



Helsereformutvalget

Vår saksbehandler:  
Trude Hagen

Vår referanse:  
26/464

Vår dato:  
08.04.2026

Deres referanse:

Medlemsnummer:

## Innspill til helsereformutvalget fra Norsk Sykepleierforbund

### 1. Innledning – premisser for en reform

Samfunnet og helse- og omsorgstjenestene står overfor betydelige utfordringer i årene fremover. Flere eldre, økende forekomst av kroniske sykdommer og nye behandlingsmuligheter vil øke behovet for tjenester, samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir knappere og presset på offentlige budsjetter øker. Bekymringen for lav produktivitetsvekst i helsesektoren forsterker dette bildet.

Norsk helsetjeneste ligger gjennomgående godt an i internasjonale sammenlikninger. Samtidig viser innbyggerundersøkelser at tilliten til sykehusene er høyere enn tilliten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>1</sup> En sentral utfordring fremover er derfor å opprettholde høy kvalitet i sykehusene, og samtidig sørge for å styrke kapasitet og kompetanse i de nære helse- og omsorgstjenestene.

Hvordan vi organiserer, styrer, finansierer og regulerer sektoren har stor betydning for tilbudet til befolkningen og ulike pasientgrupper, og for samlet ressursbruk. Eventuelle endringer må ha en klar begrunnelse, tydelige og målsettinger og bygge på kunnskap. Det må kunne sannsynliggjøres og underbygges at endringer vil ha ønsket effekt.

Samtidig vil vi understreke at det å fortsette som i dag er forbundet med betydelig risiko. Verken organisasjons- eller finansieringsmodeller kan fullt ut kompensere for ressursmangel i form av personell, penger og kompetanse. De økonomiske rammene for sektoren må økes i takt med demografien. Vi vil også fremheve at rammevilkårene for faglig ledelse må styrkes for å lykkes med omstilling og utvikling fremover.

NSF vil peke på noen grunnleggende premisser som vi mener må tillegges betydelig vekt i vurderingen av endringer i organisering, styring og ansvarsdeling, og som utvalget bør hensynta i sitt arbeid.

#### NSF mener:

- Endringer må gi tydelig merverdi for pasienter og pårørende. Tjenestene må bygges rundt pasientenes behov, og understøtte egenmestring og verdighet
- Endringer må ikke skape nye eller flere grenseflater og bidra til økt fragmentering eller uklare ansvarsforhold

---

<sup>1</sup> <https://www.dfo.no/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2026>

- Endringer må bidra til å forsterke, utvikle og opprettholde fag- og arbeidsmiljøer, og sikre forsvarlige arbeidsforhold og forsvarlig arbeidsbelastning, slik at det er mulig å beholde, mobilisere og rekruttere helsepersonell
- Løsningene må bidra til bærekraftig ressursbruk og god bruk av personell og kompetanse
- Løsningene må understøtte et fortsatt sterkt offentlig ansvar, motvirke sosiale og geografiske forskjeller og understøtte bosetting i hele landet
- Det må sikres tilstrekkelig demokratisk innflytelse og kontroll og reell medvirkning for ansatte.

Alle omstillings- og endringsprosesser medfører økte kostnader og belastning for ledere og ansatte i tjenestene. Sektoren har stått i en vedvarende omstillingsprosess over mange år med press på økonomi og høy arbeidsbelastning. Denne omstillingstrettheten må tas på alvor. Det må sikres at gevinstene ved endring overstiger kostnadene, ikke bare rent økonomisk, men også når det gjelder styringsevne og belastning på ledere, ansatte og pasienter. De reelle omstillingskostnadene ved ulike modeller må synliggjøres og dekkes.

## 2. Behovet for helhetlige og sammenhengende tjenester

Det er uttalt mål for helsereformutvalgets arbeid å foreslå løsninger som kan bidra til mer helhetlige og sammenhengende tjenester. De fleste av oss er i kontakt med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene i løpet av et år - både som pasienter og pårørende. Behovet for koordinerte tjenester vil antakelig øke i takt med at befolkningen blir eldre og flere får kroniske sykdommer.

