



Høringsuttalelse fra Bergen kommune - Høring NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Bergen bystyre behandlet saken i møtet 03.05.2023 i sak 111/23 og fattet følgende vedtak:

1. Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» slik den fremkommer av byrådets forslag.
2. Vi har hatt en tiltagende privatisering av helsevesenet. Dersom det øker på og helsepersonell går fra det offentlige til det private helsevesenet, kan det ytterligere svekke personellsituasjonen i det offentlige helsevesenet.

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Byrådet konstaterer at helsetjenestene våre er under stort press. Vi blir stadig flere eldre og færre yrkesaktive. Helsepersonell er ryggraden i helse- og omsorgstjenestene. For å kunne levere gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen også i fremtiden er vi avhengig av å tenke nytt og utvikle bærekraftige løsninger. Byrådet er derfor positiv til helsepersonellkommisjonen sin NOU: Tid for handling. Den gir et godt kunnskapsgrunnlag og vi forventer at den vil gi grunnlag for gode nasjonale grep som gjør oss bedre rustet til å møte utfordringene i helsevesenet.

Helsepersonellkommisjonen viser god forståelse for situasjonen, men vi opplever allerede nå store rekrutteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Bergen kommune har mangel på fastleger, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Vår vurdering er at utfordringene med rekruttering allerede er så store at forslagene kommisjonen kommer med, ikke vil være tilstrekkelige til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester i årene som kommer. Byrådet mener det må ytterligere tiltak til for å sikre forsvarlighet i helse- og omsorgstjenestene.

Byrådet vil spesielt trekke frem viktigheten av et mer dynamisk utdanningssystem som er bedre tilpasset utfordringene både i volum og innhold. Det gjelder ikke minst mer fleksible etter- og videreutdanningstilbud som kan kombineres med arbeid. Vi er også avhengig av å bruke helseressursene våre bedre, og fordele oppgaver på en smartere måte enn tidligere.

Utforming av institusjonene våre har stor betydning for både beboere og pasienter, men også for å utvikle attraktive og sterke fagmiljøer. Velferdsteknologi har stor betydning for at flere kan bo trygt i eget hjem, men også for å gi gode helsetjenester i institusjoner, omsorgsboliger og bofellesskap. Byrådet er positiv til mer forskning og kunnskap, men er kritisk til oppstart av et omfattende omorganiseringsprosjekt med det formål å samle alle helse- og omsorgstjenester på ett forvaltningsnivå. Slike store omorganiseringsprosesser er svært ressurskrevende, og det vil etter vår mening være feil prioritering sett opp mot de store utfordringene vi allerede har i dag.

Byrådet er tydelig på at kommune- og spesialisthelsetjenesten må få likeverdige rammebetingelser som gjenspeiler oppgavefordelingen. Det er ikke tilfelle i dag, der kommunene stadig får større ansvar for innbyggernes helse uten at ressurser følger med.

Bergen kommunes høringsuttalelse:

Kommentarer til kapittel 1 - Innledning

Rapporten beskriver personellet som ryggraden i helse- og omsorgstjenestene, og tilstrekkelig og kompetent personell som avgjørende for å kunne tilby tjenester av god

kvalitet. Det understrekes at mange av tiltakene som foreslås, skal gjennomføres av personellet. Levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling trekkes frem som viktig for å rekruttere og beholde ansatte. Det foreslås helhetlig innsats på følgende områder:

- Organisering av helse- og omsorgstjenestene
- Oppgavedeling
- Arbeidsforhold og arbeidstid
- Utdanning og kompetanseutvikling
- Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester
- Digitalisering og teknologisk utvikling

Et flertall i Helsepersonellkommissjonen anbefaler å sette ned et utvalg for å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å sannsynliggjøre og begrunne at en helhetlig organisering av tjenestene på ett nivå kan bidra til bedre bruk og utnyttelse av den samlede tilgjengelige arbeidskraften i helse- og omsorgstjenestene. Bergen kommune er kritisk til å samle svært ulike tjenester på samme nivå og er usikker på om det vil gi mer effektive tjenester, men støtter at det gjøres en utredning som ser på organisering.

Helsepersonellkommissjonen mener at det må vurderes om oppgaver kan løses på nye måter, blant annet ved bruk av teknologi gjerne i samarbeid med pasient, bruker eller pårørende. Bergen kommune innførte en Tillits- og faglighetsreform for 7 år siden i hjemmetjenestene og vi ser at det å jobbe med prinsipper og klare mål kan bidra til å utvikle tjenestene på en mer bærekraftig måte. Uansett hvilke endringer som skal prøves ut, vil det være viktig å legge til rette for at ansatte skal få brukt sin fagkompetanse og at en sikrer at faglig handlingsrom ikke reduseres. Smarte løsninger finnes gjerne ved at kompetente ansatte benytter sitt handlingsrom lokalt til å finne løsninger i nær dialog med tillitsvalgte, vernetjeneste, brukere og pårørende. Regjeringen har nå innført en Tillitsreform i offentlig sektor og vi vil understreke at denne har et potensiale til å bidra til at vi klarer å utvikle gode løsninger for å sikre bærekraften i velferdsordningene våre i fremtiden.

Det trekkes frem at innovasjon, ny teknologi og digitale hjelpemidler i helse- og omsorgstjenestene har bidratt til bedre kvalitet og større omfang av tjenester. Samtidig er det ulike oppfatninger om hvordan teknologi bør brukes i tjenestene, og i hvilken grad den avlastet eller belaster personellet og pasientene. Bergen kommune legger til grunn at kommunens eget «*Smart omsorg-prosjekt*» vil gi viktige bidrag i dette arbeidet.

Et annet viktig bidrag, og med fokus på brukere/pasienter, er “velferdsteknologiprogrammet i Bergen kommune”. Programmets satsningsområde er økt bruk av trygghet- og sikkerhetsskapende teknologi (velferdsteknologi) som skal bidra til at den enkelte kan bo hjemme lenger og utsette institusjonsinnleggelse. En tilleggseffekt vil være at teknologien vil kunne bidra til økt aktivitet og vedlikehold av funksjonsevne. Programmet legger til rette for samarbeid med pårørende, frivillige og ideelle aktører.

Det foreslås å bemanne tjenestene ved å bygge oppgaver nedenfra for å sikre utnyttelse av kompetanse og utvikling for alle ansatte. Det foreslås å utvide bruken av helsefagarbeidere, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, da utdanningen er tilgjengelig og attraktiv for mange. Det trekkes frem at god rekruttering av helsefagarbeidere og bruk av denne kompetansen vil supplere den opplevde sykepleiemangelen. Helsepersonellkommissjonen legger til grunn at det er for lav etterspørsel etter denne arbeidskraften. Bergen kommune har imidlertid høy etterspørsel, og erfarer at det også er vanskelig å få tak i helsefagarbeidere. Bergen kommune er opptatt av viktigheten av å øke utdanningskapasiteten av helsefagarbeidere, og særlig ordningen “Fagbrev på jobb” som har vist seg å være et effektivt tiltak for å kvalifisere ansatte uten formal kompetanse. Bergen kommune erfarer at andre faggrupper blir høyere prioritert enn helse- og omsorgsarbeidere. Vi mener derfor at det må være en nasjonal satsning med egne midler til Fagbrev på jobb rettet inn mot helse og omsorgsarbeiderfaget.

Videre pekes det på bruk av kombinerte stillinger for å øke fleksibiliteten og kvaliteten i tjenestene, omtalt som «hus-og-hytte»-stillinger der ansatte jobber i flere fagmiljø, innad i eller mellom tjeneste- og forvaltningsnivåer, men også mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Slike stillinger kan bidra til at spesialkompetanse kan komme til nytte i flere virksomheter, til bedre fordeling av vakter og større grad av heltid. Bergen kommune støtter en slik ordning, men den forutsetter finansiering.

Det trekkes frem at heltidsarbeid vil utløse større kapasitet og kvalitet i tjenestene, uten samtidig å øke antallet sysselsatte, og at heltid vil bidra til å redusere personellveksten i helse- og omsorgstjenestene. Det pekes på at deltidstillinger hindrer faglig og sosial utvikling på arbeidsplassen, gir dårligere innsikt i kollegers kompetanse og gir mindre kunnskap om pasientene og brukerne, men at det samtidig er mange som ønsker deltid. Bergen kommune har allerede i dag en aktiv tilnærming til heltidsproblematikken, og ser klare fordeler med en ansettelsespolitikk hvor hovedregelen er faste 100 % stillinger.

