



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår referanse: 22/02336-6  
Arkivkode: 065  
Saksbehandler: Mari Trommald  
Deres referanse: 22/2657-  
Dato: 14.10.2022

## Oppdatert versjon - Gjennomgang av organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen - invitasjon til å gi innspill

KS viser til møtet 19.09 og takker for muligheten for å gi innspill tidlig i prosessen. Den sentrale helseforvaltningen setter viktige premisser for kommunene i kommunenes roller som tjenesteleverandør, samfunnsaktør og arbeidsgiver. Koronapandemien har vist hvor sammenvevd sektorene er og hvordan beslutninger i helseforvaltningen påvirker alle funksjoner i kommunene. KS støtter at det gjøres en gjennomgang av den sentrale helseforvaltningen ut fra erfaringer bla på beredskapsfeltet og digitaliseringsområdet, men ønsker også å påpeke at det kan være behov for endringer ut fra det utfordringsbildet vi ser i dag på andre områder. Beredskap og arbeid i krise er viktig, men KS er tilsvarende opptatt av utfordringene som samfunnet står i og som ikke kommer så raskt at det påkaller beredskapskraft. KS registrerer at det ikke er lagt opp til en budsjettstyrking som følge av gjennomgangen. En reorganisering vil alltid gi en viss risiko at enkelte oppgaver og funksjoner nedprioriteres på bekostning av de oppgavene som er under lupen og ønsker derfor å få anledning til ytterligere dialog med prosjektgruppen når ulike modeller vurderes slik at vi kan vurdere konsekvenser på områder som er viktig for kommunene.

KS har ikke detaljert kjennskap til hvordan statlige myndigheter er organisert, dimensjonert og ledet og hvilke gråsoner og overlappende funksjoner mv som finnes på alle områder innenfor helseforvaltningen jfr mandatets første punkter. Vi vil dermed ikke gå inn på å se på gråsoner og overlapp i detalj, men gjøre mer overordnede betraktninger om spørsmålene utfra de erfaringer vi har fra vårt arbeid med helseforvaltningen.

Når det gjelder erfaringer fra pandemien vil vi vise til KS sitt svar på Koronakommisjonens rapport. KS vil også vise til innspill til helseberedskapsmeldingen.

På digitaliseringsområdet har KS en særskilt rolle og har dermed gått dypere inn i utfordringsbildet og konkrete forslag.

KS vil særlig rette oppmerksomhet på hvilke områder som er viktige knyttet til mandatets punkt om andre forslag for å oppnå endringene som er beskrevet under siste delen av mandatet:

- *Vurdering av andre forslag knyttet til organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen som kan bidra til å nå regjeringens mål for helse- og omsorgspolitikken:*

*o helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet*

*o styrke det nasjonale arbeidet for pasientsikkerhet og kvalitet for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader, både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten, o sømløse og sammenhengende pasientforløp,*

*o gi mer ansvar og tillit til de som arbeider nærmest pasienten (en del av tillitsreformen i offentlig sektor).*

Fra KS sitt ståsted vil det være viktig å sette søkelys på utfordringer som vi anser er viktige og hvilke funksjoner som KS best mener vil understøtte en fremtidsrettet helsesektor og bidra til måloppnåelse beskrevet over. I denne innspillsrunden vil KS fremheve noen utfordringer og noen anbefalinger/perspektiver som vi ber om blir hensyntatt i videreutviklingen av sentralforvaltningen.

## Utfordringsbildet

Vi vil her fremheve noen utfordringer som er godt kjent, men som KS mener må hensyntas sammen med andre forhold når det gjelder organisering og utforming av helseforvaltningen.

### 1. Bærekraft på velferdsområdet

Demografiutfordringene i Norge er godt kjent. Norge har, ifølge OECD (Health at a glance 2021) langt høyere dekning av leger og sykepleiere i operativ tjeneste enn resten av Europa. Allikevel strever tjenestene i dag med å fylle stillinger med kompetent personell. Norge har en desentralisert befolkningsstruktur og kommunene og sykehusene har forskjellige forutsetninger for tjenesteleveranser. Samlet sett utgjør dette en utfordring for kommunene som tjenesteleverandør allerede i dag – men vil fremover medføre et enda større omstillingsbehov. KS vil i denne sammenheng særlig peke på utfordringen med personellmangel for å kunne levere helsetjenester.

Helsepersonellkommissjonens leder har allerede flere ganger påpekt at kommisjonen i sitt arbeid vurderer at de største utfordringene vil komme i primærhelsetjenesten.

Det er også en utfordring for kommunene at staten ofte inntar et perspektiv fra den behandlingsrettede delen av tjenesten, og i mindre grad ivaretar kommuneperspektivet og bredden i det kommunale sørge-for-ansvaret for helse- og omsorgstjenestene.

### 2. Manglende samordning av velferdstjenester

HOD sitt sektoransvar påvirker i stor grad andre sektorer. Det er et grensesnitt mot tjenester som ligger under andre sektordepartement slik som sosialtjenester, barnevernstjenester, skole, barnehage boligsosialt arbeid, integrering mv. Flere tverrgående områder slik som fagområdene knyttet til nedsatt funksjonsevne og likestilling berører helsetjenestene. Mange rapporter fra tilsyn mv peker på at det ikke er god nok samordning og samarbeid mellom sektorene og mellom ulike nivå. Manglende samordning kan ha ulik bakenforliggende årsaker slik som manglende informasjonsdeling/datadeling, manglende forståelse og innsikt i andres kompetanse og ferdigheter, uklare grenser som medvirker til å skape urealistiske forventninger på tvers av sektorer mv.

