



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/01959-28

Arkivkode: ---

Saksbehandler: Hanne Børrestuen

Deres referanse:

Dato: 02.05.2023

Høring NOU 2023:4 Tid for handling - Helsepersonellkommissjonen

Helsepersonellkommissjonen overleverte sin rapport 2.2.2023 (Tid for handling NOU 2023:4). KS vurderer at kommissjonen presenterer et tydelig og kjent utfordringsbilde, som for mange kommuner allerede gjør seg gjeldende. KS behandlet høringen 26.04.23 og legger følgende punkter til grunn i høringsinnspillet

- KS mener at forebygging av framtidig helse- og omsorgstjenestebehov er en avgjørende strategi for å sikre langsiktig bærekraft i tjenestene, og at staten må trappe opp innsatsen for å støtte kommunesektorens arbeid her. KS mener at betydningen av dette er underkommunisert i helsekommissjonens rapport.
- KS mener at den framtidige veksten i de aller eldste befolkningsgruppene tilsier at nasjonal politikk og virkemidler uansett må planlegge og legge til rette for en viss vekst i antallet ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester.
- KS mener at utviklingen i behovet for arbeidskraft forsterker betydningen av at staten sikrer kommunene selvstendighet i oppgaveløsningen, bl.a. gjennom å unngå detaljerte føringer for hvordan kommunene skal organisere tjenestetilbudet, føringer som blant annet reduserer muligheten for å fjerne tidstyver. Lovreguleringer og nasjonale føringer må gjennomgås som del av tillitsreformen.
- KS støtter at virkninger for personellbehov må utredes når det foreslås endringer i politikk og pasientrettigheter i helse- og omsorgstjenestene.
- KS støtter ikke flertallets forslag om å utrede en mer helhetlig organisering av kommune og spesialisthelsetjeneste enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå.
- KS støtter en «hus-hytte» modell for framtidig organisering av helsepersonell. Konsekvenser av å ha flere arbeidsgivere må utredes nærmere.
- KS støtter en videreutvikling av TØRN som et helhetlig program for kvalitetsutvikling. Det må settes av betydelige og langsiktige ressurser. Prosjektene Jobbvinner og Menn i helse bør også styrkes for å bidra til økt rekruttering, og særlig førstnevnte bør sees i sammenheng med videreutvikling av TØRN.
- KS støtter flertallets forslag om gjennomgang av arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven for å legge til rette for god bemanning og mer heltid, dersom partene ikke finner løsning gjennom sentral avtale.
- KS støtter behovet for forskningsbasert kunnskapsstøtte og utvikling av et kunnskapssystem for kommunene.
- KS støtter behovet for omstilling og innovative arbeidsprosesser, og mener det er nødvendig med en større satsing på systeminnovasjoner for å redusere behovet for helsepersonell.
- KS støtter at digitale løsninger og smart bruk av teknologi, vil kunne bidra til å møte utfordringene, men kommunene vil ikke klare dette alene. Her må staten bidra med nasjonal

infrastruktur og tjenester og med virkemidler som setter kommunen i stand til å ta et nødvendig og felles løft

- KS vil understreke at det er avgjørende at strengere prioriteringer ikke gir uønska vekst i privatfinansierte helse- og omsorgstjenester, som på sikt kan utfordre det offentlige systemet, trekke personell ut av de offentlige helsetjenestene og over i det private og gi økte sosiale forskjeller i tilgangen til helse- og omsorgstjenester.

Nærmere om KS vurderinger

Helsepersonellkommisjonen legger til grunn et minimumsalternativ i sine framskrivinger, som forutsetter – til tross for flere leveår - en friskere befolkning gjennom forebygging og folkehelsearbeid. KS vil her vise til vårt innspill folkehelsemeldingen¹ Forebygging av ensomhet og tilrettelegging av egen bolig er vesentlige faktorer for at eldre skal oppleve trygghet i eget hjem. Sammen med en betydelig satsing på et tilgjengelig samfunn som gir mulighet for bevegelse og fysisk aktivitet også i eldre år vil dette kunne utsette behov for mer personellintensive tjenester.

