

Helse- og omsorgsdepartementet
Kommunetjenesteavdelingen
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår saksbehandler: Jo Cranner
Vår ref: 258349

Vår dato: 04.11.2011
Deres ref.: 201102850-/SB

Høringsinnspill NOU-rapport 2011:11 Innovasjon i omsorg

Vi viser til høringsbrev av 22.07.2011 vedrørende NOU-rapport 2011:11 Innovasjon i omsorg, og ønsker med dette brevet å gi våre høringsinnspill.

Hovedinnspill

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er generelt positive til innholdet i rapporten. Vi mener rapporten vil gi mange verdifulle bidrag til utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i fremtiden, ikke minst sett i lys av Samhandlingsreformen og utfordringene tilknyttet denne.

Det er spesielt tre momenter NSF vil trekke fram som viktige i det videre arbeidet med å definere morgendagens helsetjenester:

- Utvalget har utvidet definisjonen av innovasjonsbegrepet til også å inkludere helse- og omsorgstjenesten. For at begrepet skal kunne brukes i helse- og omsorgstjenesten, må helsepersonellet kunne kjenne seg og sine oppgaver igjen i begrepet. Referansen til de siste 40 årene som en eneste omfattende innovasjonsprosess innenfor helse- og omsorgssektoren bidrar til å styrke vår forståelse av hvordan begrepet kan brukes også i det videre arbeidet.
- Utvalget understreker behovet for å se framover, gjennom å tenke nytt om organisering av tjenestene, for å klare morgendagens oppgaver. NSF tror det er viktig å utvikle mulighetene for nytenkning i klinisk praksis. Det er her viktig at forholdene blir lagt til rette for nytenkning, med et sett av klare mål og midler som skal til for å initiere, forankre og drive lokale innovasjonsprosesser.
- Utvalget har et bredt perspektiv på innovasjon i omsorgssektoren, og har inkludert langt flere faktorer for helse- og omsorgstjenesten enn teknologi, med organisering av fremtidige boliger, satsing på kunnskap og forskning, og brukervedvirkning i innovasjonsprosesser. De konkrete forslagene til utvalget er også gode som et utgangspunkt for en utvikling av en fremtidig helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet. NSF deltar i en rekke innovasjonsprosjekter, tilknyttet elektronisk informasjonsutveksling, tverrfaglig samhandling og etablering av nye kliniske roller som klinisk



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 22 04 33 04
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@sykepleierforbundet.no

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

Fakturaadresse:
Postboks 1535
7435 Trondheim

ekspertsykepleier (nurse practitioner) og pasientansvarlig sykepleier. Mange av disse relateres til teknologisk utvikling og eHelse, mens andre er løsninger for organisatoriske tilpasninger.

Generelle merknader og kommentarer

NSF mener det er svært viktig å sikre at fremtidens pleie og omsorg har et sterkt fokus på involvering, medbestemmelse og respekt for den enkelte pasient og dennes ønsker. Den enkelte må gis et bilde av hjelpen som gis, få medvirke i gjennomføringen av tjenesten. De pårørende må involveres i dette arbeidet, og at endringer også forankres hos disse.

Innovasjon og omsorg er, slik utvalget fremhever, to begreper fra svært ulike verdener. Det er viktig å ha ulikhetene i perspektiver og tilnærming mellom disse to begrepene klart i fokus. Omsorg er, som utvalget skriver, et begrep som inneholder en relasjon mellom mennesker, mens innovasjonsbegrepet i langt større grad dreier seg om endringer i konkrete arbeidsprosesser. Det er viktig at disse ulikhetene i tilnærming drøftes i det videre arbeidet.

NSF mener rapporten burde hatt et noe sterkere fokus på forebyggingsarbeid. Helsetjenesten vil måtte tenke langsiktige livsløpsperspektiv overfor den enkelte innbygger. Innovasjonsarbeid vil derfor måtte fokuseres på i *hele* den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også blant barn og unge. Livsstilssykdommer, og kommunale utgifter til pleie og omsorg som følge av dette har også vokst kraftig. Gjennom å tenke innovasjon i det helsefremmende og forebyggende helsetilbudet også til barn, unge og friske voksne, vil vi kunne redusere morgendagens press på pleie- og omsorgstjenesten.

Kommentarer relatert til utvalgets fem forslag

Næromsorg – den andre samhandlingsreformen (kap. 5)

Mange av fremtidens pasienter i kommunene kommer til å være sterkt hjelpetrequende med begrenset mulighet for egen deltakelse ved brukerstyring. Organisering av omsorgstjenestene inn mot familie og nærmiljø er positivt ved å se pårørende som ressurs, men det er samtidig nødvendig å se begrensningene i at mange pårørende fortsatt er yrkesaktive og inngår i en arbeidsstyrke samfunnet trenger. Videre har en del hjelpetrequende ikke pårørende som er i stand til å bistå i omsorgen. Spørsmålet er også hvem som skal bedømme hvor mye de pårørende kan og skal bidra i omsorgsarbeidet, og over et hvor langt tidsperspektiv. Det må fortsatt være en samfunnsoppgave å sikre alle et verdig tilbud.

