

## Blankholmutvalget

Vår saksbehandler: Jan Vegard Pettersen

Vår dato: 25.06.2018

### Innspill til Blankholmutvalget

NSF representerer sykepleiere i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder helsesøstre, jordmødre og andre spesialsykepleiere i avansert klinisk sykepleie. Vi har derfor hatt interne prosesser der hele organisasjonen har fått anledning til å komme med innspill. Dette samlede innspillet som supplerer tidligere innspill fra helsesøstrene og jordmødrene, er et resultat av dette arbeidet.

NSF mener alternative tilnærminger til prioritering er nødvendig om vi skal utvikle tjenestene i tråd med befolkningens behov. Flere lever med kroniske sykdommer, det blir flere skrøpelige eldre i årene som kommer og det er voksende utfordringer innen psykisk helse og rus. Det er i tillegg behov for intensivt innsats innen det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Dette innspillet drøfter utvalgets mandat opp mot konkrete helsepolitiske føringer og dagens virkemidler, som direkte og indirekte virker inn på prioriteringer i tjenestene, både på gruppe og individnivå. I et vedlegg vil vi komme med konkrete eksempler fra ulike deltjenester, samt på individ, gruppe og system nivå.

#### NSFs innspill til utvalget - oppsummert:

- NSF mener at helsetjenester skal være et offentlig ansvar. Tjenestene må være underlagt politisk styring og kontroll som klargjør både målsettinger, prioriteringer, ressurstildeling og tilgjengelighet. Med for dårlig offentlig finansiering ser vi en fare for at pasientenes lommebok får betydning for hvilke tjenester de får. Vi ser en fare for et todelt helsevesen, både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. De siste statsbudsjettene har ikke tatt høyde for økte kostnader til behandling og utstyr, og en raskt økende eldrebefolkning<sup>1</sup>. Også kompetansemessig er det manglende oversikt og plan i forhold til de personellgruppene vi kjenner best; sykepleiere og spesialsykepleiere.
- NSF mener dette utvalget må peke i en tydelig retning for hvordan det kan utvikles virkemidler som sikrer effektiv ressursutnyttelse, rett kompetanse til rett tid, på rett sted og dermed forsvarlig helse- og omsorgshjelp til de som trenger det.

<sup>1</sup> Bruker vi for mye penger på helse? Menon Economics, 2017

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22  
Postboks 456  
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09  
Telefaks: 22 04 32 40  
E-post: post@nsf.no

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

Faktura adresse:  
sykepleierforbundet@invoicedrop.com



- NSF mener at de reelle prioriteringene alltid vil skje i det tjenesteutøvende leddet. Bakteppet for dette arbeidet er til dels svært splittede politiske signaler der perspektivmeldingen danner et nokså dystert bilde av hva det offentlige kan finansiere i fremtiden. Signalene i meldingen bryter med signalene på sektornivå der det kommuniseres opptrappingsplaner, strategier og handlingsplaner, som dekker det meste av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og som ikke er reelle styrkinger av tjenestetilbudet. NSF mener dette utvalget må foreslå prinsipper som sikrer samsvar mellom den politiske retorikken og de faktiske prioriteringene av tjenestene.
- Det er et utviklingstrekk at pasienter som har problemstillinger som er komplekse og ikke kan håndteres av dagens allmennlegetjeneste og som ikke trenger spesialisthelse-tjenester, skal løses i kommunal pleie og omsorgssektor. Dette følges i alt for liten grad opp med tiltak for å sikre nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til de sykeste pasientene. NSF ber derfor utvalget om å adressere denne dissonansen mellom den politiske retorikken og den reelle virkeligheten i pleie og omsorgssektoren.
- Vi opplever det spesielt krevende at det legges til grunn at det skal være de samme kriteriene for de ulike kommunale deltjenestene, for eksempel veldig ulike tjenester, som helsestasjon og skolehelsetjenesten, og sykehjem. Vi mener en helsetapslogikk passer best for en universell tjeneste rettet inn mot barn, unge og familier, mens en alvorlighetslogikk lettere kan gis legitimitet når det gjelder tilgang til f.eks sykehjemsplass. I tillegg er det mange elementer og viktige former for helse- og omsorgshjelp som ytes mellom disse to ytterpunktene.
- Det er en utfordring at vi i Norge mangler datagrunnlag om hvordan tjenestene fungerer i dag, resultatene av dem, grad og kvalitet på brukerinvolvering, samt utviklingen av nye oppgaver og bruk av teknologi, beslutningstøtte og fremtidsrettede dokumentasjonsverktøy mm. Vi mangler også i vesentlig grad systematisk informasjon om de reelle pasientbehovene. Dette er helt nødvendige vilkår for å kunne yte en kunnskapsbasert sykepleiepraksis, som et grunnlag for riktig ressursprioritering. På bakgrunn av dette er det helt sentralt at utvalget har en prinsipiell tilnærming til mandatet og ikke går for langt i å skissere utfordringsbildet, konkretisering av hvordan kriteriene skal brukes, samt hvilke virkemidler som skal benyttes.
- NSF ønsker ikke å rokke ved dagens mandat for helsestasjon og skolehelsetjenesten til å bevege seg i en mer kurativ retning slik regjeringen har signalisert i sentrale dokumenter. Eventuelle endringer i formål kan ikke skje uten en grundig utredning av konsekvenser dette vil kunne ha. Vi mener en slik endring ikke vil være i tråd med dette utvalgets mandat knyttet til nytte og ressurser.