### 3. Ulikhet i kommunene

Kommunene er forskjellige med hensyn til befolknings sammensetning, befolkningstetthet, størrelse, geografisk beliggenhet, nærhet til universitet/høgskole, nærhet til spesialisthelsetjenester, nærhet til andre innovasjonsmiljøer mv. Samlet sett tilsier dette at den enkelte kommunes har ulike muligheter og forutsetninger for å levere helsetjenester og benytte de statlige virkemidlene- enten det handler om rekruttering av kompetent personell, etter- og videreutdanning, innovasjon, bruk av tilskuddsmidler osv. I enkelte tilfeller oppleves det i dag som en utfordring at deler av den sentrale helseforvaltningen er preget at spesialisthelsetjenestens organisering og at det oppfattes som «kommunal sektor» som helhet har et tilsvarende ansvar som det de regionale helseforetak har i sin region. De regionale helseforetakene skal ivareta et «sørge for»-ansvar for spesialisthelsetjenester i sin region på tvers av de enkelte sykehus. Kommunesektoren har ikke en tilsvarende organisering. Verken KS eller summen av landets omkring 10 000 lokale folkevalgte har et slikt tilsvarende ansvar. Den enkelte kommune har et selvstendig lovpålagt ansvar for sitt lokale oppdrag som følger av lover og forskrifter. Staten har ansvaret for å

tilrettelegge rammene for kommunesektoren som helhet slik at dette blir mulig, og understøtte de koordineringsmekanismer som etableres. Dette innebærer også å tilrettelegge for relevante nasjonale virkemidler for å lykkes med oppdraget og for å få til nødvendig omstilling av kommunenes helsetjenester.

Det er også en utfordring for kommunene at staten ofte inntar et perspektiv fra den behandlingsrettede delen av tjenesten, og i mindre grad ivaretar kommuneperspektivet og bredden i det kommunale sørgefor-ansvaret for helse- og omsorgstjenestene.

#### 4. Lokaldemokrati under press

Norge har vært i en situasjon med høy tillit til demokratiske prosesser. KS erfarer at debattklima for lokalpolitikere er vanskeligere, og at det er vanskeligere å rekruttere folk til å stille på lister og påta seg lokale verv. Vi vil trekke frem lokaldemokratiets betydning for å tydeliggjøre ansvar, få oppslutning i befolkningen om behovet for endringer og tydeliggjøre behovet for å finne lokale løsninger. Korona pandemien har vist at det har vært svært viktig for å få oppslutning i befolkningen og finne modeller lokalt slik at lokale politikere, administrasjon og fagfolk bidrar til å forankre og mobilisere befolkningen.

### Forventninger og innspill til utformingen av helseforvaltningen fremover

KS vil i denne innspillsrunden spille inn noen tema som vi anser som viktig for å kunne imøtekomme de helsepolitiske målene om er beskrevet i mandatet. Koronapandemien har vist til fulle viktigheten av et godt samarbeid mellom stat og kommunesektoren. Slik KS ser det blir det viktig å bygge videre på erfaringene derfra, men også erfaringer med andre viktige satsninger som HelseOmsorg21, digitaliseringsfeltet mv.

#### **Roller og ansvar i kriser og normalsituasjon**

Et viktig prinsipp er at det er tydelig hvem som har ansvar for hva og at det så langt som mulig er lik organisering i fredstid som i kriser. Kommunene har i det daglige stort ansvar både for tjenesteleveranser på helseområdet, samordning internt og utad. Samtidig er det sterkere behov for informasjonsflyt og samordning i kriser enn under normale forhold. KS støtter en tydelig nasjonal styring i kriser, men samtidig viste pandemien at det er viktig å bruke de ordinære strukturene så langt som mulig. Når staten viste tillit til lokal oppgaveløsning fant man gode tilpasninger, fikk god lokal oppslutning og dette bidro til en god håndtering. KS viser her til sitt hørings svar på koronakommisjonens rapport. Det er viktig at forventninger til de ulike etatene og statsforvalteren (SF) er tydelige og at det er tydelig hva som er forskjellen i normalsituasjon og i kriser.

En viktig del av krisearbeidet er å ha en transparent struktur for kunnskapsinnhenting, dialog med interessenter, beslutningsstrukturer, informasjon og veiledning. Det ligger i en krises natur at mye vil være ukjent i neste krise og at mye må kunne endres underveis etter endrete behov. Samtidig er det nødvendig at det er tydelige forventninger til etatene hvordan oppgavedelingen skal være og hvilken rolle SF skal ha.

