

HelseOmsorg21-rådet

Dato 7. september 2022, kl. 9.30 - 10.30

Sted Zoom

- Sak 34/4/22** **Godkjenning av innkalling og sakliste**
- Sak 35/4/22** **Spørsmål om habilitet**
- Sak 36/4/22** **Innspill til Helsepersonellkomisjonen**

Sak 34/4/2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Type sak	Vedtaks sak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Innkalling og saksliste legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Sak 35/4/2022**Spørsmål om habilitet**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Bakgrunn

Habilitetsvurderinger og -avklaringer er et punkt på agendaen i alle rådsmøtene. I hvert enkelt tilfelle/sak skal både de skjønsmessige og de automatiske habilitetsbestemmelser vurderes. Vurderingene av eventuell inhabilitet blant medlemmene og håndteringen av denne skal protokollføres.

Rådet bes om å vurdere sin habilitet for sakene i dette møtet.

Forslag til vedtak

Det er ikke knyttet inhabilitet til noen av sakene på rådsmøtet.

Sak 36/4/2022

Innspill til helsepersonellkommisjonen

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson, Ina Dahlsveen, Hege Strand Mikkelsen
Vedlegg	Utkast til innspill til Helsepersonellkommisjonen
Tidligere behandlet	28/3/2022

Bakgrunn

Ett av HelseOmsorg21-rådets mål i handlingsplan for 2022 – 2023 er:

- *Norsk helsepersonell er godt tilpasset fremtidens helsetjeneste.*

Rådet følger opp dette blant annet ved å gi innspill til Helsepersonellkommisjonen. Kommisjonen ble oppnevnt av Regjeringen i desember 2021 og skal etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt. Kommisjonen skal levere en NOU innen 1. februar 2023.

Rådet hadde en første diskusjon om innspillet på rådsmøte 3/2022 der Helsepersonellkommisjonens leder, Gunnar Bovim, innledet til saken.

En arbeidsgruppe bestående av Baard-Christian Schem, Gro Jamtvedt, Kristin Weidemann Wieland, Ingrid Stenstadvold Ross, Esperanza Diaz og Marte Kvittum Tangen er utpekt til å bistå sekretariatet med et første utkast til innspill. Arbeidsgruppen har hatt ett møte og har også bidratt med skriftlige innspill som ligger til grunn for det vedlagte utkastet.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes på dette møtet for at rådet kan diskutere det fremlagte innspillet slik at det kan sendes kommisjonen i god tid før et innspillsmøte kommisjonen skal ha 3. oktober.

Hovedpunkter

Det har kommet en rekke innspill til Helsepersonellkommisjonens arbeid og det er viktig at rådet setter søkelys på områder der de kan gi merverdi.

Rådets innspill er knyttet til følgende hovedtema:

- Bærekraft i helsetjenesten
- Organisering, oppgavefordeling og samhandling
- Rekruttering, utdanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Teknologi og digitalisering

Hvert hovedtema er organisert i følgende underpunkter:

- Problembeskrivelse
- Rådets forslag til tiltak
- Utdyping av tiltak

Noen viktige momenter for rådets diskusjon:

- Kommisjonens leder utfordret rådet på en rekke områder i rådsmøtet 3/2022. Han ønsket blant annet tydelige råd og anbefalinger som kommisjonen kan gi til politikere. Er rådets anbefalinger tydelige og spisse nok? Og har rådet forslag til andre tiltak?
- Er det tema som mangler, tema som bør reduseres, kuttes eller spisses?
- Kommisjonens leder understreket at forslagene til tiltak må være kunnskapsbaserte. Er rådets anbefalinger i tilstrekkelig grad det?
- Er det viktige rapporter, kunnskapsoppsummeringer og andre publikasjoner rådet bør vises til?

I tråd med prosessen vedtatt på møte 3/2022, sendes et første utkast til innspill på sirkulasjon til rådets medlemmer. Det bes om at innspill og kommentarer til utkastet sendes sekretariatet (med kopi til alle) innen tirsdag 6. september. Utkastet og innspillene vil så bli diskutert på rådsmøtet 7. september. Sekretariatet, eventuelt i samarbeid med arbeidsgruppen, vil deretter oppdatere utkastet til innspill etter diskusjonen på møtet. Endelig innspill godkjennes av rådsleder.

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til innspillet med de kommentarer som kommer på møtet.

HelseOmsorg21-rådets innspill til Helsepersonellkommisjonen

Helseomsorg21-rådet takker for muligheten til å komme med innspill til Helsepersonellkommisjonen.

HelseOmsorg21-rådet (rådet) er en nasjonal dialogarena mellom den offentlige sentrale helseforvaltningen, offentlige helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, kommunal sektor, instituttsektor, privat sektor og brukerorganisasjoner.

Innledning

Mandatet til Helsepersonellkommisjonen innebærer å etablere kunnskapsgrunnlag som både beskriver utfordringene og foreslå treffsikre tiltak årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Tiltak som er godt begrunnet i robust evalueringsforskning vil være mer treffsikre, men tiltakene må også informeres av andre kunnskapskilder slikt som ressurser og bemanningssituasjon for å være kunnskapsbaserte.

Kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger er gode beslutningsgrunnlag for kliniske beslutninger, men bør også etterspørres og benyttes i Helsepersonellkomiteens arbeid med å foreslå tiltak. Oppsummeringer av både kvalitative studier (metasynteser) og kvantitative studier kan gi god innsikt og støtte. Det eksisterer for eksempel omfattende litteratur vedr. oppgaveglidning, tiltak for å beholde personell i utkantstrøk og tiltak for å bedre arbeidsmiljø. Noen relevante kunnskapsoversikter med konklusjoner er vedlagt.

Rådets innspill er knyttet til følgende hovedpunkter:

- Bærekraft i helsetjenesten
- Organisering, oppgavefordeling og samhandling
- Rekruttering, utdanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Teknologi og digitalisering

Bærekraft i helsetjenesten

Utfordringsbildet

Perspektivmeldingens framskrivninger viser at gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helsetjenesten fortsetter å øke og at helsebehovet i befolkningen vil bli større enn det helsetjenesten er i stand til å dekke.

Det er grunn til å være alvorlig bekymret for hvordan dagens og fremtidens borgere skal få ivaretatt sine helse- og velferdsrettigheter i årene som kommer. Vi er avhengig av et taktskifte for å sikre fremtidens pasienter. Vi må utvikle en bærekraftig helsetjeneste, i betydningen en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov, som også i fremtiden kan gi likeverdige helse- og levekår og høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

De største utfordringene er ventet å komme i kommunehelsetjenesten.

Kostnadene (som i stor grad samsvarer med bemanningsinnsats) til kommunale helse- og omsorgstjenester har de siste årene økt vesentlig, og langt utover veksten i kommunenes inntekter. Veksten kan nesten i sin helhet tilskrives vekst i omsorgstjenester til brukere under 67 år, med særlig økning i kostnader til tjenester for ressurskrevende brukere. Demografiutviklingen er en viktig årsak, men det er også et mer sammensatt årsaksbilde. Dels skyldes økningen i antall brukere, utover det befolkningsveksten skulle tilsi, oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, flere individuelle rettigheter og medisinsk og teknologisk utvikling.

Bedre behandling redder flere liv, men utviklingen fører også med seg økt grad av overbehandling. I tillegg vil mange i forlengelsen av behandlingen ha behov for bistand fra det offentlige for å kunne leve fullverdige og gode liv. Det er en økning i tjenesteomfang per bruker. Tjenestene blir i tillegg, i en viss grad, "misbrukt". Flere studier viser at pasienter som ikke føler seg ivaretatt oftere bruker tjenestene og et unødvendig høyt nivå av tjenestene – for eksempel legevakt i stedet for fastlege. Dette er ressurskrevende og dyrt for en samlet helsetjeneste. Overdiagnostikk og overbehandling er problematisk både av hensyn til pasienten og fordi ressursene kunne ha vært brukt på en mer effektiv måte. Vi har et stort ansvar for å redusere overbehandling. Meld. St. 24 (2019-2020) viser eksempelvis at mange blir overbehandlet ved livet slutt på grunn av, blant annet, manglende ferdigheter i kommunikasjon og et ensidig kurativt fokus.

Det er et paradoks at styringsverktøyene i helsetjenestene i liten grad er innrettet for å bidra til bærekraft. For eksempel gis det gjennom innsatsstyrt finansiering betaling for de behandlingene som utføres, men det er få insentiv for å flytte innsatsen fra behandling til forebygging.

For å kunne møte utfordringene med en aldrende befolkning er det anslått et behov for å øke antall i helsevesenet med 35 prosent frem mot 2035. Perspektivmeldingen sier at behovet for arbeidskraft i helse og omsorg kan vokse med nesten 260.000 årsverk fram mot 2060. Men vi kan ikke kun ansette flere folk i helsevesenet – det er ikke bærekraftig på samfunnsnivå.^[1] Vi er derfor avhengig av å redusere behovet for personellvekst og øke bærekraften på andre måter.

Rådets forslag til tiltak

- **Prioriteringsdebatt om individuelle rettigheter og overbehandling**
- **Vurdere hva som er bærekraftig tak for andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene**
- **Handlingsplan for likeverdige tjenester og reduksjon av helseulikheter**
- **Økt satsing på forebygging**

Utdyping av tiltak

Prioriteringsdebatt om individuelle rettigheter og overbehandling

Målet om en bærekraftig helsetjeneste innebærer at vi må tørre å stille spørsmål ved etablert praksis, rettigheter og vurdere både etiske og faglige dilemmaer med harde, men nødvendige prioriteringer. I årene som kommer vil det trolig bli behov for å diskutere individets rettigheter sett opp mot den ressursknapphet helsesektoren opplever.

Den medisinske utviklingen internasjonalt tilsier stadig større grad av spesialisering særlig i sykehus. Kommisjonen bør gjøre vurderinger av hva dette har å si for fremtidige arbeidskraftbehov i en situasjon hvor det blir stadig flere eldre som trenger tjenester, både i kommunene og sykehus. Bør man i større grad vurdere funksjonsnivå også i spesialisthelsetjenesten som utgangspunkt for behandling?

I prioriteringsdebatten må også innføringen av persontilpasset medisin trekkes inn og hvordan persontilpasning påvirker prioriteringer, rettigheter, ineffektiv behandling og fordeling av ressurser.

Vi trenger en tydeligere diskusjon om hva som kreves hvis vi skal unngå overdiagnostikk og overbehandling. Det bør vurderes å utarbeide en forpliktende plan for å redusere overbehandling i fremtiden. Rådet viser også her til Gjør kloke valg-kampanjen¹.

