

Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Helse Nord RHF ber om at høringssvarene struktureres ut fra fire hovedområder.

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til postmottak@helse-nord.no og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato: **24.4.2024**

Høringsinstans: **Norsk Sykepleierforbund (NSF)**

Navn: **Forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen**

1. Psykisk helsevern og TSB

1.1 Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innspill:

I alternativ 2 foreslår arbeidsgruppen en omstilling fra DPS-døgn til utvidet polikliniske tilbud. Altså en dreining fra døgnbehandling over til polikliniske og ambulante tjenester, samt gjennom styrking av sykehusfunksjonene. Her er NSF's vurderinger:

- NSF vurderer forslaget om å styrke døgn tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser på sykehusnivå som positivt, men dette bør ikke gå på bekostning av etablerte fagmiljø og døgn tilbud nært folk. Forslagene legger opp til at psykiske lidelser kan behandles på døgn sentralt, noe som vil innebære at mange pasienter mister blant annet nærhet til pårørende, nærmiljø og lokalt nettverk som er vesentlig for moderne psykisk helsehjelp. DPS ble utviklet for å kunne yte lokalbaserte tjenester i psykisk helse, som en motvekt til og en avlastning for sentralinstitusjoner– dette reverseres til en viss grad av forslagene her. En av WHO's hovedanbefalinger er at lokalbaserte psykiske helsetjenester skal utvikles. Forslagene her støtter i liten grad opp under denne anbefalingen fra WHO.
- Medikamentfritt behandlingstilbud døgn ved UNN Tromsø må bestå. Dette er en regional funksjon, og er svært viktig for å utvikle moderne tjenester i tråd med WHO-føringer.
- NSF støtter målet om mer robuste fagmiljøer. Samtidig er det viktig å understreke at det er risiko knyttet til å bryte opp fungerende behandlingstilbud med sterke lokale fagmiljø. Arbeidsgruppens ROS-analyse viser til at større fagmiljø kan virke rekrutterende og dermed bedre dagens bemanningssituasjon. Likevel vurderer de risikoen som høy for at man ikke har tilstrekkelig antall kvalifisert personell og faste ansatte, jf. høringsnotatet.

Det er ikke gitt at sykepleiere, spesialsykepleiere innenfor psykisk helse og rus og annet helsepersonell ønsker eller ser seg mulighet til å flytte eller pendle dersom arbeidssted blir endret. Det vil innebære risiko for betydelige og langvarige økonomiske merkostnader i form av innleie og nyansettelser. Fagmiljø som er bygd opp over tid kan stå i fare for å forvitte. Det vil være viktig å avdekke risikoer og suksessfaktorer for å lykkes med å bygge robuste fagmiljø i en tid med knapphet på helsepersonell. Lønns- og arbeidsvilkår, mulighet for masterutdanning og spesialisering for sykepleiere innenfor psykisk helse, rus og avhengighet og mulighet for å utføre godt klinisk arbeid vil være viktige faktorer her, jf. [kunnskapsoppsummeringen fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin om å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt](#).

- Forslagene må støtte opp under regjeringens [opptrappingsplan for psykisk helse \(Meld. St. 23 \(2022-2023\)\)](#). Opptrappingsplanen har tre innsatsområder: Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, gode tjenester der folk bor og tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Arbeidsgruppens alternativ 2 inkludert forslaget om flytting og avvikling av DPS-døgntilbud, vil kunne svekke noe av tjenestetilbudet der folk bor. Det kan føre til en nedtrapping i stedet for opptrapping innenfor psykisk helsevern. DPS-strukturen innebærer fagmiljø som består med flere sentrale tjenester, døgntilbud, poliklinisk tilbud og ambulante tjenester. Disse er gjensidige avhengig av hverandre i et samarbeid. Mange pasienter trenger i perioder behandling og omsorg hele døgnet. For at mennesker med store helsebehov skal komme i posisjon til å dra nytte av de polikliniske tilbudene, trenger man sengeposter som fungerer og rett kompetanse.
- Forslagene hensyntar i for liten grad de geografiske avstandene i landsdelen, og utfordringer med vær og økende ekstremvær. Selv om arbeidsgruppen argumenterer med at landsdelen har god døgncapasitet ved DPS og i døgnbehandling for rus- og avhengighet sammenlignet med resten av landet, kan man anta at dette har med landsdelens geografi å gjøre. NSF mener følgende risikoer i for liten grad er belyst i arbeidsgruppens ROS-analyse: Lange reiseavstander ved døgninnleggelse vil kunne medføre en høyere belastning for den enkelte pasient og pårørende. Det vil også medføre økte reisekostnader, høyere press på ambulansetjenester, AMK, legevakt og akutte tjenester som mange steder allerede er under press. Dette vil ikke minst være tyngende for barn og unge som er berørt.