#### *Roller og ansvar utenfor kriser*

Etatene og SF har fått et tydelig mandat i beredskapssituasjoner, men KS mener det er viktig å skille denne funksjonen tydelig fra normalsituasjonen hvor det må legges tydelig opp til at det er tjenesteleverandørene selv som må ta ansvar for samordning og utvikling av samarbeidsløsninger mens staten setter forventninger, sikrer rammer og kontrollerer. Utfordringene beskrevet over tilsier at det er viktig at løsningene tilpasses lokale forhold og muligheter. Disse er svært forskjellig på tvers av landet. Mangel på personell og bærekraft i helsetjenestene fremover vil kreve betydelig omstilling og det blir viktig at kunnskap om alternativer og valgte løsninger har nødvendig oppslutning lokalt, samtidig som staten må tilrettelegger gode rammer for omstilling for kommunesektoren som helhet og stille nødvendige virkemidler til disposisjon.

Det er mange og vanskelige utfordringer samfunnet står overfor, og det er risiko for at erfaringene fra pandemien kan inspirere til å benytte etablerte nasjonale statlige løsninger også for å løse andre utfordringer enn kriser. En slik praksis vil undergrave lokaldemokratiet, og vil raskt redusere kompetanse og kapasitet til å skape oppslutning om nasjonale utfordringer, og man går glipp av løsninger som er bedre tilpasset de som sitter med skoene på.

KS vil peke på at kommunene har etablerte strukturer for samordning regionalt og nasjonalt. KS ordinære regionale og nasjonale administrative og politiske strukturer bidrar til samordning og kan brukes til forankring og spredning, og samhandler med regional stat. Disse strukturene er mindre egnet til økonomisk samordning, siden økonomiske disposisjoner tilligger det enkelte kommunestyre og fylkesting og det lokale ansvaret.

Kommunesektoren har imidlertid også etablerte strukturer for faglig samordning og forankring regionalt og nasjonalt. Eksempler på dette er helsefelleskapene og strukturene for digitalisering. Begge eksemplene har vist betydningen av å bygge på kommunenes egen kompetanse, problemforståelse og deres evne til å skape effektive løsninger sammen der det er behov for samordning. KS mener det er behov for å utvikle og styrke og videreutvikle helsefelleskapene og digitaliseringsstrukturene jfr under. Helsefelleskapene er fortsatt under oppstart og det blir viktig å bruke disse strukturene aktivt også for å implementere løsninger der det kreves samordning og nytenkning. Slik KS ser det blir det viktig å styrke oppslutningen om reelle prioriteringer både regionalt (i helsefelleskapene) og nasjonalt gjennom nasjonale råd og prioriteringsstrukturer. Dette innebærer at kommunene får reell innflytelse og at det legges midler til disposisjon for å gjøre prioriteringer for eksempel ved at man flytter midler fra tilskuddsordninger el. Innen digitalisering er KS gitt av KS Landsting 2020 gitt et særskilt oppdrag som også er reflektert i vedtektene, om å bidra til samordning og representere kommunesektoren overfor stat og andre nasjonale aktører. Denne rollen er også reflektert i Digitaliseringsstrategien *En digital offentlig sektor* lagt frem av regjeringen Solberg og KS i fellesskap, og som dagens regjering også har stilt seg bak. Hvordan staten skal samhandle med kommunal sektor innen digitaliseringsfeltet følger også av statens digitaliseringsrundskriv, men er ikke like godt kjent av alle i statsforvaltningen. Det oppleves som en særlig utfordring at vurdering av direkte og indirekte konsekvenser for kommunene av statlige digitaliseringsinitiativ, ikke alltid ivaretas eller tenkes på tidlig nok. Det understrekes at det har vært en positiv utvikling siden Digitaliseringsstrategien ble etablert og en økende bevissthet om de prinsippene for samhandling som skal legges til grunn.

En videreutvikling av disse modellene vil bety endrete arbeidsoppgaver for nasjonale myndigheter mot mer understøttende og samhandlende aktiviteter. Når det gjelder digitalisering utdypes dette ytterligere under avsnittet om digitalisering.

### **Kapasitet og kompetanse til å treffe gode beslutninger for og i tjenestene**

Slik KS vurderer det er det behov for at den sentrale helseforvaltningen videreutvikler de funksjonene som forvaltningen har for å sammenstille og analysere helsedata for å gjøre dem tilgjengelig, gjøre vurderinger av nye metoder, og gjøre kunnskapsoppsummeringer slik at de i større grad dekker kommunenes behov.

Helsefeltet står overfor store utfordringer fremover knyttet til den demografiske utviklingen. Løsningene vil måtte manifestere seg lokalt i og mellom kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Dette krever gode, kunnskapsbaserte beslutninger hos de ansvarlige tjenesteleverandører. God ledelse, planlegging, evaluering og oppfølging krever god tilgang på statistikk, forskning og utvikling av kunnskap om hva som virker. Forventninger til helseforvaltningen er at det stilles til disposisjon gode systemer for å fremskaffe relevant kunnskap, statistikk og data slik at kommunene har dette tilgjengelig. HelseOmsorg21 har pekt på misforholdet mellom kommunenes tilgang på relevante data, styringsinformasjon og kunnskap på helseområdet og de utfordringer kommunene står overfor. Skjevheten i innsatsen på forskning i, for og med kommunene – på kommunenes premisser - sammenlignet med tilsvarende innsats i spesialisthelsetjenesten er erkjent. Pandemien illustrerte hvor viktig det var å ha et godt og oppdatert

kunnskapsgrunnlag for å kunne fatte gode lokale beslutninger og for å ha felles problemforståelse på tvers av landet. I Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning 2023-2032 er helse et av satsningsområdene. For å nå målene i planen er det nødvendig å styrke kunnskapsstøtte til lokale beslutningstakere.

