



Helse Nord RHF
Postboks 3230
8038 BODØ

Att.Halvor Hygen

Deres ref:
2022/768-1/273

Vår ref:
2023/438-10

Saksbehandler:
Trine Lise Dyngeland

Dato:
15.02.2023

Høringsinnspill fra UNN HF - Strategi for personell utdanning og kompetanse i Helse Nord

Universitetssykehuset Nord-Norge HF takker for muligheten til å gi innspill på utkastet til delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord.

Høringsrunden internt i UNN HF har vakt stort engasjement, og det har kommet inn mange innspill fra ulike enheter. Her følger et sammendrag med hovedpunktene inkludert.

Strategiutkastet inneholder mange gode og fornuftige tanker om hvordan Helse Nord skal jobbe framover;

Det legges vekt på digitalisering, teknologi og lederutvikling, samt fagets betydning for identitet og det å beholde kompetanse. Det er spennende at det påpekes at vi trenger mer kunnskap om hva som påvirker valg av utdanning og jobb. Høykompetanse nevnes, samtidig kommer det tydelig frem at et team må bygges rundt pasienten ut fra personellets kompetanse. Simulering som pedagogisk metode trekkes frem flere steder i utkastet. Ledelse utheves som et fag. Det er svært positivt at strategien fokuserer på at pasienter og brukere skal delta mer aktivt i behandling og oppfølging av egen helse. Vi støtter punktet om desentralisert utdanning. Beskrivelsen av utfordringer og utviklingstrekk oppfattes som en god og nyttig beskrivelse.

Vi svarer punktvis;

1) Er styringsmålene som foreslås riktige? Er det behov for endringer eller tillegg?

- a. Hovedområdene sammen med styringsmålene virker godt tilpasset behovene vi ser for regionen fremover. Det er kommet forslag om at profesjonalisering av rekruttering bør være et tiltak under et annet styringsmål heller enn et eget styringsmål, og at styringsmål 6 bør fokusere på stabilisering.

Stabilisering bør generelt være mer gjennomgående i både styringsmål og innsatsområder.

Vi ser ellers ikke at det er behov for endringer eller tillegg.

- b. Vi anbefaler en mer pedagogisk fremstilling av hvordan hierarkiet mellom innsatsområder, styringsmål og «områder» (s 9 første avsnitt) henger sammen. I tillegg trengs tydelige definisjoner på disse begrepene, og ensartet bruk gjennom dokumentet. Hvordan henger «de fire områdene» sammen med delstrategien i forhold til handlingsplaner, oppdragsdokument og langtidsplan, som nevnes på s 9?

I tillegg kan det være nødvendig med noen begrepsavklaringer og ytterligere referansetilknnytning for at dokumentet skal kunne leses entydig.

2) Er innsatsområdene for å nå målene riktige? Er det behov for endringer eller tillegg?

- a. Det er noe uklart hva som faktisk er innsatsområdene. Er det punktene i rammer på slutten av hvert delkapittel i kap 6, 7, 8 og 9? Vi er enige i at disse punktene er gode tiltak for å nå målene. I tillegg har vi noen forslag til endringer og tillegg.

Det bør være et innsatsområde som fokuserer på forbedringsarbeid. Det kan også være et innsatsområde som sier noe om hvordan vi skal redusere rapportering og prosedyrer.

3) Øvrige innspill til innholdet i høringsutkastet

- a. Vi foreslår at tittelen byttes til «Kompetanse og læring i fellesskap», og at «Her betyr du mer» brukes som undertittel, gjerne med en fotnote som forklarer i hvilken sammenheng – som en del av spesialisttjenesten, som en del av Helse Nord, som en del av hva?
- b. Jmf langtidsperspektivet på delstrategien frem mot 2038, er det riktig årstall som står på forsiden?
- c. I avsnitt under kap. 1 poengteres det at utdanning og opplæring er en av hovedoppgavene for Helse Nord (s. 2). Her nevnes en påstand om at man som fagfolk ved sykehusene i nord får ta del i et større spekter av faglige utfordringer enn andre steder. Dette bør enten begrunnes eller tas bort.
- d. I kapittel 2 bør formålet med delstrategien tydeliggjøres. I tillegg må «delstrategi» eller «strategi» benyttes konsekvent gjennom dokumentet. Hvordan utgjør denne delstrategien en del av strategien?
- e. Kap 2, s 3, i forhold til overordnet målsetting - Forskjellene mellom forebygging (forhindre at en blir syk/skadet) og det å «helsefremme» (bedre helsen fra utgangsnivået) er det viktig at det skilles på. Det kan, som her i strategien, se ut til at en mener å dekke forebygging inn i begrepet "helsefremmende".