De prioriterte gruppene i helsefelleskapene – personer med psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, personer med kroniske sykdommer, barn og unge med sammensatte behov og kvinner i svangerskap og barseltid – kjennetegnes nettopp av at de har et slikt behov. Gruppene er ikke gjensidig utelukkende, men til dels overlappende. Innad i de ulike gruppene vil hjelpebehovet variere mye både i omfang, varighet og kompleksitet. Noen har behov for livslang oppfølging, men andre trenger behandling og oppfølging i mer avgrensede perioder, som ved alvorlig sykdom, rehabilitering eller gjennom svangerskap og barseltid.

De pasientene som det har det største behovet for helhetlige og koordinerte tjenester har ofte multisykdom og betydelig funksjonssvikt. Disse pasientene står for en stor del av ressursbruken både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, omfatter både barn, unge, voksne og eldre. De trenger flere tjenester samtidig, ofte over lang tid. De kan ha:

- Alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelser
- Medfødte tilstander og funksjonsnedsettelse
- Flere samtidige kroniske sykdommer (for eksempel hjertesvikt, KOLS, diabetes, nyresvikt eller nevrologisk sykdom)
- Skrøpelighet og høy risiko for rask funksjonsnedgang ved små hendelser
- Hyppige kontakter med helsevesenet: legevakt, sykehusinnleggelse, poliklinikk og kommunale tjenester
- Sammensatte behov: medisinske, psykiske, sosiale og funksjonelle

Typisk for disse pasientene er at det er mange aktører involvert i behandling og oppfølging. Kvalitet og sluttresultat avhenger derfor ikke bare av enkelttjenester, men av hvordan tjenestene fungerer samlet rundt dem. Dette er pasienter som trenger avansert klinisk vurdering, helhetlig oppfølging og koordinering av komplekse forløp.

### 3. Utfordringsbildet

#### **Kapasitetsutfordringer og økende press i ulike deler av tjenestene**

Til tross for at Norge ligger høyt i internasjonale sammenlikninger, peker flere utviklingstrekk i retning av et økende press på helse- og omsorgstjenestene. Norge har færre sykehussenger enn gjennomsnittet i OECD, samtidig som beleggsprosenten er høy og liggetiden lav. Ventetidene for elektiv behandling er fortsatt høye, og belastningen i både psykiatriske og somatiske poliklinikker (bl.a keft) er betydelig. Samtidig har antallet utskrivningsklare pasienter økt, noe som legger ytterligere press på sengepostene. Turnover blant sykepleiere i sengepost er høy og svekker kontinuitet og kapasitet.

I kommunene er kapasiteten presset, og terskelen for å motta tjenester øker. Antall sykehjemsplasser er tilnærmet uendret til tross for veksten i antall eldre. Oppgavene har samtidig blitt mer komplekse, uten at kompetansesammensetningen i sykehjem og hjemmesykepleie er styrket tilsvarende. Fastlegeordningen har også betydelige kapasitetsutfordringer.

Innen psykisk helsevern er terskelen for behandling høy, samtidig som økningen i dom til behandling har lagt ytterligere press på døgnkapasiteten. I kommunene har krevende økonomi ført til reduksjon i lavterskeltilbud og tidlig innsats, noe som øker belastningen på spesialisthelsetjenesten. Det har også medført nedbygging av samhandlingsteam på tvers av tjenestenivåer, som ACT/FACT. Dette svekker oppfølgingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.

Også innen svangerskaps- og barselomsorgen er kapasiteten presset, med høyt arbeidspress i mange fødeavdelinger. Kravet om én-til-én-oppfølging i aktiv fødsel er ikke mulig å innfri for alle fødekvinne. Mangel på jordmorkompetanse i barselavdelinger og helsestasjoner svekker kvaliteten og kontinuiteten i oppfølgingen. Helsedirektoratets brukerundersøkelse viser at særlig barselomsorgen skårer svakt.

