

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Vår saksbehandler: Åsne Grønvold
Vår ref: 2006/00437

Vår dato: 27. juni 2006
Deres ref.:
Medlemsnr.:

HØRINGSSVAR - NASJONAL HELSEPLAN

Norsk Sykepleierforbund er glad for at regjeringen vil legge fram en nasjonal helseplan og for at ulike aktører bes om å gi innspill til innhold og prosess.

En godt utbygd helsetjeneste med god kvalitet og tilgjengelighet og tillit i befolkningen er en av hovedpilarene i vår velferdsmodell. Helsetjenesten er under press i vårt rike land, og enkelte helseindikatorer kan paradoksalt nok tyde på at vi ikke får så mye bedre helse eller livskvalitet ut av ressursene vi legger inn i helsetjenesten. Tilsynsrapporter dokumenterer at koordinering og samhandling innad i helsetjenesten og mellom tjenestenivåer ofte ikke er god nok for enkeltpasienter. Det medfører unødige belastninger for pasienten, kan svekke tilliten til tjenestene og er som oftest ikke god bruk av ressurser. Det er for store forskjeller i hva slags behandling pasienter får for samme sykdom i spesialisthelsetjenesten, og for store forskjeller i hvilke tjenester og hvilken kvalitet det er på tjenestene i de kommunale helse- og pleie- og omsorgstjenestene. Nytenkning er derfor helt nødvendig.

Det fremgår av høringsbrevet at målene med helseplanen er å gi en helhetlig analyse av de utfordringer som helsepolitikken står overfor og trekke opp rammer for hvordan utfordringene bør møtes. Planen skal understøtte og styrke at utviklingen av de ulike delene av helsepolitikken får et helhetlig perspektiv. Den samlede helsetjenesten skal bli bedre sett fra pasientens ståsted.

I høringsbrevet blir det presisert at høringsnotatet ikke er selve helseplanen, men er tenkt som en tematisk gjennomgang av status og utfordringer som vil være sentrale i den Nasjonale helseplanen for 2007-2010. Med dette som bakgrunn gir NSF kommentarer til høringsnotatet.

Overordnede kommentarer

Vi synes høringsnotatet har en konserverende innfallsvinkel, i den forstand at det er en strukturell beretning om dagens situasjon, det vil si en fragmentert helsetjeneste der tjenestestedet/tjenestenivået/forvaltningsnivået er utgangspunktet og ikke personens helse og behov for helsetjeneste. I en slik modell ender det etter vår erfaring som regel med spørsmålet om "min eller din pasient", om kostnader på det enkelte behandlingssted, lite hensyn til total kostnader og med lite innsats innrettet mot forebygging, rehabilitering og mestring. For enkelte behandlingsformål og behov er det funksjonelt, men for en stor og økende gruppe mennesker med vedvarende sykdom og behov for sammensatt intervensjon, er det ikke hensiktsmessig. Vi mener det er nødvendig med en mer prinsipiell drøfting av organisering av og i helsesektoren. Vi kan ikke se at høringsnotatet angir løsninger eller strategiske valg for utviklingen framover. I den grad en kurs angis, er det å stevne fram som før, bare litt bedre.



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

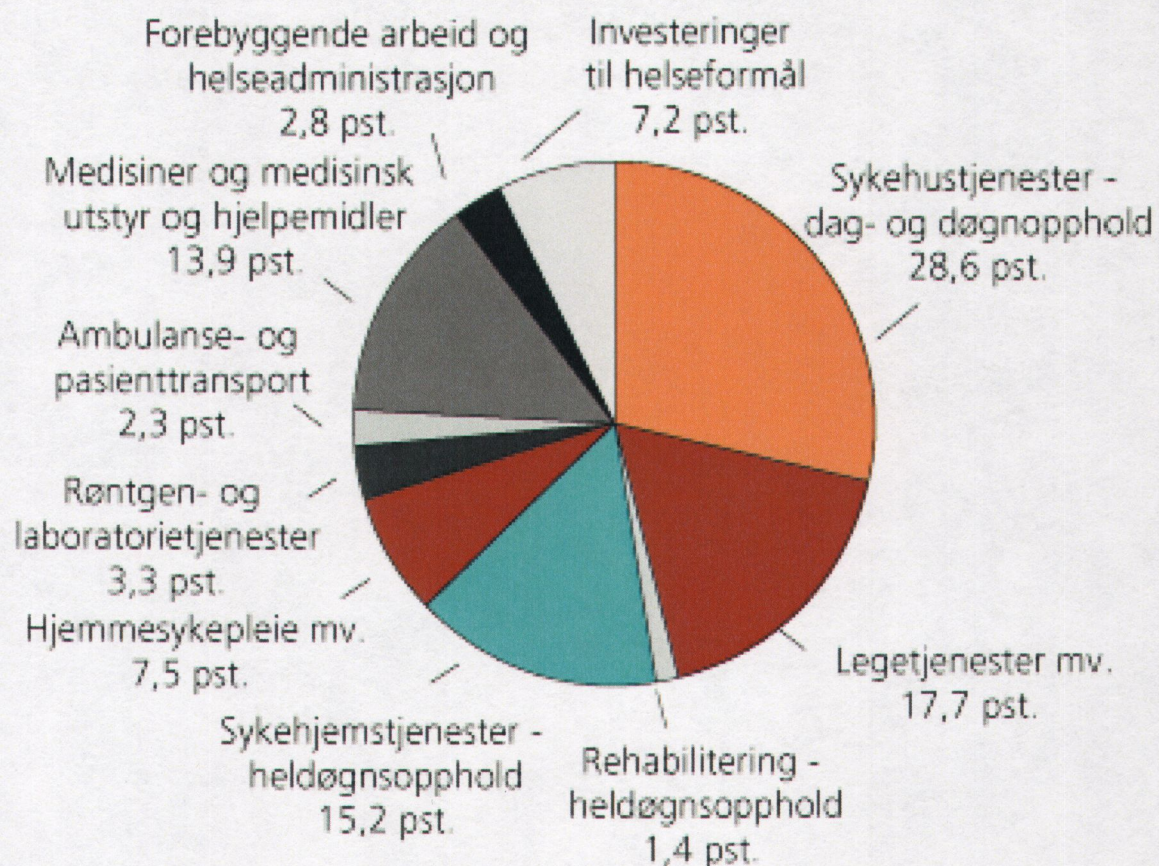
NSF ønsker en helseplan som gir visjoner, begeistrer og viser retning. Strategiene må være tydelig forankret i problemforståelse/statusbeskrivelse. Planen må ha et perspektiv langt ut over fire år og være konkret nok til å være retningsgivende for beslutninger på andre nivåer og sektorer når den er vedtatt.

Vi mener det er et selvstendig poeng at planen må være visjonær og begeistre. I et land med god økonomi, generelt en god helsetjeneste og innbyggere som i det store og hele har god helse, kan det være vanskelig å gjøre nødvendige grep for å møte både eksisterende svakheter og varslede utfordringer. Det er lett å gå inn i et "administrativt modus" og tenke at litt mer og litt bedre på alle måter er en bærekraftig og god løsning. NSF tror ikke at en slik tilnærming holder. Av høringsnotatet framgår ikke hvilke grep en ønsker å ta for å møte en del av de utfordringene som skisseres.

LEON-prinsippet og fordeling av ressurser

Vi savner en vurdering av hvordan ressursene kan brukes mest hensiktsmessig for å møte behovene. LEON-prinsippet er et godt prinsipp for utvikling av helsetjenesten. Et blikk på dagens ressursbruk på ulike helseformål er et viktig utgangspunkt når veien framover skal stakes ut.

Helseutgifter etter type tjeneste. 2004. Prosent



Kilde: SSB

NSF er skeptisk til om denne fordelingen er den rette. Dreining av fokus, nye arbeidsmetoder og behandlingsmuligheter og nye helseutfordringer vil få konsekvenser på fordelingen av helseutgiftene. Etter vår mening bør utviklingen framover styres mot en bevisst omfordeling av ressursene, som tar hensyn til behovsendringer som kommer i kjølvannet av demografisk utvikling, endret livsstil, ny kunnskap o.s.v.