- f. Bildet på side 4, kapittel 3, bør få en tydeligere plass i forhold til sammenhengen i dokumentet hvis det skal inkluderes.
- g. Vi har mange elever i praksis i våre helseforetak. De må også nevnes. Dette gjelder jevnt over i utkastet. I tillegg må videregående skole inn i kapittel 5 om Utdanning og kompetanse, avsnitt 3. UNN har elever i praksis i blant annet helseservicefag, helsesekretær, ambulansefag og helsearbeiderfag, men også elever på restaurant og matfag.
- h. Kapittel 6 oppleves som litt ustrukturert fremstilt. Her kan det være vanskelig å holde tråden i delkapitlene.
- i. Det trekkes frem at «god regional koordinering og utvikling av nye praksismodeller blir derfor viktig» (kap 6, s 10, avsnitt 4) - her bør det legges til at praksismodellene må ha god kvalitet.
- j. Til tekstboks 'Strategisk kompetanseplanlegging satt i system', side 11, pkt 3: «Utarbeide oversikter over sårbare fagmiljø og iverksette rekrutteringstiltak»
Til dette punktet kan det føyes til: Hvert fagområde kan definere spesielt sårbare områder som det er ønskelig å satse på.
- k. Kap 6.3., figur s 14 pkt 4 – nye veiledningsmodeller er også aktuelt å nevne i denne sammenheng.
- l. Kombinerte stillinger er trukket frem i kap 6.3. Det kan være uheldig å bruke dette begrepet da man låser seg til en type stillinger vi kun har i samarbeid med universitetene. Vi anser det som viktig at foretakene ser mulighetene som finnes i å etablere andre type gode pedagogiske stillinger/dedikerte stillinger for helsefagområdene, slik som utdanningsansvarlige overleger.
- m. Kap 6.4 – figur øverst s 15 – simulering har et mye bredere innhold enn «samhandling i akutte og komplekse situasjoner».
- n. For å klargjøre formål og metode ved samvalg enda tydeligere, foreslår vi følgende forbedring i kapittel 6.5 Mer aktive pasienter, side 16;

Opprinnelig tekst:

*«Med samvalg menes det at pasienten aktivt inviteres til å delta i egen behandling ved å være delaktig i bestemmelsesprosesser for diagnostikk, utredning og behandling.
For at et behandlingsvalg skal være et samvalg, kreves det at pasienten informeres om fordeler, ulemper og risikoer ved valg, slik at de kan medvirke som en likeverdig part i pasientforløpet, og ta beslutningen sammen med klinikerens.»*

Forslag til ny tekst:

«Samvalg er en etablert metode for aktiv involvering av pasienten i avgjørelser om behandling i helsetjenesten. Formålet er å styrke og gi pasienten økt innflytelse ved å trekke fram hva som er viktig for den enkelte. Ved samvalg får pasienten informasjon om fordeler og ulemper ved ulike alternativer og vurderer disse opp mot hverandre med støtte av helsepersonell, slik at de kan ta beslutningen sammen.»

- o. Kap 8, Pkt. 8 i tekstboks side 21; «Skape mer rom til å utøve ledelse og forenkle arbeidsprosesser» bør konkretiseres ytterligere.
- p. Kap 9 – her kan begrep som «faglig integritet/identitet» og «yrkesstolthet» passe å legge inn.