Samlet sett indikerer dette en ubalanse mellom behov og ressurser, og mellom oppgaver og tilgjengelig kompetanse i tjenestene. Konsekvensen er at pasienter ikke får tilbud på riktig nivå til riktig tid. Personer med langvarige og sammensatte behov er særlig sårbare.

Belastningen på ansatte og ledere er samtidig høy i flere deler av tjenestene. Stort arbeidspress, lite tid til faglig utvikling og oppfølging fra leder bidrar til sykefravær, deltidsarbeid og høy turnover. Førstelinjeføder i helse- og omsorgstjenestene har ofte ansvar for store personalgrupper. De ivaretar komplekse oppgaver og har ansvar for kontinuerlig drift under høyt press. Mange har begrenset handlingsrom, lite administrativ støtte og begrenset tid til faglig ledelse. Dette gjør det vanskelig å utvikle gode fag- og arbeidsmiljøer, følge opp ansatte og sikre kvalitet og kapasitet i tjenestene.

#### **Geografiske forskjeller i tilbud og kompetanse**

Samtidig er det store vedvarende geografiske forskjeller i tilbudet i ulike deler av landet. Helseatlasene fra SKDE viser betydelige variasjoner mellom foretaksområder som ikke kan forklares med forskjeller i befolkningen. Brukerrater for institusjonsplasser, hjemmesykepleie og praktisk bistand varierer mellom kommuner, og det samme gjelder tilgang til lavterskel psykisk helsehjelp, kreftkoordinator, palliative tilbud, dialysetilbud og fastlegetjenester. Innen kreftområdet rapporteres det at Pakkeforløp hjem ikke fungerer etter hensikten, blant annet fordi kommuner mangler kreftkoordinator og fordi kompetansen blant forløpskoordinatorer varierer.

Ulikhet i tilgang til tjenester forsterkes også av forskjeller i helsekompetanse og språk. Erfaringer fra tjenestene viser at enkelte pasientgrupper, herunder flyktninger og personer med kort botid, ofte har større behov for koordinert og langvarig oppfølging. Samtidig kan språkbarrierer og manglende systemforståelse gjøre det vanskelig å nyttiggjøre seg tilbudene. Dette stiller økte krav til kompetanse i tjenestene og tilrettelegging for god oppfølging.

Variasjoner i tjenestetilbud henger nært sammen med forskjeller i tilgang på kompetanse og robuste fagmiljøer. I mange kommuner er tilgangen til spesialisert kompetanse begrenset, samtidig som oppgavene blir mer komplekse. Flere av NSF's faggrupper melder om at manglende tilgang på riktig kompetanse kan føre til at forverring ikke oppdages i tide, at pasienter legges inn unødvendig, eller at oppfølgingen blir fragmentert og lite forutsigbar. Det er også til hinder for å flytte oppgaver ut.

I en situasjon med betydelige variasjoner i kapasitet og kompetanse, er tydelige krav til kompetanse og kvalitet særlig viktig. Forslag om å svekke kompetansekrav i lovverk og retningslinjer vil etter vårt syn kunne forsterke eksisterende utfordringer. Likeverdige tilgang til tjenester kan ikke oppnås ved å redusere krav til kvalitet og kompetanse, men må bygge på at nødvendig kompetanse er tilgjengelig der pasienten er.

Det er i dag begrenset systematisk kunnskap om pasientbehov, behandlingsforløp og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Manglende oversikt og utilstrekkelig kvalitetsstyring gjør det vanskelig å identifisere og følge opp risiko og svikt. På bakgrunn av dette mener NSF at forslag om å svekke kompetansekrav i lovverket risikerer å forverre snarere enn å løse utfordringene i tjenestene.