Som et ledd i vårt innspill til dette utvalget, så har vi fått Menon Economics til å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse av situasjonen i den kommunale helse og omsorgstjenesten<sup>2</sup>

Rapporten gir et bilde av den reelle økonomiske prioriteringen av tjenestene knyttet til oppgaver, kompetanse og organisering, herunder en kontekstualisering av trender knyttet til bruker-tilfredsheten i tjenestene. Rapporten sammenstiller tall fra SSB på årsverk, ressurser og kompetanse med OECD rapporter om trender knyttet til kompetanse og organisering. Rapporten ser på DIFI sine brukerundersøkelser over tid der brukerdelen fra DIFIs innbyggerundersøkelse viser en svekket tilfredshet med viktige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten sammenlignet med resultatene fra 2015. Dette gjelder blant annet sykehjem og hjemme-sykepleie. Denne utviklingen skjer parallelt med en økende mangel på sykepleiere og helsefag-arbeidere i de samme tjenestene. Menon rapporten offentliggjøres i august under Arendalsuka.

#### NSFs innspill til utvalget – knyttet til de tre hoveddelene i mandatet:

Vi har i det følgende valgt en struktur som er tilpasset de tre hoveddelene utvalget skal svare ut jf mandatet og dialog med utvalget. Innledningsvis beskriver vi trender og drivere i utviklingen av tjenestene deretter gir vi direkte innspill i henhold til NOUen sin struktur; utfordringsbildet (1), prioriteringskriterier (2) og mulige virkemidler (3). Avslutningsvis vil vi i et vedlegg komme med eksempler, som konkretiserer innspillet i hverdags situasjoner sykepleiere står i og ramme-vilkår for disse.

#### Trender og drivere i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene

For å møte fremtidens etterspørsel og behov for helse- og omsorgstjenester er det behov for å etablere mer effektive og helhetlige behandlingsforløp. Alvorlig syke pasienter, eldre som er rammet av flere ulike lidelser samtidig, og pasienter med langvarige og sammensatte behov, må sikres en sammenhengende utredning og behandling, og oppfølging over tid. Kompetansen må samles rundt pasienten i tverrfaglige team, på tvers av spesialiteter og nivåer. For å nå målet om å rekruttere, beholde og utvikle en sykepleierkompetanse som svarer ut fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester, må det på plass organisatoriske og finansielle virkemidler slik at:

- Pasienter og brukere får en reell tilgang til helhetlige og koordinerte tjenester.
- Sykepleiernes kompetanse og kunnskap blir sett, verdsatt og brukt.
- Resurser og kompetanse tilføres og gjøres tilgjengelig der oppgavene skal løses.
- Sykepleie er ivaretatt i finansieringssystemet på begge nivåer.

NSF mener derfor dette utvalget må peke i en tydelig retning for hvordan det kan utvikles virkemidler som sikrer effektiv ressursutnyttelse, rett kompetanse på rett sted og forsvarlig helse- og omsorgshjelp til de som trenger det.

Basert på det vi i dag vet om demografisk utvikling og sykdomsutvikling er det grunn til å forvente økt etterspørsel etter oppfølging, behandling og hjelp, og økte kompetansebehov i alle deler av helse- og omsorgstjenestene i årene fremover. Med en økende andel eldre og personer som utvikler og må leve deler av livet sitt med kroniske lidelser, vil flere av oss ha behov for hjelp og oppfølging over lang tid, og på tvers av nivåer (kommune/spesialist), fagområder (somatikk, rus/psykiatri, rehabilitering) og profesjoner.

Hvordan bør vi utvikle helse- og omsorgstjenestene våre i årene fremover for å møte dette utfordringsbildet på en økonomisk bærekraftig måte, som samtidig sikrer befolkningen og den enkelte pasient et godt tilbud?

Utviklingen i helsetjenesten med økende faglig/organisatorisk oppsplitting, kortere liggetid, forflytning av pasienter innad i og mellom nivåene, og forskyving av oppgaver fra sykehus til kommuner, har gjort det stadig mer krevende å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene. Det norske helsesystemet hvor ansvar og oppgaver er delt mellom selvstyrte kommuner og en statlig eid spesialisthelsetjeneste, medfører også krevende samarbeidsprosesser. En rekke reformer har blitt gjennomført de siste årene med bakgrunn i disse forholdene. Samhandlingsreformen er et eksempel på det. Flere nye reformer er under planlegging og iverksetting, med kommunereformen, endringer i sykehusstruktur og akutttilbud, og i organisering og finansiering av primærhelsetjenestene som de viktigste.