Spørsmål som bør drøftes er:

- Er det god og rimelig fordeling i ressursfordeling mellom ulike helserettede formål i dag? Hvis noe skal endres – hva er det og i hvilket omfang?
- Drøfte fordelingen på forebyggende og kurativt arbeid
- LEON-prinsippet – er det fremdeles et grunnprinsipp, og i så fall hvilke konsekvenser bør det få?
- Lavterskeltilbud – hva med å bringe helsetjenesten nærmere folk? Tror vi at det gir lav kvalitet på tjenestene?

Land vi kan sammenligne oss med, har for eksempel en strategi for å styrke primærhelsetjenesten. Omtalen av primærhelsetjenesten i det foreliggende høringsdokumentet er etter vår oppfatning smal og lite egnet som utgangspunkt for å tenke strategisk. Sett i lys av utfordringer knyttet til sømløse behandlingsforløp, endret demografi og sykdomsbilde med mer, og enigheten om at samhandling mellom tjenestenivåene er en av de aller største utfordringene vi har, finner vi det underlig at primærhelsetjenesten med dens ulike aktører og muligheter er viet så lite oppmerksomhet.

Ikke-kurative oppgaver er gjennomgående sparsomt behandlet. En av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, opplæring av pasienter og pårørende, er knapt nevnt.

Nasjonal helseplan bør gi klare signaler om hvordan helsetjenesten skal utvikles og hvordan helsetjenesten skal prioritere mellom oppgavene.

Finansiering

Vi savner finansiering som et eget tema, både finansiering som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål, og som redskap i prioriteringssammenheng. Det blir ofte sagt at finansieringen skal være prioriteringsnøytral. Det stiller vi spørsmål ved. Finansiering kan også være et virkemiddel for å prioritere.

Finansieringsspørsmålet henger også sammen med vurderingen av ressurser til ulike helseformål. Det er åpenbart at kommunene ikke har fått ressurser som tilsvarer oppgavene på helseområdet.

Personellsituasjonen, utdanning og kompetanse

Det er uforståelig at det ikke er et eget kapittel om personellsituasjon og utdanning. Riktignok er det et kapittel om utdanning, men det er plassert i del IV, under spesialisthelsetjenesten. Det er en alt for smal tilnærming og gir helt feil fokus i forhold til utfordringene på området.

Vi savner blant annet en analyse av hvordan fremtidsutfordringene og politiske satsingsområder skal følges opp av utdanningssektoren og i helsesektoren. Videre savner vi en bredere beskrivelse av hvordan ny kompetansesammensetning i utdanning og i praksisfeltet kan tenkes å utvikle seg. I verden rundt oss er det forsøk med annen sammensetning av kompetanse, og dagens helsepersonellgrupper endrer sine arbeidsområder. Utvikling av ambulante team, generalistutdanning innen "rural health" og sykepleiere med mer selvstendig sykepleietjeneste er konkrete eksempler.

Sosial- og helsedirektoratet sier i rapporten "Utviklingstrekk i helse og sosialsektoren" (2006:)

"Hovedutfordringen vil være å øke tilgangen på utdannet personell og å redusere prosentandelen ufaglærte i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Fortsatt er 35 prosent av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren uten helse- og sosialfaglig utdanning. Sosial- og helsedirektoratet mener at andelen personell med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag bør økes i pleie- og omsorgstjenesten. Begrunnelsen er både at andelen i dag er lav i forhold til de oppgavene pleie- og omsorgstjenesten står overfor, og at behovet for høy faglig kompetanse framover vil øke enda sterkere enn veksten i antall med behov for pleie og omsorgstjenester. En spesiell utfordring er utviklingen i deltidsstillinger. SHdir mener det er vanskelig å møte kvalitetsutfordringene i tjenestene med så store deltidsbrøker." (s. 71)

Når rekruttering av kompetent og tilstrekkelig personell anses for å være en stor utfordring når helsesektoren framover skal konkurrere om arbeidskraft, er det underlig at dette ikke er viet mer oppmerksomhet. Helsevesenet er en krevende arbeidsplass og kan ikke regne med å rekruttere og beholde folk livet ut fordi det er givende arbeid.

Nærmere om enkelte kapitler.

Kapittel 2. Folkehelsearbeid

Sosial- og helsedirektoratets rapport "Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren" (2006) viser urovekkende utvikling i helsetilstanden på enkelte områder, sosiale forskjeller i helse og i tilgang på helsetjenester. Vi savner en bredere gjennomgang av dette området også med mer fokus på hvordan befolkningen kan delta i planarbeid og utforming, hvordan andre sektorer må involveres og hvordan folkehelsearbeidet lokalt kan styrkes.

Vi mener at forebygging generelt, og barn og unge spesielt i for liten grad er omtalt eller vektlagt. Det gjelder i hele meldingen. Til tross for at norske barn er blant de friskeste i verden, vet vi at de står overfor store fremtidige utfordringer – blant annet tilgang til og bruk av rusmidler.

En rekke kroniske tilstander som astma, allergiske sykdommer, diabetes og psykisk sykdom, og en økende epidemi av fedme blant barn er utviklingstrekk som preger den helsetjenesten som gis. Dette er i liten grad omtalt i planen.

I del II, kap. 2, Utfordringer for folkehelsen – forebygging, er den fremste forebyggende tjenesten til barn og unge; helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke nevnt. Dette er en type tjeneste som er unik for Norge (og til en viss grad øvrige nordiske land), og bør trekkes fram som en viktig aktør både i det forebyggende arbeid og folkehelsearbeidet.

Befolkningsrettet forebyggende innsats trekkes fram som et effektivt virkemiddel for å beskytte mot sykdomsutvikling. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tradisjonelt vært en viktig aktør nettopp i den befolkningsrettede innsatsen, via barnevaksinasjon, helseopplysning og smitteverntiltak. I en strategi for å hindre større ulikheter i helsetilbudet, er helsestasjons- og skolehelsetjenestens sosialt utjevne funksjon, viktig å understreke. Her møtes alle på lik linje, uavhengig av personlig økonomi eller sosial status. Dette er viktig å videreutvikle i en tid med stadig flere private aktører, særlig i de større byene.

Helsestasjonsmodellen kan med fordel utvikles for andre grupper som et lavterskeltilbud.

De fire hovedstrategiene i folkehelsepolitikken burde vært konkretisert og utdypet for å gi mening i denne sammenhengen. Det er noe selvmotsigende at man som første hovedutfordring sier at man skal "skape forutsetninger som gjør det lettere for den enkelte å ta et personlig helseansvar", samtidig som man to avsnitt over sier at "...stadig flere av oss *rammes* av faktorer av negativ betydning. For eksempel for lite fysisk aktivitet, et uheldig kosthold osv..." Ved å bruke begrep som *rammes*, signaliserer man det motsatte av et personlig helseansvar; sykdom er noe som bare skjer deg. Vi savner også en konkretisering av hvordan man tenker å skape forutsetninger som gjør det lettere å ta et personlig helseansvar.

I kap. 5, 5.3 Utfordringer for helseplanperioden, savnes en omtale av den forebyggende satsingen på psykisk helsevern i kommunene. Det er viktig at det poengteres at utredning og behandling av lettere psykiske lidelser i større utstrekning skal gis i kommunene. Dokumentet er preget av splitting i somatisk og psykisk helse. I praksisfeltet ser vi at en slik splitting ofte er kunstig. Dårlig psykisk helse vil stort sett alltid medføre somatiske plager. Hos barn og unge er det ofte de somatiske plagene eller adferdsvanskene som først viser seg, før man kan fastslå at årsaken ligger i et psykisk problem eller sykdom – enten hos barnet/den unge selv eller hos foreldrene.

Kapittel 3. Strategi for kvalitet og prioritering

Overordnet om kvalitet og prioriteringer

En særlig utfordring fremover, vil være å styrke og koordinere den nasjonale innsatsen for kvalitet og prioritering. For dette formålet foreslås det å etablere et overordnet nasjonalt organ som har til oppgave å adressere og balansere de utfordringer og dilemma som knytter seg til helhetlig utvikling av kvalitet og prioriteringer, innenfor rammen av lokal tilpasning og styring. Organet er tiltenkt en rådgivende rolle i forhold til ulike aktører, og har som sådan ingen styringsmyndighet. I tillegg foreslås det – med bakgrunn i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten... "og bedre skal det bli", i alt 6 strategier for kvalitet og prioriteringer som vi gir vår tilsutning til at det arbeides videre med.