Helseforvaltningen gjennom Kunnskapscenteret for heletjenesten og senere Folkehelseinstituttet over tid bygget systemer, kompetanse og strukturer for å fremskaffe data, vurdere ny teknologi, gjøre samfunnsøkonomiske analyser på helsefeltet. Kommunene har lokalkunnskap, men det er svært krevende å holde oversikt over relevant statistikk, kunnskapsproduksjon. Slik KS ser det er dette en del av sentralforvaltningens sektoransvar å yte denne typen støtte til kommunene som må ivaretas enda bedre fremover. KS mener at de kommunale behovene må få en større plass. KS ser behov for at den sentrale helseforvaltningen videreutvikler metodikk og systematikk i samarbeid med KS og kommunene slik at denne blir relevant og tilgjengelig for kommunale beslutningstakere. Det er behov for å videreutvikle modeller hvor kommunale behov tydeligere kommer til uttrykk. Det å bygge god bestillerkompetanse, god forståelse for forskning, og god forståelse for bruk av forskning krever kapasitet og kompetanse i kommunesektoren. KS har fra sin side tatt på seg et pådriveransvar for å starte arbeidet med å bygge strukturer for å samordne og systematisere kommunenes behov for kunnskap og forskning, men er avhengig av «statlig drahjelp» for å få dette til. KS vurderer at pandemien tydelig viste potensialet for å bedre samarbeid mellom stat og kommune på dette området slik at kommunene og staten kan treffe kunnskapsbaserte beslutninger på helseområdet for å kunne løse utfordringene fremover.

### **Bruk av andre statlige virkemidler, balansen mellom lokal innovasjon og nasjonale løsninger**

Tilsynsmyndighetene finner regelmessig feil og mangler i tjenestene og statlige myndigheter peker ofte på utfordringen med at tjenestene ikke er likeverdige på tvers av landet. Ulikhet i geografi, befolkningstetthet, bemanning, nærhet til samarbeidspartnere betyr at det er forskjeller i tilbudene til befolkningen i dag – enten det handler om kommunale eller statlige helsetjenester. Slik KS vurderer det bør helseforvaltningen i sitt arbeid i større grad ha kompetanse på å vurdere ulike virkemidler opp mot hverandre og ha større oppmerksomhet på å understøtte sektoren ut fra utfordringsbildet vi står overfor fremfor å utvikle løsningene selv.

Under fremgår det noen forslag til vekting av bruk av virkemidler som KS anbefaler at vurderes i det videre arbeidet:

- *Koordinering på tvers av sektorer*  
For å kunne koordinere innsatsen på tvers kreves kompetanse og innsikt om andre sektoransvar. Slik KS vurderer det er det viktige at statlige myndigheter har god kompetanse og stor oppmerksomhet på koordinering på tvers av sektorer og at det tas et bredt perspektiv i oppgaveløsningen. Særskilte områder som har pekt seg ut er barn og unge feltet og arbeidet med komplisert kroniske rus og psykisk helse pasienter. På barn og unge feltet foregår det mye godt koordineringsarbeid og KS legger til grunn at dette fortsetter og prioriteres. Det vil i tillegg være behov for å styrke nasjonalt samarbeid og styrke arbeidet med å identifisere barrierer og suksessfaktorer på statlige nivå, for eksempel vurdere uklare ansvarsforhold, utilstrekkelig data/informasjonsflyt mv.
- *Lokalt og regionalt innovasjonsarbeid.*  
Utfordringsbildet i dag krever større grad av tilpasninger for å bruke kompetanse og personellressurser mest mulig effektivt. Løpende forbedringsarbeid og lokalt innovasjonsarbeid gjøres i alle deler av helsetjenesten. For å øke takten slik at man sammen kan møte utfordringene er det behov for mer samarbeid og utvikling på tvers av kommuner og inn mot spesialisthelsetjenesten. Helsefelleskapene er en god struktur for videreutvikling, men det er også viktig å se hen til kommunenes fylkesvise strukturer som er de primære mekanismene for politisk

og administrativ samordning kommunene imellom regionalt og som igjen danner utgangspunkt for nasjonal samordning i kommunal sektor. Det er derfor nødvendig at helsefelleskapene sees i sammenheng med kommunenes egne regionale strukturer. Det å ha strukturer over tid bygger kapasitet, kompetanse og relasjoner. Dette er viktige suksesskriterier for å lykkes. For å kunne understøtte en slik utvikling må fokus fra helseforvaltningen være å sikre rammebetingelser, stabilitet og understøtting av disse strukturene. Uansett så vil det være viktig at kommunene har eierskap og at det legges opp til strukturer som kan understøtte utvikling over tid.