KS mener imidlertid at forutsetningene som ligger inne for å klare målsetningen i minimumsscenarioet er usikre, og at det ikke kan utelukkes at det vil være nødvendig å øke andelen ansatte i helse- og omsorgssektoren for å klare å ivareta alle oppgavene og samtidig ha forutsigbare rammer for de ansatte. Andelen sysselsatte i de ulike sektorer bestemmes ikke av forhandlinger mellom de ulike sektorer, men av tilbud og etterspørsel etter arbeidskraft, og betalingsvilligheten i befolkningen (direkte eller indirekte via valg). Samtidig kan det ikke planlegges for en fortsatt sterk vekst i andelen sysselsatte i denne sektoren. Omstillingsbehovet vil uansett være formidabelt for kommunene fremover, uavhengig av hvilket scenario som legges til grunn.

KS har i en årrekke påpekt en økende avstand mellom befolkningens forventninger og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Oppgavene blir stadig mer komplekse og sammensatte, noe som øker presset på ressurser, kompetanse og kapasitet. KS har også påpekt – i likhet med kommisjonen, at veksten framover primært vil komme i kommunene.

KS har utarbeidet «Veivalg for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste»².

Her legges til grunn at det er mulig å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste blant annet gjennom helsefremmende og forebyggende aktiviteter, samfunnsplanlegging og utvikling av gode lokalmiljø, differensiert bolig- og institusjonsplanlegging og tilrettelegging for møteplasser og sosiale fellesskap. Mobilisering av frivillig sektor spiller en nøkkelrolle.

Videre må tjenesteinnovasjon og digitaliseringsaktiviteter som reduserer behovet for personell og forenkler hverdagen til ansatte må prioriteres. Likeså løsninger og regelverksutvikling som bidrar til enklere og mer effektiv digital informasjonsdeling mellom aktører og tjenesteområder. KS vurderer at kommisjonen ikke er tydelig nok på behovet for å tilrettelegge for koordinerte og mer samordnede digitaliseringsløft og radikale innovasjoner både innenfor helse- og omsorgstjenestene og på tvers av sektorer, der eksempelvis KS Partnerskap for radikal innovasjon har konsekvensene av den demografiske utviklingen som en hovedsatsing. Dette er viktig for å få gevinster av teknologi, digitale løsninger for bedre samhandling mellom tjenester og pasientsikkerhet.

Kommunesektoren trenger både rammeverk og økonomi som gir handlingsrom for eksperimentering, nytenkning og innovasjon. Helsesektoren er i likhet med store deler av offentlig sektor sterkt regulert.

¹ <https://www.ks.no/horingssvar/horingssvar-folkehelsemelding/>

² <https://www.ks.no/contentassets/7c5ad425ee264649bc1eda80b91af26b/Digitalt-hefte-Veivalg-for-en-berekraftig-helse-og-omsorgstjeneste-14mars.pdf>

Dette legger klare rammer for hvordan tjenester kan utøves. Særlig utfordrende er det når rammene legger begrensninger på organisering og bemanning av tjenestene. Spesielt vil vi understreke betydningen av digitalisering både som tiltak og som rammeverk, og kommer tilbake til egen omtale av dette.

KS har mange satsinger og verktøy som bør forsterkes i arbeidet med å møte framtidens utfordringer i helse- og omsorgssektoren. En kritisk faktor er god ledelse og godt arbeidsmiljø, som KS setter på dagsordenen både i 10-FAKTOR, Nasjonal helselederutdanningen og Topplederprogrammet. Programmer for å rekruttere og beholde fagfolk i sektoren slik som Jobbvinner, og TØRN- prosjektet for riktig fordeling av oppgaver og arbeidstid, må videreutvikles. Det samme gjelder videre innsats for å mobilisere restarbeidsevne i befolkningen, slik som Menn i Helse, Partnerskap i NAV og Inn i Jobb.

Imidlertid vil vi understreke at kommunesektoren ikke kan løse utfordringene alene. KS forventer at staten begrenser statlige krav som binder opp personell og hindrer effektiv oppgaveløsning, samt reduserer omfang og detaljeringsgrad i retningslinjer og veiledere. KS er enig med kommisjonen i at konsekvenser for personellbehov må utredes når nye tiltak foreslås, og at det kommuniseres tydelig hva som kan forventes av offentlige tjenester.

En mer helhetlig organisering

KS støtter ikke forslag om å utrede en mer helhetlig organisering av kommune og spesialisthelsetjeneste enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå.

