



SANDNES KOMMUNE

Saksfremlegg

Dokumentnummer	23/02757-4		
Saksbehandler	Guro Hafnor Røstvig		
Behandles av		Sakstype	Møtedato
Kommunestyret		Utvalgssak	15.05.2023

Sandnes kommune sitt høringssvar NOU 2023:4 Tid for handling

Forslag til vedtak:

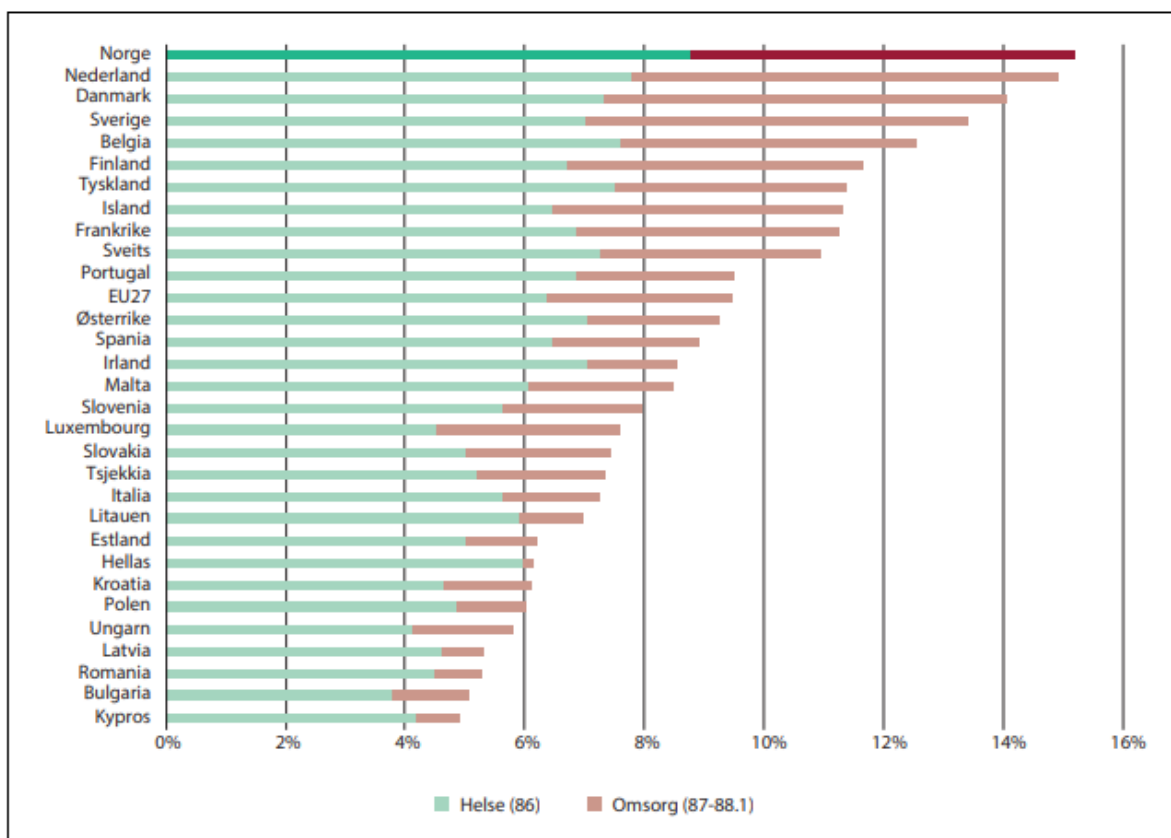
Sandnes kommune avgir høringssvar slik som beskrevet i saken.

Saksframstilling:

Helsepersonellkommissjonen har levert en utredning som gjør rede for personellutfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Utredningen setter samtidig lys på en utvikling som vil få konsekvenser for langt flere samfunnsområder enn bare helse- og omsorgstjenestene.