Kommunene er selvstyrte og statens styringsmuligheter begrenset. Gjennom spesialisthelsetjenesteloven og den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven er kommuner og helseforetak pålagt et «sørge-for» ansvar for en rekke tjenester for befolkningen i sitt opptaksområde. I tillegg til lovverk, har økonomiske rammer og finansieringsordninger stor betydning både for volum, innretning, og organisering av helse- og omsorgstjenestene på begge nivåer. Både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det i dag ulike finansieringsordninger for ulike typer tjenester. I spesialisthelsetjenesten er de somatiske tjenestene finansiert gjennom en kombinasjon av rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering (ISF<sup>3</sup>). ISF-andelen utgjør i dag 50% basert på diagnoserelaterte grupper (DRG).<sup>4</sup> Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er imidlertid i hovedsak rammefinansiert og per i dag heller ikke omfattet av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, men dette er planlagt fra 2019 med anslagsvis 200 mill. kroner. Det er ikke planlagt hvordan midlene skal brukes for å utvikle tilbudet til gruppen i kommunene. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er tjenestene finansiert svært ulikt. Mens fastleger og fysioterapeuter er statlig finansiert gjennom en kombinasjon av basistilskudd og stykkprisfinansiering basert på takster, er sykepleietjenesten i sin helhet finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene.

Hva man får betalt for, hvor mye og av hvem påvirker dimensjonering og sammenheng i tjenestene. Det påvirker også prioriteringene – mellom pasienter, grupper, behandlinger og tjenester. Dette har dermed direkte konsekvenser for hvordan «sørge-for» ansvaret ivaretas overfor den enkelte pasient, for organisering og dimensjonering av tjenester og personell, og for bruken av kompetanse og ressurser.

I kommuneproposisjonen for 2019 er det foreslått en beskjedent vekst. Budsjettforslaget samsvarer ikke med regjeringens retorikk om utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten i stort. Det er viktig å understreke at regjeringen forventer at kommunene innenfor

---

<sup>3</sup> ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning for somatisk spesialisthelsetjeneste.

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til RHF-ene. For 2015 utgjør ISF om lag 30 milliarder kroner og skal dekke 50 prosent av finansieringen.

<sup>4</sup> Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet.

disse rammene skal finansiere 3 opptrappingsplaner (for barn og unge, for rehabiliteringsfeltet og innen rus). Det skal gjennomføres kompetanseløft 2020 og ikke minst startskuddet for regjeringens mye omtalte eldrereform «leve hele livet» går i 2019. Samtidig er det innført en lærer- og barnehage-norm som kommer til å spise mesteparten av veksten i kommunene og derfor får direkte konsekvenser for tilbudet til bl.a. eldre og syke.

Regjeringen har i perioden 2014 til 2018 satset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten og har bevilget vel 1 milliard kroner for å styrke tjenesten. Av disse midlene var om lag 250 millioner øremerket, det øvrige gikk til å øke kommunenes frie inntekter. Hvis de bevilgede midlene hadde blitt benyttet til å styrke tjenesten gjennom økt bemanning, ville det resultert i om lag 1430 stillinger. Det viser seg at regjeringens satsing kun har resultert i 900 nye stillinger. NSF etterlyser derfor en evaluering av satsingen, samt en plan for hvordan den anbefalte bemanningsnormen for helsestasjon og skolehelsetjeneste, som er under utarbeidelse, skal nås. Dette er et godt eksempel på at stortingets budsjettprioriteringer ikke får reell effekt lokalt.

NSF har merket seg at piloten om statlig finansiering av eldreomsorgen skal videreutvikles jf regjeringsplattformen av 2017. NSF har vært kritiske til denne piloten, og mener bedre finansiering av disse tjenestene er løsningen. Vi har vært bekymret for at ordningen kan medføre en minstandard der de som har råd til det, kjøper seg tilleggstenester. En slik todeling bryter med velferdsstatlige prinsipper vi opplever som allment gyldige i Norge. Slik piloten er i dag med 6 kommuner, der 4 er i stykkprismodellen, så er det et tynt grunnlag for å bredde dette ut på nasjonal basis. NSF mener også at eldreomsorgsbegrepet er misvisende i denne sammenheng. Pilotene tar for seg det kommunale helse- og omsorgstilbudet der tilgangen reguleres etter behov og ikke alder.

NSF mener kriterier for prioritering også må tilpasses slik at de legger premissene for hvordan tjenestene finansieres for å sikre nødvendig innovasjon og tjenesteutvikling. Det har vært en trend over tid at oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommuner. Noen ganger styrt, men som oftest ikke. Erfaringsmessig har det i mange tilfeller ikke vært utviklet et godt nok kommunalt tilbud før tilbudet fases ut i spesialisthelsetjenesten. Det er varslet fra 2019 at det vil innføres en betalingsplikt for kommunene knyttet til «langtidsliggerne» innen psykisk helsevern og TSB. Det anslås om lag 200 mill. kroner, men det mangler en plan for hvordan midlene skal bidra til å utvikle tilbudet til brukergruppen i kommunene. Det gjøres en prioritering på et overordnet nivå knyttet til tilbudet til de alvorligst syke pasientene i disse tjenestene, men det sikres ikke at tilbudet blir gitt prioritet i kommunene.

#### 1) Utfordringsbildet, jf NOUens kapittel om dette

I løpet av de siste tiårene har befolkningen i Norge fått bedre velstand og helse. Andelen eldre i befolkningen vokser. Dette sammen med fremskritt i medisinsk teknologi gjør at etterspørselen etter helse og omsorgstjenester vokser. Det er derfor nødvendig med prioriteringer. Å prioritere betyr å gi noe eller noen fortrinn fremfor andre. Når det offentlige prioriterer, bør det baseres på allment aksepterte prinsipper og kriterier. Det har i Norge vært skrevet tre offentlige utredninger og en melding til stortinget om prioritering. Blankholmvalget er den første utredningen som primært ser på prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. NSF mener dette er bra og riktig.

