

Beregnet til
KS og Spekter

Dokumenttype
Rapport

Dato
Juli 2022

BEMANNINGSUTFORDRINGENE I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN – UTFORDRINGSBILDET OG LØSNINGSDIMENSJONER



BEMANNINGSUTFORDRINGENE I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN – UTFORDRINGSBILDET OG LØSNINGSDIMENSJONER

Oppdragsnavn **Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren**
Mottaker **KS og Spekter**
Dokumenttype **Rapport**
Versjon **Sluttrapport**
Dato **01.07.2022**
Utført av **Rambøll Management Consulting og Menon Economics**

Rambøll
Harbitzalléen 5
Postboks 427 Skøyen
0213 Oslo

T +47 22 51 80 00
<https://no.ramboll.com>

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Sammendrag	4
1.1	Bemanningsutfordringer og behov for omstilling	4
1.2	Vurdering av løsningsdimensjoner	4
1.2.1	Heltidsstillinger	5
1.2.2	Oppgavedeling og samhandling	5
1.3	Teknologi og infrastruktur	6
1.3.1	Brukermedvirkning	6
1.4	Konklusjon og anbefaling	7
2.	Innledning	9
2.1	Bakgrunn	9
2.2	Kort om oppdraget	9
2.3	Rapportens oppbygging	9
3.	Metode og prosess	10
3.2	Analytisk rammeverk for ulike løsningsstrategier	11
3.2.1	Kapasitet	11
3.2.2	Produktivitet	12
3.2.3	Fleksibilitet	13
3.3	Analytisk rammeverk for gevinstanalyse	14
4.	Utfordringsbildet	15
4.1	Bakteppet for bemanningsutfordringene og dagens situasjon	15
4.1.1	Historisk vekst i helsepersonell	15
4.1.2	Mangel på helsepersonell i dag og behov for omstilling	17
4.1.3	Erfaringer fra koronapandemien	18
4.2	Forventet fremtidig bemanningsbehov i helse- og omsorgssektoren	19
4.2.1	Analysen av fremtidig etterspørsel etter arbeidskraft	19
4.2.2	Tidligere analyser av fremtidig etterspørsel etter arbeidskraft	20
4.2.3	Forventede bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten	21
4.2.4	Forventede bemanningsbehov i kommunal helse- og omsorgstjeneste	21
4.2.5	Underliggende drivkrefter og betydning for fremtidig bemanningsbehov	22
4.3	Vurdering av utfordringsbildet	29
4.3.1	Bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten	29
4.3.2	Bemanningsutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste	31
5.	Beskrivelse og vurdering av løsningsdimensjoner	34
5.1	Innovasjon	34
5.1.1	Drivere og barrierer for innovasjonsarbeid i helsesektoren	34
5.2	Arbeidstid	36
5.2.1	Drivere og barrierer for heltidskultur i helse- og omsorgssektoren	37
5.3	Finansiering	39

5.3.1	Drivere og barrierer for gode finansieringssystemer	40
5.4	Oppgavedeling mellom helsepersonell	41
5.4.1	Drivere og barrierer for oppgavedeling mellom helsepersonell	41
5.5	Samhandling	43
5.5.1	Drivere og barrierer for bedre samhandling mellom tjenestene	43
5.6	Teknologi	46
5.6.1	Drivere og barrierer for ny teknologi i helse- og omsorgssektoren	47
5.7	Brukermedvirkning	49
5.7.1	Drivere og barrierer for brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren	49
5.8	Utdanning	50
5.8.1	Drivere og barrierer for utdanning i helse- og omsorgssektoren	50
5.9	Fra åtte til fire løsningsdimensjoner	52
6.	Konkretisering og vurdering av løsningsdimensjonen <i>heltidsstillinger og tilhørende handlingsalternativer</i>	54
6.1	Betydning for bemanningsutfordringene i helsesektoren	54
6.1.1	Økt kapasitet	54
6.1.2	Økt produktivitet	54
6.2	Utvikling i grad av heltidsstillinger	55
6.3	Konkrete handlingsalternativ	55
6.4	Hva vi oppnår av gevinster	57
6.5	Barrierer og sentrale aktører for realisering	59
7.	Konkretisering og vurdering av løsningsdimensjonen <i>oppgavedeling og samhandling og tilhørende handlingsalternativer</i>	61
7.1	Betydning for bemanningsutfordringene	61
7.1.1	Økt kapasitet	61
7.1.2	Økt produktivitet	61
7.2	Oppgavedeling i historisk perspektiv	61
7.2.1	Endringer i sykdomspanoramaet	62
7.2.2	Teknologiske fremskritt	63
7.2.3	Øvrige barrierer	63
7.3	Hva oppnår vi av gevinster	63
7.3.1	Oppgavedeling og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten	63
7.3.2	Oppgavedeling og samhandling mellom yrkesgrupper	65
8.	Konkretisering og vurdering av løsningsdimensjonen <i>«teknologi og infrastruktur» og tilhørende handlingsalternativer</i>	68
8.1	Betydning for bemanningsutfordringer i helsesektoren	68
8.2	Utvikling i investeringer i helse- og omsorgssektoren	69
8.2.1	Hva innebærer en investering i helsesektoren?	70
8.2.2	Investeringer i norsk helsesektor sammenlignet med Sverige og Danmark	71
8.2.3	Investeringer i spesialisthelsetjenesten	72
8.2.4	Investeringer i primærhelsetjenesten	74
8.3	Konkrete handlingsalternativ	75
8.4	Hva oppnår vi av gevinster	76
8.5	Barrierer og sentrale aktører for realisering	78
9.	Konkretisering og vurdering av løsningsdimensjonen <i>brukermedvirkning og tilhørende handlingsalternativer</i>	82

9.1	Betydning for bemanningsutfordringene	82
9.1.1	Forebygging og tidlig innsats	82
9.1.2	Håndtere egen helsesituasjon	83
9.2	Handlingsalternativer for brukermedvirkning	83
9.2.1	Hva er problemet som skal løses, hva vil skje og hva får vi ut av det?	83
9.2.2	Hva oppnår vi av gevinster?	85
9.2.3	Barrierer og sentrale aktører for realisering	87
10.	Konklusjon og refleksjoner	89
10.1	Veien videre	90
11.	Referanser	92

1. SAMMENDRAG

I denne rapporten vurderes ulike løsningsdimensjoner for å dempe veksten i bemanningsbehovet innen helse- og omsorgssektoren og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

1.1 Bemanningsutfordringer og behov for omstilling

Vi går nå inn i en tid hvor behovet for helsetjenester vil akselerere og gi en dramatisk økning i det forventede behovet for årsverk. Frem mot 2060 er det ventet at behovet for årsverk i sektoren vil mer enn dobles, og at det vil legge beslag på mer enn 30 prosent av arbeidsstyrken. Det er bred enighet om at det verken vil være mulig eller bærekraftig å løse denne utfordringen gjennom økte ressurser og flere ansatte. Det har derfor i lang tid vært pekt på et behov for omstilling i sektoren, som gir mer helsetjenester for lik ressursbruk. Utfordringene med å sikre tilstrekkelig finansiering og tilgang på helsepersonell, har lenge blitt beskrevet som en av de største samfunnsutfordringene i vår tid.

De siste tiårene har økt behov for helse- og omsorgstjenester i hovedsak blitt løst med økt bemanning. Ifølge nasjonalregnskapet, var antall årsverk i helse- og omsorgssektoren 325 000 i 2018, sammenlignet med 212 000 årsverk i 2002. Det gir en vekst på mer enn 53 prosent i antall årsverk i løpet av en 16-årsperiode.

Til tross for at det fremtidige behovet for helse- og omsorgstjenester har vært godt kjent i mange tiår og det har vært en sterk vekst i antall årsverk i sektoren, står vi likevel i en situasjon med stor mangel på helsepersonell.

Situasjonen kan overordnet oppsummeres i fire punkter:

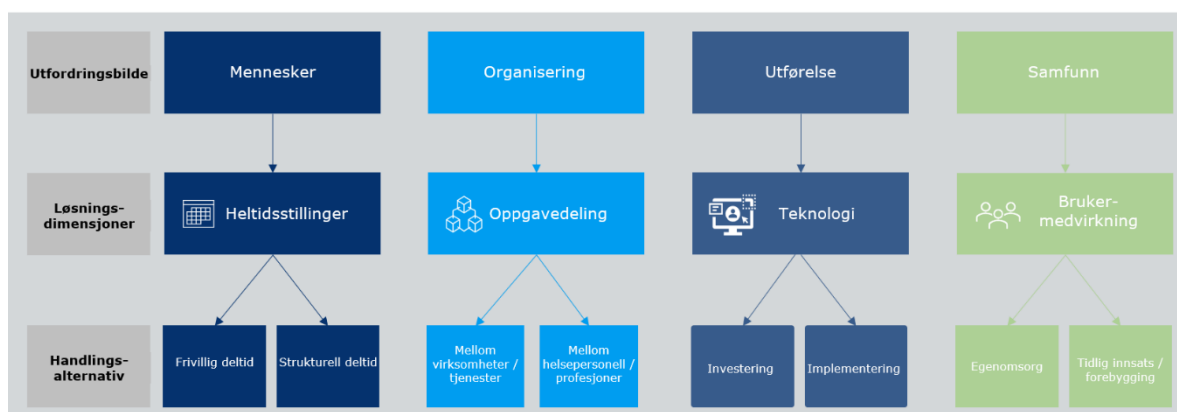
1. Norge er det OECD-landet med høyest andel av arbeidsstyrken ansatt i helsesektoren
2. Stor mangel på arbeidskraft i helsesektoren
3. Lav produktivitetsvekst
4. Akselererende vekst i behovet for arbeidskraft i helsesektoren

Punktene viser med tydelighet et påtrengende behov for en langt sterkere omstillingstakt i helse- og omsorgssektoren enn hva som har vært tilfellet de siste tiårene.

1.2 Vurdering av løsningsdimensjoner

Vi har analysert muligheter og barrierer innenfor åtte ulike dimensjoner med hensyn til å dempe fremtidige bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren. De åtte løsningsdimensjonene er innovasjon, arbeidstid, oppgavedeling, samhandling, teknologi, finansiering, brukermedvirkning og utdanning.

Gjennom litteraturstudier, intervjuer og workshoper har de ulike løsningsdimensjonene blitt vurdert opp mot det overordnede potensialet for å dempe bemanningsutfordringene, samt overlapp og komplementaritet mellom dimensjonene. Gjennom denne prosessen har det blitt gjort en syntetisering underveis. Det har resultert i fire ulike områder av utfordringsbildet som adresseres gjennom fire avgrensede løsningsdimensjoner. For hver av løsningsdimensjonene vurderes to ulike handlingsalternativ for å realisere gevinster, samt at det pekes på barrierer og sentrale aktører.



1.2.1 Heltidsstillinger

Høyere andel heltidsstillinger er et gjennomgående tema når det kommer til å høste potensialet hos arbeidsstyrken for å imøtegå bemanningsutfordringene. Ved å oppnå dette vil en i første omgang kunne tilføre sektoren økt kapasitet gjennom flere årsverk. I Perspektivmeldingen vises det til at det var 220 000 deltidsansatte i helse- og omsorgssektoren i 2019. Hvis en antar at de deltidsansatte i gjennomsnitt jobber halv stilling, tilsvarer de tapte arbeidstimene på grunn av deltid arbeidsinnsatsen fra om lag 110 000 fulltidssysseleste personer.

Videre er det et vesentlig potensial for økt produktivitet ved å øke heltidsandelen i helse- og omsorgssektoren. Blant annet mente Produktivitetskommissjonen at den høye deltidsbruken i helse- og omsorgssektoren hemmer produktiviteten. Vi finner at deltidsbruken utgjør et betydelig ressurstap gjennom kostnader til innleie av vikarer, lite effektiv ressursfordeling mellom hverdager og helger, lite effektive arbeids- og turnusplaner, og høye kostnader til opplæring og veiledning av flyktig arbeidskraft. Samtidig vil økt andel heltidsstillinger muliggjøre en rekke kvalitative gevinster, knyttet til en styrket heltidskultur, som kan bidra til å løse bemanningsutfordringene gjennom økt produktivitet, kapasitet og fleksibilitet. Heltidskulturen kjennetegnes av blant annet styrket faglighet og kompetanse, bedre arbeidsmiljø og trivsel, redusert sykefravær, samt økt innovasjonskultur og endringsvillighet blant de ansatte og lederne.

Noe forenklet, kan mulighetsrommet for å øke andelen heltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren deles i to. For det første, er det et stort potensial i å jobbe kulturelt og/eller strukturelt for å redusere andelen ansatte som jobber frivillig deltid. For det andre, er sektoren i dag dominert av en antagelse om et behov – og en praksis – for bruk av heltidsstillinger. Ved å jobbe strukturelt, organisatorisk og kulturelt med å motvirke dette, vil flere ansatte få mulighet til å øke sine stillingsprosjenter, samtidig som andelen heltidsstillinger vil kunne reduseres. Utfordringene befinner seg på individnivå, på det organisatorisk nivå, så vel som på samfunnsnivå. Realisering av potensialet fordrer fokus på alle disse.

Samtidig er det vel så viktig å jobbe med å motvirke barrierene for potensialrealisering. Vi har identifisert en rekke slike barrierer, herunder arbeidstidsbestemmelse, heltidskulturen i sektoren, manglende endringskompetanse og systemer for samhandling, samt manglende opplevelse av økonomisk handlingsrom blant ledere.

1.2.2 Oppgavedeling og samhandling

Sammen med løsningsdimensjonen «heltidsstillinger», tar «oppgavedeling og samhandling» utgangspunkt i å bruke de menneskelige ressursene som allerede finnes i helse- og omsorgssektoren mest mulig effektivt. Oppgavedeling er ikke et nytt fenomen, men en pågående kontinuerlig prosess drevet av stadige endringer i behov og muligheter. Dette innebærer derfor

ikke et nytt tiltak, men å stimulere endringstakten i en pågående prosess. Både i Norge og internasjonalt trekkes det å utnytte mulighetene som ligger i en optimal oppgavedeling frem som en nøkkelfaktor for god samhandling og en bærekraftig bemanning i helse- og omsorgssektoren i årene fremover.

Mer effektiv organisering, gjennom bedre oppgavedeling og økt samhandling, vil kunne tilføre helsesektoren økt kapasitet, eksempelvis ved at fag- og yrkesgrupper som tidligere ikke var en del av arbeidsstyrken i helsesektoren, blir tilgjengelig. Dette kan eksempelvis være som følge av at teknologiske endringer fører til behov for kompetanse og oppgaver som helsepersonell tradisjonelt sett ikke kan bidra med eller løse.

Potensialet for produktivetsgevinster knyttet til ny oppgavedeling bestemmes av hvor stor avstand det er fra hvordan oppgaver fordeles i dag sammenlignet med hva som er en optimal oppgavedeling. Flere analyser viser at det er utfordringer knyttet til dagens organisering av arbeidsoppgaver, både mellom ulike kompetansenivåer/yrkesgrupper og mellom ulike deler av sektoren.

1.3 Teknologi og infrastruktur

Denne løsningsdimensjonen tar for seg hvordan investering og implementering av ny teknologi og infrastruktur kan bidra til å løse de fremtidige bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Til forskjell fra de to tidligere løsningsdimensjonene der gevinstene dreier seg om en mest mulig effektiv utnyttelse av arbeidskraft, fokuseres det her på hvordan behovet for arbeidskraft kan erstattes med teknologi.

For lavt nivå av investering i teknologi og infrastruktur har blitt trukket fram som en faktor for lav produktivetsvekst i helse- og omsorgssektoren i flere tidligere analyser. I en undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr, finner Riksrevisjonen blant annet at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene har blitt forverret over tid, og at gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr har økt fra 2015 til 2020.

Til forskjell fra land som Sverige og Danmark, har investeringsnivået i prosent av totale helseutgifter over tid vært fallende i Norge. Det har altså vært forskjellige prioriteringer i de skandinaviske landene, og Norge har gått fra å investere mye til å ikke lenger gjøre det. Innen arbeidskraft er utviklingen motsatt. Mens antallet ansatte i helse- og omsorg per 1000 innbyggere har økt kraftig i Norge, har Sverige og Danmark hatt en lavere vekst.

En rekke analyser beskriver et stort effektiviseringspotensial knyttet til investering i teknologi og infrastruktur i helse og omsorg. Blant annet er det estimert at automatiseringspotensialet i kommunal helse- og omsorgstjeneste tilsvarer om lag en av fire arbeidsplasser. Intervjuer i dette oppdraget underbygger et lignende potensial i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til å øke investeringene i ny teknologi, uttrykkes det i intervjuene et stort potensial i å utnytte de mulighetene som finnes i den teknologien som allerede er tilgjengelig. I dette tilfellet ligger barrierene i skalering, implementering og gevinstrealisering ved tjenestestedene og for øvrig.

1.3.1 Brukermedvirkning

Økt brukermedvirkning handler om å avlaste helsesektoren ved å sette innbyggerne i en posisjon hvor de har mindre behov for helsetjenester. Vi skiller mellom to ulike tilnærminger. Den første

tilnærmingen handler om forebygging, mens den andre tilnærmingen handler om at brukeren i større grad vil kunne ta ansvar for egen helsesituasjon.

Sykdomsbyrdeberegninger fra FHI estimerer at om lag en tredel av antall helsetapsjusterte leveår i Norge kan forklares med ulike påvirkbare risikofaktorer. Med andre ord ligger det et stort folkehelsemessig potensial i tiltak som påvirker disse risikofaktorene, og som igjen vil kunne redusere behovet for helsetjenester og derav det økte behovet for bemanning. Eksempelvis vil kostholdet kunne påvirkes gjennom avgifter som reduserer usunt kosthold eller bruk av rusmidler, eller tiltak som fremmer et sunt kosthold. Folkehelseinstituttet har gjort analyser som konkluderer med at særavgifter vil ha positiv betydning for folkehelsen.

Det finnes stadig mer teknologi og muligheter for informasjonsdeling, som kan gi pasienter kunnskap og trygghet til oppfølging av egen helsesituasjon. Samtidig er det et betydelig potensial for å redusere belastningen på helsesektoren ved at pasientene i større grad kan ta ansvar for egen helsesituasjon, og at helsepersonell i større grad tar del i pasientens forløp ved behov.

1.4 Konklusjon og anbefaling

Blant handlingsalternativene som er kartlagt, finner vi forbedringsinitiativer som - om de innrettes på riktig måte og implementeres fullt ut - kan gi betydelige produktivetsgevinster i alle deler av helse- og omsorgssektoren. Samtidig er det tydelig at det eksisterer en rekke politiske, organisatoriske, teknologiske, juridiske og kulturelle barrierer som må ryddes av veien for at disse gevinstene skal realiseres.

Rambøll og Menon anbefaler at KS og Spekter fremover går i dybden på enkelte av de kartlagte handlingsalternativene og/eller starter arbeidet med å bryte ned barrierene som står i veien for gevinstrealisering. Det kan for eksempel gjøres gjennom casestudier av utprøvde ordninger eller piloter som har godt dokumenterte effekter og/eller beregninger. Gjennom en mer detaljert analyse av gevinster og barrierer, kan KS og Spekter i felleskap sikre at det ageres på de riktige tingene, at implementeringen blir helhetlig, og at potensielle gevinster faktisk realiseres.

Gjennom innsikten som er fremskaffet gjennom dette arbeidet, vurderer Rambøll og Menon at det vil være særlig interessant å gå videre med løsningsdimensjonene teknologi og oppgavedeling. Her er det overordnet sett store produktivetsgevinster, og dessuten et stort potensial for de ulike delene av helse- og omsorgssektoren som KS og Spekter representerer. Barrierene som er kartlagt innen disse dimensjonene, tilsier også at flere av gevinstene kan være enklere å realisere enn i de to øvrige løsningsdimensjonene. Det er allerede en positiv utvikling innen teknologi og oppgavedeling – noe som KS og Spekter bør utnytte, styrke og drive videre sammen.

Heltidsstillinger		Teknologi	
Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene	Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene
Tiltak for å redusere andelen frivillig deltid	Tydeliggjøre arbeidsbestemmelsenes betydning	Tiltak for å øke investeringsnivået	Utvikle tilrettelagte bygg og infrastruktur
	Tiltak for å redusere deltid som skyldes kulturelle forhold		Øke det økonomiske handlingsrommet
	Øke endringskompetansen blant ledere og medarbeidere		Økt endringsledelseskompetanse
Tiltak for redusere bruk av deltid i tjenestene	Innføre systemer for samhandling	Tiltak for økt utnyttelse av teknologi	Skape økt endringskultur
	Øke det økonomiske handlingsrommet i form av produktivitetstiltak og se på dagens finansieringssystemer		Lette personvernbestemmelsene
			Bygge ned deltidskulturen
	Øke digital kompetanse		
Oppgavedeling og samhandling		Brukermedvirkning	
Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene	Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene
Tiltak for å overføre oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten	Lette informasjonsflyt	Tiltak for å styrke medvirkning i eget sykdomsforløp	Øke digital kompetanse
	Øke samhandling		Utvikle bygg og infrastruktur til å nytte velferdsteknologi
	Imøtegå faglige tradisjoner		Styrke endringsvilligheten blant ansatte og ledere
	Etablere datatilgang på tvers		
Overføre oppgaver "nedover" mellom yrkesgruppene	Tilgang til merkantilt personell	Tiltak for økt "tidlig-innsats" og forebyggende arbeid	Jobbe med personvernbestemmelsene
	Øke bemanningskompetansen		Styrke "tidlig-innsats"-kompetansen
	Øke endringsledelseskompetansen		
	Se på dagens finansieringssystemer		

2. INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Det har lenge vært en kjent utfordring at eldrebølgen som følge av de store etterkrigskullene og økt levealder, vil legge et betydelig trykk på kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene og medføre store bemanningsutfordringer i sektoren. SSBs beregninger estimerer at antallet årsverk i helse- og omsorgssektoren må øke med 35 % frem mot 2035, dersom det ikke iverksettes tiltak for bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det er så langt ikke gjort tilstrekkelige grep for omstilling og produktivitetsvekst. Snarere tvert imot møter vi den lenge varslede krisen med en helsesektor med store bemanningsutfordringer.

For å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester, vurderer KS og Arbeidsgiverforeningen Spekter at det nødvendig med en bred felles forståelse av behovet for arbeidskraft, kompetanse og bemanning i sektoren. En felles forståelse kan resultere i positive synergier ved å ta tak i utfordringene og mulige løsninger i fellesskap.

2.2 Kort om oppdraget

I oppdraget «Bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren» har Rambøll Management Consulting (heretter Rambøll) og Menon Economics (heretter Menon) derfor bygget på tilgjengelig kunnskap om utfordringsbildet, mulighetsrommet samt utvalgte løsningsdimensjoner slik som innovasjon, teknologi, arbeidstid og oppgavedeling. Videre har prosjektet identifisert konkrete handlingsalternativer og vurdert gevinstpotensialet knyttet til disse, samt pekt på sentrale barrierer for gevinstrealisering.

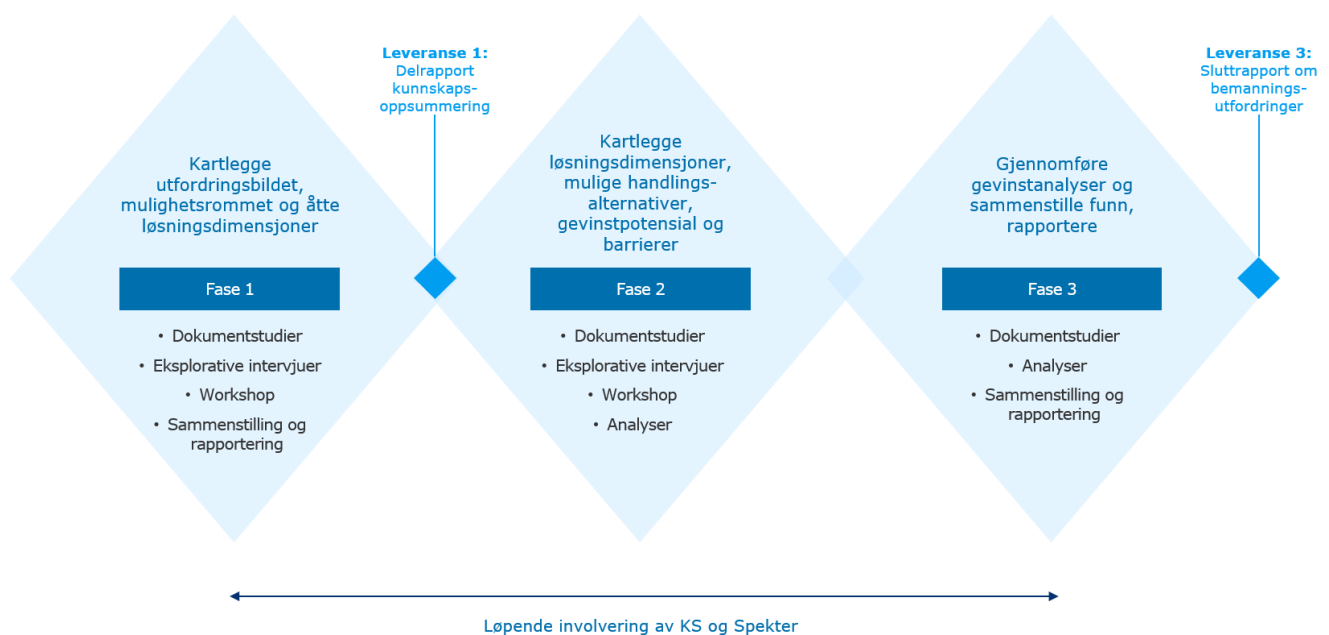
Prosjektet er løst av et tverrfaglig team fra Rambøll og Menon. Teamet har bestått av seniorøkonom Ole Magnus Stokke (Menon), analytiker Caroline Andrea Vinter (Menon), seniorkonsulent Lars Ivar Slemdal (Rambøll), konsulent Mathias Sikveland Wee (Rambøll), konsulent Louise Borup Sørensen (Rambøll), partner Erland Skogli (Menon) og adm.dir. Morten Skodbo (Rambøll). Prosjektet er ledet av manager Iris Maria Makridis (Rambøll). Prosjektgruppen har samarbeidet tett med arbeidsgruppen hos oppdragsgiverne KS og Spekter.

2.3 Rapportens oppbygging

Denne rapporten er omfangsrik og er inndelt i flere kapitler, som i stor grad er i samsvar med oppdragets faser. Metode og prosess for oppdraget, herunder fasene, er beskrevet mer i detalj i kapittel 3. Her er også en beskrivelse av et analytisk rammeverk som er benyttet for å vurdere ulike løsningsstrategier. Oppdraget startet med å bygge på eksisterende kunnskap for å få en detaljert beskrivelse av utfordringsbildet knyttet til bemanning i helse- og omsorgssektoren. Dette er dokumentert i kapittel 4. Videre tar kapittel 5 for seg åtte løsningsdimensjoner som KS og Spekter ønsket å se nærmere på med hensyn til bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Disse er; innovasjon, arbeidstid, finansiering, oppgavedeling mellom helsepersonell, samhandling, teknologi, brukermedvirkning og utdanning. I tillegg til at disse løsningsdimensjonene er beskrevet, ble det også identifisert drivere og barrierer knyttet til hver enkelt dimensjon. Kapittelet avrundes med en redegjørelse for hvilke fire løsningsdimensjoner prosjektet valgte å gå videre med og utforske ytterligere, og som dermed har vært utgangspunktet for gevinstanalysene. Kapittel 6-9 gir nærmere beskrivelser av fire utvalgte løsningsdimensjoner med to tilhørende handlingsalternativer per dimensjon. Det pekes på identifiserte gevinster, barrierer og sentrale aktører.

3. METODE OG PROSESS

Oppdraget er løst gjennom fire ulike faser. Fasene bygger på hverandre, dvs. at vi har brukt innsikt fra fase 1 til å innrette fase 2, og så videre. Prosessen kan sees på som en slags trakt, der fokuset underveis har blitt stadig mer spisset. Dette har vært et nødvendig grep fordi problemstillingene knyttet til bemanningsutfordringene i helse og omsorgssektoren er såpass komplekse og mangfoldige. Før vi gikk i gang med oppdraget fantes det allerede mye kunnskap om både utfordringsbildet og mulige løsninger. Vår oppgave har derfor vært å gjennomgå og strukturere kunnskapen fra ulike kilder, og bruke den som underlag for prioriteringer underveis i oppdraget.



Den første fasen hadde til hensikt å kartlegge utfordringsbildet og mulighetene som ligger i åtte mulige løsningsdimensjoner for bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Kartleggingen ble i all hovedsak løst med dokumentstudier, men også eksplorative intervjuer med utvalgte nøkkelpersoner fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Mot slutten av fasen gjennomførte vi en workshop som hadde til hensikt å få en felles forståelse for det overordnede utfordringsbildet og mulighetsrommet, for potensialet som ligger i løsningsdimensjonene sett opp mot kapasitet, produktivitet og fleksibilitet, og til slutt få innspill til mulige retninger for veien videre. Etter denne fasen ble det overlevert en delrapport som besto av en kunnskapsoppsummering fra fasen, der innholdet i stor grad er tilsvarende kapittel 4 og 5 i denne rapporten.

Dokumentstudier

Dokumentstudiene i prosjektet innebar strukturerte gjennomganger av dokumenter som KS og Spekter ved oppstart hadde identifisert som viktige for oppdraget. I tillegg gjorde vi strukturerte søk etter relevante dokumenter og litteratur underveis for å identifisere eksisterende kunnskap knyttet til både utfordringsbildet, mulighetsrommet og løsningsdimensjonene. I litteratursøket benyttet vi både generiske søkeord (eks. brukermedvirkning) og long-tail søkeord (eks. bruk pilot

brukermedvirkning evaluering) for å finne frem til en bredde av aktuell og relevant dokumentasjon.

Intervjuer

I gjennomføring av intervjuer i prosjektet har vi hatt en utforskende tilnærming. Både i fase 1 og 2 har prosjektet fått faglige innspill fra utvalgte nøkkelressurser fra både primær- og spesialisthelsetjenesten samt fra KS og Spekter. Intervjudeltakerne bidro med sin kompetanse og erfaring innen en eller flere av løsningsdimensjonene som prosjektet utforsket. Intervjuene ga anledning til å stille oppfølgingsspørsmål om innsatser, piloter, utfordringer og muligheter som blant annet hadde blitt identifisert gjennom dokumentstudiene.

Den andre fasen hadde til hensikt å fremskaffe innsikt om løsningsdimensjonene og mulige handlingsalternativer innad i eller på tvers av dem. Vi jobbet systematisk med å identifisere mulige handlingsalternativer gjennom intervjuer og dokumentstudier. Underveis jobbet vi strukturert med ulike handlingsalternativer i et rammeverk for å få oversikt over hvordan handlingsalternativer komplimenterer eller overlapper hverandre, hvordan de kan bidra til å løse ulike deler av utfordringsbildet, det overordnede gevinstpotensialet og sentrale barrierer for gevinstrealisering. Mot slutten av fasen gjennomførte vi en workshop med en rekke fagressurser fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Formålet var å få innspill til konkrete handlingsalternativer som KS og Spekter sammen kan legge vekt på videre, og innspill til mulige gevinster og sentrale barrierer knyttet til de foreslåtte handlingsalternativene.

Den tredje fasen handlet om å avgrense handlingsalternativer og gjøre analyser knyttet til gevinstpotensialet og peke på sentrale barrierer for gevinstrealisering. Her identifiserte vi også sentrale aktører som må, bør eller kan involveres for å ta tak i handlingsalternativene. I analysene har vi tatt utgangspunkt i innsikt fra både dokumentstudier, intervjuer og innspill fra workshops. Fasen ble avsluttet med sammenstilling og rapportering fra innsikten som er fremskaffet fra alle tre faser i oppdraget.

3.2 Analytisk rammeverk for ulike løsningsstrategier

Fremtidige bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren er et sammensatt samfunnsproblem, som bør adresseres med et bredt utvalg av tiltak. Tiltakene kan skille seg fra hverandre i strategisk tilnærming for å løse bemanningsutfordringene. Vi skiller her mellom tre ulike løsningsstrategier; kapasitet, produktivitet og fleksibilitet.

I møte med de fremtidige bemanningsutfordringene vil vi trolig ha behov for tiltak innenfor alle disse tre strategiske tilnærmingene. For å forstå hvordan ulike tiltak vil kunne gi gevinster isolert og i samspill med hverandre, er det nyttig å kunne ramme inn gevinstene innenfor disse tre kategoriene. I det følgende beskriver vi nærmere hva som legges i begrepene kapasitet, produktivitet og fleksibilitet.

3.2.1 Kapasitet

Utgangspunktet for at det fremtidige bemanningsbehovet utgjør en utfordring, er at det overgår dagens kapasitet. En naturlig strategisk tilnærming vil dermed være å bygge større kapasitet for å imøtekomme fremtidig behov. Hvis vi ser bakover i tid så er økt etterspørsel etter helsetjenester i stor grad løst gjennom økt kapasitet.

Helsetjenester kan fra et samfunnsøkonomisk ståsted sees som et produkt av en rekke ulike innsatsfaktorer. Dette omfatter arbeidsinnsatsen fra helsepersonell, bruk av legemidler og medisinskteknisk utstyr, samt helsebygg og annen fysisk og digital infrastruktur.

Produksjon av helsetjenester kan økes gjennom økt ressursbruk eller gjennom å anvende ressurser mer effektivt. Økt kapasitet handler om å øke ressursbruken. Å øke ressursbruken kan gjøres gjennom å sysselsette flere årsverk, men også gjennom å øke kapitalintensiviteten med investeringer i teknologi som erstatter arbeidskraftsbehovet.

Et konkret eksempel på økt kapasitet er øke arbeidsstyrken ved å mobilisere den ledige arbeidskraften hos personer som i dag jobber deltid. I Perspektivmeldingen vises det til at potensielt hele det økte behovet for årsverk i helse- og omsorgssektoren frem mot 2035, ville kunne dekkes dersom andelen som jobber deltid går over til å jobbe heltid.¹

Bemanningsutfordringene innebærer at arbeidskraft blir en stadig mer knapp ressurs. Det er derfor særlig relevant å utforske i hvilken grad samfunnets økende behov for helsetjenester i større grad kan møtes med økt bruk av kapital heller enn økt bruk av arbeidskraft. Med kapital mener vi her alt fra velferdsteknologi og legemidler til digitalisering og automatisering. Kriteriet er at kapitalen må kunne erstatte behovet for årsverk. Eksempel på dette er ulike e-helseløsninger som reduserer behovet for manuelt arbeid. I fremtiden vil utvikling av ny teknologi kunne åpne nye muligheter, eksempelvis vil et legemiddel mot Alzheimers sykdom kunne erstatte en stor andel av årsverk innen kommunal omsorgstjeneste.²

Selv om økt kapasitet vil bidra til å møte samfunnets bemanningsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten, er det bred enighet om at det verken er bærekraftig eller mulig å løse utfordringene gjennom økt ressursbruk alene. Vi er også særlig avhengig av økt produktivitet for å møte bemanningsbehovene.

3.2.2 Produktivitet

Å møte det fremtidige bemanningsbehovet med kapasitetsbygging alene, vil på sikt kreve at en tredjedel av arbeidsstyrken i Norge må være sysselsatt innen helse- og omsorgssektoren. Det er bred enighet om at en slik utvikling ikke vil kunne finne sted innenfor rammene av økonomisk bærekraft.

Alternativet til å øke ressursbruken for økt produksjon av helsetjenester, er å anvende ressursene mer effektivt – øke produktiviteten. Dette vil av og til oppfattes som at helsepersonell skal løpe raskere. Det er ikke det produktivitetsvekst handler om. Produktivitetsvekst handler om å unngå dobbeltarbeid, sikre rett kompetanse til rett tid, og sørge for at helsepersonell er utstyrt med utstyr som lar en løse arbeidsoppgaver mest mulig effektivt.

Med hensyn til det siste punktet kan produktivitet også lett forveksles med investering i kapital. Økt kapitalintensitet fører ofte til økt produktivitet, men det er ingen selvfølge. I eksemplet med ny medisin mot Alzheimers sykdom ovenfor vil en slik utvikling trolig kunne gi økt produktivitet. Det forutsetter imidlertid at ressursbruken knyttet til økt behov for tidlig diagnostisering og behandling er mindre ressurskrevende enn dagens omsorgstjenester til denne pasientgruppen.

Ifølge Produktivitetskommissjonen hemmer den høye deltidsbruken i helse og omsorg sektorens produktivitet. I tillegg til at flere ansatte i heltidsstillinger vil øke kapasiteten, vil det også kunne ha en produktivitetsgevinst. Produktivitetskommissjonen peker også på at helsesektoren er betydelig mer arbeidsintensiv enn den norske gjennomsnittsnæringen. Det innebærer at

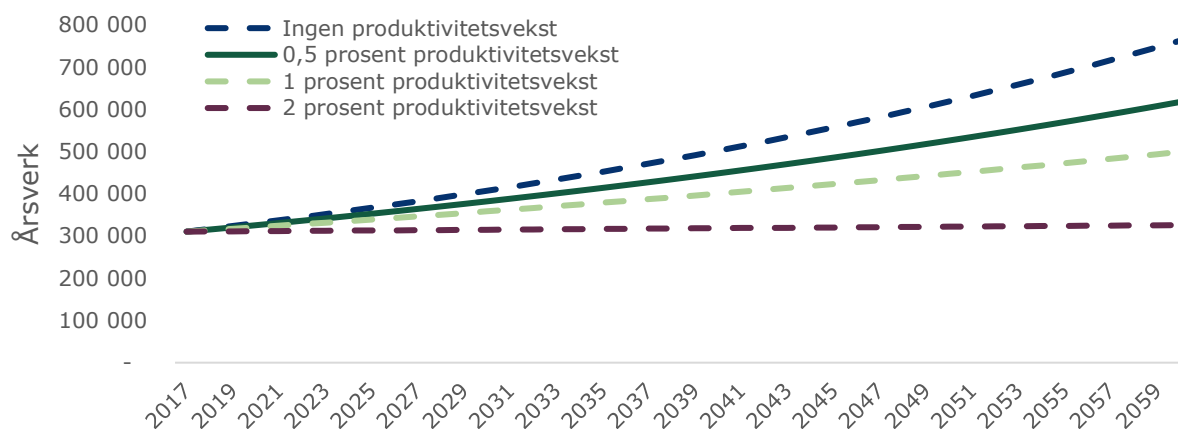
¹¹ (Meld. St. 14, 2020-2021) <https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>

² <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2020-63-Alzheimers-og-annen-demenssykdom-utredning-og-behandling.pdf>

produktivitetsøkning kan være særlig viktig og ha et stort potensial.³ Det vises blant annet til Teknologirådet, som fastslår at økt bruk av velferdsteknologi kan frigjøre arbeidskraft til andre oppgaver og redusere veksten i sektorens sysselsetting. En rekke ulike rapporter har tidligere dokumentert et stort gevinstpotensial knyttet til økt produktivitet i helse- og omsorgssektoren. Det pekes blant annet på at innsparinger på inntil 25 prosent av kommunale helse- og omsorgskostnader gjennom økt digitalisering.⁴

I SSBs fremskrivninger av fremtidig etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren legges det til grunn en årlig produktivitetsvekst på 0,5 prosent. Sammenlignet med norsk økonomi generelt er dette en relativt lav produktivitetsvekst, men innenfor norsk helsesektor har produktivitetsveksten vært svak over tid. Dersom produktivitetsveksten kan økes til to prosent årlig vil det føre til en utflating av fremtidig bemanningsvekst.

Figur 3.1: Framskrivning av etterspørsel etter arbeidskraft i den offentlig finansierte helse- og omsorgssektoren mot 2060 med ulike grader av produktivitetsvekst. Kilde: Menon



3.2.3 Fleksibilitet

Fremtiden er usikker. Det er usikkerhet knyttet til hvor mange årsverk som kreves, hvilke yrkesgrupper og kompetanse som det vil være størst behov for, og ikke minst å kunne sikre et likeverdig helsetilbud i hele landet. Pandemi og krig har dessuten minnet oss på at vi må være forberedt på å håndtere uforutsette hendelser. Dette innebærer at vi i møte med en ukjent fremtid, ikke bare har behov for kapasitets- og produktivitetsvekst i helse- og omsorgssektoren, men at vi også har fleksibilitet til å tilpasse oss fremtiden etter hvert som behovene avdekkes.

Over det siste århundret har eksempelvis endringer i økonomisk levestandard, endringer i demografi og sykdomsbyrde, samt utvikling innen medisinsk vitenskap og teknologi medført store konsekvenser for hvordan helse- og omsorgssektoren er organisert.⁵ Utvikling innen disse, og flere andre faktorer, vil fortsette å prege helse- og omsorgssektoren også i årene fremover. Hvordan, og hva det vil innebære for bemanningsutfordringer og for en mest mulig effektiv organisering av arbeidsstyrken er usikkert. Men en mest mulig dynamisk organisering av arbeidsstyrken vil innebære at sektoren står bedre forberedt til å tilpasse seg endrede behov etter hvert som de oppstår. I tillegg til å øke kapasiteten og produktiviteten i arbeidsstyrken, er derfor også fleksibilitet i arbeidsstyrken viktig for å stå best mulig rustet mot fremtidige bemanningsutfordringer.

³ NOU 2016: 3: Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskommissjonen (2016)

⁴ Menon (2018): Smarte kommuner: Hva er gevinstpotensialet

⁵ Menon (2020). Forberedt på neste krise

3.3 Analytisk rammeverk for gevinstanalyse

For å gjennomføre gevinstanalysene, som er nærmere beskrevet i kapittel 6-9, etablerte vi et analytisk rammeverk. Til dette rammeverket har vi hentet inspirasjon fra gevinstteori og endringsteori. I anvendelsen av rammeverket sammenstilte vi innsikt fra fasene til å analysere hvordan utvalgte handlingsalternativer potensielt kan bidra til ulike gevinster på kort og lang sikt – og hvordan de henger sammen. Rammeverket innebærer såkalte *logiske kjeder*, som består av hypoteser om hvilke gevinster som potensielt kan realiseres ved å iverksette handlingsalternativene samt sentrale barrierer og aktører. Dette beskrives nærmere i kapittel 5.9.

4. UTFORDRINGSBILDET

Sammen med klimakrisen har det fremtidige behovet for helse- og omsorgstjenester av flere blitt trukket fram som en av vår tids største utfordring. Selv om dette er en utfordring som har vært kjent i flere tiår, viser funnene i dette kapittelet at det ikke er tatt nødvendige grep for å møte samfunnets raskt økende behov. Snarere tvert imot.

Vi går nå inn i en tid hvor behovet for helsetjenester vil akselerere og gi en dramatisk økning i det forventede behovet for årsverk. Frem mot 2060 er det ventet at behovet for årsverk i sektoren vil mer enn dobles, og legge beslag på mer enn 30 prosent av arbeidsstyrken. Det er bred enighet om at det verken vil være mulig eller bærekraftig å løse denne utfordringen gjennom økte ressurser og for mange flere ansatte. Det har derfor i lang tid vært pekt på behovet for omstilling i helse- og omsorgssektoren, som gir mer helsetjenester for lik ressursbruk.

Dette er utfordringer som har vært kjent i lang tid, noe som blant annet kommer til uttrykk i stortingsmeldingen «Kvalitet og pasientsikkerhet 2017»:

«Det er bred enighet om at det verken er bærekraftig eller mulig å løse utfordringene gjennom økte ressurser og flere ansatte. Derfor må helse- og omsorgstjenesten allerede nå utvikle nye og bedre måter å arbeide og samhandle på for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.»

I dette kapittelet presenterer vi en analyse av utfordringsbildet for bemanningssituasjonen i helse- og omsorgssektoren. Analysen viser at det krever en langt høyere omstillingstakt i sektoren for å oppnå en utvikling der fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester kan dekkes innenfor rammene av økonomisk bærekraft.

