserte delen av helsetjenesten.

Generalistkompetanse vil kunne bidra til brobygging mellom første- og andrelinjetjenesten, mer helhetlige og effektive pasientforløp og mindre overdiagnostikk og overbehandling (det er ikke effektivt med dagens forløp som ofte er fragmenterte med mange inn- og utskrivninger som gir mange DRG-poeng, men gir store transaksjonskostnader både økonomisk og menneskelig).

Behovet for generalistkompetanse er ikke et norsk fenomen. I flere land finnes eller utvikles det utdanning for leger til å bli "hospitalists" https://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_medicine. I New Zealand finnes en annen, men lignende tilnærming for helsepersonell som betjener mindre lokalsykehus, en spesialitet i lokalsykehusmedisin; <https://www.rnzcgp.org.nz/study-with-us/study-rural-hospital-medicine/>

Helsepersonellkommisjonen etterlyser generalistkompetanse, men peker ikke ut veien dit. Kulturen, organiseringen, utdanningen og forskningen trekker i retning av den smale og høyspesialiserte delen av helsetjenestene. Det kreves faglig, politisk, organisatorisk og finansiell vilje til å motvirke denne tyngdekraften. Uten en kraftfull og målrettet satsing på utvikling av, forskning på, og tilrettelegging for generalistkompetanse, blir helsepersonellkommisjonens påpeking av behovet kun fromme ønsker.

Vi foreslår derfor at det igangsettes en utredning av generalistkompetanse som skal se på alle aspekter av hvordan utdanning, karriere og forskningsinnsats kan sikre at det finnes generalistkompetanse i alle sykehus og kommuner.

Sykehjem

Verken Helsepersonellkommisjonen, Sykehusutvalget eller Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har viet sykehjemmenes funksjon og innhold særlig plass. Både Helsepersonellkommisjonen og Sykehusutvalget nevner sykehjem i omtalen av en mulig ny sykehusstruktur. Ved kun å omtale sykehjemmene som en potensiell brikke i en ny sykehusstruktur, viser Helsepersonellkommisjonen manglende forståelse for sykehjemmenes rolle og funksjon i primærhelsetjenesten. Sykehjemstjenestene er påfallende lite beskrevet, både når det gjelder organisering og kompetanse. Sykehjemmene utgjør i dag den største institusjonstjenesten i Norge, med bortimot 40 000 senger (hvorav drøyt 30 000 er langtidsplasser), omtrent det dobbelte av sengetallet i sykehusene. Sykehjemmene er en nødvendig og integrert del av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, og et viktig tilbud til personer som har stort behov for heldøgns pleie og behandling.

Sykehjem er ikke et entydig begrep, men omfatter et stort spenn av ulike tjenester: langtidsplasser for personer med omfattende pleiebehov, enheter (vanlige og forsterkede) for personer med demens, korttidsplasser for avlastning, observasjon/utredning og opptrening/rehabilitering, palliative enheter for pasienter med særskilt behov for lindrende behandling, og KAD-avdelinger enten egne eller samlokalisert med sykehjem. Sykehjemmene huser ofte også dagplasser og andre aktivitetstilbud.

Sykehjemmene er bemannet med tverrfaglige team av helsepersonell inkludert sykehjemsleger som er ansatt enten i full- eller deltidsstilling. Tradisjonelt har dette vært en bistilling for fastleger, men i økende grad tilsettes nå fulltids sykehjemsleger, særlig i byene.

I mange distriktskommuner finnes sykestuesenger i tilknytning til sykehjemmene. Innføringen av KAD-senger i alle kommuner var inspirert av sykestuetenkingen. For en del pasienter kan det være

en fordel å unngå innleggelse i sykehus dersom utredning og behandling kan gis forsvarlig i primærhelsetjenesten, gjerne i nært samarbeid med helsepersonell i sykehuset.

Sykestuer, korttidsavdelinger, KAD-senger osv kan – når de er bemannet med nok helsepersonell med riktig kompetanse – være gode tiltak for å sikre primærhelsetjeneste-forankret utredning og behandling. Brukt riktig er dette bra, men dersom det fører til at f.eks. skrøpelige eldre pasienter som trenger (og ønsker) sykehusutredning ikke blir tatt imot på sykehuset, men heller innlagt på KAD er det et dårlig tilbud for disse pasientene. Eldre pasienter med sammensatte og ukarakteristiske sykdomsbilder blir i dagens fragmenterte sykehussystem dessverre ofte oppfattet som «hår i suppa», og havner i forløp med hyppige innleggelser, utskrivninger og reinnleggelser. Dette er uheldig for pasienten, for helsepersonell og for samfunnet (men premieres av DRG-systemet). Helsepersonellkommisjonen foreslår «en gjennomgang av DRG-takster for å se om takstene gir insentiver som ikke er ønskelige i lys av prioritering av helse- og omsorgstjenester».