Kommissjonen gjør rede for en sterk personell- og kompetansevekst i helse- og omsorgstjenesten de siste tiårene. Andelen av alle sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenesten er tredoblet fra tidlig på 70-tallet. Samlet antall sysselsatte har samtidig økt kraftig, og veksten i antallet sysselsatte i helse- og omsorg er derfor mer enn tredoblet. Personellveksten i helse- og omsorgstjenesten har vært vesentlig høyere enn befolkningsveksten.

Sammenlignet med andre europeiske land har Norge høyest andel av de sysselsatte innenfor helse og omsorg. Helsepersonellkommissjonens rapport viser også at det er en høy andel av leger og sykepleiere, se figur 2.5.



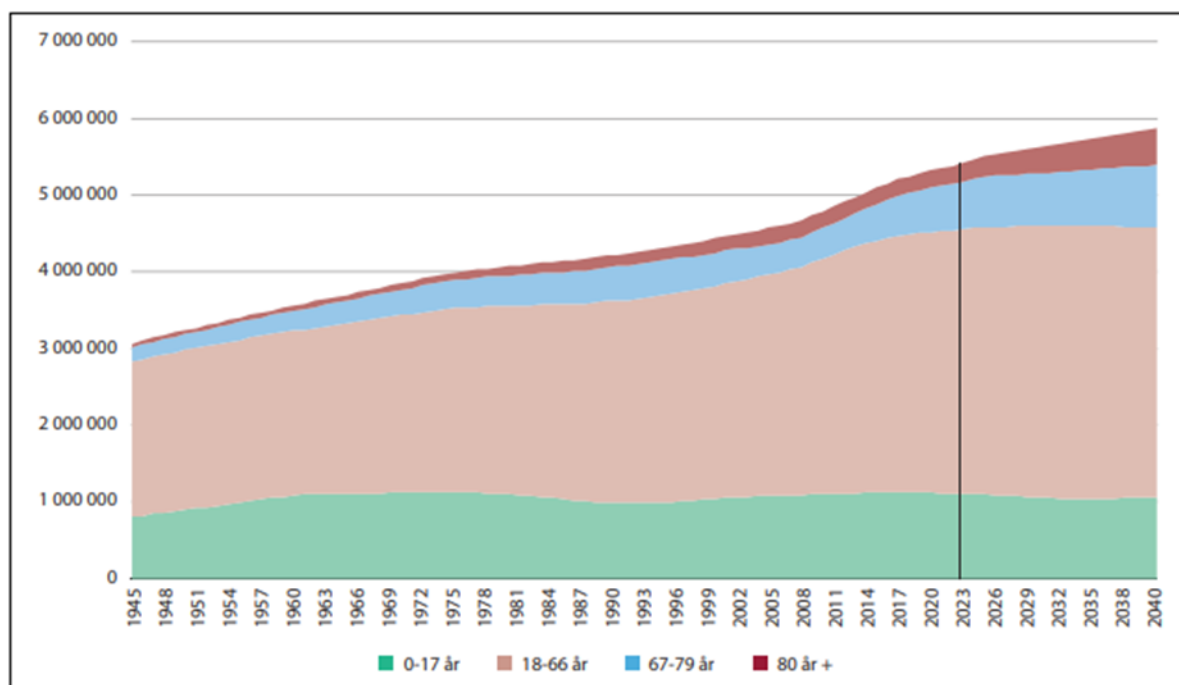
Figur 2.5 Andel av de sysselsatte som jobber innen helse- og omsorgstjenestene i EØS-landene. 2021

Helse- og omsorgstjenester er definert som næringskodene 86 (helsetjenester), 87 (omsorgstjenester i institusjon) og 88.1 (sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede) i den internasjonale kategoriseringen av næringskoder (NACE). Pr. tredje kvartal 2021. Den vanligst benyttede komparative statistikken innenfor dette området er OECDs statistikk for andel som jobber innen helse- og sosialtjenester. Helsepersonellkommissjonen har valgt å hente inn statistikk fra Eurostat fordi den kan begrenses til å se på sysselsatte innen helse- og omsorgssektoren, mens OECDs statistikk inkluderer alle sosialtjenester. I mange land, inkludert Norge, registreres barnehager og skolefritidsordninger som sosialtjenester. Disse virksomhetene sysselsetter mange i Norge, og bidrar til at OECDs statistikk for helse- og sosialtjenester gir et skjevt bilde. Figuren viser derfor mindre forskjeller mellom Norge og en del andre land enn OECDs statistikk.

