

Vår saksbehandler: Trude Hagen
Vår ref.: 1057778 (2018_00703)

Vår dato: 12.10.2018
Deres ref.:

Hørings svar til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF

Vi viser til høringsbrev med utkast til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF. Planen er en oppfølging av gjeldende nasjonale helse- og sykehusplan (2016-2019), og skal også inngå som en del av grunnlaget for ny nasjonal helse- og sykehusplan. For å oppfylle sitt «sørge-for» ansvar skal Helse Sør-Øst planlegge, evaluere og korrigere virksomheten slik at befolkningen i regionen får nødvendig tilgang til spesialisthelsetjenester. Den regionale utviklingsplanen er dermed knyttet til dette ansvaret og må vurderes i lys av dette.

Norsk Sykepleierforbund avgir hørings svar på alle de regionale utviklingsplanene. Generelt vil vi peke på at planene er svært ulike i form og oppbygging, til tross for at det er utarbeidet en felles veileder for arbeidet med planene. Dette gjør det noe krevende å sammenlikne planene på tvers av regionene. Planene har ulike styrker og svakheter, og NSF vil oppfordre Helse Sør-Øst til å vurdere egen plan opp mot de andre regionale utviklingsplanene, for å se om det er tiltak og elementer som bør tas inn i egen plan.

Utviklingsplanen for Helse Sør-Øst gir en god gjennomgang av sentrale trekk og viktige fellespunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner. Planen fremstår som nytenkende og visjonær og med en ambisjon om endring. HSØ er den regionen som i størst grad viser hvordan sykepleiekompetansen er sentral i tjenesteutviklingen fremover. Eksempler på dette er utprøving av pasientens team, sykepleiedrevne poliklinikker og sykepleiernes viktige rolle i psykisk helsevern. I våre hørings svar til de andre regionale utviklingsplanene har vi derfor vist til HSØ som et eksempel til etterfølgelse på dette punktet.

Utviklingsplanen har som mål å fremme kvalitet i pasientbehandlingen, bedre helse i befolkningen, godt arbeidsmiljø og bærekraftige helsetjenester. HSØ vil prioritere fire satsningsområder for å nå disse. NSF mener målsetningene er gode og viktige, men at sammenhengen mellom mål og satsningsområder bør styrkes ytterligere. Tiltakene i planen svarer ikke alltid opp ambisjonsnivået og bør jobbes videre med. Oppbyggingen av planen gjør det også krevende å få oversikt over de samlede prioriteringene og satsingene. Det bør vurderes om strukturen kan endres for å oppnå bedre sammenheng og tydelighet. Vi vil derfor anbefale at Helse Sør-Øst i større grad omtaler og konkretiserer tiltak innenfor følgende områder:

- Bemanning og kompetanse – plan for utdanning av spesialsykepleiere.
- Arbeidsgiverpolitikk – rekruttere, beholde, heltid, sykefravær, arbeidstid, HMS.
- Fag- og kvalitetsutvikling – behov for en tverrfaglig tilnærming og for å løfte andre områder enn medisin.
- Kvalitet og pasientsikkerhet – forebygging av pasientskader gjennom evidensbasert sykepleie.



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



- Psykisk helsevern – vekt på tverrfaglighet og utvikling av arbeidsmetoder og tilbud, særlig i poliklinikk.
- Samhandling og samarbeid med kommunene – tydeliggjøre hvordan HSØ vil bidra til å styrke kompetanse og tilbud i kommunene, som grunnlag for en populasjonsbasert tilnærming.

Regionale prioriteringer og frem mot 2035, basert på helseforetakenes utviklingsplaner

Pasientens helsetjeneste

HSØ vil styrke pasientrollen, utvikle pasientforløp fra hjem til hjem, og utvikle nye arbeidsformer og modeller som legger til rette for avstandsoppfølging, e-konsultasjoner, brukerstyrte poliklinikker etc. HSØ omtaler behovet for å videreutvikle dagens lærings- og mestringstilbud i tråd med behovene hos nye pasientgrupper. Planen tar imidlertid ikke tydelig til orde for en forsterket satsing på slike tjenester. Pasient- og pårørendeopplæring er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten og et helt sentralt verktøy for å styrke egenomsorg, og mestring av egen sykdom og helse. Vi vil her vise til Helse Midt-Norge, som i sin regionale utviklingsplan fremmer pasient- og pårørendeopplæring som en del av alle pasientforløp, som et viktig tiltak. NSF vil anbefale at HSØ tar dette inn som et prioritert tiltak også i sin plan.

Samarbeid med private

HSØ ønsker å samstemme offentlige og private spesialisthelsetjenester, og styrke avtalespesialistordningen. Planen beskriver utfordringer med å etablere gode former for samhandling og oppgavedeling som sikrer helhetlige pasientforløp.

En betydelig andel av de offentlige helsebudsjettene går i dag til private tjenesteleverandører. NSF mener derfor at arbeidet med å effektivisere, redusere uønsket variasjon og sikre en ressursutnyttelse som gir mest mulig helse for pengene, også må omfatte avtalespesialistene og øvrige private tilbydere. HSØ er den helseregionen som har flest avtalespesialister og den største andelen polikliniske konsultasjoner utført hos avtalespesialister. Samtidig viser tall fra ordningen for fritt behandlingsvalg at flertallet av pasientene som benytter denne ordningen er bosatt på Østlandet. De godkjente leverandørene synes også i stor grad å ha tilhold her. NSF er bekymret for effekten av dette på «sørge-for» ansvaret i HSØ, og hvordan denne ordningen utfordrer både prioriteringskriteriene og det offentliges mulighet til å sikre rettferdig fordeling og optimal ressursbruk. Økt privatisering bidrar også til å forsterke mangelen på helsepersonell ved at viktig nøkkelpersonell trekkes ut av det offentlige tilbudet og spres på flere mindre, private tilbydere. Likeverdig og rettferdig tilgang til helsetjenester er en forutsetning for å skape pasientens helsetjeneste. Bruken av private tjenesteleverandører må understøtte denne målsettingen og ikke undergrave den.