KS er skeptisk til å samle ansvaret for enda flere tjenester i helseforetakene. Med utgangspunkt i mulighetene for og evnene til å utvikle tjenester med utgangspunkt i lokale behov og samordning mellom ulike tjenester, fremstår kommunene som et av de mest effektive prioriteringsinstrumentene i dagens forvaltning. Uavhengig av hvordan man velger å organisere tjenestene - i ett eller to nivå – vil det fortsatt være overganger mellom tjenester for pasienter og brukere.

KS vurderer at kommisjonen har en for stor tro på endret organisering som virkemiddel. Vi ser i dag samhandlingsutfordringer både mellom tjenestenivåer, men også mellom de ulike avdelingene i (de høyspesialiserte) sykehusene, og mellom ulike tjenester i kommunene. Det vil fortsatt være behov for samordning og strukturert samhandling fra store grupper av pasienter – og dilemmaet vil da være å velge hvor grensedragningene skal gå.

Kommisjonens forslag må ses i sammenheng med sykehusutvalgets utredning. Likeledes vil resultatene av distriktskommuneutvalget og generalistkommuneutvalgene ha betydning for fremtidige valg. I tillegg vil ekspertutvalget for allmennlegetjenesten komme med sine anbefalinger om kort tid.

Bedre bruk av tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling – bygge nedenfra

KS støtter prinsippet om «å bygge nedenfra» men vil understreke at dette ikke innebærer at noen yrkesgrupper/ansattgrupper er mer verdt /står over andre. Hele laget er viktig for å sikre en bærekraftig tjeneste. Prinsippet om å bygge nedenfra gjelder flere nivåer. Helsefremmende og forebyggende aktiviteter i kommunene må bygges videre på, for å dempe behovet for mer omfattende helsetjenester.

Riktig oppgavedeling er en viktig faktor for bærekraftig bemanning av helse- og omsorgssektoren. Erfaringer fra blant annet TØRN viser at god oppgavedeling henger sammen med andre faktorer som ledelsesfokus, systematikk, metodikk og kompetanse i å gjennomføre endringsprosesser. Det største potensialet for oppgavedeling ligger ikke i å overføre oppgaver mellom yrkesgrupper, men i å organisere eksisterende oppgaver på en effektiv måte. Oppgavedeling kan ikke sees alene, men i sammenheng med kompetanse og utdanning, arbeidstid og organisering av tjenestene. Riktig oppgavedeling må ta utgangspunkt i den enkelte tjeneste og bruker/pasientenes behov. Velferdsteknologi og personellbesparende teknologi bør inngå som en del av arbeidet med oppgavedelingen.

KS støtter en utvidelse av TØRN under visse forutsetninger: Det må settes av betydelige og langsiktige ressurser til arbeidet. Det må videre være en utvidelse av TØRN-prosjektet som skal gi prosessuell bistand til kommuner i utviklingsarbeidet for å fremme riktig organisering av arbeidet, arbeidstiden og oppgavene. Det må legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i programmet, og at brukere skal involveres der det er relevant. KS er skeptisk til at programmet rettes mot både kommune- og spesialisthelsetjenesten under ett, og at KS og de regionale helseforetakene skal drive programmet i samarbeid. Da risikeres det at betydelige tildelte ressurser vil forsvinne i byråkrati, samt mindre fleksibilitet i løsningene. KS foreslår heller at programmet er tredelt, med én del rettet mot kommunene, én del rettet mot spesialisthelsetjenesten, og én del rettet mot samarbeidet/samhandlingen imellom. En god sentral programoverbygning vil kunne bidra til overføring av 'beste praksis', læring og erfaring mellom de tre delene i programmet.

KS støtter en «hus-hytte» modell for framtidig organisering av helsepersonell. Konsekvenser av å ha flere arbeidsgivere må utredes nærmere. «Hus- og hytte» modellen er et konstruktivt forslag til hvordan knappe ressurser kan brukes på bedre måter. Dette gjelder både innenfor kommune og tjenestested, og mellom nivåer. Kombinasjonstillinger mellom sykehus og kommuner, eller mellom universitet/kompetansmiljøer/forskning og kommuner, hvor legevakt inngår, kan være et godt rekrutteringstiltak. Jordmortjenester kan også egne seg for ulike kombinasjoner. En kommune kan for eksempel ha behov for en liten stillingsprosent. Det er ikke uvanlig at helsepersonell i dag har flere arbeidsgivere, men en mer systematisk tilnærming innebærer noe nytt. Det er viktig at konsekvensene utredes i forkant. Herunder det å ha to arbeidsgivere, arbeidstidsbestemmelser, ivaretagelse av kvalitet i tjenesten, fagutvikling og arbeidsmiljø.

