

Sak til Landsmøtet

Nr: 9

Saksbehandler: Merete Lyngstad, Jan Vegard
Pettersen, Jo Cranner, Malin Myklebust, Ine Myren

Dato: 07.08.2023

Dok. nr. DM: 1338925
2023_00498

Utvikling av helse- og omsorgstjenesten

Forbundsstyret anbefaler landsmøtet å fatte følgende vedtak

Prinsippprogram; Sykepleietjenesten, endret punkt (ord som strykes er gjennom-streket, og ord som kommer i tillegg er kursiv):

NSF mener at

- sykepleiere skal ~~sikres få opplæring for å ta teknologien i bruk~~ *teknologikompetanse*

Innsatsområder:

NSF skal arbeide for

- at sykepleiere og jordmødre er sentrale i utviklingen av fremtidens helse- og omsorgstjenester
- at pasienter, brukere og pårørende får en reell tilgang til helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og at sykepleiere og jordmødre har en sentral rolle i dette
- at helse- og omsorgstjenesten er organisert slik at den bidrar til samhandling innad og på tvers av forvaltningsnivå og andre sektorer som NAV, barnevern og barnehage/skole
- at sykepleiere har en nøkkelrolle i utviklingen av helsetjenester til barn og unge
- at sykepleiernes, spesialsykepleiernes og jordmødrenes kompetanse og funksjon synliggjøres, videreutvikles og tas i bruk i hele helse- og omsorgstjenesten
- at ressurser og tverrfaglig kompetanse gjøres tilgjengelig og blir brukt på en effektiv måte, for å møte pasientenes behov for helse- og omsorgstjenester
- at finansieringssystemene understøtter sykepleiernes og jordmødrenes plass i tjenesteutviklingen, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- at tverrfaglige og pasientnære team i helse- og omsorgstjenesten utvikles for å sikre kontinuitet i behandling og omsorg, og at sykepleiere og jordmødre har en sentral rolle i dette
- å styrke helsetjenestene til personer med psykiske lidelser med rus- og avhengighetsproblematikk
- at svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen må styrkes for å møte befolkningens behov for oppfølging, følgetjeneste og jordmor til stede ved aktiv fødsel
- at pasientansvarlig sykepleier innføres til kronisk og langvarig syke pasienter
- at utviklingen av de prehospitale tjenestene og akuttberedskapen inkluderer nødvendig sykepleierkompetanse
- at det satses betydelig mer på e-helse, velferdsteknologi og digitale løsninger som kan bidra til innovasjon og utvikling av sykepleie- og jordmortjenesten

- en pasientfokustert bemanningsnorm i helse- og omsorgstjenesten

Hensikten med saken

Denne saken beskriver behovet for å utvikle en sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste i Norge med nye roller, ansvar og oppgaver for sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Sentrale verktøy er finansiering, organisering, kompetanse, ledelse, prioritering, digitalisering og ny teknologi. Kompetanse og ledelse er nærmere beskrevet i delsakene «Kunnskapsutvikling i sykepleie» og «Ledelse – faget i front».

Utviklingen i helse- og omsorgstjenesten

Utviklingen i helsetjenesten har gitt økende faglig og organisatorisk oppsplitting, kortere liggetid, forflytning av pasienter innad i og mellom nivåene, og forskyving av oppgaver fra sykehus til kommuner. Dette har gjort det stadig mer krevende å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene. En rekke reformer er gjennomført de siste årene, blant annet samhandlingsreformen. Regjeringen har varslet en rekke utviklingsløp på ulike områder knyttet til tillitsreform, opptrappingsplaner i eldreomsorg, psykisk helse og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I tillegg er det flere utvalg som har utredet disse problemstillingene som helsepersonellkommisjonen, sykehusutvalget, kvinnehelseutvalget, allmennlegeutvalg, generalistkommuneutvalg mm. Utredningene og utviklingsløpene skal sammen danne grunnlaget for regjeringens nye helse- og samhandlingsplan.

Helsepersonellkommisjonen vil løse utfordringsbildet med å utvikle kompetansen nedenfra - med utgangspunkt i fagarbeideren. Kommisjonen er derimot lite konkret på organisasjonsformer og ledelse, eller hvordan arbeidsdeling mellom leger og sykepleiere skal være. Det må tenkes nytt om fordeling av ansvar og oppgaver i helse- og omsorgstjenestene skal vi få en bærekraftig forvaltning av ressurser og kompetanse. Det er pasientens behov og hensynet til kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk som må være grunnlaget for måten vi organiserer tjenestene og fordeler ansvar og oppgaver.

Kompetanse og ansvar

70 % av sykepleierne i hjemmetjenesten oppgir at de bruker mye tid på oppgaver som kunne vært løst av ansatte med lavere kompetanse. Sykepleierne rapporterer at de skal gjøre det samme som andre personellgrupper. Samtidig skal de ivareta de sykepleiefaglige oppgavene. Da blir presset på den enkelte sykepleier for stort. Riktig oppgavedeling vil redusere arbeidsbelastning og stress, og frigjøre sykepleierkapasitet til sykepleieroppgaver.

Vi kan trenge en sterkere nasjonal myndighetsstyring av arbeidet med å videreutvikle ansvars- og oppgavedeling, eksempelvis gjennom veiledningsmateriell, prosjekter og følgeforskning. Ansvars- og oppgavedeling må skje lokalt og være faglig begrunnet utfra pasientenes behov, lovverk og nødvendige kompetanse- og forsvarlighetskrav.

Tverrfaglige, teambaserte modeller hvor sykepleiere gjennom faglig ledelse koordinerer en samlet innsats, er relevante på en rekke områder. Eksempelvis pasientsentrerte helsetjenesteteam, team for hverdagsrehabilitering og palliasjon, og innen psykisk helse og rusfeltet. Sykepleiers-samhandlingskompetanse gjør de spesielt egnet til å ta en koordinerende rolle. Forskning tyder på at

integreerte teambaserte helsetjenester kan bidra til 20-30 % færre innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Avansert klinisk sykepleier (AKS) i allmensykepleie, og tverrfaglig team i allmennhelsetjeneste (primærhelseteam), er satsinger som kan bidra til mindre bruk av helsetjenester og økt samhandling mellom tjenester. Å utvikle kompetansen der utfordringene må løses i årene som kommer vil sikre kostnadseffektivitet, kvalitet og bærekraft. Her vil sykepleierrollen stå sentralt. Nye roller for spesialsykepleiere er sentralt, men like viktig er det å få tydeliggjort den breddekompetansen og det ansvar som ligger hos sykepleiere på bachelornivå.

Organisering og finansiering

Sykehusene planlegger å overføre mellom 10 og 15 % mer av sin aktivitet til kommunene fram mot 2035. Disse overføringene er 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. NSF jobber med ulike virkemidler for å sikre at ressursene til disse tjenestene, og da særlig hjemmetjenesten, holder tritt med økningen i ansvar og oppgaver.

NSF har jobbet for at det utvikles en bemanningsnorm, som det har vært vanskelig å få gehør for. Både på grunn av usikkerhet rundt hvordan en slik norm kan innrettes, om det er hensiktsmessig, og om det finnes alternativer som kan møte behovene. Det er en utfordring for kommunene i en tid med voksende andel eldre og fallende barnekull at de har bemanningsnormer i skole og barnehage, men ikke i helse og omsorg. Det gjør at kommunene ikke kan prioritere de tjenestene som håndterer de største behovene. Dette utfordrer kommunenes selvråderett og problematiserer statlige føringer overfor kommunene.

Sykepleie må i større grad enn i dag ha en plass i det statlige virkemiddelapparatet overfor kommunene. Både knyttet til lovverket, men fremfor alt til utviklingen av finansieringssystemet overfor kommunene. Det handler også om størrelsen på finansieringen av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, om synliggjøringen av sykepleie i statlige tilskuddsmidler, og om å få sykepleie inn i det som er dagens finansieringssystem for fastlegene.

Sistnevnte er pilotert i primærhelseteam, og er vurdert av et ekspertutvalg for allmennlegetjenesten. Utvalgets rapport slår fast at jordmødre og sykepleiere kan understøtte og avlaste fastlegene, og bidra til økt tilgjengelighet og systematisk pasientoppfølging. Utvikling av fastlegeordningen til en tverrfaglig allmennhelsetjeneste fremstår som helt sentralt for å møte utfordringsbildet som helsepersonellkommisjonen drar opp. Og for å håndtere veksten i kronikere og skrøpelige eldre i de kommunale tjenestene fremover.

Generalistkommuneutvalget foreslår lovendringer som legger til rette for at kommunene kan dele på *sørge-for-ansvaret*. Helse og omsorg, og barnevern, er felt som egner seg godt for dette. Det vil da være kommuner som kan spesialisere seg på oppgaver også for nabokommunene. Sykehusutvalget foreslår en spleiselagspott til de prioriterte gruppene i helsefellesskapene. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres. Dette er grupper som i stor grad får sin oppfølging i regi av sykepleietjenesten.

Virkemidler for å fremme allmennsykepleierkompetansen og rollen sammen med ulike former for en mer proaktiv, utadrettet og tverrfaglig allmennhelsetjeneste (dagens fastlegeordning) blir avgjørende for å lykkes med dette. I tillegg må hjemmetjenesten moderniseres og videreutvikles. Fremtidens integrerte tjenester må klare å håndtere både det vedtaksbaserte (dagens mottakere av hjemmetjenester) og det populasjonsbaserte ansvaret (dagens fastlegeordning).

For å møte fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester, er det nødvendig å innføre 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 sammenhengende behandling og oppfølging over tid.

Forskning og utredninger har vist at spesialisthelsetjenesten har vært underfinansiert over mange år. Kommunal helse- og omsorgstjeneste har heller ikke hatt forventet økonomisk vekst gitt forutsetningene som lå i samhandlingsreformen.

En annen utfordring er at dagens finansieringsmekanismer favoriserer aktivitet og ikke kvalitet. Det gir utfordringer med å utvikle tjenester av høy kvalitet til brukere med store behov for helsehjelp. Tidkrevende oppfølging belønnes ikke i finansieringssystemet. Det gjør at disse pasientene har veldig mange ulike kontakter i behandlingskjeden, men lite koordinering og helhetlig behandling og oppfølging. Dette er utfordringer den nye helse- og samhandlingsplanen må beskrive virkemidler for å løse.

Både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det i dag ulike finansieringsordninger for forskjellige 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 utover aktivitetstakster i poliklinikk og ambulant behandling.

I kommunehelsetjenesten er tjenestene finansiert svært ulikt. Fastleger og fysioterapeuter er statlig finansiert gjennom en kombinasjon av basistilskudd og stykkprisfinansiering basert på takster. Sykepleietjenesten er derimot i sin helhet finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene. Hva man får betalt for, hvor mye og av hvem, påvirker størrelse og sammenheng i tjenestene. Det påvirker også prioriteringene – mellom pasienter, grupper, behandlinger og tjenester.

Primærhelseteam er et eksempel på å samle sykepleierkompetansen og allmennlegekompetansen under den samme paraplyen. Evalueringen av forsøkene viste bedre oppfølging av de prioriterte gruppene, samt bedre samhandling mellom allmennlegetjenesten og hjemmetjenesten.

Økningen i antall eldre og behovsvekst i helse- og omsorgstjenesten kommer til å 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.

Det er behov for en betydelig utvikling av både terminologi, kvalitetsindikatorer og elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) dersom det skal være realistisk å gjøre direkte koblinger mellom pasientbehov på den ene siden og ressurser og kompetanse på den andre siden. Internasjonal klassifisering av sykepleiepraksis (ICNP), som nå er anbefalt terminologi for sykepleiepraksis av Direktoratet for e- helse og som er en del av *Felles språk*, vil være et slik virkemiddel. ICNP vil kunne være utgangspunkt for ulike former for bemanningsnormer i fremtiden.

Helsedirektoratet har i tillegg fått i oppdrag å utarbeide en prioriteringsveileder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten der kriteriene nytte, alvorlighet og ressurser skal konkretiseres på tre nivåer; klinisk, administrativt og politisk. Nivåene samsvarer med nivåene i helsefelleskapene.

Det er i dag forskjeller i helsetilbud til befolkningen som vanskelig lar seg begrunne med hensyn til faglig innhold og kapasitet. Dette gjelder både innen somatikk og psykisk helse og rus. Helse-

forskjellene 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) har blitt en institusjonalisert del av de kommunale tjenestene. Dette har, iallfall formelt, styrket brukernes rettsikkerhet, men også redusert faglig autonomi og ivaretagelse av endringer i behov hos pasientene og brukerne.

Til tross for økt kompleksitet i tjenestene er ikke andelen sykepleiere økt i perioden 2015-2020. Kompetansesammensetningen er forbausende lik. Andelen sykepleiere er noe redusert, men en liten økning i antallet sykepleiere med spesialisering/videreutdanning, gjør at sykepleierandelen holder seg på noenlunde samme nivå. Regjeringens varslede tillitsreform handler om å styrke den faglige autonomien. Dette er positivt, men det er viktig at vi har strategier for å møte en trend der prioriteringsansvaret i økende grad skyves ned til den enkelte sykepleier.

Det er store variasjoner i kommunenes ressursbruk, bemanning og kompetansesammensetning i helse- og omsorgstjenestene. Med ulik andel ufaglærte, sykepleiere, brukere per sykepleier og ansatte i ulike tjenester, er det vanskelig å se at vi i dag har likeverdige tjenester. De varslede utviklingsløpene som veileder for prioritering, bedre pasientdata, styringsinformasjon og nye finansieringsformer må utvikles slik at de bedrer handlingsbetingelsene for sykepleie. Dette må skje gjennom bedre arbeidsdeling og tilgang på teknologi, men også knyttet til riktig kompetansesammensetning for å møte pasientbehovene på en faglig forsvarlig måte.

Digitalisering - tjenester i utvikling

Teknologi og digitalisering er et viktig virkemiddel for å bidra til å løse personell- og ressursutfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Det er et stort behov for investeringer i teknologi og kompetanseutvikling. Det finnes mange muligheter for effektivisering og kvalitetsforbedring dersom riktig teknologi og digitalisering tas i bruk og følges opp. Det kan dreie seg om teknologi direkte rettet mot pasienter, persontilpasset medisin, eller teknologi og digitalisering som kan effektivisere dokumentasjon, administrative arbeidsprosesser og helselogistikk. Bedre samhandlingsløsninger kan bidra til kontinuitet og opplevd kvalitet.

Automatisering av arbeidsprosesser kan tas i bruk der det er nyttig og mulig. Kunstig intelligens er på full fremmarsj og vil ha betydning for automatisering og beslutningsstøtte. Det kan revolusjonere behandling og omsorg, men krever at strukturerte data, *Felles språk*, tas i bruk. Sykepleiere må være premissleverandører, og med i hele prosessen fra utvikling, implementering og drift, slik at nye løsninger treffer behovene i tjenestene.

Satsing på digitalisering må ikke bare være på effektivisering. Det handler også om å øke kvaliteten i tjenestene, utsette eller redusere behov for tjenester, og bidra til egenmestring. Det må sikres at digitaliseringen av helsetjenesten ikke fører til sosial ulikhet i helse, og det må jobbes med digital helsekompetanse og omsorg for de som ikke kan nyttiggjøre seg digitale løsninger.

For å få til digitalisering i helsetjenesten er involvering og medbestemmelse fra helsepersonell og de som skal bruke løsningene, samt hensyn til endringer i et arbeidsmiljøperspektiv grunnleggende. Det må utvikles kompetanse på digitalisering og teknologi. Det må også sikres finansiering og utvikling av lovverk som tillater digitalisering. Lovverket, herunder fortolkningen og praktiseringen av det, må ikke hindre eller redusere informasjonstilgang og samhandling. Samtidig må det være høyt fokus på personvern slik at tilliten til helsetjenesten opprettholdes.

Barn og unge - tjenester tilpasset behov

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselfamilier. Tjenesten har høy oppslutning i befolkningen, og når ut til de fleste i sin målgruppe. Likevel er det utfordringer. Barn og unge ønsker en mer tilgjengelig tjeneste. Kommuner rapporterer om utfordringer med å rekruttere helsesykepleiere. Hurdalsplattformens punkter om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal følges opp i de kommende arbeidene; Opptrappingsplanen for psykisk helse, Folkehelsemeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Tall fra Kostra/Statistisk Sentralbyrå viser stor årsverksutvikling i tjenesten. Helsesykepleiere utgjør fremdeles den klart største yrkesgruppen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med rundt halvparten av alle årsverk i 2021. Antallet helsesykepleierårsverk har økt i alle landets fylker.

Det er behov for mer utvikling knyttet til å styrke barn, unges og familiers egne ressurser. Vi trenger tjenester som jobber aktivt for en positiv familiedannelse, gode oppvekstvilkår og inkluderende arenaer. Familiens hus, gir hjelp etter barn, unge og familiers behov, og er et lett tilgjengelig og sammenhengende tilbud. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten settes i familiens hus i sammenheng med barnevern, familievern, pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste og en desentralisert barne- og ungdomspsykiatri.

Barn, unge og familien trenger skreddersydde tjenester tilpasset sine 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 enkelttilgang til helsesykepleier ved tap av nære familiemedlemmer eller venner, etter et seksuelt overgrep, ved foreldre som ruser seg med mere.

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 gjort nok for å få på plass flere jordmødre i helsestasjonene. Samtidig observeres det økte behov hos gravide. Det gir behov for økt innsats i fødselsomsorgen både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

Statlig finansiering kombinert 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 få tilstrekkelig antall jordmødre i kommunehelsetjenesten. Da blir det mulig å gi et forsvarlig svangerskap- og barseltilbud i tråd med retningslinjene.

Barn som lever med alvorlig, livstruende og livsbegrensende sykdom, skal ha det så bra som mulig. Så lenge de lever. Barn som trenger palliasjon blir ofte kasteballer mellom ulike spesialavdelinger i sykehus, deltjenester i kommunene, fastlegen og hos andre aktører. Disse barna trenger tverrfaglige barnepalliative team. Teamene holder fast i forløpet for barna og familiene deres, og skaper trygghet for at barna og de pårørende skal klare å stå i situasjonen.

Barn og unge med omfattende behov for helsehjelp er en prioritert gruppe i helsefelleskapene. De skal også tematiseres i helse- og samhandlingsplan. Sykepleierrollen og sykepleietjenesten er helt avgjørende for å lykkes med å utvikle et kostnadseffektivt og helhetlig tilbud til denne gruppen.

Psykisk helsevern – likeverdig behandling

Å ivareta psykisk helse er sentralt i all grunnleggende sykepleie. Sykepleie og sykepleieres ansvar har ikke vært synliggjort i tidligere utviklingsarbeid innen psykisk helse. Sykepleiere utgjør den største personellgruppen i helse- og omsorgstjenesten. Sykepleiere er også den desidert største faggruppen i

psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og i de kommunale tjenestene innen feltet.

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

Det må på plass 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 krever at kommune tilbyr oppfølging med riktig kompetanse og kapasitet.

Det er flere grunner til å være bekymret for hvordan tjenestene i dag fungerer og måles. Det har aldri vært så mange unge uføre under 30 år med psykiske lidelser som vi ser i dag. Dette er den samme gruppen som vokste opp i årene 1998-2008, da Norge doblet kapasiteten i psykisk helsevern for barn og unge. Man må tørre å stille de store spørsmålene knyttet til om det som gjøres i dag er hensiktsmessig. Fremover blir det kanskje viktigere å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten for å dempe presset på psykisk helsevern for barn og unge. I takt med den demografiske utviklingen med økningen i antall eldre, er det også et økende behov blant denne aldergruppen.

Spesialisthelsetjenesten er ofte diagnosestyrt, mens kommunene kan oppleves forløpsstyrt. Hvordan hjelpe mennesker når det akutte er over? Hvordan skal gode liv skapes der folk bor? Sykepleiernes spesialistkompetanse må anerkjennes og tas i bruk i større grad. Dette vil kunne bidra til å sikre befolkningen nødvendig og effektiv behandling og oppfølging av utfordringer relatert til psykisk helse og rusproblemer. På begge nivåer. Det vil også være sentralt i arbeidet med å modernisere hele tjenestetilbudet.

Utvikling og nye modeller – fra pilot til utrulling

Nye helsetjenestemodeller, som primærhelseteam og rask psykisk helsehjelp vil kunne bidra til mindre vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil også bidra til raskere kompetent og helhetlig hjelp til de som har akutte og/eller langvarige behov for tjenester. I tillegg har det i en rekke dokumenter vært lansert at sykepleierkompetansen må tydeliggjøres i den prehospitale kjeden (akuttmedisinske). Akuttutvalget foreslo spesialsykepleiere på legevakt med utvidet myndighet, primærhelsemeldingen lanserte «helsevakt», der de døgkontinuerlige sykepleiertjenestene ble beskrevet som en del av kjeden. Summen av utviklingsløpene må samlet sikre reell kompetanseutvikling og endring i hvordan sykepleierkompetansen blir organisert.

Brakerstyrte 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 digitalisering og kunnskaps- og beslutningsstøttesystemer. I videreutviklingen av disse nye tjenestemodellene må kompetansen organiseres på en slik måte at de aller sykeste, som ikke kan koordinere sitt eget forløp, sikres forsvarlig helse- og omsorgshjelp. Trolig ser vi i dag kun et lite bilde av hva teknologiske løsninger vil gi av endringer i helse- og omsorgstjenestene vil fungere i fremtiden.

Utviklingen vil bidra til store endringer i lovverk, finansieringssystem og profesjonsgrenser. 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 og hjemmesykehus. Alle disse er eksempler på ulike modeller med ambisjoner om å bidra til løsninger.

For pasienter med langvarige og sammensatte behov er samhandling mellom sykehuset og de kommunale helse- og omsorgstjenestene den viktigste. Forsøk med pasientsentrert helseteam er en modell for å sikre samhandling på tvers av nivåene. Ansatte fra både sykehus og kommune arbeider tett sammen i et felles team. Skal Norge klare å følge opp disse trendene, må sykepleierrollen utvikles og sykepleierkompetansen benyttes. Økt myndighet, synliggjøring i finansieringssystemet samt rett til å utløse ressurser i andre deler av sektoren, er nærliggende virkemidler å kjempe for i årene som kommer.

En stor utfordring er at det ofte mangler politisk vilje til å gjøre grep fullt ut. Det er ofte på grunn av motstand fra sterke interessegrupper. Forsøkene stopper med 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 faktisk 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. Det må sikres en sammenheng mellom omstillingen i spesialist-helsetjenesten og utviklingen av kapasitet og innhold i hjemmetjenester og sykehjem.

Med vennlig hilsen
NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Lill Sverresdatter Larsen
forbundsleder

Rune Hallingstad
generalsekretær

Landsmøtets endelige vedtak:

Vedlegg:

Vedlegg 1 - NSF Viken - Sykepleiernes og spesialsykepleiernes rolle og ansvar i preshopitale tjenester i fremtiden

Vedlegg 2 - NSF Viken - Videreføring av satsning innen psykisk helse, rus og avhengighet