### **Svikt i overganger mellom tjenester**

Overganger mellom tjenester og nivåer er ofte de mest sårbare punktene i pasientforløpet. Våre faggrupper peker særlig på utfordringer i grenseflater mellom tjenester, der pasienter kan oppleve å bli "kasteballer". Det gjelder særlig:

- Ved utskrivning fra sykehus til hjemmetjeneste eller korttidsopphold
- Hos pasienter som i liten grad benytter fastlegeordningen, for eksempel eldre med alvorlig skrøpelig, multisykdom, kognitiv svikt eller rus- og psykisk uhelse
- I overgangen mellom fastlege/legevakt og kommunale tjenester
- Mellom hjemmetjeneste, korttids plass og sykehus ved forverring
- Hos pasienter med samtidig somatisk sykdom og psykisk helse- og/eller rusutfordringer.

Flere faggrupper peker på at det mangler et tydelig ansvar for helheten. Roller og ansvar i oppfølgingen er ofte uklare, noe som øker risikoen for svikt, brudd i pasientforløpet og reinnleggelser. Samtidig innebærer økende spesialisering i sykehusene at det blir mer krevende å gi helhetlig behandling til pasienter med sammensatte behov.

Erfaringer fra de akuttmedisinske tjenestene viser samtidig at svikt i kapasitet, kompetanse og oppfølging i øvrige deler av tjenestene bidrar til økt press. En mer helhetlig utvikling forutsetter derfor tiltak som både forebygger akutte situasjoner og sikrer god håndtering når de oppstår.

### **Finansielle og strukturelle barrierer**

Finansieringssystemene påvirker i stor grad hvordan tjenestene organiseres, samhandler og hvilket tilbud som gis til pasientene. Dagens finansieringsmodeller understøtter i for liten grad helhetlige pasientforløp, tidlig innsats og forebygging. Dette bidrar til fragmenterte tjenester og ineffektiv ressursutnyttelse. Når utgiftene oppstår ett sted og gevinstene realiseres et annet, blir det krevende å sikre tilstrekkelig og varig finansiering.

---

Knappe økonomiske rammer både i sykehus og kommuner forsterker dette problemet. Samtidig svekker det tjenestenes evne til å bygge kapasitet, kompetanse og nødvendig robusthet til å håndtere både økt etterspørsel og ivareta beredskapen.

Flere samhandlingstiltak finansieres i dag gjennom prosjektmidler. Dette kan bidra til utvikling og innovasjon, men gjør samtidig tiltakene sårbare og lite forutsigbare over tid. Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet har vært viktig for å få i gang utprøving av ulike modeller for felles oppgaveløsning mellom sykehus og kommuner. Det bør imidlertid vurderes rammer og innretning for en mer varig finansiering, jf. Sykehusutvalgets forslag om å prøve ut samhandlingsbudsjetter.

I spesialisthelsetjenesten er finansieringsordningene i stor grad profesjonsnøytrale, og ansvar- og oppgavedeling er dermed basert på vurderinger av kompetanse og forsvarlighet. Dagens finansieringsordninger i primærhelsetjenesten understøtter i for liten grad tidlig innsats, riktig bruk av kompetanse og effektiv oppgaveløsning.

Eksempler på dette er dagens takstsystem for kommunal jordmortjeneste, som ikke i tilstrekkelig grad stimulerer til individuelt tilpasset barselomsorg. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten mangler forutsigbar finansiering og er sårbar for skiftende kommunale prioriteringer og innretningen av statlige tilskuddsordninger. Det mangler finansiering av kreftkoordinatorer i kommunene, til tross for at slike funksjoner er avgjørende for gode og sammenhengende pasientforløp. Takstsystemet for fastlegeordningen er fra 2026 åpnet for sykepleiere, men med egne takster. NSF mener dette er et viktig skritt i retning av en tverrfaglig allmennhelsetjeneste, som vil bidra til å styrke kapasitet og tilgjengelighet. For å styrke effekten ytterligere vil et naturlig neste skritt være å åpne for profesjonsnøytrale takster.