Når det gjelder den «ønskede deltiden» er dette en sammensatt variabel. Vi har de med rett til deltid hjemlet i lov- og avtaleverk, men også de som bare ønsker deltid. For denne siste typen «ønsket deltid» er Bergen kommune av den oppfatning at arbeidsgivers ansvar for best mulig tjenesteyting og et best mulig psykososialt og faglig arbeidsmiljø skal ha forrang på bekostning av ønske om deltid. Men også for denne typen deltid er det viktig at arbeidsgiver har en konstruktiv tilnærming til arbeidstakers behov – gjerne sett i sammenheng med livsfasepolitisk tilnærming og derav også som et rekrutterings- og beholdevirkemiddel.

Helsepersonellkommisjonen fremholder betydningen av godt partssamarbeid for god kvalitet på tjenestene og trivsel på arbeidsplassen. Et flertall mener at begrensninger i arbeidsgivers styringsrett kommer i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og anser at en nærliggende løsning vil være gjennom bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene. Dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, mener flertallet at myndighetene bør gå gjennom dagens lovbestemmelser om skift/turnusarbeid, med sikte på å gjøre justeringer for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for å bemanne tjenestene, for eksempel i helgene, og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Et mindretall er uenig i dette og ønsker verken inngåelse av sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Mindretallet mener at sentrale avtaler vil svekke arbeidstakernes medvirkning, og kan ikke se at endringer i arbeidstidsbestemmelsene vil innebære økt rekruttering eller at det blir enklere å beholde personell i sektoren.

Bergen kommune støtter flertallets synspunkt. Vi er enig i at et godt partssamarbeid er viktig, men at det er utfordrende når dette medfører så store begrensninger på arbeidsgivers styringsrett og mulighet til å gi forsvarlige tjenester. Videre trekkes frem behovet for å utvikle ordninger for å kvalifisere dem uten formal kompetanse, og legge bedre til rette for etter- og videreutdanning. Bergen kommune er enig i dette. Videre er Bergen kommune enig i at det fremover vil være behov for store omstillinger innen helse- og omsorgstjenestene, bedre organisering, større grad av heltid, og redusert sykefravær vil bidra til økt kapasitet i tjenestene.

Bergen kommune registrerer at helsepersonellkommisjonen konkluderer med at kommunene i fremtiden vil ha behov for en større andel av tilgjengelig helsepersonell. Samtidig er en innforstått med at det er flere oppgaver som må løses av færre. Dette stemmer godt med Bergen kommunes erfaringer. Selv om det historisk har vært en økning i helsepersonell, er utviklingen i økt arbeidsmengde per ansatt, som helsepersonellkommisjonen beskriver, noe en også har sett i kommunehelsetjenesten de siste årene.

Det en derimot ikke har sett, er insentiver og virkemidler som vil gjøre det mer attraktivt for helsepersonell å jobbe i kommunene versus i spesialisthelsetjenesten. Skal en sørge for at flere helsemedarbeidere velger å arbeide i kommunene, må lønns- og arbeidsvilkår

avstemmes slik at tjenestene oppfattes som like attraktive. Det er en rekke virkemidler som kan tas i bruk for å oppnå dette, men for at det skal skje i praksis må overordnede helsemyndigheter ha en bevisst og langsiktig tilnærming til problemstillingen.

Folkehelsearbeid og forebygging:

Fokus innledningsvis handler kun om å forebygge sykdom og begrense/utsette behov for hjelp fra helse- og omsorgstjenester. Men vel så viktig er det å framheve betydningen av at helsefremmende og forebyggende innsats også bidrar til høy sysselsetting som følge av en friskere befolkning. Klarer vi i tillegg å bekjempe sosiale forskjeller i helse, forebygge utenforskap, ensomhet og fremme inkludering i arbeidslivet, vil enda flere kunne stå i arbeid etter evne, men også lengre selv om man blir eldre. I kapittel 8. kommer det frem at “det følger betydelige helse- og personellmessige og økonomiske gevinster i et godt folkehelsearbeid ...” Men det blir litt svakt i forhold til den samfunnsøkonomiske gevinsten en frisk befolkning med små forskjeller faktisk innebærer.

Kommentarer til kapittel 2 – «Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft»

Bergen kommune mener at helsepersonellkommissjonens vurderinger av behov for fremtidig helsepersonell også eksplisitt må synliggjøre behovet for vernepleiere tilsvarende hva gjelder behovet for sykepleiere. Dette er en svakhet ved rapportens kapittel 2, og vektleggingen av profesjonen burde, sammen med sykepleiere, fremgått av kapitteloverskriften forslagsvis som «*Tilbud og etterspørsel for sykepleiere og vernepleiere*». Kapitlet burde fremheve dette kompetansebehovet generelt, og spesielt knyttet til tjenestetilbudet til utviklingshemmede. Generelt fordi vernepleiere står likt med sykepleierfaget knyttet til kompetanse, og spesielt fordi tjenestene til utviklingshemmede er omfattende både i Bergen og i landet for øvrig – og også fordi målgruppen profitterer på den vernepleiefaglige kompetansen. Med mer enn 1300 tjenestemottakere med utviklingshemming i Bergen er kommunen særs avhengig av å få tilført vernepleierkompetanse.

Kommentarer til kapittel 3 – «Organisering av helse- og omsorgstjenestene og godkjenningsordningene for helsepersonell»

Ingen innspill.

Kommentarer til kapittel 4 – «Status og utvikling for personellet i helse og omsorgstjenestene»

Ingen innspill.

Kommentarer til kapittel 5 – «Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell»

Bergen kommune vurderer det som en svakhet ved rapporten at rekrutteringskonkurransen som foreligger mellom de statlige helseforetakene og kommunene ikke tydeliggjøres på en god nok måte. Bergen kommune er av den oppfatning at det i dette spørsmålet klart må fremgå at det foreligger et behov for et godt, og helst regulert, samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. De to nivåene utgjør sammen den totale helse- og omsorgstjenesten, og erfarer samme utfordringsbilde. For å sikre en bærekraftig tjeneste på begge nivå fordrer dette felles forståelse, engasjement og tiltak – men også lovkrav og finansieringssystemer som fremmer dette.

Bergen kommune mener at viktige strategier for rekrutteringsutfordringene må være å videreutdanne/-utvikle egne ansatte og ledere og slik sørge for økt kapasitet/kvalitet i tjenesteproduksjonen samt bedre organisering av arbeidsprosessene.

Bergen kommune mener at det hadde vært nyttig om Helsepersonellkommissjonen i større grad hadde sett på de økonomiske rammene. Det gjelder de økonomiske rammene for rekruttering i helse- og omsorgssektoren, og handlingsrommet for både kommune- og

spesialisthelsetjenesten. Bergen kommune etterlyser en drøfting av hvordan det påvirker rekruttering og beholde personell for å bidra til faglig forsvarlige og stabile tjenester.

Kommentarer til kapittel 6 – «Helsepersonellkommisjonens tolkning av utfordringer knyttet til fremtidig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene»

Bergen kommune mener at Helsepersonellkommisjonen i større grad kunne drøftet mer konkrete tiltak som ville bidra til å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i framtiden – og forutsetningene for å lykkes i dette. Dette bør også innebære en drøfting av de muligheter som ligger til lovgiver. Lovkravene i seg selv skal bidra til å sikre kvalitet i tjenestene, men med den framtidige veksten i tjenestebehovet, og mangel på helsepersonell i tjenesteutøvelsen vil kommunene bli sterkt utfordret på å klare å levere tjenester i tråd med lovkrav. Det gjelder både oppdragene i seg selv og kompetansekrav. Det er viktig at lovverket bidrar til bærekraft uten å forringe kvalitet i tjenestene. Bergen kommune etterlyser derfor omtale av det som ligger til lovgivers muligheter og rolle til fordel både for kvalitet, bærekraft og likeverdig tilgang på helsetjenester.

Det er også viktig å se på muligheter som ligger i selve organiseringen av tjenestene, og om kompetansen til de ulike helseprofesjonene brukes riktig. I Bergen har vi for eksempel gjennomført flere omstillingsprosjekt som har redusert behovet for sykepleiere.

Når personer med store omsorgsbehov er gitt rett til individuelle tjenester der de selv velger å bo, gir dette allerede i dag kommunen enkelte ganger store utfordringer med å skaffe tilveie tilstrekkelig personell med rett kompetanse. I mange tilfeller vil det å gi tilbud til sterkt funksjonshemmede i boliger innen et avgrenset område/samme bygg, gi en mer effektiv drift enn å gi individuelle tjenester i boliger som ligger spredt i kommunen. Å måtte flytte for å få tjenester vil av mange funksjonshemmede oppleves som en klar forringelse av tilbudet. I framtiden er det vanskelig å se for seg at det vil bli mulig å levere tjenester med dagens rettighetsfesting. Her trengs det mer kunnskap og kostnader ved ulike løsninger må vurderes grundig.

