

Oslo, 15. september 2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Arbeidsgiverforeningen Spekter takker for invitasjonen til å gi innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Utgangspunktet for Spekters innspill er det utfordringsbildet for velferdsstaten og helsetjenesten som er beskrevet i flere sentrale dokumenter, bl.a. Perspektivmeldingen¹ og Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023². Her fremkommer det at en kombinasjon av flere faktorer ventes å skape et økende gap mellom befolkningens etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester og hva den offentlig finansierte og styrte helsetjenesten vil ha kapasitet til å produsere, som blant annet:

- Aldersforskyvning i befolkningen, med økt sykkelighet og økt behov for helse- og omsorgstjenester som følge av at vi lever lenger
- Medisinsk og teknologisk utvikling som åpner for flere behandlingsmuligheter
- Tilgangen på arbeidskraft blir knappere
- Strammere offentlige budsjetter som følge av at statens utgifter vil gå opp, uten at inntektene øker like mye

Med i dette utfordringsbildet hører også at beredskap og sikkerhet fremover vil prioriteres høyere, som følge av erfaringene vi har gjort oss etter pandemien, klimaendringer og en endret sikkerhetssituasjon internasjonalt. Det vil innebære at flere ressurser ventes å kanaliseres til forsvar, sikkerhet og beredskap i tiden fremover.

Spekter vil med utgangspunkt i et slik overordnet utfordringsbilde gi innspill som er innrettet for å dempe behov og etterspørsel etter helsetjenester der det er mulig, og deretter tiltak for å styrke helsetjenestens forutsetninger for å møte befolkningens behov og forventninger.

Som bidrag til å dempe belastningene på helse- og omsorgstjenestene, mener Spekter at:

- For ruslidelser og psykisk uhelse, og ikke-smittsomme sykdommer, er forebyggende arbeid det viktigste som kan gjøres for å hindre en overbelastning av helse- og omsorgstjenestene. Det er særlig viktig med tidlig innsats rettet mot unge.
- Det må arbeides på flere politikkområder for å motvirke sosial ulikhet i helse- og omsorgstjenesten. Særlig er det viktig at det føres en nærings- og arbeidslivspolitik som bidrar til at sysselsettingen og den økonomiske verdiskapningen er så høy som mulig. Det må også føres en utdannings- og kompetansepolitikk, helt fra barnehage og grunnskolenivå, som tydeligere enn i dag vektlegger tidlig innsats for å hindre utenforskap og mangel på mestring med påfølgende risiko for sykdom.
- Rehabilitering kan bidra til å dempe belastningen på helse- og omsorgstjenestene og til å utløse arbeidskraft, og det bør gjøres en større

¹ Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021

² Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

innsats for å styrke dokumentasjonen av rehabiliteringens samfunnsøkonomisk verdi

- Det er behov for en ny politisk gjennomgang av prioriteringene i helse- og omsorgstjenesten

For å styrke helse- og omsorgstjenestens kapasitet og forutsetninger for å løse sine oppgaver, mener Spekter at:

- Samhandlingen innad i helsetjenesten og mellom dens ulike nivåer og aktører må styrkes, og aktører utenfor tjenesten, bl.a. NAV, må trekkes inn der det er relevant
- Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser må tilpasses driftsbehovene i helsetjenesten
- Det må legges ytterligere til rette for digitalisering som virker effektivitetsfremmende, og det er i den forbindelse nødvendig med en vurdering av behovet for endringer i anskaffelsesregelverket og finansieringsordninger
- Det må legges til rette for et strategisk samspill mellom offentlige og private helseaktører for å sikre tjenesteinnovasjon, utvikling, kapasitet og beredskap
- Det er nødvendig med tiltak for å snu trenden med et for lavt investeringsnivå i helsetjenesten

Tiltaksområder for å redusere behov og belastninger på helsetjenesten

Forebyggende arbeid

Vi viser til innspillet Spekter ga 13. april i år til arbeidet med den kommende folkehelsemeldingen³, der vi skrev at forebygging er det viktigste som kan gjøres for å unngå at helse- og omsorgstjenestene overbelastes. Forebygging og arbeidet for å fremme bedre folkehelse er i sin natur sektorovergripende og må gjøres på alle samfunnsområder.