4.1 Bakteppet for bemanningsutfordringene og dagens situasjon

Høsten 2009 fikk de fire tidligere statsministerne Jagland, Bondevik, Willoch og Nordli stor oppmerksomhet da de sammen gikk ut og kritiserte datidens politikere for ikke å tørre å ta de tøffe grepene som måtte til for å forberede Norge på de demografiske utfordringene knyttet til en større og eldre befolkning⁶. De beskrev utfordringen med å sikre tilstrekkelig finansiering og helsepersonell som den største Norge står overfor ved siden av klimakrisen, men at hverken de politiske partiene, arbeidsgivere eller arbeidstagerorganisasjonene har orket å se utfordringen i øynene.

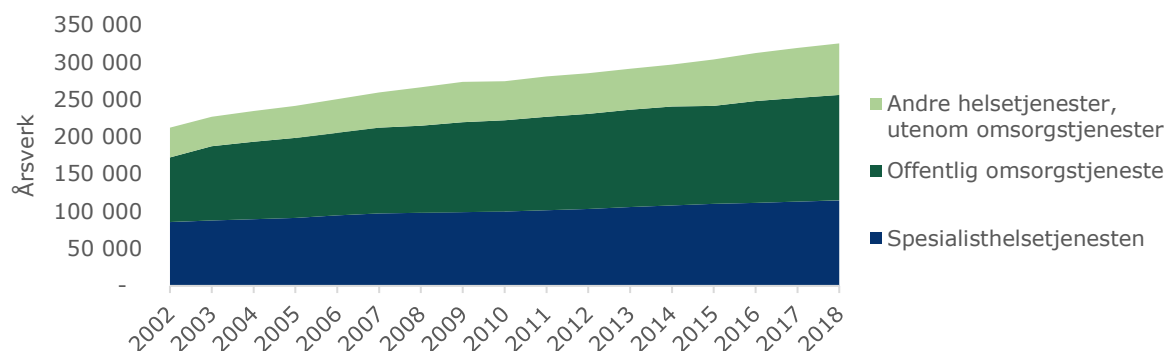
Både i årene før og etter 2009 har det vært en sterk vekst i antall årsverk fra helsepersonell. Likevel øker mangelen på helsepersonell. Med en akselererende vekst i behovet for helsepersonell i årene fremover, viser dette at det er behov for en stor omstilling.

4.1.1 Historisk vekst i helsepersonell

Veksten i antall årsverk i helse- og omsorgssektoren har i flere år vært høy. Ifølge nasjonalregnskapet beløp antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene seg til 325 000 i 2018, sammenlignet med 212 000 årsverk i 2002. Det gir en vekst på mer enn 53 prosent i antall årsverk på en 16-årsperiode.

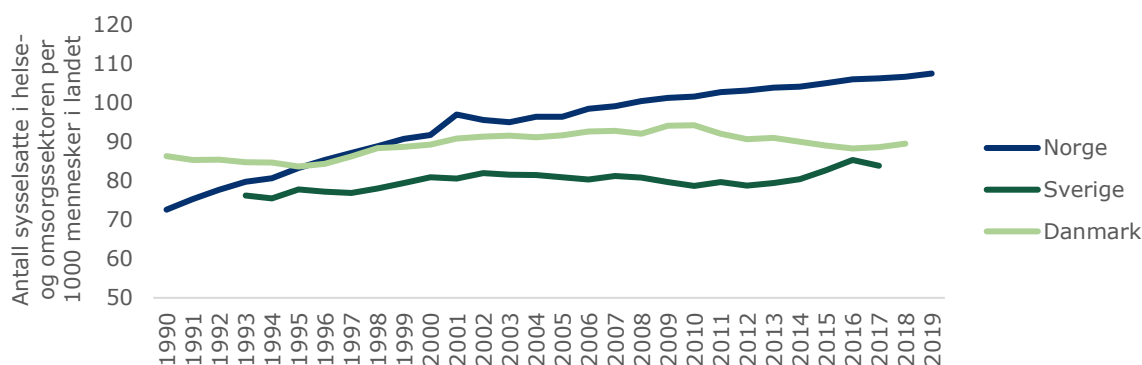
⁶ Se f.eks. <https://www.aftenposten.no/norge/i/jBGAb/jagland-skattene-maa-oekes>

Figur 4.1: Offentlig finansierte årsverk innen helse- og omsorg. Kilde: SSB



Sammenlignet med Sverige og Danmark har det vært en sterk vekst i antall ansatte innen helse- og omsorgssektoren. Ifølge tall fra OECD hadde Norge i 1990 en lavere bemanning av helsepersonell per 1000 innbygger enn Sverige og Danmark. Men mens utviklingen i helsepersonell har vært relativt flat i våre to naboland, har det vært en sterk vekst i Norge. I 2019 var Norge registrert med 108 sysselsatte i helse- og omsorgssektoren per 1000 innbygger, mens tilsvarende tall for Sverige og Danmark var henholdsvis 84 og 90.

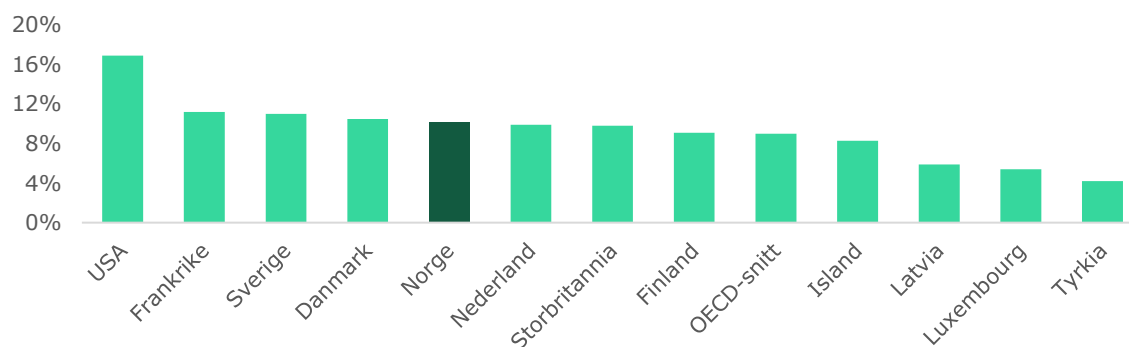
Figur 4.2: Antall ansatte innen helse- og omsorgstjenester per 1000 mennesker i landet. Kilde: OECDs System of Health Accounts



Som en følge av denne utviklingen er Norge det landet i OECD med høyest andel av arbeidsstyrken ansatt i helsesektoren, med en høy dekning av både leger og sykepleiere. Vi har, med god margin, flere sykepleiere i forhold til folketallet enn noe annet land i EU. Det er 18 sykepleiere per 1000 innbygger, som er over det dobbelte av gjennomsnittet i EU.⁷

Selv om Sverige og Danmark har lavere antall ansatte i helse- og omsorgssektoren per innbygger, har de likevel høyere helseutgifter i prosent av BNP. Det kan tyde på at Sverige og Danmark i større grad enn Norge har klart å møte veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester på andre måter enn gjennom økt bemanning.

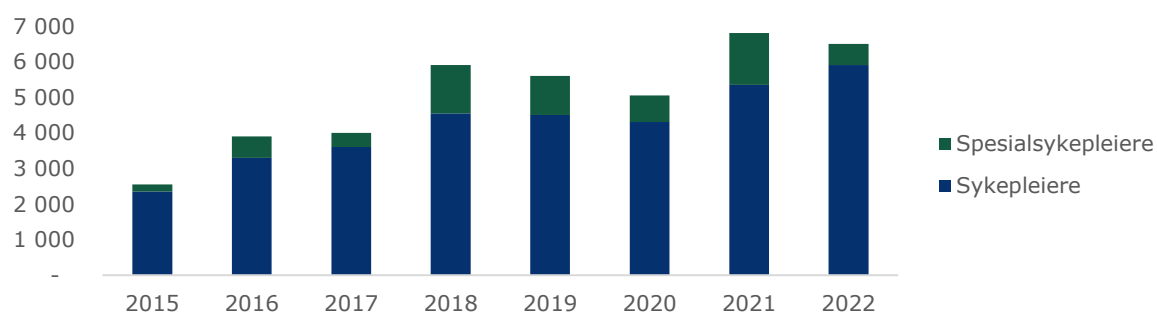
⁷ <https://www.dn.no/innlegg/helse/sykepleier/sykehus/innlegg-hvor-mange-sykepleiere-trenger-vi/2-1-896778>

Figur 4.3: Totale helseutgifter i prosent av BNP for et utvalg OECD-land i 2018. Kilde: SSB

4.1.2 Mangel på helsepersonell i dag og behov for omstilling

Til tross for at det fremtidige behovet for helse- og omsorgstjenester har vært godt kjent i mange tiår og det har vært en sterk vekst i antall årsverk i sektoren, står vi likevel i en situasjon med stor mangel på helsepersonell.

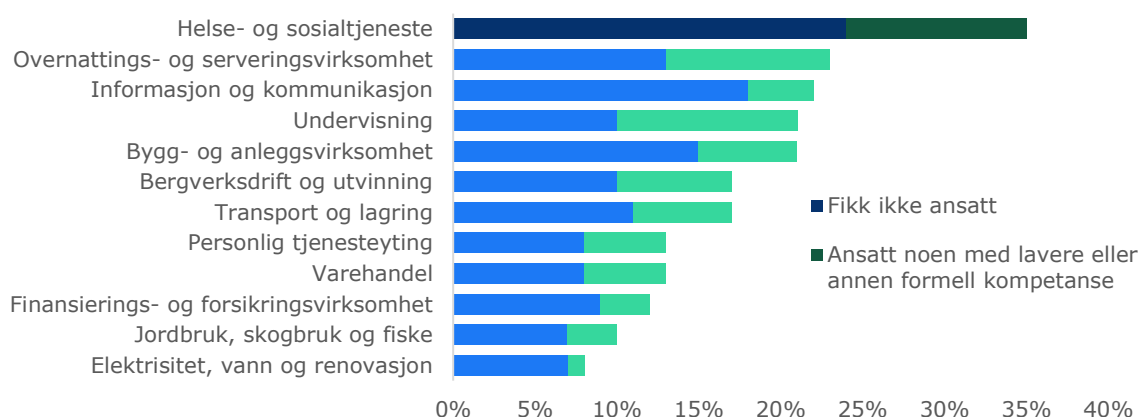
I NAVs årlige bedriftsundersøkelse fremkommer det et sterkt og tiltagende behov for arbeidskraft til helse- og sosialtjenestene.⁸ Hvert år siden undersøkelsene startet i 2015 har helsesektoren vært den næringen som har rapportert om både størst mangel på arbeidskraft og rekrutteringsproblemer. Med en økning fra 6 000 i 2015 til 16 100 i 2020 er mangelen på helsepersonell nær tredoblet. Mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere beskrives som mest prekær. I denne yrkesgruppen alene mangler det 5 900 personer. Til tross for at antall årsverk har økt de siste årene, tyder det stadig økende gapet mellom etterspurte og tilgjengelige årsverk på at behovet øker raskere.

Figur 4.4: Mangel på arbeidskraft for sykepleiere og spesialsykepleiere. Kilde: NAVs bedriftsundersøkelse 2015-2022

I 2020 oppga 36 prosent av virksomhetene innen helse- og sosialtjenesten at rekrutteringsproblemer hadde ført til at de enten ikke hadde fått ansatt eller måttet ansette noen med en annen kompetanse enn hva man søkte etter.

⁸ NAVs bedriftsundersøkelse (2021)

Figur 4.5: Virksomheter som har mislyktes i å rekruttere arbeidskraft eller måttet ansette noen med annen formell kompetanse enn man søkte etter, etter næring. NAVs bedriftsundersøkelse (2020)



Med de siste års utvikling står Norge nå i en situasjon som kan oppsummeres i fire punkter:

1. Det OECD-landet med høyest andel av arbeidsstyrken ansatt i helsesektoren
2. Stor mangel på arbeidskraft i helsesektoren
3. Lav produktivitetsvekst
4. Akselererende vekst i behovet for arbeidskraft i helsesektoren

Disse punktene viser at det synes å være behov for en langt sterkere omstillingstakt i helsesektoren enn hva som har vært tilfellet over de siste tiårene. De fire tidligere statsministrenes varsku fra 2009 om manglende vilje til å adressere de kommende utfordringene synes derfor berettiget.⁹

4.1.3 Erfaringer fra koronapandemien

Gjennom koronakrisen har vi også fått erfare konsekvensene av en situasjon med frykt for at kapasiteten i helsevesenet ikke er tilstrekkelig for samfunnets behov. Frykten for å overbelaste helsevesenet har vært en viktig årsak til inngripende tiltak i resten av samfunnet. Prisen knyttet til nedstenging og en rekke inngripende tiltak i resten av samfunnet har vært enorm, og langtidseffektene kjenner ingen helt enda.

Samtidig har koronakrisen gitt oss relevant lærdom i møtet med fremtidige bemanningsutfordringer. For det første har det vist at vi som samfunn har en stor betalingsvilje for å ha en fungerende helsetjeneste for å dekke våre helsemessige behov.

«En velfungerende økonomi kjennetegnes av at ressursene brukes der samfunnets vilje til å betale for dem er høyest. (...) Høy grad av skattefinansiering tilsier ikke at ressursbruken på helse- og omsorgstjenester bør vurderes etter helt andre kriterier enn dem man ellers bruker i samfunnsøkonomiske vurderinger av ressursallokering»¹⁰

Sitatet tilhører forskerne bak en SSB-studie fra 2020 som har tatt for seg den forventede offentlige utgiftsveksten som kreves for å imøtekomme samfunnets økende etterspørsel etter helsetjenester. De store samfunnsøkonomiske kostnadene som vi som samfunn har tatt på oss som følge av inngripende koronatiltak, bør også bety at det bør være en stor investeringsvilje i omstilling av sektoren for å forhindre fremtidig overbelastning.

⁹ <https://www.aftenposten.no/norge/i/jBGAb/jagland-skattene-maa-oekes>

¹⁰ Holmøy et al. (2020)

Koronakrisen har også lært oss at det er en stor omstillingsevne i sektoren, når det virkelig kreves.

4.2 Forventet fremtidig bemanningsbehov i helse- og omsorgssektoren

Norge har et av verdens beste helsetjenestetilbud. Det viser blant annet flere omfattende studier¹¹ som er gjennomført i forbindelse med *det globale sykdomsbyrdeprosjektet*.¹² Basert på dødelighet for 32 ulike sykdommer og tilstander der man i utgangspunktet burde unngå død med forebygging eller behandling, vurderer studien den samlede tilgjengeligheten og kvaliteten på spesialist- og primærhelsetjenesten i 195 ulike land. Resultatet er en *Healthcare Access and Quality (HAQ)-indeks*. Med en score på 97 av 100 poeng på den nyligste HAQ-indeksen er Norge rangert som nummer to.

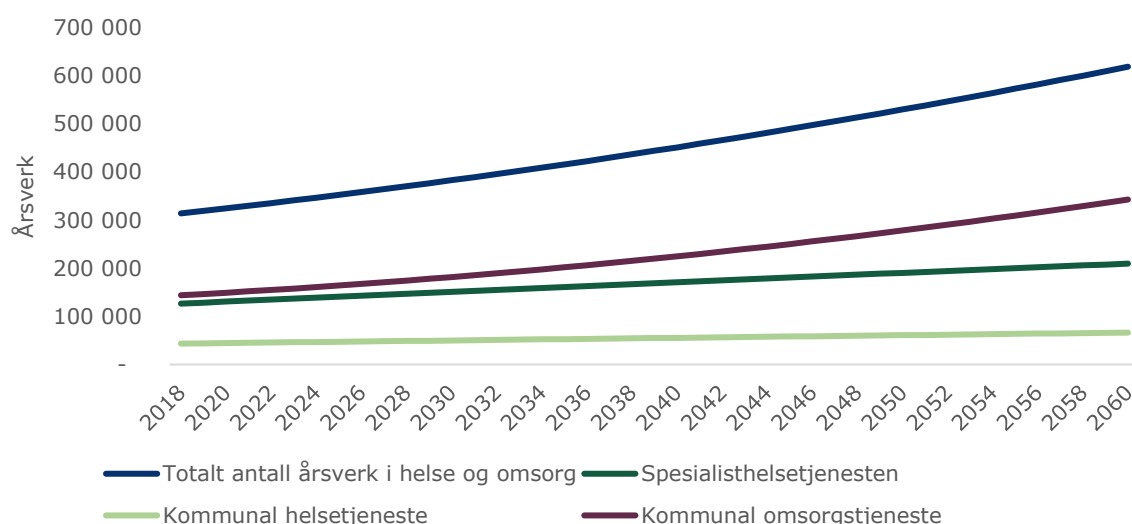
En viktig forklaring på hvorfor den norske helsesektoren er blant de beste i verden er at vi bruker mye ressurser på helse- og omsorgstjenester per innbygger, sammenlignet med mange andre land. I en kombinasjon av flere faktorer, som stadig større krav til kvalitet, har det blitt lagt press på kapasiteten i sektoren. Særlig er tilgangen på kvalifisert helsepersonell en knapp ressurs.

Behovet for helse- og omsorgstjenester er i ferd med å vokse fra kapasiteten som sektoren har til å levere tjenestene. Samtidig har det lenge vært varslet at vi står overfor et taktskifte med akselererende vekst i behovet for helse- og omsorgstjenester i årene fremover.

4.2.1 Analyser av fremtidig etterspørsel etter arbeidskraft

Den fremtidige etterspørselen etter helsetjenester har vært gjenstand for et omfattende analysearbeid i en rekke tidligere rapporter. Mest fremtredende er SSBs framskrivninger som oppdateres hvert femte år, sist i 2019.¹³ I denne rapporten estimeres det at antall årsverk i helse- og omsorgssektoren vil øke fra 308 000 i 2018 til henholdsvis 415 000 og 618 000 i 2035 og 2060. I et slikt scenario vil andelen av arbeidsstyrken som er sysselsatt i helse- og omsorgssektoren øke fra dagens 13 prosent til 18 prosent i 2035 og 29 prosent i 2060.

Figur 4.6: Referansebanen for fremtidig behov for årsverk i helse og omsorg. Kilde: SSB 2019



¹¹ Barber et al. (2017) og Fullman et al. (2018)

¹² Det globale sykdomsbyrdeprosjektet (gjerner forkortet GBD) er et globalt, beskrivende epidemiologisk prosjekt, der man systematisk og vitenskapelig tallfester både helsetap og død som følge av sykdommer, skader og risikofaktorer.

¹³ Hjemås mfl. (2019): Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB

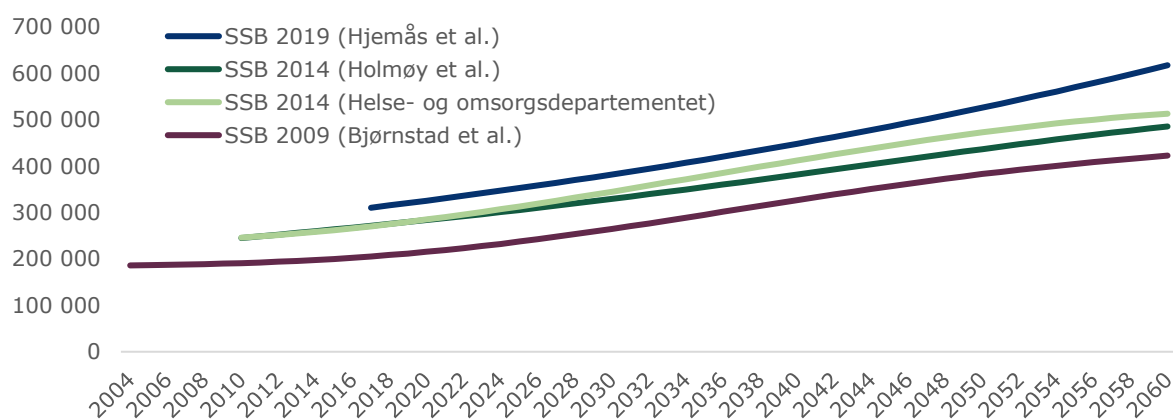
Hjemås m.fl., forskerne bak SSB-studien fra 2019, fordeler behovet for årsverk på spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.2.2 Tidligere analyser av fremtidig etterspørsel etter arbeidskraft

Også i SSBs framskrivninger av etterspørsel etter arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, fra 2009 og 2014, estimeres det en sterk vekst i etterspørselen etter helsetjenester og store utfordringer for de offentlige statsfinansene.¹⁴ Analysen fra Holmøy mfl. (2014) konkluderer blant annet med at deres mest plausible framskrivning vil gi en så sterk vekst i helse- og omsorgssektorens andel av samlet sysselsetting og skattegrunnlag, at det «vil medføre radikale og gjennomgripende endringer i norsk økonomi».

De tre analysene har til felles at de ser en sterk vekst i behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, men det er likevel forskjeller både i arbeidskraftsbehovet som estimeres, samt i sentrale antagelser som analysene bygger på.

Figur 4.7: Referansebanen for fremtidig behov for årsverk i helse og omsorg i tidligere SSB-analyser



Det er relativt store forskjeller mellom de ulike referansebanene. En del av forskjellene kan forklares med forskjeller i hva som legges i begrepet «referansebane». Eksempelvis argumenterer Holmøy mfl. for referansebanen som et alternativ der variabler som for eksempel tjenestestandard og brukerfrekvenser holdes konstant over tid. I denne analysen tolkes dermed referansebanen ikke som et uttrykk for hva som anses som mest sannsynlig, men som et sammenligningsgrunnlag for alternative – ofte mer realistiske – framskrivninger.

Ettersom mange likevel vil tolke referansebanen som det mest sannsynlige alternativet, har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en egen referansebane som er lagt til analysen fra Holmøy m.fl. I Helse- og omsorgsdepartementets referansebane er det i større grad lagt vekt på at referansebanen skal reflektere en realistisk utviklingsbane.

Referansebanene i analysen fra Bjørnstad mfl. kan tolkes på samme måte som referansebanen til Holmøy mfl., mens referansebanen til Hjemås mfl. representerer, i likhet med Helse- og omsorgsdepartementets referansebane, det som ansees som den mest sannsynlige utviklingsbanen.

¹⁴ Bjørnstad mfl. (2009): Behov for helsepersonell: Demografiske og økonomiske rammebetingelser, Holmøy mfl. (2014): Behovet i arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover

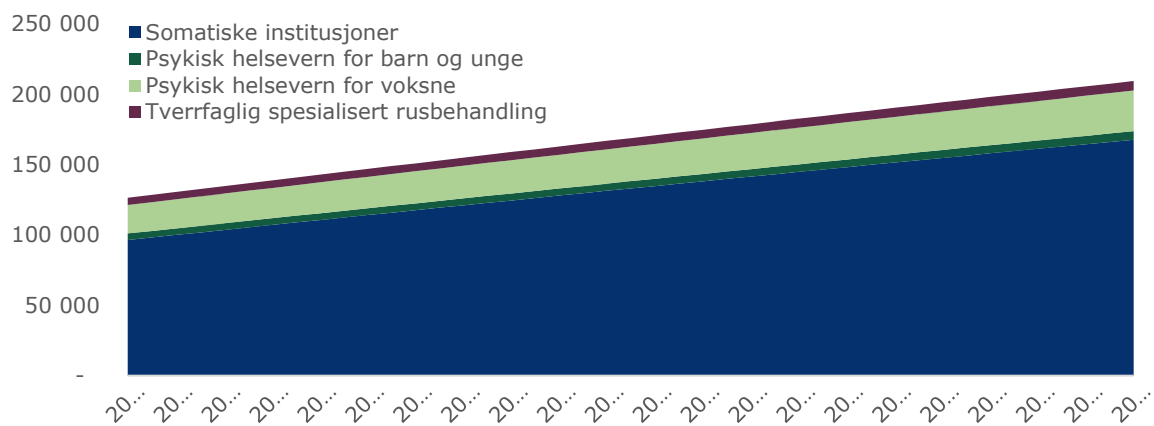
4.2.3 Forventede bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten

SSBs analyse av fremtidig bemanningsbehov er brutt ned på ulike deler av spesialist- og kommunehelsetjenesten.¹⁵ I spesialisthelsetjenesten estimeres det at bemanningsbehovet vil øke med om lag 35 000 årsverk fra 2018 og frem mot 2035. Mot 2060 forventes det et behov for ytterligere 50 000 årsverk. Fram mot 2035 innebærer dette en gjennomsnittlig årlig bemanningsvekst på 1,4 prosent.

Som figuren nedenfor viser, er det innenfor de somatiske institusjonene hvor det estimeres et behov for 30 000 nye årsverk mot 2035, en vekst på 31 prosent sammenlignet med bemanning i 2018. Dette innebærer at den årlige veksten i bemanning estimeres til 1,6 prosent.

Også innenfor de andre områdene av spesialisthelsetjenesten estimeres det at bemanningsbehovet vil fortsette å vokse. Innenfor psykisk helsevern, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det estimert et behov for 5 000 nye årsverk mot 2035.

Figur 4.8: Referansebanen for fremtidig bemanning i spesialisthelsetjenesten. Kilde: SSB 2019



4.2.4 Forventede bemanningsbehov i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I kommunene forventer SSB at det samlede bemanningsbehovet i helse og omsorg vil øke fra om lag 190 000 årsverk i 2018 til nærmere 255 000 årsverk i 2035 og videre til 410 000 årsverk i 2060.¹⁶

I SSBs analyse gjøres det et skille mellom kommunal helse og kommunal omsorg. Her omfatter *kommunal helse* tjenester som ligger under fastlege, fysioterapi, helsestasjon og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. *Kommunal omsorg* defineres av SSB til hjemmetjenesten, kort- og langtids institusjonspleie, samt dagaktivisering. Årsaken til SSBs skille er ulike forventinger til hvilke faktorer som vil drive veksten i årsverk, og ikke hvilken type kompetanse som etterspørres. Eksempelvis vil årsverkene innenfor kommunal omsorg i stor grad kreve helsefaglig kompetanse, som sykepleiere og helsefagarbeidere.

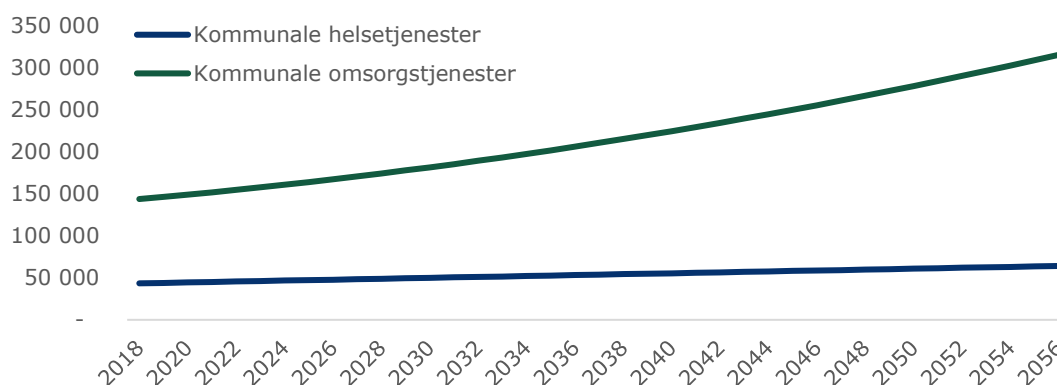
Det er innen de kommunale omsorgstjenestene at den sterkeste veksten forventes. Her estimeres det at den samlede årlige veksten i bemanningsbehov vil ligge på om lag to prosent, som fram mot 2035 vil resultere i et behov for nesten 60 000 flere årsverk enn i 2018.

¹⁵ Hjemås mfl. (2019): Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB

¹⁶ Hjemås mfl. (2019): Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB

Av dette står økt bemanningsbehov i hjemmetjeneste og langtids institusjonspleie for om lag 25 000 årsverk hver, mens korttids institusjonspleie og dagaktivisering står for den resterende økningen.

Figur 4.9: Referansebaner for fremtidig bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: SSB 2019



Totalt forventer SSB at det samlede bemanningsbehovet i kommunale helsetjenester vil øke med 10 000 årsverk fra 2018 til 2035, en årlig vekst på ca. 1,1 prosent.

4.2.5 Underliggende drivkrefter og betydning for fremtidig bemanningsbehov

I forrige delkapittel ble det presentert framskrivninger for det som ansees som den mest sannsynlige utviklingen for fremtidig etterspørsel etter arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren. Prognoser for fremtidig utvikling og behov vil alltid være forbundet med usikkerhet. Det er derfor viktig å ha en forståelse av hva som er de viktigste underliggende drivere for fremtidig vekst, og hva som er utfallsrommet gitt usikkerheten.

SSB legger til grunn fem ulike drivere for sine framskrivninger; demografiske endringer, endringer i helsetilstand, standardforbedring, pårørende- og familieomsorg, samt produktivitetsvekst.¹⁷ Her beskriver vi de fire første driverne med fokus på deres betydning for fremtidige bemanningsbehov i helse- og omsorgssektoren. Produktivitetsvekst beskrives senere som én av tre muligheter for å komme etterspørselsbehovet i møte.

4.2.5.1 Demografiske endringer

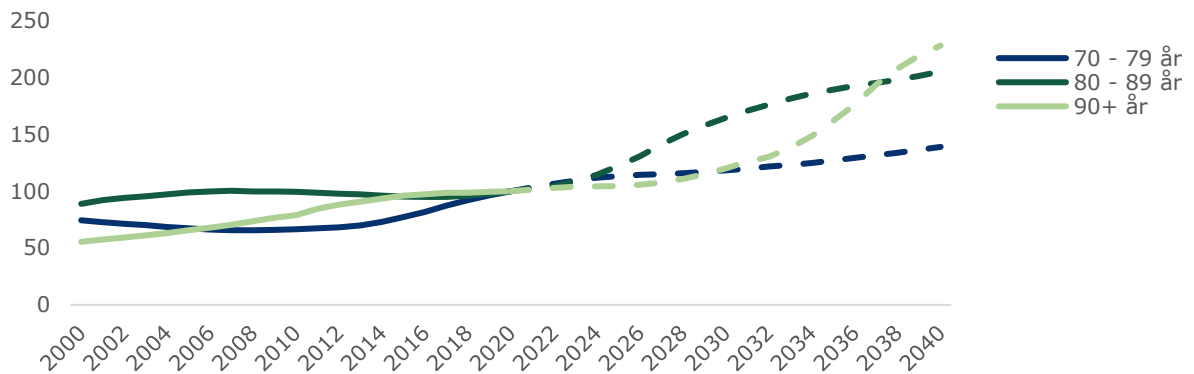
De demografiske endringene, med en stadig større og eldre befolkning, er den viktigste enkeltdriveren for det økende behovet for helsetjenester.¹⁸ Selv om dette er endringer som ligger utenfor helse- og omsorgssektorens kontrollområde, er det likevel sentralt å forstå hvordan demografisk utvikling påvirker fremtidig bemanningsbehov og implikasjoner for utfordringsbildet.

De siste 20 årene har antallet personer eldre enn 70 år økt med 30 prosent. Etter 2020 tiltar denne trenden i styrke, og antall personer forventes å øke med mer enn 60 prosent mot 2040. Veksten er spesielt sterk for aldersgruppene 80 – 89 år og eldre enn 90 år.

¹⁷ Hjemås mfl. (2019): Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB

¹⁸ Hjemås mfl. (2019): Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB

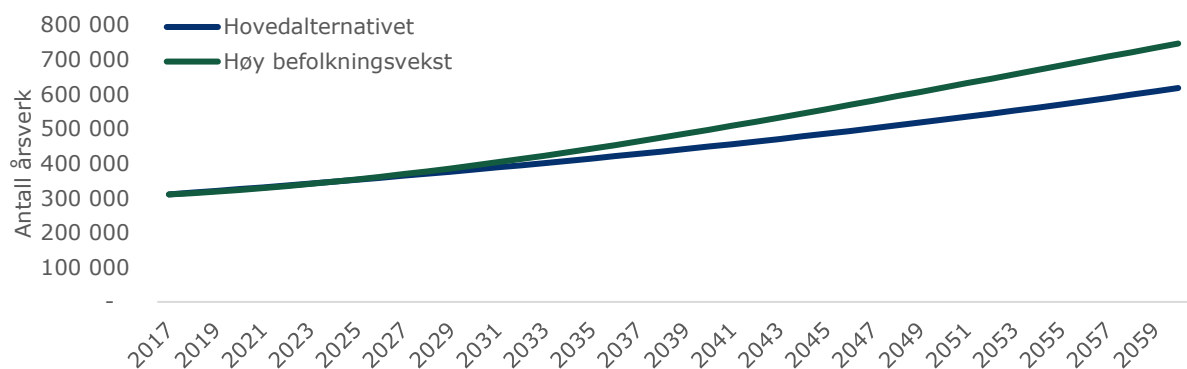
Figur 4.10: Indeksert utvikling i antall eldre i Norge 2000 til 2020 og forventet videre utvikling mot 2040. 2020=100. Kilde: SSB



I referansebanen til Hjemås mfl. er *Hovedalternativet* (MMMM) i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2018 lagt til grunn. De viser også hvordan etterspørselen etter arbeidskraft vil endres hvis det såkalte *Høyalternativet* i stedet legges til grunn i analysen.

Som figuren nedenfor viser, vil en slik demografisk utvikling innebære en vesentlig høyere etterspørsel etter årsverk. Isolert sett vil et scenario med høy befolkningsvekst føre til at det forventede behovet for årsverk øker. I 2035 gir dette en økning på 27 000 årsverk, tilsvarende 6,8 prosent, høyere enn referansebanen. I 2060 er den tilsvarende økningen om lag 128 000 årsverk, tilsvarende 20,6 prosent.

Figur 4.11: Illustrert utvikling i etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren for ulike demografisk utvikling. Kilde: Hjemås mfl. (2019)



SSB har ikke inkludert andre alternativer for demografisk utvikling i analysen sin, men en naturlig antagelse vil være at lav befolkningsvekst vil redusere behovet for antall årsverk. Vi vil imidlertid advare mot å trekke slutningen at en lavere befolkningsvekst i så fall vil virke dempende på utfordringene knyttet til fremtidig kapasitet i sektoren. Mangelen på vekst i de yngre aldersgruppene vil i *Lavalternativet* føre til at personer eldre enn 70 år utgjør en større andel av befolkningen sett i forhold til *Høyalternativet*. Det kan derfor argumenteres for at lav befolkningsvekst likevel gir større kapasitetsutfordringer enn høy befolkningsvekst, selv om det vil kreve færre årsverk.

Den demografiske utviklingen vil påvirke ulike deler av helse- og omsorgssektoren ulikt. Det er bemanningsbehovet i kommunale omsorgstjenester som er mest sensitivt for den demografiske utviklingen. Eksempelvis vil høy befolkningsvekst innebære ti prosent høyere bemanningsbehov i langtids institusjonspleie, sammenlignet med referansebanen, i 2035. For spesialisthelsetjenesten

estimeres bemanningsbehovet å være 4 prosent høyere enn referansebanen i 2035 med en høy befolkningsvekst.

4.2.5.2 Endring i helsetilstand

Uavhengig av de demografiske endringene pågår det også en endring i befolkningens helsetilstand. I likhet med den demografiske utviklingen er dette også en utvikling som i stor grad ligger utenfor helsesektorens kontroll, men som like fullt har store implikasjoner for fremtidig bemanningsbehov i sektoren. Det er derfor viktig å forstå hvordan ulik utvikling kan påvirke bemanningsbehovet ulikt, samt hvilke deler av helsesektoren som er mest sensitive for endringer i denne driveren.

I 1980 pekte den amerikanske epidemiologen J.F. Fries på at eldre var blitt stadig friskere, og lanserte teorien om «*compression of morbidity towards the end of life*». Fries' hypotese gikk ut på at menneskets naturgitte levealder var 85 år og at flere og flere ville leve sin tilmålte tid i god helse og så dø etter kort tids sykdom. Hypotesen har ført til mye diskusjon og møtt mye motstand, men 40 år senere gir litteraturen fortsatt ikke noe entydig svar på hvilken virkning økt levealder har på utvikling i helsetilstand eller implikasjonene for etterspørsel etter helsetjenester.

Diskusjonen kan samles i tre hovedhypoteser om sammenhengen mellom økt levealder og utvikling i helsetilstand:

1. **Forlenget sykkelighet:** Når levealderen i befolkningen øker, øker antall syke år like mye som eller mer enn antall leveår.
2. **Utsatt sykkelighet:** Når levealderen øker, øker også antall friske leveår, enten ved at antall friske år øker like mye som levealderen, eller ved at økt levealder gir både flere friske år og flere syke år.
3. **Forkortet sykkelighet:** Når levealderen øker, vil antall friske leveår øke mer enn økningen i antall leveår.

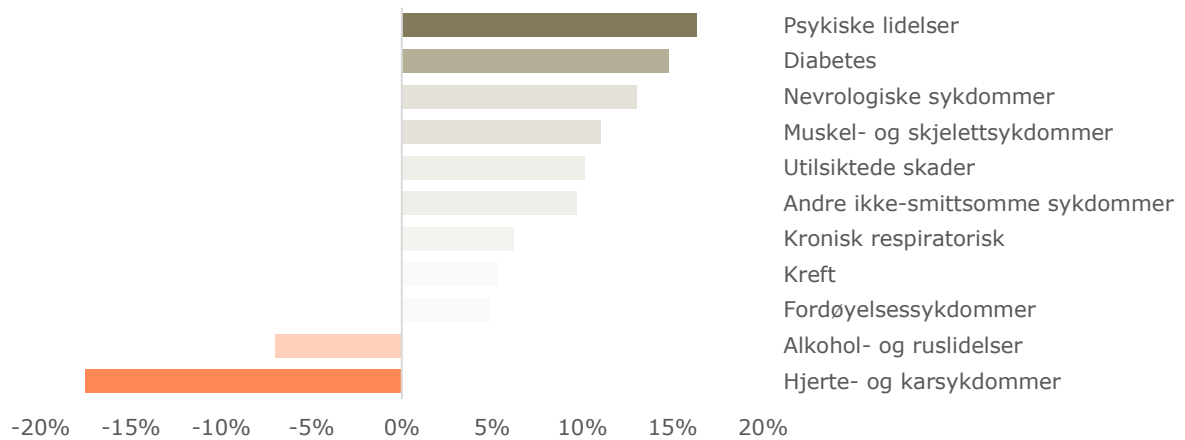
I en nylig rapport fra FHI om framtidens utfordringer for folkehelsen står det at den jevne nedgangen i dødelighet og sykkelighet som vi har sett i perioden mellom 1990 og 2019, altså en stadig friskere befolkning totalt sett, ikke ser ut til å fortsette.¹⁹

Helsetilstanden i befolkningen vil kunne endre seg ulikt, med forskjeller innenfor eksempelvis alders- og sosioøkonomiske grupper. Blant annet mottar et stadig større antall unge behandling for psykiske lidelser.²⁰ Psykiske lidelser er også et av sykdomsområdene som vokser raskest (se figuren nedenfor). Det er likevel sammenhengen mellom økt levealder og sykkelighet som får mest oppmerksomhet i denne sammenheng.

¹⁹ Folkehelseinstituttet (2022): Framtidens utfordringer for folkehelsen: Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer

²⁰ Surén (2018): Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før?

Figur 4.12: Prosentvis endring i sykdomsbyrde, målt som tapte gode leveår for utvalgte tilstander mellom 2004 og 2017. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

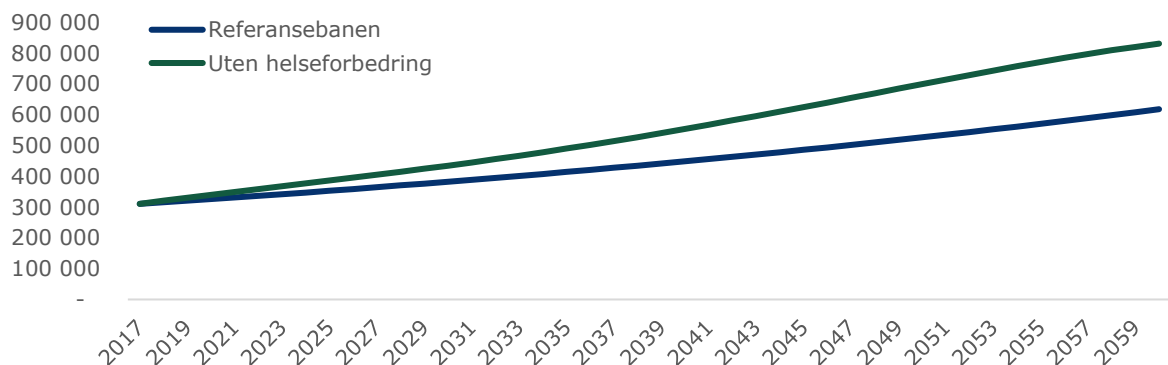


Data fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet viser at mens den aldersjusterte betydningen av dødelighet har falt, har det samtidig vært en vekst i det ikke-dødelige helsetapet. Sykdommer som tidligere innebar tidlig død, for eksempel hjerte- og karsykdommer og kreft, har i større grad blitt kroniske sykdommer som folk lever med.²¹ I tillegg har det vært en vekst i sykdomsbyrden fra ikke-dødelige sykdommer, som for eksempel muskel- og skjelettsykdom og psykiske lidelser.

Litteraturen gir ikke et entydig svar på om *forlenget, utsatt eller forkortet* sykkelighet vil være den dominerende effekten av økt levealder.²² Samtidig har dette store implikasjoner for fremtidig etterspørsel etter helsetjenester. Hjemås mfl. har lagt til grunn en antagelse om utsatt sykkelighet, der helsetilstanden for personer eldre enn 55 år bedres i takt med avtakende dødelighet.

En utvikling med forlenget sykkelighet vil medføre en sterk økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Som vist i figuren nedenfor, forventes en utvikling uten helseforbedring å føre til større bemanningsbehov enn hva som er tatt høyde for i SSBs referansebane. Isolert sett vil det gi en økning på ytterligere 48 000 årsverk i 2035 og 137 000 årsverk i 2060.

Figur 4.13: Illustrert utvikling i etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren for ulike utvikling i helsetilstand. Kilde: Hjemås mfl. (2019)



Økningen i bemanningsbehovet er imidlertid ikke jevnt fordelt. Sammenlignet med referansebanen forventes en utvikling uten helseforbedring å gi behov for 5 500 ekstra årsverk i

²¹ Folkehelseinstituttet (2018): Folkehelse i Norge 1814 - 2014

²² Hjemås mfl. (2019): Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB

de somatiske institusjonene. Dette vil øke den årlige bemanningsveksten mot 2035 til 2 prosent, opp 0,3 prosentpoeng fra referansebanen. For øvrige spesialist- eller kommunehelsetjenester forventes ikke en alternativ endring i helsetilstand å påvirke bemanningsbehov. I den kommunale omsorgstjenesten vil imidlertid fravær av helseforbedring gi store utslag i bemanningsbehovet, spesielt i institusjonspleie. Isolert sett forventes en slik utvikling å gi behov for ytterligere 47 000 årsverk i kort- og langtids institusjonspleie, sammenlignet med referansebanen. I tillegg forventes 20 000 årsverk ekstra i hjemmetjenesten. For kommunal omsorg gir dette en årlig bemanningsvekst på 3,9 prosent fra 2018 til 2035.

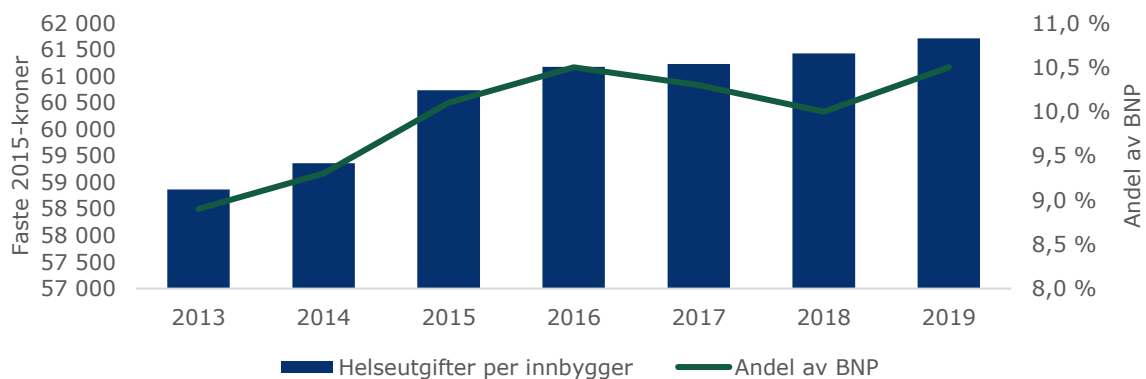
4.2.5.3 Standardforbedring

I 1993 beskrev tidsskriftet *The Economist* helsetjenester som et gode der etterspørsel vil øke overproposjonalt med landets vekst i rikdom. Senere har dette også blitt vist empirisk i en rekke ulike studier at jo høyere BNP per innbygger et land har, jo høyere andel av BNP går til helsetjenester.²³

Som driver for etterspørsel har standardforbedring en tendens til å bli vurdert som mindre utfordrende for helsetjenestens bærekraft enn andre etterspørselsdrivere. Dette kan forklares med at dette er forhold som i større grad er underlagt sektorens egen kontroll. Ettersom Norge har blant verdens beste helsetjeneste, blir det ofte stilt spørsmål ved hvor vidt det er strengt nødvendig med ytterligere standardforbedring.