KS støtter å ta med vurderinger av konsekvenser av nybygg og investeringer for personellens produktivitet i beslutninger om investeringer i helse- og omsorgstjenesten. Det er fortsatt mange uhensiktsmessige helse og omsorgsbygg, og særlig med tanke på gode løsninger for personer med ulike behov. Dette vil imidlertid kreve store investeringer.

Arbeidsforhold og arbeidstid

For å imøtekomme utfordringene kommunene står overfor i dag og på sikt, er det viktig at arbeidsgiver har nødvendig handlingsrom til å yte bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Gjeldende lov- og avtaleverk må være utformet slik at helse- og omsorgssektorens behov blir ivaretatt.

Det er viktig å se på strukturelle endringer som kan støtte opp om en heltidskultur. Et godt partssamarbeid, lov- og avtaleverk og arbeidsmiljø, er viktige elementer for å oppnå heltidskultur. Det ligger et potensial i å øke stillingsandelene og større stillingsstørrelser vil kunne gi økt kvalitet i tjenestene, bedre lærings- og fagmiljøer, fremme likestilling og ha positiv innvirkning på arbeidsmiljøet.

Sentralt og lokalt partsarbeid vil bidra til mer heltid og det er viktig å se helheten i heltidstematikken. KS har siden 2013 inngått Heltidserklæringen sammen med Fagforbundet, YS og Norsk Sykepleierforbund. Den siste erklæringen ble inngått i 2021 og da tiltrådte også FO erklæringen. I erklæringen fremgår det at: *«De gode og hensiktsmessige løsninger for å utvikle en kommunal heltidskultur må finnes lokalt. Det lokale handlingsrommet må tydeliggjøres og tas i bruk, innenfor sentralt fastsatte rammer»*. I Hovedtariffavtalen i KS er det regulert at det som hovedregel skal ansettes i heltid, og dette viser hva som er ønskelig for begge parter.

En stor utfordring i kommunal sektor er at det fortsatt er for mange som ønsker å arbeide i deltidsstilling og deltid utløser behov for ytterligere deltidsstillinger. Det er derfor viktig å se på både kulturelle og strukturelle utfordringer. Partene må fortsette å arbeide med å etablere heltidskultur, samtidig må de strukturelle utfordringene adresseres.

KS mener det er nødvendig med et lov- og avtaleverk som åpner for lokale løsninger og tilpasninger. Dagens arbeidstidsbestemmelser i arbeidsmiljøloven, er begrensende for målet om flere heltidsansatte. Lov- og avtaleverk må være utformet slik at det kan utarbeides arbeidsplaner som bygger på en tjenesterettet organisering av arbeidet, som ivaretar helheten til både brukerne, driften og arbeidstakers helse- og velferdsmessige behov.

I TØRN prosjektet prøver kommuner ut nye måter å organisere arbeidet og arbeidstiden på. Ved blant annet å få ansatte til å jobbe flere helgevakter, viser erfaringene i flere kommuner at stillingsstørrelsene har økt. Kommunene rapporterer om at endringene har gitt positiv effekt på tjenestene. Brukerne opplever bedre kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet. Kommunene meddeler at involvering gjennom partsamarbeid er viktig, men at prosessene er svært ressurskrevende. Kommunene opplever at det oppstår forhandlingsarenaer når arbeidsgiver er avhengig av tillitsvalgtes godkjenning for å sette opp arbeidsplan. Det stilles for eksempel krav om ytterligere begrensninger i arbeid på søn- og helligdager enn det loven tillater, plassering av fridager, vaktlengder og betalte pauser. Arbeidsgiver må også bli enig med flere organisasjoner, som kan ha ulike krav og ståsteder.

Arbeidsgiver har ansvar for at helse- og omsorgstjenestene er fullt forsvarlige, samtidig som arbeidsmiljøet til de ansatte skal være fullt forsvarlig. Bemanningsplanleggingen må skje innenfor rammen av en forsvarlig arbeidsgiverpolitikk som ivaretar helse, miljø og sikkerhet og de ansattes helse- og velferdsmessige behov. I Heltidserklæringen har partene understreket viktigheten av at *«arbeidstidsordninger må ivareta de ansattes helse, verne og velferdsmessige behov og muliggjøre full yrkesdeltakelse frem til pensjonsalder»*.