NSF mener at helsehjelpen som ytes hos private tilbydere må følge de samme prinsipper for rettighetsvurderinger og faglige standarder, som i det offentlige. Helse Midt-Norge foreslår i sin utviklingsplan å etablere et regionalt henvisningsmottak for å vurdere henvisninger til private, etter modell av systemet innenfor rehabilitering. NSF støtter dette og vil anbefale at HSØ gjør det samme. NSF vil særlig peke på behovet for et slikt system når det gjelder de private avtalespesialistene. Det er påvist store variasjoner i enkelte prosedyrer/behandlinger hos private avtalespesialister. Dagens system innenfor psykisk helsevern, hvor pasienter selv må kontakte og sende søknad til private avtalespesialister, kan ikke sies å være i tråd med pasientens helsetjeneste. Det må sikres at pasienter får lik og rettferdig tilgang til private avtalespesialister, basert på faglige retningslinjer og krav i prioriteringsveiledere. Et sentralt henvisningsmottak kan i større grad legge til rette for dette. Samtidig må avtalespesialistene underlegges nødvendig oppfølging og kontroll, for å sikre tilgjengelighet og god ressursbruk. Videre viser vi til innst 57 S(2016-2017) S 24 og følgende merknad «*Avtalespesialistene er en del av det helhetlige offentlige helsetjenestetilbudet. Komiteen vil påpeke at avtalespesialistene ikke må unntas prioriteringskriteriene*».



Psykisk helsevern og TSB

Helse Sør-Øst vil prioritere psykisk helsevern slik at tjenestetilbudene kommer opp på nivå med øvrig spesialisthelsetjeneste. I tillegg vil HSØ arbeide med å redusere uønsket variasjon, etablere ambulante tilbud og økt poliklinisk kapasitet, redusere bruk av tvang, styrke arbeidet med forebygging og håndtering av voldsrisiko og selvmordsforebygging, og arbeide for å etablere effektmål for behandling i virksomhetsstyringen.

NSF mener tjenestene må bygge på pasientens behov for hjelp, grunnleggende menneskerettigheter og kunnskapsbasert praksis. Det har vært og er en betydelig risiko for at økonomiske hensyn overstyrer og er til hinder for drift og utvikling av pasientens helsetjeneste. Resultatet blir da at omstillinger drives av effektivisering og økonomi (diagnostisering, telling og koder), fremfor å svare opp det grunnleggende spørsmålet i alt hjelpearbeid: »hva er viktig for deg?». NSF ønsker at det utvikles metoder der man bedre enn i dag, faktisk kan evaluere effekt av behandling og oppfølging. Det er nødvendig å styrke tjenestene på det pasientnære nivået, og effektmål i seg selv sier lite om kvaliteten i behandlingen og hvordan det reelt sett går med pasientene i et livsløpsperspektiv.

Psykisk helsevern er et viktig satsingsområde både i gjeldende og neste helse- og sykehusplan. Det fremgår imidlertid ikke av planen hva HSØ vil gjøre for å realisere målsettingene. Under kapitlet om bemanning og kompetanse pekes det imidlertid på at bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med psykiske lidelser, taler for flere spesialsykepleiere innen psykisk helsevern og TSB. NSF støtter en slik tenkning. Sykepleiernes kompetanse må tas i bruk og videreutvikles for å lykkes med en styrking av det somatiske helsetilbudet for disse pasientene. Særlig må det tverrfaglige samarbeidet styrkes i BUP. Dagens kompetansesammensetning gir en mangelfull sykepleiefaglig oppfølging av barn og unge.

NSF vil påpeke at stadig mer behandling og oppfølging skjer poliklinisk og som dagbehandling. Denne utviklingen vil fortsette, jf framskrivningene i planen. I Ordningen med kommunal finansiering av ferdigbehandlede pasienter i døgnbehandling innen psykisk helsevern (som er signalisert å trå i kraft fra 2019), vil flytte en del av behandlingsansvaret for de dårligste pasientene, fra psykisk helsevern til kommunene. I de polikliniske tjenestene til voksne rapporteres det at spesialsykepleiere erstattes av psykologer. En slik utvikling vil på sikt kunne føre til faglig ensretting i møte med pasientene, og dermed dårligere ivaretagelse av somatisk sykdom, ikke optimale behandlingsresultat og svekket reell kostnadseffektivitet i tjenestene. NSF vil advare mot en slik utvikling. En robust sykepleietjeneste på begge forvaltningsnivåer, er en forutsetning for å utjevne forskjeller i levetid, og understøtte evnen til å mestre eget liv for disse pasientgruppene.

NSF mener det vil være nødvendig med utvikling av helhetlig og gode pasientforløp på tvers av fagområder og forvaltningsnivå. Pasientene vil i stor grad bo i egne hjem, motta behandling, habilitering og rehabilitering i kommunene. Spesialiserte tjenester må gis når behovet er der, og i samråd med den det gjelder. Koordinering og kontinuitet vil være nøkkelbegreper i organisering av tjenester for denne pasientgruppen og deres familier.

NSF mener videre at en samlokalisering / samordning av tilbud innenfor psykisk helsevern, TSB og somatiske helsetjenester i hovedsak vil være et riktig grep for fremtiden. Dette vil også styrke ivaretagelsen av pasientens psykisk helseutfordringene innen de somatiske helsetjenestene. Samtidig vil det være viktig å sikre et differensiert behandlingstilbud innenfor TSB. Her vil mange, særskilt ungdom, og unge voksne, være i behov av lengre behandlingstilbud, eksempelvis i form av terapeutiske samfunn.

TSB døgn må kunne tilby avgiftning, utredning og behandling. Det vil, uavhengig av region, være nødvendig å sikre tilgjengelige og godt koordinerte tjenester, uten unødig ventetid.



I tillegg til dette mener NSF at følgende tiltak må gis prioritet fremover:

- Styrke fag- og kvalitetsutvikling i tjenestene gjennom økt forskning, tverrfaglige fagrevisjoner og etablering av fagnettverk innenfor sykepleie.
- Sikre pasientene tilgang til riktig kompetanse gjennom hele pasientforløpet. Døgnavdelinger i psykisk helsevern behandler de dårligste pasientene. Likevel er bruk av ufaglærte fortsatt utbredt mange steder. Bruk av ufaglærte må opphøre og pasientene må sikres tilgang til kvalifisert personell med riktig kompetanse.
- Understøtte god ledelse gjennom å gi lederne rammevilkår for å lede: ressurser til fag- og tjenesteutvikling og mulighet for å drive aktiv fagledelse, tilgang til støttefunksjoner og utvikling av egen kompetanse.
- Det vil være nødvendig med gode rammer for kompetanseutvikling i tjenestene for å sikre kunnskapsbasert praksis.

