

Saksbehandler: Jan Vegard Pettersen, Merete Lyngstad

Dato: 18.06.2019

Dokumentnr DM: 1116465

2019_00267

LANDSMØTESAK: SYKEPLEIE FOR FRAMTIDEN - DELSAK A: SYKEPLEIERNES PLASS I UTVIKLINGEN AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

Bakgrunn for saken:

1. Hensikten med saken

Denne saken skal beskrive helsetjenesteutviklingen i Norge, og utfordringene i å skape en sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste med sentrale roller og ansvar for sykepleiere. Sentralt er ulike virkemidler innen finansiering, organisering og prioritering.

Hensikten med saken er å:

- Gi landsmøtet bakgrunn og forståelse for hvordan helsepolitiske virkemidler som finansiering, organisering og prioritering skal bidra til å utvikle helse- og omsorgstjenestene.
- Beskrive tjenesteutvikling og etablering av nye tjenester, og utvikling av sykepleiernes ansvar og roller.
- Gi grunnlag for beslutninger for hvordan NSF kan påvirke helsepolitikken i utvikling av gode helse- og omsorgstjenester med nye roller og ansvar for sykepleiere.

2. Grunnlag for saken

Perspektivmeldingen peker på bærekraftutfordringene for velferdstjenestene frem mot 2035. Utfordringen finner en igjen i andre land (NHS Five Year Forward View Plan, 2014) hvor økende press på tjenestene søkes løst ved å tilby helse- og omsorgstjenester på nye måter. Det søkes å forbedre kvalitet, helhet og sammenheng og samtidig sikre bærekraftige helsetjenester gjennom å utvikle nye tjenestemodeller tilpasset brukernes behov. Vi vil her se på de utfordringer og muligheter organisering, finansiering og prioriteringer gir for utvikling av eksisterende og nye tjenester for å møte pasienter, pårørende og brukeres ønsker og behov, og hvordan dette påvirker utvikling av sykepleierne, spesialiserte sykepleiernes og jordmødrenes roller og ansvar.

Klimaendringer er den største globale trusselen mot helse i det 21. århundre. ICN beskriver i sitt Framework of Disaster Nursing Competencies (2009) kriser som omfatter alt fra husbrann til tsunami. Vi ser en økning i ekstremvær som igjen fører til flere ras, snøskred, flommer og orkaner. Felles for alle typer kriser er at de rammer enkeltmennesker eller grupper av mennesker som lever sine liv i et lokalsamfunn. Klimaendringer påvirker matsikkerhet og vannknapphet, og infrastruktur knyttet til



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Telefon 02409
www.nsf.no

Org.nr: NO 960 893 506 MVA
Fakturaadresse: faktura@nsf.no

helsevesenet blir ødelagt. Klimaendringer gir økt sykkelighet og økt dødelighet, og truer folkehelsen. Folkehelseloven stiller krav til både kommuner, fylkeskommuner og statlige instanser om å bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Spesialisthelsetjenesten ga i 2019 ut sin første felles rapport om eget samfunnsansvar. Det er viktig å ta klima- og miljøutfordringer med når organisering, finansiering og prioriteringer skal gjøres i helse- og omsorgstjenestene. Det vises videre til NSF Oslo sin sak¹ som ligger som vedlegg til denne saken. På bakgrunn av dette foreslår vi at FN sine bærekraftsmål innpasses i alle relevante politiske løp i NSF og at NSF blir et synlig talerør for sammenhengen mellom folkehelse og klima.

Det vises også til saken «Sykepleie for fremtiden - delsak B: Organisering og ledelse av sykepleietjenesten» som beskriver klimaperspektivet knyttet til ledelse og organisering og saken «Arbeidsliv – Delsak C: Utviklingstrekk i arbeidslivet i kommende landsmøteperiode» som foreslår en tydeliggjøring og tariffavtaleforankring av tillitsvalgtes rolle i dette arbeidet. Utover dette er det viktig å merke seg at hovedkontoret til NSF er sertifisert som Miljøfyrtårn.

3. Organisering, finansiering og prioriteringer som gir sammenhengende og helhetlige helse- og omsorgstjenester

Utviklingen i helsetjenesten med økende faglig og organisatorisk oppsplitting, kortere liggetid, forflytning av pasienter innad i og mellom nivåene, og forskyving av oppgaver fra sykehus til kommuner, har gjort det stadig mer krevende å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene. Det dreier seg om gode pasientforløp for pasienten fra hjem til hjem.

