

Hørings svar fra Norsk Sykepleierforbund Møre og Romsdal i forbindelse med revidert utviklingsplan HMR 2022-2026 (2037)

NSF Møre og Romsdal vil rose administrasjon og ledelse for et godt utarbeidet dokument. Gode visjoner om hvordan framtidens spesialisthelsetjeneste i Møre og Romsdal skal utvikle seg.

I høringsbrevet beskrives det at planen skal understøttes av mer detaljerte handlingsplaner på klinikker og innen fag. Vi savner konkret hvordan planen underveis skal evalueres i forhold til de målene som er satt. Her må en sikre god medvirkning og forankring i arbeidet med detaljerte planer og tiltak. Utviklingsplanen har gode mål og intensjoner, men det savnes tydeligere analyser og beskrivelser av hvor vi står i dag. Man får ikke et tydelig bilde av hvor stor omstilling/ending HMR må gjennom for å nå skisserte mål og prioriteringer.

4.2 Ta i bruk kunnskap og teknologi

4.2.1 Forsking

Utviklingsplanen sier ingenting om HMR har forskningssterke eller forskningsvake miljø, eller hvor det er kunnskapshull. Dagens erfaringer tilsier at sykepleieforskning er et underprioritert område i helseforetaket, derfor er det gledelig at planen påpeker at det skal etableres fagmiljø for forskerkoordinator-/ studiesykepleier. Dette innebærer at flere sykepleiere må inneha masterkompetanse. HMR må derfor tilrettelegge for at denne kompetansen nyttiggjøres til det beste for pasient og bruker, slik at en sikrer kvalitet i hele pasientforløpet.

4.2.3 Teknologi og digitalisering

Endringer i oppgavedeling må bygge på grundige kartlegginger av arbeidsprosesser og kompetansebehov knyttet til ulike oppgaver. Pasientens behov og hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet må stå sentralt og helheten i behandlingen av den enkelte må ivaretas på en god måte. Kartlegginger gjennomført av bl.a. Sykepleien tyder på at det særlig er støttepersonell som helsesekretærer, renhold, portører og servicemedarbeidere (kjøkken/måltider) som etterspørres. Dette er ikke nevnt.

4.2.5 Kunnskapsbasert forbedring av tjenestene

Kvalitet

Kvalitet og pasientsikkerhet bør løftes opp. Hvordan jobber HMR med en åpenhets- og meldekultur? Hvordan lærer ansatte av hverandre og hvordan kan HMR bli bedre på å innhente erfaringer fra brukere og pårørende. Det bør være fokus på arbeidsmiljø, og dets betydning for kvalitet og pasientsikkerhet.

Ansatte som fundament for alt arbeid med pasientsikkerhet, gode fagmiljø og arbeidsglede medfører økt pasientsikkerhet og kvalitet. Teknologi, nye behandlingsmetoder, nye sykehus og organiseringsformer vil kun ha en viss effekt, ansatte må ha arbeidsmiljø som lar dem kunne jobbe pasientsikkert.

Pasientsikkerhet må være til stede i alt man gjør, være i alt man jobber med. Læring er ikke et parallellsystem, men må være integrert i hverdagen.

Tilbakemeldinger fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) om avviksbehandling i helse- og omsorgstjenesten, er at den i store deler av tjenesten er feilslått ved at man ser på feil som menneskelig svikt. Dette er ifølge UKOM en analytisk blindvei, og slik det har vært til nå makter man ikke finne årsaker bakover og systemfeilene til hvorfor ting har skjedd. Så lenge man ser på avvik som menneskelig feil vil det være vanskelig å få en god meldekultur og åpenhetskultur.

4.3 Rekruttere, utvikle og behalde personell

Viser til Riksrevisjonens «Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene». Her påpekes det at foretakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Samme rapport påpeker at hver sjettede spesialsykepleier og jordmor er over 60 år. Dette er en nasjonal og lokal utfordring. Det foreslås bl.a. at foretakene jevnlig og systematisk sørger for å kartlegge behov for personell. Dette bør inn som et prioritert tiltak!

Positivt at det omtales forskning ift. emosjonelt stress. Dette er også et sentralt funn i denne rapporten fra Fafo som NSF har vært med på (<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/kjonnspektiv-pa-arbeidsmiljoutfordringer-og-hms-arbeid-i-kommunal-sektor>). Spørsmålet er hvordan HMR vil følge opp dette.

I år ble det etablert desentralisert studieløp for medisin i samarbeid med NTNU i Ålesund, kan det være på tide å gjøre det samme for jordmor- og barnesykepleieutdanning med tanke på framtidens behov?