Helsepersonellkommisjonen kunne med fordel drøftet en strategi knyttet til lovkravene, herunder drøftet behov for å legge inn flere kompetansekrav i ulike utdanningsløp. Ikke minst knyttet til de kompetansekrav som ligger til kapittel 9 i Helse og omsorgstjenesteloven om bruk av tvang. Herunder de utfordringer som vil følge av en eventuell generalisert tvangslovgivning etter dette lovverket. Er det mulig å tilpasse kompetansekravene uten å forringe kvaliteten – og slik fremme bærekraft?

Bergen kommune mener at med de store utfordringene helseomsorgstjenestene står ovenfor, langsiktig og i nær fremtid, vil rettighetsforståelse og forventninger fra borgerne være noe Helsepersonellkommisjonen burde belyst – og gjerne foreslått en strategi i forhold til.

Kommentarer til kapittel 7 – «Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene»

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det bør nedsettes et utvalg som får i oppgave å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå. Begrunnelsen er at det vil kunne redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen. Bergen kommune forstår helsepersonellkommisjonen slik at Staten bør overta de oppgavene som i dag ligger til kommunene. Denne slutningen er mulig som følge av at et mindretall av helsepersonellkommisjonen motsetter seg forslaget med begrunnelse i at en ett-nivå-løsning vil gi ytterligere sentralisering og standardisering av tjenestene og gi løsninger som i liten grad er tilpasset lokale forhold og den enkelte bruker.

Bergen kommune er enig i mindretallets vurdering hva gjelder å samle helse- og omsorgstjenestene på ett/samme forvaltningsnivå. Bergen kommune vil understreke at slike store omorganiseringsprosjekter medfører ressursmessige omkostninger. I tillegg vil det ta lang tid før eventuelle gevinster kan hentes ut av et slik prosjekt, hvis mulig i det hele tatt. Ikke bare skal veldig ulike fag- og ledelseskulturer forenes, det er vil også kreve dyp integrasjon på fag- og støttesystemsidene. Det kan her vises til det krevende arbeidet med å realisere «Én innbygger én journal». Bergen kommunes vurdering er at bemannings- og rekrutteringsutfordringene trenger tiltak som kan gjennomføres nå!

For det andre kan det også være store interne samhandlingsutfordringer og tidvis usunn konkurranse internt i organisasjoner. Særlig gjelder dette store organisasjoner som er krevende å lede på en enhetlig måte, og hvor avdelinger og fagområder kan ha ulike rasjonaliteter og strategier som virker motstridene på målet om å oppnå effektiv ressursutnyttelse. Vi ser det både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor. Bergen kommune mener at etablering av en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenesten handler mer om å endre ledelseskulturer enn å flytte på organisatoriske grenser.

For det tredje er Bergen kommune enig med helsepersonellkommissjonens mindretall som påpeker at sentralisering og standardisering kan gi løsninger som ikke er tilpasset lokale muligheter og begrensninger. Vi har lang erfaring med å samhandle med de 18 kommunene og spesialisthelsetjenesten i Helsefelleskapet i Bergensområdet. Selv om generalistkommuneprinsippet gjør at Modalen med sine 372 innbyggere har de samme kravene på seg som Bergen kommune, vil ulikhetene i størrelse og nærhet til sykehus kreve ulike løsninger. Bergen kommune er av den oppfatning at flytting av styringen av tjenestene til statlig nivå vil gjøre det vanskeligere å finne de gode lokale tilpasningene.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er også en del av en større sammenheng hvor det daglig samarbeides tett med andre sektorer eksempelvis sosial, oppvekst, plan og bygningsmyndighetene, bymiljøetat, frivillighet og kultur for å få til de gode løsningene for innbyggerne. Dette tverrsektorielle samarbeidet er særlig viktig med tanke på å forebygge og utsette innbyggernes behov for helsetjenester, hvor det viktigste arbeidet nettopp skjer utenfor helse- og omsorgstjenestene. Bergen kommune mener at målet om å samle helsetjenestene på ett felles forvaltningsnivå dermed kan gå på bekostning av samarbeidet opp mot øvrig kommunal sektor og være til hinder for folkehelsearbeidet i kommunene. Bergen kommune vil fremheve at f.eks. helseinstitusjoner er en del av kommunenes helsetilbud, men en vesentlig del av helsetilbudet er knyttet til legevakt og omsorgstjenester som er sterkt knyttet til lokalmiljøet og hvor tilgjengelighet er nøkkelen til et godt tilbud. Samtidig må det i fremtiden være en større del av helsehjelpen som gis i hjemmet og utenfor sykehus og institusjoner hvis en skal kunne løse utfordringen en står ovenfor.

Det er «*tid for handling*» og Bergen kommune mener derfor at man heller enn å samle alle helse- og omsorgstjenester på ett felles forvaltningsnivå, må vurdere tiltak som kan gi raske effekter og som kan gjennomføres med enkle virkemidler.

Samhandlingsreformen har vært en oppgaveoverføringsreform hvor kommunene har overtatt en stadig større del av behandlings- og oppfølgingsansvaret i pasientforløpene fra sykehusene, uten at dette er tilstrekkelig kompensert for i form av ressurser og kompetanse. Antakelsen har vært at oppgavene kan utføres billigere i kommunen. Det forefinnes i dag forsknings- og erfaringsbasert kunnskap som viser at dette i betydelig grad ikke medfører riktighet. Det er Bergen kommunes påstand at det i dag utføres avanserte medisinske behandlingsoppgaver i mindre kommunale enheter som trolig kunne ha vært løst mer effektivt av større robuste fagmiljøer i sykehuset.

Det er spesialisthelsetjenesten som gjennom «*forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*» definerer hvilke pasienter og tilstander kommunene skal håndtere. Det er Bergen kommunes påstand at det ofte er hensynet til kapasiteten i spesialisthelsetjenesten som avgjør hvorvidt pasienter skal skrives ut. Vi erfarer fortsatt at

det skrives ut flere pasienter på fredag før helg. Det er ikke vurdert om det mer effektiv ressursbruk samlet sett, eller om det er til det beste for pasientene.

Bergen kommune har etablert kommunale øyeblikkelig hjelp-senger (ØH-senger) for å forhindre unødvendige sykehusinnleggelse. Vi erfarer at antall sengeplasser har vært kraftig overdimensjonert i de aller fleste kommuner, og vi har heller ikke sett ønsket effekt av tilbudene. Vi konstaterer at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten ikke er redusert, og har hatt utfordringer med å finne andre målgrupper som kan ha nytte av tilbudet. Resultatet er at sengene i mange kommuner koster langt mer enn tilsvarende senger i spesialisthelsetjenesten. Trolig tilbyr vi i dag også døgnopphold til pasienter, bare fordi vi har et tilbud som til enhver tid har ledig kapasitet. Bergen kommune mener det er på tide med en kritisk gjennomgang av samhandlingsreformens mange konsekvenser, hvor formålet med gjennomgangen må være å vurdere om prinsippet om beste effektive helse- og omsorgsnivå i alle tilfeller etterleves.

Samtidig må virkemiddelapparatet i reformen vurderes. Bergen kommune ser blant annet at «forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» i mange tilfeller kan være til hinder for god pasientbehandling og ressursutnyttelse på tvers av nivåene. I tillegg er det fremdeles et stort behov for at det gjøres endringer i finansieringssystemene, slik at ressursene i større grad følge pasientene enn i dag. Før det skjer klarer ikke kommunene og spesialisthelsetjenesten å finne løsninger som kan gi signifikante effekter på samlet ressursbruk.

Dersom forslaget i kap. 7 om å vurdere behov for en større omorganisering av helse- og omsorgstjenestene skal legges til grunn, er det Bergen kommunes vurdering at dette må baseres på et grundig og omfattende forskningsarbeid, med utgangspunkt i eksisterende kunnskap og kunnskapsbehovene i tjenestene. Bergen kommune mener det er spesielt viktig å se på effekter av omorganiseringstiltak for kommunene ut fra deres brede helse- og omsorgsoppdrag. Aktiv kommunedeltakelse i forskningsarbeidet og ressurser til dette blir viktig. Videre kreves implementeringsforskning og beslutningsprosesser som muliggjør kunnskapsbaserte valg.