Forventning til standardforbedring kan også til en viss grad være tilbudsdrivet, det vil si at etter hvert som helse- og omsorgssektoren kommer opp med nye og bedre behandlingsmetoder, øker forventningene i befolkningen. I praksis ser vi at kravet til standardforbedringen i stor grad drives av forhold utenfor sektoren, slik som for eksempel inntektsvekst.²⁴ Å ikke møte denne etterspørselen gjennom det offentlige helsevesenet kan få uheldige konsekvenser som sosiale ulikheter («todelt helsevesen» for de som har ressurser til å betale selv og de som ikke har det) og samfunnsøkonomisk tap i form av reduksjon av arbeidsstyrken og skatteinngang ved at pårørende i større grad supplerer helse- og omsorgssektoren med sin innsats.

Figur 4.14: Utvikling i helseutgifter som andel av BNP i Norge 2006-2019. Kilde: SSB



En antagelse om at tjenestestandarden i helsesektoren skal fortsette å øke også i fremtiden er både omdiskutert og av stor betydning for fremtidig behov for årsverk i sektoren. Bjørnstad mfl. viste til at det i Norge og andre land har vært en sterk positiv korrelasjon mellom økende levestandard og kvaliteten på offentlige helse- og omsorgstjenester. Det vanligste i internasjonale

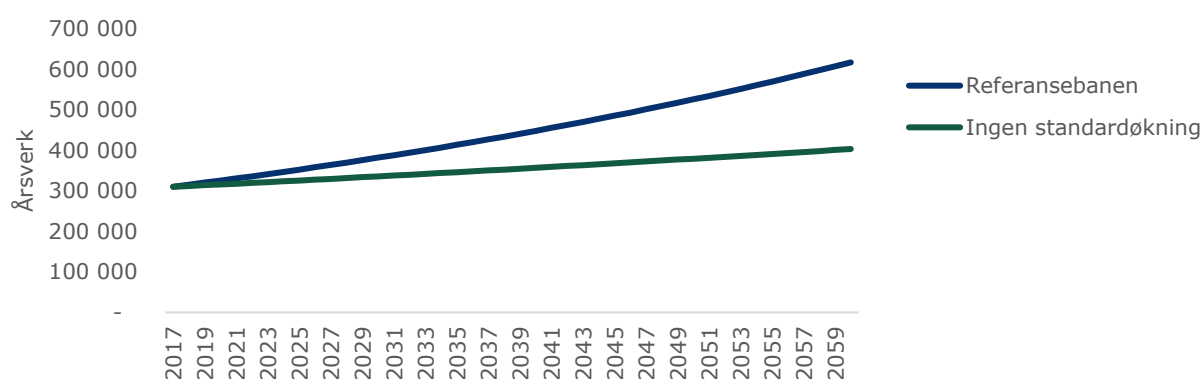
²³ Se f.eks. I en OECD-studie av de la Maisonroue og Oliveira Martins (2014): *The future of health and long-term care spending*, og i en SSB-studie av Ringdal (2010): *Etterspørsel etter helsegoder - en litteraturoversikt og metaregresjonsanalyse*

²⁴ Dette diskuteres av bl.a. Hjemås mfl. (2019)

framskrivninger er å anta at standarden på helse- og omsorgstjenester vokser minst like raskt som BNP per innbygger.²⁵

Til forskjell fra de tidligere SSB-analysene, velger Hjemås mfl. å inkludere en fortsatt standardforbedring i deres framskriving. Referansebanen inkluderer en årlig standardforbedring på 1 % og beskrives som den mest sannsynlige utviklingen i etterspørsel etter arbeidskraft i sektoren. I tillegg er det skissert en utviklingsbane uten standardforbedring, som gir en lavere vekst i behovet for årsverk, som vist i figuren nedenfor.

Figur 4.15: Illustrert utvikling i etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren for ulike utvikling i helsetilstand. Kilde: Hjemås mfl. (2019)



SSB estimerer at en utvikling uten standardforbedring, sammenlignet med en prosent årlig standardforbedring i referansebanen, gir en mer dempet bemanningsvekst. I 2035 gir denne utviklingen behov for nesten 80 000 færre årsverk i helse og omsorgssektoren, sammenlignet med referansebanen.

4.2.5.4 Uformell pleie og pårørendeansvar

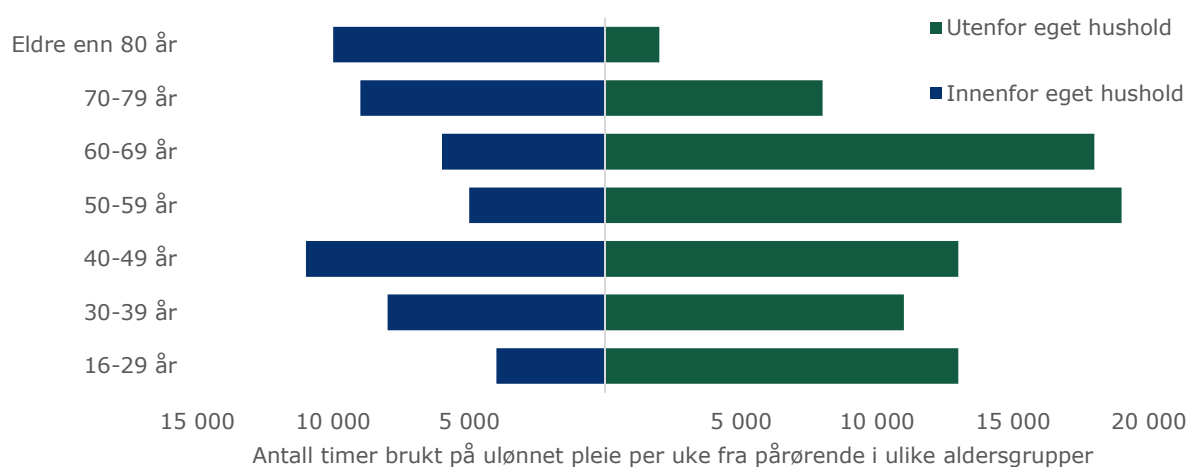
Ved siden av årsverkene som ytes av helsepersonell, ligger det en tung arbeidsbelastning på pårørende til syke og pleietrengende. Den uformelle omsorgen forstås som innsats fra pårørende som regelmessig yter praktisk hjelp eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor og/eller innenfor husholdningen. Siden det meste av hjelpen gis innenfor nær familie omtales den gjerne som familieomsorg.

Ethvert anslag på omfanget av ulønnet omsorg vil ha et relativt svakt informasjonsgrunnlag. Den beste informasjonen kommer fra Levekårsundersøkelsen, utført av SSB i 2008, 2012 og 2015. Med utgangspunkt i resultatene fra denne undersøkelsen estimerer SSB at familieomsorg står for 90 000 årsverk, men at omfanget også kan utgjøre så mye som 136 000 årsverk i 2017.²⁶ Til sammenligning utgjorde den formelle årsverksinnsatsen i hjemme- og institusjonsomsorgen 141 000 årsverk i 2017. Det er personer i alderen 40 til 69 år som i gjennomsnitt yter mest familieomsorg, noe som kan forklares med at det er i denne aldersgruppen at man finner barna til de mest pleietrengende.

²⁵ Bjørnstad mfl. (2009): Behov for helsepersonell: Demografiske og økonomiske rammebetingelser. Inntektseffekten er relativt mye studert og Holmøy et al. (2014) gir en oversikt over mye av litteraturen på området.

²⁶ Hjemås et al. (2019)

Figur 4.16: Anslått antall timer ulønnet hjelp eller tilsyn per uke som ytes av ulike aldersgrupper innenfor eller utenfor eget hushold 2017. Kilde: SSB



Den videre utviklingen i familieomsorg er av stor betydning for framskrivinger av fremtidig antall lønnede årsverk i helse- og omsorgssektoren. Men til forskjell fra faktorer som demografi, helsetilstand og standardforbedring, er ikke familieomsorg en faktor som påvirker samfunnets etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Familieomsorg fungerer i stedet som en ventil for det behovet for helse- og omsorgstjenester som ikke dekkes av offentlige eller private tilbydere av disse tjenestene.

Et hovedtrekk ved den historiske utviklingen er at offentlige helse- og omsorgstjenester har erstattet mer og mer av familieomsorgen ved å overta en stadig større andel av pleie- og omsorgsbehovet.²⁷ Dette har sitt motstykke i økt lønnsarbeid blant kvinner. Koren (2012) beskriver hvordan ordninger for likestillings- og familiepolitikk har bidratt til både å stimulere kvinners yrkesdeltakelse, samtidig som utbyggingen av velferdsstaten også har skapt etterspørsel etter arbeidskraften. På denne måten har velferdsstatsutbyggingen bidratt til at omsorgsoppgaver som kvinner tradisjonelt utførte i hjemmet har blitt flyttet til markedet. Institusjonaliseringen av helse- og omsorgsoppgaver har dermed bidratt til å stimulere kvinners arbeidsdeltakelse.

Overføringen av kvinners arbeidskraft fra den uformelle til den formelle økonomien har ikke bare vært viktig for likestilling, men også for norsk BNP.²⁸ Institutt for samfunnsforskning (2016) har beregnet at ti prosent av BNP-veksten i Norge mellom 1972 og 2003 kan føres tilbake til økt kvinnelig sysselsetting.

I en rapport fra 2014 vises det at eldre pleietrengende som har en sønn, mottar i gjennomsnitt to timer mer offentlig omsorg enn eldre pleietrengende som har en datter.²⁹ Dette støtter opp om at familieomsorg og offentlig tjenestetilbud i stor grad kan erstatte hverandre. Mens ansvarsoverføringen historisk har gått fra familieomsorg til helsevesenet, vil den forestående kapasitetsmangelen i helsevesenet kunne snu om på denne trenden. Dette kan få uønskede følger knyttet til blant annet verdiskaping, arbeidsdeltakelse og likestilling, samt sosial og økonomisk ulikhet. Samtidig kan det være en bidragsytende faktor til at kvinner velger å jobbe deltid. Dessuten vil overføring av omsorgsansvar fra yrkesprofesjonelle til familie og pårørende både gi lavere kvalitet og utføres mindre effektivt.

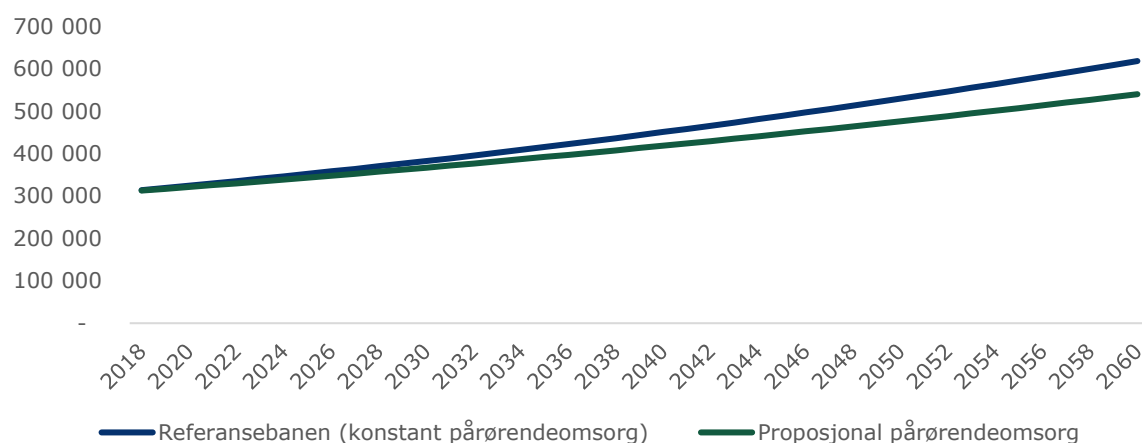
²⁷ Hjemås et al. (2019)

²⁸ Påpekt av bl.a. Jens Stoltenberg: <https://www.aftenposten.no/norge/i/3JOEv/kvinnejobber-mer-verdt-mer-enn-oljen>

²⁹ Berge mfl. (2014): Formell og uformell omsorg. Samspillet mellom familien og velferdsstaten. NOVA

I SSB sin referansebane for etterspørsel etter antall årsverk i helse og omsorg, tar de utgangspunkt i en konstant familieomsorg på 90 000 årsverk. Det vil si at familieomsorgen er antatt uendret i framskrivningene til 2060. SSB har beregnet et scenario der den eneste forskjellen fra referansebanen er at familieomsorgen øker proporsjonalt med det offentlige tilbudet. Dette scenarioet fører til lavere vekst i behovet for årsverk, som illustrert i figuren nedenfor.

Figur 4.17: Illustrert utvikling i etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren for ulik utvikling i pårørendeomsorg. Kilde: SSB



SSB estimerer at en utvikling med proporsjonal vekst i pårørendeomsorg, til sammenligning med referansebanen, fører til redusert behov for årsverk i helse- og omsorgssektoren med henholdsvis 23 000 og 78 000 årsverk i 2035 og 2060. Det vil si et behov på 392 000 årsverk i 2035 og 540 000 årsverk i 2060.

Utviklingen i pårørendeomsorg vil i første rekke påvirke bemanningsbehovet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesielt gjelder dette for hjemmetjenesten. Pleien og oppgavene som de pårørende yter er i stor grad mye av de samme som helsepersonell i hjemmetjenesten. Eventuelle endringer i de forventede behovene for bemanning som følge av utvikling i pårørendeomsorg, vil dermed tilfalle den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.3 Vurdering av utfordringsbildet

Et raskt økende behov for helsetjenester skaper flere typer utfordringer i helse- og omsorgssektoren. En sentral utfordring er balansen mellom et økende behov for arbeidskraft og å sikre at omfanget er økonomisk bærekraftig.

Vi står overfor et krevende utfordringsbilde knyttet til bemanning både innenfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Samtidig utspiller utfordringene seg ulikt for mulige scenarioer for fremtidig utvikling, samt at det treffer ulike deler av helse- og omsorgssektoren.

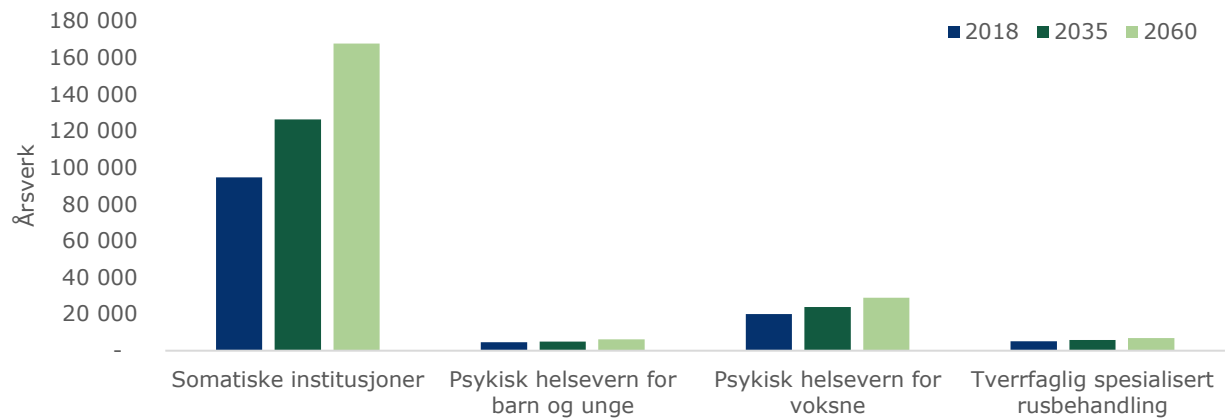
4.3.1 Bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er det innenfor de somatiske institusjonene ventet sterkest vekst, både prosentvis og i antall årsverk. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling forventer SSB også en vekst, men svakere enn innen somatikk. Det er nylig utviklet en modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som går nærmere inn

på behovet på dette området frem mot 2040.³⁰ Modellen viser en flat utvikling i antall liggedøgn, men en sterk vekst i polikliniske konsultasjoner.

Figur 4.18: Referansebanen for utvikling i etterspørsel etter arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten mot 2060.

Kilde: SSB

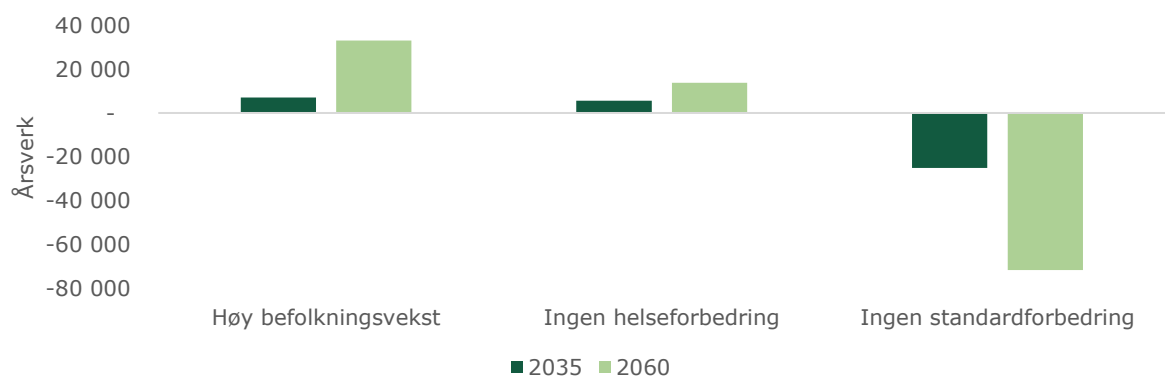


I lys av de ulike underliggende driverne for etterspørsel etter arbeidskraft, ser vi hvordan de ulike driverne demper eller øker etterspørselen etter bemanning i spesialisthelsetjenesten. Demografisk utvikling og endring i helsetilstand vil eksempelvis kunne bidra til å øke bemanningsbehovet. I SSBs scenario vil dette isolert sett kunne føre til et bemanningsbehov som er henholdsvis tre og fire prosent høyere enn i referansebanen. Her skjer veksten i hovedsak innenfor somatikk. Det er viktig å poengtere at driverne kan virke simultant, slik at en kan få et scenario med både høy befolkningsvekst og uten helseforbedring.

Det viktigste poenget å trekke fra SSBs scenarioer er at fremtidig bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten påvirkes av faktorer som demografisk utvikling og endring i helsetilstand, men er ikke veldig sensitivt for disse endringene. Bemanningsbehovet er imidlertid langt mer sensitivt for endringer i standardforbedring.

En utvikling uten standardforbedring, vil ifølge SSB isolert sett dempe bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten med 16 prosent.

Figur 4.19: Endring fra referansebanen for bemanning i spesialisthelsetjenesten ved alternativ utvikling i underliggende drivere. Kilde: SSB



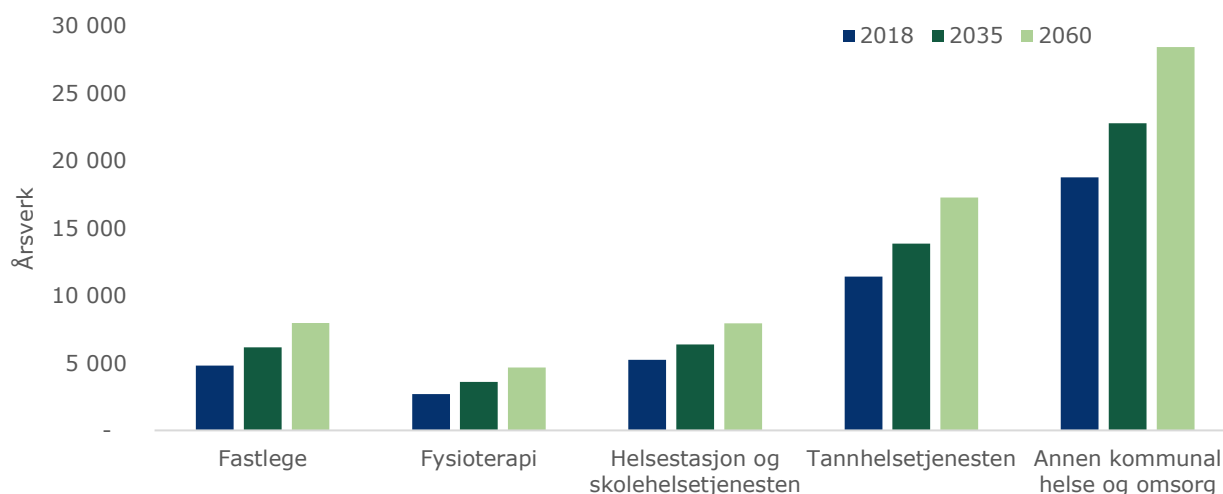
³⁰ <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>

4.3.2 Bemanningsutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I denne delen skiller vi mellom kommunal helsetjeneste på den ene siden og kommunal omsorgstjeneste på den andre siden. Årsaken er at det er distinkte forskjeller i bemanningsutfordringene mellom de to tjenesteområdene. Samtidig finnes det flere fellestrekk. Blant de viktigste fellestrekkene er den geografiske dimensjonen. I tillegg til en sterk aggregert bemanningsvekst, blir utfordringene mer komplisert ved at arbeidskraft og kompetanse også må være geografisk disaggregert. Det betyr at det ikke er tilstrekkelig tilgang på arbeidskraft og kompetanse samlet sett i Norge. For å kunne levere helse- og omsorgstjenester må årsverkene fordeles over hele landet. Dette innebærer en stadig økende utfordring i distriktene. Som leder av Demografiutvalget advarer Victor Norman om at Distrikts-Norge kan bli «*et gamlehjem i naturskjønne omgivelser*».³¹

Det er forventet en nokså jevn vekst fordelt på de ulike områdene av den kommunale helsetjenesten. Mot 2035 er det ventet sterkest økning i kategorien «annen kommunal helse og omsorg» målt i antall årsverk. I prosent er veksten sterkest i behovet for fysioterapeuter, men lavest vekst i antall.

Figur 4.20: Referansebanen for utvikling i etterspørsel etter arbeidskraft i kommunal helsetjeneste mot 2060. Kilde: SSB

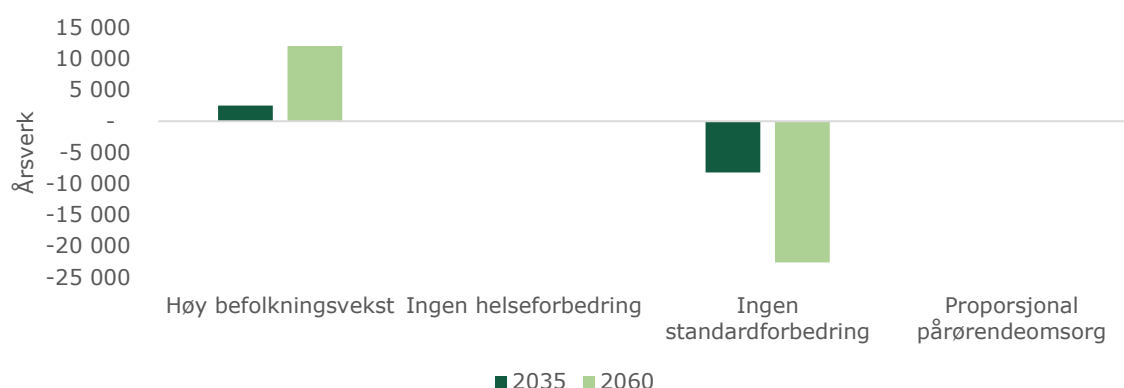


I henhold til SSBs fremskrivninger, vil demografiske endringer påvirke etterspørsel etter kommunale helsetjenester. Eksempelvis vil høy befolkningsvekst gi en etterspørsel som er forventet fem prosent høyere enn referansebanen i 2035. En utvikling uten standardforbedring vil, ifølge SSB, isolert sett dempe bemanningsbehovet i den kommunale helsetjenesten med 16 prosent.

Et viktig poeng fra den kommunale helsetjenesten er at usikkerheten i SSBs prognoser, reflektert gjennom de underliggende driverne, er relativt lav.

³¹ <https://www.nrk.no/norge/demografiutvalget-vil-teste-a-la-16-aringer-ta-lappen-1.15276025>

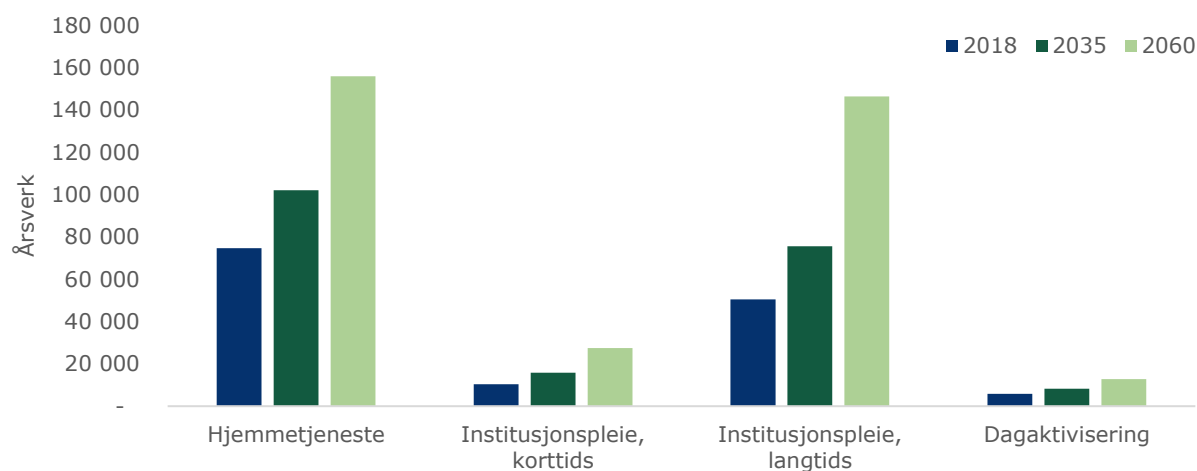
Figur 4.21: Endring fra referansebanen for bemanning i kommunal helsetjeneste ved alternativ utvikling i underliggende drivere. Kilde: SSB



Den kommunale omsorgstjenesten sysselsetter om lag tre ganger flere årsverk enn den kommunale helsetjenesten. Det er også i omsorgstjenestene at det er ventet sterkest prosentvis vekst, da også målt i antall årsverk.

Mot 2035 er det forventet sterk vekst i etterspørsel etter omsorgstjenester, med et økt bemanningsbehov på 60 000 årsverk. Behovet forventes å tilta videre i styrke frem mot 2060.

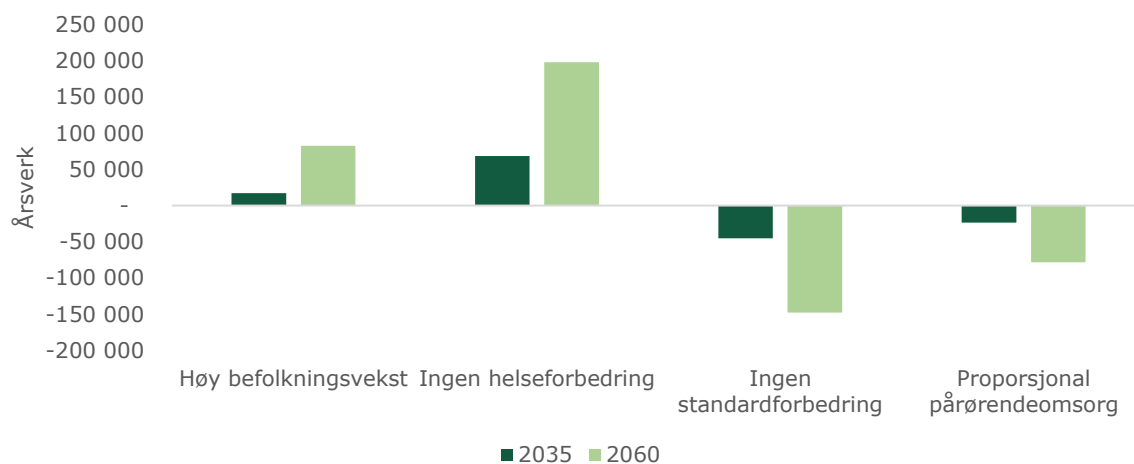
Figur 4.22: Referansebanen for utvikling i etterspørsel etter arbeidskraft i kommunal omsorgstjeneste mot 2060. Kilde: SSB



I SSBs framskrivninger er de kommunale omsorgstjenestene mer sensitive for endringer i de underliggende driverne. Dette innebærer relativt stor usikkerhet knyttet til fremtidig bemanningsbehov. Eksempelvis vil en demografisk utvikling med høy befolkningsvekst ifølge SSB alene gi behov for omtrent 17.000 årsverk mer enn referansebanen i 2035. På samme måte vil en utvikling uten helseforbedring gi behov for nær 70 000 flere kommunale omsorgsårsverk enn det referansebanen anslår for 2035. Videre mot 2060 vil disse to driverne gi en ytterligere vekst på henholdsvis 65 000 og 130 000 årsverk.

Behovet for omsorgstjenester vil også påvirkes av endringer i standardforbedring og pårørendeomsorg. Eksempelvis estimerer SSB at en utvikling uten standardforbedring vil gi behov for 45 000 færre årsverk enn i referansebanen i 2035, mens en utvikling med proporsjonal pårørende omsorg vil gi en redusert etterspørsel tilsvarende 23 000 årsverk i 2035.

Figur 4.23: Endring fra referansebanen for bemanning i kommunal omsorgstjeneste ved alternativ utvikling i underliggende drivere. Kilde: SSB



5. BESKRIVELSE OG VURDERING AV LØSNINGSDIMENSJONER

5.1 Innovasjon

Behovet for økt produktivitet, kapasitet og fleksibilitet i helse- og omsorgssektoren krever at oppgaver løses på nye måter og ved hjelp av nye løsninger. Her er det essensielt å spørre hvilket potensial som ligger i innovasjonsarbeid og i hvilken grad innovasjon kan bidra til å møte bemanningsutfordringene.



Innovasjon defineres som utviklingen og implementeringen av ny kunnskap og løsninger med samfunnsverdi. Begrepet er bredt, og overlapper med de resterende løsningsdimensjonene. Dette fordi teknologiske nyvinninger og endringer i arbeidstid, samhandling, organisering mm., nødvendigvis avhenger av innovasjon. I de følgende avsnittene om innovasjon som løsningsdimensjon, vil fokuset derfor ikke være på resultatet av innovasjonsprosessene som sådan. I stedet vil fokuset avgrenses til *innovasjonsprosessene*, nærmere bestemt hvordan relevante helseaktører jobber for systematisk utvikling og implementering av ny kunnskap og nye løsninger.

5.1.1 Drivere og barrierer for innovasjonsarbeid i helsesektoren

Systematisk innovasjonsarbeid i helse- og omsorgssektoren ble for alvor satt på dagsordenen i 2011, gjennom blant annet Hagen-utvalgets utredning *Innovasjon i omsorg*.³² Ti år senere peker eksisterende kunnskap allikevel på ressurstap i prosessene og et fortsatt stort potensial for mer sømløse og effektive innovasjonsprosesser. Litteraturen peker på særlig tre drivere og barrierer til vellykket innovasjonsarbeid i helsesektoren. For det første pekes det på viktigheten av, og mangelen på, endrings- og innovasjonskultur i tjenestene. Dernest følger mangelfull implementering av resultater og viktigheten av et økt fokus på gevinstrealisering. Til slutt pekes det på viktigheten av bedre samarbeid på tvers av relevante sektorer, aktører og tjenester knyttet til helse- og omsorgsfeltet.

Endrings- og innovasjonskultur

Primærhelsetjenesten har et stort potensial for å hente produktivitets-, kapasitets og fleksibilitetsgevinster gjennom innovasjon. Til tross for at NIFUs *Kartlegging av resultater av forskningsarbeidet og erfaringene med forsknings- og innovasjonsarbeid i kommunene* finner en markant økning i forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester, viser kartleggingen at norske kommuner er svært ulike med hensyn til å være involvert i eller drive forsknings- og innovasjonsarbeid.³³ Noe av forskjellen tilskrives størrelsen på kommunene, i hvilken grad de avsetter ressurser til forskning- og innovasjonsarbeid, og i hvilken grad det foreligger en struktur for arbeidet i kommunen.

I SINTEF-rapporten *Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren*, finner forskerne at tilstrekkelig økonomisk handlingsrom, god forankring av innovasjonsprosesser blant ledere, ansatte og brukere og lovverket for deling av personvernopplysninger oppleves som viktigere barrierer for effektive og systematiske innovasjonsprosesser.³⁴ Den største driveren og barrieren for systematisk innovasjonsarbeid, synes allikevel å være mangelen på endrings- og innovasjonskultur i tjenestene. Meld. St. 29 (2012-2013) pekte tidlig på risikovillighet som den viktigste driveren til utvikling og

³² NOU 2011:11 (2011) Innovasjon i omsorg

³³ Wiig, Ole mfl. (2020) Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester

³⁴ Sørensen & Aastvedt (2019): Læring av feilslåtte innovasjoner; Hilland, Røvik & Hansen (2020): Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.

implementering av innovasjonsarbeid.³⁵ Samtidig preges kommunene og helseforetakene i for stor grad av en «nullfeilskultur», hvor ønsket om å eliminere feil og unngå merarbeid er større enn trangen til å innovere.³⁶ Det blir dermed sentralt å fortsette arbeidet med å skape en tydeligere endrings- og innovasjonskultur i tjenestene.

Implementering av resultater og realisering av gevinster

For å lykkes med innovasjonsprosesser er det nødvendig å jobbe systematisk med implementering av ny kunnskap og løsning gjennom de faktiske endringsprosessene. Til tross for stor, og voksende, innovasjonsiver i tjenestene, synes det utfordrende å hente ut faktiske gevinster gjennom innovasjonsprosessene.³⁷ Gevinstrealisering handler om å sørge for at de gevinstene som er forventet av innovasjonen faktisk blir realisert. Som i andre sektorer, handler innovasjonsprosesser i helse- og omsorgssektoren om å ta steg før og underveis i prosessen for å forsikre om at innovasjonsarbeidet forankres fortløpende, at løsningene implementeres hos alle relevante aktører og at kunnskapen og løsningene spres videre ut i samfunnet. Mangelen på gevinstrealisering knytter seg i hovedsak til at mange innovasjonsprosjekter ender i pilotgraven, en mangel på kumulativt fokus og komplementerende innovasjonsprosesser, og mangelfull implementering av ny kunnskap ut i samfunnet.

Gevinstrealisering krever et helhetlig og systematisk arbeid som starter allerede før beslutningen om å sette i gang endringsprosessene tas. Det er utviklet flere verktøy til hjelp for offentlige innovatører (se bl.a. Menon³⁸, Kvikk-guide til velferdsteknologi³⁹ og Helseinnovasjonsverktøyet⁴⁰). Allikevel peker litteraturen på betydelige hull i arbeidet med gevinstrealisering, både i offentlig sektor generelt og i primær- og spesialhelsetjenesten mer spesifikt. Menon argumenterer for at det offentlige i for liten grad lykkes med å implementere resultater av innovasjonsprosesser og i arbeidet for å realisere gevinster.⁴¹ Dette tilskrives i hovedsak fem kjennetegn ved offentlige endringsprosesser:

1. et til dels manglende fokus på gevinstrealisering blant offentlige aktører og manglende bevissthet om at arbeidet med gevinstrealisering bør foregå gjennom hele prosjektperioden
2. at det er mer utfordrende å hente ut gevinster fra forskningsrettede innovasjonsprosjekter
3. en uklar rollefordeling og noe lav samhandling mellom aktører som utvikler ideen og aktører som skal implementere ideen og høste gevinster
4. et utydelig skille mellom gevinstrealisering og spredning av innovasjon
5. til dels lite systematisk bruk av verktøy for å arbeide målrettet med gevinstrealisering underveis i prosjekter.

Innovasjon gjennom samarbeid på tvers

Gjennom flere stortingsmeldinger, perspektivmeldinger og utredninger har myndighetene bestemt at morgendagens helsetjenester skal utformes med henblikk på økt medvirkning fra pasienter, pårørende og samfunnet som sådan. Som påpekt av Hagen-utvalget, skaper dette et økt behov for innovasjonsarbeid på tvers av organisatoriske grenser. Dette inkluderer samarbeid kommuner imellom, på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten og på tvers av sektorer.⁴²

³⁵ Meld. St. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg.

³⁶ Sørensen & Aastvedt (2019); Hilland, Røvik & Hansen (2020).

³⁷ Jacobsen, F.F. (2022): Ti år med mer innovasjon i omsorgstjenestene?

³⁸ Menon Economics (2021): Gevinstrealisering av innovasjon i offentlig sektor.

³⁹ Nasjonalt Velferdsteknologi-program (2019): Kvikk-guide til velferdsteknologi.

⁴⁰ InnoMed (2022): Helseinnovasjonsverktøy.

⁴¹ Menon Economics (2021): Gevinstrealisering av innovasjon i offentlig sektor.

⁴² NOU 2020:13 (2020): Private aktører i velferdsstaten.

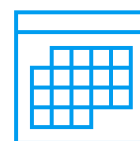
Mer utstrakt samarbeid mellom aktørene vil kunne bidra til å øke gevinstene av innovasjonsprosesser, eksempelvis gjennom kumulering. Aktørene står overfor de samme bemanningsutfordringene og behovet for økt produktivitet, kapasitet og fleksibilitet, men starter allikevel egne piloter. Mangel på kumulering gjør at innovasjonene/innovative løsninger sjeldnere kommer videre fra piloteringen. Samtidig utgjør det et ressurstap ved at kommunene ikke får realisert gevinstene som ligger i gjennomført forskning og etablert kunnskap. Kommunene vil dermed ha mye igjen for økt samarbeid og læring på tvers. Kumulering fordrer økt samhandling i innovasjonsarbeidet på tvers av tjenestene.

Behovet for økt innovativ samhandling strekker seg også utover samarbeidet mellom helsetjenestene som sådan. Allerede i 2011 fremhevet Hagen-utvalget viktigheten av at innovative løsninger utarbeides i vekslingsfeltet mellom helsetjenesten, øvrige kommunale virksomhetsområder, familier, lokalsamfunnet, organisasjoner og næringslivet.⁴³ Ved å utvikle og implementere nye, innovative tjenester sammen med sluttbrukere og samfunnet for øvrig, kan helsetjenestene hente flere ulike produktivitets-, kapasitets- og fleksibilitetsgevinster. Slike løsninger kan eksempelvis innebære å ta i bruk nye løsninger som setter brukerne i bedre stand til å ivareta egen helse eller løsninger som på andre måter utnytter omsorgsressursene i samfunnet, slik som pårørende, lokalsamfunn eller næringsliv.⁴⁴

Som resultat av økende oppmerksomhet på tverrsektorielt samarbeid, er det inngått en rekke nye og kreative innovasjonssamarbeid, herunder offentlig/privat-samarbeid, innovasjonsklynger og kompetansenettverk. Slike samarbeid har vist seg å være samfunnsøkonomisk lønnsomme. Blant annet tjente Oslo Cancer Cluster inn den opprinnelige samfunnsinvesteringen allerede etter to år.⁴⁵ Men fremdeles er flertallet av kommuner ikke en del av et slikt samarbeid.⁴⁶ Et annet virkemiddel som er tatt i bruk for samhandling mellom helsetjenester og privat sektor er innovative anskaffelser. Formålet med virkemiddelet er å gi offentlige virksomheter et koblingsnettverk til nye og effektive løsninger. Menons evaluering av virkemiddelapparatet knyttet til innovative anskaffelser i 2016, fant at helse- og omsorgssektoren er blant sektorene som i størst grad har gjort nytte av virkemiddelet.⁴⁷ Samtidig peker de på et stort, gjenstående potensiale. Siden 2016, har sektoren dog iverksatt flere nye anskaffelsesprosjekter i samarbeid med private aktører.⁴⁸

5.2 Arbeidstid

Arbeidstid er ett av mange forhold som påvirker samfunnets utnyttelse av arbeidskraften. Det er ulike måter å øke utnyttelsen av arbeidskraft gjennom økt gjennomsnittlig arbeidstid. Den gjennomsnittlige arbeidstiden kan primært økes ved å redusere andelen som jobber deltid, eller ved å øke stillingsprosenten blant deltidsansatte.⁴⁹



Helse- og omsorgssektoren er preget av en uttalt deltidskultur. I kommunehelsetjenesten anslås det at om lag 40 prosent av de ansatte jobber deltid, mens andelen deltidsansatte i sykehusene utgjør omtrent 30 prosent. I distriktskommunene anslås andelen av deltidsansatte å være enda høyere sammenlignet med mer sentrale kommuner.⁵⁰ Flere rapporter peker på at en del

⁴³ Meld. St. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg.

⁴⁴ Meld. St. 32 (2020 –2021): Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsniv; InFuture (2022): Fremtidens helse og omsorg

⁴⁵ Samfunnsøkonomisk analyse (2017): Evaluation of Norwegian Innovation Clusters

⁴⁶ Wiig et al., (2020): Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

⁴⁷ Menon Economics (2016): Insentiver og ordninger for risikoavlastning for innovative offentlige anskaffelser.

⁴⁸ Se blant annet: <https://innovativeanskaffelser.no/nasjonale-innovasjonsloft/>

⁴⁹ NOU 2016:1 (2016): Arbeidstidsutvalget - Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet.

⁵⁰ NOU 2020:15 (2020): Det handler om Norge - Bærekraft i hele landet - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene.

arbeidstidsordninger som praktiseres i dag, i liten grad sikrer kontinuitet for brukere og ansatte. Dette forsterkes ytterligere av deltidskulturen.⁵¹

Beregninger viser et vesentlig produktivitets-, kapasitets- og fleksibilitetspotensial ved å øke heltidsandelen blant helsepersonell. På den ene siden gir deltidspromatikkene betydelig ressurstap gjennom kostnader til innleie av vikarer, lite effektiv ressursfordeling mellom hverdager og helger, lite effektiv planlegging av arbeids- og turnusplaner, og høye kostnader til opplæring og veiledning av flyktig arbeidskraft.⁵² På den andre siden, viser forskning at en høy andel deltidsstillinger i helsetjenestene hindrer utvikling av kompetansekultur i tjenestene.⁵³ Undersøkelser av arbeidssteder med høy andel deltidsansatte, viser at arbeidskulturen preges av lavere faglighet, lavere trivsel, høyere sykefravær og vanskeligheter med å rekruttere og beholde kompetente ansatte, sammenlignet med steder der flere jobber heltid.⁵⁴

I lys av disse utfordringene, trekker Moland frem en rekke forventede gevinstområder ved bruk av økte stillingsstørrelser som favner perspektiver fra både arbeidstaker, arbeidsgiver og brukerne.⁵⁵ Mange av disse gevinstene er direkte relatert til produktiviteten og kapasiteten i tjenestene. Ifølge Moland, vil det å øke stillingsstørrelser i helse- og omsorgssektoren bidra til flere gevinster innen arbeidsmiljø, tjenestekvalitet og effektivitet. Å øke stillingsstørrelsen kan for arbeidstaker bidra til et bedre arbeidsmiljø gjennom mer forutsigbar arbeidstid, mer forutsigbar lønn, bedre fordeling av arbeidsoppgaver, økt trivsel og redusert sykefravær blant ansatte. Effektivitet forventes fremmet for arbeidsgiver gjennom et styrket omdømme, lettere rekruttering av kompetent arbeidskraft, sterkere fagmiljøer, mer selvstendige medarbeidere, mindre vikarbruk og mer stabil arbeidskraft.⁵⁶ I tillegg kan det bety kvalitetsgevinster for brukerne som mottar helse- og omsorgstjenestene ved at det bidrar til kontinuitet, forutsigbarhet, og ikke minst at tjenestene har bedre kjennskap til brukerne.⁵⁷

Heltidskultur er en sentral løsningsdimensjon på tvers av både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samtidig er heltidskultur en vesentlig forutsetning for å realisere gevinstene i andre løsningsdimensjoner. Heltidskultur eller mangelen på heltidskultur har en direkte betydning for mulighetene til å realisere gevinster innen oppgavedeling mellom helsepersonell og samhandling. Særlig stabilitet i bemanningen er sentralt her, da dette blant annet danner grunnlag for å etablere gode rutiner for oppgavedeling og samhandling. Også innen løsningsdimensjonene teknologi og innovasjon kan flyktig arbeidskraft hemme mulighetene til å realisere gevinster.