Vurdere hva som er bærekraftig tak for andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene

Framskrivninger må i større grad ta hensyn til endringer i behov, praksis og bærekraft. Utfordringen med framskrivninger frem til i dag er at de ene og alene er tuftet på dagens behov og praksis. Det er for stort opplevd arbeidspress på mange typer helsepersonell og den demografiske utviklingen vil øke presset. Framskrivninger viser at det vil være stor mangel på visse typer helsepersonell, men realistisk sett vil det heller ikke være mulig å dekke dette gapet ved å øke kapasiteten i utdanningene.

Framskrivninger bør i større grad vurdere hvor stor andel av de sysselsatte som realistisk sett kan være i helse og omsorg i et bærekraftperspektiv. Andelen sysselsatte i helsetjenesten kan ikke øke ukontrollert og allerede i dag har Norge en større andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene enn andre OECD-land². Fokus må derfor dreies mot de nye løsningene, fremfor den økende mangelen på personell og andre problemstillinger knyttet til dette. Rådet mener at kommisjonen bør vurdere en retningsgivende "handlingsregel" for hvor stor andel av arbeidsstyrken som bør være ansatt i helse og omsorgstjenestene. En slik "handlingsregel" vil gjøre det lettere å se det årlige behovet for å effektivisere tjenestene i takt med den demografiske endringen som gir færre i yrkesaktiv alder.

Rådet mener at særaldersgrenser (stillinger med lavere aldersgrense enn 70 år) bør gjennomgås med sikte på å avklare hvem som i fremtiden bør omfattes av særaldersgrensene, og hva særaldersgrensene eventuelt bør være. Dette er viktig med tanke på hvor mange som står i jobb.

I tillegg må det vurderes hvordan innovasjon, blant annet gjennom digitalisering, teknologi og nye arbeidsformer kan påvirke det framtidige personellbehovet og bidra til bærekraft. Hva skal til for at disse mulighetene blir tatt i bruk i hele landet? Det er her nødvendig å få frem nye måter å yte tjenester på, der pasienter og brukere i større grad kan delta i behandling og oppfølging av egen helse.

Handlingsplan for likeverdige tjenester og reduksjon av helseulikheter

Den offentlige helsetjenesten skal gi et likeverdig tilbud uavhengig av bosted og sosiale forhold. Likevel er det stor variasjon i tjenesten og i hvordan befolkningen bruker helsetjenestene. Det er for eksempel en stor sosial helseulikheter.

Denne utfordringen bør tas tak i på systemnivå i en handlingsplan for likeverdige tjenester og reduksjon av helseulikheter. Det kan resultere i økt kvalitet på tjenestene, bidra til reduksjon av misbruk av tjenestene og unngå utvikling av parallelle tjenester for spesifikke grupper. En gjennomgående grundig og forløpende evaluering av helseulikheter og likeverdighet i utdanningene og levering av tjenestene er nødvendig.

Økt satsing på forebygging

Med utgangspunkt i en stadig mer presset situasjon med hensyn til ressurser og kapasitet, er det nødvendig å ha et større forebyggende fokus som forankres på tvers av sektorer og nivåer. Et

¹ [Kloke valg | Gjør kloke valg \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/kloke-valg)

² [Health and social care workforce | Health at a Glance 2021 : OECD Indicators | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](https://data.oecd.org/health-social-care-workforce/Health-at-a-Glance-2021-OECD-Indicators/OECD-iLibrary(oecd-ilibrary.org))

begrenset handlingsrom på sikt gjør det desto viktigere at vi investerer i folkehelse. Bedre helse i befolkningen kan trolig redusere store kostnader i fremtiden. Det er viktig at andre sektorer utenfor helse- og omsorg tar sin del av ansvaret for helsefremmende aktiviteter. I barnehager, skoler og arbeidsplasser og andre arenaer er kulturtilbud, kosthold, fysisk aktivitet, levekår og sosiale forhold faktorer som er viktige for folkehelsen og for en bærekraftig helsetjeneste. Målet om og ansvaret for en bærekraftig helsetjeneste må forankres bredt.

Hvis potensialet utnyttes bedre og mer systematisk i sektorer utenfor helsesektoren, kan helsepersonell få frigjort verdifull tid og ikke minst få benyttet sin kunnskap og kompetanse der den trengs mest. Vi vet derimot ikke i hvilken grad økt forebygging begrenser behovet for helsepersonell. Vi må både bruke mer ressurser på kunnskapsbasert forebygging og på forskning om effekt av tiltakene.

Rådet ser at tiltak knyttet til forsterket tverrsektoriell forebyggende innsats ligger på kanten av helsepersonellkommisjonens mandat, men dette aspektet har stor betydning for en bærekraftig helsetjeneste. Vi viser i denne forbindelse til rådets innspill til ny folkehelsemelding og spesielt kommentarene knyttet til forebygging, ulikhet i helse og helsekompetanse.

Organisering, oppgavefordeling og samhandling

Utfordringsbildet

Opgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har endret seg betydelig over mange år. Over tid har kommunene fått mer spesialiserte oppgaver innenfor helse- og omsorgsområdet, dette er en utvikling vi ser fortsetter, og som dels er en konsekvens av endringer i spesialisthelsetjenesten.

I SINTEF-undersøkelsen «Samhandling mellom kommuner og sykehus»³ oppga informantene økte oppgaver for kommunene, som et resultat av samhandlingsreformen og at kommunene hadde blitt i stand til å ta nye oppgaver. I evaluering av fastlegeordningen (2019)⁴ oppga fastlegene økt arbeidsmengde bl.a. grunnet overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og tynge pasientpopulasjon.

Spesialitetsstrukturen setter rammer for hvordan tjenestene er organisert. I 2020 var det 17.506 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten (SSB, tabell 09547). Samme år var det 6.193 legeårsverk i kommunehelsetjenesten (SSB, tabell 11996).

Helsesektoren er i likhet med store deler av offentlig sektor sterkt regulert. Dette legger klare rammer for hvordan tjenester kan utøves. Særlig utfordrende er det når rammene legger begrensninger på organisering og bemanning av tjenestene. For kommunene eksempelvis når kompetansekrav og bemanningsnormer regulerer ressursbruk, uavhengig av lokale forhold.

Det er mange som jobber deltid i helse- og omsorgstjenestene og det er gjort ulike beregninger på hvor mange årsverk det vil utløse om flere jobber heltid. Tall fra KS har vist at heltid kan utløse 32 700 flere årsverk innen helse- og omsorgstjenester. Deltidsansatte i helse- og omsorgstjenestene har i snitt en stillingsstørrelse på 57 prosent, og representerer med dette et stort arbeidskraftpotensial.

Pandemien har tydeliggjort behovet for å involvere frivillige i flere sammenhenger innenfor helse og den demografiske utviklingen og presset på helsetjenestene fremover tilsier at vi vil ha økende behov for å inkludere frivilligheten og pårørende i omsorg for pasientene. Helsetjenestene har imidlertid ikke noen klar linje for hvordan de kan benytte helsefrivilligheten under f.eks. kriser eller oversikt

³ [Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf \(ks.no\)](#)

⁴ [Evaluering av fastlegeordningen, EY og Vista Analyse, 2019](#)

over hvilke ressurser som er tilgjengelige og kan mobiliseres når nødvendig. Inkludering av frivilligheten skjer dermed ofte *ad hoc* og uten at kvalitetens sikres.

Rådets forslag til tiltak

- **Se på oppgavefordelingen mellom nivåene i helsetjenesten og bruk av spesialistkompetanse**
- **Ha et nytt blikk på oppgavedeling og dynamisk tilnærming til kompetanse**
- **Vurdere lovendringer knyttet til kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan bidra til bedre ressursutnyttelse**
- **Eksemplifisere oppgaver som kan deles og flytte fra en yrkesgruppe til en annen**
- **Økt kunnskap om hvordan en fremmer en heltidskultur**
- **Vurdere hvordan og i hvilken grad helsefrivilligheten kan inkluderes i helsetjenestene og samtidig sikre god kvalitet**

Utdyping av tiltak

Se på oppgavefordelingen mellom nivåene i helsetjenesten og bruk av spesialistkompetanse

For å sikre gode pasientforløp og bruke personell på en effektiv måte må vi se på ansvars- og oppgavedelingen mellom nivåene i helsetjenesten.

Vi må også se på grad av spesialisering innad i tjenestenivåene. Et spørsmål er om en stadig mer spesialisert helsetjeneste i sykehusene vil være bærekraftig i fremtiden hvis en konsekvens vil være at oppgavetilfanget i primærhelsetjenesten stadig øker mens kampen om arbeidskraften stadig blir mer utfordrende. Den økende graden av behandling som skjer i kommunene, ser ikke ut til å gjenspeiles i spesialitetsstrukturen. Det bør vurderes om dagens spesialitetsstruktur med 46 spesialiteter sikrer breddekompetansen og ivaretagelse av pasientenes behov i tilstrekkelig grad, sett i lys av både bosettingsmønsteret i Norge og økt volum av pasienter med sammensatte sykdommer.

Sykehus bruker i stort omfang spesialsykepleiere, har færre sykepleiere med grunnutdanning, og faser ut helsefagarbeidere, samtidig som omkringliggende kommuner har store problemer med å rekruttere sykepleiere. Videre er det en tendens at de attraktive sykehusavdelingene på store sykehus ansetter kun leger med doktorgrad, der det ut fra drift og oppgaver, inkludert forskning, ikke er behov for at alle leger har dette. Praksisen bør gjennomgås og det bør vurderes hva som er rett nivå med hensyn til pasientens beste og når en ser helsetjenestens behov under ett. En viktig oppgave for helsepersonellkommisjonen blir å kartlegge hvor spesialisering er effektivt og hvor det er tilstrekkelig med generalister, inkludert hvor og når manglende spesialisering kan kompenseres av oppgavedeling og teamorganisering.

Det er videre behov for å tydeliggjøre hvilke oppgaver som bør sentraliseres og hva som kan desentraliseres. Det bør diskuteres hvor mange steder i landet en kan ha høyspesialisert behandling og utstyr og sentralisere der en har størst gevinst. Vi må også ta i bruk mulighetene digitalisering gir for sentralisering av oppgaver, for eksempel innenfor radiologi og digital patologi.