Kommentarer til kapittel 8 – «Oppgavedeling»

Bergen kommune mener at arbeidet mot bedre oppgavedeling er mangefasettert. Det dreier seg dels om oppgavedeling mellom ulike virksomheter, både mellom og innad i nivåene i helsetjenesten. Dels dreier det seg om oppgavedeling mellom ulike grupper helsepersonell. Dels dreier det seg om fordelingen av det enkelte helsepersonells arbeidstid mellom pasientrettet og annet arbeid som dokumentasjon, rapportering og uhensiktsmessig attesting. Helsepersonellkommisjonen har omtalt behovet for automatisering av arbeid som ikke krever direkte kontakt med pasient. Men Bergen kommune kan ikke se at helsepersonellkommisjonen har omtalt uhensiktsmessig attesting, hvor attest for korttidsfravær fra skole og arbeid utgjør det største volumet. Når det gjelder endringer i oppgavedeling mellom ulike virksomheter og mellom ulike grupper helsepersonell er dette ikke nytt. Det er, etter Bergen kommunes vurdering, en kontinuerlig og pågående prosess. Men det er en hyppig forekommende problemstilling at oppgaver som en virksomhet eller helsepersonellgruppe ønsker å overlate til andre, ikke er de samme oppgavene som andre ønsker å overta. Det gjør at ideer om endringer kan være ekstra krevende og ikke alltid er gjennomførbare.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommisjonens anbefaling om at det er oppgaver i helsetjenestene som kan løses av andre yrkesgrupper enn dem som i dag utfører disse. Dette gjelder også personell uten helsefaglig kompetanse. Større fleksibilitet i hvem som kan utføre og være ansvarlig for oppgavene, og større mobilitet av personell mellom de ulike yrkesgruppene innenfor helsesektoren kan tjene dette formålet. Et kvalitetsutviklingsprogram bør derfor også gjenspeiles i helsefagutdanningene for å gi større mobilitet mellom yrkesgrupper og større fleksibilitet med tanke på arbeidsoppgaver. Å styrke

generalistkompetansen, også gjennom variert og mindre spesialisert praksis i grunnutdanningene, kan være en naturlig del av dette.

Bergen kommune er enig i at helsepersonell ikke bør brukes til å løse utfordringer som ikke er av helsemessig art. Demografiframskrivninger viser at det kan forventes flere aleneboende voksne og eldre. Dersom innbyggere uten pårørende blir hjelpetrengende og ikke selv klarer å ivareta praktiske aktiviteter som må til for å bo i eget hjem, fordrer at det finnes offentlige ordninger som kan avhjelpe.

Verge er en ordning, som på noen områder, kan avhjelpe personer som ikke kan ta hånd om egne interesser på grunn av skade, sykdom eller funksjonsnedsetting. Bergen kommune mener det er viktig å tilrettelegge for at ordning med verge raskt kan etableres når behovet oppstår. Det er også behov for å avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom helsetjenestene og vergeordningen. Bergen kommune mener at det er uheldig at knappe helsefaglige ressurser, det være seg i kommunale institusjoner eller hjemmebaserte tjenester, benyttes til «praktiske oppgaver» eller ikke-helsefaglige oppgaver. Bergen kommune mener at denne problemstillingen er underkommunisert, og må løftes dersom vi skal lykkes med at innbyggere skal bo lengst mulig i eget hjem, og ha helse- og omsorgspersonell som mestrer arbeidshverdagen.

Det er viktig å kommunisere hvilke forventninger innbyggere kan ha til kommunens helse- og omsorgstjenester, og hvilke oppgaver som bør gjøres av andre. Ulike forventninger øker risikoen for mistillit mellom innbyggere og helse- og omsorgstjenestene, mens tydelige forventningsavklaringer og god informasjon øker tilliten i befolkningen. Et godt omdømme av kommunens helse- og omsorgstjenester, er viktig for at innbyggerne skal føle trygghet for at de får forsvarlige helse- og omsorgstjenester når de trenger det. Et godt omdømme er også et suksesskriterium for at helsepersonell vil jobbe i kommunens helse- og omsorgstjenester. Kommunene og Staten må jobbe sammen for å skape realistiske forventninger i befolkningen for hva kommunens helse- og omsorgstjenester kan og skal ha ansvar for.

8.4.3 «Hus-og-hytte» - kombinerte stillinger innen tjenestene

Bergen kommune ser at kombinerte stillinger kan bidra til økt forståelse mellom tjenestesteder og mellom praksis og academia. Det er imidlertid viktig å vurdere fordelene opp mot eventuelle ulemper for brukerne. Det er en utfordring at brukere av hjemmesykepleien synes det er for mange ulike hjelpere. For å lykkes med å redusere antallet hjelpere, bør vi tilstrebe heltidsstillinger i kommunens helse- og omsorgstjenester.

8.4.6 Arealer og bygg som bidrar til å fremme riktig oppgavedeling

Bergen kommune savner forslag/eksempler knyttet til kommunehelsetjenesten. Det være seg sykehjem, omsorgsboliger, tjenestebaser for hjemmesykepleien, fastlegekontor, helsestasjon, dagsenter osv.

Arealeffektive bygg:

Bergen kommune savner forslag til arealeffektivisering samt relevant ny velferdsteknologi. Aktuelle tiltak kan være nettvarder, kameraløsninger, sensorløsninger, i tillegg til effektiv plassering av støttefunksjoner i et bygg for å unngå unødvendig «transport» av personell. Bergen kommune mener det er nødvendig å se på organisering av tjenestene opp mot nye bygg og oppgradering av eksisterende bygg.

Kommunene etablerer i stadig større grad turnusløsninger som innbefatter langvakter. Personell i langvakter har behov for hvilemuligheter. Byggene må tilpasses dette, og fasilitetene kan eventuelt gis flere funksjoner.

Monitoreringsverktøy:

Bergen kommune savner en drøfting av om- og i hvilken grad det skal tas i bruk monitoreringsverktøy for å kunne gi flere brukere i døgntjenestene riktig bistand til riktig tid. Typisk kan nevnes nettvarder opp mot pasienter med vedtak om tilbakeholdelse i institusjon,

jf. kapittel 4A i pasientrettighetsloven, og brukere som frivillig ønsker økt trygghet. Det må vurderes etablering av infrastruktur som støtter bruk av sensorer; sensor for kamera, usynlig sengegrind (vedtak kapittel 4A eller frivillig), belysningssensorer, med mer. Videre bør etablering av badersløyser som fremmer lengst mulig grad av selvstendighet hos bruker vurderes. Badersløyser må også tilrettelegges for bistand for personalet i forflytningsøyemed.

Bergen kommune erfarer økt behov for frivillig innsats knyttet til brukere som mottar kommunale helsetjenester. Følgelig må det tilrettelegges areal for frivillige for organisering av deres arbeid.

Effektive avfallsløsninger må ivaretas med f.eks. avfalls- og tøysug. Avfallssuget kan gjerne ha flere fraksjoner. Dette frigjør pleiepersonalets ressurser, som heller kan benyttes til pleieoppgaver fremfor å transportere avfall og urent tøy.

Kommentar til figur 8.4 – sentrale aktører.

- Her bør det legges til utbyggere og kompetanse for helsebygg. Videre vil Plan og bygningsetaten være sentral aktør, i forhold til områdeplaner og behov for helhetlig planer for fremtiden med tanke på boform.
- Klimakrav bl.a. med arealnøytralitet og grønn struktur kan ødelegge for utbygging og etablering av effektive bygg. Et helsebygg, som et sykehjem, bør bygges i en størrelse som samler et godt fagmiljø og gir driftsfordeler. Sambruk av arealer opp mot andre kommunale oppgaver kan gjøre byggene mer arealeffektive og sikre bruk gjennom døgnet.
- Føringer fra myndighetene kan gjøre det vanskelig å bygge effektivt og driftsfordelaktig. Eksempel her kan være størrelse på bogrupper jf. Husbankens krav. Desto mindre bogrupper desto mer behov for personell, eller arbeid på tvers av flere bogrupper.

Bergen kommune er positive til forslaget i kap. 8 til et evaluerings- og kvalitetsutviklingsprogram for organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene. Dette krever omfattende følgeforskning for å sikre at kunnskapsbaserte oppgavedelingstiltak utvikles.

Kommentarer til kapittel 9 – «Arbeidsforhold og arbeidstid»

Rapporten legger til grunn at heltidskultur vil bidra til økt kvalitet, bedre arbeidsmiljø og tilstrekkelig kompetanse i tjenestene, og at fortrinnsrett til utvidet stilling for deltidsansatte vil bidra til redusert bruk av deltid, selv om deltidsarbeid er høyest blant de yngste og de eldste arbeidstakerne, og ikke alltid er ufrivillig. Omsorg i hjemmet tilbys som årsaksforklaring for grunnlaget for deltidsstillinger. Rapporten belyser i liten grad at det blant de deltidsansatte finnes en stor andel også er studenter, personer med nedsatt arbeidsevne og lignende. Bergen kommune vurderer at det ville være hensiktsmessig å tydeliggjøre vekten av «ønsket deltid», slik at dette kan bli sett i sammenheng med den overordnede målsettingen om heltidskultur, og slik bidra til et bredere og mer nyansert bilde.

Videre pekes på at sykefraværet er høyest blant kvinner, og høyere i helse- og omsorgstjenestene enn i arbeidslivet ellers. Menn i de kommunale helse- og omsorgstjenester har også vesentlig høyere sykefravær enn menn i andre deler av kommunal sektor. Hva gjelder rekrutteringsproblematikk og misnøye med arbeidsforhold vil Bergen kommune fremheve viktigheten av at nyansatte gis en god start i ansettelsesforholdet og gode mentorordninger. Traineestillinger og mottakspakker kan nevnes som hensiktsmessige virkemidler. Kommunale ledere må ha en proaktiv tilnærming til sykefraværsproblematikk.