5.2.1 Drivere og barrierer for heltidskultur i helse- og omsorgssektoren

Heltid har i lang tid vært et uttalt mål for regjeringen, partene i arbeidslivet samt både kommunal- og spesialisthelsetjenesten. Til tross for dette, viser eksisterende kunnskap at det har vist seg vanskelig å endre i praksis. Heltids- og deltidspromatikkene er kompleks og omfatter et kritisk blikk rettet mot tjenesteorganiseringen, herunder arbeidstidsordninger, ressursfordeling mellom virksomheter og avdelinger og oppgavedeling mellom ansattgrupper.⁵⁸ Løsninger for mer heltid i tjenestene må samtidig ses i sammenheng med at arbeidstakere, gjerne i sammenheng

⁵¹ Agenda Kaupang & Fafo (2021): Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering; Oslo Economics & Spekter (u.å.): Tilstrekkelig helgebemanning uten uønsket deltid.

⁵² Moland, L. E. (2015): Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid.; Oslo Economics & Spekter (u.å.): Tilstrekkelig helgebemanning uten uønsket deltid.

⁵³ Moland, L. E. (2021): Mulige og umulige løsninger mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling.

⁵⁴ Moland L. E. & Bråthen, K. (2019): En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse; Ingstad, K. & Amble, N. (2015): En ny ro med langturnus.

⁵⁵ Moland, Leif E. (2021): Mulige og umulige løsninger mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ Ibid.

med familieforpliktelser eller andre forhold, ønsker og har rett til å velge å jobbe deltid. Å endre en utbredt deltidskultur forutsetter derfor en endring i normer for heltid, så vel som å legge til rette for arbeidstidsordninger og andre strukturelle forhold som gjør at flere ønsker å øke sine stillingsandeler eller ansettes i heltidsstillinger.

Årsaker til deltid:

For å kunne belyse drivere og barrierer for heltidskultur, er det vesentlig å se på årsakene til at ansatte jobber deltid. Eksisterende litteratur om årsakene bak deltidsarbeid peker i hovedsak på to hovedårsaker til deltidspromatikken i helse- og omsorgssektoren.

For det første skapes deltid i sektoren av en etablert deltidskultur hos ansatte, med resultat at relativt få ansatte, sammenlignet med andre yrkesgrupper, ønsker å jobbe hele stillinger.⁵⁹ I en spørreundersøkelse blant deltidsansatte i helsetjenestene, gjennomført av Riksrevisjonen i 2020, oppgir kun 25 prosent av respondentene at de ønsker å øke sin stillingsprosent.⁶⁰ Respondentene oppgir høy arbeidsbelastning, familiesituasjonen, samt ønsket om mer fritid som de tre viktigste årsakene til at de ønsker deltid. De siste årene er det satt fokus på at deltidskulturen også sitter tungt hos lederne i sektoren. Dette forplanter seg gjennom, og resulterer i, blant annet manglende tro på at det er mulig å endre deltidspromatikken, oppfatning av manglende handlingsrom og at deltid er «nødvendig» for å få turnusen til å gå opp.⁶¹

Samtidig knyttes deltidspromatikken til arbeidstidsordningene og øvrige strukturelle forhold knyttet til planleggingen av driften, slik som redusert økonomisk handlingsrom, bemanningskabal og manglende rekrutteringspraksis. Det er eksempelvis godt dokumentert at deltidspromatikken i helse- og omsorgssektoren henger sammen med helgebemanningskabal som følge av dagens arbeidstidsordninger. Arbeidstidsutvalget⁶² og Skift/turnusutvalget⁶³ slår begge fast at behovet for deltid i tjenestene i stor grad henger sammen med at dagens vanlige turnus, med arbeid hver tredje helg, avler underkapasitet i helgene. Dermed ser helseforetak og kommuner seg nødt til å bruke deltid/innleie for å dekke arbeidskraftsbehovet i helgene. I undersøkelsen fra riksrevisjonen oppgir halvparten av lederne at deltid er nødvendig for at arbeidsplanen skal gå opp. Flere ledere angir også at bruken av deltid muliggjør at ubekvemme vakter kan fordeles på flere og deltid tilfører enheten viktig arbeidskraft.⁶⁴ Tiltak som ikke griper inn i de strukturelle forholdene knyttet til organisering av arbeidstidsordningene, vil derfor trolig ha begrenset effekt.

Ressurser og virkemidler

Eksisterende litteratur fremhever, på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten, en rekke drivere og barrierer på ulike nivåer, som er avgjørende i arbeidet med å oppnå en heltidskultur. Disse drivere og barrierer plasseres seg på ulike nivåer: (1) Individnivå, (2) Organisatorisk nivå og (3) Samfunnsnivå. Individnivået rommer ansattes individuelle ønsker og behov, helsemessige hensyn, økonomiske situasjon mm. Det organisatoriske nivået er bredt og rommer organisasjonens arbeidskultur og arbeidsorganisering herunder utlysningspraksis og arbeidstidsordninger, men også organisasjonspolitisk støtte og ledelsesstøtte. Samfunnsnivået innebærer juridiske, politiske og kulturelle faktorer. Her peker litteraturen særlig på trepartssamarbeidet som en nødvendighet for å oppnå heltidskultur.⁶⁵ Samlet sett betyr det at å oppnå en heltidskultur krever tiltak på alle ovenstående nivåer. Dette innebærer både

⁵⁹ Helsedirektoratet (2014): Nasjonalt personellbilde – personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren.

⁶⁰ Riksrevisjonen (2020): Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.

⁶¹ Moland, L.E. & Bråthen, K. (2021) Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

⁶² NOU 2016:1 (2016): Arbeidstidsutvalget - Regulering av arbeidstid - vern og fleksibilitet.

⁶³ NOU 2008:17 (2007-2008): Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid.

⁶⁴ Riksrevisjonen (2020): Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.

⁶⁵ Helsedirektoratet (2014): Nasjonalt personellbilde - personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren.

overordnede politiske og administrative vedtak, tett partssamarbeid samt et omfattende holdningsarbeid som kan danne grunnlag for endringsvilje blant ledere, ansatte og tillitsvalgte.⁶⁶

Deltidskulturen står sterkt både hos ansatte og ledere. Arbeidet i helse- og omsorgstjenestene oppleves for mange som tungt. En stor andel av arbeidstakerne i kommunene uttrykker blant annet at de opplever stor fysisk og psykisk belastning, mangelfull bemanning, og utflytende grenser mellom arbeidsgruppene. Det betyr at flere ikke opplever det som bærekraftig på sikt å jobbe heltid.⁶⁷ En rekke viktige drivere for å fremme heltidskultur blir derfor lokal forankring, samarbeid, og involvering i utprøving av nye arbeidstidsordninger. God forankring sikrer legitimitet og danner grunnlag å håndtere positiv opposisjon og forebygge negativ opposisjon. Dette innebærer også å involvere ansatte, tillitsvalgte og ledelse samt berørte fagforbund. Det kommer tydelig frem av litteraturen at endrings- og utviklingstiltak som har lyktes, aktivt har involvert både ansatte, tillitsvalgte og ledere.⁶⁸ Litteraturen peker på viktigheten av lokal forankring, og at involvering av ansatte kan skje på flere områder herunder i valg av tiltak, involvering i drift, og involvering i partsamarbeid.⁶⁹

Endringer i deltidskulturen forutsetter store krav til endringskompetanse. Litteraturen peker på viktigheten av at ledere og ressurspersoner har de rette kvalifikasjonene til å gjennomføre slike endringsprosesser. Blant annet innebærer det kompetanse til å praktisere nye krav til personalledelse, kompetanse til å utforme hensikts- og målformuleringer samt økonomistyring.⁷⁰ Mangelen på tilstrekkelig økonomisk kompetanse påvirker også ulikheten til å styre en alternativ ressursbruk.

Kultur er også avhengig av struktur, og endringer i deltidskulturen fordrer derfor strukturelle tiltak som gir ledere handlingsrom til å gjøre nødvendige endringer i arbeidstidsfordelingen. Blant linjelederne, oppleves blant annet manglende økonomisk handlingsrom, kombinert med rigide regler for rekruttering og bruk av økonomiske midler, som begrensende for endringer i deltidskulturen.⁷¹ Samtidig fremhever blant annet Moland og Bråthen viktigheten av overordnede politiske og administrative vedtak og grep, samt tett partssamarbeid. Slike grep kan forbedre tjenesteorganiseringen og bemanningsplanene, og mer effektivt organisere tjenestene gjennom større stillingsstørrelser.⁷²

5.3 Finansiering

Finansieringssystemene skal bidra til kostnadskontroll, men også til tilstrekkelig fleksibilitet for å sikre den beste sammensetningen av tjenester. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, slår regjeringen fast målsettingene for fremtidens finansieringsordninger:



«Det er klart hva som er ønsket utvikling i tjenesten, og finansieringsordningene understøtter en slik utvikling. Finansieringen oppleves ikke som hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, og tilpasses raskere. De regionale helseforetakene involveres og bidrar systematisk i vurderinger av hva som er ønsket tjenesteutvikling, som grunnlag for videreutvikling av finansieringsordningene. Kvalitetsbasert finansiering er innrettet for å understøtte sentrale mål for

⁶⁶ Moland, L. E & Bråthen, K. (2021): Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

⁶⁷ Ingelsrud, M. H & Falkum, E. (2019): Heltidskultur i kommunal helse og omsorg. Et spørsmål om fordeling av arbeid.

⁶⁸ Agenda Kaupang & Fafo (2021): Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering.

⁶⁹ Moland, Leif E. (2021): Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur - En kunnskap- og eksempelsamling.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering.» (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023)

Grovt inndelt består finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten av ramme- og innsatsstyrt finansiering. Behovsjusterte rammetilskudd er den primære inntektskilden til de regionale helseforetakene. Somatiske tjenester finansieres med om lag 50 % basisbevilgning og 50 % innsatsstyrt finansiering (ISF) i 2022. Psykisk helsevern og rusomsorg finansieres i all hovedsak gjennom rammetilskudd, mens polikliniske tjenester også finansieres med en andel ISF. Primærhelsetjenesten er finansiert gjennom kommunale skatter, rammetilskudd fra staten og øremerkede tilskudd til bestemte formål samt brukerbetaling. ⁷³

5.3.1 Drivere og barrierer for gode finansieringssystemer

For å håndtere bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren, er det nødvendig med finansieringssystemer som tilrettelegger for at innovative løsninger innføres på tvers av helsetjenester og legger opp til samhandling mellom dem. Videre argumenteres det for at finansieringssystemet ikke har tilstrekkelig fleksibilitet eller omfang til å muliggjøre rask og omfattende implementering av nye teknologier. Avslutningsvis pekes det på at alternative finansieringsmodeller, i samråd med de eksisterende, vil kunne drive innføring av nye løsninger mer effektivt. ⁷⁴

Finansiering på tvers av tjenester

Budsjettrammene til spesialisthelsetjenesten fastsettes hvert år av Stortinget, herunder hvor mye penger som avsettes til ISF-ordningen og størrelsen på rammebevilgningene. De regionale helseforetakene har gitte budsjettrammer som de skal prioritere aktiviteten sin innenfor. Mathiesen, Helli og Tornås argumenterer for at dagens finansieringsmodell for sykehusene står i veien for innovativ samhandling, fordi den gjør det krevende å innføre endringer som ikke gir direkte besparelser for sykehuset. ⁷⁵ Dette fordi sykehusene ikke får refundert ny aktivitet gjennom ISF dersom denne ikke allerede inngår i takstsystemet. Dermed legger finansieringsmodellen i stor grad opp til at sykehusene prioriterer ny aktivitet innenfor sykehusets fire vegger, istedenfor å ta hensyn til samfunnsmessige gevinster på tvers av sektorer og tjenestenivåer. Slik risikerer sykehusene å nedprioritere de innovative grepene som potensielt gir størst gevinster på tvers av sektoren som helhet.

Økt fleksibilitet

Kritikken av finansieringsmodellen i sykehusene peker på en større barriere for effektive finansieringssystemer i helse- og omsorgssektoren som helhet, nærmere bestemt mangelen på fleksibilitet. ISF-ordningen er som hovedregel tilpasset etablert behandling og vil aldri kunne være helt oppdatert i forhold til alle nye metoder. ⁷⁶ Helsedirektoratets evaluering av ISF-ordningen i spesialisthelsetjenesten fra 2015, peker derfor på at ISF-modellen i størst grad gir insentiv til aktivitetsvekst på områdene der dette er økonomisk minst ressurskrevende, på bekostning av store, innovative endringer i behandling, arbeidsform og organisering. ⁷⁷

Tilstrekkelig omfang

Implementering av innovative løsninger i helsetjenesten krever strukturelle og kostbare endringer, som ikke nødvendigvis vil realisere høye gevinster umiddelbart. ⁷⁸ I Norge eksisterer

⁷³ Ringard, Sagan, Saunes & Lindahl (2013): Det norske helsesystemet.

⁷⁴ Mathiesen, Helli & Tornås (2021): Sykehusenes finansieringsmodell hindrer innovasjon i helsesektoren.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Nye metoder (2022): Finansiering av legemidler i spesialisthelsetjenesten.

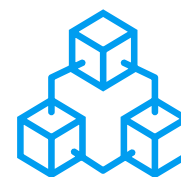
⁷⁷ Helsedirektoratet (2015): En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.

⁷⁸ Menon (2021): Verdien av medisinsk innovasjon – for pasienten, helsetjenesten og samfunnet.

det omfattende ordninger øremerket utprøving av nye løsninger, samt enkelte programmer som finansierer innkjøp og implementering av ny teknologi (se Nasjonalt velferdsteknologiprogram). Samtidig peker flere på behovet for økt insentiv for innovasjon gjennom økt øremerket finansiering. Statlig villighet til å absorbere risikoen av innovasjonen, pekes på som en sentral forutsetning for gevinstrealisering.⁷⁹ Dette kan for eksempel løses ved rammeoverføringer til innovasjon. Videre bør spesialisthelsetjenesten mest hensiktsmessig finansieres med en sammensetning av flere typer finansieringsordninger som har ulike egenskaper, med en fleksibilitet som kan møte varierende behov over tid.⁸⁰

5.4 Oppgavedeling mellom helsepersonell

Oppgavedeling mellom helsepersonell handler om å utnytte eksisterende og tilgjengelig kompetanse og personellressurser på best mulig måte. Derfor blir optimal oppgavefordeling avgjørende for produktivitet og kapasitet i helse- og omsorgssektoren. Bedre utnyttelse og fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper, kan øke produktiviteten og kapasiteten til den eksisterende arbeidskraften.⁸¹



Oppgavedeling mellom helsepersonell er, ifølge lov om helsepersonell (HPL) § 4, betinget av at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»⁸² Dette ligger dermed til grunn for gjennomførte endringsprosesser innen oppgavedeling mellom helsepersonell.

For å møte bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren blir det avgjørende å sikre best mulig ressursfordeling mellom helsepersonellgrupper. Her er det essensielt å spørre hvilket potensial som ligger i nye arbeidsformer, og i hvilken grad nye eller andre profesjoner kan bidra til å møte bemanningsutfordringene. Dette fordrer å identifisere hvilke oppgaver det gjelder, hvordan oppgavene kan løses på nye måter, og hva som skal til for å skape en ny og effektiv oppgavefordeling.

Oppgavedeling er et bredt begrep om prosesser der arbeidsoppgaver blir overført fra en personellgruppe til en annen. Det er mange begreper som fanger opp fenomenet oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper. I litteraturen brukes begrepene oppgavedeling, oppgavefordeling, oppgaveglidning og jobbglidning delvis om hverandre.^{83 84} Følgende definisjon ligger til grunn for denne kunnskapsopsummeringen:

«Oppgavedeling innebærer at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

5.4.1 Drivere og barrierer for oppgavedeling mellom helsepersonell

Det er økende interesse fra myndigheter og arbeidslivets organisasjoner for ny

⁷⁹ Mathiesen Helli & Tornås (2021): Sykehusenes finansieringsmodell hindrer innovasjon i helsesektoren.

⁸⁰ Helsedirektoratet (2015): En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.

⁸¹ Ludvigsen & Danielsen (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester?

⁸² Lovdata (2022): Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonellloven).

⁸³ Helsedirektoratet (2013): Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling

⁸⁴ Ludvigsen & Danielsen (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helseog omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?

oppgavedeling og sterkere samhandling mellom personellgrupper. Eksisterende kunnskap peker på at ny oppgavedeling mellom helsepersonell kan redusere rekrutteringsproblemer, muliggjøre mer effektiv utnyttelse av arbeidskraften, og sikre bedre tjenester.⁸⁵ Disse gevinstene er identifisert på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten.

Til tross for økt interesse for ny oppgavedeling, peker eksisterende litteratur på at det er vanskelig å realisere potensielle gevinster. Litteraturen fremhever, på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten, en rekke drivere og barrierer for å realisere gevinstene ved oppgavedeling: (1) kunnskap og evner, (2) faggrensener, (3) organisasjonsmiljø og (4) institusjonelt miljø.⁸⁶ Kunnskap og evner rommer individuelle forutsetninger samt innsikt om andre personellgruppers kompetanser.⁸⁷ Ludvigsen og Danielsen (2014) fremhever mangelen på kunnskap om andre faggruppers kompetanse som en barriere for å delegere oppgaver. Faggrensener omhandler blant annet personellgruppenes kvalifikasjoner til å vareta nye arbeidsoppgaver, tillit mellom personellgrupper samt i hvilken grad typen av oppgavefordeling krysser eksisterende faggrensener.⁸⁸ Organisasjonsmiljø innebærer en rekke organisatoriske faktorer utenfor fagmiljøene som påvirker vellykket implementering av ny oppgavedeling mellom helsepersonell. Her nevnes faktorer som organisasjonspolitisk støtte, ansettelsesordninger, kompleksiteten av behandling, omsorg og pleie, ledelsesstøtte, tilgjengelige fasiliteter samt konteksten for oppgavedelingen. Til slutt nevnes institusjonelt miljø, som omfatter juridiske, politiske og samfunnsmessige faktorer, som har ytre påvirkning på oppgavedeling mellom helsepersonell. Her nevnes eksempelvis lovgivning, finansiering, og demografi.⁸⁹

Kommunehelsetjenesten

Kommunens forutsetninger for å påvirke oppgavedelingen mellom helsepersonell henger tett sammen med kommunens størrelse, befolkningsgrunnlag, geografi og nærhet til regionale helseforetak. I tillegg vil den enkelte kommunes konkrete planlegging, organisering og lokalisering av helse- og omsorgstjenester sette premissene for kommunens muligheter for rekruttering og bemanning, og dermed hvordan forskjellige grupper av helsepersonell kan samarbeide om oppgavedeling. Kommunens planlegging av kompetansesammensetning og arbeidsfordeling vil være sentrale redskaper for å oppnå ønskede gevinster i oppgavedeling mellom helsepersonell i kommunal helse- og omsorg.⁹⁰ Eksisterende kunnskap peker på at kommunen i høyere grad kan realisere ønskede gevinster gjennom:

1. Bevisstgjøring om eksisterende tiltak
2. Sikre overordnet planlegging for utnyttelse og utvikling av kompetanse
3. Etablere mer systematisk opplæring av personell
4. Etablere mer systematisk fokus på ledelse og oppgavefordeling samt
5. Etablere mer systematisk fokus på delegasjon og ansvar.⁹¹

Spesialisthelsetjenesten

Litteraturen om oppgavedeling mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten fremhever en rekke drivere og barrierer for å oppnå ønskede gevinster. Flere faktorer vurderes som essensielle

⁸⁵ Helsedirektoratet (2014): Nasjonalt personellbilde - personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren

⁸⁶ Niezen & Mathijssen (2014): Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain.

⁸⁷ Ludvigsen & Danielsen (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helseog omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?

⁸⁸ Niezen & Mathijssen (2014): Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ludvigsen & Danielsen (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helseog omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?

⁹¹ Ibid.

for å lykkes med ny oppgavedeling. Her nevnes eksempelvis ledelse, støtte og opplæring, helsearbeideres identitet, meninger og erfaringer (både hos oppgavegiveren og oppgavetakeren), pasientenes meninger, finansiering og tilgang til øvrige ressurser.⁹² En rekke masteroppgaver har undersøkt erfaringer med oppgavedeling i ulike kontekster i spesialisthelsetjenesten. Disse peker på forutsetninger som kontinuitet, faglig trygghet og personlig egnethet.⁹³ Manglende plan for oppgavedeling, svak involvering, manglende intern kjennskap til kompetanse samt språkkompetanser, nevnes som barrierer for å lykkes med ny oppgavedeling.⁹⁴ Ludvigsen og Danielsen (2014) finner at profesjonskultur, maktforhold/profesjonsmakt og tradisjoner er sentrale barrierer for å oppnå en fleksibel arbeidsdeling. Funnene indikerer at en mer teambasert struktur vil muliggjøre og fremme ny og bedre oppgavedeling. Det skyldes at en slik struktur tilrettelegger for at helsepersonell jobber tett sammen og dermed lærer hvilken kompetanse de ulike besitter. Dette vil videre bidra til tillit mellom personellgruppene og kan fremme oppgavedelingen mellom dem.

5.5 Samhandling

God samhandling i helse- og omsorgssektoren er essensielt for å oppfylle LEON-prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå, god flyt i tjenestene samt for å tilby behovstilpassede tjenester.⁹⁵ God samhandling er i tillegg en forutsetning for flere av de andre løsningsdimensjonene, blant annet oppgavedeling, innovasjon, teknologiutnyttelse og brukermedvirkning.⁹⁶ Implisitt i dette er at god samhandling er en viktig løsningsdimensjon for å fremme produktivitet, kapasitet og fleksibilitet i helse- og omsorgssektoren.



Samhandling kan defineres som et «samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som er i aktivitet med hverandre».⁹⁷ Innen helse- og omsorgssektoren viser begrepet til ulike typer samspill og samarbeid, blant annet *samutvikling av tjenester*, *tverrfaglig samarbeid i tjenesteutøvelse*, *samhandling mellom tjenestenivåer* og *administrativ samhandling*. Historisk har ulike virkemidler blitt benyttet for å fremme bedre samhandling i helse- og omsorgssektoren, deriblant juridiske, organisatoriske, finansielle og teknologiske virkemidler.^{98,99} Tiltak for å bedre samhandlingen i sektoren har til nå hatt varierende effekt, og litteraturen peker på et uforløst potensial forbundet med bedre samhandling.^{100,101}

5.5.1 Drivere og barrierer for bedre samhandling mellom tjenestene

Samhandling mellom tjenestenivåer

Før Samhandlingsreformen, ble samhandlingsproblemene i helse- og omsorgssektoren betegnet som store. Utfordringene ble spesielt knyttet opp til spesialiserte personellgrupper, behandlingskompleksitet, funksjonsdeling og nye pasientgrupper.¹⁰² Samhandlingsreformen var ment å bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste, blant annet gjennom bedre koordinering av pasientenes tjenester.¹⁰³ Det var eksempelvis tenkt at personell fra spesialisthelsetjenesten skulle bidra med kompetanse og støtte i kommunene. En evaluering av Samhandlingsreformen,

⁹² Kunnskapssenteret (2013): Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus.

⁹³ Skøyeneie (2020): Klinikers erfaringer med oppgavedeling ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten.

⁹⁴ Aksnes (2020): Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke-helsepersonell i sykehusets sterilforsyningskjede?

⁹⁵ Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (2021): Kompetanseløft 2025.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Noack & Tjora (2018): Samhandling.

⁹⁸ Meld. St. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted – til rett tid

⁹⁹ HOD (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23.

¹⁰⁰ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen.

¹⁰¹ HOD (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23.

¹⁰² Meld. St. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid

¹⁰³ Ibid.

gjennomført av Norsk forskningsråd, peker imidlertid på at reformen ikke har bidratt til vesentlige endringer i hvordan kommunene og helseforetakene opplever samarbeidet seg imellom. Reformen har også i liten grad bidratt til et mer helhetlig og koordinert pasientforløp.¹⁰⁴ Det ligger med andre ord et potensial i å styrke produktiviteten, kapasiteten og fleksibiliteten i helse- og omsorgstjenesten ved å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåer. Det pekes for eksempel på potensialet som ligger i flerparts elektronisk samarbeid (mellom pasient, fastlege og spesialist)¹⁰⁵, samt nye arbeids- og organisasjonsformer.¹⁰⁶

Nasjonal helse- og sykehusplan kan ses som en videreutvikling av arbeidet som ble begynt med samhandlingsreformen. Et tiltak som presenteres er «det utadvendte sykehus». I dette ligger det at spesialisthelsetjenester skal bli mer tilgjengelige der hvor pasienten befinner seg, blant annet ved bruk av velferdsteknologi og gjennom samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester.¹⁰⁷ Et slikt tiltak er i tråd med LEON-prinsippet og har potensial til å øke både effektiviteten, fleksibiliteten og kapasiteten i sektoren. Dette forutsetter dog at finansieringen av spesialisthelsetjenesten tilpasses slik at denne har insentiver til å tilby desentraliserte tjenester, samt å yte bistand og støtte til primærhelsetjenesten. I Kompetanseløft 2025 identifiseres også et potensial for effektivisering forbundet med kompetansedeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tiltaket det legges opp til er å gi kommuner tilskudd for å utvikle og spre modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.¹⁰⁸

Samutvikling av tjenester

En utfordring i helse- og omsorgssektoren er tendensen til silo-tenkning, hvor tjenestenivåer og grupper av helsepersonell fokuserer på sitt fagfelt eller tjenestenivå på bekostning av helheten. En konsekvens av dette er at helsetjenester og oppfølging potensielt organiseres mindre effektivt enn ønskelig. Med samhandlingsreformen forsøkte daværende regjering å endre insentivene i retning av en mer helhetlig tilnærming. Norsk forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen tyder på at dette har blitt oppnådd til en viss grad, ved at forebygging har blitt sterkere prioritert i kommunene sammenlignet med tidligere. Utviklingen av diagnosebaserte pasientforløp har derimot ikke vært en suksess.¹⁰⁹ I Nasjonal helse- og sykehusplan er det identifisert et potensial for at samutvikling kan lede til en mer bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren gjennom en mer helhetlig tilnærming til utviklingen av tjenestetilbud, stordriftsfordeler, oppgavedeling og etterfølgelse av LEON-prinsippet. I Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg, pekes det på et potensial for effektivitetsgevinster gjennom samutvikling med næringslivet.¹¹⁰

Et tiltak som er iverksatt for å fremme samutvikling, er etableringen av 19 helsefelleskap. Helsefelleskapene skal ta utgangspunkt i helseforetakene og deres omkringliggende kommuner, og skal være en arena der disse møtes som likeverdige parter for å utvikle og planlegge tjenestene. I tillegg vil helsefelleskapene fungere som en arena for læring og erfaringsutveksling. Samarbeidet skal hovedsakelig fokusere på tilbud som er relevante for barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, samt eldre. Manglende tilleggsfinansiering i forbindelse med etableringen av helsefelleskapene har blitt pekt på som en mulig barriere for full utnyttelse av potensialet som ligger i samutvikling.¹¹¹ Helse- og omsorgssektoren forholder seg til svært mange mål og krav innenfor begrensede budsjetter. Det

¹⁰⁴ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen.

¹⁰⁵ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen.

¹⁰⁶ HOD (2021): Kompetanseløft 2025.

¹⁰⁷ HOD (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23.

¹⁰⁸ HOD (2021): Kompetanseløft 2025.

¹⁰⁹ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen.

¹¹⁰ Meld. St. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg.

¹¹¹ Bruknaapp (2021): Ønsker helsefelleskapene velkommen, men er kritisk til manglende finansiering.

er derfor en risiko for at helsefelleskapene ikke utnyttes til sitt fulle potensiale dersom aktørene ikke har finansielle incentiver til det. Fordi hvert helsefelleskap består av flere ulike aktører, utgjør også gratispassasjerutfordringen en risiko. En annen potensiell barriere er målforskyvning, altså at aktørene som er medlemmer av helsefelleskapene arbeider mot egne mål på bekostning av fellesskapets mål.

Tverrfaglig samarbeid i tjenesteutøvelse

I Stortingsmelding 47 (2008-2009), som la grunnlaget for samhandlingsreformen, ble det pekt på at samhandlingsutfordringene i helse- og omsorgssektoren er ekstra store når det gjelder spesialiserte personellgrupper, behandlingskompleksitet og funksjonsdeling.¹¹² Norsk forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen viste at denne ikke har hatt den tilsiktede effekten av å skape et mer helhetlig pasientforløp.¹¹³ Evalueringen tyder dermed på at det er potensial for å hente ut effektivitetsgevinster gjennom tiltak for bedre samhandling mellom helsepersonell involvert i de enkelte pasientforløp.

Nasjonal helse- og sykehusplan legger opp til flere tiltak for å hente ut de ovennevnte effektivitetsgevinstene, blant annet etableringen av helsefelleskapene. Et annet tiltak er organiseringen av tverrfaglige helseteam for å møte pasienter med sammensatte behov. Internasjonal forskning tyder på at integrerte, teambaserte helsetjenester kan bidra til 20-30 % færre innleggelse i spesialisthelsetjenesten.¹¹⁴ I Norge er det gjennomført diverse piloteringsprosjekter av ulike former for helseteam, med gode resultater. Samtidig har piloteringen også avdekket læringspunkter/potensielle barrierer. Disse inkluderer blant annet utfordringer knyttet til implementering, som viktigheten av forankring i ledelsen.¹¹⁵ Typer team inkluderer blant annet palliative team, interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART), oppfølgingsteam og primærhelseteam.^{116,117} Formålet med innføringen av primærhelseteam er blant annet å legge opp til tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten, samt økt oppgavedeling innad på fastlegekontoret. Fastlegene skal lede det kliniske arbeidet på arbeidsplassen, men også støtte seg på andre faggrupper i utførelsen av arbeidet.¹¹⁸ Organiseringen legger opp til økt fleksibilitet gjennom oppgavedeling, samt økt effektivitet gjennom spesialisering og etterlevelse av LEON-prinsippet både mellom personellgrupper innad på legekontoret og mellom tjenestenivåer.

Administrativ samhandling

Gode og effektive systemer for dokumentasjon og kunnskapsdeling er en forutsetning, men også en potensiell barriere for god informasjonsflyt og samhandling. I forbindelse med samhandlingsreformen ble IKT pekt på som et viktig verktøy for å oppnå god informasjonsflyt og kommunikasjon på tvers av faggrupper og tjenestenivåer.¹¹⁹ Norsk forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen viser at økt bruk av IKT-løsninger har gitt effektivitetsgevinster i form av økt effektivitet blant helsepersonell. Samtidig pekes det på et behov for bedre kvalitet, struktur og innhold i informasjonen som deles. Evalueringen viser også til at det fremdeles ligger et betydelig uforløst potensial for effektivitetsgevinster forbundet med bruk av IKT-løsninger.¹²⁰

¹¹² Meld. St. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

¹¹³ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen.

¹¹⁴ Helsedirektoratet (2021): Team.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ HOD (2020): Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen.

¹²⁰ Ibid.

Digitalisering er et fokusområde også i Nasjonal helse- og sykehusplan. Planen søker å høste de nevnte produktivetsgevinstene gjennom ulike tiltak, som blant annet innføring av nye standarder for henvisning, videreutvikling av kjernejournal og innføring av legemiddelliste for pasienter. En viktig forutsetning for at disse tiltakene skal ha en effekt, er helsepersonells digitale kompetanse. En annen potensiell barriere mot effektiv utnyttelse av potensialet som ligger i digitale samhandlingsløsninger, er grad av oppslutning om tiltaket. En evaluering av nytten forbundet med innføringen av Akson journal, har for eksempel vist at journalsystemet kun er samfunnsøkonomisk lønnsomt dersom «kommuner som tilsvarer minst 55 % av innbyggerne utenfor Midt-Norge» velger å benytte seg av journal-systemet.¹²¹

5.6 Teknologi

Vi vil være avhengig av teknologisk utvikling og en effektiv implementering av nye løsninger for å imøtekomme bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Forskningen redegjør grundig for potensialet i teknologisk utvikling. Ved bruk av teknologi kan mange tjenester som tidligere krevde fysisk oppmøte ytes til pasienten hjemme. Bruk av teknologi kan bidra til et raskere, bedre og mindre ressurskrevende pasientløp, fra diagnostisering til tilfriskning.



Bedre helseinformasjon og fremveksten av nye digitale verktøy rettet mot den enkelte pasient bidrar til bedre forebygging. Utvikling og innføring av teknologiske løsninger og utstyr ved tjenestestedene kan avlaste helsepersonell i sine daglige gjøremål. Bruk av teknologi er derfor avgjørende for målsetningen om å øke produktiviteten og kapasiteten i helse- og omsorgssektoren. Samtidig stiller bruk av teknologi store fleksibilitetskrav til tjenestene. Bruk av ny teknologi og digitalisering treffer helsetjenesten svært bredt, det påvirker hele pasientreisen fra diagnostisering, behandling og oppfølging, så vel som logistikk og forskning.¹²²

Denne kunnskapsoppsummeringen konsentrerer seg i hovedsak omkring gevinstene knyttet til implementering av velferdsteknologi i helsetjenestene. Velferdsteknologi defineres som «løsninger for teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og som styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne».¹²³

Ved bruk av velferdsteknologi går helsetjenestene til innkjøp av teknologiske løsninger som endrer eksisterende arbeidsprosesser. Gjennom de seneste årene er det gjennomført en rekke piloteringer av velferdsteknologi, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. To eksempler er bruk av avanserte hjemmesykehus (AHS)¹²⁴ og brukerstyrte poliklinikker¹²⁵ i spesialisthelsetjenesten. Løsningene muliggjør for videokonsultasjoner mellom helsepersonell, pasienter og pårørende, og for at pasienter eller pårørende registrerer og finner informasjon digitalt. Erfaringene med AHS viser at forsøkene er kostnadseffektive. De ansatte bruker mindre tid per pasient, samtidig som pasientene eller pårørende godt klarer det økte ansvaret og verdsetter muligheten til å ta vare på seg selv eller sine.¹²⁶

¹²¹ Holte Consulting, A2 Norge & Menon Economics (2020) Kvalitetssikringsrapport KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

¹²² InFuture. (2022): Fremtidens helse og omsorg.

¹²³ NOU 2011:11 (2011): Innovasjon i omsorg.

¹²⁴ For liste over eksempler, se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/teknologi-i-pasientens-helsetjeneste/hjemmesykehus>

¹²⁵ Helsedirektoratet (2022): Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging av diabetespasienten ved Endokrinologisk avdeling, AHUS

¹²⁶ Rasmussen et al. (2019): Cost analysis of neonatal tele-homecare for preterm infants compared to hospital-based care; SINTEF (2021): Digital oppfølging av barn i hjemmesykehus - Erfaringer med utvikling og bruk av Digital Hjemmeoppfølging ved Avansert Hjemmesykehus for Barn – Ahus.

Til tross for at flere sykehus har tatt i bruk slike løsninger, ligger det fortsatt urealisert potensial ved å innføre slike løsninger for flere pasientgrupper og ved flere tjenestesteder. Samtidig viser erfaringer så langt at tjenestene har lett for å hente ut kvalitetsgevinster ved økt bruk av teknologi, men vanskeligere for å erstatte tjenester med teknologi og dermed hente produktivtetsgevinster enten i reduserte kostnader eller behov færre folk

Flere kommuner har også pilotert eller permanent innført velferdsteknologi som del av sine helse- og omsorgstjenester. Et eksempel er piloteringer av medisinsk avstandsoppfølging for brukere med kronisk sykdom. Medisinsk avstandsoppfølging muliggjør digitalt tilsyn og tilpasset oppfølging gjennom oversendelse og evaluering av pasientdata i sanntid. Erfaringer med løsningene viser at så godt som alle brukere opplever økt trygghet og mestring av eget sykdomsbilde. Kapasiteten øker også ved at helsepersonell sparer tid på enkle avklaringer med brukerne.¹²⁷ Til tross for at litteraturen ikke konkluderer om endring i bruk av helsetjenester, er oppfatningen at medisinsk avstandsoppfølging holder potensiale til å redusere bruken.¹²⁸

Nasjonalt velferdsteknologiprogram legger til rette for at flere kommuner tar i bruk og integrerer velferdsteknologi som en del av helse- og omsorgstjenestene.¹²⁹ Det anslås at 73 prosent av befolkningen per 2020 hadde tilgang til velferdsteknologi gjennom kommunenes tilbud. Stadig flere kommuner tilbyr også velferdsteknologi til personer med demens – såkalt mestringsteknologi. I forbindelse med en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens i 2018,¹³⁰ oppga eksempelvis 84 % av norske kommuner at de tilbød digital trygghetsalarm til hjemmeboende med demens, 44 % tilbød varslings- og lokaliseringsteknologi og 39 % tilbød digitalt tilsyns- og sensorteknologi. Andelene var noe lavere ved sykehjem, og lavest i tilrettelagte bokollektiv. Flere kommuner tar også i bruk elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske døråser.¹³¹ Gevinstene ved bruk av mestringsteknologi er økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader.¹³²

5.6.1 Drivere og barrierer for ny teknologi i helse- og omsorgssektoren

Fortsatt gjenstår et urealisert potensial for økt produktivitet, kapasitet og fleksibilitet ved implementering av dagens velferdsteknologi. Videre tillegges teknologi og digitalisering et tilnærmet ubegrenset potensial for å løse bemanningsutfordringene i fremtidens helse- og omsorgssektor. Data, i kombinasjon med store internasjonale aktører, kan blant annet brukes til persontilpassede tjenester, pasientsikkerhet, personaliserte prognoser for en rekke sykdommer, forebyggende arbeid og overvåking av epidemier.¹³³ Nye type sensorer, i kombinasjon med kunstig intelligens, vil sannsynligvis muliggjøre avansert overvåking av pasienter, uten behov for innleggelse.¹³⁴ Medisinske nyvinninger vil muliggjøre mer effektiv behandling av en stadig større rekke med sykdommer. For at helse- og omsorgssektoren skal realisere produktivtetsgevinster som følge av ny teknologi, kreves det at tjenestene er tilpasningsdyktige og fleksible nok til å gjøre bruk av de nye teknologiske mulighetene som dukker opp. Samtidig følger det at tjenestene må ta i bruk teknologien på en måte som effektiviserer dagens prosesser. Litteraturen, og erfaringer med implementering av teknologi frem til nå peker på et økt behov for samhandling, endring i kompetanse, tilpasning av lovverk, og fleksible finansieringsmuligheter for å utnytte mulighetene av ny teknologi.¹³⁵

¹²⁷ Helsedirektoratet (2019): Oppsummering underveis – om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten.

¹²⁸ Folkehelseinstituttet (2020): Oppfølging av kroniske sykdommer med medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten.

¹²⁹ Helseinnovasjonssenteret (2020): Velferdsteknologi i kommunene.

¹³⁰ Helsedirektoratet (2019): Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens.

¹³¹ KS (2019): Store gevinster av ny teknologi.

¹³² Ibid.

¹³³ Menon (2019): Er verdiskapning med data noe Norge kan leve av?

¹³⁴ InFuture (2022): Fremtidens helse og omsorg.

¹³⁵ Helsedirektoratet (2019): Oppsummering underveis - om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten.

Økt samhandling

Utredninger har vist at gevinstrealisering i følge med implementering av ny teknologi hindres som resultat av mangel på samhandling. Dette gjelder både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, men også internt i tjenestene mellom ulikt fagpersonell. En evaluering av forsøk med digital hjemmeoppfølging i norske kommuner, viser at mangel på integrasjon mellom systemer i primær- og spesialisthelsetjenesten skaper dobbeltarbeid og vanskeliggjør deling av informasjon på tvers av tjenestene.¹³⁶ Dette gjelder også mellom faggrupper internt i tjenestene. En evaluering av AHS for barn i palliativ behandling ved AHUS, peker på at piloten forårsaket mye dobbeltføring av pasientopplysninger fordi legene tok del i utprøvingen.¹³⁷ I tillegg ble gevinstrealisering hindret av at hjemmesykehusets ansatte måtte ivareta alt som gjelder drift innenfor de personalressursene som var tiltenkt pasientbehandling.

God opplæring og kompetanseheving

Erfaringer viser i tillegg at implementering av ny teknologi, eksempelvis journalsystemer, hjemmeoppfølgingsverktøy eller andre velferdsteknologiske hjelpemidler, fordrer god opplæring av helsepersonell. Ansatte må bli trygge på hvordan nye løsninger skal brukes og få god tid til å endre arbeidsrutiner. Det er derfor vanskelig å regne med store produktivitets- og kapasitetsgevinster umiddelbart etter implementering. Samtidig medfører digitalisering store krav til ny digital kompetanse. Implementering av teknologi vil nødvendigvis også medføre nye måter å samarbeide på i helsetjenesten. Da blir tverrfaglighet og nye kombinasjonsutdanninger viktige, kombinert med krav til omstillingsevne hos de ansatte i tjenestene.¹³⁸

Forenkle deling av data

Helsedirektoratets utredning av nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging i 2019, fremhever enklere deling av helseopplysninger mellom virksomheter og profesjoner som en sentral forutsetning for gevinstrealisering ved bruk av nye digitale verktøy.¹³⁹ Infrastrukturen for deling av data må være tilpasningsdyktig for de nye mulighetene digitale verktøy gir, og ikke hindre mulighetene som helse- og omsorgssektoren har til å etablere nye og mer produktive arbeidsformer. Herunder må det foreligge felles tekniske rammer for deling av data for medisinsk avstandsoppfølging, en felles digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan i primær- og spesialisthelsetjenesten, og tilrettelegges for utvikling av skjemaer for pasientrapporterte opplysninger. Videre må etiske, juridiske og helsefaglige konsekvenser om mottak av helserelatert informasjon fra private løsninger utredes.¹⁴⁰

Fleksibel finansiering

Helsedirektoratets rapport slår også fast behovet for mer fleksible finansieringsordninger.¹⁴¹ Til tross for opprettelsen av Nasjonalt velferdsteknologiprogram og andre samarbeidsprosjekter til fordel for implementering av ny teknologi, viser en evaluering av dette programmet at det slår ut skjevt. Dette er avhengig av kommunestørrelse og om kommunen har et relevant kompetansemiljø tilgjengelig.¹⁴² Helsedirektoratets rapport etterlyser derfor mer fleksible finansieringsordninger for primær- og spesialisthelsetjenesten, som mer aktivt stimulerer til implementering. Dette bør primært gjøres ved å koordinere innsatsen ytterligere og ved å videreutvikle finansieringssystemet for flere typer digitale verktøy.¹⁴³

¹³⁶ Helsedirektoratet (2019): Oppsummering underveis - om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten.

¹³⁷ Foreningen for barnepalliasjon (2021): Evalueringsrapport om avansert hjemmesykehus til barn.

¹³⁸ InFuture (2022): Fremtidens helse og omsorg

¹³⁹ Helsedirektoratet (2019): Oppsummering underveis - om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Nasjonalt senter for e-helseforskning (2019): Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

¹⁴³ Helsedirektoratet (2019): Oppsummering underveis - om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten.