Økningen i antall eldre, sammen med et endret sykdomspanorama, vil utfordre kapasiteten og kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Eksempelvis vil vi de neste årene se langt flere krefttilfeller hos eldre. I gruppen over 70 år dreier det seg om en økning på nær 70 % i løpet av de neste femten årene.<sup>5</sup>

Det er en krevende logikk at man tenker å utvikle kriterier som skal møte dette, ovenfra. Ansvaret for de reelle prioriteringene vil alltid ligge i det tjenesteutøvende leddet. Bakteppet for dette arbeidet er til dels svært splittede politiske signaler der perspektivmeldingen danner et nokså dystert bilde av hva det offentlige kan finansiere i fremtiden. Signalene i denne meldingen bryter med signalene på sektornivå der det kommuniseres opptrappingsplaner, strategier og handlingsplaner, som dekker det meste av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ser vi budsjettokumentene, så er det få av disse satsningene, som følges opp av bevilgninger som faktisk kan ha betydning. Det betyr at prioriteringene det er behov for å ta om vi skal tilpasse oss bildet som tegnes i perspektivmeldingen skyves ned på det tjenesteutøvende nivået. Det er derfor viktig at dette utvalget foreslår noen prinsipper som også sikrer samsvar mellom den politiske retorikken og de faktiske prioriteringene av tjenestene.

#### Et sentralt prioriteringsparadoks i tiden

Vi vil understreke paradokset med at det i vesentlig grad kommuniseres et potensial om å utvikle tjenestene til å være mer proaktive innen helsefremmende tiltak. NSF er enige i disse premissene, som er i tråd med bærekraftsmålene, Men vi er bekymret for at konsekvensen blir at brukerne med den mest alvorlige funksjonssvikten blir prioritert ned. Mange eldre/kronisk syke er så hjelpetrengende at de primært trenger langvarig og avansert helsehjelp, med helsefremmende innsats i tillegg.

Vi kan ikke ha en enten/eller-tilnærming til dette, vi må ha en både/og-tilnærming – hvor man jobber både forbyggende gjennom livsløpet uten at dette kan gå på bekostning av helse- og omsorgstjenester brukergrupper med omfattende, langvarige og komplekse behov.

I meld St.15(2017-2018) skisseres en rekke tiltak for å effektivisere den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Meldingen adresserer i liten grad den reelle problemstillingen for store grupper pasienter i hjemmesykepleien og sykehjem.

NSF mener selvsagt det er svært positivt og helt nødvendig at man tar aktiviteter, sosiale behov og ernæring på alvor. Det er likevel viktig å understreke at terskelen for å få sykehjemsplass er svært høy og at beboere i sykehjemmene gjennomgående har stor funksjonssvikt og omfattende helseutfordringer. Både pasienter i sykehjem og svært mange av de som mottar hjemmetjenester har langvarige behov for avansert helsehjelp og oppfølging. Disse behovene underkommuniseres i vesentlig grad i meldingen.

NSF mener mandatet til dette prioriteringsutvalget åpner opp for en prinsipiell diskusjon om det kvalitative innholdet i disse tjenestene. (Den såkalte) Kvalitetsreformen for eldre adresserer i liten grad den virkelig store reelle utfordringen om at de kommunale tjenestene har fått og får

---

<sup>5</sup> Steinar Tretli, Kreftregisteret.



ansvar for stadig sykere pasienter med behov for avansert helsehjelp. Kvalitetsreformen kan i beste fall kalles en kokebok med ulike oppskrifter for å fylle det kommunale ansvaret, men altså uten at den adresserer de reelle utfordringen kommunene står overfor.

Det er et utviklingstrekk at pasienter som har problemstillinger som er komplekse og ikke kan håndteres av dagens allmennlegetjeneste og ikke trenger spesialisthelsetjenester, skal løses i kommunal pleie og omsorgssektor. Dette følges i alt for liten grad opp med tiltak for å sikre nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til de sykeste pasientene. NSF ber derfor utvalget om å adressere denne dissonansen mellom den politiske retorikken og den reelle virkeligheten i pleie og omsorgssektoren.

For å lykkes med dette arbeidet er det derfor helt essensielt at det er konsensus om utfordringsbildet, kriterier for prioritering og de virkemidler som foreslås for å oppfylle målsettingene. NSF ser det som utfordrende at utvalgets mandat er så vidt og favner så bredt. Samtidig er det ikke mulig å se den kommunale helse- og omsorgstjenesten som separat fra sektorer og forvaltningsnivåer den griper inn i og er i samspill med. Grenseflaten til spesialisthelsetjenesten, skole og barnehage, samt NAV blir umulig å se bort fra, om man skal svare ut mandatet. Videre er det en utfordring at vi i Norge mangler datagrunnlag om hvordan tjenestene fungerer i dag, resultatene av dem, grad og kvalitet på brukerinvolvering, samt utviklingen av type oppgaver og bruk av teknologi, beslutningstøtte, fremtidsrettede dokumentasjonsverktøy mm. Vi mangler også i vesentlig grad informasjon om de reelle pasientbehovene. Dette er helt nødvendige vilkår for å kunne yte en kunnskapsbasert sykepleiepraksis, som et grunnlag for riktig ressursprioritering. På bakgrunn av dette er det helt sentralt at utvalget har en prinsipiell tilnærming til mandatet og ikke går for langt i å skissere utfordringsbildet, konkretisering av hvordan kriteriene skal brukes, samt hvilke virkemidler som skal benyttes.