Norsk Sykepleierforbund støtter videre etableringen av et overordnet nasjonalt organ som foreslått, men vil understreke at en mulig suksess for dette organet hviler på følgende viktige forutsetninger:

1. at et slikt rådgivende organ oppnår legitimitet i fagmiljøene på tvers av tjenestenivå
2. at en gjennom åpne og tillitsfulle prosesser finner gode samhandlings- og dialogarenaer som aktivt trekker med fagmiljøene som premissleverandør i løpende utvikling av prioriterings- og kvalitetsarbeidet.
3. at ansvaret for ressursbruk, prioritering og kvalitetsutvikling tydeliggjøres hos de ansvarlige tjenesteleverandører
4. at oppfølging og operasjonalisering av nødvendige tiltak skjer i linjen, og må forankres hos den til enhver tid sittende ledelse.

Prioritering

Prioritering i helsetjenesten står stadig mer sentralt i styringssignaler som bestillerdokument og andre pålegg fra myndighetene, og er hyppig framme i en løpende debatt både i fagkretser og i medier. Med det som bakgrunnsteppe skulle en anta at overordnede målsettinger om at alle skal sikres likeverdig tilgang på helsehjelp var mer innen rekkevidde i 2006 enn tidligere. Aktuelle rapporter viser imidlertid at så ikke synes å være tilfelle.

Prognoser om endret demografisk sammensetning i befolkningen ("eldrebølgen"), og økt antall personer som lever med en kronisk sykdom gir særskilte utfordringer framover utover første gangs tilgang til helsetilbud. I tiden som kommer bør fokus rettes særskilt mot hvordan ulike sektorer og nivåer i helsetjenesten sammen bidrar til rett prioritering og kvalitet overfor pasienter/brukere med langvarig hjelpebehov gjennom hele sykdomsforløpet.

NSF mener at åpenhet om prioritering og kvalitet er nødvendig. Gjennom åpen dialog må overordnede prioriteringsbeslutninger fattes slik at de kan tjene som et viktig premiss for de kliniske beslutninger helsepersonell tar daglig i møtet med den enkelte pasient/bruker. NSF er videre opptatt av at samfunnet tar et særskilt ansvar i forhold til ivaretagelse av grunnleggende behov/helsetilbud til mennesker som ikke selv kan formidle sine behov sterkt og klart, eller av ulike årsaker er usynliggjort eller marginalisert.

Kvalitet

Kvalitetsforbedring i helsetjenesten er komplekst arbeid og et nytt kunnskapsområde. Det er behov for bred forankring og ansvarliggjøring hos alle aktører. Videre er det nødvendig med mange ulike kvalitetsforbedringstiltak og på ulike nivå.

Kvalitet skal sikres gjennom tiltak som bruk av standarder/faglige retningslinjer, kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre, og kunnskapsbasert praksis. NSF har forventninger til at det videre arbeidet i forbindelse med den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring (SH-Dir, 2005) vil bidra til forsterket fokus på helhetlig og tverrfaglig tilnærming til utfordringer framover. Det er viktig med en bred tilnærming til kvalitetsbegrepet, slik at indikatorer og retningslinjer i større grad utvikles i forhold til utvikling av god praksis gjennom hele pasientforløpet enn kun å beskrive avgrensede/enkeltstående prosedyrer. Det er nødvendig å forenkle metoder for å utarbeide faglige retningslinjer og veiledere.

Kvalitetsindikatorer som måler effekt/resultat av helsehjelp er en særlig utfordring. Det bør tydeliggjøres at det i større grad må fokuseres på helsehjelp ut over den direkte medisinske behandlingen, bla. sykepleiernes og andre helsefaggruppers bidrag til pasientens helsehjelp. Per i dag er det kun mulighet til å trekke ut data fra medisinske kvalitetsregistre og pasientadministrative system. Dette har medført at dagens kvalitetsindikatorer for både somatikk, psykiatri og helse- og omsorgstjenesten kun sier noe om strukturer og prosesser av mer administrativ art, og lite om resultatet av den hjelpen som gis. En utfordring er å bygge opp registre og muliggjøre uttrekk av data om den helsehjelpen som utføres av annet helsepersonell enn medisinsk personell. Innføring av IPLOS i alle landets kommuner per 01.03.2006, gir muligheter til å utvikle nye kvalitetsindikatorer til dette individbaserte pleie- og omsorgssystemet. Indikatorer må utvikles i tett samarbeid med fagpersonene som skal bruke dem.

En grunnleggende forutsetning for å oppnå kvalitet, er at tjenestene utføres av kompetent personell. Rapportene fra IOM (the Institute of medicine), Aiken studie mfl. viser at sykepleiernes bidrag og kompetanse er direkte avgjørende for pasientsikkerheten.

Kvalitet og ledelse

Kvalitet i helsetjenesten skapes der hvor møtet med den enkelte pasient skjer. NSF er opptatt av at situasjonen for ledere av pasientnær virksomhet på en særskilt måte settes på dagsorden i tiden som kommer. Rapporter om kommuner og helseforetak med organisasjonsmodeller som fører til at enkelte ledere har et direkte personalansvar for inntil 200 medarbeidere, gjør at det med rette kan stilles spørsmål ved om vilkårene for at lederen kan utøve ledelse er tilstede. Godt lederskap hvor pasientfokus, teamarbeid og tverrfaglig samarbeid står sentralt er nøkkelfaktorer for kvalitet i helsetjenesten.

Det er viktig å knytte pasientsikkerhet til kvalitet i helsetjenesten, ikke minst i forhold til den store andel utilsiktede hendelser som vurderes som forebyggbare. Ledere har et særskilt ansvar for å benytte hensiktsmessige metoder for rapportering og utvikling av en "ikke straffende" læringskultur.

Kvalitetssvikt henger ofte sammen med systemsvikt og ikke individsvikt. Systemsvikt er et klart lederansvar. Det må til en total endring av holdning og kultur med skifte av fokus fra individ til system. Et grunnleggende fundament må legges i fokus på kvalitetsforbedrings-arbeid i utdanning av helsepersonell av alle kategorier og i lederutdanning for helsepersonell.

IKT og kvalitet

Tjenestene må være kunnskapsbaserte, dvs. basert på både dokumentert og erfaringsbasert kunnskap. Dette forutsetter at all helsepersonell har tilgang på dokumentert kunnskap, faglige retningslinjer og veiledere og oppdaterte praktiske kliniske prosedyrer, beslutnings og prosessstøtte verktøy for helsepersonell. Her må man utvide perspektivet til å gjelde alle helsefaggrupper og sørge for at ikke bare det medisinske perspektiv og behov vektlegges. Forskning innenfor sykepleie og pleie- og omsorgstjenestene må intensiveres. Helsebiblioteket er et viktig bidrag, men må videreutvikles slik at innholdet også skreddersyes til å dekke alle helsefaggrupperes behov.

På sikt ser man for seg muligheten for å trekke ut data fra elektronisk pasientjournal (EPJ). Dette vil kreve at helsepersonell i større grad legger inn strukturerte data, eller data blir strukturert i en entydig terminologi i EPJ. Sykepleieklassifikasjoner kan være et bidrag i denne sammenhengen.

Brukermedvirkning må også sikres ved tilgang til oppdatert kvalitetssikret helseinformasjon og egen journal.

Forslag til tiltak på IKT-området:

- Elektroniske fagstøttesystemer som Praktiske Prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS) og faglige retningslinjer innføres på alle sykehus og i alle kommuner.
- Kvalitetsindikatorer må videreutvikles og utarbeides på sykepleieområdet, "nurse-sensitive indicators", f.eks liggesår, fall, infeksjoner, medikamenthåndtering, utskrivningsklare pasienter, ernæring.
- Sykepleieklassifikasjoner blir prøvd ut og evaluert i norsk sykepleiepraksis.

Det er klare mål om helhetlige pasientforløp, men helsetjenesten er preget av fragmentert organisering, finansiering, ansvar og teknologi.

- Nasjonal standard for utskrivning (se egen boks om en god utskrivning).
- Bruk av elektronisk informasjonsflyt, ta i bruk tverrfaglig epikrise (resultat av ELIN-k-prosjektet).
- Innføre et helhetlig "IPLOS" statistikk for sykehus og kommunehelsetjenesten.