Samlet sett er det behov for finansierings- og regelverksendringer som i større grad understøtter tverrfaglig samarbeid, helhetlige pasientforløp, tidlig innsats og riktig bruk av kompetanse på tvers av profesjoner og nivåer. Dette er også en forutsetning for snu ressursinnsatsen, redusere behovet for mer ressurskrevende behandling og sikre en mer robust og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

#### **-Informasjonsdeling og digitale løsninger**

God informasjonsdeling er en forutsetning for helhetlige pasientforløp. Flere av NSF's faggrupper peker på at manglende integrasjon mellom digitale systemer er en stor utfordring. Informasjon kan komme fragmentert eller forsinket, og kommunale tjenester må ofte bruke mye ressurser på å etablere et helhetlig bilde av pasientens situasjon.

Jordmortjenesten beskriver for eksempel hvordan helsestasjoner i enkelte tilfeller er avhengige av at kvinnen selv gir beskjed når hun har født, fordi systemene ikke er koblet sammen. Dette illustrerer hvordan manglende informasjonsflyt kan skape unødvendige barrierer, svekke pasientsikkerheten og øke risikoen for svikt i oppfølgingen.

## **4. Tiltak for mer helhetlige og bærekraftige helse- og omsorgstjenester**

Tiltakene under retter seg mot flere av utfordringene beskrevet i kapittel 3. Etter vår vurdering vil de i stor grad være en forutsetning for å lykkes, uavhengig av modell.

### **Styrke arbeidsmiljø, ledelse og stabilitet i bemanningen**

NSF mener det må gjøres mer for å utvikle gode fag- og arbeidsmiljøer som evner å beholde og rekruttere helsepersonell og sikre kvalitet i tjenestene. Gode rammevilkår for ledelse er en forutsetning for å lykkes.

---

**Magnet** og **Pathway to Excellence-modellene** er kunnskapsbaserte rammeverk for organisering av helsetjenester som dokumentert gir bedre pasientsikkerhet, lavere turnover og høyere kvalitet i tjenestene. Modellene kjennetegnes av sterk faglig ledelse, høy grad av medarbeiderinvolvering, systematisk kvalitetsarbeid og gode rammevilkår for klinisk praksis. Erfaringer internasjonalt viser at virksomheter som arbeider etter disse prinsippene oppnår bedre ressursutnyttelse gjennom økt stabilitet i bemanningen, lavere sykefravær og bedre pasientutfall. Dette er særlig relevant i en norsk kontekst med knapphet på personell og høyt omstillingspress.

**Det bør derfor:**

- iverksettes tiltak som redusert lederspenning og bedre støttefunksjoner for å styrke sykepleiefaglig ledelse
- sikres tid og handlingsrom til faglig ledelse og kvalitetsutvikling, og tydelig plassering av lederansvar for fag, kvalitet og arbeidsmiljø
- tas i bruk kunnskapsbaserte modeller som Magnet og Pathway to Excellence tilpasset norske forhold
- sikres tilstrekkelig grunnbemanning og utvikles arbeidsmiljø som fremmer faglig utvikling, heltidskultur og stabile bemanningsløsninger
- sørges for ivaretagelse av ansattes behov i sykehusbygg slik som arbeids- og vaktrom, pauserom og garderober

**Styrke kapasitet og kompetanse i tjenestene nærmest pasienten**

En forutsetning for bærekraftige tjenester er at tjenestene nærmest pasienten – hjemmesykepleie, sykehjem, heldøgns omsorg, allmennhelsetjenesten - har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta en aldrende befolkning og oppgaver som i økende grad flyttes nærmere pasienten.

For å lykkes bør det iverksettes en målrettet satsing på avanserte kliniske allmennsykepleiere. Denne kompetansen kan bidra til bedre kliniske vurderinger, tidligere oppdagelse av forverring og mer helhetlig oppfølging av pasienter med sammensatte behov.