## 2) Prioriteringskriteriene, jf NOUens kapittel om dette

Mandatet til dette utvalget er ikke begrenset til at kriteriene i meld. St. 34, Verdier i pasientens helsetjeneste, må legges til grunn for de kommunale tjenestene. NSF vil derfor argumentere for at både Norheimutvalget og arbeidsgruppen til Magnussen, sine alternative kriterier, kan være mer egnet i en kommunal kontekst, enn kriteriene vedtatt i innstilling 57 S. Det er særlig knyttet til alvorlighetskriteriet opp mot helsetap/prognosetap hvor dette er aktuelt. Øvrige kriterier i meldingen opplever vi som i samsvar med Norheimutvalget.

Vi opplever det spesielt krevende at det legges til grunn at det skal være de samme kriteriene for de ulike kommunale deltjenestene, for eksempel veldig ulike tjenester, som helsestasjon og skolehelsetjenesten og sykehjem. Vi mener en helsetapslogikk passer best for en universell tjeneste rettet inn mot barn, unge og familier, mens en alvorlighetslogikk lettere kan gis legitimitet når det gjelder tilgang til feks sykehjemsplass. I tillegg er det mange elementer og viktige former for helse- og omsorgshjelp som ytes mellom disse to ytterpunktene. Helsefremmende arbeid overfor kronikere og eldre med begynnende funksjonssvikt og behov for eksempelvis rehabilitering, vil være vanskelig å håndtere med et utgangspunkt i alvorlighet, gitt de politiske målsettingene om mer proaktivitet på det helsefremmende feltet og utvikling av rehabiliteringsfunksjoner i de ordinære tjenestene.

Når det gjelder helsetapslogikken i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, mener vi begrepet i større grad rommer bredden i de utfordringer, som ligger i tjenestens samfunnsoppdrag. Oppdraget til helsestasjons- og skolehelsetjenesten dreier seg om å understøtte mestring for alle barn på arenaene, herunder i stor grad barn med omfattende behov, uavhengig om de får oppfølging fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Vi vet erfaringsmessig at det har vært en dreining mot mer individrettet arbeid i skolehelsetjenesten de seneste årene. Den nye retningslinjen for helsestasjon og skolehelsetjenesten er tydelig på behovet for å prioritere universelt arbeid i større grad, spesielt i skolehelsetjenesten. NSF støtter logikken i retningslinjen, som også vil komme de med «spesielle behov» til gode. Vi er bekymret for at en alvorlighetslogikk her, vil bidra til at oppmerksomheten flyttes fra helheten til å bli en særtjeneste for noen, og ikke vil favne bredden i samfunnsoppdraget til tjenesten i dag, jfr. Helsedirektoratet sin retningslinje, som er revidert i 2017.

Når det gjelder nyttekriteriet, mener vi det er krevende hvis det skal generaliseres for all helse- og omsorgshjelp i kommunene. Vi vet hvor utrolig viktig og nyttig for eksempel svangerskapsomsorgen, helsestasjon- og skolehelsetjenesten er, særlig i et samfunnsøkonomisk og langsiktig perspektiv. Allikevel taper forebyggende tjenester gjerne i kampen om kommunale kroner fordi nytteverdien er krevende å dokumentere – forebygging er det som ikke skjer. I denne sammenhengen er det viktig å huske på at de universelle tiltakene også er sentrale når det gjelder å identifisere barn med behov, samt å nå alle uavhengig av hjelpebehov. Samtidig er det viktig å understreke det enorme potensialet som ligger i en bedre og mer systematisk måte å jobbe forebyggende på i hele sektoren- ikke minst knyttet til pasientsikkerhetsaspektet i de store tjenestene. Forebygge trykksår, fall, forverring med mer, på en mer systematisk måte, enn i dag vil gi en stor samfunnsøkonomisk gevinst.

Vi er videre bekymret for om risikoen for at nyttebegrepet vektlegges i for stor grad kan føre til at både barn og unge og de aller sykeste kronikerne og døende, ikke blir prioritert. NOUen til palliasjonsutvalget har nettopp kommet, og vi regner med at noen perspektiver derfra også blir tematisert i dette utvalget. Det er krevende og helt essensielt at nytte både sees samfunnsøkonomisk på et overordnet nivå, men samtidig skal prioriterings diskursen gi rom for grunnleggende menneskerettigheter. Det siste må derfor rommes, også på et systemnivå når det diskuteres virkemidler for prioritering.

### 3) Mulige virkemidler, jf NOUens kapittel om dette

I forbindelse med arbeidet med dette innspillet har vi satt ut en utredning, som tidligere omtalt, der kartlegginger viser at også kommuner med mye ressurser legger seg på en minimums-standard på kvalitet og dimensjonering av tjenestene. Dette viser behovet for å se på prioriteringsmessige utfordringer, også når det gjelder de totale tjenestene. Dagens situasjon vil neppe bidra til den utviklingen det er behov for når det gjelder kommunal tjenesteutvikling for å dempe veksten i spesialisthelsetjenesten. Det må i større grad legges opp til at man ser forvaltningsnivåene i sammenheng, også når det gjelder prioritering av ressurser og kompetanse. I kommunene er det også utfordringer knyttet til organisering og tjenesteutvikling.