Vi må ha et nytt blikk på oppgavedeling og dynamisk tilnærming til kompetanse

For å møte fremtidens utfordringer trengs en mer dynamisk tilnærming til kompetanse i helsetjenestene. Dette innebærer at man i større grad tar utgangspunkt i hvilken kompetanse som trengs for å kunne utføre de ulike oppgavene. Generelt bør helsetjenestene etterspørre, rekruttere

og bruke den totale kompetansen og personell som er tilgjengelig. For å få det til, må oppgavedeling settes enda høyere opp på agendaen. Oppgavedelingen må være planlagt, styrt og målrettet – ikke tilfeldig. Oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper / kompetanse må vurderes med omhu, da oppgavedeling fra en marginal gruppe (eks. fastleger) til en annen (eks. sykepleiere) ikke nødvendigvis løser utfordringene. Det bør vurderes hvilke oppgaver som kan overføres til annet autorisert helsepersonell (radiografer, paramedisinere, bioingeniører, farmasøyter, vernepleiere, psykologer, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og ergoterapeuter). Bredere rekruttering innebærer også at tradisjonelle helsefag, i større grad kan suppleres med personell med sosialfaglig, pedagogisk eller kulturfaglig bakgrunn. Dette kan frigjøre ressurser hos helsepersonell til rene helseoppgaver. Dette er helt nødvendig. Evalueringen av fastlegereformen (2019) konkluderer blant annet med at *"Vi finner en klar indikasjon på at det vil være formålstjenlig å få flere fastleger inn i ordningen, fastlegen må avlastes med oppgaver. Dersom det ikke kommer flere leger inn i ordningen, eller oppgaver flyttes fra fastlegenes bord, er sannsynlighet stor for at enda flere allmennleger går ut av yrket, færre kommer inn og at forutsetningene for at fastlegeordningen skal kunne gi ønskede effekter faller"*.

Det er en omfattende litteratur om effekten av oppgavedeling/oppgaveglidning i helsetjenesten. I en umbrella review fra 2021 oppsummeres 21 systematiske oversikter og konkluderer med at helsepersonell utenom leger kan gjøre mange oppgaver for pasienter i primærhelsetjenesten med samme og ofte bedre kvalitet enn leger⁵. Dette gjelder for eksempel behandling av kroniske tilstander, legemiddelforskrivning og helseopplysning. Men forskning viser også at det eksisterer barrierer for at dette gjennomføres i primærhelsetjenestene. Funnene er oppsummert i en kvalitativ metasyntese⁶ og viser blant annet at gode henvisningssystemer, erfarne ledere, tilstrekkelig insentiver, samarbeid og respekt fra leger vektlegges av sykepleiere som tar på seg ekstraoppgaver.

Rådet viser også til kunnskapsoppsummeringen *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester* som Agenda Kaupang i samarbeid med Fafo har utført om oppgavedeling, organisering, kompetanse og heltidskultur i kommunale helse- og omsorgstjenester, på oppdrag fra KS⁷.

Eksemplifisere oppgaver som kan deles og flytte fra en yrkesgruppe til en annen

Vi har ikke en helhetlig oversikt over alle oppgavene som utføres, hvilken kompetanse som faktisk trengs eller hvilken kompetanse som er tilgjengelig blant alle kategorier av helsepersonell. Dette må vi ha en dynamisk tilnærming til. Oppgaver og kompetansebehov vil endre seg ettersom vi finner nye måter å organisere tjenestene på.

Vi vet at vi fremover må satse mer på det forebyggende arbeidet. Viktig kompetanse i forebyggende helsearbeid finnes spesielt hos fysioterapeuter, psykologer, helsesykepleiere og jordmødre. Dette kan utnyttes bedre.

Vi vet også at det vil bli en økt digitalisering av helsetjenestene. Tilrettelegging for bruk av teknologi, tjenesteinnovasjon, digital hjemmeoppfølging, økt egenmestring og pasienten som en ressurs, er særlig kompetanse hos ergoterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere. Vernepleiere er spesielt en ressurs som er underbrukt og som trolig kan benyttes bedre i helse- og omsorgsarbeidet. Vernepleiere kan for eksempel bidra til å utfylle/erstatte tradisjonelle sykepleiefaglige tilnærminger ved demens og psykiske lidelser. Vernepleiere har også kompetanse og ferdigheter knyttet til å gi injeksjoner og til legemiddelbruk. Videre blir paramedisinere benyttet som førstekontakter i kommunale legevakter.

⁵ Leong et al, Eur J Gen Pract. 2021

⁶ Karimi-Shahanjarini et al, Cochrane database of Systematic Reviews 2019

⁷ [Kunnskapsoppsummering-Agenda-Kaupang-FAFO-19-04-2021-endelig-versjon.pdf \(ks.no\)](#)

Vi ser at fysioterapeuter og ergoterapeuter i økende grad benyttes i spesialisthelsetjenesten for å utrede pasienter og følge opp polikliniske kontroller. Eksempler på dette er digital hjemmeoppfølging etter hofteprotese på Bærum sykehus (Dagens Medisin, 21.juni 2022). På Diakonhjemmet sykehus, Haraldsplass og Lovisenberg Diakonale Sykehus gjennomfører fysioterapeuter innledende vurderinger før ortopediske inngrep. Farmasøyter har etter hvert en naturlig plass i sykehus ved legemiddelbruk, og i støtte og informasjon til befolkningen og pasienter på apotekene. Videre bidrar radiografer, bioingeniører og paramedisinere stadig oftere i sykehus ved å avlaste legespesialiteter som radiologer, nefrologer og hematologer. Dette er noen eksempler på oppgavedeling, det finnes også andre.

Kommisjonen bør se på hvordan læring og resultater fra piloter innenfor oppgavedeling og organisering i større grad kan spres/bli skalert. Ledere på alle nivåer i helse- og omsorgstjenestene bør også gis kompetanse og verktøy for å kunne bidra til effektiv oppgavefordeling på tvers av etablerte oppgave- og kompetanseskillelinjer.

Vurdere lovendringer knyttet til kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan bidra til bedre ressursutnyttelse

Lovfestingen som kom i 2017 om kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁸, legger indirekte begrensninger på kommunenes mulighet til mer fleksibel bruk av profesjoner – og bidrar til dagens bemanningsutfordringer. Kommunene trenger større frihet i hvordan ulike profesjoner kan brukes inn i særlig tverrfaglig arbeid. Se også kapittelet om oppgavedeling og dynamisk tilnærming til kompetanse over.

Økt kunnskap om hvordan en fremmer en heltidskultur

Dersom alle deltidsansatte i alderen 30–60 år fra denne sektoren hadde jobbet heltid, ville det utgjort om lag 32 700 flere årsverk. Ser vi på de deltidsansatte i turnusstillinger alene, utgjør de et arbeidskraftpotensial på ca. 26 000 årsverk (beregnet i 2019 – kan sikkert oppdateres).

Det finnes mye forskning på hva som påvirker andelen som jobber heltid eller deltid i sektoren. 3 av 4 kommuner har vedtatt å jobbe for heltidskultur, og det er prøvd ut en rekke tiltak utviklet lokalt i partssamarbeid. Det er jobbet med dette både gjennom erklæringer og gjennom hovedtariffavtaler.

Undersøkelser viser at den største andelen som jobber deltid ønsker det selv, gjerne for å kombinere jobb med familie og fritid, og at de er fornøyde med den stillingsstørrelsen de har. Utfordringen er da at det også i større grad blir deltidsstillinger igjen til de som ønsker heltid, på den måten vil deltid avle deltid.

Det er prøvd ut en rekke tiltak for å øke heltidsandelen i sektoren, blant annet med ulike arbeidstidsordninger, bemanningsenheter osv. Det er også sett på betydningen av utlysingspraksis på heltidskultur. Rapporten *Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*⁹ viser at kommunenes utlysingspraksis er en barriere for heltidskultur.

Kommisjonen bør også høste erfaringer fra Tørn-prosjektet¹⁰. Dette prosjektet undersøker nye arbeids- og organisasjonsformer i kommunenes omsorgstjenester som kan bidra til flere heltidsansatte og gode brukeropplevelser gjennom riktig kompetanse til riktig tid.

⁸ [Lovvedtak 108 \(2016-2017\) - stortinget.no](#)

⁹ Moland og Bråthen. [Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene](#). Fafo-rapport 2021:25

¹⁰ [Tørn – sammen om fremtidens helse og omsorg](#)

En stor barriere for kompetanseutvikling og effektiv oppgavedeling kan knyttes til høy deltidsandel i utvalgte sektorer, og at heltidskultur er kompetanseutviklende i seg selv¹¹.

Vurdere hvordan og i hvilken grad helsefrivilligheten kan inkluderes i helsetjenestene og samtidig sikre god kvalitet

Skal vi møte den virkeligheten perspektivmeldingen presenterer og sikre bærekraft i helsetjenesten, må vi også tenke nytt om hvordan både sykehusene og helsetjenesten ellers samarbeider med de frivillige organisasjonene. Når vi skal løse ting på nye måter, må vi ha med oss det totale ressurspotensialet når vi planlegger hvordan vi organiserer helsetjenesten. Vi trenger mer kunnskap i hvilken grad frivillig og ideell sektor kan bidra i å dempe presset på de offentlige tjenestene. Et slik bidrag må anerkjennes og drøftes ut ifra at helsetjenestens situasjon og det faktum at prioriteringsdiskusjonen vil bli krevende. Samtidig viser forskning at det fremover vil bli færre pårørende per pasient. Det er derfor ikke bærekraftig å primært løfte flere oppgaver over på pårørende¹².

Rådet støtter koronakommisjonens anbefaling¹³ om å evaluere samarbeidet mellom myndighetene og frivilligheten for å trekke ut gode erfaringer for likeverdig offentlig–frivillig samarbeid for fremtiden og mener at helsepersonellkommisjonen må se på hvordan helsefrivilligheten kan inkluderes i fremtidige beredskapsplaner og mer generelt i helsetjenesten.

Rekruttering, utdanning og kompetanse

Utfordringsbildet

Norge og OECD-området, står overfor en situasjon med knapphet på arbeidskraft. Særlig vil dette være en utfordring for helsesektoren, som vil ha økt bemanningsbehov i årene fremover. Det er allerede i dag knapphet og konkurranse om helsepersonell fremover, og situasjonen i primærhelsetjenesten oppleves som kritisk – ikke minst når det gjelder rekruttering av fastleger og sykepleiere. Et hovedproblem i fremtiden vil være å rekruttere og beholde nok helsepersonell i distriktene.

Det har generelt vært god søkning til alle helseutdanninger i Norge og søker- og opptakstall viser årlig at helse er vinnere når det gjelder antall søkere. Hindringene for å utdanne flere er spesielt knyttet til gjennomføring av praksisstudiene og til å finne kvalitativ gode og nok praksisplasser. Dette gjelder alle helsefagene, men er spesielt trukket frem i det siste som hindring i å øke utdanningskapasitet i sykepleie, jordmor og spesialsykepleie. Medisinstudiet har etter Grimstadutvalgets rapport blitt tilført flere nye studieplasser og medisinstudiet utvikler blant annet nye og desentraliserte utdanningstilbud. Det er stort behov for flere fastleger.