Rapporten viser til STUNTH-prosjektet v/NTNU. Her nevnes jobbtillfredshet, innflytelse, kontroll over tiden, struktur og et godt kollegialt miljø som viktige faktorer for et samlet sett godt arbeidsmiljø. Videre pekes på faglig og personlig utvikling, variasjon i arbeidet og

fleksible arbeidstider, samt pauser og mulighet for å hente seg inn som viktige faktorer for å opprettholde motstandskraft mot belastninger. Lederkompetanse fremheves som viktig da ledelse og organisering av arbeidet spiller en avgjørende rolle. Bergen kommune tiltrer helsepersonellkommisjonens vurderinger.

Lønns- og arbeidsbetingelser inngår ikke i helsepersonellkommisjonens mandat. Men helsepersonellkommisjonen peker likevel på den høye organiseringsgraden, de mange ulike tariffavtalene og ulikheter mellom tariffavtaler i KS og Spekter, samt innad i Spekter. Helsepersonellkommisjonen mener likevel at det er handlingsrom innenfor modellen, og endringer i arbeidstidsordninger som gir økt produktivitet nevnes som et eksempel som vil kunne forsvare særskilte lønnstillegg, så lenge samlede utgifter i sektoren ikke økes. Også andre arbeidsbetingelser vil kunne innføres enten gjennom drøftinger eller av arbeidsgiver, for eksempel tiltak knyttet til etter- og videreutdanning, permisjonsrettigheter eller ulike seniorpolitiske tiltak. Bergen kommune er enig i at det fremover vil være viktig å drøfte ulike modeller for å møte utfordringer knyttet til å få nok og riktig kompetanse gjennom døgnet og uken.

Helsepersonellkommisjonen peker videre på at det må tilrettelegges for at helsepersonell kan stå lenger i jobb, da mange går tidlig ut av arbeidslivet, for eksempel som følge av tidlig uførhet. Videre pekes det på at særaldersgrensene ikke har økt tilsvarende som aldersgrensene etter arbeidsmiljøloven, og at det pågår et partssammensatt arbeid i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på hvordan yrkesgrupper med særaldersgrenser skal bli tilpasset det reviderte pensjonssystemet.

Bergen kommune slutter seg til helsepersonellkommisjonens vurdering at vi i fremtiden vil ha færre helsepersonell per pasient. Men i den sammenheng burde det vært lagt større vekt på den store økningen i antall yrkesaktive som kunne vært oppnådd dersom faktisk pensjonsalder ble øket. Det er mange i alderen 65-75 år med fortsatt arbeidsevne og arbeidslyst som presses ut av arbeidslivet, dels på grunn av formelle og uformelle utestengelsesordninger, dels fordi noen kontraproduktive samordningsregler gjør at mange offentlig ansatte taper store deler av sin tjenestepensjon ved å arbeide ut over gjengs pensjonsalder. Den potensielle gevinsten ved øket faktisk avgangsalder er så vidt nevnt i rapporten, men helsepersonellkommisjonen viser deretter til Pensjonsutvalgets forslag om å gjennomføre generelle seniortiltak for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i jobb før pensjonering.

9.5.2 Arbeidstidsordninger – myndighet og ansvar

Det vises til arbeidet i Arbeidstidslovutvalget og Sysselsettingsutvalget hvor en har vurdert om det trengs en særlig arbeidstidsregulering av helse- og omsorgssektoren, og det pekes på at det kan stilles spørsmål ved om arbeidsmiljøloven, slik den er utformet i dag, støtter opp om virksomhetenes ansvar og myndighet herunder deres behov for å ha tilstrekkelig bemanning, hele stillinger og god kvalitet på tjenesten gjennom døgnet. Bergen kommune mener det er viktig at de driftsmessige forutsetninger hva gjelder i hvilken grad gjeldende lov- og avtaleverk møter helse- og omsorgssektorens behov gjennomgås. Bergen kommune stiller seg derfor positiv til en slik gjennomgang hvor siktemålet må være å etablere et bedre tilpasset lov- og avtaleverk, og som for kritiske områder bør ligge til de sentrale partene å avtalefeste. Bergen kommune opplever særlig utfordringer med å få tilstrekkelig og kvalifisert personell til å jobbe i helger. Vi mener økt bruk av langvakter i helger vil gjøre det mer attraktivt å ta helgevakter som følge av bedre økonomisk uttelling, samt mer fritid for de ansatte. Vi mener også at langvakter vil gi større arbeidsro, mindre behov for strenge prioriteringer, samt muligheter for mer pauser.

Arbeidsgiver er i dag avhengig av arbeidstakernes godkjenning av for eksempel inngåelse av avtale om gjennomsnittsberegning for å sette opp en arbeidsplan. Vi ser for eksempel at arbeid kun hver tredje helg er vanlig, mens det etter arbeidsmiljøloven er tillatt å jobbe annenhver søndag. Bergen kommune stiller spørsmål ved om partssamarbeidet har ført til større begrensninger i arbeidsgivers styringsrett enn det lovgiver har regulert i for eksempel i

aml. § 10-8 nr. 4. Denne problemstillingen ble også drøftet av Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1, s. 213). Flertallet i Arbeidstidslovutvalgets foreslo at det burde utarbeides et nytt sett med regler for skift/turnusarbeid, som vil gi arbeidsgiver noe utvidet mulighet til å fastsette arbeidsplanene. Et flertall i helsepersonellkommissjonen vurderte at en slik begrensning i arbeidsgivers styringsrett som følge av at man er avhengig av ulike avtaler, kommer i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlig helse- og omsorgstjenester. Bergen kommune er enig i helsepersonellkommissjonens flertallsvurdering – at det må gis rom for forenkling, og at det er behov for økt styringsrett for i større grad kunne møte utfordringene ved å levere tjenestene. Det er etter vårt syn hensiktsmessig å forenkle prosesser for gjennomsnittsberegning som i dag er regulert av aml. § 10-5 gjerne som avtale inngått av de sentrale partene som nevnt over. aml. § 10-12,4 avtaler medfører også utfordringer og er lite effektivt ved at det kreves sentral behandling. Vi mener likevel ikke at drøftingsplikten ift. arbeidstid skal falle bort.

Bergen kommune mener at arbeidstakerorganisasjonene bruker bestemmelsen om krav til avtale om gjennomsnittsberegning etter arbeidsmiljøloven kapittel 10-5 slik at de i praksis har veto mot alle forhold knyttet til arbeidstid og i noen grad arbeidsavtalen. For eksempel brukes bestemmelsen til å sette veto mot avtaler dersom det er en eller flere vakante vakter i turnus eller til å kreve en særskilt vaktlengde. Bergen kommune vurderer at dette ikke er i tråd med lovens intensjoner. Dagens regelverk er komplisert, og at det dermed virker hemmende både for partssamarbeidet, og for arbeidsgivers styringsrett. Herunder er arbeidsmiljøloven §10-12 (4) ikke tilpasset turnus. Prosedyrer for inngåelse av turnusavtaler bør etter vårt syn forenkles.

Vi mener også at arbeidsmiljøloven bør regulere hvor lang en vakt bør være, og at det bør åpnes for langvakter som arbeidsform. Dette har vist seg hensiktsmessig av hensyn til både tjenesteleveransene og brukerne. Videre er dette også ønskelig for arbeidstakerne da det oppleves å gi større rom for prioriteringer og pauser, og dermed virker mindre belastende. Langvakter vil også kunne bidra til å løse utfordringer ift. helgebemannning. Samtidig kan annenhver helg passe for mange, for eksempel studenter. Vi mener videre at også tydeligere hviletidsbestemmelser vil sikre arbeidstakers vern.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommissjonens forslag til tiltak, og er enige i at det bør være samsvar mellom myndighet og ansvar i arbeidstidsspørsmål. Vi imøteser også større adgang til gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Vi er også enige i 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. Hva gjelder arbeidstid vil vi avslutningsvis påpeke at det forventes endringer som krever et stort løft. Utstrakt bruk av kunstig intelligens, mer teknologi og mindre pasientkontakt krever opplæring og omstilling. Helsepersonellkommissjonen vurderer at helsearbeiderfaget må styrkes i takt med at helsefagarbeidere får en tydeligere plass og flere oppgaver i helse- og omsorgstjenestene. I slike omfattende omstillinger stilles det også store krav til ledere.