1.2 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Innspill:

NSF har ingen ytterligere innspill.

2. Rehabilitering og private tjenester

2.1 Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

Innspill:

Helse Nord har avtaler med flere private ideelle virksomheter innenfor ulike deler av rehabiliteringsfeltet. Disse har gjennom en årrekke opparbeidet erfaring og kompetanse innenfor rehabiliteringsfeltet.

Selv om NSF i utgangspunktet er opptatt av et offentlig drevet helsevesen, har disse virksomhetene vært viktige bærere av rehabiliteringstilbudet i nord. Helse Nord's ønske om å drive rehabilitering i egenregi, kan virke tilforlataelig og i utgangspunktet som en god idé. Imidlertid må ressurser komme før man overtar oppgaver i egenregi. Dessuten kan man ikke legge til grunn at den kompetansen som er ved de ulike virksomhetene vil følge med dersom oppgavene overføres til helseforetakene selv. Med tanke på at det er stor mangel på helsepersonell i nord, vil man trolig være prisgitt at ansatte i de private virksomhetene ønsker å ta ansettelse i sykehusene i noenlunde samme grad som oppgaver «insources». Avstandene er store noen steder mellom rehabiliteringsinstitusjonene og helseforetakene, og med pendleravstand på tre til fire timer samlet hver dag, kan man ikke regne med at helsepersonellet ønsker å bytte arbeidsgiver. Den samlede tverrfaglige kompetansen og erfaringen som de private institusjonene har bygd opp over mange år, vil ta tid og ressurser å bygge opp igjen. Dette bør tas med i betraktningen i videre planlegging og dimensjonering for denne tjenesten i Helse Nord generelt.

2.2 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Innspill:

NSF har ingen ytterligere innspill.

3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:

3.1 Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

Innspill:

NSF støtter behovet for en sterkere grad av samordning og samhandling mellom nivåene. Økt samlokalisering av tjenester innad i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenester, er positivt for pasientene og legger også til rette for å bygge gode fagmiljø og utvikle samhandling. I en region med mange små kommuner og en økende andel eldre vil dette være særlig viktig. Målet må være mer helhetlige tjenester for pasientene, økt kvalitet og bedre ressursbruk. Dette er

også i tråd med nasjonal helse- og samhandlingsplan som legger til grunn et behov for mer integrerte tjenester hvor kompetanse og kapasitet sees mer i sammenheng. Mer samlokalisering av tilbud er en viktig del av det. Rekrutterings- og samhandlingstilskudd tilknyttet helsefelleskapene, redusert ISF-andel, utvidelse av Tørn-programmet er blant virkemidlene som kan understøtte det. I tillegg må kommunene settes i stand til å oppfylle sine lovpålagte oppgaver, se innspill under pkt. 3.5.

Vi vil fremheve at de gode intensjonene i Tørn-programmet ivaretas, men at man ikke iverksetter tiltak som kan gå på bekostning av den faglige kvaliteten. Her er partsarbeidet avgjørende for gode resultater.

Dersom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester skal utføres under en felles faglig og administrativ ledelse må det være tydelig hvilke lover, regler, finansiering og tariffavtaler som gjelder for ansatte. På samme måte som at det må være tydelig definert hvem som har ansvar for pasienter og hvilket lovverk som gjelder, må ansattes arbeidsforhold være tydelig avklart, og det må ikke være tvil om hvem som har arbeidsgiveransvaret. Dette fordrer et velfungerende partssamarbeid og god samhandling mellom kommuner og sykehus.

3.2 Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester

Innspill:

Dette kan være en løsning. NSF understreker igjen at det må være helt tydelig hvem som har ansvaret for hva i oppfølgingen av pasienten: Er pasienten innlagt i spesialisthelsetjenesten eller kommunen? Nødvendig kompetanse ut ifra pasientbehov må sikres.