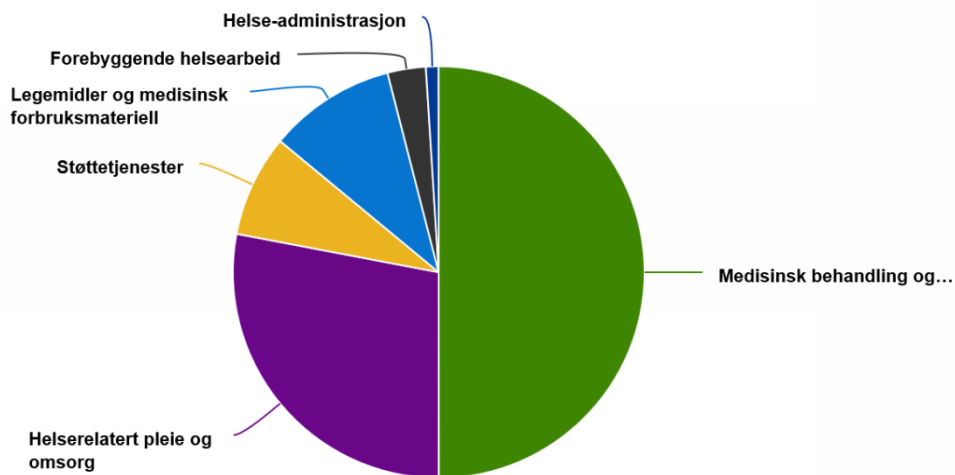
En rekke reformer er gjennomført de siste årene med bakgrunn i disse forholdene. Samhandlingsreformen er et eksempel på det. Flere nye reformer er under planlegging og iverksetting, som kommunereformen, endringer i sykehusstruktur og akutttilbud, og organisering og finansiering av primærhelsetjenestene som de viktigste. Sykehusene planlegger å overføre mellom 10 og 15 % mer av sin totalaktivitet til kommunene fram mot 2035. Disse overføringene representerer i stor grad mer avanserte oppgaver enn hva den kommunale helse- og omsorgstjenesten har håndtert til nå. Det ser ikke ut til at kommunene planlegger for å bygge opp kapasitet til å håndtere en slik utvikling.

For å møte fremtidens etterspørsel og behov for helse- og omsorgstjenester, er det nødvendig å etablere mer effektive og helhetlige behandlingsforløp. Alvorlig syke pasienter, eldre som er rammet av flere ulike lidelser samtidig og pasienter med langvarige og sammensatte behov, må sikres en sammenhengende behandling og oppfølging over tid.

Helseutgiftene i Norge utgjorde 68 000 kroner per innbygger i 2018. De totale løpende helseutgiftene utgjorde ca. 360 milliarder kroner i 2018. Helseutgiftene fordeler seg på ca. halvparten til medisinsk behandling og rehabilitering og 28 % til helserelatert pleie- og omsorg. Resten er fordelt på forebyggende helsearbeid, legemidler og medisinsk forbruksmateriell, støttetjenester og helseadministrasjon.

¹ Et grønnere NSF, klimaendringer og helse vedlagt denne sak

Figur 3 Fordeling av helseutgifter på de ulike tjenesteområdene.
Kilde: Helseregnskap, SSB 2019²



Menon Economics (i 2017 og 2018) har vist at spesialisthelsetjenesten over mange år er systematisk underfinansiert, og at kommunal helse- og omsorgstjeneste ikke har hatt forventet økonomisk vekst.

En annen utfordring er dagens finansieringsmekanismer, som favoriserer aktivitet og ikke kvalitet. Det gir direkte utfordringer knyttet til å utvikle bedre tjenester til brukere med omfattende behov for helsehjelp. Tidkrevende oppfølging belønnes ikke i finansieringssystemet. Konsekvensene er at disse pasientene har veldig mange kontakter med ulike aktører i behandlingsskjeden, men mangler koordinering og helhetlig behandling og oppfølging.

Både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det i dag ulike finansierings-ordninger for ulike typer tjenester. I spesialisthelsetjenesten er de somatiske tjenestene finansiert gjennom en kombinasjon av rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF-andelen utgjør i dag 50 % basert på diagnoserelaterte grupper (DRG). Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er imidlertid i hovedsak rammefinansiert. Fra 2019 omfattes disse tjenestene også av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare, og det er overført anslagsvis 185 mill. kroner fra sykehus til kommunene. Det er ikke planlagt hvordan midlene skal brukes for å utvikle tilbudet til disse pasientene i kommunene.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er finansiert svært ulikt. Mens fastleger og fysioterapeuter er statlig finansiert gjennom en kombinasjon av basistilskudd og stykkprisfinansiering basert på takster, er sykepleietjenesten i sin helhet finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene. Hva man får betalt for, hvor mye og av hvem, påvirker dimensjonering og sammenheng i tjenestene. Det påvirker også prioriteringene – mellom pasienter, grupper, behandlinger og tjenester.

Det må sikres at de finansielle ordningene fungerer i praksis slik at tjenestene ikke hindres av manglende finansiering. Det er igangsatt forsøk med dette bl.a. knyttet til pakkeforløp, og det utredes endringer i finansieringssystemet fra å måle enkeltepisoder til å gi uttelling for et lengre

² <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/68-000-per-innbygger-til-helse>

forløp. Piloten om statlig finansiering av eldreomsorgen dreier seg også om finansiering, men da i form av en stykkprismodell overfor omsorgstjenestene. Det er en bekymring hos flere for at denne finansieringsmodellen kan medføre en sterk privatiseringstrend i sektoren.

