

## Til Helse Nord RHF

### Høringsuttalelse Tiltaksplan 2014-2016 for kompetanseutvikling i kjølvannet av samhandlingsreformen.

Helse Nord RHF har sammen med KS Nord-Norge gjennomført utredningsprosjektet "Kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen". Prosjektet er gjennomført i 2 faser: Fase 1: Statusbeskrivelse av kompetanseutfordringer. Rapport 3. september 2012. Fase 2: Tiltaksplan 2014-2016. Rapport 30. april 2013, som nå er på høring.

#### Innledende betraktninger

Overordnet er tiltaksplanen omfattende og rommer et betydelig arbeid fra de fem arbeidsgruppene, som igjen er bredt sammensatt. Arbeidet er tydelig forankret i en nordnorsk kontekst ved at småkommunene får spesiell oppmerksomhet (55 av i alt 88 kommuner har under 5000 innbyggere). Mange virksomhetsnære høringsinstanser er invitert inn som deltagere i arbeidet. En slik deltagende metodikk støttes helhjertet. Mange av forslagene forutsetter videre utredninger, gjennomganger og årlige konferanser, og vil innebære et betydelig oppfølgingsarbeid. En strammere tekst og tydeligere prioritering kunne imidlertid hjulpet høringsinstansene i sitt arbeid. Det er et problem at del forkortelser er uforklart, blant annet er SAK og ABIKO er ukjente for oss. Begrunnelse for den korte virkeperioden (to år) savnes også.

NSDM ønsker å gi innspill under følgende overskrifter:

- Kompetansefelt
- Likeverd i strukturene rundt samhandling
- Små kommuner
- Desentralisert utdanning

#### Kompetansefelt

Noen avgjørende rammer er lagt av Styringsgruppen, som avgrensningen til bare ni kompetansefelt og diagnosegrupper: Folkehelsearbeid, geriatri, habilitering/rehabilitering, rus, diabetes, psykiatri, kreft, smittevern, KOLS. Denne utvelgelsen passer dessverre ikke helt med Helsedirektoratets utvalg i rapporten *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten (2012)*, slik det er angitt i ved Tiltaksplanen. Diagnoseavgrensningen synes styrt av undersøkelsen i Fase 1 der man i hovedsak synes å ha basert seg på synspunkter fra kommuneledelsen, og ikke fastleger eller annet helsepersonell i klinisk virksomhet. Utvalget i tiltaksplanen utelukker f.eks. hjerte/karlidelser. Gruppe 5 sine forslag til tiltak for å bedre leger i primærhelsetjenesten synes også styrt av Styringsgruppens utvalg og kan derfor ha gått glipp av viktige kompetansefelt som klinikerne ute i praksis er opptatt av. Dette er et metodisk forhold som burde vært tydeliggjort.

Gruppe 1 har på sin side utvidet kompetansefeltene ved å inkludere akuttmedisin ut fra at det satsningsområde som styrkes på nasjonalt plan nå som man bør følge opp regionalt. Med en sykere pasientgruppe på institusjonene utenfor sykehus vil frekvensen og mangfoldet av akutte forverringer og komplikasjoner sees hyppigere her. Dette krever spesiell kompetanse, ofte i tverrfaglige team med ansatte i både primær og spesialisthelsetjenesten (bil-,båt-,luftambulansse, samt psykisk helsevern). Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus har et klart "skal-krav" om trening i samhandling (§4). Dette kompetansehevingskravet er ikke prioritert Tiltaksplanen selv om Tiltaksområde 2 har listet opp både tverrprofesjonelt samarbeid og akuttmedisin.

# Nasjonalt Senter for DistriktsMedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

## Likeverdig samhandling

Tiltaksplanens vektlegging av småkommuner, pasientsentrerte helsetjenester og leger i primærhelsetjenesten fremstår som viktige grep. Kompetanseheving i helseforetakene, slik det er formulert på side 5, pkt. 1.1., kunne imidlertid vært løftet frem på en måte som tar tak i en grunnleggende utfordring vi ser for god samhandling: mangel på likeverd mellom 1. og 2. linjen.. Læring i grupper skjer best settinger basert på likeverd. Intensjonen i rapporten er god: *“Kompetansebehovet gjelder også helseforetakenes forståelse for oppgaver og arbeidsmåter i førstelinjen.”* De mange forslagene til gjensidig informasjonsdeling og læring virker gjennomtenkte, men vil sannsynligvis ha større effekt dersom de ble gjennomført på kommunehelsetjenestens premisser, i deres lokaler og kontekst og ikke i helseforetakenes. Det kan imidlertid vanskelig gjennomføres med dagens bevilgninger og krever ekstra ressurser til kommunene, til kommuneovergrepene og ikke minst krever det solid oppslutning fra både kommunens og helseforetakenes ansatte.