5.7 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning omhandler brukeres rett, plikt eller mulighet til å medvirke inn i helsetjenestenes tilbud. I spisset forstand, viser brukermedvirkning til den lovfestede rettigheten for brukere (pasienter/brukere som nytter seg av helsetjenester) til å betraktes som likeverdige partner i diskusjoner og beslutninger som angår brukerens problem.¹⁴⁴ I en bredere forstand omhandler fremming og forsterking av brukernes (innbyggernes) medborger- og medvirkningsansvar inn i tilbudet og utviklingen av helse- og omsorgstjenester.¹⁴⁵



Med hensyn til bemanningsutfordringene, har mer systematisk og omfattende bruk av egen- og pårørendeomsorg på tvers av helsetjenestene et stort gevinstpotensial. Her er det nærliggende å se til økt nyttegjøring av pårørendeomsorg i eldreomsorgen.¹⁴⁶ Allerede i 2008, viste Levekårsundersøkelsen at det ble utført nesten 100 000 årsverk i ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede i og utenfor husholdningen.¹⁴⁷ En større nyttiggjørelse av pårørende i omsorgsarbeidet kan derfor bidra til en kraftig kapasitetsvekst i helse- og omsorgssektoren, men fordrer endringer i samfunnet som bygger opp om den uformelle omsorgen.

Samtidig vil ulike former for brukermedvirkning være en forutsetning for å realisere gevinster ved bruk av innovative løsninger og ny teknologi.¹⁴⁸ Dette inkluderer eksempelvis AHS, digital hjemmeoppfølging, og medisinsk avstandsoppfølging i primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse arbeidsformene har til felles at de muliggjør enklere kommunikasjon med helsetjenestene, et bedre tilpasset behandlingsforløp og mer omfattende forebygging gjennom bruk av digitale tjenester. Produktivitets-, kapasitets- og fleksibilitetsgevinster vil kunne komme som følge av redusert behov for kontakt med tjenestene, effektivisert oppfølging og redusert behov for kostnadsintensive omsorgstilbud.

Det ligger også ytterligere produktivitets-, kapasitets- og fleksibilitetsgevinster i samskaping, samproduksjon og samutvikling av nye helse- og omsorgstjenester, der helse- og omsorgstjenestene i større grad avlastes av samfunnets egne omsorgsressurser.¹⁴⁹ Ved å utvikle nye tjenester som i større grad muliggjør forebygging og egenomsorg, vil omfanget av kostnadskrevede sykdomsforløp reduseres. Dersom flere samfunnsaktører ansvarliggjøres for den enkeltes helse, vil behovet for kontakt med helse- og omsorgstjenestene kunne reduseres, samtidig som tjenestene lettere kan utnytte sine spisskompetanser.

5.7.1 Drivere og barrierer for brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren

Brukermedvirkning i sin smale forstand drives og hindres av en rekke ulike forhold. Brukermedvirkning gjennom et helt sykdomsforløp krever eksempelvis nye rutiner for samhandling mellom pasient og pasientens relevante tjenester.¹⁵⁰ Innovasjon, digitalisering og bruk av teknologiske verktøy er nødvendig for å muliggjøre egenmestring av egen helse. Brukermedvirkning stiller store krav til kompetanseheving hos pasienter, pårørende og i samfunnet for øvrig.¹⁵¹

¹⁴⁴ HOD (2022): Brukermedvirkning.

¹⁴⁵ Meld. St. 29. (2012-2013): Morgendagens omsorg.

¹⁴⁶ Meld.St.14. (2020-2021): Perspektivmeldingen 2021.

¹⁴⁷ Meld. St. 15. (2017-2018): Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.

¹⁴⁸ HOD (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23.

¹⁴⁹ Meld. St. 29. (2012-2013): Morgendagens omsorg.

¹⁵⁰ Skjærpe, Kristoffersen & Storm (2020): Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid.

¹⁵¹ HOD (2022): Brukermedvirkning.

For å oppnå effektene av brukermedvirkning i sin brede forstand, kreves det et grunnleggende skifte i hvordan samfunnet tenker om helse- og omsorgstjenestene. Brukere, innbyggere og samfunnsaktører må gå fra å være passive mottakere til å bli aktive brukere av helse- og omsorgstjenester, og i større grad ansvarliggjøres for egen og andres helse. Tjenestene må utvikles i samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene, forskningsaktører, næringsliv og sivilsamfunnet og innbyggere. Dette arbeidet er beskrevet og fremhevet av statlige aktører og forskningsaktører, men er fortsatt i tidlig fase.¹⁵² For å drive denne prosessen videre, peker blant annet Helseinnovasjonssenteret på viktigheten av å frigjøre ressurser over fra ordinær drift til arbeid med omstilling, samtidig som det må skapes arenaer eller kommunikasjonsplattformer der samskappingsaktiviteter eller resultater fra samskapingen kan deles.¹⁵³

5.8 Utdanning

Arbeidskraftproduktivitet og -kapasitet drives også av kompetanse.¹⁵⁴ Derfor er utdanning avgjørende for målsetningen om å øke produktiviteten og kapasiteten i helse- og omsorgssektoren.



For å imøtekomme bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren er det nødvendig at utdanningsløpene, søkning, dimensjoneringen av utdanningene og kvalitet samsvarer med sektorens behov. Dette innebærer at det utdannes nok helsepersonell samt at det utdannes helsepersonell med den riktige og nødvendige kompetansen.¹⁵⁵

Utdanning er en sentral løsningsdimensjon for å imøtekomme bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Dette kan både forstås i forbindelse med løsningsdimensjonens mulighet til å regulere antallet av utdannet helsepersonell, men også muligheten til å fremme gevinstene i øvrige løsningsdimensjoner. En bærekraftig utvikling av tjenestene, herunder gjennom økt produktivitet, krever overgang til nye arbeidsmetoder og verktøy og avhenger av ny og økt kompetanse.

5.8.1 Drivere og barrierer for utdanning i helse- og omsorgssektoren

Litteraturen peker på en rekke drivere og barrierer for å øke kapasiteten og kvaliteten i utdanningene. Her fremheves viktigheten av, eller mangelen på, optimal regulering av utdanningskapasiteten, utfordringer med opprettelse av praksisplasser og manglende prioritering av utdanningsstillinger.

Regulering av utdanningskapasiteten

Utdanningskapasitet blant sykepleiere beskrives som hovedårsaken til mangel på arbeidskraft, hvilket skyldes overvekten av kvalifiserte søkere i forhold til antall studieplasser.¹⁵⁶ Det er Kunnskapsdepartementet som regulerer utdanningskapasiteten blant de helsefaglige utdanningene gjennom kandidatmål, som fastsettes blant annet på bakgrunn av innspill fra de regionale helseforetakene. Denne måten å fastsette kandidatmål på får kritikk i rapporten fra Riksrevisjonen (2020) for å mangle tallfesting på hvor mye utdanningskapasiteten bør økes. Samtidig er innspillene fra de ulike regionale helseforetakene ulike både i form og innhold. Dette betyr at innspillene ikke har den nødvendige presisjon og systematikk som skal til for å danne et hensiktsmessig grunnlag for fastsettelse av kandidatmålene. Den informasjonen som de regionale

¹⁵² Helseinnovasjonssenteret (2020): Er samskaping en forutsetning for innovasjon i helse- og omsorgstjenesten?

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ Menon Economics (2020): Forberedt på den neste krise? Vurdering av helse og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel.

¹⁵⁵ Riksrevisjonen (2020): Riksrevisjonene undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.

¹⁵⁶ NOU 2020:15 (2020): Det handler om Norge - Bærekraft i hele landet - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene.

helseforetakene framskaffer, er på den måten ikke et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for at utdanningskapasiteten kan tilpasses etter spesialisthelsetjenestens behov.¹⁵⁷

Utfordringer med å opprette praksisplasser

En annen identifisert forutsetning for økt utdanningskapasitet, er muligheten for opprettelse av tilstrekkelig antall praksisplasser. For flere helseforetak består en stor del av studiene av praksis ved sykehus, særlig for sykepleierstudenter og spesialisykepleiere. Det er derfor en forutsetning for deres gjennomføring av studiene at det er tilstrekkelig med praksisplasser.¹⁵⁸ For å imøtekomme utfordringene med praksisplassene påpekes det av de regionale helseforetakene et behov for bedre samarbeid med utdanningsinstitusjonene i regionen slik det kan legges til rette for behov i helse- og omsorgstjenesten i regionen.¹⁵⁹ Utfordringene med et lavt antall tilbudte praksisplasser har ytterligere ført til anbefalingen om å legge til rette for desentralisert og fleksibel utdanning samt at øke bruken av praksisplasser i distriktskommuner.¹⁶⁰ Utdanningskapasiteten har en tydelig sammenheng med tilgang til kvalifisert helsepersonell samtidig som tilgangen på helsepersonell er tett relatert til hvor disse har tatt utdanningen sin. Det betyr at særlig distriktene vil være avhengige av nærhet til lærestedene som utdanner helsepersonell, for å kunne tiltrekke seg kvalifisert personell.¹⁶¹ Også bedre fordeling av praksisperioden blant studenter kan ha potensiale til å frigi viktig arbeidskraft.

Manglende prioritering av utdanningsstillinger

Eksisterende litteratur peker på at spesialisthelsetjenesten har vanskeligheter med å besette spesialisykepleiestillinger, blant annet som følge av at det ikke utdannes nok personell til å dekke behovet. Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringene i helseforetakene, peker på at noe av dette skyldes at det ikke opprettes nok utdanningsstillinger for å dekke nåværende eller fremtidig behov. I tillegg til dette angir lederne at ledelsen ved helseforetakene ikke i stor nok grad prioriterer utdanningsstillinger.¹⁶²

Arbeidsrelevanse i utdanningene

Samsvar mellom kompetanse og det faktiske fremtidige behovet i tjenestene er sentralt for å rekruttere og beholde personell.¹⁶³ Både personellens teoretiske kunnskap, og deres praktiske ferdigheter, er avgjørende for at pasientene skal kunne få nødvendig helsehjelp. Allikevel viser Studiebarometerets tall fra 2021 at blant annet sykepleierstudentene kun i noen grad opplever at de får opplæring i å bruke digitale verktøy som er relevante for sitt fagområde. Flere tidligere utredninger har pekt på en rekke svakheter ved dagens organisering og gjennomføring av praksisstudier innen sykepleie, blant annet lite kompetanse i veiledning hos praksisveiledere, samt ingen avsatt tid til praksisveiledning og til å sette seg inn i studieplan og læringsutbyttet.¹⁶⁴ Ifølge Helsedirektoratets Kompetanseløft 2025, gjennomføres 2/3 av praksisstudier innen sykepleie i spesialisthelsetjenesten, og det er usikkert hvorvidt forskriften i tilstrekkelig grad legger opp til at kandidatene innføres i relevante oppgaver, arbeidsmetodikk og teknologi brukt i kommunehelsetjenesten spesifikt. Behov og potensial for omorganisering av praksisveiledning (for eksempel større grad av gruppeveiledning) og styrket samspill mellom utdanning og yrkesfelt er til stede.¹⁶⁵

¹⁵⁷ Riksrevisjonen (2020): Riksrevisjonene undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ NOU 2020:15 (2020): Det handler om Norge - Bærekraft i hele landet - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene.

¹⁶¹ Ibid.

¹⁶² Riksrevisjonen (2020): Riksrevisjonene undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.

¹⁶³ Hjemås, Holmøy & Haugstveit (2019): Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060; Riksrevisjonen (2020): Riksrevisjonene undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.

¹⁶⁴ Norsk Sykepleierforbund (2018): Stor vilje – lite ressurser. En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten

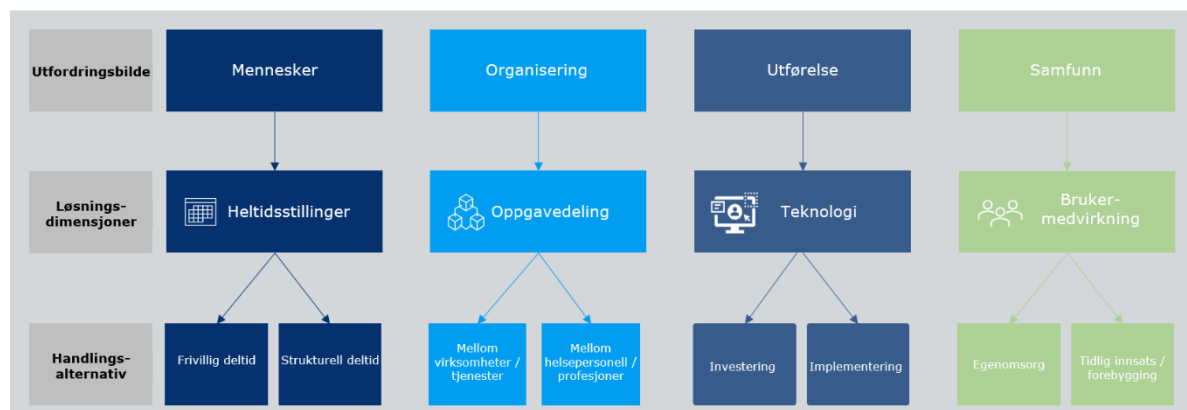
¹⁶⁵ Lysberg, Lysvand, & Storli (2022): Styrket praksisveiledning og læring i bachelorutdanningen i sykepleie 2020/21.

5.9 Fra åtte til fire løsningsdimensjoner

På bakgrunn av innsikt fra fase 1 og 2, gjorde vi en avgrensning knyttet til hvilke dimensjoner som skulle utforskes nærmere. Vi vurderte dimensjonene opp mot utfordringsbildet og mulighetsrommet – med spesielt stor vekt på produktivitet. Samtidig vurderte vi dem opp mot det overordnede potensialet som på dette tidspunktet hadde blitt avdekket gjennom dokumentstudier, intervjuer, dialog med oppdragsgiverne samt innspill fra fagpersoner i workshops. Med utgangspunkt i de samme kildene, identifiserte vi to handlingsalternativer under hver av de fire løsningsdimensjonene. Vi vurderte det slik at disse åtte handlingsalternativene har det største potensialet for å kunne løse dagens og fremtidens bemanningsutfordringer.

Gjennom arbeidet med de åtte løsningsdimensjonene, ble det flere steder tydelig at de opprinnelige dimensjonene har overlappende gevinstpotensial og barrierer. Videre viste det seg utfordrende å vurdere flere av dimensjonene hver for seg, fordi de gjerne beror på hverandre. Eksempelvis har vi flere steder identifisert tiltak innen enkelte løsningsdimensjoner som nødvendige forutsetninger for gevinstrealisering innen andre. I arbeidet med avgrensningen av løsningsdimensjonene, vurderer vi det som fordelaktig å identifisere og omstrukturere løsningsdimensjonene på en slik måte at det unngår den type overlapp.

Figur 5.1 Utfordringsbildet og de enkelte løsningsdimensjonene og handlingsalternativenes treffpunkt



Som vist i figur 5.1 er de fire løsningsdimensjonene, med tilhørende handlingsalternativer, identifisert med mål om å treffe, samt synliggjøre potensial, i ulike og unike deler av utfordringsbildet og mulighetsrommet. Dimensjonene heltidsstillinger og oppgavedeling handler om å høste potensialet i arbeidsstyrken (ansatte og ledere) gjennom henholdsvis fokus på bemanning og organisering. Teknologi handler om å erstatte eller frigjøre menneskelige ressurser gjennom endringer i måten sektoren utfører sine oppgaver. Brukermedvirkning handler om å avlaste helsetjenestene ved å få om bord flere av menneskene rundt, herunder brukeren og samfunnet.

I de fire neste kapitlene beskriver vi de fire løsningsdimensjonene med to tilhørende handlingsalternativer som ble tatt med videre, og som har vært utgangspunktet for overordnede gevinstanalyser. Til sammen mener vi at de fire dimensjonene med tilhørende handlingsalternativer kan bidra sterkt til økt produktivitet, som er nødvendig for å imøtekomme bemanningsutfordringene som er beskrevet tidligere i rapporten.

I tillegg til å beskrive de fire løsningsdimensjonene og åtte tilhørende handlingsalternativer, gjøres det rede for resultater fra en gevinstanalyse som er gjennomført. Det er benyttet såkalte

logiske kjeder som analyseramme (figur 5.2). Disse innebærer hypoteser om hvilke gevinster som potensielt kan realiseres ved å iverksette handlingsalternativene.

Figur 5.2 Logisk kjede



Problemet som skal løses defineres først til venstre i kjeden. Deretter beskrives hva som skjer når problemet er løst, hva man får ut av det, hvilke konkrete produktivetsgevinster som potensielt kan realiseres, og i tillegg hvilke ytterligere gevinster som kan bidra til å løse bemanningsutfordringene. Til sammen understøtter alle gevinstene en økning i produktiviteten. Til høyre i kjeden defineres de mest sentrale barrierene for gevinstrealisering samt sentrale aktører.

I tillegg til å vise gevinstpotensialet, peker de logiske kjedene også på sentrale identifiserte barrierer for gevinstrealisering. Videre synliggjør de identifiserte sentrale aktører som bør eller må bidra for enten å iverksette handlingsalternativene eller for å bryte ned barrierene. Basert på Rambølls og Menons vurderinger, har KS og Spekter gode forutsetninger for å kunne peke på hvilke konkrete aktører som hovedansvaret ligger hos med hensyn til hvert enkelt handlingsalternativ og barrierene.

6. KONKRETISERING OG VURDERING AV LØSNINGSDIMENSJONEN HELTIDSSTILLINGER OG TILHØRENDE HANDLINGALTERNATIVER

Økt bruk av heltidsstillinger er et gjennomgående tema i både litteraturen, intervjuer og workshop når det kommer til å utnytte ressursene i arbeidsstyrken mest mulig effektivt. Økt grad av heltidsstillinger er også essensen i løsningsdimensjonen «Arbeidstid», beskrevet i kapittel 5.2. I dette kapittelet presenteres en analyse av hvilke gevinster som kan oppnås gjennom handlingsalternativ for økt heltid, og hva som er sentrale barrierer og relevante aktører for å realisere gevinstene.

6.1 Betydning for bemanningsutfordringene i helsesektoren

Økt bruk av heltidsstillinger trekkes frem som et sentralt grep for å sikre at potensialet i arbeidsstyrken utnyttes best mulig. Det er et uttalt politisk mål å utvikle en heltidkultur i helse- og omsorgssektoren og redusere bruken av deltid.¹⁶⁶

En økt bruk av heltidsstillinger vil kunne være et viktig bidrag til å dempe bemanningsutfordringene, både gjennom å tilføre sektoren en økt kapasitet og ved å øke produktiviteten.

6.1.1 Økt kapasitet

I Perspektivmeldingen vises det til et konkret eksempel som synliggjør det betydelige potensialet som økt bruk av heltidsstillinger har for å tilgjengelige flere årsverk i sektoren. I eksempelet vises det til at det var 220 000 deltidssysselsatte i helse- og omsorgssektoren i 2019. Hvis en antar at de deltidsansatte i gjennomsnitt jobber halv stilling, tilsvarer de tapte arbeidstidene på grunn av deltid arbeidsinnsatsen fra om lag 110 000 fulltidssysselsatte personer.

Beregninger viser også at hvis alle turnusansatte over 27 år i kommunal helse- og omsorg jobbet heltid, ville det tilsvart 30 000 ekstra årsverk.¹⁶⁷

6.1.2 Økt produktivitet

Samtidig som en overgang til en heltidkultur vil øke den tilgjengelige arbeidskapasiteten, vil det i tillegg kunne gi økt produktivitet. Blant annet mente Produktivitetskommisjonen at den høye deltidsbruken i helse- og omsorgssektoren hemmer produktiviteten, og at det er et behov for større fleksibilitet i arbeidstidsbestemmelsene.

Produktivetsgevinstene er til dels knyttet til at høy grad av deltidsandel vil kunne gå på bekostning av forhold som sykefravær, vikarbruk, overtid, samt samhandling mellom ansatte. En annen viktig forklaringsfaktor er at lite fleksible arbeidstidsbestemmelser for fastsettelse av turnus gir en ineffektiv organisering av arbeidskraften.

Som en følge av dagens vanlige turnusordning, med arbeid hver tredje helg, står arbeidsgiver i valget mellom høy deltidsandel og overbemanning i ukedager.¹⁶⁸ I praksis forklarer dette trolig en stor del av deltidskulturen (som i seg selv gir et produktivitetstap) og i tillegg en overbemanning i ukedagene.

¹⁶⁶ Meld. St. 14. (2020-2021): Perspektivmeldingen 2021.

¹⁶⁷ KS (2022): Jobber de fleste i helse- og omsorgstjenestene deltid?

¹⁶⁸ Klyve, K. (2022): Innlegg: Rigide regler gir mye deltidarbeid.

6.2 Utvikling i grad av heltidsstillinger

Bruken av deltid i helse- og omsorgssektoren har bakgrunn i endringer i arbeidstidsbestemmelsene som skjedde tilbake i 1987.¹⁶⁹ Her ble partene i arbeidslivet enig om å redusere arbeidstiden med 2,5 timer per uke. Arbeidstakerne fikk altså mindre arbeidstidsbelastning og mer fritid pr. uke. Fra å jobbe 40 timer ble 37,5 timer pr. uke det vanlige for dagarbeidere. Tilsvarende ble arbeidstiden 2,5 timer kortere for de som gikk i turnus – fra 38 timer til 35,5 timer pr. uke. Frem til denne endringen ble turnusarbeid i helsetjenesten i stor grad dekket med heltidsstillinger, og arbeid annenhver helg. Endringen fra 1987 førte til at den reduserte arbeidstiden i stor grad ble tatt ut i helg, slik at flere gikk over til å jobbe hver tredje helg. Dette etterlot mange hull i arbeidsplanene, som igjen ble bemannet med deltidstillinger.

I ettertid har denne utviklingen skapt store utfordringer for effektiv bemanning i helsesektoren. Og selv om det er bred enighet mellom partene i arbeidslivet om at heltidsstillinger bør være hovedregelen i arbeidslivet, har ikke partene evnet å realisere de store endringene. Utviklingen har likevel vært positiv med en markant økning fra 20,8 prosent heltid i 2014 til 29,9 prosent heltid i 2021 for turnusansatte i kommunal helse og omsorg.¹⁷⁰

Behovet for tiltak for høyere heltid har vært løftet i en rekke større utredninger. Blant annet foreslo Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1) en rekke endringer i arbeidstidsbestemmelsene. Et flertall i utvalget foreslo økt styringsrett for arbeidsgiver over arbeidstidsorganiseringen på arbeidsplassen med sikte på å redusere deltidbruken i helse- og omsorgssektoren. Forslaget ville åpnet for at arbeidsgiver alene kan fastsette turnuser uten å være avhengig av avtale med fagforening. Flertallet viste til at selv helt ordinære skift- og turnusordninger krever at det avtales unntak fra arbeidstidsbestemmelsene gjennom tariffavtale, og at det har utviklet seg en praksis der dette blir brukt til å begrense helgevaktene for en del viktig helsepersonell til maksimalt hver tredje helg. Flertallet pekte på at helgearbeid har stor betydning for mulighetene til å tilby heltidsstillinger.

I kjølvannet av forslaget fra flertallet i Arbeidstidsutvalget, fester det seg uenighet til om regelendringer bør gjøres, og eventuelt omfanget av disse. Både arbeidstakersiden og deler av arbeidsgiversiden mener at tillitsvalgte bør involveres i fastsettelsen av turnusordninger gjennom drøftinger, slik det praktiseres i dag. Forslaget om nye regler for skift/turnusarbeid har ikke blitt fulgt opp fra politisk hold.¹⁷¹

Sysselsettingsutvalget har i sin rapport (NOU 2021:2) en utfyllende beskrivelse av årsakene til deltid.¹⁷² Her omtales blant annet arbeidstidsordninger/helgearbeid, lovbestemte permisjoner, utdanningspermisjoner, arbeidsmiljø og graderte sykemeldinger som årsaker. Utvalget har i sin oppsummering pekt på at partene må bidra til å utvikle tiltak som gjør det mulig med større/hele stillinger i virksomhetene. Samtidig understreker utvalget at det også må være tilgjengelige deltidstillinger for personer med redusert helse, eldre, ungdom under utdanning og andre som av ulike årsaker har behov for deltid.

6.3 Konkrete handlingsalternativ

Gjennom dokumentstudier og øvrig faglig innsikt fra nøkkelressurser i sektoren, finner vi, lett fortalt, at den etablerte deltidbruken i helse- og omsorgssektoren knytter seg til et todelt utfordringsbilde. Den første delen omhandler frivillig deltid, og tar gjerne utgangspunkt i et holdningselement hos de ansatte, der det anses som lite attraktivt eller uønskelig å jobbe hele

¹⁶⁹ Amble (2008): Innspill – forsøk med arbeidstidsordninger og arbeidstidsendringer i turnusarbeid.

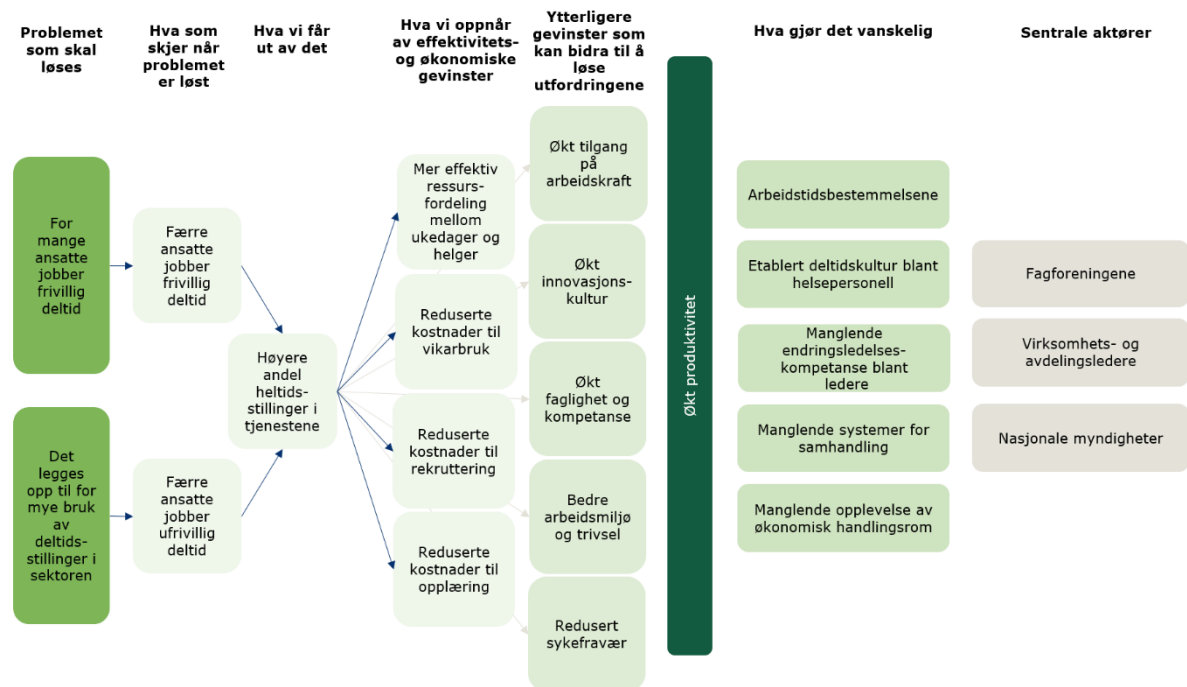
¹⁷⁰ KS (2022): Andelen heltidsansatte økte i 2021.

¹⁷¹ Meld. St. 14. (2020-2021): Perspektivmeldingen 2021.

¹⁷² NOU 2021:2 (2021): Kompetanse, aktivitet og inntektssikring.

stillinger. Den andre siden tar utgangspunkt i ufrivillig deltid, og knytter typisk deltidsproblematikken opp mot at helse- og omsorgstjenestene i stor grad er strukturert rundt en praksis for deltidsbruk. Samtidig er det viktig å nyansere dette bildet noe. Tidligere forskning problematiserer det absolutte skillet mellom frivillig og ufrivillig deltid, og argumenterer for at arbeidstakernes opplevelse av om deltid er frivillig eller ufrivillig henger tett sammen med organisering, kompetanse og mulige arbeidstidsordninger.¹⁷³ Samtidig er todelingen et nyttig utgangspunkt for å utlede handlingsalternativer som dekker ulike deler av utfordringsbildet.

Figur 6.1 Gevinstanalyse av heltidsstillinger



Det første handlingsalternativet tar utgangspunkt i at heltidsbruk i sektoren hindres av høy grad av frivillig deltid i helse- og omsorgssektoren. Dette skyldes gjerne en opplevelse av høy arbeidsbelastning eller ugunstige arbeidstider. Samtidig kan det også skyldes ulike implikasjoner av den allerede etablerte deltidskulturen ute i tjenestene, slik som lav faglighet, redusert trivsel og uforutsigbarhet.

Tiltakene forbundet med dette handlingsalternativet, vil ta utgangspunkt i, og forsøke å snu, de ansattes oppfatninger av heltidsarbeid som noe negativt. Det innebærer typisk normerende tiltak gjennom undervisning og utdanning som normaliserer heltid eller ulike retoriske grep som endrer måter vi snakker om heltid på. Det kan også innebære frivillige utprøvinger av ulike turnusmodeller eller andre arbeidstidsordninger, som i større grad fyller arbeidsplanene ved hjelp av heltidsstillinger.

Effektive tiltak innen dette handlingsalternativet, vil gi resultater i form av en holdningsendring, hvor oppfatningen av heltidsarbeid snur fra noe negativt til noe normalt og/eller positivt. Det vil igjen øke andelen ansatte som frivillig ønsker å jobbe heltid fremfor deltid.

Det andre handlingsalternativet tar, som nevnt, utgangspunkt i at den høye andelen av deltid i sektoren i stor grad er ufrivillig og et resultat av at sektoren er strukturert rundt en antagelse om

¹⁷³ Nicolaisen, H. & Bråthen, K. (2012): Frivillig deltid – en privatsak?

– og en praksis for – et iboende behov for deltidbruk. En slik forståelse av utfordringsbildet, tar utgangspunkt i at deltidsproblematikken henger sammen med helgebemanningskabalene som følger av dagens arbeidstidsordninger. Dagens vanlige turnusordning, med arbeid hver tredje helg, avler underkapasitet og nødvendiggjør bruk av deltid/innleie for å dekke arbeidskraftsbehovet i helgene.¹⁷⁴ Samtidig vil det også være behov for å se på andre forhold knyttet til tjenestenes struktur og organisering, som bidrar til å institusjonalisere bruken av deltidsstillinger, blant annet dominerende utlysningspraksis og manglende ressursdeling mellom tjenestene.

Det er identifisert flere ulike tiltak for å løse de strukturelle utfordringene knyttet til bruk av deltidsstillinger i sektoren. Tiltakene strekker seg fra politiske endringer – slik som nye arbeidstidsbestemmelser eller forandringer i kompensasjonsmodellen – til endringer på sektornivå – typisk nye former for ressurs- og/eller oppgavedeling mellom tjenestene. Tiltak kan og iverksettes internt i tjenestene, eksempelvis gjennom nye utlysningspraksiser, nye turnuser og nye former for intern fordeling av helgearbeid. Partene i arbeidslivet har jobbet sammen om å skape effektive og vidtspennende tiltak mot de strukturelle utfordringene i en årrekke uten at utfordringen er løst.

Det følger av problemet handlingsalternativet tar utgangspunkt i, at effektive tiltak vil resultere i at sektoren i større grad organiserer seg rundt økt bruk av heltidsstillinger. Dette vil igjen muliggjøre at flere av de som i dag jobber *ufrivillig deltid* får mulighet til å øke sine stillingsprosenten. Videre vil det gi sektoren selv, større defineringsmakt i hvilke typer stillinger de velger å benytte seg av, herunder fortrinnsvis heltidsstillinger.

Selv om handlingsalternativene tar utgangspunkt i to ulike deler av utfordringsbildet, vil de i praksis gi samme resultat; høyere andel heltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren. Potensialet for å redusere andelen deltidsstillinger er stort, da det anslås at om lag 50 prosent av de ansatte i sektoren jobber deltid.¹⁷⁵ Samtidig må en beregning av potensialet ta hensyn til noen nyanser. Andelen deltidsansatte er blant annet mer omfattende i distriktene sammenlignet med mer sentrale kommuner.¹⁷⁶

6.4 Hva vi oppnår av gevinster

Høyere andel heltidsstillinger i tjenestene vil muliggjøre flere gevinster med potensial til å imøtekomme bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. I hovedsak kan gevinstene deles inn i to hovedkategorier. For det første vil heltidsstillingene gi produktivetsgevinster med direkte innvirkning på produktivetspotensialet i tjenestene. Dernest vil en reduksjon av andel deltidsstillinger muliggjøre ytterligere kvalitative gevinster. Slike gevinster anses ikke å ha direkte produktivetsøkende potensial, men kan indirekte bidra til å løse bemanningsutfordringene gjennom å muliggjøre for andre gevinster som bidrar til økt produktivitet.

Som nevnt, tar handlingsalternativene utgangspunkt i ulike deler av utfordringsbildet. Likevel viser gevinstanalyser at de potensielle gevinstene er identiske på tvers av tiltakene. I den grad det er hensiktsmessig å skille mellom dem, viser analysene at det strukturelle handlingsalternativet har noe *større* potensial enn det kulturelle handlingsalternativet. Gevinstene i sistnevnte handlingsalternativ begrenser seg nemlig til å økt heltid blant de som i dag arbeider frivillig deltid (ca. ti prosent av den totale arbeidsstyrken¹⁷⁷). Det strukturelle

¹⁷⁴ NOU 2016:1 (2016): Arbeidstidsutvalget - Regulering av arbeidstid - vern og fleksibilitet; NOU 2008:17 (2007-2008): Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid; Moland, L.E. & Bråthen, K. (2021): Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene; Oslo Economics (u.å.): Tilstrekkelig helgebemannings uten uønsket deltid.

¹⁷⁵ Moland, L.E. (2021): Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur - En kunnskap- og eksempelsamling.

¹⁷⁶ NOU 2020:15 (2020): Det handler om Norge.

¹⁷⁷ Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/stort-omfang-av-deltidsarbeid> (06.06.2022)

handlingsalternativet begrenses derimot ikke av skillet mellom frivillig og ufrivillig deltid, og kan dermed tilskrives høyere potensiell effekt.

Som resultat av dagens dominerende turnusmodell, med arbeid hver tredje helg, overbemanner sykehusene og kommunene i dag avdelinger for å fylle helgene, med den konsekvens at det blir overkapasitet på hverdagene. Gevinstanalysen viser derfor at tiltak for å øke andelen heltidsstillinger vil kunne gi økonomiske gevinster ved å gi en mer effektiv ressursfordeling mellom ukedager og helger. Eksempelvis finner Oslo Economics, på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter, at unødvendig høy bemanning i ukedagene kombinert med underbemanning i helgene gir samlede merkostnader på 4,7 millioner kroner for en gjennomsnittlig spesialavdeling ved et sykehus, med behov for 70 årsverk.¹⁷⁸ Det er rimelig å anta at lignende effekter også vil kunne oppnås ved andre turnusorganiserte virksomheter, eksempelvis i primærhelsetjenesten. Ved å finne mer effektive måter å fordele arbeidskraftsressursene på kan kommunene og helseforetakene derfor øke andelen heltidsstillinger, redusere den samlede bemanningsbruken og spare kostnader.

Både primær- og spesialisthelsetjenesten bruker i dag store summer på å leie inn vikarer og til vikarbyråer. Vi finner derfor at tiltak for å øke heltidsbruken i tjenestene, og samtidig redusere behovet for deltidsbruk, vil kunne gi produktivetsgevinster gjennom reduserte kostnader til vikarbruk. I en rapport fra Nordlandsforskning, konkluderer forskerne med at innleie av vikarhjelpe var blant de mest betydelige driverne av kostnadsvekst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten de seneste årene.¹⁷⁹ Spesialisthelsetjenesten bruker også betydelige summer på innleie av vikarer. NSF finner eksempelvis at sykehusene samlet brukte ca. 2,5 milliarder kroner på sykepleievikarer fra 2016 frem til 2. kvartal 2017, mens kommunene brukte om lag 1,2 milliarder kroner på innleie av vikarer i 2019.¹⁸⁰

Tjenestesteder med økt andel heltidsstillinger vil også kunne hente økonomiske gevinster gjennom reduserte opplærings- og rekrutteringskostnader. Det er godt dokumentert at en økning av heltidsstillinger på bekostning av deltidsstillinger øker personaltilfredsheten og gjør at de ansatte ønsker å stå lengre i sine stillinger. I en evaluering av utprøving av langvakter i en rekke kommuner i Norge, finner Moland at flere kommuner sparte betydelige kostnader på reduserte opplærings- og rekrutteringskostnader.¹⁸¹ I tilfellene der kommunene rekrutterte nye medarbeidere, ble prosessene effektivisert ved at det opplevdes lettere å få inn kvalifiserte søkere. Økt andel heltidsstillinger har også potensial til å utløse en rekke kvalitative gevinster, som på sikt bidrar til å løse bemanningsutfordringene gjennom økt produktivitet, kapasitet og fleksibilitet. Flere av disse kommer som følge av en styrket *heltidskultur* ved arbeidssteder som kjennetegnes av en høy andel heltidsstillinger, og er hentet fra heltidshjulet til Moland og Bråthen (se Figur 7.1).¹⁸² Heltidskulturen kjennetegnes av blant annet styrket faglighet og kompetanse, bedre arbeidsmiljø og trivsel, og redusert sykefravær. Arbeidssteder med heltidskultur kan forvente produktivets-, kapasitets-, og fleksibilitetsgevinster ved at forholdene i større grad legges til rette for å yte mer og gi bedre tjenester uten å øke grunnbemanningen.¹⁸³ Heltidskultur kjennetegnes også av økt innovasjonskultur, der ansatte og ledere blir mer tilbøyelige til å

¹⁷⁸ Oslo Economics. (u.å.). Tilstrekkelig helgebemanning uten uønsket deltid.

¹⁷⁹ Andrews et al., (2021): Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

¹⁸⁰ Dolonen, K.A. (2018): Sykehusene bruker milliarder på sykepleievikarer; Dolonen, K.A. (2020): Kommunene brukte 1,2 milliarder på å leie inn vikarer i fjor.

¹⁸¹ Moland, L.E. (2015): Større stillinger og bedre drift - Evaluering av programmet Ufrivillig deltid.

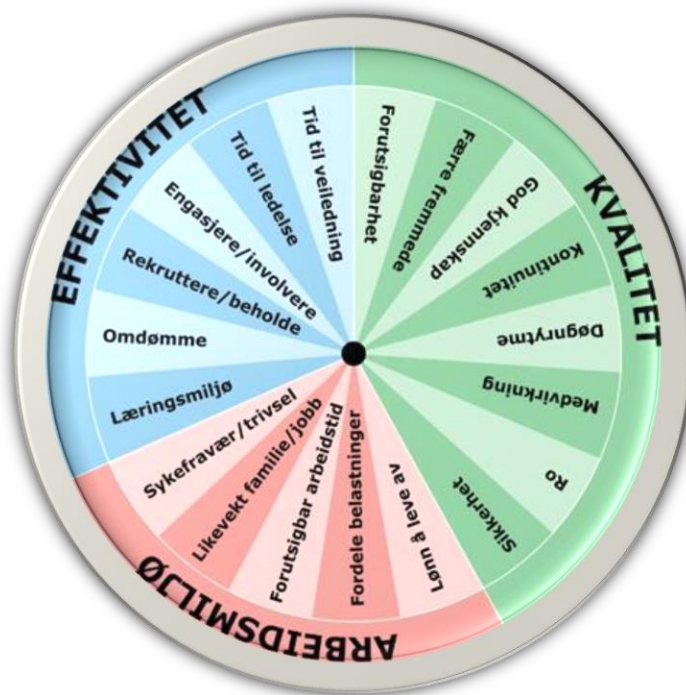
¹⁸² Moland, L.E. & Bråthen, K. (2012): Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?

¹⁸³ Ibid.

komme med forslag til endringer og idéer, og er mer villige til å anvende og ta i bruk nye arbeidsprosesser.

Utover de mer kvalitative gevinstene som realiseres gjennom heltidskultur, har en økning i andel heltidsstillinger et potensial til å øke den totale tilgangen på arbeidskraft. Dersom alle deltidsansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i alderen 30-60 år hadde jobbet deltid, ville det utgjort om lag 32 700 flere årsverk.¹⁸⁴ Det er vanskelig å se for seg et scenario der bemanningsutfordringene utelukkende dekkes ved hjelp av økt grunnbemanning. Ved en mer effektiv ressursallokering på tvers av tjenester og avdelinger, kan likevel økningen i antall årsverk spille positivt inn i arbeidet med å rekruttere forutsigbar og kompetent arbeidskraft i tjenestene. Rekrutteringsutfordringene er noe mange ledere oppgir å slite med i dag, og det er med på å avle deltidbruk i tjenesten.¹⁸⁵

Figur 6.2 Heltidshjulet - forventede gevinstområder ved økte stillingsstørrelser (Moland & Bråthen 2012)



6.5 Barrierer og sentrale aktører for realisering

Potensialet for økt produktivitet gjennom en økning av andel heltidsstillinger er velkjent, og det figurerer en rekke tiltak for å få dette til. Det gjelder både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Gjennom litteraturstudier og samtaler med faglige nøkkelressurser i sektoren, avdekker vi allikevel en generell frustrasjon knyttet til manglende realisering av gevinster, samt fravær av handling som realiserer de kjente gevinstene. Gjennom litteraturstudier og øvrig datainnsamling, har vi kartlagt barrierer for gevinstrealisering ved økning av andel heltidsstillinger. Ved å lette anvendelse og bruk av ulike former for løsninger, kan det å håndtere og bryte ned barrierer også ses på som typer tiltak, ulike fra dem vi beskrev over. Overordnet finnes det to ulike former for barrierer; 1) barrierer for muligheten til å prøve ut løsninger med mulige gevinster og 2) barrierer for effektiv skalering av utprøvde tiltak/piloter med kjente gevinster utover til flere avdelinger og virksomheter. Barrierene kan befinne seg på ulike nivåer (nasjonale myndigheter, lokalpolitisk, interesseorganisasjoner/fagforeninger, lokalt i enheter etc.) og innebære ulike typer grep (politisk, kulturelt, organisatorisk, juridisk eller teknologisk). Aktørene som må involveres for å ta tak i de ulike barrierene, vil derfor variere.

Dagens arbeidstidsbestemmelser har vist seg å være en potensiell barriere for realisering av, gevinstene ved endring av turnusmodeller og/eller andre arbeidstidsordninger. Virksomheter som driver døgnkontinuerlig drift, er i dag avhengig av avtaler med fagforeninger for å få godkjent arbeidsplaner.¹⁸⁶ Det gir en forhandlingssituasjon mellom fagforeningene og arbeidsgiverne, der det har vist seg krevende å komme til enighet om alternative turnusmodeller og omfanget av

¹⁸⁴ KS. (2018): Tid for heltid.

¹⁸⁵ KS. (2022): Har kommunene store utfordringer med rekruttering av sykepleiere?

¹⁸⁶ Spekter. (2021): Deltid.

helgearbeid. Til tross for at dagens partssamarbeid i det store og hele er viktig for å forene partenes interesser i utvikling av tjenester, kan forhandlingsmodellen derfor stå i veien for overgrepene, strukturelle endringer i arbeidstidsordningene. I arbeidet for mer effektiv allokering av ressurser mellom hverdager og helg, må det derfor vurderes hvordan dagens system kan tilrettelegges for å unngå slike flaskehals, eller hvordan partene på andre måter kan komme til enighet om hvordan arbeidstidsordningene kan utformes slik at de aktivt bidrar til økt heltidsandel.

En annen kjent barriere for effektive tiltak som øker andelen heltidsstillinger, er den institusjonaliserte deltidskulturen i helse- og omsorgssektoren.¹⁸⁷ En stor andel av arbeidstakerne uttrykker eksempelvis at arbeidet medfører høye fysiske og psykiske belastninger, blant annet som følge av manglende bemanning og utflytende grenser mellom arbeidsgruppene.¹⁸⁸ Det betyr at flere ikke opplever det som bærekraftig å jobbe heltid. Fordi mange ønsker å jobbe deltid, begrenser det samtidig effektene av tiltak for økt heltidsstillingsandel.