Fremtidens behandling er persontilpasset og høyspesialisert. Det er et dilemma at den medisinsktekniske utviklingen går i retning av mer spesialisert behandling, med behov for høyt

¹¹ Moland. [Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur](#). Fafo-notat 2021:01

¹² Moholt, J. M., Blix, B. H., Stalsberg, H. (2021). «Hvor mye skal pårørende og frivillige jobbe i fremtidens eldreomsorg». [Hentet fra og tilgjengelig på forskersonen.no](#).

¹³ I Koronakommisjonens rapport, kapittel 18.4.4:

Vi ser at frivilligheten har spilt en viktig rolle for mange under pandemien – både gjennom bistand i beredskapsarbeidet, kommunikasjon til ulike grupper og opprettholdelse av aktivitet og sosial støtte til mennesker. Brukerperspektivet fra pasientorganisasjoner er verdifullt for myndighetenes krisehåndtering. Kommisjonen mener det vil være nyttig å evaluere samarbeidet mellom myndighetene og frivilligheten for å trekke ut gode erfaringer for likeverdig offentlig–frivillig samarbeid for fremtiden. Samarbeid i krise bør bygge på likeverdig samarbeid i normalsituasjoner.

kvalifisert personell med ulik bakgrunn (for eksempel, onkologer, studiesykepleiere, informatikere, radiologer med mer) og for kortere og mer generaliserte utdanningsløp. Den mer spesialiserte behandlingen vil kunne gi store gevinster, men det krever samtidig mer ressurser på kort sikt. På den annen side kan det være nødvendig med kortere og mer generelle utdanningsløp for å øke antallet personell i helsesektoren.

Den medisinsktekniske utviklingen krever at de som utdannes til helsepersonell i dag, i tillegg til kompetanse om helse og medisin, også må ha digital kompetanse og forståelse og kompetanse om juss og etiske avveininger. Generelt er det et behov om at kunnskap om teknologi og samspill mellom teknologi og tjeneste – i større grad må inn som en integrert del av utdanningen. Generelt er endringstempoet i arbeidslivet høyt, og press på tjenestene i årene fremover tilsier at å arbeide med innovasjon og omstilling inngår som «del av den daglige jobben». Kompetanse på innovasjon, tjenestedesign og endringsledelse må dermed inngå som en integrert del av studiene.

Omstillingstakten i arbeidslivet fører til at arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren må videreutvikle eller fornye kompetansen sin. Samtidig er grunnlaget for å kunne rekruttere tiltrent kompetanse mange steder begrenset. Det viktigste kompetansepotensialet finnes derfor ofte blant dem som allerede jobber i sektoren. For det store flertallet er det mest aktuelt å heve kompetansen til dagens ansatte for å dekke kompetansebehov. Samtidig har vi også uutnyttede ressurser blant personer som har gjennomført helseutdanning i utlandet. Det tar for lang tid å få autorisasjon og mulighetene for kompletterende utdanning er få og sentralisert.

Rådets forslag til tiltak

- **Vi må ha økt kapasitet i helseutdanningene og praksisstudier, bedre finansiering og organisering av praksisstudier i primærhelsetjenesten og i distriktene.**
- **Vi må tilpasse lengden og innholdet i utdanningene til dagens og fremtidens behov gjennom økt fleksibilitet og fornyelse.**
- **Vi må sikre at kompetansehull kan fylles gjennom etter- og videreutdanning av eksisterende personell**
- **Vi må ha en mer fleksibel tilnærming til kvalifisering av arbeidskraft og større mulighet til å ta i bruk uutnyttede ressurser**
- **Vi må sikre attraktivitet for helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet rekruttering, bedre arbeidsforhold og fagutviklingsmuligheter for helsepersonell**

Utdyping av tiltak

Sikre økt kapasitet i helseutdanningene og praksisstudier, bedre finansiering og organisering av praksisstudier i primærhelsetjenesten og i distriktene.

Tiltak som reduserer behovet for personellvekst vil ikke kunne hindre at vi kommer til å trenge økt kapasitet i helseutdanningene. Organisering og innhold må hele tiden justeres på bakgrunn av ny kunnskap om behov, nye måter å fordele oppgaver og eventuelle nytt regelverk med mer.

Regjeringen har tatt initiativ for økt utdanningskapasitet for spesielt sykepleiere og fastleger. På bakgrunn av forslag til nye måter å organisere og fordele oppgaver, bør man også se på hvordan økt kapasitet i utdanning av for eksempel vernepleiere, (klinisk) ernæringsfysiologer, psykologer, farmasøyter, bioingeniører, sosionomer og fysio- og ergoterapeuter kan redusere behovet for sykepleiere og fastleger. Kommuner og sykehus bør utnytte, etterspørre og rekruttere disse profesjonene som et virkemiddel for styrke fremtidens helsetjeneste. Kompetansen til disse fagområdene vil, i samarbeid med sykepleiere og leger i team, styrke innsatsen slik at flere eldre og personer med funksjonsnedsettelse kan klare seg selv, bo hjemme, forebygge funksjonstap, øke

livskvaliteten og bruke teknologi som gjør at den enkelte selv bidrar i behandling og forebygging som reduserer personellbehov.

Kunnskapsoppsummeringer¹⁴ viser at desentralisert utdanning og praksis til en viss grad bidrar til å beholde personell i utkantstrøk. Spesielt viktig er "rural exposure" (distriktseksposering). Dette gjelder både for leger og sykepleiere, mens det er mindre kunnskap om andre profesjoner. Det er derfor stadig behov for forskning på effektene av desentralisert utdanning og praksis.

For universitet og høyskoleinstitusjonene kan desentralisert utdanning være mer tungvint og kostbart enn det å samle utdanningen. Det er viktig at staten ved sin styring av helsetjenesten og UH-institusjonene, og finansiering av begge sektorer, ser det samlede behovet. Til forskjell fra praksis i spesialisthelsetjenesten, må utdanningsinstitusjonene selv dekke mye mer av kostnaden ved praksis i primærhelsetjenesten. Det blir dermed en stor belastning for de medisinske lærestedene og et hinder for sterkere prioritering av praksis i distriktene. Bedre finansiering av praksis i primærhelsetjenesten vil kunne sikre distriktseksposering og gi økte sjanser for rekruttering.

Det er behov for tiltak rettet mot mer og bedre praksis som tar hensyn til store regionale forskjeller knyttet til rekruttering av praksisstudenter. Det vil være behov for tiltak som tilrettelegger for fleksible studier og læringsformer. Dette vil påvirke muligheten for å kunne gjennomføre utdanning og praksis langt unna studiested. Eksempler på sistnevnte kan være videooverføring av forelesninger og arbeid i kollokviegrupper og e-læring. Dette er dels allerede tatt i bruk, men må videreutvikles og profesjonaliseres (se også under om Kompetansehull kan fylles gjennom etter- og videreutdanning av eksisterende personell). Helseinstitusjoner som geografisk ligger langt unna utdanningsinstitusjonene peker på at rekrutteringsutfordringer ofte er knyttet til mangelfull tilrettelegging for studentene. KS har gitt innspill om at regionalt kommunesamarbeid vil kunne gjøre flere av de minste distriktskommunene bedre i stand til å ta mot studenter. Et slikt samarbeid kan omfatte styrking av veiledningskompetansen, utvikling av nye læringsarenaer og vurderingsformer, gjennomføring av selve praksisperioden, samt og prosjekt og forskningssamarbeid. Samarbeidet vil dessuten bidra til en mer effektiv kommunikasjon og samarbeid med universitetene.

Funn i Helsedirektoratets økonomiske og administrative utredning av praksis i kommunene, viser at utdanningsinstitusjonene ofte må vurdere behovet for å benytte seg av praksisplasser ute i distriktene opp mot studentenes behov for å være nær studiestedet og kostnadene ved å sende studenten bort. Dette påvirker distriktskommunene som ikke kan forvente å få tildelt praksisstudenter hvert år, selv om de har kapasitet til å ta imot. I tillegg til at utdanningsinstitusjonene må tilby fleksibel (video)oppfølging av studentene, er det derfor viktig at studentene får tilbud om bolig og at de får dekket reiseutgifter til og fra praksissted.

Lengden og innholdet i utdanningene må tilpasses dagens og fremtidens behov gjennom økt fleksibilitet og fornyelse

Helseutdanningene må i større grad kunne omfavne omstillingen som helsetjenestene må gjennom og den stadig raskere utviklingen av ny medisinsk kunnskap og ny teknologi. Det er viktig at utdanningsinstitusjonene har som grunnidé og grunnholdning at de i hovedsak skal dekke tjenestens behov for kvalifiserte medarbeidere i et livsløpsperspektiv. Den stadig økende mengden kunnskap som genereres kan føre til en drift "oppover" mot mer omfattende og akademisk utdanning. Helsetjenesten vil, i motsetning, trolig ha et større behov for mellomlange utdanninger der en stor del av arbeidsoppgavene særlig krever praktiske ferdigheter. Man bør unngå at man skyver listen for utdanning og kompetansekrav svært høyt og kostbart oppover, samtidig som pasientrettede tjenester må drive innenfor trangere rammer. De nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagene gjennom RETHOS, og de påfølgende institusjonsspesifikke programplanene bør gjennomgåes mht.

¹⁴ [Notat til demografiutvalget.pdf \(regjeringen.no\)](#)

ambisjonsnivå, både med hensyn til omfang av praksisstudier og læringsutbytter. Arbeidslivet og UH-sektoren må diskutere om disse allerede nå bør revideres.

Et hovedspørsmål som gjelder behovet for fornying av innhold og læringsutbytter i helseutdanningene er knyttet til om dette skal gjelde alle utdanninger, på hvilket tidspunkt og hvordan man balanserer dette opp mot lengden på utdanningene. Lange grunnutdanninger forsinker inngangen til yrkeslivet og det blir viktig å se på fordeling av utdanningen gjennom den yrkesaktive perioden for helsepersonell. Hvordan dette gjøres må igjen sees i sammenheng med kompetansebehovene til enhver tid. Det bør derfor utredes en mye mer fleksibel tilnærming til utdanningsforløpet for helsepersonell før og gjennom yrkesaktiv periode.

Teknologi, entrepenørskap og innovasjon må integreres i utdanningsløpene og få større plass i utdanningene.

