

Anbefalinger og tiltak fra Helsepersonellkommisjonen



Tiltakene som er foreslått fordeler seg på seks tiltaksområder og tiltakene skal i stor grad gjennomføres av personellet. En levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte. Tjenesten må utvikles slik at personellet får utvikle seg og blir tilført kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Gjennom å føle eierskap og tilhørighet til tjenesten, vil personellet oppnå mestring, utvikling og et arbeid som gir mening. Det må være attraktivt og mulig å stå i arbeid gjennom et langt yrkesliv, helst i hele stillinger og med lavere sykefravær enn i dag.

Et bærekraftig personell er kjernen i tiltaksområdene, og binder dem sammen.

1 Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

1.1 Kommisjonens forslag til tiltak

Det er enighet i Helsepersonellkommisjonen om at dagens organisering medfører utfordringer og at det bør vurderes nærmere hvordan organiseringen kan bli mer effektiv og tilrettelegge for bedre og mer sømløse pasientforløp.

1.1.1 Fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene

Et flertall i Helsepersonellkommisjonen vurderer at det bør nedsettes et utvalg som får i oppgave å utrede om en mer helhetlig organisering enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå, vil redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Mindretallet mener at en omorganisering av tjenesten er utenfor kommisjonens mandat, og at det i liten grad har vært mulig å gå inn på konsekvensene av dette i kommisjonens arbeid. Medlemmene mener en ett-nivå-løsning vil medføre en ytterligere sentralisering og standardisering av tjenesten og gi løsninger som i liten grad er tilpasset lokale forhold og den enkelte bruker.

1.1.2 Fremtidig bærekraftig sykehusstruktur

Helsepersonellkommisjonen ser behovet for nærmere utredning av en bærekraftig sykehusstruktur i Norge, som kan gjøre det mulig å fortsatt tilby helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i hele landet.

Flertallet foreslår at det igangsettes en utredning av en fremtidig sykehusstruktur. Utredningen bør vurdere alternative løsninger til sykehus med akuttfunksjon som kan bidra til å opprettholde desentralisert døgkontinuerlig spesialisthelsetjeneste. Dersom helse- og omsorgstjenestene

organiseres mer helhetlig, i tråd med det første forslaget, vil det kunne legge til rette for nye muligheter til å se på hensiktsmessige institusjonsstrukturer, herunder lokalsykehus og sykehjem.

Mindretallet mener at en slik utredning må gjøres innenfor nåværende nivådeling.

2 Oppgavedeling

2.1 Kommisjonens anbefalinger

Kartlegging og bruk av kompetanse

Helsepersonellkommissjonen anbefaler å arbeide med riktig oppgavedeling i enhetene gjennom å systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser. Et systematisk arbeid i enhetene, godt forankret i ledelsen og knyttet til kompetansearbeidet, bør minst omfatte:

- Kartlegging av oppgavenes omfang og type.
- Kartlegging av ansvarsforhold som medfølger oppgaveutførelsene.
- Vurdering av om formell helsekompetanse er nødvendig for oppgaveutførelsen, eller om den kan ivaretas av personell uten slik kompetanse.
- Kartlegging av nødvendig helsefaglig kompetansebehov for å utføre oppgavene.
- Etablere og vedlikeholde dokumentasjonssystemer for ansattes formelle og reelle kompetanse.
- Bemanne i henhold til kompetansebehov for oppgaveutførelse og ansattes formelle og reelle kompetanse.

Folkehelsearbeid og forebygging

Helsepersonellkommissjonen anbefaler en styrket satsing på det tverrfaglige folkehelse- og forebyggingsarbeidet. Det følger betydelige helse- og personellmessige og økonomiske gevinster i et godt folkehelsearbeid, blant annet gjennom tiltak som fremmer befolkningens helsekompetanse, og gjennom forebygging og helsefremmende arbeid. Det kan i sin tur bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og dermed også bidra til å redusere behovet for helsepersonell.

Fastlegeordningen

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at ekspertutvalget for fastlegeordningen ser nærmere på oppgaver som pålegges fastleger fra sektorer utenfor helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for å vurdere omfanget, formålet og hensiktsmessigheten av disse oppgavene.

Brukermedvirkning

Helsepersonellkommissjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestene i større grad bør involvere brukerne i arbeidet med pasientforløp og utvikling av helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til å bruke tjenester i regi av brukerorganisasjonene.

Brukermedvirkning er et viktig prinsipp i helsetjenestene og brukernes rolle og grad av involvering er under kontinuerlig utvikling. All utvikling av tjenester bør skje i samarbeid med brukerorganisasjonene og brukermedvirkere i sykehus og kommuner.

Hus-og-hytte – kombinerte stillinger innen tjenesteyting

Helsepersonellkommissjonen anbefaler opprettelse av kombinerte stillinger innen tjenestene der den ansatte har flere arbeidsteder. Ordningen innebærer at arbeidstaker ansettes på to arbeidsteder og har hovedstilling ett sted, «hus», og bi-stilling et annet, «hytte». Kombinerte stillinger kan innføres mellom enheter, innad i enheter og på tvers av tjenestenivåer. Partssamarbeid vil være viktig ved etablering av slike stillinger.

2.2 Kommisjonens forslag til tiltak

Program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling

Helsepersonellkommissjonen mener det bør iverksettes et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet. Det foreslås at programmet finansieres med 300 millioner kroner per år i ti år.

Programmet kan utvide Tørn-prosjektet. Det foreslås at programmet er rettet mot kommunene og spesialisthelsetjenesten, og at KS og de regionale helseforetakene driver programmet i samarbeid. De skal gi prosessuell bistand til kommuner og helseforetak i utviklingsarbeidet for å fremme riktig oppgavedeling i enheter, mellom enheter og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i programmet. Brukere skal involveres der det er relevant.

- Programmet skal omfatte alle personellgrupper og ikke være begrenset til å omfatte oppgavedeling mellom leger, sykepleiere og helsefagarbeidere.
- Programmet skal bidra til strategisk kompetansekartlegging, kartlegginger for å avdekke variasjon, modellutprøving, og prosjekter for å fremme riktig oppgavedeling.
- Programmet skal omfatte ledelse og prosessledelse, samt egnede metoder for å fremme riktig oppgavedeling
- Programmet skal omfatte vurderinger av hvordan helt nye personellgrupper kan bidra i helse- og omsorgstjenestene.
- Programmet skal omfatte utvikling av arbeidstidsordninger som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø.
- Prosjektene i programmet skal evalueres og dokumenteres, og resultatene skal spres gjennom eksempelvis veiledere og retningslinjer.
- Programmet skal legge til rette for tilgjengeliggjøring, implementering og spredning av resultater som har vist god effekt i arbeidet med å understøtte god oppgavedeling.