I lys av deltidskulturen, og barrieren den utgjør for effektive tiltak for økt andel heltidsstillinger, må det skapes en kultur- og holdningsendring hos arbeidstakerne, så vel som arbeidsgivere/ledere. Fagpersoner har, underveis i prosjektforløpet, løftet frem at mulige tiltak kan innebære å imøtegå og nyansere arbeidstakernes fremstilling av arbeidsbelastning, synliggjøre de privatøkonomiske konsekvensene av deltidarbeid for den enkelte arbeidstaker, samt løfte tiltak for å endre retorikken og omtalen av heltid internt i tjenestene. Kultur- og holdningsendringer stiller især store krav til endringsledelseskompetanse hos ledere i tjenestene og i helsefelleskapene og kommunene. Fagforeningene og nasjonale myndigheter er også sentrale aktører for å kunne mobilisere endring.

Gjennom tidligere tiltaksevalueringer og samtaler med nøkkelressurser, fremkommer det altså at gevinstrealisering ved tiltak for økt heltidsandel hindres av flere sentrale barrierer. Felles for disse, er at de ikke nødvendigvis er spesifikke til heltidsdimensjonen. Istedenfor gjelder de på tvers av løsningsdimensjonene og handlingsalternativene vi analyserer. Manglende endringsledelseskompetanse i tjenesten trekkes frem som en barriere ved tiltak som søker å skape endringer i arbeidskulturen. Manglende systemer for samhandling hindrer effektiv implementering av tiltak for ny, og mer effektiv ressursfordeling på tvers av avdelinger og tjenester. En stram sektorøkonomi og organiseringen av dagens finansieringssystemer har vist seg å gi manglende opplevelse av økonomisk handlingsrom blant ledere i tjenesten, og risikerer derfor å forhindre bred implementering av tiltak med oppstartskostnader.¹⁸⁹

¹⁸⁷ Straum, K.L. (2020): Alle er for heltidskultur, men har de forstått hva det faktisk krever?; Haabesland, A. et al., (2017): Er dagens organisasjonskultur i helse- og omsorgssektoren den ideelle for å håndtere kommende endringer i sektoren?

¹⁸⁸ Ingelsrud, M. & Falkum, E. (2019). Heltidskultur i kommunal helse og omsorg - Et spørsmål om fordeling av arbeid

¹⁸⁹ Agenda Kaupang & Fafo (2021): Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering.

7. KONKRETISERING OG VURDERING AV LØSNINGSDIMENSJONEN OPPGAVEDELING OG SAMHANDLING OG TILHØRENDE HANDLINGSALTERNATIVER

En hensiktsmessig oppgavedeling og bedre samhandling mellom ulike yrkes- og kompetansegrupper er et fokusområde for en mest mulig effektiv organisering av arbeidsstyrken i helsesektoren. Det er gjennomført flere omfattende studier av dette, og betydningen av oppgavedeling og samhandling har også vært et tilbakevendende tema i intervjuer og workshop gjennomført i forbindelse med arbeidet av denne analysen.

Oppgavedeling er beskrevet som en løsningsdimensjon i kapittel 5.4, mens samhandling er beskrevet i kapittel 5.5. I dette kapittelet presenteres en analyse av hvilke gevinster som kan oppnås gjennom handlingsalternativ for bedre organisering av arbeidet, med søkelys på oppgavedeling og samhandling mellom helsepersonell. Videre beskrives sentrale barrierer og relevante aktører for å realisere gevinstene.

7.1 Betydning for bemanningsutfordringene

Som et handlingsalternativ vil dette bidra til å utnytte eksisterende tilgjengelig kompetanse og personellressurser optimalt. Bedre utnyttelse og fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper, kan øke produktiviteten og kapasiteten til den eksisterende arbeidskraften.¹⁹⁰ Både i Norge og internasjonalt trekkes det å utnytte mulighetene som ligger i en optimal oppgavedeling som en nøkkelfaktor for å ha en bærekraftig bemanning i helse- og omsorgssektoren i årene fremover.¹⁹¹

7.1.1 Økt kapasitet

Bedre organisering vil kunne tilføre helsesektoren økt kapasitet, eksempelvis ved at fag- og yrkesgrupper som tidligere ikke var en del av arbeidsstyrken i helsesektoren blir tilgjengelig. Dette kan eksempelvis være som følge av at teknologiske endringer fører til behov for kompetanse som tradisjonelt ikke er helsepersonell kan løse oppgaver i helsesektoren. Analyser fra Menon har blant annet vist gevinster knyttet til en bedre oppgavedeling mellom øyelege og optiker som følge av ny teknologi.¹⁹²

7.1.2 Økt produktivitet

Potensialet for produktivitetsgevinster knyttet til ny oppgavedeling og bedre samhandling bestemmes av hvor stor avstand det er fra hvordan oppgaver fordeles i dag sammenlignet med hva som er en optimal tilpasning, gitt oppgavene som skal løses (helsemessige behov), teknologiske muligheter samt økonomiske og bemanningsmessige rammebetingelser.

7.2 Oppgavedeling i historisk perspektiv

Oppgavedeling er ikke et nytt fenomen, men er en pågående kontinuerlig prosess drevet av stadige endringer i behov og muligheter. Handlingsalternativet innebærer derfor ikke et nytt tiltak, men å stimulere endringstakten i en pågående prosess. For å forstå hva som skaper et behov for ny oppgavedeling og som definerer størrelsen på de potensielle gevinstene som det kan

¹⁹⁰ Ludvigsen, K. & Danielsen, H. 2014. Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester?

¹⁹¹ Se eks.: Europakommisjonen (2019): Task shifting and health system design og Ludvigsen & Danielsen (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?

¹⁹² Menon Economics (2020): Vurdering av potensialet for reduksjon av samfunnskostnader knyttet til øyesykdom i Norge med telemedisinsk avstandsoppfølging - Eyecheck System

medføre, er det nyttig å se tilbake til hvordan denne prosessen har ført til endringer i helsetjenesten historisk. En rapport fra Europakommisjonen (2019) beskriver hvordan endring i roller, kompetansesammensetning og fordeling av oppgaver påvirkes av minst fem faktorer.

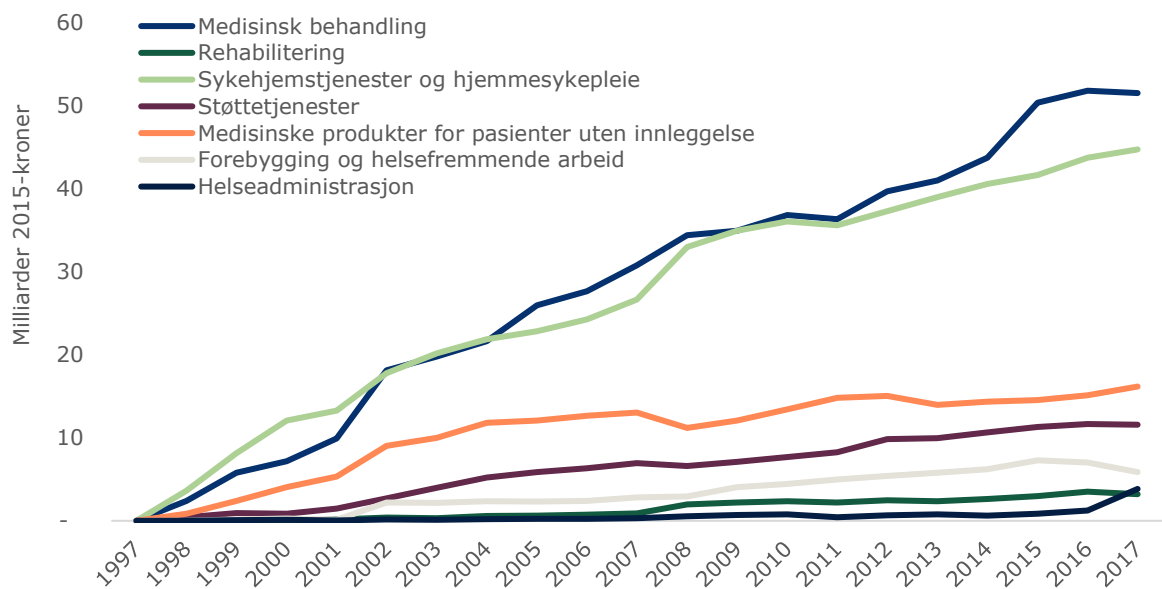
7.2.1 Endringer i sykdomspanoramaet

Den første faktoren handler om endringer i sykdomspanoramaet. Historisk har dette vært drevet av en forskyvning av sykdomsbyrden bort fra dødelige infeksjonssykdommer sykdommer til ikke-smittsomme kroniske sykdommer som en lever lenge med.¹⁹³ Dette har ført til endrede helsemessige behov og dermed også nye behov i hvordan ulike grupper av helsepersonell fordeler oppgaver seg imellom.

I Norge har disse endringene påvirket hvordan vi bruker penger på helse. I takt med et endret sykdomsbilde i befolkningen har gradvis en større andel av fokuset dreid seg fra å handle om å kurere sykdommer til et fokus på å la folk leve godt med plager de har. I 1997 brukte vi over dobbelt så mye på behandlingstjenester (sykehustjenester og allmennlegetjenester) som på sykehjemstjenester og hjemmesykepleie. Siden 1997 har veksten i disse to kategoriene vært omtrent like stor. Dette skyldes både en behovsendring, at det har blitt flere med behov for pleie, men og at vi har flyttet deler av ansvaret for pleie over fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figuren under viser utviklingen i kostnader per helsetjeneste siden 2015.

Mesteparten av denne veksten kommer fra vekst i sykehjemstjenester og hjemmesykepleie, samt medisinsk behandling. Disse har steget med henholdsvis 45 og 51 milliarder kroner de siste 20 årene. Selv om utgiftene til medisinsk behandling har økt betraktelig, er andelen av de samlede helseutgiftene som brukes på medisinsk behandling likevel fallende.

Figur 7.1: Økning i antall kroner brukt per helsetjeneste siden 1997. Faste 2015-kroner. Kilde: SSB



¹⁹³ Europakommisjonen (2019): Task shifting and health system design

7.2.2 Teknologiske fremskritt

Den andre faktoren er knyttet til teknologisk utvikling og endringene som det medfører knyttet til kompetanse. Ny teknologi medfører gjerne også behov for ny kompetanse, men også bortfall av annen kompetanse. Teknologisk utvikling vil dermed kunne komme sammen med en endring i hva som er en hensiktsmessig oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper.

7.2.3 Øvrige barrierer

Den tredje faktoren som trekkes frem av Europakommisjonen (2019) er relatert til etablerte normer, hierarkier og maktstrukturer, og hvordan dette påvirker endringstakten i å tilpasse seg nye behov for oppgavedeling. Oppgavedeling kan true hierarkier.

Den fjerde faktoren som trekkes frem er knapphet på helsepersonell, hvor bemanningsutfordringer driver frem endringer i arbeids- og ansvarsfordeling mellom helsepersonell.

Den femte faktoren er fokus på økt produktivitet gjennom en oppgavedeling som sørger for at en får mest mulig ut av tilgjengelige ressurser og kompetanse.

Europakommisjonen anbefaler økt satsing på forskning på oppgaveglidning i flere land, mellom flere grupper helsepersonell og i flere ulike kontekster. I vurdering av handlingsalternativ skiller vi mellom oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten på den ene siden, og mellom ulike yrkesgrupper på den andre siden.

7.3 Hva oppnår vi av gevinster

7.3.1 Oppgavedeling og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

En hensiktsmessig oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er viktig for en effektiv allokering av ressursene og god samhandling i sektoren.

I primærhelsetjenesten fyller fastleger og legevakt en viktig portvokterrolle inn til spesialisthelsetjenesten. Fastlegeordningen er imidlertid under et betydelig press.¹⁹⁴ Høy arbeidsbelastning og kapasitetsbegrensninger for fastlegene vil kunne føre til ubalanserte avveininger i rollen som portvokter for videre behandling i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og/eller tilgang på trygdeytelser.

I en utredning fra Helse Nord (2019) vises det til at en svekkelse av fastlegenes portvokterfunksjon vil ha negative konsekvenser for spesialisthelsetjenesten ved at sykehusene må håndtere oppgaver som fortrenger deres primære funksjon som spesialisthelsetjeneste. I Norge finner Markussen og Røed (2016) at fastleger blir mildere portvoktere, med hensyn på trygdeytelser, ved økt konkurranse i markedet for fastlegjetjenester. Godager et al. (2015) finner at økt konkurranse i liten grad påvirker fastlegenes rolle som portvokter for spesialisthelsetjenester.

I undersøkelser gjennomført av FHI oppgir fastleger at de ikke er tilfreds med tilgjengelighet til og samhandling med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med oppgavefordeling innen psykiske lidelser, og at utviklingen har vært negativ de siste årene.¹⁹⁵

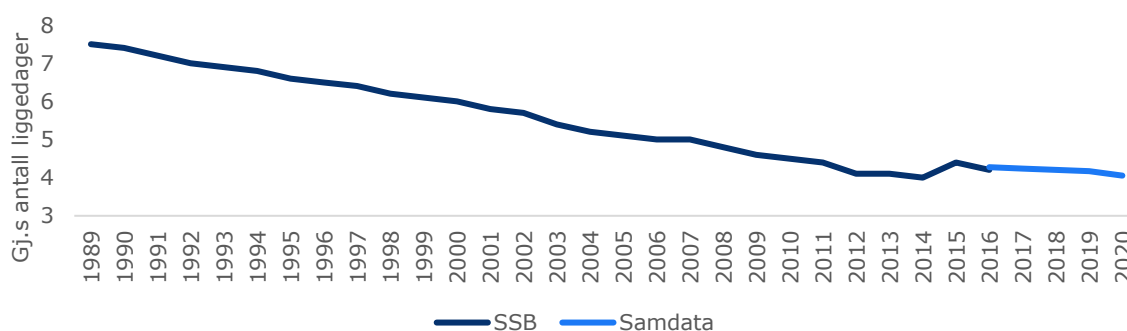
¹⁹⁴ EY og Vista Analyse (2019): Evaluering av fastlegeordningen

¹⁹⁵ Folkehelseinstituttet (2019): Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre

Dette viser at overbelastningen i fastlegeordningen kan skyldes en ineffektiv oppgavedeling, der konsekvensene blir svakere samhandling med andre helseaktører ringvirkninger for store deler av helsesektoren.

Også ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste er det viktig med en hensiktsmessig oppgavedeling. I 1989 var en pasient innlagt på et somatiske sykehus i gjennomsnitt 7,5 dager. I dag ligger gjennomsnittet på kun 4 dager. Som vist i figuren nedenfor har liggetiden jevnt over vært fallende i 30 år.

Figur 7.2: Utvikling i gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus. Kilde: SSB (1979-2016) og Helsedirektoratet (2015-2020)



Denne utviklingen har skjedd på tross av at det utføres mer krevende behandlinger enn før. Samtidig kan man argumentere for at behandlinger som før krevde døgnopphold, nå er modernisert og utføres mye raskere. I tillegg vet man at ressursbruk og prioriteringer rundt tidspunkt for utskrivning har endret seg. Sykehussenger er ressurskrevende, og pengene man sparer her kan brukes, og har blitt brukt på bedre utredninger og behandlinger. Ansvar for pasientene etter førstebehandling på sykehus har gradvis blitt flyttet mer over på kommunene, sist ved samhandlingsreformen. De økonomiske insentivene i spesialisthelsetjenestens innsatsstyrte finansiering (ISF) trekker også i retning av tidlig utskrivning fra sykehus.

Selv om tidligere utskrivning fra sykehus isolert sett er positivt, vil det ha negative konsekvenser for både pasient og helsetjenesten om pasienter skrives ut av sykehus for tidlig. Økt antall reinnleggelses kan tyde på at dette er tilfelle.¹⁹⁶ I en doktorgradsavhandling om temaet beskrives det at til tross for at helsepersonell kontinuerlig arbeider for å unngå reinnleggelses, er det i flere tilfeller vanskelig å unngå fordi organiseringen av helsetjenesten ikke er godt nok tilpasset de endringene helsetjenesten og pasientgruppene har gjennomgått det siste tiåret.¹⁹⁷

Analyser av Menon har vist at det kan være store gevinster knyttet til poliklinisk oppfølging etter utskrivelse fra sykehus for pasienter med hjertesvikt.¹⁹⁸

I evalueringen av fastlegeordningen vises det også til at det har vært en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til fastleger, som legger et ytterligere press på kapasiteten i ordningen.¹⁹⁹ Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. I tråd med LEON-prinsippet forskyves oppgaver til fastlegene. Noe må da prioriteres bort, såfremt kapasiteten blant allmennlegekorpset ikke øker. En vesensforskjell mellom spesialisthelsetjenesten og primærleger er at sistnevnte har hatt få muligheter til å delegere

¹⁹⁶ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/11/01/flere-reinnleggelses-hos-eldre-enn-for-samhandlingsreformen/>

¹⁹⁷ Glette (2020): Helsepersonells erfaringer med reinnleggelses fra primærhelsetjenesten – en oppsummering av en casestudie

¹⁹⁸ Menon Economics (2020): Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnader knyttet til hjertesvikt

¹⁹⁹ EY og Vista Analyse (2019): Evaluering av fastlegeordningen

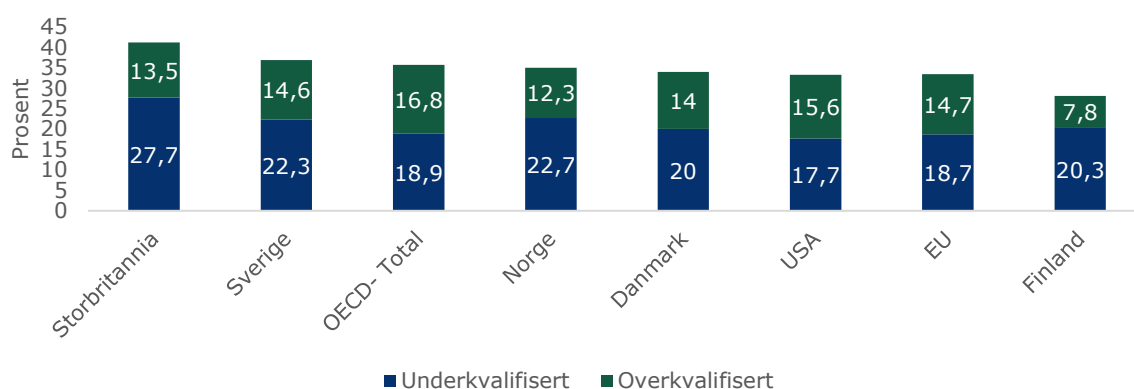
videre. Til tross for at dette bildet er kjent og etablert, har oppgavetilfanget for fastlegene skutt fart de siste årene.

Denne oppgavedelingen kan være en del av en negativ spiral, som skaper merarbeid for både primær- og spesialisthelsetjenesten.

7.3.2 Oppgavedeling og samhandling mellom yrkesgrupper

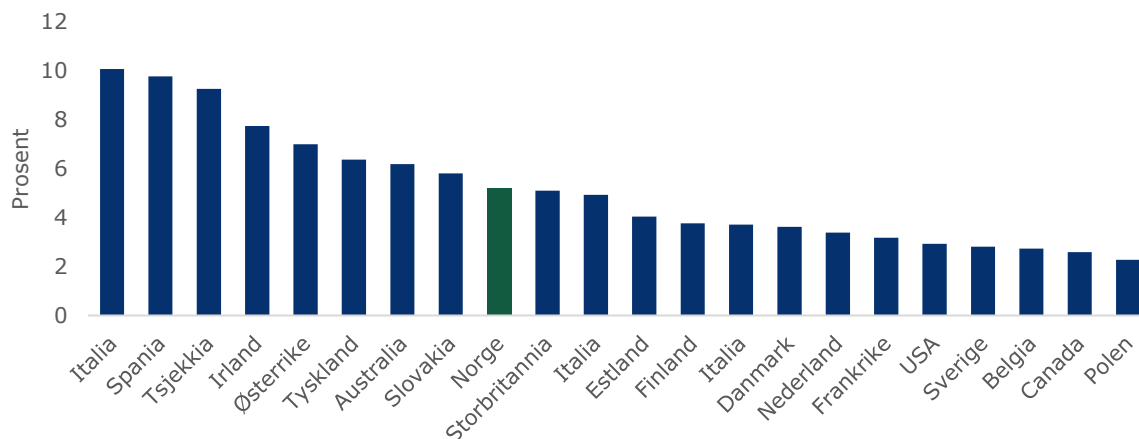
Tidligere analyser gjort av OECD indikerer at vår allokering av kompetansen ikke er optimal. Ifølge OECDs statistikk fra 2016, er 35 prosent av arbeidstakerne i Norge over- eller underkvalifisert for jobben sin. Andelen over- og underkvalifiserte arbeidstakere i Norge, og et utvalg av andre OECD-land er gjengitt i figuren under.

Figur 7.3: Andel under- og overkvalifiserte arbeidstakere i utvalgte OECD-land. Kilde: OECD



Som figuren viser, ligger andelen over- eller underkvalifisert arbeidskraft omtrent på nivå med OECD-snittet, men det er særlig andelen som er underkvalifisert som fører til mismatch av kompetanse i Norge. Denne typen mismatch av kompetansebehov hemmer produktivitetsveksten, da underkvalifisert kompetanse ikke har samme forutsetninger for å utføre arbeidsoppgavene på effektiv måte. Ved å se på forskjellen mellom faktisk arbeidsproduktivitet, og den produktivitet man kunne oppnådd ved å redusere mismatchen av kompetanse i hvert land til beste-praksis, finner OECD en potensiell produktivitetsgevinst av en bedre allokering av kompetanse. Resultatet av deres analyse er gjengitt i figuren under.

Figur 7.4: Produktivitetsgevinster av å redusere mismatch av kompetansebehov og -tilbud i arbeidsmarkedet. Kilde: OECD (2019)

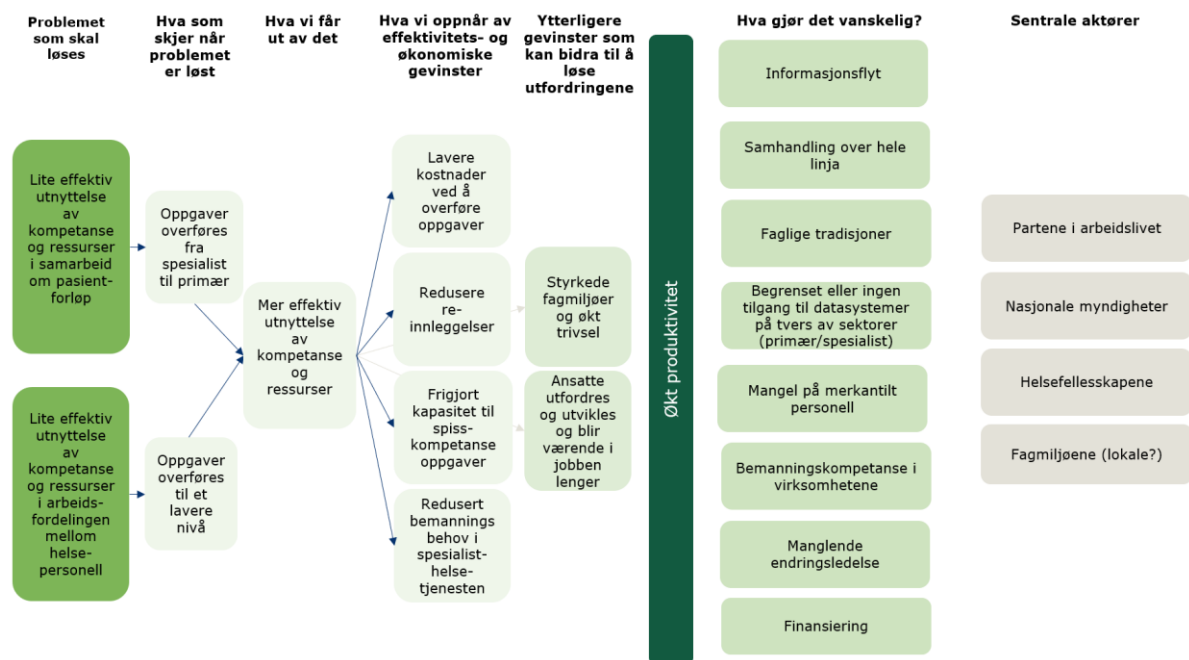


OECDs simulering indikerer at Norge, sammenlignet med flere andre OECD-land, har relativt store produktivetsgevinster å hente ved å optimalisere bruken av ulike yrkesgruppers kompetanse.

Eksisterende litteratur peker på både produktivets-, kapasitets- og kvalitetsgevinster ved bedre og smartere oppgavedeling. En endring i arbeidsdelingen mellom grupper av helsepersonell kan bidra til at personellgrupper, som det forventes å oppstå mangel på i fremtiden, kan erstattes av andre personellgrupper med overlappende eller tilstøtende kompetanse.²⁰⁰ Endring i arbeidsdelingen kan frigjøre kompetanse og skape effektive og hensiktsmessige tjenester. Eksisterende litteratur påpeker gevinster særlig i forbindelse med vertikal oppgavedeling samt ved tverrfaglig oppgavedeling.^{201 202} I vertikal oppgavedeling delegeres oppgaver fra en yrkesgruppe med høyere utdanning til en yrkesgruppe med lavere utdanning, mens i tverrfaglig oppgavedeling fordeles oppgaver mellom ulike personellgrupper.^{203 204}

På tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, pekes det på et behov for mer systematisk oppgavedeling. Det handler om 1) bedre systematikk i planlegging og oppkvalifisering av medarbeidere, og 2) mer systematisk anvendelse av helsefagarbeidernes kompetanse. Forutsetninger for bedre utnyttelse av helsefagarbeidere rommer bedre muligheter for utdanning, opplæring og videreutdanning.²⁰⁵

Figur 7.5 Gevinstanalyse av oppgavedeling og samhandling



²⁰⁰ Ibid.

²⁰¹ Helsedirektoratet 2013. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling

²⁰² Ludvigsen, K. & Danielsen, H. 2014. Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester?

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Colvin, J.C m.fl. 2013. A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services.

²⁰⁵ Ludvigsen, K. & Danielsen, H. 2014. Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester?

8. KONKRETISERING OG VURDERING AV LØSNINGSDIMENSJONEN «TEKNOLOGI OG INFRASTRUKTUR» OG TILHØRENDE HANDLINGSALTERNATIVER

Den raske utviklingen innen teknologi og digitalisering har en omveltende effekt på økonomi, politikk og samfunnsliv, og blir ofte referert til som den fjerde industrielle revolusjon.²⁰⁶ En industriell revolusjon defineres som en sverm av radikale innovasjoner som endrer spillereglene i økonomien. Felles for de industrielle revolusjonene er at de har kommet sammen med en frykt for at ny teknologi vil ta over dagens jobber og føre til økt arbeidsledighet. Erfaringen fra tidligere har vist at ny teknologi heller fører til en bedre oppgavedeling mellom arbeidskraft og «kapital», som fører til økt kapasitet til å produsere varer og tjenester med en høyere produktivitet enn hva som var mulig tidligere.

I denne løsningsdimensjonen utforsker vi hvordan investering og implementering av ny teknologi og infrastruktur kan bidra til å løse de fremtidige bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren.

8.1 Betydning for bemanningsutfordringer i helsesektoren

Utviklingen i forbindelse med den fjerde industrielle revolusjon er av både stor direkte og indirekte betydning for helsesektoren og fremtidige bemanningsutfordringer. De indirekte konsekvensene handler om hvordan den fjerde industrielle revolusjon vil kunne frigjøre arbeidskapasitet i andre sektorer, og slik dempe bemanningsutfordringene i helsesektoren gjennom et økt tilbud av arbeidskraft.²⁰⁷ Den direkte betydningen dreier seg om hvordan helse- og omsorgssektoren kan dra nytte av mulighetene som ligger i økt digitalisering og bruk av ny teknologi.

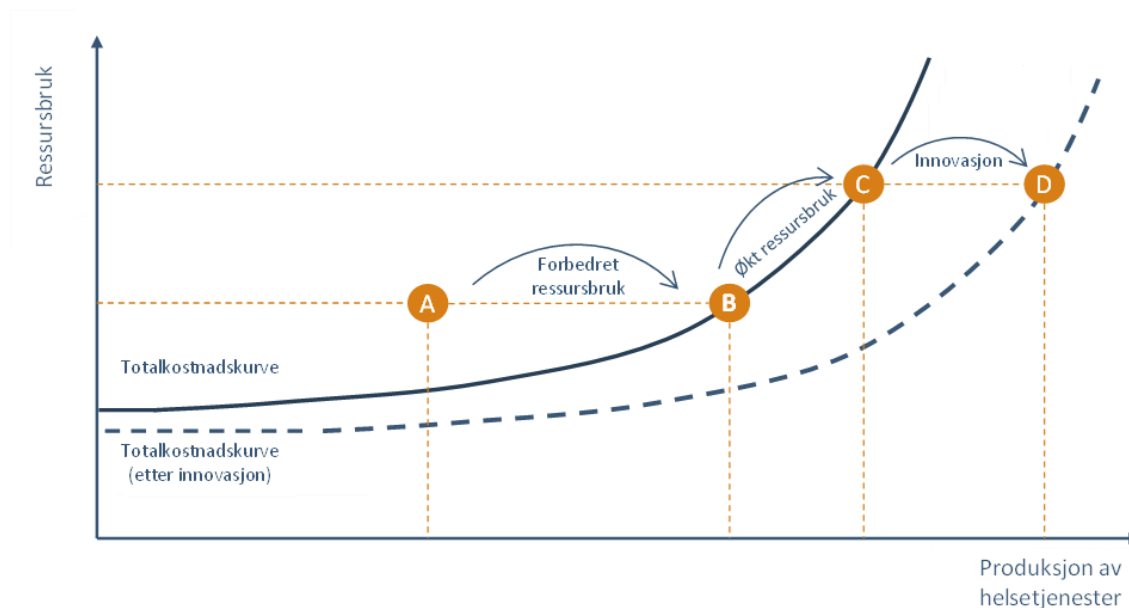
Helsetjenester kan fra et samfunnsøkonomisk ståsted sees som et produkt av en rekke ulike innsatsfaktorer. På et overordnet nivå skiller det gjerne mellom arbeid og kapital som innsatsfaktorer. Mens arbeid utgjør innsatsen til helsepersonell, omfatter kapital alt fra legemidler, medisinsk utstyr og annen teknologi til helsebygg og annen fysisk og digital infrastruktur.

Ved hjelp av en grafisk illustrasjon, beskriver vi i det følgende hvordan investering og implementering av teknologi og infrastruktur kan øke kapasiteten og produktiviteten i produksjon av helsetjenester. Y-aksen på figuren representerer ressursbruken (arbeidskraft og kapital), mens X-aksen representerer produksjon av helsetjenester. Totalkostnadskurven viser hvor mye helsetjenester som kan produseres for en gitt ressursbruk.

²⁰⁶ <https://www.weforum.org/agenda/2019/09/fourth-industrial-revolution-jobs/>

²⁰⁷ <https://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/105/2020/09/Hva-skjer-med-jobbene-16.-september-web-liten.pdf>

Figur 8.1: Produksjon av helsetjenester kan økes gjennom høyere effektivitet, mer ressursbruk eller innovasjon som gjør at vi kan «få mer for mindre». Kilde: Menon (2021): Verdien av medisinsk innovasjon



Punkt A viser en tilpasning hvor ressursene ikke brukes effektivt. Det vil si at det er et potensial for økt produktivitet, som kan realiseres enten ved å produsere like mye helsetjenester med mindre ressursbruk, eller mer helsetjenester uten at ressursbruken øker. Forflytningen fra A til B illustrerer sistnevnte mulighet. I praksis vil dette eksempelvis kunne være en bedre utnyttelse og implementering av de mulighetene som allerede finnes tilgjengelig for helsetjenesten.

Et annet alternativ er å investere i ny teknologi eller infrastruktur som ikke er tilgjengelig i sektoren i dag. Økte investeringer innebærer at kapasiteten øker som følge av økt ressursbruk, og kan samtidig føre til økt produktivitet. I figuren er dette illustrert i forflytningen fra B til C. I praksis kan dette være at man investerer i alt fra mer moderne sykehusbygg, til å implementere nye behandlingsmetoder eller bruk av velferdsteknologi. Vanligvis vil det skje gjennom økte helsebudsjetter, slik at en kan ansette mer helsepersonell, kjøpe mer medisiner, mer medisinsk utstyr, eller bygge flere helsebygg.

Samtidig pågår det en rask og kontinuerlig teknologisk utvikling. Som følge av innovasjon flyttes stadig grensene for hva som er mulig. Utviklingen som skjer i den fjerde industrielle revolusjon er et eksempel på dette, hvor innovasjon innen blant annet kunstig intelligens og digitalisering endrer spillereglene i helsesektoren. Det som er en effektiv fordeling av arbeidskraft og kapital i dag, vil være annerledes i morgen. Med andre ord øker *produksjonsmulighetene*, som vist i figuren ved at kurven skifter utover mot høyere. Det åpner mulighetene for økt produksjon av helsetjenester uten at ressursbruken må økes, altså et økt potensiale for videre produktivtvekst. I figuren er dette illustrert i steget fra C til D.

8.2 Utvikling i investeringer i helse- og omsorgssektoren

I hvilken grad investering i mer teknologi og infrastruktur kan bidra til å dempe bemanningsutfordringene, avhenger av i hvor stor grad potensialet allerede er hentet ut. Med andre ord i hvilken grad sektoren allerede har et investeringsnivå som gir en hensiktsmessig ressursfordeling/oppgavedeling mellom arbeidskraft og kapital (teknologi og infrastruktur), samt i hvilken grad investeringene er effektivt implementert.

8.2.1 Hva innebærer en investering i helsesektoren?

Som tidligere beskrevet er kapital og arbeidskraft de to innsatsfaktorene med størst betydning for produksjon. I helsesektoren tilføres ny kapital gjennom investeringer i for eksempel bygninger og utstyr og annen teknologi, mens arbeidskraft økes ved å sysselsette flere. Kapital og arbeidskraft er til en viss grad substitutter. Hvis man skal øke produksjonen, kan dette altså oppnås enten ved å investere i kapital eller ved å ansette flere i helsesektoren.

Investering er et mye brukt begrep, og med varierende definisjoner. I disse statistikkene innebærer en investering en realinvestering, der investeringene kan bidra til økt produksjon over lang tid. Overordnet deles investeringene inn i tre kategorier:

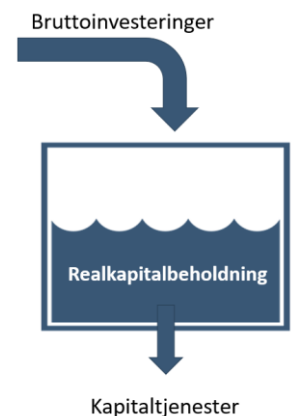
- 1) Investeringer i bygg og anlegg
- 2) Investeringer i maskiner og utstyr
- 3) Investeringer i forskning og utvikling (FoU), samt annen immateriell realkapital

Faktaboks: Hvordan bidrar kapital til helse- og omsorgssektoren?

I moderne makroøkonomiske analyser er man interessert i å vurdere hvilke tjenester kapitalen yter til produksjonen. I helsesektoren er dette bidraget fra realinvesteringer som bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Tjenestene kapitalen kommer med er et resultat av mengden kapital man har, samt hvor fort kapitalen slites. Noen typer kapital, slik som bygg og anlegg, har lang levetid, og bidrar dermed med en liten andel av sin verdi hvert år. Medisinsk teknisk utstyr varer kortere, og har et større bidrag. Et bygg gir en verdi over flere tiår, mens andre investeringer, som medisinsk-teknisk utstyr, gjerne har kortere levetid. Et bygg bidrar dermed med en liten andel av sin totalverdi til produksjon hvert år, sammenlignet med medisinsk-teknisk utstyr. Et mye brukt mål på tjenestene kapitalen bidrar med, er dens slitasje fra år til år – altså *avskrivningene*.

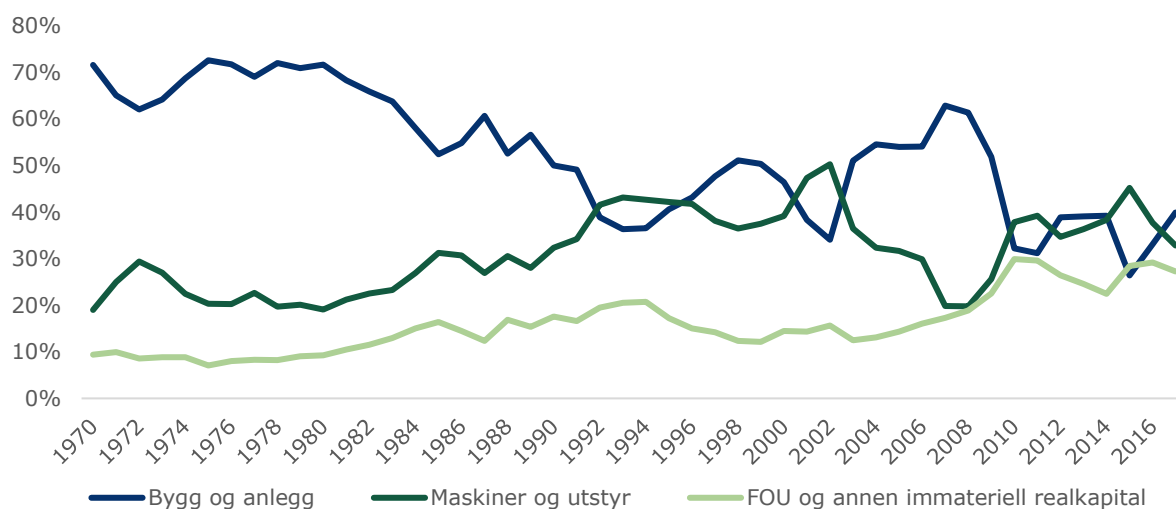
Bruttoinvesteringer selskapene gjør i ett år, legger grunnlaget for fremtidige kapitaltjenester fra økt realkapitalbeholdning.



I helsesektoren pleide den dominerende investeringsformen å være investeringer i sykehusbygg. På 1970-tallet utgjorde investeringer i bygg og anlegg rundt 70 prosent av totale bruttoinvesteringer. Siden den gang har bygg og anlegg utgjort en stadig mindre andel, mens investeringer i maskiner, utstyr, kunnskap og immateriell realkapital har utgjort en stadig økende andel. Figuren nedenfor viser utviklingen for alle selskaper i Norge som er klassifisert som selskap innen *helsetjenester*.²⁰⁸

²⁰⁸ Helsetjenester er alle selskaper som har næringskode 86. Dette inkluderer sykehus, institusjoner for psykisk helsevern, rusmiddelinstusjoner, rehabiliteringssentre, legetjenester, poliklinikker, tannhelsetjenester, hjemmesykepleie, fysioterapi, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, laboratorietjenester, og ambulansetjenester. Det inkluderer ikke pleie- og omsorgstjenester, og heller ikke produksjon av legemidler eller produksjon av medisinsk-teknisk utstyr.

Figur 8.2: Bruttoinvestering per type investering. I prosent av total bruttoinvestering innen helsetjenester. Norge 1970-2017. Kilde: SSB, nasjonalregnskapet.

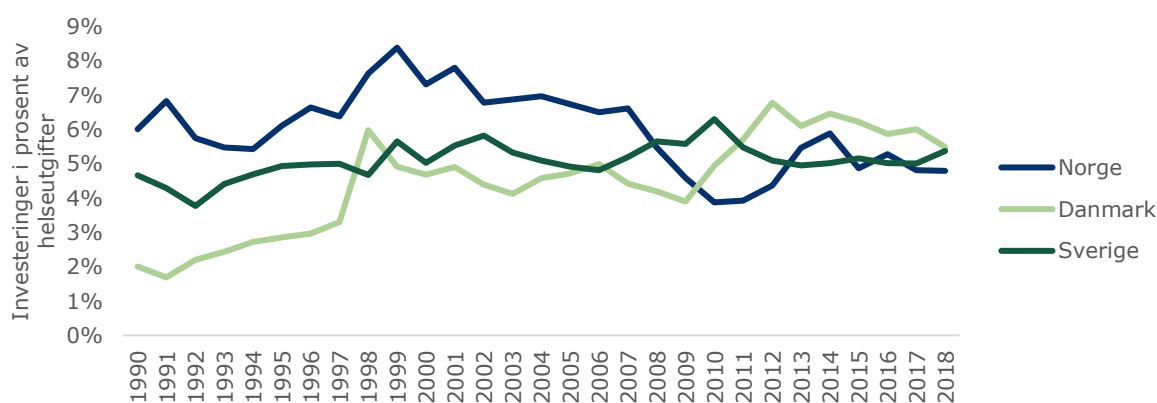


Figuren viser at «FoU og annen immateriell realkapital» utgjør en voksende andel av investeringene.²⁰⁹ På 2010-tallet utgjorde FoU en nesten like stor andel av totale investeringer som «bygg og anlegg» og «maskiner og utstyr» gjorde. Dette illustrerer utviklingen sektoren har vært gjennom de siste 50 årene, hvor man har gått i retning av færre og kortere innleggelses, mer høyteknologisk utstyr og flere høykompetente mennesker. Bygg og anlegg har dermed blitt mindre vesentlig, mens medisinsk-teknisk utstyr og økt kompetanse har blitt viktigere.

8.2.2 Investeringer i norsk helsesektor sammenlignet med Sverige og Danmark

For å vurdere i hvilken grad investeringsnivået i den norske helsesektoren er høyt eller lavt, kan det være nyttig å sammenligne Norge med andre land. Figuren nedenfor viser hvordan investeringer har utviklet seg i Norge, Sverige og Danmark siden 1990. Investeringene måles som andel av totale utgifter i helse for å sammenligne mellom landene og over tid.

Figur 8.3: Bruttoinvesteringer i helse i prosent av totale helseutgifter. Kilde: OECDs System of Health Accounts



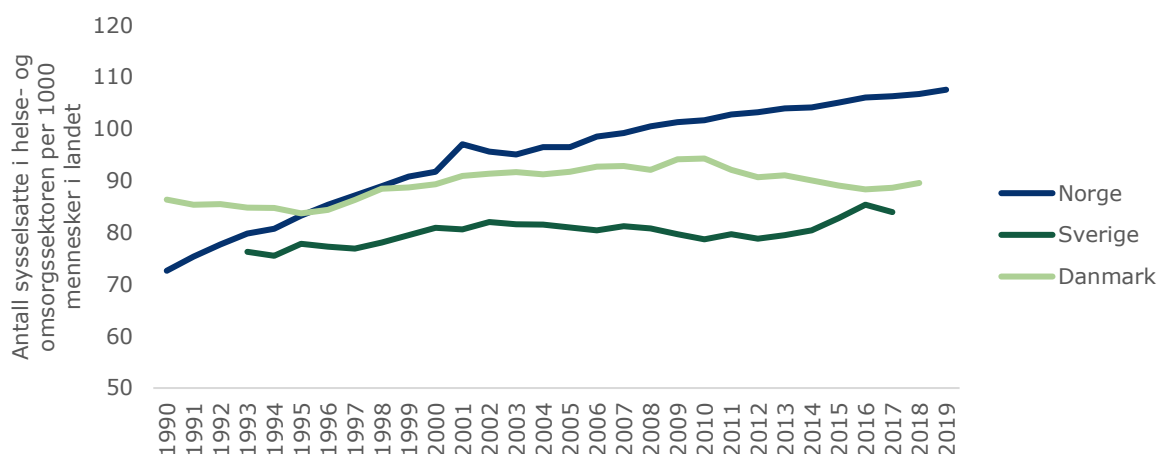
De tre skandinaviske landene har hatt forskjellig utvikling de siste 30 årene. På 1990-tallet brukte Norge en betydelig høyere andel av pengene i helsesektoren på investeringer, enn det Sverige og Danmark gjorde. Siden den gang har Norge gradvis brukt en mindre og mindre andel på

²⁰⁹ At FoU anses som en investering i det offentlige dukket først opp i nasjonalregnskapet på 2010-tallet. Historisk har FoU vært ansett som en produktinnsats, og ikke en investering. Det betyr at man i 1990 ikke anså at «FoU og annen immateriell realkapital» utgjorde 18 prosent av investeringene, men at man med moderne metoder gjør det i dag. Se f. eks <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/forskning-og-utvikling-i-nasjonalregnskapet> for en kort oppsummering for mer.

investeringer, mens Danmark har økt andelen de bruker på investeringer. Det har altså vært forskjellige prioriteringer i de skandinaviske landene, og Norge har gått fra å investere mye til å ikke lenger gjøre det.