Hovedavtalen i KS regulerer at de ansatte har et medansvar for å videreutvikle virksomheten. Slik arbeidstidsbestemmelsene i dag praktiseres, opplever kommunene at arbeidsmiljøloven setter begrensninger for arbeidsgivers mulighet til å etablere arbeidstidsordninger som ivaretar helheten til både brukeren, driften og arbeidstakers helse- og velferdsmessige behov. KS er opptatt av at dette vil kunne påvirke muligheten til å yte bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

KS støtter en sentral tariffregulering av gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale. Dette vil kunne bedre balansen mellom de lokale parter og gi større forutsigbarhet for å planlegge drift. KS har på bakgrunn av Helsepersonellkommisjonens forslag tatt initiativ til å inngå en særavtale om flere elementer som ligger i kommisjonen sine anbefalinger, herunder en avtale om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden. Forhandlingene er ikke kommet tilstrekkelig i gang til at vi vet om en slik avtale vil bli inngått. Dersom det viser seg at partene ikke klarer å forhandle frem en slik avtale, er KS av den oppfatning at lovgiver må iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Arbeidstidsplanleggingen krever bevisst ledelse og at prosessene må skje i nært samarbeid med ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten. Arbeidstidsplanleggingen bør risikovurderes i nært samarbeid med vernetjenesten.

KS erfarer at arbeidsgivere benytter handlingsrommet som ligger i lov- og avtaleverk til å gjøre individuelle tilpasninger av arbeidstiden ut fra individuelle behov. Likevel er det slik at en ikke uvesentlig del av deltidsstillingene oppstår som følge av individuelle rettigheter som er lov- eller avtalefestet. Det er derfor svært viktig at det ikke kommer ytterligere sentrale reguleringer, som vil kunne begrense muligheten til en heltidskultur.

Det er viktig å ha dialog om ordninger knyttet til lønns- og arbeidsvilkår, for å sikre rekruttering og beholde personell innen helse- og omsorgssektoren. I Hovedtariffavtalen i KS er det inntatt særskilte forhandlingsbestemmelser for tilfeller det er utfordringer med å beholde eller rekruttere kvalifiserte arbeidstakere. I utvalgsarbeid har partene diskutert tiltak som kan bidra til å beholde, mobilisere og

rekruttere sykepleierkompetanse, herunder viktigheten av å gi nyutdannet helsepersonell en god start i jobben og ordninger som gjør at de ansatte trives og føler seg trygge i oppstartsfasen.

KS er opptatt av at helsepersonell skal kunne stå lengre i jobb før pensjonering. 70 pst av virksomhetene i kommunal sektor har utarbeidet en personalpolitisk strategi for å beholde og videreutvikle senior arbeidstakere³. I Hovedtariffavtalen er det åpnet opp for at det kan avtales virkemiddelbruk med den enkelte arbeidstaker for å motivere til å stå lengre i jobb. KS ser viktigheten av å fortsette dialogen på dette området, for å sikre at den kommunale helse- og omsorgssektoren skal fortsette å være en attraktiv arbeidsplass også i fremtiden.

Utdanning og kompetanseutvikling

Det er en forholdsvis stor andel uten formell utdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det finnes flere måter å øke kompetansen til assistenter på. Det kan gjøres gjennom videregående opplæring, enten som lærling eller gjennom fagopplæring i skole, gjennom praksiskandidatordningen eller gjennom «fagbrev på jobb» for voksne. Dette handler om å heve status for helsefagarbeideren gjennom selvstendige ansvarsområder, et viktig bidrag i pasientsikkerhet og en reell avlastning for sykepleiere og andre faggrupper.

KS støtter en satsing på helsearbeiderfaget, og tiltak som legger til rette for å kvalifisere ansatte uten formell kompetanse. KS vil også trekke fram at høyere yrkesfaglig utdanning (Fagskoler), kan være et viktig virkemiddel for økt kompetanse i sektoren, hvor utdanningstilbud utviklet i tett samarbeid mellom virksomhetene og fagskolen, og hvor tilbudet tilpasses slik at det gjøres i kombinasjon med jobb. Videre er det viktig å understreke behovet for desentralisert utdanning på alle nivå, særlig må utdanningstilbud i UH- sektoren desentraliseres mer.

