

St. Olavs hospital  
Viseadm. dir.  
Tom Christian Martinsen  
Prinsesse Kristinas gate 3  
7030 Trondheim

E-post: trondelag@nsf.no

Fakturaadresse:  
nsf@invoicedrop.com

Vår saksbehandler: Kenneth Sandmo Grip  
Vår ref.: 1258774 (2020\_00017)

Vår dato: 16.04.2022  
Deres ref.:  
Medlemsnr.:

## Høringssvar utviklingsplan for St. Olavs hospital

Norsk Sykepleierforbund Trøndelag tillater seg å sende følgende høringssvar på St. Olavs hospitals utkast til utviklingsplan. Fylkesstyret har behandlet høringssvaret, som i hovedsak vil omhandle planens kapittel 4.

I kapittel 4.2.1 «Forskning» har St. Olav gjort rede for en rekke prioriteringer i både 4- og 15-års-perspektiv. NSF Trøndelag savner en offensiv strategi og plan for hvordan St. Olav, som tross alt er universitetssykehuset i Midt-Norge, skal motivere til og legge til rette for at alle yrkesgrupper skal forske. Erfaringsmessig er St. Olavs hospital ett av de universitetssykehusene i landet som har lavest antall ansatte sykepleiere med master- og doktorgrad. Vår påstand er at dette hemmer fagutvikling, det er en risiko for kvalitet på behandling og for pasientsikkerhet og det er en alvorlig risiko for St. Olavs samarbeidspartner, NTNU sin mulighet til å drive og utvikle videreutdanninger innen sykepleie. Om ikke det kliniske miljøet i sykehuset, sammen med utdanningsinstitusjonen samarbeider om å få frem kandidater med både master- og doktorgrad, vil utdanningsinstitusjonen etter hvert mangle nødvendig kompetanse for å opprettholde et videreutdanningstilbud innenfor sykepleiefaget. Sykepleietjenesten, som av en eller annen årsak er omdøpt til pleietjenesten i denne planen, er den største tjenesten i et sykehus. Det er derfor avgjørende for sykehuset å også ha fokus på fagutvikling innenfor denne tjenesten. For å sikre at man har ansatte som hele tiden er på jakt etter nye måter å gjøre ting på og å utvikle eget fag, er det en forutsetning at man også viser at denne kompetansen er ønsket og etterspurt. Dette gjøres både ved at ansatte motiveres og oppfordres til å starte løp der man når master og doktorgrad, ved at man både lyser ut stillinger der slik kompetanse ligger inne som formalkrav, samt at man sørger for at slik kompetanseheving lønner seg rent økonomisk. Det er derfor positivt at vi kan lese at man skal prioritere personell med høy forskningskompetanse på planens s. 51. Vi vil allikevel understreke at St. Olav også har et ansvar for å utvikle slik kompetanse hos personellet en allerede har ansatt.

I kapittel 4.2.3 Teknologi og digitalisering i pasientens helsetjeneste er det antakelig ved en inkurie skrevet følgende «... og gi mer plass til omsorg og varme hender». Vi ber universitetssykehuset om å utelate begrep som «varme hender» når man omtaler sine kompetente ansatte. Enhver person kan ha varme hender. Det som er viktig med digitalisering



og mulig effektivisering som følge av dette er mer plass til god og omsorgsfull hjelp og behandling. God og omsorgsfull hjelp og behandling utføres av kompetente ansatte uavhengig av disse ansattes temperatur på hjelpetidspunktet.

I samme kapittel legger St. Olav opp til at økt digitalisering og sensorteknologi vil bety økt andel hjemmebasert behandling. Vi vil oppfordre St. Olav til å samarbeide med kommunehelsetjenesten i alle kommuner omkring dette punktet, da sykepleiermangelen i kommunale helse- og omsorgstjenester er stor. En utvikling lik den St. Olav beskriver her vil kunne overføre arbeidsoppgaver til en kommunehelsetjeneste som allerede i dag har store problemer med å rekruttere personell med ønsket kompetanse. Det er altså avgjørende at kommunene har mulighet til å overta en del ansvar før St. Olav iverksetter slike endringer.

I kapittel 4.3 «rekruttere, utvikle og beholde personell» opplever vi at St. Olav er passive når man beskriver rekruttering. Om St. Olavs hospital skal nå sin visjon «fremragende behandling» må man til en hver tid søke å rekruttere de mest fremragende fagpersonene i alle personellgrupper. En rekrutteringsstrategi der man samarbeider med både andre helseforetak og kommunehelsetjenesten vil fungere som ren kartellvirksomhet der ingen er villige til å strekke seg for å rekruttere de beste. Det sementerer da lønnsnivået for alle faggrupper til et lønnsnivå som alltid er lavest lovlige lønn. Dette kan misforstås som at man mener det ikke er så farlig, en tar i mot de ansatte som måtte finne det for godt å søke og lar det bli med det. Dette vil ikke bidra til at sykehuset her de fleksible og innovative medarbeiderne som sykehuset selv beskriver at trengs for å videreutvikle tjenesten.