Kandidatene må kunne identifisere behov; forstå og foreslå mulighetene som ligger i teknologi, inkludert medisinsk teknologi og velferdsteknologi. Tjenesteinnovasjon bør være en rød tråd gjennom utdanningene. KMPG har foretatt, på oppdrag fra HOD, en gjennomgang av innholdet av teknologi, entrepenørskap og innovasjon i alle høyere helseutdanninger. Rapporten¹⁵ viste stor variasjon og mangler innen fagområdene i nesten alle program. Ergoterapi og farmasi kom best ut av bachelorprogrammene og masterprogrammer hadde nesten alle store mangler. OsloMet har utviklet emnet «Technology and Society» som inngår i 11 ulike bachelorprogram. På masternivå har OsloMet i samarbeid med teknologifakultetet utviklet paraplymaster i helse og teknologi. Også andre universitet og høyskoler tilbyr utdanninger i helse og teknologi på masternivå. Arbeidslivet og UH sektoren må samarbeide tett om «hva slags teknologikompetanse» studentene skal erverve.

Det er også behov for å styrke brukerorientert tverrfaglig-/sektoriell samhandlingskompetanse hos kandidatene. Praksisstudiene må tilrettelegges for dette og arbeidsgiver og utdanningssektor må samarbeide om å få dette på plass i studieprogrammene. Dette gjelder også samhandling med andre sektorer enn helse slik at helsepersonell skal kunne ta en aktiv rolle i samfunnsutviklingen ved å samhandle med skoleetat, byutviklingsetat, arbeid/NAV og sosiale tjenester.

Andre emner som i større grad bør inn i utdanninger av helsepersonell er forbedringskunnskap og endringskompetanse, helsekompetanse, helsekommunikasjon og brukermedvirkning/shared decision. Videre er kompetanse om pasienten som en ressurs knyttet til en styrking av forebyggingsfeltet og bevissthet og kunnskap om overbehandling og overdiagnostisering viktig. Choosing wisely/Kloke valg bør inn i alle utdanninger. HODs strategi for å øke helsekompetansen (health literacy) i befolkningen må følges opp av utdanningsinstitusjonene. Helsepersonell må selv ha god helsekompetanse og være i stand til å formidle og støtte pasienter og befolkningen i spørsmål og dilemmaer knyttet til helser.

Prioriteringsdiskusjoner om fagområder og tema som inngår i læringsutbyttene må foregå i tett samarbeid mellom UH-sektor og tjenestene. Diskusjonen bør inkludere en gjennomgang av behovet for nye profesjoner eller utdanningsprogram for å dekke ny kompetanse. Spesialisering har tradisjonelt blitt tilbudt som videreutdanninger og masterløp i helsefagene, men er det mer bærekraftig for eksempel å utdanne helseteknologer i et nytt bachelorprogram, evt. personell med spesialkompetanse innen arbeid og helse (arbeidsinkludering), helse og kommunikasjon osv.? Dette mangler vi kunnskap om.

UH-sektor dupliserer undervisningsmateriell, både forelesninger og digitale ressurser i stor utstrekning. Incitamenter for å dele materiell og bidra til arbeidsdeling bør på plass. Tilbud av programmer og emner bør koordineres i sektoren og tilrettelegges for studentene. I dag tilbys for

¹⁵ Kartlegging av teknologi, innovasjon og entrepenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge. [kpmg-rapport.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.kpmg-rapport.pdf)

mange like programmer ved ulike institusjoner. Dette bidrar ikke til robuste og bærekraftige utdanninger.

Kompetansehull kan fylles gjennom etter- og videreutdanning av eksisterende personell

Gjennom kompetanseutvikling og videreutdanning, vil flere yrkesgrupper kunne bidra til å løse bemanningsutfordringene og samtidig ivareta kvaliteten i helsetjenestene. Det er viktig at utdanningstilbudet utvikles i et tett samarbeid med arbeidslivet for å sikre at tilbudet dekker et reelt behov, enten det er et flerårig løp, moduler eller andre kompetanseutviklingstilbud. Særlig tilpassede fagskoletilbud er viktig i denne sammenheng. Funn i Kommunesektorens arbeidsgivermonitor viser eksempelvis at hele 90 prosent av kommuner og fylkeskommuner ønsker å tette kompetansegap gjennom utvikling av dagens ansatte. En undersøkelse gjennomført av Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) på vegne av KS, viser at avstanden mellom dagens kompetanse og kompetansebehov i kommunene ser ut til å være størst innen helse- og omsorgstjenester, hvor 19 prosent av respondentene oppgir at det er stor eller svært stor avstand og 55 prosent «noe avstand».

UH sektoren må ta et større ansvar for et kompetanseløft for etterutdanning og videreutdanning i samarbeid med virksomhetene i helsetjenesten. Helsetjenestene må involveres i identifisering av kompetansebehovene. Tjenestene må involveres i designet av undervisning for å sikre tilstrekkelig fleksible tilbud som ansatte/virksomheter kan benytte seg av, både for å fremme individuell kompetanse og teamkompetanse. Det bør utvikles gode modeller for påbygging til for eksempel sykepleier eller andre profesjoner fra helsefagarbeider med muligheter for avkortning.

SØA-undersøkelsen viser at de største barrierene for å investere i kompetanseheving for egne ansatte i kommunene er tidsbruken til etter- og videreutdanning (EVU) og de direkte kostnadene. De indirekte kostnadene knyttet til å sette av tid til deltakelse i EVU går ut over den løpende driften. Tilsettingen av vikarer er kostnadskrevede, både i form av lønn og at det kan være vanskelig å rekruttere kvalifiserte vikarer. Desentraliserte og fleksible studietilbud er viktige virkemidler for å bøte på dette. Det bør også sees på andre virkemidler for å stimulere til EVU og hvordan disse treffer de forskjellige sektorene og forvaltningsnivåene.

Kompetansebehov bør i større grad kunne fylles gjennom bruk av digitale læringsarenaer med standardiserte løsninger som hele sektoren kan benytte. Vi ser en utvikling hvor flere virksomheter tar i bruk simulering, læringsapper, spillteknologi, podcaster, korte e-læringsmoduler m.m. Denne type teknologistøttet læring gir mer varierte læringstilbud som kan skaleres og tilbys flere medarbeidere til en lavere kostnad.

Forskningsprosjektet «Teknologistøttet læring på arbeidsplassen» (KS FoU) viste at når flere fra samme arbeidsplass lærer det samme og deler kompetanse og erfaring med hverandre, bidrar det til å utvikle god læringskultur og et godt mestringsklima. Teknologistøttet læring åpner opp for at både innhold og organisering av læringsaktiviteter kan gjøres mer arbeidsnært og behovsdrivet på arbeidsplassen.

Videre er det behov for å styrke og få fart på ordningen Fagbrev på jobb.

Mer fleksibel tilnærming til kvalifisering av arbeidskraft og større mulighet til å ta i bruk utnyttede ressurser

De siste ti årene har man i kommunene sett en kraftig økning i andelen ansatte som er omfattet av forskriftsmessige krav om høyere utdanning for å inneha funksjonene/utføre oppgaver. Kravene går på bekostning av andelen faglærte. Dette gjelder særlig innen helse og omsorg der det er satt strenge formelle kompetansekrav for å bidra til å levere tjenester av høy kvalitet. I tråd med

Markussenutvalget¹⁶ er det viktig å styrke vekslingen mellom utdanning og arbeid og bidra til mer effektive utdanningsløp for den enkelte. Forslaget om å gi eksamensrett for betalende studenter uten studiekompetanse i høyere utdanning vurderes som positivt. Dette vil kunne føre til en dreining mot at man vektlegger sluttkompetanse ved endt studie og ikke kompetansenivå før opptak. Tiltaket vil åpne for at flere kan kvalifisere seg til stillinger med krav til formell kompetanse, men krever endret regelverk for opptakskrav til høyere utdanning.

Alle som ønsker bør kunne søke om opptak til enkeltemner, uten å måtte gå gjennom en realkompetansevurdering. Det er behov for å etablere en mer enhetlig praksis for realkompetansevurderinger for opptak til studier og avkortning av studieløp ved norske universiteter, høyskoler, fagskoler og videregående skoler. Det bør settes i gang et arbeid for å utrede hvilke typer felles digitale verktøy som kan utvikles for å støtte institusjonene i deres arbeid med realkompetansevurderinger.

Vi har per dags dato en del uutnyttede ressurser i form av personer med innvandrerbakgrunn. Ofte gjelder dette personer utenfor Europa/USA eller kandidater som har studert i utlandet, men som ikke har utdanningen sin godkjent eller ikke får utnyttet kompetansen på riktig nivå i arbeidsmarkedet. Dette er uheldig og dårlig ressursutnyttelse for den enkelte og for samfunnet. Dette dreier seg ikke om såkalt «brain drain», fordi de fleste kommer til Norge som flyktninger eller for familiegjenforening.

Det tar i dag for lang tid å få autorisasjon og mulighetene for kompletterende utdanning er få og sentralisert. En hurtigere og mer målrettet godkjenning av utenlandske helseutdanninger vil gi flere ressurser, og har potensialet for å øke kulturell kompetanse og ledelse for mangfold i institusjonene (se under). Bedre, raskere (delvis) desentraliserte muligheter for kompletterende utdanning er nødvendig.

En god måte å lære og bli integrert i samfunnet på, er under veiledet praktisk arbeid. Personer som venter på autorisasjon, kan systematisk og raskt bli satt i arbeid under veiledning mens de får utdanningen sin godkjent. Det samme kan også gjelde studenter som tar hele utdanningen i Norge. Bedre finansieringsordninger for kvalitetssikring av stabile studentplasser med veiledere både sentralt og i distriktene vil øke arbeidskraften mens studentene og andre som venter på godkjenning er utplassert og vil også hjelpe med rekruttering til primærhelsetjenestene.

En pågående studie ved UiB¹⁷, «Integrering for helse», tester potensialet for å inkludere personer med helsebakgrunn, som ikke har utdanningen sin godkjent, som støttelærere i utdanningen ved UiB og HVL mens de venter på autorisasjon.

Økt attraktivitet for helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet rekruttering, bedre arbeidsforhold og fagutviklingsmuligheter for helsepersonell

Det er behov for å øke primærhelsetjenestens attraktivitet hos nyutdannede. Noen av rekrutteringsutfordringene henger sammen med tilgang til ulike utdanning og/eller praksisløp der man bor (se avsnittet om tilgang på utdanning og praksisplasser i hele landet og desentraliserte og fleksible studietilbud). Det er for eksempel gjort mye forskning på rekruttering og hva som får leger til å bli værende i distriktene, mens vi har mindre kunnskap om dette når det gjelder sykepleiere.