Rehabilitering

Rehabilitering lykkes best når det er et integrert element i forløp på begge nivåer. Sykepleiere kan mye om å mobilisere og gjenvinne egenomsorg etter skade, men dette er ikke oppgaver det er satt av tilstrekkelige ressurser til. NSF mener derfor at det er et vesentlig potensiale innenfor disse områdene. Det forutsetter at hovedfokus rettes mot hvordan det kan skapes helhetlige og effektive forløp med utgangspunkt i pasientenes behov, heller enn på å identifisere oppgaver som kan skyves til kommunene. En slik tenkning vil også bidra til bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

NSF støtter planen mht å videreutvikle samarbeid og avtaler med private leverandører og med kommunene. NSF vil minne om sentrale føringer som sier at nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, ikke må skje før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene. Det må etableres samarbeid og forutsigbare tidsrammer for dette. Dette er en viktig men vanskelig oppgave, som det står lite om i planen.

Det er behov for en helhetlig plan som har som mål å bidra til at pasienter med behov for spesialisert rehabilitering i sykehus får integrerte, helhetlige pasientforløp med sømløse overganger mellom nivåene er viktig. Vi savner mer konkret tiltak/forslag.

Prehospitaltjenester

HSØ omtaler behovet for kompetent personell og fungerende IKT-løsninger i de prehospitaltjenestene. NSF støtter dette. De prehospitaltjenestene vil ha stor gevinst av å ha tilgang til pasientopplysninger og gode kommunikasjonsløsninger i sanntid. For å sikre dette må nødvendig infrastruktur på plass med robust mobilt helsenett og utvikling av mobile journalløsninger og kommunikasjonsløsninger tilpasset behovet i de prehospitaltjenester.

NSF mener det er et stort potensiale i å utvikle og ta bruk sykepleiekompetansen i den akuttmedisinske kjeden, utenfor sykehus. Det er to yrkesgrupper som har avansert kompetanse i ABC (Airway Breathing Circulation) – anestesisykepleiere og anestesileger. Anestesisykepleiere kan i større grad benyttes prehospitalt til akutt kritisk syke. Sykehuset Østfold har gode erfaringer og evalueringer av et slikt tilbud. Bedre utnyttelse av sykepleiekompetansen i kommunene vil også bidra til redusert bruk av spesialisthelsetjenester i den akuttmedisinske kjeden.

Forebygging



Helseforetakene i HSØ har i liten grad omtalt forebygging i sine utviklingsplaner. Selv om det er gode eksempler på forebyggende tiltak i foretaksgruppen, beskrives disse som sporadiske og drevet av ildsjeler og ikke forankret i et systematisk arbeid.

NSF støtter HSØ i behovet for å oppprioritere dette arbeidet som ledd i en populasjonsbasert tilnærming. Den manglende prioriteringen av forebygging og helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten, har også sammenheng med mangelen på økonomiske insentiver, slik Helse Midt-Norge påpeker i sin utviklingsplan. Selv om det er viktig å stimulere til forsøk og tiltak, vil antakelig det forebyggende arbeidet gis tilstrekkelig prioritet først når det belønnes økonomisk. Her bør både helsemyndighetene og RHFene se på hvordan dette best kan gjøres både på kort og lang sikt.

Både når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og mer generelt, er det noen sentrale perspektiver og utfordringer som ikke adresseres i utviklingsplanen. Det er særlig to områder vi vil peke på:

- Det norske samfunnet er i økende grad multikulturelt. I utviklingen av pasientens helsetjeneste må RHF og HF ta hensyn til dette og sikre et godt spesialisthelsetjenestetilbud til hele befolkningen. Dette bør adresseres i planen.
- Helseforskjellene i Norge øker. Samtidig som personer med lav utdanning har dårligere helse og lever kortere enn personer med høy utdanning, er det påvist at personer med høy utdanning oftere mottar hjelp i spesialisthelsetjenesten. En populasjonsbasert tilnærming må også ta hensyn til dette, og sikre at tjenestetilbudet er tilpasset brukergruppene og ikke bidrar til økte helseforskjeller.

NSF mener HSØ bør adressere og synliggjøre disse utfordringene i sin utviklingsplan.

Bemanning og kompetanse

HSØ viser til at helseforetakene i sine utviklingsplaner uttrykker bekymring for tilgangen til helsepersonell. Det forventes økt konkurranse om kritisk kompetanse, og HFene etterlyser langsiktige rekrutteringsplaner og konkrete utdanningstiltak, for å beholde og utvikle ansatte. Utfordringene er særlig knyttet til spesialsykepleiere innenfor anesthesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt jordmødre. Tiltak for å møte dette er utdanningsstillinger, permisjon med lønn under utdanning og traineeordninger for nyutdannede sykepleiere.

På tiltakssiden vil HSØ legge vekt på framskrivning av bemanningsbehov, etablere verktøy for kompetanseplanlegging og utvikle tiltak og strategisk analyser som bidrar til rekruttering og bibehold av arbeidstakere. Tiltakene gir ikke et tydelig svar på hva HSØ vil gjøre for å sikre sine helseforetak tilgang til spesialsykepleiere innenfor fagområder hvor det beskrives en knapphet.

NSF vil understreke at arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde sykepleiere og spesialsykepleiere, må ha nødvendig prioritet i årene fremover. HSØ må sørge for at helseforetakene har en arbeidsgiverpolitikk som støtter opp under dette, gjennom å arbeide aktivt for heltid, og ved å tilby arbeidstidsordninger og lønns- og arbeidsvilkår som bidrar til å rekruttere og beholde sykepleiere i aktiv tjeneste. Underbemanning gir høy arbeidsbelastning og vil over tid føre til mer deltidsarbeid, høy turnover og at sykepleiere velger å gå over til andre yrker. HSØ trenger en offensiv satsing og strategi for å motvirke en slik utvikling og bør derfor ha arbeidsgiverpolitikk som et eget satsningsområde i sin plan. Dette vil også være i tråd med målsettingene for planen.