## Utfordringer i små distriktskommuner

I Tiltaksområde 4, om småkommunene, finner vi noen inkonsekvenser. Det fremheves at forskning viser at andelen faglærte i pleie og omsorg er høy i småkommuner, men allikevel skrives det at det er et kompetansegap mellom store og små kommuner. Hvilke yrkesgrupper sikter man til da? Vi ønsker at diskreditering av små kommuner bør skje med forsiktighet og forskningsbasert. Videre støtter vi strategien om å bygge fagnettverk, men vil advare Helse Nord og KS mot å legge press på kommunene til å flytte tilbud ut av kommunene. For eksempel kan påtvungne interkommunale legevakter i velfungerende små kommuner innebære svekket akuttmedisinsk kvalitet for distriktsbefolkninger i randkommunene, og de er ikke vist å sikre at fastlegen deltar i vaktordningene i høyere grad. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin advarer nå mot for store interkommunale legevaktssamarbeid. Slike strukturelle grep krever en grundig ROS analyse laget i samarbeid mellom Helseforetak og kommuner. Sannsynligvis vil økt antall fastleger i kommunene som en følge av økt oppgaveportefølje, redusere behovet for storstilt sentralisering av legevaktstjenestene da pasientene skal få behandling der de bor. I framtiden, med bedre legedekning, samhandling og organisering, bør oppgaver som i dag ofte forskyves til legevakten kunne avklares på dagtid.

## Satsing på utdanning desentralisert

Fastleger og sykepleiere er gruppene vi ser som de mest kritiske for god gjennomføring av Samhandlingsreformen. NSDM vil rose beskrivelsen av forhold rundt desentralisert utdanning og støtter strategiene for styrking og videreføring av dette. Rapporten referer i liten grad til igangværende og vellykkede tiltak, slik som utplassering av medisinstudenter i lokalsykehus og allmennpraksis i nordnorske distrikter ved Universitetet i Tromsø. Dette har pågått i 40 år, og det arbeides nå med opplegg for tidligere og mer gjennomgående utplassering ved revisjonen av den medisinske studieplanen i Tromsø. Dette er i samsvar med nyere internasjonale erfaringer der en satser på involvering ikke bare av helseinstitusjoner, men også av lokalsamfunn generelt i utdanning av helsepersonell, leger innbefattet (*“Community Engaged Medical Education”*, f.eks. ved kanadiske Northern Ontario School of Medicine, NOSM ).

Kultursensitivitet, kommunikasjon, samt de nye områdene (s. 50) planen hentet fra Stortingsmelding 13 Utdanning for velferd, vil kunne styrkes ved å skape læringsarenaer desentralisert, gjerne ved at helsefag- og medisinstudenter er ute samtidig, på samme sted. Etter vår mening kreves særskilte midler, øremerkede eller søknadsbaserte, som kommuner og praksissteder kan få tilført for å utvikle og vedlikeholde gode praksisplasser der samhandlingskompetanse kan læres. Allmenlegekontorer, sykestuer, intermedisæravdelinger, og sykehjem vil være gode steder for å få dette til. Dette krever friske penger, særlig i startfasen. All internasjonal forskning så langt viser at dette vil fungere

# Nasjonalt Senter for DistriktsMedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

rekrutterende og stabiliserende for nyutdannet helsepersonell, og det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt på lengre sikt. NSDM er enige i at det er behov for mer forskning om desentralisert utdanning og også i primærhelsetjenesten generelt. Det er imidlertid skuffende at man da ikke kommer med forslag til tiltak, når rapporten så tydelig erkjenner denne mangelen.

Tromsø 31. august 2013

Helen Brandstorp  
(daglig leder)

Ivar J. Aaraas  
(faglig leder)