

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 15.09.2022

Vår ref.: 22/05150
Deres ref.: 22/2404-

Saksbehandler: Guro Schjelderup

Nasjonal helse- og samhandlingsplan - Invitasjon til å gi skriftlige innspill. Svar fra Fakultet for helsevitenskap, OsloMet

Fakultet for helsevitenskap ved OsloMet – storbyuniversitetet takker for invitasjonen til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Fakultetet er opptatt av utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i Norge, med sømløse pasientforløp og gode tjenester.

Da invitasjonen kom i en periode med ferieavvikling og studiestart har imidlertid bare noen få fagmiljøer ved fakultetet hatt mulighet til å gi sine innspill. Dette innspillet til Nasjonal helse- og samhandlingsplan er derfor knyttet til fagmiljøer ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid og Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, og ikke hele bredden av fakultetets fagfelt.

Førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Avdeling for prehospitalt arbeid:

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

1. Vi må ha transparente prioriteringer av ressurser slik at prioriteringene og avgjørelsene ikke blir "dyttet nedover i systemet" og utført spontant av de sykepleiere, leger, helsefagarbeidere og annet helsepersonell som "jobber på gulvet". I dag må de som jobber nærmest pasientene i stor grad gjøre vanskelige og harde ad-hoc prioriteringer uten at de får støtte til å drøfte de etiske, praktiske og økonomiske konsekvensene av dette. Slike ad-hoc prioriteringer vil kunne gi urettferdige fordelinger av ressurser og føre til økt sosial ulikhet i helse.

2. Pårørende er viktige ressurser for mange grupper og de bruker mye ressurser på å forsøke å medvirke. De evner ikke alltid å snakke et språk/formulere seg på måter som helsepersonell forstår nytteverdien av. Derfor bruker de unødvendig mye ressurser som gir liten gevinst for dem selv, pasienten eller helsetjenesten de forsøker å bistå.

Hvilke tiltak er aktuelle?

1. Politiske og faglige diskusjoner om prioriteringskriterier og hvilke etiske/juridiske/filosofiske prinsipper disse prioriteringene hviler på.

Helseutdanningene må fokusere på at velferdsstaten forutsetter rettferdig prioritering. Vi er ikke lenger der at alle kan få alt.

Praktiske prioriteringsveiledere til bruk i opplæring og klinisk bruk.

Begrepet "forsvarlig" helsehjelp trenger å diskuteres. Hva er forsvarlig helsehjelp når man må prioritere noe på bekostning av noe annet? Forventningene til hva som er innenfor "forsvarlig" har flyttet seg gjennom de siste tiårene. De ansatte må ikke bli stående alene om å ta kritikken og belastningen rundt hendelser som oppstår på

Postadresse
PB 4. St. Olavs plass, 0130 OSLO

Telefon
67 23 50 00

Fakultet for helsevitenskap

Besøksadresse
Pilestredet 46

grunn av nødvendige ad-hoc prioriteringer når det er knapphet på ressursene og prioriteringene "dyttes" nedover i "systemet".

2. Pårørende koordinatorer i kommunen kunne vært et tiltak å utrede. En person som hadde som rolle å støtte og hjelpe pårørende. Pårørende med svak helsekompetanse kan f.eks. ha nytte av en pårørende koordinator som forsøkte å forstå deres behov og "oversette" dette til et "språk" eller en formell søknad som blir forstått av helsevesenet. Jeg tror at helsepersonell er for opptatt av alle arbeidsoppgavene de må fordele seg på og opptatt av å skjerme seg selv og sin arbeidsplass mot flere oppgaver. Derfor kan det være behov for en nøytral part som er "bindeleddet" og "oversetteren" mellom to parter med ulike interesser.

Pågående arbeid og gode eksempler

SEVPRI-prosjektet ved Avdeling for Helsetjenesteforskning ved Akershus universitetssykehus holder på et med forskningsprosjekt som forsøker å definere begrepet "alvorlighet" innen helseprioriteringer. Det pågår noe forskning om forsvarlighetsprinsippet for sykepleiere.