- *Økonomiske virkemidler*  
KS anbefaler at tilskuddsmidlene i større grad samles og innrettes slik at det er større forutsigbarhet og at de økonomiske virkemidlene kan benyttes i kommunenes etablerte samarbeidsstrukturer og i helsefelleskapene eller i andre etablerte samarbeidsstrukturer.
- *Direkte rådgivning på særskilte områder.*  
Kommunene erfarte under pandemien at de fikk god, relevant og tilgjengelig hjelp på konkret områder som krevde spisskompetanse. Denne modellen er egnet på områder hvor det ikke er aktuelt å ha spisskompetanse overalt, men hvor denne kan understøtte kommunalt arbeid. Dette kan være aktuelt å vurdere på enkeltområder.
- *Omfang av normer og retningslinjer som virkemiddel.*  
Omfang av veiledere og retningslinjer er stort. I dagens utfordringsbilde mener KS at det er nødvendig å gjøre nøye vurderinger ved bruk av dette virkemidlet. Tilgjengelighet av personell, spesialiserte tjenester mv varierer og nasjonale veiledere kan komme i veien for å utvikle mer tilpassede lokale, regionale eller nasjonale løsninger for å nå regjeringens mål.

## **Personell og kompetanse**

Personellmangel er allerede påtrengende i helsesektoren. KS er av den oppfatning at oppgaver for å planlegge, dimensjonere og vurdere personellsituasjonen på helsefeltet vil være viktig fremover for å opprettholde et desentralisert tjenestetilbud både i kommunene, men også i spesialisthelsetjenesten. Konkurransen mellom ulike sykehus, mellom kommuner og mellom ulike geografiske områder vil bli påtrengende fremover for å fylle ledige stillinger. Slik KS vurderer det vil oppgaver og funksjoner på dette området for helseforvaltningen bli viktig for å kunne fylle sitt sektoransvar med innhold. Dette vil handle om oppgaver som innebærer analysearbeid, konsekvensvurderinger av nye innsatser og krav i sektoren- men også vurderinger av tiltak for å kunne styrke innretningen på utdanning og videre- og etterutdanning. KS har ikke detaljinnsikt i hvordan det arbeides med dette feltet i dag, men vil anbefale at oppgaver på dette området styrkes fremover.

## **Særskilt om digitaliseringsfeltet**

Det er bred enighet i sektoren om at digitalisering og smart bruk av teknologi er sentrale virkemidler for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten og bidra til innovasjon og omstilling, og er derfor et felles mål for kommunesektoren og staten. I helse- og omsorgstjenesten betegnes verktøy som skal bidra til digitalisering av sektoren som «E-helse». E-helse er en etablert felles betegnelse for bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. E-helse handler ikke kun om teknologien som benyttes, men etablering av gode verktøy og endringsprosesser bidrar til oppfølging, omsorgstjenester og behandling av innbygger.

Utvikling og innføring av e-helseløsninger har pågått i mange år. Digitalisering av pasientjournaler i både sykehus og kommunal helsetjenesten er supplert med flere ulike spesialistsystemer og nasjonale e-helseløsninger med formål å forbedre informasjonsdeling og samhandling i helsesektoren og med oss som innbyggere. Selv om utbredelsen av elektroniske pasientjournaler er meget høy i Norge, foregår fortsatt det meste (99%) av samhandling mellom helsepersonell gjennom elektronisk meldingsutveksling som epikriser, henvisning, resepter m.v. Det er foreløpig svært lite strukturert direkte digital samhandling om pasienten i felles nasjonale løsninger, og det er lite varige strukturer og plattformer for håndtering av fremtidige smittevern og beredskapsløsninger.

Utviklingen av nasjonale løsninger, for eksempel Kjernejournal, skjer i hovedsak gjennom etablering av selvstendig løsninger som fungerer som tillegg til pasientjournalløsningene. Dette bidrar til å øke kompleksiteten, og at enkel tilgang til opplysningene direkte i helsepersonells arbeidsflater ikke er godt tilrettelagt.

Riksrevisjonsrapport 3:14 (2020-2021) påpeker dette ved å understreke at «Roller til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok». Videre påpeker Riksrevisjonene at:

- «Den nasjonale styringen har ikke ført til økt gjennomføringsevne.
- Den nasjonale styringsmodellen er et steg i riktig retning, men har svakheter når det gjelder forankring og prioritering.
- Felles finansiering av nasjonale e-helsetiltak er krevende. Flere aktører ønsker mer innflytelse på fremtidige løsninger hvis de skal bidra med mer penger<sup>1</sup>.»

KS er enig i sentrale påpekninger i Riksrevisjonens rapport, og opplever at digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren fremdeles i for stor grad er preget av fragmenterte prosjekter, manglende overordnet prioritering mellom de statlige etatene, uklarheter rundt investeringer og styring, og en manglende gjennomføringsevne.