Om lag 60% av ressursene brukes på helse- og omsorgstjenester utenfor RHFène. Det bør derfor være av interesse for i større grad å fokusere på kvalitetsforbedring av denne delen av helsetjenesten/del av pasientforløpet. Pr. i dag vet man lite om resultat av den helsehjelpen som "ikke medisinsk" helsepersonell utfører i sykehus. Det bør være av interesse å få mer kunnskap og måle dette.

- Innføre et minimum datasett for sykepleietjenesten i sykehus, et IPLOS for sykehus også.

Kvalitet i hele pasientforløpet – samhandling

Styringen av spesialisthelsetjenesten sikrer et overordnet og helhetlig ansvar. Dette mangler totalt for kommunehelsetjenesten. I stadig større del av behandlingsforløpet er pasientene i kommunehelsetjenesten. Kompliserte og kompetansekrevende helsetjenester utføres i kommunene – men hvor ligger det overordnede og helhetlige ansvaret for kvaliteten?

Målet er at pasientene skal få tjenester av like god kvalitet uavhengig av hvor tjenesten skjer. For å oppnå det må det tenkes kvalitet gjennom hele pasientforløpet. Det vil være områder hvor sykehusene og kommunene må lage egne kvalitetssystemer og -målinger, men det er en rekke områder som det bør tenkes en felles strategi for. Det kan sikre at det ikke "glipper" når pasientene har behov for bistand fra begge nivåene. Et eksempel kan være at hvis en pasient ønsker å dø hjemme, må han være sikker på at han vil få hjelp av samme kvalitet i hjemmet som han får på sykehuset.

Det må utarbeides en standard for utskrivning av pasienter fra sykehus til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. En nasjonal standard må baseres på en likeverdighet mellom aktørene og tydeliggjøre hvordan helsetjenesten skal imøtekomme den enkelte pasients behov for helsehjelp, uavhengig av arena. En nasjonal standard for utskrivning skal gi felles retningslinjer for hvilke krav som skal settes til tjenestene for å tydeliggjøre ansvar ved utskrivning. Den vil bidra til en kontinuitet i helsetjenestetilbudet til alle pasienter som overflyttes fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten. En slik standard skal beskrive alle sider av tjenestene og de ulike arbeidsprosessene som er nødvendig for å organisere en utskrivning. Den skal inneholde og beskrive forslag til avtaler som kan brukes, og den skal inneholde begrepsavklaring og konsensus om hva som ligger i "en ferdigbehandlet pasient" eller "overflyttingsklar pasient". Den må også klargjøre bruk av personell og nødvendig kompetanse. Det er også av betydning at standarden baserer seg på et felles utviklet system for å registrere pasientenes funksjons- og tjenestenivå.

Et eksempel på kvalitet i praksis er en overføring av pasient fra sykehus til kommune (hjemmetjeneste) som foregår som følger:

- Beskjed om utskrivning/overføring skal gis pleie- og omsorgstjenesten tre dager i forveien.
- Pasienter må, pga bemanningssituasjon og kompetanse ikke utskrives fredag, lørdag eller søndag.
- Sykepleiejournal og/eller foreløpig epikrise skal følge med pasienten.
- Resepter og medisiner for de første to dager hjemme skal følge med pasienten.
- Hjelpemidler skal være bestilt og på plass i hjemmet.
- Pårørende skal være tilstede ved hjemkomst som må skje før kl.13.00 hvis hjemmesykepleien skal utføre besøk første dag.
- Start og sluttdato for medikamenter skal være dokumentert. Antibiotikakur anføres, antikoagulasjon-profylakse/marevan behandling skal ha sluttdato og kontrolldato.
- Eventuelle medisiner som kan gis ved f.eks. kvalme, smerter o.l skal angis.
- Fastlegen skal ha epikrisen senest tre dager etter utskrivning.
- Fastlegen skal ha beskjed om dårlige og ustabile pasienter som overføres i god tid før pasientene overføres
- 1-2 kontaktpersoner på sykehuset med kunnskap om pasienten skal oppføres i papirene som følger pasienten

(Kilde: Sykepleier i kommunehelsetjenesten, Vestfold, 2006)

Kapittel 4. Strategi for samhandling

Et helhetlig og integrert tilbud gjennom god samhandling er en viktig nøkkelfaktor for å skape god kvalitet i helsetjenesten. Fokus på pasientrettigheter gjør at mange borgere i stadig økende grad har forventninger til og etterspør kvalitet på helsetjenester. Ordninger som "Fritt sykehusvalg" og "Åpen retur" understøtter rettighetstenkningen. I helsetjenesten skjer det i stor grad medisinsk spesialisering og funksjonsdeling basert på prinsippet om "øvelse gjør mester", noe som innebærer økte reiseavstander for pasienter/pårørende, og nye utfordringer i samhandlingen mellom helsepersonell.

I et notat fra Kunnskapssenteret (2004) til Nasjonalt råd for prioriteringer trekkes det fram at behandlingsnivået i liten grad påvirker kvaliteten for flere store, prioriterte pasientgrupper (diabetes, KOLS, hjerneslag, enkelte mentale lidelser og eldre med kroniske sykdommer/multisykkelighet). Det konkluderes med at tilstrekkelig tilgang på kompetent tverrfaglig personell, godt planlagt utskrivning og løpende dialog i kombinasjon med andre hjemmebaserte tiltak kan være en god alternativ løsning til sykehusopphold. Med en tilsynelatende konstant utfordring i forhold til kapasitet i spesialisthelsetjenesten (ventetider/korridorpasienter), er det viktig med helhetlige vurderinger knyttet til "de rette pasientene er i de rette sengene" på tvers av forvaltningsnivåene.

I forbindelse med en eventuell *etablering av et nasjonalt avtalesystem for understøttelse av samhandling* vil det etter NSF mening være å hensiktsmessig å utvikle, etterspørre og legge til rette for nye modeller for helsetjenestetilbud i kommunehelsetjenesten som baseres på at pasienter/brukere med langvarige hjelpebehov får navngitte/ansvarliggjorte fagpersoner å støtte seg til i tillegg til fastlegen. Med utgangspunkt i den enkeltes totalsituasjon; behov for hjelp og behandlings/sykdomsforløp bør det knyttes til relevante fagpersoner med et særskilt ansvar for oppfølging/koordinering. Det finnes etter hvert flere eksempler der aktiv bruk av diabetessykepleiere, kreftsykepleiere, geriatriske sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, "hospital at home" og andre hjemmebaserte tilbud overfor pasienter har vist å ha positiv effekt for pasienter og pårørende. Samtidig har det også vist seg å være en hensiktsmessig bruk av ressurser.

Økt bruk av dialog og ambulante tilbud (eks. Ullevål universitetssykehus – sykehjem) er en annen type samhandlingstiltak som bør inkluderes i forsøk/modeller for bedre samhandling mellom nivåene.

Kapittel 6. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten

Høringsnotatet fanger opp hovedtrekkene i status og utfordringer videre vedrørende utvikling og bruk av IKT i helsetjenesten i spesialisthelsetjenesten, men gjenspeiler i liten grad situasjonen i kommunene. Dette er et for begrenset fokus. Noen kommuner har faktisk kommet vel så langt i IKT-bruk som mange helseforetak. Kommunesatsningen i S@mspill planen burde vært nevnt her.

Innledningsvis i kapittel 6.1 sies at denne planen (vi leser S@mspill 2007) vil være en sentral ramme for videreutvikling og koordinering på IKT området. Slik NSF ser det, bør Nasjonal helseplan stake opp kursen videre i forhold til bruk av IKT i helsetjenesten og dermed strekke seg lenger enn hva S@mspill 2007 strategien skisserer. Den utløper i 2007. En nasjonal helseplan for perioden frem til 2010 bør kunne virke som en overordnet helsepolitisk bestilling for utarbeidelse av neste IKT strategi for helse- og sosialsektoren.

De store demografiske endringene man har i vente (eldrebølgen), samtidig som flere pasienter blir overført til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene på et stadig tidligere tidspunkt i sitt behandlingsforløp, medfører et større behov for sykepleiefaglig oppfølging bl.a. av medisinsk teknisk utstyr, spesielt i fasen rett etter overføring av pasientene. Etter NSF mening, og slik den *omsorgsmessige samhandlingskjeden* er beskrevet i rapporten til Nasjonal IKT, vil det være ved utskrivningen av pasienter fra sykehus til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten det er størst gevinst ved bruk av elektronisk samhandling.