Det har vært diskutert muligheten for å etablere ett forvaltningsnivå for hele helse- og omsorgstjenesten samlet. Dette er ikke utredet grundig i forhold til fordeler og ulemper og den finansielle styringen må utredes nøye. Sykepleierne har i dag en mer selvstendig stilling i kommunene enn i helseforetakene og innehar de fleste lederposisjonene innen helse og omsorg. For NSF, som er opptatt av en sterk sykepleietjeneste, er det ikke gitt at en slik utvikling vil bidra til en sterkere sykepleietjeneste.

De siste statsbudsjettene har ikke tatt høyde for økte kostnader til behandling og utstyr og en raskt økende andel eldre i befolkningen. Det er en utfordring at det tilsynelatende mangler samsvar mellom ambisjonene om mer systematisk tilrettelagt brukerinvolvering, samvalg og mestringsstøtte på den ene siden, og, på den andre siden, manglende satsning på sykepleiere som har spisskompetanse for nettopp å bidra til tjenesteutvikling i en slik retning.

Det er viktig å understreke at økningen i antall eldre og behovsvekst i helse- og omsorgstjenesten, vil treffe kommunene uavhengig av hva sykehusene planlegger. Kommunene skal både gjøre mer av det de allerede gjør, og håndtere mer avanserte oppgaver fra sykehusene. Planene til nå tilsier at kommunene skal håndtere en dobbelt vekst; både sin egen og sykehusenes.

I Riksrevisjonens rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, fremkommer det at det knapt har vært realvekst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste ti årene og at det ikke investeres nok til å utvikle tjenestene i tråd med behovene.

Det har vært drøftet bemanningsnorm også for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Denne type normering må ta utgangspunkt i dokumenterte pasientbehov. Det er derfor behov for en betydelig utvikling av både digitale klassifikasjons- og dokumentasjonssystemer, indikatorer og EPJ-løsninger dersom det skal være realistisk å gjøre direkte koblinger mellom pasientbehov på den ene siden og ressurser og kompetanse på den andre siden. Internasjonal klassifikasjon av sykepleiepraksis (ICNP) som nå er anbefalt terminologi for sykepleiepraksis av Direktoratet for ehelse, vil være et slik virkemiddel.

Det er i dag variasjoner i helsetilbud til befolkningen som vanskelig lar seg begrunne med hensyn til faglig innhold og kapasitet både innen somatikk og psykisk helse og rus. Helseforskjellene i Norge er store og sosial ulikhet i helse er en økende utfordring. I tillegg har det vært en utvikling over tid der vedtaksmodellen (bestiller- utfører) i vesentlig grad har blitt en institusjonalisert del av de kommunale tjenestene. Dette har på den ene siden, iallfall formelt, styrket brukernes rettsikkerhet, men har redusert faglig autonomi og skiftende endringer i behov.

NOU-en om prioriteringer «Det viktigste først» (Blankholmutvalget), er tydelig på at prioriteringer knyttet til kommunale oppgaver ikke bare må gjelde innenfor sektorer, men også mellom kommunale sektorer. NOU-en foreslår de samme kriteriene som i spesialisthelsetjenesten; alvorlighet, nytte og ressurser. Bruken av kriteriene i kommunen skiller seg likevel fra bruken i sykehus, ved at det er lagt inn en sikring av forsvarlig ivaretagelse av grunnleggende behov for å verne om de sykeste sine grunnleggende tjenester. I tillegg vektlegges potensialet for mestring betydelig.

Stortingsmeldingen om prioritering som kom i 2016 regulerer tilgangen til spesialisthelsetjenesten. Dette var i hovedsak en videreføring av allerede gjeldende prioriteringsforskrift. I tillegg ble

beslutningsforum opprettet og en større andel av legemiddelkostnadene ble flyttet fra legemiddelverket og til RHF-ene. Ideen var å forene finansieringsansvaret med «sørge for» ansvaret. Det er varslet og vedtatt at det skal være en lignende prosess i etterkant av «Blankholmutvalget». Det betyr at det vil komme en egen stortingsmelding om prioriteringer av og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det antas at denne vil fremmes i 2020.

Valgfrihet blir fremhevet som en viktig del av pasientens helse- og omsorgstjeneste. Både i Norge og andre land er det imidlertid kun en liten gruppe som aktivt benytter seg av de mulighetene de har til å velge behandlingssted. Dette bidrar til forskjeller i befolkningens tilgang til helse- og omsorgstjenester og virker inn på de samlede prioriteringene. Ett eksempel på dette er ordningen med fritt behandlingsvalg. Det er i dag tydelig geografisk og aldersmessig slagside i bruken av denne ordningen. Likeverdig og rettferdig tilgang til helsetjenester er en forutsetning for å skape gode helsetjenester.

4. Tjenester i utvikling og endringer og betydningen for sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre

Vi vil her beskrive de tjenesteområdene som er i størst utvikling og endring og den betydning endringene vil kunne få for sykepleier, spesialsykepleiere eller jordmødre. Vi vil også beskrive nye tjenestemodeller som er under utvikling og sykepleiernes roller og ansvar.