Det foreslås at Helsedirektoratet skal forvalte tilskuddsordningen i programmet, men at tilskudd skal etter en prioritering fra KS og de regionale helseforetakene. En del av midlene skal settes av til evaluering og spredning av prosjekter med godt resultat. Helsedirektoratet skal også:

- arbeide for å identifisere og avklare forhold i regulering og finansiering og andre strukturer som hemmer riktig oppgavedeling, og
- utvikle relevante indikatorer for oppgavedeling.

Samfunnsmedisinsk kompetanse og kommunelegen

Helsepersonellkommissjonen vurderer at kommunelegens samfunnsmedisinske ansvar kan tydeliggjøres med sikte på å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene.

Kommunelegen er en samfunnsmedisinsk stilling og samfunnsmedisin er en egen medisinsk spesialitet. En styrking av folkehelsearbeidet berører den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene. Etter helse- og omsorgstjenesteloven er kommunen pålagt å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver. Det omfatter samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, herunder epidemiologiske analyser. Kommunelegen skal også ha kompetanse til å kunne iverksette tiltak for kommunen i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.

Råd og veiledningstjenester fra frivillige organisasjoner til pasienter, brukere og pårørende

Helsepersonellkommisjonen anbefaler en utredning av om og hvordan helse- og omsorgstjenestene kan inngå forpliktende samarbeidsavtaler med frivillige brukerorganisasjoner for å fremme helsekompetansen i befolkningen.

De frivillige brukerorganisasjonene representerer et stort potensial og kan ha en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og -leveranse i sykehus og kommuner. Rådgivnings-, informasjons- og veiledningstjenester til brukere, pasienter og pårørende kan forsterkes med dette, og kvaliteten i tilbudet kan ivaretas gjennom deres samarbeid med helse- og omsorgstjenestene. Brukerorganisasjonene kan også ivareta lavterskeltilbud i form av sosial støtte, inkludering og fellesskap, som et supplement til kommunale tilbud.

Oppgavedeling fra helsetjenesten til brukerorganisasjonene

Helsepersonellkommisjonen foreslår at det utredes om dagens lærings- og mestringstilbud i helse- og omsorgstjenesten kan overføres til brukerorganisasjonene ved at de reguleres gjennom avtale mellom tjenestene og brukerorganisasjonene.

Brukerorganisasjoner supplerer allerede, i samarbeid med tjenestene, med kvalitetssikret informasjon, mestringkurs for ulike grupper som for eksempel nydiagnostiserte kronikere, pårørende, brukere med store og sammensatte behov. Gjennom slik aktivitet vil brukerorganisasjonenes informasjonsråd og veiledningstilbud kunne bidra til mindre belastning på helse- og omsorgstjenestene.

Erfaringskonsulenter

Helsepersonellkommisjonen foreslår å utrede hvordan erfaringskonsulenter i større grad kan inngå i arbeid som omfatter helsefremming, forebygging og lavterskeltilbud, men også som brobyggere mot helse- og omsorgstjenestene, særlig innen psykisk helsevern.

For brukeren kan erfaringskompetanse bidra til bedring av egen psykiske helse, styrke opplevelsen av håp, myndiggjøring og livskvalitet. For erfaringskonsulenten kan arbeidet gi en helseeffekt i form av økt selvfølelse og følelsen av å være til nytte.

Forpliktende satsning på utdanning av fagarbeidere i helseforetak og kommuner

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det er nødvendig å forsterke satsingen på utdanning av fagarbeidere for helse- og omsorgstjenestene. Det er et felles ansvar som innebærer at både

kommuner og helseforetak forplikter seg til å ta sin del av ansvaret for utdanning av denne faggruppen for å sikre tilgang til et tilstrekkelig antall fagarbeidere.

En økt tilgang til fagarbeidere vil være en forutsetning for å opprettholde et godt kommunalt tjenestetilbud til befolkningen i hele landet. Helsepersonellkommisjonen foreslår at satsningen på utdanning av fagarbeidere i helseforetak som ble lansert i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* videreføres. Kommisjonen mener også at det er behov for å forplikte kommunene som arbeidsgivere til en tilsvarende satsning, og å utvikle virkemidler som bidrar til læreplasser og veiledning av fagarbeidere.

Arealer og bygg som fremmer riktig oppgavedeling

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å ta med vurderinger av konsekvenser av nybygg og investeringer for personellets produktivitet i beslutninger om investeringer i helse- og omsorgstjenesten.

Generalister i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å styrke generalistkompetanse både i kommunene og i helseforetakene.

Personell som har generell medisinsk, sykepleiefaglig og annen fagkompetanse er grunnleggende for tjenestetilbudet til befolkningen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder i små og store kommuner, både i distriktene og sentrale strøk av landet. I spesialisthelsetjenesten er generalistene viktige for at sykehus i distriktene skal kunne opprettholdes. Gitt den demografiske utviklingen med stadig flere eldre og pasienter med sammensatte behov, er denne kompetansen i økende grad også viktig for større sykehus. Generalistene utgjør dessuten en viktig kanal for samarbeid og samhandling mellom kommunene og helseforetakene.

Tilgangen til generell fagarbeiderkompetanse, ivaretagelse av behov for sykepleiefaglig breddekompetanse og styrking av rekrutteringen til de generelle medisinske spesialitetene kan bidra til å styrke et helhetlig generalisttilbud i helse- og omsorgstjenestene.

3 Arbeidsforhold og arbeidstid

3.1 Kommisjonen vurderinger

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget over, vil kommisjonen her vurdere situasjonen og mulige løsninger. Helsepersonellkommisjonen skal i henhold til mandatet peke på strukturelle endringer som kan redusere deltidsbruken.

3.1.1 Trivsel i jobb – hvordan motivere til heltidsarbeid og legge til rette for å arbeide lenge

Arbeidsglede og «Joy in work»

Jobbtilfredshet kjennetegnes av at helsepersonell og team har fysisk og psykisk trygghet i arbeidet, at de kjenner meningen og formålet med arbeidet, har innflytelse og kontroll over tiden sin, et godt kollegialt miljø og anser egen arbeidshverdag for å være godt strukturert.