Professor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Avdeling for familiens helse:

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- a) Tjenestene er fragmenterte og uten sammenheng mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette ble også påpekt i stortingsmelding 12 «En gledelig begivenhet» om sammenheng i fødsels- og barselomsorgen fra 2009.
- b) Sykeliggjøring og overmedisinering av kvinner i fødsel
- c) Mangel på differensiering i fødetilbudet (det gir bedre resultater når kvinner uten risiko får et eget tilbud, ikke ha et tilbud som skal favne alle, det fører til flere intervensjoner)
- d) Mangel på reelt valg av fødested. Manglende tilbud om jordmordrevne fødestuer i storbyene, og jordmorhjelp ved hjemmefødsler.
- e) Sentralisering, store enheter, nedleggelse av fødetilbud i distriktene som reduserer valgfriheten og fører til at flere får lengre reisevei til fødested.
- f) Mangel på jordmødre og gynekologer over hele landet. Personellflukt fra store fødeenheter til fordel for primærhelsetjenesten. Det nytter ikke å øke utdanningskapasiteten når de ikke holder ut i jobb.
- g) Barselomsorgen. Nedprioritering av og økende ulikhet i barselomsorgen. Lite samhandling mellom primær og spesialisthelsetjenesten.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- a) Innfør intensjonene i stortingsmelding 12. Meldingen er bygd på forskning, erfaring og brukernes behov, det har forsterket seg siden meldingen kom i 2009.
- b) Pålegge helseforetakene å beholde, eventuelt bygge ut fødetilbud i distriktene. Lovfeste kvinners rett til å føde mindre enn en times reisevei fra hjemmet
- c) Sikre driften av fødestedene ved å sørge for gode rekrutteringstiltak i offentlig sektor som vil hindre lekkasje til private aktører. Jordmødre må få en lønn de kan leve av og en arbeidstid de kan leve med, innføring av 30 timers arbeidsuke vil gjøre full stilling til en reell mulighet. Det vil også tilføre flere jordmødre som kan sørge for personlig tilpasset omsorg. Det vil også sikre bedre praksisopplæring og bedre utdanningskapasitet.
- d) Opprette jordmorstyrte lavrisikoenheter (alongside midwifery units) ved alle kvinneklinikkene. Friske gravide som ikke ønsker medisinsk innblanding i fødselen, bør få gode jordmordrevne tilbud som legger til rette for dette som ved ABC enheten OUS, Storken ved Haukeland, Fødeloftet ved SuS. Det vil dessuten frigjøre plass og legers oppmerksomhet til de kvinnene som ønsker eller trenger medisinsk hjelp.

- e) Kløften mellom helsetjenesten i sykehus og kommuner må tettes, helseforetaksloven har gjort denne kløften vanskeligere å komme over.
- f) Barselomsorgen: utvikle systemer som sikrer samhandling ved overgangen mellom sykehus og kommune. Døgnåpen helsestasjon, for eksempel ved interkommunalt samarbeid: Utnytt fødejournalsystem eks Partus bedre så det også kan brukes i kommunene for å sikre informasjonsflyt.
- g) Innfør offentlig tilbud om jordmorhjelp ved hjemmefødsel.

Pågående arbeid og gode eksempler

- a) ABC - enheten ved Ullevål sykehus, OUS gir et tilbud som er helt i tråd med hva forskning anbefaler, med kontinuitet og sammenhengende omsorg, hva jordmødre erfarer er bra, hva brukerne etterspør.
- b) Helgelandssykehuset, Sandnessjøen sykehus har avtale med flere små nabokommuner om å tilby jordmor som følger opp kvinner gjennom svangerskapet og hjemmebesøk etter fødsel, og sørger derved for en sammenheng i omsorgen, som det ble anbefalt i stortingsmelding 12. Samtidig er det en god utnyttelse av de beste fagressursene til formålet.
- c) De frittstående fødestuene er også et gode eksempler på sammenhengende tjenester.