Kommunene og distrikt-Norge har særlige bemanningsutfordringer. Det er fremmet forslag om å utrede en ordning med ettergivelse av studielån for helsepersonell som velger å binde seg til arbeid i kommunal sektor. Dette eksisterer i enkelte deler av landet, og det bør vurderes å utvide ordningen til flere steder der rekruttering er krevende. På den andre siden viser forskning¹⁸ at økonomiske

¹⁶ Lærekraftig utvikling. [NOU 2019: 12 \(regjeringen.no\)](#)

¹⁷ [Integrering forlikhet i helse for innvandrere i Norge](#)

¹⁸ [Notat til demografiutvalget.pdf \(regjeringen.no\)](#)

incentiver kan virke rekrutterende, men har begrenset effekt på stabilitet og evne til å beholde leger i distriktene. Nasjonal senter for distriktsmedisin publiserte i 2019 den norske case-studien og forslag til rammeverk: *Recruit & retain – making it work*¹⁹. Studien viser at det er lettere å rekruttere fastleger enn å beholde dem. Faktorer som blir trukket frem som viktige for å beholde fastlegene er å sikre fleksible arbeidsforhold, gi faglige utviklingsmuligheter og satse på utdanning av fremtidens fagfolk.

Å identifisere og iverksette treffsikre, kunnskapsbaserte tiltak for å redusere frafall i utdanninger og fra arbeidslivet må derfor prioriteres. Å bedre arbeidsforhold og fagutviklingsmuligheter for alle kategorier av helsepersonell er helt nødvendig for å beholde arbeidsstyrken.

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor viser at syv av ti kommuner har formelle samarbeids-/intensjons/partnerskapsavtaler med UH-sektoren og 5 av 10 har det med UH-sektoren på helse- og omsorgsområdet. Kommunene ser særlig resultater av partnerskapet med UH-sektoren i form av økt veilederkompetanse, lettere rekruttering av nyutdannede og utvikling av flere praksisplasser. Økt grad av forskningssamarbeid mellom kommuner og UH- og instituttsektoren vil bidra til at primærhelsetjenestens særpreget og utfordringer i større grad blir viet oppmerksomhet også i UH-sektoren, én av fire kommuner svarer at partnerskapet med UH-sektor har gitt økt samarbeid om arbeidsrelevans i utdanningene. Det arbeides strukturert med å knytte denne type avtaler som tiltak under Arena Unikom, som er en møteplass for kommuner, fylkeskommuner, academia og andre interesserte der erfaringer fra ulike typer universitetskommunesamarbeid deles og drøftes på tvers av sektorer (se også omtale av Kommunenes strategiske forskningsorgan under (KSF)). Det er behov for å løfte fram og skape arenaer for læring og deling av gode eksempler på samarbeid mellom kommunal sektor og UH-sektoren som gir effekter.

Et annet viktig eksempel er Universitetskommune 3.0, hvor Trondheim kommune og NTNU samarbeider om å gi byen og landet en langsiktig tilgang på kunnskap, kompetanse og teknologi av strategisk betydning for å utvikle gode og bærekraftige samfunn. Prosjektet Universitetskommune 3.0 representerer en ny måte å organisere et forsknings-, innovasjons- og utviklingssamarbeid på. Trondheim er den første kommunen i Norden som prøver en slik modell.

Forskning og innovasjon

Utfordringsbildet

I en stadig mer presset helseøkonomi hvor både kompetanse og kapasitet utfordres, er det avgjørende at beslutninger er kunnskapsbaserte og treffsikre, og at de riktige tiltakene og initiativene iverksettes. Det er i dag en utfordring at forskningsinnsatsen i, for og med kommunal sektor er lavt ansett i forhold til sektorens størrelse og samfunnsmessige betydning.

Det er betydelig skjevfordeling hva gjelder forskning i primær- og spesialisthelsetjenesten. Ni av 10 kroner brukes i spesialisthelsetjenesten, til tross for at de to delene av helsetjenesten står for omtrent samme ressursbruk, både økonomisk og i form av antall årsverk.

Siden samhandlingsreformen er det overført en rekke oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Kommunene har ansvaret for flere tyngre brukere med kompliserte og sammensatte helseutfordringer, som bidrar til økt behov for kunnskap. Begrenset forskningsinnsats bidrar til at mange av de tiltak og piloter som gjennomføres ikke alltid er gjenstand for systematisk og samordnet følgeforskning. Dermed utvikles ikke tilstrekkelig kunnskap om effekter, hva som virker og hvorfor. Stadig mer komplekse og sammensatte oppgaver for kommunene legger press på ressurser

¹⁹ [Recruit & Retain-rammeverket og vår studie | NSDM](#)

og krever eksperimentering, nytenkning og innovasjon. Når tjenestene er under press, er det vanskelig å finne handlingsrom og økonomi til å drive utviklingsarbeid.

Et endret sykdomsbilde og demografiske endringer krever bedre ressursutnyttelse, høyere effektivitet, samt nye og bedre tjenester. Dette kan offentlig helse- og omsorgssektor få til dersom samarbeidet med forskningsmiljøer og helsenæring styrkes. Per i dag har Norge en mangelfull systematikk i innovasjonsarbeidet og næringsutviklingen i helsesektoren. Dette gjelder både offentlige og private aktører og samspillet dem imellom. Likeledes ser vi at selv om forskning i dag er en integrert del av helseforetakenes virksomhet, har de ikke tilsvarende fokus på innovasjon. Innovasjon må bli like viktig som forskning når det gjelder å utvikle morgendagens helsetjenester.

Rådets forslag til tiltak

- **Vi må sikre et kunnskaps- og forskningsløft for kommunal sektor for å bidra til rett prioritering, mer målrettet bruk av ressurser og bedre kvalitet**
- **Vi trenger tydelige politiske signaler og incentiver til å drive innovasjonsprosjekter med mål om bedre ressursutnyttelse og bærekraft i helsetjenestene**
- **Vi må sikre at det er handlingsrom for innovasjon og eksperimentering i tjenestene**
- **Vi må styrke økosystemet for helsenæring i Norge**

Utdyping av tiltak

Et kunnskaps- og forskningsløft for kommunal sektor for å bidra til rett prioritering, mer målrettet bruk av ressurser og bedre kvalitet

En forskningsinfrastruktur for kommunene som bidrar til økt kunnskapsutvikling, forskningsinnsats og mer effektiv kunnskapsspredning har lenge vært etterlyst. Kommunenes Strategiske Forskningsorgan helse (KSF) er ett forslag til hvordan et slikt kunnskapssystem kan se ut. HelseOmsorg21-rådet har over flere år vært pådriver for etablering av KSF helse. KS har siden 2020 finansiert en pilot hvor KSF-modellen har vært prøvd ut nasjonalt samt i Vestland og Rogaland fylker med Bergen kommune som motorkommune. Arbeidet har mottatt midler fra Forskningsrådet og Folkehelseinstituttet. Alle kommunene i de to fylkene deltar i kommuneklynger og melder inn kunnskapsbehov som blir besvart av relevante FoU-aktører. KSF-modellen legger derfor til rette for kunnskapsdeling og mer effektiv ressursutnyttelse som kommer både store og små kommuner til gode. KSF er et viktig instrument i kunnskapsdeling og kontinuerlig kunnskapsutvikling av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Det er et stort behov for forskning for å få kunnskap om de tiltakene vi setter inn er effektive, om måten vi er organisert på er hensiktsmessig, rotårsaker for uønsket variasjon mellom kommuner osv. En kunnskapsbasert tilnærming, som først og fremst er mulig gjennom forskning, vil gjøre det lettere å gjøre riktige valg og endre på praksis som ikke lenger er optimal eller rett.

Målet er ikke nødvendigvis at flere forskere skal arbeide i kommunene, men at flere forskningsinitiativ skal gjennomføres ut fra primærhelsetjenestens kunnskapsbehov og ivareta et bedre system for spredning av kunnskap. Dette vil helsetjenesten som helhet profitere på, og bidra til økt kvalitet og bedre ressursbruk.

Tydelige politiske signaler og incentiver til å drive innovasjonsprosjekter

Antallet innovasjonsprosjekter med vekt på effektivisering både i primær- og spesialisthelsetjenestene og i folkehelsearbeidet bør økes. Raskere utskrivelse fra sykehusene fører til at en større andel av helse- og omsorgstjeneste faller på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. En økt satsing på innovasjonsprosjekter som effektiviserer denne delen av helsesektoren er derfor essensiell. Her vil vi trekke frem etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan som et viktig grep for stimulering til systematisk innovasjon.

Det finnes flere eksempler på gode innovasjonsprosjekter som fremmer effektivisering. Kontrolltårnprosjektet i regi av OUS har som mål å øke kapasiteten på operasjonsstuer gjennom bedre styring og logistikk. Målsetningen er at både personell og operasjonsstuer utnyttes mer effektivt.²⁰ Et tilsvarende innovasjonsprosjekt i regi av Haukeland skal spore og finne igjen operasjonsmateriell, hvilket vil spare ressurser både i innkjøp og tidsbruk.²¹ Slike prosjekter har søkelys på bedre ressursutnyttelse og trekker inn kompetanse fra andre sektorer for løse utfordringene (f.eks logistikkompetanse fra olje- og gasssektoren).

Det er behov for flere slike prosjekter. Det er behov for skalering og for at prosjektene tar tak i effektivitets- og produktivitetsforbedringer, både for sluttbrukeren og for utnyttelse av helsetjenestens ressurser. Det bør være en forutsetning for prosjektene at ressurser utnyttes på en bedre måte, og det bør være en forutsetning at alle helseforetakene skal ha opsjon på løsningene dersom de fungerer.

Innovasjonsmidlene i dag går hovedsakelig enten til helseforetak eller (i mindre grad) til kommunene. Når gevinsten av samhandlingsløsninger kommer ett sted og kostnadene et annet, kan det forhindre at løsningene implementeres og tas i bruk. Når pasientene har ett sammenhengende pasientforløp, bidrar denne organiseringen til en uhensiktsmessig fragmentering. Det bør derfor vurderes om innovasjonsmidler til samhandling bør øremerkes.

Handlingsrom for innovasjon og eksperimentering i kommunene

Helsesektoren er i likhet med store deler av offentlig sektor sterkt regulert. Dette legger klare rammer for hvordan tjenester kan utøves. Når det er knapphet på ressurser, er det utfordrende å finne tid til å utvikle nye arbeidsprosesser, teste ut nye måter å organisere seg på, teste og innføre ny teknologi osv. Det er et stort behov for å skape mer handlingsrom for å drive med innovasjon, spesielt i kommunene.