NSF vil vise til en rapport utarbeidet av Analysesenteret for NSF i 2017, som dokumenterer at HFene mangler oversikt over behovet for ABIOK-sykepleiere fremover. HFene bidrar også ulikt når det gjelder å



utdanne spesialsykepleiere innenfor ABIOK.¹ Et eksempel på dette er at i 2016 hadde Akershus Universitetssykehus like mange utdanningsstillinger for spesialsykepleiere som Diakonhjemmet sykehus. Dette innebærer at noen helseforetak skyver kostnadene ved å utdanne nøkkelpersonell over på andre. Det lave antallet utdanningsstillinger gjør også at viktige fagområder ikke blir prioritert. Det gjelder særlig barnesykepleie hvor utdanningskapasiteten er kritisk lav. I 2015/2016 ble det uteksaminert totalt 49 barnesykepleiere ved utdanningsinstitusjonene i HSØ. Mangel på utdanningsstillinger er en viktig årsak.

Langsiktig planlegging og dimensjonering av utdanningsstillinger og utdanningskapasitet i universitet- og høyskoler, er avgjørende for å møte behovet for spesialsykepleiere i HSØ i årene fremover. Helseforetakene kan ikke løse dette problemet alene. NSF mener HSØ gjennom sin styring må sikre at HFene bidrar forholdsmessig og i tråd med behovene i regionen. Utviklingsplanen må derfor tydelig løfte behovet for en regional plan, hvor flere utdanningsstillinger, full lønn under utdanning og et strategisk og langsiktig samarbeid med universitets- og høyskolesektoren, er sentrale elementer. Kommunenes behov for kompetanse må også kartlegges og tas med i beregningene.

Utdanning

HSØ ønsker å videreutvikle samarbeidet med aktuelle utdanningsinstitusjoner om utdanningenes innhold, utdanningskapasitet i forhold til behov og forskning rettet mot forbedring av praksiselementet i utdanningene. HSØ vil understøtte og samarbeide med utdanningsinstitusjonene for å etablere og utvikle gode praksisplasser.

NSF er glad for at HSØ så tydelig adresserer betydning av samarbeid med utdanningsinstitusjonene og løfter betydningen av kvalitet og kapasitet i praksis. 50% av sykepleierutdanningene er organisert som praksisstudier, hvorav en betydelig andel foregår i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har dermed både et stort ansvar og en unik mulighet til å påvirke innholdet og kvaliteten i sykepleierutdanningene gjennom å tilrettelegge for gode praksisstudier. Det er viktig å huske på at spesialisering for sykepleiere som arbeider i kommunene, også krever praksisplasser i sykehusene. Sykehusene kan derfor ikke bare ta hensyn til egne behov men må også ivareta kommunenes. I lys av dette er det viktig at HSØ både har et aktivt og godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene, og bidrar til å sikre god kunnskapsbasert veiledning og relevante læresituasjoner. Dette er også i tråd med ny Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger § 3, hvor det heter (utdrag): *«Utdanningsinstitusjonene skal inngå samarbeidsavtaler med praksistilbyderen. Avtalene skal regulere ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, og kan også regulere forsknings-, utviklings- og innovasjonssamarbeid. Praksistilbyderen har ansvar for den daglige veiledningen og oppfølgingen av studentene. Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse.»*

NSF er opptatt av at det utprøves nye modeller for veiledning, og at disse følges av systematisk evaluering/følgforskning. Innenfor flere fagfelt meldes det om kapasitetsutfordringer knyttet til krav satt til praksisstudier i sykepleierutdanningen. Krav til kvalitet, relevans og kapasitet må forenes - uten at det ene går på bekostning av det andre. Den tradisjonelle en til en veiledning kan erstattes av andre modeller som er mindre sårbare, gir økt kapasitet og bedre grunnlag for organisering, samt en tydeligere ressursallokering til veiledningsoppgaven. Et eksempel kan være «studenttette poster» med dedikerte koordinatore og veiledere. Muligheten for tverrprofesjonell samarbeidslæring kan også utprøves i disse modellene.

¹ Analysesenteret 2017: Kartlegging ABIOK-videreutdanning. Behov, stillinger, kapasitet og samordning. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3712945/561096/Utdanner-for-faa-spesialsykepleiere>



Det er et problem at veiledningsoppgavene ikke inngår i den samlede ressursvurderingen ned på avdelings- og postnivå. Veiledningsoppgaven inngår i «sørge-for» ansvaret for utdanningen, men finansiering av dette er for utydelig. NSF vil ta til orde for utvikling av et finansierings- og styringssystem der «pengene følger studenten» ut fra en samlet vurdering av ressursinnsatsen som medgår til veiledningsoppgaven.

NSF vil peke på kombinerte stillinger for ansatte på sykehus og i universitets- og høyskolesektoren, som et viktig tiltak for å styrke samarbeid og sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningene. Helse Midt-Norge omtaler dette som et viktig tiltak i sin utviklingsplan. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten i større grad interesserer seg for og involverer seg i utformingen av utdanningene, for å sikre at de samsvarer med behovene i tjenestene. Kombinerte stillinger kan bidra til dette, gjennom å løfte inn kompetansebehovene i tjenestene i utdanningene. For at kombinerte stillinger skal fungere må arbeidsgiveransvaret være forankret ett sted, og ansvar og forventninger fra klinikk og UH være koordinert og avklart. NSF vil anbefale at RHFene tar initiativ til et felles arbeid med involvering av universitets- og høyskolesektoren og fagforeninger, for å utrede gode modeller for hvordan dette kan gjøres i praksis.

Organisering og ledelse

NSF mener det er viktig å øke ledelseskapasiteten og kraften i tjenestene i årene fremover. En viktig oppgave for lederne fremover vil være motivere og lede medarbeidere i målrettet omstillings- og endringsarbeid. Lederne trenger økt teknologikompetanse for å lede endringsprosesser hvor teknologi er en sentral komponent.

Sykepleieledere i sykehusene har ansvar for sengeposter med drift 24/7 og et stort antall ansatte. Kontrollspenn handler imidlertid ikke bare om antall ansatte men også om kompetansenivået hos den enkelte og hvor stabil/ustabil bemanningen er. Den samlede kompetansen og erfaring hos medarbeidere, og hvilke verktøy og ressurser ledere har tilgang til for å styre fag, kvalitet og bemanning, er avgjørende for å sikre tjenester av høy kvalitet. NSF mener planen bør være tydeligere på behovet for å sikre nødvendig ledelseskraft på pasientnært nivå, gjennom å gi lederne bedre rammevilkår for å kunne ivareta krav og forventninger om kunnskapsbasert praksis. Sykepleieledere må gis rom til å lede og ikke bare administrere.