Av ikke-smittsomme sykdommer anser Folkehelseinstituttet sykdommer og lidelser i muskel- og skjelett å være blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet i Norge, og er en dominerende årsak til sykefravær og nedsatt arbeidsevne/uførhet⁴. Samfunnets årlige kostnader knyttet til slike lidelser er beregnet til mer enn 255 milliarder kroner⁵. Fedme er medvirkende til anslagsvis 2 800 dødsfall i året i Norge, og er assosiert med flere hjerte- og karsykdommer, diabetes og andre kroniske sykdommer.

Rus og psykiske lidelser er et stort og voksende helseproblem. Helseforetakene rapporterer om en økning i antall henvisninger av barn og unge med psykiske lidelser og behov for behandlingstiltak. Det viser et behov for tidlig innsats for å snu en utvikling som ellers kan medføre et stort behandlingsbehov hos en større del av den yngre delen av befolkningen.

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/innspill-til-neste-folkehelsemelding/id2902781/?uid=e6344b36-7ce2-4dfc-98c6-4c802ab14964>

⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

⁵ Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M., & Lind, L. H. (2019). Muskelskjelettsykdom i Norge: Rammer flest og Koster mest (31/2019). Menon Economics.

Spesielt når det gjelder psykisk helse og rus mener Spekter det er avgjørende at Nasjonal helse- og samhandlingsplan sees i sammenheng med opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreform innen rusfeltet og bo trygt hjemme-reformen.

Forebygging og behandling innen rus og psykisk helse må bli et sentralt satsingsområde i den kommende helse- og samhandlingsplanen, og det bør legges vekt på tidlig intervensjon for å motvirke at symptomer på psykisk uhelse i ung alder får utvikle seg og innlede en varig tilstand av sykdom hos dem som rammes. Dette vil kreve innsats på flere politikkområder og et samarbeid mellom bl.a. helsetjenesten, barnevern, utdanningssektoren, idretten og andre aktører i frivillig sektor.

Sosial ulikhet i helse

Forskning og kunnskapsoppsummeringer Helsedirektoratet benytter i sitt arbeid mot sosial ulikhet i helse, viser at det finnes systematiske forskjeller i helsetilstand i befolkningen. Årsaksbildet er sammensatt, men helseforskjellene følger i stor grad sosiale og økonomiske skillelinjer. Det er særlig yrke, utdanning og inntekt som påvirker helseforskjellene.

Det er viktig at slike sosiale ulikheter i helse bekjempes, både for oppslutningen om en offentlig finansiert og styrt helsetjeneste, og av samfunnsøkonomiske grunner. Siden årsakene til sosial ulikhet i helse er sammensatte, vil det kreve at flere politikkområder sees i sammenheng. Både inntektspolitikken, utdanningspolitikken, og ikke minst arbeidslivspolitikken må trekke i samme retning for å motvirke sosial ulikhet i helse. Vi vil nedenfor komme nærmere inn på hvordan arbeidslivspolitikken og familiepolitikken kan bidra.

Sosial ulikhet i helse medfører også ulikheter i helsekompetanse, altså personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Koronakommisjonens andre delrapport⁶ påpekte at innvandrerbefolkningen i Norge var overrepresentert blant de smittede og alvorlig syke og underrepresentert blant de vaksinerte, og at myndighetenes informasjon i varierende grad nådde fram til denne delen av befolkningen. Det understreker betydningen av en god integreringspolitikk i arbeidet for å motvirke systematiske ulikheter i helse og helsekompetanse.

Spekter har i samarbeid med medlemmene, herunder de regionale helseforetakene og helseforetakene, i 2022 gjennomført en studie for å identifisere, analysere og evaluere trender innen fremtidens helse og omsorg frem mot 2030⁷. Studien viser til trender innen digitalisering og tjenesteutvikling som kan medføre at helsetjenesten i økende grad vil forutsette en mer aktiv medvirkning fra pasienter og pårørende. Det kan gi klare fordeler for pasientene og store effektiviseringsgevinster for helsetjenesten, men vil også stille krav til befolkningens helsekompetanse. Arbeidet for å styrke helsekompetansen er derfor svært viktig, og Spekter vil i den sammenhengen vise til Helse- og omsorgsdepartementets Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen⁸ og til utkast til regional utviklingsplan fra Helse

⁶ NOU 2022:5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2.