En stadig større del av den totale helsehjelpen utføres utenfor sykehusene. Slik NSF ser det vil det være hjemmet til pasientene som har potensialet til å bli den store arenaen for å ta i bruk IKT for å understøtte kvalitet og kontinuitet i helsetjenesten. Hva med *innleggelse av pasienter i eget hjem*, og å ta i bruk telemedisinsk/elektronisk samhandling til dette? Et pågående prosjekt i

Danmark viser at pasientene opplever seg overvåket i sykehus, men under oppsyn i eget hjem. IKT har potensialet til kompetanseoverføring mellom helsepersonell i sykehus og kommunehelsetjenesten og aktiv behandling av pasienter i eget hjem. EU prosjekter viser også større livskvalitet og mindre helseplager for pasienter med kroniske helseplager som mottar flere helsetjenester i eget hjem.

Konkrete kommentarer

I kapittel 6.2 står det at eksisterende systemer i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ikke er lagt til rette for kommunikasjon mellom sykehusavdelinger og allmennleger. Det samme gjelder også for EPJ systemene i sykehus og hos allmennlegene. Spissformulert kan en si at *"Fragmentert organisering møter fragmentert teknologi"*. Det står videre at standarder og sikkerhet knyttet til meldingsutveksling vil fremme den videre utvikling. Her burde Dnlf ELIN-prosjekt og fellesprosjektet til NSF og KS; ELIN-k-prosjekt vært nevnt. Disse prosjektene er per i dag de viktigste satsningene for å bidra til e-kommunikasjon mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene de nærmeste årene. En nasjonal helseplan bør stille krav til at alle helseforetak, legekantor og kommuner tar i bruk resultatene fra ELIN prosjektene. Dette vil være den eneste muligheten for å sikre et minimum av nødvendig elektronisk kommunikasjon som en integrert del av samhandling i helsetjenesten i årene fremover.

Til kulepunkt 3, s. 26, under sentrale tiltak for planperioden 2007 – 2010.

- *Videre utbygging av IKT - samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste med særlig vekt på å få meldingsutveksling (henvisninger, epikrise og svar)*

Som en saksopplysning kan det nevnes at *tverrfaglige epikriser* er en av meldingsstandardene som er utarbeidet i ELIN-k-prosjektet, og som har fått bred støtte i høringsprosessen. Den tverrfaglige epikrisen er ment å sikre at de ulike EPJ systemene i sykehus, pleie- og omsorgssektoren og fastlegekontorene kommuniserer og sikres nødvendig informasjonsoverføring til fastleger og helsepersonell i pleie- og omsorgssektoren ved utskrivning av pasienter fra sykehus til pleie- og omsorgssektoren.

Til kulepunkt 6, s. 26.

- *Utvikling av felles system for elektronisk pasientjournal i sykehusene*

Her er vi usikre på om man mener at det bør være en EPJ løsning i hele sykehus-Norge, eller menes det at man må ha en felles standard/struktur og terminologi i EPJ. Slik NSF ser det, er det ikke riktig at en nasjonal helseplan legger opp til en monopolsituasjon uten en nødvendig konkurranse mellom ulike systemleverandører.

- *Om elektronisk pasientjournal (EPJ) i sykehus, s. 28.*

Det står helt riktig at EPJ i sykehus er selve navet i informasjonsutvekslingen med samhandlingspartnere. Dette gjelder også for EPJ ved legekantor og i kommunehelsetjenesten. Det står også at neste generasjons EPJ vil være et felles verktøy for dokumentasjon, kvalitetsarbeid, understøtte oppgave- og funksjonsfordeling og tilrettelegge for samhandling. Det bør også stå at det ligger store utfordringer i videreutvikling av EPJ som prosess og beslutningsstøtte. Videre må EPJ være et tverrfaglig system som støtter alle grupper helsepersonell i deres arbeid og lovpålagte dokumentasjonsplikt. Slik situasjonen er pr. i dag har EPJ systemene i sykehus størst funksjonalitet for leger, mens det motsatte er situasjonen i de kommunale EPJ systemene i pleie- og omsorgstjenesten.

Helseplanen bør tydeliggjøre at det vil kreve mye teknologiutvikling, investering og endring av arbeidsprosesser for å kunne nyttiggjøre IKT som en naturlig del av hvordan helsetjenester utføres. Ikke minst at dette krever ny kompetanse hos helsepersonell for å stille adekvate krav til videreutvikling og nyttiggjøring av teknologien. Dette må utdanningssystemet av helsepersonell på alle nivåer ta opp i seg. Det aller viktigste er at lederskapet i helsetjenesten tar dette på alvor og går aktivt inn med å stille krav til hvordan IKT skal integreres i daglig praksis og hvilke gevinster man søker å oppnå.

Det bør tydeligere presiseres at koordinering av IKT i den kommunale helsetjenesten må være et mål på samme måte som for spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 7. **Forskning for bedre helse**

Etter NSF's mening er det lite hensiktsmessig å skille så klart mellom utdanning og forskning som planen kan se ut til å gjøre. Utdanning og forskning er tett vevet sammen og knyttet til oppgaver og mål for universitetene og høyskolene. Samarbeid med privat og offentlig sektor skal bidra til nasjonal og regional kunnskap for vekst og forbedret oppgaveløsning.

Utviklingen i samfunnet og i helsevesenet går raskt, og på mange områder samtidig. Det er flere eldre, flere med livsstils- og kroniske sykdommer, endringer i sosiale nettverk, økende arbeidsledighet og sosiale problemer. Dette gjør at det på mange områder er behov for sykepleiernes kompetanse, og for at sykepleierne tar ansvar for å utvikle sitt kunnskapsområde, heve sin fagkompetanse og bidra til helsetjenesteforskningen. Dette gjelder innenfor alle de områdene der sykepleiere har sin plass, enten dette er forebyggende, behandlende eller lindrende funksjoner. Den generelle faglige kvaliteten må heves gjennom målrettet klinisk forskning og systematisert erfaringskunnskap.

Forskning og fagutvikling

Kravet om vitenskapsbasert kunnskap øker, og forskningsresultater må i større grad benyttes i det kliniske felt, som en integrert del av sykepleiernes praksis. Det kliniske felt har stor mangel på sykepleiere med forskningskompetanse. Sykepleiere med slik kompetanse kan være pådrivere og ressurspersoner i den lokale fagutviklingen, og veilede sykepleiere og annet helsepersonell som ønsker å drive forskning. For NSF er det en målsetting at antallet sykepleiere med høyere universitetsgrad og doktorgrad øker, og at det opprettes forskningsstillinger for sykepleiere i langt større grad enn i dag.

NSF ser behovet for en forskningspolitisk satsning med følgende målsetting:

Sykepleieforskning, både grunnforskning, anvendt forskning og helsetjenesteforskning, er et synlig og viktig bidrag i den totale helseforskningen i Norge, og bidrar til bedret kvalitet på den sykepleien som ytes til pasientene.

Vi har også lyst til å trekke fram noen enkeltområder som trenger forskningsinnsats. Vi etterlyser omtale av forskning på barn og unges helse. Her er det store mangler. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barneavdelingene sitter med et stort grunnlagsmateriale for forskning. Ved mer langsiktige og ensrettede metoder (for eksempel i forhold til veiing og måling av barn), ville man kunne få frem viktig tallmateriale og opplysninger om utvikling over år.

Fokus på opplæring, veiledning og mestring i hverdagen, krever forskning og måling av andre verdier enn det mye av dagens forskning har tradisjon for. Framover er det behov for parametre og indikatorer som måler livskvalitet og mestring. Dokumentasjon av effekt er viktig i dette arbeidet, både når det gjelder kvalitetssikring, dokumentasjon av effekt og justering av kurs. Dette ønskes også mer belyst i Nasjonal helseplan.

Kapittel 9. **Den kommunale helse- og sosialtjenesten**

Vi merker oss at denne delen må sees i sammenheng med at det skal legges fram en stortingsmelding om fremtidens omsorgstjenester, og at meldingen vil ta opp problemstillinger knyttet til de kommunale tjenestene som det ellers ville vært naturlig å behandle i Nasjonal helseplan. Det er derfor vanskelig å gi kommentarer til denne delen av planen.