HSØ peker på mer fleksible ledelses- og organisasjonsformer som viktig. NSF mener RHF og HF bør vie ekstra oppmerksomhet til sykepleietjenesten. Sykepleietjenesten utgjør den største personellmessige innsatsfaktoren i sykehusene, og har en avgjørende rolle i pasientbehandlingen. Med innføringen av enhetlig ledelse har sykepleietjenesten mange steder blitt splittet opp og isolert ved en organisering ihht ulike medisinske spesialiteter og subspecialiteter. Det har gitt mindre fleksibilitet i bruken av personellressursene, mindre samarbeid og læring på tvers, og mindre styringsmessig oppmerksomhet omkring sykepleietjenestens bidrag til pasientsikkerhet og kvalitet i toppledelsen ved sykehusene. Riksrevisjonen har i sin rapport om styring av pleieressurser i sykehus nettopp pekt på mangelfull styring.

For å styrke styring og ledelse av sykepleietjenesten vil NSF anbefale at HSØ ser nærmere på organiseringen av sykepleietjenesten i sine sykehus. Ved flere sykehus, deriblant St. Olavs Hospital og Sykehuset Vestfold, er det etablert en eller flere egne sykepleieavdelinger innenfor klinikkstrukturene. Erfaringene og resultatene av dette synes å ha vært positive og nettopp bidratt til økt fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse, i tillegg til bedre samhandling og styrket fagutvikling på tvers.

Forskning og innovasjon

Innsatsområdene i planen er rettet inn mot klinisk behandling og diagnostikk. Vi trenger imidlertid mer kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten kan gi pasienter/brukere og pårørende bedre tjenester, i samhandling med kommunehelsetjenesten. Dette vil være avgjørende for å utvikle tjenester som evner å



møte befolkningens behov. NSF mener planen må synliggjøre dette og innebære en satsing på forskning som underbygger, utvikler og forbedrer helsetjenestene generelt og sykepleietjenesten spesielt.

Satsningsområder og aktuelle tiltak

I tillegg til de områdene som er omtalt i kapittel 2 fremmer HSØ fire strategiske satsningsområder for foretaksgruppen, med særlig vekt på gjennomføring i første og andre fireårsperiode. NSF vurderer satsningsområdene som viktige, men vil presisere at HSØ i tillegg må gi arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell, herunder sykepleiere og spesialsykepleiere, nødvendig prioritet i årene fremover. HSØ må sørge for at helseforetakene har en arbeidsgiverpolitikk som støtter opp under dette, jf målet om godt arbeidsmiljø for ansatte.

Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer

HSØ vil bruke teknologi og nye digitale løsninger for å sikre tilstrekkelig kapasitet i tjenestene. Brukerstyring og bruk av teknologi i poliklinikkene og andre former for digital oppfølging omtales som viktige tiltak. Digitale verktøy er også viktig for å realisere pasientens helsetjeneste gjennom å gi pasientene økt tilgang til egne helseopplysninger, informasjon og kompetanse om egen sykdom og behandling, og legge til rette for pasient- og brukermedvirkning. HSØ vil gjøre pasienten til en aktiv medspiller i behandlingsforløpet og slik overføre oppgaver fra helsetjenesten til pasientene.

NSF er enig i at både potensialet og behovet for ta i bruk digitale tjenester er et av de viktigste virkemidlene for å effektivisere tjenestene, styrke samhandlingen mellom pasient og helsetjeneste, og sikre helhetlige og integrerte forløp. HSØ må imidlertid ha en realistisk tilnærming til hva det er mulig og rimelig å forvente både fra pasientene selv, pårørende og fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nye tall fra SSB (2018) viser at andelen som bruker PC og internett daglig eller nesten hver dag synker med økende alder. I aldersgruppen 75 – 79 år er det bare 42 %. Andelen har vært svakt nedadgående de siste årene. Trolig er bruken enda lavere blant de eldste eldre som også er den gruppen som har høyest forekomst av samtidige sykdommer og størst helsetjenestebehov.

Bruken av teknologiske plattformer og pasientportaler må være tilpasset brukergruppen, pårørendes muligheter og ressurser, og tilgjengelig kompetanse og ressurser i de kommunale tjenestene. Dette er særlig viktig i forhold til den delen av pasientpopulasjonen som har et stort behov for tjenester på begge nivåer, både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmisbruk, samt eldre, skrøpelige pasienter med nedsatt kognitiv fungering, vil ikke uten videre kunne vurdere egne behov, administrere eget tilbud og overta mer ansvar for egen helse fra helsetjenesten.

NSF vil videre understreke at for å kunne utnytte digitale løsninger kreves digital kompetanse hos både ledere og klinisk helsepersonell. Mange av dagens helsepersonell har fått sin utdanning før digitale løsninger ble introdusert i helsetjenesten. Det er derfor behov for å utvikle den digitale kompetansen. Helsepersonell trenger også helsepedagogisk kompetanse, og kunnskap om hvordan lære opp pasienter og pårørende i bruk av ulike digitale verktøy. HSØ vil legge til rette for at alle ansatte settes i stand til å benytte tilgjengelig teknologi og kunnskap, jf kapitlet om bemanning og kompetanse. NSF vil understreke betydningen av dette for å lykkes med de beskrevne endringene.

For å oppnå et godt kunnskapsnivå har utdanningsinstitusjoner og arbeidsgivere et felles ansvar som det må samarbeides om. Kompetanse om digitalisering og teknologi innebærer at helsepersonellet må ha grunnleggende teknologiforståelse, og kunnskap om myndighetskrav som regulerer både dokumentasjon og forvaltning av helseopplysninger, telehelse, velferdsteknologi, personvern og informasjonssikkerhet.



Samtidig må eventuelt teknisk personell inneha nødvendig helsefaglig forståelse, slik at teknologien kan tilpasses best mulig til pasienter og pårørendes behov. Dette bør omtales og konkretiseres i planen.