⁷ <https://www.spekter.no/nyhetsarkiv/okt-behov-for-omstilling-samarbeid-og-produktivitet>

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023

Sør-Øst RHF⁹, der det å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse er tatt inn som et nytt satsingsområde.

Arbeid som grunnlag for god folkehelse

Deltakelse i utdanning og arbeid har stor betydning for den enkeltes helse og livskvalitet. I et folkehelseperspektiv kan betydningen av høy yrkesdeltakelse i befolkningen knapt overvurderes. I tillegg er høy sysselsetting viktig for å sikre økonomisk verdiskapning, som vil være avgjørende for finansieringen av helsetjenesten og velferdsstaten fremover.

En viktig målsetting i fremtidens arbeidsliv er å øke sysselsettingen, slik at flest mulig er i arbeid, i faste og i hele stillinger der det er mulig. Det er bra for den enkelte arbeidstaker som får en lønn å leve av, og helsemessige gevinster som et aktivt yrkesliv gir, og det er bra for virksomhetene og samfunnet som trenger arbeidskraften. Det har i tillegg en betydelig likestillingspolitisk konsekvens, fordi det sikrer flere kvinner økonomisk selvstendighet. Det må derfor utvikles tiltak som bidrar til at flere kan øke sin yrkesdeltakelse.

Arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven må endres slik at målsettingen om at flest mulig kan få hele stillinger realiseres. Dette er nærmere omtalt på side 7 i dette innspillet.

I tillegg må familiepolitikken støtte opp under økt yrkesdeltakelse. Norge har høy sysselsetting blant kvinner, men fortsatt jobber så mange som 36,6 prosent av kvinnene deltid, mot 16,9 prosent blant menn¹⁰. Det er fortsatt kvinnene som tar mesteparten av ansvaret hjemme, og som dermed velger bort lønnet arbeid til fordel for ulønnet arbeid i hjemmet og omsorgsoppgaver. Dette er en av Norges største likestillingsutfordringer.

Selv om det pågår mye godt og vellykket arbeid for inkludering og mangfold i norske virksomheter, finnes det også grupper som har omfattende behov for bistand for å komme inn på arbeidsmarkedet.

Som Spekter ga innspill om til arbeidet med Folkehelsemeldingen, legges grunnlaget for å havne i utenforskap ofte tidlig i livsløpet, og forebyggingsinnsatsen må derfor begynne tidlig. Blant annet viste Stoltenbergutvalget¹¹ at kjønnsforskjellene i skolen og opplæringsløpet er betydelige og får konsekvenser for videre utdanning, arbeid, helse og familiesituasjon senere i livet.

Helsedirektoratet og Arbeidsdirektoratet gikk i 2021 sammen og utarbeidet en felles strategi for fagfeltet helse og arbeid¹². De to fagetatene uttrykker i denne strategien at flere i arbeid er det viktigste svaret for den langsiktige utfordringen med å finansiere velferdssamfunnet. Spekter mener denne strategien bør vektlegges i arbeidet med helse- og samhandlingsplanen.

⁹ Helse Sør-Øst RHF, Regional Utviklingsplan 2040 DEL 1 Trender og satsingsområder <https://helse-sorost.no/horing-regional-utviklingsplan-2040>

¹⁰ SSB Arbeidskraftundersøkelsen, Tabell 13564

¹¹ NOU 2019: 3 Nye sjanser – bedre læring — Kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp

¹² Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, IS-3023.

Satsing på rehabilitering og mestring er god samfunnsøkonomi

Det er helt avgjørende at rehabilitering og mestring blir et eget tema i den kommende helse- og samhandlingsplanen.