Å finne gode tiltak krever en bevisst ledelse. Det er ledernes ansvar å styre, lede og organisere tjenesten, gjennom medbestemmelse og nært samarbeid med de ansatte og tillitsvalgte. Helsepersonellkommisjonen understreker viktigheten av å styrke lederkompetanse og oppfølging i lederlinjen.

Nyansatte må gis en god start

For å gi helsepersonell, og særlig nyutdannet helsepersonell, en god start på en ny arbeidsplass, anbefaler kommisjonen at det benyttes ordninger som gjør at personellet trives og føler seg trygge allerede i oppstartsfasen. Dette inkluderer mentorordninger, trainee-stillinger, og «mottakspakker» for nyansatte.

Lønn og arbeidsbetingelser

Helsepersonellkommisjonen skal ikke drøfte eller komme med forslag knyttet til en videre praktisering av frontfagsmodellen. Kommisjonen har derfor ingen synspunkter om lønnsnivået for særskilte grupper, sett opp mot andre grupper.

Helsepersonellkommisjonen mener likevel at det er handlingsrom innenfor modellen. Dersom det gjennomføres endringer som gir økt produktivitet, for eksempel gjennom nye arbeidstidsordninger, vil det kunne forsvare særskilte lønnstillegg, så lenge samlede utgifter i sektoren ikke økes. Helsepersonellkommisjonen oppfordrer partene til å ha dialog om dette.

Det er behov for styrket innsats mot sykefravær

Sykefravær er en sammensatt problemstilling, og det stabilt høye sykefraværet i helse- og omsorgstjenestene viser at det er krevende å redusere sykefraværet. Det er viktig med tett oppfølging av sykemeldte og tilrettelegging i jobben for å redusere sykefravær.

Trivsel og gode arbeidsforhold, herunder håndterbare arbeidstidsordninger og arbeidsplaner for de ansatte, er grunnleggende. I dette ligger det blant annet å unngå samtidighetskonflikter, korte tidsintervaller mellom vakter og krevende oppgaver om natten.

Det må tilrettelegges for at helsepersonell kan stå lenger i jobb

Tidlig bidrar uførhet til at den reelle pensjonsalderen for flere yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene, er lav. Det ligger et stort potensial i å forhindre tidlig uførhet. Dette må sees i sammenheng med arbeid for å redusere sykefravær.

Store grupper helsepersonell har særaldersgrense, fordi jobbene deres vurderes å medføre særlig fysisk eller psykisk belastning. Aldersgrensene etter arbeidsmiljøloven har økt, uten at særaldersgrensene har økt tilsvarende. Begrunnelsen for å øke de alminnelige aldersgrensene i arbeidsmiljøloven, bør også gjelde for yrkesgruppene med særaldersgrenser. For Helsepersonellkommisjonen er ordninger som bidrar til at helsepersonell kan stå lengre i jobb, viktige ut fra behovet om å sikre nok helsepersonell i årene fremover.

3.1.2 Arbeidstidsordninger – myndighet og ansvar

De offentlige helse- og omsorgstjenestene er døgkontinuerlige og tilbyr tjenester i helger, helligdager, ferier og hele året rundt. Dette innebærer at det er et betydelig personellbehov i tjenestene, men behovet er ikke konstant gjennom hele døgnet, og varierer også gjennom uken. Det

gjør at det kan være krevende å fordele personellressursene slik at man har riktig kompetanse på riktig tid. Det følger av aml. § 10-3 at det skal utarbeides en arbeidsplan (turnusplan) når arbeidstakerne skal arbeide på forskjellige tider av døgnet. Det er krav om at turnusplanen skal drøftes med de tillitsvalgte, men i praksis må turnusplaner godkjennes av de tillitsvalgte. Dette skyldes at turnusplanen i helse- og omsorgssektoren langt på vei bygger på en gjennomsnittsberegning av personellens arbeidstid. Slik gjennomsnittsberegning av arbeidstid krever avtale, jf. aml. § 10-5 (2).

Arbeidsgivers styringsrett innebærer en rett og plikt til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet. Utøvelsen av styringsretten skal skje på en saklig god måte, og arbeidsgiver har en plikt etter arbeidsmiljøloven å sørge for et godt fysisk og psykisk arbeidsmiljø for arbeidstakerne, jf. aml. § 4-1. Samtidig har virksomhetene, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, ansvar for å gi forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Når arbeidsgiver er avhengig av arbeidstakernes godkjenning av for eksempel gjennomsnittsberegning for å sette opp en arbeidsplan, medfører det at det oppstår forhandlingsarenaer hvor det kan stilles ulike krav. Eksempelvis vil krav om at en arbeidsplan ikke skal innebære arbeid oftere enn hver tredje helg, medføre en større begrensning enn det lovgiver har regulert i aml. § 10-8 nr. 4. Her er det fastsatt at arbeidstaker ikke kan arbeide oftere enn annen hver søndag.

3.1.3 Heltids- og deltidsarbeid

Dersom arbeidstakerne aksepterer noe hyppigere helgejobbing, vil det være mulig for arbeidsgiver å tilby heltidsstilling til flere.

Tallene som viser antall deltidsansatte i helse- og omsorgssektoren, innebærer at det også er en stor del frivillig deltidsansatte. Dette utgjør en stor arbeidskraftreserve som kommisjonen mener det er viktig å få ut i arbeid.

Det kan ikke utelukkes at enkelte som står i frivillig deltidsstilling, i perioder vil ønske å ha større stillingsprosent uten at de ønsker å få heltidsstilling. Så lenge det er behov for bemanning og mye sykefravær, vil det være gode muligheter å få ekstravakter. Det gjør at deltidsstillinger kan fremstå som attraktivt for mange. Kommisjonen ser fordelene av dette for den enkelte, men peker på at dette medfører enkelte ulemper som den enkelte kanskje ikke alltid er klar over. Dersom vedkommende eksempelvis blir ufør, vil det innebære negative økonomiske konsekvenser med lavere pensjon enn dersom vedkommende hadde hatt en høyere stillingsprosent.

3.1.4 Bedre planlegging av bemanning og fordeling av turnusarbeid

Hensiktsmessig bemanning gjennom døgnet og uken for økt trivsel

Organiseringen av arbeidet og fordelingen av oppgavene påvirker arbeidsmengden og arbeidshverdagen for den enkelte arbeidstaker. Opplevd mestring og trivsel bidrar til jobbnærvær. Det er nødvendig å se på arbeidstidsplanlegging og oppgaveløsning i denne sammenhengen.

Mangel på blant annet operasjonsstuer kan føre til at inngrep som kunne vært utført på dagtid, utsettes til kveld eller natt, og dermed øker behovet for bemanning utover normal arbeidstid.