Den største driveren for utvikling og endring av tjenester er teknologi og digitalisering. Ny teknologi vil endre hva som kan behandles, hvor behandlingen foregår og hvem som ivaretar ulike oppgaver. Teknologi og digitale tjenester kan bidra til å styrke samhandling med pasienter og mellom helsepersonell både innad i og på tvers av tjenestene. Det vil legge til rette for å gi pasientene økt tilgang til egne helseopplysninger, informasjon og kompetanse om egen sykdom og behandling. Det kan også legge til rette for økt pasient- og brukermedvirkning, og vil gjøre pasienten til en aktiv medspiller i egen behandling og omsorg.

Brukerstyrte poliklinikker og bruk av e-konsultasjoner/virtuell poliklinikk vil kunne gi lettere og bedre tilgang til helse- og omsorgstjenester for enkelte grupper. Det er imidlertid viktig å ha en realistisk tilnærming til hva det er mulig og rimelig å forvente, både fra pasientene selv og pårørende. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmisbruk og eldre og skrøpelige pasienter med nedsatt funksjonsnivå både kognitivt og fysisk, vil ikke uten videre kunne vurdere egne behov, administrere eget tilbud og overta mer ansvar for egen helse. For at teknologi og digitale tjenester skal bedre tilbudet, må pasienter og pårørende være i stand til å nyttiggjøre seg de digitale tjenestene. Teknologiske plattformer og pasientportaler må være tilpasset brukergruppens muligheter og ressurser, og de må få tilrettelagt opplæring. Den største ressursinnsatsen i helsetjenesten er knyttet til sykepleietjenesten. Sykepleiere som kjenner praksis godt, må reelt involveres både i utvikling, anskaffelse og implementering slik at teknologien og de digitale løsningene treffer behovene. Ved innføring av ny teknologi og arbeidsformer må ikke gevinstene hentes ut før løsningene er skikkelig innført og man faktisk ser de reelle effektene.

4.1 Utvikling av helsestasjon og skolehelsetjeneste og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Det er behov for et omfattende utviklingsarbeid knyttet til å understøtte ressursene til barn, unge og familier på en bedre måte enn i dag. Vi trenger tjenester som jobber aktivt for en positiv familiedannelse, gode oppvekstvilkår og inkluderende arenaer. Familiens hus, som et arenanært og

sammenhengende tilbud, gir bedre hjelp til barn, unge og familiers behov. I et familiens hus må helsestasjon- og skolehelsetjeneste sees i sammenheng med barnevern, familievern, pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste og en desentralisert barne- og ungdomspsykiatri.

Ifølge de nye retningslinjene for skolehelsetjenesten skal tjenesten dreies mer i retning av en universell tjeneste, ikke bare en samtaltjeneste. Samarbeid med skolen om skolemiljø og undervisning kan være like viktig å sette av tid til som individuelle samtaler med elever som strever. Tiltak som settes i verk på gruppenivå kan ha bedre innvirkning på den enkelte elevs psykiske helse enn individuelle samtaler. Det handler om å skreddersy tjenester slik at de faktisk er tilpasset dagens barn, unge og familiers behov. Det handler også om å gi de aller mest sårbare barna, som ikke har trygge og stabile omsorgsrelasjoner og/eller psykososiale utfordringer av andre årsaker, all den hjelp de kan få til likevel å mestre livet. Det dreier seg om tilgjengelig helsesykepleier ved tap av nære familiemedlemmer eller venner, etter et seksuelt overgrep, til de som har foreldre som ruser seg mm.

Det fødes cirka 55 000 barn i Norge hvert år. Gjennom de siste årene har det skjedd store endringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Liggetiden på sykehusene er redusert betraktelig, og oppfølgingsansvaret etter fødsel er i større grad overført til kommunene uten at det er innført tilstrekkelige virkemidler for å få på plass nok jordmødre i helsestasjonene. Samtidig observeres det en økning i gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende, økt BMI hos gravide, flere gravide med alvorlig grunnlidelse og flere kvinner med ikke-norsk etnisk bakgrunn. Dette innebærer økt risiko og fare for komplikasjoner både før, under og etter fødsel. Dette er forhold som krever økt innsats i fødselsomsorgen både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Det er også dokumentert at tidlig utskrivelse etter fødsel øker faren for dehydrering hos barnet og reinnleggelser. Statlig finansiering i kombinasjon med normtall i kommunal jordmortjeneste må på plass for å sikre at de nasjonale retningslinjene for fødsel- og barselomsorg blir fulgt. Dette er helt nødvendige virkemidler for å sikre tilstrekkelig antall jordmødre i kommunehelsetjenesten slik at det er mulig å gi et forsvarlig svangerskap- og barseltilbud i tråd med retningslinjene. Det er også et stort behov for flere helsesykepleiere.

4.2 Utvikling av tjenester til pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer

Psykisk helsevern og rusbehandling er i omstilling, og har vært det over tid. Til tross for opptrappingsplaner, den gyldne regel (veksten skal være høyere enn i somatiske tjenester) og sterk politisk oppmerksomhet, taper fortsatt disse sektorene sammenlignet med somatikk. Det er store utfordringer knyttet til variasjon i tjenestene både når det gjelder hvem som får hjelp, ventetid, hva hjelpen består i og hvordan den blir gitt. Av de som får avslag på nødvendig helsehjelp, er en stor andel mennesker med alvorlige psykiske lidelser, jf. rapporter fra Helsetilsynet.

