



Deres ref.:  
13/2610

Vår ref.:

Dato:  
27. juni 2013

## Høring – Kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen

### 1. Gi dine overordnede synspunkter på strategi- og tiltaksplan, og konkrete synspunkter på de foreslåtte tiltak/tiltaksområde.

Vi vil berømme Helse-Nord og KS Nord-Norge for å ha tatt tak et viktig område og gjort enn bred utredning gjennom statusbeskrivelse av kompetanseutfordringer og tiltaksplan. Rapportene inneholder til dels gode beskrivelser av utfordringsbildet og angir mange alternativer til tiltaksmuligheter.

Vi savner en definisjon av hvilket kompetansenivå kommunehelsetjenesten skal tilstrebe. Det er avhengig av hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten skal overta fra sykehusene. Med andre ord savner vi en mer overordnet diskusjon om ansvars- og oppgavedeling og på hvilke arenaer dette skal avgjøres. Vi savner drøfting av hvordan kontinuerlig dialog om oppgavedelingen mellom kommunene og sykehusene og mellom tjenesteyterne i kommune og sykehus kan foregå. I dag finnes ingen definerte arenaer for slik dialog mellom leger i kommunehelsetjenesten og sykehusene.

Rapporten omtaler rekrutteringsutfordringer, men legger størst vekt på kompetanseutfordringer. Det er viktig å understreke at kompetanseøkning i liten eller ingen grad medfører kapasitetsøkning. Helsearbeidere inkludert fastleger i kommunehelsetjenesten, har allerede en lang arbeidsdag og full avtalebok. Å få kompetanse til å løse nye oppgaver medfører ikke at eksisterende oppgaver faller bort. Skal man lykkes med oppgaveoverføringen i samhandlingsreformen må man få flere helsearbeidere inkludert fastleger.

Samhandlingsreformen innebærer «jobbglidning» mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. I rapporten diskuterer måter å øke kompetansen for alle typer helsepersonell. Det kan synes som om realkompetanse per se er det viktigst og ikke hvorvidt kompetanse er formalisert. Vi vil advare mot jobbglidning fra faglært/autorisert helsepersonell til ufaglært/uautorisert helsepersonell. En ambulansesjåfør kan nok lære mange prosedyrer i akuttmedisin men må aldri bli ansvarlig for medisinske vurderinger som diagnostikk og behandling. Medisinske vurderinger og avgjørelser må fortsatt tas av ansvarlig lege.

- 2. Hvilke kompetanseområder og personellgrupper er mest kritisk for gjennomførings av reformen, sett fra din institusjons/din kommunes, eller organisasjons ståsted? Ta gjerne utgangspunkt i fagområder/tjenestetilbud og / eller personellgrupper, eks. kreft, rehabilitering, sykepleiere, fastleger oa. Prioriter de mest kritiske kompetanseområder og personellgrupper i innbyrdes rekkefølge.**

Samhandlingsreformen innebærer at diagnostikk, behandling og rehabilitering som gjøres i sykehusene i større grad skal gjøre i kommunehelsetjenesten. I tillegg vil kommunehelsetjenesten få større omsorgsoppgaver som følge flere eldre og flere med både behandlings- og omsorgsbehov som skal behandles i kommunehelsetjenesten.

Kompetanse på diagnostikk og behandling vil være kritisk for å kunne løse de nye oppgavene som kommunehelsetjenesten skal overta. I kommunehelsetjenesten er det fastleger som utfører det meste av diagnostikk og behandling. Skal fastlegetjenesten levere de tjenester som forventes med god kvalitet, trengs flere fastleger. Det er nødvendig med en opptrappingsplan for fastlegetjenesten med hensiktsmessige virkemidler. Det er nødvendig å utvikle gode kvalitetsindikatorer gjennom et senter for allmennt medisinsk kvalitet.

Fastlegene man har spurt i rapporten etterlyser mer kunnskap på områdene rus, psykiatri og kreft. På disse områdene vil det også være behov for spesialiserte sykepleiere/sykepleiere med tilleggskompetanse.

Det vil være økt behov for personell med kompetanse på rehabilitering: leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

- 3. Hvilke kompetanseområder kan utvikles som etterutdanningstilbud, og hvilke må utvikles som formelle videre-/masterutdanninger gjennom utdanningsinstitusjoner? Hvilke forventninger har din organisasjon til fleksible nettstøttede (e-læring) samlingsbaserte utdanningstiltak og hvilke kompetanseområder ønsker prioritert på dette området?**

Kompetanseutvikling tar tid og koster penger. Det er et arbeidsgiveransvar å sette av tid og ressurser til kompetanseheving. Kompetanseheving må ikke bli tjenesteutøvers ansvar alene og det må ikke bli et fritidssysel.

Vi vil peke på at det er viktig at man ikke kun fokuserer på realkompetanse men setter krav til formalisert kompetanse. Kompetanse er ikke kun å kjenne prosedyrer men ha en oversiktskunnskap, erfaring og modenhet. Arbeidsgiver skal gjennom sitt systemansvar klart avgrense hvilke ansvars- og fagområder hver enkelt tjenesteutøver har kompetanse og autorisasjon til å virke innenfor.

- 4. Hvilke formelle møtearenaer (regionalt eller lokalt) bør etableres mellom utdanningsinstitusjoner og tjenestene for å ivareta behovet for samspill i dimensjonering og innhold i helse- og sosialfaglige utdanninger?**

Flere helsearbeidere skal i framtida arbeide i kommunehelsetjenesten. For at tjenesteutøverne skal kunne løse oppgavene på en forsvarlig måte må mer av innholdet i utdanningen ta utgangspunkt i helse- og omsorgsutfordringene i kommunehelsetjenesten. Mer av den praksisnære opplæringen må legges til arenaer i kommunene som fastlegekontoret, sykehjemmet, øhjelp-døgn-tilbudet og hjemmetjenestene.

Innholdet og de faglige kravene i helsefagutdanningene og profesjonsutdanningene må fortsatt være nasjonale. Behov regionalt eller lokalt må ikke føre til at man innfører snarveier eller tilpasninger som endrer nasjonale krav.

**5. Hvor mener du ansvaret for finansiering av de ulike tiltak primært ligger, eks. stat, kommune, helseforetak, universitet/høgskole, andre?**

Vi finner det ikke relevant å svare her.

**6. Hvilke instanser utenfor utdanningsinstitusjonene mener du kan ha en rolle i gjennomføringen av tiltak, eks. kommuneutviklingssentra, kompetansesentra, helseforetakene, fylkesmannen o.a..**

Vi finner det ikke relevant å svare her.

Med hilsen  
Sør-Trøndelag lægeforening

(sign.)  
Marte Walstad  
leder