Helsepersonellkommisjonen mener at arbeidstidsordningene må bidra til et arbeidsmiljø som er godt hele døgnet og hele uka. Det kan gjøres ved i større grad å bemanne ut fra forventet aktivitet og oppgavene som skal løses, og tillate fleksible arbeidstidsordninger for ulike arbeidstakere i ulike livsfaser. Et fornuftig utgangspunkt er, gitt de medisinske behovene for tjenesten, å planlegge for mest mulig aktivitet på tidspunkter som det er enklest å bemanne til.

Individuelle tilpasninger av arbeidstid

Helsepersonellkommisjonen har mottatt innspill som peker på at enkelte arbeidstakere opplever dagens arbeidstidsordninger som krevende, og flere gir uttrykk for at man ønsker mer individuelt tilpasset arbeidstid.

Det er et betydelig handlingsrom i lov- og avtaleverk og kommisjonen mener at arbeidsgivere og arbeidstakere i samarbeid i større grad bør utnytte handlingsrommet til å foreta individuelle tilpasninger av den enkeltes arbeidstid. Det kan være slik at arbeidstakere i perioder av livet, vil ønske kortere eller lengre vakter, færre eller flere helgevakter, eller endret arbeidsinnsats på annen måte. Selv om arbeidsgivere oppgir at de allerede i dag tilpasser arbeidstiden for den enkelte ut fra individuelle behov, mener kommisjonen at enda mer individuell tilpasning vil kunne føre til økt trivsel, at flere blir i yrket og at flere arbeider i større stillingsprosenter.

Turnusarbeid kan være krevende for arbeidstaker

En del arbeidstakere opplever det krevende å jobbe i turnus. Til tross for at helsepersonell som er utdannet til arbeid i helse- og omsorgstjenesten vet at det medfører turnusarbeid, kan det nok komme overraskende på den enkelte hva turnusarbeid faktisk innebærer. Det kan være en medvirkende årsak til at en del relativt nyutdannede søker seg bort fra sektoren.

En sannsynlig årsak til at arbeidstakere forlater helse- og omsorgsyrkene, er den totale belastningen arbeid i helse- og omsorgstjenesten medfører. Turnusarbeid kan for mange være en fysisk belastning. Et tiltak vil å kunne legge bedre til rette for arbeidstakere med små barn. Her kan tilbud om barnehageplasser med utvidede åpningstider være en mulighet.

Bedre fordeling av turnusarbeidet

Ulempen med å jobbe turnus må fordeles på best mulig måte. En mulig løsning er å åpne for at flere ulike grupper helsearbeidere går inn i turnusordninger, for på den måten å minske belastningen for de arbeidstakergruppene som i dag tar den største belastningen med turnus.

I tillegg vil kommisjonen peke på at det er arbeidstakere i de yrkesgruppene som i dag går i turnus, som ikke går i turnus og/eller ikke har ulempevakter. Dette kan for eksempel være ansatte på poliklinikker eller hjemmebasert omsorg uten ulempevakter. Arbeidsgivere bør vurdere om arbeidsavtalene kan innrettes slik at disse arbeidstakerne kan bidra til lavere belastning for den enkelte når det gjelder ulempevakter. Samtidig må dette avveies mot virksomhetenes plikt til å drive forsvarlig, og at arbeidstakere som av helsemessige grunner ikke kan arbeide ulempevakter, ivaretas.

Arbeidstidsordninger som sikrer rekruttering og tjenester i hele landet

Arbeidstidsordninger og avtaler mellom partene må tilrettelegges for god trivsel og godt arbeidsmiljø, slik at arbeidsgiverne lettere kan rekruttere og beholde helsepersonell. For legene er det særskilt fremhevet at arbeid i legevakt innebærer stort ansvar og stor arbeidsbelastning for den enkelte.

Særlig vil dette gjelde i mindre kommuner hvor arbeid med legevakt fordeles mellom få fastleger. Det som oppfattes som manglende arbeidstidsvern representerer sannsynligvis et hinder for rekruttering og stabilisering av leger i mange kommuner. Selv om det er partene i avtalen som har ansvaret for fastsetting av vilkår for legevakt, mener kommisjonen at denne utfordringen også har implikasjoner for det offentlige ansvaret.

Det er behov for å redusere innleie og vikarbruk

Innleie fra bemanningsbyrå utgjør generelt en liten andel av den totale bemanningen i spesialisthelsetjenesten, men bruken av innleie i helseforetakene varierer. Dette er relativt stort omfang i distriktene og ved mindre sykehus. Innleie kan skyldes mangel på kvalifiserte legespesialister og vanskeligheter med å dekke alle vakter i uken.

De vanligste tiltakene for å redusere behovet for vikarer i kommunene, er økte stillingsprosenter og endrede turnusordninger, inkludert ønsketurnus/forhandlingsturnus. Ettersom sykefravær og rekrutteringsutfordringer er sentrale årsaker til vikarbruk, er det naturlig at tiltak mot vikarbruk inkluderer tiltak rettet mot å redusere sykefravær og ulike rekrutteringstiltak. Andre tiltak som har vært brukt i kommunale helse- og omsorgstjenester for å redusere vikarbruken, inkluderer lønnstillegg, vikarpool som løsning på heltid/deltid-problematikken, faste vikarer ved langtidsfravær og å omgjøre helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger for å øke kompetansen og redusere behov for ekstra innleie.

3.2 Kommisjonens forslag til tiltak

3.2.1 Samsvar mellom myndighet og ansvar i arbeidstidsspørsmål

Et flertall i Helsepersonellkommisjonen vil oppfordre partene til å finne løsninger som støtter opp under prinsippene om virksomhetenes ansvar og myndighet, og mener at en nærliggende løsning vil være å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer.

I tillegg vurderer flertallet at dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, bør myndighetene iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Mindretallet i kommisjonen vurderer at det verken er behov for å inngå sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller eventuelt iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, og mener at dagens ordning med lokale avtaler bør videreføres.

3.2.2 Forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger

Helsepersonellkommisjonen foreslår at det settes av forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø. Kommisjonen anbefaler at dette gjøres innenfor programmet for riktig oppgavedeling, som er omtalt i kapittel 8.

4 Utdanning og kompetanseutvikling

4.1 Kommisjonens anbefalinger

Utdanne det helsepersonellet vi har behov for

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at Norge bør utdanne minst 80 prosent av de legene landet trenger, i tråd med Grimstadutvalgets (Kunnskapsdepartementet 2019) anbefaling. Det samme prinsippet bør gjelde for Norges utdanningskapasitet også for de andre store helsepersonellgruppene.