Det er behov for bedre virkemidler som kan sikre at tilbudet til mennesker med langvarige og sammensatte behov utvikles i tråd med behovene. Pasienter som tidligere ble behandlet i døgnavdelinger i psykisk helsevern, behandles i dag poliklinisk og følges opp i kommunene. Det er ikke hensiktsmessig å bygge ned døgnkapasiteten i spesialisthelsetjenesten ytterligere, før det er etablert gode tilbud i kommunene med riktig kompetanse og kapasitet.

Aktiviteten på poliklinikkene er i sterk vekst og de regionale helseforetakene legger opp til en fortsatt økning. Døgnkapasiteten er stadig på vei ned i tråd med de føringer som er lagt fra myndighetenes side. Det skal innføres en kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede i døgnbehandling i psykisk helsevern fra 2019. Dette er i stor grad brukere med sammensatte helseproblemer, både med tanke

på alvorlighetsgrad, varighet og behov for oppfølging. De har en betydelig lavere forventet levealder, varierende livskvalitet og mange opplever å være umyndiggjort i eget liv.

Døgnavdelinger i psykisk helsevern behandler de sykeste pasientene. Det er helt nødvendig at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig kompetanse og er organisert og dimensjonert for å kunne gi riktig hjelp til rett tid. Likevel er bruk av assistenter fortsatt utbredt mange steder: 23 % av årsverkene i døgnavdelingene i psykisk helsevern utføres av personell uten helsefaglig utdanning. I takt med at døgnplassene i psykisk helsevern er bygd ned, må døgningstusjonene tilføres nødvendig kompetanse og ressurser til å ivareta sin funksjon. Det må innføres sterkere økonomiske virkemidler som understøtter en god organisering av tjenestene.

Sykepleierne i disse tjenestene opplever å bli trukket ut av vurderingsteam og behandlingsteam. Dette truer den tverrfaglige vurderingen og ivaretagelse av en helhetsforståelse for pasientens utfordringer. Sykepleierens vektlegging av grunnleggende behov, somatiske helseutfordringer og familiesituasjon er helt nødvendig skal pasientene få den behandling og omsorg de har behov for.

Virkemidlene må sikre at pasientene med størst utfordringer får kontinuitet og 24/7 beredskap. FACT- teamene³ er spesielt tilpasset den gruppen brukere som benytter tjenestene mest og har vist seg særdeles effektive i å dempe forbruket av tjenester.

Sykepleiere utgjør den største personellressursen både i det psykiske helsevernet og innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. Flertallet av disse har videreutdanning. De besitter en kompetanse og erfaring som pasientene trenger, og som er avgjørende for å lykkes med å utvikle tjenestene i tråd med de politiske ambisjonene. Derfor er det et godt tiltak for å sikre kvalitet og riktig bruk av kompetanse i tjenestene, å gi sykepleiere og spesialsykepleiere en tydelig rolle og ansvar og en mer tilpasset utdanning for å bidra mer i pasientbehandling og tjenesteutvikling.

4.3 Utvikling av tjenester til eldre og kronisk syke

Innbyggerundersøkelser viser en svekket tilfredshet med tjenester innen eldreomsorgen (DIFI 2017). Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorg viser manglende utredning av behov før tildeling av tjenester, mangel på kunnskap om kvalitet og utfordringer for pasientsikkerhet. Det er et økt press på pårørendes deltakelse, og deres bidrag utgjør allerede en betydelig og viktig del av helse- og omsorgstjenestene. Mange pårørende rapporterer om for stort press og at de trenger mer avlastning og støtte enn de får.

I tjenestene til eldre og kronisk syke må det legges til rette for mestring og livsutfoldelse gjennom livsløpet, noe som vil kreve gode helse- og omsorgstjenester som omfatter alt fra helsefremming og forebygging til avansert klinisk oppfølging og omsorg ved livets slutt. Sykepleiere og spesialsykepleiere vil ha helt sentrale roller i dette arbeidet. Arbeidet med forebygging og helsefremming må foregå parallelt med at multisyke eldre og døende tilbys gode, faglig forsvarlige og omsorgsfulle tjenester. Pasient- og brukerundersøkelser viser også at informasjon og medvirkning er områder der det er minst tilfredshet med helsetjenestene. Det er et uttrykt behov for en fast primær-/kontaktsykepleier som kan ha ansvaret for koordinering av tjenester og oppfølging av den enkelte pasient og dens pårørende.

³ Fleksibel Assertive Community Treatment (FACT) er et ambulansetjenestetilbud rettet mot personer med psykoselidelser

Den rivende utviklingen innen medisin gjør ikke bare at folk er friskere lenger. Den gjør også at mennesker overlever alvorlige sykdommer i større grad enn før. Flere tidlig fødte overlever, flere med kronisk sykdom overlever til alderdommen med sykdommer som tidligere forkortet livet. Og selv om den generelle levealderen har gått opp, har likevel mange en periode på slutten av livet der de har helseutfordringer og sykdommer som krever langvarig oppfølging. Derfor vil vi både se en generell bedring av helsen til mange eldre, samtidig som vi vil ha skrøpelige eldre med store sammensatte behov som vil kreve høyere innsats fra sykepleiere med spesialkompetanse i årene som kommer.