En viktig forutsetning for kontinuerlig forbedringsarbeid er god beslutningsstøtte, som er systematisk og standardisert for sykepleiepraksis. Det må sikres rammer som setter kommunene i stand til å bygge ut tjenestene i takt med behovsøkningen, både i forhold til forebygging, rehabilitering, behandling, sykepleie og palliasjon. Dette gjelder ikke minst heldøgns omsorgsplasser og voksende befolkning. En pasientfokusert bemanningsnorm med utgangspunkt i pasientenes behov kan være nødvendig for å sikre forsvarlig drift av sykehjem og hjemme-sykepleie. For helsestasjon og skolehelsetjenesten mener vi det bør innføres normering sammen med en enkel statlig finansiering på årsverk, for å sikre tilstrekkelig med jordmødre og helsesøstre. NSF har i lang tid dokumentert og vist hvordan mangelen på sykepleiere og spesial-sykepleiere vokser, spesielt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, uten at det settes inn tiltak. Behovet kommer til å øke raskt de neste årene. Det er høyst påkrevet å sette i gang tiltak for å rekruttere langt flere sykepleiere og spesialsykepleiere i kommunene. Et godt eksempel på dårlig ressursutnyttelse er at halvparten av de sykepleierstillingene som lyses ut i norske kommuner og sykehus er deltid.

Regjeringens signaler om utvikling av primærhelseteam og om og om å endre formålet for helsestasjon og skolehelsetjenesten til å jobbe mer kurativt

Primærhelseteam skal piloteres. Det støtter NSF. Leger og sykepleiere må samarbeide mer i kommunene. Utfordringen har vært at sykepleiere har et daglig «sørge for ansvar» for de aller sykeste og legene for legehjelp utfra en listepopulasjon. Driftstilskuddsmodell med kommunalt ansatte leger og sykepleiere, der sykepleiere med avansert klinisk masterutdanning har den nødvendige kompetansen, bør være utgangspunktet for en fremtidig organisering av en tverrfaglig primærhelsetjeneste. En forening av det kommunale sørge for og finansieringsansvaret, er avgjørende for å sikre en bærekraftig og riktig bruk av kompetansen i fremtiden.

NSF er videre (svært) kritiske til regjeringens forslag om endringer i formålet for helsestasjon og skolehelsetjenesten til å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander, slik det er beskrevet i Prop 1 S (2017-2018)<sup>6</sup>, samt i den nasjonale tverrdepartementale strategien for god psykisk helse<sup>7</sup>. Dette er en stor endring fra å være en forebyggende og helsefremmende tjeneste til også å være en kurativ tjeneste. Å inkludere behandling vil erfaringsmessig føre til at det helsefremmende og forebyggende arbeidet vil bli skadelidende og nedprioritert. Videre er forslaget et vesentlig brudd med nylige reviderte retningslinjer og veileder for tjenesten.

NSF mener det heller er behov for et omfattende utviklingsarbeid knyttet til å utnytte ressursene til barn unge og familier på en fornuftig og bedre måte. NSF mener Familiens hus, som et arenanært og sammenhengende tilbud, bedre vil svare ut de store utfordringene knyttet til barn og unge og familiers behov. I et familiens hus må helsestasjon- og skolehelsetjeneste sees i sammenheng med barnevern, familievern, PPT og et desentralisert BUP. Helsesøstre må også få henvisningsadgang til BUP snarest, slik flere offentlige utvalg har foreslått. Da vil man i mye større grad ivareta barnebefolkningen generelt og samtidig kunne snu trenden med barn som faller ut av skole og gi en bedre helhetlig hjelp til barn som har svikt i omsorgsrelasjoner.

<sup>6</sup> Prop 1 S(2017-2018), for budsjettåret 2018

<sup>7</sup> «Sammen om psykisk helse»- Tverrdepartemental strategi for god psykisk helse, 2017

NSF vil understreke at endringene i finansieringen av poliklinikkene innen psykisk helsevern for barn- og unge, som trådte i kraft i 2017 har et potensial i seg til å være svært sykeliggjørende. Det er slik det er beskrevet, et premiss at tjenestene må sette en diagnose på barnet for å kunne utløse konsultasjonstakster. Det har derfor slik vi ser det, aldri vært viktigere å holde på prinsippet om at helsestasjon og skolehelsetjenesten skal jobbe primært helsefremmende, samt understøtte normalutvikling. Dette er spesielt viktig for barn med omfattende utfordringer, men som også skal mestre livet på vanlige arenaer.

NSF ønsker ikke å rokke ved dagens mandat for tjenesten. Eventuelle endringer i formål kan ikke skje uten en grundig utredning av konsekvenser dette vil kunne ha. Vi mener en slik endring ikke vil være i tråd med dette utvalgets mandat knyttet til nytte og ressurser.