Utdanningene må forberede studentene på arbeid i turnus

Helsepersonellkommissjonen vurderer at det er viktig at utdanningssektoren forbereder elever og studenter innen helsefag der vakt- og turnusarbeid er utbredt, på hva det innebærer å jobbe i turnus og i vaktordning. Alle elever og studenter innen slike fag bør få erfaring med tredelt turnus som del av sine praksisstudier.

Økt formelt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver

Helsepersonellkommissjonen vurderer at behov for økt mengde og bredde i praksisundervisning i kommunene tilsier økt formelt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver. Finansiering av økt undervisnings- og veiledningsansvar må sikres.

Bærekraftige fagmiljøer i både universitets- og høyskolesektoren og i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at utdanning av helsepersonell bør innrettes slik at både helse- og omsorgstjenestens og universitets- og høyskolesektorens behov for kompetanse dekkes. Dette prinsippet bør prege innretningen av utdanningstilbud og samarbeid mellom sektorene, slik at behovet for personell kan dekkes på kort og lang sikt.

Helsepersonellkommissjonens anbefaler at det bør være en hensiktsmessig balanse mellom arbeidsgivers behov for raskt å kunne ta i bruk kompetansen til ABIOK-sykepleiere under utdanning på den ene siden, og utdanningssektorens behov for rekruttering av personell som kan sikre bærekraften i helsefagutdanninger på den andre siden. Å sikre utdanningsinstitusjonene tilstrekkelig kvalifisert fagpersonale er en forutsetning for å kunne utdanne fremtidige sykepleiere i ønsket omfang og kvalitet.

Tilnærming til kompetanseutvikling av ansatt personell

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at tilnærmingen til livslang læring og kompetanseutvikling bør konsentreres om fire innsatsområder:

- Strategisk tilnærming til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene.
- God ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling.
- Tilrettelegging for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis.
- Systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at arbeidsgivere intensiverer arbeidet med å legge til rette for relevant kompetanseutvikling for sine ansatte. Det kan gjøres gjennom:

- Relevant etter- og videreutdanning.
- Utvikle og bruke ulike hospiteringsordning eller annen tilrettelegging for deling av kompetanse.
- Utvikle karriereveier innen klinisk arbeid for faglig utvikling og å beholde ansatte i klinisk og pasientnært arbeid gjennom hele yrkeskarrieren.
- Utvikle arbeidsplassen som en lærende organisasjon ved å gi tilbud om systematisk kompetanseutvikling og etablere arenaer for systematisk læring, kunnskapsdeling og refleksjon.

Språkkunnskap

Helsepersonell trenger god språkkompetanse, både i dagligtale og for å beherske fagspråk fordi det er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet. Helsepersonellkommisjonen mener at arbeidsgiver har et ansvar, ut over det som er fastsatt i forskrift, for å påse at arbeidstakerne får nødvendig kompetanseheving i norsk språk.

Kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

Helsepersonellkommisjonen mener at det bør arbeides for at personell som jobber i helse- og omsorgstjenestene i Norge har tilstrekkelig kompetanse om samisk språk og kunnskap om tilgang til gode tolketjenester for den samiske befolkningen. Det bør vurderes særskilte rekrutterings- og stabiliseringsordninger for å sikre bemanning av helsepersonell med denne kompetansen i forvaltningsområdet for samiske språk, samt SANKS og Sámi Klinihkka.

Samarbeidsinstruks mellom fagskolene og helse- og omsorgstjenesten

Det er utarbeidet en instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet til styrene i RHFene om samarbeidet med universiteter og høyskoler om forskning og utdanning. Det er varslet at instruksen skal revideres (Meld. St. 16 (2020–2021) *Utdanning for omstilling: Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning*)

I forbindelse med revideringen anbefaler Helsepersonellkommisjonen at det vurderes om det vil være hensiktsmessig å utarbeide en tilsvarende instruks for å formalisere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og fagskolesektoren. Kommisjonen mener at de kommunale helse- og omsorgstjenestene også bør omfattes av en slik instruks, og det bør inngå i vurderingen å finne gode løsninger for hvordan det kan ivaretas.

4.2 Kommisjonens forslag til tiltak

Utvidet tilbud om kompletterende utdanning

Helsepersonellkommisjonen anbefaler et utvidet tilbud om kompletterende utdanning for personer med helseutdanning fra utenfor EØS.

Tiltak om opptak til høyere utdanning

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at det igangsettes nye forsøk med y-vei for helsefagutdanninger.

Studieplasser bør legges til distrikt

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at vekst i studieplasser til helse- og sosialfagutdanninger bør legges til rekrutteringssvake områder for den aktuelle profesjon, og i hovedsak til distrikt fremfor sentrale strøk.

Tiltak om praksisundervisning

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at:

- Studenter kompenseres for ekstrautgifter som følge av gjennomføring av praksisundervisning i distrikt.
- De nye modellene som er utviklet gjennom HK-dirs *Pilotordning for kommunal praksis i helse- og sosialfagutdanningene* og som har vist effekt, finansieres for implementering og drift.
- Helse- og omsorgstjenestene og utdanningsinstitusjonene øker bruken av praksismodeller med klinisk smågruppeundervisning og gruppeveiledning.
- Norge intensiverer arbeidet med å endre minimumskravene om sykepleierutdanningens varighet i praksis i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, blant annet for å kunne ta i bruk simulering som del av praksisundervisningen i sykepleierutdanningen.
- Norske sykepleierutdanninger fortsatt skal oppfylle minimumskravene i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

Tiltak om samarbeid i utdanningene

Helsepersonellkommisjonen anbefaler:

- Bruk av felles emner, felles kompetanseområder og felles tverrprofesjonell praksisundervisning i profesjonsutdanninger for å styrke forutsetninger for samarbeid og oppgavedeling mellom profesjoner.
- At kombinerte stillinger mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene brukes i større grad.

Begrensende valg bør vektlegges i helsefagutdanningene

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at prioritering og begrensende valg bør være tilstrekkelig vektlagt i helsefagutdanningene slik at helsepersonell rustes vesentlig bedre til å ta begrensende valg som del av faglig virksomhet i tjenesten.

Krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det må være et minimumskrav at arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren skal gjøre systematisk kartlegging av egne ansattes kompetanse. Denne kartleggingen legges til grunn for å identifisere behov for kompetanseutvikling av egne ansatte. Kompetansekartleggingen og plan for kompetanseutvikling legges til grunn for å identifisere kompetansebehov som ikke er dekket, eller som ikke kan dekkes ved kompetanseutvikling av egne

ansatte. Enheter kan samarbeide om løsninger for slik kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging.

Kompetansesentre og kompetansetjenester

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det er et urealisert potensial i kompetansesentrene og kompetansetjenestene. Helsepersonellkommisjonen mener at det er behov for å utrede hvordan kompetansesentre og kompetansetjenester kan utvikles ved at sentrene knyttes nærmere til helse- og omsorgstjenesten for å bidra til å heve kvaliteten i tjenestetilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utredningen bør også omfatte en vurdering av hvilke tjenester som bør være nasjonale, og hvilke som hovedsakelig bør rettes mot lokale tjenestebehov. Et annet formål vil være å bidra til å rekruttere og beholde kompetent personell, og dermed bidra til å heve kvaliteten i tjenestetilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

5 Prioritering og reduksjon av overbehandling

5.1 Kommisjonens vurderinger

Dette kapitlet viser at det i Norge er et betydelig omfang av unødvendige helse- og omsorgstjenester som tilbys med offentlig finansiering. Mange av disse tjenester gir liten eller ingen dokumentert helseeffekt, de er kostbare, fører til høyere sysselsetting, høyere ressursbruk og tjenester som ikke bidrar til bedre helse og som dermed ikke bør prioriteres..

Unødvendige helse- og omsorgstjenester fører til stor arbeidsbelastning for personellet. Det vil kunne resultere i mindre trivsel, økt fare for utbrenthet og økt sykefravær. Dette vil også kunne bidra til å skape en ond sirkel av at mange slutter i tjenesten, og ytterligere økt opplevd personellmangel.

Utvikling av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste krever god og rettferdig prioritering

En verdifull ressurs ligger i de privatpraktiserende avtalespesialistene som arbeider med avtale fra helseforetakene.

Helsepersonellkommisjonens oppfatning er at i spørsmål om prioriteringer og beslutninger om behandling, bør alle pasientene i foretaksområdet være likeverdige. I dag jobber mange private avtalespesialister såpass selvstendig fra helseforetakene, at de i de fleste tilfellene har egne pasienter, ofte kronikere, som får de tjenestene avtalespesialisten tilbyr. Det er vanskelig for ledelsen i helseforetaket som har avtaler med privatpraktiserende avtalespesialister å ha oversikt over beslutninger knyttet til behandling og oppfølging av pasientene.

Streng prioritering kan gi uønsket vekst i privatfinansierte helse- og omsorgstjenester

Til tross for at det er relativt beskjedent omfang av private helse- og omsorgstjenester, er det likevel mange private tilbydere av helse- og omsorgstjenester i Norge. Helsepersonellkommisjonen tar ikke stilling til om tjenestetilbydernes eierskap i seg selv fører til endret tjenestekvalitet, eller om, og i tilfelle hvordan, eierskapet påvirker behovet for personell. Dette er et stort og komplisert tema som påvirkes av mange faktorer.

Dersom en privat tjeneste oppstår som følge av en avvisning fra den offentlig finansierte helsetjenesten eller urimelig lang ventetid, så vil det føre til økt etterspørsel etter private helse- og omsorgstjenester. Det vil trekke personell fra offentlige til private tjenesteytere, og gi et økt samlet behov for personell.

Brukere med omfattende behov som bor hjemme, krever mange årsverk

Det har i senere år vært en betydelig økning i antall tilbudte timer til helse- og omsorgstjenester til yngre brukere med omfattende bistandsbehov hjemme. Helsepersonellkommisjonen oppfordrer til innhenting av mer kunnskap om temaet, for å forstå årsakene til dette. Det er også behov for å lære av erfaringer fra kommuner om hvordan helse- og omsorgstjenester til denne gruppen best kan tilbys.

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det fra et personellperspektiv kan være mer hensiktsmessig å yte tjenester til disse pasientene og brukerne i omsorgsboliger eller andre større enheter som gir mulighet til bedre ressursutnyttelse og minsker det totale behovet for personell. Samtidig vil slike enheter kunne være mer attraktive og stabile arbeidsplasser fordi bedre muligheter for samarbeid styrker grunnlaget for faglig støtte, kompetanseutvikling og trivsel.

Det kan være en mulighet å definere en grense for omfanget av hjemmebaserte tjenester som kan tilbys til enkelte pasienter, uten at det går ut over kommunens evne til å tilby likeverdige tjenester til andre pasienter og brukere på grunn av manglende kapasitet eller tilgjengelig personell i kommunen.

5.2 Forslag til tiltak

Det viktigste tiltaket i denne sammenhengen består i å få alle aktørene til å forstå at det foregår mye overbehandling i Norge og at det er ineffektivt, kostbart og krever mye personell som bør anvendes på oppgaver med dokumentert helsegevinst. Det innebærer en kulturendring hos personellet selv, i helse- og omsorgstjenestene, blant pasienter, bruker og pårørende og – ikke minst – blant helsepolitikere.

5.2.1 Styrke og bruke faglige nettverk

Det er behov for en styrking av faglige nettverk, både innad i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom disse. Nettverk som er etablert bør utvikles slik at de genererer, samler og drøfter innsikt om god praksis som kan formidles til behandlere og personell i helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapsspredning i faglige nettverk er trolig den viktigste kanalen for overføring av kunnskapsbasert behandling. Slike nettverk må derfor prioriteres høyt.

Dette kan skje gjennom formelle fora, slik som konferanser og organiserte fagmøter. Det finnes mange velfungerende faglige nettverk og partnerskap i dag, mens andre kan forbedres. Arbeidsgiverne og helseforetakene bør stimulere slike faglige møtesteder gjennom å gi medlemmene mulighet til å delta på, og bidra til, faglige samlinger.

5.2.2 Gjennomgå DRG-takster og justere egenbetaling

For å redusere etterspørselen etter helsetjenester med antatt lav nytte, anbefaler Helsepersonellkommisjonen å:

- Sette i gang et utredningsarbeid med å gjennomgå DRG-takstene for å se om takstene gir insentiver som ikke er ønskelige i lys av prioritering av helse- og omsorgstjenester. Dette

arbeidet bør ligge til grunn for å foreslå endringer i takstene som fjerner finansielle insentiver til å tilby unødvendige tjenester.

- Vurdere behovet for å øke egenbetaling fra pasienter og brukere til slike ikke-prioriterte tjenester.