**Det bør derfor:**

- sikres en videreføring av kompetansekrav i lover og forskrifter og øremerkede statlige midler til kompetanseheving
- lovfeste et sørge-for-ansvar for kommunene for utdanning av helsepersonell, på linje med spesialisthelsetjenesten
- gjennomføres en nasjonal satsing på avanserte kliniske allmennsykepleiere i de nære helse- og omsorgstjenestene. Disse har kompetanse til og bør ha en koordinatorrolle
- bygges sterke fagmiljøer med spesialisert sykepleiekompetanse (bl.a. innen kreft, psykisk helse, kroniske sykdommer)
- etableres systematiske ordninger for kompetanseheving tilpasset nye og mer komplekse oppgaver

**Frigjøre kapasitet til pasientrettet arbeid og effektivisere pasientforløp**

En del av kapasitetsutfordringen handler om hvordan helsepersonells tid brukes. Det er behov for tiltak som kan bidra til å frigjøre tid til pasientbehandling og dermed øke kapasiteten i tjenestene. Unødvendige ledd må fjernes for å bruke tid og ressurser effektivt.

**Det bør derfor:**

- innføres henvisnings- og forskrivningsrett for allmennsykepleiere, henvisningsrett for helsepsykepleiere til BUP og for jordmødre til gynekolog, DPS og BUP
-

- bygges opp kapasitet innenfor støttefunksjoner knyttet til logistikk, forsyning, måltidshåndtering, renhold og merkantile oppgaver
- gjennomføres systematisk oppgavedeling der ikke-kliniske oppgaver flyttes bort fra helsepersonell
- arbeides målrettet med å redusere unødvendig dokumentasjon og dobbeltregistrering
- utvikles og tas i bruk digitale løsninger som faktisk reduserer tidsbruk i klinisk arbeid

### **Tydelig ansvar for helheten – koordinatorfunksjoner**

Overganger mellom tjenester er særlig sårbare punkter i pasientforløpet. Koordinatorroller med nødvendig fagkompetanse og systemforståelse er avgjørende for å ivareta helheten. Erfaringene fra tjenestene viser at etablerte koordinatorfunksjoner i praksis ikke alltid sikrer helhetlig oppfølging for pasienter med sammensatte behov.

Sykepleiere er tett på pasientene, har bred klinisk kompetanse og god samhandlingsforståelse, og vil derfor være naturlige koordinatører i mange forløp.

#### **Det bør derfor:**

- utvikles koordinatorfunksjoner med nødvendig kompetanse, kapasitet og myndighet til å følge opp pasienten gjennom hele forløpet
- styrke bruken av spesialisert sykepleierkompetanse i oppfølging og koordinering
- utvikles strukturerte og forpliktende pasientforløp med tydelig plassering av ansvar

### **Kompetanse må følge pasienten – teambaserte tjenester**

For pasienter med sammensatte behov er det avgjørende at riktig kompetanse er tilgjengelig når og der pasienten trenger den gjennom hele forløpet. Dette forutsetter mer tverrfaglig oppgaveløsning og at spesialistkompetanse i større grad gjøres tilgjengelig utenfor sykehus. Erfaringer fra modeller som ACT/FACT, PSHT, IHT og tverrfaglige primærhelseteam viser at tjenester organisert rundt pasienten gir bedre kontinuitet, styrker oppfølgingen og kan forebygge akutte hendelser og innleggelse. Felles for modellene er at de kombinerer tydelig ansvar for oppfølging med tilgang til relevant kompetanse.

#### **Det bør derfor:**

- Utvikles en tverrfaglig allmennhelsetjeneste
- Etableres tverrfaglige team rundt pasienter med komplekse behov og tverrgående team mellom sykehus og kommuner (for eksempel PSHT, IHT og tilsvarende modeller)
- legges til rette for lavterskel tilgang til faglige avklaringer fra spesialisthelsetjenesten, både digitalt og ambulant
- tas i bruk digitale samhandlingsverktøy som understøtter klinisk samarbeid
- etableres faste kliniske samhandlingsarenaer mellom hjemmesykepleie, sykehjem/heldøgns omsorg og sykehus

Uavhengig av organisering og styringsmodell vil det kunne være behov for å bruke kompetanse på tvers av tjenester og nivåer. Dette forutsetter tydelige arbeidsgiverforhold, forsvarlige arbeidsvilkår og gode avtaler som ivaretar hensynet til arbeidsmiljø og samlet belastning.