Tallene for Latvia, Hellas, Estland, Malta og Irland inneholder ikke næringskode 88.1 og andelen for disse landene er derfor reelt sett høyere enn det som kommer frem av figuren (anslagsvis omkring ett prosentpoeng).

Kilde: Eurostat (LFS). Data er fra tredje kvartal 2021.

Norge er nå inne i en periode med vesentlig sterkere vekst i den eldre delen av befolkningen enn befolkningen som helhet. Befolkningsutviklingen illustreres godt av figur 2.12 fra rapporten.



Figur 2.12 Befolkningen fordelt på aldergrupper, observert før 2022) og fremskrevet deretter. 1945–2040

Fremskrivningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM).

Kilde: SSB statistikkbank tabell 10211 og 13599.

Det blir færre yrkesaktive per alderspensjonist, forsørgerbrøken øker. Om få år vil det for første gang i moderne ikke være økning i antall personer i arbeidsfør alder. Framskrivninger i *Perspektivmeldingen 2021* (meld.st. 14 (2020-2021) s.249) viser til beregninger om 2.2 yrkesaktive per pensjonist i 2040, i landet som helhet. I om lag ti kommuner blir det anslått at det vil være like mange pensjonister som sysselsatte i 2040.

En eventuell økt sysselsetning i helse- og omsorgstjenestene vil da for første gang medføre reduksjon i antall sysselsatte i andre deler av arbeidslivet. Det er samtidig behov for satsing i flere næringer, til omstilling i det grønne skiftet, og styrking av næringslivet for å kunne finansiere velferd og utvikle samfunnet videre. Det er ikke bærekraftig å forvente at vi kan hente personell fra utlandet. Personellsituasjonen vi står overfor kan bli krevende. Denne utredningen er dermed viktig for alle i Norge.

Vi må sammen se på hvordan vi kan legge til rette for effektiv organisering og samhandling, rett bruk av tilgjengelig kompetanse gjennom oppgavedeling, utdanning og riktig bruk av teknologi. Dette gjelder både i helse- og omsorgstjenesten, og i resten av arbeidslivet. For å få til nødvendige endringer må arbeidsgivere kunne tilby trivsel i jobben, gode betingelser og faglig- og karrieremessig utvikling.

Kommisjonen uttaler at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må få en større andel av helsepersonellet fremover. Det betyr at personellveksten i andrelinjetjenesten ikke kan fortsette som før. Det må mer kraftfulle prioriteringer til, både i sykehuset og i kommunene.

Det vil bli økende sprik mellom forventninger i befolkningen, og muligheten til å tilby tjenester. Her trenger vi gode anbefalinger og retningslinjer som tar hensyn til personellfaktor, og politikere som tør å prioritere. Vi trenger også at arbeidsgivere, arbeidstakere, innbyggere og media har samme virkelighetsforståelse.

Høringssvar

NOU 2023:4 «Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste»

Sandnes kommune mener at helsepersonellkommissjonens NOU 2023:4 «Tid for handling» beskriver situasjonen i helse- og omsorgstjenestene godt. Vi er enige i hovedtrekkene i utredningen, konklusjoner og tiltak. Kommunen savner konkrete innspill til hvordan tiltakene kan gjennomføres, og ønsker å kommentere på dette.

Sandnes kommune har som andre kommuner store utfordringer med å rekruttere og beholde rett kompetanse i helsetjenesten. Særlig gjelder dette vernepleiere, sykepleiere og leger. Fastlegeordningen står over et generasjonsskifte, unge leger ønsker et større arbeidstidsvern.

Kommunen bruker omfattende personal- og økonomiske ressurser for å rekruttere og beholde helsepersonell. Det er bekymringsfullt at 24% av helsepersonell i kommunehelsetjenesten var over 55 år i 2021, og at 29% av fastlegene er over 55 år. Vi forventer derfor at rekrutteringsbehovet bare blir større.