God samhandling og koordinering mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er spesielt viktig for personer med store, langvarige og sammensatte behov for helsehjelp. Det er også behov for bedre samhandling mellom ulike deltjenester i både kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det må sikres riktige virkemidler som gjør sykepleiere i stand til å ta dette ansvaret.

Om lag 5 % av pasientene opptar i dag 50 % av ressursene i helse- og omsorgstjenestene. Mye tyder på at gruppen som bruker mye spesialisthelsetjenester kunne fått et bedre og mer effektivt tilbud om den kommunale sykepleietjenesten var bedre organisert og hadde kompetanse og myndighet til å gi mer helhetlig oppfølging i kommune. Den andre gruppen, som bruker mye kommunale tjenester, ville også fått stort utbytte av en bedre organisert sykepleietjeneste i kommunene

4.4 Utvikling av de prehospitale tjenester og sykepleiernes roller og ansvar

De prehospitale tjenestene⁴ står overfor flere utfordringer. Det meldes om kapasitetsutfordringer både innenfor bil- og luftambulans, samt i følgetjenesten for gravide. Samtidig innebærer den demografiske utviklingen og endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene økt etterspørsel etter transport av pasienter som krever intensiv behandling/overvåkning i transportsituasjonen. Sykepleiere og spesialsykepleiere utgjør kjernen i både AMK-sentraler, legevakt og akuttmottak. Jordmødre og sykepleiere med spesialisering i akuttsykepleie, anestesi og intensiv utfører allerede komplekse faglige oppgaver i ambulansetransport både i luft og på vei.

Sykepleiere og jordmødre tar et stort ansvar i det prehospitale arbeidet, men dette kommer ofte ikke godt nok fram. Det satses i for liten grad på videreutvikling av sykepleiernes kompetanse i disse tjenestene. Det finnes ingen plan for antall sykepleiere med videreutdanning/master i akuttsykepleie, legevaktsykepleie, avansert klinisk sykepleie eller hvordan anestesisykepleiere skal bidra i tjenestene. Det er etablert en egen treårig bachelor i paramedic. I akuttutvalgets NOU «først og fremst»⁵ er det skissert en rekke roller for den nye profesjonen for eksempel knyttet til legevakt og akuttmottak som i dag innehas av sykepleiere. Hvilke konsekvenser dette vil ha på sikt for sykepleierollen i disse tjenestene, er det for tidlig å si noe konkret om og må følges tett.

5. Nye tjenestemodeller og sykepleiernes ansvar og roller

Nye helsetjenestemodeller, som primærhelseteam og rask psykisk helsehjelp vil kunne bidra til mindre vekst i spesialisthelsetjenesten og raskere kompetent og helhetlig hjelp til de som har akutte og/eller langvarige behov for tjenester.

Brukerstyrte poliklinikker og senger har ført til mindre ressursbruk og bedre pasientbehandling. Dette er modeller som vil bli videreutviklet i årene som kommer. Mye av utviklingen vil skje ved hjelp av

⁴ Prehospitale tjenester omfatter akuttmedisinske tjenester som går på tvers av nivåene i helsetjenesten (legevakt, ambulans, øyeblikkelig hjelp døgnplasser etc.), og grenser til akuttmottak i sykehus og andre sentrale kommunale deltjenester som hjemmesykepleie, sykehjem og fastlege.

⁵ NOU 2015:17 Først og fremst «et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer utenfor sykehus

digitalisering og beslutningsstøttesystemer. Det er viktig i videreutviklingen av disse nye tjenestemodellene at man sørger for at kompetansen organiseres på en slik måte at de aller sykeste, som ikke kan koordinere sitt eget forløp eller er i stand til å bruke ny teknologi, sikres forsvarlig helse- og omsorgshjelp.

Trolig ser vi i dag kun konturene av hva teknologiske løsninger vil gi av endringer i hvordan helse- og omsorgstjenester organiseres og leveres i fremtiden. Utviklingen vil bidra til vesentlige endringer i lovverk, finansieringssystem og profesjongrensener.

Forslagene til helhetlig organisering er mange. Helsehus, lokalmedisinsk senter, distriktmedisinsk senter, familiens hus, primærhelseteam/oppfølgingsteam, pasientens team med sykepleierkoordinatorer både i spesialist- og kommunal helse- og omsorgstjeneste, pakkeforløp med forløpskoordinatorer. Alle disse er eksempler på ulike modeller med ambisjoner om å bidra til gode løsninger.

For pasienter med langvarige og sammensatte behov er den viktigste samhandlingsaksen mellom sykehuset og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forsøk med pasientsentrert helseteam er en modell for å sikre god samhandling på tvers av nivåene. Ansatte både fra sykehus og kommune arbeider tett sammen i et felles team.