Tilstrekkelig kvalitet og kapasitet på praksisplasser er en forutsetning for å kunne utdanne flere til profesjoner i helse- og omsorgstjenestene. KS har inngått en samarbeidsavtale med KD og HOD for å bidra til å nå målet om flere og bedre praksisplasser over hele landet. Jobbvinner-prosjektet samarbeider med flere utdanningsinstitusjoner og kommuner om kvalitet i praksisstudiene og om nye emner som kommunene kan tilby praksis i. Praksisstudiene blir spesielt viktig å styrke i distriktskommuner i tilknytning til desentraliserte sykepleierutdanninger. En styrking av Jobbvinner-prosjektet vil være viktig for å sikre kvalitet i praksisperiodene. Likeså en videre utvikling og implementering av mentorordninger. Mange kommuner viser interesse for å delta i læringsnettverk for å innføre mentorordning. Ved å forsterke Jobbvinnerprosjektet vil flere kommuner i hele landet gis bistand til å etablere mentorprogram.

Om behov for forskning og tettere kobling til praksis

En tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, og mer forskning for, i og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, er helt sentralt for kunnskapsbaserte beslutninger og praksis, samt utvikling av relevante utdanningstilbud og kompetanseutvikling i kommunene.

KS har lenge etterlyst et kunnskapsystem som bidrar til økt kunnskapsutvikling, forskningsinnsats, relevante utdanninger og effektiv kunnskapsspredning. Det vises i denne sammenheng til Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF). Forslaget til KSF ble i sin tid utformet på oppdrag av HelseOmsorg21-rådet, og KS har finansiert en pilot siden 2020. KSF skal støtte kommunene til å identifisere kunnskapsbehov, og å innhente, vurdere og anvende kunnskap i beslutninger og praksis. Kommunene samarbeider med UH- og instituttsektoren i kommuneklynger, som bidrar til mer effektiv ressursutnyttelse for både by- og bygdekommuner. KSF møter kommunenes behov for helhetlig kunnskapsutvikling på tvers av tjenesteområder. Bærekraft i helse- og omsorgstjenestene forutsetter en bred forskningsinnsats som fremmer helsefremmende, forebyggende innsatser og kunnskap om

³ Rapport fra Ipsos 2019: Holdninger til læring og kompetanseutvikling for senior arbeidstakere

sammenhenger mellom kommunale tjenester. Om KSF blir etablert i hele landet vil det være et viktig instrument for kunnskapsbasert utvikling av bærekraftige, sammenhengende tjenester i kommunene. En opptrapping av KSF forutsetter statlig finansiering

KS støtter en utredning av kompetansesentre og kompetansetjenesters måloppnåelse. Utredningen bør også vurdere om alternative tiltak til kompetansesentrene er mer hensiktsmessige. KS oppfatter at kommunene har blandende erfaringer med hvor godt kompetansesentrene fanger opp og møter kommunenes kunnskapsbehov.

KS er kritisk til å muligvis inkludere kommunale helse- og omsorgstjenester i en ny instruks for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fagskoler. Det vil begrense kommunenes frihet til å styre egne ressurser. Dersom en instruks skal involvere kommunale helse- og omsorgstjenester, må kommunene samtidig sikres en forskningsinfrastruktur eller friske midler.

Gode prioriteringer for en bedre bruk av tilgjengelig personell

KS mener at de sammenhenger kommisjonen peker på, knyttet til omfang av tjenester med offentlig finansiering og mangel på dokumentert effekt, er underkommunisert. Det er en tendens til å se aktivitet i helsetjenestene som rene behov og ikke som et uttrykk for etterspørsel. Det er derfor svært viktig å redusere omfanget av unødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er behov for bedre ressursutnyttelse ved å redusere lavt prioriterte oppgaver og oppgaver som har liten eller ingen effekt. Innsikt om riktig behandling må inngå i utdanningen av helsepersonell og ledere som påvirker og bestemmer tjenestetilbudene.

Det er viktig med en kulturendring, men det er spesielt viktig at nasjonale myndigheter og politikere generelt er bevisst sitt ansvar i denne sammenheng. Lovreguleringer og nasjonale føringer kan ha utilsiktede konsekvenser og medføre uhensiktsmessig bruk av ressurser.