HSØ beskriver spennende muligheter for å knytte tjenester sammen gjennom bruk av teknologi, som gjør at behandlingssteder kan samarbeide om utredning og behandling av pasienter. Dette vil også legge til rette for at ekspertkompetanse gjøres tilgjengelig på tvers av lokasjoner og slik bidra til å utjevne forskjeller i tilbudet. E-konsultasjoner, hjemmemonitorering og sensorteknologi, samt bruk av hjemmesykehus trekkes frem som viktige muligheter fremover.

NSF vil understreke viktigheten av å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse i sykepleietjenesten som en forutsetning for at slike løsninger skal fungere. Hjemmesykehus forutsetter tilgang til nødvendig spesialsykepleierkompetanse, blant annet barnesykepleiere. Selv om teknologi kan flytte kunnskap mellom sykehus, må likevel sykepleietjenestene ved det enkelte sykehus ha den nødvendige kompetansen til å iverksette behandling, og fange opp tegn til forverring hos pasienten.

HSØ viser til nye sykehus som arenaer for etablering av nye arbeidsformer. Smarttelefoner og elektroniske tavler er eksempler på teknologi som kan bidra til oversikt over pasientflyt og koordinering av kapasitet og ressursbruk. I lys av erfaringene fra Østfold, som planen særlig viser til, vil NSF peke på behovet for at teknologi og løsninger understøtter arbeidsprosessene i sykepleietjenesten på en god måte. Den største ressursinnsatsen i sykehusene er knyttet til sykepleietjenesten og det er potensielt store gevinster å hente dersom det gjøres riktig. Erfaringene med nytt sykehus i Østfold er ikke entydig positive i så måte. Det må sikres at teknologi og arbeidsformer som *ikke fungerer* ikke blir videreført til nye prosjekter.

Bruk av digitale løsninger skal understøtte helsefaglige arbeidsprosesser for å sikre at det ytes gode, kvalitetssikrede tjenester i hele pasientforløpet, og slik at ressursene utnyttes best mulig. De kliniske arbeidsprosessene kjennetegnes ved at det pågår flere parallelle prosesser samtidig gjennom pasientforløpene, og hvor forskjellige aktører har ansvar for å gjennomføre en eller flere aktiviteter for å oppnå et felles mål.

Utfordringene er mange. Skal disse utfordringen imøtekommes må helsepersonell ha gode digitale verktøy som bidrar til at samhandling kan skje effektivt og med høy kvalitet.

Den digitale grunnmuren med byggeklosser som bl.a. standarder, terminologi og helsefaglig kodeverk må på plass slik at samhandlingen og informasjonsflyten kan gå lettere både innad i og på tvers av virksomheter og nivåer. Bruk av kodeverk og terminologi vil skape mulighet for mer strukturert dokumentasjon noe som igjen vil gi mulighet til mer automatisk datafangst som kan benyttes i sanntid til kvalitetsforbedring, styring og ledelse lokalt på den enkelte avdeling, på HF-nivå og på RHF-nivå, og også til nasjonale myndigheter. NSF mener at for å understøtte sykepleiepraksis og god styring av sykepleietjenesten, er det svært viktig at HSØ følger den nasjonale anbefalingen om å benytte Internasjonal klassifisering for sykepleiepraksis (ICNP) i sammenheng med SNOMED CT, og sørger for innføring av dette i sine virksomheter.

Gode elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ-løsninger) som blir brukt riktig, med gode rutiner og prosedyrer, vil være et sentralt verktøy for å oppnå bedre samhandling, informasjonsflyt, og kvalitet og pasientsikkerhet. Digitale kunnskaps- og beslutningsstøttesystemer, kan bidra til å øke den faglige kompetansen og støtten til sykepleiere og annet helsepersonell, i møte med pasienten slik at helsehjelpen oppleves å være av god kvalitet. I HSØ sitt arbeid med bedre bruk av teknologi må det derfor sørges for at kunnskaps- og beslutningsstøttesystemer for sykepleiepraksis også blir integrert i EPJ-løsningen. EPJ-løsningen med innebyggede kunnskaps- og beslutningsstøtteløsninger må være brukervennlig og bygget på et solid faglig fundament. EPJ-løsningen må gi god oversikt over pasientene, deres problemer og behov,



samt intervensjoner og resultater slik at den understøtter effektive og trygge arbeidsprosesser. I utviklingen av nye tjenester og innføring av ny teknologi, som f.eks. medisinsk avstandsoppfølging og andre telemedisinske- og velferdsteknologiske løsninger, vil NSF oppfordre HSØ til å samordne arbeidet med kommunene. Dette vil bidra til effektivisering og bedre ressursutnyttelse, samt at pasienter, brukere og pårørende opplever en sømløs helsetjeneste og lettere vil kunne ta i bruk tjenestene og teknologien.

Samarbeid om de som trenger det mest

Planen viser til at fem prosent av pasientene bruker om lag 48 prosent av ressursene. Denne gruppen hadde i snitt 17 kontakter, 19 liggedager og fikk behandling for 3,5 ulike hoveddiagnoser. 56 prosent av pasientene hadde en eller flere reinnleggelser.

Det fremgår av planen at denne gruppen omfatter pasienter både fra somatikk, psykisk helsevern og TSB. Dette er pasienter med langvarige og sammensatte behov som krever tjenester på tvers av nivåer og sektorer. NSF mener det er positivt at HSØ har et tydelig fokus på hvordan denne gruppen kan sikres bedre tjenester gjennom å styrke samarbeid og samhandling med kommunene. Erfaringene både med ACT/FACT-team og brukerstyrte plasser i psykisk helsevern viser at det er mulig.

HSØ problematiserer hvordan man skal greie å identifisere gruppen av storforbrukere. Fastleger nevnes men ikke de kommunale helse- og omsorgstjenestene som står for den daglige oppfølgingen av disse pasientene. NSF vil minne om at det gjennom IPLOS registreres hjelpebehov hos pasientene.

Planen beskriver ulike modeller for integrerte tjenester: individbaserte (pasientkoordinator eller case-mangement), basert på gruppe (behandling og oppfølging av multisyke og mennesker med kroniske sykdommer), basert på diagnoser eller hele poulasjoner (Valencia). HSØ fremhever særlig pasientens team som legger til rette for individuell oppfølging av pasienter med komplekse og sammensatte behov. Kjernen i teamet skal være en sykepleier i kommunen og en sykepleier fra sykehuset som sammen har ansvaret for at deres pasienter får den beste helsetjenesten. HSØ vil understøtte etableringen av pasientens team i alle helseforetak.