I avsnittet som omhandler rekruttering av ledere som er motiverte og i stand til å lede innovasjons- og endringsprosesser mv. er vi mye enige med det som presenteres. Dette er viktig og det forutsetter også at en alltid er på jakt etter de beste lederne. Her må man også kunne bruke lønn, samt stille en del krav til formalkompetanse hos dem man rekrutterer. Ledelse i helsetjenesten er en av de mest utfordrende lederjobbene en kan ha. Vår påstand er at jo nærmere man er pasienten og behandlingen, jo mer utfordrende er jobben. Dette er ledere som svært ofte har stort lederspenn og skal være en god «nærleder» for det som i privat næringsliv er en relativt stor bedrift. Vi støtter St. Olavs hospital når dere på s. 55 beskriver at det skal sikres tid til ledelse ved å utrede rammer for lederoppgaver og lederspenn. Det er imidlertid viktig at det kommer konkrete resultater ut av dette, slik at ledere faktisk opplever en forbedring av sine vilkår. Vi merker oss for eksempel at Helse Møre og Romsdal har hatt som bevisst strategi å rekruttere merkantilt støttepersonell for ledere. Dette mener vi er en klok tilnærming. For stort lederspenn vil redusere ledere til administratorer og «drifere» heller enn ledere. De vil rett og slett ikke kunne ha kapasitet til å ta ansvar for faglig kvalitet og personale.

NSF Trøndelag mener at arbeidet med kompetansesammensetning ser interessant ut. I delprosjekt 2 skrives det at det ikke er mulig å øke utdanningstakten for sykepleiere og sykepleierspesialister i så stor grad som behovene for spesialisthelsetjenester øker. Vi viser igjen tilbake til at her kan sykehuset, sammen med utdanningsinstitusjonen, bidra aktivt. Ved å virkelig vise vilje til satsning på formalkompetanse, også hos sykepleiere, så vil man bidra til at universitetet har tilgang på flere med riktig kompetanse når de skal rigge utdanningen. I dag har universitetene en del utfordringer med å rekruttere personell med såkalt førstekompetanse. Dette fordi de kliniske miljøene ikke har satset på å få frem slike kandidater. Det finnes også en hel del prosjekter som har sett på ulike løsninger for praksisstudier, som ofte beskrives som «flaskehals» for å kunne utdanne flere sykepleiere. Vi regner med St. Olav setter seg godt inn i

slike prosjekter og resultatene av disse for å kunne implementere løsninger som kan bidra til å lette denne delen av utdanningene.

I kapitlets oppsummering av prioriteringer ser vi at man har fått med en hel del gode punkter. Disse prioriteringene er avhengige av at St. Olav også blir mer «fremoverlent» hva angår sykepleierfaget. Ved å motivere og oppfordre til at flere ansatte oppnår master- og doktorgrad innenfor sykepleiefaget, så vil forutsetningene for de fleste av disse prioriteringene være gode. Vi vil advare mot en fortsatt praksis der man både tillater, og i enkelte tilfeller oppfordrer, ansatte til å avbryte videreutdanninger på mastergrads nivå før selve mastergraden er oppnådd. Vi vil påstå at dette bidrar til å ødelegge grunnlaget for å opprettholde de samme utdanningene da utdanningsinstitusjonene selvsagt er avhengige av å tilknytte seg forelesere med denne formalkompetansen for å drive utdanningene videre. NSF får tilbakemeldinger fra medlemmer om at de opplever vesentlig reduksjon i egen inntekt dersom de takker ja til 50/50-stillinger som er delt mellom sykehus og universitet. Vi vil oppfordre St. Olav og NTNU til å samarbeide om å finne løsninger der dette unngås.

I kapittel 4.3.2 «Bemanning og kompetanse», under punktet «rekruttering» på side 51 kan en tolke seg til at St. Olavs hospital tidligere har brukt valutakurser og lavt lønnsnivå i andre EØS-land som en rekrutteringsstrategi og en fordel, heller enn å bidra til å utdanne nok helsepersonell og sikre disse en god lønn lokalt. Vi er klar over at WHO-koden for etisk rekruttering av helsepersonell spesifikt nevner utviklingsland og ikke nødvendigvis tar høyde for rekruttering internt i Europa og EØS. Vi vil allikevel oppfordre St. Olav til å aktivt arbeide for at man utdanner det helsepersonell en trenger her til lands og være bevisst sitt ansvar for å beholde det helsepersonellet en har i tjenesten allerede.