Førsteamanuensis ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, Avdeling for fysioterapi:

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Under de foreslåtte temaene 'digitalisering' og 'personell og kompetanse' vil det være viktige utfordringer å drøfte i den kommende meldingen. Digital teknologi er allerede i betydelig grad brukt på flere områder i helsetjenestene, en utvikling som bare vil akselerere. Dette stiller krav til den digitale kompetansen til helsepersonell, som går ut over det rent tekniske. På samme måte vet vi at store pasientgrupper har problemer med å kommunisere på digitale plattformer, noe som kan hindre optimale helsevalg. Den digitale omstillingen av helsetjenestene stiller store krav til at helseutdanning leverer digitalt kompetente kandidater til arbeidsmarkedet, og at eksisterende helsepersonell får muligheten til å oppdatere og oppgradere den digitale kompetansen i utdanningssystemet. Denne utviklingen vil kreve mer- og nærmere samhandling mellom helsetjenestene og helseutdanningene.

Hvilke tiltak er aktuelle?

En rekke tiltak bør være aktuelle. Det er behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om den digitale kompetansen i helsetjenestene og i helseutdanning. Videre er det behov for å mer gjennomgående implementere digitale metoder, temaer og kompetanse i helseutdanningene, og at dette ses i nær sammenheng med helsetjenestenes kompetansebehov.

Studieleder ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, Avdeling for masterspesialiseringer:

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Ett av temaene som er nevnt i utarbeidningen av ny plan er "Personell og kompetanse". Utfordringen knyttet til sykepleiemangel kommer stadig opp, og det må komme andre og nye blikk på hvordan man skal kunne komme videre i denne debatten, utenom at oppgavene skal "delegeres" til helsefagarbeidere. Det tverrfaglige fokuset må få et reelt løft.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Det finnes helsearbeidere i samfunnet i dag som har problemer med å få jobb i helsetjenesten, som f.eks. fysioterapeuter. De har en kompetanse som ikke er utnyttet i stor nok grad innen f.eks. tema knyttet til aldring og helse, trening og forebygging og ikke minst i rehabilitering. Kliniske ernæringsfysiologer, ergoterapeuter og

sosionomer er også yrkesgrupper som har en spesialkompetanse som kan bli utnyttet enda bedre både i sykehus- og kommunehelsetjenesten der sykepleiemangelen er stor. Det skal ikke være profesjonskamp, men det er mange oppgaver som sykepleiere gjør i dag, som andre yrkesgrupper har spesialkompetanse på og som altså bør kunne utnyttes bedre.

Professor ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, Avdeling for masterspesialiseringer:

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Smertetilstander som hodepine og andre uspesifikke smertetilstander i nakke, knær, rygg hos barn og unge og hvordan smerter er assosiert med psykiske plager i form av symptomer på angst og depresjon.
- Barn og unges økende bruk av smertestillende for uspesifikke smerter og hodepine (ref. Ungdata 2022).
- Manglende forskningskunnskap om barn og unges helsekompetanse, dvs. kompetanse i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon generelt og knyttet til psykisk helse og muskelskjeletthelse og -plager spesielt.
- Manglende kunnskap om effektive tiltak for å forebygge og behandle muskelskjelettplager hos barn og unge.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Bedre kompetanse i skolehelsetjenesten og primærhelsetjenesten på muskel- og skjelettsmerter og sammenhenger mellom smerte og psykiske plager og livskvalitet, slik at barn og unge kan få helhetlig vurdering og oppfølging.
- Økt tverrfaglig innsats og samarbeid mellom skolehelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å forebygge og behandle muskelskjelettplager og fremme god muskelskjeletthelse hos barn og unge.
- Tettere samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen for å integrere helsekompetanse i det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring i relevante fag og kompetansemål på alle trinn.

Pågående arbeid og gode eksempler

Flere prosjekter jobber med å øke kunnskapen på feltet, blant annet HEYoung studien (<https://www.muskhealth.com/heyong>) og MUSKHEL (<https://www.muskhealth.com/muskhel>)

Med hilsen

Gro Jamtvedt
dekan

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

Kopi til

Gro Jamtvedt, Fakultet for helsevitenskap
Linda Teigland Helgesen, Fakultet for helsevitenskap