3.3 Kommunale døgneheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

Innspill:

Kommunale øyeblikkelig-hjelp senger benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen, jf. nasjonal helse- og samhandlingsplan. I Helse Nord er det også mange kommuner som ikke har etablert et slikt tilbud til psykisk syke, jf. høringsnotatet. Årsakene til dette bør kartlegges som grunnlag for å utvikle og styrke tilbudet i ønsket retning. Tilgang til nødvendig lege- og sykepleierbemanning er en forutsetning. Det bør legges til rette for telefon- og videokonsultasjoner som kan gi nødvendig støtte til kommunale helse- og omsorgstjenester, som bl.a. øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det kan også bidra til å redusere presset på den akuttmedisinske kjeden og unngå lange transporter.

3.4 Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Innspill:

- Modeller som Pasientsentrert helsetjenesteteam, ACT/FACT mv. bør implementeres i alle helseforetak. Økt bruk av ambulerende team i primærhelsetjenesten vil kunne bistå sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem slik at pasientene kan behandles der de er, og unngå sykehusinnleggelse. Her vil også ordninger som Trygghetspatruljen i Lillehammer kommune være et mulig tiltak. Trygghetspatruljen er tilknyttet legevakt og en ressurs i overgangen mellom ulike omsorgsnivå fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Den består av sykepleiere og paramedisinere med bred kompetanse innenfor flere fagområder i sykepleiefaget.

- Avanserte kliniske allmennsykepleiere bør være et satsingsområde, i tillegg til allmennlegene. I en teamorganisert framtid kan allmennsykepleierne spille en nøkkelrolle som partner for fastlegene i tverrfaglig team. De kan være veiledere i hjemmetjenesten, og gjøre selvstendige kartlegginger og vurderinger av medisinske tilstander (<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-10/allmennsykepleieren-rapport-2023.pdf>). Helse Nord bør aktivt bidra til at denne kompetansen bygges opp i kommunene. Det vil gi bedre oppfølging og helsehjelp til skrøpelige eldre og kronikere, og dempe presset på sykehusene og den akuttmedisinske kjeden. Muligheten for kombinerte stillinger for allmennsykepleiere bør vurderes på sikt, og kan bidra til etterlengtet synergi mellom nivåene.
- Alle disse teammodellene må understøttes av digitale samhandlingsløsninger som pasientens legemiddelliste (PLL), kjernejournal med tilgang til pasientens prøvesvar, pasientens journaldokumenter, kritisk informasjon og digitale behandlingsplaner. I tillegg må samhandlingsløsninger som videokonsultasjonsløsninger og digital hjemmeoppfølging kunne benyttes mellom nivåene.

3.5 Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

Innspill:

- Spesialisthelsetjenesten må i større grad se sitt tilbud i sammenheng med kommunenes 24/7-drevne omsorgssektor og allmennhelsetjenesten. Den medisinske og helsefaglige kompetansen og kontinuiteten rundt pasienter med langvarige og omfattende behov må styrkes. En allmennhelsetjeneste som er mer tilgjengelig for sine pasienter vil gi færre henvendelser til legevakt og sykehus. NSF støtter derfor at det utvikles en tverrfaglig allmennhelsetjeneste som systematisk følger opp skrøpelige eldre, alvorlig syke barn og unge, personer med psykiske lidelser og ruslidelser og personer med sammensatte og kroniske lidelser, i samarbeid med de sykepleiedrevne tjenestene i kommunene.
- NSF mener det er et stort og uutnyttet potensial ved å ta i bruk og øke kompetansen i hjemmesykepleien og sykehjem for å håndtere subakutte og akutte situasjoner for sine pasienter og brukere, forebygge akutte innleggelses og dermed oppnå bedre ressursbruk. Sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem må ha tilgang til medisinskfaglig kompetanse og kompetanse på psykisk helse og rus. I tillegg bør de ha mulighet til å utvikle bedre vurderingskompetanse. De må ikke bli stående alene med vurderinger i akutte og subakutte situasjoner. Det er viktig at AMK-sentraler og legevaktsentraler bygger opp sin veiledningstjeneste for å understøtte en sammenhengende akuttkjede. Hjemmesykepleien og sykehjem må ha nødvendig utstyr og tilgang til beslutningsstøttesystemer i tillegg til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Bruk av behandlingsplaner som inneholder pasientens preferanser for behandling og oppfølging i akutte situasjoner bør innføres.
- Samordning av tjenester forutsetter styrket økonomi, kapasitet og kompetanse i kommunene. Det er behov for å styrke kommuneøkonomien og ta grep som styrker små kommuners kvalitet og kapasitet, jf. [generalistkommuneutvalgets rapport \(NOU 2023: 9\)](#). NSF er klar over at dette primært ligger til statlig og kommunalt ansvarsområde. Det er imidlertid viktig å synliggjøre at mange små distriktskommuner i Nord-Norge må settes i bedre stand økonomisk og kapasitets- og kompetansemessig for å få til en bedre

samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Pr. 18.3.24 er det nå 17 kommuner oppført i [ROBEK](#). 12 av disse 17 er kommuner i de tre nordligste fylkene. Antall utskrivningsklare liggedøgn i Helse Nord var samlet 11 376 døgn i 2022, og forventes å øke framover, jf. høringsnotatet s. 80-81. Det gir en indikasjon på kapasitet og kompetanse i en del kommunale helsetjenester må styrkes. Videre planlegging og dimensjonering av samordning av tjenester bør inneholde vurderinger av kommunenes kapasitet og kompetanse, samt synliggjøre risikoer og mangler, slik at man ikke får et urealistisk bilde på potensialet i samarbeidet.

- I samarbeidet mellom helseforetak og kommuner må partsarbeid ivaretas best mulig. Tillitsvalgtes medvirkning i helsefelleskapene synes å være svært begrenset, men det er likevel rikelig med anledning til å lytte til de tillitsvalgtes råd og innspill i drøftingsmøter, før de kommer opp til behandling i helsefelleskapene.

4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

Innspill:

- NSF er opptatt av at tiltakene som blir besluttet iverksatt med høy sannsynlighet gir ønskede effekter. Dette gjelder både for kvalitet og kapasitet i tjenestene og økonomien. Omstillingsbehov for sykehusforetakene i Helse Nord er beregnet til 927 mill. kroner i 2024, jf. høringsnotatet s. 94. Videre står det at «Tiltakene foreslått av arbeidsgruppene, foruten delområde akutte og planlagte somatiske funksjoner, løser 7% av totalt omstillingsbehov. Helseforetakenes egne omstillingsplaner skal løse 69% (gitt full effekt). Uløst omstillingsbehov er beregnet til å være 17% (233 mill. kroner).»
- Tiltakene må være forankret i medbestemmelsesapparatet, og de må være realistiske, gjennomførbare og gi effekter. Gevinstrealiseringsplaner må ta hensyn til at omstillinger har en kostnadsside og at det tar tid (år) å hente ut gevinstene. Omstilling skaper ofte usikkerhet og uro i en organisasjon. Ansattes rettigheter og pasientsikkerheten må ivaretas. Her er det bare å vise til den belastningen pågående/fremtidig omstilling har kostet i Helgelandssykehuset i en årrekke. Den totale påkjeningen for de ansatte med både de omstillingstiltakene som er foreslått av Helse Nord og omstillingsprosessene som foregår på foretaksnivå og lokalt nivå, krever høy presisjon hva gjelder å velge de rette tiltakene som gir effekt. Tillatt feilmargen må være ytterst liten.
- NSF understreker betydningen av attraktive arbeidsplasser. Ansatte må sikres arbeidsvilkår og arbeidstidsordninger som er helsefremmende. Det forutsetter bl.a. nok ansatte med riktig kompetanse på jobb, og at arbeidsgiver tar høyde for fravær (<https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/hoyde-for-fravaer>). Vi viser til dialog med Helse Nord tidligere i år om tiltak for å beholde, mobilisere og rekruttere sykepleiere. Vi viser også til [kunnskapsoppsummeringen fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin om å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt](#).
- NSF mener at beredskap kan utgjøre både en utfordring og en mulighet for spesialisthelsetjenesten i nord spesielt. En robust bemanning i det offentlige helsevesenet er nødvendig for å få et velfungerende beredskapssystem. Det sivile helsevesenet er en avgjørende del av Norges totalberedskap, og skal tjene landets befolkning i fredstid, krise

og krig. NSF mener derfor det er viktig at Totalberedskapskommisjonen anbefalinger blir fulgt opp. Det gjelder bl.a. å tydeliggjøre nasjonale ambisjoner for dimensjonering av helseberedskapen, ambisjoner og veiledning for ressursprioritering, samt å klarlegge hvilke behov Forsvaret har for den sivile helsetjenesten i en krigssituasjon. I denne sammenhengen bør det ses nærmere på i hvilken grad sykehuset Narvik kan være en motor i det sivil-militære samarbeidet i regionen.