Det pågår nå utprøving av ny organisering i fastlegeordningen, primærhelseteam, der sykepleiere også inngår i fastlegepraksisen. Det foregår også en pilot for koordinering av brukere med langvarige og sammensatt behov i kommunene. Dette kalles oppfølgingsteam. Oppfølgingsteam skal realisere visjonene med individuelle plan.

PRIMÆRHELSETEAM

Målet med piloten er at tjenestene skal bli mer tilgjengelige for pasienten. Primærhelseteam gjelder alle innbyggere på fastlegenes liste, men med særlig fokus på pasienter med kronisk sykdom, psykisk utviklingshemmede, psykiske lidelser og rusavhengighet, og skrøpelige eldre. Primærhelseteam med fastlege, sykepleier og helsesekretær skal arbeide ut fra pasientens behov, og gi et bedre tilbud enn den vanlige fastlegepraksisen. Teamene skal sikre bedre helsetilbud til svake etterspørere. Ni pilotkommuner i åtte fylker, til sammen 85 fastleger, er med. 26 sykepleiere og om lag 30 helsesekretærer, som inngår i teamene. Prosjektet startet 1. april 2018 og varer i tre år. NSF har deltatt i utviklingen av forsøket og følger pilotene tett.

Pilotene på primærhelseteam viser så langt at sykepleiere i allmennhelsetjenesten bidrar til bedre koordinerte tjenester til skrøpelige eldre og kronikere.

Felles for alle disse modellene er at sykepleiere har viktige og fremskutte roller. Dersom vi skal lykkes med å etablere reelle kontaktsykepleierroller og/eller koordinatorroller, så forutsettes det at det legges til rette for en slik utvikling i tjenestene. Skal Norge klare å følge opp disse internasjonale trendene, så forutsettes det at sykepleierrollen utvikles og at kompetansen benyttes. Økt myndighet, synliggjøring i finansieringssystemet samt rett til å utløse ressurser i andre deler av sektoren, er de mest nærliggende virkemidler å kjempe for i årene som kommer.

En stor utfordring i dette arbeidet er at det ofte mangler politisk vilje til å gjøre grep fullt ut. Ofte er dette på grunn av motstand fra sterke interessegrupper. Forsøkene blir gjerne piloter eller rene forvaltningstiltak som ikke bidrar til nødvendig utvikling av de store tjenestene, eller at de ikke bidrar

til at veksten i tjenestene skjer der pasientene skal få oppfølging og behandling. For å lykkes med nye tjenestemodeller må det utvikles finansielle virkemidler som bidrar til kompetanseoppbygging i kommunene på rett sted, og som sikrer en sammenheng mellom omstillingen i spesialisthelsetjenesten og utviklingen av kapasitet og innhold i hjemmetjenester og sykehjem.

6. Oppsummering

Finansiering, prioritering og organisering må underbygge tjenesteutviklingen og sikre forsvarlig sykepleie i fremtiden. Vi har pekt på utfordringer og muligheter for sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre i de endringer av tjenestene som nå pågår. Sykepleiernes breddekompetanse og overblikk er spesielt viktig i en tid med fragmenterte tjenester. Sykepleiere bør naturlig inneha koordinatorfunksjoner og ha sentrale posisjoner i tverrfaglige team. Sykepleiernes kompetanse må utvikles og tas i bruk i forhold til nye tjenestemodeller, og i større grad verdsettes innen områder som psykisk helse og rus, prehospitaltjenester, helsestasjon og skolehelsetjeneste og i forhold til mestring av et liv med sykdom.

Mangelen på sykepleierkompetanse i kommunene er et alvorlig hinder for å utvikle gode og trygge tjenester. Stadig bedre muligheter for behandling og langtidsoppfølging utløser behov for kompetansebygging for å kunne følge opp voksende grupper av pasienter med komplekse hjelpebehov. Det er derfor behov for et kompetanseløft i kommunene med flere sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere.

Forbundsstyret anbefaler landsmøtet å fatte følgende vedtak

Endringer i Prinsippprogram, avsnitt Helsetjenesten og samfunnet endres fra forbundsstyrets forslag i landsmøte-sak om revidert prinsippprogram som følger (ord som strykes er gjennom-streket og ord som kommer i tillegg er i kursiv):

- Nasjonale helsepolitiske mål må definere satsingsområder *i tråd med befolkningens behov for helsehjelp*, og sikres *nødvendige* rammebetingelser

Endringer i Prinsippprogram, avsnitt Sykepleietjenesten endres fra forbundsstyrets forslag i landsmøte-sak om revidert prinsippprogram som følger (ord som strykes er gjennom-streket og ord som kommer i tillegg er i kursiv):

- Sykepleiere ~~og sykepleietjenesten~~ skal bidra aktivt til innovasjon, teknologi-, fag- og tjenesteutvikling
- Sykepleiere skal ha tilgang til ~~og tid til å anvende nødvendig~~ helseinformasjon, fagstøtte, kunnskapskilder ~~og teknologi~~ *e-helse og digitale løsninger som understøtter god helsehjelp.*
- *Sykepleiere skal få nødvendig opplæring for å ta teknologien i bruk.*

Under innsatsområder:

NSF skal arbeide for

- at pasienter og brukere får en reell tilgang til helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- at helse- og omsorgstjenesten er organisert så den bidrar til samhandling
- at sykepleiernes, spesialsykepleiernes og jordmødrenes kompetanse og kunnskap blir verdsatt, utviklet og brukt

- at ressurser og kompetanse tilføres og gjøres tilgjengelig der oppgavene skal løses
- at finansieringssystemet understøtter sykepleierens plass i tjenesteutviklingen både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- at helsefremmende og forebyggende arbeid blir finansiert og prioritert, og mestring av livshendelser og et liv med sykdom står sentralt
- at sykepleiere skal ha en sentral plass i tverrfaglige og pasientnære team
- at sykepleierkompetansen skal brukes og styrkes innen psykisk helse og rus, og sykepleiere skal ha en nøkkelrolle i behandling og omsorg for pasienter, pårørende og brukere
- at svangerskaps- og barselomsorgen må styrkes for å møte befolkningens behov for oppfølging, følgetjeneste og jordmor i aktiv fødsel
- å styrke sykepleierens oppgaver og funksjon for å bedre samhandling og koordinering i alle deler av helse- og omsorgstjenestene
- at pasientansvarlig sykepleier innføres til kronisk og langvarig syke pasienter
- at utviklingen av de prehospitalene tjenestene og akuttberedskapen inkluderer nødvendig sykepleierkompetanse
- økt satsing på e-helse og digitale løsninger som kan bidra til innovasjon og utvikling av sykepleietjenesten
- at FN sine bærekraftsmål innlemmes i alle aktuelle politiske løp i NSF og at NSF blir et synlig talerør for sammenhengen mellom folkehelse og klima

Landsmøtets endelige vedtak:

Prinsippprogram, avsnitt Helsetjenesten og samfunnet:

- Nasjonale helsepolitiske mål må definere satsingsområder i tråd med befolkningens behov for helsehjelp, og sikres nødvendige rammebetingelser
- Hensynet til klima, miljø og bærekraftig utvikling lokalt, nasjonalt og internasjonalt skal ligge til grunn for all aktivitet i helsetjenesten.

Prinsippprogram, avsnitt Sykepleietjenesten:

- Sykepleiere skal bidra aktivt til innovasjon, teknologi-, fag- og tjenesteutvikling
- Sykepleiere skal ha tilgang til e-helse, velferdsteknologi og digitale løsninger som understøtter god helsehjelp.
- Sykepleiere skal få nødvendig opplæring for å ta teknologien i bruk

Under innsatsområder:

NSF skal arbeide for

- at sykepleiere er et naturlig førstevalg for beslutningstakere i utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester
- at pasienter og brukere får en reell tilgang til helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester

- at helse- og omsorgstjenesten er organisert så den bidrar til samhandling innad og på tvers av sektorer og forvaltningsnivå
- at sykepleiernes, spesialsykepleiernes og jordmødrenes kompetanse synliggjøres, videreutvikles og tas i bruk på ulike tjenestenivå
- at ressurser, herunder støttepersonell, og kompetanse tilføres og gjøres tilgjengelig der oppgavene skal løses
- at finansieringssystemet understøtter sykepleiernes plass i tjenesteutviklingen både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- at helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder mestring av livshendelser og et liv med sykdom blir finansiert og prioritert
- at sykepleiere skal ha en sentral plass i tverrfaglige og pasientnære team
- at sykepleierkompetansen skal brukes og styrkes innen psykisk helse, rus og avhengighet, og sykepleiere skal ha en nøkkelrolle i behandling og omsorg for pasienter, pårørende og brukere
- at svangerskaps- og barselomsorgen må styrkes for å møte befolkningens behov for oppfølging, følgetjeneste og jordmor til stede ved aktiv fødsel
- å styrke sykepleiernes oppgaver og funksjon for å bedre samhandling og koordinering i alle deler av helse- og omsorgstjenestene
- at pasientansvarlig sykepleier innføres til kronisk og langvarig syke pasienter
- at utviklingen av de prehospitaltjenestene og akuttberedskapen inkluderer nødvendig sykepleierkompetanse
- økt satsing på e-helse, velferdsteknologi og digitale løsninger som kan bidra til innovasjon og utvikling av sykepleietjenesten
- at velferdsteknologi blir implementert av tjenesten på en måte som styrker og komplementerer sykepleieren i sitt arbeid
- at FN sine bærekraftsmål innlemmes i alle aktuelle politiske løp i NSF
- at NSF blir en aktiv aktør som synliggjør sammenhengen mellom folkehelse og klima
- at sykepleierkompetansen skal brukes og styrkes i helsetjenesten til syke barn og unge, og sykepleiere skal ha en nøkkelrolle i utvikling av tjenestene
- at sykepleierkompetansen innen migrasjonshelse, urfolks helse og flerkulturell sykepleie skal styrkes

Med vennlig hilsen
NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Eli Gunhild By
forbundsleder

Olaug Flø Brekke
generalsekretær

Vedlegg

[NSF #1107013 NSF-#1103800-v1-Oslo - landsmøtesak 5 - Et grønnere NSF miljø og helse](#)