Det er ingen sammenheng mellom dokumenterte helseeffekter fra inngrep og andre helsetjenester og finansieringssystemet for primær- og spesialisthelsetjenestene. Takstene er hovedsakelig utformet for at de skal reflektere reelle kostnader knyttet til å produsere og gi tjenestene. Det er ingen økonomiske insentiver rettet mot å redusere ikke-prioriterte tjenester. OECD (2014) viser til at finansieringssystemet brukes i enkelte land for å redusere omfanget av ikke-ønskede inngrep, slik som keisersnitt. De regionale helseforetakene står fritt til å tilpasse inntektssystemet innen sin region, og kan vekte DRG-takstene på en annen måte enn i dag, dersom det bidrar til å oppnå ønskelige mål.

Helse- og omsorgsdepartementet har varslet en ny stortingsmelding om prioritering.

Helsepersonellkommisjonen ber om at problemstillinger og løsninger knyttet til egenbetaling og et finansieringssystem som i større grad understøtter prioriteringer, tas opp og drøftes der.

5.2.3 Utrede virkninger for personellbehov av endringer i politikk og pasientrettigheter i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å:

- Innføre 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.
- For å få bedre innsikt i hvordan ny politikk henger sammen med økte personellbehov på dette området, bør Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å evaluere senere års innførte rettigheter. Det vil både gi kunnskap om hva slags personellbehov slike tiltak har utløst, og vil samtidig gi verdifull kompetanse i konsekvensvurdering av tiltak for sysselsettingen.

Det besluttes ofte tiltak som regulerer kvaliteten i tjenestene, slik som ventetider, listelengder, fristbrudd, rettigheter av forskjellig slag og en rekke andre forhold. Som all annen politikk må slik politikk utformes i tråd med utredningsinstruksen. Administrative og økonomiske konsekvenser av tiltak er et viktig punkt som skal utredes, men konsekvenser for personellbehov og bemanningseffekter er ikke en uttrykt del av dette. Dersom det vurderes å ikke være hensiktsmessig å endre utredningsinstruksen, bør Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å lage en egen instruks for dette. Det er viktig at konsekvenser for bemanningen inngår i beslutningsgrunnlaget knyttet for tiltak og ny politikk slik at det er samsvar mellom rettigheter som innføres og kapasiteten og ressursene helse- og omsorgstjenesten har til å oppfylle disse.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å gjøre en gjennomgang av forordninger, normerende produkter og brukerrettigheter og se nærmere på hvordan disse påvirker tjenestetilbudet og -omfanget. I forlengelsen av dette trengs en vurdering av om det er mulig å gi større frihet til behandlere gjennom å forenkle pasientforløp ved hjelp av justerte anbefalinger og pålagte normer for behandling.

I tillegg til dette kan det både være behov for å forenkle rapporteringen og automatisere for å redusere personellressursene.

5.2.4 Forbedre statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester

Helsepersonellkommissjonen anbefaler å utvikle bedre statistikk om private helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter statistikk om personell, oppgaver og inngrep som gjennomføres og økonomiske størrelser og omfang av slike tjenester.

Bedre statistikk vil gjøre det mulig å forbedre innsikten om hva slags omfang, utviklingstrekk og oppgaver som utføres i privatfinansierte helse- og omsorgstjenester. Dersom det i Norge blir lagd statistikk over privatfinansierte helse- og omsorgstjenester som kartlegger omfanget av tjenester og personellbruk, blir det samtidig mulig å få en total oversikt over helse- og omsorgstjenestene. Det gjør det også mulig å følge utviklingen over tid.

Det er behov for å kartlegge utviklingen i innleie av helsepersonell og vikartjenester både i kommuner og helseforetak. Det kan virke som at omfanget av slike tjenester øker, og det vil være av stor politisk interesse å kjenne bedre til hvilke typer kompetanse som leies inn, for hvilke formål og tjenester, begrunnelse, samt kostnadene knyttet til disse tjenestene.

6 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

6.1 Kommisjonens vurderinger

Selv om helse- og omsorgstjenesten er arbeidsintensiv og svært mange av oppgavene er relasjonelle, er det en rekke oppgaver som ikke er det. De kan og bør automatiseres. Oppgaver som ikke berører pasienter og brukere kan være knyttet til rapportering, informasjonsinnhenting, dokumentasjon og logistikk.

Det er sterke drivere for ytterligere utviklingen av nye digitale løsninger for helse- og omsorgstjenestene. For å kunne utløse potensialet for økt kvalitet og effektivitet som digitaliseringen og nye teknologiske løsninger representerer, må utviklerne av løsningene ha innsikt i og kompetanse om helse- og omsorgstjenesten. Tilsvarende må personellet i helse- og omsorgssektoren ha nødvendig digital kompetanse for å kunne benytte utstyr og teknologi som følger av jobben. De må også ønske å ta løsningene i bruk og oppleve at teknologien bidrar til bedre eller flere helse- og omsorgstjenester.

Kvalitetshevende og personellbesparende teknologi

Ny teknologi og digitale løsninger har et stort potensial for å forbedre helse- og omsorgstjenesten. Teknologiu utviklingen så langt har i hovedsak vært benyttet for å gi bedre og mer treffsikre tjenester. Det er foreløpig få eksempler på teknologiu utvikling som har rettet seg mot å effektivisere tjenestene, i betydningen å redusere arbeidskraftsbehovet.

Helsepersonellkommissjonens anbefaling, i lys av de utfordringene innen personellkapasitet som helse- og omsorgstjenestene står overfor, er å legge til grunn at teknologiske og digitale løsninger skal føre til besparelser knyttet til personellbehov og til færre ansatte.

Digital kompetanse er en viktig forutsetning for å lykkes

Kompetanse blant utviklere, personell, pasienter/brukere og pårørende er en grunnleggende forutsetning for å kunne ta i bruk teknologi og digitale løsninger. Det er avgjørende at de som

berøres av dette mestrer de teknologiske nyvinningene og ønsker å ta dem i bruk. Derfor trengs målrettede opplæringstiltak overfor de forskjellige personellgruppene og at det er tekniske ressurser tilgjengelige for brukerstøtte og feilsøking.