Helsepersonellkommissjonen påpeker at utdanningsløp for å kvalifisere til helsefagarbeidsfaget i liten grad er tilrettelagt for voksne, samtidig som det er et stort behov for kvalifisering av voksne inn i dette faget. I de senere år har imidlertid et betydelig antall voksne blitt kvalifisert til fagbrev innen helse- og sosialfag gjennom andre mekanismer, slik som realkompetansevurdering og tilpasset yrkesfaglig opplæring i samarbeid med arbeidsgiver. Bergen kommune støtter fleksible ordninger for kompetanseheving og vil komme nærmere tilbake til dette under våre kommentarer knyttet til kapittel 10.

9.6.2 Forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger

Helsepersonellkommissjonen 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. Helsepersonellkommisjonen anbefaler at dette gjøres innenfor programmet for riktig oppgavedeling, som er omtalt i kapittel 8. Bergen kommune imøteser at det settes av forsøksmidler.

Anbefalingene i kap. 9 (s. 178-183) om å se på tilpasninger i regelverk og organisering av arbeidstidsordninger, turnus, og hensiktsmessig bemanning på natt og helg krever, etter Bergen kommunes vurdering, også omfattende forskningsinnsats. Her blir det viktig med involvering av ledere og ansatte i ulike tjenester, samt fagforeningene, i forskningsaktiviteter og kunnskapsbasert tjenesteutvikling. Dette for å sikre deres perspektiver fra arbeidshverdagen og eierskap til løsningene som utvikles.

Vektleggingen i kap. 9 av heltidskultur og å redusere ufrivillig deltid er viktig. Bergen kommune ser behov for mer forskning på hvordan man tilrettelegger for en økonomisk bærekraftig heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, det totale kostnadsbildet for tjenester med høy deltidsandel – inkludert «skjulte kostnader» med administrasjon og «ad hoc»-løsninger – samt årsaker til ufrivillig deltid. Bergen kommune har ledet et forprosjekt på dette temaet, med målsetning om et større forskningsprosjekt på sikt.

Kommentarer til kapittel 10 – «Utdanning og kompetanseheving»

Bergen kommune er enig i at andelen helsefagarbeidere bør økes i helse- og omsorgstjenestene. Kommunen har allerede utfordringer med å rekruttere helsefagarbeidere til ubesatte stillinger. Det er viktig at kvaliteten i utdanningsløpet holder et tilstrekkelig faglig nivå og at det skapes kultur, struktur og insentiver for livslang læring. Først og fremst er dette viktig for å sikre at helsepersonell gir forsvarlige tjenester. Det er også viktig å sikre en praksisundervisning som gjør det mulig for tjenestene å holde seg faglig oppdatert, og endre/omstille seg som følge av ny tilgjengelig kunnskap. Bergen kommune tiltrer Helsepersonellkommisjonens vurdering, særlig hva gjelder styrking av allmenn/generell praksisundervisning. Men Bergen kommune vil samtidig på det sterkeste anføre viktigheten av at det tilføres midler tilsvarende hva som er situasjonen for spesialisthelsetjenesten.

Her ønsker Bergen kommune ytterligere å synliggjøre at kommunen har mange ufaglærte ansatte som ønsker å kvalifisere seg til helsefagarbeider, men hvor kvalifiseringsordningene, som helsepersonellkommisjonen påpeker, viser seg vanskelig å gjennomføre bl.a. som følge av manglende finansiering. Bergen kommune utdannet 60 ufaglærte til helsefagarbeider gjennom ordningen «Fagbrev på jobb» i 2020-2021, og det er stort behov for å styrke finansieringen av denne ordningen slik at flere av våre ansatte kan oppnå fagbrevkompetanse raskere og med god kvalitet. Dagens praksiskandidatordning, som ikke er en opplæringsordning, er ikke bærekraftig for å kvalifisere ansatte til fagbrev i helsefagarbeiderfaget utfra det identifiserte behovet Bergen kommune har og den rollen denne yrkesgruppen skal ha i våre tjenester.

Bergen kommune har gode erfaringer med rekruttering av helsefagarbeidere gjennom prosjektet «*Menn i helse*» som er et komprimert utdanningsløp frem mot fagbrev som helsefagarbeider. Prosjektet har bidratt til økt rekruttering til våre tjenester, økt mangfold gjennom bedre kjønnsbalanse i tjenestene og flere som er tilbakeført til arbeidslivet etter å ha stått utenfor i en lengre periode. Bergen kommune vurderer det som positivt at prosjektet nå også tilbyr tilsvarende utdanningsløp for kvinner som ønsker å jobbe i helse- og omsorgstjenestene. Bergen kommune vurderer disse menneskelige ressursene som en "ikke-utnyttet ressurs". Dette er personer som i stor grad har lang og annen erfaring fra arbeidslivet, men som for eksempel av helsemessige årsaker ikke kan fortsette i sine opprinnelige jobber. Følgelig er det i all hovedsak ingen umiddelbar og naturlig kopling mellom hva som var deres tidligere jobber/stillinger og en karriere i helse- og omsorgssektoren. Men dette er motiverte personer med en positiv og konstruktiv tilnærming til helse- og omsorgsoppgavene. Det er Bergen kommunes erfaring at disse menneskene finner seg godt til rette i tjenestene og blir gode helse- og omsorgsarbeidere. Bergen kommune er også av den oppfatning at deres avvikende jobberfaring sammenholdt med hva

som er hovedvekten blant helse- og omsorgspersonellet for øvrig bidrar med alternative perspektiver og samlet bidrar til et bedre psykososialt- og faglig miljø.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommissjonens vurdering av betydningen av god språkkompetanse for å ivareta god kvalitet i tjenestene og pasientsikkerhet. For å sikre nødvendig kompetanseheving i norsk språk er det viktig at ansvar, varighet og finansiering av dette tydeliggjøres og sikres for ansatte hvor rett til gratis opplæring er utløpt, men hvor behovet for mer språkopplæring fortsatt er gjeldende.

Bergen kommune deler helsepersonellkommissjonens vurdering av at elever på helse- og oppvekstfag som velger påbygg til generell studiekompetanse som alternativ vei til sykepleierutdanningen er uttrykk for at helsefagarbeiderfaget ikke ses på som attraktivt nok karrierevalg i dag. Helsepersonellkommissjonens forslag om at det igangsettes nye forsøk med y-vei for helsefagutdanninger støttes av Bergen kommune da vi erfarer at det med dagens opptaksreglement er krevende for helsefagarbeidere å utdanne seg videre til sykepleier/vernepleier. Rekrutteringsmulighetene vil styrkes gjennom et godt utbygget fagskoletilbud og y-vei for helsefagutdanningene.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommissjonens anbefaling om at elever og studenter innen helsefag bør få erfaring med tredelt turnus som del av sine praksisstudier. Mange av våre praksisveiledere jobber turnus, inkludert langvakter, og det vil styrke kvaliteten på veiledning i praksis at elever og studenter kan følge veiledernes arbeidstid. Samtidig vil de få et bedre og mer helhetlig innblikk i tjenestene og de oppgaver som skal ivaretas gjennom døgnet.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommissjonens forslag til tiltak for å utvikle nye pedagogiske modeller for hvordan praksisundervisning kan gjennomføres med mindre ressursbruk og økt kvalitet i tråd med modellene som er utviklet gjennom Direktoratet for høyre utdanning og kompetanse *Pilotordning for kommunal praksis i helse- og sosialfagutdanningene* og at disse finansieres for implementering og drift.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommissjonens anbefaling om at finansiering av økt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsansvar må sikres. Nye retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS) innebærer at større del av praksis for disse utdanningene skal gjennomføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette medfører økt press på veiledningsressurser, bl.a. som følge av at det ikke er tilgjengelige faglige ressurser innenfor alle fag innenfor alle kommunens tjenesteområder. I tillegg krever det tid avsatt til å følge opp studenter i praksis for å sikre god kvalitet på praksisgjennomføringen samt samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Bergen kommune støtter helsepersonellkommissjonens forslag om mer bruk av felles emner, felles kompetanseområder og felles tverrprofesjonell praksisundervisning i profesjonsutdanningene for å styrke forutsetningene for samarbeid og oppgavedeling mellom profesjoner. Bergen kommune ser viktigheten av at særlig sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter får økt forståelse for- og innsikt i hverandres kompetansefelt. Dette mener vil gjøre det enklere å enes om felles prioriteringer i en fremtid med knappe ressurser ift. helsepersonell.

Bergen kommune er positiv til at kombinerte stillinger mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene brukes i større grad, og at de knyttes tettere til veiledningsoppgaver for både ansatte og studenter.

Bergen kommune er positiv til helsepersonellkommissjonens forslag om å utrede hvordan kompetansesentre og kompetansetjenester kan utvikles og knyttes nærmere helse- og omsorgstjenestene for å bidra til å heve kvaliteten og kompetansen i tjenestetilbudet. Dette vil være særlig nyttig i forhold til internopplæring og etterutdanningsaktiviteter for ufaglærte og fagarbeidere som ikke kvalifiserer eller ønsker å utdanne seg videre.