Utvalgets rapport legger vekt på likestilling. Det er fortsatt mange kvinner som påtar seg krevende og nødvendige omsorgsoppgaver. Det må legges vekt på et realistisk samarbeid med pårørende som ivaretar både pasient og pårørende, og fortsatt bygge opp under likestillingsprinsippet uten å pålegge kvinner urimelig store omsorgsoppgaver.

Nye rom – framtidens boligløsninger og nærmiljø (kap 6)

Fremtidens helse- og omsorgstjeneste vil stå overfor et nytt sykdomspanorama, med flere som lever med multiple diagnoser, flere som overlever tidligere dødelige sykdommer (for eksempel infeksjoner og hjerte-/karlidelser), og flere som rammes av livsstilssykdommer som skaper pleiebehov.

Tiltakene for en bedre alderdom er bra, for de som kan benytte seg av dem. Utvalget har imidlertid i liten grad belyst spørsmål om tilbud til de ressursvake som ikke har mulighet til å forberede sin alderdom, eller benytte seg av de skisserte mulighetene. Et annet spørsmål er om de som er ressurssterke i utgangspunktet har kapasitet til, eller ønske om, å benytte mulighetene som foreslås når de blir skrøpelige. Innovasjonsarbeidet kan ikke gå på bekostning av de svakeste, med minst ressurser.

Selv om vi er aldri så flinke til å forebygge skader og sykdom, og til å drive mestringslæring og hjelp til selvhjelp, vil folk alltid bli syke, og noen vil bli svært skrøpelige. Et nytt konsept vil måtte medvirke til et verdig tilbud også for de ressursvake, de alvorlig syke og døende, med tilbud om den kompetansen deres livssituasjon krever. Selv om vi gjennom gode tiltak vil redusere antallet, vil det alltid være pasienter som uansett hjelpemidler vil være avhengig av døgnkontinuerlig pleie av høykompetent personell.

Teknoplan 2015 – teknologistøtte til omsorg (kap 7)

Det er viktig for NSF å understreke at teknologien skal være et **supplement** til omsorgen, der dette er hensiktsmessig for å kunne gi brukerne en kvalitativt bedre helse- og omsorgstjeneste. Teknologi kan ikke yte omsorg, og vil derfor *aldri kunne erstatte menneskelig kontakt!*

Teknologi skal ivareta pasienters selvstendighet og trygghet, styrke deres frihet til ivaretagelse av behovet for fysisk aktivitet, psykisk stimulering og til å opprettholde kontakt med andre, også når de ikke selv har mulighet til å vurdere konsekvensene av teknologien. Den skal også gjøre det enklere for pårørende å bidra i omsorgsarbeidet, og gjøres kjent for dem som trenger hjelp. Hjelpemidlene må derfor være rettighetsbaserte, og implementeres og brukes i tett dialog mellom pasient/pårørende og fagkompetent helsepersonell. Teknologien må tilpasses den enkelte brukers **individuelle behov** for tjenester.

Introduksjon av teknologi vil nødvendigvis måtte gå hånd i hånd med kompetanseutvikling på anskaffelse, implementering, bruk og vedlikehold av teknologien. Dette innebærer behov for en hel kjede av teknisk og faglig kompetanseutvikling, fra kommunene, via institusjoner og pleiepersonell, til den enkelte pasient med pårørende.

Velferdsteknologi er ikke et mål, men et middel til å gjøre ting enklere og bedre. Det er dessuten en rekke organisatoriske og finansielle spørsmål som må avklares i tilknytning til introduksjon av teknologi i helse- og omsorgstjenesten. Organisasjonen må tilpasses teknologien, og endringer må forankres i helsefaglige og tekniske deler av organisasjonen. Likedan vil det måtte settes av midler til utvikling, implementering og drift og vedlikehold av teknologien.

Det er også viktig å vurdere enkelte etiske sider ved bruk av velferdsteknologi. Det er viktig å ta med i betraktning både sporing/overvåking, faren for sosial isolasjon, og involvering av pasienter og pårørende i vurdering av bruk av teknologiske hjelpemidler som elementer i beslutningsprosessen omkring satsing på ulike verktøy.

Et nasjonalt program for kommunal innovasjon (kap. 8)

NSF er helt enig i at satsing på forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse- og omsorgstjenesten vil måtte ha et sterkt nasjonalt tilskudd. Spredning av forsknings-/utviklings- og innovasjonsresultater må etter ha et sterkt sentralt engasjement. Vi tror etablering av en nasjonal styringsenhet for lokalt innovasjonsarbeid, med ansvar for å rådgive/veilede, å styre eller

å gi økonomiske insentiver og oppstartsmidler, og med ansvar for å rapportere til politiske myndigheter, vil bidra til å øke initiativlysten, til å øke omsetningshastigheten for gode tiltak, og til å redusere fallgruver enkelte lokale initiativer vil kunne falle i.