Innen arbeidskraft er utviklingen motsatt. Mens antallet ansatte i helse- og omsorg per 1000 innbyggere har økt kraftig i Norge, har Sverige og Danmark hatt en lav vekst. Dette vises i figuren under.

Figur 8.4: Antall ansatte innen helse og omsorgstjenester per 1000 mennesker i landet. Kilde: OECDs System of Health Accounts



Norge har altså prioritert andre innsatsfaktorer for å produsere helsetjenester enn Danmark og Sverige har. Danmark har økt investeringsgraden, mens Norge har økt antall sysselsatte og redusert investeringsgraden. Forskjellen i hvordan landene har prioritert kan ha mange årsaker og det betyr nødvendigvis ikke at en utvikling er å foretrekke.

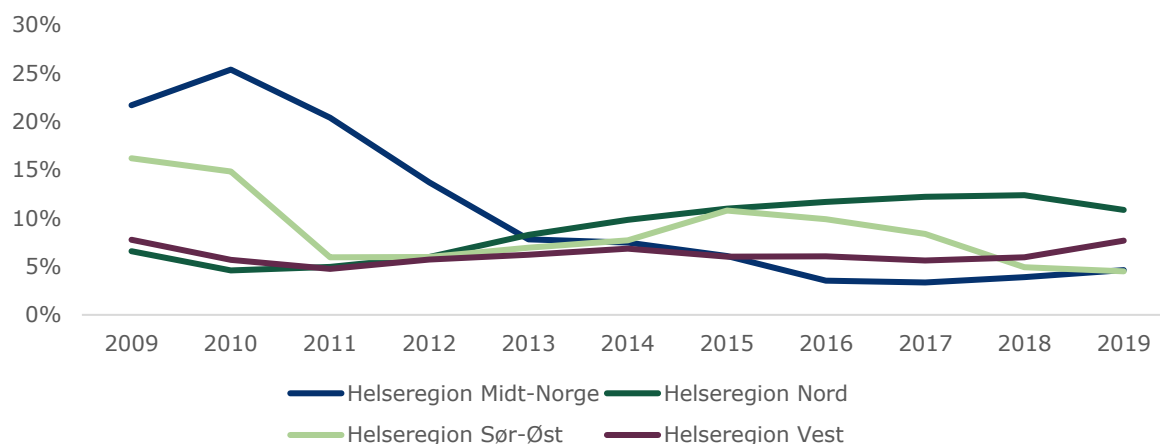
8.2.3 Investeringer i spesialisthelsetjenesten

For lavt nivå av investering i teknologi og infrastruktur har blitt trukket fram som en faktor for lav produktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten i flere tidligere analyser. I en undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr finner Riksrevisjonen blant annet at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene har blitt forverret over tid, og at gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr har økt fra 2015 til 2020.²¹⁰ Ifølge Riksrevisjonen vil det lave investeringsnivået kunne gå på bekostning av evnen til å vri ressursinnsatsen fra arbeidskraft til kapital. For at ny teknologi og infrastruktur skal bidra til å dempe bemanningsutfordringene, bør investeringsnivået økes.

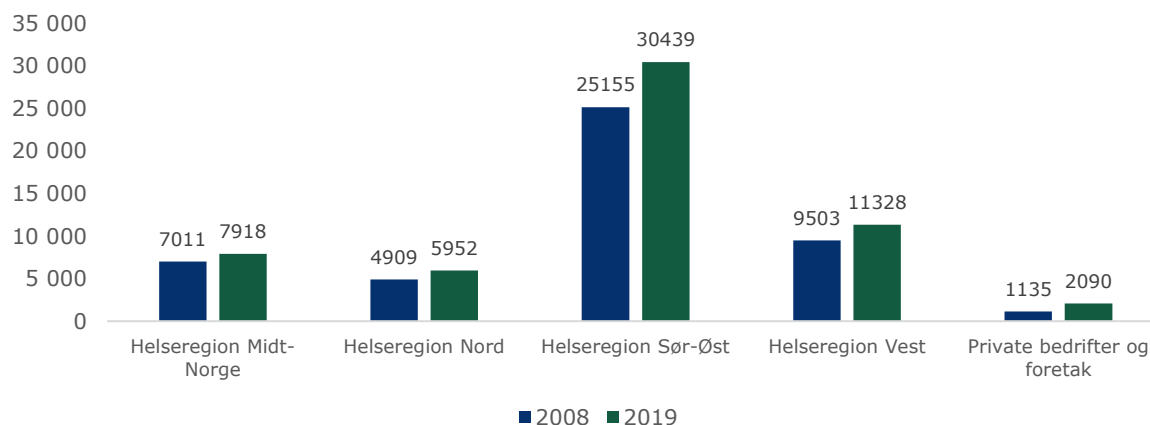
Funnene fra Riksrevisjonen støttes av flere tidligere analyser. En analyse gjennomført av Menon i 2020 finner at andelen av de totale utgiftene som har gått til investeringer i spesialisthelsetjenesten, har falt kraftig.²¹¹ I 2019 brukte regionene i Norge mellom fem og elleve prosent av de totale utgiftene på investeringer. I 2010 lå andelen på mellom syv og 25 prosent. Når det kommer til investeringer i FoU og i medisinsk utstyr ser man en stagnerende trend. Det eneste som skiller seg ut er økningen i investeringer i datautstyr gjort i helse Sør-øst-regionen fra perioden 2014 til 2017. Til tross for at utviklingen i kostnader har gått opp, samtidig som behovet for helsetjenester har økt, har man ikke valgt å investere mer i FoU og medisinsk teknisk utstyr sammenlignet med for ti år siden.

²¹⁰ Riksrevisjonen (2021): Riksrevisjonenes undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

²¹¹ Menon (2020): Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel

Figur 8.5: Andel investeringer av de totale utgiftene i spesialisthelsetjenesten. Kilde: SSB

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har økt i samtlige regioner de siste årene. Likevel ser man en invers sammenheng mellom økning i investeringer og vekst i antall årsverk. De regionene som har størst vekst i antall årsverk (Helse Sør-Øst og Helse Midt Norge) har lavest vekst i investeringer og motsatt. Dette viser hvordan prioriteringene i samtlige helseforetak har vært enten arbeidskraft eller investeringer de siste årene og stemmer overens med funnene knyttet til forskjellene i Skandinavia.

Figur 8.6: Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten. Kilde: SSB

En annen analyse gjennomført av Menon i 2017 underbygger funnene til de ovennevnte analysene. Analysen viser også at investeringstakten i helseforetakene har falt.²¹² For å demme opp for et stadig økende behov for helsetjenester, har drift blitt prioritert fremfor investering. Som følge av dette har kapitalintensiteten falt. Dette har bidratt til at produktiviteten i spesialisthelsetjenesten ikke har vokst de siste ti årene.

I analysen beregner Menon at den gjennomsnittlige produktivitsveksten i helsesektoren samlet har ligget rundt 0,32 prosent det siste tiåret. Som beskrevet tidligere baserer SSBs referansebane seg på en forutsetning om 0,5 prosent produktivitsvekst per år fremover. Den gjennomsnittlige produktivitsveksten i helsesektoren er dermed vesentlig lavere enn produktivitsveksten SSB legger til grunn. Fortsetter denne utviklingen vil behovet for årsverk øke deretter.

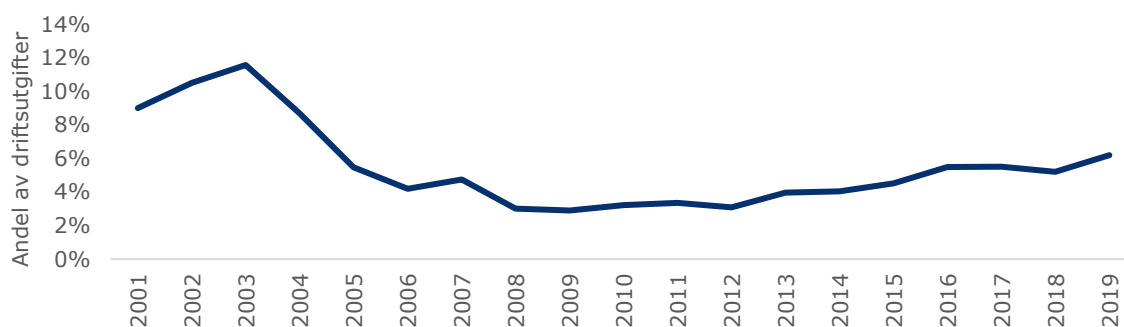
²¹² Menon Economics (2017): Bruker vi for mye på helse?

Den svake produktivitetsutviklingen betyr imidlertid ikke at de som jobber i helsesektoren har blitt mindre produktive. Tvert imot viser analysen at man har lyktes med å effektivisere arbeidsprosessene i spesialisthelsetjenesten slik at arbeidskraften isolert sett har blitt mer effektiv. Men denne effekten har gått tapt fordi investeringer i ny teknologi, oppgradering av utstyr og vedlikehold av bygningsmasse har blitt nedprioritert. Dermed har produktivitsveksten uteblitt.

8.2.4 Investeringer i primærhelsetjenesten

Utviklingen som har skjedd nasjonalt inntreffer også i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Vi har sett en fallende investeringstrend fra begynnelsen av 2000- tallet. I løpet av 2010-tallet har imidlertid investeringene økt noe.

Figur 8.7: Bruttoinvesteringer i helse som andel av totale brutto driftsutgifter i helse og omsorg, alle kommuner utenom Oslo. Kilde: SSB

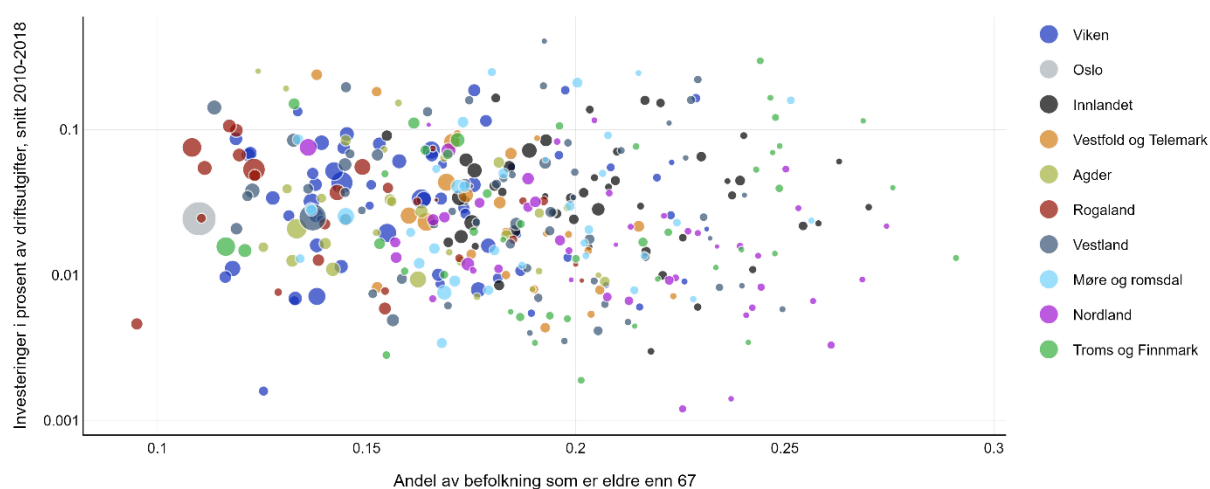


Overordnet er det slik at i kommunehelsetjenesten ligger realkapital på en omtrent lik andel av totale utgifter som det gjorde ved begynnelsen av årtusenet. Derimot har antall sysselsatte steget kraftig i kommunehelsetjenesten. Det er imidlertid store forskjeller mellom hver enkelt kommune. En analyse gjennomført av Menon i 2020 viser at kommuner med mange eldre, har flere årsverk i helsesektoren.²¹³ Det er også tydelig at for en gitt mengde eldre, har noen fylker gjennomgående færre årsverk i helsesektoren. Kommuner i Viken har eksempelvis færre årsverk per innbygger enn kommuner med tilsvarende mange eldre i andre kommuner.

At det er en sammenheng mellom hvor mange eldre en kommune har, og hvor mange sysselsatte kommunen har i helse- og omsorg, er ikke overraskende. Det er ikke like åpenbart med investeringer. Det er imidlertid klart at det som krever mest investeringer i kommunal helse- og omsorg, er institusjonslokaler. Ettersom sykehjems plasser er de mest utbredte plassene, er det derfor nærliggende å anta at kommuner med flere eldre burde ha høyere investeringer, og mer realkapital. Analysen gjennomført av Menon finner imidlertid ikke dette.

²¹³ Menon (2020): Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel

Figur 8.8: Andelen av befolkningen som er over 67 år, målt mot hvor mye av kommunens budsjett som i snitt har blitt brukt på investeringer siste 10 år. Størrelsen på boblen er bestemt av innbyggertall, farge av fylke. År: 2019. Kilde: SSB og Menon



Analysen finner ingen systematisk sammenheng mellom investeringer i kommunen, og alder i kommunen, verken når det kommer til størrelse på kommunene, alderssammensetning eller helseutgifter. Det betyr at det ikke er noen tegn på at realkapitalintensiteten er høyere i kommuner som har begynt å oppleve eldrebølgen. Det fremstår altså å være liten systematikk i hvilke kommuner som satser på realkapital. Mens det er tydelig at økt behov medfører økt sysselsetting i kommunen, er det ikke like tydelig at økt behov drar med seg investeringer.

8.3 Konkrete handlingsalternativ

For lavt investeringsnivå i helse- og omsorgssektoren de siste årene har medført at produktivitsveksten i helsesektoren har uteblitt. Tiltak for å vri om denne trenden, spesielt som et bidrag for å imøtekomme bemanningsutfordringene vi står ovenfor, er nødvendig. Gjennom intervjuer, workshops og dokumentstudier har vi identifisert to konkrete handlingsalternativer.

For det første vil en satsning direkte mot økte investeringer i teknologi og infrastruktur være et helt sentralt handlingsalternativ. Økte investeringer vil bidra til å avlaste arbeidskraften ved å øke kapitalbeholdningen i sektoren og legge til rette for den produktivitsveksten som trengs for å redusere bemanningsbehovet over tid. Det er imidlertid viktig å presisere at vi med dette ikke mener at man skal løse ressursbehovet ved økt kapitalinnsats alene, eller at det ikke er behov for satsing på arbeidskraften i helsesektoren fremover. Økte investeringer i teknologi i helsesektoren vil kunne bidra til å gjøre bemanningsutfordringene overkommelig. Samtidig vil en satsing på investeringer i teknologi bidra til å avlaste arbeidskraften der det er mulig slik at man heller kan øke arbeidsinnsatsen på oppgaver som det er vanskelig å se for seg at kan løses uten arbeidskraft – slik som for eksempel pasientomsorg. Denne typen oppgaver blir i dag stadig nedprioritert ettersom vi stiller nye effektivitetskrav til arbeidskraften.

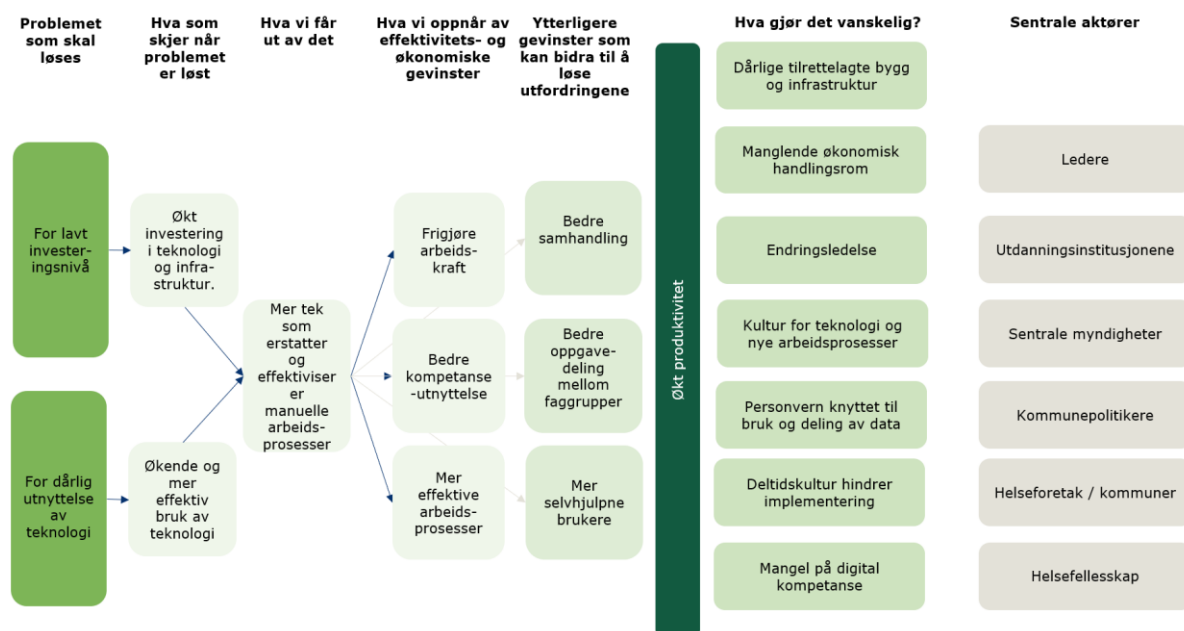
Økte investeringer i teknologi og infrastruktur vil kunne *legge til rette* for at teknologi kan bli implementert og bli tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren. Allikevel krever det at ledelsen og helsepersonell faktisk tar teknologien i bruk når den er tilgjengelig. Derfor handler det andre handlingsalternativet til denne løsningsdimensjonen om tiltak for å oppnå økende og mer effektiv implementering av eksisterende teknologi i sektoren. Det finnes allerede mye tilgjengelig teknologi som er klart til å implementeres og tas i bruk, og som ikke i vesentlig grad er avhengig av økte investeringer. Dette handlingsalternativet vil derfor i stor grad dreie seg om å overkomme de barrierene som forhindrer at man implementerer den teknologien som er tilgjengelig. Endringsledelse, og dens innvirkning, er sentralt knyttet til dette handlingsalternativet.

Til tross for at handlingsalternativene som er skissert opp er to ulike handlingsalternativer, vil gevinstene av de to handlingsalternativene være sammensatte og avhengige – det hjelper ikke med økte investeringer i teknologi dersom teknologien ikke implementeres. Handlingsalternativene vil sammen kunne gi samme resultat; mer teknologi i helse- og omsorgssektoren som erstatter og effektiviserer manuelle arbeidsprosesser. I det følgende vil vi derfor se gevinstene av handlingsalternativene under ett.

8.4 Hva oppnår vi av gevinster

Å utnytte mulighetene som ligger i teknologi vil kunne bidra til å realisere en rekke ulike gevinster. Spesielt vil gevinstene rette seg mot bemanningsutfordringene vi står ovenfor. For det første vil det kunne gi produktivetsgevinster. I tillegg vil investering i og bruk av teknologi kunne føre til ytterligere gevinster som ikke i seg selv gir økt produktivitet, men som gjennom andre gevinster kan bidra til effektivitetsgevinster og dermed bidra inn mot bemanningsutfordringene.

Figur 8.9 Gevinstanalyse av teknologi og infrastruktur



Produktivetsgevinster

På et overordnet nivå kan vi si at bruk av teknologi vil kunne erstatte, effektivisere og eliminere oppgaver som i dag gjøres manuelt. På den måten vil investering og implementering av teknologi gi produktivetsgevinster i helsesektoren.

Bruk av teknologi vil bidra til å avlaste arbeidskraften – frigjøre tid – der det er mulig slik at man heller kan øke arbeidsinnsatsen på oppgaver som det er vanskelig å se for seg at kan løses uten arbeidskraft. Den frigjorte tiden kan dermed benyttes på de oppgavene hvor det er viktigst med menneskelig interaksjon mellom pasient og helsepersonell.

Opgaver som blir erstattet kan sees på som en utvidet forståelse av oppgavedeling, hvor oppgaver flyttes fra helsepersonell til eksempelvis automatisering eller robotisering. Menon har tidligere estimert et automatiseringspotensial i kommunal helse- og omsorgstjeneste tilsvarende

nesten 1 av 4 arbeidsplasser.²¹⁴ Fordelt på yrkeskategori er det størst automatiseringspotensial innenfor ufaglært helse og omsorg (35 prosent), men også for helsefagarbeidere (23 prosent), ergo- og fysioterapeuter (19 prosent) og sykepleiere (15 prosent) er det et betydelig potensial for automatisering. I intervjuer vi har hatt trekkes det også frem hvordan nye typer sensorer eksempelvis kan overvåke og slik bidra med diagnostisering, uten behov for innleggelse av pasienten. På denne måten vil teknologi kunne erstatte oppgaver og frigjøre kapasitet.

Effektivisere handler om hvordan teknologi bidrar til å få mer helsetjenester ut av hver arbeidstime fra helsepersonell. Et eksempel er teknologi som medfører at personell kan yte tjenestene ved bruk av videokommunikasjon, sammenlignet med at pasienten møter fysisk med behandler som ved polikliniske konsultasjoner, eventuelt som et supplement eller erstatning for at helsepersonell reiser ut til pasientenes hjem.

Videre kan bruk av teknologi bidra til mer effektive arbeidsprosesser. Et konkret eksempel kan vises til Nordlandssykehuset hvor sykepleierne har tatt i bruk en applikasjon for registrering av pasientenes helsetilstand.²¹⁵ Tidligere har sykepleierne pleid å skrive informasjonen ned på «post-it»-lapper, for senere å skrive det inn i pasientjournalen på papir. Bruk av applikasjonen fører til at sykepleierne slipper dobbeltføring, legene får umiddelbart tilgang til informasjonen, samt at det gir sykepleierne mer tid til pasientene. Undersøkelser gjennomført av sykehusene som bruker appen, viser en tidsbesparelse på rundt 70 timer per sengepost, per måned, ved å dokumentere via applikasjonen.²¹⁶

Bruk av teknologi kan også føre til bedre kompetanseutnyttelse. I dag bruker helsepersonell mye tid på ikke-faglige oppgaver, som blant annet skifting av sengetøy, vasking, mattilberedning og tungvinn kommunikasjon med annet helsepersonell. En rekke teknologier vil kunne legge til rette for at helsepersonell bruker tiden sin på det de har faglig kompetanse på. Eksempelvis har sykepleiere brukt mye tid på smittevask i koronapandemien. Dette kunne vært unngått ved bruk av desinfiseringsroboter. Bruk av teknologi som legger til rette for bedre kompetanseutnyttelse vil både effektivisere arbeidsdagens til helsepersonell, i tillegg til at helsepersonell bruker tiden sin på oppgaver de er best egnet til.²¹⁷

Ytterlige gevinster som kan bidra til å løse utfordringene

Gevinstanalysen vi har gjennomført viser også at investering i, og bruk av teknologi, vil gi ytterligere gevinster som ikke alene ses på som effektivitetsgevinster, men som indirekte, gjennom positive virkninger, kan gi effektivitetsgevinster. Eksempler på ytterligere gevinster som vi har identifisert er bedre samhandling, bedre oppgavedeling mellom yrkesgrupper og mer selvhjulpne brukere.

Bedre og mer effektiv samhandling mellom helsepersonell kan blant annet oppstå ved bruk av IKT-baserte samhandlingsverktøy. Med samhandling mener vi hvordan en arbeider sammen, kommuniserer, og hvordan vi deler informasjon med hverandre. Eksempelvis, der man tidligere måtte sende informasjon mellom enkelt aktører, kan man ved bruk av teknologi understøtte arbeidsprosesser på en mer effektiv måte og bidra til å effektivisere arbeidsdagen til helsepersonell.²¹⁸ På denne måten vil teknologi som bidrar til økt samhandling og mindre tidsbruk knyttet til kommunikasjon føre til arbeidskraftproduktivitet.

²¹⁴ Menon Economics (2019): Digitalisering og konsekvenser for storbykommunene

²¹⁵ Tømmerbakke (2020): Nå kaster sykepleierne post it-lappene for godt

²¹⁶ Ibid.

²¹⁷ Bjørgum (2021): Er svaret flere sykepleiere?

²¹⁸ Rambøll (2015): Teknologi og samhandling

Å ta i bruk felles journalsystemer er et eksempel på teknologi som vil gi bidra til bedre samhandling. Mange helseaktører benytter i dag digitale løsninger som ivaretar egen oppgaveløsning. Til tross for dette er det tatt lite hensyn til at systemene skal kunne håndtere samhandling og mulighet for deling av informasjon mellom aktørene. Aktørene lagrer informasjon i deres egne valgte systemer, ofte omtalt som «siloeer».²¹⁹ Også innenfor større helseforetak finnes det «siloeer». Dette fører til at pasienters informasjon i stor grad er spredt mellom ulike interne fagsystemer der pasienten og brukeren har mottatt helsehjelp.²²⁰ Dermed er det tidkrevende og utfordrende for helsepersonell å få en samlet oversikt over pasientens eller brukerens opplysninger. Ofte må helsepersonellet logge inn i en rekke ulike systemer samt etterspørre informasjon fra ulike aktører som pasienten eller brukeren har mottatt helsehjelp fra. Bruk av felles journalløsninger som bidrar til enkel deling av dokumentasjon, vil bidra til å øke effektiviteten for helsepersonell ved at pasientdata registreres én gang på et klinisk relevant språk, samt bidra til bedre samhandling mellom helsepersonell. *Felles kommunal journal og Helseplattformen* er eksempler på journalløsninger som vil bidra på dette området, men det fordrer at kommunene og helseforetakene tar det i bruk.

Noen typer teknologier kan også bidra til bedre oppgavedeling mellom yrkesgrupper. Dette gjelder teknologier som muliggjør at flere/andre yrkesgrupper kan gjøre den samme oppgaven, eller bidra med å utføre oppgaven, som kun en yrkesgruppe kunne gjøre tidligere. På denne måten kan yrkesgrupper bli avlastet, ved hjelp av teknologi, ved at andre yrkesgrupper kan ta over deres arbeid. Dette er spesielt relevant og effektivt for yrkesgrupper som opplever overbelastning. En digital avstandsoppfølgingsløsning er et eksempel på en slik teknologisk løsning som bidrar til bedre oppgavedeling mellom optiker og øyelege. De aller fleste synsundersøkelser som gjennomføres i dag, gjennomføres hos en optiker. Men optikere må i mange tilfeller, ved tvil om kundens øyestatus, likevel henvise til spesialist (tilsvarende er gjeldende for fastleger). Den digitale avstandsoppfølgingsløsningen gjør det mulig for optiker og øyeleger å samarbeide slik at øyelegen kan foreta konsultasjonen uten at pasienten er fysisk til stede. I mer enn 50 prosent av tilfellene, ved bruk av løsningen, slipper pasientene videre henvisning fra optiker til øyelege.²²¹ På denne måten bidrar løsningen blant annet til å avlaste helsevesenet, samtidig som man effektiviserer fordelingen av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper.

Bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren medfører at man i større grad legger til rette for selvhjulpne brukere. Mye av litteraturen viser til at brukerne er klare for, og forventer, en mer digitalisert helsesektor. Selvhjulpne brukere gir store produktivetsgevinster i form av å avlaste helsepersonell, og i en rekke tilfeller kan teknologien føre til at helsepersonell fullt og helt slipper å bruke ressurser på pasienten. Særlig er dette knyttet til velferdsteknologi. Gevinstene knyttet til selvhjulpne brukere vil ytterligere blir beskrevet i kapittel 9.

8.5 Barrierer og sentrale aktører for realisering

Potensialet og gevinstene som er knyttet til å ta i bruk teknologi er store. Allikevel viser erfaringer fra Norge (og internasjonalt) at det er krevende å lykkes med og ta i bruk nye løsninger og teknologi i helse- og omsorgssektoren. Tidligere forskning viser at det er ulike drivere og barrierer for implementering og spredning av teknologi i sektoren.²²² For eksempel trekkes manglende økonomisk handlingsrom, kultur og endringsledelse, og lovverket frem som sentrale barrierer. Samtlige av barrierene er relevante både for primær- og spesialisthelsetjenesten, men det

²¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Meld. St. 9 (2012-2013) - Én innbygger – én journal

²²⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Meld. St. 9 (2012-2013) - Én innbygger – én journal

²²¹ Menon (2020): Vurdering av potensialet for reduksjon av samfunnskostnader knyttet til øyesykdom i Norge med telemedisinsk avstandsoppfølging - Eyecheck system

²²² Se f.eks. Hilland mfl. (2020): Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren

varierer mellom kommuner og helseforetak i graden av relevans, samt hvorvidt det fungerer som en driver eller en barriere. Vi vil videre drøfte de ulike barrierene knyttet til de to handlingsalternativene vi har skissert opp; økte investeringer i og implementering av teknologi.

Manglende økonomisk handlingsrom

Teknologi fordrer investering, som igjen krever finansiering. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever et trangt økonomisk handlingsrom som en barriere for implementering av teknologi i sektoren. Gitt at det ikke skjer drastiske endringer i andelen av statsbudsjettet som går til helse og omsorg, vil trolig det økonomiske handlingsrommet fortsette å være en krevende barriere, som fordrer nytenking i hvordan teknologi finansieres. I en undersøkelse gjennomført av SINTEF, på oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF, beskrives det at det trange økonomiske handlingsrommet medfører at lovende innovasjonsprosjekter i kommunehelsetjenesten ikke blir implementert.²²³ Også i spesialisthelsetjenesten oppleves det økonomiske handlingsrommet som en barriere for implementering av teknologi. Til tross for dette trekkes det frem at begrensninger i det økonomiske handlingsrommet bidrar til å forstå viktigheten av å ta i bruk teknologi, og kan slik fungere som en driver for å ta i bruk teknologi i sektoren.²²⁴

Lovverket – personvern knyttet til bruk og deling av data

Lovverket fungerer i stor grad som en barriere for implementering av teknologi i helse- og omsorgstjenesten, herunder spesielt lov om offentlige anskaffelser og personvernlovgivningen.²²⁵ I undersøkelsen gjennomført av SINTEF opplyser ledere og ansatte i spesialisthelsetjenesten at lov om offentlig anskaffelser er den største barrieren for implementering av nye løsninger.²²⁶ Lovverk som berører helse- og omsorgstjenesten er omfattende og komplekse, og løsninger som kan berøre menneskers helse har høy terskel for å tas i bruk deretter. For å unngå denne barrieren kreves høy juridisk kompetanse, som kan være forholdsvis dyr eller utilgjengelig for ulike miljøer, både innad helse- og omsorgstjenesten og i næringen.

Vi ser i markedet nå at noen av dilemmaene som følger av lovgivningen stadig blir mer relevante. Med et legitimt utgangspunkt i å beskytte personopplysninger og nasjonale interesser, kan lovverket tidvis fungere som en total 'show-stopper' for utvikling av innovative teknologiske løsninger. Dette ser vi eksemplifisert tydelig i utviklingen av Helseanalyseplattformen av direktoratet for e-helse, hvor arbeidet ble satt brått på pause 15. desember 2021, grunnet i hovedsak juridiske utfordringer som følge av Schrems II-dommen.²²⁷

Helsesektorens svært strenge krav til informasjonssikkerhet er generelt en stor barriere, og medfører at det ikke uten videre kan tas i bruk nye teknologiske løsninger uten omfattende testing og kvalitetssikring.²²⁸ Trolig vil problemstillingen tilta over tid, ettersom flere og flere innovasjoner blir datadrevne og mer komplekse, og både lovgivere og markedsaktører vil måtte tilpasse seg.

Barrierene manglende økonomisk handlingsrom og reglene knyttet til lovverket, er i stor grad politiske barrierer hvor det vil være avgjørende å jobbe inn mot sentrale myndigheter for å imøtekomme barrierene. I tillegg er reglene knyttet til lovverket spesielt knyttet til det juridiske. Utover dette er flere av barrierene knyttet til å implementere teknologi mer rettet mot aktører

²²³ Hilland (2020): Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren

²²⁴ Ibid.

²²⁵ Hilland mfl. (2020): Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren

²²⁶ Hilland mfl. (2020): Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren

²²⁷ Direktoratet for e-helse (2021): Setter arbeidet med Helseanalyseplattformen på pause

²²⁸ Rambøll (2015): Teknologi og samhandling

som helseforetak, kommuner og ledere, snarere enn mot det politiske. De følgende barrierene som presenteres vil i mindre grad være avhengig av avgjørelser på politisk nivå.

Kultur og endringsledelse

Kultur og endringsledelse fungerer enten som en tilrettelegger eller en barriere for å innovere og skape gevinster. Ledere som muliggjør og oppfordrer til innovasjon er en sentral driver for implementering av teknologi og nye løsninger. I fravær fra endringsvillige og motiverte ledere som får med seg medarbeiderne på laget, vil dette virke mer som en barriere for implementering, fremfor en driver.

Flere intervjuobjekter trekker frem viktigheten av å trygge medarbeiderne i møte med ny teknologi, og kultur og endringsledelse er en kritisk tilrettelegger for dette. I 2018 mente 35 prosent av kommunalsjefer for helse og omsorg at det er behov for å styrke lederegenskaper i forbindelse med innføring av ny arbeidsrelevant teknologi og digitale prosesser blant medarbeidere i helse- og omsorgssektoren.²²⁹ I den grad elementer av innovasjonsvennlig kultur og endringsledelse er mangelfull, kan kultur og ledelse i større grad virke som en barriere, fremfor en tilrettelegger for teknologiimplementering.

Dårlig tilrettelagte bygg og infrastruktur

Mange løsninger knyttet til teknologi og innovasjon er avhengig av å hekte seg på en allerede eksisterende teknisk infrastruktur. En kritisk barriere for teknologiske nyvinninger er hvorvidt systemene er utdaterte, tungvinte og/eller vil skiftes ut i nær fremtid. Denne barrieren medfører at nye løsninger må ta innover seg midlertidige løsninger til en merkostnad, såkalt «teknisk gjeld».

Eksempelvis, det er nesten umulig å ta i bruk velferdsteknologi og mobile og digitale helsetjenester uten tilfredsstillende bredbånd og mobildekning. Selv om forskjellene er redusert de siste årene, er det fortsatt dekningsforskjeller mellom tettbygde og spredtbygde strøk i Norge, spesielt ved bruk av fast bredbånd. For å få ut det fulle potensialet av å levere tjenester på nye måter, må den digitale infrastrukturen være på plass.

Deltidskultur til hinder for implementering

Den høye deltidskulturen i helsesektoren trekkes også frem som et hinder for implementering av teknologi i sektoren. Dette kommer frem igjennom intervjuer og workshops vi har hatt i prosessen. Tiltak for å fremme en høyere heltidskultur vil dermed også legge mer til rette for å kunne lykkes med implementering av teknologi i sektoren.

Manglende teknologisk kompetanse

Kompetansen som kreves for å anvende teknologi i helsesektoren er sentralt for å kunne realisere gevinster knyttet til nye løsninger som skal anvendes av helsepersonell. I en kartlegging av endrede kompetansebehov i helse- og omsorgssektoren, gjennomført på oppdrag av KS i 2018, fant Ipsos at 82 prosent av kommunalsjefer for helse- og omsorg opplevde at deres medarbeidere i meget eller ganske stor grad manglet relevant og nødvendig teknologisk kompetanse.²³⁰ Ipsos finner videre at det særlig er behov for å styrke medarbeidernes innovasjonskompetanse, grunnleggende digitale ferdigheter og evne til læring og omstilling i lys av kommende arbeidsrelevant teknologi og digitale prosesser i helse- og omsorgssektoren.

Mangel på kompetanse for å forstå hvordan teknologien skal brukes, og hva nytteverdien av endrede arbeidsprosesser vil være, trekkes også frem som en barriere blant ansatte i

²²⁹ Ipsos (2018): Kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor

²³⁰ Ipsos (2018): Kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor

tjenestene.²³¹ Dette kom frem i et forskningsprosjekt i forbindelse med implementering av velferdsteknologi i en rekke kommuner. Det påpekes av forfatterne av studien at informasjonsgapet mellom ansatte i helse- og omsorgstjenestene og teknologene kunne vært langt bedre adressert, og at økt informasjonsflyt mellom teknologer, tjenesteytende og pårørende i seg selv kunne vært kompetansebyggende, noe som støttes av nyere forskning.²³² Spesielt kan dialog mellom teknologer og helsepersonell bidra til å minke kompetansegapet.

²³¹ Dugstad mfl. (2015): Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester

²³² Stokke mfl. (2019) Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten?

9. KONKRETISERING OG VURDERING AV LØSNINGSDIMENSJONEN BRUKERMEDVIRKNING OG TILHØRENDE HANDLINGALTERNATIVER

9.1 Betydning for bemanningsutfordringene

Økt brukermedvirkning handler om å avlaste helsesektoren ved å sette innbyggerne i en posisjon hvor de har mindre behov for helsetjenester. Vi skiller mellom to ulike tilnærminger. Den første tilnærmingen handler om forebygging, mens den andre tilnærmingen handler om at brukeren i større grad vil kunne ta ansvar for egen helsesituasjon.

9.1.1 Forebygging og tidlig innsats

Samhandlingsreformens hovedbudskap er at forebygging og tidlig hjelp gir bedre tjenester gjennom «*bedre behandling, på rett sted, til rett tid*»

Sykdomsbyrdeberegninger fra FHI estimerer at om lag en tredel av antall helsetapsjusterte leveår i Norge kan forklares med ulike påvirkbare risikofaktorer.²³³ Overordnet skilles det mellom tre ulike typer for risikofaktorer.

1. **Fysiske miljøfaktorer/yrkesfaktorer:** Eks. luftforurensning og yrkesskader
2. **Atferdsfaktorer:** Eks. kosthold, rusmidler og fysisk aktivitet
3. **Metabolske risikofaktorer:** Eks. kolesterol, blodtrykk og kroppsmasseindeks

Med andre ord ligger det et stort folkehelsemessig potensial i tiltak som påvirker disse risikofaktorene, og som igjen vil kunne redusere behovet for helsetjenester. Eksempelvis vil kostholdet kunne påvirkes gjennom avgifter som reduserer usunt kosthold eller bruk av rusmidler, eller tiltak som fremmer et sunt kosthold. Folkehelseinstituttet har gjort analyser som konkluderer med at særavgifter vil ha positiv betydning for folkehelsen.²³⁴ Lignende har et ekspertutvalg anbefalt en ny helsebegrunnet sukkeravgift.²³⁵ Dette må sees i sammenheng med kostnadene til overvekt og fedme i Norge som utgjør mer enn 100 milliarder kroner årlig.²³⁶

Også forebygging og tidlig innsats trekkes frem som et viktig område for å dempe trykket på helsesektoren, spesielt i arbeid med barn og unge. Det viser et arbeid med ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.²³⁷ I framskrivningene vises det til at dersom veksten innenfor spiseforstyrrelser fortsetter vil det ha konsekvenser for ressursfordelingen innad i helsetjenesten. Det anbefales derfor å undersøke tiltak rettet mot forebygging av spiseforstyrrelser. Siden denne rapporten har den sterke veksten i innlagt med spiseforstyrrelser fortsatt, det viser Menon i en analyse av spiseforstyrrelser i Norge.²³⁸ Rapporten fra Menon viser også at det kan være store besparelser knyttet til forebygging av spiseforstyrrelser, hvor forebygging av 100 tilfeller potensielt vil kunne spare samfunnet for mer enn 500 millioner kroner.

²³³ Folkehelseinstituttet (2018): Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factor Study 2016 (GBD 2016)

²³⁴ Folkehelseinstituttet (2021): Vurdering av særavgiftenes betydning for forbruk og konsekvensene for folkehelsen

²³⁵ Finansdepartementet (2019): Særavgiftene på sjokolade- og sukkerverer og alkoholfrie drikkevarer

²³⁶ Menon Economics (2019): Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader

²³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2021): Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

²³⁸ Menon Economics (2022): Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser

9.1.2 Håndtere egen helsesituasjon

Det finnes stadig mer teknologi og muligheter for informasjonsdeling, som kan gi pasienter kunnskap og trygghet til oppfølging av egen helsesituasjon. Samtidig er det et betydelig potensial for å redusere belastningen på helsesektoren ved at pasientene i større grad kan ta ansvar for egen helsesituasjon. Noe av dette potensialet kan illustreres blant annet ved de store utfordringene knyttet til feil legemiddelbruk.

I Norge, og i verden, er det dokumentert store konsekvenser for både pasient og samfunn knyttet til feil legemiddelbruk. Om lag 1000 personer dør hvert år på grunn av feil legemiddelbruk i Norge, viser tall fra Direktoratet for e-helse.²³⁹ Videre beskriver de at rundt 12 prosent av alle pasientskader skyldes feil legemiddelbruk, noe som også er årsaken til 5-10 prosent av innleggelsene på medisinske avdelinger. Tall fra Legemiddelindustrien (LMI) bekrefter dette.²⁴⁰ I tillegg har en ny studie ved akuttmottaket ved Diakonhjemmet Sykehus vist at hver femte innleggelse på akuttten var knyttet til legemiddelbruk, og at 16 prosent av dette var tilknyttet feil bruk av legemiddelet.²⁴¹

Etterlevelse i forbindelse med legemiddelbruk har vært et veldokumentert problem i flere tiår. Ved oppstart av nye legemidler møter pasienten ofte et problem tidlig i behandlingen som gjør at pasienten ikke etterlever legens rekvirering. Verdens helseorganisasjon skrev i 2003 en rapport der de vektlegger sosiale og samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til lav etterlevelse. Rapporten poengterer at etterlevelse blant pasienter med kroniske sykdommer er gjennomsnittlig 50 prosent i den vestlige verden, og at konsekvensene av lav etterlevelse vil fortsette å øke i takt med den globale økningen av kroniske syke.²⁴²

I rapporten fra WHO i 2003 siteres Haynes mfl.: «effektive tiltak for å øke etterlevelsen kan ha en langt større innvirkning på befolkningens helse enn noen andre forbedringer av spesifikke medisinske behandlinger».²⁴³ Helsedirektoratet har i flere år med utgangspunkt i stortingsmeldingene om legemidler, Meld. St. 18 2004/2005²⁴⁴ og Meld. St. 28 2014-2015²⁴⁵ arbeidet med problemstillingen «etterlevelse av legemiddelbehandling». Direktoratet utarbeidet i 2014 rapporten «Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling».²⁴⁶ Her ble flere ulike tiltak for å øke etterlevelsen beskrevet, inklusive mulige tiltak i apotek.

9.2 Handlingsalternativer for brukermedvirkning

9.2.1 Hva er problemet som skal løses, hva vil skje og hva får vi ut av det?

Gjennom dokumentstudier og innspill fra fagpersoner i sektoren, er det tydelig for oss at det ligger et potensial for sektoren i å øke graden av brukermedvirkning og tidlig innsats. Tradisjonelt har helse- og omsorgstjenestene vært preget av at brukerne er passive mottakere av tjenestene og har lite medvirkning i eget forløp. Flere av fagpersonene vi har snakket med peker også på at helsetjenestene ofte kommer sent inn i forløpet, slik at tilbudet i større grad handler om brannslukking heller enn forebygging.

²³⁹ Nasjonalt senter for e-helseforskning (2021): Helsepersonell sliter med å få tak i informasjon om hvilke legemidler pasientene deres bruker

²⁴⁰ Legemiddelindustrien (2015): TALL OG FAKTA 2015 - Legemidler og helsetjeneste

²⁴¹ Nymoen mfl. (2022): Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors

²⁴² World Health Organization (2003): Adherence to long-term therapies - Evidence for action

²⁴³ Haynes mfl. (2005): Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications

²⁴⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2005): Meld. St. nr 18 2004/2005 - Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

²⁴⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Meld. St. 28 2014/2015 - Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse

²⁴⁶ Helsedirektoratet (2014): Utredning farmasøytjenester og etterlevelse

Det kan her ligge et stort potensial i å øke involvering av og medvirkning fra brukerne. En kan se for seg at dette reduserer noe av behovet for enkelte deler helse- og omsorgstjenester, som vil kunne føre til økonomiske besparelser så vel som frigjøring av bemanningskapasitet. Ved å få ned antall innleggelser og re-innleggelser reduseres også en stor driver for kostnader og ressursbruk i tjenestene. Samtidig vil det kreve nye former for investeringer, eksempelvis ved økt bruk av velferdsteknologi i hjemmet.