#### Pedagogiske og juridiske virkemidler

Vi har gjennom flere studier vist at sykepleiere ikke får brukt sin kompetanse fullt ut, at det mangler relevante verktøy, som beslutningsstøtte og dokumentasjonsverktøy for å kvalitetssikre og styre tjenesten, at ledere har et for omfattende kontrollspenn og ofte ikke tilstrekkelig myndighet, samt at pasienter og pårørende savner oppfølging på sentrale områder og etterlyser en kontaktsykepleier.

Det er i tillegg utviklet både forskrifter, standarder og veiledere fra helsemyndighetene på flere viktige områder. Disse er i for stor grad diagnoseorienterte og egner seg ikke for å understøtte riktig utvikling av de reelle tjenestene. Det mangler imidlertid ofte både kompetanse og økonomiske rammer til å innføre og oppfylle disse i tjenestene. Dersom det skal utvikles prioriteringsveiledere, også for de kommunale tjenestene er det særdeles viktig å se dette opp mot både hva som eksisterer av lignende tiltak i dag og arbeidet med å sikre at dette faktisk blir tatt i bruk i praksisfeltet.

#### Avslutning

NSF er opptatt av at det er samsvar mellom de prioriteringene som gjøres på et overordnet nivå og de handlingsbetingelser som gis sykepleiere som sitter med det faglige ansvaret i tjenestene. Vi håper dette utvalget kan bidra til å sikre at mest mulig ressurser tilføres det pasientnære nivået og slik sikre at vi får bærekraft der verdiene faktisk skapes. Vi ønsker å være en premissleverandør for det videre arbeidet og merker oss at det allerede er varslet en melding til stortinget om temaet. Vi ønsker at dette meldingsarbeidet blir en gjennomgående beskrivelse av hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for en beskrivelse av helheten. Vi kommer gjerne med flere konkretiseringer dersom utvalget ønsker dette.

Med vennlig hilsen

  
Eli Gunhild By  
Forbundsleder

  
Jarle Grumstad  
fag Fagsjef (konst)

Vedlegg: Eksempler på prioriteringsutfordringer sykepleiere står i og rammevilkårene for utøvelsen av sykepleie til befolkningen.

## Vedlegg til NSF's innspill til Blankholmutvalget, juni 2018

### Eksempler på prioriteringsutfordringer sykepleiere står i og rammevilkårene for utøvelsen av sykepleie til befolkningen:

#### Eksempel fra NSF's LSL (ledergruppen)

Sykepleieledere opplever ofte å være i en skvis mellom krav til forsvarlighet og økonomiske rammer. Helse- og omsorgstjenester er svært personellintensive tjenester. Derfor er disse tjenestene sårbare når rådmenn ønsker å stramme inn for å nå økonomiske mål. Et godt og konkret eksempel er undersøkelsen der 2 av 10 sykepleiere oppgir at pasientene dør alene pga personellmangel. Godt over halvparten av sykepleiere oppgir også at kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp på en daglig basis ikke kan møtes pga manglende tid til pasientene.<sup>8</sup> Dette dreier seg om unødvendige pasientskader som trykksår, fall og forverring av tilstand. Dette er ofte en konsekvens av at det prioriteres for lite ressurser til å ivareta alvorligheten eller helsegevinstpotensialet. Konsekvensen blir ofte mindre nytte for den enkelte, men også en samfunnsøkonomisk merutgift pga. bruk av spesialisthelsetjenester, som kunne vært unngått dersom kvaliteten var høyere i de kommunale tjenestene.

#### Eksempel fra rådet for sykepleieetikk

Hvis man må prioritere i hjemmesykepleien mellom to pasienter der en er yngre funksjonshemmet og den andre er eldre og pleietrengende. Den første skal på jobb og den andre skal på dagsenter. Hvem skal prioriteres først til morgenstell for å rekke dagens gjøremål? Ut fra en ressursituasjon der bare en kan få optimal oppfølging, så vil den unge funksjonshemmede bli prioritert fordi både individuell nytte og samfunnsnytte vil vektes til fordel for denne pasienten. Dette er nok også i stor grad i tråd med hva som er praksis i dag der stadig flere yngre brukere får oppfølging av hjemmetjenesten. Paradokset er at en slik prioritering ikke henger sammen med den overordnede politikken som kommuniseres for eldreomsorgen. Da blir den enkelte helsearbeider satt i skvisen mellom befolkningens forventninger til eldreomsorgen, skapt av politikerne, og den faktiske ressursituasjonen

#### Vedtaksbaserte tjenester, som prioriteringsvirkemiddel

Sykepleieledere i kommunene har ifølge den kommunale helse og omsorgstjenesteloven det overordnede ansvaret for at tjenestene er forsvarlige. Faglig vurderingskompetanse er den reelle kvalitetssikringen for pasientene. Sykepleieledere i kommunesektoren rapporterer om vanskelige vilkår for reelt å kunne utøve ledelse, herunder til å prioritere basert på faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Evalueringen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene<sup>9</sup> har synliggjort en stor svakhet ved bestiller-utførermodellen når ressursene er knappe; i mange kommuner er det en diskrepans mellom tildelte timer hjemmetjenester fra bestillerkontoret og antall årsverk i