I prioriteringspunktene for dette kapitlet ser vi også at St. Olav har flere gode elementer inne. Vi merker oss at rekruttering ikke er et eget strategisk punkt i denne planen, selv om rekruttering er inne på lista over St. Olavs topp ti risiko. Vi ber sykehuset være oppmerksomme på at å øke antall helsefagarbeidere og helsefaglæringer kan gi kommunehelsetjenesten en ekstra utfordring. Med en framskrevet mangel på begge disse yrkesgruppene er det viktig at St. Olav er klar over at denne yrkesgruppen ofte utgjør ryggraden i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er en del av helsevesenet der sykepleiermangelen allerede er enorm i enkelte kommuner. Dersom en endret rekrutteringsstrategi fra sykehuset medfører at de samme kommunene også vil mangle helsefagarbeidere, vil deres del av helsetjenesten virkelig stå foran store utfordringer. Her bør St. Olav samarbeide tett med utdanningsinstitusjoner om å utdanne flere helsefagarbeidere og arbeide aktivt for at unge også skal søke seg til denne utdanningen. Det er positivt at St. Olav har etablert egne prosjekter på oppgavedeling og anbefaler at man også ser dette i sammenheng med lignende prosjekter som foregår i kommunehelsetjenesten.

Vi mener St. Olav er noe passive ved at man «kun» skal kartlegge drivere og hemmere for heltid, samt legge seg på en hovedregel der utlysninger er heltid. En noe mer progressiv holdning der man stiller større krav til at høyt utdannet helsepersonell, som det også er mangel på, jobber hel stilling hadde vist mer vilje til å gjøre noe med dette problemet. Da vil kanskje andelen heltid øke, heller enn å ligge flatt på rundt 70 %. Forutsetningen for å lykkes med dette er selvsagt at det samtidig jobbes med konkrete tiltak som reduserer belastningen på de enkelte ansatte. Høyt arbeidspress fører gjerne til at ansatte «privatiserer» arbeidsgivers ansvar for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, ved å redusere sin stillingsandel og eller gå av med pensjon «for

tidlig». Det vises tidligere i kapitlet til at ansatte rapporterer om stor arbeidsbelastning, så det er naturlig å anta at her er det mulig å finne løsninger.

Her skrives det også at en skal prioritere forskerkompetanse ved ansettelse. Vi vil, som tidligere nevnt, oppfordre til at det også legges en klar og gjennomførbar plan for å øke denne kompetansen hos egne ansatte i alle faggrupper. Vi oppfordrer også St. Olav til å bidra i arbeidet med å videreutvikle HMS-begrepet slik at dette også tilpasses yrker i kvinnedominert sektor. Som det skrives i kapitlet er det krevende relasjonelt, emosjonelt og fysisk å arbeide i helsevesenet, det er derfor viktig at man har et HMS-system som fanger opp dette.

NSF Trøndelag savner at St. Olav har sett sammenhengen mellom ansattes kompetanse, riktig antall ansatte og beredskap. Det nevnes i kapittel 4.4.4 «Beredskap» at helseforetakene er sentrale for å opprettholde kritisk samfunnsfunksjon innen helse og omsorg og at en trenger helsepersonell for å gjøre dette. Vi hadde forventet at denne planen lærte tydeligere av pandemien, der det ble tydelig for alle at mangel på ansatte med en type kompetanse var årsak til at nasjonen måtte stenges ned gjentatte ganger. Ved å knytte riktig antall ansatte og riktig kompetanse opp mot beredskap, ville St. Olav her gitt seg selv gode argumenter for å prioritere utdanning og rekruttering av godt kvalifisert helsepersonell i ulike faggrupper.

Avslutningsvis vil vi støtte St. Olavs arbeid med eget samfunnsansvar, beskrevet i kapittel 5. Vi forventer at dette også betyr at sykehuset aktivt arbeider for å innføre krav om tariffavtale med alle bedrifter som leverer tjenester til St. Olav. Dette uavhengig av om det er avtalespesialister, vikarbyråer eller innleide i andre fagområder enn helse. Vi mener også dette kapitlet understreker nødvendigheten av å bidra til å utdanne, samt ansette dem man trenger i faste hele stillinger slik at en ikke rekrutterer fra land og områder som trenger sine fagfolk selv.

Med vennlig hilsen

Kenneth Sandmo Grip  
Fylkesleder

Rannveig Prins Andøl  
Fylkesnestleder

Kopi: