

## Helsepersonellkommisjonen

Vår saksbehandler: Jan Vegard Pettersen/Trude Hagen  
Vår ref.: 1263750

Vår dato: 16.05.2022

### Helse- og omsorgstjenester som møter befolkningens behov

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer i årene fremover med befolkningsvekst, flere eldre og personer med kroniske lidelser. Helse- og omsorgstjenesten må rustes opp til å kunne utvikle og omstille sine tilbud for å møte dette, og en stadig økende sykepleiermangel. Det må investeres i kompetanse, bygg, utstyr og teknologi. Kommuner og sykehus må i større grad utvikle felles tjenestemodeller som evner å møte pasientene på en helhetlig og koordinert måte. Kommunene må utvikle mer integrerte tjenester som sikrer bedre utnyttelse av kompetanse og ressurser gjennom felles behandling og oppfølging av alvorlig psykisk syke, multisyke, skrøpelige eldre og barn med sammensatte utfordringer. Dette vil gi langt bedre pasientbehandling og ressursutnyttelse enn dagens system, hvor pasienter sendes frem og tilbake mellom kommuner og sykehus, og der det kommunale ansvaret er fragmentert mellom ulike deltjenester med ulik finansiering og organisering. NSF har forventninger til at kommisjonen vil bidra til å beskrive dette utfordringsbildet og peke på nødvendige tiltak.

Det pågår en rekke utviklingsarbeider knyttet til finansiering og organisering av helse- og omsorgstjenesten, som berører helsepersonellkommisjonens mandat. Sykehusutvalget ser på organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten, det er nedsatt to utvalg, som ser på kommunenøkler og fylkeskommunale nøkler og det er et pågående arbeid i generalistkommuneutvalget som ser på statlig styring av sektoren, samt interkommunale samarbeidsstrukturer. I tillegg er det igangsatt et arbeid for å utvikle et nytt finansieringssystem for fastlegeordningen. Kommisjonen bør se disse utviklingsarbeidene i sammenheng med utfordringer knyttet til å utnytte ressursene i helsetjenesten på en mer bærekraftig måte.

### Våre viktigste innspill

- Det må prioriteres mer ressurser til helsefremmende og forebyggende arbeid som kan bidra til å utjevne helseforskjeller og forebygge sykdom.
- Arbeidet med å modernisere helsesektoren knyttet til bygg, digitalisering, tilgang på teknologi, samt ny arbeidsdeling og organisering må intensiveres. Finansieringssystemet må understøtte målet om helhetlige pasientforløp.
- Myndighetene må aktivt understøtte en kunnskapsbasert utvikling av ansvars- og oppgavedeling mellom tjenester og profesjoner. Retningslinjer og veiledere må ha en myndighetsforankring.
- De økonomiske virkemidlene fra staten mot kommunene må innrettes slik at de treffer utfordringsbildet. I dag utvikles ofte gode løsninger å tross av systemet istedenfor på grunn av. Virkemidler som rekrutteringstilskudd, lønnstilskudd, offentlig spesialistgodkjenning, bemanningsnormer og sektortilskudd bør vurderes for å sikre at ressurser tilføres der oppgavene skal løses..
- Helsefelleskapene bør gis reelle virkemidler til å sikre forsvarlige tjenester til de prioriterte pasientgruppene. Sykepleietjenestene må sikres representasjon på alle nivå i beslutningsstrukturen.
- Sykepleietjenestene må henge bedre sammen både innad og på tvers av nivåene. Det må utvikles kompetanse, roller og funksjoner slik at sykepleiere får anledning til å sikre gode overganger

## NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22  
Postboks 456  
0104 Oslo

Telefon: 994 02 409  
Telefaks: 22 04 32 40  
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no  
Bankgiro: 1600 49 66698  
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Org.nr: NO 960 893 506 MVA  
sykepleierforbundet@invoicedrop.com



mellom tjenester og forvaltningsnivåer. Avanserte kliniske sykepleiere i kommuner og sykehus er avgjørende for å lykkes.

- Det må utvikles veiledningsmaterieell til kommuner om hvordan AKS kompetansen og rollen bør utvikles.
- Lege- og sykepleietjenesten i kommunen må arbeide sammen for å møte den fremtidige veksten i behov. Primærhelseteam er et godt utgangspunkt for å utvikle tverrfaglige helsehus og sikre oppfølging av skrøpelige eldre slik at behov for institusjonsplass utsettes og hindre unødig bruk av spesialisthelsetjenester ved å ha kontinuitet i oppfølgingen.
- Det må iverksettes konkrete tiltak som sikrer at heltid blir normen i sektoren. En nasjonal kvalitetsindikator med kobling til kommunenøkklene bør vurderes.

### Tydlig prioritering av helsefremmende og forebyggende arbeid

Til tross for uttalte ønsker om å satse på forebyggende og helsefremmende arbeid, viser OECDs *Health at a glance* fra 2021 til at Norge bruker relativt lite på primærhelsetjenester, og enda mindre på forebygging i helsetjenesten. Av de nordiske landene er det Norge som bruker desidert minst på forebyggende helsetjenester ifølge denne oversikten.

Folkehelsen skapes i all hovedsak utenfor helsesektoren. Vi skal likevel ikke snakke ned helsesektorens bidrag. En helsefremmende tilnærming hos over 120.000 sykepleiere vil utgjøre en viktig forskjell. NSF mener følgende tiltak må prioriteres:

- **En kraftfull satsing på barn og unge** – fra starten i mors liv, en særlig vekt på barnets første leveår, og videre gjennom barne- og ungdomsårene. Den barnefaglige kompetansen og kunnskapen om barns rettigheter må styrkes.
- **Redusere sosial ulikhet** - Et likestilt og likeverdig samfunn med høy grad av tillit kommer under press med økende sosial ulikhet. Regjeringens forslag om en ny strategi for å motvirke økende sosiale ulikheter må følges opp med konkrete tiltak på flere samfunnsområder. Strukturelle og universelle tiltak må prioriteres på nasjonalt nivå, og følges opp lokalt.
- **Økt forskning på, og utvikling av helsefremmende faktorer og tiltak gjennom hele livsløpet** Det er en gjennomgående utfordring å reelt prioritere det universelle og helsefremmende arbeidet, både nasjonalt og lokalt. Det må utvikles kunnskap om, og iverksettes virksomme tiltak innenfor det helsefremmende arbeidet.
- **En nasjonal strategi for redusert dødelighet og økt levealder for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk** - Mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør i gjennomsnitt 15 til 20 år tidligere enn resten av befolkningen. De dør av somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges og behandles. En slik forskjell i både livskvalitet og livslengde tilsier behov for en strategisk tilnærming og utvikling av konkrete tiltak for å snu denne situasjonen.

### Grunnmuren i helsesystemet må styrkes

De kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør grunnmuren i helsesystemet vårt. Det har pandemien for alvor vist. Samhandlingsreformen skulle styrke denne grunnmuren for å dempe etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Ressursveksten skulle derfor først og fremst komme i kommunene. Intensjonene i samhandlingsreformen er ikke realisert som forutsatt. Riksrevisjonen<sup>1</sup> har slått fast at selv om kommunene mottar sykere pasienter enn tidligere, har kommunene i liten grad økt kapasiteten eller styrket kompetansen. I følge Menon<sup>2</sup> har 85 prosent av veksten i bevilgningene til kommunene siden 2008 gått med til å dekke befolknings- og prisvekst, samt overføring av nye oppgaver. En ny rapport fra Vista<sup>3</sup> bekrefter tidligere funn: antall brukere øker mer enn befolkningen og flere har omfattende omsorgsbehov.

<sup>1</sup> Dokument 3:5 (2015-2016): Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i de helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.

<sup>2</sup> Bemanning, kompetanse og kvalitet – status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Menon-publikasjon nr 51/2018.

<sup>3</sup> Upublisert rapport – ettersendes kommisjonen

Yngre brukere står for en stor del av ressursbruken. Selv om antall årsverk har økt, er andelen sykepleiere og spesialsykepleiere tilnærmet uendret.

Sektoren preges i dag av en høy andel ufaglærte, utbredt bruk av deltid, høyt sykefravær og betydelige rekrutteringsutfordringer. Mangel på helsepersonell, og spesielt sykepleiere, gjør at det kan være vanskelig å tilby likeverdige helse- og velferdstjenester for alle. Et stort flertall av lederne for sykepleietjenestene i kommunene<sup>4</sup> oppgir å mangle tilstrekkelige økonomiske rammer og nok ansatte med riktig kompetanse. Hele 83 prosent av førstelinjelederne oppgir at det er vanskelig å rekruttere personell med riktig kompetanse når noen slutter. Samtidig oppgir 43 prosent at de leder et for høyt antall ansatte og at tilgangen til støttepersonell er mangelfull. De etterspør særlig merkantil støtte og fagutviklingssykepleiere.

Det er stor enighet blant sykepleierne som arbeider i de kommunale helse- og omsorgstjenestene om at både arbeidsbelastningen og kompleksiteten i oppgavene har økt. Det gjelder ikke bare rent medisinsk. Anders Grimsmo<sup>5</sup> påpeker at det tas lite hensyn til praktisk og sosial fungering når pasienter skrives ut fra sykehus. I gjennomsnitt er pasienter som utskrives fra sykehus dårligere enn da de ble innlagt. 1/3 av innlagte over 75 år har et vesentlig funksjonsfall ved utskrivning. Samtidig omtaler retningslinjer omtrent aldri vanlige utfordringer knyttet nedsatt funksjonsevne fysisk og kognitivt, ernæring, redusert sosialt nettverk, boforhold, polyfarmasi, pasientens egne målsettinger og preferanser, og tiltak må til som gjør det mulig for dem å fortsette å bo hjemme. Dette er imidlertid utfordringer som kommunene og sykepleietjenesten må forholde seg til og håndtere.

Den store veksten i oppgaver og brukere fremover – både når det gjelder eldre, barn og unge og voksne – skal håndteres i sykepleietjenestene. Myndighetenes mål om å flytte spesialisthelsetjenester hjem og at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, forutsetter en sterk sykepleietjeneste. Avanserte kliniske sykepleiere (AKS)<sup>6</sup> <sup>7</sup>vil være avgjørende for å lykkes. De er utdannet til å se helheten, både hos pasienten og i systemet. De gjør systematiske, kliniske undersøkelser og vurderinger, fungerer som koordinator, faglig støtte og veileder andre kollegaer. Slik forebygger vi bedre, øker pasientsikkerheten og tryggheten hos pasienter, pårørende og i det faglige felleskapet. Det utdannes stadig flere AKSer og det er knyttet en egen spesialistgodkjenning til utdanningen. Undersøkelser<sup>9</sup> viser imidlertid at kompetansen ikke nødvendigvis tas systematisk i bruk i tjenestene. Det rapporteres om uklarhet i rolleforståelse, forventninger til rollen og mangelfull kunnskap om denne sykepleierrollen hos andre profesjoner.

Myndighetene må understøtte utviklingen gjennom en målrettet virkemiddelbruk som bidrar til kompetanseheving og at kompetansen tas i bruk. NSF mener det er behov for en nasjonal Opptrappingsplan som sikrer at minst 5 prosent av sykepleierårsverkene i kommunene har kompetanse i avansert klinisk sykepleie (AKS). Det er behov for et lønnstilskudd på minimum 50 prosent, samt et rekrutteringstilskudd som sikrer at denne kompetansen faktisk blir tatt i bruk av kommunene. Det bør også utvikles kompetanse og roller for AKS i sykehus, i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.<sup>10</sup> Det vil være

<sup>4</sup> Aagestad & Brochmann: Lederundersøkelsen, Norsk Sykepleierforbund. Agenda Kaupang 2021: <https://www.nsf.no/rapport/lederundersokelsen-agenda-kaupang-2021>

<sup>5</sup> Presentasjon av Anders Grimsmo på innspillsmøte om samarbeidsavtaler i Helsedirektoratet 03.02.22.

<sup>6</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822-Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/\\_attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-2822-Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822-Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-2822-Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

<sup>7</sup> Helsedirektoratet har utviklet viktig informasjon om AKS til kommunene (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/avansert-klinisk-sykepleie-aks>).

<sup>8</sup> NSF har laget en film om betydningen av AKS, i samarbeid med direktoratet: <https://www.youtube.com/watch?v=bQRKi5fWpuY>

<sup>9</sup> Melby et al (2022): Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars- og oppgavedeling og bruk av teknologi, Sintef. Upublisert rapport som ettersendes kommisjonen.

<sup>10</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus-faglige-og-tjenestemessige-behov>

avgjørende for å heve kompetansen i sengepostene bl.a og bidra til økt bemanningsstabilitet. Vi viser til innspill til kommisjonen om dette fra sykepleiere i tjenestene.<sup>11</sup>

Dette vil være enda viktigere i små distriktskommuner som i dag sliter med å rekruttere sykepleiere. Underbemanning er selvforsterkende og vil kunne bidra til å forverre distriktskommunenes mulighet til å rekruttere og beholde sykepleiere<sup>12</sup>, og annet høyskole/universitetsutdannet personell.

### **Mer målrettede statlig virkemidler overfor kommunene**

Statens muligheter til å styre utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er svært begrenset, sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. Med unntak av fastlegeordningen er statens styringsmuligheter begrenset til lov og forskrift, tilskuddsmidler og retningslinjer. Gjennom mange år har de såkalte Kompetanseløftene utgjort de samlede statlige virkemidlene for helsepolitikken. Kompetanseløftet består i dag av en stor mengde regelverk og små tilskudd som i liten grad matcher behovene kommunene har for kompetanseutvikling, og de politiske ambisjonene for sektoren. NSF mener det er på tide med en samlet gjennomgang av alle tilskuddsmidler som går til å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må vurderes om denne særfinansieringen bidrar til at kommunene får utviklet sine tjenester i sammenheng. Tilskuddene er ofte politisk initiert og i liten grad vurdert i henhold til kommunenes sørge for ansvar. Det må sikres at tilskuddene understøtter det reelle kompetansebehovet i kommunene, og bidrar til innovasjonskraft lokalt.

NSF mener kompetanseutvikling og teknologiutvikling bør sees mer i sammenheng, herunder samhandlingsløsninger og bedre dokumentasjonssystemer, som kan sikre bedre systemer for kvalitetsutvikling, finansiering og innovasjon. Kommunene er en sentral praksisarena, og arena for forskning og kunnskapsutvikling. Kommunenes rolle som kunnskapsutvikler må styrkes, og de må i større grad evne å ta i bruk forskning i utviklingsarbeidet. Det bør være et mål å utvikle funksjoner på forskning og kompetanseutvikling i kommunene slik at vi har miljøer som kan være en mer robust bidragsyter til å utvikle tjenestene, i tråd med befolkningens behov. Fagutviklingssykepleiere og studiesykepleiere vil være avgjørende for å få det til.

Det er behov for å se om dagens kompetanse- og forskningsmiljøer speiler det samfunnsoppdraget som legges til sektoren. Utviklingssentrene for hjemmetjenester og sykehjem og omsorgsforskningsenhetene får lite ressurser sammenlignet med andre kompetansesentre for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som kompetansesenteret for distriktsmedisin, nasjonalt kompetansesenter for legevakts medisin, R-BUP mm. Denne prioriteringen matcher ikke utfordringsbildet, og hvor myndighetene planlegger at veksten skal håndteres fremover. Sentrene bør i større grad enn i dag samles for å bedre kunne understøtte kommunenes overordnede «sørge for» ansvar, og dekke hele den kommunale helse og omsorgstjenesten

### **Felles oppgaveløsning rundt de prioriterte gruppene**

En liten andel av pasienter og brukere benytter en stor del av ressursene både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, barn og voksne med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser, som også er de prioriterte gruppene i helsefellesskapene. Eksempelvis står de ti prosentene av barn og unge med mest omfattende tjenestebruk for vel 60 prosent av ressursbruken, og 99 prosent av oppholdsdøgnene i psykisk helsevern for barn og unge.<sup>13</sup> Gruppen skrøpelige eldre utgjør en mindre andel av pasientene, men står for en stor del av ressursbruken. European Observatory on Health Systems<sup>14</sup> peker på at det ikke er aldring i seg selv som er problemet. Ved å følge opp skrøpelige eldre på en systematisk og god måte, og ved å

<sup>11</sup> <https://sykepleien.no/2022/05/sykepleiernes-innspill-til-helsepersonellkommisjonen-sengepostenes-behov-ma-med-i-helheten>

<sup>12</sup> <https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-02/forberedt-pa-neste-krise-menon-rapport-2021.pdf>

<sup>13</sup> Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

<sup>14</sup> <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-and-social-care-near-the-end-of-life-can-policies-reduce-costs-and-improve-outcomes>

utvikle gode palliative tjenester, vil ressursbruken kunne begrenses uten at det går på bekostning av kvaliteten i tilbudet eller pasientens levetid. Tvert imot.

God samhandling må bygges nedenfra og opp og sikre at de riktige personene og kompetansen er representert. Mens fastlegen har en begrenset rolle i oppfølgingen av de prioriterte gruppene, jf ovenfor, er sykepleietjenesten sentral gjennom hele forløpet på begge nivå. Pasienter som er innlagt i somatiske sykehus ivaretas av sykepleietjenesten 24/7, og denne tjenesten har en helt sentral rolle i ulike deler av pasientbehandlingen, fra mottak til utskrivning. Pasienter med behov for behandling etter utskrivning blir skrevet ut til de kommunale sykepleietjenestene i sykehjem, heldøgns omsorg og hjemmesykepleie. For å lykkes med å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp helt hjem, må sykepleietjenestene derfor henge bedre sammen både innad og på tvers av nivåene og gis et tydelig ansvar og rolle. NSF mener det er behov for å videreutvikle kompetanse, roller og funksjoner slik at sykepleiere får anledning til å sikre gode overganger mellom tjenester og forvaltningsnivåer.

Erfaringene med pasientsentrert helsetjenestetteam<sup>15</sup> (PHST) i Tromsø viser potensialet i dette. Dødeligheten blant skrøpelige eldre og pasienter med sammensatt problematikk gikk ned med 43 prosent seks måneder etter at de fikk hjelp fra PSHT. Øyeblikkelig hjelp (øhjelp)-liggedager ble redusert med 32 prosent, og det var 10 prosent færre øhjelpsinnleggelse. I tillegg var det mer enn en dobling av planlagte polikliniske konsultasjoner. Teamet har nå ingen aldersgrense, men følger også opp yngre brukere med sammensatt problematikk.<sup>16</sup> Flere steder i Norge etablerer man nå liknende tilbud.<sup>17</sup> Erfaringene med ACT/FACT-team i behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmisbruk peker i samme retning.

NSF mener dette tydelig viser betydningen av å gi sykepleietjenestene en sentral rolle, tydeligere ansvar og myndighet, for å lykkes med å skape helhetlige pasientforløp og bedre samordnede tjenester. Dette bør også reflekteres i beslutningsstrukturen i helsefelleskapene. Det må satses på organisatoriske løsninger, som tverrfaglige team, koordinatorfunksjoner og teknologiske løsninger som understøtter helhetlige pasientforløp og behandling. Det er veldokumentert at nærhet til tjenestetilbud vil bidra til mindre bruk av kostnadskreven behandling, bedre pasientsikkerhet og bedre pasienttilfredshet.

### **Virkemidler som understøtter god ressursbruk og helhetlige pasientforløp**

Trange økonomiske rammer i både kommuner og sykehus og press på inntjening og gjennomstrømming i spesialisthelsetjenesten, gjør det vanskelig å utvikle helhetlige og gode pasientforløp. Beredskap, fødselsomsorg og psykisk helse blir ikke tilstrekkelig prioritert innenfor en slik logikk. Den manglende realiseringen av den gyldne regel innenfor psykisk helsevern og TSB er et eksempel på det. Det gjelder også små samfunnskritiske funksjoner som barnepalliative team. Dette er ikke framtidsrettet. NSF mener finansieringssystemet må innrettes slik at det understøtter helsepolitiske mål knyttet til å utvikle helhetlige og sammenhengende pasientforløp, god oppgavedeling mellom kommuner og helseforetak, og mellom profesjoner.

Som en del av dette bør det vurderes om finansieringsordningene for ferdigbehandlede i sykehus understøtter målet om helhetlige pasientforløp. NSF mener dette virkemiddelet ble innført med forutsetninger som siden ikke er fulgt opp. Premisset i samhandlingsreformen var at veksten skulle være større i kommunale helse- og omsorgstjenester enn i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av overføring av oppgaver. Det ble for budsjettåret 2012 lagt inn i kommunenes inntektssystem 560 mill kroner fra veksten i spesialisthelsetjenesten, estimert til 140 tusen liggedøgn. Bare første året av reformen overtok kommunene 70 tusen liggedøgn, som følge av betalingsplikten alene. I alle årene som har gått ser vi en stadig kortere liggetid i sykehus og en stadig høyere terskel for å få kommunal døgnplass. Samtidig vet vi at

<sup>15</sup> <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4397-2>

<sup>16</sup> <https://sykepleien.no/2022/03/pasientsentrert-helsetjenestetteam-de-lytter-til-pasienten-og-sa-agerer-de>

<sup>17</sup> <https://www.siv.no/om-oss/nyheter/eget-team-skal-folge-opp-multisyke-eldre-i-overgangen-mellom-sykehus-og-hjem>

spesialisthelsetjenesten planlegger for videre oppgaveforskyvning mot kommunene, uten at dette er kostnadsberegnet eller vurdert faglig eller knyttet til helhetlig bærekraft. NSF mener det er på tide å se om utviklingen har vært etter forutsettingene med reformen og om kommunene har fått tilstrekkelig hjelp til å dimensjonere tilbudet sitt i tråd med befolkningens behov.

NSF mener det er behov for å vurdere inntektssystemet til kommunene. Vi mener nøklene ikke i tilstrekkelig grad fanger opp den veksten særlig omsorgssektoren står overfor. Inntektssystemet må vurderes på egen kjøp, samt konsekvensen av å øremerke enkeltsektorer, som for eksempel fastlegeordningen normering for skole og barnehage er eksempler på. Dette virker hemmende for kommunenes overordnede sørge for ansvar om å omstille tjenestene etter befolkningens behov. Det bør også vurderes om tilskuddsordningen for brukere med omfattende behov treffer og om investeringstilskuddet for heldøgns omsorg er tilstrekkelig som insentiv og innrettet riktig for å dimensjonere tjenestene for fremtiden

NSF mener disse tilskuddsordningene er viktige, men mener det er på tide å evaluere om de virker etter hensikten. Finnes det en mindre byråkratisk måte å sikre at også små kommuner utvikler gode tilbud til brukere med omfattende behov og sikrer denne tilskuddsordningen likhet i tilbudet over hele landet? NSF er bekymret for at tilskuddene krever for mye administrasjon og at det er kommuner som tilfredsstiller kriteriene, men likevel ikke får tilskuddet. Det er også viktig å se tilskuddene i sammenheng med øvrige tiltak for å sikre kvalitativt like tilbud til de aller sykeste i hele landet. NSF mener også det er på tide å se på om innrettingen på dagens investeringstilskudd og toppfinansiering av brukere med store behov i tilstrekkelig grad fanger opp behovene i kommunene fremover. Er det behov for å vurdere enklere mekanismer, som sikrer at midlene går til å utvikle en helse- og omsorgstjeneste, som er dimensjonert for fremtidige behov?

NSF mener den statlige finansieringen av fastlegeordningen har slagsider som sjeldent blir vurdert i det store bildet. For kommunene er denne tjenesten gratis og det vil derfor virke som et insentiv for kommunene til ikke å organisere tjenestene på en måte der kostnadseffektiv arbeidsdeling og endringer i befolkningens behov får være førende for hvordan tjenestene rigges. Fremover vil det særlig bli krevende å sikre tilstrekkelig med og kontinuitet i legedekning rundt skrøpelige eldre utenfor kommunal institusjon. Det er disse, som er den fem prosenten, som står for femti prosent av ressursbruken jf. Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er behov for å se på om legene bør finansieres annerledes for å sikre bedre ressursbruk og mer effektiv arbeidsdeling knyttet til befolkningens behov nå og fremover.

Kommisjonen bør også se på om helsefellesskapene er et potent virkemiddel for å utvikle bedre tjenester, og samordne ressursutnyttelsen til de prioriterte gruppene. Helsefellesskapene er en samhandlingsarena basert på konsensus. NSF mener helsefellesskapene i dag ikke har de nødvendige virkemidlene og myndighetene til å lykkes. Det ligger ingen beslutningsmyndighet her – den ligger fortsatt i kommunestyre og i styre og administrasjon i helseforetakene. Det er heller ikke sikret at sykepleietjenestene er representert i beslutningsstrukturen, jf ovenfor. For å komme videre må det utvikles virkemidler som kan understøtte og gi kraft til helsefellesskapene i form av representasjon, finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styringsinformasjon. Det bør vurderes å revitalisere spleiselag-/samfinansieringsmodeller knyttet til de prioriterte gruppene, jf omtale av PHST og ACT/FACT ovenfor. I Danmark arbeides det nå med å etablere Sunhedsklynger mellom sykehus og kommuner.<sup>18</sup> Disse skal understøttes med fellesmidler med en 50/50 fordeling mellom kommuner og sykehus. NSF mener kommisjonen bør se nærmere på den danske modellen.