Kommisjonen gir inntrykk av at det er mulig å opprettholde kvalitet og omfang av tjenestene som ytes, samtidig som det blir økt antall pasienter og brukere, men ingen økning i personell. Det går ikke opp. Sandnes kommune mener det er mest å hente i riktig prioritering av oppgaver, reduksjon av unødvendige tjenester, tett samhandling og at oppgavene eies sammen, på tvers av yrkesgrupper og forvaltningsnivå.

Behov for politiske prioriteringer

Sandnes kommune etterlyser en enda tydeligere bestilling fra kommisjonen om klare nasjonale prioriteringer i helsevesenet.

Dagens organisering av helsetjenesten vil ikke være bærekraftig i lengden, og vi støtter kommisjonens krav om at konsekvenser for personellbruk må inngå i vurderinger av nye tjenester og tiltak. Et nærliggende eksempel er det nylig innførte «pakkeforløp hjem med kreft», som utløser bruk av høykompetent personell på sykehus og i kommunene, uten at det fremstår evaluert en tilsvarende kostnytteffekt for flertallet av kreftpasientene.

Kommunehelsetjenestens primære oppgaver er å diagnostisere, behandle og følge opp helseutfordringer som kan ivaretas i kommunene, etter LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Tilstander som trenger spesialisert behandling skal henvises videre til andrelinjetjenesten. For at førstelinjen skal kunne ivareta disse oppgavene trenger vi kvalifisert personell, et godt lovverk og myndighetsbestemte prioriteringsveiledere.

Den medisinske utviklingen gjør at det nå nesten ikke er grenser for hvilke tilstander som kan behandles. Pris og personellressursene som behandlingen utløser vil stoppe den videre medisinske utviklingen, og gir føringer for hvilke behandlinger vi skal tilby. Denne prioriteringen kan ikke gjøres i møte med enkeltpasienter, men må skje på gruppenivå og overordnet.

Politikerne må lage tydelige føringer for hvilke tjenester vi skal prioritere, og hvordan helsetjenestenivåene skal samhandle. Det må benyttes grundige kostnadseffektanalyser. Disse prioriteringene kan ikke gjøres på bakgrunn av enkeltsaker og pasienthistorier.

Hindringer for god samhandling på tvers av forvaltningsnivå

Utfordringene med samhandling på tvers av forvaltningsnivå beskrives godt av kommisjonen. Systemet er ofte til hinder for at helsetjenestene kan jobbe sammen med problemstillinger der innbygger har behov for omfattende tjenester fra flere tjenestenivå. Ønsket er å fremstå som en felles helsetjeneste. Når de ulike tjenestenivåene ikke kjenner hverandres tilbud, rammene ikke er sammenfallende med forventinger, og ansvar ikke er avklart, ender innbygger ofte som kasteball i systemet. Til slutt sitter kommunen ofte igjen med ansvaret, det er hos oss innbyggerne bor og lever sine liv. Overlappende tilbud og tjenester i første- og andrelinjetjenesten må unngås.

Sandnes kommune deler mindretallet i kommisjonens skepsis til å organisere helsetjenesten i ett nivå. Det er sannsynlig at førstelinjen og primærhelsetjenesten vil tape dersom tjenesten blir organisert som ett nivå. Personellressurser vil gå til høyspesialisert behandling og økonomiske midler prioriteres til kostbar behandling som gir høy status, mens oppgaver som må løses dag til dag, som gir livskvalitet og mestring, vil nedprioriteres. Det vil være svært krevende å ha helhetlig perspektiv med mange ulike kommuner og kommunestrukturer som skal ivaretas av et stort helseforetak. Det er langt flere aktører enn helseinstitusjoner og helsepersonell som bidrar til god helse i kommunen: lokalsamfunn, frivillighet og næringsliv kan nevnes spesielt.

Vi opplever allerede en ny oppgavedeling og tankegang. Sykehuset skriver ut pasienter tidligere. Kommunen har omsorg for stadig sykere innbyggere. Med økt behov for generalister i kommunen, må generalistene og systemene være forberedt på de komplekse helsetjenestene kommunene står ovenfor.