Det er viktig å sikre god forankring ute blant de folkevalgte der arbeidet med nasjonale samhandlingsløsninger er noe man skal kjenne seg igjen i og ha forventninger til. Dette er i tråd med OECD-rapporten<sup>2</sup> som finner at helsesektoren er nærmere et tiår bak andre sektorer i digitalisering, og de viktigste hindringene for å bygge digitale helsesystemer i det 21. århundre er like mye institusjonelle og organisatoriske, som de er teknologiske. Rapporten peker på nødvendigheten av strukturelle endringer, politisk handlekraft, lederskap og investeringer for å lykkes med digitaliseringen av helsesektoren

## Samordning i kommunal sektor

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklinga i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som er trukket fram i Meld. St. 9 Éin innbygger – éin journal (2012-2013). Nasjonal rådsmodell for e-helse er en videreutvikling av en nasjonal styringsmodell for e-helse og ble etablert med formål å «samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren med behov for felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen»

Kommunal sektor deltar i nasjonal rådsmodell for e-helse gjennom representanter fra KS og kommuner oppnevnt av KS på vegne av kommunal sektor. Dette i tråd med samstyringsprinsippene nedfelt gjennom digitaliseringsstrategien for offentlig sektor, samarbeidsavtale mellom KS og Regjeringen og statens

---

<sup>1</sup> <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelser-av-en-innbygger---en-journal-styring-og-anskaffelser/>

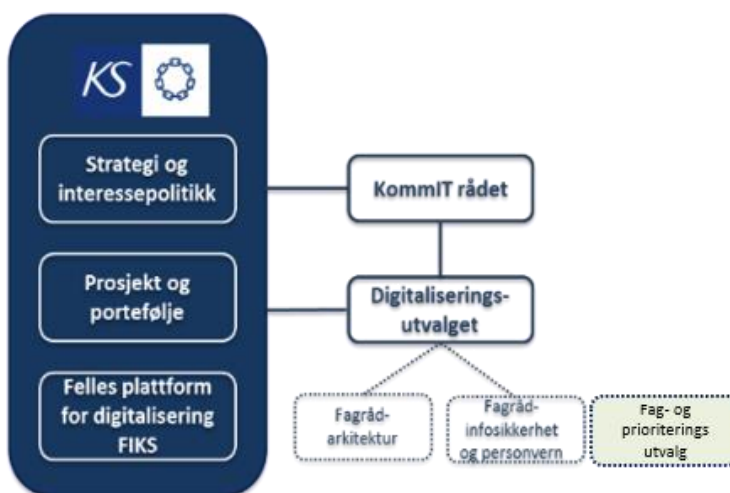
<sup>2</sup> [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-in-the-21st-century\\_e3b23f8e-en;jsessionid=XEHp2xZStSfSS\\_6Uh8GqW1Aw.ip-10-240-5-170](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en;jsessionid=XEHp2xZStSfSS_6Uh8GqW1Aw.ip-10-240-5-170)

digitaliseringsrundskriv. Dagens styringsmodell består av Nasjonalt e-helseråd, NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fag- og arkitektur utvalget).

KS samler kommunesektoren i digitaliseringsarbeidet og fremmer deres interesser inn mot den nasjonale rådsmodellen. Kommunesektorens behov defineres gjennom rådgivende representative samstyringsorganer som KommIT-rådet, digitaliseringsutvalget og underliggende fagutvalg. Strategisk viktige saker forankres i KS øvrige regionale og nasjonale administrative og politiske organer, med KS hovedstyre som øverste organ.

Formålet med etablering av kommunal styringsmodell var å styrke kommunesektorens samlede satsing på strategi, felles utviklingsarbeid og bedre grunnlag for en aktiv interessepolitikk. KS sitt mandat i digitaliseringsarbeidet ble gjennom endrede vedtekter for KS og Landsstyrevedtak i 2020 formalisert og styrket, ved å få en tydelig rolle i å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.<sup>3</sup> Regjeringen og KS har i tillegg gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor med formål om at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor og som retningsgivende for arbeidet også på e-helseområdet. I tillegg viser digitaliseringsstrategien til at god samstyring sikres gjennom «Representativitet, Likeverdighet, Tidlig involvering og Reell innflytelse». Det er avgjørende at det strategiske og interessepolitiske arbeidet henger godt sammen med utviklingsarbeidet, og KS ønsker at medlemmene skal ta eierskap til dette. Målet med styringsmodell for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor er at den skal føre til:

- Sterkere samarbeid
- Bedre forankring og økt gjennomføringskraft
- Bedre kvalitet og mindre risiko
- Bedre brukeropplevelse og bedre løsninger
- Bedre kunnskap og kompetanse



For å ytterligere styrke sektorens arbeid med digitalisering av helse- og omsorgstjenester, er det etablert et eget rådgivende fag- og prioriteringsutvalg e-helse med eksperter fra kommuner og fylkeskommuner for å gi KS faglige råd innen e-helse. Utvalget skal:

- gi innspill og råd til pågående nasjonale e-helsetiltak og prioritering av nasjonal e-helseportefølje for utbredelse, sett i lys av regionale og lokale behov.
- være saksforberedende utvalg til Digitaliseringsutvalget, KommIT-rådet og til K-NEHS, KS sine faste e-helsemøter med kommunenes representanter i Nasjonalt e-helseråd og Nasjonalt porteføljestyre (NUIT).

<sup>3</sup> Les Landsstyrevedtaket 2020 her: <https://www.ks.no/ks-toppmoter/landstinget-2020/landstinget-gir-ks-en-tydelig-rolle-i-arbeidet-med-digitalisering/>



- være rådgivende til KS på saksunderlag til utvalg innen nasjonal styringsmodell for e-helse og relevante nasjonale programmer og prosjekter.