Det er en klar anmodning fra NSF om at hovedinnholdet i meldingen legges inn i Nasjonal helseplan slik at det er ett dokument og en stortingsbehandling som gir et samlet bilde og et samlet grep om helsetjenesten, pleie- og omsorgstjenestene og sosiale tjenester. Høringsnotatets framstilling er slik vi ser det ikke dekkende idet fokus i planen hovedsakelig er rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Generelt synes vi at omtalen av den kommunale helse- og sosialtjenesten er for smal. Vi etterlyser blant annet omtale av utfordringer innenfor andre områder enn pleie- og omsorgstjenestene. Man burde hatt med et underkapittel om fremtidige utfordringer innenfor øvrig kommunal helsetjeneste, og omtalt samhandlingen med kommunal sosialtjeneste (eks. helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnevern).

Personell og kompetanse

Det er positivt at det satses på å øke legedekningen i helse og omsorgssektoren. En faglig forsvarlig helse og omsorgstjeneste avhenger av en tilfredsstillende legedekning. Vi stiller oss imidlertid undrende til at kompetansesatsing på pleiepersonalet som er nærmest pasientene er omtalt så lite. For å kunne utnytte den økte satsingen på legetjenester, er en avhengig av at pleiepersonalet har kompetanse til å observere, dokumentere og rapportere tilfredsstillende data om pasientene og følge opp forordninger på en faglig forsvarlig måte. Det er derfor med forbauselse vi merker oss at tiltak for å rekruttere kompetent personell, samt styrke kompetanse hos pleiepersonalet er viet svært liten plass. Skal pasientene behandles på lavest effektive omsorgsnivå, slik at bl.a. unødvendig innleggelser i sykehus unngås, må kompetansen hos personalet nærmest pasientene styrkes. Kompetansen hos de ansatte må avspeile pasientenes behov for hjelp. Vi viser i den forbindelse til SHdirs rapport (2006) som er helt klar i sin anbefaling om å øke andel personell med høyskoleutdanning innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Helse- og omsorgssektoren står overfor alvorlige utfordringer med å rekruttere kompetent helse- og omsorgspersonell for å møte en økende eldre befolkning. De kommunale helse- og omsorgstjenester har gjennom flere år slitt med stramme budsjetter, noe som pleiepersonalet i stor grad har måttet ta støyt for (Vike 2005). Det er derfor provoserende å lese at det eneste som kommenteres når det gjelder pleiepersonalet i kommunehelsetjenesten er kjennetegnet ved deres manglende evne til å aktivisere pasienter og brukere. En slik negativ karakteristikk av kvinners arbeidsinnsats, uten å se den i forhold til de rammebetingelser som ansatte og sektoren arbeider innenfor, er demotiverende for de som i dag arbeider innenfor sektoren.

Vi forventer at det fra sentralt hold settes inn nødvendige ressurser og kompetanse for å gjøre helse- og omsorgstjenestene til et attraktivt sted å jobbe. Det må satses på tilrettelegging av kompetansehevede tiltak finansiert av statlige midler. Halvard Vikes forskning i helse- og omsorgstjenesten viser fravær av faglige infrastrukturer. I tillegg til satsing på kompetanseutvikling må det derfor også initieres forskningsprosjekter som har til hensikt å prøve ut nye måter å legge til rette for større kollektiv faglighet i tjenestene. Helse- og omsorgstjenesten trenger som skolesektoren et kunnskapsløft, og en organisering av tjenestene etter modell fra lærende organisasjoner.

Stokke-prosjektet: Utvikling av elektronisk verktøy som kommunene kan bruke for å beregne bemanningen ut fra pasientenes behov for hjelp.

I perioden 2002 – 2005 ble det gjennomført flere prosjekter i Stokke kommune i Vestfold hvor målet var å ivareta pasientenes behov for forsvarlige og gode helse- og omsorgstjenester, ansattes behov for trygge og motiverende arbeidsplasser og effektive tjenester. NSF deltok i noen av prosjektene og har i 2006 ansvaret for et oppfølgingsprosjekt i hjemmetjenesten i tre Vestfoldkommuner. Der settes kompetanse i fokus gjennom fire utviklingsområder:

1. *Riktig grunnbemanning.* Det kartlegges hvilke pasientsituasjoner pasientene er i, og ut fra dette beregnes kompetansebehovet i grunnbemanningen.
2. *Funksjonsfordeling.* Ordning med pasientansvarlige iverksettes for å sikre pasientene en kontaktperson med ansvar for å sikre faglig forsvarlighet, kontinuitet og koordinerte tjenester. Samarbeid mellom pasientansvarlige og andre ansatte avklares.
3. *Kompetanseutvikling.* System for vedlikehold og oppdatering av nødvendig kompetanse hos ansatte i tjenesten iverksettes.
4. *Sammenhengende tjenester.* Det kartlegges hvilke pasienter som har behov for spesialkompetanse og/eller behov for tjenester fra flere etater og tjenestenivåer. Eksisterende systemer for sammenhengende tjenester til pasientene vurderes og justeres.

Et av målene i prosjektet er å utvikle et elektronisk verktøy som kommunene kan bruke for å beregne bemanningen ut fra pasientenes behov for hjelp. NSF ønsker å utvide prosjektet til flere kommuner, til omsorgsboligene og sykehjemmene, i de nærmeste årene.

Begrepene helsetjenester og omsorgstjenester

I planen er det laget et skille i tjenestene og det slås fast at det er i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og på helsestasjonen pasientene mottar helsetjenester. Hvis pasientene har behov for hjemmesykepleie eller et opphold på sykehjem får de omsorgstjenester. Det kommer samtidig fram at hjemmesykepleien og sykehjemsopphold er viktige bidrag til en helhetlig helsetjeneste. NSF mener at planens skille mellom helsetjenester og omsorgstjenester ikke vil bidra til en sømløs og helhetlig helsetjeneste. Den vil tvert imot være med på å sementere dagens struktur med institusjon og profesjon, og ikke møte samfunnsutviklingen hvor det er de individuelle rettighetene og kravene pasientene har som skal være fundamentet for organiseringen av helsetjenesten.

Dagens pasienter i hjemmesykepleien er gårdagens sykehuspasienter (s. 43). Studier viser at kommunene må ha ansatte med helsefaglig kompetanse for å ivareta pasienter som utskrives fra sykehusene med medisinsk teknisk utstyr, hvor behandlingen ikke er avsluttet eller av andre årsaker kan bo hjemme under forutsetning av kompetent oppfølging. Pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester trenger en pasientansvarlig med kompetanse til trekke inn de aktørene pasientene har behov for (SINTEF Helse 2004: Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill).

To pasienteksempler kan belyse dette:

1. En pasient har et leggsår og bor hjemme. Hjemmesykepleien skifter regelmessig på såret, i samråd med fastlegen. I perioder er det nødvendig med sykehusinnleggelse for å rense såret. Den bistanden pasienten får til sårstell, om det er i sykehuset, hos fastlegen eller i hjemmesykepleien er vel helsehjelp, uavhengig av arena?
2. En pasient har en alvorlig sykdom og aktiv medisinsk behandling er avsluttet. Han er avhengig av smertepumpe, sondeernæring og godt stell. Hjemmesykepleien skal bistå pasienten og pårørende den siste tiden av livet. Er det helsehjelp eller er det omsorg som gis?

Kapittel 10. Organisering og styring

Lokaldemokrati og nasjonal styring

I kapittel 9.2 er det et eget avsnitt om helse og lokaldemokrati. Her synes vi at lokaldemokrati brukes som et vern mot å problematisere i forhold til de klare helsepolitiske målene om likeverdige tilbud og lik tilgjengelighet på helsetjenester. Vi synes det er uforståelig at denne grunnleggende målsettingen vektlegges sterkt i spesialisthelsetjenesten, hvor det faktisk er foretatt store strukturelle grep for å fremme lik behandling, mens hensynet til lokaldemokratiet styrer i det øyeblikk en pasient utskrives/overføres til kommunal tjeneste.

I evalueringsrapporten "Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet", Agenda og Muusmann 2005 sies:

"Mantraet om lik tilgang til like ytelser for spesialisthelsetjenesten har lydt i årevis. Men i en konjunktur med flere kronikere, flere eldre, flere langtidssyke osv., hvor ikke minst primærhelsetjenesten vil bli påvirket, og hvor behovet for økt kapasitet i primærhelsetjenesten kan være betydelig, vil det være eiendommelig dersom en aksepterer stor grad av heterogenitet i denne delen av tjenesten." (s. 277)

Kommunenes prioriteringer er ulike, og det medfører konkrete konsekvenser i tjenestetilbudet. Ut over at det faktisk ikke gir pasientene like tjenester, er det også et problem i forhold til samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Dette må ses i lys av Bernt-utvalgets innstilling. Den går inn for enda mindre lovregulering av tjenestene og ytterligere økt frihet til kommunene innen helse- og sosialfeltet. Konsekvensen kan være at den eneste lovregulerte helsetjenesten i kommunene er fastlegeordningen. Da er vårt spørsmål om befolkningen faktisk ønsker det?