4.3.1 Utdanning

Riksrevisjonens rapport påpeker at helseforetakene ikke har nok praksisplasser og ikke oppretter nok utdanningsstillinger - noe som er en forutsetning for å sikre kritisk kompetanse for driften. Savner at dette problematiseres i teksten og følges opp med prioriterte tiltak. I tråd med nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) og felles forskrift er det nå forskriftsfestet at praksisveileder som hovedregel bør ha formell veilederkompetanse. Det blir behov for gode systemer for veiledning og supervisjon samt verktøy for kompetansevurdering i sykepleiernes videre- og masterutdanninger samt i spesialistutdanningen av leger. Dette gjelder også lærlinger, jamfør Opplæringsloven.

Å sikre kapasitet og relevans i praksisstudiene er særdeles viktig, og dette bør adresseres og følges opp med tiltak på overordnet nivå. HMR må og tydeliggjøre praksisveilerollen. Fra sykepleierstudentene får NSF tilbakemelding om at de er fornøyde med fristilt praksiskoordinator, som ved medisinsk avdeling i Molde.

Veiledningsoppgaven må inngå i personal og virksomhetsplanleggingen ved praksisstedet, slik at en sørger for godt læringsmiljø og gode læringsprosesser. En bør derfor følge opp med en plan for å oppnå formell veilederkompetanse for praksisveiledere i alle utdanningsløp.

HMR må legge til rette for at sykepleiere og andre helsearbeidere oppnår akademisk kompetanse i form av mastergrad og ph.d. for å styrke kvalitet i undervisning og veiledning, i tillegg til en mer kunnskapsbasert tilnærming i pasientrettet arbeid. Økt samarbeid om satsningen på stipendiatstillinger kan dekke behovet for førstekompetanse i flere fagmiljøer. Derfor er det gledelig at det at kombinerte stillinger med UH-sektoren prioriteres i planen.

Helseforetakene er en viktig arena for bachelor i sykepleie, kliniske studier. Stortingsmeldingen, *En verden av muligheter – Internasjonal studentmobilitet i høyere utdanning*, vektlegger betydningen av internasjonalisering i studiene. For at vi skal kunne sende ut studenter er vi avhengig av å kunne tilby

praksisplasser til innkommende utvekslingsstudenter både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I denne utviklingsplanen er det ikke beskrevet noe om helseforetakets tanker om sin rolle i å kunne tilby praksisplasser til innkommende utvekslingsstudenter.

4.3.2 Rekruttering, bemanning og kompetanse

Positivt at hele stillinger skal være normen i HMR og at alltid er et viktig mål for HMR. Det fremgår ikke hva heltidsandelen i foretaket er, hvordan utviklingen har vært og for hvilke grupper utfordringen er størst.

Vedrørende kompetanseheving vil NSF Møre og Romsdal påpeke viktigheten av AKS (Avansert klinisk sykepleier) som en videreutdanning helseforetaket bør satse på i framtiden. Spesielt på sengepostene og som en karrierevei for sykepleiere på postene som vil motvirke frafall og bidra til økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse.

Dette er en utdanning som gir sykepleieren avansert klinisk vurderings- og beslutningskompetanse til å bruke i pasientnære oppgaver. Disse sykepleierne skal ha utvidet klinisk vurderings og handlingskompetanse, de skal gjøre vurderinger og iverksette tiltak for å fange opp endringer i en pasients helsetilstand, de skal planlegge og gjennomføre spesialisert sykepleie og delegert medisinsk behandling til pasienter. Samtidig skal de bidra til å samhandle og koordinere pasientforløp på tvers av tjenestenivå. De vil også kunne initiere, utvikle og gjennomføre FoU-prosjekter rettet mot innovasjon og kontinuerlig kvalitetsarbeid. Legger ved Helsedirektoratets rapport og anbefalinger:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>

NSF Møre og Romsdal er opptatte av at oppgavedeling må bygges på pasientens behov, ivaretagelse av pasientsikkerhet og kvalitet. Fokus må være riktig kompetanse, på riktig plass til riktig tid. Faglig forsvarlighet må sikres gjennom utdanning, opplæring og kvalifisert veiledning. Pasientenes behov og den situasjonen de er i, er det som legger føringer for oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper med ulik kompetanse.

4.3.3 Leiing

Tydelig satsing på ledere og plan for at de skal utvikle kompetanse til å drive med ledelse. Veldig oversiktlig og tydelig plan for opplæring og utvikling av ledere. Spesielt punktet med plan for opplæring av nye ledere. Men savner beskrivelse av hvordan ledere, ikke minst de som står nærmest pasientbehandlingen, må sikres handlingsrom og støtte til å ta i bruk de virkemidlene som er nødvendige for å nå målene for pasientens helsetjeneste.

