

Notat

Til : Blankholmutvalget(prioritering i kommunene)

Doknr. : 728191

Fra : Norsk Sykepleierforbund

INNSPILL FRA NSF TIL BLANKHOLMUTVALGETS HØRINGSMØTE

NSF mener alternative tilnærminger til prioritering er nødvendig om vi skal utvikle tjenestene i tråd med at flere lever med kroniske sykdommer, voksende utfordringer innen psykisk helse- og rus, samt behovet for intensivt innsats innen det forebyggende og helsefremmende arbeidet. NSF vil komme med et utfyllende innspill til utvalget før sommeren.

Vi mener videre 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 pasientens lommebok får betydning for hvilke tjenester de får. Vi ser en fare for et todelt helsevesen, spesielt knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De siste statsbudsjettene har ikke tatt høyde for økte kostnader til behandling og utstyr, og en raskt økende eldrebefolkning¹. Også kompetansemessig er det manglende oversikt og plan i forhold til sykepleiere, spesialsykepleiere, helsesøstre og jordmødre.

I forbindelse med vårt innspill til prioriteringsutvalget har vi satt ut en utredning der foreløpige kartlegginger viser at også kommuner med mye ressurser legger seg på en minimumsstandard 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, hvis det ikke 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 og palliasjon. Dette gjelder ikke minst heldøgns omsorgsplasser og voksende befolkning. En behovsstyrt bemanningsnorm kan være nødvendig for å sikre forsvarlig drift av sykehjem og hjemmesykepleie. 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 sykepleier og spesialsykepleiere 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. Fortsatt viser kartlegginger at bare halvparten av stillingene som lyses ut for sykepleiere er heltid.

¹ Bruker vi for mye penger på helse? Menon Economics, 2017

Vi har også igjennom flere studier vist at sykepleiere ikke får brukt sin kompetanse fullt ut, at det mangler relevante verktøy 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 utviklet både forskrifter, standarder og veiledere fra helsemyndighetene på flere viktige områder. 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

Prioriteringskriteriene

Mandatet til dette utvalget er ikke lukket til at det er kriteriene i meld. St. 34, Verdier i pasientens helsetjeneste, som må legges til grunn for de kommunale tjenestene. NSF vil derfor i vårt innspill 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, som dette er aktuelt. Øvrige kriterier i meldingen opplever vi som i samsvar med Norheimutvalget.

Vi opplever det som, 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, imens 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 for eksempel rehabilitering, vil være vanskelig å håndtere med et utgangspunkt i alvorlighet alene gitt de politiske målsettingene om mer proaktivitet på det helsefremmende feltet og utvikling av rehabiliteringsfunksjoner i de ordinære tjenestene.

Når det gjelder helsetapslogikken i skolehelsetjenesten, så mener vi begrepet i større grad rommer bredden i de utfordringer, som ligger i skolehelsetjenestens samfunnsoppdrag. Oppdraget til 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. De nye retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten er tydelig på behovet for å prioritere universelt arbeid i større grad, spesielt i skolehelsetjenesten. NSF støtter logikken i retningslinjene, 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 favner bredden i samfunnsoppdraget til tjenesten i dag jf Helsedirektoratet sine retningslinjer, 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 også 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.

Vi er videre bekymret for om feil vektlegging av nyttebegrepet også 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. Denne gruppen må sikres forsvarlig hjelp til en fredfull død.

Vedtaksbaserte tjenester, som prioriteringsvirkemiddel

Sykepleieledere i kommunesektoren rapporterer om vanskelige vilkår for reelt å kunne utøve ledelse. Sykepleieledere i kommunene har ifølge den kommunale helse og omsorgstjenesteloven det faglige ansvaret for at tjenestene er forsvarlige. Samtidig har det vært en økende tendens til at prioriteringen av ressursene overlates til et kommunalt bestiller kontor, uten direkte kjennskap til brukernes behov. Dette skaper en ansvarsforvitring. Det er en målsetting for NSF at fag og ledelsesansvaret gjenforenes med prioriteringsansvaret for å skape en helhetlig ledelse med et samlet ansvar for kvaliteten i tjenestene. Dette blir aktualisert med samhandlingsreformen der for eksempel hjemmetjenesten må bistå sykere pasienter raskere enn før, og ofte på helg og natt. Faglig vurderingskompetanse er den reelle kvalitetssikringen for disse pasientene. Vi mener brukernes rettsikkerhet styrkes dersom vedtaksmyndigheten flyttes nærmere verdiskapningen i helse- og omsorgstjenesten. Dette vil vi konkretisere i vårt skriftlige innspill