Retts kompetanse til rett oppgave

Sandnes kommune støtter de fleste av de foreslåtte tiltak og tiltaksbeskrivelse for bedre oppgavedeling. Tiltakene og rapporten som helhet sier lite om hva som forventes av kommunene, og hvordan dette skal gjennomføres. Vil programmidlene kunne tildeles kommuner til kompetansehevingstiltak i endrings-, prosess- og bemanningsledelse? Kommunen vil ha behov for ressurser til å arbeide med kartlegging og iverksetting av tiltakene.

Sandnes kommune er i gang med heltidsprosjekt, med fokus på nettopp kompetanse og oppgavedeling. Oppgavedeling basert på kompetanse kan redusere ressursbruk, øke kvalitet, medarbeidertilfredshet og effektivitet. Arbeidskultur, holdning og tankegang utfordrer oss når vi endrer på oppgavedelingen. Når en oppgave delegeres til en annen yrkesgruppe er det fortsatt den som delegerer som står med ansvaret dersom det skulle komme tilsyn med tjenesten. Dette kan også hindre hensiktsmessig oppgavedeling.

Helsepersonellkommisjonen skriver lite om de viktige bidragene fra andre yrkesgrupper og frivillige. I arbeidet videre blir det viktig å definere roller, arbeidsoppgaver etter kompetanse, og å verdsette alles bidrag inn i arbeidet. Erfaringskonsulenter bidrar positivt spesielt innenfor psykisk helse og rusfeltet, som også trekkes frem av kommisjonen. Tilskuddsordninger som fremmer samarbeid med frivillige, ideelle aktører, bruker- og pårørendeorganisasjoner, næringslivet og lokalsamfunnet kan stimulere til rett bruk av kompetanse fra andre enn helsepersonell.

Teknologi

Kommisjonen beskriver at vi må vurdere om oppgaver kan løses ved hjelp av teknologi. Sandnes kommune understreker at innføring av teknologi også fører til nye oppgaver, som i så fall må løses av annet personell, for eksempel med IT kompetanse.

Velferdsteknologi er nevnt som karrierevei. En slik utdanning bør være bredere. Teknologiske løsninger vil være langt mer enn de begrensede velferdsteknologiske løsningene kommunene har tatt i bruk, og kjennskap til velferdsteknologi alene vil ikke dekke kompetansebehovet.

Kommisjonens punkt 8.4.6 nevner arealer og bygg som en faktor som påvirker hvordan oppgaver kan deles mellom faggrupper. Det er underkommunisert hvor stor denne utfordringen er i kommunene. Kommunen har ofte gamle bygg med infrastruktur som ikke er tilrettelagt for moderne organisering, som skaper utfordringer for effektiv drift.

«Hus og hytte»modellen

«Hus- og hytte»modellen kan kanskje ivareta behov for beredskapskompetanse innad i sykehus.

Kommunen ser flere utfordringer med modellen:

- Kommunene har behov for både spesialistkompetanse og generalistkompetanse. De fleste ansatte ønsker ett arbeidssted. Hvordan skal vi ivareta de ansattes foretrukne preferanser og unngå lekkasje til private tjenester uten krav om flere arbeidssteder?
- Helsepersonell jobber hovedsakelig turnus. Hus- og hyttemodellen på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå vil gi utfordringer med arbeidstidsberegning, ferieavvikling, og informasjonsutveksling mellom arbeidsplasser. Hvem tar lønnskostnader når den ansatte må ha fri fra dagstilling i kommunen etter helgevakt på sykehuset? Dette kan bli svært krevende å organisere for arbeidsgiver, og krever vilje fra administrasjon i flere virksomheter, organisasjon, tillitsvalgte og arbeidstaker. Særavtalene vil stå i veien for turnusstillinger flere steder, særlig på tvers av forvaltningsnivå.

«Hus- og hytte»stillinger vil gi mulighet for kompetanseoverføring. Innbyggere med sammensatte behov vil nyte godt av å møte samme ansatt på flere arenaer. Et rammeverk som gir fleksibilitet vil hjelpe helsetjenesten som helhet, både med personellutfordringer, men også til å gi sammenhengende tjenester til innbyggerne.