<sup>8</sup> Gautun, Øien og Bratt «underbemanning er selvforsterkende» 2016

<sup>9</sup> Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester(SIO)(2017) Agenda Kaupang og Progba samfunnsanalyse, på vegne av Helsedirektoratet

utførerleddet. For eksempel fant Lillesand kommune ut, ved sin gjennomgang, at de var underbemannet. Systematisk underbemanning betyr at prioriteringene skjer i to ledd, først ved bestillerkontoret som tildeler tjenester ut fra dokumenterte behov og gjeldende lovverk. Deretter ved utførerkontoret som må prioritere basert på kjennskap til hvilke pasienter som trenger det mest. Samhandlingsreformen har ført til at den kommunale hjemmetjenesten og institusjoner må bistå og ta imot stadig sykere pasienter raskere enn før, og ofte på helg og natt. Tjenestene må møte behovene som oppstår, men det er ingen logisk og reell sammenheng mellom hva tjenestene fortløpende må prioritere knyttet til lovverk og pasientbehov og forvaltningssystemet, som er utformet til å kvalitetssikre både ressurser og kvalitet i tjenestene. NSF mener denne forvaltningslogikken bidrar til at tjenestene ikke organiseres optimalt, samt at det brukes for mye ressurser på aktivitet som ikke er pasientnær

NSF mener brukernes rettsikkerhet for god tjenestekvalitet styrkes dersom vedtaksmyndigheten flyttes nærmere verdiskapningen i helse- og omsorgstjenesten. Dagens oppdeling av prioriterings- og ressursansvaret skaper en ansvarsforvitring og manglende mulighet til å påvirke grad av måloppnåelse i utførerleddet. Faglig vurderingskompetanse er den reelle kvalitetssikringen for disse pasientene og må anerkjennes tydeligere enn i dag. Derfor er det viktig at fag og ledelsesansvaret forenes med prioriteringsansvaret for å skape en helhetlig ledelse med et samlet ansvar for kvaliteten i tjenestene. Dette sammen med utvikling av verktøy for standardisering av sykepleie, beslutningstøtte, hensiktsmessig teknologi vil bidra til mer transparens i tjenestene og ansvarliggjøring for kvaliteten i pasientbehandling på rett nivå og mer i samsvar med lovverk, faglige retningslinjer og øvrig føringer for tjenestene.

#### Eksempel fra helsesøster

Helsesøster i skolehelsetjenesten må ofte prioritere mellom særskilt oppfølging av enkeltindivider med definerte utfordringer vs å være tilgjengelig for mange, som lavterskel. Begge deler er viktige for helsesøsters samfunnsoppdrag. Et tiltak som gjøres mye for å kunne jobbe bedre og mer effektivt knyttet til den første gruppen er å gi mer grupperettet oppfølging. Ofte utløser barna og ungdommen ressurser hos hverandre og bidrar til forståelse og egenmestring. Det er mange steder mangel på tilgjengelighet for lavterskelbesøk i skolehelsetjenesten. Noe vi antar fører til at ting som kan finne sin løsning der og da vokser og blir større utfordringer enn dersom tidlig intervensjon var tilgjengelig. I et prioriteringsperspektiv er det vanskelig å stille disse gruppene opp mot hverandre fordi det å håndtere disse barna og ungdommene på en riktig måte og det å være tilgjengelig gir så uendelig stor nytte både for den enkelte og for samfunnet. Det antas at arenanær oppfølging og tilgjengelighet gir vesentlig samfunnsøkonomisk gevinst. Dette er ikke minst knyttet til å forebygge for eksempel uønsket graviditet, ta tak i selvskading før det eskalerer, støtte barn med foreldre i samlivsbrudd, støtte og veilede unge med begynnende angst og depresjon og mye mer. Hvis man tenker helsetapskriteriet, nyttekriteriet og ressurskriteriet på et overordnet systemnivå, så vil man ikke kunne komme til en annen konklusjon enn at det er et vesentlig ubenyttet potensial i disse tjenestene og at dette bygger på suksesskriteriet om å understøtte normalutvikling, også for barn med særskilte behov.

Eksempel knyttet til ulik finansiering av helse- og omsorgstjenesten i kommunene

Det er en utfordring at allmennlege og jordmor er forskjellig finansiert. Ulikheten bidrar til at man ikke lykkes med å utvikle en jordmorkompetanse i kommunene som sikrer kvinner et reelt valg i svangerskapsoppfølging mm. For å lykkes med å styrke jordmortilbudet i kommunene kreves det finansielle virkemidler som gjør dette mulig. Det må skapes rom for den kommunale jordmortjenesten også finansielt for å sikre kvinner et reelt valg i svangerskapsomsorgen, samt en samfunnsøkonomisk rasjonell arbeidsdeling i primærhelsetjenesten. Slik det er i dag, så vil ikke den enkelte kommune se seg tjent med å utvikle en kommunal jordmortjeneste når de kan få den samme tjenesten gratis gjennom fastlegeordningen.

Eksempelet allmennlege vs jordmor er ikke unikt. Kommuner ser seg heller ikke tjent med å utvikle tverrfaglige lavterskeltilbud når dette er gratis gjennom å bruke fastlegeordningen. Den planlagte nedleggelsen av sykepleieklinikken i Stavanger er et godt eksempel på dette. Dette bidrar til lite kostnadseffektive tjenester og altfor høy bruk av spesialisthelsetjenester, herunder avtalespesialister.

(NSF, 25.06.2018/DM 1051921)