Bergen kommune er svært positive til anbefalingen i kap. 10 om å jobbe systematisk med kunnskapsdeling og implementering av kunnskap og kompetanse. Tilgjengeliggjøring av forskningslitteratur for kommunene blir sentralt. Her har Bergen kommune et prosjekt i samarbeid med FHI, HVL og KS, for å få formidlet ut relevant oppsummert forskning basert på kommunenes innmeldte kunnskapsbehov på en forståelig måte. Det utvikles også beslutningsstøtteverktøy som tilrettelegger for implementering av denne kunnskapen, ut fra økonomiske og organisatoriske hensyn og de ulike forutsetningene til kommunene. Dette blir viktige virkemidler i et kunnskapssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for å kunne gjøre kunnskapsbaserte prioriteringer som vil ha betydning for bemanningssituasjonen. Bergen kommune anbefaler at man ser til dette og lignende utviklingsaktiviteter for å etablere et kunnskapssystem med god forankring i kommunesektoren.

I kapittel 10 peker kommisjonen på behovet for et kunnskapssystem for kommunene, og anbefaler videre at det tilrettelegges for en tettere kobling mellom forskning og praksis. Her mener Bergen kommune det er viktig å anvende seg av etablerte strukturer som Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF) og styrke og videreutvikle disse. I KSF samles enkeltkommuner i kommuneklynger ledet av en større motorkommune. Et eksempel på dette er Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, som ledes fra Bergen kommune med syv andre medlemskommuner og syv FoU-partnere fra området. Så er det et regionalt nivå hvor klyngene samles for å ta strategiske beslutninger om forskning, som KSF Vest er et eksempel på, samt en nasjonal overbygning ledet av KS.

Gjennom KSF sikrer man en struktur for å utvikle et mer systematisk kunnskaps- og forskningsarbeid på de kommunale helse- og omsorgstjenestenes premisser. Klyngene muliggjør et aktivt samarbeid om forskningsaktiviteter og kunnskapsdeling, og et system for å prioritere henvendelser om forsknings samarbeid basert på kommunenes kunnskapsbehov. Dette gir også et felles forskningsadministrativt apparat som kommunene i klyngen får tilgang til, som et viktig knutepunkt mellom fagmiljøene i kommunene og FoU-miljøene. KSF er pilotert med nokså begrensede ressurser og handlingsrom. Det blir viktig å styrke denne strukturen med en stabil nasjonal finansiering av KSF, og å sørge for god forankring både i kommunal sektor og i forskningsmiljøene. Slik kan KSF sikre at forskningsmiljøene i større grad retter sin virksomhet mot samfunnsutfordringene og de opplevde behovene i sektoren.

Kommentarer til kapittel 11 – «Prioritering og reduksjon av overbehandling»

Helsepersonellkommisjonen gjennomgår innledningsvis ulike forhold som samlet bidrar til en dårligere utnyttelse av både finansielle og personellmessige ressurser. Under fremgår sitater fra Helsehelsepersonellkommisjonens rapport som, etter Bergen kommunes vurdering, synliggjør ulike eksempler på feil ressursbruk hentet fra rapportens kapittel 1. I rapportens kapittel 11 blir de ulike problemstillingen inngående drøftet.

Fra rapporten hitsettes:

- *«Helsepersonellkommisjonen legger stor vekt på å spre innsikt og forståelse knyttet til kostnadene ved overbehandling og lavt prioriterte tjenester» (NOU 2023:4, 2. kolonne, 2. avsnitt – side 19).*
- *«Helsepersonellkommisjonen anbefaler en gjennomgang av finansieringssystemet for å fjerne eventuelle insentiver til å tilby unødvendige og lavt prioriterte tjenester» (NOU 2023:4 2. kolonne, 3. avsnitt – side 19).*
- *«Helsepersonellkommisjonen foreslår at konsekvensene for personellbehovet innføres som krav til utredninger av foreslått politikk på helse- og omsorgsområdet. Tilsynsmyndighetene må vurdere om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig, og gjennom tilsynet bidra til riktig prioritering.» (NOU 2023:4, 2. kolonne, 4. avsnitt – side 19)*

Bergen kommune slutter seg til at det kan frigjøres mye kapasitet ved å redusere medisinsk overaktivitet (overutredning, overdiagnostikk og overbehandling) som er uten gevinst, og kan være potensielt skadelig for pasientene. Men i rapporten er dette omtalt sammen med behovet for strengere prioriteringer, noe som er noe annet. Overutredning, overdiagnostikk og overbehandling bør unngås fordi det er skadelig, mens strengere prioriteringer betyr at tilbud som er til nytte for pasienten ikke bør gis fordi høy ressursbruk ikke forsvarer nytten. I denne sammenheng etterlyser Bergen kommune en tydeligere anbefaling/avklaring når det gjelder Helsepersonellkommisjonens vurdering av hva de definerer som «lavt prioriterte tjenester», og derav hva helsepersonellkommisjonen mener skal prioriteres.

Fra kommunenes ståsted blir det viktig å løfte frem helseøkonomisk forskning og tjenesteforskning om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det trengs også mer intervensjonsforskning som kan øke kunnskapsgrunnlaget om virkningen av behandling og tiltak i primærhelsetjenesten. Slike forskningsaktiviteter må skje i tett samarbeid med kommunene.

Kommentarer til kapittel 12 – «Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene»

Helsepersonellkommisjonens rapport innleder med en intensjon om at de deler av tjenestene som ikke virker direkte på pasienten/brukeren i størst mulig grad løses ved hjelp av tekniske/digitale/automatiske løsninger. En slik tilnærming vil bidra til å frigjøre personellressurser som heller kan settes inn i direkte pasientoppfølging.

Helsepersonellkommisjonens rapport behandler potensialet knyttet til digitalisering og teknologisk utvikling grundig i rapportens kapittel 12.

Fra rapporten hitsettes:

- «... foreslår at helse- og omsorgstjenestene anvender prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad.» (NOU 2023:4, side 20, 1. kolonne, 2. avsnitt).

Bergen kommune vurderer det som hensiktsmessig at det rettes søkelys på den teknologiske utviklingen i dagens samfunn. Ved å ha fokus på teknologisk utvikling både i samfunnet og i kommunens kommunikasjonskanaler, kan en gjøre flere i stand til å ivareta egen omsorg og gjennomføre egenbehandling. Ved økt teknologisk kunnskap i samfunnet er det Bergen kommunes vurdering at man sannsynligvis vil oppleve noe lavere belastning på helsetjenestene, og reduksjon av henvendelser i kategorien «lavt prioriterte tjenester».

Fra rapporten hitsettes:

- «Ny Analyse antok at kommunene ville kunne bruke teknologi smartere slik at det kunne føre til en tilpasning av arbeidsrutiner og en modernisering av tjenestene, samt en reduksjon av personell.» (NOU 2023:4, side 261, 2. kolonne, 1. avsnitt).

Til tross for at evalueringene som blir presentert i avsnittet under viser liten eller ingen effekt av digitale løsninger knyttet til bedre mestring, er datagrunnlaget begrenset og tid ville kanskje gitt bedre svar. Bergen kommune er av den oppfatning at tidlig innsats, med individtilpassede digitale løsninger og velferdsteknologi, vil kunne øke egenomsorgen i fremtiden, og mulig redusere/utsette behov for helsetjenester. Når nybygg for seniorer, omsorgsleiligheter eller omsorg pluss anlegg planlegges, bør det i stor grad legges opp til velferdsteknologiske løsninger som gir mulighet for å supplere løsningene fortløpende. Blant annet må det sikres nok elektriske punkt og datapunkt i samtlige rom. Særlig smarte hjem-teknologier bør være en forutsetning for både private og offentlige byggeprosjekt. Her kan

nevnes mulighet for å koble til stemmeassistenter som kan hjelpe med daglige oppgaver, som å slå på og av lys, termostater, TV og annet elektronisk utstyr. Det bør tilstrebes i nye byggeprosjekter at det er mulighet for lett tilkobling av sensorteknologi, som bevegelsesaktivert lys, fallsensor, samt mulighet for varslings- og overvåkingssystemer. Ved etablering av gode TV-løsninger allerede fra byggeprosjektet, kan det tilrettelegges for mulighet til å ha telemedisinsk teknologi, for å kunne motta medisinsk hjelp og rådgiving fra helsepersonell uten å måtte forlate hjemmet.

Å tilpasse boligen, for eksempel med badersløsning som vendbart og hev/senk toalett og hev/senk vask, kan være avgjørende for å redusere behovet for bistand fra helsepersonell. Dette kan bidra at eldre kan være lengre selvhjulpent på badet, og dermed kan bo lenger hjemme. Insentivet for å etablere smart-hjem-teknologi i byggeprosjekt må satses på, ved tilskuddsordninger og føringer.