Legene i kommunen har allerede «hus- og hytte»stillinger. I mange tilfeller har de også et annek. Legene har hus i fastlegepraksisen, hytte på helsestasjon, sykehjem eller skolehelsetjenesten – og annek på legevakt. Med dagens modell fører dette til svært mange arbeidstimer for mange, også i større kommuner med lav vaktbelastning, og dette er nettopp en av utfordringene vi møter i rekruttering.

Arbeidstid og arbeidsforhold

Kommisjonen er delt i forslag til tiltak om arbeidstidsbestemmelser. Det er vanskelig å vurdere flertallets standpunkt. Kommunen opplever at eventuelle konsekvenser av en generell gjennomsnittsberegning av arbeidstid og/eller endring i lov og avtaleverket ikke er beskrevet. Sandnes kommune er enig med mindretallet i at endring og nyteknisk om arbeidstidsordninger må vurderes regionalt.

Til og med innad i samme kommune vil ulike geografiske områder ha behov for ulike tilnærminger til hva som er mulig å gjennomføre av arbeidstid i tillegg til ønsker og behov.

Tiltakene i kapittel 9 må sees i lys av mulighetene som foreligger i dagens regelverk, og må vurderes av personer som kjenner turnusarbeid i helsetjenesten i både første- og andrelinjetjenesten godt. Dersom partene samarbeider godt i kommunen, vil dagens lov- og avtaleverksbestemmelser dekke behovet for ulike arbeidstidsordninger og det er mulig å komme frem til felles løsninger for et rammeverk. Fagforeningspolitiske standpunkt kan være til hinder for dette samarbeidet. Det er viktig at partene lokalt har forutsetninger for å forstå utfordringsbilde, lage felles mål og strategier for å arbeide mot løsninger.

Sandnes kommune støtter at det må bevilges penger til endring og utprøving av arbeidstidsordninger som bidrar til prosesser beskrevet i kapittel 8 om oppgavedeling. Vi savner at ansvar for midlene og tidsperspektiver for arbeidet beskrives. Dette er ett arbeid som allerede krever betydelige økonomiske og menneskelige ressurser. Dette vil bare øke.

Som kommisjonen påpeker, er det behov for å se pasientforløpene i et helhetsperspektiv. Både for pasient og for helsetjenesten vil det være gunstig å unngå unødvendige overføringer mellom forvaltningsnivå og institusjoner i vaktskifte og på tidspunkt med lav bemanning.

Utdanning og kompetanseutvikling

Sandnes kommune støtter helsepersonellkommisjonens anbefaling om at Norge bør utdanne minst 80% av legene vi har behov for selv. Norge bør ikke være fornøyd med at over 40% av legene i Norge er utdannet i utlandet, og at godt over halvparten av legene som får autorisasjon i Norge nå har utenlandsk utdanning. Dette er ikke i tråd med WHO's retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Sandnes kommune støtter anbefalingen om at utdanning for helsepersonell må forberede studentene på turnus og vaktordning. Den største andelen av helse- og omsorgstjenester er døgnbaserte tjenester. Alle elever og studenter bør få erfaring med tredelt turnus som del av sine praksisstudier.

Kommisjonen anbefaler økt formelt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver. Kommunene mangler ressurser for å ivareta disse oppgavene og trenger økonomiske incentiver til undervisning og veiledning, og til å ta imot flere studenter og elever i praksis. Økt finansiering må sikres for at kommunen skal kunne bygge opp gode strukturer og system for undervisning og veiledning av studenter i praksis. Med økt samarbeid mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene om læringsmål vil utdanningen i større grad forberede studentene til fremtidens helsetjeneste.

Helsepersonell skal være i livslang læring og arbeidsgiver må tilrettelegge for kompetanseutvikling. Det er utfordrende å tilrettelegge for etter- og videreutdanning innenfor dagens rammer i tjenester som har begrenset tilgang på personell. Ansatte må ha fri fra ordinært arbeid for å gjennomføre utdanning og praksis, og arbeidsgiver må sikre vikarer i utdanningsperioden. Kompetansetilskuddet via Kompetanseløftet er en nyttig og nødvendig ordning for kommunene, for å tilby ansatte videreutdanninger og sikre økt kompetanse. Ordningen bør fortsette utover angitt periode, eller øremerkes i årlig rammetilskudd til kommunene.