<sup>18</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/Helsedirektoratets%20rapportering%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20for%202021.pdf/> /attachment/inline/86a26cab-8c58-4ea2-a71b-34ec8b8db462:fc1b423a3863a1d199c62f304ef4268297e72cc/Helsedirektoratets%20rapportering%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20for%202021.pdf

### **Ansvars- og oppgavedeling som verktøy for å oppnå god ressursbruk og tjenester**

Med en stadig økende mangel på helsepersonell og særlig sykepleiere, blir det viktig å sikre at ressursene og kompetansen brukes best mulig. Sykepleiere utfører i dag mange oppgaver som kunne blitt ivaretatt av andre. Når sykepleiere både skal gjøre det samme som andre personellgrupper, og samtidig ivareta de sykepleiefaglige oppgavene, blir presset på den enkelte stor. En spørreundersøkelse<sup>19</sup> blant over 6000 sykepleiere som arbeider i de kommunale helse- og omsorgstjenestene viser at både sykepleiere og spesialsykepleiere bruker mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av andre. Det gjelder særlig oppgaver knyttet til måltider, rydding, vasking mv.

Vi ser en tendens til at kommuner og sykehus nå tyr til ulike løsninger for å møte sykepleiermangelen. Flere kommuner har valgt å trekke mange av sykepleierne ut i egne team som server både hjemmeboende pasienter og institusjonspasienter. Den daglige driften i sykehjem og heldøgns omsorg overlates til helsefagarbeidere og assistenter.<sup>20</sup> På den ene siden kan slike løsninger bidra til at sykepleierne får brukt kompetansen sin til sykepleiefaglige oppgaver. På den andre siden kan det sykepleiefaglige fellesskapet og kompetanseoverføringen mellom sykepleierne reduseres. Det kan også gå utover den helhetlige oppfølgingen av pasientene. Ifølge Sintef har vi imidlertid lite systematisk kunnskap om konsekvensene av disse løsningene.

Et annet eksempel er økt bruk av støttepersonell i intensivavdelinger. NSF støtter behovet for å tilføre støttepersonell som fysioterapeuter, kliniske farmasøyter, personell til å ivareta logistikkoppgaver ift. forbruksmateriell og legemidler, spesialrenhold osv. Dette vil styrke teamet rundt pasientene og avlaste intensivsykepleiere, men vil det øke intensivkapasiteten? Den interregionale arbeidsgruppen<sup>21</sup> som har jobbet frem definisjoner for å kartlegge intensivkapasiteten slår fast: *«For å utnytte kapasiteten ved intensivavdelingene optimalt vil det være behov for å utvikle bemanningsmodeller hvor både klinisk og ikke-klinisk personell frigjør intensivsykepleierkompetanse. Slike bemanningsmodeller vil likevel de fleste steder ikke gi vesentlig flere sengeplasser, fordi den begrensende faktor er tilgang på intensivsykepleiere på natt og i helg. Annet personell kan ikke ta imot eller stabilisere en pasient med akutt livstruende organsvikt.»*

Riktig oppgavedeling vil kunne redusere arbeidsbelastning og stress, og frigjøre sykepleierkapasitet til å gjøre sykepleieroppgaver. Det må imidlertid sikres at pasientens behov og hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet ligger til grunn for måten vi fordeler, og eventuelt omfordeler, ansvar og oppgaver. Dette forutsetter en systematisk tilnærming, bygd på kunnskap. *Endret oppgavedeling må ta utgangspunkt i arbeidsprosessene i de ulike delene av et pasientforløp, og stille tydelige krav til kompetanse.* NSF mener dagens adhoc-pregede tilnærming, drevet frem av mangelen på sykepleiere, kan representere en fare for kvalitet og pasientsikkerhet. Tjenestene risikerer også å kaste bort tid og ressurser.

### **Teknologi som bidrar til å frigjøre sykepleierkapasitet**

Teknologi og digitalisering blir løftet frem som svaret på helsepersonellmangelen. Hvor realistisk er det? På oppdrag fra NSF har Sintef gått gjennom internasjonal litteratur. Elektronisk pasientjournal, ulike former for kommunikasjonsteknologier, avstandsoppfølging, monitorering, sensorer, digitale medisindispensere, og annen velferdsteknologi, er presentert i flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoversikter og i enkeltstudier både fra Norge, Sverige og andre vestlige land. Studiene viser hvordan ulike faktorer må være på plass for at teknologien skal tas i bruk som en del av rutinemessig praksis i tjenestene. Dette innebærer

<sup>19</sup> Rapport fra Vista Analyse – ettersendes til kommisjonen.