HODs mål er utarbeidelse av nasjonale mål "...for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til riktig helsehjelp av god kvalitet. Det lokale selvstyret legger til grunn at tjenestene organiseres, tilpasses og fordeles ut fra lokale behov og forutsetninger".

På denne måten mener vi at ulikhetene opprettholdes. Det vil i for stor grad være den enkelte kommunes økonomi og satsing som vil avgjøre omfanget av og kvaliteten på de kommunale

helsetjenestene. En øremerking av midler til utsatte tjenester, som for eksempel skolehelse-tjenesten, er etter NSF's mening nødvendig.

NSF mener at spesialisthelsetjenesten skal være samlet under staten eierskap og styring. NSF var ikke enig i at helseforetakene skulle være selvstendige rettssubjekter tatt ut av forvaltningen. Helsetjenesten skal være en integrert del av det offentlige. Erfaringen viser at det er behov for et samlet politisk grep om helsetjenesten. Modellen har synliggjort hva vi trenger og ønsker politikere til, at befolkningen faktisk ønsker politikere "på banen" når det gjelder så viktige ting som helsetjenestetilbudet. NSF mener det har vært en fordel for det helsepolitiske ordskifte og interesse at ansvaret er samlet på en hånd. Debatten blir samlet og mer tydelig, og ansvaret enklere å adressere.

Behovet for nasjonal styring og samordning er etter NSF's mening tydeliggjort etter sykehusreformen. Det kommer blant annet til uttrykk ved en rekke nasjonale strategiarbeid initiert av eier og gjennomført i regi av de regionale helseforetakene. Debatten om sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør viser også problemene ved regioninndeling, geografiske grenser og hensynet til god ressursutnyttelse. Vi merker oss også at behovet for sterk samordning understrekes i kapittel 12. 2 om investeringer i spesialisthelsetjenesten.

NSF mener at behovet for samlet styring av helsetjenesten er undervurdert. Det har vært en viktig begrunnelse for at NSF har arbeidet for at det utarbeides én nasjonal helsepolitikk der utviklingen av primærhelsetjenesten, helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten ses i sammenheng. Vi synes ikke det er hensiktsmessig å vurdere kapasitet og struktur under spesialisthelsetjenesten isolert (kapittel 11). Det gir ingen mening å ikke se tjenestene i sammenheng.

NSF mener at primærhelsetjenesten er grunnstammen i helsetjeneste. Ut fra dette grunnsynet har vi foreslått forsøk med å la kommunene være "bestiller"/oppdragsgiver for spesialisthelsetjeneste. Vi har hatt fokus på å styrke primærhelsetjenesten, slik at den bedre kan bli i stand til å ivareta helse-, pleie- og omsorgsoppgaver og forebyggende arbeid. Ut over behovet for betydelig økonomisk styrking, for blant annet å evne å ansette kvalifisert og tilstrekkelig personell, har vi skissert modeller og virkemidler som kan bidra til å realisere helsetjenestens mål. Vi har tillempt tiltak ut fra en gitt oppgavedeling og forvaltningsstruktur.

Vi har også pekt på at sykehusreformen har bidratt til ytterligere styrking av spesialisthelsetjenestens dominans. Spesialisthelsetjenesten kan ganske ensidig fatte beslutninger som får store konsekvenser for kommuner som er i dens opptaksområde. Vi mener å se at samhandlingsutfordringene ikke har blitt mindre med ny organisering, samtidig med at antall pasienter dette gjelder øker.

Mot en justert oppgavedeling?

En grunnleggende premiss for forbedrings- og utviklingsarbeid i helsetjenesten nå, synes å bygge på en politisk beslutning om at dagens forvaltningsnivåer og hovedarbeidsdeling ligger fast. Et nøkternt blikk på status og utviklingstrekk i helsetjenesten de siste årene, reiser også berettiget tvil om hvorvidt kommunene økonomisk og kompetansemessig vil bli satt i stand til å løse oppgaver de har etter dagens oppgavedeling på en tilfredsstillende måte. Begge disse forhold tilsier etter vår mening at en justering av oppgavedeling må vurderes.

Vi mener at det er behov for å drøfte en utvidelse av spesialisthelsetjenestens ansvarsområde til å omfatte alle som er i behov av 24-timers helsemessig oppfølging. I det inkluderes rehabilitering av personer med adferdsproblematikk som krever døgkontinuerlig oppfølging. Løsningen innebærer å samle det faglige, organisatoriske og finansielle ansvar, men tilsier ingen sentralisering. Et slikt grep kan snarere understøtte utvikling og styrkede desentrale tjenester. Vi er etter hvert overbevist om at det trengs både faglig og finansiell styrke for å få det til. I en slik ordning kan det kommunale tjenestetilbudet tydeligere innrettes mot å yte tjenester med sosialfaglig forankring for å gi innbyggerne en god, trygg og aktiv hverdag. Helsetjenesten vil være godt tilgjengelig i lokalmiljøet, selv om ansvaret er plassert på et annet forvaltningsnivå.

Kapittel 11. Kapasitet og struktur

Se tekst under kapittel 10.

Kapittel 12 Investeringer i spesialisthelsetjenesten

Vi støtter vurderingen om at omfanget av investeringer og omfanget av foreliggende planer tilsier styrket bruk av nasjonale koordineringstiltak. Vurderingen av investeringsbehov kan imidlertid ikke isoleres til spesialisthelsetjenesten, men må ses i lys av hvilken utvikling en staker ut for primærhelsetjenesten.

Helseforetakene har store etterslep på vedlikehold og gjenanskaffelse av utstyr. Kombinert med en vanskelig driftssituasjon med kontinuerlig press om balanse og omstilling, gjør dette hensiktsmessig omstilling vanskelig, og går til dels ut over pasientrettet virksomhet. Selv om det er behov for utfasing av visse deler av bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten, og nødvendig å omlegge driftsformer, er det helt urealistisk å utforme en helsetjeneste for fremtiden ved å ta "strupetak" på muligheten til fornyelse og vedlikehold gjennom lave inntekter til håndtering av eiendom og utstyr. De siste årenes høye investeringsvolum i spesialisthelsetjenesten, kombinert med økt produktivitet, viser etter vår mening at investeringer i sektoren er nødvendig for å opprettholde og utvikle et godt tjenestetilbud.

Utfordringene knyttet til investeringer ble også påpekt i Agenda Muusmann-rapporten (2005):

"Vi vil anbefale at hele denne problemstillingen (investeringer i spesialisthelsetjenesten, vår anmerkning) – som i verste fall kan bidra til å så tvil om helseforetaksmodellens generelle egnethet – blir løst, og at investeringsnivået blir oppjustert, slik at det tilsvarer en gjenanskaffelsesverdi på eksempelvis 4/5, og slik at estimerte levetider for aktiva framstår som realistiske". (s. 11)

Kapittel 13. Lokalsykehus

Om behandlingstilbudet og sykehusstruktur

Det legges nå mer vekt på betydningen av et desentralisert tilbud av grunnleggende sykehus tjenester for de vanligste sykdommene og for pasienter som trenger nærhet til tjenestene. Samfunnet står overfor et økende antall eldre, flere pasienter med kroniske sykdommer, økning av pasienter med psykiske lidelser, tiltagende behov for rehabilitering og større vekt på palliativ behandling. Lokalsykehusenes plassering i lokalsamfunn, med nærhet og kjennskap til mange samarbeidspartnere og daglige livsforhold, gir gode forutsetninger for å yte gode tjenester.

NSF støtter utvikling av gode lokalsykehusfunksjoner. Det betyr ikke at dagens tilbud og struktur skal bestå slik som det er. Mange forhold taler for at dagens tilbud, behandlingsmåter og institusjonsstruktur ikke er tilpasset dagens behov og langt mindre morgendagens behov. Utvikling av et godt behandlingstilbud er hovedmålet. Det kan bety at avdelinger, poster og enkeltinstitusjoner får annet pasientgrunnlag, og må utvikle nye arbeidsmåter.