Kommunen har god erfaring med at digitale løsninger og tjenester er viktige tiltak i våre helse og omsorgstjenester. Dette gjelder både digitalisering av arbeidsverktøy og arbeidsprosesser for å frigjøre tid og kompetanse hos vårt helsepersonell, og digitale helsetjenester som velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging som bidrar til at brukere/innbyggere i større grad selv kan mestre funksjonstap og helseutfordringer på en trygg måte.

Det er bred enighet om at det fortsatt er betydelig potensiale for å ta i bruk digitale arbeidsverktøy, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Valg av teknologiløsninger og hvordan nye helsetjenester administreres og organiseres er imidlertid krevende. Det er viktig at valgene som tas sikrer riktig og effektiv bruk av ressurser, og det bør derfor gjennomføres større gevinst og effektstudier som kan understøtte slike valg.

Økt satsing på digitalisering av helsetjenestene vil kreve en nasjonal e-helseportefølje hvor dette prioriteres. Det er også viktig at det fra nasjonalt hold pekes på det potensiale som ligger hos en økende andel eldre, som med økte digitale ferdigheter kan ta i bruk ulike teknologiløsninger i egen regi og dermed utsette behovet for offentlig bistand og oppfølging. Ellers erfarer vi en økt interesse hos helsepersonell for å jobbe med utvikling og implementering av digitale helsetjenester. Dette er positivt og bør vurderes som mulige tiltak for å rekruttere og beholde ansatte.

Bergen kommune stiller seg positive til helsepersonellkommissjonens forslag i kap. 12 om et forskningsprogram for utvikling av ny teknologi og innovative arbeidsprosesser. Det vil være viktig å sette av midler her som rettet mot spesifikke problemstillinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – både i kommunens institusjoner, hjemmetjenester og folkehelseiltak. At forsknings- og implementeringsaktiviteter knyttet til digitale løsninger skjer med tett involvering fra berørte tjenester og ansatte – og at innføring av teknologi skjer i tett sammenheng med organisering av tjenestene – blir avgjørende. Ulike kommuner og tjenester har ulike behov og forutsetninger, og ny teknologi og innovasjon må tilpasses disse. Det vil også være avgjørende med økt fokus og ressurser til å utvikle infrastrukturer som tilrettelegger for bruk av kommunale helsedata i forskning og styringsprosesser på en effektiv og personvernmessig trygg måte. Forskning på velferdsteknologi er også viktig – både som verktøy i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også på bruk av velferdsteknologi av befolkningen på eget initiativ som et folkehelseiltak.

Kommentarer til kapittel 13 – «Helsepersonellkommissjonens vurderinger av fremtidige personellbehov»

13.2 Fremtidig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene

Fra rapporten hitsettes.

- *“... Parallelt med dette, må etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester reduseres mest mulig gjennom å stimulere befolkningen til å forbedre folkehelsen i form av forebyggende tiltak som fører til høyere livskvalitet. Dette handler om bedre informasjon, kompetanse og tilbud lokalt om fysisk aktivitet og ernæring for befolkningen, for å legge til rette for friskere og bedre liv”. (2dre avsnitt s. 276)*

Helsepersonellkommissjonen legger her ansvaret for å bedre folkehelsen og redusere behovet for helse- og omsorgstjenester over på befolkningen/individet med fokus på å forbedre helseatferd herunder fysisk aktivitet og kosthold. Bergen kommune er enig i at det er et stort helsepotensial i at flere oppfyller nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og følger de nasjonale kostholdsrådene. Helsekompetanse og helseatferd henger imidlertid sammen med sosioøkonomisk status, og det er tette sammenhenger mellom befolkningens helseatferd, generell velferd og hvordan ressurser og levekår er fordelt i befolkningen (Helsedirektoratet, 2014).

13.3.2 Bedret helsetilstand og uformell omsorg

Helsepersonellkommissjonen forutsetter at dersom befolkningen innehar bedre/høyere kompetanse til selv å ivareta egen helsesituasjon også sammenholdt med premisset om økt pårørendedeltakelse vil dette medføre en redusert belastning på den offentlige tjenesteproduksjonen. Bergen kommune er enig i helsepersonellkommissjonens vurderinger hva gjelder effekten av en samlet høyere helsekompetanse i befolkningen og økt pårørendedeltakelse. Men det er etter Bergen kommunes vurdering avgjørende viktig at det ikke innføres lovfestede rettigheter til innbyggerne og krav til helse- og omsorgssektoren som ytterligere forplikter kommunene uten at det finnes/tilføres driftsmessig inndekning for tiltakene og at det er vurdert at det er mulig å rekruttere nødvendig personell.

En stadig og økende bruk av “lovfestede individuelle rettigheter” som den samlede helse- og omsorgssektoren ikke gis de nødvendige “muskler” til å gjennomføre/iverksette er heller egnet til å svekke omdømmet/tilliten til helse- og omsorgstjenestene og således egnet til å undergrave inntrykket sektorens evne til å levere et riktig og realistisk kvantitativt og kvalitativt tjenestenivå

Kommentarer til kapittel 14 – «Økonomiske og administrative konsekvenser»

Avslutningsvis kunne helsepersonellkommissjonen med fordel drøftet økonomiske implikasjoner mer dyptgående hva gjelder økonomi/økt ressurstilgang som insitament for å demme opp for de utfordringer som ligger foran oss i helse og omsorgssektoren.

Bergen kommune etterlyser at helsepersonellkommissjonen aktualiserer nødvendigheten av et forsterket fokus på behovet for gjennomføring av omstillings- og tilpasningsprosesser, kompetanseheving og tilhørende forskning på relevante problemstillinger i utviklingen av de samlede helse- og omsorgstjenestene. I tilknytning til en slik satsning vil det også være viktig å peke på nødvendigheten av at myndighetene stiller tilstrekkelige økonomiske ressurser til disposisjon slik at helse- og omsorgssektoren kan prioritere disse utviklingsoppgavene. Her ønsker Bergen kommune å nevne viktigheten av at det stilles ressurser til disposisjon som gjør det mulig å for eksempel etablere/utvikle praksissteder i tjenestene som etter hvert vil bidra med økte personellressurser.

Nærmere om noen punkter i kapittel 14 i det videre.

14.1 Utrede organisering av helse- og omsorgstjenesten og sykehusstruktur

Bergen kommune er enig i at det er viktig å se på organisering og arbeidsdeling, men denne delen av kommissjonens rapport er noe utydelig. Det er en rekke tjenester i dag som bruker svært mye ressurser på samordning og der det ligger mer til rette for “svarteperspill” enn for rasjonell arbeidsdeling. Gevinsten av endringer i ett budsjett, kan gjerne gi en økt utgift i et

annet. Dette gjelder ikke minst på psykisk helse og rusfeltet, der ofte tjenester fra flere nivåer er inne samtidig over lang tid. Her kan det åpenbart være mer effektivt å samle ansvaret for flere tjenester rundt den enkelte, men hva betyr det her å samle tjenestene på ett nivå?

14.2 Program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling

Bergen kommune mener at det er på tide å se på en del prosedyrer som kun enkelte helseprofesjoner i dag kan utføre. Det blir viktig å bygge ned gamle profesjonskamper, samtidig som slik omfordeling av oppgaver må skje på en forsvarlig måte, med god opplæring og sertifisering og prioritere enheter der det gir særlig nytte.

14.3 Utdanning og kompetanseutvikling

Bergen kommune mener at kommisjonen kunne sagt mer om bruken av erfaringskompetanse i tjenestene. Dette er nytt, og mange er usikre på hvilke rolle erfaringsmedarbeidere kan og skal ha i fremtidens tjenester. Bergen kommune har høstet gode erfaringer med erfaringskonsulenter spesielt inne psykisk helse, rus og barnevern.

Praksisperiode der studenten er på flere arbeidsplasser bør drøftes for å se hva som kan bidra til god rekruttering. Sykepleiestudenter har to praksisperioder på 3dje året. De kan være i for eksempel hjemmesykepleien, psykisk helse og på legekontor. Høgskulen på Vestland hadde et prosjekt på dette i 2019-2020 i samarbeid med blant annet Voss herad.

Traineestillinger der nyutdannete får mulighet til å se helheten i kommunale tjenester bør være et mål. Da er viktig med samme veileder i hele traineeperioden som sikrer fokus på helhet.

Det bør også tilrettelegges for at forelesere på høgskole, universitet og videregående skole kan hospitere i de kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenestene. Lærerne kan knytte praksiserfaringer og –behov tettere til undervisningen. Det er også ønskelig at ansatte i helsesektoren kan få undervisningsoppdrag. Det vil bidra til mer praksisnær undervisning og være en del av ansattes karriere utvikling.

Dokumentet er godkjent elektronisk.