NSF mener HSØs grep med en satsing på pasientens team med utgangspunkt i sykepleietjenestene i sykehus og kommuner, både er riktig og viktig. For å lykkes med å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp må sykepleietjenesten og sykepleierne gis tydelig ansvar og myndighet – både i sykehusene og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er også en nødvendig forutsetning for en populasjonsbasert tilnærming som skal sikre optimal bruk av helsetjenestens samlede ressurser. Pasienter som er innlagt i somatiske sykehus ivaretas av sykepleietjenesten 24/7, og denne tjenesten har en helt sentral rolle i ulike deler av pasientbehandlingen - fra mottak til utskrivning. Pasienter med behov for behandling etter utskrivning blir skrevet ut til den kommunale sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie. For å møte behandlingsbehovene hos den økende gruppen av eldre, pasienter med kroniske og sammensatte lidelser og langtidssyke barn, og forebygge unødvendige reinnleggelser, må derfor sykepleietjenesten henge bedre sammen både innad og på tvers av nivåene. En sterkere utvikling og satsing på ambulante team, koordinatorfunksjoner for sykepleiere, og pasientansvarlig sykepleier vil være avgjørende for koordinerte og helhetlige pasientforløp, og bør løftes frem i planen.

NSF vil påpeke at ordningen med pasientansvarlig lege hittil ikke har fungert etter intensjonen. I forordet til gjeldende nasjonale helse- og sykehusplan etterlyser imidlertid brukerne *en fast kontaktsykepleier* for pasienter med kroniske og langvarige sykdommer. NSF mener dette vil være et viktig tiltak for å sikre kontinuitet og sammenheng i pasientforløpene, og økt forutsigbarhet og trygghet for pasientene.

Redusere uønsket variasjon



Det er store variasjoner i tilbudet både innen psykisk helsevern/TSB og somatikk. NSF vil påpeke at arbeidet med å redusere variasjon ikke bare må fokusere på et potensielt overforbruk av tjenester, men også se på ubegrunnet underforbruk. Eldrehelseatlasen fra SKDE tyder for eksempel på at alder blir brukt som et prioriteringskriterium ved noen tjenester. Også innenfor psykisk helsevern viser undersøkelser at eldre er underrepresentert.

NSF mener det nasjonale fokuset på uønsket variasjon så langt har begrenset seg til det medisinske området. Utviklingsplanen for Helse Sør-Øst gjenspeiler dette. NSF vil peke på behovet for å løfte sykepleietjenesten også i denne sammenhengen. Det er et stort potensiale for å øke pasientsikkerheten, og oppnå bedre ressursutnyttelse, gjennom kompetent og evidensbasert sykepleie. De fleste pasientskader som oppstår i sykehus handler om uønskede hendelser som kunne vært forebygget ved tilgang på kompetent sykepleie. Eksempler på dette er UVI, trykksår, infeksjoner, medikamentfeil og fall. Pasientskader koster penger og innebærer unødig lidelse for pasientene. OECD² har anslått kostnaden ved pasientskader til 15% av sykehusbudsjettene. I en sektor som vil oppleve et økende press på ressursene både økonomisk og i form av tilgang til personell, er det dermed store gevinster å hente på å forebygge og redusere pasientskader.

NSF mener det bør utvikles egne fagnettverk innenfor sykepleie som kan bidra til fag- og kvalitetsutvikling innenfor sykepleie på tvers av klinikker og sykehus, og som kan bidra til kompetanseheving og samarbeid med kommunene. Arbeidet med å utvikle faglige retningslinjer og prosedyrer må også inkludere kunnskapsbasert sykepleie både for voksne og barn og unge. Dette vil kunne bidra til å redusere uønsket variasjon og pasientskader, forebygge innleggelses/reinnleggelses, og understøtte standardisering og utvikling av helhetlige pasientforløp. Dette bør fremmes som et konkret tiltak i planen.

Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

HSØ peker på riktig bruk av ansattes kompetanse gjennom riktig oppgavedeling, og frigjøring av tid fra administrative oppgaver, som tiltak for å sikre god pasientbehandling og ressursutnyttelse. Leger og sykepleiere fremheves som særlig viktige.

NSF støtter HSØ i betydningen av å benytte ansattes kompetanse riktig. Det gjelder både ansatte og ledere. Sykepleiere og sykepleieledere bruker i dag mye tid både på administrativt arbeid, og på å utføre oppgaver som burde vært utført av andre personellgrupper. Behovet for støttefunksjoner og personell er åpenbar og viktig for å redusere belastningen på sykepleierne. Det er derfor positivt at HSØ vil lage en tiltaksplan for hvordan leger og sykepleiere kan få mer tid til pasientene. Ansatte, tillitsvalgte og verneombud må involveres aktivt i dette. Målet må være å skape bedre helsetjenester gjennom å forbedre arbeidsprosesser og arbeidsmiljø. Generelt vil vi påpeke at god tilgang til elektroniske verktøy, gode dokumentasjons- og beslutningsstøtteverktøy og nødvendig medisinsk- teknisk utstyr, er elementært og en forutsetning for effektiv tidsbruk og ressursutnyttelse.

HSØ viser til sykepleierdrevne poliklinikker som et tiltak som bidrar til å frigjøre legers tid og som får svært gode tilbakemeldinger. NSF støtter behovet for å satse systematisk på dette. Nesten samtlige ISF-takster i poliklinikk er i dag åpne for sykepleiere, men det er store forskjeller mellom sykehusene i andelen sykepleierkonsultasjoner. Mange av pasientene som innlegges i sykehusene følges opp poliklinisk i etterkant. Sykepleierdrevne poliklinikker er dermed et godt grep, både for å sikre helhet og sammenheng i behandling og oppfølging, og for å utnytte kompetansen. HSØ bør derfor løfte dette frem som et konkret tiltak i planen og ikke bare omtale det som en mulighet.

² Luke Slawomirski, Ane Auraaen, Niek Klazinga: The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD March 2017.