Gjennomgangen av DRG-systemet bør ikke bare fokusere på unødvendige tjenester, men også på uhensiktsmessige pasientforløp, gjerne med spesielt fokus på skrøpelige eldre.

Samtidig er det nødvendig at sykehjem, omsorgstjenester, hjemmebasert omsorg, fastlegene og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten er rigget og kompetent til å gi gode, sammenhengende tjenester som i størst mulig grad kan forebygge behov for sykehusinnleggelse, enten personene bor hjemme eller på sykehjem. Forventningen om at flest mulig skal bo hjemme lengst mulig (hjemme eller flytte til omsorgsbolig som defineres som hjemme) krever en styrking – ikke en stagnasjon/reduksjon – av fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell i kommunene. Dette gjelder i alle typer kommuner, men jo lenger avstanden er til sykehus, jo mer kreves av helsetjenesten i kommunen.

Kombinererte stillinger

Vi mener at betegnelsen «hus- og hyttestillinger» er uegnet. Det gir assosiasjoner til at “huset” er der man egentlig jobber, og “hytta” er noe mindre viktig som man gjør på fritiden. Vi anbefaler å bruke begrepet “kombinererte stillinger” i fortsettelsen. Kombinerte stillinger finnes i mange ulike varianter både i kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner, og mellom nivåer og organisasjoner. Kombinerte stillinger er åpenbart en nødvendig del av både helse-, omsorgs- og utdanningssystemet.

Desentraliserte utdanninger

Kommisjonen gir en god og grundig beskrivelse av kompetansebehov, helseutdanningenes innretning, kvalifisering og opptak, rekrutteringsutfordringer, behovet og viktighet av desentraliserte studietilbud, kvalitet og kapasitet i praksisundervisning og læretid, forberedelse til turnusarbeid, samarbeid om utdanning og utvikling av fagmiljø som både kan utdanne og forske. NSDM støtter alle kommisjonens forslag til tiltak som handler om utdanning og kompetanseutvikling. Vi støtter særlig forslaget om å i hovedsak legge veksten i studieplasser i helse- og sosialfagutdanninger for aktuelle profesjoner til rekrutteringssvake distriktsområder.

Helsepersonellutdanningene skjer fortsatt hovedsakelig i universitetssykehusene der studentene møter den høyspesialiserte kompetansen, og ofte liten forståelse og anerkjennelse av generalistkompetanse i lokalsykehus og primærhelsetjeneste. Det er dermed ikke overraskende at de fleste nyutdannede sykepleiere og leger ønsker en sykehuskarriere. Forskning viser at studenter som får gjennomføre deler av studietiden utenfor universitetssykehus og universitetsbyer, og får lærings-

og praksiserfaringer fra primærhelsetjeneste og lokalsykehus i større grad søker seg til arbeid i distrikt.

Utrede ett nivå i helsetjenesten?

NSDM ser at troen på samling av helsetjenesten under *en* hatt ligger under i mange vurderinger. Uten en utredning vil dette alltid komme opp som en mulighet, og dermed kanskje bidra til at andre samhandlingsløsninger ikke blir tatt helt på alvor av alle aktører. Dersom det skal gjøres en slik utredning, bør målet være å finne ut hva som skal til for å utvikle en bred og god tjeneste for befolkningen i hele landet, med god forankring i lokalsamfunn og primærhelsetjeneste. En slik utredning bør også stille spørsmål ved det demokratiske underskuddet i foretakssystemet. Vi vil advare mot at en omfattende samling av alle helse- og omsorgstjenester (og kanskje sosialtjenester) skal kunne organiseres i et foretakssystem frikoblet fra lokal, folkevalgt styring.

Tanken på at ett nivå i helsetjenesten skal løse utfordringene kan være besnærende. Internasjonalt finnes tallrike måter å organisere helsetjenestene på, og det ser ikke ut til at det finnes *en* optimal løsning. Helsetjenestene er et komplekst system med ulike nivåer, oppdrag og populasjoner. Primærhelsetjenestens oppdrag er å fokusere på helhet, sammenheng, langsiktighet, funksjon, samarbeid med mange instanser i og utenfor helsetjenesten, mens spesialisthelsetjenestens oppdrag oftest er diagnosefokustert, kortsiktig, algoritme- og retningslinjestyrt, og med samarbeid først og fremst innenfor helsetjenestene. Denne kulturkollisjonen er blitt godt beskrevet av professor Anders Grimsmo (NTNU) (<https://www.ks.no/contentassets/68361d9199fc4691a86d99bcfcd09602/Anders-Grimsmo-Helhetlige-pasientforlop.pdf>). Det ene er ikke bedre enn det andre, men oppdragene er forskjellig, og organiseringen av tjenestene må anerkjenne og bygge opp under de ulike oppdragene. Uavhengig av organisasjonsform vil det uansett oppstå grenseflater både innad i systemet og mellom systemet og omverdenen. Disse grenseflatene må håndteres. Hvorvidt det er enklere under samme hatt eller under ulike hatter, er uvisst.