Direktoratet for eHelse sin nasjonale rådsmodell er rådgivende ovenfor direktoratet og deres styringsdialog med Helse- og omsorgsdepartementet og består av representanter fra helsetjenesten inkludert spesialisthelsetjenesten, interesseorganisasjoner, fagorganisasjoner, og representanter fra KS og kommuner. Kommunerepresentantene er utpekt av KS og sitter i nasjonale styringsmodell på vegne av kommunal sektor, ikke egen kommune. Representantene har ikke delegerede fullmakter ved deltakelse i den nasjonale styringsmodellen. Derfor er forankring og kommunikasjon vesentlig for å sikre kommunalt eierskap og posisjoner i forkant av behandling inn mot de ulike foraene.

Nasjonal styringsmodell for e-helse var i sin tid grensesprengende, ved at man etablerte felles arenaer for å sikre den utøvende tjenesten innflytelse på statlig e-helsearbeid. Intensjonen var god. Det har over flere år vært pekt på behov for videreutvikling og svakheter med styringsmodellen. Dette er nå realisert gjennom en nasjonal rådsmodell for e-helse. Modellen er i praksis en rådgivende struktur overfor direktoratet for e-helse, som igjen er et rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet.

Direktoratet for e-helse står fritt til å vurdere rådene, og de blir ikke alltid tatt til følge i den påfølgende dialogen. Dette gir liten transparens i beslutningsprosessene. Særlig det å sikre kommunal sektor reell innflytelse i de påfølgende beslutningsprosessene i departementet, i saker med konsekvenser for kommunal sektor, har vært påpekt som en mangel ved rådsmodellen.

Rådsmodellen påvirker ikke aktørene i helsetjenesten sin ordinære styringsdialog. Dette betyr at beslutninger som tas i Helse- og omsorgsdepartementet etter råd fra Direktorat for e-helse ofte vil legge føringer på krav til kommunes implementering av e-helseløsninger, der det ikke alltid er hensyntatt hvilke kostnader og eventuelle gevinster disse vil gi for kommunene.

Det er i tillegg etablert Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU) som skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen og fordeling av kostnadene for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet. Utvalget har representasjon fra aktører som betaler for nasjonale e-helseløsninger som inkluderer kommunene.

## Viktig med felles prioritering og samordning som gir aktørene i sektoren reell medinnflytelse

Samstyringsprinsippene nedfelt gjennom Digitaliseringsstrategien *En digital offentlig sektor*, men også ulike samarbeidsavtaler mellom KS og regjeringen, legger til grunn at kommunal sektor skal gis *reell* innflytelse på statens digitaliseringsarbeid med konsekvens for kommunene. I praksis oppleves det involvering og mange eksempler på godt samarbeid, men hvor reell innflytelsen oppleves å være på statens vurderinger og prioriteringer kan sies å variere.

KS er opptatt av at saker som presenteres i nasjonal rådsmodell må tilrettelegges for reell innflytelse på veivalg gjennom konkrete forslag til vedtak. KS og kommunene ønsker videre at saker løftes inn i formingsfasen, slik at strategiske vurderinger kan gjøres samlet i de respektive fora.

Videre er det en utfordring at det de siste par årene er etablert en rekke programstyrer, endringsråd, områdeutvalg, produktstyrer og andre fora *på siden av* den nasjonale rådsmodellen, hvor viktige rammebetingelser settes og hvor strategiske diskusjoner og beslutninger tas i statsforvaltningens linjestruktur og utenfor den nasjonale rådsmodellen.

Den omfattende utvalgsstrukturen i statens e-helseforvaltning er svært ressurskrevende for den utøvende delen av tjenesten (sykehus og kommuner) og indikerer et betydelig misforhold mellom

statsforvaltningen og den utøvende delen av tjenestens ressurser til denne type arbeid som dermed står i fare for å bli dominert av statsforvaltningens perspektiv. Dette er særlig utfordrende for kommunal sektor, som ikke er i nærheten av å kunne stille med tilsvarende ressurser. KS mottar i dag tilskudd til regionale strukturer for utbredelse av velferdsteknologi og nasjonale ehelsetjenester, men sektoren mottar ingen tilskudd for nødvendig koordinerings- og samordningsarbeid.

Statsforvaltningens oppleves i tillegg ofte dominert av perspektivet til den behandlingsrettede delen av helsetjenesten (særlig legetjenesten). Noe som trolig både er en konsekvens av statens rolle som sykehuseier, men også at mange av ressursene i statsforvaltningen har sin bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten.

Det er også en svakhet at statlige utviklingstiltak innen e-helse eies av ulike aktører i statsforvaltningen (Direktoratet for eHelse, NHH, Helsedirektoratet, FHI,) som ikke i tilstrekkelig grad fremstår koordinert og integrert i den nasjonale samstyringen og der det er etablert egne divisjoner for ehelse i sistnevnte myndighetsorgan. Roller og ansvar oppleves til dels som overlappende og uklare, og det oppleves til dels å være «innbyrdes konkurranse» om roller mellom aktørene. Dette vurderes heller ikke til å bidra til optimal ressursbruk på statlig side, men gjør det også mer krevende for kommunal sektor som samarbeidspartner. Det oppleves som uklart hvor, og i hvilken rekkefølge beslutninger tas. Det er risiko for at dette bidrar til ansvarspulverisering på statens side.