Stortinget vedtok i juni anmodningsvedtak²² der de ba Regjeringen fremlegge forslag til en nasjonal ordning for forsøk og eksperimentering inspirert av de danske frikommuneforsøkene. En slik ordning vil også kunne bety mye for innovasjon i helse- og omsorgstjenesten, og bør innrettes slik at den gir rom for forsøk på tvers av forvaltningsnivå. Viktig er også at forsøk innen tematiske rammer følges av forskning slik at utvikling av ny beste praksis blir kunnskapsbasert.

Tilskuddsordninger som Helsedirektoratets «Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene» er viktige virkemidler som er med på å gi det handlingsrommet som trengs. Tørn-prosjektet som også er nevnt tidligere, er godt eksempel. Med faglig bistand fra KS og Framlent AS utforskes erfaringer og verktøy for beste og neste praksis videreutvikles.

²⁰ Oslo universitetssykehus (2021). «Innovative anskaffelser: Kontrolltårn for operasjoner på sykehus» [Hentet fra og tilgjengelig på: oslo-universitetssykehus.no](#)

²¹ Haukeland universitetssykehus (2021) «Innovasjonspartnerskap om sterilforsyning på Haukeland». [Hentet fra og tilgjengelig på helse-bergen.no](#)

²² [Kommuneproposisjonen: Positivt om forsøk og eksperimentering - KS](#)

Styrke økosystemet for helsenæring i Norge

Helsetjenesten trenger hjelp fra andre sektorer som kan utfordre og innovere nye løsninger for helse. Vi må gjøre som Danmark og Sverige og fremme kultur for samarbeid mellom næringsliv, universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgssektoren. Å satse på helsenæring vil skape nye arbeidsplasser, verdiskaping og innovative løsninger som vil kunne avlaste helsepersonell.

HelseOmsorg21 har i delrapporten om næringsutvikling²³ påpekt flere utfordringer i samarbeidet mellom offentlig og privat sektor samt mulige tiltak. Rådet viser blant annet til at Helseforetakene ikke har fokus på innovasjon, at det i for liten grad er tilrettelagt for næringslivets inngang i forskningsmiljøene og at offentlig privat samarbeid ofte preges av tilfeldigheter og «push» fra næringslivets side. Rådet har kommet med en rekke anbefalinger og forslag til tiltak. Overordnet går disse ut på å skape kultur for innovasjon, ruste opp virkemiddelapparatet, styrke kompetanse samt tilgang til og utveksling av kompetanse og etablere gode strukturer for innovative anskaffelser.

Det er stor enighet om at innovasjonsklyngene på helseområdet spiller en viktig rolle i utviklingen av den norske helsenæringen. Klyngenes bidrag til å skape partnerskap mellom offentlige og private er essensielt og vi må arbeide for klyngenes fremtidige rammebetingelser. Derimot oppstår det jevnlig usikkerhet knyttet til finansieringen av disse. Kreftforeningen har med jevne mellomrom påpekt behovet for langsiktig finansiering av helseklyngene slik at de kan fortsette sitt viktige arbeid i utviklingen av den norske helsenæringen. Det er også svært viktig å sikre at vi får opp gode testfasiliteter der gründere kan få kvalitetssikret og validerer den medisinske teknologien.

Teknologi og digitalisering

Utfordringsbildet

I dag utnyttes ikke de teknologiske og digitale mulighetene i helsetjenesten godt nok. Selv om det investeres i teknologi, går det langsomt og det brukes færre ressurser sammenlignet med bransjer som har kommet lengst i utnyttelse av teknologi i tjenesteutøvelsen. En fragmentert tjeneste, rettslige hindringer og kompetansemangel er delforklaringer.

For dagens og fremtidens helsetjenester er helsedata en sentral ressurs. Det ligger store kunnskaps- og innsiktsreserver i rådata og journalsystemer som produseres i helsesektoren. Dessverre er mye utilgjengelig for å trekke ut innsikter, både for forskere, næringsliv og helsetjenesten selv. Resurser går tapt grunnet det helsearbeidere opplever som lite brukervennlige verktøy og manglende tilgang til pasientinformasjon. Dagens IKT-verktøy oppleves i liten grad å støtte helsearbeiderne i hverdagen på en god måte. Situasjonen er svært fragmentert, også innad i den enkelte kommune der man som regel har flere journalverktøy som ikke er integrert.

En annen utfordring er at innføring av teknologi og digitalisering krever parallell tjenesteinnovasjon som fører til behov for nye arbeidsmetoder og ny organisering. I tillegg er det viktig med god medvirkning og forankring hos ansatte og fokus på opplæring over lengere tid. Dette oppleves som krevende både for sykehus og kommuner når ressurssituasjonen oppleves som anstrengt.

Befolkningen har ulike digitale ferdigheter. Dette må likevel ikke være en stopper for den digitale utviklingen, men er et problem vi må og skal ta på alvor. I dag er det en tilleggsbegrensning at ikke alle innbyggere har likeverdig tilgang til digitale tjenester, noe som forsterkes av ulikheter når det gjelder tilgang til tilstrekkelig høyhastighets internett der folk bor. Her er det store forskjeller mellom by og land. Dette er særlig utfordrende i innføring av digitale hjemmetjenester. Det er allerede høy politisk oppmerksomhet omkring forsterket satsing for å utjevne forskjellene, og Stortinget fattet så sent som knyttet til kommuneproposisjonen 2023 anmodningsvedtak der Regjeringen i tilknytning til

²³ [helseomsorg21_strategi_web.pdf \(regjeringen.no\)](#) s. 78. flg.

fremleggelse av Statsbudsjett 2023 ble bedt om å komme med en plan for arbeidet for å sikre alle tilgang innen 2025.

Rådets forslag til tiltak

- **Vi må få til raskere, mer målrettet og helhetlig digitalisering som inkluderer brukerne**
- **Vi må utnytte helsedata bedre for effektivisering og avlastning av helsepersonell**
- **Vi trenger en forsterket satsing på velferdsteknologi og e-helse for å bremse behovet for helsepersonell**
- **Vi må redusere digital ulikhet og sikre riktig bruk av digitale tjenester**

Utdyping av tiltak

Raskere, mer målrettet og helhetlig digitalisering som inkluderer brukerne

En realistisk og bærekraftig sysselsetting i sektoren i årene frem mot 2040 må sette teknologi- og digitaliseringsutviklingen enda mer på dagsorden. Det er behov for en kraftsatsing på bedre digitale løsninger og gevinstrealiseringen må stå høyt på dagsorden under hele prosessen. Det er viktig at utviklingen er målrettet og styrt, slik at den møter innbyggernes og tjenestenes behov og samtidig bidrar til å avlaste og erstatte personell. For at digitale og datadrevne tjenester reelt sett skal kunne avlaste helsepersonell, er det imidlertid viktig å sikre at utviklingen skjer i tett samarbeid med helsepersonell og sluttbruker. Vi må unngå at digitaliseringen av helsevesenet skjer fragmentert og at den eksempelvis preges av ulike løsninger som krever manuell plotting av data. Dette medfører merarbeid fremfor avlastning for helsepersonell og tap av verdifull tid som burde gått til pasientbehandling.²⁴

Det er i år 10 år siden lanseringen av visjonen om “Én innbygger- én journal” om en sammenhengende helsetjeneste der helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang på den informasjonen de trenger, når de trenger den. Målet var gode arbeidsverktøy for helsearbeidere, fremme gode og sikre helsetjenester, god tilgang på informasjon om egen helse for innbygger selv, og god tilgang på helsedata for virksomhetsstyring, innovasjon og forskning. Selv om noe har blitt bedre, ikke minst gjennom satsingen på nasjonale fellestjenester, gjenstår det svært mye før visjonen er realisert.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helseaktører må videreutvikles. Dette må prioriteres høyt, både utfra ressursbruk og pasientsikkerhetsperspektivet. For kommunenes del er det veldokumentert og uomtvistet at det er behov for et journalløft. Kommunenes tilgang til nasjonale samhandlingstjenester er i så måte viktig men ikke tilstrekkelig – informasjon må gjøres tilgjengelig i de digitale arbeidsflatene helsearbeiderne bruker i sin daglige praksis, og arbeidsprosessene må understøttes på bedre og mer intuitivt vis enn i dag.

Teknologiutviklingen bør i fremtiden skje i partnerskap mellom næringsliv og helsetjenesten, og i partnerskap mellom helsearbeidere og teknologer. I en fragmentert verden med tung teknologisk gjeld er det avgjørende at tiltak for bedre samhandling og bedre løsninger tar utgangspunkt i åpne plattformer som stimulerer til gjenbruk og innovasjon, og stegvis og inkrementell utvikling.

Utvikling av teknologi og digitalisering alene vil ikke være nok. Det må underbygges av ny kompetanse og måte man jobber på.

²⁴ Klev, N. K, Bakke, O. J., og Rime, A. K (2021). «Legeforeningen: Staten effektiviserer seg selv, skyver arbeidet over på oss». [Hentet fra og tilgjengelig på Digi.no.](#)

Bedre utnyttelse av helsedata for effektivisering og avlastning av helsepersonell

For dagens og fremtidens helsetjenester er helsedata en sentral ressurs. Det kan gi bedre helse- og omsorgstjenester, bedre behandlingsmetoder og styrke mulighetene for å forebygge sykdom. Helsedata i seg selv løser imidlertid ikke utfordringene. Helsetjenestene må evne å utnytte og forvalte dem – effektivt og forsvarlig. Dette fordrer systemer og rammeverk som er brukervennlige for helsepersonell. Behovet for kliniske samfunnsdata og en klinikknær infrastruktur for å gjøre dem tilgjengelige er blitt tydeligere som følge av pandemien.²⁵

Samtidsdata kan gi mye mer målrettet styring av ressursene. Med dette kan vi for eksempel se hvor en influensaepidemi oppstår, som igjen kan gjøre helsevesenet i stand til å styre ressursene dit behovet er størst. Det samme gjelder hjemmeoppfølging der data og monitorering kan styre helsevesenet mot dem som trenger det mest.

Som påpekt av HelseOmsorg21-rådet er det uheldig at automatisert tilgang til strukturerte data fra pasientjournaler ikke er en del av Helseanalyseplattformen i dag.²⁶ Dette medfører tids- og ressurskrevende manuelle prosesser for helsepersonell eksempelvis ved innføring av helsedata eller overføring av registre som ligger utenfor helseanalyseplattformen. For å avlaste helsepersonell gjennom økt bruk av helsedata, trengs det automatiserte brukervennlige prosesser og systemer som snakker sammen og gjenbraker data. Som allmennlegeforeningen har påpekt tar det for mye tid for fastlegene å registrere opplysninger i forskjellige systemer.