Vi mener det er nødvendig å utvikle organisatoriske modeller, arbeids- og ansvarsformer som er tilpasset befolkningens behov og dagens kunnskap, teknologi og kompetanse hos personellet. Vi mener det er store muligheter for mer rasjonell bruk av ressurser og kompetanse.

Kapittel 14. Utdanning av helsepersonell

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er opptatt av å møte kompetanseutfordringene helsetjenesten står overfor. Faglig kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet er avhengig av de ansattes kunnskaper. I denne sammenheng er innhold og oppbygging av utdanninger på alle nivå sentralt. De siste årene har sykepleierutdanningene gjennomgått store endringer, sist gjennom kvalitetsreformen i høyere utdanning og innføring av gradsstruktur. Parallelt med dette har det skjedd endringer i helsetjenesten med økende antall pasienter med komplekse lidelser både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette sammen med et tydeligere krav om kunnskapsbasert praksis, stiller krav til utdanning og kunnskapsutvikling.

Gode utdanninger på alle nivå i sykepleiefaget er en forutsetning for kompetanse og for videre utvikling av kunnskap og kvalitet i helsetjenesten. Forskning og fagutvikling skal legge grunnlaget for en kunnskapsbasert praksis i sykepleie. Kravet til begrunnet yrkesutøvelse, bygget på mer enn vane og tradisjon, er uttalt for alle med et så avgjørende samfunnsmandat som det sykepleiere har. Vi ser det som avgjørende at helse- og utdanningsmyndighetene tar klarere et nasjonalt ansvar for å sikre fremtidig utdanning og rekruttering av sykepleiere til helsetjenesten.

Finansiering av praksisstudiene

NSF har i mange år arbeidet med å få finansielle rammer som gjør det mulig å tilby sykepleiestudenter kvalitet i praksisstudiene. Samtidig har antallet studenter økt med nærmere 100% de siste ti - femten årene med et årlig opptak på ca. 4500 studenter. Dette er en betydelig utfordring for helseforetakene, kommunene og høyskolene. Det innbefatter blant annet omfattende planlegging og koordinering mellom de ulike institusjonene. Det er allerede ulike samarbeidsformer mellom høyskoler og sykehus, men en formalisering med økte forpliktelser som knyttes til finansieringsordningen er nødvendig.

Praksisstudiene utgjør halvparten av utdanningstiden til en sykepleierstudent. Mange har stilt spørsmål om de kliniske studiene i utdanningen har god nok kvalitet. Ulike vurderinger og begrunnelser er gitt for dette. Vi vet at variasjonene i praksistilbudet både mellom ulike skoler og ulike helseinstitusjoner, og hva den enkelte student får kan være store. Rammeplanen gir generelle mål for praksisutdanningen som helhet. Disse målene er ofte ikke tilstrekkelig kjent eller konkretisert for det enkelte praksissted.

NSF ønsker en praksisfinansiering hvor midlene til undervisningen er øremerket i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Denne bevilgningen må reguleres over tid ut fra aktivitetskrav satt av HOD og KD. NSF oppfatter at øremerking vil innebære en rapporteringsplikt. Det er i seg selv et viktig virkemiddel. NSF mener at utdanning av helsepersonell er et nasjonalt ansvar som sentrale myndigheter må følge tett. Finansieringsordningen må ha et element av aktivitetsfinansiering slik at bevilgningen reflekterer reell aktivitet og bidrar til et forpliktende samarbeid mellom høyskole og helseforetak. Det vil legge grunnlag for å kunne videreføre ressursene til de/den avdeling som reelt sett mottar studenter i praksisstudier.

Det er åpenbart at en finansieringsmodell må følges av klare krav til kvalitet og samhandling i praksisstudier. Det er ikke tilstrekkelig å videreføre de ordninger vi har i dag. Det er behov for en mer aktiv utvikling av grunnlags- og innholds krav til praksisstedet for å sikre kvaliteten.

NSF ser det som avgjørende å nå også få på plass en finansiering som omfatter studiene i kommunehelsetjenesten. Ut fra rammeplanen kan 34 av 50 uker avvikles som studier i kommunehelsetjenesten. Etter NSFs mening betyr det at det gjenstår et vesentlig arbeid på dette området. Etter som samarbeid om forskning og utdanning stadig er i utvikling mellom høyskole/universitet og helseforetakene (blant annet gjennom definerte samarbeidsorgan) vil kommunene kunne sakte ytterligere akterut hva gjelder forskning, fagutvikling og rekruttering til sine tjenester. Det er av avgjørende betydning at Nasjonal helseplan definerer en samarbeidsorganisering i mellom høyskole/universitet og kommunene.

Etter- og videreutdanning i sykepleie

Utviklingen mot stadig mer avansert behandling, både i spesialist- og kommunehelse-tjenesten, gjør behovet for videreutdanningstilbud stort. Komplekse, akutte og kritiske pasientsituasjoner krever dette. Derfor er det avgjørende at det satses på etablering, utvikling og kvalitetssikring av videreutdanningene i sykepleie

Intensjonen i kompetansereformen om et tett samarbeid mellom arbeidsgiver og høyskoler bør også realiseres. Høyskoler og de regionale helseforetak bør inngå forpliktende samarbeid om å løse bl.a. regionens behov for kompetanseheving innen sykepleie på alle nivå. NSF har stor tro på at et forpliktende og likeverdig samarbeidsorgan i større grad har mulighet til å løse regionens behov for kompetanse enn hva institusjonene klarer hver for seg. Helseforetakenes rolle er å sikre at innholdet i kompetansehevingen er etterspurt. Høyskolenes rolle er å sikre at det er kvalitet på studietilbudet. NSF mener dette er en viktig forutsetning for utvikling og oppbygging av

blant annet klinisk rettede mastergrader som imøtekommer foretakenes behov for kompetanse, samtidig som nivå på utdanning sikres.

Mange av videreutdanningene i sykepleie i Norge har lange og solide faglige tradisjoner, ligger langt fremme og høster internasjonal anerkjennelse. Spørsmålet om fremtidig organisering og finansiering av dagens oppdragsfinansierte videreutdanninger har vært utredet av Sosial- og helsedirektoratet. NSF's ser at helsetjenesten står ovenfor store rekrutteringsutfordringer i nær fremtid. Det er av avgjørende betydning å fremskaffe et beslutningsgrunnlag for utdanningsbehov av spesialsykepleiere ut over det Sosial- og helsedirektoratet så langt har kartlagt. Behovet for personell med spesialsykepleierutdanning er ikke omfattet av fremskrivningene i Helsemod – det må gjøres.

I en stadig skjerpet foretaksøkonomi ser vi at antallet studieplasser reduseres og kvaliteten utfordres. Dette truer små og sårbare fagmiljøer. Stadig variasjon i studenttallet fører til at fagmiljøer blir oppløst og viktig kompetanse går til spille – noe det tar lang tid å bygge opp igjen.

Ved å gå bort fra oppdragsfinansiering ved full overføring av videreutdanningene til høyskolene legges forholdene til rette for mer fremtidsrettede utdanninger. Det vil skape enhet i tilbudene og legge grunnlag for utdanninger som vil rette seg mot flere deler av helsetjenesten. Det vil også skape den beste forutsetning for å imøtekomme krav og utviklingstrekk i et kunnskapsdrevet samfunn.

Etter NSF's mening må:

- Alle videreutdanninger som er styrt av nasjonale rammeplaner overføres til høyskolene, sikres stabil og ensartet finansiering og nødvendige studieplasser over KD's budsjett.
- Det stimuleres til utvikling av mastergrader med integrering av dagens videreutdanninger i sykepleie for å styrke kompetanse til kunnskapsbasert praksis, forskning og utviklingsarbeid.
- Det stimuleres til etablering og videreutvikling av etter- og videreutdanningsprogram innen helsetjenesten med særlig vekt på:
 - Geriatri og eldreomsorg
 - Psykisk helsearbeid
 - IKT
 - Pasientundervisning, veiledning og sykdomsmestring
 - Forebyggende helsearbeid

Med vennlig hilsen

Erik Bårdseng
Nestleder

Kristin Bang
Avd.leder Fagpolitisk avdeling

Kopi: UNIO