Høy sysselsetting er avgjørende for velferdsstatens bærekraft, og rehabilitering kan bidra til det. I tillegg til å bidra til gjenopprettet arbeidsevne hos pasienter der det er mulig og slik utløse mer arbeidskraft, kan effektiv rehabilitering utsette eller hindre ressurs- og kostnadskrevende behandling i spesialisthelsetjenesten. God rehabilitering kan også redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester i kommunene. En satsing på hele rehabiliteringsfeltet kan derfor sees som del av en sekundærforebyggende strategi og være et bidrag til en samfunnsøkonomisk mer bærekraftig helsetjeneste.

Som en del av satsingen er det viktig med et styrket kunnskapsgrunnlag om den helse- og samfunnsøkonomiske betydningen av rehabilitering. En rapport Spekter i 2020 fikk utarbeidet med bistand fra Oslo Economics, viser store kunnskapshull på dette området¹³.

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering ble iverksatt i forrige stortingsperiode. Planen ble i 2021 evaluert av KPMG på oppdrag for Helsedirektoratet¹⁴.

Evalueringsrapporten peker på flere forbedringspunkter, og anbefaler at det utarbeides en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering. Slik Spekter vurderer det, er det ikke avgjørende at det utarbeides en egen nasjonal plan, dersom feltet gis en grundig behandling i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og det tas utgangspunkt i anbefalingene i evalueringsrapporten.

Rehabiliteringstjenester gis på flere nivåer i helsetjenesten, og det kan være krevende å få til sømløse og gode forløp. Forløpsfinansiering kan være ett virkemiddel for å oppnå bedre samhandling mellom nivåer og tjenesteytere, og fordi rehabiliteringsforløp krever tett og smidig samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, vil Spekter anbefale at det vurderes avgrensede forsøk med forløpsfinansiering for en pasientgruppe som fagmiljøene innen rehabilitering anser å være egnet for det.

Det er også viktig, som det står i Hurdalsplattformen, at regjeringen styrker kommunalt arbeidsrettet rehabiliterings- og habiliteringstilbud og utreder en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer. Spekter forutsetter at dette vil bli gjort i sammenheng med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Prioriteringene i helsetjenesten må gjennomgås

I invitasjonen til å gi innspill, opplyser statsråden at Nasjonal helse- og samhandlingsplan sammen med den kommende folkehelsemeldingen og helseberedskapen vil utgjøre de overordnede rammene for helse- og omsorgspolitikken.

Med utfordringsbildet helsetjenesten står foran, og gapet mellom etterspørsel og forventning på den ene siden og hva den offentlig finansierte helsetjenesten kan levere på den andre, mener Spekter det er viktig med en bred politisk gjennomgang av gjeldende prioriteringer som Hurdalsplattformen legger opp til. Spekter er derfor positiv til at regjeringen i Hurdalsplattformen varsler at den vil legge frem en ny prioriteringsmelding,

¹³ <https://www.spekter.no/nyhetsarkiv/rehabilitering-har-stor-samfunnsokonomisk-nytte>

¹⁴ Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019), KPMG.

som blant annet skal vurdere persontilpasset medisin og sikre åpenhet og etterprøvbarehet rundt prioriteringer i helsetjenesten.

Det er flere problemstillinger som gjør dette aktuelt. Nye behandlingsmetoder, blant annet persontilpasset medisin, reiser nye spørsmål knyttet til prioriteringer i helsetjenesten, hvor det er nødvendig å utvikle nye løsninger som legger til rette for utprøvende behandling og bruk av alternative prisavtaler. Ressurssituasjonen for helsetjenesten kan gjøre det krevende å innfri stigende forventninger fra befolkningen, og godt politisk forankrede prioriteringer vil i den situasjonen bidra til å avklare hva som kan forventes av ressursinnsats og kvalitet.

Spekter mener derfor arbeidet med en prioriteringsmelding bør vektlegges, og at den på linje med planene statsråden nevner, inngår i de overordnede rammene for helse- og omsorgspolitikken.