Fagbrev på jobb nevnes som et godt tiltak for å styrke kompetanse blant ufaglærte. Erfaring viser at denne modellen tar lang tid og er krevende for både ansatte og arbeidsgiver. Utdanning til helsefagarbeider bør gjøres lett tilgjengelig, også for voksne som ikke faller inn under kriteriene for

voksenrett. Menn i helse er et effektivt løp for å få ufaglært raskt gjennom utdanningsløpet. Det bør tilrettelegges for liknende ordninger også for kvinner.

Nødvendig kompetanse i norsk språk bør være en forutsetning ved opptak til helse- og omsorgsstudier. En nasjonal standard i forventet språkkunnskap hos helsepersonell må ligge i bunn.

Per i dag har kommunene samarbeidsavtaler om praksis med universitet og høyskoler. Sandnes kommune etterlyser trepartssamarbeid mellom Universitet/ høyskoler, spesialisthelsetjeneste og kommunene. Dette for å sammen kunne gi retning for utdanningene, med faglig innhold og praksis, ut fra samlet behov i helse- og omsorgstjenesten i regionen.

Sandnes støtter kommisjonens anbefalinger om å vektlegge undervisning om prioriteringer og begrensende valg i helsefagutdanningene. Med økt behov for generalistkompetanse i alle utdanningsnivå, må utdanningsinstitusjonene også få et ansvar for at studiene ivaretar dette perspektivet.

Sandnes kommune støtter også at nye typer kompetanse, må tas inn og at det må utdannes helseledere som tar utgangspunkt i oppgavene som skal løses. Ledere må få de nødvendige rammene for utøvelse av lederoppgavene.

Prioriteringer og reduksjon av overbehandling

Sandnes kommune deler helsepersonellkommisjonens bekymring over at vi i Norge gir betydelige tjenester med offentlig finansiering som ikke er kostnadseffektive. De siste 50 årene har vi i Norge kunne prioritere individuelle rettigheter. Nå er tiden inne for at samfunnets behov i større grad tas med i prioriteringsgrunnlaget, slik at unødvendige tjenester ikke fortrenger tjenester som gir sikker helsegevinst.

Kommunen støtter at det bør gis mulighet til å definere en grense for omfanget at tjenester som kan tilbys i hjemmet. Særlig personellkrevende og spesialiserte oppgaver er svært tidkrevende for kommunene, både med tanke på personellbehov, utstyr og kompetanseutvikling. Det er krevende å ha gode arbeidsforhold i vanlige hjem. Dersom det innføres forbud mot at personer under 50 år får plass på sykehjem uten at personalressursene skal være med i vurderingen, begrenser dette kommunene i betydelig grad.

Vi støtter helsepersonellkommisjonens vurdering av at prioriteringer må bygge på etablerte kriterier, men at politiske beslutninger om nye tiltak også må vurdere hvilke personellressurser de utløser. Behovet for å ta bort en oppgave før nye tiltak innføres vil bare bli tydeligere i fremtiden. Det må være samsvar mellom prioriteringskriterier og nasjonale retningslinjer og anbefalinger. Når nye anbefalinger og retningslinjer utvikles bør det være et krav at de også skal hindre overdiagnostikk og overbehandling.

Gjeldende politikk må også lage rammer for samsvar mellom prioriteringer, pasientrettigheter i lovverket og forventninger i befolkningen. Helsepersonell håndterer kontinuerlig endring i medisinske fakta, retningslinjer og anbefalinger, og innbyggernes krav til tjenester.

Helsepersonell beskriver ofte frykt for tilsyn og straff fra tilsynsmyndighet. Det er få andre yrkesgrupper som risikerer økonomiske sanksjoner eller yrkesnekt for feil som er gjort. Dokumentasjonskravene er blitt så omfattende at mange bruker vesentlig mer tid på å dokumentere behandling som er gitt og vurderinger som er gjort, enn på pasientkontakt og utvikling av gode

tjenester. Samtidig forvalter helsetjenesten store ressurser, og skal tåle at det som gjøres blir ettersett av myndighetene.