<sup>20</sup> Upublisert rapport fra Sintef Helse 2022.

<sup>21</sup> [https://helse-sorost.no/Documents/Om%20oss/Hva%20gj%C3%B8r%20vi/Utredding%20av%20fremtidig%20behov%20for%20intensivkapasitet%20i%20spesialisthelsetjenesten/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet\\_endelig\\_06\\_05\\_22.pdf](https://helse-sorost.no/Documents/Om%20oss/Hva%20gj%C3%B8r%20vi/Utredding%20av%20fremtidig%20behov%20for%20intensivkapasitet%20i%20spesialisthelsetjenesten/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet_endelig_06_05_22.pdf)

blant annet å etablere en infrastruktur som gjør teknologien brukbar, tilpasse teknologien til arbeidsflyt- og prosesser i tjenestene, sikre klinisk relevans og sørge for at kvaliteten på behandlingen opprettholdes, og ta hensyn til endringer i pasientbehandlingsmønstre, samt utvikle profesjonelle roller i takt med innføring av teknologi.

Sintef peker på at hvorvidt digitalisering og teknologi kompliserer eller forenkler klinisk praksis, avhenger av mange faktorer. Mange studier løfter frem aspekter som brukervennlighet og ansattes kompetanse til å bruke løsningene, utstyrstilgjengelighet og teknisk funksjonalitet, samt holdninger og erfaringer blant klinikerne, som avgjørende for å få utnyttet teknologien. Få publikasjoner ser ut til å reflektere rundt den omfattende kompleksiteten som kreves for å bygge bro mellom sykepleiernes arbeidsprosesser og teknologiske løsninger i sykepleierpraksis. Derimot påpekes det i flere studier at det i fremtiden kreves et tettere samarbeid mellom klinikere og utviklere av helsetjenesteteknologi slik at teknologien oppleves som støttende for arbeidsoppgavene. Det ser også ut til å være behov for mer utdanning og opplæring i digitale helsetjenesteverktøy for å gjøre det mulig for sykepleiere å ta en mer aktiv rolle i implementeringen av digitale tjenester.

Intervjuer med sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene tyder på at de opplever at teknologi kan lette tilgangen til tjenester for pasientene. Konsekvenser for helsepersonell handler i stor grad om å spare tid gjennom bruk av videomøteløsninger, samt at monitoreringsteknologier skaper trygghet for helsepersonell, fordi de vet at de lettere kan følge med på pasienten. På lang sikt kan vi tenke oss at tjenester av god kvalitet vil redusere – eller utsette - behovet for tjenester i fremtiden. På den måten vil en indirekte effekt være frigjort kapasitet. Sintef finner imidlertid at en rekke faktorer må være til stede for at teknologien skal være nyttig. Det omfatter forhold både ved teknologien og ved organisasjonen/personalet. Teknologien må svare på behov som tjenestene har, den må være stabil og virke. Teknikere må ha ansvar for teknologien, så ikke sykepleiere får denne tilleggsjobben. Og sykepleierne (og andre som skal bruke løsningene) må sikres god opplæring på kort sikt. På lang sikt må den digitale kompetansen økes generelt sett. Som en del av den digitale kompetansen inngår ferdigheter til å handle etisk og gjøre vurderinger om når teknologi skal brukes og ikke.

### **Avsluttende kommentarer**

Å utvikle bærekraft og i tillegg sikre legitimitet og oppslutning rundt en felles finansiert helse- og omsorgstjeneste, er viktig for befolkningen generelt og for pasienter og de som jobber i tjenesten. Hvis vi ser på de virkemidlene som finnes og gjør justeringer i henhold til å utvikle tjenester som rekrutterer og beholder helsepersonell, utnytter kompetansen på en kostnadseffektiv måte og sikre god kvalitativ og tilgjengelig helse- og omsorgshjelp til befolkningen, så kan vi møte utfordringsbildet på en mer bærekraftig måte. Vi håper notatet drøfter aktuelle løsninger med tanke på å kunne gjøre noen slike grep.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen  
Forbundsleder