Tiltaksområder for å styrke helsetjenestens evne til å møte etterspørselen

Samhandlingen må styrkes

Det er positivt at samhandling løftes frem som en sentral del av den kommende planen. Manglende samhandling mellom ulike nivåer og deler av helsetjenesten svekker kvaliteten og effektiviteten i den samlede ressursinnsatsen.

Helsefelleskap er etablert som en arena for samhandling og tjenesteutvikling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I en videre utvikling av samhandlingsområdet, bør det i arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan vurderes hvordan også andre aktører kan involveres, der det er relevant for behandlingsforløpet og etter endt behandling. Dette kan for eksempel gjelde NAV og private leverandører av tjenester innen omsorg, rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Planen bør vurdere hvordan slike aktører kan involveres i helsefelleskapene på et egnet nivå, eller gjennom andre strukturer for å sikre deres innspill og bidrag til en hensiktsmessig tjenesteutvikling.

Det er godt kjent at det ved flere sykehus fortsatt er et problem at utskrivningsklare pasienter blir liggende uten å overføres til kommunene. Knappe ressurser i spesialisthelsetjenesten brukes på pasienter som er som utskrivningsklare. Dette medfører i mange tilfeller for høyt belegg i sykehusene, overfylte akuttmottak og at akuttinnlagte pasienter plasseres på faglig feil avdeling. I ytterste konsekvens truer dette pasientsikkerheten. Videre har pasienter som er utskrivningsklare klart best av å komme videre og på riktig nivå i sitt behandlingsforløp utenfor sykehusene.

Etablering av helsefelleskapene har til nå ikke bidratt til å løse disse samhandlingsutfordringene, og til dels kan dette skyldes at finansieringsordningene ikke i tilstrekkelig grad gir kommunene insentiver til å ta imot utskrivningsklare pasienter. I dag betaler kommunene et fast beløp per døgn til helseforetakene for alle utskrivningsklare pasienter. Mye tyder på dette beløpet er for lavt. For å redusere det relativt høye antallet utskrivningsklare pasienter som ligger mange døgn, er det naturlig å vurdere om beløpet bør økes jo lenger de blir liggende. Spekter vil derfor oppfordre regjeringen til å fremme tiltak i som i større grad

stimulerer til sømløse, effektive og faglig gode pasientforløp, bl.a. knyttet til finansiering og kompetanse, og klarere oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven må tilpasses driftsbehovene

Spekter mener det vil være helt avgjørende at utredningen fra Helsepersonellkommissjonen blir fulgt opp i arbeidet med den nasjonale helse- og samhandlingsplan. Spekter er representert i kommissjonen som vil gi forslag til å løse bemanningsutfordringene i helsetjenesten. Vi vil i dette innspillet peke på momenter vi mener bør tas med i det videre arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Begrensningene som arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven gir for driften og kvaliteten i behandlingen i sykehus og sykehjem, må adresseres spesielt. I rapporten «Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2016» fra Folkehelseinstituttet, kommer det frem at det er dårligere kvalitet på tjenesten i helgene sett i forhold til ukedagene. Dette skyldes flere forhold, og ett av de forhold som nevnes er lavere bemanning i helgene. Dette skyldes igjen arbeidstidsbestemmelsene i loven.

Helsepersonellkommissjonen skal foreslå tiltak for å sikre nok bemanning inn mot 2040. I kommissjonens mandat inngår det blant annet at kommissjonen skal avdekke «strukturelle hindringer» for å øke andelen heltid. Helseforetakene har over tid gjort en stor innsats for å øke heltidsandelen. Gjennomsnittlig stillingsprosent i 2021 var 91 prosent. Over en tiårsperiode fra 2011 til 2021 er heltidsandelen økt fra 60,5 prosent til 69,4 prosent. I samme periode er deltidsandelen redusert fra 39,5 prosent til 30,6 prosent¹⁵.

Strukturelle hindre for å øke andelen heltid ytterligere er først og fremst arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven.