KS mener videre at det er viktig med tilsvarende gjennomgang av takster for leger, psykologer, fysioterapeuter og annet helsepersonell, som for DRG-takstene. Gjennomgangen må ha som formål å fjerne takster som bidrar til finansielle insentiver til å tilby unødvendige tjenester.

KS vil påpeke at det ved utforming av tjenestetilbud ikke tas økonomiske hensyn som ville gavnet innbyggerne som gruppe, men heller hensyntar enkeltbrukerens individuelle ønsker. For eksempel når pasienten eller brukeren ønsker å motta tjenester i sitt nåværende hjem, mens kommunen kunne tilbudt fullt forsvarlige og mer kostnadseffektive tjenester i institusjon eller samlokalisert bofellesskap – og det motsatte. KS vurderer at dersom loven bedre understøttet at også bredere hensyn enn enkeltbrukerens ønsker kunne tillegges vekt i kommunens vurdering og utforming av tilbudet til den enkelte, ville det støttet kommunene i utforming av tjenestetilbud som sikret bedre samlet bruk av både økonomiske og faglige ressurser – «mest mulig helse for hver krone».

KS har pekt på behovet for å gi mulighet for boligfellesskap eller benytte enheter som gir bedre ressursutnyttelse enn i dag. Trenden mot «hjemmesykehus» kan være faglig godt, men svært utfordrende for kommunal sektor som allerede nå har utfordringer med svært personellintensive oppgaver. Et eksempel fra en større kommune kan illustrere utfordringen: Kostnadene knyttet til såkalt hjemmerespirator – dvs. et team som jobber i brukers hjem 24/7. Kommunen har et eget bofellesskap som er satt opp for å kunne ta imot respiratorbrukere, men rettigheten folk har til å velge å bo i eget hjem er så sterk at det kun unntaksvis kan avslås hjemmebehandling. Respiratorteam i brukers hjem krever mye helsepersonell og er dermed også kostnadskrevende. I 2022 en bruker med hjemmerespirator i 12 måneder med 1:1 bemanning. Kostnad 3,25 mill, 1:1 bemanning krever ca 5 årsverk. Noen hjemmerespiratorbrukere trenger 2:1-bemanning. Da kreves det ca 10 årsverk. Et forsiktig estimat er at kostnaden ved 2:1-bemanning vil være ca 7,4 mill på årsbasis.

KS støtter en gjennomgang av forordninger, normerende produkter og brukerrettigheter og se nærmere på hvordan disse påvirker tjenestetilbudet og -omfanget. KS støtter fullt ut at det innføres krav til at det gjennomføres grundige utredninger av konsekvensene for personellbehov som følger av politikk på helse- og omsorgsområdet, herunder nye rettigheter som vurderes innført for pasienter, brukere og pårørende.

Tilsvarende er det vesentlig at helse- og omsorgsdepartementet vurderer å evaluere senere års innførte rettigheter for å få bedre innsikt i hvordan ny politikk henger sammen med økte personellbehov. KS viser til forslag i rapport fra en arbeidsgruppe som har sett på effektiviseringsgrep i ressurskrevende tjenester.⁴

Det er behov for å forenkle rapporteringen og automatisere for å redusere personellressursene. Det er en utfordring at helsepersonell trekkes vekk fra brukernært arbeid. Regjeringen bør se nærmere på hvordan tillitsreformen kan understøtte dette.

KS vil også påpeke at dagens organisering av fastlegeordningen har uheldige konsekvenser når det er ledige hjemler/vakanser. I henhold til fastlegeforskriften skal fastlegen prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen. Konsekvensen er at pasienter med mindre alvorlige lidelser på egen liste blir prioritert foran pasienter med mer behov for oppfølging på en «liste uten fast lege».

Nærmere om digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenesten

KS støtter kommisjonens beskrivelser av de ulike målene for digitalisering, men virkemidlene for hvordan målene skal oppnås er etter administrasjonens vurdering noe vagt beskrevet i rapporten. KS vil påpeke at dagens digitale løsninger bærer preg av å ha blitt utviklet som «strøm på papir». Digitalisering har til dels foregått uten å se på hvordan løsningene kan understøtte og forbedre helsepersonellens arbeidsprosesser. Samtidig har digitaliseringen ofte medført økt krav til dokumentasjon og rapportering, og har dermed ikke bidratt til å frigjøre tid for helsepersonell. Det er viktig at digitaliseringsutviklingen i større grad bør se på prosessforbedringer, nye måter å jobbe på og automatisering der det er mulig.