Kompetanseutvikling er et vesentlig poeng i den nasjonale ansvarsporteføljen. Det vil være behov for en større generell kompetanse innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det vil også være behov for mer spesialisert kompetanse innenfor sykepleietjenesten.

NSF mener utvalgets beskrivelse av det fremtidige faglige kompetansebehovet i helse- og omsorgstjenesten burde vært utdypet. Fokuset på *akademisk* kompetanse i den praksisnære tjenesten er ikke redegjort for i tilstrekkelig grad. Skal innovasjonen være tilstrekkelig praksisnær, må vi gi hvert enkelt fagområde kunnskapsutvikling. Vi er overbevist om at økt generell og spesifikk kompetanse tilknyttet kommunehelsetjenestens utfordringer vil bidra til økt fleksibilitet og produktivitet i møtet med fremtidens velferds- og omsorgsutfordringer. De organisatoriske implikasjonene av utvalgets mange forslag vil måtte innebære behov for å redefinere oppgaver, og følgelig også roller og ansvar innenfor helse- og omsorgstjenesten. Herunder vil det være vesentlig å vurdere betydningen av oppgaveforskyvningen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten knyttet til Samhandlingsreformen. Dette danner krav til nye løsninger i kommunene, både med hensyn til organisering, nye roller og funksjoner, og til kompetanseallokering.

Omsorgsfeltet som ny næring? (kap. 9)

Eksport av innovasjonsløsninger innenfor helse- og omsorgstjenesten kan være et nyttig hjelpemiddel for å formidle norsk teknologi og kompetanse på et internasjonalt marked, og til å gi Norge verdifulle erfaringer og kompetanse tilbake. En rekke verktøy og systemer vil kunne bidra til å utvikle helsetjenesten i andre land.

Likevel er det viktig å understreke at hovedgrunnen til å satse på innovasjon i kommunene, uansett i hvilken form, må være å gi pasienten bedre tjenester. Et sentralt element i innovasjonsløsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at det skal hjelpe brukerne i den aktuelle kommunen, eventuelt innenfor et interkommunalt samarbeid. Dersom markedsbegrepet får festet seg, er det en risiko for at videresalg av innovative løsninger overskygger kvalitet i tjenestene som avgjørende beveggrunn for å satse på løsningene.

Øvrige perspektiver

Det vil i det videre arbeidet med tilrettelegging for innovasjonsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være vesentlig å se dette opp mot hvilke sykdommer som vil dominere pleiebehovet i fremtiden, og hvilke rammebetingelser, muligheter og verktøy vi har til å yte tjenester med god kvalitet.

Et annet element som utvalget adresserer, er hvordan vi skal få til spredning og implementering av gode fagutviklingsløsninger eller forskningsresultater. Når det tar 17 år fra en løsning er klinisk bevist til den er implementert i praksis, har vi en sentral utfordring som vi må ta på alvor. Vi må redusere den tiden det tar fra en løsning er anerkjent i forskermiljøer eller på annen måte har vist sin effekt, til andre begynner å ta løsningen i bruk. I dette perspektivet må vi se på hvordan ledere i helse- og omsorgstjenesten, på alle nivåer, har rammebetingelser, kultur og kompetanse til å drive innovasjonsarbeid, enten i den enkelte virksomhet eller på

nasjonalt nivå. Lederansvaret vil være stort, både når det gjelder å skape kultur for innovasjon og å involvere sine ansatte i utviklingsprosesser.

Vi er dog *ikke* enig med Hagen-utvalget i at det ikke er behov for mer ”forskning i tradisjonell, akademisk forstand”, jfr. kap. 8.1.2. Vi mener det er behov for mer forskning, kanskje spesielt kvantitativ forskning, innenfor en rekke områder. Vi tror det må satses både på å drive ny forskning, og å implementere eksisterende forskningsresultater i klinisk praksis.

Oppsummering

NSF mener Hagen-utvalget har gjort et godt og viktig arbeid for å bidra til å løse utfordringene i morgendagens helsetjeneste. Det er viktig at regjeringen tar med seg arbeidet Hagen-utvalget har gjort på disse punktene, og bruker dem aktivt i utmeislingen av fremtidens helse- og omsorgstjeneste.

Samtidig vil NSF nok en gang understreke at innovasjonstiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må opprettholde fokuset på selve hensikten med tjenestene – å sikre best mulige tjenester for kommunenes innbyggere. I dette ligger at tjenestene i størst mulig grad skal tilpasse seg den enkeltes behov, enten som pasient eller som pårørende. Selvstendighet, trygghet og respekt for den enkeltes verdighet og integritet må her være nøkkelord!

Med vennlig hilsen

Lisbeth Normann
Forbundsleder

Mette R. Dønåsen
Fagsjef