NSF støtter HSØ i behovet for tid til fagutvikling. Realiteten i spesialisthelsetjenesten er at det er lite tid og penger til dette. Betydningen av å investere i kompetanseutvikling hos ansatte og ledere må fremheves, og det må gis tilstrekkelig økonomisk prioritet til dette.

Forutsetninger for å lykkes med omstilling

HSØ peker på viktige forutsetninger for å lykkes med omstilling. NSF vil presisere at medvirkning fra ansatte er avgjørende for å lykkes. Innenfor kompetansevirksomheter er det viktig at de ansatte både er med å definere utfordringene, og utarbeider løsninger. Dette er også en forutsetning for at ansatte skal få eierskap til endringene og være med i gjennomføringen. Tydelige og gode prosesser med ansatte er dermed helt nødvendig i omstillingsprosesser.

NSF vil påpeke at god ledelse er en forutsetning for å lykkes. Ledere må da sikres nødvendig kompetanse og rammevilkår for å lede omstillingsarbeidet på en god måte.

Framskrivninger

HSØ gir en grundig gjennomgang av framskrivningene for regionen og forutsetningene for disse. Det forventes en fortsatt vekst i poliklinikk og dagbehandling, men kun en beskjeden reduksjon i liggetid. HSØ har frem til nå lagt til grunn en beleggsprosent på 90%. Denne foreslås nå redusert til 85% slik som i de andre regionene. Dette gir et behov for 1000 nye senger i perioden.

NSF mener det er viktig og riktig at HSØ legger til grunn en beleggsprosent på 85%. Dette er i tråd med faglige anbefalinger, på linje med de andre helseregionene og en forutsetning for å planlegge nye sykehus uten kronisk overbelegg. Samlet sett gir likevel aktivitetsframskrivningene og kapasitetsberegningene grunn til bekymring for om sykehustilbudet planlegges med nok senger ift behovene i befolkningen. De demografiske endringene tilsier en økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Den teknologiske utviklingen kan legge til rette for desentralisering og effektivisering av tjenester, men vil også kunne øke behandlingsmuligheter og kostnader. Økt bruk av teknologi gjennom selvhjelpsløsninger og e-konsultasjoner vil kunne fungere for noen, men ikke nødvendigvis for skrøpelige eldre og personer med alvorlige psykiske lidelser, jf kapitlet om teknologi og nye arbeidsformer. NSF er bekymret for at HSØ i sin planlegging og dimensjonering av tilbudene forskutterer gevinster før man kjenner den reelle effekten av endringene. Det er dermed en reell fare for at tilbud både innenfor somatikk og psykisk helsevern blir underdimensjonerte og ikke evner å svare opp befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Konsekvensen av underdimensjonering er alvorlige både for pasienter og ansatte og må unngås.

Det legges opp til en reduksjon på 15% i somatiske liggedøgn gjennom samarbeid om de som trenger det mest. Dersom økt etterspørsel i hovedsak skal møtes gjennom samarbeid og økt bruk av poliklinikk og dagbehandling, forutsetter det:

- At de pasientgruppene som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten i større grad kan behandles poliklinisk og som dagbehandling. Det gjelder både barn, voksne og eldre. Eldre og skrøpelige pasienter er allerede storforbrukere av spesialisthelsetjenester, og denne gruppen vil øke kraftig frem mot 2035. Det er usikkert i hvor stor grad disse pasientene kan ivaretas og gis et tilbud poliklinisk og som dagbehandling.
- At en betydelig del av veksten i liggedøgn som følge av befolkningsvekst og en aldrende befolkning, i hovedsak skal ivaretas av kommunene. Dette innebærer en fortsatt og betydelig ansvars- og oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. De kommunale helse- og omsorgstjenestene mangler per i dag kompetanse og ressurser, for å håndtere den ansvars- og oppgaveoverføringen som allerede har funnet sted etter Samhandlingsreformen. En fortsatt



utvidelse av dette ansvaret forutsetter derfor en betydelig kapasitets- og kompetanseoppbygging i kommunene, også knyttet til barn og unge, som er understøttet av spesialisthelsetjenesten.

Aktivetsframskrivningene synliggjør ikke den forventede aktivitetsutviklingen i HFene når det gjelder somatiske tjenester for barn og unge, herunder kapasitet i fødetilbudet. Det er mulig at dette er beskrevet i de lokale utviklingsplanene, men etter vårt syn burde dette være synliggjort i en samlet regional plan. Demografi og bosettingsmønster tyder på at tjenestebehovene vil være forskjellig mellom by og land, men en større andel unge i byene og flere eldre i distriktene. Dette vil få konsekvenser for hvordan spesialisthelsetjenesten må utvikle sitt tilbud i hvert enkelt HF og burde vært beskrevet.

NSF vil påpeke at det er stor usikkerhet knyttet til framskrivningene av behov for personell og kompetanse. Nasjonal bemanningsmodell er et scenarieverktøy som ikke kan benyttes direkte til bemanningsplanlegging i virksomhetene. Modellen tar ikke hensyn til kompetansebehovene i kommunene, eller til eksisterende underbemanning av sykepleiere og spesialsykepleiere i deler av spesialisthelsetjenesten. Som eksempel vil vi særlig peke på barnesykepleiere, intensivsykepleiere og kreftsykepleiere, hvor tilgangen til slik kompetanse kan variere betydelig mellom samme type avdelinger i ulike sykehus. Dette har direkte konsekvenser for kvalitet og pasientsikkerhet. Det må forutsettes at spesialisthelsetjenesten følger krav og anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer mht kompetanse, slik at pasientene sikres tilgang til evidensbasert og god behandling.

Avsluttende kommentarer

NSF mener behovet for god regional styring og prioritering i årene fremover vil være viktig for å møte og løse de utfordringene tjenestene står overfor, på en god måte. Det langsiktige arbeidet må gis tilstrekkelig prioritet og ledelsesoppmerksomhet på alle nivå. NSF er kjent med at HSØ har hatt en bred involvering av relevante interessenter i utarbeidelsen av regional utviklingsplan. Dette er positivt og skaper forventninger til gjennomføringen. Vi forutsetter at arbeidet med implementering av regional utviklingsplan blir tilført nødvendige ressurser og ledelsesoppfølging både på RHF og HF nivå.

Med vennlig hilsen

Eli Gunhild By
Forbundsleder

Kari Elisabeth Bugge
Fagsjef