En eventuell utredning må ikke ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten som premissleverandør. Det er viktig å huske på at over 90% av befolkningens helsebehov ivaretas av kommunene og lokalsykehus sammen, og ikke av universitetssykehusene og de regionale helseforetakene. Det kommunale selvstyret er viktig for å sikre befolkningen lokalt tilpassede helse- og omsorgstjenester, og det er både udemokratisk og lite hensiktsmessig å etablere en overordnet struktur der den kommunale/lokale forankringen svekkes. Et eventuelt utredningsarbeid bør starte med en kunnskaps- og erfaringsinnhenting fra andre land (for eksempel Sverige, Danmark og Finland) der kommunene har en annen rolle enn i Norge.

Utredning av sykehusstrukturen

Et av Helsepersonellkommissjonens hovedforslag er utredning av en bærekraftig sykehusstruktur. De peker på at «*Utredningen bør også omhandle alternative løsninger til sykehus med akuttfunksjon som kan bidra til å opprettholde desentralisert døgnkontinuerlig spesialisthelsetjeneste (lokalsykehus med mer generalisert vaktberedskap). En fremtidig struktur må ta hensyn til avstander og reisevei for pasienter i distriktene for å sikre at de ikke får et svekket tilbud.*» og «*legge til rette for nye muligheter til å se på hensiktsmessige institusjonsstrukturer, herunder lokalsykehus og sykehjem.*»

Opp gjennom årene har det vært gjort flere utredninger med tanke på funksjonsfordeling og sentralisering av sykehustjenester og akuttfunksjoner. Det skaper alltid opphetede debatter. Et viktig

budskap fra NSDM er at endringer som gjøres i en del av tjenesten, alltid vil påvirke andre deler. Det betyr at sykehusstrukturen ikke kan utredes uten at hele primærhelsetjenesten også tas med i bildet, og at alle relevante medaktører er tett involvert og integrert i prosessen fra starten av. Vi noterer oss at sykehjemmene regnes inn som en del av institusjonstjenesten som kan bufre sykehusene. Dersom utgangspunktet i en slik utredning er sykehusperspektivet, vil den trolig ikke gi gode, helhetlige løsninger. Pasientene forsvinner ikke selv om man flytter på funksjoner. Styrking av generalistkompetanse og målrettet vurdering av kompetansebehov og (lokal)befolkningens behov er en forutsetning for å lykkes med vesentlige endringer.

Vi støtter kommisjonens anbefaling om å bygge helsetjenestene nedenfra, men samtidig kan det være hensiktsmessig å skape en nettverksmodell snarere enn en hierarkisk struktur.

Programforslagene

Kommisjonen foreslår et *program for effektiv organisering og oppgavedeling*. Dette ser de for seg som en utvidelse av Tørn-prosjektet. Videre foreslår kommisjonen et *forskningsprogram for ny teknologi og innovative arbeidsprosesser*. NSDM er tilhenger av begge program. Videre vil vi understreke at begge program bør inkludere forskning og produksjon av praksisrelevant evidensbasert kunnskap.

Programmet for effektiv organisering og oppgavedeling beskrives ikke i utgangspunktet som et forskningsprogram, men vi mener det vil være viktig å sikre at aktuelle tiltak prøves ut innenfor rammen av et forskningsdesign som gjør det mulig å evaluere effekter og hensiktsmessigheten av etterfølgende nasjonal utbredelse.

Vi vil også påpeke at det er viktig at helsetjenestene i distriktskommuner inkluderes i disse programmene. Tjenestene i sentrale og mindre sentrale strøk er ofte ulike, og gode grep ett sted gir ikke nødvendigvis de samme virkningene et annet sted som har andre forutsetninger. **For å sikre en bærekraftig og framtidsrettet utvikling av effektive helsetjenester i både by og bygd, er det viktig at det legges til rette for forskning som treffer de ulike utfordringene.**

Vennlig hilsen



Anette Fosse

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway
www.nsdm.no
Phone: +47 91622312