Spekter og helseforetakene har i flere år pekt på at Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser er til hinder for å øke andelen hele stillinger. Dette er også godt dokumentert av flere offentlige utvalg og forskningsmiljøer, senest i Fafo-rapport 2021:1 «Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur»¹⁶, hvor forsker Leif Moland slår fast at vanlig turnus med arbeid hver tredje helg vil «aldri kunne brukes dersom målet er å utvikle en heltidskultur der heltidsandelen blant helsefagarbeidere og sykepleiere er på over 70–80 prosent. Det vil i tilfelle bli svært kostbart».

Tidligere har Arbeidstidsutvalget¹⁷ og Skift/turnusutvalget¹⁸ påvist sammenhengen mellom helgearbeid og deltid. Skift/turnusutvalget pekte på at ufrivillig deltid i stor grad henger sammen med at det i mange virksomheter er vanskelig å kombinere bemanningsbehovene med fulle stillinger for alle som ønsker det.

¹⁵ Spekters lønnsstatistikk.

¹⁶ Fafo-notat 2021:01, Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur, en kunnskap- og eksempelsamling.

¹⁷ NOU 2016: 1 Arbeidstidsutvalget — Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet.

¹⁸ 2008: 17 Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid, Skift/turnusutvalget 2007–2008.

Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser tar utgangspunkt i dagarbeid ukens fem første dager. Når man som i sykehus og sykehjem har et arbeidskraftsbehov som varierer i løpet av døgnet og uke, blir arbeidsgiver avhengig av ulike avtaler med tillitsvalgte for å håndtere ordinær drift. Dette er lovens system. Dette kan for eksempel være avtaler om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden. Utfordringene ligger i at det ved forhandlinger om slike avtaler fremsettes krav, for eksempel at det kun skal arbeides tredje hver helg, som igjen skaper behov for deltid/innleie og overtid for å sikre bemanning i helgene.

De regionale helseforetakene, helseforetakene og Spekter har jobbet sammen om disse problemstillingene i en årrekke. Spekter mener Nasjonal helse- og samhandlingsplan må ta opp i seg utfordringene som arbeidstidsbestemmelsene medfører, og finne løsninger som både kan sikre hensiktsmessig drift og forsvarlige arbeidstidsordninger i tiden fremover. En slik løsning er å gjennomføre Arbeidstidsutvalgets forslag om nye regler for skift/turnusarbeid som vil kunne bidra til å tilpasse driften i slike virksomheter bedre.

Investeringer i infrastruktur må prioriteres

Helsetjenester produseres ved bruk av arbeidskraft og kapital som innsatsfaktorer. I helsesektoren tilføres ny kapital gjennom investeringer i for eksempel bygninger, utstyr og annen teknologi, mens arbeidskraft økes ved å sysselsette flere og/eller ved å anvende arbeidskraften mer effektivt. Kapital og arbeidskraft er i en viss grad substitutter. Hvis man skal øke produksjonen, kan dette oppnås enten ved å investere i kapital eller ved å ansette flere i helsesektoren, eller begge deler.

Et for lavt nivå av investering i teknologi og infrastruktur har blitt trukket fram som en bidragende årsak til lav produktivitetsvekst i helse- og omsorgssektoren i flere tidligere analyser.

En undersøkelse gjort av Riksrevisjonen av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr¹⁹, viser at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene har blitt forverret over tid, og at gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr har økt fra 2015 til 2020. Ifølge Riksrevisjonen vil det lave investeringsnivået kunne gå på bekostning av evnen til å vri ressursinnsatsen fra arbeidskraft til kapital.

KS og Spekter samarbeider om en rapport om bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Utviklingen over tid i investeringsnivået i Norge, Sverige og Danmark er blant temaene rapporten vil belyse. Over en periode på 30 år har investeringsnivået i Norge sunket sammenlignet med nabolandene. I samme periode har sysselsettingen i helse- og omsorgssektoren gått fra å være lavest i Norge sammenlignet med Sverige og Danmark, til å ligge klart høyest. Rapporten vil bli sendt Helse- og omsorgsdepartementet når den publiseres i oktober.

En analyse gjennomført av Menon i 2017²⁰, viser at investeringstakten i helseforetakene har falt. For å demme opp for et stadig økende behov for helsetjenester, har drift blitt prioritert

¹⁹ Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021–2022) Rapport.

