

Saksbehandler: Astrid Grydeland Ersvik, Trude Hagen, Svein Roald Schømer-Olsen, Øyvind Nordbø

Dato: 18.06.2019
Dokumentnr DM: 1116466
2019_00267

LANDSMØTESAK: SYKEPLEIE FOR FRAMTIDEN - DELSAK B: ORGANISERING OG LEDELSE AV SYKEPLEIETJENESTEN

Bakgrunn for saken:

1. Hensikten med saken

Denne delsak beskriver og drøfter hvordan ledelse og organisering av sykepleietjenesten, inklusive jordmortjenesten, har betydning for kvalitet, pasientsikkerhet, utvikling og effektivitet. Mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre, sammen med økende behov for tjenester, er med på å skape krevende rammevilkår for sykepleierledere.

Hensikten med saken er å:

- Gi landsmøtet bakgrunn og forståelse for hvilken betydning det har for kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og utvikling i tjenestene hvordan man organiserer og leder sykepleietjenesten.
- Beskrive hvordan sykepleierlederne er under press og med vanskelige rammevilkår i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.
- Gi grunnlag for beslutninger for hvordan NSF kan påvirke helsepolitikken knyttet til organisering og ledelse av sykepleietjenesten, for å oppnå bedre rammer for god fagledelse og høy kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet.

2. Organisering og ledelse av sykepleietjenesten

Med sykepleietjenesten mener vi de helse- og omsorgstjenestene som utøver sykepleie, og som i hovedsak utføres av sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre, helsefagarbeidere og assistenter. Sykepleietjenesten og deres ledere forvalter store verdier på vegne av det norske samfunnet, både i form av penger og folk. Over en halv million personer er sysselsatt i helse- og sosialtjenestene. Den største andelen av disse er tilknyttet sykepleietjenesten i sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus, hvor de som regel har en sykepleier eller jordmor som sin nærmeste leder. En oversikt fra SSB viser at sykehjem og hjemmesykepleie alene står for 28 % av de samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester i Norge. Hvordan denne ressursen forvaltes er av stor betydning både for samfunnet, pasienter og pårørende og for de ansatte.

Vi har tidligere beskrevet krevende økonomiske rammer i helse- og omsorgstjenesten. En selvstyrt kommunesektor gjør forskjellene store mellom kommuner. I begge nivåer av helsetjenesten er de



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Telefon 02409
www.nsf.no

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

fleste sykepleierlederne på det pasientnære nivået, der det ofte er knapphet på ressurser og samtidig vanskelig å sette grenser. Mangelen på sammenheng med eller representasjon i toppledelsen gjør det vanskelig å få gjennomslag for sykepleietjenestens behov.

Studiene til Nordlandsforskning har vist at mange sykepleierledere har vanskelige rammevilkår, med mange ansatte, lite støtte fra ledere over seg, høyt sykefravær hos de ansatte og manglende tid og insentiver til faglig utvikling hos de ansatte og utvikling av tjenestene. Studien viser også at sykepleierlederne tar et stort ansvar og oppgir at de trives godt i lederrollen.

Det er også økende behov for sykepleietjenester, men de økonomiske rammene økes ikke tilsvarende. Det er stort behov for omstilling og utvikling i tjenestene, særlig knyttet til å ta i bruk ny teknologi og ny kunnskap. Mange sykepleierledere går foran i dette arbeidet. Når lederne har vanskelige rammevilkår, kan dette hindre nødvendig utvikling og effektivisering. Koblet med at pasienter og pårørende blir mindre fornøyde med tjenestene og at det gjøres mange feil, er dette alvorlig. Riksrevisjonens rapport «Pleierressurs i sykehus» slår også fast at det er et effektiviseringspotensial som ikke unyttes grunnet manglende lederstøtte til førstelinjelederne.

Vi vil i det følgende se på organisering og lederstrukturer for sykepleietjenesten før vi går inn på rammevilkår for sykepleierledere.

3. Organisering og lederstruktur for sykepleietjenesten

Den døgnbaserte sykepleietjenesten har flere særtrekk som har stor betydning for ledelse og organisering. Mens mange helseprofesjoner har pasientkontakt basert på henvisning for en avgrenset problemstilling eller i et avgrenset tidsrom, er ansatte i sykepleietjenesten tilstede for pasientene hele døgnet, hver dag hele året. Sykepleietjenesten ivaretar blant annet grunnleggende behov, observasjon og oppfølging, samt helhet og kontinuiteten. Dette gir et samlet personellbehov som er helt unikt i helse- og omsorgstjenestene.

3.1 Organisering og ledelse av sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten

På 1990-tallet ble det innført enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten. Det innebar at det totale ansvaret for hver resultatenheter (økonomi, fag, personal) ble lagt til en person. Som en konsekvens av dette har store fagspesifikke områder som lege- og sykepleietjenesten ikke lenger en sammenhengende linje til toppledelsen i sykehusene, og videre til foretaksnivået. Innføringen av enhetlig ledelse har medført at sykepleietjenesten mange steder er splittet opp og isolert gjennom en organisering etter ulike medisinske spesialiteter og subspecialiteter. Konsekvensene for sykepleietjenesten er i liten grad evaluert og kartlagt. Imidlertid er det i noen sykehus etablert sykepleieenheter med egen lederstruktur. Det har vist at dette er mulig innenfor dagens rammer, og det har gitt gode resultater både faglige og utviklingsmessig.

Innføringen av profesjonsnøytrale lederstrukturer i spesialisthelsetjenesten har åpnet muligheter for sykepleiere til å ta et samlet lederansvar på alle nivå og i alle deler av virksomhetene. Flere helseforetak (f.eks. Stavanger Universitetssykehus HF, Finnmarkssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF) ledes i dag av en sykepleier. Sykepleiere er også klinikkdirektører ved flere sykehus. En gjennomgang av toppledergruppene¹ i helseforetakene viser imidlertid at leger utgjør den største gruppen.

¹ Toppleder er her definert som en som rapporterer direkte til administrerende direktør. Det vil si ledere på nivå 2, som regel klinikkdirektører.

Andelen sykepleiere i toppledergruppene varierer fra 40 % til 12 %. Særlig ved universitets- og regionsykehusene kan det være vanskelig for sykepleiere å nå opp til de høyeste ledernivåene. En rapport fra Agenda Kaupang² viser at den overordnede styringen av sykepleietjenesten i et utvalg helseforetak synes mangelfull. Dette betyr at det ved mange av landets helseforetak ikke er tilstrekkelig oppmerksomhet på behovet for strategisk utvikling og satsing på sykepleietjenesten.

3.2 Organisering og ledelse av sykepleietjenesten i kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunene har stor frihet til å organisere sine tjenester slik de ønsker. Det betyr også at lederlinjene varierer. Kommunens «sørge-for-ansvar» er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven og omfatter en rekke tjenester også innenfor sykepleie. Dette ansvaret kan ikke delegeres. Samlet sett skal kommuneledelsen sørge for at helse- og omsorgstjenesten oppfyller kommunens lovpålagte plikter. Når loven legger ansvaret til kommunen, betyr det kommunestyre og administrasjonssjef (rådmann). I kommuner, som i sykehus, har lederen på det enkelte nivå ansvar både for tjenestens kvalitet og for ressursstyring.

Sykepleiere har lederansvar på alle nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid ingen lederposisjoner som er forbeholdt sykepleiere utover at faglig leder for hjemmesykepleien og for helsesykepleiertjenesten skal være henholdsvis offentlig godkjent sykepleier og helsesykepleier. I de senere år har det vært en klar tendens til en utflating av lederstrukturen eller en to-nivåmodell der virksomhetsledere rapporterer direkte til rådmannen i kommunen. I andre kommuner er det innført ytterligere et ledernivå med kommunalsjefer som har ansvar for flere virksomhetsområder. Begge modeller innebærer at kommunene, i motsetning til sykehusene, bare har en økonomisk administrativ ledelse på administrasjonssjefsnivå og ingen felles helsefaglig ledelse.

Helsetilsynets funn og brukernes opplevelser tyder på at den kommunale ledelsen av helse- og omsorgstjenestene i dag ikke fungerer godt nok.³ Det strategiske ansvaret for en helhetlig og samordnet utvikling av sykepleietjenesten i kommunene er ikke tydelig plassert. Det legges dermed ikke godt nok til rette for et målrettet og helhetlig omstillings- og utviklingsarbeid i disse tjenestene, basert på felles strategier og mål knyttet til kompetanse, fag- og kvalitetsutvikling. Kommunereformen med sammenslåingen av kommuner til større enheter, har aktualisert dette ytterligere.

Utvikling av hjemmebaserte tjenester og avstandsoppfølging, vil stille nye krav til organisering og ledelse av sykepleietjenesten. Velferdsteknologiske løsninger i kommunene tvinger fram utvikling av nye måter å organisere tjenestene og samarbeidet rundt den enkelte pasient på. Eksempler på dette er Trygghetspatrulje og Responsteam. Dette kan også innebære at sykepleierens rolle endres til i større grad å bidra i pasientvurderinger, legge til rette for og koordinere tilbud, veilede og undervise helsefagarbeidere og annet personale.

² Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene. Agenda Kaupang for Norsk Sykepleierforbund 2018.

³ Meld.St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

3.3. Ledelse av sykepleietjenesten på nasjonalt nivå

I mange land vi kan sammenligne oss med, har de en tydeligere struktur og ledelse av sykepleiertjenesten. Det er fortsatt vanlig med sjefssykepleiere på sykehus, og flere land har en nasjonal sjefsykepleier på departementsnivå.

Siden det er en global mangel på helsepersonell, og spesielt sykepleiere, har WHO utviklet en global strategi for helsepersonell, og har sammen med International Council of Nurses (ICN) etablert kampanjen Nursing NOW. Kampanjen, som NSF har sluttet seg til, har satt som mål at alle involverte land innen 2020 skal øke innovasjon og satsingen på sykepleiefaget og jordmorfaget, øke utdanningskapasiteten og ha flere sykepleiere i lederposisjoner på alle nivå. Sykepleiere og jordmødre skal ha større innflytelse på den nasjonale og globale helsepolitikken.

Verdens Helseorganisasjon anbefaler at alle land har en nasjonal sjefsykepleier (Government Chief Nursing and Midwifery Officer). En nasjonal sjefsykepleier representerer embetsverk og myndigheter på nasjonalt nivå i saker som angår sykepleie og jordmorfag. Sjefsykepleieren er myndighetenes representant i internasjonale fora i WHO og EU knyttet til sykepleie- og jordmorfaglige spørsmål, og kan også ha oppgaver nasjonalt. WHO har nå selv fått på plass en Chief Nursing Officer, for første gang på mange år. Det er en erkjennelse av hvilken betydning sykepleiere har og vil ha for å møte verdens behov for helsetjenester.

I 2018 opprettet Helsedirektoratet en nasjonal sjefsykepleier (20 % av en stilling), med begrenset funksjon til å representere sykepleie i internasjonale fora i WHO og EU. I Norden er det bare Norge og Sverige som har opprettet en formell rolle som nasjonal sjefsykepleier. Finland har en rådgiver på departementsnivå med betydelig innflytelse og mandat, men begrepet nasjonal sjefsykepleier er ikke brukt.

Det kan være ulike måter å forme en slik rolle på - fra rent rådgivende til en tydeligere, utøvende ledelse med ansvar og myndighet direkte ut mot tjenestene. De nordiske landene er karakterisert ved å ha desentraliserte helsesystemer hvor ansvaret for ulike tjenester ofte er fordelt på flere forvaltningsnivå med stor grad av selvstendighet. Det legges også stor vekt på tverrprofesjonalitet. Dette gjør det vanskelig å utforme en sterk, utøvende lederrolle på nasjonalt nivå.

4. Behov for ny organisering og lederstruktur i sykepleiertjenesten

Oppsummert er det behov for å understøtte og videreutvikle organiseringen av og lederstrukturene i sykepleiertjenesten, og lære av de som har organisert seg på nye måter. Et fragmentert helsesystem med to forvaltningsnivåer og en rekke deltjenester med egne finansieringssystemer, tilsier et behov for samordning og sammenheng både på system- og pasientnivå. Behovet for nasjonal samordning og styring er økende på mange områder.

Det er for lite oppmerksomhet om sykepleiefaglige problemstillinger og utfordringer for sykepleiertjenesten på nasjonalt nivå. Faglige retningslinjer og veiledere, samt faglige nettverk og råd har ofte medisinske, ikke sykepleiefaglige problemstillinger i fokus. Det mangler møtepunkt for ledere i sykepleiertjenesten på nasjonalt nivå. Det er et betydelig potensial for å styrke lederskapet på nasjonalt nivå gjennom å etablere nettverk som kan bidra til dette. Den nasjonale sjefssykepleieren bør spille en aktiv rolle når det gjelder å tilrettelegge for dette.

I mange av landets helseforetak er det ikke nok oppmerksomhet på behovet for strategisk utvikling og satsing på sykepleietjenesten. Det er en utfordring for sykepleietjenesten at sykepleiefaglig kompetanse ikke er på plass i toppledelsen i mange sykehus. Internasjonal forskning (bla. Aiken, L) dokumenterer at virksomheter som organiseres med sykepleietjenesten representert på strategisk beslutningsnivå, oppnår bedre resultater både for pasienter, pårørende, medarbeidere og for virksomhetene. En sentral rolle for sykepleierledere på dette nivået er utvikling og oppfølging av felles strategier og mål for sykepleietjenesten knyttet til kompetanse, fag- og kvalitetsutvikling mv. Dette vil sette kvaliteten på sykepleietjenestens bidrag i fokus, og gi mulighet for bedre styring, koordinering og samhandling internt og eksternt (jf. Riksrevisjonsrapporten om styring av pleieressurser i helseforetakene).

Til tross for at mange sykepleierledere tar et stort ansvar, er det et behov for å styrke det sykepleiefaglige lederskapet i kommunene. I Trondheim kommune er det etablert stilling som kommunesykepleier. Stillingen er organisert i rådmannens fagstab, og skal blant annet ha ansvar for arbeidet med kvaliteten i, og kvalitetsutviklingen av det sykepleiefaglige arbeidet, for rekruttering og kompetanseutvikling av sykepleiere, og være sykepleiefaglig rådgiver overfor rådmann og kommunale enheter. Stillingen oppfattes å være på nivå med kommunelegen, og er i tråd med anbefalingene i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste. Erfaringene med dette bør følges nøye med tanke på innføring i andre kommuner.

5. Rammevilkår for sykepleierledere

Sykepleierledere har i dag stort ansvar og mange oppgaver. Et flertall av lederne i helse- og omsorgstjenestene er sykepleiere. Dette burde gi muligheter for en samlet kraft. Spesielt førstelinjelederne har omfattende oppgaver, men opplever å ha mangel på innflytelse og myndighet over deler av sitt ansvarsområde.

En sykepleierleders oppgaver på pasientnært nivå;

- Ansvarlig for kvalitet og pasientsikkerhet og tilrettelegging av det kliniske arbeidet.
- Ansvarlig for å rekruttere, beholde, og utvikle personalet, samt legge til rette for et godt arbeidsmiljø og kultur for pasientinvolvering.
- Innføring, opplæring og oppfølging knyttet til ny teknologi, pasientflyt, ny kunnskap og nye metoder.
- Utvikling av kunnskap innen fagfeltet.
- Samhandling og koordinering.
- Ansvar for måloppnåelse innenfor økonomiske rammer.

I de store sengepostene i sykehus er det store turnover, og mindre muligheter for faglig utvikling for sykepleierne. Det samme gjelder i hjemmesykepleie og på sykehjem. Når utviklingsmulighetene blir små, slutter ofte de som ønsker å videreutvikle seg. Så mye som hver femte sykepleier går ut av yrket i løpet av de første 10 årene etter utdanning.

Betydningen av god ledelse for å oppnå gode resultater og nå sentrale helsepolitiske mål, har blitt stadig mer fremhevet de siste årene. Både i nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019⁴) og i

⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

meldingen om framtidens primærhelsetjeneste⁵ legges det vekt på betydningen av god ledelse. Økt vekt på samhandling og innføring av helhetlige pasientforløp gjennom pakkeforløp mv., stiller økte krav til ledelse. Det stiller økte krav til oversikt, koordinering, samhandling, dokumentasjon og logistikk.

Det store lederspennet for sykepleiere i ledelse på pasientnært nivå, med opptil 50-100 ansatte, har flere alvorlige konsekvenser – for pasientene, ansatte, tjenestene og for lederne selv. Agenda Kaupang⁶ påpeker i sin rapport at «*Stort kontrollspenn vil kunne føre til en sterk vektlegging av håndtering av daglig drift, og skape krevende rammebetingelser både for oppfølging og utvikling av medarbeidere, og for langsiktig fagutvikling og forbedring av sykepleietjenesten.*» Dette bekreftes av Nordlandsforskning sin rapport.⁷ Deltidsarbeid er en viktig årsak til at mange førstelinjeledere har et stort lederspenn/kontrollspenn.

VILKÅR FOR LEDELSE

Slik svarer førstelinjelederne:

- 48 % har for lite tid til å være tilgjengelig for personalet
- 61 % har for lite tid til faglig oppfølging og veiledning av personalet
- 75 % har for lite tid til langsiktig tenkning og strategiarbeid
- 33 % mener de har for mange å lede
- 66 % utfører administrativt arbeid som merkantilt personell kunne utført

Vilkår for ledelse, Nordlandsforskning rapport nr 10/2017

I takt med at andelen eldre øker i samfunnet, vil tilgangen til arbeidskraft bli knappere. Helse- og omsorgstjenestene vil da stå overfor hard konkurranse om arbeidskraften. Tjenestenes evne til å rekruttere, utvikle og beholde kompetanse og arbeidskraft vil derfor bli avgjørende for tilgjengelighet, kvalitet og kapasitet i tjenestene. God personalledelse vil bli stadig viktigere. Medarbeidere trenger nærhet og oppfølging fra nærmeste leder både faglig og personlig. I dag har de fleste sykepleierledere liten mulighet til slik tilstedeværelse og nærhet i sitt lederskap.

Riksrevisjonen har undersøkt hvordan styringen av pleieressursene bidrar til effektiv ressursutnyttelse. Undersøkelsen viser at ledelsens styringsinformasjon ikke gir godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene, og at planleggingen av bemanningen ikke tilpasses godt nok til variasjoner i pasientbelegget. Mange mellomledere har i liten grad informasjon om forholdet mellom bemanning og pasientbelegg (pleiefaktor). Informasjon om forskjeller mellom sengepostene i pasientenes pleiebehov brukes i liten grad til å fordele den økonomiske rammen. Ledere i sykepleietjenesten i sykehus etterspør også verktøy og indikatorer som måler pleietyngden, grunnlag for en mer presis dialog om ressursbruk og behov i den enkelte avdeling.

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/sec1>

⁶ Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenesten i sykehusene. Agenda Kaupang for Norsk Sykepleierforbund 2018.

⁷ Andrews T, Høgås J (2017): Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. Nordlandsforskning rapport nr 10/2017

5.1 Bedre rammevilkår for å utøve god ledelse;

Det må arbeides for at sykepleiere i ledelse har gode rammevilkår for å utøve sitt lederskap. De må ha rammevilkår som gjør det mulig å ivareta ansvaret for økonomi, fag og personell på en god måte. Sykepleiere i ledelse må ha en myndighet som samsvarer med det ansvaret de besitter, og rom for å jevnlig oppdatere seg faglig. Sykepleiere i ledelse må ha rom for reell faglig ledelse slik at deres lederskap ikke reduseres til ren administrasjon. Vi vil i det følgende drøfte viktige rammevilkår og muligheter for å bedre disse.

5.1.1 Bedre lederverktøy til å utvikle og måle kvalitet og pasientsikkerhet

Sykepleiere i ledelse har et betydelig ansvar når det gjelder å sikre at lovens krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull pasientbehandling blir ivaretatt.

Det er et stort potensial for å øke pasientsikkerheten, og oppnå bedre ressursutnyttelse, gjennom kompetent og kunnskapsbasert sykepleie. De fleste pasientskader som oppstår i sykehus handler om uønskede hendelser som kunne vært forebygget ved god faglig ledelse og kompetent sykepleie: – UVI, trykksår, infeksjoner, medikamentfeil og fall. Pasientskader koster penger og innebærer unødig lidelse for pasientene. OECD har anslått kostnaden ved pasientskader til 15 % av sykehusbudsjettene. I en sektor som vil oppleve et økende press på ressursene både økonomisk og i form av tilgang til personell, er det dermed store gevinster å hente på å forebygge og redusere pasientskader og feil.

Felles standarder, terminologi og kodeverk må på plass for å muliggjøre utvikling og innføring av digitale prosess- og beslutningsstøttesystemer som kan måle og styre kvalitet, og derved også bemanning og kompetansebehov. Direktoratet for e-helse anbefaler å benytte Internasjonal klassifisering for sykepleiepraksis (ICNP) sammen med SNOMED CT (Direktoratet for e-helse 2018).

Hensikten med å innføre ICNP er å bidra til kunnskapsbasert praksis, og understøtte planlegging og oppfølging av helsehjelp. Slike planer bidrar til å gi sykepleierne god oversikt over pasientens behov for helsehjelp, igangsatte tiltak og hvilke resultater som oppnås. Det legger til rette for en mer systematisk planlegging og dokumentasjon av sykepleien. Med strukturerte data er det også raskere og enklere å finne relevant informasjon og å høste data. Erfaringene fra et prosjekt med pilotering av standardiserte veiledende planer og ICNP viser at dette bidrar i riktig retning mot økt kvalitet, pasientsikkerhet og bedre pasientsikkerhetskultur.

Bruk av felles kodeverk og terminologi for sykepleiepraksis, vil skape nye og bedre muligheter for datafangst som kan benyttes til kvalitetsforbedring, styring og ledelse på alle nivå i helsetjenesten. På denne måten kan ledere følge opp både lokale og nasjonale kvalitetsindikatorer på en enkel måte, og bruke informasjonen i arbeidet med kvalitetssikring av tjenesten og til rapportering. Informasjon fra EPJ-systemer om pasientenes status/behov og iverksatte tiltak kan også brukes som grunnlag for risiko- og sårbarhetsanalyser. Slike analyser er et viktig element i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Terminologi knyttet til risikovurdering og plan muliggjør gjenbruk av data til rapportering til nasjonale helseregistre.

Strukturerte og standardiserte data vil gi gevinster. Systematisk og kontinuerlig fag- og kvalitetsutvikling i sykepleietjenestene er avhengig av tilgang til slike systemer og verktøy for å kunne lykkes. Det vil også gjøre det mulig å dokumentere og synliggjøre sykepleietjenestens bidrag til de pasientresultatene som oppnås. Et effektivt og målrettet lederskap er avhengig av dette.

5.1.2 Bedre bemanningsprediksjon og kompetanseplaner

Kompetanseplanlegging og riktig bruk av kompetanse vil bli stadig viktigere for å sikre pasientene god og riktig behandling og oppfølging. Stadig flere pasienter vil ha behov for tverrfaglig oppfølging fra team hvor sykepleiere vil inneha en sentral rolle. Det gjelder både innenfor forebyggende

tjenester, somatikk, psykisk helsevern og rehabilitering. Riktig bruk av kompetanse vil også bli stadig viktigere for å sikre god ressursutnyttelse, og for å legge til rette for utvikling og attraktive karriereløp.

Det er behov for ulike typer kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for å se på hvordan sykepleiere kan få frigjort tid til å utføre oppgaver som krever sykepleierkompetanse, gjennom å la annet personell utføre oppgaver som sykepleierne bruker unødig tid på i dag. I sykehus kan det være renhold og merkantile oppgaver som kan utføres av personell som spesialrenholdere og helsesekretærer. Riktig bruk av annet personell kan slik bidra til å motvirke noe av sykepleiermangelen.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har ikke den nødvendige kompetansen for å ivareta sitt utvidede ansvar og oppgaver. Dette representerer en stor utfordring og gjør det krevende å etablere faglig gode team rundt pasientene. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det behov for flere sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere. Ca. 30 % av årsverkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene utføres av personell uten helsefaglig utdanning.

Sterke fagmiljøer bidrar både til å rekruttere og beholde ansatte med relevant kompetanse. Utvikling av et sterkt fagmiljø forutsetter et tydelig og engasjert faglig lederskap. Det innebærer tett oppfølging av medarbeidere og riktig bruk av kompetanse. Videre vil det være nødvendig med systematisk og kontinuerlig kompetansebygging, fag- og tjenesteutvikling.

Forskning viser at sykepleiere med mastergrad som arbeider i sykehus, bidrar til mer fleksibel og effektiv respons i akutt-situasjoner, bedre oppfølging av pasienter med komplekse behov (respiratorpasienter, multitraume pasienter etc.) og til bedre pasienttilfredshet og livskvalitet. Studier tyder også på at involveringen av masterutdannede sykepleiere i overføringen fra sykehus til primærhelsetjenesten, bidrar positivt til pasientresultater ved å redusere mortalitet, morbiditet, reinleggelses- og lengden på sykehusoppholdet. Det øker også pasienttilfredsheten.

For at ledere i helsetjenesten skal kunne tilrettelegge for og aktivt lede en kontinuerlig fag- og kvalitetsutvikling i sine virksomheter, vil antakelig kravene til ledernes formelle kompetanse øke. Ofte vil sykepleiere konkurrere med leger og psykologer om lederposisjoner på høyere nivåer. For å ivareta sitt lederansvar også faglig, for å posisjonere seg og kunne konkurrere med andre grupper om lederstillinger på høyere nivå, vil det bli stadig viktigere at sykepleierledere har faglig kompetanse på masternivå i tillegg til formell lederutdanning. Kravet til kontinuerlig faglig oppdatering vil også øke. Agenda Kaupang peker i sin rapport på at sykepleiere i ledelse med stort personalansvar i dag har lite mulighet til å holde kontakt med faget. Sykepleiere i ledelse må gis rett til faglig oppdatering og utvikling for å styrke deres faglige lederskap til beste for pasienter og ansatte.

5.1.3 Bedre rammer for å utøve utdanningsansvaret

Ledere har et særskilt ansvar for å legge til rette for gode praksisstudier, både for bachelorstudenter og studenter i masterutdanning. Det er imidlertid lite midler til dette arbeidet. Det blir viktig å tydeliggjøre utdanningsansvaret og hva som er nødvendige ressurser for å gjøre dette arbeidet godt. Sykehusene har midler til studentveiledning i sitt rammebudsjett, mens kommunene pr. i dag ikke har dette.