Fortsatt satsning på velferdsteknologi er sentralt for bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester i fremtiden

Slik kommisjonen ser det, vil en fortsatt utrulling av velferdsteknologi i omsorgstjenestene være et sentralt virkemiddel for å bidra til at kommunene fortsatt kan tilby bærekraftige tjenester, særlig begrunnet i en tiltakende krevende situasjon knyttet til tilgang på personell. Der velferdsteknologi tas i bruk, vil personellet kunne prioritere oppgaver som krever menneskelige relasjoner. Det vil føre til både bedre tjenester og mindre personellbehov, og kan legge til rette for bedre trivsel og utvikling for personellet.

6.2 Kommisjonens forslag til tiltak

6.2.1 Kompetanseutvikling i og for effektive helse- og omsorgstjenester

Digital kompetanse bør styrkes i helse- og sosialfagutdanningene, og universiteter og høyskoler bør fortsette å utvikle og tilby studieprogrammer der kompetanse om helse og teknologi/informatikk kombineres. Også personell som jobber i tjenestene må få mulighet til å delta i kompetansetiltak finansiert av og tilrettelagt av deres arbeidsgivere slik at alle som berøres av digitale systemer har kompetanse i å utnytte dem.

Det vil bli behov for nye grupper fagfolk i helse- og omsorgstjenestene, som har kompetanse knyttet til helse- og omsorgstjenestenes konkrete oppgaver og som har teknisk/digital kompetanse. Slikt personell må utdannes i relevante utdanningsprogram på riktig nivå og deretter sysselsettes i helse- og omsorgstjenestene. Dette er viktig både for å utnytte eksisterende teknologiske/digitale løsninger og for å kunne ta i bruk nye løsninger som utvikles av en voksende helse-/medisinsk-teknisk industri.

Digital kompetanseutvikling er en forutsetning for å utvikle gode digitale løsninger, men også for å ta dem i bruk. Derfor bør utdanningssystemet stimuleres til å etablere relevante studieprogrammer på bachelor- og masternivå, samt kortere og mer anvendte utdanningsprogrammer på fagskolene.

Det bør videre etableres et betydelig antall stipendiatstillinger innen helseinformatikk som knyttes til problemstillinger fra spesialisthelsetjenestens mest spesialiserte tilbud til helseforebyggende tiltak i befolkningen. Dette vil styrke den samlede digitale kompetansen i helse- og omsorgssektoren og samtidig gi bedre innsikt om helse- og omsorgstjenestene hos aktuelle forskningsinstitusjoner.

6.2.2 Effektivisering gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi

Kommisjonen foreslår at helse- og omsorgstjenestene i beslutninger knyttet til innovasjon og bruk av teknologi for automatisering anvender prinsippet om at alle oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres mest mulig.

Det er en rekke oppgaver knyttet til rapportering, informasjonsinnhenting, dokumentasjon og logistikk, der brukere og pasienter ikke er direkte berørt. Slike oppgaver kan og bør automatiseres og effektiviseres i størst mulig grad, og innenfor de mulighetene og begrensningene som ligger i teknologiske løsninger for formålet.

Helse- og omsorgstjenesten er arbeidsintensiv og svært mange av oppgavene er relasjonelle. Når den menneskelige faktoren er en viktig del av arbeidsoppgavene, eller en verdifull bieffekt av dem, så bør ulempene for personellet og de berørte ved å automatisere dem, veies opp mot fordelene.

6.2.3 Forskning for mer effektiv utnyttelse av arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommissjonen foreslår at det etableres et 10-årig forskningsprogram som har som formål å redusere behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren. Et slikt program må utvikle kunnskap og teknologi som bidrar til effektivisering på alle systemnivåer og sparer arbeidskraft. Størrelsen på forskningsprogrammet foreslås satt til kr. 500 mill. per år i 10 år med en helhetlig profil fra overordnet styring («governance») til operativ virksomhet i tjenestene. Programmet bør ha som overordnet målsetting å redusere behovet for arbeidskraft.

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at prosjektene i et slikt program er innrettet mot utvikling av den digitale grunnstruktur i sektoren, funksjonelle grensesnitt mot applikasjoner og utviklingen av brukernære applikasjoner. Det er også behov for prosjekter rettet mot utvikling av digitale samhandlingsverktøy som bidrar til å understøtte innovativ oppgaveløsning, helselogistikk, nye former for teamarbeid og alternative arbeidstidsløsninger, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten..

Målsetninger med forskningsprogrammet er å utvikle:

- Nye styringsmekanismer for digital utvikling i sektoren, herunder håndtere tema som forenkling, logistikk og sikkerhet. Det er behov for å bygge en kultur for «digital governance» i sektoren med fokus på effektivisering og med oppmerksomhet knyttet til fremtidens ukjente teknologisprang.
- Nye brukernære funksjonaliteter gjennom omfattende involvering av personell, pasienter, brukere og pårørende. Dette omhandler problemstillinger knyttet til utviklingen av det fysiske og mentale grensesnittet mellom menneske og maskin, universell utforming, og tilsvarende forhold.
- Felles (organisasjons)strukturer for håndtering av distribuerte digitale ressurser gjennom å skape samhandling på tvers av enheter og lokalt engasjement.
- Grenseressurser¹ mot digitale ressurser, både digitale og menneskelige, som stimulerer til innovasjon og nyskaping blant brukere og andre innovatører.
- Nye arkitekturer for bærekraftig produksjon, forvaltning og bruk av alle typer helsedata.

Alle berørte deler av tjenestene bør lære av de pilotene som er testet ut, og det bør være gode metoder for evaluering av pilotene og mekanismer for deling av erfaringene på nasjonalt nivå og for oppskalering.

Det forventes at forskning som støttes av dette programmet vil, i tillegg til å finne løsninger som reduserer behovet for arbeidskraft, også gi betydelige gevinster knyttet til treffsikkerheten og redusert risiko knyttet til investeringer i nye digitale løsninger i sektoren.

¹ Med grenseressurser menes her ressurser som ligger mellom store systemer for datahåndtering og applikasjoner som er synlige for bruker og som bidrar til at de fungerer godt. En del av disse ressursene er av teknisk karakter som APIer (API=Application Programming Interface) og standarder for datatransport, men grenseressurser omfatter også den kompetansen som kreves for at disse ressursene skal kunne fungere godt over tid, herunder mekanismer for håndtering av sikkerhet.

Et langsiktig forskningsprogram av dette omfanget bør legges til Norges forskningsråd. Det vil i tillegg være behov for et sekretariat som koordinerer den samlede forskningsinnsatsen på området. Dette sekretariatet bør også få tildelt oppgaver knyttet til kommunikasjon og formidling av gode prosjekter og praksis til tjenestene for å bidra til oppskalering og implementering av vellykkede forsøk og teknologier.