Kapittelet beskriver en del sentrale forhold ved HMS og arbeidsmiljø, men delvis stykkevis og delt, og det mangler viktige aspekter. En bør tydeligere peke på HMS og arbeidsmiljøets generelle betydning og rolle for alle ansatte, samt hva som faktisk inngår i begrepene. Den her nevnte skjevheten er spesielt tydelig i de 7 punktene på side 23 – ingen punkter peker på det i alle fall kvantitativt viktigste: viktigheten av god HMS/ godt arbeidsmiljø. I tillegg bør delstrategien nevne arbeidet med oppfølging av sykemeldte, og lederes mulighet til å følge opp.

- q. Under avsnittet «Kompetanseutvikling, karriere- og lønnsmuligheter» s 22 nevnes ikke lønn eller karriere.
- r. Siste avsnitt s 22 angir at «Helseforetakene skal videreutvikle konkrete tiltak for inkludering, både i rollen som arbeidsgiver og som tjenesteyter.». Det kan bli uryddig å blande rollene som arbeidsgiver og tjenesteyter i delstrategien. Det blir uklart om tiltakene retter seg mot arbeidsgiver-rollen eller tjenesteyter-rollen, målgruppen for tiltakene og hvem som skal gjennomføre de blir uklare.

Generelle kommentarer:

- s. Lege og sykepleier har stort fokus i utkastet – de er viktige, men kan ikke gjøre sin jobb uten støttepersonell. Vi har som kjent blant annet stor mangel på bioingeniører, og trenger flere lærlinger og helsefagarbeidere – det er viktig at delstrategien viser bredden av behovene som allerede er, og som kommer til å vise seg enda tydeligere fremover. Rekruttering og stabilisering må skje bredt.

De medisinske teknologiske avdelingene bør fokusere på stabilisering av personell gjennom omdømmebygging, kompetanseplaner og interne og eksterne utdanningsprogram. Ved kreativ tenking og innarbeidet fleksibilitet vil jobbglidninger innad i avdelingen styrke fagfeltet, både individuelt og i avdelingens samlede kapasitet til å håndtere de arbeidsoppgaver som skal håndteres.

- t. Mye av dokumentet omhandler ressurs-/bemanningsknapphet, og hvordan man skal løse dette. Det er imidlertid ingen henvisninger til det betydelige overforbruket av unyttige helsetjenester på alle nivåer. Det forbrukes stadig mer ressurser pr. levert helsetjeneste i form av personell, forbruksmateriell, diagnostikk etc.; og denne utviklingen mot stadig mer defensiv medisin må adresseres før man kan få bedre balanse mellom ressurser og oppgaver.
- u. Det bør poengteres at både faglig og administrativ ledelse er viktig.
- v. Det savnes mer konkrete beskrivelser av aktuelle rekrutteringstiltak.
- w. Akademisk kompetanse er viktig kompetanse på helseforetakene, ikke bare på universitetene.
- x. Jobbglidning bør beskrives. Det kan være en endret oppgavefordeling mellom profesjoner, slik at vi bruker den kompetansen som er en mangelvare på de oppgavene som er unike for denne profesjonsgruppen, samt bruke andre profesjoner i stillingshjemler.
- y. Det er viktig å oppfordre til samarbeid i hele Helse Nord, slik at helseforetakene ikke konkurrerer internt om den samme kompetansen. I dette ligger også samarbeid om å utdanne legespesialister og utnytte alle læringsarenaene i Helse Nord.
- z. Det bør nevnes at teknologi må brukes til rett tid på rett sted i tråd med behovene. Ikke alt kan erstattes av teknologi, men det vil kunne utgjøre et viktig supplement til de helsetjenestene som gis. I dette ligger også at helseforetakene må ha mulighet til å investere i, og utvikle, teknologi, i et tett samarbeid med Helse Nord IKT.

Dette inkluderer også å bygge opp samarbeidet mellom teknologer og klinisk personell, samt å markedsføre ingeniørfag i medisinsk teknologi som et viktig og spennende område.
- aa. Mulighet for faglig fordypning og deltakelse på kurs, konferanser, i forskningsaktiviteter osv. vil kunne være konkrete stabiliserings- og kompetansetiltak.

På vegne av Universitetssykehuset Nord-Norge HF,

Med vennlig hilsen

Heidi Høifødt
Avdelingsleder, Klinisk Utdanningsavdeling

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

—