5.1.4 Kompetanseutvikling og muligheter til å jobbe på nye og mere effektive måter

Ny teknologi er allerede i ferd med å endre måten tjenestene yter sykepleie på. God ledelse i digitaliseringsprosesser krever en bevisst holdning hos sykepleieledere, både til hensikten med prosessene og til de konkrete skrittene på veien. Det krever også forståelse for mulighetene i og forutsetningene for teknologien, og at det kan kreve mere tid å ta teknologien i bruk. Digital kompetanse og tjenesteutvikling kan bidra til å styrke samhandlingen med pasientene 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 som igjen bidrar til bedre 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 behandlingsforløpet.

For å kunne utnytte digitale løsninger og hente ut gevinster, kreves det teknologiforståelse hos både ledere og sykepleiere. Svært mange, både ledere og helsepersonell, er bekymret for den digitale kompetansen hos sykepleiere.⁸ Mange av dagens ledere og sykepleiere har fått sin utdanning før digitale løsninger ble introdusert i helsetjenesten. Det vil være behov for satsing på kompetanseutvikling i form av etter-/videreutdanning innen teknologi fra arbeidsgiveres side. Sykepleierledere vil måtte ta et betydelig ansvar både for å utvikle egen digital kompetanse og forståelse, og for å legge til rette for at ansatte opparbeider seg dette.

Målet med teknologi er bedre og mer effektive tjenester. Riktig bruk av teknologi kan bidra til å utjevne forskjeller i helsetilbudet og øke tilgjengeligheten. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmisbruk og eldre og skrøpelige pasienter med nedsatt funksjonsnivå både fysisk og kognitivt, vil ikke uten videre kunne vurdere egne behov, administrere eget tilbud og overta mer ansvar for egen helse. Sykepleierledere og sykepleiere har et stort ansvar for å prioritere riktig og sørge for at teknologien er tilpasset den enkeltes brukers ressurser og fungering.

5.2 Ansvar for miljøledelse

Ledere av sykepleietjenesten har også et ansvar for miljøledelse som bidrag til redusert energiforbruk og redusert forurensing innenfor egen virksomhet. Miljøledelse innebærer å ta bevisste miljøvalg ved større innkjøp, og ha gode systemer for lagerstyring av medisiner, vaksiner og annet utstyr med begrenset holdbarhet. Det krever også en bevisst holdning til reduksjon av virksomhetens klimaavtrykk. Dette kan skje ved å redusere reisevirksomheten for egne ansatte, benytte ulike muligheter for digital samhandling, avstandsoppfølging av pasienter, videokonsultasjoner osv. Spesialisthelsetjenesten ga i 2019 ut sin første felles rapport om eget samfunnsansvar.

Klima- og miljøendringer har betydning for ledelse og organisering av sykepleietjenesten med tanke på forebygging, beredskap, kriser og kompetanse. Felles for alle typer kriser er at de rammer enkeltmennesker eller grupper av mennesker som lever sine liv i et lokalsamfunn. Helsetjenesten og sykepleietjenesten vil derfor ha sentrale roller i avdekking, behandling og oppfølging av de som rammes.

⁸ <https://www.unio.no/wp-content/uploads/2019/02/unio-rapport-teknologi-og-kompetanse-i-endring-nyanalyse.pdf>

6. Oppsummering

Sykepleietjenesten står overfor store endringer de kommende årene og er, for å lykkes, helt avhengig av en god, helhetlig og sammenhengende organisering med tydelig fagledelse. Sykepleiere i ledelse har et stort ansvar og en sentral rolle i det kontinuerlige utviklings- og omstillingsarbeidet som både samfunnet og helse- og omsorgstjenestene står overfor. En bedre organisering av sykepleietjenesten vil øke mulighetene for faglig utvikling og bedre kvalitet på tjenestene. Tydelig overordnet ansvar for sykepleietjenesten og måling av resultater og kvalitet ville bedret ressursutnyttelsen.

Disse utfordringen og rammevilkårene for sykepleiere med lederansvar understreker betydningen av at NSF sin satsning på ledere fortsetter og forsterkes slik også sak fra NSF Oslo «Forsterket ledersatsing» foreslår. Saken fra Oslo trekker frem behovet for sykepleiefagligledelse på alle nivå, tilgang til verktøy, og redusert lederspenn. Dette er inkludert i saken her i beskrivelse og krav til sykepleierfaglig kompetanse også i toppledelsen og bedre rammevilkår. Det fremmes ikke krav om egen utdanning, da regjeringen har etablert masterutdanning i ledelse for helsetjenesten der sykepleier deltar, samt at NSF har vedtatt videreføring av ledelse- programmet «Leadership for change» i NSF regi.

Kravene til hva lederne skal levere både faglig, økonomisk og som arbeidsgivere, ventes å øke. Flere sider ved sykepleierledernes rammevilkår gjør dette utfordrende. For å sikre en sykepleietjeneste med nødvendig kapasitet og kvalitet og som svarer til pasientenes behov, må de settes i stand til å levere på sentrale mål knyttet til kvalitet, helhet, pasient- og brukermedvirkning, kompetanse og personell, riktig prioritering og ressursbruk.

Forbundsstyret anbefaler landsmøtet å fatte følgende vedtak

NSFs Prinsippprogram, avsnitt Sykepleietjenesten tilføyes et nytt punkt:

- sykepleietjenesten skal være forankret med en sykepleier i toppledelsen; nasjonalt, i helseforetak og i kommunal helse- og omsorgstjeneste

NSFs Prinsippprogram, avsnitt Sykepleietjenesten; følgende punkt endres – endringene markert i kursiv:

- sykepleietjenesten skal organiseres *og sikres rammevilkår* slik at faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, yrkesetiske retningslinjer og juridiske krav ivaretas
- pasientenes behov for sykepleie skal være grunnlaget for bemanning, *ressurser* og kompetansesammensetning
- sykepleiere skal bidra til *helhetlige og godt koordinerte helsetilbud gjennom samvalg med pasienter, brukere og pårørende*, tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom nivåer og sektorer

Under innsatsområder:

NSF skal arbeide for

- at organisering og lederstrukturer i sykepleietjenesten fører til helhetlige, koordinerte og effektive sykepleietjenester av god kvalitet
- at sykepleieledere har kompetanse og rammevilkår som sikrer god faglig ledelse og mulighet til å ta ny kunnskap, nye arbeidsmetoder og ny teknologi i bruk i sykepleietjenesten

- at sykepleietjenesten er organisert og ledet slik at fagmiljøet virker rekrutterende og utviklende både for studenter, sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre
- at sykepleiere og jordmødre leder sykepleietjenesten, og har ansvar for og reell myndighet over organisering og ressurser
- at ledere av sykepleietjenesten har tilgang til relevante styringsverktøy og fagstøttesystemer
- at miljø- og klimahensyn vektlegges i utvikling, ledelse og drift av sykepleietjenesten

Landsmøtets endelige vedtak:

NSFs Prinsippprogram, avsnitt Sykepleietjenesten tilføyes et nytt punkt:

- sykepleietjenesten skal være forankret med sykepleier i toppledelsen; nasjonalt, i helseforetakene og i de kommunale helse- og omsorgstjenester

NSFs Prinsippprogram, avsnitt Sykepleietjenesten; følgende punkt endres – endringene markert i kursiv:

- sykepleietjenesten skal organiseres *og sikres rammevilkår* slik at faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, yrkesetiske retningslinjer og juridiske krav ivaretas
- pasientenes behov for sykepleie skal være grunnlaget for bemanning, *ressurser* og kompetansesammensetning
- sykepleiere skal bidra til *helhetlige og godt koordinerte helsetilbud gjennom samvalg med pasienter, brukere og pårørende*, tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom nivåer og sektorer

Under innsatsområder:

NSF skal arbeide for

- at organisering og lederstrukturer i sykepleietjenesten fører til helhetlige og koordinerte sykepleietjenester av god kvalitet
- at sykepleieledere har kompetanse, rammevilkår og et lederspenn som sikrer god faglig ledelse og mulighet til å ta ny kunnskap, nye arbeidsmetoder og ny teknologi i bruk i sykepleietjenesten
- at sykepleietjenesten er organisert og ledet slik at fagmiljøet er rekrutterende og utviklende
- at sykepleiere og jordmødre leder sykepleietjenesten, og har ansvar for og reell myndighet over organisering og ressurser
- at ledere av sykepleietjenesten har tilgang til relevante fagstøttesystemer, støttepersonell og styringsverktøy herunder gode systemer for pleiekategorisering
- at miljø- og klimahensyn vektlegges i utvikling, ledelse og drift av sykepleietjenesten
- at ledere sikres flerkulturell kompetanse og mulighet til å ivareta mangfoldsledelse

Eli Gunhild By
forbundsleder

Olaug Flø Brekke
generalsekretær

Vedlegg

[NSF #1107012 NSF-#1103797-v1-Oslo - landsmøtesak 2 - forsterket ledersatsing](#)