²⁰ BRUKER VI FOR MYE PÅ HELSE? - En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. Menon Economics, 2017.

fremfor investering. Som følge av dette har kapitalintensiteten falt, og det har bidratt til at produktiviteten i spesialisthelsetjenesten ikke økt de siste ti årene. Det er nødvendig med tiltak for å snu denne trenden, spesielt som et bidrag for å imøtekomme bemanningsutfordringene vi står overfor.

Trenden kan gjøre ulike tiltak nødvendige, på flere nivåer. Spekter vil be Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan om å vurdere tiltak som kan bidra til å vri ressursinnsatsen fra arbeidskraft til investeringer i teknologi og infrastruktur. Det vil bidra til å avlaste arbeidskraften, ved at kapitalbeholdningen og produktivitetsveksten i sektoren økes, og det vil bidra til å redusere bemanningsbehovet over tid.

Strategisk samspill mellom offentlige og private helseaktører

Det er bred oppslutning om at Norge skal ha en sterk offentlig helsesektor tuftet på verdier som likhet, trygghet og kvalitet. Samfunnsansvar er fellesnevneren for Spekters medlemsvirksomheter som leverer helse- og omsorgstjenester. Uansett om de er offentlige, ideelle eller kommersielle, er de alle opptatt av kvalitet, nytenkning og innovasjon, slik at de skal kunne levere bedre tjenester.

Spekter mener at Norges forutsetninger for å møte en utfordrende fremtid vil styrkes dersom vi evner å få til et utviklende og konstruktivt samspill mellom offentlige, ideelle og private aktører innenfor prinsippet om de universelle velferdsgoder, og planen bør ta opp i seg dette perspektivet. Vi mener tilsvarende at helsetjenesten bli skadelidende dersom rammebetingelsene for de private og ideelle virksomhetene, svekkes.

Et samspill mellom offentlige, ideelle og private helseaktører kan også bidra i løsningen av sektorens bemanningsutfordringer. Ved yrkesvalg kan det oppleves motiverende å kunne arbeide i ulike virksomheter der noen er offentlige, andre er ideelle eller kommersielle. Muligheten til gjennom yrkeslivet å skifte mellom virksomheter drevet og organisert på ulike måter, kan bidra til at flere blir værende i sektoren. Ideelle og private aktører kan også bidra med praksisplasser i utdanningen av sykepleiere og leger og i etterutdanning av personell, bl.a. gjennom hospiteringsordninger.

Som det fremgår av Koronakommisjonens andre delrapport²¹, har det i tillegg betydning for helsesektorens kapasitet og mulighet til å løse sine oppgaver i beredskapssituasjoner at det finnes ressurser hos private aktører å spille på. Skal de være i stand til å fylle sin rolle i en beredskapssituasjon, er det avgjørende at de har rimelige rammebetingelser også når det ikke er krise.

Spekters medlemmer i sektoren er seg sitt samfunnsansvar bevisst. Innenfor spesialisthelsetjenesten har det vært en relativt stabil andel av tjenestene som løses av private aktører. Et eksempel er apotekene, som i større grad enn i dag kan bidra til å løse helsetjenestenes samfunnsoppdrag. Med en aldrende befolkning ventes legemiddelbruken å øke. Feil legemiddelbruk er et stort helseproblem, og blant de vanligste årsakene til helseskader i helsetjenesten. Ifølge Apotekforeningen dør omkring 1 000 mennesker årlig som følge av feil legemiddelbruk, og flere tusen påføres varige skader av feilbruk. Apotekene

²¹ NOU 2022:5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2.

har en viktig oppgave i å veilede om riktig legemiddelbruk, og bør gis rammevilkår for å fylle denne funksjonen.

Digitalisering gir mer effektiv tjenesteproduksjon

For å imøtekomme bemanningsutfordringene vil helsetjenesten være avhengig av teknologisk utvikling og effektiv implementering av nye løsninger.