Forsterket satsing på velferdsteknologi og e-helse for å bremse behovet for helsepersonell

Satsingen på velferdsteknologi og digitale hjemmetjenester må fortsette. Også her må det samarbeides på tvers av forvaltningsnivå, slik at ressursene utnyttes mest mulig effektivt og til innbyggers beste.

Norge har gode muligheter for å implementere helse- og velferdsteknologi ettersom vi er ett av de land i verden med flest «høyteknologiske» brukere. Dette mulighetsrommet må vi benytte. Pasientene kan - og må - i større grad få hjelp til å ta ansvar for egen helse. En måte å gjøre dette på er å sikre helse- og velferdsteknologiske løsninger som hjelper pasientene til å monitorere egen helse, som gir mulighet til å bli fulgt opp hjemmefra eller som gir mulighet for at helsepersonell kan gi mer situasjonsbestemt/målrettet oppfølging. En viktig forutsetning for at slike løsninger skal fungere er at de er brukervennlige. Videre at leverandør og helseforetak sikrer at løsningene faktisk gir ønskede effektivitets- og kvalitetsforbedringer. Det er også nødvendig at lovverk og finansieringsformer tilpasses og at det gis incentiver til innføring slik at eventuelle innføringskostnader og kompetansekostnader kompenseres.

I et forebyggingsperspektiv vil bedre utnyttelse av helsedata kunne bidra til ansvarliggjøring av innbyggerne. Bruk av helseapper som eksempelvis «Røykestoppappen» og lignende produkter hvor man rapporterer og overvåker egen helse, vil kunne motivere oss til å ta ett større ansvar for egen helse.

Bruk av apper og datadrevne tjenester kan også være hensiktsmessig og effektiviserende i såkalt sekundær forebygging. God veiledning til rehabilitering etter sykdom trenger ikke nødvendigvis foregå på legekantoret eller i primærhelsetjenesten, det kan også skje digitalt. For at digitale og datadrevne tjenester reelt sett skal kunne avlaste helsepersonell, er det imidlertid viktig å sikre at utviklingen skjer i tett samarbeid med helsepersonell og sluttbruker. Vi må unngå at digitaliseringen

²⁵ Vallevik, V. B. og Brekke, P. H. (2022). «Kunstig intelligens i klinikken – en industri uten råvarer» *Tidsskriftet for legeforeningen*. [Hentet fra og tilgjengelig på tidsskriftet.no](https://tidsskriftet.no)

²⁶ [HelseOmsorg21-rådets høringsvar til forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata](#)

av helsevesenet skjer fragmentert og at den eksempelvis preges av ulike løsninger som krever manuell plotting av data. Dette medfører merarbeid fremfor avlastning for helsepersonell og tap av verdifull tid som burde gått til pasientbehandling²⁷.

Helse- og velferdsteknologi er med andre ord en faktor som kan være med å bremse behovet og etterspørselen i helsesektoren. Teknologiutvikling, helseinnovasjon og nye behandlingsmetoder er en del av svaret og vi må etablere gode rammevilkår for slik satsning. Dette vil gi bedre behandling og overlevelse, mer helse for pengene, mer og bedre involvering av pasienten i egen helse og mer støtte til pasientene for å forebygge og trene seg opp igjen etter sykdom.

Redusere digital ulikhet og sikre riktig bruk av digitale tjenester.

For å dra mest mulig nytte av digitalisering og innføring av ny teknologi som f.eks. pasienter skal bruke selv, må vi se på tiltak for å redusere digital ulikhet og riktig bruk av teknologi og digitale tjenester. God digital kompetanse er ikke bare nødvendig i helsesektoren, men i samfunnet generelt. Tiltakene må jobbes frem på tvers av sektorer. Andre ressurser, som for eksempel frivillig sektor kan bidra. For å redusere sosial ulikhet i tillegg må vi sikre digital inkludering av alle pasienter og brukere ved å senke terskelen for bruk av digitale tjenester. Rådet viser også her til delen om bærekraft i helsetjenesten først i innspillet.

Vedlegg: Noen aktuelle referanser til kunnskapsoppsummeringer

Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. Eur J Gen Pract. 2021 Dec;27(1):198-210. doi: 10.1080/13814788.2021.1954616. PMID: 34334095; PMCID: PMC8330741.

Evidence suggests that allied healthcare workers such as pharmacists and nurses can potentially undertake substantially expanded roles to support physicians in primary care in response to the changing health service demand. Tasks include providing care to patients, independent prescribing, counselling and education, with comparable quality of care.

Russell D, Mathew S, Fitts M, Liddle Z, Murakami-Gold L, Campbell N, Ramjan M, Zhao Y, Hines S, Humphreys JS, Wakerman J. [Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review](#). Hum Resour Health. 2021 Aug 26;19(1):103. doi: 10.1186/s12960-021-00643-7. PMID: 34446042; PMCID: PMC8393462.

Oversikten er publisert som eget sammendrag fra FHI: [Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten - FHI](#)

Resultatene viser at:

Utdanningstiltak med fortrinnsrett for medisinstudenter fra utkantstrøk fører muligens til at noen flere leger blir værende i utkantstrøk (⊕⊕○○).

Tiltak som gir ansatte mulighet til sykepleierutdanning fører muligens til at flere blir værende på arbeidsplassen (⊕⊕○○).

Profesjonelle støttetiltak som frivillig valg av turnusplass fører muligens til noe økt rekruttering og til at noen flere leger blir værende i utkantstrøk (⊕⊕○○).

²⁷ Klev, N. K, Bakke, O. J., og Rime, A. K (2021). «Legeforeningen: Staten effektiviserer seg selv, skyver arbeidet over på oss». [Hentet fra og tilgjengelig på Digi.no.](#)

Det er usikkert om regulatoriske tiltak som for eksempel gjenytelser i form av spesialistutdannelse eller økonomiske insentiver gjør at leger blir værende i utkantstrøk (⊕○○○).

Adams R, Ryan T, Wood E. [Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis](#). Int J Ment Health Nurs. 2021 Dec;30(6):1476-1497. doi: 10.1111/inm.12904. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34184394.

The findings from this review suggest that MHNs encounter some factors unique to working in mental health services, which suggests that retention strategies should be specific to each nursing speciality. Beyond nursing speciality, the factors identified vary between clinical settings in mental health due to the differences in work environments and services they provide.

Oates J, Topping A, Ezhova I, Wadey E, Marie Rafferty A. An integrative review of nursing staff experiences in high secure forensic mental health settings: Implications for recruitment and retention strategies. J Adv Nurs. 2020 Nov;76(11):2897-2908. doi: 10.1111/jan.14521. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32951214.

When policymakers address workforce shortages in high secure forensic nursing they must take account of the unique features of the setting and patient group. Nurses must be adequately prepared and supported to function in an ethically and emotionally challenging environment

Kumar S, Clancy B. Retention of physicians and surgeons in rural areas-what works? J Public Health (Oxf). 2021 Dec 10;43(4):e689-e700. doi: 10.1093/pubmed/fdaa031. PMID: 32140721.

Rural health workforce retention strategies need to be multifaceted and context specific, and cannot be effective without considering the practitioner's social context and the influence of their family in their decision making. Adequate rural health facilities, living conditions, work-life balance and family, community and professional support systems will maximize the success of implemented strategies and ensure sustainability and continuity of healthcare workforce in rural environments

Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub5. Accessed 08 August 2022.

There is low-quality evidence that CBT and mental and physical relaxation reduce stress more than no intervention but not more than alternative interventions. There is also low-quality evidence that changing work schedules may lead to a reduction of stress. Other organisational interventions have no effect on stress levels. More randomised controlled trials are needed with at least 120 participants that compare the intervention to a placebo-like intervention. Organisational interventions need better focus on reduction of specific stressors.

Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3. Accessed 08 August 2022.

This review shows that for some ongoing and urgent physical complaints and for chronic conditions, trained nurses, such as nurse practitioners, practice nurses, and registered nurses, probably provide equal or possibly even better quality of care compared to primary care doctors, and probably achieve equal or better health outcomes for patients. Nurses probably achieve higher levels of patient satisfaction, compared to primary care doctors. Furthermore, consultation length is probably longer when nurses deliver care and the frequency of attended return visits is probably slightly higher for nurses, compared to doctors. Other utilisation outcomes are probably the same. The effects of nurse-led care on process of care and the costs of care are uncertain, and we also cannot ascertain what level of nursing education leads to the best outcomes when nurses are substituted for doctors.

Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, Lewin S, Laurant M, Colvin CJ. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 4. Art. No.: CD010412. DOI: 10.1002/14651858.CD010412.pub2. Accessed 08 August 2022.

Patients, doctors and nurses may accept the use of nurses to deliver services that are usually delivered by doctors. But this is likely to depend on the type of services. Nurses taking on extra tasks want respect and collaboration from doctors; as well as proper resources; good referral systems; experienced leaders; clear roles; and adequate incentives, training and supervision. However, these needs are not always met.

Lafrance S, Demont A, Thavorn K, Fernandes J, Santaguida C, Desmeules F. Economic evaluation of advanced practice physiotherapy models of care: a systematic review with meta-analyses. *BMC Health Serv Res.* 2021 Nov 9;21(1):1214. doi: 10.1186/s12913-021-07221-6. Erratum in: *BMC Health Serv Res.* 2022 Mar 10;22(1):324. PMID: 34753487; PMCID: PMC8579553.

This is the first systematic review and meta-analysis on the economic evaluation of advanced practice physiotherapy (APP) models of care. Low quality evidence suggests that APP care might result in lower health care costs, but higher patient costs compared to usual medical care. Costs differences may vary depending on various factors such as the cost methodology used and on the clinical setting. More evidence is needed to evaluate cost benefits of APP models of care

Jebara T, Cunningham S, MacLure K, et al. [Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review](#). *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(9):1883–1905. - PMC - PubMed

The main benefits described were: ease of patient access to healthcare services, improved patient outcomes, better use of pharmacists' skills and knowledge, improved pharmacist job satisfaction, and reduced physician workload. Any lack of support for pharmacist prescribing was largely in relation to: accountability for prescribing, limited pharmacist diagnosis skills, lack of access to patient clinical records, and issues concerning organizational and financial support.

Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, et al. . [Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns](#). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2010(7):CD000336. - PMC - PubMed

Most included studies supported the role of pharmacists in medication/therapeutic management, patient counseling, and providing health professional education with the goal

of improving patient process of care and clinical outcomes, and of educational outreach visits on physician prescribing patterns. There was great heterogeneity in the types of outcomes measured across all studies.