NSF mener den faglige ledelsen og ledernes beslutningsmyndighet og rammevilkår har blitt svekket over tid. HRs rolle har blitt stadig større, og utfordrer i dag lederansvaret enn å understøtte det. NSF mener HMR bør diskutere om balansen mellom økonomisk/administrative og faglige hensyn er hensiktsmessig, og bidrar til å realisere spesialisthelsetjenestens oppgaver. God ledelse er avgjørende for å skape gode arbeidsplasser som greier å rekruttere og beholde helsepersonell. Det er også avgjørende for å kunne legge til rette for god oppgavedeling, og kunne drive et kontinuerlig arbeid med å utvikle kvalitet og pasientsikkerhet. For å lykkes med dette mener NSF at ledere på pasientnært nivå må gis økt beslutningsmyndighet og handlingsrom fremover til å ivareta både fag-, personal- og økonomiansvar - i tråd med intensjonene i tillitsreformen.

Flertallet av lederne på pasientnært nivå er sykepleiere. De har ofte ansvar for mange pasienter, døgnkontinuerlig drift og et stort antall ansatte. Riksrevisjonens undersøkelse av

bemanningsutfordringer i helseforetakene¹ viste at flere enn halvparten av lederne for sykepleiere og intensivsykepleiere har personalansvar for minst 50 ansatte. Omtrent hver fjerde leder for sykepleiere og intensivsykepleiere har personalansvar for over 70 ansatte. NSF's lederundersøkelse² viser at 43 prosent av førstelinjelederne i kommunene og 38 prosent i spesialisthelsetjenesten, opplever at de har et for stort lederspenn. Førstelinjelederne opplever også at de ikke har tilstrekkelig tilgang til stab og støttefunksjoner. Det er særlig merkantile funksjoner og fagutviklingssykepleier som etterspørres.

4.4.1 Samhandling og helsefellesskap

Gjennom hele planen er det fokus på bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene/primærhelsetjenesten. For utenom å nevne opprettelsen av helsenettverket og at det i oppsummering av kapittelet står at det skal settes i verk tiltak som fremmer samhandling, er det lite konkrete tiltak på hvordan helseforetaket planlegger å bedre samhandlingen. Savner ellers i høringsnotatet informasjon om hvordan helseforetaket tenker oppfølging og behandling av eldre pasienter som har behov for psykiatrien, samt samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (alderspsykiatri). Generelt mangler det tydeliggjøring om hva disse konkrete tiltakene for å forbedre samhandlingen skal være.

NSF savner hvordan helsefellesskapene kan benyttes til å bedre samhandling og å utvikle helhetlige pasientforløp. Det er ingen tvil om at det haster. Presset på psykisk helsevern i kjølvannet av pandemien, og en raskt aldrende befolkning må møtes på en helhetlig og koordinert måte på tvers av forvaltningsnivåene. De kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten må samordne innsatsen for å sikre et godt tilbud og god ressursutnyttelse. Knapphet på helsepersonell gjør også dette tvingende nødvendig. Vi viser her også til vedtatte endringer i lovverket som innebærer at samarbeidsavtalen skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan avtalepartene sammen skal planlegge og utvikle tjenestene.

Om få år vil etterkrigsgenerasjonen nå en alder hvor hjelpebehovet øker. European Observatory on Health Systems³ peker imidlertid på at det ikke er aldring i seg selv som er problemet. De fleste eldre har god helse og greier seg selv langt opp i alderdommen. Det er det siste leveåret som er mest ressurskrevende. Gruppen skrøpelige eldre utgjør en mindre andel av pasientene, men står for en stor del av ressursbruken. Ved å følge opp denne gruppen på en systematisk og god måte, og ved å utvikle gode palliative tjenester, vil ressursbruken kunne begrenses uten at det går på bekostning av kvaliteten i tilbudet eller pasientens levetid. Tvert imot. Erfaringene med pasientsentrert helsetjenesteteam⁴ (PHST) i Tromsø viser dette tydelig. Dødeligheten blant skrøpelige eldre og pasienter med sammensatt problematikk gikk ned med 43 prosent seks måneder etter at de fikk hjelp fra PSHT. Øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp)-liggedager ble redusert med 32 prosent, og det var 10 prosent færre ø-hjelpsinnleggelser. I tillegg var det mer enn en dobling av planlagte polikliniske konsultasjoner. Teamet har nå ingen aldersgrense, men følger også opp yngre brukere med sammensatt problematikk.⁵ Flere steder i Norge etablerer man nå liknende tilbud.⁶

Skrøpelige eldre er en av de prioriterte gruppene i helsefellesskapene. Spørsmålet er om helsefellesskapene er et potent virkemiddel for å utvikle bedre tjenester, og samordne

¹ Dokument 3:2 Bemanning utfordringer i helseforetakene (2019-2020), Riksrevisjonen.