Det er behov for ny kompetanse hvor helsefag og teknologi spiller sammen for å utvikle brukervennlige og intuitive løsninger som gir helsepersonell effektivt arbeidsverktøy. En forutsetning for at helsepersonell skal kunne utføre arbeidsoppgavene effektivt og med god kvalitet, er tilgang på relevante og oppdaterte helseopplysninger om pasientene. Det er i dag ikke gode nok løsninger på plass for informasjonsdeling som sikrer god samhandling. Helsepersonell bruker mye tid på å fremskaffe oppdatert helseinformasjon om pasientene. Det må derfor på plass nasjonale digitale tjenester og infrastruktur som muliggjør informasjonsdeling i sanntid, slik at helsepersonell har tilgang på relevant og oppdatert helseinformasjon for å yte forsvarlige helsetjenester.

Det er viktig at juridiske rammebetingelser som hindrer god informasjonsdeling mellom og innenfor helsevirksomheter må løses opp i. Regelverksutvikling og plattformer for informasjonsdeling er begge viktig for å legge til rette for bedre deling av informasjon. Felles standarder må plass gjennom retningslinjer eller forskrift som muliggjør informasjonsdeling. Digitale samhandlingsløsningene må utvikles stegvis og tilpasses til behov i virksomhetene både i kommune- og spesialisthelsetjenesten og på tvers av disse. Løsningene må utvikles slik at de ivaretar behovene til bredden i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er viktigere enn noen gang med gode planer og riktige prioriteringer for sektoren totalt. Utviklingen må støtte opp under behovene og det må sikres forutsigbarhet for finansiering av utvikling av nasjonale

⁴ [Rapport: Kostnader til ressurskrevende tjenester - KS](#)

løsninger. Samtidig må kommunene sikres finansiering slik at de har ressurser til den økte digitaliseringen det er behov for. Kartlegging av kostnader knyttet til e-helse viser fra 2 til hele 5 ganger økning av kostnadene for kommunene frem til 2050.⁵

For fullt ut å kunne nyttiggjøre potensialet som ligger i digitalisering, har aktørene behov for kompetanse på endringsledelse, tjenesteinnovasjon og gevinstrealisering. Samtidig forutsetter det involvering av helsepersonellet ute i tjenestene for endring av arbeidsprosesser. Det må satses mer på velferdsteknologi og digitale hjemmetjenester. Staten må fortsatt støtte etablering av varige strukturer for erfaringsdeling og samordning. I tillegg må staten sikre at det etableres en nasjonal infrastruktur som understøtter samhandling mellom kommuner og helseforetak. Staten må samtidig gå opp ansvarsforhold mellom helseforetak og kommuner ved "sykehus i hjemmet", understøtte helhetlige tjenestemodeller og tverrgående pasientforløp. KS vil påpeke behovet for et felles journalloft for kommunene, noe som også vil bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene. Helsenæringen må stimuleres til å levere løsninger som setter brukeren i sentrum. Løsningene må ta utgangspunkt i åpne plattformer for deling av data som kan bygges ut stegvis og stimulere til innovasjon.

Til forslaget om å etablere et 10-årig forskningsprogram for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene, vil KS vise til at det tradisjonelt har vært lite fokus på nytteverdier ved digitalisering av helse- og omsorgstjenestene. Forskningen bør raskt gi resultater, slik at fremtidige prioriteringer og beslutninger er kunnskapsbaserte.

Andre tiltak

KS vil vise til et område som kommisjonen ikke berører i særlig grad. Det handler om mobilisering av personer som står utenfor arbeidslivet. KS mener det bør utforskes nærmere hvilket potensiale det kan være i å kvalifisere personer utenfor arbeidslivet til en jobb innenfor helse- og omsorgssektoren. Det kan blant annet å ses til erfaringene fra programmene Menn i Helse, Prepp og Inn i jobb.

Med hilsen

Lasse Hansen
Administrerende direktør

Tor Arne Gangsø
Arbeidslivsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

⁵ [FOU: Kartlegging knyttet til e-helse i norske kommuner](#)