Enkelte oppgaver som ivaretas av ehelseforvaltningen er av tverrsektoriell karakter. Et eksempel er arbeidet med IKT sikkerhet og personvern. Kommunene forholder seg til de fleste av statens sektorer, men har en samlet forvaltning. Særlig på slike oppgaver er det svært viktig at statsforvaltningen er godt samordnet og at spørsmål som er av generisk tverrsektoriell karakter ikke utredes sektorvis, men i samarbeid.

Det er heller ikke mulig for kommunal sektor å være representert i alle fora med dagens styringsstrukturer. Erfaringsmessig er det så mange fora og utvalg i nasjonal regi at det ikke er mulig for kommunenes representanter å samordne seg på en effektiv måte og det er uklart hvordan innspillene håndteres i det videre arbeidet. KS er opptatt av at arbeidet i disse fora og utvalg også kobles opp mot konsultasjonsordningen og -plikten mellom KS og regjeringen, for å sikre likeverd ved vurdering av konsekvenser for kommunene.

Viktigheten av tidlig involvering av alle aktører vises tydelig i modellen for sammenhengende tjenester, utarbeidet av KS og Regjeringen i strategien *Én digital offentlig sektor*<sup>4</sup>. Fundamentet i modellen innebærer tidlig involvering av KS i alle tiltak med betydning eller konsekvens for kommunal sektor. relevante aktører i stat, fylkeskommune, kommune og KS.

Det er en grunnleggende forutsetning at det enkelte kommunestyre får et godt grunnlag for å ta en aktiv stilling til nasjonale e-helsetiltak de ønsker å bruke, på hvilke tjenesteområder, med full oversikt over kostnadmessige konsekvenser for kommunene både når det gjelder prisen for de nasjonale tjenestene og de lokale innføringskostnadene. Bare slik sikrer vi reelt eierskap til kostnader og gevinster og derigjennom muligheten for aktivt å kunne påvirke også den nasjonale e-helseutviklingen.

**For å oppnå en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste hvor kommuner har reell medinnflytelse på beslutninger som berører deres tjenester, mener KS at:**

- den nasjonale rådsmodellen mellom stat og kommune må sikre reell medinnflytelse på beslutninger om innføringstakt, eventuell avslutning av nasjonale tiltak, avhengigheter, konsekvenser og risiko, der stat og kommunene opptrer som likeverdige parter.

---

<sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/>

- Det må utarbeides en styringsmodell for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene der kommunene som premissgivere får en reell mulighet til å påvirke videre utvikling av løsningene gjennom gjensidig prioritering av funksjonalitet og derigjennom påvirkning av utviklingen i kostnader.
- Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med KS, etablerer et årshjul med sentrale aktiviteter (på tvers av og koordinert med alle relevante statlig etater) for forvaltning og forankring av veikartet for nasjonale e-helseløsninger og -tiltak, i en felles omforent styringsmodell. KS mener dette vil forenkle og samordne premisser og rammebetingelser, og at dette er nødvendig for å sikre kommunene reell medinnflytelse på e-helsetiltak som har direkte konsekvens for kommunene.
- Ved bruk av den kommunale samsstyringsmodellen utarbeides det årlig med utgangspunkt i kommunal sektors prioriteringer et kommunalt veikart med utgangspunkt i det nasjonale veikartet. Dette for å tydelig vise hva som er kommunal sektors prioriteringer inn mot nasjonalt arbeid, men også tydeliggjøre for kommuner om tilgjengelige løsninger som anbefales og det er felles forventninger om å innføre.
- Et tverssektorielt perspektiv ivaretas i nasjonale beslutningsprosesser. Kommunene har et selvstendig ansvar for en bærekraftig økonomi for kommunen og innføring av nasjonale e-helseløsninger som ikke har en netto nytteeffekt vil kunne gå på bekostning av prioriterte og potensielt lovpålagte tjenester.
- Staten lovfester en mer forpliktende konsultasjonsordning mellom statens organer og KS/kommunal sektor for å sikre kommunesektoren mer reell innflytelse på prioritering av nye initiativer og prioritering av utviklingsarbeid, og drift med fastsettelse av betalings omfang og fordeling, som likeverdige parter.

En gjennomgang og en evt restrukturering av deler av helseforvaltningen vil medføre endringer for den kommunale oppgaveløsningen. Slik vi forstår videre prosess vil prosjektet få en samlet problemforståelse etter dialog med de ulike aktørene. Dette vil gi muligheter til forbedringer, men vil også kunne medføre utilsiktede endringer som gir negative konsekvenser for oppgaveløsningen. KS bidrar gjerne med utdypninger av problemstillingene og forslagene i brevet, og ønsker å bidra som dialogpartner før endelige løsningsforslag utarbeides. En slik dialog vil kunne gi viktige bidrag til prosjektet når det skal lages løsninger på bakgrunn av en samlet problemforståelse. KS stiller gjerne til utdypende møter.

Med hilsen

Helge Eide  
Områdedirektør Samfunn, Velferd og Demokrati

Kristin Weidemann Wieland  
Områdedirektør Forskning, Innovasjon og Digitalisering