² https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-12/lederundersokelsen_nsf.pdf

³ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-and-social-care-near-the-end-of-life-can-policies-reduce-costs-and-improve-outcomes>

⁴ <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4397-2>

⁵ <https://sykepleien.no/2022/03/pasientsentrert-helsetjenesteteam-de-lytter-til-pasienten-og-sa-agerer-de>

⁶ <https://www.siv.no/om-oss/nyheter/eget-team-skal-folge-opp-multisyke-eldre-i-overgangen-mellom-sykehus-og-hjem>

ressursutnyttelsen til denne gruppen og andre med langvarige og sammensatte helseutfordringer. Helsefellesskapene er en samhandlingsarena basert på konsensus. Det ligger ingen beslutningsmyndighet her – den ligger fortsatt i kommunestyre og i styre og administrasjon i helseforetakene. NSF mener helsefellesskapene i dag ikke har de nødvendige virkemidlene og myndighetene til å lykkes. De kan imidlertid være en viktig samhandlingsarena og fasilitator. I Danmark arbeides det nå med å etablere Sunhedsklynger mellom sykehus og kommuner.⁷ Disse skal understøttes med fellesmidler med en 50/50 fordeling mellom kommuner og sykehus. Det må utvikles virkemidler som kan understøtte og gi kraft til helsefellesskapene i form av finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styringsinformasjon. Det bør vurderes å revitalisere spleiselag-/samfinansieringsmodeller knyttet til de prioriterte gruppene.

På klinisk nivå er mangelen på gode elektroniske samhandlingsløsninger og tilgang til faglige nettverk en stor utfordring. God samhandling må bygges nedenfra og opp, og det må sikres at de riktige tjenestene og folkene er representert – det vil si fagfolk, pasienter og pårørende som er involvert i samhandlingen rundt de prioriterte gruppene. Sykepleietjenestene og sykepleierne spiller en stor og avgjørende rolle i svært mange pasientforløp, herunder pakkeforløp, og ivaretar viktige koordineringsoppgaver både rundt den enkelte pasient, og på tjenestenivå for mange pasienter i de prioriterte gruppene. Avtalen mellom regjeringen og KS sikrer imidlertid ikke at sykepleietjenestene er direkte representert i beslutningsstrukturen på samme måte som fastlegene, verken fra kommuner eller helseforetak. Dette er en stor svakhet og risiko som må rettes opp i det videre arbeidet med helsefellesskapene.

Foreslår at bruk av ambulerende-/samhandling- team bør bredes ut i flere klinikker, som et tiltak. Der teamet består av ansatte fra både spesialist- og primærhelsetjenesten. HMR er blant de områdene i Norge med høyest andel skrøpelige eldre ifølge planen – her må det utvikles gode tjenester i samarbeid med kommunene for å imøtekomme femtidens behov for helsetjenester.

4.4.2 Funksjon- og oppgåvedeling

Et veldig godt avsnitt som belyser utfordringene vi får fremover. Avsnittet om skrøpelige eldre beskriver godt med klare tallfakta utfordringen i vårt distrikt, som fører til et press på både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som skal sørge for forsvarlig behandling på rett omsorgsnivå for disse pasientene. Om primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan samhandle bedre om disse pasientene slik at de kan behandles der de er (i egen bolig eller institusjon) så vil det spare både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for mye ressurser, og ikke minst vil det være til det beste for pasienten å slippe utryggheten som følge av flyttingene mellom alle nivåene i helsetjenesten i dag.

4.5 Eigedom og bygningsmasse

Utfordringer med flersengsrom i HMR er ikke omtalt. Dette løses for SNR, men vil vedvare i andre deler av foretaket. I utviklingsplanen skrives det at planlegges observasjonssenger når nye SNR står ferdig, men det står ikke noe om hva som er hensikten med disse sengene og hvordan de skal brukes. I byggeprosesser er det viktig å tenke arbeidsmiljø og HMS i utforming av nye bygg. Det må sikres at byggene møter befolkningens behov og understøtter arbeidsprosessene på en god måte.

⁷ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/Helsedirektoratets%20rapportering%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20for%202021.pdf/_attachment/inline/86a26cab-8c58-4ea2-a71b-34ec8b8db462:fc1b423a3863a1d199c62f304ef4268297e72cc/Helsedirektoratets%20rapportering%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20for%202021.pdf

Sykepleietjenesten er særlig viktig – 24/7 virksomhet og en stor andel av de ansatte. Det må sikres god involvering av ansatte i alle faser av prosjektene.

4.6 Økonomisk berekraft

Ønsker tydeliggjøring hva det innebærer å redusere uønsket variasjon på sengeposter. Hva innebærer det for ansatte i organisasjonen? Savner samtidig at man konkretiserer punktet bedre planlegging (lengre horisont for vaktplaner og operasjonsprogram). Punktet må harmoniseres mot kapittel 3.3 og begrunnes.

På vegne av fylkestyret i Norsk Sykepleierforbund Møre og Romsdal

Fylkesleder Trine Bruseth Sevaldsen



UP2023-2026