Når tjenester er tidligere inne hos brukere og potensielle brukere vil fokuset på forebygging kunne føre til færre alvorlige og kostnadsdrivende pasientforløp, og potensielt påvirke økonomiske besparelser og bemanningskapasitet på samme måte. I tillegg har tidlig innsats et potensial i å kartlegge behov og sykdomsforløp på en måte som kan gjøre at tilbudet er bedre tilpasset faktisk behov tidlig i forløpet.

Tiltakene forbundet med dette handlingsalternativet er rettet mot å involvere og øke graden av brukermedvirkning, samt øke graden av forebyggende innsats og tjenester. Det innebærer typisk tiltak som gir brukerne verktøy i egen hverdag som reduserer behovet for helse- og omsorgstjenester og innleggelser, eksempelvis gjennom velferdsteknologi i hjemmet. Samtidig innebærer det å endre innsatsen fra kostnadskrevende innsatser sent i sykdomsforløpet til tidlig innsats og forebygging.

Effektive tiltak innen dette handlingsalternativet vil gi resultater i form av økt egenomsorg og effektiv forebygging av sykdom i befolkningen, som igjen vil føre til økonomiske besparelser og frigjort kapasitet i både primær- og spesialisthelsetjenester.

Økt evne og mulighet for egenomsorg kan oppnås på flere måter. Vi ser eksempler på dette særlig i form av utstrakt bruk av velferdsteknologi i hjemmet for flere brukergrupper. Dette kan omhandle multidosedispensere, videokonsultasjoner og trygghetsalarmer, og bidrar til å redusere besøksbehov for hjemmebaserte og allmennlegetjenesten uten at det går utover kvaliteten i tjenestene, for å nevne noen.

Vi ser også at det er et potensial for å øke graden og bruken av velferdsteknologi i sykehjem og sykehus, samt andre institusjoner. Det kan innebære bruk av kunstig intelligens i diagnosesetting, noe som kan gi presis og effektiv oppfølging, samtidig som det kan frigjøre kapasitet for personalet som nå setter diagnoser og lager oppfølgingsplaner. Det kan også omhandle bruk av sengealarmer i sykehjem, som særlig kan bidra til å redusere behov for aktive nattevakter som «går runder» om natten for å se til at beboere ikke har falt ut av sengen. Dette er bare et fåtalls eksempler på hvordan økt bruk av velferdsteknologi kan bidra til økt egenomsorg.

Økt egenomsorg vil bidra til å redusere behovet for kontakt med helsetjenestene. Det vil bidra til færre (re-)innleggelser, effektivisert oppfølging, samt redusert behov for kostnadsintensive omsorgstilbud høyt i innsatstrappen.

Mer effektiv forebygging av sykdom i befolkningen er viktig for å dekke opp for bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Det er noe som krever involvering av helsetjenestene i oppvekst og utdanning, som for eksempel PPT, barnevern, helsesykepleier og andre som jobber for både fysisk og psykisk helse for barn og unge. Videre er dette en innsats som vil kreve samarbeid og samhandling mellom store deler av primær- og spesialisthelsetjenestene for å sikre forebygging av flest mulig sykdomsforløp.

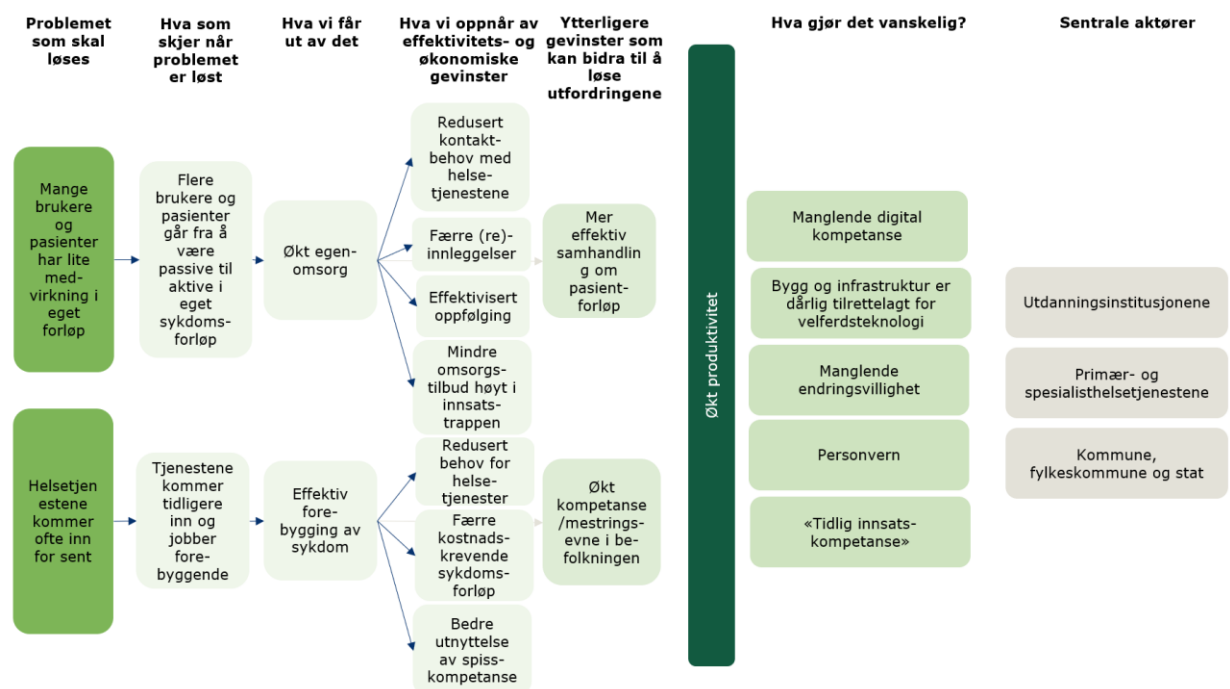
Ved at tjenestene kommer tidligere inn og jobber forebyggende reduseres behovet for helsetjenester, vi får færre kostnadskrevede sykdomsforløp, samt bedrer utnyttelsen av spisskompetanse i sektoren.

9.2.2 Hva oppnår vi av gevinster?

Økt grad av brukermedvirkning har potensiale til å muliggjøre flere produktivetsgevinster i helse- og omsorgssektoren. Hver av de to handlingsalternativene, altså økt egenomsorg og effektiv forebygging av sykdom i befolkningen, er forbundet med hver sine gevinster som kan deles inn i to hovedkategorier.

For det første vil økt brukermedvirkning føre til at helsepersonell kan prioritere til til andre oppgaver, noe som gir et produktivetspotensial for tjenestene. Dermed vil økt brukermedvirkning muliggjøre ytterligere kvalitative gevinster. Slike gevinster anses ikke som å ha direkte produktivetsøkende potensial, men kan indirekte bidra til å løse bemanningsutfordringene gjennom å muliggjøre for andre gevinster som bidrar til økt produktivitet.

Figur 9.1 Gevinstanalyse av brukermedvirkning



Gevinstanalysen tyder på at økt egenomsorg som følge av at flere pasienter/brukere og pårørende går fra å være passive til aktive i eget/pårørendes sykdomsforløp er forbundet med fire hovedgevinster. For det første vil økt egenomsorg bidra til å redusere behovet for kontakt med helsetjenestene. Ved bruk av teknologiske løsninger kan pasienten/brukeren ta større ansvar for oppfølging av egen helse, og samtidig redusere behovet for hjemmebesøk fra helsetjenesten. På denne måten øker hver enkelt helsepersonells kapasitet og produktivitet.²⁴⁷ Et eksempel på dette er digital hjemmeoppfølging hvor pasienten/brukeren selv gjennomfører medisinske målinger og overfører denne informasjonen digitalt til kommunen, fastlegen eller sykehuset.²⁴⁸ Helsepersonellet som mottar denne helseinformasjonen gjør en vurdering av målingene og tar

²⁴⁷ Meld. St. 14. (2020-2021): Perspektivmeldingen 2021; HOD (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

²⁴⁸ Helsedirektoratet (2020): Pågående utprøving av velferdsteknologi.

kontakt med pasient/bruker dersom det er behov for oppfølging. Ved å redusere graden av kontakt og besøk frigjøres større deler av helsepersonellens tid, og denne kan brukes på å gi tjenester til flere pasienter/brukere.

Økt egenomsorg vil også bidra til gevinster i form av færre (re)innleggelses gjennom evaluering av pasientdata. I dette ligger det at digital oversendelse av målinger gjennomført av pasientene/brukerne selv kan bidra til å gi helsepersonell bedre oversikt over tidligere målinger og dermed bedre sammenligningsgrunnlag. Digital oversendelse av målinger frigjør også tid hos helsepersonell til å potensielt innhente hyppigere målinger, og slik observere og følge opp pasienter/brukere med behov for jevnlig oppsyn. På denne måten kan et større antall pasienter/brukere observeres og følges opp i eget hjem, i stedet for å legges inn på sykehus eller andre institusjoner.²⁴⁹ Jevnlige digitale målinger kan også bidra til å fange opp sykdom eller forverring i tilstand før det er behov for sykehusinnleggelse.

Økt egenomsorg gjennom bruk av teknologiske løsninger har videre potensiale til å gi gevinster i form av effektivisert oppfølging av pasienter/brukere.²⁵⁰ Effektiviseringen er både knyttet til kommunikasjon med helsevesenet, for eksempel forespørsel om resept via Helsenorger, og effektivisering i mottak av helsetjenester. Digital hjemmeoppfølging er, ved siden av videokonsultasjoner og sengealarm, gode eksempler på sistnevnte. Teknologiske løsninger som bidrar til økt egenomsorg bidrar til å effektivisere tjenestene gjennom å redusere besøks- og oppfølgingsbehov, uten at dette går utover kvaliteten i tjenestene.

Til slutt har økt egenomsorg potensiale til å bidra til å redusere behovet for kostnadsintensive omsorgstilbud høyt i innsatstrappen. Dette kan skje på to måter. For det første kan økt egenomsorg i form av større grad av oppfølging og ansvar for egen helse bidra til at pasienter/brukere får et bedre tilpasset behandlingsforløp. Bruk av teknologi som tillater at pasienten/brukeren gjennomfører målinger selv kan bidra til å kartlegge behov og sykdomsforløp på en måte som kan gjøre at tilbudet er bedre tilpasset faktisk behov tidlig i forløpet. For det andre kan brukermedvirkning i utvikling av nye tjenester bidra til bedre tilpassede tjenester og oppfølging, og slik redusere omfanget av kostnadskrevede sykdomsforløp.²⁵¹

Det andre handlingsalternativet innenfor brukermedvirkning er effektiv forebygging av sykdom i befolkningen. Gevinstanalysen tyder på at effektiv forebygging av sykdom kan bidra til produktivetsgevinster i form av: redusert behov for helsetjenester, færre kostnadskrevede forløp og bedre utnyttelse av spisskompetanse. Ved å vri fokuset i helsetjenesten fra brannslukking til forebygging vil dette bidra til bedre generell helse i befolkningen og dermed mindre behov for behandling. Bedre generell helse hos befolkningen kan også lede til mindre komplekse og sammensatte sykdomstilfeller og dermed færre kostnadskrevede forløp. I tillegg kan brukermedvirkning i utvikling av nye tjenester bidra til bedre tilpassede tjenester som i større grad er tilpasset befolkningens behov og bidrar til større etterlevelse av legens og annet helsepersonells råd.²⁵² Også bedre tilpassede tjenester og økt etterlevelse vil bidra til bedre befolkningens helse, og dermed redusere omfanget av kostnadskrevede sykdomsforløp.

Effektiv forebygging av sykdom innebærer både at individet tar ansvar for egen helse, og økt bruk av forebyggende lavterskeltilbud. Ved å samarbeide med frivillige organisasjoner og næringsliv om utvikling og drift av lavterskeltilbud kan dette frigjøre kapasitet i helsevesenet.²⁵³

²⁴⁹ Ibid.

²⁵⁰ Ibid.

²⁵¹ Meld. St. 29. (2012-2013): Morgendagens omsorg

²⁵² Ibid.

²⁵³ Ibid.

Forebyggende lavterskeltilbud bør følge LEON-prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, og kan slik også bidra til bedre utnyttelse av eksisterende arbeidskraft i helsevesenet. Bedre samhandling i tråd med LEON-prinsippet vil bidra til at spesialisert helsepersonell får frigjort tid til arbeidsoppgaver som krever den aktuelle spesialiseringen. På denne måten vil økt fokus på forebygging også bidra til bedre utnyttelse av spisskompetanse i helsevesenet.

I tillegg til produktivetsgevinster har brukermedvirkning også potensial til å øke kvaliteten. Høyere kvalitet kan på sikt bidra til å dempe bemanningsutfordringene gjennom økt produktivitet, kapasitet og fleksibilitet. Mer konkret vil særlig økt egenomsorg i form av større ansvar for egen helse og oppfølging bidra til mer effektiv samhandling og pasientforløp. Et skifte i fokus fra brannslukking til forebygging vil på sin side føre til økt kompetanse og mestringsevne i befolkningen. Begge disse kan indirekte bidra til å redusere bemanningsbehovet i helsevesenet ved å frigjøre tid hos helsepersonell.

9.2.3 Barrierer og sentrale aktører for realisering

Gjennom årene har det blitt foreslått og iverksatt flere ulike tiltak for å bidra til økt brukermedvirkning gjennom økt egenomsorg og mer forebygging.²⁵⁴ Også her har bruk av velferdsteknologi og samhandling stått sentralt. Likevel peker litteraturen på at disse tiltakene i varierende grad har vært suksessfulle, og at det fremdeles er potensiale for å hente ut store gevinster.²⁵⁵ Gjennom litteraturstudier og øvrig datainnsamling har vi kartlagt fem hovedbarrierer for gevinstrealisering ved økt brukermedvirkning.

Den første barrieren er mangelfull digital kompetanse blant innbyggere og ansatte.^{256,257} Denne barrieren er særlig sentral i relasjon til handlingsalternativet økt egenomsorg. En utfordring med å ta i bruk velferdsteknologi for å fremme økt egenomsorg er at både pasienter/brukere og pårørende strever med å forstå og å ta i bruk teknologien. Det samme gjelder for de ansatte i helsevesenet som både skal ta i bruk teknologien selv, og bistå pasienter/brukere og pårørende med å ta i bruk teknologien. Barrieren er også relevant i relasjon til mer effektiv forebygging, for eksempel i forbindelse med digitale forebyggende tiltak og digital samhandling innad i helsevesenet og mellom helsevesenet og eksterne aktører.

En annen barriere er at bygg og infrastruktur er dårlig tilrettelagt for velferdsteknologi.²⁵⁸ I dette ligger det at eksisterende og nye systemer ikke snakker sammen, hvilket fører til manuelle løsninger og dobbeltarbeid. Det er også kostnadskrevende å oppdatere systemer og tilrettelegge nye og eksisterende bygg slik at disse er mer kompatible med ny teknologi.

Videre er manglende endringsviljen til å ta i bruk velferdsteknologi blant tradisjonelle yrkesutøvere en viktig barriere.²⁵⁹ En del helsepersonell frykter at bruk av velferdsteknologi vil gå på bekostningen av om sorgen de skal utøve ovenfor pasienter og brukere. En del anser velferdsteknologi som kaldt og upersonlig, og som å stå i motsetning til å yte god om sorg. Enkelte opplever også bruk av velferdsteknologi som skremmende, i den forstand at de ikke føler de mestrer verktøyene og er redd for å gjøre og trykke feil. Da kan det oppleves som lettere å la være å bruke disse.

²⁵⁴ HOD. (2021): Kompetanseløft 2025; Meld. St. 47. (2008-2009): Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid; HOD. (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

²⁵⁵ Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen; HOD. (2019): Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

²⁵⁶ HOD. (2022): Brukermedvirkning.

²⁵⁷ InFuture. (2022): Fremtidens helse og omsorg.

²⁵⁸ Helsedirektoratet (2019): Utredning av nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging.

²⁵⁹ InFuture. (2022): Fremtidens helse og omsorg.

En fjerde barriere mot økt brukermedvirkning er personvern.²⁶⁰ Personvern er særlig sentralt i forbindelse med velferdsteknologi, og krever sikre teknologiske løsninger og gode rutiner for deling og arkivering av informasjon. I forlengelse av dette stiller personvern også krav til både pasienter/brukere, pårørende og helsepersonellens kompetanse. Videre er personvern en barriere i forbindelse med forebygging, ettersom det legger begrensninger på deling av data mellom tjenester og sektorer. Begrensningene på datadeling legger føringer for både tilpasning av og samordning av eksisterende forebyggende tiltak, samt utvikling av nye.

Til slutt er mangel på «tidlig innsats-kompetanse» i sektoren en viktig barriere. Det er behov for økt samhandling og kunnskapsdeling for å utvikle denne kompetansen.²⁶¹ Gjennom tverrfaglig samskaping med blant annet pasienter/brukere, pårørende, helsepersonell, frivillig sektor og privat næringsliv kan denne kompetansen utvikles og bidra til bedre forebygging og en mer produktiv helsetjeneste. Brukermedvirkning vil med andre ord i seg selv være et sentralt virkemiddel i møte med denne barrieren.

Flere aktører er sentrale i forbindelse med de ovennevnte barrierene. Utdanningsinstitusjonene er sammen sentrale i forbindelse med opplæring i bruk av velferdsteknologi og digital kompetanse. I tillegg bør disse arbeide for å skape «bjellesauer» i sektoren som fremsnakker bruk og viktighet av teknologi i tjenestene, samt retninger som bidrar til forebyggende tjenester. Primær- og spesialisthelsetjenestene er på sin side viktige for å få til samhandling og kunnskapsdeling, samt økte digital kompetanse og endringsvillighet blant nåværende ansatte. Til slutt er både kommune, fylkeskommune og stat viktige for å sørge for tilrettelegging av eksisterende og nye bygg og systemer for bruk av velferdsteknologi. De samme tre partene er også viktige i forhold til å sende politiske signaler og å gi insentiver til å endre fokus i helsevesenet fra behandling til forebygging.

²⁶⁰ Helsedirektoratet (2019): Utredning av nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging.

²⁶¹ HOD. (2021): Kompetanseløft 2025.

10. KONKLUSJON OG REFLEKSJONER

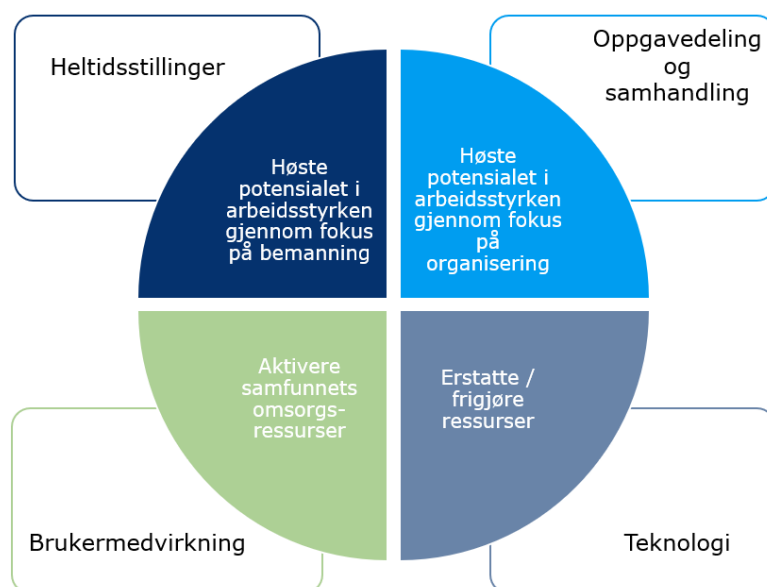
Fremtidens bemanningsutfordringer i helsesektoren er godt kjent og veldokumentert. Det samme er en rekke av de handlingsalternativene som forventes å kunne avhjelpe situasjonen. Til tross for dette befinner sektoren seg i en situasjon hvor man ikke oppnår tilstrekkelige produktivetsgevinster fra tiltakene som så langt har blitt iverksatt. En kompleks organisatorisk struktur, koblet med sterke faglige og kulturelle tradisjoner, gjør det krevende å forankre systemiske, organisatoriske og prosessuelle endringer. På tross av en rekke piloteringer og utprøvinger med dokumenterte produktivitetseffekter, lykkes sektoren sjeldnere enn ønsket med storskala spredning av nye løsninger og tjenester utover i virksomhetene og tjenestene.

KS og Spekter jobber stadig på hver sin side med å påvirke utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Selv om de hovedsakelig jobber inn mot hver sin del av sektoren, herunder kommune- og spesialisthelsetjenesten, ligger det et stort potensial av å gå sammen om løsninger som vil gagne sektoren som helhet. Slik vi vurderer det, vil et samarbeid kunne styrke både gjennomslagskraften og nedslagsfeltet med hensyn til realisering av løsningene. I tillegg ser vi at noen tiltak rett og slett forutsetter et samarbeid på tvers av sektoren. Synergiene ved å finne felles løsninger som vil gagne hele sektoren, kan øke gevinstpotensialet og dessuten bidra til at det blir enklere å motvirke barrierer.

Med utgangspunkt i åtte løsningsdimensjoner som går bredt ut, har Rambøll og Menon gjennom prosjektets faser, avgrenset og isolert fire løsningsdimensjoner med to tilhørende handlingsalternativer per dimensjon. De fire dimensjonene dekker ulike og/eller komplementære deler av utfordringsbildet og mulighetsrommet (se figur 10.1). Dimensjonene som er identifisert kan derfor - om de implementeres fullt ut - gi betydelige produktivetsgevinster i alle deler av helse- og omsorgssektoren.

Basert på gevinstanalyser vurderer vi at disse fire dimensjonene – med identifiserte handlingsalternativer og barrierer – er et velegnet utgangspunkt for KS og Spekters videre arbeid for å imøtegå bemanningsutfordringene i sektoren. Handlingsalternativene som er identifisert har dokumenterte effekter. Noen av effektene er relativt tilgjengelige og enklere å realisere enn andre, mens noen vil kreve et mer omfattende arbeid. Det er nemlig identifisert en rekke politiske, organisatoriske, teknologiske, juridiske og kulturelle barrierer som må ryddes av veien for at disse gevinstene skal realiseres.

Figur 10.1 Hvordan de ulike dimensjonene treffer utfordringsbildet



Gjennom innsikten som er fremskaffet gjennom dette arbeidet, vurderer Rambøll og Menon at det vil være særlig interessant å gå videre med løsningsdimensjonene teknologi og oppgavedeling. Her er det overordnet sett store produktivetsgevinster, og dessuten et stort potensial for de ulike delene av helse- og omsorgssektoren som KS og Spekter representerer. Barrierene som er kartlagt innen disse dimensjonene, tilsier også at flere av gevinstene kan være enklere å realisere enn i de to øvrige løsningsdimensjonene. Det er allerede en positiv utvikling innen teknologi og oppgavedeling – noe som KS og Spekter bør utnytte, styrke og drive videre sammen.

10.1 Veien videre

Rambøll og Menon anbefaler at KS og Spekter fremover går i dybden på enkelte av de kartlagte handlingsalternativene og/eller starter arbeidet med å bryte ned barrierene som står i veien for gevinstrealisering. Som nevnt, tror vi at det vil være særlig nyttig innen løsningsdimensjonene teknologi og oppgavedeling. Det kan for eksempel gjøres gjennom casestudier av utprøvd ordninger eller piloter som har godt dokumenterte effekter og/eller beregninger. Gjennom en mer detaljert analyse av gevinster og barrierer, kan KS og Spekter i fellesekap sikre at det ageres på de riktige tingene, at implementeringen blir helhetlig, og at potensielle gevinster faktisk realiseres.

Rambøll og Menon har sammenstilt retninger for videre arbeid med utgangspunkt i løsningsdimensjonenes tilhørende handlingsalternativer og barrierer (figur 10.2). Vi anbefaler at KS og Spekter tar utgangspunkt i denne sammenstillingen, og bruker den som et arbeidsverktøy når de skal identifisere og utarbeide mer konkrete løsningsforslag eller tiltak for videre arbeid.

I videre arbeid med å velge og utarbeide tiltak som KS og Spekter sammen kan iverksette, anbefaler Rambøll og Menon at følgende kriterier legges til grunn;

- ✓ Balanse mellom innsats og forventede gevinster
- ✓ Realisme med hensyn til mulighet for vellykket implementering
- ✓ KS og Spekter sin felles mulighet til påvirkning

Det vil være naturlig at KS og Spekter underveis vurderer om det trengs ytterligere kunnskap for å kunne utarbeide og konkretisere løsningsforslag.

Figur 10.2 Sammenstilling av handlingsalternativer og barrierer

Heltidsstillinger		Teknologi	
Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene	Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene
Tiltak for å redusere andelen frivillig deltid	Tydeliggjøre arbeidsbestemmelsenes betydning	Tiltak for å øke investeringsnivået	Utvikle tilrettede bygg og infrastruktur
	Tiltak for å redusere deltid som skyldes kulturelle forhold		Øke det økonomiske handlingsrommet
	Øke endringskompetansen blant ledere og medarbeidere		Økt endringsledelseskompetanse
Tiltak for redusere bruk av deltid i tjenestene	Innføre systemer for samhandling	Tiltak for økt utnyttelse av teknologi	Skape økt endringskultur
	Øke det økonomiske handlingsrommet i form av produktivitetstiltak og se på dagens finansieringssystemer		Lette personvernbestemmelsene
			Bygge ned deltidskulturen
	Øke digital kompetanse		
Oppgavedeling og samhandling		Brukermedvirkning	
Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene	Angripe handlingsalternativet	Bryte ned barrierene
Tiltak for å overføre oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten	Lette informasjonsflyt	Tiltak for å styrke medvirkning i eget sykdomsforløp	Øke digital kompetanse
	Øke samhandling		Utvikle bygg og infrastruktur til å nytte velferdsteknologi
	Imøtegå faglige tradisjoner		Styrke endringsvilligheten blant ansatte og ledere
	Etablere datatilgang på tvers		
Overføre oppgaver "nedover" mellom yrkesgruppene	Tilgang til merkantilt personell	Tiltak for økt "tidlig-innsats" og forebyggende arbeid	Jobbe med personvernbestemmelsene
	Øke bemanningskompetansen		Styrke "tidlig-innsats"-kompetansen
	Øke endringsledelseskompetansen		
	Se på dagens finansieringssystemer		

11. REFERANSER

- Agenda Kaupang & Fafo. (2021). *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering*. KS.
- Aksnes, J. (2020). Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke-personell i sykehusets sterilforsyningskjede? *Masteroppgave, Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi*.
- Amble, N. (2008). Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger og arbeidstidsendringer i turnusarbeid.
- Andrews, T., Tjerbo, T., Ambugo, E., Bliksvær, T., Fabritius, M., Aguinaldo, S., & Hagen, T. (2021). Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester. *NF-rapport nr.: 10/2021*.
- Barber, R., Fullman, N., & Sorensen, R. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 231-66.
- Berge, T., Øien, H., & Jakobsson, L. (2014). Formell og uformell omsorg. Samspillet mellom familien og velferdsstaten. *Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA*.
- Björgum, T. (2021). Er svaret flere sykepleiere? *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/2021/12/25/er-svaret-flere-sykepleiere/>
- Bjørnstad, R., Gjelsvik, M., Holm, I., Holmøy, E., Nielsen, V. O., & Stølen, N. (2009). Behov for helsepersonell: Demografiske og økonomiske rammebetingelser. *Statistisk sentralbyrå*.
- Bruknaap, G. (2021, Mai 25). Ønsker helsefelleskapene velkommen, men er kritisk til manglende finansiering. *Tidsskriftet Den norske legeforening*.
- de la Maisonrouve, C., & Oliveira Martins, J. (2014). The future of health and long-term care spending. *OECD Journal: Economic Studies*.
- Direktoratet for e-helse. (2021). Setter arbeidet med Helseanalyseplattformen på pause. *Direktoratet for e-helse*. Hentet fra <https://www.ehelse.no/aktuelt/setter-arbeidet-med-helseanalyseplattformen-pa-pause>
- Dolonen, K. (2018). *Sykehusene bruker milliarder på sykepleievikarer*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2018/01/sykehusene-bruiker-milliarder-pa-sykepleievikarer>
- Dolonen, K. (2020). *Kommunene brukte 1,2 milliarder på å leie inn vikarer i fjor*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2020/12/kommunene-brukte-12-milliarder-pa-leie-inn-vikarer-i-fjor>
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Eide, T., & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester. *Høgskolen i Buskerud og Vestfold*. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/285837>
- Europakommisjonen. (2019). Task shifting and health system design. *Expert Panel on effective ways of investing in Health*.
- EY og Vista Analyse. (2019). Evaluering av fastlegeordningen.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse i Norge 1814 - 2014. *Folkehelse rapporten*.
- Folkehelseinstituttet. (2019). Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. *PasOpp-rapport 2019:3*.
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Oppfølging av kroniske sykdommer med medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten: en oversikt over oversikter*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2021). Vurdering av særavgiftenes betydning for forbruk og konsekvensene for folkehelsen. *Notat til Helse og omsorgsdepartementet*.
- Folkehelseinstituttet. (2022). Framtidens utfordringer for folkehelsen: Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer. *Folkehelse rapportens temautgave 2022*.

- Foreningen for barnepalliasjon . (2021, Juli 6). *Evalueringsrapport om avansert hjemmesykehus til barn*. Hentet fra Barnepalliasjon.no : <https://barnepalliasjon.no/evalueringsrapport-om-avansert-hjemmesykehus-til-barn/>
- Forskningsrådet . (2016). *Evaluering av samhandlingsrefomen*. Norges forskningsråd .
- Fullman, N., Yearwood, J., & Abay, S. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2236-71.
- Gjerde, A. (2020). NAVs bedriftsundersøkelse 2020. *NAV-rapport 2020:2*.
- Gjerde, A. (2021). NAVs bedriftsundersøkelse 2021. *Arbeid og velferd*.
- Glette, M., Kringeland, T., Røise, O., & Wiig, S. (2020). Helsepersonells erfaringer med reinnleggelser fra primærhelsetjenesten – en oppsummering av en casestudie. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.
- Godager, G., Iversen, T., & Town, R. (2015). Competition, Gatekeeping, and Health Care Access. *Journal of Health Economics*.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2005). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Helse Nord. (2019). Fastlegetjenesten i Nord-Norge – Status, utfordringer og forslag til tiltak.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). Meld. St. nr 18 2004/2005 - Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. *Stortingsmelding*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Meld. St. 9 (2012-2013) - Én innbygger – én journal. *Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. *Meld. St. 7 (2019-2020)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Kompetanseløft 2025*. Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten - Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonalt personellbilde - personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *En gjennomgang av finansierungsordningene i spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Oppsummering underveis - om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Utredning av nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging*. Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2020). *Pågående utprøving av velferdsteknologi*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger>
- Helsedirektoratet. (2021, Februar 25). *Team*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/team>
- Helsedirektoratet. (2022, April 11). *Brukermedvirkning* . Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2022, April 11). *Brukermedvirkning* . Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2022, Mai 31). *Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging av diabetespasienten ved Endokrinologisk avdeling, Ahus*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/teknologi-i-pasientens-helsetjeneste/videokonsultasjoner/brukerstyrt-poliklinikk-og-digital-hjemmeoppfolging-av-diabetespasienten-ved-endokrinologisk-avdeling-ahus>
- Helseinnovasjonssenteret. (2020, September 28). *Er samskaping en forutsetning for innovasjon i helse – og omsorgstjenesten?* Hentet fra Helseinnovasjonssenteret: <https://www.helseinnovasjonssenteret.no/b/er-samskaping-en-forutsetning-for-innovasjon-i-helse--og-omsorgstjenesten>
- Helseinnovasjonssenteret. (2020, Desember 15). *Velferdsteknologi i kommunene*. Hentet fra Helseinnovasjonssenteret: <https://www.helseinnovasjonssenteret.no/b/velferdsteknologi-i-kommunene>
- Helsetilsynet. (2020). Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder.
- Hilland, G. H., Rørvik, M., & Hansen, N. V. (2020). Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. En kvalitativ studie med dybdeintervjuer og samtaler med ledere i kommuner, helseforetak og norsk helseindustri. *SINTEF*.
- Hilland, G. H., Rørvik, M., & Hansen, N. V. (2020). Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. *SINTEF*. Hentet fra https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2683946/2020_00804.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. *Statistisk sentralbyrå*.
- Holmøy, E., Hjemås, G., Sagelvmø, I., & Strøm, B. (2020). Skatteregningen for helse- og omsorgsutgifter mot 2060. *Statistisk sentralbyrå*.
- Holmøy, E., Kjelvik, J., & Strøm, B. (2014). Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover. *Statistisk sentralbyrå*.
- Holte Consulting; A-2 Norge; Menon Economics. (2020). *Kvalitetssikringsrapport KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet.
- Hornburg, T. B. (2009, September 9). Jagland: Skattene må økes. *Aftenposten*.
- Haabesland, A., Aasheim, J., & Ruenes, A. (2017). Er dagens organisasjonskultur i helse- og omsorgssektoren den ideelle for å håndtere kommende endringer i sektoren? *Masteroppgave. Universitetet i Agder*.
- Infuture. (2022). *Fremtidens helse og omsorg*.
- Ingelsrud, M. H. (2019). *Heltidskultur i kommunal helse og omsorg - Et spørsmål om fordeling av arbeid* . AFI.
- Ingstad, K., & Amble, N. (2015). En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*, 1-6.
- InnoMed. (2022, Juni 27). *Helseinnovasjonsverktøy* . Hentet fra InnoMed.no: <https://innomed.no/verktoy-og-ressurser/veivisere-og-guider/helseinnovasjonsverktoy>

- Ipsos. (2018). Kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/9d044ddc1e12472b8c3a11fb2f851d85/rapport-ks-dypdykk-ledere-2018---oppdatert.pdf>
- Jacobsen, F. F. (2022). Ti år med mer innovasjon i omsorgstjenestene? *Tidsskrift for omsorgsforskning* .
- Klyve, K. (2022). *Innlegg: Rigide regler gir mye deltidsarbeid*. Hentet fra Dagens Næringsliv: <https://www.dn.no/innlegg/arbeidsliv/helse/lonnsoppgjor/innlegg-rigide-regler-gir-mye-deltidsarbeid/2-1-1216463>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). Vår felles digitale grunnmur. *Kommunal- og moderniseringsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e8441e5b035a4e18bbebf74737530c2f/no/pdfs/stm202020210028000dddpdfs.pdf>
- Koren, C. (2012). *Kvinnens rolle i norsk økonomi*. Universitetsforlaget.
- KS. (2018). *Tid for heltid*. Hentet fra KS: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/heltid/film-om-heltid-i-kommunesektoren-tid-for-heltid/>
- KS. (2019, Januar 15). *Store gevinster av ny teknologi* . Hentet fra KS: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/store-gevinster-av-ny-teknologi/>
- KS. (2022). *Andelen heltidsansatte økte i 2021*. Hentet fra KS: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/andelen-heltidsansatte-oker/>
- KS. (2022). *Har kommunene store utfordringer med rekruttering av sykepleiere?* Hentet fra KS: <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/tariff-2022/fakta-rundt-tariff/rekruttering-av-sykepleiere/>
- KS. (2022). *Jobber de fleste i helse- og omsorgstjenestene deltid?* . Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/tariff-2022/fakta-rundt-tariff/andelen-som-jobber-heltid-oker-men-mye-gjenstar/>
- Kunnskapssenteret. (2013). *Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helstjenester i sykehus*. Helsedirektoratet.
- Legemiddelindustrien. (2015). Tall og fakta 2015: Legemidler og helsetjeneste.
- Lovdata. (2022, Juni 28). *Lovdata*. Hentet fra Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helseog omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Uni Research Rokkansenteret.
- Lysberg, K. I., Lysvand Hege, K., & Storli, M. (2022). Styrket praksisveiledning og læring i bachelorutdanningen i sykepleie 2020/2021. *NTNU Open* .
- Markussen, S., & Knut, R. (2016). The Market for Paid Sick Leave. *IZA DP No. 9825*.
- Mathiesen, I., Helli, L. N., & Tornås, S. (2021, Mai 4). Sykehusenes finansieringsmodell hindrer innovasjon i helsesektoren. *Aftenposten*.
- Meld. St. 14. (2020-2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.
- Meld. St. 15. . (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* . Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 32. (2020 -2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*.
- Meld. St. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid* . Helse-og omsorgsdepartementet.

- Menon. (2020). Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel. *Menon 142/2020*.
- Menon. (2020). Vurdering av potensialet for reduksjon av samfunnskostnader knyttet til øyesykdom i Norge med telemedisinsk avstandsoppfølging - Eyecheck system. *Menon*. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2020-45-Eyecheck-System.pdf>
- Menon Economics . (2016). *Insentiver og ordninger for risikoavlastning for innovative offentlige anskaffelser* .
- Menon Economics . (2019). *Er verdiskapning med data noe Norge kan leve av?* . Menon Economics .
- Menon Economics . (2020). *Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel* . Menon Economics .
- Menon Economics . (2021). *Gevinstrealisering av innovasjon i offentlig sektor* .
- Menon Economics. (2017). Bruker vi for mye på helse? *Menon Economics*. Hentet fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/kyL5EMUQepCXuMfkZzNhO6C2POVeSmvZfh6Ceb9mANrnQ67iea.pdf>
- Menon Economics. (2018). *Smarte kommuner - hva er gevinstpotensialet*. Menon-publikasjon nr. 73/2018.
- Menon Economics. (2019). Digitalisering og konsekvenser for storbykommunene.
- Menon Economics. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader*.
- Menon Economics. (2020). *Alzheimers og annen demenssykdom - utredning og behandling* .
- Menon Economics. (2020). Vurdering av potensialet for reduksjon av samfunnskostnader knyttet til øyesykdom i Norge med telemedisinsk avstandsoppfølging - Eyecheck System.
- Menon Economics. (2020). Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnader knyttet til hjertesvikt.
- Menon Economics. (2021). *Verdien av medisinsk innovasjon - for pasienten, helsetjenesten og samfunnet*. Menon Economics.
- Menon Economics. (2022). Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. *Menon-publikasjon nr. 3/2022*.
- Moland, L. E. (2015). *Større stillinger og bedre drift - Evaluering av programmet Ufrivillig deltid* . Fafo-rapport:25.
- Moland, L. E. (2021). *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur - En kunnskap- og eksempelsamling*. Fafo-notat:01.
- Moland, L. E. (2021). *Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Fafo-rapport:25.
- Moland, L. E., & Bråthen, K. (2019). *En ny vei mot heltidskultur - Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse* . Fafo-rapport:15.
- Moland, L., & Bråthen, K. (2012). *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?* Fafo-rapport 2012:14.
- Moland, L., & Bråthen, K. (2021). *Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene*. Fafo-rapport 2021:01.
- Moland, L., & Bråthen, K. (2021). Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. *Fafo-rapport 2021:25*.
- Nasjonalt senter for e-helseforskning . (2019). *Evaluering av virkemidlene for Nasjonalt velferdsteknologiprogram* . Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2021). Helsepersonell sliter med å få tak i informasjon om hvilke legemidler pasientene deres bruker. *Forskning.no*.
- Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. (2019). *Kvikk-guide til velferdsteknologi*.
- Nicolaisen, H., & Bråthen, K. (2012). Frivillig deltid - en privatsak? *Fafo-rapport 2012:49*.
- Niezen, M. G., & Mathijssen, J. J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*.

- Noack, T., & Tjora, A. (2018, November 21). *Samhandling*. Hentet fra Store norske leksikon.
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). *Stor vilje - lite ressurser. En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten*. NSF-rapport.
- NOU 2008:17. (2007-2008). *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*. Skift/turnus-utvalget.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2016:1. (2016). *Arbeidstidsutvalget - Regulering av arbeidstid - vern og fleksibilitet*.
- NOU 2019:8. (2019). *Særavgiftene på sjokolade- og sukkerverer og alkoholfrie drikkevarer. Norges offentlige utredninger*.
- Nou 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge - Bærekraft i hele landet - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*.
- NOU 2020:13. (2020). *Private aktører i velferdsstaten — Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester*. Nærings- og fiskeridepartementet.
- NOU 2020:15. (2020). *Det handler om Norge*.
- NOU 2021:2. (2021). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring*.
- Nye Metoder. (2022, Mars 25). *Finansiering av legemidler i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra Nye Metoder: <https://nyemetoder.no/om-systemet/finansiering-av-legemidler-i-spesialisthelsetjenesten>
- Nymoen, L. D., Björk, M., Flatebø, T., Nilsen, M., Godø, A., Øie, E., & Viktil, K. (2022). Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors. *Internal and Emergency Medicine*.
- Oslo Economics & Spekter. (u.å.). *Tilstrekkelig helgebemannning uten uønsket deltid*.
- Produktivitetskommissjonen. (2016). NOU 2016: 3 - Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi.
- Rambøll. (2015). *Teknologi og samhandling*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/fc14d12c155147b2829aadb681e73f1/rapport--teknologi-og-samhandling.pdf>
- Rasmussen, M. K., Clemensen, J., Zacahariassen, G., Kidholm, K., Brødsgaard, A., & Smith, A. C. (2019). Cost analysis of neonatal tele-homecare for preterm infants compared to hospital-based care. *Journal of Telemedicine and Telecare*.
- Riksrevisjonen. (2020). *Riksrevisjonene undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonenes undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr*. *Riksrevisjonen*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2021-2022/helseforetakenes-investeringer-i-bygg-og-medisinsk-teknisk-utstyr.pdf>
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl, A. K. (2013). *Det norske helsesystemet*. Health Systems in Transition.
- Ringdal, I. (2010). *Etterspørsel etter helsegoder- en litteraturoversikt og metaregresjonsanalyse*. SSB.
- Samfunnsøkonomisk analyse. (2017). *Evaluation of Norwegian Innovation Clusters. Technopolis Report 76*.
- SINTEF. (2021). *Digital oppfølging av barn i hjemmesykehus - Erfaringer med utvikling og bruk av Digital Hjemmeoppfølging ved Avansert Hjemmesykehus for Barn – Ahus*. SINTEF.
- Skjærne, J. N., Kristoffersen, M., & Storm, M. (2020). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. *Sykepleien Forening*.
- Skøyeneie, S. C. (2020). *Klinikeres erfaringer med oppgavedeling ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten*.
- Spekter. (2021). *Deltid*. Hentet fra Spekter: <https://www.spekter.no/tema/arbeidstid/deltid/>

- Stokke, R., Hellesø, R., & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenestene? Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Straum, K. (2020). Alle er for heltidskultur, men har de forstått hva det faktisk krever? *Masteroppgave. VID vitenskapelige høyskole.*
- Surén, P. (2018). Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før? *Tidsskriftet den norske legeforening.*
- Sørensen, A., & Aastvedt, A. (2019). Læring av feilslåtte innovasjoner. *Samfunnslederskap i Skandinavia. 34, 276-293.*
- Tømmerbrakke, S. G. (2020). Nå kaster sykepleierne post-it-lappene for godt. *Dagens Medisin.* Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/11/18/na-kaster-sykepleierne-post-it-lappene-for-godt/>
- Ulserød, T. (2020, Oktober 24). Innlegg: Hvor mange sykepleiere trenger vi? *Aftenposten.*
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action. *Ann Saudi Med.*
- Wiig, O., Rørstad, K., aksnes, D., Ekeland, E., Aagestad, C., & Stenstadvold, M. (2020). *Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.* NIFU.
- Østbakken, K. (2016). Likestilling og verdiskaping : om kvinners yrkesdeltakelse og dens betydning for økonomisk vekst. *Institutt for samfunnsforskning.*
- Øverland, S., Knudsen, A., Vollset, S., Kinge, J., Skirbekk, V., & Tollånes, M. (2018). *Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factor Study 2016 (GBD 2016).* Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Aagestad, C., Schanche, P., & Moland, L. (2021). *Organisering, kompetanse og heltidskultur i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering.* KS FoU.