Hindringer i lovverket

En endring i dagens rettighetsbaserte lovverk som setter behov og nyttevurdering først, vil gi helsetjenesten mulighet til å ha prioriterte tjenester til innbyggere som trenger det mest. En endring i lovverket vil måtte bidra til en holdningsendring i befolkningen.

Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

I utredningen legges det vekt på at prosesser må digitaliseres, men det legges liten vekt på mulighetsbildet. Det brukes mye tid på å beskrive de mulige negative konsekvensene. Eksempel: Avsnitt 1 s. 263 - Hvis plasseringen av medisindispenser ... «åpenbar tap av kvalitet»: Dette er en setning som må nyanseres. For noen brukere vil det gi betydelig økt livskvalitet å få hjelp til å ta medisinerne selv, og frihet til å ikke vente på at hjemmetjenesten leverer disse.

Kommunen støtter tanken om bedre digitale systemer som laboratorietjenester og billedssvar, e-resept og e-multidose, deling av journaldokumenter, men savner en mer offensiv satsning – eksempelvis er det ikke planlagt nasjonal utrulling av pasientens legemiddelliste (PLL) før 2028. Vi savner bedre samhandling mellom journalsystemer – både i kommunen, mellom fastlege og kommunale systemer, og mellom andrelinje og førstelinjen, og mellom systemer for barnevern og helsetjenesten.

Det har vært en revolusjonerende utvikling i bruk av elektronisk kommunikasjon mellom bruker og helsetjenesten. Kommunen savner offentlig utredning av konsekvensene av denne utviklingen for fastlegene før dette rulles ut bredt. Tidligere var det helsepersonell som tok imot henvendelser til fastlegekontoret. Noen pasienter venter svært lenge med å kontakte lege, andre tar kontakt ved første tegn til symptom. På bakgrunn av kjennskap til pasientens helsetilstand, symptombeskrivelse og tidligere kontakter, ble pasientene prioritert til time. Av og til kunne henvendelsen løses uten legen. Nå kan pasienten bestille time hele døgnet helt uten at noen prioriterer hastegrad. Mange kontakter legen på e-konsultasjon, dette er også tilgjengelig hele døgnet. For noen innbyggere er dette en klar kvalitetsheving. Men slike systemer krever betydelig pasientopplæring for å forstå hva som trenger legetilsyn, og hvilke problemstillinger som bedre løses av dem selv, eller andre instanser. Vi risikerer en betydelig medikalisering av flere generasjoner med så lav terskel for kontakt med helsevesenet.

Sandnes kommune støtter de foreslåtte tiltakene, spesielt det som er beskrevet om kompetanseutvikling og satsning på bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi. Kompetanse innen teknologi bør bli en utdanning på videregående nivå, og bli integrert i grunnutdanningene i større grad. Bruk av teknologi kan ikke lenger være en spesialistjobb, det er en del av arbeidshverdagen som alle ansatte må forholde seg til.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Sandnes kommune mener at økonomiske og administrative konsekvenser må utredes nærmere. Kommisjonen anbefaler blant annet en rekke tiltak og endringer for å heve kvalitet og kapasitet i helsepersonellens kompetanse. Det er en utfordring for kommunen å både finansiere utdanning, lønn og vikarutgifter når ansatte tar videreutdanning.

Lavt hengende frukter kan være tydelig politisk prioriteringer av tiltak som har helsegevinst, og nedprioritering av tjenester som ikke gir helsegevinst i forhold til ressursbruk. Det samme gjelder en

grundig gjennomgang og forenkling rettighetsbasert lovverk, tilsynsstruktur og dokumentasjonskrav. Dette vil også kunne redusere administrasjon og frigjøre personell.

Kommunedirektøren i Sandnes, 17.04.2023

Bodil Sivertsen
kommunedirektør

Elin Selvikvåg
direktør helse og velferd

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

Vedlegg: [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)