### **Finansiering og økonomiske rammer må understøtte kapasitet og kompetanse**

Økonomiske rammer og finansieringssystemer har stor betydning for hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres og utvikles. Dagens finansieringsordninger gir ikke tilstrekkelige insentiver til helhetlige pasientforløp, god samhandling og riktig bruk av kompetanse.

Vedvarende stramme eller urealistiske budsjetttrammer kan ikke kompenseres gjennom finansieringsmodeller alene. Dersom det ikke er tilstrekkelig personell og kompetanse tilgjengelig, vil endringer i finansieringsordninger ha begrenset effekt.

**Det bør derfor:**

- sikres bedre samsvar mellom oppgaver, kapasitet og økonomiske rammer i tjenestene
- utvikles finansieringsmodeller som i større grad understøtter helhetlige pasientforløp og samarbeid på tvers av nivåer
- legges til rette for mer forutsigbar og langsiktig finansiering av samhandlingstiltak og koordinatorfunksjoner
- utformes økonomiske virkemidler som stimulerer til riktig bruk av kompetanse og oppfølging på riktig nivå

**Avslutning**

Samlet sett mener Norsk Sykepleierforbund det er behov for tiltak som styrker sammenhengen i tjenestene, sikrer riktig bruk av kompetanse og legger til rette for at pasienter med sammensatte behov møtes av en koordinert og faglig forsvarlig helsetjeneste. Vi ser frem til utvalgets vurderinger og løsningsforslag.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen  
forbundsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur.

---

## Vedlegg

Eksemplene under illustrerer hvordan tverrfaglig organisering, strukturert samarbeid og bedre bruk av kompetanse kan bidra til mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp.

### Eksempler på tverrfaglige og teambaserte modeller for pasienter med sammensatte behov

- Teamorganisering rundt fastlege, der spesialist i klinisk allmennsykepleie inngår i legekantor (Notodden kommune)
- Spesialist i klinisk allmennsykepleie i sykehjem, i tett samarbeid med sykehjemslege (Notodden kommune)
- Integreerte helsetjenester (IHT) i Drammen, hvor spesialist i klinisk allmennsykepleie og geriater samarbeider i tverrfaglige team med felles hjemmebesøk og oppfølging etter utskrivelse

### Eksempler på strukturert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester

- Erfaringer fra Vitality-modellen i Vestfold viser hvordan strukturert samarbeid mellom sykehus, kommune og fastlege, kombinert med tidlig oppfølging etter utskrivelse, kan gi bedre kontinuitet og redusert risiko for forverring og reinnleggelse
- Tverrfaglige, ambulante palliative team i samarbeid med fastlege og hjemmetjeneste, som sikrer helhetlig oppfølging av alvorlig syke pasienter (bl.a. bruk av verktøy som palliativplan.no)
- Pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT), som organiserer oppfølging på tvers av nivåer (UNN, Møre og Romsdal)
- Integreerte helsetjenester (IHT) og andre samhandlingsmodeller som legger til rette for felles ansvar og koordinert oppfølging
- Helhetlige svangerskaps-, fødsels- og barselforløp, eksempelvis «Min jordmor» (Drammen og Oslo), som sikrer kontinuitet og tettere oppfølging

### Eksempler på styrking og bedre bruk av kompetanse

- Kommuner som Sandefjord, Drammen og Stange har etablert tydelige funksjoner for spesialister i klinisk allmennsykepleie i hjemmetjenesten
  - Spesialister i klinisk allmennsykepleie benyttes i sykehus, blant annet i akuttmottak ved Sykehuset Telemark og ved hematologisk poliklinikk ved Ahus, hvor de gjennomfører selvstendige konsultasjoner og oppfølging av definerte pasientgrupper
  - Ved Sykehuset Levanger er oppfølgingen av pasienter i peritonealdialyse forbedret gjennom økt kompetanse i sengeposten og bedre samarbeid. Dette har gitt bedre pasientforløp, redusert behov for innleggelser og mindre belastning på spesialsykepleiere
-