Utover den betydningen digitalisering kan ha for mer effektiv tjenesteproduksjon og samhandling, har den også potensial i seg til å endre pasientens og pårørendes roller, og gi dem mulighet til aktivt å medvirke i behandlingen. Dette kan bidra til en nødvendig effektivisering, slik brukerstyrte poliklinikker er et eksempel på.

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at digitalisering medfører store krav til ny digital kompetanse hos så vel ansatte i tjenesten som brukerne. I den tidligere nevnte fremtidsstudien gjennomført av inFuture på oppdrag fra Spekter²², fremgår det at digital kompetanse vil bli mer viktig i årene fremover. Den underbygger at det er behov for bedre dialog og samhandling mellom helsesektoren og universitets- og høyskolesektoren om hvilke typer av kompetanse som behøves, og om hvordan kompetansen kan utvikles. I dag har imidlertid 800 000 voksne svake, grunnleggende IKT-ferdigheter, og flere enn 400 000 mangler basiskompetanse i lesing og tallforståelse²³.

En økt bruk av teknologi og videre digitalisering må hensynta kompetansenivået til brukere og arbeidstakere, og er nok et eksempel på at velferdspolitikken, utdanningspolitikken og helsepolitikken må spille på samme lag. Ulikhetene i helse vil øke ytterligere dersom de med svake IKT-kunnskaper ikke kan nyttiggjøre seg tjenestene.

Økte investeringer i teknologi og infrastruktur vil kunne legge til rette for at teknologi kan bli tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren. Likevel krever det at ledelsen og helsepersonell faktisk tar teknologien i bruk når den er tilgjengelig.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør ta opp i seg tiltak for å oppnå økende og mer effektiv implementering av eksisterende teknologi i sektoren. Det finnes allerede mye tilgjengelig teknologi som er klar til å tas i bruk, og som ikke i vesentlig grad er avhengig av økte investeringer. En barriere for implementering av ny teknologi er lovverket, herunder lov om offentlige anskaffelser og personvernlovingen.

I en undersøkelse gjennomført av SINTEF på oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF, opplyser ledere og ansatte i spesialisthelsetjenesten at lov om offentlig anskaffelser er den største barrieren for implementering av nye løsninger²⁴. Lovverket innenfor helse- og omsorgstjenesten er omfattende og komplekst, og det er høy terskel for å ta i bruk innovasjoner i sektoren. Det krever høy juridisk kompetanse som kan være forholdsvis dyr og utilgjengelig. I tillegg er helsesektorens svært strenge krav til informasjonssikkerhet en

²² <https://www.spekter.no/nyhetsarkiv/okt-behov-for-omstilling-samarbeid-og-produktivitet>

²³ <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/voksnes-basisferdigheter-resultater-fra-piaac>

²⁴ Hilland et. al. Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. En kvalitativ studie med dybdeintervjuer og samtaler med ledere i kommuner, helseforetak og norsk helseindustri. SINTEF 2020.

barriere, og medfører at det ikke kan tas i bruk nye teknologiske løsninger uten omfattende testing og kvalitetssikring.

I lys av bemanningsutfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor, er det er viktig at anskaffelser og innføring av ny teknologi gjøres med utgangspunkt i tjenestens behov, og at det bidrar til økt produktivitet. Det er også viktig at finansieringssystemet videreutvikles til å bli mer dynamisk og egnet til å fremme tjenesteutvikling og nye tjenester, som ofte vil baseres på digitale løsninger.

Avsluttende bemerkning

Spekter håper at våre innspill er til nytte i det videre arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Videre er vi av den oppfatning at «de stigende forventningers misnøye» vil bli en tiltagende utfordring fremover. Dette innebærer at politikere og myndigheter, samt aktørene i helsetjenesten, står foran en stor pedagogisk oppgave i å skape realistiske forventninger i befolkningen til hvilke helsetjenester vi skal ha fremover. Her har alle et ansvar, og Spekter mener det vil være avgjørende at Nasjonal helse- og samhandlingsplan og den påfølgende debatten etter fremleggelsen bidrar til å skape realistiske forventninger til helsetjenestene fremover.

Med vennlig hilsen

Arbeidsgiverforeningen Spekter